

SPL4911

Master i klinisk sykepleie

Tuva Sandsdalen Mytting

Monografisk avhandling

Marianne Torp Stensvehagen

Hvordan oppfatter erfarne anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere at kompetanseutvikling fremmes - en fenomenografisk studie



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie,

Seksjon sykepleie.

Mai – 2010.

27327 ord.

Sammendrag:	
Tittel: Hvordan oppfatter erfarne anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere at kompetanseutvikling fremmes - en fenomenografisk studie.	
Institusjon: Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie	Utdanning: Master i klinisk sykepleie
Forfattere: Tuva Sandsdalen Mytting og Marianne Torp Stensvehagen	Veileder: Professor Barbro Arvidsson
<p>Introduksjon: Anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere skal ha kompetanse og være funksjonsdyktige, til å ivareta akutt og kritisk syke pasienter og deres pårørende. Internasjonalt og nasjonalt finnes det noen studier på generell kompetanseutvikling, men ingen studier ser på hvordan kompetanseutvikling fremmes hos den erfarne AIO sykepleier.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien er å beskrive hvordan erfarne anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere oppfatter at kompetanseutvikling fremmes.</p> <p>Metode: En kvalitativ metode med fenomenografisk tilnærming ble benyttet. Utvalgelse av 18 informanter var basert på et strategisk utvalg av anestesisykepleiere (4), intensivsykepleiere (7) og operasjonssykepleiere (7) fra forskjellige avdelinger på tre forskjellige sykehus. Datainnsamlingsmetoden var individuell semistrukturert intervju. Data analysen ble gjort ved hjelp av Dahlgren og Fallsberg (1991) syv trinns analysemodell.</p> <p>Resultater: Det fremkom tre beskrivelseskategorier og åtte delkategorier, som beskriver de kvalitativt forskjellige måtene som informantene oppfattet hvordan kompetanseutvikling fremmes, på et individ, en gruppe og et systemnivå. På individnivå ble kompetanseutvikling fremmet <i>ved læring gjennom egen streben etter kompetanseutvikling</i>, der det var viktig å ønske å jobbe faglig forsvarlig, ha et engasjement og å ta ansvar for egen kompetanseutvikling. På gruppe nivå kompetanseutvikling fremmet <i>ved læring gjennom praksisfellesskapets erfaringskunnskap</i>, i dialogen med andre, og deltagende i et fagutviklende miljø. Systemnivået omhandlet <i>læring gjennom avdelingen tilretteleggelse for kompetanseutvikling</i>. I denne kategorien var tilrettelegging for læring i det daglige, praktisk trening med kollegaer og systemer for kompetanseutvikling i avdelingen det som fremmet kompetanseutvikling.</p> <p>Konklusjon: Funnene i studien viser en variasjon av ulike oppfatninger av hvordan kompetanseutvikling fremmes for den erfarne AIO-sykepleier. Kompetanseutviklingen fremmes på tre ulike nivåer, et individ-, gruppe- og systemnivå. Funnenes betydning for klinisk praksis kan være en økt bevissthet om, at for å fremme og tilrettelegge for læring og kompetanseutvikling for erfarne AIO- sykepleiere, vil det være av betydning å tilrettelegge både mot individet, mot praksisfellesskapet som gruppe og på systemer for kompetanseutvikling i avdelingen.</p> <p>Nøkkelord: Kompetanseutvikling, erfaring, fenomenografi, anestesisykepleier, intensivsykepleier, operasjonssykepleier.</p>	

Summary:	
Title: How do experienced anesthesia-, intensive care- and operating room nurses perceive that competence development are promoted - A phenomenographic study	
Institution: Gjøvik University College, Department of Health, care and nursing	Education: Master of Clinical Nursing
Authors: Tuva Sandsdalen Mytting og Marianne Torp Stensvehagen	Supervisor: Professor Barbro Arvidsson
<p>Introduction: The anaesthesia-, intensive care- and operating room nurse (AIO nurse) are all required to be competent and operative, able to take care of patients in state of acute and/or critical illness, and also to take care of their nearest. On an international and national level there are few studies on general competence development, but no study has investigated how the experienced AIO nurse may acquire further competence.</p> <p>Objective: The objective of the study is to describe how experienced nurses anaesthetist, intensive care nurses and operating room nurses consider how their professional competence level is expanded. This knowledge may contribute to an increased understanding of how the experienced special care nurse is learning, and may aid the development of new methods for the safeguarding of competence, and for the development of competence, than that which exists today. For the individual informant, participation may contribute to an increased reflection on their professional competence.</p> <p>Method: The study is qualitative and a phenomenographic design was used. In phenomenography, the purpose is to describe the variation in how people perceive an observable phenomenon. The Selection of 18 informants, was based on a strategic selection of 4 anesthesia nurses, 7 intensive care nurses, and 7 operating room nurses from various departments in three different hospitals. Data collection method was semi-structured individual interviews. Data analysis was done by Dahlgren and Fallsberg (1991) seven-stage model of analysis</p> <p>Results: Three description categories and eight subcategories, which describes the qualitatively different ways in which the informants perceived how skills development is submitted, on an individual, a group or a system level At the individual level, competence was improved by <i>learning through their own efforts for competence development</i>, where the perceptions was a desire to work professionally prudent, have a commitment and take responsibility for their own competence. At the group level, the competence was improved by <i>learning from the common empirical knowledge of the group</i>, dialogue with others, and being part of an environment with a common desire for development. On the system-level, expertise was improved by <i>learning through the department's plans for professional development</i>. In this category, the facilitation of everyday learning, practical training with colleagues and the availability of systems for skills development in the department, were the perceptions of the informants on their ability to develop their competence level.</p> <p>Conclusion: The findings of the study show a variety of different perceptions of how competence is further developed for the experienced AIO-nurse. Competence development is submitted on three different levels, an individual, group and system level. Findings significant for clinical practice may be an increased awareness, that in order to promote and prepare for learning and competence development for experienced AIO nurses, it will be important to facilitate both the individual, the practice community as a group and on systems for competence development in the department.</p> <p>Keywords: Competence development, experienced, phenomenography, nurse anesthetist, intensive care nurse, operating room nurse.</p>	

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess. Mange har bidratt til at studien lot seg gjennomføre og at monografien tok form og ble et endelig produkt som vi er stolte av.

Vi har hatt stor glede av å møte så mange flotte og engasjerte anesthesi-, intensiv og operasjonssykepleiere, som har bidratt til en fyldig og rikt datamateriale. Møte med våre informanter har gitt oss inspirasjon og gjort oss ydmyke, ved å ha fått ta del i deres tanker og erfaringer av kompetanseutvikling og deres brennende engasjement etter mange år i yrkene. Vi skylder dem en stor takk.

En takk vil vi også rette til avdelingene og sykehusene som la forholdene til rette i en hektisk hverdag, for å fristille sine ansatte for å delta i studien.

En stor takk og en ”kram” rettes også til vår veileder, Barbro Arvidsson, som har vært tilgjengelig og gitt oss konstruktiv tilbakemelding. I tillegg til å dele av sin kunnskap om fenomenografisk metode, har hun gitt oss støtte, oppmuntring og tro på egen gjennomføring.

Sist vil vi takke våre ektefeller og barn, som har fulgt oss i opp og ned turer, sene kvelder på jobb og fravær i helgene. Vi ser frem til å vende tilbake til normalen og nyte sommeren med dere.

Change is inevitable.

Personal growth is a choice.

B. Proctor

Elverum, juni 2010.

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
1. INTRODUKSJON	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 KOMPETANSEUTVIKLING OG LÆRING HOS DEN ERFARNE ANESTESI-, INTENSIV- OG OPERASJONSSYKEPLEIER.....	9
1.3 AVKLARINGER OG AVGRENSNINGER	25
1.4 PRESENTASJON AV HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	26
2. METODE.....	28
2.1 FORSKERNES FORFORSTÅELSE.....	28
2.2 DESIGN.....	29
2.3 DATABEARBEIDING	37
2.4 FORSKNINGSETIKK	40
3. RESULTAT.....	42
3.1 LÆRING GJENNOM EGEN STREBEN ETTER KOMPETANSEUTVIKLING.....	42
3.2 LÆRING GJENNOM PRAKSISFELLELESSKAPETS ERFARINGSKUNNSKAP	47
3.3 LÆRING GJENNOM AVDELINGENS TILRETTELEGGELSE FOR KOMPETANSEUTVIKLING.....	51
3.4 BESKRIVELSE AV UTFALLSRUM.....	58
4. DISKUSJON.....	60
4.1 METODEDISKUSJON.....	60
4.2 RESULTATDISKUSJON	68
LÆRING GJENNOM EGEN STREBEN ETTER KOMPETANSEUTVIKLING	68
LÆRING GJENNOM PRAKSISFELLELESSKAPETS ERFARINGSKUNNSKAP.....	73
LÆRING GJENNOM AVDELINGENS TILRETTELEGGING FOR KOMPETANSEUTVIKLING.....	79
5. OPPSUMMERING MED KONKLUSJON.....	87

6.	REFERANSER	90
7.	VEDLEGG	103
	<i>Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring</i>	<i>103</i>
	<i>Vedlegg 2: Intervjuguide</i>	<i>106</i>
	<i>Vedlegg 3: Brev til sykehusledelsen</i>	<i>108</i>
	<i>Vedlegg 4: NSD Godkjenning</i>	<i>110</i>

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Det stilles i dag store krav til den enkelte anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleier (AIO-sykepleier) om å holde seg faglig oppdatert. Helsepersonelloven (1999), Yrkesetiske Retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund (NSF), 2007) og hvert fagområdes definerte myndighetsområde og funksjonsansvar setter en standard for hvordan yrkesutøvelsen skal være etter endt spesialutdanning og noen års yrkespraksis som spesialsykepleier (NSF 2007a, 2007b, 2008). Arbeidsgiver har et ansvar for å legge til rette for opplæring etter Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Selv om Spesialisthelsetjenesteloven(1999) per i dag stiller krav om opplæring for å oppdatere og videreutvikle ansattes kompetanse, viser det seg at systematisk kompetanseutvikling heller er unntaket enn regelen (Kirchoff, 2005). Kompetansereformen (Kunnskapsdepartementet, 1998) gir i tillegg til lovverket, politiske føringer om i forhold til å vedlikeholde kompetanse i arbeidslivet

Faglig kompetanse må oppdateres og videreutvikles for ikke å gå tapt og for å møte nye og økende krav til kompetanse i faget (Dåvøy, 2007; Stubberud, 2005). AIO-sykepleiere skal inneha kompetanse og være funksjonsdyktige, til å ivareta akutt og kritisk syke pasienter og deres pårørende i alle aldre (NSF, 2006; 2007a; 2008; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005 a; 2005 b; 2005 c). Det å utvikle kompetanse er en livslang prosess, i takt med erfaring må derfor kunnskapen oppdateres, ivaretas og videreutvikles. For spesialsykepleiere med lang erfaring, blir utfordringen både det å ivareta eksisterende kunnskap, og tilegne seg ny kunnskap og videreutvikle sin kompetanse. Et høyteknologisk miljø, raskt skiftende og uforutsigbar hverdag med avansert medisinsk og kirurgisk behandling samt pasienter og pårørende i sorg og krise kjennetegner AIO-sykepleiernes hverdag (Bäckström, 2009; Bruun, 2002; Stubberud, 2005). Mulighetene for å gå fra pasienten for å få faglig oppdatering er små fordi den akutt og kritisk syke må overvåkes kontinuerlig. Krav til å arbeide på bakgrunn av ny og beste kunnskap, krav om å mestre ferdigheter og det å mestre etiske utfordringer i et fag og miljø som er i konstant utvikling blir spesielt viktig i ansvaret til

den akutt og kritisk syke pasienten fordi marginene er så små og manglende kompetanse kan føre til fatale utfall for pasientene (NSF 2006, 2007 a, 2008; Stubberud, 2005). Dette underbygger hvorfor vi mener det er viktig å få mer kunnskap om hvordan AIO-sykepleieren ivaretar og videreutvikler sin kompetanse. AIO-sykepleiernes fagområder har likheter ved å ha ansvaret for den akutt og kritisk syke pasienten, ved at videreutdanningen innen faggruppene reguleres av fagplaner med mange like fagområder og fordi avdelingene har likhetstrekk ved at de er høyteknologiske med stor grad av avansert medisinsk teknisk utstyr. Vi har valgt å se på AIO-sykepleiere under ett i denne studien for å få frem variasjon i oppfatninger om hva som fremmer kompetanseutvikling, ikke for å sammenligne faggruppene. Heretter vil begrepene AIO-sykepleier og spesialsykepleier brukes synonymt.

Flere studier trekker frem at sykepleiere har et ønske om å utvikle egen kompetanse og at kompetanseutvikling fører til at sykepleierne er mer fornøyd på jobben (Pilhammar Andersson, 2001; Whitehead & Lacy-Haun, 2008). De får økt sin kompetanse i forhold til arbeidsoppgaver, får øket selvtilitt og når egne profesjonelle mål (ibid.). Motivasjonen til å delta på kurs og etterutdanning er nettopp det, et ønske om å øke egen kompetanse, oppdatere egne kvalifikasjoner og vise at man er faglig kompetent (Joyce & Cowman 2007; Ryan, 2003).

Mye av forskningen innen kompetanseutvikling internasjonalt, har i stor grad hatt fokus på evaluering av etterutdanningsopplegg (Continued Professional Development), og i hvilken grad sykepleiere er fornøyd med dette tilbudet, men ikke hva sykepleiere opplever at fremmer den enkeltes kompetanseutvikling.

Nasjonalt har tilsvarende forskning sett på blant annet etterutdanningssystemer som klinisk stige (Bjørk, Hansen, Samdal, Tørstad & Hamilton, 2007; Tørstad & Bjørk, 2007) som er et system for kompetanseutvikling formalisert av Norsk Sykepleierforbund (NSF) som gir godkjenning som klinisk spesialist i sykepleie og spesialsykepleie (NSF, 2004). Faggruppene i NSF for anestesi-, intensiv-, og operasjonssykepleiere (ALNSF; NSFLIS og NSFLOS) har arbeidet med å utvikle programmer for myndighetsgodkjent spesialistgodkjenning innen fagområdene, etter Helsepersonelloven § 51 (Helsepersonelloven, 1999; NSF, 2009; Trondsen, 2010) disse

er foreløpig ikke publisert. Målet med spesialistgodkjenning er å ivareta krav om forsvarlighet og kvalitet på utøvelsen gjennom blant annet en plikt og rett til faglig oppdatering og utvikling for alle spesialsykepleiere innen disse fagretningene (NSF, 2009). Slik det er i dag, finnes det ikke et nasjonalt program med krav om etterutdanning for å opprettholde sin formelle godkjenning/kompetanse som spesialsykepleier. Systematisert etterutdanning og andre fagutviklingstiltak er systemer som det i varierende grad tilbys og tilrettelegges for ved ulike sykehus og ulike avdelinger (Kirchhoff, 2005; Statens helsetilsyn, 2001) og hvor deltagelse baseres på frivillighet. Dette gjør at den enkelte avdeling og den enkelte spesialsykepleier i større grad står ansvarlig for å ivareta lovens krav, politiske føringer og etiske retningslinjer om forsvarlighet ved å ivareta og videreutvikle sin kompetanse. Det blir dermed viktig å ha kunnskap om hvordan den enkelte spesialsykepleier utvikler sin kompetanse og hvilke faktorer som kan fremme kompetanseutvikling. Det er gjort forskning på læringserfaringer og kompetanseutvikling hovedsakelig blant studenter og nytilsatte, men også noen få studier på mer erfarne sykepleiere i Norge (Andersen, 2006; Jensen et al., 2008 og Skår, 2010) men Skår (2010) konkluderer med at det er behov for mer kunnskap om hvordan profesjonelle sykepleiere lærer i sitt daglige arbeid.

Oppsummert finnes varierende grad systematisk kompetanseutviklingsprogram i spesialavdelinger og disse er i stor grad bygget på frivillighet. Dette gjør at ivaretagelse og videreutvikling av kompetanse i stor grad blir den enkeltes ansvar. Derfor blir kunnskap om hva som bidrar til at den enkelte AIO-sykepleier utvikler sin kompetanse og hvordan denne kompetansen utvikles, viktig å få svar på. Det vises imidlertid at det finnes lite kunnskap om erfarne spesialsykepleieres læring og kompetanseutvikling i nasjonal og internasjonal forskning og det er beskrevet et behov for mer kunnskap om temaet. Med bakgrunn i dette og vårt engasjement for temaet ønsket vi dermed å finne mer ut om hvordan kompetanseutvikling fremmes hos erfarne AIO-sykepleiere og med dette bidra med ny kunnskap. Ut fra dette ble dermed hensikten for studien dannet.

1.2 Kompetanseutvikling og læring hos den erfarne anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleier

I dette kapitlet vil vi beskrive hvordan den erfarne AIO-sykepleier utvikler sin kompetanse. Den erfarne AIO-sykepleier lærer i hovedsak gjennom å være i arbeid, og vi vil dermed beskrive hvordan læring og kompetanse utvikles. Først vil vi beskrive hva det vil si å lære og hvordan den erfarne lærer i et praksisfellesskap. Deretter vil vi beskrive hva kompetanse er og hvordan dette utvikles gjennom erfaring og refleksjon.

Læring som forutsetning for kompetanseutvikling.

For si noe om faktorer som påvirker kompetanseutvikling, startes dette kapitlet først med en redegjørelse for det pedagogiske ståstedet denne oppgaven vil preges av når det gjelder hvordan man tilegner seg kunnskap gjennom læring.

Læringsteorier er en måte å forstå hvordan menneske lærer. Forskningstradisjoner innen dette kan deles inn i individorienterte og kollektivistisk orienterte (Nygren, 2004). Individorienterte læringsteorier eller tradisjonell læringsteori, kjennetegnes av en forståelse av at læring skjer inni mennesket. Utvikling og læring kommer innenfra i det enkelte individ (Säljö, 2006; Nygren, 2004). En slik læringsprosess kan sees på som biologiske og utviklingsmessige prosesser, hvor man som menneske er født med et sett med evner som vil utvikles og modnes i den grad man legger til rette for dette (Säljö, 2006).

En annen måte å forstå individorienterte læring, er at individet erverver seg gjennom at noe tilføres individet og påvirker deres atferd og tenkning, og at vi dermed formes av våre erfaringer (Säljö, 2006). De individorienterte retningene er kritisert for at læring betraktes som reproduksjon av ”ferdig” kunnskap som overføres til en passiv mottaker som bearbeider denne ved hjelp av kognitive prosesser (Nygren, 2004). Det er den enkelte som lærer og det antas at kunnskapen som overføres ikke er påvirket av sammenhengen læringen skjer i (ibid.). De tradisjonelle kognitivistiske måtene å tenke om læring kan ikke sies å dekke forståelsen av læring som begrep, da det ikke alltid finnes en biologisk forklaring for alle kunnskaper og ferdigheter samt at vi som mennesker ikke lærer alt gjennom erfaringer (Säljö, 2006).

Som et motsvar til denne tradisjonelle tenkningen rundt læring, ble den kollektivistiske forskningstradisjonen dannet (Nygren, 2004). Innen denne forskningstradisjonen sees læringsprosessen som uadskillelig fra konteksten hvor læring skjer (Nygren, 2004). Læring og den lærende kan ikke skilles fra konteksten, og læring og kunnskapen påvirkes dermed av konteksten den oppstår i. Slike læringsteorier kalles derfor ofte situerte eller sosiokulturelle læringsteorier (Nygren, 2004; Säljö, 2006). Mennesket sees på som historisk, sosiale og kulturelle vesen som samspiller med sine omgivelser, og læring må derfor også sees som en prosess som skjer mellom mennesker hvor kunnskap og ferdigheter ikke kommer fra individet, men utvikles mellom mennesker (Säljö, 2006). Den lærende lærer i samarbeid med andre, i en kontekst eller en situasjon (Pettersen, 2005; Nygren, 2004). Slike kontekster blir ofte betegnet som praksisfellesskap (Pettersen, 2005). ”Å lære er å tilgodegjøre seg deler av samfunnets samlede kunnskaper og ferdigheter..” (Säljö, 2006, s. 22). Den lærende er, i et sosiokulturelt perspektiv, dermed aktiv i sin egen læringsprosess og aktiv og bidragsyter i utviklingen av det praksisfellesskapet han deltar i (Nygren, 2004).

Et annet perspektiv på læring er å se på læring ut fra hvordan den lærende selv erfarer læring. På bakgrunn av flere studier hvor man har spurt lærende i ulike aldre, beskriver Marton & Booth (1997) fenomenet læring slik den lærende selv erfarer det. Ut fra dette gir forfatterne en overordnet forståelse av fenomenet læring. Det å lære forstås som å lære seg å erfare, ved at man ved å erfare alltid lærer seg noe på sin spesielle måte og i en sammenheng (Marton & Booth, 1997). Med dette forstås at man ikke skiller mellom det subjektive indre i mennesket og den virkelige verden ”der ute”, men at det kun finnes en verden som man erfarer ulikt og ufullstendig (Marton & Booth, 1997). I dette ligger det at hvordan vi lærer og erfarer læring vil variere fra menneske til menneske og skjer i en intern relasjon mellom person og verden. Læring er en forandring i individets måte å se, erfare, håndtere og forstå aspekter i verden på, man erfarer en del av verden på en ny måte (Marton & Booth, 1997).

Senere tids aktuelle diskusjoner om profesjonell læring konkluderer med at en beveger seg mot en forståelse av at det er en gjensidig avhengighet mellom personen som lærer og personens sosiokulturelle omgivelser (Skår, 2010). Praksisfellesskapet og de ulike

situasjonene påvirker dermed den profesjonelles erfaringer og kunnskaper og bearbeidingen av disse, samtidig som den profesjonelle gjennomgår en personlig utvikling i møte med de ulike situasjonene i praksisfellesskapet (Skår, 2010). En forståelse av at læring er en gjensidig prosess mellom individ og praksisfellesskap og at læring må søkes å forstås med bakgrunn i den lærendes opplevelse av læring blir også forståelsen denne oppgaven bygger videre på.

Kompetanseutviklingens "hvor"

Den erfarne befinner seg i et praksisfellesskap, ved å være en del av et arbeidsfellesskap i den aktuelle avdeling. Begrepet praksisfellesskap er et sentralt fenomen innenfor et sosiokulturelt læringssyn (Hovland & Andresen, 2007). Et praksisfellesskap kjennetegnes ved at det er et komplekst strukturert sosialt fellesskap i praksis hvor de forskjellige deltagerne fungerer som læringsressurser for hverandre (Kvale & Nielsen 1999 i Alvsvåg 2007). Et praksisfellesskap gir dermed anledning til læring gjennom at man er deltagende i det (Alvsvåg 2007). Læring i praksisfellesskapet kan skje uten at læring var tilsiktet eller målet (Nygren, 2004). Ved å være deltagende i handlinger i praksisfellesskapet lærer man dermed i samhandling med de andre deltagerne. For å utvikle kompetanse ved hjelp av et praksisfellesskap er det viktig å bli bedre i stand til å delta, kunne følge med i forandringer og fortsette deltagelse innenfor et praksisfellesskap som er i forandring og selv kunne bidra til forandringer innenfor praksisfellesskapet (Lave & Wenger, 1991 i Nygren, 2004 s 79).

Når læring skjer i praksisfellesskapene, som for eksempel i en intensiv eller operasjonsavdeling, så vil kunnskapen som utvikles i denne avdelingen ikke være universell (Säljö, 2006), da hver avdeling og hver situasjon vil være unik. Handlingskompetansen man dermed utvikler i praksisfellesskapet ved en avdeling, vil ikke nødvendigvis være overførbart til en annen avdeling. Samtidig vil det være fellestrekk som vil være like (Säljö, 2006).

Illeris (2004) har videreutviklet en modell av Jørgensen & Warring (2002) som beskriver hvordan medarbeiderne lærer i et praksisfellesskap gjennom det sosialt-

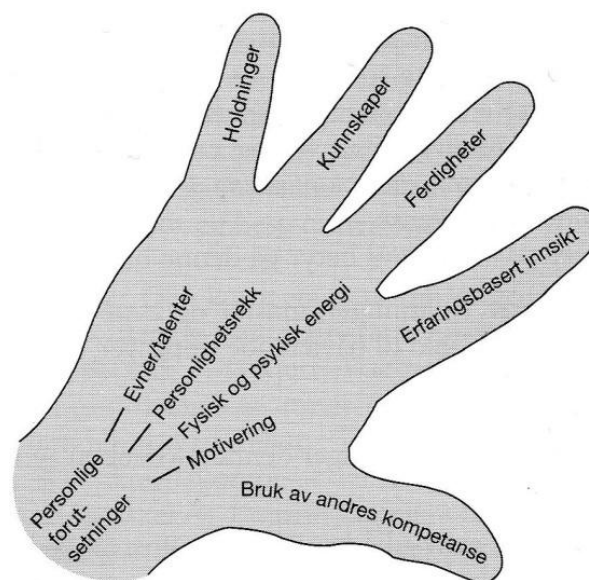
kulturelle læringsmiljø og det teknisk-organisatoriske læringsmiljø. Det er dermed disse tre faktorene som påvirker læring i praksisfellesskapet (Illeris, 2004). Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø legger rammene og mulighetene for læring som gis fra systemet (ibid.). I det sosialt-kulturelle læringsmiljø skjer læring i sosiale grupper og prosesser på arbeidsplassen (ibid.) Medarbeiderens læringsforløp avhenger av vedkommendes livs- og arbeidserfaringe, utdanning og grunnleggende holdninger til arbeidet, (Ibid.). I dette ligger det både muligheter og påvirkning av læring for medarbeideren, gjennom både avdelingens organisering, rammer, bemanning, arbeidsoppgaver og grad av teknologi i arbeidet. Dette sammenfaller med det Skår (2010) beskriver om læring på arbeidsplassen for sykepleiere at profesjonell læring er knyttet til kompetanseutvikling ved at den profesjonelle lærer gjennom utøvelse og dermed utvikler sin kompetanse. Både arbeidsplassens organisering, sosiale relasjoner og kultur i avdelingen og den enkeltes deltagers ulike forutsetninger og erfaringer av læring påvirker og utfordrer profesjonell kompetanseutvikling (Skår, 2010). Med dette forstår vi at det høyteknologiske miljøet og arbeidsoppgavene i en spesialavdeling vil påvirke og gi muligheter for læring. Samtidig vil medarbeideren lære gjennom deltagelse i et praksisfellesskap gjennom en tilknytning til sosiale grupper og prosesser på arbeidsplassen. Illeris (2004) hevder at arbeidsplassen er preget av en kontinuerlig endring og utvikling både organisatorisk og sosialt, det skaper læringsmuligheter fordi det tvinger medarbeideren til konstant å forholde seg til nye betingelser på arbeidsplassen men kan også virke hemmende på læring.

Kompetanseutviklingens "hva"

Kompetanse defineres av Lai (2004) som: ” de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdinger, som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål.” I følge Lai (2004) handler det om ” å vite” og ”å kunne gjøre”, i tillegg til, at man som individ har individuelle egenskaper og forutsetninger. Ferdigheter er det å utføre ofte komplekse adferdsmønstre på en god måte for å nå et mål (Lai 2004). Hun definerer begrepet til å inneholde ikke bare det å kunne utføre en oppgave, men også det å ha problemløsende ferdigheter. Evner er individets muligheter i form av

stabile egenskaper, kvaliteter, talenter og trekk som påvirker mulighetene til å utføre oppgaver og tilegne seg og benytte kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Lai 2004). Holdninger betraktes av Lai (2004) som en faktor som påvirker hvordan den aktuelle oppgaven utføres, og blir dermed mer en indikator for om en person er kompetent eller ikke. De fire komponentene står i relasjon til hverandre og er dermed vanskelig å skille. De vil i den praktiske hverdag gli inn i hverandre og danne en helhet, som kan ses på som en persons kompetanse (Lai, 2004). Denne måten å forstå kompetanse på, kan kanskje ses på som noe forenklet, da det vil være mange faktorer som påvirker en persons kompetanse og forutsetninger for kompetanseutvikling.

Dalin (1999) definerer også kompetanse til å omfatte begrepene kunnskaper, ferdigheter, holdninger, men han gjør et skille mellom det han kaller personlige forutsetninger og kompetanseelementer, som kan utvikles gjennom læring. Dette illustreres ved følgende figur:

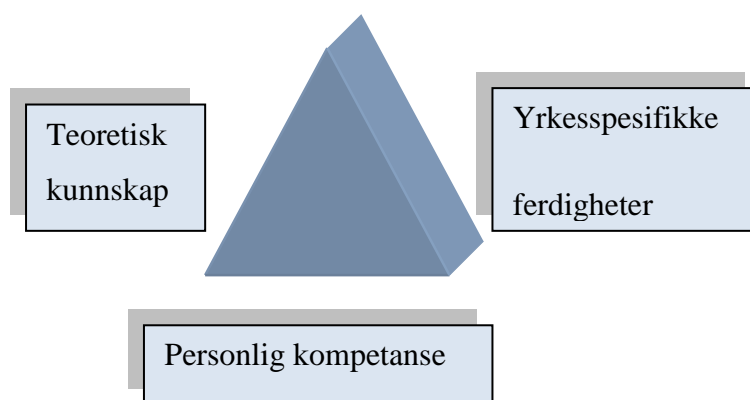


Figur 1: Kompetansebegrep (realkompetanse) (Dalin, 1999, s 27)

Dahlin (1999) hevder at de personlige forutsetningene er en persons evner eller talenter (kreativitet, verbale og analytiske evner), personlighetstrekk (utadvendt, pliktoppfyllende eller følsom), energi (både fysisk og psykisk energi) og motivering.

Dalin (1999) hevder at både energi og motivasjon kan endres over tid og at dette ikke vil påvirke kompetansen, men forutsetningene for å anvende eller utvikle kompetansen. Ved dette forstår vi at det å ha energi og motivasjon er viktig for å utvikle og anvende kompetanse og at disse forutsetningene ikke er konstant, men vil kunne variere hos den enkelte spesialsykepleier over tid. I kompetansebegrepet trekker Dalin (1999) også inn det å ha innsikt og å ta bruk av andres kompetanse. Dalin konkretiserer og utdyper kompetansebegrepet til å omhandle mer enn kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner, med at det er flere faktorer som påvirker hvordan kompetanse tilegnes og videreutvikles (ibid). Ut fra dette påvirkes kompetanseutvikling dermed av faktorer og egenskaper i individet og utenfor individet.

Kompetanse beskrevet av Dalin og Lai har likhetstrekk med begrepet profesjonell kompetanse i sykepleie, som beskrives av Skau (2005) men hvor profesjonell kompetanse betegner en kompetanse som skal bidra til en funksjonsdyktighet i yrkesutøvelsen som sykepleier. Skau (2005) tar utgangspunkt i det hun kaller et samlet kompetansebegrep, og definerer profesjonell kompetanse som ”et sett av kvalifikasjoner som er nødvendige og hensiktsmessige i utøvelsen av et yrke.” (Skau, 2005, s 55). Som figur 2 viser, deles profesjonell kompetanse inn i tre aspekter, som består av: teoretisk kunnskap som er faktakunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter, håndlag og personlig kompetanse (den vi er som person, både for oss selv og overfor andre) (Skau, 2005).



Figur 2: Samlet profesjonell kompetanse (Skau, 2005, s 56)

Målet for en profesjonell sykepleier er i følge Skau (2005) å bli det hun kaller ”den integrerte fagpersonen”. Det som kjennetegner den personen er at alle sidene i kompetansetrekanten er utviklet til en balansert helhet (Skau, 2005). Det handler om at som profesjonell yrkesutøver er det viktig å inneha en samlet kompetanse som spesialsykepleier. I tillegg er det også viktig å ha personlige forutsetninger til det arbeidet man skal utføre og de menneskene man skal ivareta (Dalin 1999; Lai, 2004; Skau, 2005). Det å utvikle profesjonell kompetanse innebærer et individuelt ansvar om å ivareta og videreutvikle sin kompetanse slik at god yrkesutøvelse ivaretas og her vil et engasjement og motivasjonen til å fortsette å lære og utvikle sin kompetanse bli viktig. Begrepene som omhandler det å utvikle god kompetanse og ekspertise er mange og omhandler mye likt selv om det forekommer nyanseforskjeller. Heretter vil begrepene kompetanse og kompetanseutvikling bli brukt for å betegne profesjonell kompetanse, utvikling av ekspertise, faglig utvikling og profesjonell utvikling i sykepleie.

Kunnskapsbasert sykepleie

Den enkelte spesialsykepleier har ansvar for å vurdere sin kompetanse opp mot hva som kreves i de forskjellige arbeidsoppgavene sykepleieren skal utføre. Formalkompetanse som sikres gjennom utdanning sikrer ikke alene faglig forsvarlig utøvelse av sykepleie (Dåvøy, 2009). Ifølge Nortvedt (2008) kan den enkelte sykepleier komme et stykke med erfaringskunnskap og et godt skjønn, relevant medisinsk kunnskap, men han hevder det vil være uansvarlig å ikke sette seg inn i sykepleielitteraturen på området, eller ikke reflektere over de sykepleiefaglige problemene på området. Den raske endringen som er i kunnskap, teknologi og behandlingstilbud gjør det derfor påkrevd med kontinuerlig kompetanseutvikling, for å kunne mestre rollen som spesialsykepleier (Dåvøy, 2009). For å kunne utføre kunnskapsbasert sykepleie må sykepleieren integrere forskningsbasert kunnskap, i sin erfaringsbaserte kunnskap og sine praktiske ferdigheter, samtidig som sykepleieren tar hensyn til pasientens medvirkning og ønsker, og avdelingens ressurser (Willman, Stoltz & Bathsevani, 2007). Å arbeide kunnskapsbasert eller evidensbasert som sykepleier ses på av Willman et al. (2007), både som en holdning og en prosess. Forskning utgjør kun en av flere kunnskapskomponenter som til sammen kjennetegner god sykepleiere. Ved å knytte forskning inn

som en av flere kunnskapsformer i sykepleie, erkjenner man at det finnes flere former for kunnskap innefor sykepleie.

Et eksempel her er Carper (1978) som hevder at kunnskap i sykepleie dreier seg om fire komponenter:

Empiri: vitenskapen om sykepleie

Estetikk: sykepleie som kunst

Komponenten av personlige kunnskap i sykepleie

Etikk: delen av moralsk kunnskap i sykepleie (Carper1978, egen oversettelse).

Hvert av de fire komponentene er nødvendige for å oppnå mestring i faget, alene er ingen av delene tilstrekkelig. (Carper1978). Delene i Carpers teori beskriver den teoretiske kunnskapen, kunsten i sykepleie, erfaringskunnskap og det etiske aspekt i sykepleie. Ifølge Willman et al. (2007) er det empiridelen i Carpers modell, som betegner det vi i dag kaller empirisk kunnskap, som er en av delene i kunnskapsbasert sykepleie. Martinsen & Boge (2004) kritiserer evidensbasert sykepleie fordi den har røtter i en medisinsk forskningspraksis, hvor den erfaringsbaserte og livsfilosofisk kunnskap blir rangert på lavere nivå. De mener disse kunnskapsformene heller skal sees på som likeverdige og gjensidig utfyllende ved at de sammen utfyller feltet det forskes på. Kunnskapsbasert praksis er ikke ment som en erstatning for sykepleiernes erfaring, evne til empati, etiske holdninger, eller aktuell behandlingssideologi, men bør heller ses på som et supplement ifølge Willman et al. (2007).

Carper (1978) og Kirkevold (1996) sitt syn på kunnskap og kompetanse i sykepleie kan ses på som grunnlaget når det gjelder kompetanse i anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie. Utover dette har anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere en spesialkompetanse i å ivareta akutt og kritisk syke pasienter (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Pasientgruppen kjennetegnes ved at marginen mellom liv og død er liten, og at pasientene er i en psykisk-, fysisk-, sosial,- og åndelig stress og krisetilstand i et høyteknologisk og avansert medisinsk/kirurgisk miljø (Stubberud, 2005). Det å inneha faglig kompetanse i anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie innebærer derfor å kunne handle raskt og riktig på basis av en faglig vurdering av

pasientens situasjon (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Hver av de tre gruppene spesialsykepleiere har sin egen unike spesialkompetanse.

- Anestesisykepleieren skal mestre gjennomføringen av generell anestesi selvstendig, og i samarbeid med anestesilege gi anestesi til pasienter med komplekse sykdomstilstander. (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a).
- Intensivsykepleieren utøver intensivsykepleie til pasienter med svikt i livsviktige funksjoner, behandler og forebygger komplikasjoner, lindrer lidelse, smerter og ubehag og fremmer rehabilitering (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005b).
- Operasjonssykepleieren innebærer den spesielle kompetansen det å kunne organisere og koordinere driften av den operative virksomheten, ivareta pasientens behov for sykepleie før, under og umiddelbart etter inngrepet og medvirke under det operative inngrepet med kyndighet. (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005c).

Utilstrekkelig eller manglende kompetanse kan i verste fall bli til skade for pasienten i følge Stubberud (2005), derfor blir ivaretagelse og videreutvikling av kompetanse være spesielt viktig for spesialsykepleieren. Dåvøy (2009) hevder at å utvikle seg både faglig og personlig er å stå i situasjonen med hele seg, og å gjøre noe med det som kommer til syne. For å arbeide kunnskapsbasert må det finnes relevant kunnskap på det enkelte fagområde, og kunnskapen må være tilgjengelig for den enkelte spesialsykepleier. Dessuten må sykepleieren ha kompetanse i å vurdere og anvende den forskningsbaserte kunnskapen (Dåvøy 2009)

Benner hevder at det er en manglende oppmerksomhet ovenfor klinisk kunnskapsutvikling og karriere utvikling for erfarne sykepleiere midt i sin karriere og at dette er en vesentlig hindring dersom man ønsker å beholde ekspertsykepleierne i praksis og videreutvikle faget i klinisk praksis (Benner 1995; Benner & Wrubel 1982). Det er derfor viktig å få økt forståelse for de sammenhenger der profesjonelle lærer, hvordan de lærer av sine erfaringer og hvordan personlige erfaringer bidrar til utvikling

av kompetanse i ulike kontekster (Skår, 2010). Det å finne litteratur som beskriver erfarne sin kompetanseutvikling er vanskelig da det foreligger lite forskning på området, og vi velger dermed å beskrive kompetanseutvikling som begrep og trekke linjene til erfarne spesialsykepleieres kompetanseutvikling der det er naturlig.

Kompetanseutviklingens "hvordan"

Dalin (1999, s 28) definerer kompetanseutvikling på følgende måte: "Kunnskaper, ferdigheter, holdninger, innsikt og evne til å bruke andres kompetanse, utvikles i forhold til nåværende oppgaver, framtidige oppgaver og organisasjonenes felles liv." Slik vi forstår Dalin handler det om en kontinuerlig tilpassning ut fra de krav som spesialsykepleieren møter i sitt arbeid med den akutt og kritisk syke pasienten, gjennom å kunne kombinere sine personlige forutsetninger og de ulike kompetanseelementene på en helhetlig måte. Kirkevold (2002) ser på sykepleiekompetanse som en kontinuerlig prosess hvor teoretisk, praktisk og etisk kunnskap integreres og utvikles gjennom erfaring, refleksjon og intuisjon. Kirkevold har dermed likheter med Dalin ved at kompetanseutvikling innebærer en utvikling av kunnskap og ferdigheter. Men der Dalin fremmer utvikling av holdninger, legger Kirkevold vekt på det å utvikle etisk kunnskap som sammen med ferdigheter og kunnskaper utvikles gjennom erfaring, refleksjon og intuisjon. Gjennom å utføre praktiske handlinger opparbeider vi oss erfaringer, disse erfaringene legges til grunn når vi møter lignende situasjoner. Disse erfaringene og den læringen som individet gjør, utvikles ifølge Kirkevold (2002) delvis gjennom refleksjon. Hun hevder at refleksjon er en form for teoretisering av en situasjon, gjennom å prøve å finne frem til en god og riktig måte av en forståelse av en situasjon. Ved at mennesker tenker igjennom og over de erfaringene de har gjort, og vurderer hva det kan bety og hva som er lært. For Kirkevold (2002) er intuisjon en ikke bevisst prosess som omfatter anvendelse av både teoretisk og praktisk kunnskap. Denne kunnskapen har blitt integrert i personen og den fungerer taust. Det vil si at personen handler uten å kunne sette ord på sine handlinger.

Kompetanseutvikling gjennom erfaring

Kompetanse utvikles i følge Benner (1995) og Dreyfus & Dreyfus (1986) gjennom erfaring og skisserer fem trinn for kompetanseutvikling. Kunnskap, praktiske

ferdigheter og etisk kunnskap og væremåte hos spesialsykepleieren utvikles dermed gjennom erfaring i møte med pasientsituasjoner i avdelingen. Dreyfus & Dreyfus` (1986) modell for kompetanseutvikling gjennom erfaring, kritiseres for å ha hovedfokus på individets kognitive utvikling mer enn ekspertise som utvikles gjennom samhandling med omgivelsene (Lahn & Jensen, 2008). Benner har et relasjonelt syn på læring og hevder at kunnskap som tilegnes gjennom erfaring, ikke produseres av individet, men i dialog med andre (Benner, Tanner & Chesla, 2009). Modellen beskrives ut fra Benner (1995) sin forståelse, fordi denne er tydelig på de ulike trinnene i profesjonsutviklingen, gir en ryddig fremstilling av kompetanseutvikling i sykepleie og kompetanseutvikling for den erfarne sykepleier og er basert på en stor studie av sykepleiere også fra spesialavdeling for medisinsk og kirurgisk akutt og kritisk syke pasienter.

Dreyfus & Dreyfus (1986) beskriver fem nivåer for kompetanseutvikling gjennom erfaring, disse beskrives kort ut fra Benner (1995):

Novisen kjennetegnes ved å ikke ha erfaring med situasjonene hun stilles ovenfor og må handle ut fra innlærte regler, prosedyrer og teoretisk kunnskap. Dette gjør novisen lite fleksibel i det å kunne tilpasse handlinger individuelt til den enkelte situasjon. Studenter, nyutdannede men også erfarne sykepleiere kan erfare å være noviser. (Benner 1995). Novisen ønsker seg regler og prosedyrer for å utvikle sin kompetanse (Dåvøy, 2007).

Avansert nybegynner kjennetegnes ved at man får mer erfaring med pasientsituasjoner og begynner å se gjenkjennende faktorer i situasjonene (situasjonens aspekter) som gir økt forståelse og gjør at man kan prestere en tilnærmet akseptabel innsats (Benner 1995). Den avanserte nybegynner veksler mellom å kjenne trygghet i det kjente og utrygghet i de ukjente pasientsituasjonene (Benner, Tanner & Chesla, 2009). Utvikling av klinisk kompetanse innebærer i dette stadiet å lære praktiske ferdigheter som i novicestadiet var abstrakte og for å utvikle sin kompetanse trenger sykepleiere på dette stadiet å få klinisk veiledning (ibid.).

Kompetent kjennetegnes ved at handlingene og prioriteringer av disse styres av langsiktige mål og planer og dermed er bevisst og analytisk vurdert. Et slikt nivå oppnås

etter 2-3 år ved samme avdeling (Benner, 1995). Dette stadiet preges av å erkjenne ansvar og begrensingene i arbeidet og dermed til egen kompetanseutvikling, og er et avgjørende trinn for om sykepleieren går videre til de neste nivåene (Benner, Tanner & Chesla, 2009). Kompetanseutviklingen avhenger av om sykepleieren mestrer de økende krav til ansvar og engasjement i pasientsituasjonene og de brutte illusjonene om yrket, til å skape nye muligheter for kompetanseutvikling, eller preges av uro, forvirring og svik (ibid.). For å fremme videreutvikling i dette nivået har den kompetente nytte av å ha fora for diskusjon for å lufte frustrasjon og hjelp til personlighetsutvikling (ibid.).

Kyndig kjennetegnes ved at pasientsituasjonen, med unntak av usedvanelige situasjoner, oppfattes som en helhet hvor perspektivet og betydningen i pasientsituasjonene ”gir seg selv” uten at sykepleieren tenker seg frem til dette. Disse har arbeidet ca 3-5 år ved samme avdeling (Benner 1995). Disse sykepleierne ses på som erfarne som utfører en trygg og sikker jobb (Benner, Tanner, Chesla, 2009). Opplevelsen av overdrevent ansvar avtar i takt med at sykepleieren har fått en evne til å sortere ut det som er av relevans i pasientsituasjonen (ibid.). Kompetanseutvikling fremmes i dette nivået gjennom dialog med kollegaer (sykepleiere og leger) om pasientsituasjoner (ibid.)

Eksperten kjennetegnes ved å ikke lengre ha bruk for analytiske prinsipper som regler eller prosedyrer, for å forstå og handle i situasjonen. Eksperten kjennetegnes av ”know-how” kunnskap, hvor det å tenke i handlingen er innebygget i kroppen. Situasjonen oppfattes helhetlig, totalt og intuitivt uten å måtte analysere eller vurdere ulike handlingsalternativer (Benner 1995). Eksperten ses på som erfaren men i tillegg er superbe i sin utøvelse av sykepleie (Benner, Tanner, Chesla, 2009).

Den erfarne spesialsykepleier vil i vår oppgave tenkes å befinne seg innen nivåene kyndig og ekspert på bakgrunn av at informantene våre har over 5 års erfaring som spesialsykepleiere. Kompetanseutvikling for kyndig og ekspertsykepleier fremmes ved å lære gjennom en induktiv tilnærming hvor man tar utgangspunkt i en pasientsituasjon (Benner 1995). Læring skjer gjennom refleksjon og dialog med kollegaer hvor en vekslende utveksler beskrivelser av spesielt kritiske episoder hvor ekspertisen vises eller man opplevde å ikke ha ekspertise (ibid.). Disse dokumenterte situasjonene kan

deretter også bidra til ny klinisk viten for videre studier og utvikling av faget (ibid). Benner (1995) fremhever ekspertisen som ressurs og bidragsytere inn i avdelingen og ovenfor kollegaer samt i utviklingen av faget, nettopp med bakgrunn i slike beskrivelser av situasjoner (paradigme case).

Selv om våre informanter har over 5 års erfaring, og noen opp mot 30 års erfaring som sykepleiere og spesialsykepleiere, er det ikke dermed sagt at de er på ekspertnivå. Alle sykepleiere når ikke ekspertnivå i følge Benner (1995). Florence Nightingale hevdet allerede i sin tid, at det var observasjon som var nøkkelen til erfaring og ikke er antall år sykepleieren hadde jobbet. ”En kvinne som ikke observerer, kan arbeide med syke mennesker i femti eller seksti år, og ikke bli noe klokere” (Nightingale, 1997, s 180). Det er dermed ingen entydig sammenheng mellom erfaring og utvikling av ekspertise. Benner har blitt kritisert for å ikke tydeliggjøre kriteriene som kjennetegner ekspertise i sykepleie (English, 1993). Slike kriterier vil være viktig for kompetanseutvikling til sykepleiere som strever for å oppnå ekspertnivå (ibid.) fordi man da har mulighet til å gjenkjenne de ulike nivåene ved kriterier for ekspertise. Hva hemmer eller fremmer at kompetent går over til kyndige og kyndige går over til å bli eksperter spør Benner (1995). De ulike trinnene er ikke absolutte og vil kunne forandre seg ut fra den konteksten og de pasientsituasjonene man møter. Eksempelvis beskriver Benner (1995) hvordan den kyndige og eksperter kan falle tilbake til kompetent nivå dersom hun møter en ny situasjon eller et krav som krever en analytisk prosessorientert vurdering. Slik vil kompetansenivået alltid være bundet til og ha betydning for situasjonen sykepleieren befinner seg i.

Et balansert engasjement og involvering i pasientsituasjonene kjennetegner ekspertisen (Benner, Tanner & Chesla, 2009). Benner hevder også at for å utvikle et ekspertnivå, kreves det å arbeide reflektert og utvikle engasjement og involvering i pasientsituasjonene, ved å reflektere over gode og dårlige erfaringene en gjør i dialog med kollegaer og gjerne opp mot tilgjengelig teori (Benner, 1995; Konsmo, 1995). I dette ligger det at å lære gjennom erfaring og i dialog med andre utvikles klinisk og etisk kompetanse (Benner, Tanner & Chesla 2009). Den etiske kunnskapen og væremåten utvikles dermed over tid gjennom utveksling av fortellinger om gode og

dårlige erfaringer i ulike pasientsituasjoner. Uten en dialog, fortellinger og støtte rundt pasientsituasjoner med kollegaer, vil klinisk og etiske kunnskap ikke utvikles eller gå tapt (Benner, Tanner & Chesla 2009). Etisk kunnskap, ferdigheter og væremåte utvikles derfor i den enkelte situasjon, i den enkelte avdeling og gjennom dialog med kollegaer. Benner, Tanner & Chesla (2009) er dermed kritisk til etisk teoretisk kunnskap ved at det ikke er en garanti for at slik kunnskap gir etisk væremåte til det beste for pasienten og pårørende i den enkelte situasjon. Den etiske kunnskapen og væremåten er viktig i møte med akutt og kritisk syke pasienter og deres pårørende, da disse er spesielt sårbare ved at de er i sorg og krise og pasienten kan ha blitt fratatt mulighet til å formidle sine behov fordi de er i narkose eller sedert og intubert på respirator. Som pasient er man dermed i stor grad overlatt i spesialsykepleierens hender og dette fordrer at spesialsykepleieren utvikler en etisk kompetanse for å ivareta dette ansvaret.

Det er ovenfor beskrevet hvordan kompetanse utvikles gjennom erfaring. For at den erfarne skal kunne opprettholde og videreutvikle sin kompetanse i en klinisk praksis med stadig stigende utviklingsbehov, kreves et system som tilrettelegger for dette i klinisk praksis, basert i ledelsen (Benner 1995). Et slikt system legger vekt på å ha metoder for å fastholde og forfremme erfarne sykepleiere gjennom klinisk kunnskapsutvikling og klinisk karriereutvikling (Benner 1995).

Kompetanseutvikling gjennom refleksjon

For å kunne utvikle kompetanse kreves mer enn erfaring. I tillegg kreves det evnen til kritisk tenkning og refleksjon (Skår, 2010). Utvikling av kompetanse er dermed avhengig av evne og mulighet til refleksjon (Schön, 1987). Slik at det å bli ekspert innebærer både det å ha erfaring innen et område over en viss tid, men også det å reflektere kritisk over de erfaringene man gjør seg i praksis. Slik kan man si at både erfaring og refleksjon legger grunnlaget for kritisk tenkning og dermed læring og utvikling av den erfarne spesialsykepleierens kompetanse.

Med erfaring vil man kunne opparbeide seg en kompetanse i arbeidssituasjoner som er intuitiv og spontan og er formet og avhengig av den sosiale og institusjonelle konteksten

man er i, det Schön (1987) kaller ”knowing – in – action”. Denne kompetansen kjennetegnes ved at man kan utføre, gjenkjenne, ta avgjørelser og evaluere uten å tenke i gjennom hva man gjør (Schön, 1987). Dette sammenfaller med det Benner (1995) kaller ”know-how” kompetanse som kjennetegner den erfarne ekspertsykepleieren. En stor del av en persons kunnskap er ikke bevisst og eksplisitt men implisitt eller såkalt ”taus kunnskap” (Dalin, 1999; Kirkevold, 1996; Lai, 2004) bruker begrepet intuisjon om prosessen hvor både teoretisk og praktisk kunnskap som har blitt integrert i personen, og har blitt personlig, og fungerer taust (Kirkevold, 1996). Det vil si at i bestemte situasjoner så handler sykepleieren, både på bakgrunn av kunnskaper, ferdigheter og sin erfaring, men klarer ikke alltid sette ord på handlingen. Denne kunnskapen kan vanskelig formidles til andre gjennom verbalisering, og årsaken til det er at en stor del av det vi lærer er gjennom ubevisste automatiske mekanismer. Den enkelte er ikke bevisst hva de har lært eller hva de kan. Denne kunnskapen kommer først til uttrykk gjennom anvendelse. Graden av taus kunnskap øker ifølge Lai (2004) med innlæringsnivå og ekspertisenivå, noe som vil innebære at det for den erfarne i mange sammenhenger vil være vanskeligere å uttrykke og formidle sin kunnskap direkte til andre. Dette skaper utfordringer i forbindelse med kunnskapsoverføring og det å initiere læring hos andre. Benner er kritisert for å vektlegge intuisjon som noe som kjennetegner ekspertise, med bakgrunn i at hun med dette reduserer sykepleiefagets selvstendighet og bidrar til tilbakegang i å se kunnskapsutvikling i sykepleie som basert på vitenskapelig kunnskap (English, 1993; Cash, 1995). I denne oppgaven ser man på kompetanseutvikling som teoretisk kunnskap ved implementering av ny viten i praksis, praktisk kunnskap og etisk kunnskap som forutsetter både erfaring, kritisk refleksjon og intuisjon. Dermed står ikke intuisjon og vitenskapelig kunnskap i et motsetningsforhold, men ses på som supplerende til hverandre.

Når man som erfaren møter situasjoner som utfordrer en, ved for eksempel en ny og kompleks pasientsituasjon eller det vante handlingsrepertoaret ikke gir forventet resultat, gjør det at man tenker nytt om situasjonen, situasjonen innebærer et element av overraskelse (Schön, 1987). I slike situasjoner kan man velge å respondere på det ukjente ved å overse signalene eller reflektere over situasjonen, dette kan gjøres på to måter (Schön, 1987):

- Refleksjon over handling, som innebærer å stoppe opp å tenke tilbake på handlingen.
- Refleksjon i handlingen, som innebærer å tenke på hva man kan gjøre annerledes i situasjonen mens man utfører den.

Refleksjon bidrar til kritisk tenkning fordi den setter spørsmålstegn ved den kompetansen man har i ”knowing – in – action” og kan dermed bidra til å forme fremtidige handlinger (Schön, 1987). På denne måten bidrar refleksjon til kritisk tenkning og utvikling av profesjonell kompetanse. Ifølge Kirkevold (2002) er vanetenkning en trussel mot det å utøve kyndig sykepleie. Refleksjon kan bidra for å motarbeide denne vanetenkningen, siden refleksjon er tett knyttet til kritisk tenkning rundt egne handlinger (Kirkevold 2002). Gjennom en bevissthet rundt egen personlig kompetanse, som bygges på erfaring og evne til refleksjon blir det derfor viktig for å utvikle sykepleierens kompetanse. I en hektisk hverdag, som ofte er en realitet i intensiv- og operasjonsavdelingen, er det ikke alltid tid til å stoppe opp å reflektere, fordi det å stoppe opp kan få fatale utfall for pasientene. Dette beskriver Schön (2001) som en av flere begrensende faktorer for kritisk tenkning. En annen faktor er at det å tenke i gjennom hva en gjør, kan gjøre at en overmannes av kompleksiteten i situasjonen og dermed blir handlingslammet (Schön, 2001). Ofte er det dermed ikke et spørsmål om man reflekterer, men hvilken form for refleksjon man gjør for å komme ut av den fastlåste situasjonen (Schön, 2001). Schön (2001) hevder at man som regel har tid nok til å tenke over det en gjør og at evnen til slik kritisk refleksjon kan trenes opp til å kunne skje også i hektiske situasjoner og uten at det fører til handlingslammelse. Om man er villig til å risikere å miste sin spontanitet i handlingen ved refleksjon, avhenger blant annet av om i hvilken grad man står fast og opplever utilfredsstillelse ved at de spontane handlingene i ”knowing – in – action” ikke fører frem (Schön, 2001).

Rønnestad (2008) konkluderer med at optimal profesjonell utvikling fordrer en aktiv kunnskaps- og erfaringssøkende holdning hos den profesjonelle. Kunnskapen erverves gjennom grundig teoretisk skoloring og kunnskap og erfaring bearbeides kontinuerlig gjennom egenrefleksjon og refleksjon i dialog med kollegaer (ibid.). Faglig og personlig utvikling er to sider av samme sak hevder Dávøy (2007). ”Å utvikle seg personlig og

faglig er å stå i situasjonen med hele seg og å gjøre noe med det som kommer tilsyne.” (Dåvøy, 2007. s.236). Prinsipper som er nyttige for endringsarbeid er bevisstgjøring og å bruke hverandre for å lære om oss selv, betydningen av å tenke ut og prøve nye strategier, gi seg selv anledning til å prøve å feile, få store nok utfordringer og god nok beskyttelse mot skade (Skau, 2005). Dåvøy (2007) hevder at det koster å utvikle seg ved at man ser eller får tilbakemelding på noe som må endres ved seg selv, eller egen manglende kompetanse. ”Et dannet menneske har en kritisk holdning. Det handler om å stille spørsmål ved sin samtid, sitt fag og seg selv.” (Alvsvåg & Førland, 2007, s.22). I dette ligger det at vi som mennesker både påvirkes gjennom samhandling med andre, men også har en evne til kritisk holdning og bevisstgjøring til egen personlig og faglig utvikling. Det er et bevisst valg å ville utvikle seg personlig og faglig, man må like faget og ville være god i det (Dåvøy, 2007). Personlig egenskaper som interesser og engasjement kan bidra til at man ønsker å utvikle seg faglig ved at du liker det gjør (Dåvøy, 2007). Og slik er utvikling og læring i faget en livslang prosess (ibid.).

1.3 Avklaringer og avgrensninger

Kompetanseutvikling: Kompetanseutvikling som begrep, er definert tidligere i oppgaven. Det er beskrevet mange ulike begreper for kompetanseutvikling generelt og i oppgaven spesielt. I denne studien brukes begreper som profesjonell faglig utvikling, faglig utvikling, faglig kompetanseutvikling, utvikling av ekspertise og holde seg oppdatert, alle begrepene har blitt benyttet for å beskrive kompetanseutvikling. De ulike begrepene er brukt med bakgrunn i teoretiske litteratur som er anvendt og for å tydeliggjøre kompetanseutvikling i intervjuguide. Studien omhandler kompetanseutvikling i en profesjonell sammenheng, både ivaretagelse av og videreutvikling av eksisterende kompetanse.

Fremme: I denne studien ses i hovedsak på faktorer som fremmer kompetanseutvikling. Slik det ble vurdert ved utarbeidelsen av hensikten, var at hemmende faktorer i for eksempel økonomiske rammer og avdelingenes særpreg ville prege intervjuene uansett

valg av hensikt. Samt at det var ønsket mer fokus på mulighetene som finnes og videreutvikling av disse. Begreper som også er benyttet i intervjuguiden og forskningsspørsmål er å ivareta og videreutvikle. Siden informantene i intervjuene, ikke ga uttrykk for at det var en forskjell i begrepene å ivareta og videreutvikle, ble det valgt å kun bruke begrepet fremme kompetanseutvikling videre i studien.

Erfaren: Erfarne vil i vår oppgave defineres som sykepleiere som har arbeidet i samme avdeling i over 5 år. Begreper som benyttes for å beskrive den erfarne spesialsykepleier er basert på Benner (1995) sin beskrivelse av kompetansenivåer, og da innen nivåene kyndig og ekspert.

Anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere (AIO-sykepleier): vil i denne studien være sykepleiere med videreutdanning i anestesi, intensiv og operasjonssykepleie. De tre gruppene av sykepleiere med videreutdanning ble valgt for å få variasjon og bredde i datamaterialet og ikke for at de skal sammenlignes. I studien blir de referert til både som AIO-sykepleier og som spesialsykepleiere. I diskusjonen brukes spesialsykepleiere om informantene i denne studien, og de beskrives kollektivt. Begrepet spesialsykepleier innebærer en sykepleier med en form for tilleggsutdanning, og brukes dermed hos flere grupper sykepleiere med annen videreutdanning enn våre informanter. Vi har valgt begrepet for å bedre leservennligheten.

1.4 Presentasjon av hensikt og forskningsspørsmål

I introduksjonen er det vist at det finnes lite litteratur og forskning som beskriver hvordan erfarne AIO-sykepleiere utvikler sin kompetanse. Det er i introduksjonen beskrevet at kompetanseutvikling og læring hos den erfarne sykepleier i klinisk praksis, kan ses på som en kontinuerlig prosess, både for å vedlikeholde eksisterende kunnskaper, ferdigheter og holdninger og behov for innlæring av ny kompetanse. Læringen skjer i individet og som deltager i et sosiokulturelt læringsmiljø, gjennom erfaring og refleksjon. Det som kjennetegner den erfarne er at kunnskapen har blitt integrert i personen og den fungerer taust. Det er henvisning til Benner (1995) som hevder

at det er en manglende oppmerksomhet ovenfor klinisk kunnskapsutvikling og karriere utvikling for erfarne sykepleiere midt i sin karriere og at dette er en vesentlig hindring dersom man ønsker å beholde ekspertsykepleierne i praksis og videreutvikle faget i klinisk praksis. Dette støttes også av Skår (2010) som hevder at det er behov for mer kunnskap om hvordan profesjonelle sykepleiere lærer i sitt daglige arbeid. I tillegg har vi vist at den raske endringen som er i kunnskap, teknologi og behandlingstilbud i spesialavdelingene gjør det derfor påkrevd med kontinuerlig kompetanseutvikling, for å kunne mestre rollen som spesialsykepleier (Dåvøy, 2009). Det blir derfor viktig å få økt kunnskap om hvordan kompetanseutvikling fremmes hos den erfarne spesialsykepleier. Hensikten til studien ble derfor følgende:

Hensikten med studien er å beskrive hvordan erfarne anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere oppfatter at kompetanseutvikling fremmes.

Forsknings spørsmål:

Forsknings spørsmålene er brukt til utforming av intervjuguide, systematisk litteratursøk og skal til sammen bidra til å svare på hensikten.

Hvilken oppfatning har erfarne AIO- sykepleiere av fenomenet faglig kompetanse?

Hvordan holder erfarne AIO -sykepleiere seg faglig oppdatert?

Hva trenger erfarne AIO- sykepleiere for å ivareta og videreutvikle faglig kompetanse?

2. Metode

I denne studien ønskes svar på hvordan erfarne AIO-sykepleiere oppfatter at kompetanseutvikling fremmes. Med dette søkes dermed å beskrive AIO-sykepleiernes oppfatninger og erfaringer med et fenomen. På bakgrunn av hensikten med studien ble dermed en kvalitativ tilnærming valgt. Kvalitativ metode søker å utforske menneskelig erfaring med og fortolkning av et fenomen, slik det oppleves for informantene i deres situasjon (Malterud, 2003; Polit & Beck, 2008). Kvalitativ metode kjennetegnes ved et rikt datamateriale basert på informantenes subjektive fortelling om fenomenet, hvor forskeren søker å forstå informantenes levde erfaringer gjennom innhenting og tolkning av datamaterialet (Polit & Beck, 2008). Kvalitative metode kan bidra med å få ny kunnskap og forståelse om mangfold og variasjon om informantenes betydning, forventning, opplevelse, erfaring og holdning til et fenomen, ved at vi som mennesker oppfatter et fenomen på ulike måter (Malterud, 2003).

I kvalitativ metode anses forskeren som en aktiv deltager som i mer eller mindre grad vil kunne påvirke informantene og materialet (Kvale, 2001; Malterud, 2003). Det er derfor viktig at forskeren gjennom hele prosessen har en bevissthet om og reflekterer kritisk i forhold til sin egen rolle og påvirkning (Malterud, 2003) slik at funnene i studien ivaretar troverdighet. Dette kan ivaretas ved at forskernes mulige påvirkning i de ulike trinnene av forskningsprosessen og egen forforståelse beskrives, slik at leseren selv kan vurdere gyldigheten av studiens deler og funn (Malterud, 2003). Dette vil i denne studien komme inn under metodekapittelet og i metodediskusjon, samt i konklusjon. Metodekapittelet startes derfor med forskernes forforståelse til fenomenet og informantene vi ønsket å få mer kunnskap om. Deretter gjennomgås forskningsdesign, utvalg, datainnsamling, analyse og forskningsetiske avveielser.

2.1 Forskernes forforståelse

Forskerens forforståelse kan bidra til motivasjon og drivkraft inn i en studie, men kan også bidra til at forskeren mister verdifull kunnskap og evne til å lære av materialet (Malterud, 2003) Det å beskrive forforståelse er dermed viktig for å bli bevisst denne,

men også for å øke studiens troverdighet ved å tydeliggjøre forforståelsen for at leseren selv kan vurdere (Malterud, 2003).

Forståelsen før studien startet var at sykepleiere, som har tatt en videreutdanning, ser på dette som måte å øke sin kompetanse på. Kompetansen som spesialsykepleierne tilegnet seg gjennom å ta videreutdanning må repeteres, oppdateres og videreutvikles. Vi valgte å intervju erfarne AIO-sykepleiere, og årsaken til det var at vi hadde en antagelse om, at når det er liten tid til opplæring og et stramt kursbudsjett, så må de nytilsatte prioriteres fremfor de som har vært i avdelingen en stund. Spesialavdelinger har mye teknisk utstyr og det kommer stadig nytt utstyr. AIO fagene er i stadig utvikling og det er krav om å holde seg faglig oppdatert for å kunne arbeide kunnskapsbasert. Med bakgrunn i dette hadde vi en forståelse av at den erfarne står ovenfor store utfordringer i å ivareta og videreutvikle sin kompetanse. Vår forståelse med bakgrunn fra egen praksis var, at det blant de erfarne sykepleierne var stor interesse for å videreutvikle sin kompetanse. Vår erfaring tilsier at de fleste erfarne spesialsykepleiere viser iver når det gjelder å sette seg opp på undervisning og kurs, og opplever en frustrasjon over ikke å bli valgt ut til å delta. I tillegg hadde vi en antagelse om at det var mer etablerte fagutviklingssystemer på større sykehus og at det i stor grad handlet om ressurser.

2.2 Design

Fenomenografi

Fenomenografi som forskningsmetode ble utviklet av en gruppe forskere ved Gøteborgs Universitet på 70 tallet. Metoden ble utviklet gjennom studier som så på den begrepsmessige oppfattningen av læring hos studenter i høyere utdanning (Entwistle, 1997, Marton, 1981). Fenomenografi er en kvalitativ forskningsmetode, som ser på individers oppfattelser av et fenomen. Begrepet fenomenografi er sammensatt av ordene ”fenomenon” som betyr ”det som viser seg” og ”grafia” som betyr ”å beskrive i ord eller bilde” (Alexandersson, 2009). Metoden søker dermed å beskrive ”det som viser seg” (ibid.). Grunnleggende for metoden er at det gjøres forskjell på ”hvordan noe er”

og ”*hvordan noe oppfattes å være*” (Marton, 1981) som dermed gjør et skille mellom det han kaller første og andre ordens perspektiv. Første ordens perspektiv er hvordan noe ses på fra utsiden, det kan også kalles fakta eller teoriens beskrivelse av hva fenomenet kompetanseutvikling er (ibid.). Fenomenografi tar utgangspunkt i andre ordens perspektiv, det vil si hvordan noe oppfattes å være (ibid.). Dette vil si hvordan informantene erfarer og oppfatter fenomenet, kompetanseutvikling. Fenomenografi som forskningsmetoden er dermed deskriptiv, empirisk og innholdsorientert (Dahlgren & Fallsberg, 1991) ved at den søker å beskrive hvordan fenomenet oppfattes av informantene i den konteksten de erfarer.

Fenomenografisk metode søker å beskrive likheter og forskjeller i oppfattelsen, erfaringer og forståelse av et fenomen (Marton, 1981 og 1986):

”phenomenography is a research method for mapping the qualitatively different ways in which people experience, conceptualize, perceive, and understand various aspects of, an phenomena in, the world around them” (Marton 1986, s 31).

Dette er med bakgrunn i en antagelse at mennesker har ulike og varierte meninger om fenomener i verden rundt dem (Dahlgren & Fallsberg, 1991) fordi vi som mennesker er ulike. Fenomenografiens særpreg er nettopp det å få ulike aspekter ved et fenomen til å fremtre tydelig (Paulsson, 2008). Metoden bidrar dermed med variasjon av oppfatninger av læring og dermed viktig kunnskap for utvikling av læring og undervisning (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Mennesker har forskjellige oppfatninger av den verden de lever i og de fenomenene de erfarer, men som de tidligere ikke har uttalt eller reflektert over, som er underforstått. Det er nettopp de ureflekterte tankene som fenomenografi ønsker å få frem (Paulsson, 2008). Metoden søker den kognitive og ureflekterte fremfor det emosjonelle aspektet ved læring (Entwistle, 1997). Til sist ser fenomenografisk metode på læring som en relasjonell prosess hvor læring blir til mellom de lærende, med bakgrunn i innhold i undervisningen og i læringsmiljøet (Dahlgren & Fallsberg, 1991).

Hovedresultatet i fenomenografi er beskrivelseskategoriene som fremkommer fra informantenes oppfatninger (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Beskrivelseskategoriene

former et ”utfallsrom”, det vil si den totale kvalitative variasjon over individenes oppfattning av et fenomen, på et gitt tidspunkt i tid, kollektivt for personene i det strategiske utvalget (Åkerlind, 2005). Med dette menes at beskrivelseskategoriene representerer den kollektive oppfattningen av fenomenet, fenomenets grunnoppfattninger. Variasjonen i de kvalitativt ulike oppfattningene i datamaterialet skal være representert i hver av beskrivelseskategoriene. Beskrivelseskategoriene skal skille seg kvalitativt fra hverandre, ved å være unike i sin beskrivelse av oppfattningen av et fenomen. På den måten ivaretar beskrivelseskategoriene variasjon seg i mellom. Beskrivelseskategoriene skal i tillegg være logisk relaterte, som i en strukturell relasjon (Åkerlind, 2005).

Siden hensikten med studien er å beskrive erfarne AIO-sykepleieres oppfattninger av et fenomen, i denne studien kompetanseutvikling, ble fenomenografi valgt som metode. Med bakgrunn i at metoden er utviklet for å se spesielt på læring og at metoden kan gi oss svar på variasjon av hvordan kompetanseutvikling fremmes, ses metoden som spesielt relevant til å svare hensikten med denne studien, hvor man ønsker å se på hva som fremmer kompetanseutvikling hos voksne lærende i et arbeidsfellesskap.

Troverdighet, gyldighet og overførbarhet

I følge Polit & Beck (2008) brukes begrepene troverdighet, pålitelighet og overførbarhet for å vurdere kvaliteten av en kvalitativ studie. Det anvendes flere begreper innen kvalitativ forskning og fenomenografisk metode for å grunngi hvor sikre funnene i en studie er. Begrepene validitet og reliabilitet anvendes både i kvalitativ og kvantitativ forskning. Det er noe uenighet om det er riktig å bruke disse begrepene i forhold til kvalitativ forskning (Alexandersson, 2009; Lepp & Ringsberg, 2002; Malterud, 2003, Åkerlind 2005). Åkerlind (2005) hevder at det ligger en forventning om at validitet og reliabilitet også skal benyttes i kvalitativ forskning, men at en forutsetning til det, er å se på hva som legges i begrepene. I nyere fenomenografisk forskning anvendes troverdighet, nøyaktighet og gyldighet (Alexandersson, 2009), validitet og reliabilitet og overførbarhet (Lepp & Ringsberg, 2002; Åkerlind 2005).

Vi velger å bruke troverdighet, gyldighet og overførbarhet, da disse er etablerte og anerkjente begreper, for å beskrive kvaliteten på kvalitative studier generelt og i fenomenografiske studier spesielt. Vi kommer til å bruke hovedsakelig fenomenografiske kilder for å beskrive hvordan kvaliteten ivaretas i fenomenografiske studier og hvordan vi har gått frem for å styrke kvaliteten i de ulike trinnene i denne studien. Vi ser at innholdet i begrepene troverdighet og gyldighet stedvis går i hverandre og ofte beskrives under ett i fenomenografisk litteratur (Alexanderson, 2009; Lepp & Ringsberg, 2002). Vi velger her å beskrive innholdet under hver av de tre begrepene og har dermed valgt ut punkter under hver kategori som også vil være relevant under den andre kategorien. Et eksempel på dette er koherens kriteriet, som også påvirker gyldigheten i en studie. Videre vil vi se disse begrepene under ett for å ivareta leservennlighet.

Troverdighet i fenomenografiske studier innebærer hvor ”sanne” beskrivelseskategoriene er, at de fremkom fra informantenes oppfatninger og ikke er et produkt av forskerens egen tolkning, såkalt *koherens kriteriet* (Lepp & Ringsberg, 2002; Sjöström & Dahlgren 2002). Dette innebærer en bevissthet hos forskeren på hvordan egen forforståelse og tanker kan påvirke tolkning og funn. For å styrke troverdigheten kan forskeren presentere fremgangsmåte og funnene på en nøyaktig måte som gjør det mulig å følge forskerens resonnement gjennom hele studien (Lepp & Ringsberg, 2002; Åkerlind, 2005) og bekrefte beskrivelseskategoriene med sitater (Sjöström & Dahlgren 2002; Marton 1988). Troverdighet har vi søkt å ivareta gjennom å beskrive fremgangsmåte så nøyaktig og sannferdig som mulig, i de ulike stegene i forskningsprosessen, som vises mer detaljert under hvert av punktene i forskningsprosessen. Troverdigheten er søkt ivaretatt ved å beskrive vår forforståelse, slik at vi skal være denne bevisst og være kritisk til hvordan denne kan påvirke våre funn, men også for at leser kan vurdere denne opp mot funnene. Funnene beskrives og underbygges med sitater, fra informantene, for å ivareta troverdighet, ved å vise til at funn fremkom fra informantenes oppfatninger. Gjennom hele studien har forskerne vært bevisst på å ha en gjensidig kritisk reflekterende holdning til egne og hverandres tolkninger og fremgangsmåte og diskutert oss frem til enighet, som anbefales av Åkerlind (2005) for å ivareta troverdighet.

Gyldighet innebærer i en fenomenografisk studie, om datamateriale og studien gir oss svar på det som ønskes å se på i denne studien (Åkerlind, 2005). I tillegg om en annen forsker kunne ha kommet frem til samme beskrivelseskategorier etter å ha jobbet med samme datamaterialet (Sjöström & Dahlgren 2002). Samt det å diskutere og argumentere på en overtalende og troverdig måte, såkalt *kommunikativt kriteriet* for gyldighet (Åkerlind, 2005). Marton (1988 i Sjöström & Dahlgren 2002) hevder, at det ikke er ønskelig eller rettferdiggjørende å kunne reprodusere beskrivelseskategoriene. Dette fordi det å finne beskrivelseskategorier, kan ses på som en oppdagelse og oppdagelser trenger ikke å være reproducerbare. Gyldighet handler derfor om at når beskrivelseskategoriene er funnet, må det være mulig å ivareta ”*intersubjective agreement*” om dem for å kunne bruke dem (ibid). Dette kan utføres ved hjelp av at en annen forsker tar en del av sitatene og plasserer disse inn i rett beskrivelseskategori med et sammenfall (concordance) på 75-100 % (Alexandersson 1994 i Lepp & Ringsberg, 2002; Sjöström & Dahlgren 2002). Dette ble utført og beskrives i metodediskusjon. Beskrivelseskategoriene må vise at de skiller seg fra de andre kategoriene og dette ivaretas ved hjelp av analysetrinnene (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Vi har derfor beskrevet analysetrinn og fremgangsmåte nøyaktig og detaljert og brukt tabell for å illustrere beskrivelseskategoriene og utfallsrom. Det å bruke tabeller for å oppsummere og organisere oppfatninger, kan være nyttig for at leseren i større grad kan danne seg et bilde og oversikt over funnene (Polit & Beck, 2008) og dermed vise beskrivelseskategoriens unikhet. For å styrke gyldigheten må beskrivelseskategoriene presenteres med nok sitater for å avgrense meningen til kategorien fullstendig (Entwistle, 1997). Dette ivaretas ved at alle beskrivelseskategorier og delkategorier underbygges med sitater. Det å diskutere med en annen gjennom hele prosessen i utformingen av beskrivelseskategoriene er også viktig for å ivareta gyldighet, fordi fenomenografi er fortolkende og ved å være to kan forståelsen av resultatene i større grad fremme åpenhet og økt bevissthet om alternative perspektiver. som er en måte å styrke funnene (Entwistle, 1997; Åkerlind, 2005). Dette er forsøkt ivaretatt ved en gjensidig kritisk reflekterende diskusjon gjennom alle trinn av forskningsprosessen.

Overførbarhet: Lepp & Ringsberg (2002) hevder at fenomenografisk metode søker å beskrive den grunnleggende oppfatningen av et fenomen, slik det viser seg på ulike

måter, på et abstrakt nivå. Slik kan funnene bli overførbare til lignende situasjoner (ibid.). Oppfatningene ble abstrahert gjennom analyseprosessen og presentert ved hjelp av utfallsrom som viser den grunnleggende oppfatningen. Åkerlind (2005) beskriver at overførbarhet i fenomenografi innebærer, om funnene er nyttige og forståelige for de som funnene er ment for, såkalt *pragmatisk kriterie*, for kvalitet og sannhet i funnene. Ved å beskrive konteksten, oppfatningene i studien har fremkommet fra, kan leseren bli i stand til å vurdere om funnene kan være overførbare og nyttige i lignende kontekster. Nytteverdien er vurdert under de etiske refleksjonene, samt at overførbarhet er diskutert og vurdert i diskusjonen og konklusjon med tanke på implementering av funnene i klinisk sykepleie. Det er også lagt vekt på å beskrive og illustrere funn tydelig og forståelig slik at leseren kan vurdere nytten av funnene.

Vi har gjennom hele forskningsprosessen søkt å sikre at troverdighet, gyldighet og overførbarhet ivaretas i alle trinn. Vi vil videre gjennomgå de ulike trinnene i forskningsprosessen, hvor vi også vil beskrive hvordan vi har søkt å sikre at troverdighet, gyldighet og overførbarhet ivaretas.

Utvalg

Denne studien besto utvalget av spesialsykepleiere fra tre forskjellige spesialområder, anestesi, intensiv og operasjonsykepleie. Det er tidligere gjort studier der forskerne har hatt utvalg bestående av samme gruppe spesialsykepleiere (Taraldsen Valeberg, Grønseth og Fagermoen, 2009). Disse tre sykepleiergruppene har flere fellestrekk, når det gjelder utdanning, pasientgruppe, og avdelinger med mye teknisk avansert utstyr. Fenomenografisk design innebærer å identifisere oppfatninger og å beskrive variasjon i oppfatningene, derfor søkte vi et strategisk utvalg av erfarne spesialsykepleiere som representerte variasjon og bredde. Viktigheten av dette bekreftes av Malterud (2003) som sier, at et strategisk utvalg gir mulighet for mangfold og variasjon blant informantene og kan gi data og funn som beskriver variasjon i oppfattelsen av et fenomen. Å velge en for homogen gruppe kan bidra til at man ikke får et material som sikrer god variasjon og nyanser i funnene, hevder Alexandersson (2009). Ved å velge anestesi-, intensiv- og operasjonsykepleiere og sikre et strategisk utvalg med spesifiserte

utvelgelseskriterier som ivaretar variasjon, er det søkt å ivareta et utvalg som kan bidra til variasjon i datamaterialet og dermed øke studiens troverdighet og gyldighet.

Vårt utvalg ble derfor basert på følgende kriterier for deltagelse: Sykepleiere med videreutdanning innen anestesi, intensiv og operasjon, med mer enn 5 års erfaring ved samme avdeling etter endt videreutdanning, ønske om å delta og variasjon i følgende: kjønn, alder, type sykehus, sivilstatus og utdanning (tabell 1). Utvalgskriteriene er satt ut fra erfaringen vi har fra feltet på hva som kjennetegner den gruppen av sykepleiere vi ønsker å få data fra. Et slikt utvalg kan bidra til det Malterud (2003) kaller et robust datamateriale som kan gi oss svar på det som ønskes å se på i denne studien, og er med på å sikre gyldighet (Åkerlind, 2005).

Informanter	Kvinner	Menn	Universitet sykehus	Divisjon sykehus	
Anestesi	2	2	1	3	
Intensiv	6	1	3	4	
Operasjon	7	0	4	3	
Antall informanter totalt		18			
Alder	3 (30-40 år)		8 (41-52 år)	7 (53-67 år)	
Erfaring: 4.5 – 30 år					
Stillingsstørrelse		Deltid (5)		Heltid (13)	
Annen utdanning	Fagsykepleier (2)	Klinisk spesialist (1)	Veileder utdanning (1)	Lederutdanning (1)	Psykiatrisk utdanning (1)
Sivilstatus	Variasjon i kombinasjoner av følgende: gift/samboer, enslig, barn/ikke barn				

Tabell 1. Presentasjon av informantene

Førstegangs kontakt med informantene ble formidlet av avdelingssykepleier. Avdelingssykepleier delte ut et informasjonsskriv (vedlegg 1), til aktuelle informanter, der det sto at de, dersom de var interessert i å delta, skulle ta kontakt direkte med forskerne. Deretter ble de som var interesserte i å delta kontaktet, informert om studien, spurt om de fortsatt var interessert i å delta og det ble avtalt tid for intervju. Skriftlig samtykke ble innhentet ved intervjuet.

Det ble rekruttert totalt 18 informanter som oppfylte utvelgelseskriteriene og det var en god variasjon med hensyn til kjønn, alder, erfaring, type sykehus og utdanning. Informantene ble rekruttert fra et universitetssykehus og to divisjonssykehus i Østlandsregionen.

Konteksten informantene jobbet i var ulik både med tanke på ulik størrelse på sykehus og avdeling, personalsituasjon, pasientmangfold og ulik tilrettelegging og etablerte kompetansefremmende tiltak i avdelingene. Avdelingene hadde et spenn fra å ha en til flere fagsykepleiere og klinisk veiledere på avdelingen, forskningssykepleier, eller ingen fagsykepleier. Det var også ulikheter i om avdelingene hadde fagdager eller studiedager i turnus og tilrettelegging for klinisk stige. Det var forskjeller i muligheten for å delta i veiledningsgrupper, kurs, seminarer, og etterutdanning som klinisk stige. Likheter var at det ofte var en hektisk, skiftende og uforutsigbart arbeidshverdag og at pasientgruppen var akutt og kritisk syke medisinske og kirurgiske pasienter, både barn og voksne.

Datainnsamlingsmetode

Kvalitative forskningsintervju kan anvendes til å innhente informanters beskrivelse og tolkning av et fenomen (Kvale, 1997). Individuelle intervjuer basert på en semistrukturert intervjuguide, som er benyttet i denne studien, beskrives i litteraturen, som en egnet og mest vanlige måten å gjøre datainnsamling på i fenomenografiske studier (Alexandersson 2009; Lepp & Ringsberg, 2002; Åkerlind, 2005). Kvalitative forskningsintervju, er en samtale hvor målet er å frembringe erfart kunnskap og samtalen preges av en viss struktur (Kvale, 1997). Vi utarbeidet en semistrukturert intervju guide, for å ivareta forskningsspørsmålene og dermed hensikten for studien under intervjuet (vedlegg 2). En semistrukturert intervjuguide innebærer at det utformes hovedspørsmål, samt forslag til oppfølgingsspørsmål (Kvale, 1997). Spørsmålene i intervjuguiden er inspirert av Kvale (1997) og svarene vi fikk av informantene ble fulgt opp med oppfølgingsspørsmål.

Intervjuguiden ble testet ut med et pilotintervju, for den skulle kvalitetsvurderes med hensyn til studiens gyldighet, om den ga svar på hensikten. I tillegg diskuterte forskerne intervjuguiden med to sykepleiere som representerer fagfeltet vi rettet oss mot, de ga oss

innspill på innhold og relevans. Intervjuguiden ble funnet til å tilfredsstillende studiens hensikt og forble tilnærmet uforandret.

Intervjulengden i kvalitativ forskning kan variere (Uljens, 1989) våre intervjuer varte fra 40 – 65 minutter. Intervjuene i denne studien ble foretatt av og fordelt likt mellom forskerne. Intervjuene ble hovedsakelig foretatt i informantens arbeidstid og ved sykehuset vedkommende jobber. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Det ble gitt informasjon før intervjuet og gjennomført debriefing for å oppsummere og gitt mulighet for oppklarings spørsmål slik det står beskrevet av Kvale (1997). Vi ble på forhånd enige om hvordan vi skulle utføre intervjuene, med hensyn til hvordan vi plasserte oss i rommet, hvordan og når vi informerte, hvordan vi utførte briefing og debriefing. Dette for å ivareta likhet i intervjusettingen, siden vi var to intervjuere. Informantene hadde spørsmålene foran seg på et ark, et spørsmål av gangen, dette for å være sikker på at informantene oppfattet spørsmålet riktig. Et kvalitativt intervju er ikke en samtale mellom to likeverdige parter, siden det er forskeren som kontrollerer og definerer situasjonen (Kvale, 2001) og man må derfor være klar over at for noen informanter kan det oppleves truende og utleverende å bli intervjuet. Derfor la vi spesielt vekt på å tilrettelegge for en avslappet og hyggelig stemning før og under intervjuet. Vi informerte de enkelte informantene før vi startet intervjuet, om at det ville oppstå perioder med stillhet, noe som kan oppleves som vanskelig både for en uerfaren intervjuer og for informanten. Dette ble en av faktorene som bidro til at informantene virket mer avslappet.

2.3 Databearbeiding

Analyse av data

Intervjuene ble i sin helhet transkribert fra muntlig tale til tekst av forskerne, hvor den enkelte forsker transkriberte de intervjuene man hadde utført. Fordi intervjuene ble foretatt og transkribert av to personer, ble det utarbeidet en avtale, for hvordan transkriberingen skulle utføres, for på den måten søke å ivareta troverdighet og gyldighet i nedskrivningsprosessen (Kvale, 1997). Denne avtalen innebar, at det skulle transkriberes ordrett, markere pauser og latter og understreke ord som ble lagt vekt på i

intervjuet. Alle intervjuene ble transkribert på norsk og uten dialekt. Avslutningsvis ble det også nedtegnet et helhetsinntrykk av hvert enkelt intervju for å beskrive stemning eller spesielle forhold som kunne bli viktig ved tolkning og analyse.

Det transkriberte datamaterialet i fenomenografi analyseres og tolkes for å forstå meningsinnholdet i intervjuet og deretter fremkommer innholdsmessige ulike beskrivelseskategorier og delkategorier (Uljen 1989). Analysen ble utført i syv trinn som beskrives av Dahlgren & Fallsberg (1991) og fremgangsmåten til forskerne forklares under det enkelte analyse trinn:

(1) **Orienter** seg ved å lese igjennom hele materialet. Gjennomlesningen har fokus på studiens hensikt og er ment for å bli kjent med og få et helhetsinntrykk av materialet (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Da alle intervjuene var transkribert, ble hele materialet samlet og gjennomlest for å få et helhetsinntrykk.

(2) **Kondensering**: utvelging av relevante utsagn for studiens hensikt. Utsagnene skrives ned og det markeres med kode (P1, P2, P3 osv) hvilken informant utsagnet kommer fra (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Hver av forskerne, kondenserte utsagn i intervjuene, de selv hadde utført, for i størst mulig grad å ivareta nærhet til informantens sanne oppfattning for å søke å ivareta gyldighet og troverdighet. Både gjennomlesningen og kondenseringen ble gjort ut fra et fokus på studiens hensikt.

(3) **Sammenligne**: utsagnene analyseres og sammenlignes for å finne likheter og forskjeller. Utsagn med samme innhold grupperes sammen og variasjonen vises i de gjenstående utsagnene (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Utsagnene og oppfatningene, fra hele datamaterialet ble deretter samlet og ble analysert og sammenlignet for å finne likheter og forskjeller. Gjennom hele analysearbeidet benyttet forskerne Excel program, for å lage oversikt, der oppfatninger, beskrivelseskategorier og delkategorier ble satt opp etterhvert som de fremkom. Dette bidro til å gi forskerne en god oversikt over et forholdsvis stort materiale.

(4) **Gruppere**: Utsagn grupperes ut fra karakteristiske trekk for å få en mer omfattende forståelse av hvordan de hører sammen med hverandre og danner oppfatninger

(Dahlgren & Fallsberg, 1991). Utsagn og oppfatninger med samme innhold ble gruppert og variasjonen viste seg i de gjenstående utsagnene.

(5) **Utforme:** Oppfatningene sammenlignes og grupperes ut fra likeheter og ulikheter. Essensen av disse gruppene forsøkes å beskrives med et foreløpig navn. Analysen pendler mellom trinn 4 og 5 til oppfatningene ender opp i beskrivelseskategorier (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Essensen av gruppene med oppfatninger ble forsøkt beskrevet med et foreløpig navn. Vi endte opp med 24 grupper av oppfatninger. Vi pendlet mellom å se på likeheter og ulikheter både ved å sammenligne gruppene, men også ved å se tilbake på intervjuene og informantenes utsagn. Analysen pendlet mellom trinn 4 og 5 til oppfatningene endte opp i tre beskrivelseskategorier.

(6) **Navngi beskrivelseskategoriene:** Beskrivelseskategoriene fremtreder ut fra innholdet i oppfatningene (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Igjen brukte vi Excel ark hvor alle oppfatningene ble gruppert og dannet beskrivelseskategoriene. Beskrivelseskategoriene fremkom og ble navngitt ut fra innholdet i oppfatningene. Oppfatningene ledet frem til tre beskrivelseskategorier: *Læring gjennom egen streben etter faglig kompetanseutvikling*, *Læring gjennom praksisfellesskapets kompetanse* og *Læring gjennom avdelingens tilretteleggelse for kompetanseutvikling*. Etter at beskrivelseskategoriene ble navngitt, ble intervjuene igjen lest og oppfatningene vurdert på nytt, for å være sikre på at informantenes oppfatninger ble ivaretatt av beskrivelseskategoriene.

(7) **Kontrastere:** Beskrivelseskategoriene ble sammenlignet for å finne likeheter og ulikheter for å fastslå om hver enkelt beskrivelseskategori har en unik karakter og om den ligger på samme beskrivelsesnivå eller om noen er mer overgripende (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Forskerne sammenlignet beskrivelseskategoriene for å finne likheter og ulikheter for å fastslå om hver enkelt beskrivelseskategori hadde en unik karakter og om den lå på samme beskrivelsesnivå eller om noen var mer overgripende i henhold til analysemodellen. Denne delen av analysen gjorde forskerne i fellesskap, gjennom diskusjon. For å komme frem til delkategoriene under beskrivelseskategoriene, så forskerne i fellesskap på alle oppfatningene under hver beskrivelseskategori på nytt, for

å finne likheter og ulikheter i oppfatningene. Vi kom i fellesskap frem til åtte delkategorier, og disse ble også sammenlignet for å finne likeheter og ulikeheter.

2.4 Forskningsetikk

Frivillig informert samtykke

Informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studien, samtykke til denne og muligheten til å trekke seg fra studien samt behandling, oppbevaring og bruk av datamaterialet i henhold til gjeldende retningslinjer (De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [REK], 2006; Sykepleiernes samarbeid i Norden [SSN], 2003). Det henvises til samtykkeerklæringen (vedlegg 1) for det konkrete innholdet i denne informasjonen. Hvis informantene valgte å trekke seg fra studien, ville datamaterialet de hadde bidratt til bli slettet. Informasjon og samtykke ble også gitt og innhentet fra sykehusledelsen og avdelingsledelsen (vedlegg 3).

Risiko/nytte

Spørsmålene informantene ble stilt var ikke sensitive, men dersom det hadde kommet opp sensitive temaer eller informantene i etterkant hadde behov for en samtale ønsket vi å imøtekomme dette. Begge forskerne kunne ut fra en bakgrunn med pedagogisk utdanning og veiledningserfaring, anvende denne erfaringen i intervjusituasjonen for å ivareta informantens integritet. Det kan muligens oppleves som et press, at avdelingsleder formidler informasjonsskrivet til sine ansatte om interesse for deltagelse. Derfor fikk forskerne både i telefonsamtalen og i intervjusituasjonen bekreftet samtykke. Det kan også tenkes at det kan komme opp forhold ved fagutviklingen ved avdelingen som kan oppleves sensitivt for informanten. Derfor vil både sykehuset og informanten anonymiseres så langt det lar seg gjøre i denne studien.

Nytteverdien for studien kan være det å få økt kunnskapen om hva erfarne AIO-sykepleiere oppfatter at fremmer deres faglige kompetanse. En økt forståelse av hvordan den erfarne AIO-sykepleier lærer og bredden og variasjonen i funnene, kan få frem ny kunnskap om hva som fremmer kompetanseutvikling hos den erfarne AIO-sykepleier. Funnene kan bidra til utvikling av nye metoder for ivaretagelse av kompetanse og

kompetanseheving, enn det som eksistere i dag. For den enkelte kunne selve intervjuet bidra til en økt refleksjon, rundt hva det vil si å ivareta og videreutvikle sin faglige kompetanse, samt en bevisstgjøring på hva den enkelte trenger og kan gjøre for å ivareta og utvikle dette. Kanskje kan dette bidra til, at den enkelte i større grad kan sette ord på et behov i sin avdeling. Vi vil også tilby å presentere resultatene av studien til de involverte avdelingene i tillegg til publisering. På denne måten søkes det å ivareta prinsippet om å gjøre godt (SSN, 2003).

Håndtering av datamaterialet

Studien er meldt til personvernombudet i henhold til § 31 i Personopplysningsloven (2000). Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) den 09.10.2009 (Prosjekt nummer hos NSD: 22714). Forutsetning som ble lagt til grunn var, at dataene ville bli aidentifisert og kodet. At aidentifiserte personopplysninger vil oppbevares separat fra liste med navn og koder, spørreskjemaer, samtykkeerklæringer og lydopptak fra intervjuene. Direkte identifiserbare personopplysninger ikke ble lagret elektronisk, i henhold til retningslinjer om krav til lagring av opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (REK 2006, pkt 16). De direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste vil bli slettet ved prosjekt slutt (17.6.2010), og de indirekte personidentifiserende opplysningene som alder, navn på avdeling, navn på sykehus, vil bli endret. Studien ble i tillegg godkjent av de respektive sykehusenes personvernombud.

3. Resultat.

Tre beskrivelseskategorier og åtte delkategorier framkom fra totalt 626 oppfattninger, som viste hvordan anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere oppfattet at profesjonell kompetanseutvikling ble fremmet. Beskrivelseskategoriene beskrev både en indre og ytre påvirkning, som bidro til å fremme kompetanseutvikling. Den indre påvirkningen; *Læring gjennom egen streben etter kompetanseutvikling*, omhandlet informantenes oppfattninger av kompetanseutvikling, på et individnivå. Den neste beskrivelseskategorien; *Læring gjennom praksisfelleskapets erfaringskunnskap* beskrev oppfattninger av en ytre påvirkning på et gruppenivå, i form av kollegaer og miljøet i et praksisfelleskap for å fremme kompetanseutvikling. Den siste kategorien; *Læring gjennom avdelingens tilrettelegging for kompetanseutvikling*, beskrev også oppfattninger av en ytre påvirkning som fremmet, men da på et systemnivå, som omhandlet hvordan avdelingen og avdelingsledelsen fremmet informantenes kompetanseutvikling. Både det unike i beskrivelseskategoriene og variasjonen i de ulike oppfattningene beskrives og belyses med sitater. Tallene i parentes beskriver informant nummer og ut fra dette, antall informanter (IP) og (n) refererer til antall utsagn som dannet oppfattningene.

3.1 Læring gjennom egen streben etter kompetanseutvikling

(IP 2-18; n=235)

I denne beskrivelseskategorien fremkom tre oppfattninger: *Et ønske om å gjøre en faglig forsvarlig jobb, å ha engasjement for faget og å ta ansvar for egen kompetanseutvikling*. Det som kjennetegnet oppfattningene i denne beskrivelseskategorien var informantenes oppfattninger om kompetanseutvikling på et individnivå. Med individnivå menes det informantene selv strebet etter, tok et ansvar for når det gjaldt det som fremmet egen kompetanseutvikling. Beskrivelseskategorien og de tre delkategoriene illustreres i figur 3.



Figur 3. Beskrivelseskategori over individnivå, med tilhørende delkategorier.

Et ønske om å gjøre en faglig forsvarlig jobb

(IP 2-13, 15-18; n=69)

I denne delkategorien fremkom at informantene hadde en indre driv til å gjøre en faglig forsvarlig jobb. Informantene jobbet i forhold til pasienter og i situasjoner der marginene var små. De oppfattet at det krevdes full oppmerksomhet, for å unngå å skade pasienten. Informantene mente de hadde en viktig jobb, som kunne få store konsekvenser for pasienten hvis de ikke hadde tilstrekkelig faglig kompetanse.

”... man har samme tenkemåte hele tiden når det gjelder utstyr og alt nytt som kommer, at man skal forsøke hele tiden å være med på det som skjer, og få grundig utdanning i det hele.... For man har jo livet i hendene når man står der og jobber.”(IP 12)

Informantene var bevist på at det var viktig å videreutvikle sin kompetanse for å fortsette å mestre sitt arbeid. De hevdet at dette var viktig fordi faget var i stadig utviklingen. Ved å kontinuerlig strekke seg etter og ha et ønske om å gjøre en forsvarlig jobb, bidro det til å motivere informantene til stadig å jobbe for å videreutvikle sin kompetanse. Det å være kompetent førte til at informantene følte seg trygge i de oppgavene de utførte. Informantene oppfattet da at de i større grad klarte å beholde roen.

”Jeg føler at jeg har kommet opp på et nivå som gjør at jeg klarer å utøve min jobb, at jeg er en god operasjonssykepleier, at jeg kan ivareta min funksjon, jeg er oppdatert på alt det nye, at jeg har den erfaringen (...) jeg klarer å beholde roen jeg blir ikke så lett stresset lenger...”(IP15)

Informantene oppfattet det frustrerende at det nesten var umulig å kunne alt til enhver tid fordi det var vanskelig å få mengdetrening, ved at avdelingene hadde mange forskjellige pasientgrupper, typer behandling og mye medisinsk teknisk utstyr.

”... det er på en måte spennende å gjøre mye, men du blir jo aldri virkelig, virkelig god på noe, så du blir jo halvgod på mye.” (IP 17)

Informantene trakk frem at å ha ferdigheter i håndteringen av medisinteknisk utstyr var forventet av dem som erfarne spesialsykepleiere. I resultatet fremkom at informantenes kompetanse ble verdsatt ut fra deres evne til å beherske medisinsk teknisk utstyr. Det ubehaget det medbrakte å ikke mestre, skapte en streben for kompetanseutvikling for å utføre en faglig forsvarlig jobb.

”... jeg har nå tross alt et praktisk yrke der utstyr er i høysetet, kan man ikke utstyret så(...)da føler man seg så utilstrekkelig, lite flink, det er det man blir målt etter.”(IP 13)

Å ha engasjement for faget

(IP 3, 5-7, 11-12, 14-18; n=51)

I denne delkategorien trakk informantene frem faktorer som påvirket deres motivasjon og engasjementet for kompetanseutvikling.

”.....jeg synes det er morsomt å være med på alt som er nytt og prøve på nye anestesimidler, så jeg er med på alt som er nytt, så jeg er interessert i å videreutvikle meg, selv om jeg er gammel.” (IP 11)

Informantene trakk frem at det var viktig å beholde engasjementet for faget, og at dette var noe som krevde en innsats av den enkelte. Resultatet viste at opprettholdelse av

dette engasjementet ble påvirket av det å få mulighet til å drive med noe som interesserer spesialsykepleierne, som de ”brant for”.

”...det må være det å kunne ha kunnskap og kunne formidle kunnskap, at det er inspirerende og morsomt” (IP 5)

Informantene beskrev at de trivdes med sitt yrkesvalg gjennom at de fikk brukt sin kompetanse.

”Personlig føler jeg at jeg har funnet hylla mi, i forhold til den jobben jeg har. At jeg får brukt meg selv, hele meg på en måte, jeg trives med det. Da tenker jeg at faglig kompetanse er det du er som spesialsykepleier.” (IP 16)

Resultatet viste en streben og ønske om å opprettholde dette engasjementet ble dermed viktig for videre kompetanseutvikling.

”Jeg håper at jeg ikke stopper opp, jeg håper at jeg fortsatt vil beholde interessen for faget mitt, at jeg ønsker å videreutvikle meg og at jeg gis muligheten til det”. (IP 15)

Å ta ansvar for egen kompetanseutvikling

(IP 3-18; n= 115)

Det å ta ansvar for egen kompetanseutvikling innebar for informantene at de selv oppfattet at de hadde et ansvar, men også at de tok ansvar i å holde seg faglig oppdatert. Det å være ansvarlig og aktiv i streben mot å holde seg faglig oppdatert ble fremhevet.

”Det skjer veldig mye her og alt er man ikke borte i, men jeg er opptatt av å forsøke å få med meg det som skjer og lære noe av det” (IP 17)

Det å ta ansvar for egen kompetanseutvikling handlet også om det å være bevisst at man hadde et behov og hvilke behov man hadde for å holde seg oppdatert og formidle disse videre til fagsykepleier og avdelingsleder. Informanter var bevisste på hva de trengte og formidlet dette til ledelsen, men andre så at de trengte å bli flinkere, til å

formidle sine behov for fagutvikling. Det å ta ansvar for egen kompetanseutvikling handlet også om det å kunne være bevisst sin manglende kompetanse og formidle dette.

”Det at jeg kanskje må bli flinkere til å spesifisere hva jeg trenger av faglig utvikling, eller hvilke områder jeg trenger å bli sikrere på.” (IP 13)

Resultatene viste variasjon når det gjaldt dette med hvor og når den faglige kompetanseutvikling skulle skje. Informantene viste variasjon i oppfattelse av eget ansvar i å bruke fritid kontra arbeidstid og det å ta ansvar for å bruke rolige perioder i arbeidstiden til kompetanseutvikling. Resultatet viste at informantene brukte fritiden til å oppdatere seg dersom de ønsket å fordype seg i noe spesielt eller fordi de opplevde å ha et spesielt ansvar.

”.. altså man kan jo lese og oppdatere seg i det uendelige så det er jo egentlig sånn at man må sette grenser for seg selv og kunne gjøre det i arbeidstiden synes jeg og det å kunne lese litt hjemme hvis det er noe spesielt.” (IP 5)

Informantene oppfattet også at fritid ble brukt for å kompensere for tid man ikke hadde avsatt tid til dette i arbeidstiden.

”... du kan se på slutten av dagen hva som skal skje i morgen, og da kan jeg eventuelt lese på det hjemme til jeg kommer på jobben dagen etter.” (IP 11)

Informantene oppfattet at det i for stor grad var forventet at man brukte fritid til kompetanseutvikling og at de dermed så behov for å sette grenser for jobb og fritid. Resultatene viste at informantene var bevisst det å ta ansvar for å bruke tiden man hadde i arbeidstiden til fagutvikling.

”... det å ta seg selv i nakken og roligere stunder og fordype seg litt i temaer som man vet at man skulle ha lest seg litt inn på og studert utstyr som en skulle studert litt mer. Kunne sikkert vært flinkere til det.” (IP 8)

Informantene beskrev ansvaret for å ta utfordringer i arbeidet ved å ha et ønske om å få utfordringer og det å utfordre seg selv for å fremme kompetanseutvikling. Situasjoner som for eksempel nye kirurgiske inngrep, nytt medisinsk teknisk utstyr,

akuttsituasjoner, komplekse pasienter og pasientgrupper man har sjelden i avdelingen ble oppfattet som utfordringer for den erfarne spesialsykepleier. Slike situasjoner var en del av hverdagen i arbeidet med akutt og kritisk syke pasienter, men ble oppfattet ulikt hos informantene. Informantene oppfattet at slike situasjoner ga en spennende hverdag og økt læring og mestring.

”...det høres kanskje litt rart ut men, dess dårligere pasienten er dess mer ting må du trekke inn, det er da du virkelig får brukt deg selv og får dratt frem det du kan og det du ikke kan...” (IP 4)

Disse utfordringene ble også oppfattet som utrygge for den erfarne spesial sykepleier. Informantene beskrev det å tørre å ta utfordringene tiltross for at man kjente denne usikkerheten:

”Men på en måte så er det jo bare å kaste seg ut. Man har jo telefon i ambulansen og man kan jo ringe til sin anestesilege eller AMK-legen på (sted) så du har jo hele tiden backup da, men likevel kjenner man seg jo hele tiden alene.” (IP 12)

3.2 Læring gjennom praksisfellesskapets erfaringskunnskap

(IP 1-8, 10-18; n=130)

Denne beskrivelseskategorien inneholdt to oppfattninger: *Å lære i dialog med kollegaer og delta i et fagutviklende miljø*. Alle informantene hadde oppfattninger om at det fremmet deres faglige kompetanseutvikling ved å lære i et praksisfellesskap, gjennom det daglige arbeidet. Det som kjennetegnet denne beskrivelseskategorien var informantenes oppfattning av hvordan dialog med kollegaer bidro til læring og hvordan det fremmet læring gjennom det å være deltagende i et fagutviklende miljø. Innen denne beskrivelseskategorien fremkom to delkategorier (figur 4). Følgende vil disse delkategoriene beskrives



Figur 4. Beskrivelseskategori over gruppenivå, med tilhørende delkategorier

Å lære i dialog med kollegaer

(IP 1-8, 11-18; n=91)

I denne delkategorien fremkom det at læring i dialog med andre sykepleiere og spesialsykepleiere i avdelingen, ble oppfattet som lærerikt dersom sykepleierne var erfarne som dem selv, eller hadde spesiell kompetanse eller erfaring som informantene trengte for å mestre pasientsituasjonene i avdelingen eller var spesielt interessert i. Dette gjaldt også det å lære av andre yrkesgrupper som hadde kunnskaper informantene hadde nytte av.

”... her har du masse folk som har spesialiteter i sirkulasjon, respirasjon og ernæring...” (IP 4)

Informantene beskrev nytten av dialog med kollegaer ved andre sykehus gjennom deltagelse i ulike nettverk eller gjennom hospitering og dialog med kollegaer ved andre avdelinger i samme sykehus ved faste møter eller kursdager. Om dialogen med kollegaer fra andre sykehus beskrev en informantene følgende:

”Og så sitter jeg jo i (nasjonal faggruppe) og det er nyttig...der føler jeg at jeg får igjen mye ...der diskuterer vi og der får vi lufta mye ... for du møter andre folk som jobber med det samme som deg, og du får jo litt tips og innblikk i åssen dem gjør ting...” (IP 6)

Som en variasjon fremkom det, at læring gjennom dialog med nytilsatte og spesialstudenter i avdelingen, også fremmet informantenes læring. Nytilsatte og studenter bidro med ny kunnskap og andre erfaringer enn det de selv eller avdelingen

hadde. Informantene mente at det å ha ansvar for studenter var en pådriver for refleksjon og faglig diskusjon og gjorde at de ble faglig skjerpet. Informantene opplevde at studenter var mer oppdatert på ny kunnskap og ved å ha studenter bidro dette til at man fikk med seg det siste nye.

”... når vi har studenter, det er jo veldig bra, for da må vi skjerpe oss, og de har noen ganger lært nye ting som de bidrar med, så vi lærer dem samtidig som de kommer med litt til oss og..” (IP 1)

Resultatene viste at gjennom dialogen med kollegaer lærte informantene av andres erfaringer ved å rådførte seg og ved å drøfte fag og ulike aktuell pasientsituasjoner i avdelingen. Informantene beskrev dialogen som en utveksling av erfaringer og kunnskap som bidro både til at man fikk fremme sine faglige synspunkter, fikk tilbakemelding men også læringen ved å lytte til andres synspunkter. Dette bidro faglig vekst.

”... det som ikke er så konkret, som vi snakker om, det mellommenneskelige, deg og pasienten eller en situasjon ... jeg lærer mest av å prate med andre, som kanskje har vært i situasjonen og hvordan de løste ting.”(IP 16)

Informantene trakk frem at deres kompetanseutvikling ble fremmet i den daglige diskusjonen med kollegaer rundt sengen, eller i avdelingen når det passet. Det å finne tid i det daglige til disse utformelle møtene avhenger av pasientsituasjonene i avdelingen. En informant beskrev dialog i det daglige på følgende måte:

”.. møtene hvor vi sitter foran, det er mange faglige diskusjoner der(...) det kommer mye godt ut av dem.” (IP 2)

Å delta i et fagutviklende miljø

(IP 2-4, 7-8, 10-11, 13-16, 18; n=39)

Informantene beskrev at et fagmiljø som fremmet kompetanseutvikling innebar et miljø preget av tillitt og respekt, å kunne ”spille på lag” og at det var faglige pådrivere i

avdelingen. Det å bli gitt tillit av sykepleiere eller leger i avdelingen ble oppfattet som å få anerkjennelse og som en forutsetning for å mestre arbeidsoppgaver på en selvstendig måte.

”... vi jobber sammen med flinke anestesileger, og vi blir gitt tillitt og det gjør jo at vi får... selvtillitt.” (IP 11)

Informantene oppfattet at egne og miljøets forventninger til dem som eksperter bidro til at det å spørre eller utlevere at de hadde mangler når det gjaldt kompetanse, gjorde dem sårbare.

”Man legger seg flat på en måte... ved å si at dette kan jeg ikke. Man gjør seg veldig sårbar ... som den erfarne sykepleier så får man stempel på at dette kan du, dette skal du kunne.” (IP 13)

Det fremkom dermed at det å ha et fagutviklende miljø med en kultur for å kunne spørre og dermed utlevere sin uvitenhet, fremmet læring.

”... vi kan spørre om alt mulig og det er ingen som trenger å være redd for å dumme seg ut på et vis. Er det noe du lurert på så kan du spørre og få svar...” (IP 11)

Resultatet viste at det å få respekt for sin kompetanse og sin funksjonsutøvelse, gjennom for eksempel å bli inkludert og få informasjon om nye prosedyrer eller inngrep i avdelingen, fremmet et fagutviklende miljø.

”Det har noe med respekt for hverandres yrke, vi skal bare kaste en ball og bare ta imot. Selv om ballen plutselig er forandret.” (IP 14)

Det fremkom av resultatene at alle i avdelingen var gjensidig avhengig av hverandre og måtte spille på lag for å fremme et godt fagutviklingsmiljø.

”Gjør jeg en god jobb, så gjør mine kollegaer en god jobb, og gjør de en god jobb så gjør jeg en god jobb ... vi må spille på lag i avdelingen, vi må dra lasset sammen.” (IP 7)

Det å ha dyktige kollegaer som fungerte som faglige pådrivere og ga motivasjon, engasjement, faglig støtte og inspirasjon til læring, fremkom i resultatet som viktig for et fagutviklende miljø. En faglig pådriver kunne være en fagutviklingssykepleier eller andre kollegaer uten en spesiell fagutviklende funksjon i avdelingen.

”Mest kanskje det at du føler at du henger litt bakpå noen ganger, når du ikke får den fremdriften du burde hatt. Det oppleves ikke noe særlig. At du har noen i avdelingen som sier: å bli med på det, og bli med på det seminaret, eller faggruppen har et møte... og vi skal ta opp det tema..., om du har noen personer i avdelingen, som på en måte er litt drivkraft, som er litt engasjert...” (IP 16)

Det fremkom også at informanter pekte på viktigheten av selv å være en dyktig og engasjert kollega ved å være deltagende i ressursgrupper i avdelingen og aktivt bruke kompetansen i avdelingen. Informantene beskrev at de lærte av det å selv bidra til et fagutviklende miljø med sin kompetanse gjennom å dele og utveksle sine erfaringer og dele av sin kunnskap ved å undervise sine kollegaer og bli faglig skjerpet ved å være i dialog.

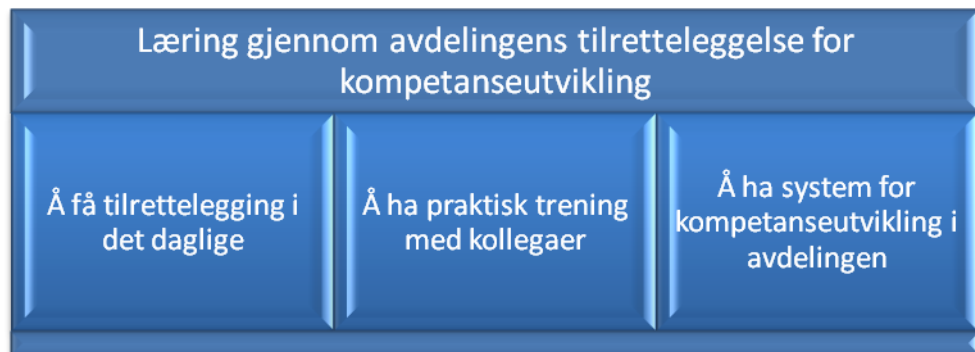
”... jeg tror at også vi gruppene lærer mye av hverandre, for det blir gjerne slik at respiratorgruppa har undervisningsdager om respiratorbehandling, og vi har om barn...” (IP 8)

3.3 Læring gjennom avdelingens tilretteleggelse for kompetanseutvikling.

(IP 1-18; n= 257)

I denne beskrivelseskategorien fremkom tre oppfattninger: *Å få tilrettelegging i det daglige, å ha praktisk trening med kollegaer og å ha system for kompetanseutvikling.* Det som særpreget informantenes oppfattninger i denne kategorien, var faktorer som fremmet kompetanseutvikling sett på et systemnivå. Resultatet viste at ansvaret for tilretteleggingen på systemnivå hovedsakelig ble plassert hos leder i avdelingen, men

også fagutviklingssykepleier. Beskrivelseskategorien og de tre delkategoriene presenteres i figur 5.



Figur 5. Beskrivelseskategori over systemnivå, med tilhørende delkategorier.

Å få tilrettelegging i det daglige

(IP 1-18; n= 110)

Det som særpreget informantenes oppfatninger i denne delkategorien var at det var i det daglige, i avdelingen, at informantene i hovedsak ønsket å få mulighet til å oppdatere seg på fag. Det fremkom av resultatene at leder var en viktig faktor for tilrettelegging av kompetanseutvikling i det daglige. Avdelingsleder var ofte den som avgjorde hvem som kommer på kurs, og hvem som ble satset på når det gjaldt fagutvikling. Informantene hevdet at det var viktig for dem å "bli sett" av leder. Informantene beskrev det å "bli sett" som det å få anerkjennelse og bli verdsatt for det arbeidet man gjorde og at leder så den enkeltes behov for faglig utvikling.

"Jeg har en dyktig sjef som ser det, dette her er noe for deg, hun kan si at dette er et kurs som du bør gå på... og gir hver enkelt rom og muligheten til det, hvis du ønsker det." (IP 15)

Det fremkom at informantene etterlyste et system for rullering i det daglige, som sikret kontinuitet, slik at alle fikk mulighet til å være kompetente og trygge på de ulike pasientsituasjonene i avdelingen. Informantene beskrev leder som ansvarlig for tilrettelegging for kontinuitet.

”Men da kreves det jo... at det blir tilrettelagt for en rullering, for det at vi er på de stuene hvor de både har barneanestesi og gynekologi. At det må legges opp fra ledelsen at vi får en rullering sånn at vi kommer borti de tinga regelmessig.” (IP 10)

Å få tilrettelagt tid i det daglige ble beskrevet av informanten som forutsetninger for å kunne gjøre en faglig forsvarlig jobb og utvikle egen kompetanse.

”..den første pasienten, så har du som regel litt tid... Men den andre pasienten...Da kunne en ønske seg litt mer rom for...for å forbrede seg litt mer på pasienten.” (IP 18)

Resultatene viste at tilrettelegging ved det å ha nok ansatte i avdelingen ble trukket frem som en forutsetning for å kunne få tid til det daglige arbeidet og ikke minst til å ta ut deler av personalet til fagutvikling og oppdatering i den daglige driften.

”Jeg føler nok at de ofte er i beit for folk og det gjør noe med mulighetene for å oppdatere seg faglig.” (IP 13)

Det fremkom at det å bli prioritert til fagutvikling i avdelingen fremmet kompetanseutvikling for den erfarne. Informantene var de som hadde lang erfaring i avdelingen og de oppfattet, at tiden som ble satt av til kompetanseutvikling i avdelingen, ofte måtte prioriteres til de nytilsatte og uerfarne.

” Vi er jo så mange som skal dele på dette så prøver de (fagsykepleier) så godt de kan å gjøre det rettferdig da. Og da er det klart at de nye de må jo få lært det, og vi gamle må kanskje få bedre repetisjon og eventuelt få lære det som er litt nytt av tingene...man har det samme behovet, altså man ønsker det like mye som når man var ny. Men man resignerer litt for man vet at det går ikke an, og står litt lengre bak i køen dessverre.” (IP 3)

Resultatet viste at informantene trengte tilrettelegging for ro i det daglige. Informantene beskrev at det å få ro til å konsentrere seg om en ting av gangen bidro til å fremme faglig utvikling.

”Det å få litt ro til å jobbe med det faglige...det er så mye uro momenter ofte..” (IP 16)

Informantene trakk frem at det å få tilrettelagt for lettvinntilgang og egnet sted i avdelingen til å lese fag og forskningslitteratur, var viktig for deres kompetanseutvikling.

”.. vi er litt dårlig til å ha tilgang til biblioteket... og fagblad det har vi ikke inne på operasjonsavdelingen... da må man ut, og i den daglige jobben kommer vi ikke ut.” (IP14)

Resultatet viste et behov for tilrettelegging av tid i det daglige for å lære seg å benytte elektroniske fagressurser i avdelingen. Informantene trakk fram at de hadde tilgang og mulighet for å søke etter forskning på nettet, men at de manglet kompetanse i litteratursøk.

”Det krever også at vi lærer å søke også, det finnes jo datakurs som du kan gå på for å lære det, men da må du gjøre noe aktivt selv for å få gjort det. Det blir ikke satt av noe tid til at nå kan du få gå å gjøre det.” (IP 16)

Å ha praktisk trening med kollegaer

(IP 3, 9, 12, 17; n= 6)

I denne kategorien fremkom hvordan tilretteleggelse for trening med kollegaer fremmet informantenes praktiske ferdigheter. Resultatet viste at praktiske ferdigheter ble fremmet ved å øve for å mestre komplekse pasientsituasjoner og akutsituasjoner i avdelingen. Informantene beskrev at øving sammen med kollegaer fremmet kompetanseutvikling i form av å være i stand til å mestre en lignende situasjon.

”.. Så for eksempel så hadde jeg selv aldri vært borte i en skikkelig anafylaktisk reaksjon inne på anestesi men det øvde vi på ...og så gikk det bare et par uker så kom jeg oppi den på ordentlig...jeg var ikke i tvil om hva jeg skulle gjøre og det gikk veldig bra.” (IP 17)

Resultatet viste at det å øve på å jobbe i team gjennom organisert simuleringstrening sammen med kollegaer og tverrfaglig, ble oppfattet som lærerikt og fremmet

kompetanseutviklingen. Noen av sykehusene har egne øvelsesavdelinger, mens andre må få slik trening via eksterne kurs.

”...å arbeide slik (simulering) det synes jeg var veldig morsomt og det ga meg veldig mye ... Og sammen med andre, jobbe i team. Det er jo hva vi gjør hele tiden.” (IP 12)

Informantene beskrev at det å ha tilretteleggelse gjennom et system for å øve på medisinskteknisk utstyr i det daglige ble trukket frem som viktig for å kunne ivareta sin kompetanse. Slik øvelse skjedde ofte sammen med kollegaer eller fagsykepleiere i form av sertifisering på medisinsk teknisk utstyr. Informantene lærte mer om utstyret de brukte til vanlig, men beskrev også et behov det å kunne opprettholde en handlingskompetanse på utstyr de brukte sjelden i avdelingen.

”... de som gjør det(sertifisering) forteller kanskje litt ekstra om det apparatet...så det synes jeg er veldig bra...” (IP 3)

Å ha systemer for kompetanseutvikling i avdelingen

(IP 1 – 18; n= 141)

Det som særpreget oppfatningene i denne kategorien, omhandlet hvilke overordnede og systematiske tilretteleggelse i avdelingen, som informantene mente var med på å fremme deres kompetanseutvikling. Informantene trakk frem viktigheten av å ha en person med faglig ansvar i avdelingen for å fremme deres kompetanse. Det fremkom av informantene at denne personen oftest var fagsykepleier. Resultatet viste viktigheten for informantene at fagansvarlig sykepleier fikk anledning til å være fristilt til fag og tilgjengelig for de ansatte og dermed få mulighet til å sette fagutvikling i et system.

”Så det å få satt opplæring inn i et system kunne jeg tenkt meg, for vi har jo fagutviklingssykepleiere her, men de blir altså sugd inn i dagens drift.”(IP 13)

Det fremkom i resultatet et behov for en plan for den enkeltes kompetanseutvikling for å fremme kompetanse. Informantene beskrev en usikkerhet i hvilket faglige nivå som var

forventet av dem som erfarne. Informanter mente det vil fremme deres fagutvikling ved å få en retning på avdelingens forventninger til deres faglig nivå.

”Jeg tror nok at jeg personlig trenger noen som hjelper meg litt på vei ...som legger opp en plan med meg da i samtale med meg, hvor er du nå og hvor tenker avdelingen at jeg skal være...”(IP 16)

Resultatene viste viktigheten av at avdelingen hadde interne systemer for kompetanseutvikling gjennom fagdager, studiedager og at det ble tilrettelagt for systemer som ivaretok det å kunne fremmer kompetanseutvikling.

”... bruker den (studiedagen) til å oppdatere på det siste da, prosedyrer for eksempel, og de endringene som er gjort på jobben... og hvis det ikke er så mye nytt så bruker jeg den til å gå gjennom det som man er usikker på eller det er lenge siden man har vært borti” (IP 9)

Det fremkom at et system som tilretteleggelse for deltagelse i veiledningsgrupper bidro til å fremme kompetanseutvikling, gjennom at den erfarne spesialsykepleier fikk reflektere over og satt ord på taus kunnskap.

Jeg har oppdager det...når jeg har gått på...sykepleierfaglig veiledning, at man i disse gruppene får reflektert litt over hva man gjør i hverdagen, uten at man kan sette ord på det....(IP 15)

Klinisk stige fremkom som et system for å fremme den enkeltes kompetanseutvikling. Noen av avdelingene hadde et slikt system, andre ikke. Det å få tilrettelegging og mulighet fra avdelingen til å kunne fullføre klinisk stige, var dermed viktig for å fremme kompetanseutviklingen.

”Nei det er det å kunne få tid og anledning til å jobbe videre med klinisk stige er jo også med på å heve min kompetanse, fremme mine behov.”(IP 13)

Når det gjaldt eksterne systemer som informantene oppfattet at bidro til å fremme faglig utvikling, var et system det å delta på eksterne kurs. Informantene beskrev flere hindringer til det å delta på kurs, og at behovet var større enn dagens muligheter.

Informantene beskrev hovedsakelig at det var det de økonomiske rammene som hindret informantene i å få dekket sitt behov for å dra på kurs for å ivareta og videreutvikle sin kompetanse.

”Vi burde jo ha dratt (på kurs) en gang i året da... men det er snakk om økonomi igjen...så man må liksom ta til takke med det du får og så får du heller være aktiv selv og søke det andre har vært på... men det blir ikke det samme” (IP 4)

Hospitering var et annet system som informantene oppfattet fremmet deres faglige utvikling. Det å få hospitere for å få faglig påfyll, bli inspirert, lære av andre, og få bekreftelse på eget arbeid, ble trukket frem av informantene. Det fremkom også det å kunne gjøre mer ut av en hospitering, og de etterlyste blant annet muligheten for å hospitere over flere dager ved andre sykehus. Det fremkom at det å hospitere ved andre sykehus eller avdelinger bidro til faglig utvikling, ved at de da fikk oppdatert seg faglig før oppstart av nye prosedyrer, mengdetrening i sjeldne pasientgrupper eller typer av kirurgiske inngrep de sjelden har i egen avdeling.

”... ser det som er her og kan liksom ikke tenke meg til hvordan det skulle ha vært annerledes, derfor skulle en vært litt andre steder. Derfor er det viktig for oss som har vært her noen år og få nye impulser.”(IP 11)

Resultatene viste at det å få informasjon og tilrettelegging for å være forbredt ved større endringer i avdelingen bidro til å fremme faglig utvikling. Informantene beskrev at de ofte sto i situasjoner der nye prosedyrer eller medisinsk teknisk utstyr skulle innføres og at uten god tilrettelegging bidro dette til utrygghet og hemmet deres mulighet til å gjøre en god jobb. Informantene etterlyste det å kunne ha nok ressurser i avdelingen, og at det er satt i system når noe skal endres eller noe nytt skal innføres.

“Nå skal vi begynne med et elektronisk datasystem ... Men jeg gruer meg til at vi skal begynne med det, for jeg opplever at fokuset på pasienten blir borte... Vi har ikke startet enda men jeg gruer meg, vi kommer til å miste helt fokus fra pasienten.” (IP 13)

Informantene beskrev også at systemene for kompetanseutvikling i avdelingen var sårbare, fordi det er en uforutsigbar hverdag med høyt tempo, få folk på jobb og at

driften av avdelingen ble prioritert. Dette gjorde at systematisert og planlagt kompetanseutvikling av og til måtte prioriteres bort.

”Det samme har skjedd før, så opplæring, kursing går på bekostning av daglig drift..”
(IP 13)

3.4 Beskrivelse av utfallsrom.

De ulike kategoriene som fremkom av analyse materialet ble strukturert og representerer de ulike måtene informantene oppfattet fenomenet, dette kalles utfallsrom i fenomenografisk metode og analyse (Åkerlind, 2005). Utfallsrommet er en sammensmelting av studiens hva og hvordan spørsmål (ibid). ”Hva” står for oppfatningen informantene hadde om hva som fremmet kompetanseutvikling. ”Hvordan” i denne studien var hvordan informanten oppfatter at kompetanseutvikling ble fremmet.

	”HVORDAN” kategorier		
”HVA” kategori	Læring gjennom egen streben etter kompetanseutvikling	Læring gjennom praksisfellesskapets erfaringskunnskap	Læring gjennom avdelingens tilrettelegging for kompetanseutvikling
Individ (Indre)	E t ønske om å gjøre en faglig forsvarlig jobb Å ha engasjement for faget Å ta ansvar for egen kompetanseutvikling.		
Gruppe (Ytre)		Å lære i dialog med kollegaer Å delta i et fagutviklende miljø	
System (Ytre)			Å få tilrettelegging i det daglige Å ha praktisk trening med kollegaer Å ha systemer for kompetanseutvikling i avdelingen.

Figur 6: Relasjonen mellom *hva* og *hvordan* kategoriene i utfallsrommet.

Som figuren ovenfor viser er hovedfunnene i denne studien, de tre beskrivelseskategorier og de tilhørende åtte delkategorier. Beskrivelseskategoriene skilte seg fra hverandre ved at de omhandlet, som tidligere beskrevet tre ulike nivåer for hva informantene oppfattet, at fremmet kompetanseutvikling. Et individnivå, et gruppenivå og et systemnivå. Individnivå skiller seg fra gruppe og system ved at denne omhandlet læring og indre påvirkning for læring, i det enkelte individ, mens system og gruppenivå bygget på ytre påvirkning for læring hos individet. Nivåene var dermed gjensidig avhengig av hverandre ved at de påvirket hverandre. Å lære på et individ nivå ble påvirket av individet selv, et praksisfellesskap og avdelingens system. Slik var også et system og et praksisfellesskap påvirket av den enkeltes egen streben etter faglig kompetanse utvikling.

Informantene mente at det var systemet som la mange av rammene/forutsetningene for læring og kompetanseutvikling for den enkelte og praksisfellesskapet. Resultatet viste at egen streben, engasjement og at individet tok ansvar for egen kompetanseutvikling, bidro både til et fremmede fagutviklende praksisfellesskap og til å være bevisst et ønske om et velfungerende system. Beskrivelseskategoriene ses i denne studien som likestilte, men gjensidig avhengig av hverandre ved en indre og ytre påvirkning av individets læring.

4. Diskusjon.

Fra å ha presentert resultater og utfallsrom vil vi i denne delen diskutere både metode og resultater. Diskusjonsdelen starter med metodediskusjonen der vi tar utgangspunkt i å vurdere ivaretagelse av troverdighet, gyldighet og overførbarhet, gjennom hele studien og reflektere hvordan dette kan ha hatt innvirket på funnene. Med dette vises studiens styrker og svakeheter. Det trekkes paralleller til metodedelen der begrepene ble beskrevet og til beskrivelsen av de ulike trinnene i forskningsprosessen der det ble beskrevet hva som ble gjort for å søke å ivareta troverdighet og gyldighet gjennom studien.

4.1 Metodediskusjon.

Troverdighet og gyldighet påvirker hverandre gjensidig og beskrives derfor ofte under ett (Alexandersson, 2009; Lepp & Ringsberg, 2002), slik vil det derfor også presenteres her. Alexandersson (2009) hevder også at troverdighet og gyldighet berører alle delene i forskningsprosessen. Derfor beskrives de ulike delene også her, hvor noen punkter er trukket ut til diskusjon og refleksjon, på hvordan disse kan ha påvirket troverdigheten, gyldigheten og overførbarheten av funnene i studien.

Fenomenografi har blitt kritisert for at forskerens subjektive rolle kan påvirke beskrivelseskategoriene (Entwistle, 1997). I fenomenografisk metode ses datamaterialet og funn på i et kollektivt perspektiv (Marton, 1981), derfor ses det ikke på som formålstjenelig å gå tilbake til informantene for å få bekreftet om funnene stemmer overens med deres oppfatninger (Åkerlind, 2005). Derfor er det avgjørende for å ivareta troverdighet og gyldighet, at forskeren har en bevissthet og åpenhet i sin tolkning, ”interpretative awareness” (Entwistle, 1997). Troverdighet og gyldighet ivaretas dermed gjennom diskusjon med andre (ibid.), søke tilbakemelding fra andre enn informantene, eksempelvis personer som studien retter seg mot (Åkerlind, 2005) og ved en nøyaktig fremstilling av fremgangsmåte (Sjöström & Dahlgren, 2002). Ved å være to forskere i tillegg til veileder, har vi søkt å ivareta en bevissthet og åpenhet gjennom hele studien, og i tolkningen spesielt, samt å beskrive forskningsprosessen

detaljert i metodekapittelet. En bevissthet rundt vår forforståelse, en kritisk holdning og diskusjon forskerne i mellom og med veileder samt tilbakemelding fra medstudenter på forskningsplan og analyse, har bidratt til å styrke studien. Troverdighet og gyldighet er søkt ivaretatt gjennom hele studien. Det er søkt å gjøre leseren i stand til å kunne følge forskernes resonnement og dermed vurdere om funnene er kommet frem på bakgrunn av informantenes oppfattning. En slik nøyaktig fremgangsmåte er søkt å ivaretatt i alle deler av studien, og spesielt i metodekapittelet.

Troverdighet og gyldighet

Utvalg: Gyldighet i studien handler om vi har et datamateriale som kan gi oss svar på hensikten. Larsson & Holmström (2007) viser til at erfaringer fra flere studier er at for å få et datamateriale som sannsynligvis kan ivareta alle måter å oppfatte et fenomen på, i fenomenografiske studier vil data fra 20 informanter være tilstrekkelig. Det ble intervjuet 18 spesialsykepleiere for å få frem tilstrekkelig mange oppfattninger om fenomenet. Paulsson (2008) hevder at ved et for stort materiale kan analysen blir for overfladisk. Materialet i denne studien er blitt forholdsvis stort med 147 sider transkribert materiale med linjeavstand 1.5 og med totalt 626 oppfattninger. Tiltross for at vi kun fikk 18 informanter fikk vi et stort datamateriale som bidro til at det fremkom tilstrekkelig mengde med oppfattninger for å ivareta variasjon rundt fenomenet og gi svar på hensikten.

På bakgrunn av fenomenografisk metode og hensikt beskrives de erfarne spesialsykepleiernes oppfattninger i et kollektivt perspektiv, og gruppene sammenlignes ikke opp mot hverandre. Selv om tidligere studie viser til at både utdanningene, kompetanse og pasientgruppen har likhetstrekk og derfor kan ses på samlet (Taraldsen Valberg, Grønseth & Fagermoen, 2009), kan det diskuteres om informantene opplever det slik. Det vises i funnene at alle informantene har bidratt med oppfattninger til alle beskrivelseskategoriene, slik kan studien se ut til å ha ivaretatt utvalgets bredde i funnene og underbygget valg av informanter.

Fenomenografisk metode har blitt kritisert for ikke å ha vist nok oppmerksomhet, for ulikheter når det gjelder kjønn, samtidig som kritikken også har vært at metoden legger stor vekt på det kognitive og ikke de emosjonelle faktorene ved læring (Entwistle, 1997). Denne studien har sett på et kvinnedominert yrke og fagområde. Ved å foreta et strategisk utvalg, var vi derfor spesielt interessert i å få med menn (n =3) i studien. Vi mener derfor, at dette har styrket studien.

Det kan diskuteres om de som velger å delta i en studie, er de som er mest positive og ivrige, eller om det er de som benytter muligheten til å få fortelle om noe de ikke er så fornøyd med. Dette kan bidra til å ikke få det mangfold av oppfatninger i datamaterialet som bidrar til variasjon i fenomenografi. Det kan tenkes at sykepleiere som har tatt videreutdanning er spesielt interesserte og har et engasjement i fagområdet, og at de som melder seg frivillig til en slik studie er spesielt interessert i temaet kompetanseutvikling. Dette kan ha bidratt til at funnene i studien om *Å lære gjennom egen streben etter kompetanseutvikling* kan ha blitt unyansert ved at vi kanskje kan ha unngått å få med informanter som ikke har en så høy grad av engasjement og egen streben. Dette vil kunne svekke funnene ved at variasjon ikke blir ivaretatt og at funnene i mindre grad er overførbare. Med bakgrunn i beskrivelsen av funnene vises variasjon og nyanser tross for en mulig svakhet i utvalget. Dette tolkes til at funnene i mindre grad er svekket i forhold til gyldighet og overførbarhet. Det samme gjaldt også det at utvalget bestod også av spesialsykepleiere med lederkompetanse (n=1) og fagsykepleiere (n=2) samt en informant med kun 4.5 års erfaring som spesialsykepleier. Dette kan ha påvirket oppfatningene og dermed funnene. Forskerne var spesielt oppmerksomme på dette gjennom databehandling og analyse, og forkastet oppfatninger der det for eksempel var tvil om vedkommende uttalte seg som for eksempel spesialsykepleier eller fagsykepleier. Datamaterialet viste stor grad av variasjon av oppfatninger, med bakgrunn i dette kan det synes som om vi har fått ivaretatt et datamateriale som kan bidra både til variasjon og til troverdige og gyldige funn.

Datainnsamling: I kvalitative studier blir troverdigheten vurdert ut fra hvor troverdig innsamlingen av data og tolkningen av data er gjennomført (Paulsson, 2008).

Intervjuerens rolle må alltid aktualiseres, både når det gjelder informanten og egen påvirkning i intervjusituasjonen som kan påvirke resultatene (Alexandersson 2009). Ved å ha skrevet ned forforståelse som forskere bidro dette til bevissthet på hvordan dette kunne påvirke oss i intervjusettingen. Vi var to som foretok intervju og analyse på ni informanter hver, de som vi selv hadde intervjuet. Intervju som datainnsamlingsmetode krever at intervjueren har høye ferdigheter i det å skulle gjennomføre et intervju (Kvale, 2001). I fenomenografi skal intervjuet utvikle seg i størst mulig grad ut fra informantens premisser, og intervjuguiden blir derfor mer å gi en retning, enn å være en absolutt fasit (Dahlgren & Fallsberg, 1991). Dette ivaretar troverdighet og gyldighet i intervjusettingen (Entwistle, 1997). Som intervjuere er begge forskerne i denne studien nybegynnere, men begge forskerne har formell pedagogiske utdanning og veiledningserfaring, noe som vi mener bidro til en bevissthet rundt det å få frem informantenes oppfatninger i intervjusituasjonen. Datainnsamlingen har vært en læreprosess, der vi i starten var mer styrt av intervjuguiden og fant det noe vanskelig å være tilbaketrukket å la informantene prate, enn ved de siste intervjuene. Dette kan ha påvirket informantenes svar og dermed datamaterialet. Det var allikevel, gjennom alle intervjuene, søkt å lytte aktivt og følge informantenes premisser, samt tilstrebe en avslappet og hyggelig atmosfære. Ved å utføre briefing for å ivareta informantens behov for informasjon og debriefing med oppsummering for kunne få bekreftet om man hadde forstått informantene rett, bidrar det til å øke studiens troverdighet til at oppfatningene, som dannet resultatet i studien fremkom fra informantene.

Begge forskerne har yrkeserfaring fra to av de tre fagområdene og dermed det informantene beskrev, samt at forskerne hadde kjennskap til en hver av de totalt 6 avdelingene informantene arbeidet i. En ulempe ved dette som beskrives av Thomsson i Paulsson (2008) er at informantene ikke tillates å fortelle det de vet, eller at intervjueren tar det som kommer for gitt. Slik kan både gyldighet og troverdighet utfordres ved at informantenes oppfatninger ikke kommer frem og at forskeren kan feiltolke oppfatningene. Informantene fra avdelingene vi hadde kjennskap til ble intervjuet av den andre forskeren, slik at ingen av forskerne intervjuet informanter de kjente. Vi håndterte vår forforståelse ved å være den bevisst og forsøke å legge den tilside i

intervjusituasjonen og videre gjennom studien, dette var noe vanskeligere når vi intervjuet den yrkesgruppen vi selv hadde yrkeserfaring fra. I ettertid ser vi at dette kan ha påvirket intervjuene, men samtidig opplevde vi å få tillitt ved at informantene ga uttrykk for at vi kunne forstå det de fortalte ut fra egen opplevelse. Det kan derimot ha virket tilsvarende positivt og negativt på det fagområde vi ikke hadde erfaring med.

Det er også viktig, at det fenomenet som velges oppleves som relevant for informantene, at det er noe informanten har erfaring med og innenfor egen referanseramme (Alexandersson 2009; Entwistle, 1997) for å få frem mangfold i informantenes oppfatninger. Det var diskutert i forkant om kompetanseutvikling som begrep, kunne virke fremmed for informantene og dermed bidra til å begrense datamaterialet. Det ble derfor brukt begreper som, utvikle faglig kompetanse og holde seg oppdatert, for å utdype og alminneliggjøre begrepet. Selv om fenomenet kompetanseutvikling kan oppfattes som fremmed, hadde alle informantene erfaring med og oppfatninger om hva som fremmet egen faglig utvikling. For å sikre gyldighet valgte vi å starte alle intervjuene med et spørsmål, der de skulle komme med sin oppfatning av ”faglig kompetanse”, slik at vi sikret at informanten pratet om valgte fenomen. Underveis i datasamlingen ble det tydelig at begrepene ”å ivareta kompetanse” og ”videreutvikle kompetanse”, var konstruert som en mulig viktig forskjell av forskerne, men hvor informantene ikke markerte denne forskjellen i sine oppfatninger. På bakgrunn av informantenes oppfatning gikk vi derfor bort fra begrepene og endte opp med begrepet kompetanseutvikling. Vi mener dette bidrar til å øke troverdighet og gyldighet til datamaterialet og studien ved at informantenes oppfatning kom frem.

Analyse: Ifølge Alexandersson (2009) skal transkriberingen være så likt talespråket som mulig, med både mumling og pauser. Siden det var to forskere ble dette avtalt på forhånd for å sikre at transkriberingen ble så nøyaktig og lik som mulig og legge grunnlaget for at oppfatningene til informantene kom frem på en riktig måte. Vi hadde informanter som snakket dialekt og noen hadde utenlandsk opprinnelse, men som snakket godt norsk. Det ble valgt å transkribere alle intervjuene på bokmål, da dette ble mer lesevennlig. I dette ligger det en mulighet for feiltolkning, både på grunnlag av

dialekt og aksent og ved at i det å oversette til bokmål ligger det en tolkning, hvor språklige nyanser kan gå tapt. Samtidig unngikk man i større grad ved dette, at noen informanter kunne gjenkjennes.

Datamateriale ble på total 147 sider transkribert materialet som førte til totalt 626 oppfattninger. Dette kan redusere muligheten for å få oversikt og bearbeide dataene med nøyaktighet. Vi har søkt å ivareta nøyaktighet og grundighet gjennom hele analyseprosessen. Ved å bruke Excel program til å samle alle oppfattningene og arbeide med disse i dette programmet, opplevde vi å ha oversikt og utøve nøyaktighet i bearbeiding og analyse av data. Ved å utføre mesteparten av databearbeiding og analyse vekselvis hver for oss og i fellesskap, har vi vært hverandres rettesnor og bidratt til en intern kontroll gjennom analyse og tolkning av funn.

Troverdighet og gyldighet bedømmes ut fra hvordan innsamling av data og analyse er gjennomført (Paulsson, 2008) og beskrevet (Sjöström & Dahlgren, 2002) for å vurdere hvor godt beskrivelseskategoriene korresponderer med informantenes oppfattninger, og dermed ikke er konstruert av forskeren (Lepp & Ringsberg 2002). Gjennom en så detaljert beskrivelse som mulig rundt analysetrinnene og ved å presentere funn med sitater, som er i tråd med metoden, vises dermed informantenes oppfattninger sin forankring i beskrivelseskategoriene. Etter den innledende analysen, med transkribering og kondensering, har forskerne gjennom hele analysen hovedsakelig jobbet med materialet i fellesskap, både når det gjaldt grupperinger av oppfattninger, til beskrivelseskategorier og delkategorier. Forskerne har dessuten diskutert hele materialet underveis og har gått frem og tilbake mellom analysetrinn og det enkelte intervju når det har vært tvil om informantens oppfatning ut fra utsagn. Da beskrivelseskategoriene begynte å tre frem fra oppfattningene, gikk vi igjen tilbake til det transkriberte materialet for å kritisk reflektere over at beskrivelseskategoriene var fremkommet av informantenes oppfattninger og ikke av egen tolkning. Beskrivelseskategoriene ble også diskutert med veileder.

Gyldighet innebærer i en fenomenografisk studie om en annen forsker kunne ha kommet frem til samme beskrivelseskategorier etter å ha jobbet med samme datamaterialet (Marton, 1988 i Sjöström & Dahlgren 2002). Tolkningene som leder

frem til beskrivelseskategoriene bør derfor testes. Uljens anbefaler å teste beskrivningskategoriernes nøyaktighet ved at to analyserer datamaterialet uavhengig av hverandre (Uljens 1989). Dette kan utføres ved hjelp av at en annen forsker tar en del av sitatene og plasserer disse inn i rett beskrivelseskategori med et sammenfall (concordance) på 75 – 100 % (Sjöström & Dahlgren, 2002; Uljens, 1989). For å ivareta gyldighet ble en mindre del av materialet fordelt mellom forskerne og det ble utført en slik test, med et sammenfall på henholdsvis 99 % og 100 %. Vi mener dette har bidratt til å styrke gyldigheten av beskrivelseskategoriene.

Funn: Troverdighet og gyldighet i fenomenografisk metode innebærer å vise sammenheng mellom funn og informantenes oppfattninger (Sjöström & Dahlgren, 2002). Dette gjøres i studien ved å underbygge beskrivelseskategorier og delkategorier med sitater fra intervjuene i, beskrivelse av funnene. Gyldighet kan også ivaretas gjennom kontroll mellom teori og empiri (Jacobsen, 2003). Dersom det er sammenfall mellom våre funn og annen teori eller empiri kan vi si at gyldigheten er styrket, men ikke at funnene er sanne (ibid). Funnene er derfor også diskutert opp mot tidligere forskning.

Forskerne har i presentasjon av studien valgt å bruke figurer og tabeller både for å presentere utvalg av informanter, teoretisk fundament og beskrivelseskategorier for å illustrere, gi oversikt og gjøre det enklere for leseren å følge hvordan vi har gått frem og kommet frem til våre konklusjoner. Dette har vi også sett benyttet i andre fenomenografiske studier. Polit & Beck (2008) betegner det å bruke figurer og tabeller som nyttig for å summere helhetlig oppfatninger av det fenomen som presenteres. På bakgrunn av dette mener vi at figurer og tabeller har bidrar til å øke studiens troverdighet.

Studiens teoretiske fundament har blitt til vekselvis før og etter analyse og presentasjon av funn. Med dette menes at vi har lest oss opp på områder, som er viktige for hensikten før vi startet intervju og analyse, men også sett behov for å lese oss opp på ny teori ettersom funnene steg frem, dette mener forskerne at bidrar til å styrke studien. Det kommunikative kriteriet for å vurdere en studies gyldighet er søkt å ivaretatt gjennom

presentasjon av det teoretiske fundamentet, metoden, presentasjon av funn, diskusjon og konklusjon.

Overførbarhet

Utvalg og datainnsamling: Ved kvalitativ tilnærming er det viktig å beskrive utvalgets egenart fordi dette får betydning for overførbarheten av den kunnskapen som utvikles (Malterud, 2003). Ved å foreta et strategisk utvalg og beskrive utvalgets egenart, ivaretar vi muligheten for at data som fremkommer, er adekvate og kan belyse problemstillingen, som ivaretar gyldigheten i studien (Dahlgren & Fallsberg, 1991; Malterud, 2003). Etter inspirasjon fra Larsson, Hedelin & Atlin (2007) ble det valgt å beskrive konteksten oppfatningene i studien har fremkommet fra. Slik gis leseren forutsetning for å vurdere om funnene kan være overførbare og nyttige (pragmatisk gyldighet).

Analyse og funn: Resultatene i fenomenografi kan ikke og søker ikke å generaliseres slik som i kvantitative studier (Lepp & Ringsberg, 2002). Fenomenografiske studier er hovedsakelig kontekstuelle, ved at informantenes oppfattelse av et fenomen alltid er relatert til en spesiell kontekst (Lepp & Ringsberg, 2002). Resultatet skal søkes å løftes over det konkrete nivå til et mer abstrakt nivå, dermed kan funnene overføres til lignende situasjoner (ibid.). Beskrivelseskategoriene har fremkommet fra informantenes oppfatninger og gjennom analyseprosessen blitt tatt ut av sin kontekst og abstrahert, hvor materialet ses på som en kollektiv oppfattelse av et fenomen og ikke den enkeltes oppfatning. Denne kollektive oppfattelsen vises i utfallsrommet. En slik generell struktur på variasjon i oppfattelsen av et fenomen i en situasjon, kan dermed anvendes i lignende situasjoner (Lipp & Ringsberg, 2002). Det er derfor søkt å tydeliggjøre utfallsrommet, slik at funnene og forholdet mellom dem synliggjøres på en forståelig måte, slik at leseren kan vurdere nytten og muligheter for anvendelse av funn. Dette er gjort både i tekst og ved hjelp av figur for å ivareta kriteriet for å vurdere pragmatisk gyldighet.

Avslutningsvis kan det diskuteres om det å kun se på hva som fremmer kompetanseutvikling hos erfarne AIO sykepleiere, kan gi et glansbilde av en ellers mer nyansert virkelighet. Kanskje det hadde fremkommet mer variasjon og nyanser ved å ha spurt om hva som fremmer og hemmer kompetanseutvikling. Slik det ble vurdert ved utarbeidelsen av hensikten, var at hemmende faktorer i for eksempel økonomiske rammer og avdelingens særpreg ville prege intervjuene uansett valg av hensikt. Samt at det var ønsket mer fokus på mulighetene som finnes og videreutvikling av disse. Dette stemmer også med funnene som viser variasjon og nyanser, samt at det har vært en bevissthet rundt det å fremstille konteksten realistisk og gjenkjennbar.

4.2 Resultatdiskusjon

Vi har tidligere presentert funnene i studien, i form av et utfallsrom, bestående av tre beskrivelseskategorier og åtte delkategorier. Beskrivelseskategoriene i denne studien omhandler hvordan kompetanseutvikling fremmes basert på oppfatninger til erfarne anesthesi-, intensive-, og operasjonssykepleiere. Beskrivelseskategoriene som fremkom fra spesialsykepleiernes oppfatninger var: *læring gjennom egen streben etter kompetanseutvikling, læring gjennom praksisfelleskapets erfaringskunnskap og læring gjennom avdelingens tilretteleggelse for kompetanseutvikling*. Vi vil i denne delen diskutere beskrivelseskategoriene og delkategoriene opp mot tidligere forskning og studiens teoretiske fundament.

Læring gjennom egen streben etter kompetanseutvikling

Beskrivelseskategorien *Læring gjennom egen streben etter kompetanseutvikling* viser hvor viktig den enkeltes eget personlige engasjement er for å fremme faglig utvikling. Gjennom et ønske om å gjøre en faglig forsvarlig jobb, og gjennom et engasjement for faget og ved å ta et aktivt ansvar bidrar det ut i fra våre funn til å fremme faglig utvikling.

Funnene i vår studie tyder på at et *ønske om å gjøre en faglig forsvarlig jobb*, er knyttet til et individuelt engasjement for å lære, og å tilegne seg ny kunnskap, for å mestre,

både gjennom egenaktivitet og deltagelse i undervisning og kurs, som tilrettelegges i den enkelte avdeling. Mestring kan knyttes til Skau (2005) sitt begrep ”den integrerte fagperson”, gjennom at det kreves en utvikling av både teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og en utvikling som person for å kunne arbeide faglig forsvarlig og mestre. Resultatene i vår studie viser at det å mestre på en god måte enten en situasjon eller en rolle, bidrar til en opplevelse av trygghet og sikkerhet i situasjonene, dette gir motivasjon til læring for å mestre (Eraut et al, 2004; Eraut, 2004). Tabari-Khomeiran, Kiger, Parsa-Yekta og Ahmadi (2007) hevder at det å kunne møte forventninger i forhold til sitt arbeid og å kunne mestre er en pådriver i forhold til å utvikle egen kompetanse. Resultatene i vår studie viser at det å bli sett på som kompetent, erfaren og en som mestrer bidrar til et ønske om og en streben etter å utvikle seg ytterligere. Gjennom å være erfaren, ha en større ydmykhet for faget og en forståelse for at man som spesialsykepleier aldri er utlært.

For å fortsatt mestre og utføre en forsvarlig jobb, viste funnene at informantene var bevisste at dette krevde at de måtte videreutvikle seg. Tabari-Khomeiran et al. (2007) hevder at det å være nysgjerrig, å ha en beredskap for å ville lære mer, tørre å stille spørsmål, og benytte de mulighetene som kan bidra til å øke kompetansen, blir sett på som avgjørende av sykepleierne for kompetanseutvikling. I vår studie kom det frem at spesialsykepleierne formidlet, at det er viktig for dem å følge med den faglige utviklingen, og så langt det er mulig ønsker de å holde seg faglig oppdatert. Schoessler (2007) hevder at den erfarne sykepleier har en indre motivasjon og egen driv og ser at læring er deres ansvar, hun kaller dette ” The Inner Quest”. Sykepleierne er ivrige etter å søke kunnskapsressurser i miljøet og de får energi av å utvikle egen kompetanse. Våre funn tyder på at den erfarne som trives i jobben, benytter de kanaler som finnes for å utvikle egen kompetanse. Eraut (1999 i Huggins) hevder at uformell læring er avhengig av selvtillitt, motivasjon og evnene hos den som skal lære. Tabari-Khomeiran et al. (2007) bekrefter at kompetanseutvikling i stor grad er avhengig av en betydelig egeninnsats, noe som bekreftes i vår studie, at den erfarne spesialsykepleier legger ned mye egeninnsats for å utvikle egen kompetanse. Cooper (2009) trekker frem at effektive profesjonelle utviklings aktiviteter, er egen motiverte og verdsatt av individet selv. I

følge våre funn oppleves denne motivasjonen som en positiv drivkraft til egen streben etter kompetanseutvikling.

Når det gjelder den erfarne sykepleier, er et av de overraskende funnene, at for den erfarne er betydningen av fortrolighet og trygghet i arbeidssituasjonene særdeles viktig. I våre funn kom det frem hvordan den erfarne spesialsykepleier opplevde det truende og uttrykt, å ikke mestre pasientsituasjonene og egen rolle på en god måte. At nettopp frustrasjonen over å vite, på grunn av erfaring, at en arbeidsoppgave ikke er utført på beste måte, bidrar til motivasjon for å strebe etter å finne måter, som bidrar til at standarden for at god praksis blir ivaretatt. Eraut (2004) fant at trygghet hadde betydning både for nyutdannede og erfarne sykepleiere. Denne tryggheten økte dersom man mestret utfordringer i arbeidet, men var avhengig av om sykepleierne opplevde støtte i situasjonen (ibid.). Schoessler & Farish (2007) hevder at sykepleiere strever etter å bli så dyktige de kan bli for pasienten, og at mange sykepleiere legger ned mye arbeid i dette. Kanskje bidrar denne streben etter faglig utvikling også til den kreativiteten som informantene beskriver, når det gjelder å finne måter å utføre god og forsvarlig sykepleie på, til tross for hektiske, akutte og kompliserte situasjoner med høye effektivitetskrav og mindre mulighet til forberedhet. Eraut (2007) hevder at forventninger til utføring av arbeidsoppgaver kan fremme den enkeltes kompetanseutvikling. Benner, Tanner og Chesla (2009) hevder at de erfarne sykepleierne mestrer og brukes som eksempel for andre og at de utfører en trygg og sikker jobb. Er det slik at de erfarne spesialsykepleierne har høyere forventninger til seg selv og kvaliteten på arbeidet de utfører, nettopp med bakgrunn i deres lange erfaring? Og at denne erfaringskunnskapen bidrar til et behov for trygghet, fortrolighet og en indre streben etter å utføre god sykepleie.

Våre funn viser at *å ha engasjement for faget* er viktig for å fremme faglig utvikling. Ifølge Benner (1995) kreves nettopp et engasjement for å kunne utvikle egen kompetanse, og for at den erfarne skal nå et ekspertnivå, så kreves det at sykepleieren utvikler dette engasjement og involverer seg, aktivt i pasientsituasjoner som hun møter. Skees (2010) hevder at mange spesialsykepleiere, har en oppriktig lidenskap for å lære mer og å bli dyktigere innen sitt yrke. I våre funn kommer det frem at de erfarne

spesialsykepleierne i stor grad trives med sitt yrkesvalg og at de trives i avdelingen de arbeider. Best og Thurston (2004) trekker frem at de eldste sykepleierne ofte er mer tilfreds, enn de som er yngre. Det som i stor grad er avgjørende, er hvor godt de trives i avdelingen, med sine kollegaer og det å arbeidet i team. I vår studie viser funnene at informantene har en høy grad av interesse for fag og et stort engasjement for både avdeling og arbeid. Best og Thurston (2004) hevder at muligheten for å lære mer og ha et utfordrende arbeid er viktig for et fortsatt engasjement. I vår studie er informantene tydelige på at det å trives og ”brenne for” faget, bidrar til et ønske om å lære mer. Skees (2010) beskriver dette som å finne sin ”nisje” som spesialsykepleiere og gjennom det utvikle en glede over å få arbeide med noe man trives med. Skees (2010) hevder dessuten at det er enklere for sykepleierne å lære når de opplever jobben som morsom og utfordrende. Dette samsvarer med funnene i vår studie. Meyer (2007) hevder at engasjement, arbeidsglede og motivasjon gir psykisk energi, og at denne energien, er med på å gi retning for handlinger og i valgsituasjoner. Funnene våre viser at tross for en hektisk hverdag og økonomiske innstramminger formidler spesialsykepleierne at de har energi, og er drevet av en egeninteresse for faget, som bidrar til å fremme faglig utvikling. Voksne mennesker gjennomfører ikke betydelige og krevende læringsprosesser hevder Illeris (2004), hvis de ikke er båret av en sterk og internalisert motivasjon, enten fordi det er lystbetont, eller fordi de ser at det er nødvendig. Men motivasjonen og engasjementet er også truet, nettopp fordi de opplever at de nærmer seg en grense, som over tid vil svekke dette engasjementet, og at det i stor grad handler om ressurser, som bemanning, tid og muligheter i det daglige. Resultatene viser at spesialsykepleierne ser denne faren, og at tiltak som bidrar til opprettholdelse av dette engasjementet, bidrar til en fortsatt interesse for faget og en fortsatt streben etter faglig kompetanseutvikling.

Videre viste resultatene i vår studie at når det gjelder å strebe etter å møte et krav om å arbeide faglig forsvarlig og ta ansvar for kontinuerlig oppdatering, så tar de erfarne spesialsykepleierne i høy grad et *ansvar for egen kompetanseutvikling*. Eraut (2004) hevder at det å føle ansvar for arbeidet man utfører, fremmer motivasjon og læring. Men dersom man er i tvil om man utvikler seg tilfredsstillende på bakgrunn av manglende tilbakemelding hemmer dette fagutvikling (Eraut, 2004). Det å ta ansvar for egen

fagutvikling handler om det å være bevisst sine behov for kompetanseutvikling og formidle disse for å fremme egen kompetanseutvikling. Funnene viste en variasjon i hvordan informantene formidlet sine behov for kompetanseutvikling og til hvem. Funnene viste at behovene ble formidlet til ledelsen, samtidig som informantene så at de måtte bli flinkere til å formidle sine behov. Kirchhoff (2005) hevder at sykepleiere med videreutdanning, som arbeider i en avdeling med et system for etterutdanning, i større grad formidler sine behov for etterutdanning til leder enn andre sykepleiere. I vår studie ser vi at noen av avdelingene har et slikt etterutdanningsystem ved klinisk stige og klinisk spesialistutdanning, men andre avdelinger ikke har slike systemer. Kanskje er dette årsaken til at vi finner variasjon i det å være bevisst og formidle sine behov. Spesialsykepleierne i vår studie oppfatter at de har og tar et stort ansvar for egen fagutvikling, dette gjøres gjennom å benytte seg av mulighetene som byr deg i det daglige. Det å ta ansvar for og være kreativ til ulike måter å benytte seg av mulighetene i avdelingen, ble også oppfattet som en måte å kompensere for opplevde mangler i systemet når det gjelder fagutvikling. For spesialsykepleierne i vår studie er det viktig å være bevisst egne behov for kompetanseutvikling og formidle dette videre til leder eller fagsykepleier. En stor del av den erfarnes kunnskap er ”taus”, den er intuitiv og integrert som en del av sykepleieren og vanskelig å uttrykke (Lai, 2004). Siden dette skaper utfordringer i forbindelse med kunnskapsoverføring og det å initiere læring hos andre, kan det også muligens være en faktor som vanskeliggjør det å formidle eget behov for å utvikle egen kompetanse.

I vår studie viser funnene, at en av måtene som sykepleierne tar ansvar, er ved å bruke av egen fritid og rolige perioder på jobb til faglig oppdatering, men de ser helst at det skal settes av tid til det i løpet av arbeidsdagen. Hommelstad og Ruland (2004) hevder at spesialsykepleiere i utgangspunktet, ikke ønsker å bruke av fritid til kompetanseutvikling, men på grunn av et høyt arbeidspress, så benytter de fritiden til faglig oppdatering. Hverdagen i akuttavdelinger er preget av høy aktivitet og krav om produksjon, det å ha overskudd til å bruke av egen fritid, er i følge våre funn på den ene siden med på å styrke et engasjement og på den andre siden en trussel mot dette engasjementet.

Som studien viser tar informantene ansvar for egen faglig utvikling på forskjellige måter, blant annet gjennom å ta faglige utfordringer som dukket opp i hverdagen. Rønnestad (2008) trekker frem at optimal profesjonell utvikling fordrer en aktiv kunnskaps- og erfaringsøkende holdning hos den profesjonelle. Ved å ta utfordringer, bidrar det til læring og til å holde interessen oppe for faget, ved at de opplever kompetanseutvikling og blir tryggere i utfordrende pasientsituasjoner. Huggins (2003) hevder også dette at sykepleiere lærer gjennom å benytte de mulighetene som oppstår i det daglige, gjennom bruk av nytt utstyr, eller fordi sykepleierne har en personlig interesse i et tema. Tabari-Khomeiran et al. (2007) bekrefter at det er fremmede for egen kompetanse å stå i situasjoner som utfordrer kompetansen, sykepleierne blir mer bevist på både hva de kan og hva de ikke kan. Over tid fører det å utfordre seg selv, til at de i større grad stoler på egne valg i vanskelige situasjoner, og sykepleierne ser derfor på disse situasjonene som kompetanseutviklende. Eraut (2004) hevdet at for den erfarne bidrar det å få utfordringer, til utvikling av ferdigheter ved læring og mestring og til trygghet i situasjonen. Det å få for lite utfordringer påvirker motivasjonen negativt, det gjør også for store utfordringer som for eksempel for stor arbeidsbelastning (Eraut, 2007). Dette støtter opp om våre funn som viser at det å strebe etter og ta ansvar for det å få og det å ta faglige utfordringer fremmer den erfarne sin kompetanseutvikling.

Læring gjennom praksisfelleskapets erfaringskunnskap.

Beskrivelseskategorien *Læring gjennom praksisfelleskapets erfaringskunnskap* viser hvor viktig det er å være en del av et aktivt fagutviklende miljø, og kunne *lære i dialog med kollegaer*. Eraut (2004) hevder nettopp dette at en av de viktigste faktorene for læring på arbeidsplassen er det å lære fra andre. For å lære gjennom praksisfelleskapets erfarings-kunnskap kommer det frem i våre funn at den erfarne sykepleier lærer i dialog med andre, dette trekkes også frem i flere andre studier (Benner, 1995; Gopee, 2002; Huggins, 2003; Munro, 2008; Schoessler og Farish, 2007; Skau, 2005; Thidemann, 2005) og at denne dialogen er en viktig del av kompetanseutvikling hos den erfarne

sykepleier. I dialog med kollegaer utviklet informantene sin kompetanse ved å lære gjennom at ulike kollegaer hadde ulike felt de var gode på. I funnene framkom det variasjon ved at gode partnere i denne dialogen kunne være både kollegaer i egen avdeling med lang erfaring og med kort erfaring, studenter, men også kollegaer fra andre fagfelt og andre sykehus. Huggins (2003) bekrefter det at andre yrkesgrupper og deres kompetanse bidrar til å fremme kompetanseutvikling. Kirchhoff (2005) fant at det å hospitere bidrar til at sykepleiere danner nettverk med kollegaer ved andre avdelinger og institusjoner, dette bidrar til å fremme kompetanseutvikling hos den enkelte men også til å bidra med ny kompetanse tilbake til avdelingen som helhet. Dette underbygger våre funn der informantene fremhever nytten av å lære igjennom dialog med kollegaer ved andre sykehus. Schoessler og Farish (2007) som har sett på erfarne sykepleiere, og hvem de mener bidrar til utvikling av kompetanse hevder det samme. De nevner at kollegaer er de som benyttes oftest men, at også leger ses på som en kilde til kunnskap. Schoessler og Farish (2007) trekker frem at kollegaer er viktig som rollemodeller, og ses på som kunnskapsrike personer som sykepleierne kan utveksle kunnskaper og erfaringer med og få feedback av. Her vil også fagsykepleier være en viktig ”kunnskapsrik person” som bidrar til å fremme kompetanse. Våre resultater viser at spesialsykepleierne er bevisste på hvem av kollegaene de benyttet til faglig oppdatering, og at det ofte er basert på hva de mener at kollegaen er spesielt dyktig til. Eraut (2007) hevder at noen sykepleiere med erfaring opp til 3 år er aktive i å søke etter ressurspersoner med spesiell kunnskap i avdelingen og danne nettverk med disse for å lære, mens andre ikke ser nytten av dette.

Gopee (2002) beskriver kollegaer og leger som en viktig ”menneskelig og sosial kapital” for å fremme læring, og at bruken av rollemodeller er en viktig faktor for kompetanseutvikling. Dette bekrefter også informantene i vår studie. Når det gjelder det å bruke leger som kunnskapskilde, som også våre informanter trekker frem, sier Gopee (2002) at det både handler om kunnskapsdeling, og gjennom det at leger ofte har oversikt om kurs, konferanser og seminarer, som kan være nyttig for sykepleiere, men som sykepleierne ikke selv er klar over at finnes. Spesialsykepleierne i vår studie bekrefter at leger bidrar til å gi dem innblikk i muligheter som de ellers ikke har tilgang til. Sykepleiere i spesialavdelinger jobber ofte i en tettere relasjon til leger, enn

sykepleiere på sengepost, et eksempel er teamarbeid på en operasjonsstue, dette samarbeidet kan derfor tenkes å være en kilde som fremmer læring.

Flere studier (Benner, Tanner & Chesla, 2009; Gopee, 2002; Thidemann, 2005) trekker frem at den erfarne ønsker å diskutere med en kollega med tilsvarende eller mer erfaring og kunnskap, noe som også kom frem i vår studie. Våre funn viste imidlertid også at de erfarne AIO-sykepleierne fremmet sin kompetanseutvikling gjennom dialog også med ansatte med mindre erfaring, nytilsatte og sykepleiestudenter i videreutdanning. Disse sykepleierne og studentene ble sett på som en ressurs, som gir dem innblikk i ny kunnskap og det bidrar til å fremme deres kompetanseutvikling. En av årsakene til dette funnet, kan kanskje være at det i de senere årene, er blitt noe vanskeligere å komme på kurs, delta på etterutdanning og hospitere. Derfor blir de som kommer med kunnskap og erfaring fra andre avdelinger og studenter et viktig når det gjelder å bidra til at den erfarne får oppdatert sin kompetanse. Dalin (1999) trekker i sitt kompetansebegrep det å bruke av andres kompetanse, som han mener er en kompetanse som har økende betydning og som ofte blir nedprioritert. Denne kompetanseformens betydning for kompetanseutvikling underbygger våre funn hvor kollegaer, med ulik erfaring, fagfelt og arbeidssted blir sett på som en viktig ressurs, som den erfarne spesialsykepleier kan benytte seg av for å fremme egen kompetanse.

Det fremkom i funnene at gjennom dialog med kollegaer lærte AIO-sykepleierne av hverandres erfaringer ved både å lytte og få tilbakemelding og råd. En studie som ble gjort på sykepleiere, fant at det å få tilbakemelding fra kollegaer (leger, sykepleiere og leder) bidro til trygghet og tilfredshet i jobben (Christiansen, 2008). Skau (2005) hevder at samspill med andre er en forutsetning for at vi skal utvikle oss, og at tilbakemelding er viktig for utvikling. En viktig forutsetning hun trekker frem er å synliggjøre seg overfor andre gjennom å uttrykke tanker, følelser og behov, slik at de får en mulighet til å gi respons og gjennom dette gi mulighet for læring. Ifølge Eraut (2004) opplever erfarne tilbakemelding fra kollegaer ulikt avhengig av hvordan tilbakemeldingen er, og støttende tilbakemelding fremmer læring og utvikling. Gjennom en bevisstgjøring av egne sterke og svake sider, mener Skau (2005) at det gis mulighet til å utvikle egen

kompetanse. En forutsetning for bevisstgjøringsarbeid er tid og ro i en hektisk hverdag (ibid.). Thidemann (2005) beskriver i sin studie at den erfarne lærer gjennom å resonere over handlingsalternativer og deretter ofte avslutter med å stille et spørsmål. Gjennom en bekreftelse på sitt resonnement eller gjennom å drøfte nye handlingsalternativer, med en erfarne kollega, opplever de å lære og utvikle egen kompetanse (ibid.). Gjennom en slik dialog om en pasientsituasjon utvikles dermed kompetanse. Best og Thuston (2004) fant at sykepleiere som arbeider i akuttavdelinger ønsker seg mer tid til å diskutere komplekse pasientcase med kollegaer. Informantene i vår studie trakk også dette frem, og at det bidrar til å gjøre dem mer forberedt på situasjoner som de sjelden står i. Litteraturen vi har presentert støtter våre funn ved at man lærer og utvikler sin kompetanse i dialog med andre gjennom å både å lytte, diskutere og få tilbakemelding og råd. Slik bidrar dialog til at AIO-sykepleieren lærer og utvikler kompetanse gjennom praksisfellesskapets erfaringskunnskap.

Det fremkom i studien at informantene utviklet sin kompetanse gjennom dialog med kollegaer når ”det passet”. Thidemann (2005) fant at mye av læringen i praksisfellesskapet foregår når muligheten byr seg, i konkrete situasjoner i det daglige, dette samsvarer med andre funn (Kirchoff 2009) og med våre funn. Dette bekreftes ved at man lærer gjennom observasjon av andre i det praktiske arbeidet, og at denne praktiske læringen ikke kan læres noe annet sted (Eraut i Huggins, 2004). Det å lære i dialog i uformelle fora i avdelingen kom frem som et funn. Denne tilfeldige måten å tilegne seg kunnskap beskrives av Spouse (2001) ved at man utfører arbeidsoppgaver og tilegner seg erfaringer og kunnskap, sekundært til dette gjennom for eksempel dialog med kollegaer, når man snakker om pasientsituasjoner i avdelingen med hverandre. Informanten i studien er tydelige på at det i hovedsak er i det daglige arbeidet som de nettopp ønsker å få mulighet til å lære og da gjennom dialog med kollegaer. Ressurser er en viktig faktor for at denne muligheten finnes og dette bekreftes av Thidemann (2005, s. 13) som hevder at fordi det nettopp er knyttet til menneskelige, organisatorisk, økonomiske ressurser og prioriteringer, så gjør det denne læringsarenaen sårbar. Fordi det å lære i dialog med andre fremmer kompetanseutvikling, hevder Munro (2008) som også har sett på kompetanseutvikling blant erfarne sykepleiere, så bør det legges til rette

for denne formen for læring ved blant annet å ha tilstrekkelig ressurser, som tid og bemanning i avdelingen.

Resultatet viser at det å *delta i et fagutviklende miljø* bidrar til å fremme kompetanseutvikling, og at et fagutviklende miljø er viktig for å lære av praksisfelleskapets erfaringskunnskap. Det som trekkes frem som karakteristika på et fagutviklende miljø i vår studie, er at miljøet er preget av respekt og tillit, hvor den enkelte ansatte både møter respekt for sin kompetanse og støtte for eventuelle mangler når det gjelder kompetanse. Et miljø med tillit og respekt blir viktig fordi den erfarne opplever sårbarheten ved å utlevere seg på det de ikke mestrer, i et miljø der det forventes at de ses på som eksperten. De forventes i tillegg å skulle formidle sin kunnskap for å lære opp de som har mindre erfaring. I Tabari-Khomeiran, Kiger, Parsa-Yekta og Ahmadi (2007) bekreftes dette og i tillegg trekker de frem at et miljø preget av respekt, tillitt og forståelse bidrar til å fremme at den enkelte føler seg mer verdsett, og blir mer motivert for faglig utvikling, noe også våre funn viser. Et godt arbeidsmiljø fremmer dermed ekspertens trygghet til å erkjenne sine mangler og formidle dette for å kunne utvikle seg faglig. Tabari-Khomeiran et al. (2007) så på faktorer som påvirket kompetanseutvikling hos sykepleiere og hevder, at det både dreier seg om en fysisk og en følelsesmessig side ved miljøet som fremmet kompetanseutvikling. Det at spesialavdelinger kjennetegnes av rask endring, der endring i ny teknologi er viktig, eller at sykepleieren skal kunne håndtere mye forskjellige utstyr bidrar ifølge dem til å trigge sykepleierne til å måtte jobbe aktivt for å utvikle sin kompetanse (ibid.). Vår studie finner også dette, når det gjelder at informantene føler et press om å være kompetente og ”henge med” og at spesielt den teknologiske utviklingen er en utfordring. Det som bidrar til å fremme deres kompetanseutvikling er å søke situasjoner der de får mulighet for å lære og benytte kollegaer som er dyktige. Thidemann (2005) hevder at ved å benytte kompetansen i praksisfelleskapet så økes mulighetene for læring og kompetanseutvikling, noe som i neste omgang bidrar til å opprettholde kvaliteten på sykepleien og at de ansatte blir i jobben.

Det fremkom i funnene at for den erfarne AIO sykepleier fremmet det kompetanseutvikling ved å selv være aktivt deltagende til fagutvikling i miljøet. Ved at

de bidrar gjennom dialog med kollegaer, i undervisning og i ressursgrupper i den enkelte avdeling. På den måten blir de en ressurs til avdelingens samlede fagmiljø. Huggins (2003) bekrefter dette i sin studie og trekker frem at effekten av denne form for læring kan være vanskelig å måle, men at sykepleierne tar positiv feedback fra kollegaer som en bekreftelse på at de er dyktige. Benner, Tanner & Chesla (2009) støtter også dette funnet ved å vektlegge at ekspertene utvikler sin kompetanse gjennom å dele sine erfaringer med andre. Slik viser funnene at i et praksisfellesskap er man gjensidig avhengig av hverandre og viktigheten av derfor å spille på lag for å fremme et godt fagutviklende miljø. AIO- sykepleierne lærer både av andre, men også ved å selv være deltagende og dele av sin kunnskap inn i praksisfellesskapet. Whitehead & Lacey-Haun (2008) hevder at sykepleiere som arbeidet i et miljø der det er stor anerkjennelse for å utvikle egen kompetanse, er mer motivert for å søke muligheter for utdanning og kompetanseheving. Slik vil et praksisfellesskap preget av et høyt fokus på faglig utvikling for de ansatte, bidra til å motivere de ansatte til videre kompetanseutvikling.

Et annen funn som trekkes frem i vår studie, er at informantene trenger et ”dytt” av faglig pådrivere i avdelingen. Ikke alle synes det er like lett å vite hvor de skal ha fokuset i forhold til egen kompetanseutvikling. Fagsykepleier blir derfor sett på som en faglig støttespiller, en faglig pådriver som motiverte til faglig utvikling. En studie som fulgte nyutdannede sykepleiere over tid, fant at sykepleierne opplevde fagsykepleier som en avgjørende støttespiller i læringsprosesser for å fremme faglig oppdatering og utvikling (Jensen et al., 2008). Dette sammenfaller med våre funn som viser at også den erfarne spesialsykepleiere trenger en slik støttespiller og faglig pådriver. En studie som har sett på hva som kjennetegner fagsykepleieres formidlende og tilretteleggende rolle, viser til at fagutviklingssykepleiere har en viktig rolle som brobygger mellom forskning og klinisk praksis samt er faglig pådrivere som tilrettelegger for læring i avdelingen og individuelt (Christiansen, Abrahamsen, Karseth & Jensen, 2009). Dette støtter dermed funnene i denne studien ved at fagsykepleier er viktig for å fremme et fagutviklende miljø og for erfarne AIO-sykepleieres kompetanseutvikling både som en støttespiller men også som en faglig pådriver som kan gi et lite ”dytt”.

Læring gjennom avdelingens tilrettelegging for kompetanseutvikling

Resultatene viser at *læring gjennom avdelingens tilretteleggelse for kompetanseutvikling* handler om det å få tilrettelegging i det daglige på arbeidsplassen, og at denne tilretteleggelsen fremmer erfarne spesialsykepleieres kompetanseutvikling. Det å bli sett og verdsatt av leder for det arbeidet man utfører, oppfatter informantene, som viktig, for den daglige tilretteleggingen. Det er oftest leder som prioriterer de ansatte til å delta på kurs og fagutvikling i avdelingen, det er derfor viktig at leder også har et fokus på den erfarnes behov for faglig utvikling. Eraut (2007) trekker frem at lederen har stor påvirkning, på læring på arbeidsplassen, ved å tilrettelegge for læring for sykepleiere med erfaring. Ledelsen kan dermed gjennom sine valg både bidra til å hemme og fremme, de erfarne sykepleiernes kompetanseutvikling. Flere studier bekrefter våre funn når det gjelder leder som viktig forutsetning for kompetanseutvikling (Gopee, 2002; Huggins, 2004). Våre funn viser også at det å få tilbakemelding fra leder og bli verdsatt er viktig. Dette støttes av Eraut (2007), som sier at å få tilbakemelding på sitt arbeid, sin progresjon og bli faglig verdsatt fremmer motivasjon og fagutvikling.

Eraut (2007) hevder i tillegg at støtten og tilbakemeldingen, kan ivaretas av andre i avdelingen, som utdannede veiledere, fagsykepleiere og andre erfarne spesialsykepleiere i tillegg til leder. Dette er tilsvarende det som fremkommer i våre funn, der informantene ser fagsykepleier som en viktig person i tillegg til avdelingsleder, ut fra et perspektiv som omhandler å bli sett og verdsatt. Benner fremhever ekspertens kompetanse som viktig for kunnskapsdeling med andre inn i praksisfellesskapet og viser dermed hvordan eksperten kan bli sett på som en ressurs i en avdeling (Benner, 1995). Men våre funn viser i tillegg at de erfarne og ekspertene trenger å bli sett for deres behov for kompetanseutvikling og ikke kun hva de kan bidra med til andre.

Resultatene viser at tilrettelegging i det daglige for kontinuitet i pasientsituasjoner i avdelingen, fremmer informantenes læring og kompetanseutvikling. Det fremkommer at informanter har behov for et system for kontinuitet og forutsigbarhet. Ved å legge til

rette for en systematisk rullering, slik at spesialsykepleieren får jevnlig erfaring med alle pasientgruppene i avdelingen. Dagens praksis er, at det blir oppfattet som mer tilfeldig og den enkeltes ansvar, og at det kan gå lang tid mellom hver gang spesialsykepleierne har visse pasientgrupper eller pasientsituasjoner. Benner (1995) hevder at for å bli erfaren kreves tilstrekkelig mengde med erfaring fra samme pasientgruppe og at den erfarne lærer gjennom disse erfaringer med pasientsituasjoner i det daglige. Gjennom erfaring og kontinuitet med både kjente og nye pasientsituasjoner, ivaretas og videreutvikles dermed mestring og kompetansen også for den erfarne sykepleier. Dette bekreftes i en kompetansekartlegging utført av Statens helsetilsyn (2001) som fant at jobbrotasjon var en metode for kompetanseutvikling, men at den er lite benyttet. Funnene i studien viser viktigheten av at tilrettelegging for et system som inkluderer jobbrotasjon, kan bidra til kontinuitet i pasientsituasjonene og dermed fremme kompetanseutvikling for AIO-sykepleiere.

I denne studien trekkes det frem, at det å få tilrettelagt for tid og ro i det daglige til faglig utvikling, bidrar til å fremme informantenes kompetanse. Funnene bekreftes av Hommelstad og Ruland (2004) som hevder at operasjonssykepleiere ønsker seg tid til å søke litteratur og lese, og at det er viktig for å fremme deres kompetanseutvikling. Huggins (2004) finner at uforutsigbarheten i arbeidsmengden i spesialavdelinger, virker hemmende på kompetanseutvikling til erfarne spesialsykepleiere. Årsaken til dette er at det er vanskelig i forhold til planlegging og tilrettelegging i forkant. I tillegg må den akutt og kritisk syke pasienten overvåkes kontinuerlig. Dette gjør at mulighetene for å gå i fra for å delta på fagutvikling i avdelingen vanskeliggjøres og ro til konsentrasjon om fagutviklende tiltak blir hemmet. Resultatene i denne studien viser at det å ha tilstrekkelig bemanning, blir trukket frem som en forutsetning for å få tilrettelagt tid til fagutvikling i det daglige. Dette funnet bekreftes av Hommelstad og Ruland (2004) som hevder at tilstrekkelig bemanning, er viktig for å utvikle kompetanse. Det å få tilrettelegging for kompetanseutvikling i det daglige, kan ut fra dette, se ut til å være en spesiell utfordring for spesialsykepleiere på grunn av det særegne ved den akutt og kritisk syke pasienten og dermed uforutsigbarheten i arbeidsmengde og hverdagen i avdelingen.

Resultatene viser også at de erfarne spesialsykepleierne av og til ikke blir prioritert i forhold til faglig oppdatering. Dette bekreftes av Eraut (2007) ved at sykepleiere med erfaring opplever at muligheten for å delta på kurs er begrenset, og det å få fri for å gå på kurs er vanskelig. Funnene i vår studie viser at de erfarne spesialsykepleierne har forståelse for at nytilsatte og uerfarne må prioriteres til opplæring og kompetanseheving, og at prioriteringen blir forsøkt utført på en rettferdig måte. Til tross for dette beskriver de en resignasjon over å oppleve, å stå bakerst i køen. Huggins (2004) hevder at det å utvikle egen kompetanse i en intensivavdeling er en livslang læringsprosess, dette støtter dermed informantenes oppfatning av at behovet, interessen for oppdatering og videreutvikling er viktig både for den erfarne og den nytilsatte. Det blir derfor viktig med systemer i den enkelte avdeling som ivaretar begge gruppens kompetanse behov.

Funnene i vår studie viser at et godt tilrettelagt system for tilgang til fag og forskningslitteratur, er en forutsetning for å fremme kompetanseutvikling. McDiarmid (1998) trekker frem, at tilgangen på bøker og annen faglitteratur er for dårlig i mange avdelinger og ved å bedre denne tilgangen ville det kunne bli enklere for den enkelte ansatte å benytte seg av denne type ressurs for å øke egen kompetanse. Hommelstad og Ruland (2004) trekker frem, at det som operasjonssykepleierne opplever at bidrar til å fremme deres bruk av forskning som kompetansehevende tiltak, er nettopp en lettere tilgang til forskning (ibid.). Slik bekrefter disse studiene våre funn. Det fremkommer også av våre funn, at det er viktig med tilrettelegging for tid til å lære seg å benytte elektroniske fagressurser i avdelingen, dette vil fremme læring. Dette bekreftes av Hommelstad og Ruland (2004) som hevder at det å få økt kunnskap i å søke etter forskning elektronisk ville fremme operasjonssykepleieres bruk av forskning som kompetansehevende tiltak. Våre funn viser at spesialsykepleierne har et ønske om å holde seg faglig oppdatert, men at det er vanskelig for dem å holde tritt med utviklingen. Årsakene til det er manglende tid, redusert tilgang og tilstrekkelig kompetanse til å finne ny kunnskap.

Å ha praktisk trening med kollegaer fremkom som funn på hvordan kompetanseutvikling fremmes hos erfarne spesialsykepleiere. Praktisk trening foregår i ulike situasjoner i anesthesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen, gjennom trening og sertifisering. Trening i små grupper med kollegaer fremmer kunnskaper og ferdigheter og utvikler samarbeidsferdigheter gjennom praktisk trening med veiledning og refleksjon i operasjonsdivisjonene hevder Lipp & Holmes (2009). Dette samsvarer med Benner (2009), som beskriver at den erfarne utvikler sin kompetanse med utgangspunkt i praktiske situasjoner og i dialog med kollegaer.

Våre funn viser at å trene på spesielle og komplekse pasientsituasjoner fremmer læring hos spesialsykepleierne, dette finner vi også i andre studier. Eraut (2004) hevder at det å mestre utfordrende og komplekse situasjoner fremmer læring og fagutvikling. Pasientsituasjoner som traumemottak og hjerte/lunge redning, kan sies å være komplekse situasjoner, da de både er relativt sjeldne og innebærer å måtte håndteres raskt. Disse situasjonene kan få fatale utfall for pasienten dersom spesialsykepleieren ikke har kompetanse til å mestre situasjonen. Det er derfor viktig at denne type trening er satt i system og ikke tilfeldig. Studier og fagartikler viser at sykepleiere opplever økt mestring, gjennom å trene med kollegaer, på slike komplekse pasientsituasjoner (Kakora–Shiner, 2009; Karlsen, Ballangrud, Haugom, Mæhlum & Mæhlum, 2009; Westfelt, Hedsköld, Pukk- Härenstam, Svendsson & Wallin, 2010) og bekrefter dermed våre funn. Oppsummert konkluderer alle studiene og fagartiklene med at det trengs mer forskning på om den oppfattede kompetanseutviklingen kan omsettes i reelle pasientsituasjoner og hvor ofte treningen må repeteres for å opprettholde kompetansen som er lært.

Det å øve på å jobbe i team gjennom simuleringstrening var et av funnene, som informantene oppfattet at fremmet deres kompetanseutvikling. Flere studier og fagartikler hevder, at å trene i team gjennom simulering, kan fremme kompetanse (McGaghie, Issenberg, Petruse & Scalese, 2010; Anderson & Leflore, 2008). Andre studier bekrefter, at det å øve på å jobbe i team gjennom simuleringstrening oppleves verdifullt og utviklende for de som deltar (Karlsen et al. 2009; Utsi, Brandstorp, Johansen, Wisborg, 2008; Westfelt et al. 2010). Dette bekrefter at andre

spesialsykepleiere har erfaring med, og at det oppleves fremmede for deres kompetanseutvikling å øve på å jobbe i team gjennom simulering. Benner (1995) hevder at det som fremmer kompetanseutvikling for den erfarne sykepleier er, å ta utgangspunkt i praktiske situasjoner. Resultatene våre viser at spesialsykepleierne har et ønske om tilrettelegging av systemer som ivaretar dette. Viktigheten av dette støttes av forskning som viser at det å trene opp kunnskaper og ferdigheter ved hjelp av for eksempel simulering, krever vedlikehold fordi kompetansen forfaller etter få måneder (McGaghie, Issenberg, Petrusse & Scalese, 2010).

Et system som opptrer mer i det daglige er sertifisering på medisinsk teknisk utstyr (MTU), for å ivareta kompetanse og pasientsikkerhet i håndtering av høyteknologisk utstyr i avdelingen. Et av våre funn er at å øve MTU i avdelingen, for å bli sertifisert, fremmer kompetanseutvikling for den erfarne spesialsykepleier. En studie utført på erfarne intensivsykepleiere fant at grunnlaget for å utvikle ”apparatfortrolighet” ligger i en teoretisk gjennomgang av apparaturens funksjoner, utvikles over tid i praksis og i takt med sykepleierens erfaring (Svendsrud, 2002). Dette samsvarer med våre funn ved at de erfarne spesialsykepleierne utvikler og fremmer sin kompetanse gjennom å håndtere MTU. Fålund (2005) konkluderer med at, både sykepleiere og spesialsykepleiere, mener at sertifisering er et viktig bidrag i kompetanseutviklingen. Slik støtter dette opp om funnene i vår studie, der spesialsykepleiere oppfatter, at sertifisering er et system som fremmer deres kompetanseutvikling. En måte å systematisere opplæring, opprettholdelse og videreutvikling av kompetanse på MTU, er gjennom jevnlig sertifisering i grupper under veiledning av fagsykepleier (Fålund, 2005). Det unike ved spesialavdelingene er at de har mye MTU og dermed mye sertifisering. Det som er ment som et kontrollsystem bidrar i følge våre funn også til læring og kompetanseutvikling.

Resultatene våre viser at det å ha systemer for faglig kompetanseutvikling i avdelingen fremmer kompetanseutvikling for erfarne spesialsykepleiere. Det å ha en person i avdelingen med ansvar for kompetanseutvikling, fagsykepleier, blir oppfattet som viktig for å opparbeide og ivareta et slikt system. Best og Thurston (2004) nevner at det å ha en som har et overordnet ansvar for fagutvikling, er essensielt for

kompetanseutviklingen i en avdeling, dette samsvarer med våre funn. Det å ha en i avdelingen med et faglig ansvar, som ser den enkeltes behov for kompetanseutvikling kom frem i resultatene. Det etterlyses en kompetanseplan for den enkelte spesialsykepleier, der både avdelingens forventninger til den ansatte og den ansattes egne forventninger i forhold til kompetanse kartlegges og følges opp. Munro (2008) hevder at det er viktig at det utvikles planer for den enkeltes kompetanse og at disse planene samsvarer med og er innarbeidet i organisasjonens mål og strategiske planer.

Informantene i vår studie beskriver et behov for at fagsykepleier har det faglige ansvaret og får mulighet til å være fristilt til fag og er tilgjengelig for de ansatte. McDiarmid (1998) fant, at fordi det er mange ferdigheter som må trenes og mye utstyr som den enkelte må kunne, går mye av tiden til fagsykepleier til nettopp det med sertifisering og lite til annen type kompetanseheving. Dette forklarer noe av grunnen til at våre informanter har et behov for å ha fagsykepleier tilgjengelig og ikke bli benyttet til å dekke opp for daglig drift.

Det å ha systemer for kompetanseutvikling som tilrettelegges med både interne og eksterne tiltak, fremkom som funn, som fremmet informantenes kompetanseutvikling i vår studie. Et av funnene i studien vår var, at de erfarne mente eksterne tiltak som deltagelse på kurs, fremmet deres fagutvikling ved, at de får med seg det siste nye. Men prosessen for å søke kurs har blitt vanskeligere og tidkrevende, dette bidrar til at noen ikke søker. Informantene i denne studien, ser at det ikke er penger til eksterne systemer som kurs og derfor blir det vanskelig for informantene å se utover rammene, og dette har kanskje i større grad gjort at de er kreative og ser mulighetene og ressursene til kompetanseutvikling i avdelingene. Kirchhoff (2005) stiller seg tvilende til læringseffekten av kursvirksomhet (eksterne) fordi kurs i mindre grad stiller krav til aktiv deltagelse fra kursdeltagerne og mener etterutdanningstilbud ved arbeidsplassen i større grad må varieres for å fremme kompetanseutvikling. Som et alternativ fremmer Kirchhoff (2005) en økt bruk for det å hospitere, som et fremmede kompetanseutviklingstiltak, gjennom økt deltagelse og tilføring av ny kompetanse. Dette samsvarer med våre funn hvor informantene beskriver hvordan det å hospitere, bidrar til å bekrefte eget kompetansenivå, fremme deres kompetanseutvikling ved at de

får faglig påfyll, bidrar til faglig inspirasjon og ny kunnskap tilbake til avdelingen. Vi kan tenke oss, at det å bli prioritert til et eksternt kurs, blant mange interesserte, kan bli sett på som en belønning, en måte å bli sett på og få et hyggelig avbrekk i en hektisk hverdag.

Funnene som fremkom i studien, viste variasjon i hvordan interne systemer for fagutvikling fremmet informantenes kompetanseutvikling. Intern tilretteleggelse for studiedager, internundervisning, veiledningsgrupper og systematisert etterutdanning gjennom klinisk stige ble oppfattet som fremmede for kompetanseutviklingen til den erfarne spesialsykepleieren. Hew & Hara (2008) trekker i sin studie frem at formell læring kritiseres for at læringen skjer i andre omgivelser enn det som er den normale settingen, som en sykehusavdeling. Uformell læring ”just in time” er motsatsen og skjer i øyeblikket og utløses av sykepleierens nysgjerrighet, behov eller ønsker (ibid.). Denne type læring kan i større grad bidra til, at den enkelte ønsker å lære mer eller trene sine ferdigheter (ibid.). Dæhlen & Arup Seip (2009) viser at arbeidsstedet blir sett på som en viktig læringsarena for å utvikle egen kompetanse. Alle avdelingene i vår studie hadde interne tilbud til de ansatte, men i ulik mengde og i ulik grad systematisert. Det fremkom av funnene at det å ha interne systemer for fagutvikling var fremmede for kompetanseutviklingen til den erfarne spesialsykepleier. Dette støttes av Alvsvåg (2007) som sier at organisert formell veiledning bidrar til læring gjennom å utveksle praksiserfaringer. Også Bjørk, Hansen, Samdal, Tørstad & Hamilton (2007) støtter dette, som blant annet fant, at klinisk stige ga personlige og faglige utbytte for sykepleiere med videreutdanning. Våre funn viser at avdelingens tilrettelegging for deltagelse i klinisk stige og veiledningsgrupper, fremmer kompetanseutvikling gjennom å sette ord på taus kunnskap og reflektere over denne. Schön (1987) hevder at kritisk tenkning og klinisk kompetanse utvikles ved hjelp av refleksjon og underbygger dermed funnene. Kanskje er dette spesielt viktig for erfarne spesialsykepleiere fordi deres kompetanse, gjennom lang erfaring, har blitt integrert og taus og gjennom veiledning kan bli bevisst og eksplisitt. Tilretteleggelse for kompetanseutvikling gjennom interne systemer problematiseres av Bjørk et al. (2007) ved at ledelsen i varierende grad legger til rette for dette. Det samme bekreftes i en kartlegging utført i somatiske sykehus, hvor man fant at systemer for kompetanseutvikling var varierende ved ulike sykehus og

kunne variere ut fra om sykehuset var stort eller lite (Statens helsetilsyn, 2001). Denne sårbarheten ved at avdelinger mangler planmessig organisering av kompetanseutvikling bidrar til at kompetanseutviklingen kan bli tilfeldig.

Funnene i studien viser også at det å få være delaktig ved endringer i avdelingen, er med på å fremme spesialsykepleiernes kompetanse. Illeris (2004) bekrefter dette gjennom at dersom den enkelte medarbeider skal kunne lære seg nye ting, må medarbeiderne være deltagende, har reel innflytelse i planlegging, beslutning og evalueringsaktiviteter, så de får innflytelse på og medansvar i prosessen. Aktiviteten i spesial- og akuttavdelinger er noe uforutsigbare, slik at den enkelte sykepleier kan ikke fullt ut forutse, hvordan den enkelte vakt vil utarte seg. Samtidig innføres nytt utstyr, nye systemer og nye pasientgrupper kommer til avdelingen, som gjør at ny kompetanse må tilegnes. Munroe (2008) hevder at det å være endringsdyktig og kunne tilpasse seg, er viktige egenskaper som fremmer kompetanseutvikling. Dette handler om at det gis mulighet til å utføre en god jobb, gjennom å kunne forberede seg. Så for å fremme læring for AIO-sykepleieren, blir det viktig at avdelingen legger til rette for at den enkelte blir deltagende ved endringer i avdelingen for å kunne mestre nye arbeidsoppgaver på en god måte.

5. Oppsummering med konklusjon.

Denne studien har søkt å beskrive erfarne anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleieres ulike oppfatninger av hvordan deres kompetanseutvikling fremmes. Resultatene som kom frem var at erfarne AIO-sykepleiere oppfatter at kompetanseutvikling fremmes gjennom *læring ved egen streben etter kompetanseutvikling, læring gjennom praksisfelleskapets erfaringskunnskap og læring gjennom avdelingens tilretteleggelse for kompetanseutvikling.*

Studien viser at de erfarne AIO-sykepleier (n=18), har et ønske om å være faglig kompetente og kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie. Dette gir både et engasjement og en indre streben som fremmer kompetanseutvikling. Denne streben etter og engasjementet som gjør at erfarne AIO-sykepleiere benytter egen fritid til faglig oppdatering, selv om informantene oppfatter at burde hatt tid til faglig utvikling i arbeidstiden. Det fremkom at informantene streber for å opprettholde engasjementet og at det står i fare for å svekkes. Studien viser at de erfarne spesialsykepleierne streber for å opprettholde et faglig forsvarlig nivå, i en avdelingshverdag som er preget av økte krav, og liten tid til nettopp fag. Denne streben gir seg uttrykk i en kreativitet til å søke læring, gjennom å søke utfordrende situasjoner i praksis og ”dyktige” kollegaer i det daglige.

Studien avdekker at til tross for at den erfarne AIO-sykepleier ses på som kompetent og ekspert, så fremkommer behov for repetisjon, opplæring og videreutvikling på lik linje med de som er mer urutinert. Det at AIO-sykepleierne har erfaring bidrar til en helhetlig forståelse for hva som kreves av faglig kompetanse og en økt bevissthet om eget behov for kompetanseutvikling. Erfaringen bidrar også til, at den enkeltes kompetansen i økende grad er integrert og intuitiv (taus). Dette bidrar til en utfordring for erfarne når de skal formidle sine behov for kompetanseutvikling.

Det å lære av ressurser i avdelingens fagutviklende miljø og selv å bidra med fagutvikling i avdelingen fremmer læring. Dialogens betydning for å fremme erfarne spesialsykepleieres kompetanseutvikling kom frem i studien, både dialog med erfarne kollegaer, leger, uerfarne kollegaer og studenter. Det understrekes at for den erfarne

AIO-sykepleier er fagsykepleier betydningsfull for å fremme deres kompetanseutvikling, gjennom å være en faglig pådriver og tilrettelegger for fagutvikling.

Studie avdekker at ordninger, som i utgangspunktet ikke er tenkt som opplæring av de ansatte, som det å ha studenter i avdelingen, og kontroll gjennom sertifisering på medisin teknisk utstyr, kan bidra til læring og kompetanseutvikling for erfarne spesialsykepleiere, gjennom at studentene bidrar med ny kunnskap og sertifiseringen er en form for kunnskapsutveksling med en dyktig kollega.

Studien viser at læring kan fremmes og tilrettelegges for de erfarne spesialsykepleierne, ved tiltak i avdelingen som tid til fagutvikling, tilgjengelighet til litteratur, kontinuitet i pasientsituasjoner og at den enkelte blir sett, satset på og respektert for sin kompetanse og blir gitt mulighet for å videreutvikle denne kompetansen. Men det etterlyses mer systematisering for å sikre kontinuitet for faglig utvikling.

Slik kan det konkluderes med at både den erfarne AIO-sykepleieren som individ (individ nivå), kollegaer i avdelingen (gruppe nivå) og avdelingens tilrettelegging (system nivå) kan fremme faglig utvikling til den enkelte erfarne AIO-sykepleier ved at den erfarne lærer gjennom egen streben, gjennom praksisfellesskapet og gjennom avdelingens tilretteleggelse for kompetanseutvikling.

Begrensinger i oppgaven: Studiens begrensninger ligger i, at vi kan anta å ha fått de mest engasjerte informantene og at dermed har fremkommet et unyansert bilde av engasjement og egen strebens betydning for å fremme kompetanseutvikling. Selv om dette bekreftes av andre studier, kan vi anta at virkeligheten innebærer at ikke alle har et slikt engasjement i så stor grad som våre informanter og at det kanskje kan være variasjoner som vi dermed ikke har fått tak i.

Betydning for klinisk praksis: En fenomenografisk tilnærming kan supplere klinisk praksis og utdanning, med kunnskap om variasjon av hvordan sykepleiere tenker. Det kan også bidra til en bevisstgjøring rundt nye måter å se et fenomen på, og som et viktig redskap for å fremme kvalitet i læring og utdanning (Sjöström & Dahlgren, 2002) både på arbeidsplassen og i utdanningsinstitusjoner. Funnene i studien viser en variasjon av

ulike oppfatninger av hvordan kompetanseutvikling fremmes for den erfarne spesialsykepleier og at kompetanseutviklingen fremmes på tre ulike nivåer, et individ-, gruppe- og systemnivå. Funnene betydning for klinisk praksis kan være en økt bevissthet om at for å fremme og tilrettelegge for læring og kompetanseutvikling for erfarne AIO-sykepleiere, vil det være av betydning med tilrettelegging både mot individet, mot praksisfellesskapet som gruppe og på systemer for kompetanseutvikling i avdelingen. Samtidig bidrar funnene til en variasjon av måter dette kan gjøres, på de tre nivåene. Dette får også betydning for utdanningsinstitusjonene ved tilrettelegging for læring for den erfarne sykepleie som student i videreutdanning og kurs samt ved og i større grad enn tidligere å se og bruke studenter i videreutdanning som en læringsressurs for de erfarne spesialsykepleierne i praksisavdelingene.

Videre forskning og utvikling: Det kom frem at de erfarne spesialsykepleierne har et faglig engasjement, men at engasjementet sto i fare for å svekkes, det vil være viktig å få mer kunnskap om hva som kan bidra til å opprettholde og stimulere videre engasjementet og et ønske om kompetanseutvikling i spesialavdelinger, for både nytilsatte og erfarne spesialsykepleiere.

Det fremkom at studenter i videreutdanning bidro til å fremme kompetanseutvikling for de erfarne spesialsykepleierne. Videre studier for å få mer kunnskap om hvordan studenter kan bidra til å stimulere i et fagutviklende miljø, vil være av betydning, for i større grad enn i dag bruke dette som et bevisst redskap for kompetanseutvikling for både den erfarne spesialsykepleier og studenter i videreutdanning.

Sist viste studien at erfarne spesialsykepleiere etterlyser systemer for å sikre kontinuitet for faglig utvikling. Gjennom å arbeide videre, med utvikling og godkjenning av myndighetsgodkjent spesialistgodkjenning, tilretteleggelse for og opprettholdelse av etterutdanningsprogram og prioritering av slike systemer fagpolitisk og på avdelings-, sykehus-, og departementsnivå vil derfor være betydningsfullt.

6. Referanser.

(Referanser er ført etter APA- standard i tekst og referanseliste).

Alexandersson, M. (2009). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I B. Starrin & P-G Svesson (Red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s. 111-136). Lund: Studentlitteratur AB.

Alsvåg, H.(2007). Læring av sykepleie – gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I O. Førland (Red.). (2007). *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s.205-232). Oslo: Akribe.

Alsvåg, H. & Førland, O.(2007). Hva kan vi lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemeldinger til utdanningen. I O. Førland (Red.). (2007). *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s.65-81). Oslo: Akribe.

Andersen, I. A. (2006). *Læring, kompetanseheving og personleg meistring: Erfarne sjukepleiarar sin kvardag*. (Masteroppgave i organisasjon og leing). Høgskulen i Sogn og Fjordane. Sogndal, Norge.

Andersen, M. & Leflore, J. (2008). Playing It Safe: Simulated Team Training in the OR. *AORN*, 87(4), 772-779.

Bäckström, G. (2009). Operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar. I Dåvøy, G. M., & Eide, P. H., & Hansen, I. (Red.). (2009). *Operasjonssykepleie* (s. 26-31). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Best, M.F. & Thurston, N.E. (2004). Measuring Nurse Job Satisfaction. *JONA*, 34(6), 283-290.

Bjørk, I.T., Hansen, B.S., Samdal, G.B., Tørstad, S. (2005). Hva skal klinisk stige være? *Sykepleien* 93(01), 44-47. doi:10.4220/sykepleiens.2005.0004

- Bjørk, I.T., Hansen, B.S., Samdal, G.B., Tørstad, S. & Hamilton, G.A. (2007). Evaluation of Clinical Ladder Participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*. (39) 1, 88-94. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00149.x
- Bruun, A.M.G. (2002). Anestesisykepleierens ansvar og funksjonsområde. I: Hovind, I.L. (red). *Anestesisykepleie*. Oslo: Akribes.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert*. København: Munksgaard.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996). *Expertkunnande i omvårdnad, omsorg, klinisk bedömning och etikk*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. New York: Stringer Publishing Company.
- Carper, B. (2006) Fundamental Patterns og Knowing in Nursing. I W. K. Cody (Red.) *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice* (s. 19-26). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing: a critique. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 527-534(8)
- Christiansen, B. (2008). Good work – how is it recognized by the nurse? *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1645-1651(7) doi: 10.1111/j.1365-2702.02139.x
- Christiansen, B., Abrahamsen, B., Karseth, B. & Jensen, K. (2005). *Utredning om motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse i pleie- og omsorgssektoren*. Oslo: Universitetet i Oslo , Pedagogisk forningsinstitutt
- Cooper, E. (2009) Creating a Culture of Professional Development: A Milestone Pathway Tool for Registered Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. doi: 10.3928/00220124-20091023-07
- Dahlgren, L. O., Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8(4), 150-156. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x

Dalin, Å. (1999) *Veier til den lærende organisasjon*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Deleskey, K. , & Fetzer, S. J. (2007). Participation in and Satisfaction With Perianesthesia Continous Professional Development. *Journal of Perianesthesia Nursing* (22), 21-26. doi: 10.1016/j.jopan.2006.11.007

De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Den nasjonale forskningsetiskekomité for samfunnsvitenskap og humaniora (2006). Lokalisert 19 januar 2009 på <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer>

Dreyfus, H.L., & Dreyfus, S.E. (1986). *Mind over machine: The power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.

Dæhlen, M. & Arup Seip, Å. (2009) Sykepleiernes kompetanse. Etter- og videreutdanning, verdsetting og motivasjon. Fafo-rapport 2009:36. Lokalisert på <http://www.fafo.no/pub/rapp/20126/20126.pdf>

Dåvøy, G.M. (2007) Stå ikke med hendene i lomma! Faglighet er personavhengig. I O. Førland (Red.). (2007). *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s.233-249). Oslo: Akribe.

Entwistle, N. (1997) Introduction: Phenomenography in higher education. *Higher Education Research & Development*, 16 (2). 127 – 134. DOI: 10.1080/0729436970160202

English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18(3), 387 – 393.

Eraut , M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 247-73.

Eraut, M., Maillardet, F.J., Miller, C., Steadman, S., Ali, S., Blackman, C. and Furner, J. (2004). *Learning in the professional workplace: relationships between learning factors and contextual factors*. In: AERA 2004 Conference, San Diego.

Eraut, M. (2007). Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 33(4), 403-422.

Fålund, N. (2005). De kontrollerer seg selv – på Haukeland bruker de sertifisering for å dokumentere kunnskapsnivå. *Sykepleien*. 93(17), 64-65.

Gopee, N. (2001). Lifelong learning in nursing: perceptions and realities. *Nurse Education today* (21), 607-615. doi: 10.1054/nedt.2001.0670

Gopee, N. (2002). Human and social capital as facilitators of lifelong learning in nursing. *Nurse Education Today*, 22, 608-616. doi: 10.1016/S0260-6917(02)00139-9

Hayajneh, F. (2009) Attitudes of Professional Jordanian Nurses Toward Continuing Education. *The Journal of Continuing Education in Nursing; Jan*, 40(1), 43-48.

Hew, K.F.& Hara,N. (2007) An online listserve for nurse practitioners: A viable venue for continuous nursing professional development? *Nurse Education Today*, 28, 450-457. doi: 10.1016/j.nedt.2007.07.009

Helsepersonelloven.(1999). Lov om helsepersonell. Lokalisert 7. April 2009, på Lovdata.

Hommelstad, J. & Ruland, C.M.(2004). Norwegian Nurses Perceived Barriers and Facilitators to Research Use. *AORN Journal*, 79(3), 621-634. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60914-9

Hovland, O.J. & Andresen, G.S (2007). Integrasjon i praksisfellesskapet med refleksjon som verktøy. I O. Førland (Red.). (2007). *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s.189-201). Oslo: Akribe.

Huggins, K. (2004). Lifelong learning-the key to competence in the intensive care unit? *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 38-44. doi: 10.1016/j.iccn.2003.10.001

Hyrkäs, K. Koivula, M. Lehti, K. Paunonen-Ilmonen, M. (2003). Nurse managers' conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Journal of Nursing Management* (11), 48-58. doi: 10.1046/j.1365-2834.2003.00345.x

Illeris, K. (2004). *Læring i arbeidslivet*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Jacobsen, D.I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand S.: Høyskoleforlaget AS

Jørgensen, Christian Helms og Niels Warring (2002). Læring på arbeidsplassen. I K. Illeris (red.): *Udspill om læring i arbeidslivet*. (37 – 63). Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Joyce, P. & Cowman, S. (2007). Continuing professional development: investment or expectation? *Journal of Nursing Management*, (15). 626-633. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00683.x

Karlsen, T., Ballangrud, R., Haugom, W.T. & Mæhlum, K. (2009). Trener på virkeligheten. Simulering i intensivmedisin styrker teamsamarbeidet rundt intensivpasienten. *Sykepleien*, 97(15), 31-34. DOI: 10.4220/sykepleiens.2009.0114

Kakora- Shiner, N.(2009). Using ward-based simulation in cardiopulmonary training. *Nursing Standard*, 23 (38), 42-47.

Kirchhoff, J. (2005). Samfunnet krever faglig forsvarlighet, men legger ikke til rette. *Sykepleien*, Lokalisert på http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=116702

Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør...Om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Tano A.S.

Kunnskapsdepartementet. (1998). *Kompetansereformen* (St.meld. nr.42, 1997-1998). Oslo: Departementet.

Kvale, S. & Nielsen, K. (1999). Mesterlære som aktuell arbeidsform. I: Kvale, Steinar og Nielsen, Klaus (red.). *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Lahn, L.C., Jensen, K. (2008). Profesjon og læring. I Molander, A., Terum, L.I. (red). *Profesjonsstudier* (s.295-304). Universitetsforlaget: Oslo

Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Larsson, M., Hedelin, B., & Atlin, E. (2007). A supportive nursing care clinic: Conceptions of patients with head and neck cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 49-59. Doi:10.1016/j.ejon.2006.04.033

Larsson, J., & Holmström, I. (2007). Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(1), 55-64.

- Lepp, M. , & Ringsberg, K.C. (2002). Phenomenography - a qualitative research approach. I L.R-M. Hallberg (Red.), *Qualitative Methods in Public Health Research* (s.105-135). Lund: Studentlitteratur.
- Lipp, A. & Holmes, A. (2009). Facilitating small group learning in the operating department. *The Journal of Perioperative Practice*, 19(5), 148-152.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen K. og Boge J. (2004): Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*, 13, 58-60.
- Marton, F. (1981). Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*. 10, 177-200. doi: 10.1007/BF00132516
- Marton, F. (1986). Phenomenography - A research approach to investigating different understandings of reality. *Journal of Thought*, 21, 28-49.
- Marton, F., & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- McDiarmid, S. (1998). Continuing Nursing Education: What Resources Do Bedside Nurses Use? *The Journal of Continuing Education in Nursing*; 29(6), 267-73. Lokalisert på <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9934072>
- McGaghie, W.C, Issenberg, S.B., Petrusa, E. R. & Scalese, R.J. (2010). A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009 *Medical Education*, Jan; 44(1), 50-63.
- Meyer, K.I.S. (2007) Kommunikasjon, læring og trivsel i arbeidsmiljøet. I O. Førland (Red.). (2007). *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s.269-287). Oslo: Akribe.
- Moore, L.J. (2007) Ethical and organisational tensions for work-based learners. *Journal of Workplace Learning*, 19(3), 161-172. doi: 10.1108/13665620710735639

Munro, K.M. (2008). Continuing professional development and the charity paradigm: Interrelated individual, collective and organisational issues about continuing professional development. *Nurse Education Today*, 28, 953-961. doi: 10.1016/j.nedt.2008.05.015

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie. Samlede utgaver* Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (s.a.). Lokalisert 12. mai 2010 på <http://www.nsd.uib.no/>

Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2004). Klinisk spesialist i sykepleie eller spesialsykepleie – basert på praksisnær etter- og videreutdanning. Norsk sykepleierforbunds godkjenningsordning. Lokalisert 23. April 2010 på: https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_sub_doc_id=114809&p_document_id=114809

Norsk Sykepleierforbund (2006, 6. mars). Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere. Lokalisert 17. Mai 2009, på <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/112221/Funksjonsbeskrivelse%20%20for%20anestesisykepleiere,%20revidert%2006.pdf>

Norsk Sykepleierforbund (2007 a, 29. august). Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Lokalisert 17. Mai 2009, på https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_document_id=125359&p_sub_doc_id=125359

Norsk Sykepleierforbund (2007 b, 18. september). Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere. Lokalisert 17. Mai 2009, på https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

Norsk Sykepleierforbund (2008, mai). Operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse. Lokalisert 17. Mai 2009, på

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/117913/Myndighetsområde%20og%20funksjonsbeskrivelse.pdf>

Norges Sykepleierforbund (NSF) (2009). Hørings svar – forslag om endring av Helsepersonelloven § 53 om spesialistgodkjenning av helsepersonell. Lokalisert 23. April 2010

på: https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_sub_doc_id=120992&p_document_id=120992

Norsk Resuscitasjonsråd (2007). AHLR – Norsk grunnkurs i avansert hjerte-lungeredning. 2. utgave – basert på retningslinjer fra 2006. Laerdal medical a/s.

Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse: Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund – Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Jensen, K., Lahn, I., Nerland, M., Smeby, J.C., Klette, K., Fugelli, P., Christiansen, B., Mathisen, A., Carlsten, T.C. (2008). *Profesjonslæring i endring (ProLearn)*. (Pedagogisk forskningsinstitutt Universitetet i Oslo i samarbeid med Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo Populærvitenskapelig rapport til Forskningsrådets KUL-program 2008).

Lokalisert på http://www.pfi.uio.no/prolearn/docs/ProLearn_KUL_report_2008.pdf

Personopplysningsloven, LOV-04-14-31.(2000) Lokalisert 10. april 2010, på Lovdata.

Pettersen, R.C. (2005). *Kvalitetslæring I høgere utdanning: Innføring I problem- og praksisbasert didaktikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Pilhammar Andersson, E. (2001). Continuing Education in Sweden -ToWhat Purpose? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(2), 86-93. Lokalisert på <http://www.jcenonline.com/>

Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Williams.

Ryan, J. (2003). Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. *Nurse Education Today*. 23, 498-508. doi: 10.1016/S0260-6917(03)00074-1

Rønnestad, M.H. (2008). Profesjonell utvikling. I L.A., Terum (red). *Profesjonsstudier* (s.279-294). Oslo: Universitetsforlaget.

Schoessler, M.T. & Farish. J. (2007) Development at the Bedside: Evolutionary Development of the Experienced Registered Nurse. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(4), 170-5.

Säljö, R. (2006). *Læring og kulturelle redskaper: om læreprosesser og den kollektive hukommelsen*. Oslo: Cappelen akademisk

Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker: Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.

Schön, D.A. (1987). *Educating the reflective practioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Sjöström, B., & Dahlgren , L.O. (2002) . Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339–345. Lokalisert på http://portal.omv.lu.se/publicfiles/specutb/dsk/200802/kursadm/dskn10/art_fo_met/sjostrom_phenom.pdf

Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (3. utg.) Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Skees, J. (2010). A Bridge to Excellence in Critical Care Nursing. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 104-116. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181d913a1

Skår, R. (2010). *Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse: en studie av sykepleieres læringserfaringer*.(Doktorgradsavhandling). Universitetet i Bergen: Bergen, Norge

Spesialisthelsetjenesteloven, Lov-1999-07-02-61.(2003). Lokalisert 7 April 2009, på Lovdata.

Spouse, J. (2001). Work-based learning in health care environments. *Nurse Education In Practice*. 12-18. doi: 10.1054/nepr.2001.0003

Statens Helsetilsyn .(2001). *Kartlegging av kompetanseheving i somatiske sykehus*. (IK-2745). Oslo: Statens Helsetilsynet

Stobinski, J.X. (2008). Perioperative Nursing Competency. *AORN Journal*, 88, 417–436. doi: 10.1016/j.aorn.2008.05.001

Stubberud, D. G. (2005). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde. I Stubberud, D.G. & Gulbrandsen, T. (Red.). *Intensivsykepleie* (s. 27-35). Oslo: Akribe.

Svendsrud, A. (2002). Medisinsk apparatur kan være en tredje hånd. *Sykepleien*, 90 (7), 38-42.

Sykepleierenes samarbeid i Norden (SSN) (2003). Ethical guidelines for nursing research in the Nordic Countries. Lokalisert 19 januar 2009 på:

<http://www.vardinorden.org/ssn/etikk.pdf>

Tabari-Khomeiran, R., Kiger, A., Parsa-Yekta, Z. & Ahmadi, F. (2005). Competence Development Among Nurses: The Process of Constant Interaction. *Competence*

Development, 38(5), 211-218. Lokalisert på
<http://www.jcenonline.com/view.asp?rID=23897>

Taraldsen Valberg, B. T., Grønseth, R. & Fagermoen, M.S. (2009). Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 206-213
DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0101

Thidemann, I-J.(2005) Den sårbare læringsarenaen- om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden* 75(25), 10-15.

Trondsen, N. I. (2010). ALNSF etterutdanningsprogram, forslag til praktisk gjennomføring. *Inspira*, 1, 10-13.

Tørstad, S. & Bjørk, I.T. (2007). Nurse leaders` views on clinical ladders as a strategy in professional development. *Journal of nursing management*. (15), 817-824. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00769.x

Uljens, M. (1989). *Fenomenografi – forskning om oppfatninger*. Lund: Studentlitteratur.

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005 a). *Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005 b). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005 c). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.

Utsi, R., Brandstorp, H., Johansen, K. & Wisborg, T. (2008). Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening i kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 128(9), 1057-9.

Westfeldt, P., Hedsköld, M., Pukk-Härenstam, K., Svensson, R-M & Wallin, C-J. (2010). Effektiv träning i samarbeide på den egna akuttmottagningen. *Läkartidningen*, 10(107), 685-689.

http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/13921/LKT1010s685_689.pdf

Whitehead, T. D. & Lacy-Haun, L. (2008). Evolution of Accreditation in Continuing Nursing Education in America. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. November, 39 (11), 493-499. Lokalisert på <http://www.jcenonline.com/>

Willmann, A., Stoltz, P & Bathsevani, C. (2007). *Evidencebaseret sygepleje – en bro mellem forskning og den kliniske virksomhed* (2 utg.), København: Gads Forlag

Åkerlind, G.S. (2005 a). Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development*, 24(4), 321-334. Doi: 10.1080/07294360500284672

Åkerlind, G.S. (2005 b). Academic growth and development – How do university academics experience it? *Higher Education*, 50, 1-32.

7. Vedlegg.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt.

Bakgrunn og hensikt

Vi er to masterstudenter ved Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, som skal gjøre en forskningsstudie i forbindelse med vår masteroppgave høst og vår 2009/2010. Dette er en forespørsel til deg om å delta i vår studie. Høgskolen i Gjøvik er ansvarlig for studien.

Dagens helsevesen er i stor grad preget av store krav til den enkelte ansatte og knapphet på ressurser. På bakgrunn av dette tror vi at det kan være en utfordring å ivareta og videreutvikle sin faglige kompetanse. Vi tror også at det er den erfarne AIO sykepleieren som i stor grad opplever utfordringer, fordi de har et større faglig ansvar i avdelingen. Hensikten med studien er å beskrive hvordan erfarne anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere oppfatter at kompetanseutvikling fremmes.

Hva innebærer studien?

Som erfaren AIO sykepleier ønsker vi å intervjuer deg om hva du trenger for å videreutvikle og ivareta din faglige kompetanse. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi ønsker å ta intervjuet opp på lydbånd. Intervjuene vil foregå i arbeidstiden. Det er dessverre ingen godtgjørelse for å delta.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Ingen enkeltpersoner vil kunne bli gjenkjent i den endelige masteroppgaven. Ved prosjektslutt, 16.juni 2010, vil lydopptakene slettes, og annen personidentifiserende opplysninger som navn, navn på avdeling og sykehus endres eller slettes. Forskningsprosjektet er meldt til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste),

avdelingsledelsen og sykehusledelsen. Dersom du ønsker det kan du be om å lytte på opptaket eller se dataene som samles inn om deg. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve at opplysninger om deg fjernes og at opptaket slettes.

Frivilligdeltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien, innen prosjektslutt 16. juni 2010.

Dersom du ønsker å delta på intervju, så tar du kontakt med en av oss prosjektansvarlige.

Dersom du har spørsmål til studien, eller senere ønsker å trekke deg fra studien, kan du kontakte:

Prosjektansvarlige:

Tuva Sandsdalen Mytting, høyskolelærer, mastergradstudent, tlf:
tuva.sandsdalen@hihm.no

Marianne Torp Stensvehagen, høyskolelærer, mastergradstudent, tlf:
marianne.stensvehagen@hihm.no .

Veileder: Professor Barbro Arvidsson (intern sensor): barbro.arvidsson@hos.hh.se

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av studiedeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektansvarlig, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Introduksjon:

Presentasjon av prosjektansvarlig (navn)+utd, jobb. Vi er to som gjør studien.

Bakgrunn for hvorfor deltageren er her (AIO spl med erfaring) – få studier.

Hensikten med studien er å beskrive hvordan erfarne anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere oppfatter at kompetanseutvikling fremmes.

Hva skal informantene bidra med: erfaringer, oppfatninger av temaet faglig kompetanse.
Ingen riktige/feil svar.

Formaliteter:

Tas opp på bånd – enklere å analysere samtalen i etterkant

Dataene slettes ved prosjektslutt juni 2010.

Sier i fra før vi starter opptak, si fra dersom dere vil stoppe opptaket underveis

Etisk: Samtykke

- frivillig å delta,
- kan trekke seg når som helst
- det som kommer frem under intervjuet vil bli brukt til å gi kunnskap om temaet.
- taushetsplikt, konfidensialitet ifht materialet (navn/gjennkjennbare data).

Informere om at det blir lagt opp til en pause etter at spørsmålet er stilt slik at informanten får tid til å tenke seg om, og at det ikke skal oppfattes som ubehagelig at det blir stille, underveis i intervjuet.

Noen spørsmål?

Spørsmål:

1. **Åpningsspørsmål: Informant nummer** __

Kjønn:	Alder:	Sivilstand:	Sykehus:	Type utdanning:	Erfaring	Stillingsstørrelse
Kvinne	30-40	<u>S</u> amboer/ <u>G</u> ift	<u>U</u> niversitet	AIO:	> 5 år ved samme arbeidssted	Heltid
Mann	41-52	<u>E</u> nslig	<u>D</u> ivisjonssykehus	<u>A</u> nnen utdanning etter videreutdanning		Deltid
	53-67	Har <u>b</u> arn				

***Sett på båndopptaker**

Informant nummer ___

2. Introduksjonsspørsmål:

Hva tenker du på når du hører begrepet faglig kompetanse?

3. Kjernespørsmål:

Kan du si litt om ditt behov for å ivareta din faglige kompetanse?

Kan du si litt om ditt behov for å videreutvikle din faglige kompetanse?

Hva trenger du for å ivareta din (faglig) kompetanse?

Hva trenger du for å videreutvikle din (faglig) kompetanse?

Oppfølgingsspørsmål:

Hva hemmer eller fremmer dine muligheter til faglig oppdatering?

Kan du fortelle litt om hva du gjør for å holde deg faglig oppdatert?

Hva synes du at du har best utbytte av for faglig oppdatering?

Hvis du ser bort fra dagens system for faglig oppdatering, hva kunne du da ønsket deg?

4. Avslutningsspørsmål:

Stemmer denne oppsummeringen med hva du har sagt?

Er det noe mer du kommer på nå, som du ønsker å si noe om?

Ut fra det du har svart på hva du trenger for å ivareta og videreutvikle din faglige kompetanse er noen av momentene viktigere/overgripende enn andre?

Vedlegg 3: Brev til sykehusledelsen.

Tuva Sandsdalen Mytting og Marianne Torp Stensvehagen

Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleie

Kirkeveien 47

2418 Elverum

Dato

Avdelingssjef/avdelingssykepleier.....vedavdelingen.....sykehus.

Forespørsel om å få gjennomføre forskningsintervju.

Vi er to masterstudenter ved Høgskolen i Gjøvik. Vi skal skrive masteroppgave i klinisk sykepleie, med tema faglig kompetanseheving. Vår veileder til masteroppgaven er Professor Barbro Arvidsson ved Høgskolen i Gjøvik.

Dagens helsevesen er i stor grad preget av store krav til den enkelte ansatte og knapphet på ressurser. På bakgrunn av dette tror vi at det kan være en utfordring å ivareta og videreutvikle sin faglige kompetanse. Ved å intervjuer AIO sykepleiere ønsker vi å få ny

viten om deres oppfattning av faglig kompetanse, og hva de selv mener de trenger for å holde seg faglig oppdatert. Funnene kan identifisere ulike læringsbehov og dermed bidra til utviklingen av nye metoder for ivaretagelse og videreutvikling av faglig kompetanse. Dette tror vi kan bidra til mer hensiktsmessig utnyttelse av ressursene i den enkelte avdeling.

HENSIKTEN MED STUDIEN ER Å BESKRIVE HVORDAN ERFARNE ANESTESI-, INTENSIV- OG OPERASJONSSYKEPLEIERE OPPFATTER AT KOMPETANSEUTVIKLING FREMMES.

Vi vil med dette søke om tillatelse til å gjennomføre et individuelt forskningsintervju av 3-4sykepleiere ved din avdeling. Ved positiv tilbakemelding på denne forespørselen vil vi ta kontakt med avdelingssykepleier og ber om at hun/han formidler et informasjonsskriv til aktuelle informanter, der det står at de, dersom de er interessert i å delta, skal ta kontakt direkte med oss som prosjektansvarlige. Vi tar deretter kontakt med de som har vist interesse til å la seg intervju, informerer om studien, forhører oss om de fortsatt er interessert i å delta og avtaler tid for intervju. Skriftlig samtykke innhentes ved intervjuet. Intervjuene vil foregå på sykehuset i et nøytralt kontor. Hvert intervju vil vare fra 30 min. til 1 time, og vi ber samtidig om tillatelse til at det kan skje i arbeidstiden, til et tidspunkt som passer avdelingen.

Selve undersøkelsen kan tidligst starte oktober/november 2009. Forskningsprosjektet vil bli meldt til NSD (personvernombudet for forskning). Sluttproduktet vil bli tilgjengelig for den enkelte avdeling som har bidratt til vår masteroppgave.

Håper på positiv tilbakemelding og håper på et godt samarbeid til felles nytte. På forhånd takk.

Vennlig hilsen

Tuva Sandsdalen Mytting

Marianne Torp Stensvehagen

Mail: tuva.sandsdalen@hihm.no

marianne.stensvehagen@hihm.no

Vedlegg 4: NSD Godkjenning