

Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review

Svenja De Smedt og Grete Mehus

Svenja De Smedt, universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, Hammerfest, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, svenja.e.smedt@uit.no

Grete Mehus, førsteamanuensis, Institutt for helse- og omsorgsfag, Hammerfest, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

Abstract

Nursing research in rural areas in Norway; a scoping review

In Norway, many areas can be classified as rural on climatic, geographic or demographic grounds. The rural context means that nurses and patients face circumstances and situations that are different, or do not occur in urban areas. The aim of this study was to identify existing research literature to ascertain what is known about nursing in rural areas of Norway. Scoping review, following Arksey and O'Malley's methodological framework was used. A total of 111 articles were identified from searching five databases, twenty articles were included. This study gives an overview of rural descriptions and also provides a geographic presentation of areas categorized as rural in existing Norwegian nursing research. Only eight of the twenty articles described the rural context. The lack of descriptions makes it difficult to compare and conclude on causal relationships in the field. Increased awareness and more research into challenges that confront patients and nurses in rural settings in Norway is needed.

Keyword/Nøkkelord

rural; nursing; Norway; scoping review

rural; sykepleie; Norge; scoping review

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4238>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Introduksjon

Norge er et langstrakt land bestående av fjorder, fjell, øyer og innland. Befolkningstettheten i enkelte områder er lav og avstanden til sykehus lang. Klimaet i Norge byr stadig på utfordringer. I perioder kan veiene være stengt på grunn av uvær, snøstorm, flom eller ras. Kortbaneflyplasser som benyttes i akutte situasjoner for hurtig transport til sykehus, kan også være stengt. Det samme gjelder båttransport fra kyst- og øysamfunn der værforhold kan sette begrensninger for fartøyets fremkommelighet og ønsket transporttid. Med en befolkning som stadig blir eldre, samtidig som det er vanskelig å rekruttere både generalist- og spesialistkompetanse i distriktene, øker utfordringene ytterligere (Tønnesen, Leknes & Syse, 2016; Weinhold & Gurtner, 2014). Beskrivelsene ovenfor viser til klimatiske, geografiske og demografiske forhold som kan redusere muligheten for helsehjelp til personer bosatt i rurale områder, og som påvirker sykepleieutøvelsen. Sykepleiere i rurale områder står ofte i situasjoner som ikke finnes i byområder. Helsepolitiske føringer må baseres på rurale forskningsdata som beskriver befolkningens faktiske behov og forhold (Weinhold & Gurtner, 2014). Forskning om rural sykepleie er derfor viktig.

Det finnes ingen entydig definisjon av begrepet rural, fordi det rurale vil variere fra sted til sted (Weinhold & Gurtner, 2014). Geografiske elementer, befolkningstetthet og avstander til ulike typer tjenester brukes hyppig for å definere om et område anses som ruralt eller ikke (Keating, Swindle & Fletcher, 2011). Statistics Canada's «rural and small town» definerer ruralt som; the population living in towns and municipalities outside the commuting zone of centers with a population of 10 000 or more (duPlessis, 2001). Rural komitè for akutte helsetjenester i Canada definerer rurale områder med avstand (80–400 km) eller reisetid i godt vær på en til fire timer til nærmeste regionale sykehus (Canadian Association of Emergency Physicians, 1997). Andre definisjoner beskriver en befolkningstetthet på seks personer eller mindre per km² og en reisedistanse på 60 minutter fra primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste eller et helsetjenesteområde med 500–3000 innbyggere innenfor en områderadius på over 40 mil (Wakerman, 2004). Til sammenligning har atten av nitten kommuner i Finnmark en befolkningstetthet på seks eller mindre per kvadratkilometer (Statistisk sentralbyrå, Befolkningstetthet per km², 2017), samt en gjennomsnittlig reisetid til lokalsykehus på cirka tre timer (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, 2012). Likeledes har Vestlandet mange av de samme utfordringene, med lang reisevei til helsetjenester og ofte med behov for båttransport. Vestlandet har også flom- og rasutsatte strekninger som kan føre til stengte veier. I Sogn og Fjordane har femten av 26 kommuner en befolkningstetthet på seks eller mindre per kvadratkilometer (Statistisk sentralbyrå, Befolkningstetthet per km², 2017). Tettstedene Luster og Vik har over to timer reisetid til nærmeste sykehus.

Internasjonal forskning om «rural sykepleie» er veletablert og forskningen ekspanderer spesielt i landene USA, Canada og Australia (Weinhold & Gurtner,

2014; Long & Weinert, 2013; Bushy, 2002). De første teoriene om «Rural nursing» ble utviklet sent på 1970-tallet på fakultet for sykepleie-utdanning ved Montana State University-Bozeman College, etter å ha identifisert et kunnskapsbehov for å beskrive og forstå sykepleieforholdene i rurale områder (Lee, 1998a). Nordisk forskning viser til at lokalkunnskap er av betydning for sykepleiepraksis i fjerntliggende og tyntbefolkede områder. Arbeidet er komplekst og sykepleierrollen beveger seg stadig i gråsonen mellom sykepleier-faglig, medisinsk og sosialt arbeid (Houngaard, Jensen, Wilche & Dolmer, 2014). Til tross for at det er unike aspekter ved å være rural sykepleier i Norden finner vi svært lite forskning på temaet.

Sykepleie er å følge pasienten og møte hans behov for hjelp, pleie og bistand gjennom akutte og langsomme forløp. Rural sykepleie defineres som pleie- og omsorgstilbudet gitt av autoriserte sykepleiere i lavt befolkede områder. Sykepleierne jobber ofte alene og uten tilgjengelige tverrfaglige ressurser. De må improvisere og kjenne de lokale forholdene godt (Long & Weinert, 2013; Houngaard et al., 2014). Å være sykepleier i et ruralt område kan beskrives som; å være langt fra hvor som helst og temmelig nært ingen steder (Scharff, 2013). Sykepleierne må selv ha svarene, fordi det finnes få å diskutere faglige utfordringer med. Derfor må rurale sykepleiere være dyktige generalister, men de må også inneha spesialistferdigheter for å håndtere et bredt fagfelt med de til enhver tid eksisterende ressurser (Bushy, 2002).

Formålet med studien

I forskningsgruppen «Rural and Remote Nursing and Healthcare» ved UIT – Norges arktiske universitet, har vi sett et behov for å kartlegge forskningsfeltet om rural sykepleie i Norge. Hovedformålet med studien er å gi en oversikt over det som er publisert innenfor forskning om rural sykepleie i Norge. Det er begrepet «rural sykepleie» som utforskes. Begreper som «små kommuner», «distrikt» eller «avsideliggende områder» knyttet til sykepleieutøvelse, kan dekke mye av samme tema. Ved å bruke internasjonale termer og teoribakgrunn om Rural Nursing vil forskningen lettere kunne sammenlignes med internasjonale forskningsresultater. Studiens andre formål er å undersøke på hvilken måte artiklene beskriver den rurale konteksten i forskningen. En rede-gjørelse av konteksten kan styrke studienes troverdighet og overførbarhet. Det siste formålet er å avdekke geografiske områder som anses som rurale, og hvilken rural sykepleietematikk som dekkes av forskning gjort i Norge. Studien vil i så måte gi en kunnskapsoppsummering og fremheve kunnskapsmangler og behovet for videre forskning omkring temaet.

Metode

I denne studien anvendes scoping review (kunnskapsoppsummering) som metode for å presentere en oversikt av forskningsfeltet. Metoden anses som anvendbar når forskningsfeltet er begrenset, og når det er ønskelig å utforske forskningsområdets

omfang og natur. Metoden bygger på et fem-trinns rammeverk (Arksey & O'Malley, 2005). Først identifiserer vi de innledende forskningsspørsmålene, så søker vi etter relevante studier. Deretter gjør vi et utvalg av studier hvor forskerne leser artiklene uavhengig av hverandre med blick for beskrivelser av rural sykepleieutøvelse. I trinn fire ble de utvalgte artiklene skjematiskert ut fra studienes metode, metodologisk redegjørelse av rural kontekst, utvalg, mål med studien, mulige intervensjoner for praksis, hovedfunn og geografisk tilhørighet.

Til slutt gav vi en deskriptiv presentasjon av nøkkelinformasjon knyttet til våre forskningsspørsmål. Hovedforskjellen mellom scoping review og systematisk review er at førstnevnte har åpnere forskningsspørsmål og avklarer inklusjonskriterier etter gjennomførte søk i databaser (post hoc), i motsetning til systematisk review som først har klare definerte spørsmål og der studiedesign i artikkelutvalget spiller en vesentlig rolle (Arksey & O'Malley, 2005). Denne studien inneholder ikke en syntese eller metaanalyse, men sammenligner studienes beskrivelser av rural kontekst.

Forskningsspørsmål

Hva finnes av forskning om rural sykepleie i en norsk kontekst?

Hvordan beskrives den rurale konteksten i norsk forskning om sykepleie?

Hvilke geografiske områder i Norge beskrives som rurale i eksisterende norsk sykepleieforskning?

Studier identifisert som relevante

For å identifisere relevante studier ble det gjort søk i følgende seks databaser: Cinahl, Web of Science, Scopus, SveMed+, Nora og PubMed. Vi har valgt å bruke søkeord med bred dekningsgrad. På denne måten omfavner søket et større område av relevant litteratur. Det viste seg at å søke med Mesh-term Rural Nursing kombinert med avkryssing på Norge gav få treff. Søk på Rural Care favnet områder langt utover fagområdet sykepleie. Derfor ble det brukt fritekstord eller MeSH-term «Rural» AND «Nursing» kombinert med «Norway». I databasene Cinahl, Web of Science og Scopus ble søket avgrenset geografisk ved å krysse av for Norway i Countries/Territories. I databasene SveMed+, NORA og PubMed var ikke dette et alternativ. Universitetsbibliotekaren fikk forelagt forskningsspørsmålene, og vi diskuterte søke-kriteriene og relevante databaser. Bibliotekaren kvalitetssikret søkene ved å følge søkeord i tabell 1. Først når resultatene av søkene var identiske, godkjente vi søkestrategien. Det er ikke søkt eksplisitt med hensyn til design, metode eller resultater.

Tabell 1. Valgte databaser og søkeord for å identifisere aktuelle artikler til studien, i perioden 1995-2016.

Database	Søkeord	Antall treff
SveMed+	Fritext; Rural AND Nursing AND Norway. Peer reviewed tidsskrifter	7
Scopus	Tittel-Abs-Key; Rural AND in Norway, Subject area; "Nursing" (1995-06.04.16), Artikkel eller review	27
NORA	Rural, nursing AND In Norway, Type publikasjon; Tidsskriftsartikkel	12
Web of Sciences	Topic; "Rural" , Research Domains; "Nursing", Countries/Territories; Norway, Article (1995-06.04.16)	12
PubMed	Boolean Phrase; "Rural" AND "Nursing" og Mesh Term Norway (1995-06.04.16)	33
Cinahl	Boolean Phrase «Rural», «Nursing», AND "Norway or norwegian", Peer reviewed, Academic Journals	20

I denne studien inkluderes vitenskapelige studier gjort i Norge, om sykepleie i rurale områder, publisert mellom 1995 og 2016. Søkene ble gjennomført mellom 10.01.16 og 06.04.16. Selv om bygd og by-fenomenet har endret seg de siste ti årene, tar vi utgangspunkt i at forskningstematikk om rural sykepleie likevel er ute etter å beskrive det unike og særegne ved sykepleieutøvelse i rurale områder. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier fremvises i sin helhet i tabell 2.

Tabell 2. Inklusjon og eksklusjonskriterier for artikkelutvalget

Inklusjon	Eksklusjon
Studier publisert mellom 1995-2016	Bøker eller brev til redaktør
Publisert i peer-reviewed tidsskrifter	Politiske dokumenter
Benytter ordet Rural	Publisert på annet språk enn engelsk, norsk og samisk
Hovedfokus på sykepleie	Epidemiologiske studier
Hovedfokus på rurale aspekter	Studier som omhandler spesialist- og allmennelegepraksis
Norske studier	Studier om utdanning
Studier om jordmødres opplevelser og erfaringer i rurale områder	Studier om fødsel/obstetrikk

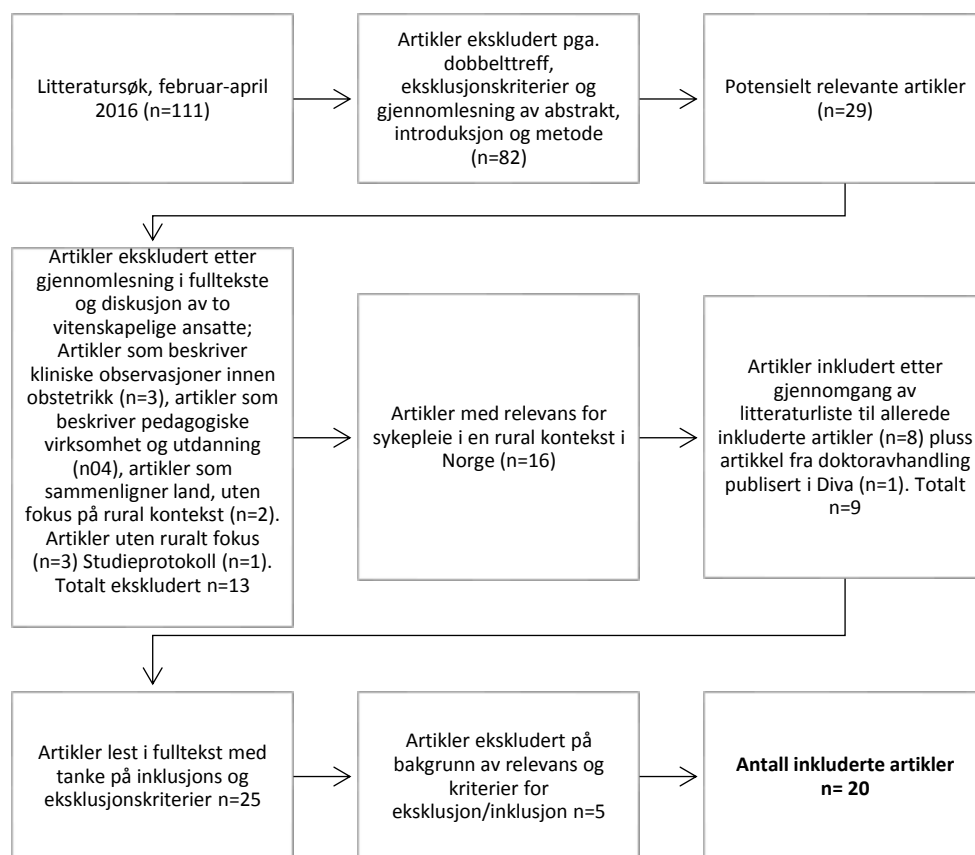
Artikkelutvalget

I første trinn av søkeprosessen ble 111 artikler identifisert. Disse ble gjennomgått av begge forfatterne basert på tittel, abstrakt og til dels metode. Åttito av disse ble ekskludert ettersom de ikke var forskningsartikler, var duplikat, ikke hadde relevans for sykepleie eller manglet beskrivelse av ruralt perspektiv.

Tjueni artikler ble vurdert som potensielt relevante artikler. De ble gjennomlest i fulltekst av artikkelforfatterne. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble benyttet i vurderingen (Tabell 2). Av 29 artikler ble tretten ekskludert (Figur 1). Fire fordi de omhandlet utdanning, tre om obstetrikk, en var studieprotokoll, to tok for seg forskjeller i helsetjenester mellom land og tre på grunn av manglende ruralt

perspektiv. Nøkkelinformasjonen er valgt ut gjennom uavhengig lesning av de to artikkelforfatterne, samt gjennom diskusjon om funn i etterkant. Funnene er preget av vår forforståelse av «rural nursing» og rural kontekst. De utvalgte artiklene er ikke er kvalitetsvurdert utover at de er referee-bedømt og publisert i vitenskapelige tidsskrifter.

Figur 1. Arbeidsprosessen med utvelgelse av artikler som beskriver sykepleie i et ruralt perspektiv i Norge



Til sist ble referanselistene i de foreløpige valgte artiklene gransket for å sikre at vi ikke hadde oversett aktuelle artikler med ruralt fokus. Vi fant åtte referanser som ble innhentet for gjennomlesning (Fig.1), av disse ble tre artikler (Tabell 3; 17-19) inkludert på bakgrunn av samme kriterier som i primærøket (Tabell 2). En artikkel ble innhentet utenfor søket fordi den tilhørte en doktorgrads-avhandling (Tabell 3; 20), hvor to artikler av forfatteren allerede var inkludert. Artikkelen falt utenfor søkertreffene da den var publisert i Diva. Til slutt satt vi igjen med et datamateriale på tjue artikler (Tabell 3).

Tabell 3. Tjue inkluderte forskningsartikler med utvalgt nøkkelinformasjon om sykepleie i en rural kontekst i Norge

Metode/ Utvalg	Sted/ Rural kontekst	Mål med studien	Beskrivelser av praksisutfordringer i en rural kontekst	Beskrivelse av å være pasient og/eller sykepleier i en rural kontekst
1. (Masvie & Ytrehus,2013) Psykisk helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland.				
Kvalitative intervju. Strategisk utvalg av seks informanter med videreutdanning i psykisk helsearbeid.	Nordland. Beskrives ikke.	Utforske erfaringer psykisk helsearbeidere har med å jobbe i små kommuner i Nordland.	Utvikling av nye arbeidsmetoder og modeller for tverrfaglig psykisk helsearbeid i små kommuner.	Den rurale konteksten påvirker helsearbeidernes profesjonelle og private rolle. Høy grad av uavhengighet. Mulighet for nære relasjoner til pasientene. Profesjonell ensomhet. Sosial tilbaketrekning.
2. (Devik, Enmarker, Wiik & Hellzèn,2013) Meanings of being old, living on one's own and suffering from incurable cancer in rural Norway.				
Kvalitativt. Narrative intervju. Fem eldre personer med uhelbredelig kreft som mottok livsforlengende behandling og bodde alene, i et ruralt område.	Beskrives.	Utforske og forstå eldre personers erfaringer med å bo alene og lide av uhelbredelig kreft i rurale Norge	Den sosiale og rurale konteksten krever større oppmerksomhet fordi det mangler tilstrekkelige ressurser på optimal kreftomsorg.	Pasientene beskriver det å bevare håpet, være klar over at du står alene, leve opp til å være en god pasient, som viktig. Å holde ut med uhelbredelig kreft og å akseptere døden, medfører en endring i måten å leve på som truer verdigheten og gir ytterligere belastninger.
3. (Dale, Söderhamn & Söderhamn,2012) Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway.				
Tverrsnitt-studie. 1050 respondenter	Sør-Norge. Beskrives.	Beskrive evne til egenomsorg blant hjemmeboende eldre (65 år+) i rurale områder i Sør-Norge.	Helsepersonell må være oppmerksom når egenomsorgsevnen til eldre reduseres. Identifisere og kartlegge behov for støtte og hjelp. Forebygge unødig avhengighet.	Pasientenes egenomsorgsevne er relatert til forhold som helse, ernæring og tidligere yrkesrolle.
4. (Ness, Hellzen, & Enmarker,2014) "Struggling for independence": The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations.				
Kvalitativt. Narrativt intervju. Tolv eldste, eldre menn, mellom 82-94 år som bor ruralt.	Midt-Norge Beskrives ikke.	Utforske erfaringene til de eldste eldre menn, om det å bo alene i et ruralt område og å motta hjemme sykepleie.	Økt forståelse for denne gruppen kan være basis for utvikling av fremtidige intervensjoner, som bidrar til at gruppen kan bo hjemme lengst mulig.	Informantene opplever følelsen av å være utilstrekkelig i hverdagslivet. Finne håp og forsone seg med livet. En kamp mellom avhengighet og ønsket om å være uavhengig.
5. (Tønnessen, Førde, & Nortvedt,2009) Fair Nursing Care when resources are limited: The Role of patients and family members in Norwegian Home-Based services.				
Kvalitative intervju. Sytten sykepleiere, der elleve jobbet i distriktsbyer og seks i et tradisjonelt ruralt område/by.	Beskrives ikke.	Undersøke sykepleieres valg av prioriteringer i hjemmebasert sykepleie.	Opprydning av sykepleieres roller og ansvar i helsetjenestetilbud. En definisjon på hva som er nødvendig og tilstrekkelig tilbud av tjenester, for å sikre at sykepleietjenestene er akseptabel.	Sykepleierne prioriterer etter arbeidsmengde og tilgjengelig personell. Stram timeplan presset sykepleierne til mange hjemmebesøk. Lover og retningslinjer setter begrensninger for kliniske prioriteringer, det kan gi marginalisert omsorg.
6. (Sørbye, 1999) Cancer patients who prefer to die at home.				
Deskriptiv studie basert på kvalitative og kvantitative data. Tretten kommuner	Beskrives ikke.	Undersøke faktorer som kan fremme eller begrense ønsket om å dø hjemme.	Åpenhet mellom helseprofesjonene, pasienten og pårørende knyttet til prognose. Kontinuitet i	Færre tilfeller av ønske om å dø hjemme i kommuner med lokalsykehus, god kapasitet på sykehjem eller høyt antall aleneboere. Indikatorer for

hadde få som døde hjemme, og elleve hadde et høyt antall som døde i hjemmet. Intervju med nøkkelpersoner i hjemmetjenesten.			hjemmesykepleien og et nært samarbeid mellom sykepleieren i kommunen, legen og sykehuset.	ønske om å dø hjemme var åpenhet, godt samarbeid med leger, stabile og fleksible ansatte, faglig trygghet blant ansatte og vilje til fleksibilitet.
7. (Moe, Kvig, Brinchman & Brinchman,2012) "Working behind the scenes" An ethical view of mental health nursing and first-episode psychosis.				
Kvalitativt. Fokusgruppe intervju. Elleve fokusgruppe-intervju med to til syv deltagere i hver gruppe.	Beskrives ikke.	Utforske og reflektere rundt psykiatrisk sykepleie og førstegangs psykose.	Reflektere over sykepleie praksisen. Viktigheten å gjøre usynlig arbeid-synlig.	Sykepleie i små lokalsamfunn er et dynamisk, klinisk arbeid som beveger seg mellom autonomi og paternalisme. Krever etisk oppmerksomhet og årvåkenhet hos sykepleiere.
8. (Helvik, Schanke, & Selbæk,2010) Screening for depression in elderly medical inpatients from rural area of Norway: prevalence and associated factors.				
Tverrsnitt-studie. 484 eldre, innlagt på medisinsk avdeling	Innlandet Tynset. Beskrives.	Kartlegge forekomst, utbredelse og assosierte faktorer for depresjon hos eldre på medisinsk sykehusavdeling i rurale områder i Norge.	Behov for kartleggings instrumenter og systematiske prosedyrer, for å oppdage depresjoner og andre psykiske lidelser hos eldre, innlagt på medisinsk avdeling på sykehus.	Forekomsten av depresjon hos pasienter innlagt på medisinsk avdeling var lavere hos de fra rurale områder.
9. (Devik, Hellzen, & Enmarker,2015) "Picking up the pieces"-Meaning of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area.				
Narrative intervju. Ni informanter i alderen 71-92 år.	Beskrives.	Å belyse erfaringen og tolke opplevelsen av å motta hjemme-sykepleie, hos eldre med kreft i et ruralt område av Norge.	Kommunikasjonsferdigheter og oppmerksomhet rettet mot psykososiale forhold i pasientomsorgen er viktig i sykepleie i rurale områder.	Tre temaer fremkommer i pasient fortellingene; Å være fornøyd med det tilbudet man får. Å falle på plass og å miste sin plass. Å føle en sterk tilhørighet til plassen. Den rurale konteksten gir trygghet, komfort og identitet.
10. (Ness, Hellzen, & Enmarker,2014)"Embracing the present and fearing the future": the meaning of being an oldest old woman in a rural area.				
Narrative intervju. Elleve eldste, eldre kvinner.	Midt-Norge. Beskrives.	Å belyse meningen med å være en eldste, eldre kvinne, bo alene i et ruralt område og motta hjemmesykepleie.	Personer som bor alene i rurale områder anses som sårbare. Men de viser styrke og evne til å leve et godt liv alene. Sykepleiere må ha en individorientert tilnærming, og være oppmerksom på rollen som sosial kontakt. Sykepleieren kan være den eneste som besøker de hjemmeboende eldre regelmessig.	Å være fornøyd med livet, trives alene og finne mening. De lever i skjærings-punktet mellom å være knyttet til stedet, ensomheten og frykten for fremtiden og sviktende helse. Den emosjonelle situasjonen ble håndtert ved å bruke sin indre styrke, være positiv og se mulighetene.
11. (Eika, Espnes, & Hvalvik,2014) Nursing staff's action during older residents transition into long-term care facility a nursing home in rural Norway.				
Observasjon, semi-strukturerte intervju og innsamling av dokumenter. Observasjon av ti beboere, intervju av seksten ansatte.	Sør-Norge. Beskrives ikke.	Å utforske og beskrive sykepleieres handlinger i den første perioden når eldre blir flyttet til sykehjem.	Beskrives ikke.	Stor variasjon i ansattes handlinger ved mottak av nye sykehjemspasienter. Holdninger og handlinger i mottaksperioden var preget av deling, sortering og ignorering av informasjon. Private relasjoner påvirket ansattes handlinger.
12. (Dale, Söderhamn & Söderhamn,2012) Life situation and identity among single older home-living people: A phenomenological study.				

Kvalitativt intervju. Elleve eldre, aleneboende i et ruralt område.	Sør-Norge. Beskrives ikke.	Å belyse hvordan opplevelse av egenomsorg og helse har betydning for livssituasjon og identitet	Helsepersonell må være oppmerksom på betydningen av personlig kontekst, og friheten til å kunne velge i eget liv på daglig basis. Holdningsendring i eldreomsorgen. Enslige eldre hjemmeboende bør støttes i egne valgte aktiviteter.	Informantenes identitet var konstituert via frihet og selvbestemmelse i deres egen hjemlige kontekst. Hovedmålet til informantene var uavhengighet og mulighet til å kontrollere og styre eget liv.
13. (Gro, Fosså, & Dahl,2011) Short-term and long-term elderly cancer survivors: A population-based comparative and controlled study of morbidity, psychosocial situation and lifestyle.				
Tverrsnittsstudie. Lang- og korttids kreftpasienter, 223 fra rurale områder og 256 fra urbane områder.	Nord-Trøndelag Stjørdal, Steinkjer, Namsos, Levanger ble ekskludert. Beskrives.	Sammenlignende lang- og korttids kreftpasienter mot kreftfri kontrollgruppe på faktorene; dødelighet, psykososiale forhold, livsstil og ruralitet.	Kreftsykepleiere må være oppmerksom på aktiviteter i dagliglivet hos eldre, som har overlevd kreft. Deres behov for informasjon og støtte må tas på alvor, spesielt i rurale områder. Dette krever en høy klinisk kompetanse og ferdigheter.	Eldre, som har overlevd kreftdiagnosen og som bor i rurale områder, rapporterte dårligere helse enn de som levde i urbane områder.
14. (Eika, Dale, Espnes, & Hvalvik,2015) Nursing staff interactions during the older resident's transition into long-term care facility a nursing home in rural Norway: an ethnographic study.				
Etnografisk studie, feltarbeid, Semistrukturerte intervju. Observasjon av ti sykehjemsbeboere. Sytten intervju med helsepersonell og leder. Dokument lesing.	Sør-Norge. Beskrives ikke.	Beskrive og utforske helsepersonells interaksjoner, som fremmer eller hemmer innflyttingen på sykehjem.	Ansatte på sykehjem må være oppmerksom på deres relasjonelle betydning i å skape en trygg og sunn overflytting av eldre sykehjemsbeboere.	Interaksjonen mellom alle ansatte på avdelingen påvirket innflyttingen på sykehjem. Formel og uformell organisering, relasjoner mellom ansatte, pleiekultur, profesjons hierarki og ulike arbeidsoppgaver.
15. (Trondsen, Bolle, Stensland & Tjora,2014) Video-confidence: a qualitative exploration of video-conferencing for psychiatric emergencies.				
Kvalitativt. Semi-strukturerte intervju. Tjueni pasienter, psykiatere og sykepleiere som har deltatt på minst en videokonferanse i akutt medisin.	Troms. Beskrives.	Utforske erfaringer ved bruk av videokonferanse i akuttpsykiatri, og hvordan teknologi påvirket deres selvfølelse.	Videokonferanse kan være et effektivt verktøy for å sikre høy kvalitet i psykiatriske akutsituasjoner i distriktene.	Videokonferanse økte selvtiliten i utfordrende psykiatriske nødsituasjoner. Styrket brukermedvirkning, redusere usikkerhet og delt beslutningsansvar. Fungerte som et tilgjengelig sikkerhetsnett.
16. (Eika, Espnes, Söderhamn & Hvalvik,2013) Experience faced by next of kin during their older family members transition into long-term care in a Norwegian nursing home.				
Kvalitative intervju. Ti pårørende til åtte eldre som var nyinnflyttet på sykehjem.	Sør-Norge. Beskrives ikke.	Beskrive og utforske erfaringene til pårørende av nye sykehjemsbeboere.	Helsepersonell må være oppmerksom på pårørendes behov for anerkjennelse og støtte. Det som skjer utover institusjonenes arenaer, innad i familien og mellom helsepersonell og pårørende er viktig.	Det som skjer før og under innflytting på sykehjem påvirket pårørendes opplevelse av situasjonen. For pårørende er situasjonen stressende og de føler seg fortsatt ansvarlig for sitt familiemedlem.
17. (Helvik, Iversen, Steiring, & Hallberg,2011) Calibrating and adjusting expectations in life: A grounded theory on how elderly persons with somatic health problems maintain control and balance in life and optimize well-being.				
Kvalitativt. Åpne intervju. Fjorten eldre, begge kjønn, både sykehus og polikliniske pasienter.	Innlandet Tynset. Beskrives ikke.	Utforske hovedbekymringene til eldre pasienter med somatiske plager og hva de gjør for å håndtere plagene.	Helsepersonell må være oppmerksomme på at for eldre pasienter med somatiske plager, er det viktig å justere og tilpasse forventningene til livet for å beholde balanse og kontroll på livet.	Eldre tilpasser og justerer forventningene etter hvordan energinivået, helseproblemene og alderdommen utvikler seg. Skaper meningsfulle dager ved å benytte nettverket,

				nyte kulturell arv, hobbyer og fullføre prosjekter.
18. (Wiik, Devik, & Hellzèn,2011) Don` t become a burden and don` t complain: a case study of older persons suffering from incurable cancer and living alone in rural areas.				
Kvalitativt. Case-studie. Fem enslige kreftpasienter over 65 år som mottar livsforlengende cellegiftbehandling	Sted beskrives ikke, rural kontekst beskrives.	Undersøke enslige eldre kreftpasienters erfaringer med å leve med uheldelig kreftsykdom.	Sykepleiere må vie mer oppmerksomhet mot denne pasientgruppens behov for hjelp på ulike nivåer av helsetjenestene.	Eldre kreftsyke i rurale områder må mestre palliativ behandling alene, og de klager ikke. De opplever håp, frykt, stressende behandlings-reiser og å være utslitt.
19. (Skogheim & Hanssen,2015) Midwives experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting.				
Kvalitativt. Semi-strukturerte intervju. Strategisk utvalg av ti jordmødre på jordmorstyrte fødestuer og jordmorstyrte avdelinger på lokalsykehus.	Beskrives ikke.	Utforske og beskrive jordmødres erfaringer med å jobbe på fødestuer og deres erfaringer med fødselsomsorg i distriktet.	Å jobbe i distriktet erfares som å oppleve kunsten med jordmorfaget og aktiviserer en re-tenkning av jordmor filosofien.	Miksede følelser og av-læring av vaner fra fødeavdelinger. Revitalisering av jordmor filosofien. Krever ekstra oppmerksomhet rundt fødselsprosessen, evne til å forutse og være beslutningsdyktig i akutte situasjoner.
20. (Ness, Hellzen, & Enmarker,2015) The Experience of Nurses Providing Home Nursing Care to Oldest Old Persons Living Alone in Rural Areas-An Interview Study.				
Kvalitativt. Narrative intervju. Femten sykepleiere i rurale sør-samiske områder.	Beskrives ikke.	Beskrive sykepleieres erfaringer med å gi hjemmesykepleie til eldste, eldre, aleneboere i rurale områder.	Sykepleiere må ta større hensyn til pasientgruppens ulike behov for hjelp i eget hjem. For å oppnå dette er det nødvendig med kontinuerlige diskusjoner og veiledning i jobben	Å være sykepleier i et ruralt område er variert, uforutsigbart og innebærer et stort ansvar. Det er både emosjonelt og sosialt motsetningsfullt. sykepleierne prøver å være imøtekommende, og å være av betydning for sine pasienter.

Gjennomgang av artiklene

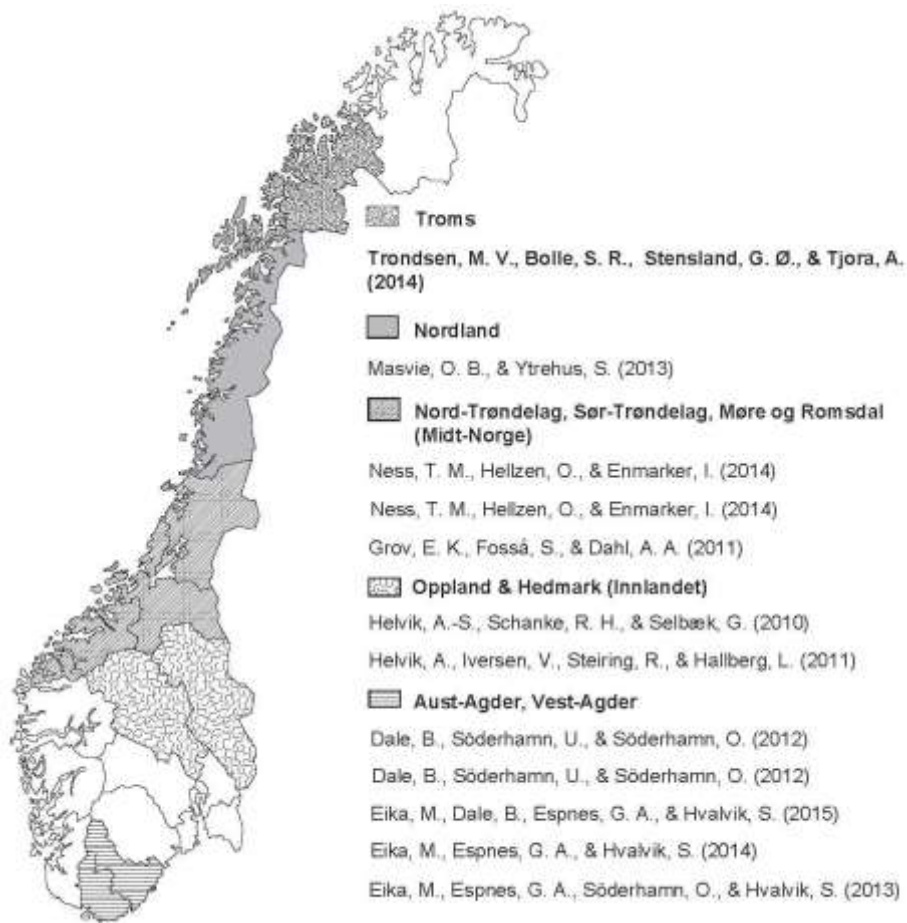
Utvalget på tju artkler ble gjennomgått og sortert i henhold til Arksey og O`Malley`s (2005) anbefalte fremgangsmåte, under følgende overskrifter: metode, utvalg, geografisk område hvor studien er gjennomført (sted), redegjørelse av rural kontekst, mål med studien, beskrivelser av praksisutfordringer i rural kontekst og beskrivelser av å være pasient eller sykepleier i en rural kontekst.

Funn er sortert og skjematisert (Tabell 3). Tekst fra artiklene er oversatt til norsk og dobbelkontrollert av artikkelforfatterne. Samtlige studier i utvalget presiserte at de var gjennomført i et ruralt område, men kun åtte av tju artkler hadde definert den rurale konteksten (2, 3, 8, 9, 10, 13, 15, 18). Tabell 4 viser bredden av rurale definisjoner i utvalget.

Tabell 4. Utvalgte artikler med redegjørelse av den rurale konteksten

Artikkel forfattere og tittel	Innhold i utvalgte artikler som beskriver rural kontekst
Devik, Enmarker, Wiik, & Hellzèn (2013) <i>Meanings of being old, living on one's own and suffering from incurable cancer in rural Norway.</i>	The participants resided in communities (bot mountain- and costal) with low population density. The number of inhabitants ranged from 920 to 7775, and the community area ranges from 318 to 2540 km ² .
Dale, Söderhamn, & Söderhamn (2012) <i>Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway.</i>	The current area had, at the time this study was implemented, a population of 1 035 010 distributed in 84 municipalities (28). A total of 3017 older persons living in 23 small municipalities (350–3999 inhabitants), eight medium-size municipalities (4000–10 000 inhabitants) and six large municipalities (10 000–22 000 inhabitants)
Helvik, Schanke, & Selbæk (2010) <i>Screening for depression in elderly medical inpatients from rural area of Norway: prevalence and associated factors.</i>	Large parts of Norway are sparsely populated; people are living in rural communities with small villages, farming land and large areas of woods, wilderness and mountains. Hospital covers 15 000 km ² of inland and 25 000 inhabitants.
Devik, Hellzen, & Enmarker (2015) <i>"Picking up the pieces"- Meaning of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area.</i>	Inhabitants varied between 268 and 5089 (5 inhabitants/km ²). Definitions of rurality seem to differ markedly between countries and research context (Steinhauser m.fl 2014). A meaningful definition of rural, according to the Norwegian context, is a territorial area with scattered settlements, some distance from a densely populated area, where natural resources are the basis for industry and outdoor activity (Haugen & Sætre, 2011)
Ness, Hellzen, & Enmarker (2014) <i>"Embracing the present and fearing the future": the meaning of being an oldest old woman in a rural area.</i>	There is no unambiguous definition of rural (Berg & Lyngård,2004), but in this study rural is defined as fewer than 5 inhabitants per square kilometer and a travel time more than 45 min to a density populated area of over 3000 people. Occupational backgrounds differed from house wives to smallholders. Closeness to relatives varied, but nobody saw their relatives on a daily basis because of distance
Grov, Fosså, & Dahl (2011) <i>Short-term and long -term elderly cancer survivors: A population -based comparative and controlled study of morbidity, psychosocial situation and lifestyle</i>	The Nord-Trøndelag county consist of four cities (Stjørdal, Steinkjer, Namsos og Levanger) - defined as urban areas, and 223 of ECSs lived in urban areas. The other 20 municipalities were defined as rural areas and include 256 of ECS2.
Trondsen, Bolle, Stensland, & Tjora (2014) <i>Video-confidence: a qualitative exploration of video-conferencing for psychiatric emergencies.</i>	The department serves 95,000 people living in the surrounding small cities, towns and rural communities. The regional centers are located in towns 2,5 to 4 hours away from the acute psychiatric ward in Tromsø
Wiik, Devik, & Hellzèn (2011) <i>Don't become a burden and don't complain: a case study of older persons suffering from incurable cancer and living alone in rural areas.</i>	In a community with less than 3000 inhabitants or a maximum of eight inhabitants per km ² , a definition based on the governments (Plan, No 02, 2004 Ruralitet og Urbanitet-bygd og by), live alone in their own home, have at least 90 minutes one-way travel between home and the hospital.

Figur 2. Geografiske områder (fylker) som oppgis som rurale i tolv av de tjue inkluderte artiklene.



(Kartillustrasjon laget av Rod Wolsenholme, UIT 2017)

De tolv artiklene henviser til fylker ikke småsteder, det vil si at selv om det geografiske området er skravert fylkesvis så vil det innenfor fylket også være større byer med høyere befolkningstetthet og kort reisetid til sykehus.

Resultat

I resultat og diskusjonsdelen henvises de inkluderte artiklene med nummer 1-20 (Tabell 3). Artiklens fulle referanser framkommer i litteraturlisten.

Forskning gjort i Norge om sykepleie i en rural kontekst

I denne studien identifiserte vi tjue artikler som beskrev sykepleie i en rural kontekst. De fleste studiene hadde kvalitativ design, det var tre tverrsnittstudier (3, 8, 13), en var deskriptiv med både kvalitative og kvantitative data (6), en var casestudie (18) og en etnografisk studie (14). Nitten artikler i utvalget er publisert mellom 2010 og 2015, en artikkel er fra 1999 (6). Studienes utvalg er varierende,

alt fra fem til 1050 respondenter. Til sammen inkluderer alle studiene 2220 respondenter, eksklusive to studier der antall informanter ikke er oppgitt (6, 7). Respondentene i studiene er både pasienter, eldre hjemmeboende, pårørende, sykepleiere, jordmødre, helsepersonell, psykiatere og institusjonsleder.

Tematikk for studiene i utvalget

Totalt omhandlet seksten av artiklene livsforhold og omsorgsbehov til eldre (2-6, 8-14, 16, 17, 18, 20). To av artiklene omhandlet eldre på sykehus i rurale områder, hvor faktorer for depresjon (8) og å håndtere somatiske plager (17) ble utforsket. Fem av studiene hadde som mål å utforske, forstå eller beskrive hvordan enslige eldre erfarte eller opplevde mening i det å bo hjemme i et ruralt område (2, 3, 4, 10, 12). Tre artikler handlet om eldre kreftsyke, der målene var å fortolke den levde erfaringen og meningen med å motta hjemmesykepleie, sammenligne dødelighet, psykososiale forhold, livstil og pendling for å få palliativ behandling (9, 13, 18). Fem artikler omhandlet helsepersonellens erfaringer og handlinger. Målene i disse studiene var ulike. To studier skulle fremskaffe kunnskap om erfaringer og prioriteringer i hjemmesykepleien til eldre i rurale områder (5, 20) en studie så på hva som fremmer eller hemmer ønsket om å få dø hjemme (6) og de tre siste studerte mottagelse av sykehjempasienter, pårørendes erfaringer og hva som fremmer eller hemmer innflytting på sykehjem (11, 14, 16).

Tre artikler omhandlet psykisk helsearbeid i rurale områder; psykiatrisk sykepleie og førstegangpsykososer (7), erfaringer med å jobbe som psykisk helsearbeider i små kommuner (1) og erfaringer med bruk av videokonferanse i akutte psykiatriske situasjoner (15). En artikkel hadde som mål å beskrive jordmødres erfaringer med å jobbe på fødestuer ved jordmorstyrte fødestueenheter (19).

Beskrivelser av den rurale konteksten i Norge

Alle studiene påpeker at dataene er samlet i et ruralt område, men kun åtte av tjuе beskrev hvorfor området var ruralt (Tabell 3). Beskrivelsene hadde noen fellestrekk (Tabell 4). For det første beskriver syv av artiklene konteksten ut fra demografi. Fem av artiklene viser konkret til befolkningstetthet og areal (2, 8-10,18), hvor det varierer fra færre enn-/eller fem innbyggere per km² til åtte innbyggere per km². En artikkel definerer tjuе rurale kommuner ved å ekskludere de fire største byene i Nord-Trøndelag (13) og en viser til at små kommuner har mellom 350 og 3999 innbyggere uten å knytte det til areal (3). For det andre framkommer reisetid til sykehus eller befolket området som en viktig faktor. Reisetiden som beskrives, er 45 minutters reisetid til nærmeste tettbebygde område over 3000 innbyggere (10), minst 90 minutters reisetid fra eget hjem til sykehus (18) eller regionale psykiatriske enheter som ligger to og en halv til fire timer fra akuttpsykiatriske spesialisthelsetjenester (15). Distanse til pårørende framkommer som et tredje ruralt aspekt, hvor det å ikke se sine nærmeste på daglig basis på grunn av avstander beskrives (10). Dernest redegjøres det for samfunnsgeografiske faktorer. Her beskrives rurale

områder som fjell- og kystkommuner (2, 8), små bygder, bondesamfunn, store skogsområder og villmark (8). Det siste hovedaspektet vi har identifisert i de åtte beskrivelsene er yrke og arbeidsforhold i rurale områder. Her nevnes husmødre, småbrukseiere, bondesamfunn og skogsbruk (10) og industri hvor naturressursene er livsgrunlaget (9).

Beskrivelser av rural sykepleie i de valgte artiklene

Å være sykepleier i rurale områder krever større oppmerksomhet fordi det mangler tilstrekkelige ressurser (2, 18, 19). Tilgang på videokonferanser kan fungere som sikkerhetsnett for pasienter og sykepleiere ved at fagmiljøet blir mer tilgjengelig (15), men med lang reisetid til nærmeste sykehus må sykepleiere i rurale områder ha evne til å forutse og å ta beslutninger i akutte situasjoner som krever en høy klinisk kompetanse (13, 15, 19, 20). Når egenomsorgsevnen til pasienter i rurale strøk reduseres må sykepleierne kartlegge hjelpebehovet, selv om egeninteressen for å klare seg selv er stor hos pasientene (3, 4, 8). Tilhørighet til stedet og ønsket om å klare seg selv handler om identitet og verdi (2, 4, 9, 10, 12, 17). Pasientene er ofte takknemlig for helsetilbudet de får, gir ikke uttrykk for hjelpebehov, og tilpasser egne forventningene etter hvordan helseproblemene utvikler seg (2, 4, 9, 10, 12, 17, 18).

Spesielt må sykepleierne være oppmerksomme på psykososiale forhold og deres rolle som sosial kontakt (7, 9, 10, 20). Sosiale relasjoner mellom sykepleier og pasient i lokalsamfunnet påvirker den profesjonelle yrkesutøvelsen (1, 7, 11, 14). Sykepleiere i rurale områder har ofte nære relasjoner til pasientene (1, 14) og kan være villige til å gå utover oppsatt skiftplan og stillingsinstruks i yrkesutøvelsen (6, 7).

Diskusjon

Hva finnes av forskning gjort i Norge om sykepleie i en rural kontekst?

Studiens hovedanliggende var å undersøke hva som er publisert av forskning om sykepleie i en rural kontekst i Norge. Til tross for at internasjonal forskning om egenarten ved sykepleie i rurale områder ekspanderer, framkommer det av våre funn (Tabell 3) at forskning om temaet er begrenset i Norge. En av årsakene kan være at «rural nursing» ikke er et kjent begrep i norsk sykepleieforskning. På tross av at det rurale varierer fra sted til sted, vil en redegjørelse av den rurale konteksten være av betydning for studienes overføringsverdi (Weinhold & Gurtner, 2014).

Kunnskapsoppsummeringen dokumenterte at seksten artikler hadde eldre som tema. Dette speiler den demografiske tendensen nasjonalt, hvor spesielt distriktskommuner vil få flere eldre og trenden er at yngre mennesker flytter til større tettsteder/byer. Framskrivninger viser til at de nordligste fylkene, innlandsfylkene, Telemark og Sogn og Fjordane får den laveste befolkningsveksten fram mot 2040 (Tønnesen et.al, 2016). Dette kan medføre utfordringer for rekruttering og

stabilisering av sykepleietjenestene i distriktene. Samtidig vil kortere liggetid på sykehus og rask tilbakeføring til kommunene fører til at pasientene har mer komplekse sykdomsbilder ved utskrivning til hjem eller sykehjem (Bruvik, Drageset & Abrahamsen, 2017). Dette krever økt kompetanse hos sykepleierne i distriktet. Det fordrer at sykepleiere i hjemmetjenesten og i sykehjem har spesialistkompetanse innenfor palliasjon, kreftomsorg, psykiatri og barselomsorg. Sykepleiere i rurale områder har derfor en stor variasjon av arbeidsoppgaver og må ha avansert kunnskap å være praktisk dyktig på flere kliniske områder (Scharff, 2013).

Beskrivelser av rural kontekst i sykepleieforskningen i Norge

Studiens andre formål var å undersøke hvordan den rurale konteksten ble beskrevet i norsk sykepleieforskning. Vi har ikke lyktes å finne en nasjonal standard for hva som er rurale områder i Norge. Vår studie viser at kun åtte av de tjue inkluderte artiklene hadde en form for beskrivelse av rural kontekst (Tabell 4). Kunnskapsoppsummeringen fra tabell 4 kan sammenfattes til at en norsk rural kontekst er et område med fem til åtte innbyggere per km² med en reisetid på 45–240 minutt til nærmeste sykehus eller tettsted med over 3000 innbyggere. Rurale sykepleieområder dekker innland, fjell, fjord og kystsamfunn hvor den eldre andelen av befolkningen er høy og helsetilbudet er begrenset. Faktorer som synes å være av betydning er befolkningstetthet (demografi) og areal, reisetid til nærmeste sykehus eller befolkede område, distanse til pårørende, samfunnsgeografiske beskrivelser og yrkesbakgrunn.

Befolkningstetthet og geografisk plassering

Tolv av de tjue inkluderte artiklene i denne studien oppgav geografisk tilhørighet (Tabell 3, Figur 2). Deriblant Aust-Agder, Vest-Agder og Sør-Trøndelag. Dette er fylker med flere enn ti innbyggere per km², men i Aust-Agder og Vest-Agder har tretten av 30 kommuner mindre enn seks innbyggere per km² (Statistisk sentralbyrå, Befolkningstetthet per km²:2017). I vår studie har vi identifisert forskning gjort i fylkene Oppland, Hedmark, Nord-Trøndelag, Nordland og Troms. Disse har mellom seks og åtte innbyggere per km². Ifølge Wakerman (2004) defineres rurale områder som områder med mindre enn seks personer per km². Det vil si at samtlige fylker inkludert i denne studien faller utenfor en rural definisjon (Figur 2). Enkelte kommuner i de oppgitte fylkene vil likevel innfri Wakermans (2004) definisjon på ruralitet.

Finnmark er det eneste fylket i Norge som har mindre enn to innbyggere per km² og kun to byer med en bosetning over 10 000 personer. I Finnmark kan atten av totalt nitten kommuner defineres som rurale på bakgrunn av befolkningstetthet (Wakerman, 2004; du Plessis, 2001). Det samme gjelder for femten av 26 kommuner i Sogn og Fjordane. Til tross av det, lyktes vi ikke i denne studien å finne forskning om rural sykepleie i Finnmark og Sogn og Fjordane.

Reisetid til nærmeste sykehus eller befolkede område

Nærhet til sykehus er en viktig faktor for om et område anses som ruralt eller ikke (Keating, Swindle & Fletcher, 2011). Våre funn i denne studien viser til en beskrevet reisetid på mellom 45 og 240 minutter til sykehus (Tabell 4), men ikke alle studiene redegjør for om det er lokal- eller regionalsykehus. En av de inkluderte artiklene beskriver en reisetid på to og en halv til fire timer til akutt psykiatrisk sykehus (16). Fire av artiklene var fra Aust-Agder og Vest-Agder (Figur 2). Bykle, den nordligste kommunen i Aust-Agder, er preget av store høyfjellsområder med lang avstand til nærmeste sykehus. Det betyr at selv om befolkningstettheten er høy, kan distansen til helsehjelp og nærmeste nabo være lang. I tillegg kan været sette stopper for enhver sykefrakt i utkantstrøk, noe som medfører at selv om transporttiden er beregnet til 45 minutter kan den reelle reisetiden være mer. Dette gir spesielt høy risiko for dødelighet ved akutte skader og ulykker (Bakke & Wisborg, 2011). Å være pasient eller eldre i et ruralt område gjør at en er prisgitt det helsetjenestetilbudet man får, og at reisetid kan være en belastning. Begrenset helsetjenestetilbud kan komplisere en persons mulighet til å mestre sin egen sykdom, få palliativ behandling og hjemmesykepleie. På den andre siden er distanse og usikkerhet til transport en del av å leve ruralt (Bales, Winters & Lee, 2013). En av de inkluderte artiklene i denne studien understreker at pasienter som bor ruralt, ikke fryktet distansen, fordi den sterke tilhørigheten til stedet gav trygghet og identitet (9). Distanse til sykehus, nære pårørende og andre servicetilbud er derfor ikke ensidig negativt, da det å bo der en har sine røtter og sitt liv, har en egenverdi i seg selv.

Samfunnsgeografiske beskrivelser og livsgrunnlag

Samfunnsgeografiske beskrivelser i våre funn omhandler fjell- og kystkommuner som indirekte viser til geografiske utfordringer i henhold til transport og tilgjengelighet til helsetjenester (2,8). Videre nevnes små bygder og bondesamfunn som også kjennetegnes av begrenset befolkningstetthet. Skogsområder, villmark og fjell viser til beskrivelse av naturen. Innbyggere som bor og arbeider i slike områder har en nærhet til naturen som en ikke har i byområder. I to av artiklene beskrives nærhet til stedet en bor, som en trygghet de ikke ville vært foruten (9,10). Syv av artiklene viser at det å være pasient og innbygger i rurale områder bidro til en kontinuerlig justering av forventningene til hverdagslige gjøremål etter sykdom (2-4,9,10,12,17). Dette er ikke nødvendigvis unikt for pasienter i rurale strøk, men noe som kan skje hos alle pasienter etter sykdom. Det som kan være spesielt hos pasienter som bor ruralt, er at de i tillegg til å justere hverdagslivet, også må justere arbeidslivet, fordi naturressursene ofte danner yrkesgrunnlaget i rurale områder. Det er eksempelvis forskjell på å være selvstendig næringsdrivende på en bondegård, ha en fiskekvote eller drive med reindrift og det å være arbeidstaker ved ett offentlig kontor hvor sykefravær lettere kan erstattes.

Særtrekk ved sykepleie i rurale områder

For sykepleiere i rurale områder er forankring til samfunnet en viktig og integrert praksis. Samfunnsforankringen omfatter et bredt spekter av formelle og uformelle nettverk (Lauder, Reel, Farmer & Harvey, 2006). Uformelle nettverk, slik som familie, venner og naboer benyttes ofte og har stor verdi for sykepleiernes muligheter til å utføre sykepleietjenester (Scharff, 2013, s.250). I denne studien viser våre funn at sosiale og lokale relasjoner påvirker sykepleieres handlinger (1, 7, 11, 14). Sykepleierne bruker de tilgjengelige, uformelle ressursene som finnes i lokalsamfunnet, og de benytter kjennskap til blant annet pårørende og andre til å få informasjon om pasientens tilstand. Sykepleiere i rurale områder har flere roller, både profesjonelt og privat. I denne studien ser vi at nære relasjoner mellom sykepleier og pasient, sykepleiers samfunnsrolle og mangel på anonymitet kan føre til at sykepleiere i rurale områder organiserer arbeidet på en annen måte enn sykepleiere i sentrale byområder gjør. Nærheten til pasientene og kjennskapet til bygda kan føre til at sykepleierne er villig til å gå utover oppsatt skiftplan og jobbe utover formell stillingsinstruks. Sykepleier i rurale områder kan benytte uformelle nettverk til anskaffelse av informasjon for å imøtekomme pasientenes behov for helsetjenester. Samtidig kan rollen mellom det profesjonell og private bli utydelig og medføre manglende mulighet til privatliv for sykepleierne (Lee, 1998b).

Teorier om sykepleie i en rural kontekst viser til at pasienter har et sterkt ønske om å opprettholde egenomsorgen (Chafey, Sullivan & Shannon, 1998). Sykdom kan oppfattes som en trussel, ikke bare mot helsen men mot livsgrunnlaget, og symptomer kan derfor underkommuniseres. Selvstendighet og uavhengighet er nøkkelkonsepter i Long og Weinert`s (2013) teori om sykepleie i rurale områder. Samtidig viser det seg at pasientene som bor ruralt ofte godtar det helsetilbudet de får, de gir ikke uttrykk for hjelpebehov og tilpasser forventningene etter hvordan helseproblemene utvikler seg (2, 4, 9, 10, 12, 17, 18). Mange eldre som bor ruralt har også begrenset nettverk av familie noe som gjør at sykepleiere må være ekstra oppmerksomme på sin rolle som sosial kontakt. Samtidig er det viktig å være klar over at pasientenes tilhørighet til stedet, og ønsket om å klare seg selv, handler om identitet og verdi. Det rurale livet må derfor ikke anses som negativt i seg selv, men det gir andre utfordringer og muligheter.

Våre funn viser at sykepleiere i rurale områder ofte jobber alene og uten tverrfaglige ressurser. Det er positivt at vi i denne studien har identifisert en studie om bruk av videokonferanse for å sikre høy kvalitet og tilgang til spesialistkompetanse i helsetjenestetilbudene ruralt (15). Videokonferanseutstyr kan være et verktøy som reduserer behovet for reiser og øker muligheten til å være i et behandlingsteam rundt pasienten. Dette viser at sykepleiere som jobber i en rural kontekst i Norge har behov for faglig støtte, og må tilbys kliniske og faglige utviklingsmuligheter for å sikre høy kvalitet i behandlingen.

Metodologiske begrensninger

Litteratursøkene begrenset seg til seks utvalgte databaser. Det kan tenkes at dersom søkene var gjennomført med termene «distrikt», «grissgrendt», «avsideliggende» eller «små kommuner», kunne antall treff vært større. Målet med søkene var derimot å få en oversikt på hva som fantes av forskning om sykepleie hvor begrepet «rural» ble benyttet. Vi ønsket artikler som beskrev sykepleieutøvelsen i rurale områder, derfor ble artikler som omhandlet utdanning ekskludert da disse omhandlet bruk av IKT som pedagogisk verktøy, fjernundervisning, rekruttering og stabilisering av personell i distriktene. Vi valgte også å ekskludere artikler som omhandlet kliniske beskrivelser fra jordmorfaget. Herunder artikler som beskrev fødestillinger, Apgar-score og obstetrikk. Vi valgte likevel å inkludere en studie som omhandlet jordmødres opplevelser og erfaringer, fordi den beskrev den faglige utøvelsen i en rural kontekst.

Tematikk og fremtidig forskning

Utfordringer knyttet til helsetjenestetilbud i rurale områder trenger ikke være knyttet til landets økonomi, levevilkår og infrastruktur (Weinhold & Gurtner, 2014). Norge anses for å ha et av verdens beste helsevesen. Kunnskapsoppsummeringen dokumenterer likevel utfordringer knyttet til sykepleie til eldre og kreftsyke, psykisk helsearbeid og jordmødres erfaringer fra lokale fødestuer (Tabell 3). Nøkkelinformasjon fra de inkluderte artiklene viser til at vi i framtiden må forske på følgende rurale temaer: helsepolitisk ressursfordeling, bedre tverrfaglige arbeidsmetoder, forbedret pasientkommunikasjon, økt oppmerksomhet på pasientenes egenomsorgsevne, økt kunnskap om risikofaktorer for depresjon og økt kunnskap om hva som fremmer psykososiale forhold.

Forskningsinstitusjoner bør vie mer oppmerksomhet på tema om rurale forhold og implementere rurale områder i de studiene som finansieres. Økt kunnskap om sykepleie i en rural kontekst vil ha implikasjoner for rekruttering og stabilisering av sykepleiere. Det vil gi bedre forståelse for utfordringene sykepleierne står i og økt kunnskap om pasienter som mottar et begrenset helsetjenestetilbud eller har lange reiser for behandling. Flere grupper enn de eldre bør fremstå i forskningen. Særlig trengs det mer kunnskap om minoritetsgrupper og yngre personer, samt de helsefremmende og sykdomsforebyggende aspektene ved å bo i rurale områder. Det er også aktuelt med flere konkrete studier på hva sykepleieutøvelse innebærer i en rural kontekst, og helseverdien av det å bo ruralt.

Konklusjon

Denne kunnskapsoppsummeringen av forskning, gjort om sykepleie i en rural kontekst, viser at sykepleiere benytter uformelle nettverk og har god kjennskap til sine pasienter. Mangel på anonymitet kan være en utfordring. Pasienter i rurale områder tar ofte til takke med et begrenset helsetjenestetilbud og har et høyt ønske

om å bo hjemme og klare seg selv. Avstander og begrensede helsetjenestetilbud er en del av det rurale live og er ikke utelukkende negativt, da tilhørighet til stedet handler om identitet og verdi. Oppsummeringen samsvarer godt med internasjonal forskning og teorier om rural sykepleie.

Forskning om sykepleie i en rural kontekst i Norge er begrenset, både tematisk og geografisk. Over halvparten av de inkluderte studiene mangler beskrivelser av rural kontekst. Manglende redegjørelse av den «rurale» konteksten gjør det vanskelig å sammenligne studier og trekke konklusjoner om kausale sammenhenger. Vi har i denne studien identifisert et behov for større bevissthet rundt den rurale konteksten og mer sykepleieforskning på temaet i Norge.

Litteratur

- Arksey, H. & O'Malley, L. (2007). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 8(1),19-32 <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bakke, H. & Wisborg, T. (2011) Rural High North: A High Rate of Fatal Injury and Prehospital Death. *World Journal of Surgery* 35(7),1615–1620 <https://doi.org/10.1007/s00268-011-1102-y>
- Bales, R.L., Winters, C.A. & Lee, H.J (2013) Health needs and perceptions of rural persons. I Winter, C.A. (red) *Rural Nursing*. Springer Publishing Company, New York, s. 65-78.
- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J.F (2017) Fra sykehus til sykehjem- hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning* 12(60613)(e-60613) <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2017.60613>
- Bushy, A. (2002). International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA. *Australian Journal of Rural Health* 10(2), 104–111 <https://doi.org/10.1046/j.1440-1584.2002.00457.x>
- Canadian Association of Emergency Physicians (1997) Rural Committee, Recommendations for the Management of Rural, Remote and Isolated Emergency Health Care. Facilities In Canada. Hentet fra; <http://caep.ca/resources/position-statements-and-guidelines/recommendations-management-rural-remote-and-isolated--0>
- Chafey, K., Sullivan, T. & Shannon, A. (1998) Self-Reliance: Characterization of Their Own Autonomy. I Lee, H.J (red) *Conceptual basis for rural Nursing*. Springer Publishing Company New York, s. 156-177
- Dale, B., Söderhamn, U. & Söderhamn, O. (2012 a). Life situation and identity among single older home-living people: A phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 7(1), 18456 <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18456>
- Dale, B., Söderhamn, U. & Söderhamn, O. (2012 b). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(1), 113–122 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00917.x>

- Devik, S. A., Enmarker, I., Wiik, G. B. & Hellzén, O. (2013). Meanings of being old, living on one's own and suffering from incurable cancer in rural Norway. *European Journal of Oncology Nursing* 17(6), 781-787
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.03.009>
- Devik, S. A., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2015). «Picking up the pieces» – Meaning of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area. *International Journal of Qualitative studies on health and Well-Being* 10(1) 28382 <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.28382>
- du Plessis, V., Beshiri, R. & Bollman, R.D. (2001). Definitions of Rural. *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin* 3(3) Hentet fra
<http://www.statcan.gc.ca/pub/21-006-x/21-006-x2001003-eng.pdf>
- Eika, M., Dale, B., Espnes, G. A. & Hvalvik, S. (2015). Nursing staff interactions during the older residents' transition into long-term care facility in a nursing home in rural Norway: an ethnographic study. *BMC Health Services Research* 15(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0818-z>
- Eika, M., Espnes, G. A. & Hvalvik, S. (2014). Nursing staff's action during older residents' transition into long-term care facility a nursing home in rural Norway. *International Journal of Qualitative studies on health and Well-Being* 9(1), 24105 <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24105>
- Eika, M., Espnes, G. A., Söderhamn, O. & Hvalvik, S. (2013). Experiences faced by next of kin during their older family members' transition into long-term care in a Norwegian nursing home. *Journal of Clinical Nursing* 23(15-16), 2186-2195 <https://doi.org/10.1111/jocn.12491>
- Grov, E. K., Fosså, S.D. & Dahl, A. A. (2011). Short-term and long-term elderly cancer survivors: A population-based comparative and controlled study of morbidity, psychosocial situation, and lifestyle. *European Journal of Oncology Nursing* 15(7),213-220
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.06.011>
- Helvik, A., Iversen, V., Steiring, R. & Hallberg, L. (2011). Calibrating and adjusting expectations in life: A grounded theory on how elderly persons with somatic health problems maintain control and balance in life and optimize well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 6(1), 6030 <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i1.6030>
- Helvik, A.-S., Schanke, R. H. & Selbæk, G. (2010). Screening for depression in elderly medical inpatients from rural area of Norway: prevalence and associated factors. *Geriatric Psychiatry* 23(2), 150-159
<https://doi.org/10.1002/gps.2312>
- Houngaard, L., Jensen, A.B., Wilche, J.P & Dolmer, I.(2013) The nature of nursing in rural and remote areas of Greenland. *International Journal of Circumpolar Health* 72(1),20964 <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.20964>
- Keating, N., Swindle, J. & Fletcher, S. (2011). Aging in rural Canada: a retrospective and review. *Canadian Journal on Aging* 30(3), 323–338
<https://doi.org/10.1017/s0714980811000250>
- Lauder, W., Reel, S., Farmer, J. & Harvey, G. (2006) Social capital, rural nursing and rural nursing theory. *Nursing Inquiry* 13(1), 73-79
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00297.x>

- Lee, H.J.(1998a) (Red.) *Conceptual basis for rural Nursing*. Springer Publishing Company, New York, s. 76-88
- Lee, H.J.(1998b) Lack of anonymity. I: Lee, H.L. (Red.) *Conceptual basis for rural Nursing*. Springer Publishing Company, New York, s. 76-88
- Long, A. K. & Weinert, C. (2013). Rural Nursing: Developing the Theory Base. I Winter, C.A. (red) *Rural Nursing*. Springer Publishing Company, New York, s.1-14
- Masvie, T. B. & Ytrehus, S. (2013). Psykisk helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning* 9(1),19-34 <https://doi.org/10.7557/14.2561>
- Moe, C., Kvig, E. I., Brinchman, B. & Brinchman, B. S. (2012). «Working behind the scenes»: An ethical view of mental health nursing and first-episode psychosis. *Nursing Ethics* 20(5), 517-527 <https://doi.org/10.1177/0969733012458607>
- Ness, T. M., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2014 a). «Embracing the present and fearing the future»: The meaning of being an oldest old woman in a rural area. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 9(1), 25217 <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.25217>
- Ness, T. M., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2014 b). «Struggling for independence»: The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 9(1), 23088 <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23088>
- Ness, T. M., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2015). The Experience of Nurses Providing Home Nursing Care to Oldest Old Persons Living Alone in Rural Areas - An Interview Study. *Open Journal of Nursing* 05(04), 336-334 <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.54036>
- Scharff, J. E. (2013). The Distinctive Nature and Scope of Rural Nursing Practice: Philosophical Bases. I Winters, C.A (red) *Rural Nursing: concepts, theory and practice* Springer, New York, s. 241-258
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2012) Bruk av sykestuer og sykehus i sykestuekommuner i Finnmark. SKDE rapport 2/2012. Helse Nord RHF. Hentet fra [https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Bruk%20av%20sykestuer%20og%20sykehus%20i%20Finnmark%20\(SKDE%202012\).pdf](https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Bruk%20av%20sykestuer%20og%20sykehus%20i%20Finnmark%20(SKDE%202012).pdf)
- Skogheim, G. & Hanssen, T. A. (2015) Midwives experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting. *Sexual & reproductive healthcare* 6(4), 230–235 <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.001>
- Statistisk sentralbyrå (2017). Folkemengde og areal, etter kommune. (SÅ 57). Oslo; Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <http://www.ssb.no/303783/folkemengd-og-areal-etter-kommune-sa-57>
- Sørbye, L.W(1999) Cancer Patients Who Prefer to Die at Home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13(2),102-108 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1999.tb00523.x>

- Trondsen, M. V., Bolle, S. R., Stensland, G. Ø. & Tjora, A. (2014) Video-confidence: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies. *BMC Health Service Research* 14(1)544
<https://doi.org/10.1186/s12913-014-0544-y>
- Tønnessen, M., Leknes, S. & Syse, A. (2016) Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Hovedresultater. Økonomiske analyser 3/2016. *Statistisk sentralbyrå*.
http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/270392?_ts=1556d680ad8
- Tønnessen, S., Førde, R. & Nortvedt, P. (2009) Fair Nursing Care When Resources Are Limited: The Role of Patients and Family Members in Norwegian Home-Based Services. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 10(4), 276-284
<https://doi.org/10.1177/1527154409357108>
- Wakerman, J. (2004) Defining remote health. *Australian Journal of Rural Health*. 12(5),210-214 <https://doi.org/10.1111/j.1440-1854.2004.00607.x>
- Weinhold, I. & Gurtner, S. (2014) Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy* 118(2), 201–214
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.018>
- Wiik, G.B., Devik, I. & Hellzen, O. (2011) Don't become a burden and don't complain: a case study of older persons suffering from incurable cancer and living alone in rural areas. *Nursing reports* 1(1),3
<https://doi.org/10.4081/nursrep.2011.e3>