

Nina Løkkevik

Dynamikk i Klinisk Blikk: Fagutvikling av sykepleierens kliniske vurderingsevne

- et intensivt studie med sykepleiere i
hjemmesykepleie

Masteroppgave i Master i klinisk sykepleie

Veileder: Hege Kletthagen

Mai 2020

Nina Løkkevik

Dynamikk i Klinisk Blikk: Fagutvikling av sykepleierens kliniske vurderingsevne

- et intensivt studie med sykepleiere i
hjemmesykepleie

Masteroppgave i Master i klinisk sykepleie
Veileder: Hege Kletthagen
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Introduksjon: Sykepleierkompetanse i hjemmesykepleie er verdifull, kompleks og kontekst avhengig. Endringer og utvikling påvirker tjenesten og utfordrer sykepleierkompetansen. Det er nødvendig med fag- og kompetanseutvikling. Sykepleiere jobber selvstendig og deres kliniske vurderingsevne essensiell og viktig for kvalitet.

Hensikt: Studiet søker å utforske begreper, praksis og styrke sykepleierens kliniske vurderingsevne.

Metode: Studiet har aksjonsorientert design hvor data gjennom fire flerstegsfokusgruppeintervju med seks sykepleiere ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse av manifest innhold.

Resultater: Begrepene fagutvikling, kompetanse og klinisk vurderingsevne forstås ut ifra hjemmesykepleierens kontekst som komplekse og dynamiske. Grunnlaget for å gjøre gode kliniske vurderinger påvirkes av forhold i og utenfor sykepleieren. Og kunnskapsdannelsen har ledet til et hensiktsmessig tiltak som viser nytteverdi i praksis.

Konklusjon: Handlingsorientert forskningssamarbeid er egnet til å frembringe ny og relevant kunnskap. Det er faktorer som hemmer og fremmer sykepleierens kliniske vurderingsevne. Personlig kompetanse og trygghet bør vektlegges. Begrepsavklaring, forventningsavklaring og samhandling bør inngå som en del av virksomhetens kvalitetsarbeid. Sykepleiere vil bruke sin kompetanse og ledere må forvalte kompetansekapital til pasientens beste.

Nøkkelord: Professional development, fagutvikling, competence, home based nursing

Abstract

Introduction: Nurses competence in home nursing is valuable, complex and context dependent. Changes and developments affect service and challenge nursing competence. Professional and competence development is necessary. Nurses work independently and their clinical competency is essential and important for quality.

Aim: The study seeks to explore concepts, practices and strengthen the nurse's clinical competency.

Method: This study has action-oriented design where data through four multi-stage focus group interviews with six nurses were analyzed using qualitative content analysis of manifest content.

Results: The concepts of professional development, competence and clinical competence are understood from the home nurse's context as complex and dynamic. The basis for making good clinical assessments is influenced by conditions in and outside the nurse. And the formation of knowledge has led to an appropriate action that shows value in practice

Conclusion: Co-operative inquiry is suitable for generating new and relevant knowledge. There are factors that inhibit and enhance the nurse's clinical competence. Emphasis should be placed on personal competence and being confident. Concept clarification, expectation clarification and cooperation should form part of the company's quality work. Nurses want to use their competence and managers must manage competence capital to the benefit of the patient.

Keywords: Professional development, fagutvikling, competence, home based nursing

Forord

For egen yrkesutøvelse har klinisk vurderingsevne vært helt vesentlig. Har erfart hvordan det er å gjøre mindre gode og gode vurderinger, og kjenner følelsen av å være kompetent i egen dømm- og handlekraft. Har lært at klinisk vurdering arter seg ulikt i ulike kontekster. Ønsker å lære mer om sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne i hjemmesykepleie for å bli bedre i stand til å støtte opp om hensiktsmessig faglig utvikling. Egen overbevisning er at vi styrkes og utvikles når vi møtes. Relasjonelle bånd er potensial for læring, en gjensidig påvirkning, men også et ansvar.

«Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender» (Løgstrup & Engen, 2000, s. 37).

I møter med andre anerkjenner jeg en potensiell påvirkningskraft som jeg føler en moralsk forpliktelse til å forvalte på en god måte. Verden er ikke svart-hvitt, men et hav av nyanser, som endrer seg avhengig av hvor du selv står.

Egne yrkesvalg har i store deler av karrieren handlet om å bidra til vekst og utvikling av sykepleiere og annet helsepersonell, slik at de øker forutsetninger for å gi god sykepleie. For egen utvikling er det mange å takke; alle ledere som har gitt meg tillit og mulighet til faglig vekst, alle kollegaer som utallige ganger har inngått i faglige og etiske diskusjoner, alle studenter som under veiledning kritisk har spurt: hvorfor? Alle pasienter og pårørende som jeg har lært mitt fag igjennom. Knyttet til denne masteroppgaven må jeg takke alle som har bidratt med gode forelesninger, interessante diskusjoner og motiverende samtaler. Takk til sykepleierne som har bidratt til dyp innsikt og bredde i erfaringer, og et godt samarbeid i kunnskapsdannelsen. En ekstra stor takk til veileder Hege Kletthagen som med sine konstruktive tilbakemeldinger, engasjement og faglig støtte har vært en stor arbeidsmotivasjon og blitt et lærerikt bekjentskap. Takk til familie og venner som gir livet mening, dere gir glede og støtte og ikke minst utviser stor forståelse. En ekstra takk til guttene mine, nå har dere all min oppmerksomhet!

Gode og trygge tjenester i alle ledd fordrer at den enkelte har kapasitet og muligheter til å ta ut det beste av seg selv, og selv det er ikke tilstrekkelig for bærekraftige gode tjenester. Vi som utgjør helsetjenesten er ikke sterkere enn det svakeste ledd, utvikling og innovasjon bør derfor favne alle.

«Summen av enkeltmenneskers livskraft er samfunnets levedyktighet»

H.M. Kong Harald, Nyttårstalen 2019, (31.12.2019).

Innhold

1	Innledning	6
2	Bakgrunn	7
2.1	Forforståelse.....	7
2.2	Samfunnsendringer og strategier	7
2.3	Hjemmesykepleie en del av primærhelsetjenesten.....	8
2.4	Mottakere av hjemmesykepleie	8
2.5	Sykepleiere i hjemmesykepleie	9
2.6	Sentrale begreper	9
2.6.1	Kompetanse	9
2.6.2	Klinisk vurdering i sykepleie	10
2.6.3	Fagutvikling.....	11
2.7	Oppsummering og relevans for klinisk sykepleie.....	12
2.8	Hensikt og forskningsspørsmål.....	13
3	Metode	14
3.1	Design	14
3.2	Virksomhet Hjemmebaserte tjenester	15
3.3	Utvalg.....	16
3.3.1	Informasjon til utvalg og andre involverte	16
3.3.2	Utvalgsstrategi	16
3.3.3	Presentasjon av utvalg.....	17
3.4	Datainnsamling	17
3.4.1	Forberedelse og deltagelse	17
3.4.2	Datainnsamlingsmetoder.....	18
3.4.3	Gruppens dynamikk.....	19
3.5	Dataanalyse	20
3.5.1	Analysesteg.....	21
4	Forskningsetiske overveielser	23
4.1	Forskningsetiske retningslinjer	23
4.2	Moralsk forpliktelse knyttet til handlingsorientert forskningssamarbeid.....	23
4.3	Nærhet til praksisfeltet	24
5	Resultat.....	25
5.1	Dynamiske og komplekse begreper.	25
5.1.1	Fagutvikling er kontinuerlig forbedring og kvalitetssikring av fag individuelt eller i interaksjon	25
5.1.2	Kompetanse er kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper videreutviklet gjennom erfaring og kompetansedeling	26

5.1.3	Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne er å forsvarlig utøve og handle på bakgrunn av årvåkent profesjonelt skjønn.....	27
5.2	Klinisk vurderingsevne påvirkes av forhold i og utenfor sykepleieren	28
5.2.1	Kontekst påvirker betydning av og grunnlag for klinisk vurderingsevne.....	28
5.2.2	Sykepleierens trygghetsfølelse er betydningsfull og påvirkelig.....	30
5.2.3	Behov for anerkjennelse av sine vurderinger og for sin arbeidsplass	31
5.3	Valgte aksjon.....	31
6	Diskusjon.....	33
6.1	Fagutvikling, kompetanse og klinisk vurderingsevne	33
6.1.1	Fagutvikling.....	33
6.1.2	Kompetanse	34
6.1.3	Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne	35
6.2	Klinisk vurderingsevne og påvirkningsfaktorer	36
6.2.1	Kontekst	36
6.2.2	Sykepleierens trygghetsfølelse.....	38
6.2.3	Behov for anerkjennelse og forventningsavklaring	39
6.3	Metodediskusjon	40
6.3.1	Forberedelse og design	40
6.3.2	Rekruttering og utvalg	40
6.3.3	Datainnsamling.....	41
6.3.4	Dataanalyse	41
6.3.5	Relevans i handlingsorientert forskningssamarbeid	42
6.3.6	Er kunnskapen overførbart og brukbar?	42
6.3.7	Kritisk subjektivitet	43
6.4	Refleksjoner og forslag til fremtidige studier	43
7	Konklusjon.....	45
	Referanser.....	46
	Vedlegg.....	53
	Figur 1 Illustrerer en sirkel i aksjonsforskningsspiralen.....	14
	Figur 2 Viser oversikt over de ulike aktiviteter tilknyttet flerstegsfokusgruppesamtaler..	19
	Tabell 1 Viser innhold i de fire faser i dette studie.....	15
	Tabell 2 Viser inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
	Tabell 3 Viser deltagelse i flerstegsfokusgruppesamtaler sommeren 2019	18
	Tabell 4 Eksempel på meningsenhet og kondensert meningsenhet.....	21
	Tabell 5 Eksempel på meningsenhet, kondensert meningsenhet, kode og kategori.....	22
	Tabell 6 Resultat presentert i to kategorier med tilhørende subkategorier	25

1 Innledning

Viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenestene er ansatte. Deres kompetanse er avgjørende for kvalitet og evne til endring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Stacey, Oksvoll, & Johannessen, 2008). Flere tjenester gis utenfor sykehus (Genet, European Observatory on Health, & Policies, 2012). Sykepleiere i kommunehelsetjenesten beskrives som kjernen i strukturelle endringer (Sines, Saunders, & Forbes-Burford, 2009). Hjemmesykepleie i Norge har hatt en enorm utvikling (Fermann & Næss, 2008), og det forventes store endringer i fremtidig kompetansebehov (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Til tross for at det har vært en jevn økning av antall sykepleieårsverk i hjemmesykepleie (Helsedirektoratet, 2018), er det ikke mulig å dekke fremtidig kompetansebehov ved økning av personell alene, kompetanse må utvikles (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b).

Sykepleiefaglige oppgaver beskrives som komplekse og med stor bredde (Gautun & Syse, 2013; Sines et al., 2009). Det stilles krav til kunnskap, holdninger og ferdigheter innen et stort felt (Fjørtoft, 2016). Og evne til klinisk vurdering er nødvendig (Aagaard & Grøndahl, 2017; P. C. Bing-Jonsson & Tønnessen, 2016; Breivik & Tymi, 2013; Dale et al., 2015). Parallelt med økende behov for ny og økt kompetanse finnes det indikasjoner på at kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten er i utakt med endringene (Office of the Auditor General of Norway, 2016). Det er forsket lite på kompetanse hos ansatte, og forskning som er publisert avdekker behov for å utvikle og styrke kompetanse (P. C. Bing-Jonsson, Foss, & Bjørk, 2016; Kirk, 2015). Kompetanse er ikke et entydig begrep, og vektlegges ulikt i forskningstradisjoner, men det er signaler om en holistisk tilnærming til kompetansebegrepet (P. C. Bing-Jonsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold, & Foss, 2015). Fagutvikling ansees essensielt for å opprettholde og utvikle kompetanseevne (Glasper, 2018). Samtidig påpekes manglede fokus på fagutvikling (P. C. Bing-Jonsson et al., 2016).

2 Bakgrunn

Bakgrunn innledes med en beskrivelse av forforståelse og masterstudents interesse for tema sykepleiefaglig klinisk vurdering, fagutvikling og kompetanse. Tema og sentrale begreper belyses med tidligere forskning, lovverk og relevant teori. Deretter følger en beskrivelse av kunnskapens betydning for utøvelse av klinisk sykepleie. Kapittelet avsluttes med hensikt og presentasjon av forsknings spørsmål.

2.1 Forforståelse

Egen interesse for tema er knyttet til arbeidserfaring i klinisk vurdering som akutt sykepleier/fagsykepleier i akuttmottak, og senere arbeid med fag og kvalitet i kommunehelsetjeneste.

Når en pasient kommer i kontakt med akuttmedisinsk kjede er det allerede påpekt behov for vurdering av helsetilstand. Kliniske vurderinger suppleres ofte med vitale parameter og mulighet til en fullstendig klinisk undersøkelse. Det samles relevant informasjon systematisk og på kort tid. Med spesialutdanning ble egen klinisk vurderingsevne styrket, og det avdekket også betydningen av å kritisk reflektere rundt standardiserte benyttede verktøy. Selv om pasientgruppen var alt fra den friske til den kritisk syke, den nyfødte til den gamle, ble det klart at kunnskap om den eldste pasientgruppen var viktig. Tilleggsutdanning i akutt geriatri gav styrket oppmerksomhet til en ofte kompleks pasientgruppe. Kompetanse om aldersfysiologi og symptomatologi bidro til å avdekke alvorlig sykdom, selv der dette ikke ble fanget opp av standardiserte verktøy.

Etter 13 år i akuttmottak begynte masterstudent i en interkommunal prosjektstilling hvor undervisning av kommunenes helsepersonell var hovedvekten av arbeidsoppgavene. Dette ga innsikt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og ikke minst i helsepersonellens utfordringer og kompetansebehov. Det ble klart for masterstudent, at kliniske vurderinger i akuttmottak springer ut ifra det faktum, at det allerede er påpekt behov for vurdering av helsetilstand. Det kan synes at det er mer komplisert å få øyet på når og hvordan kliniske vurderinger skal gjøres i det hverdagslige liv hos de som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Masterstudent jobber med arbeidsoppgaver knyttet til fag, kvalitet og innovasjon i virksomhet for hjemmesykepleie. Og får gjennom arbeidsfeltet kontinuerlig læring, og en økende nysgjerrighet på hvordan klinisk vurderingsevne hos hjemmesykepleieren kan forstås og videreutvikles gjennom fagutvikling. Interesse for tema ligger derfor først og fremst i et genuint ønske om å få dypere innsikt i sykepleiefaglig klinisk vurdering i hjemmesykepleie. Men også en stor tro på at motiverte sykepleiere er aktive deltagere i videreutvikling av egen praksis.

2.2 Samfunnsendringer og strategier

I Norge er hjemmesykepleie i sterk vekst grunnet demografi, og oppgaveoverføring til kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, 2015c). Det har vært en villet politisk strategi at flest mulig skal bo lengst mulig i eget hjem, dette stiller økte krav til

kompetanse og kapasitet i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Tilsvarende utviklingstrekk beskrives i andre land, helsereformer og ulike strategier velges for å møte økt kompetansebehov (Ashley, Halcomb, Brown, & Peters, 2018; Genet et al., 2012; Tarricone & Tsouros, 2008; Tashiro, Shimpuku, Naruse, Maftuhah, & Matsutani, 2013). Hverdagsmestring og bruk av velferdsteknologi er et skifte til å fokusere på individets egenomsorgsevne og selvstendighet i dagligdagse aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Økende implementering av velferdsteknologiske løsninger og hjelpemidler skal bidra til bærekraftige helse- og omsorgstjenester (European Parliamentary Technology Assessment, 2019).

2.3 Hjemmesykepleie en del av primærhelsetjenesten

Lov om pasient- og brukerrettigheter gir pasient og bruker rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Likeledes gir lov om kommunale- helse og omsorgstjenester kommunene plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Loven påpeker at helsetjenester i hjemmet er kommunens ansvar (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Hjemmesykepleievirksomhet har i Norge vært retningsgivende fra 1971 (Forskr. om lovbest. sykepleietjeneste, 1983). Hjemmesykepleie ble hjemlet i lov 1984 som en del av kommunal helse- og omsorgstjeneste (Birkeland & Flovik, 2018).

Hjemmesykepleie er således en ung tjeneste og har siden 1980 tallet hatt en enorm utvikling (Fermann & Næss, 2008).

Kommunen behandler søknader og vurderer behov for hjemmesykepleie i samarbeid med den enkelte søker. Søknad vurderes opp mot hva som er nødvendige helse- og omsorgstjenester. Innvilget søknad gis som vedtak hvor det fremgår hvilke tjenester som er innvilget, hvor omfattende de er og hvordan de organiseres (Helsedirektoratet, 2019). Vedtak er veiledende for den helsehjelp som skal gis og er utgangspunkt for organisering av tjenesten (Birkeland & Flovik, 2018). Tjenesten er vurdert til å være lett tilgjengelig og av høy kvalitet (Dale et al., 2015). Hjemmesykepleie er preget av mangfoldige, uforutsigbare og komplekse oppgaver (Gautun & Syse, 2013; Hovland, Kyrkjebø, & Råholm, 2015), dette sees også i andre land (Andersson, Lindholm, Pettersson, & Jonasson, 2017; Flöjt, Hir, & Rosengren, 2014; Genet et al., 2012). Og beskrives som å ha et høyt arbeidstempo (Christiansen & Bjørk, 2016; Fjørtoft, Oksholm, Førland, Delmar, & Alvsvåg, 2020; Kyrkjebø, Søvde, & Råholm, 2017; Norheim & Thoresen, 2015). Å jobbe i andres hjem innebærer utfordringer knyttet til forsvarlig arbeidsmiljø, hygiene, tilgjengelighet på utstyr og hjelpemidler. Tid beskrives som en sentral rammefaktor, da innvilget vedtak gis som forhåndsbestemte og tidsestimerte arbeidsoppdrag. Målet for tjenesten er å gi mottakeren bistand til å mestre sitt liv i eget hjem (Fjørtoft, 2016).

2.4 Mottakere av hjemmesykepleie

I takt med samfunnsendringer sees en endring blant de som får helsetjenester i hjemmet (Andersson et al., 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a; Sines et al., 2009). Tjenesten gis til alle uavhengig av alder. Det sees en større andel yngre ressurskrevende brukere med sammensatte tilstander, økende andel eldre og andel fragile eldre (Helse-

og omsorgsdepartementet, 2015a; Næss, Kirkeveld, Hammer, Straand, & Wyller, 2017; Ranhoff, 2015). Eldre blir beskrevet som spesielt sårbare (Børresen, 2015).

Blant yngre sees nevrologisk diagnoser som multippel sklerose, Parkinsons sykdom og epilepsi (Norge Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det sees en økning i brukere med psykiatri og rus utfordringer (Norheim & Thoresen, 2015), men også demens, hjerte- og karlidelser og kreft (Gautun & Syse, 2013). Mange som mottar palliativ behandling ønsker å være mest mulig hjemme og forbli i hjemmet til livets slutt (Norge Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Raunkiaer & Timm, 2013). Hjemmeboende får tjenester forsterket med elektromedisinsk utstyr, velferdsteknologi og behandling i hjemmet omfatter praktiske sykepleie prosedyrer (Andersson et al., 2017; Fjørtoft et al., 2020; Furåker, 2012).

2.5 Sykepleiere i hjemmesykepleie

Sykepleiere i kommunehelsetjenesten omtales som bærebjelken i tjenestene (Andersson et al., 2017; Halcomb, Stephens, Bryce, Foley, & Ashley, 2016; Sines et al., 2009). Det har vært en jevn økning av antall sykepleieårsverk i hjemmesykepleie (Helsedirektoratet, 2018). Hjemmesykepleieren samarbeider ofte med andre yrkesgrupper, men jobber i stor grad selvstendig (Carlson, Råmgård, Bolmsjö, & Bengtsson, 2014; Norheim & Thoresen, 2015). Vedtak om hjemmesykepleie er veiledende, og helsehjelpen skal ytes ut ifra hva som er nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Henvvisning til faglig forsvarlig refereres i lovverket til hva som kan forventes av sykepleierens kvalifikasjoner, og må sees i forhold til situasjonen og arbeidet karakter (Helsepersonelloven, 1999).

Sykepleieroppgaver benevnes som mange, de vanligste er bistand til medikamenthåndtering, personlig hygiene, ernæringsoppfølging, observasjoner og kontroll av vitale parameter, oppfølging av sykepleieprosedyrer knyttet til urinkateter, stomi, kompresjonsbehandling og sårbehandling (Næss et al., 2017). Sykepleiere beskriver varierte og hektiske arbeidsdager, og et behov for økt kompetanse (Kyrkjebø et al., 2017). Rammefaktorer påvirker muligheter, og erfares som begrensende (Christiansen & Bjørk, 2016). Sykepleiere føler et stort ansvar for kvalitet og utøvelsen av yrke (Fløjt et al., 2014). Sykepleierens kompetanse benyttes ikke på rett sted til rett tid (Norheim & Thoresen, 2015).

2.6 Sentrale begreper

Sentrale begreper belyses her med relevant litteratur og tidligere forskning.

2.6.1 Kompetanse

International Council of nurses beskriver kompetansebegrepet med elementene; kunnskap, ferdigheter og dømmekraft (Halcomb et al., 2016). Kompetanse kan beskrives som et potensial bestående av kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner, hvor disse komponentene setter personen i stand til å utføre oppgaver i henhold til mål og krav (Lai, 2013). Benevnelsen samlet profesjonell kompetanse består av kunnskaper, ferdigheter og personlige egenskaper (Skau, 2017). Kompetanse ansees som en prosess (Sportsman, 2010). Dette vektlegges også i Norge når pasientens helsetjeneste realiseres gjennom blant annet å legge til rette for livslang læring som bidrag til at helsepersonell har rett kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). Strategi

for livslang læring i arbeidslivet følges opp med egen kompetansereform. Her sees kompetanse som evne til å løse og mestre utfordringer i gitte situasjoner, og består av et samspill av kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Kunnskapsdepartementet, 2020). Det er ikke en felles enighet om hva sykepleiefaglig kompetanse inneholder. Det er påpekt behov for å utvikle standard som kan beskrive sykepleierens ferdigheter og kunnskap (Halcomb et al., 2016). En slik standard kan i Norge tillegges retningslinjer for sykepleierutdanningen, den beskriver sluttkompetanse for sykepleiere som starter studieår 2020. Forskriften beskriver kompetanseområder og deler inn i ferdigheter, kunnskap og generell kompetanse (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige og helsepersonell skal ha tilstrekkelig fagkompetanse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kvaliteten i tjenesten er avhengig av kompetanse (P. Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Studie gjennomført ett år etter Samhandlingsreformen viser at det ikke var endringer i kompetansekrevede oppgaver selv om brukergruppen var endret (Norheim & Thoresen, 2015). Nyere forskning viser at kompetanse hos ansatte kan være utilstrekkelig (P. C. Bing-Jonsson et al., 2016; Kyrkjebø et al., 2017). Det er gjort noen studier på selvopplevd kompetanse som kan tyde på at erfaring og alder kan ha sammenheng med økt tilfredshet (P. C. Bing-Jonsson et al., 2016; Karlstedt, Wadensten, Fagerberg, & Pöder, 2015). Innføring av velferdsteknologi utforder sykepleiekompetanse (Brewster, Mountain, Wessels, Kelly, & Hawley, 2014; Johannessen, Holm, & Storm, 2019). Det er generelt beskrevet behov for å utvikle sykepleierkompetanse for å møte utfordringene de står ovenfor (Andersson et al., 2017; Flöjt et al., 2014; Hovland et al., 2015; Hynne & Kvangarsnes, 2014; Kyrkjebø et al., 2017). Det er potensial for utveksling av kunnskap mellom sykepleiere (Andersson et al., 2017). Og benytte sykepleiekompetansen strategisk (Hovland et al., 2015; Norheim & Thoresen, 2015; Næss et al., 2017).

2.6.2 Klinisk vurdering i sykepleie

Klinisk vurdering er en vesentlig del av sykepleiefaglig vurdering (Breivik & Tymi, 2013; Fermann & Næss, 2008; Smith & Roberts, 2014). Sykepleiere skal ta ansvar for og selvstendig utføre systematiske kliniske vurderinger, prioritere, ta beslutninger og kritisk vurdere effekt av sykepleie og behandling (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Med bakgrunn i viktigheten av systematisk klinisk vurdering er det etablert ulike modeller og verktøy, disse benyttes i varierende grad av høgskoler, sykehus og kommuner, eksempel er Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering av pasienter (SKUV) og Sjekkliste for vurdering av subakutt og akutt funksjonssvikt hos eldre (SAFE) (Breivik & Tymi, 2013; Loso, 2013; Næss, 2012). Betydningen har nylig resultert i nasjonale faglige råd for rask oppdagelse og tidlig respons ved forverret somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2020). Klinisk vurdering kan innebære klassisk undersøkelse bestående av inspeksjon, perkusjon, palpasjon og auskultasjon. Og kan være en del av en mer omfattende vurdering bestående av flere dimensjoner hvor tilegnet kunnskap blir brukskunnskap og handlingsevne (Breivik & Tymi, 2013; Tanner & Tanner, 2006).

Benner (1995) benyttet Dreyfusmodellen for tilegnelse av ferdigheter/kompetansenivåer og tilpasset den til sykepleie. Hun deler klinisk sykepleie i fem nivåer fra novice til ekspert og definerer kjennetegn knyttet til hvert nivå. Novice er regelbundet, hemmet av manglende erfaring og avhengig av retningslinjer. Ser i liten grad helhet eller mestrer prioritering. Avansert nybegynner behersker enkle situasjoner og begynner å bruke tidligere erfaringer i konkrete situasjoner. Har en begynnende evne til å prioritere og

improvisere. Både novicen og avansert nybegynner har behov av veiledning fra erfarne sykepleiere. Det tredje nivå, kompetent, anvender erfaring for å mestre nye situasjoner. Ser forskjell på det vesentlige og det uvesentlige, og planlegger ut ifra dette. Utfører sykepleie sikkert i kjente situasjoner, men mangler evne til å improvisere. Fjerde nivå, den kyndige, har en erfaringsbasert evne til å oppfatte situasjoner i sin helhet, og kan derfor også gjenkjenne hva som er uforutsette hendelser. Har god evne til å prioritere, forebygger og er fleksibel. Utfører sykepleie med sikkerhet også i komplekse og ukjente situasjoner. Det femte og siste nivå, eksperten, handler intuitivt i enhver situasjon og har en dyp forståelse av den totale situasjonen. Jobber godt selvstendig, har et stort og mangfoldig erfaringsgrunnlag. Har god evne til analytisk tenkning og bruker det i nye situasjoner (Benner, 1995). Modellen er situasjonsorientert, og avansement mellom nivåer forutsetter at sykepleieren jobber med nogenlunde samme arbeid eller pasientgruppe.

Studier avdekker behov for økt klinisk kompetanse (Hovland et al., 2015; Kyrkjebø et al., 2017). Det sees også mangelfulle kliniske vurderinger rundt de oppgaver sykepleiere utfører, som eksempel mangelfull klinisk vurdering av effekt og virkning av legemidler knyttet til oppdrag om legemiddeladministrering (Næss et al., 2017). Sykepleiefaglig klinisk vurdering er beskrevet som en nedprioritert oppgave som overlates til personell med lavere kompetanse (Norheim & Thoresen, 2015). Observasjonskompetanse fremheves som viktig for brukere av (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

2.6.3 Fagutvikling

Flere nasjoner har fokus på økt sykepleierfaglig kompetanse (Kirk, 2015; Pulcini, Jelic, Gul, & Loke, 2010; Sportsman, 2010). I Norge er plan for oppfølging blant annet gjennom kompetanseløft 2020 hvor strategi skal sikre fagutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c). Fagutvikling ansees essensielt for å opprettholde og utvikle kompetanseevne (Glasper, 2018). Fagutvikling som begrep benyttes dermed som et middel for å opprettholde, heve eller videreutvikle kompetanse. Begrepet kan sees som et verktøy for å nå kompetanseutvikling, og det finnes ingen entydig definisjon på begrepet (Løvsletten, 2013). Fagutvikling kan være kontinuerlig forbedring (Stubberud, 2018), andre begreper som benyttes er profesjonell utvikling, kompetanseutvikling eller faglig oppdatering. Fagutvikling er ikke det samme som forskning, hovedforskjell er at forskning utvikler ny kunnskap (Bjørk & Solhaug, 2008). Ny kunnskap kan derimot implementeres gjennom fagutvikling.

Sykepleiere trenger riktig utdanning og trening, men også livslang læring for å praktisere kompetent innenfor sitt fag (International Council of Nurses, 2013). Livslang læring innebærer å utvikle evner og tilegnelse av ny kunnskap gjennom hele livet (NOU 2015: 11, 2015). Kunnskap om hvordan sykepleieren kan oppdatere fagkunnskap er nødvendig (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Plikt til å holde seg faglig oppdatert uttrykkes i yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011) og gjennom forsvarlighetskravet har sykepleiere plikt til å holde seg faglig oppdatert (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999). Kravet skal bidra til forsvarlige tjenester (NOU 2015: 11, 2015). Plikten gjenspeiles i den ansvarlige for virksomheten som skal sørge for at sykepleieren har nødvendig fagkunnskap og kompetanse (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

Sykepleierens mulighet til å holde seg faglig oppdatert påvirkes av flere forhold (Kyrkjebø et al., 2017). Hjemmesykepleie skiller seg fra institusjon og rammebetingelser støtter ikke fagutvikling (Birkeland & Flovik, 2014). Rammebetingelser beskrives som

finansieringsordning, alenearbeid, lederstøtte og oppdrags- og tidsstyring (Børresen, 2015; Christiansen & Bjørk, 2016). Hjemmesykepleie er i stor faglig utvikling samtidig påpekes manglete fokus på fagutvikling (P. C. Bing-Jonsson et al., 2016), manglende muligheter for kompetanseutvikling (Rokstad & Øvereng, 2017) og kompetanseutvikling benevnes som ustrukturert (Norheim & Thoresen, 2015). For å sikre at kompetanseutvikling faktisk medfører læring og endret praksis tyder studier på at refleksjon er sentralt (Flöjt et al., 2014; Tashiro et al., 2013). Det er behov av å se på resultater av de kompetansehevende tiltak som gjennomføres (Raunkiaer & Timm, 2013), kunnskapsoppsummering viser at få tiltak evalueres (Rokstad & Øvereng, 2017). Det er behov for systematisert fagutvikling i hjemmesykepleie (Christiansen & Bjørk, 2016; Hovland et al., 2015; Hynne & Kvangarsnes, 2014; Kyrkjebø et al., 2017).

2.7 Oppsummering og relevans for klinisk sykepleie

Sykepleiere er bærebjelken i hjemmesykepleie, og deres kompetanse er verdifull. Endringer og utvikling påvirker tjenesten og utfordrer sykepleierkompetansen. I en tjeneste i kontinuerlig utvikling er det nødvendig og behov for fag- og kompetanseutvikling. Begreper inneholder ulike elementer, det mangler konsensus for begrepenes innhold og er kontekstavhengig. Til tross for nasjonal strategi som tar sikte på å styrke hjemmesykepleie viser litteraturstudie, at det er lite publisert forskning. Det finnes mer forskning på sykepleiestudenter, nyutdannede og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Det er lite relevant forskning også utenfor Norge, og den forskning som er publisert kan være vanskelig å benytte grunnet ulik organisering og profesjonssammensetning. Samfunnsendringene beskrives som like i flere land, men strategi, organisering av tjenester og kompetansesammensetning er ulik fra land til land.

Forskning har avdekket kompetansehull, brukergruppe i endring og behov for fagutvikling. I en travel hverdag etterlyses fag- og kompetanseutvikling. Sykepleiere jobber selvstendig, deres kliniske vurderingsevne er viktig for kvalitet og faglig forsvarlighet. Klinisk vurderingsevne er grunnleggende sykepleie og gode kliniske vurderinger bidrar til sykepleiefaglig kvalitet. Klinisk vurderingsevne ansees sentral for å ivareta de krav og forventinger som stilles til hjemmesykepleieren. Tjenesten er i stor vekst, mer avansert og aktiv behandling foregår i hjemmet, brukergruppen er i endring. Studiet søker å utforske og styrke sykepleierens kliniske vurderingsevne, og studiet har derfor en direkte relevans for klinisk sykepleie.

2.8 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikt med denne studien er å utforske begreper og praksis for å kunne bistå sykepleiere i videreutvikling av kliniske vurderingsevne. Hjemmesykepleie er i kontinuerlig utvikling og sykepleiere jobber i stor grad selvstendig.

Sykepleierkompetanse er verdifull, det er behov for å se på hvordan sykepleiefaglig kliniske vurderingsevne i hjemmesykepleie kan styrkes.

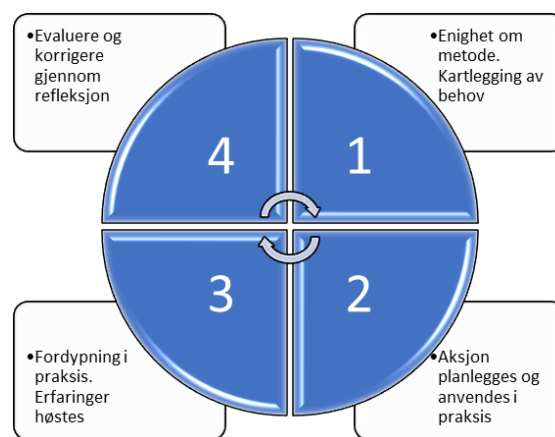
Hensikten avleder tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan forstår sykepleiere i hjemmesykepleie begrepene fagutvikling, kompetanse og klinisk vurderingsevne?
2. Hvordan erfarer sykepleiere grunnlaget for å kunne utøve god sykepleierfaglig klinisk vurdering?
3. Hvordan kan klinisk vurderingsevne videreutvikles og hva erfares som hensiktsmessige tiltak?

3 Metode

Studiet baserer seg på sykepleieres erfaringer og muligheter til forbedring av kliniske vurderingsevne. Som et utviklings- og endringsarbeid ansees aksjonsforskning hensiktsmessig. Det er valgt handlingsorientert forsknings samarbeid som godt egnet til å besvare forskningsspørsmål. Metoden er demokratisk, dialogisk og granskende. Hensikten er å frembringe ny og relevant kunnskap i og for handling «pure thought divorced from action leads to a lesser kind of knowing” (Reason & Bradbury, 2008, s. 375). Metoden beskrives som godt egnet til å utforske erfaringer, ønsker eller utfordringer (Hummelvoll, 2010). Som fremgangsmåte for dataskaping benyttes flerstegsfokusgruppeintervju (Hummelvoll, 2010).

I handlingsorientert forsknings samarbeid dannes brukskunnskap gjennom at det enes om aksjon og kunnskapsdannelsen fortsetter i en prosess som beveger seg mellom aksjon og refleksjon (Reason & Bradbury, 2006). Kunnskapsdannelsen følger aksjonsforskningens fire faser, se figur 1 (Hummelvoll, 2006a).



Figur 1 Illustrerer en sirkel i aksjonsforskningsspiralen

Sirklene gjentas og for hver gang man går inn i første fase har man ny erfaring og kunnskap (McNiff, 2017; Reason & Bradbury, 2006). I dette studiet ble tidsrammen og gruppens valg av aksjon avgjørende for at det kun ble gjennomført en sirkel.

I det følgende presenteres strategi for kunnskapsdannelsen, detaljert fremgangsmåte for datainnsamling og dataanalyse. I tillegg presenteres utvalg og kontekst.

3.1 Design

Studien har et eksplorativt, prosessuelt og aksjonsorientert design. Strategien for kunnskapsdannelsen er aksjonsforskning i form av handlingsorientert forsknings samarbeid (Hummelvoll, 2006a, 2010).

Med et eksplorativt design søkes å finne nyansert og utdypet perspektiv og gjennom et granskende fellesskap dannes gyldig praksiskunnskap (Hummelvoll, 2006a). Flexibilitet understøtter utvikling, og kunnskapen som dannes har en direkte påvirkning på

deltagere, er avhengig av deltagere og hva som skjer i prosess (Given, 2008). Kunnskapen dannes ikke for kunnskapens skyld, men for å bringe frem forbedring i praksis (Hummelvoll, 2010; Peter & Hilary, 2008). Studiet er aksjonsorientert hvor målet er å skape praksisnær mening, kunnskapsdannelsen skjer i hjemmesykepleie, med sykepleiere og for deres praksisfelt (Hummelvoll, 2011). Det vektlegges praktiske problemstillinger, og med et prosessuelt design følges aksjonsforskningens fire faser hvor aksjon bestemmes i prosess, se tabell 1 (Hummelvoll, 2006a).

Tabell 1 Viser innhold i de fire fasene i dette studie

De fire fasene:	
1.	Forståelse av begreper, grunnlag, ønsker og behov for utvikling gjennom flerstegsfokusgruppeintervju.
2.	På bakgrunn av foreløpige analyser reflekteres og enes om aksjon. Aksjon planlegges og iverksettes gjennom flerstegsfokusgruppeintervju.
3.	Fordypning i praksis hvor aksjon erfares gjennom praksis.
4.	Erfaringer benyttes i kritisk refleksjon, for å evaluere og korrigere aksjon gjennom flerstegsfokusgruppeintervju.

Strategien er deltagerorientert og refleksivitet er en viktig del av den sykliske modellen. Metoden gir mulighet til å gi ny og nyttig kunnskap tilbake til eget praksisfelt.

3.2 Virksomhet Hjemmebaserte tjenester

Metodevalg forutsetter deltagelse som bygger på kunnskap og erfaring fra sykepleiere i hjemmesykepleie for å kunne videreutvikle praksis (Hummelvoll, 2006a; Höglund-Nielsen & Granskär, 2017). Praksisnær forskning er bunnet i den virksomhet som studeres (Hummelvoll, 2006a; Levin, 2017), derfor følger en presentasjon av virksomheten.

De strukturelle endringene i samfunnet påvirker aktuell kommune. Kommunen er en bykommune på Østlandet som står overfor utfordringer når det gjelder innbyggernes økte behov for helse- og omsorgstjenester. En aldrende befolkning, flere unge brukere med omfattende behov, oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjeneste, folkehelseutfordringer og forventninger i befolkningen er faktorer som vil øke behov for tjenester. Kommunen har som mål at innbyggere har mulighet til å bo trygt i eget hjem så lenge som mulig. Kommunens planverk tar sikte på at komplekse og sammensatte behov fordrer høy fagkompetanse blant ansatte. Og det vektlegges en styrket tjeneste til hjemmeboende. Virksomhet Hjemmebaserte tjenester er en stor virksomhet i kommunen, det gis flere tjenester hvor hjemmesykepleie utgjør største andel. Det ytes tjenester til brukere i alle aldre, med varierende behov i omfang og type tjeneste. Høsten 2019 er det registrert rundt 700 mottakere av hjemmesykepleie. Trygghetsalarm gis som eget vedtak, og omfatter cirka 600 innbyggere. Utrykning på alarmer er en oppgave som faller inn under hjemmesykepleie, noen av disse har hjemmesykepleie andre ikke. Ansatte har dermed oppdrag som er veldig varierende, og ulik kjennskap til brukere. Vedtak om hjemmesykepleie er i tid alt fra minutter til vedtak som tilsvarer døgnkontinuerlig tjeneste. Virksomheten er tverrprofesjonell, i vekst og består av flere avdelinger. Parallelt med studien gjennomgår virksomheten omfattende omorganisering i forbindelse med kommunesammenslåing.

Det er tidligere gjennomført kompetansekartlegging. Utviklet og innført opplæringsmodell og verktøy som bidrar til strukturert klinisk vurdering og kommunikasjon. Målet er å

avdekke endringer i somatisk og psykisk helsetilstand, både forverring og forbedringer. Sykepleiere utfører sykepleiefaglig klinisk vurdering på eget initiativ, eller når de kontaktes av øvrige ansatte som oppdager endring i funksjonsnivå hos brukere. Ved alle endringer ligger det føringer for hvor raskt den sykepleiefaglige vurderingen skal utføres.

3.3 Utvalg

I det følgende beskrives informasjon gitt i virksomheten, utvalgsstrategi og utvalget presenteres.

3.3.1 Informasjon til utvalg og andre involverte

Da studiet ble godkjent Norsk senter for forskningsdata (NSD), se vedlegg 1. Søkes tillatelse fra Kommunalsjef Helse- og omsorg og kommunens personvernombud. Godkjenning til gjennomføring gis 11.4.19. Det sendes orienteringsnotat til tillitsvalgte. Tillatelse fra virksomhetsleder var forhåndsgitt forutsatt at alle nødvendige tillatelser forelå. Informasjon om studiet, utvalgskriterier og samtykkeskjema sendes avdelingsledere med forespørsel om å rekruttere deltagere til studien. Det oppfordres til at masterstudent informerer i avdelingens møteforum.

3.3.2 Utvalgsstrategi

For å bringe inn erfaringer og refleksjoner knyttet til hensikt består utvalg av sykepleiere i hjemmesykepleie. Et strategisk utvalg ansees å gi relevant informasjon og bidra aktivt til formålsoppnåelse. Som en intensiv studie søkes mange variabler fra få deltagere (Leseth & Tellmann, 2018). Avdelinger ønskes representert med en til to sykepleiere, avhengig av avdelingens størrelse, totalt seks sykepleiere var ønsket. Inkludert observatør og masterstudent består gruppen av åtte deltagere (Hummelvoll, 2010).

Masterstudent holder informasjon om studiet i avdelingene. Rekruttering foretas av avdelingsledere, hvor ansatte enten melder interesse, eller forespørres. For å bringe inn variasjon informeres avdelingsledere om at det ønskes deltagere med ulike erfaringer (Polit & Beck, 2020). Det forutsettes at sykepleiere finner problemområde interessant og lar seg engasjere (Hummelvoll, 2011). I utvalgskriterier vektlegges motivasjon og evne til utvikling. Granskningen avledes fra erfarings- og praksiskunnskap, det er derfor et inklusjonskriterium at sykepleiere er i klinisk arbeid, se tabell 2.

Tabell 2 Viser inklusjons- og eksklusjonskriterier

Utvalgskriterier	
Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleier ansatt i over 50% stilling i klinisk arbeid med turnus dag/kveld.	Sykepleiere som planlegger å bytte jobb/gå ut permisjon innen oktober 2019.
Motivasjon og evne til å utforske og utvikle egen praksis.	

Selv om metoden åpner for å ha deltagere som går inn og ut av gruppen (Hummelvoll, 2010), tilstrebes en stabil gruppe. Det velges eksklusjonskriterium som bidrar til stabilitet. Dette gir grunnlag for et utvalg med variasjon og erfaring fra tema, motivasjon og evne til å utforske, reflektere og videreutvikle (Polit & Beck, 2020).

Det beskrives som lett å rekruttere, men tok lengre tid enn estimert grunnet stor aktivitet tilknyttet kommunesammenslåing. Alle deltagere takker ja, og masterstudent får deltagernavn ved at signert samtykkeskjema overleveres.

3.3.3 Presentasjon av utvalg

Alle seks deltagere er kvinner. Median alder er 43,5 år med spredning i alder fra 26 – 53 år. Det er spredning i antall år de har jobbet som sykepleier i hjemmesykepleie, fra under et år opp til 17 år, median er 1,5 år. Fire av deltagere har under to års erfaring, og to av deltagere har over 16 års erfaring. Det er varierende erfaring fra andre avdelinger, i og utenfor primær- og spesialisthelsetjeneste. Tre sykepleiere har erfaring fra somatiske sykehusavdelinger, dette representerer tre ulike sykehus og ulike avdelinger. To sykepleiere har videreutdanning, innen palliasjon og kreft. Videreutdanning representerer dermed tilnærmet likt fagfelt.

3.4 Datainnsamling

I denne studien velges flerstegsfokusgruppeintervju som hoved metode for datainnsamling. Omtales også her som flerstegsfokusgruppesamtale, da metoden beskrives godt som undersøkende kunnskapsdialoger med mål om å utforske erfaringer, forståelse eller ønsker (Hummelvoll, 2010). Gruppedynamikk er en viktig del av metoden, og blir derfor presentert.

3.4.1 Forberedelse og deltagelse

Det gjennomføres pilot intervju som bidrar til økt kvalitet, gjennom en forberedt og trygg masterstudent i rollen som moderator (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Intervjuguide sendes aktuell sykepleier i forkant. Det benyttes lydopptak. Pilotintervju transkriberes ikke og gir ingen endringer i intervjuguide. Derimot får masterstudent nyttig erfaring med spørsmålsformuleringer, tidsbruk, lydopptaker og intervju som metode. Erfaringer nedtegnes og brukes i forberedelse av flerstegsfokusgruppesamtaler.

Intervjuguide, se vedlegg 2, sendes deltagere i forkant av fokusgruppesamtaler, med presisering om at de ikke trenger å forberede seg eller prestere, men at spørsmålene danner grunnlag for samtaler (Hummelvoll, 2010). Intervjuguide består hovedsakelig av åpne spørsmål og spørsmål som relaterer til praksis, eksempel: kan du beskrive sist gang du benyttet din kliniske vurderingsevne? Intervjuguide består av fire hoveddeler som utforskes gjennom ulike samtaler.

Det tilstrebes realistisk planlegging gjennom fremdriftsplan med ukentlig tidsplanlegger. Det tas høyde for justeringer, og det blir nødvendig grunnet lengre tidsbruk enn beregnet knyttet til godkjenning og rekruttering (Brinkmann & Tanggaard, 2015; Hummelvoll, 2011). Hvilket medfører at samtaler starter i juni, se tabell 3. Å vente til høst ansees uheldig grunnet forestående kommunesammenslåing med forventet stor grad av ansatte medvirkning. Tidspunkt for samtaler tar utgangspunkt i turnus og ferieavvikling. Det sendes informasjon om samtaletidspunkt både på e-post og SMS, samtidig som hver avdelingsleder sørger for at avtalt tid står oppført på dagsplanen i den enkelte avdeling.

Tabell 3 Viser deltagelse i flerstegsfokusgruppesamtaler sommeren 2019

Deltagere	1.flerstegs- gruppesamtale 14.jun 2019	2.flerstegs- gruppesamtale 19.jun 2019	3.flerstegs- gruppesamtale 27.jun 2019	4.flerstegs- gruppesamtale 21.aug 2019
Sykepleier1	X	X	X	
Sykepleier2	X	X	X	X
Sykepleier3	X	X	X	X
Sykepleier4		X	X	
Sykepleier5		X		X
Sykepleier6		X	X	
Observatør1	X	X (gikk 15m. før)		
Observatør2			X	
Moderator	X	X	X	X

Gruppen på åtte har et fast møterom tilknyttet virksomhetens lokaler, men utenfor avdelingene. Det tilstrebes en stabil gruppe på åtte personer, men som det fremgår av tabell 3 er det bevegelse i gruppen.

3.4.2 Datainnsamlingsmetoder

Metode for datainnsamling er flerstegsfokusgruppeintervju, supplert med refleksjonsnotater, referat, kommunens sosiale medium Yammer og e-post (Hummelvoll, 2010).

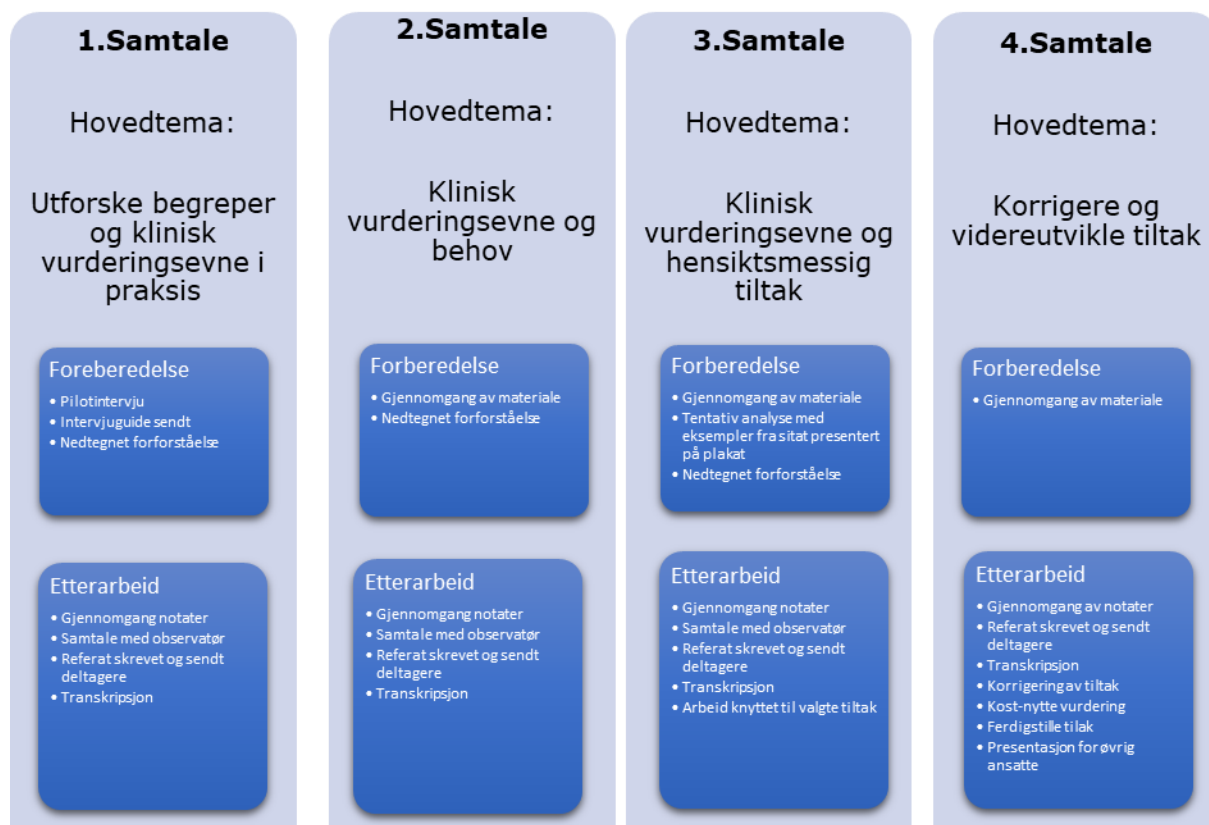
Flerstegsfokusgruppeintervju er en variant av fokusgruppeintervju, det søkes variasjon, dybde og bredde i oppfatninger og erfaringer (Jayasekara, 2012). Metoden skiller seg ut ved at tilnærmet samme gruppe utforsker tema gjennom flere møter. Det er en aktivt medvirkende demokratisk metode som ikke bare anerkjenner, men også baserer seg på deltagerens erfaringer. Deltagere og masterstudent dokumentere systematisk kunnskapsdannelsen, medvirker i aksjonen og undersøker effekt (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017). I fellesskap utforskes dermed egen virkelighet som leder til forbedring og refleksjon over erfaringene underveis (Rahman, 2008). Gjennom undersøkende kunnskapsdialoger utforsker, og videreutvikles et forhåndsdefinert tema. Med dialogisk og granskende form vurderes metoden som egnet til datainnsamling i handlingsorientert forskningssamarbeid (Hummelvoll, 2010). Det dialogiske preg ble tydelig gjennom samtalen, og vises i dette eksempel:

“Sykepleier1: så man står litt alene sånn. Sykepleier2: mmh. Sykepleier3: derfor er ansvaret ganske tøft. Sykepleier1: det er stort. Sykepleier2: man må liksom kunne stole på sine egne vurderinger. Sykepleier3: og prøve å ta inn en kollega men det er jo ikke alltid man har noen tilgjengelig til å bare liksom komme for en så vil du liksom ikke mase på noen heller når du vet de har mye å gjøre så du tenker jeg får prøve å ta den vurderingen selv”.

Utgangspunkt for samtalen er intervjuguide, men deltagerne har mulighet til å påvirke fokus og samtalenes retning. Erfaringer fra praktisk arbeid bidrar til nyansert og utdypet perspektiv på videreutvikling av klinisk vurderingsevne (Hummelvoll, 2010; Reason & Bradbury, 2006). Gruppen tilbakevender til tidligere tema og deler erfaringer, slik eksempelet viser:

«det også snakket vi om litt sist da at man føler det kanskje som et sånn nederlag når man ringer legevakta for da har jeg ikke fikset problemet selv men det kan jo hende det at det faktisk ikke er mulig at å fikse det hjemme at det er faktisk en ting som må til et høyere nivå sånn er det noen ganger»

Perspektiver og erfaringer deles, og gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon fra øvrige gruppe medlemmer (Hummelvoll, 2010; Jacobsen, 2015). Det tilstrebes ikke enighet, snarere ulike innspill og erfaringer ønskes. Samtalene varer fra 73 til 110 minutter. Se figur 2 for hovedtema per samtale og ulike aktiviteter tilknyttet før og etterarbeid.



Figur 2 Viser oversikt over de ulike aktiviteter tilknyttet flerstegsfokusgruppesamtaler

Det utleveres notatblokk, pen og oppfordring om skriftliggjøring av refleksjoner under og mellom samtalene. Det informeres om metode og roller avklares. Observatør og moderator noterer underveis, og samtaler avsluttes med oppsummering. Notater, samtale med observatør og lydfil er grunnlaget for referat. Samtaler starter med høytlesning av referater, det gir mulighet til diskusjon slik at arbeidet blir felles eie (Hummelvoll, 2006a).

3.4.3 Gruppens dynamikk

Gruppedynamikk er under granskning og vektlegges i hele prosessen (Hummelvoll, 2010). Gjentatte møter bidrar til økt tillit og sosiale relasjoner, som igjen bidrar til trygg og åpen kommunikasjon (Jacobsen, 2015). Erfaringer utforskes, deles og kan utfordres i større grad gjennom at gruppen møtes flere ganger, forutsatt en atmosfære som gir tilstrekkelig trygghet (Hummelvoll, 2010). Moderator legger til rette for en trygg stemning og godt miljø, gjennom valg av nøytralt grupperom, viser oppriktig interesse og lytter aktivt. Moderator er oppmerksom på detaljer og velger nøytral bekledning (Fagermoen, 2005). Vernepleier som observatør, begrunnes i vernepleierens fag hvor

bevissthet rundt egen og andres atferd, kommunikasjon og relasjonelt arbeid er vesentlig. Observatør deler sine observasjoner av gruppedynamikk ved slutten av hver samtale (Hummelvoll, 2010).

Observatør og moderator gjennomgår møter i etterkant. Fra observatørs notater: «moderator lytter aktivt, bør fortsette å oppsummere, sjekke ut at hun forstår gruppen riktig og gi de mulighet til å utdype». Moderator får nyttige innspill på egen påvirkning og rolle. Observatør ble en trygghet for moderator, følgende er notert: «tror jeg bidrar til trygg atmosfære, veldig fint å ha med vernepleier. Gruppen er kjempe fin, spent på om endringer i deltagelse gjør noe med dynamikken».

Etter andre samtale beskrives gruppen som annerledes, alle snakket fritt men alle deltok ikke like mye. Observatør registrerte en større henvendelse til moderator og følgende er notert: «observatør så at deltagerne søkte mer bekreftelse fra meg, søkte mer kontakt satt på enden, bytt tilbake til side». Her refereres det til moderators fysiske plassering kunne påvirke dynamikken. I tredje samtale steppet ny observatør inn etter en kort gjennomgang av metode og rolle. Fjerde og siste gruppesamtale gjennomføres uten observatør, refleksjon rundt tiltak er hovedfokus og moderator holder mer struktur i samtalen.

Gjennomgang av innspill per deltager sett i sammenheng med fysisk tilstedeværelse viser at det er noen som hyppigere deltar verbalt. Variasjon i muntlige deltagelse, diskuteres i gruppen og blir en bevisstgjøring for hele gruppen. Det gis rom for løpende diskusjoner, samtaler går over til arbeidsrelaterte hendelser. Ved behov blir samtaler hentet tilbake til tema. Ofte ledes frie assosiasjoner til nysgjerrighet på hverandre og samtaler flyter lett. Det vises en genuin interesse for hverandre, og de stiller hverandre gode oppfølgings spørsmål:

«Sykepleier3: men er kollegaene dine nysgjerrig på det som du fører med deg liksom din erfaring. Sykepleier1: ja de er egentlig det altså vi har hatt god progresjon på det og deres erfaring der de kommer fra og sånn og nå har vi veldig forskjellig bakgrunn».

Frafall gjør at gruppesammensetningen blir ulik, bevegelighet medfører at deltagere oppdaterer hverandre på tidligere diskusjoner, og gir muligheter for videre fordypning. Det erfarer som en trygg, demokratisk og utforskende atmosfære, med hyppig innslag av latter. Deltagere ønsker at gruppen fortsetter å møtes.

3.5 Dataanalyse

Mål med dataanalyse er å finne mønster som grunnlag for valg av aksjon (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017). Datakilder i dette studiet er mange og inneholder både lydopptak, notater, digital kommunikasjon og referater, se vedlegg 3.

Det gjøres en tentativanalyse i samarbeid med deltagere basert på de to første gruppesamtaler, analysen inneholder sitater fra samtaler. Analysen korrigeres i tredje samtale og sendes deltagerne på e-post. Tentativanalyse blir presentert for øvrige ansatte, og gjøres dermed til gjenstand for triangulering. Datagrunnlag for den endelige analysen utgjør transkribert tekst fra gruppesamtaler.

3.5.1 Analysesteg

Transkripsjon utføres av masterstudent og påbegynnes kort tid etter gruppesamtale. Transkripsjon gjøres som ordrett omgjøring fra tale til tekst. Dialekt omskrives til bokmål, institusjons- og stedsnavn fjernes for å anonymisere. Lydfiler avspilles i saktemodus, men av og til lettere å høre klart i ordinær modus. Minimale deler av samtalen er utydelig, dette kommenteres i transkripsjon. Deltagere benevnes sykepleier en til seks. Transkripsjon inkluderer verbale bekreftelser som «mm», spørrende «hm» og latter. Latter noteres i transkripsjon over 100 ganger, stillhet noteres (Malterud, 2011). Det totale transkribert tekst grunnlag er på 70 042 ord.

Transkribert material analyseres ved innholdsanalyse av manifest innhold. Med manifest innhold forstås det opplagte og skal således beskrive samtalenes innhold (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2020). Hensikten er å få innhold fra gruppesamtalene ned til færre kategorier. Innholdsanalyse beskrives som egnet ved utforskende studier (Khomeiran, Yekta, Kiger, & Ahmadi, 2006; Priest, Hohl, & Woods, 2002).

Transkribert materiale gjennomleses utallige ganger. Med utgangspunkt i hensikt henvender masterstudent seg til teksten, og søker meningsenheter i opplagte innhold. Ved gjennomlesning noteres stikkord i marg. Med meningsenheter forstås tekst relatert til samme mening, det identifiseres både varierende lengde på setninger, og hele avsnitt (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsenheter er mange og det er nødvendig med gjentatte gjennomlesninger, for å se etter utelatte elementer. Meningsenheter som omhandlet forståelse av begreper, grunnlag for god yrkesutøvelse og tiltak blir fargekodet i ulike farger, og overført til egne Word dokumenter. Det totale antall ord av gjentagende søken etter meningsenheter, ender på 20 461 ord. Omfanget erfares som fremdeles å utgjøre en betydelig mengde tekst. Meningsenheter overføres til eget Word dokument og plasseres i tabell. Meningsenheter kondenseres ved at tekst blir redusert, men innhold bevart (Graneheim & Lundman, 2004). Det blir nødvendig med flere oppslag i de opprinnelige dokumenter for å kontrollere og være sikker på innholdet.

Tabell 4 Eksempel på meningsenhet og kondensert meningsenhet

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet
men jeg føler jeg egentlig bruker det hver dag ser jo på pasient jeg går jo til brukere hver dag og jeg føler på en måte at jeg observerer og tenker alltid på en måte liksom jeg føler jeg har det med meg liksom at jeg bor i det hele tiden og ser etter liksom ting så kanskje jeg kan si kontinuerlig jeg vet ikke helt jeg men skjønner dere hva jeg mener	Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne er en kontinuerlig observasjon integrert i sykepleieren

Kondenserte meningsenheter får ved abstraksjon koder som med få ord dekker mening (Graneheim & Lundman, 2004). Koder gjør arbeid med å sortere tekst lettere. Koder blir deretter systematisert under potensiell subkategori. Kodene brukes som verktøy for å finne kategorier som representerer innhold. Masterstudent erfarer at å bringe frem kategorier er utfordrende, og det blir nødvendig med avstand til analysen, dette bidrar til at teksten blir vurdert med nye øyne. Det velges beskrivende kategorier, som ivaretar at mening hverken faller utenfor eller passer i flere kategorier. Kategoriene speiler en rød tråd gjennom koder og beskriver med få ord innholdet.

Tabell 5 Eksempel på meningsenhet, kondensert meningsenhet, kode og kategori

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Sub kategori	Kategori
fagutvikling det er jo noe som skjer hele tiden tenker jeg i hvert fall hvis det er noe dynamikk det er noe som skjer det er utvikling og noe som er helt nødvendig for at vi skal kunne bli bedre	Fagutvikling er å hele tiden utvikle for å bli bedre	Fagutvikling er å kontinuerlig forbedre	Fagutvikling er kontinuerlig forbedring og kvalitetssikring individuelt eller i interaksjon	Dynamiske og komplekse begreper
det er den beste følelsen i verden det og komme fra et sted hvor dem liksom er så takknemlige og er trygge og du vet at det har vært så mye greier og du har klart å liksom dempe den stemningen i det hjemmet til å tenke at jo det går dette åh nå føler jeg meg så mye tryggere det er jo beste følelsen i verden	Beste følelsen når bruker er trygg og takknemlig etter at stemningen er dempet og troen på at dette skal gå i hjemmet	Skape trygghet for brukere oppleves meningsfullt	Behov for anerkjennelse av sine vurderinger og for sin arbeidsplass	Klinisk vurderingsevne påvirkes av forhold i og utenfor sykepleieren

Tentative kategorier blir subkategorier, som blir subsubkategorier og deretter subsubsubkategorier, se vedlegg 4. Denne arbeidsmåten forenkler håndtering av materialet. Analysen erfares som beskrevet en streng systematisk tekst analyse (Polit & Beck, 2020). Innspill fra veileder, kollega og medstudenter med en konstruktiv og kritisk holdning til analyse var i denne fasen uvurderlig.

4 Forskningsetiske overveielser

Studiet er formelt godkjent NSD, se vedlegg 1, kommunens ledelse og personvernombud. Masterstudent forvalter tillit som er gitt ved å gjennomføre studiet på en god måte. Det relasjonelle forhold preges av respekt og forskningsetiske retningslinjer etterleves (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2010; The World Medical Association, 2013).

4.1 Forskningsetiske retningslinjer

Det innhentes skriftlig informert samtykke, se vedlegg 5. Deltagere er masterstudents største prioritering, og settes foran studiets interesse (The World Medical Association, 2013). Deltagere informeres om at de til enhver tid kan trekke seg. Masterstudent er forpliktet til å ivareta deltagerens anonymitet, integritet, verdighet og fortrolighet. All informasjon behandles konfidensielt, transkripsjon anonymiseres, innsamlet data oppbevares adskilt, elektronisk/fysisk låst og destrueres ved prosjektslutt. Det benyttes lydopptak i alle samtaler. Innsamlet data organiseres, lagres og håndteres systematisk (McNiff, 2017).

Med eksplorativt og fleksibelt design vektlegges en detaljert plan for det som kan planlegges, og påberegnes endringer underveis. Studiet har et gjennomgående fokus på nytteverdi for deltagere opp mot ikke-skade prinsippet, med intensjon om å maksimere nytteverdi. Som nytteverdi vurderes selve aksjonen som kan medføre forbedring av praksis, mulighet til refleksjon og diskusjon over tema i en trygg atmosfære. Det ansees fordelaktig at deltagere øker kunnskap om tema og forskningsmetode, og at de opplever at deres stemme blir hørt og utgjør en forskjell (Polit & Beck, 2020). Masterstudent er gjennomgående oppmerksomhet på potensiell risiko for deltagere og viser ekstra oppmerksomhet til integritetskrenkelser. Dialogisk validering hvor mulige tolkninger har kunnet bekreftes/avkreftes, og samarbeid rundt tentativ analyse bidrar til opprettholdelse av integritet (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2010). Det er i analyseprosess gitt innspill av veileder, medstudenter og ressursperson i tjenesten.

Deltagelse i studiet vil i varierende grad være kjent i virksomheten. Med potensiell mulighet for gjenkjennbarhet, er derfor konfidensialitet hensyntatt i utvelgelse av sitater og presentasjon av utvalg i dette skriftlige arbeid (Polit & Beck, 2020).

4.2 Moralsk forpliktelse knyttet til handlingsorientert forskningssamarbeid

Etiske overveielser omhandler utøvelse av moralsk praksis i henhold til de verdier metoden bygger på. Handlingsorientert forskningssamarbeid bygger på et humanistisk og helhetlig grunnsyn (Hummelvoll, 2011). Og må forstås i det fellesskap og den kontekst det utøves (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017; Jacobsen, 2015). I tråd med metoden vektlegges dialog, hvor alle bidrar aktivt i demokratisk prosess. Masterstudent

anerkjenner subjektivitet, den enkeltes virkelighet og søker den individuelle opplevelse og erfaring. Samtidig erfares at det skapes mulighet for felles forståelse gjennom felles refleksjon (Hummelvoll, 2010). Samskaping skjer i demokratisk, likeverdig og inkluderende miljø. Deltagere bringer inn dybde, variasjon og ulike erfaringer, men blir møtt med respekt i gruppen. Masterstudent erfarer en relasjonell binding som trolig utgjør en moralsk forpliktelse til å gjøre godt. Masterstudent har erfaring som samtaleleder i veilednings- og refleksjonsgrupper, og har tidligere gjennomført intervju og transkripsjon.

Det påpekes ansvarliggjøring av deltageres delaktighet i forskningsdelen og ikke bare være medsubjekter (Hummelvoll, 2011). Dette samarbeid kan variere (Hummelvoll, 2010) og deltagere ble her invitert inn i noe som var planlagt, samtidig gjøres rom for endringer. Deltagere oppfordres til aktiv deltagelse i hele prosessen, og samarbeid om tentativ analyse er eksempel på slik deltagelse. Et annet eksempel er bruk av intervjuguide, det gir struktur men samtalene løper ofte fritt. Gjennom telefonsamtale med professor (em) i psykisk helsearbeid og forfatter Jan Kåre Hummelvoll (personlig kommunikasjon, 20. februar 2019) fikk masterstudent gode metodiske råd vedrørende grad av deltagelse i handlingsorientert forskningssamarbeid, bruk av forskningsspørsmål og intervjuguide. Forskningsspørsmål og intervjuguide bidrar til struktur som er hensiktsmessig med tanke på tidsrammen. Gjennom samtalene gis fleksibilitet slik at deltagere kan styre fokus for samtalene.

4.3 Nærhet til praksisfeltet

Metoden gir mulighet til å gi ny og nyttig kunnskap tilbake til eget praksisfelt. Masterstudent er kjent i miljøet, med varierende kjennskap på individnivå. Det tilstrebes at deltagere ikke følger seg forpliktet til deltagelse, rekrutteringen gjøres derfor gjennom avdelingsledere. Nærheten til virksomheten gir utfordringer knyttet til å forske i egen virksomhet. Samtidig som masterstudentens tilstedeværelse er det nødvendig å ha analytisk distanse (Hummelvoll, 2011). Masterstudent utforsker egne forestillinger om tema før start, og noterer forforståelse underveis i hele prosessen. Masterstudent får gjennom samarbeid mulighet til å bli bevisst egen forforståelse (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Det vektlegges derfor bevissthet i balanse mellom nærhet og distanse (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2010; Jacobsen, 2015). Dette erfares som spesielt nødvendig for å balansere aksjons- og forskningsdelen.

Aktiv deltagelse styrkes ved at studie er forankret i ledelse, og deltagerens engasjement kan forsterkes ved opplevet støtte fra sine ledere (Hummelvoll, 2011).

«Action research builds on the past, takes place in the present with a view to shaping the future» (Coghlan & Casey, 2001, s. 6).

Som sitatet viser fordrer studiets gjennomføringsevne, modenhet og vilje i virksomheten til å lære i prosess. Selv med kort tidsfrist vurderes prosjektet gjennomførbart, og det er gjennom masterstudentens arbeid naturlig å være aktiv deltagende. En fortsettelse av aksjonsforskningsspiralen er mulig utover dette studiet. Nærhet til feltet og forankring av prosjektet vurderes som faktorer som bidrar til tillit og gjennomføringsevne (Coghlan & Casey, 2001).

5 Resultat

I det følgende presenteres sykepleiernes forståelse, erfaringer og valg av tiltak. Dermed besvares valgte forskningsspørsmål; Hvordan forstås begrepene fagutvikling, kompetanse og klinisk vurderingsevne? Hvordan erfarer sykepleiere grunnlaget for å kunne utøve god sykepleierfaglig klinisk vurdering? Analyse av datagrunnlaget ledet frem til to kategorier som hver har tre subkategorier, se tabell 6

Tabell 6 Resultat presentert i to kategorier med tilhørende subkategorier

Kategori	Subkategori
Dynamiske og komplekse begreper	Fagutvikling er kontinuerlig forbedring og kvalitetssikring individuelt eller i interaksjon
	Kompetanse er kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper videreutviklet gjennom erfaring og kompetansedeling
	Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne er å forsvarlig utøve og handle på bakgrunn av årvåkent profesjonelt skjønn
Klinisk vurderingsevne påvirkes av forhold i og utenfor sykepleieren	Kontekst påvirker betydning av og grunnlag for klinisk vurderingsevne
	Sykepleierens trygghetsfølelse er betydningsfull og påvirkelig
	Behov for anerkjennelse av sine vurderinger og for sin arbeidsplass

Gjennom flerstegsfokusgruppesamtaler har deltagerne fått en felles forståelse av begreper og grunnlag. Denne avklaringen har vært viktig når hensikten er å forbedre praksis (Hummelvoll, 2006b) og dermed besvare forskningsspørsmålet; Hvordan kan klinisk vurderingsevne videreutvikles og hva erfares som hensiktsmessige tiltak? Gruppens valgte aksjon er konkrete og presenteres til slutt i dette kapittel. Hvorfor tiltak er valgt ligger på et høyere abstrakt nivå og gjenspeiles i de funn som her presenteres (Hummelvoll, 2010).

5.1 Dynamiske og komplekse begreper.

Fagutvikling, kompetanse og klinisk vurderingsevne forstås som dynamiske og komplekse begreper. Begrepene relateres til kvalitet og forsvarlighet. Utviklingen skjer gjennom yrkesutøvelse både individuelt og i samspill.

5.1.1 Fagutvikling er kontinuerlig forbedring og kvalitetssikring av fag individuelt eller i interaksjon

Fagutvikling som begrep forstås som en dynamisk prosess. Fagutvikling kan være strukturert eller ustrukturert, individuell eller i interaksjon. Og innebærer alle aktiviteter som bidrar til kontinuerlig forbedring, kvalitetssikring, økt eller forbedret kunnskap og kompetanse. Sykepleier 3: «*fagutvikling det er jo noe som skjer hele tiden det er noe dynamikk det er utvikling og noe som er helt nødvendig for at vi skal kunne bli bedre*». Fagutvikling sees som en nødvendig utvikling, som må gå i takt med helsetjenestens utvikling. Det innebærer å velge åpenhet for utvikling og ikke la seg begrense slik som

Sykepleier 2 beskriver mulighet for: «jeg kjenner at det kanskje er enkelt å liksom bare følge den her lista på telefonen og ikke tenke noe liksom». Fagutvikling handler om innstilling og evne til å ha et faglig fokus i yrkesutøvelsen. Sykepleier 3 illustrerer det slik: «nei du driver ikke bare og smører brødkiver du jobber med ernæring du ser at den pasienten faktisk får den ernæringen som trenger for å være frisk».

Fagutvikling erfares som tilfeldig, mangelfull og ustrukturert. Til tross for dette, erfares at ansvaret og bredden i erfaringer bidrar til mer fagutvikling. Sykepleier 1 beskriver det slik: «jeg tror nesten det kan bli mer fagutvikling her i hjemmetjenesten enn på et sykehus på en måte for at det er at vi føler ansvar veldig stort ansvar og at man søker kunnskap av den grunn liksom». Fagutvikling skjer i stor grad gjennom selve yrkesutøvelse. Refleksjon, trene, dele påpekes som metoder for fagutvikling, men erfaring trekkes frem som spesielt viktig. Sykepleier 1: «all erfaring er liksom gull verdt».

Fagutvikling motiverer, skjer individuelt og i interaksjon. Engasjerte sykepleiere er viktig og nødvendig for brukere og for sykepleieren selv. Som Sykepleier 6 sier: «nei men det kan jeg jo ikke slutte med hvis alle skal slutte å være på hvordan skal brukerne våre ha det da liksom». Fagutvikling skjer også i samspill, og det erfares at et lærende miljø har rom for å gi og tåle tilbakemeldinger. Kollegaer betyr mye de er noen å lene seg på, speile seg i eller diskutere med. Fagutvikling erfares som motiverende, Sykepleier 4 beskriver det slik: «med en gang man får noe input eller søker input for det handler om å søke input og ta litt initiativ selv også så gjør det noe med deg som arbeidstaker du får en ny giv og du blir litt sånn oj jøss så spennende og du får en ny drive da». Fagutvikling inspirerer, gir trygghet og kan bidra til å beholde og rekruttere sykepleiere. Det bidrar til stabile sykepleiere ved at de får en opplevelse av å bli satset på.

5.1.2 Kompetanse er kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper videreutviklet gjennom erfaring og kompetansedeling

Kompetanse forstås å inneholde kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper. Sykepleier 3: «jeg tenker liksom med en gang kunnskap og ferdigheter og kanskje også litt personlig egnethet midt opp i det og». Uten utvikling står man fast som Sykepleier 5 beskriver det: «uten kunnskap så har du egentlig veldig lite og om du ikke klarer å utvikle den kunnskapen heller så står du fast». Kompetanse utvikles når teori erfares i praksis. Praktisk utøvelsen av sykepleie og de erfaringen man får er en vesentlig kilde til kompetanseutvikling. Som nødvendig kompetanse for å yte forsvarlig sykepleie benevnes evne til å forstå sammenhenger og forutse hva som kan skje. Sykepleieren skal ha bakgrunnskunnskap og begrunnelser, Sykepleier 1 sier: «...jeg skal ikke bare kunne prosedyre den kan alle lære ...». Det er sykepleierens ansvar å ha et bevisst forhold til egen kompetanse dette innebærer å meddele kompetansebrist, og innhente nødvendig kompetanse der egen kompetanse er utilstrekkelig.

Kompetansedeling skjer i samhandling både internt og eksternt. Sykepleieren beskrives som viktig i kompetanseoverføring blant ansatte og sykepleierens veiledende og undervisende funksjon benevnes lærerik og spesielt nødvendig i hjemmesykepleie. Sykepleier 1: «jeg syntes man trenger en annen kompetanse i hjemmesykepleie (...) for før tenkte jeg undervisning det var ovenfor pasientene men nå blir det og for kollegaer egentlig på en sånn glidende måte at man går for godt samarbeid samtidig som man kan overfører kunnskap ...». Sykepleierens kompetanse innebærer derfor å kunne tilpasse og videreføre kunnskap til øvrige faggrupper. Kompetansedeling skjer på flere arenaer, og det beskrives som vesentlig at man kan diskutere og reflektere med kollegaer. Sykepleier 5: «Ja men sånn som når vi har rapport da så blir det ofte diskusjoner og i forhold til

behandling av pasienten og tiltak og hva vi skal gjøre videre og den tiden der er jo helt unik at vi klarer å kommunisere med hverandre og kommer frem til et tiltak eller behandling eller løsning». Samarbeid er en kilde til kompetansedeling og delt kunnskap verdsettes.

5.1.3 Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne er å forsvarlig utøve og handle på bakgrunn av årvåkent profesjonelt skjønn

Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne forstås som en profesjonell kontinuerlig bred og objektiv årvåkenhet. Sykepleier 2: *«jeg forbinder det med det jeg observerer og tar inn hver gang jeg kommer inn til en bruker og (...) hva jeg registrerer og fanger opp egentlig ja alle inntrykk»*. Det er viktig å være åpen, ikke låse seg til forklaringer på det man observerer, men være en som leter etter mulige årsakssammenhenger. Sykepleier 3 forklarer det slik: *« (...) du binder deg liksom ikke til en avklarende forklaring kjempe spennende det er så du er detektiv noen ganger det er kjempe spennende (...)»*. Sykepleieren bruker sin fagkompetanse, hele seg og alle sine sanser, Sykepleier 3: *«jeg tenker sanser ja akkurat sanser hva jeg ser og kjenner og følger og lukter at jeg bruker liksom hele meg og alt jeg kan av både teori og praksis og erfaringer»*. Sykepleiere kan vurdere ulikt i de samme situasjoner. Klinisk vurderingsevne benevnes som en integrert kontinuerlig observasjon som også inkluderer handlingsevne. Sykepleier 2: *« (...) jeg følger liksom jeg har det med meg hele tiden og på en måte finne ut av det bakgrunnen for det her og hva skjedde og ja hvorfor falt du besvimte du er hun våken og klar er det hvor har du slått deg hvilke faktorer er det som spiller inn for hmm ja finne ut av hva man skal gjøre videre igangsette tiltak»*. Det er en bred årvåkenhet av hele menneske og dets omgivelser. Eksempler på hva evnen innebærer er skjønnsmessig vurdering av hygieniske prinsipper, vurdering av nettverk, følelser og relasjoner og behov for hjelpemidler. Sykepleier 4 gir et eksempel: *«det er ganske mye vold blant eldre også uten at man egentlig vet det mot hverandre og både fysisk og psykisk (...) jeg er ingen dommer jeg kan ikke dømme noen men vi skal observere det skal vi gjøre hva er det egentlig som skjer her hvilken dynamikk er det hjemme hos dem»*.

Det handler i stor grad om å resonere seg frem til faglige veloverveide tiltak og til å benytte kunnskap og erfaringer når man resonerer. De beskriver videre at sykepleiere i hjemmesykepleie er løsningsorienterte og at det er behov for å vektlegge tid på resonnement og refleksjon. Sykepleier 4: *«for jeg tenker i hjemmesykepleien er det sånn at ting går litt fort (...) sånn at man finner løsningen før man har resonert»*. Det forventes at de raskt skal ta ansvar og gi svar til øvrige kollegaer. Det kan få alvorlige følger dersom man tar feil beslutning. Å resonere er derfor essensielt for handlingsevne og sannsynlighet for valg av gode tiltak. Evnen inkluderer også å kunne videreformidle vesentlig informasjon til samarbeidende personell som bidrar til at beslutninger fattes på et godt grunnlag.

Kommunikasjon og relasjon ansees betydningsfullt, måten man takler og møter ulike mennesker med ulike atferdsmønstre og hvordan man åpner opp for den andre. Sykepleier 4: *«og ikke bare hvordan jeg kommuniserer men også hvordan motparten møter meg det handler jo også om det med å takle mennesker som er så annerledes»*. Sykepleierens kliniske vurdering kan bli mangelfull dersom man trekker seg tilbake grunnet manglende forståelse for reaksjonsmønstre eller manglende tillit fra den andre. Sykepleier 6: *«for det handler jo litt om kommunikasjon tenker jeg (...) at vi har tid til å sette oss ned og ha en samtale og at de kanskje har behov og lyst til å åpne seg litt det er jo ikke alle som ønsker å fortelle hvilken diagnose de har»*.

Det er viktig å oppdage og forstå det spesielle og individuelle i helhetlig og forebyggende perspektiv. Å være proaktiv innebærer en helhetsforståelse av individets fysiske og psykiske tilstand, se sammenhenger for å kunne forebygge forverring. Sykepleier 1: *«hvis de har ødemer på beina som sykepleier tenker vi å sjekke hele kroppen vi ser ikke bare de tykke leggene (...) evne til å se hele kroppen ting henger sammen da at jeg kan oppdage ting da før det går for langt».*

Noen mente at det å ha kjennskap til brukerens livshistorie og brukerens hjem bidrar i kliniske vurderinger. Sykepleier 3 forklarer det slik: *«(...) vi får så mye gratis når vi kommer hjem til folk og den muligheten til å komme inn i hjemmet og se liksom alle de tingene som du sier tom postkasse kontra en full postkasse hvordan ser det ut hjemme der er det ustelt og fint er det liksom eller ja familiebildet på veggen (...)».* Andre mente at man vet mindre om personer i hjemmesykepleie enn man gjør på sykehus, dette kunne være opplysninger om diagnoser, blodprøver og de mer medisinske opplysninger. Sykepleier 2: *«diagnoser og sånn ikke sant jeg har liksom opplevd å gå til en bruker også oppdager jeg etter lang tid at oh han har kreft det står ikke noe sted (...) og det er litt sånn å ja det er derfor du er litt sånn trøtt og sliten ja».* Det var bred enighet om et behov for å kombinere datainnsamling om helsetilstand og brukers omgivelser som bakgrunn for sykepleiefaglige kliniske vurderinger.

5.2 Klinisk vurderingsevne påvirkes av forhold i og utenfor sykepleieren

Det er flere faktorer som påvirker sykepleierens kliniske vurderingsevne. I tillegg til kontekst og sykepleierens trygghetsfølelse, erfarer sykepleiere et behov for annerkjennelse av sine vurderinger og for sin arbeidsplass.

5.2.1 Kontekst påvirker betydning av og grunnlag for klinisk vurderingsevne

Den enkelte sykepleiers faglige skjønn er vesentlig i individuelt arbeid og har stor betydning for pasientsikkerhet, Sykepleier 1 sier følgende: *«det avgjør at det skal bli trygt både for meg og pasienten at jeg har den evnen da».* Det vektlegges at de jobber mye alene, erfarer manglende faglig støtte og må derfor kunne stole på egne vurderinger. Sykepleier 2: *«når man er der ute så er man alltid alene og det er så mye nytt som man kommer opp i men man får jo ikke sammenlignet seg med andre eller er det riktig det her jeg gjør er jeg på riktig vei eller det er veldig vanskelig å vite».* Sykepleierens kliniske vurderingsevne er derfor essensiell. Til tross for at de jobber selvstendig styrkes sykepleierens kliniske vurderingsevne av kollegaer og de vektlegger betydningen av å ha møtepunkter. De ønsker i større grad å benytte seg av hverandre i vurderinger. Sykepleier 6 beskriver det slik: *«jeg hadde ikke vært her mange uker før jeg fikk [ansvarsvakt] og mange ganger var jeg alene på kveldsvakt så jeg ja ok hva gjør jeg nå men jeg ringte jo rundt jeg ringte kollegaer på privaten».* Evnen videreutvikles gjennom refleksjon og styrkes når kompetanse deles med kollegaer, men det påpekes mangelfull kjennskap til hverandre. Det savnes et større rom for refleksjon hvor man kan reflektere sammen om de gode episodene eller fortløpende i hendelser. Sykepleierne ville verdsatt bedre kjennskap til hverandre og hverandres kompetanse, de mener det ville bidratt til økt samhold og lettere å søke faglig støtte av hverandre. Sykepleiere har ulike erfaringer, interessefelt og kompetanse som ikke er tilgjengelig, Sykepleier 3 beskriver det slik: *«plutselig sitter jo folk rundt bordet med fagkompetanse og erfaring fra andre*

plasser som er kjempe gilt». Denne etterspurte kjennskapen til hverandre strekker seg ut over egen avdeling Sykepleier 6: «*du kan jo bruke sykepleiere fra andre avdelinger så tenker du kanskje ikke på det ringer legevakta og sånne ting*». Det er ikke vanlig å søke faglig støtte hos en sykepleier i en annen avdeling, og manglende kjennskap til hverandre ansees som et hinder for å ta kontakt. Sykepleier 4 beskriver det slik: «*(...) det er klart jeg har jo en sykepleier men hun jobber bare på den andre siden av byen men telefonen er jo der og vi kan snakke med hverandre*». Det er med andre ord et potensial for å bedre benytte hverandre som faglig støtte. Kjennskap til hverandres kompetanse, erfaring og interesseområder øker sannsynlighet for kontakt.

Sykepleiere erfarer økende kompleksitet i brukergruppen og beskriver et uforutsigbart og allsidig arbeid som utfordrer deres ansvar og kompetanse. Sykepleier 1: «*det er ingen grenser for hva man ikke har på en vakt*». Eller som Sykepleier 3 beskriver: «*(...) du må tåle uforutsigbarhet på en helt annen måte enn du gjør på sykehuset (...) det er liksom en helt annen greie kommer hjem til brukere og ting er opp ned og kaos og alt er bare helt nei du får ikke den a4 pakka (...)*». Allsidig og uforutsigbart arbeid gir også mulighet til mangfoldig bredde og vekst. Sykepleiere erfarer stort ansvar med vanskelige avgjørelser og økende kompleks brukergruppe. Det påpekes at hjemmesykepleie er i stor endring, det er kort liggetid på sykehus, uavklarte hjemskrivelser og antall institusjonsplasser i kommunen.

Sykepleiere påpeker at dagens organisering og opplæring ikke gir optimal utnyttelse av sykepleierens ressurser. I tillegg til prioriteringer, tids- og økonomiske rammer ansees lederoppfølging som betydningsfullt. Lederoppfølging gjelder både faglig utvikling, faglige satsningsområder, men også av sykepleieren og sykepleierollen i hjemmesykepleie. Sykepleier 3: «*jeg har hørt mange som sier at de har prøvd seg i hjemmesykepleie men som syntes at det er mye ansvar ikke det at oppgavene er kompliserte i den forstand men at det er mye ansvar for deg som sykepleier uten at du egentlig blir tatt vare på i den rollen*». Arbeidslistene er travle og tid påvirker negativt inn på vurderinger, Sykepleier 3: beskriver: «*når du har tretti besøke på en liste på kvelden og du skal liksom rekke igjennom dette*».

Størst fokus gis til opplæring og bruk av sykepleiekompetansen. Det fremkommer ønske om at brukere bør få regelmessige tilsyn og vurderinger av sykepleier. De gir eksempler fra hverdagen hvor forverring av helsetilstand som sårutvikling eller økende ødemer ikke har blitt oppdaget raskt nok da personell som gikk dit ikke hadde rett kompetanse. I tillegg til manglende systematisk bruk av sykepleiefaglige vurderinger erfares også mangelfull strategisk bruk av sykepleiekompetansen. De erfarer at kompetanse ikke benyttes der behovet er størst. De påpeker også at målrettet kompetanse styring ville gitt sykepleiere en følelse av at deres kompetanse blir verdsatt. Strategisk bruk ville også bidratt til at kompetansen ble vedlikeholdt. Sykepleier 4: «*(...) rett menneske på rett sted det burde de som koordinerer jobben vår være mye mer opptatt av å være mye flinkere til*». Det dras også parallell fra riktig bruk av kompetanse til rekruttering av sykepleiere. Å strategisk benytte sykepleiekompetansen vil ikke bare bidra til økt kvalitet for brukeren men også bidra til å øke forutsetningene for gode kliniske vurderinger. Å begynne som ny sykepleier i hjemmesykepleie ansees som spesielt sårbart og det er et potensial for å forbedre både opplæring og oppfølging. Overgangen beskrives som utfordrende både for erfarne og for mindre erfarne og uavhengig av tidligere arbeidserfaring. Sykepleier 6 beskriver det slik: «*det første året etter jeg var ferdig på skolen var en læringskurve som var sånn [artikulerer stigning med hånd]*». Det erfares som tøft også fordi de opplever et stort ansvar å være sykepleier i hjemmesykepleie,

men fremhever at man vokser med ansvaret. Sykepleier 3: «*jeg syntes det var kjempe tøft men man blir jo sterkere av det også*». Det erfares stort behov for å styrke opplæring av nyansatte, både opplæringstid og innhold kan forbedres. Sykepleier 5: «*for å være sykepleier så syntes jeg det er ganske så lite med tanke på du skal settes inn i medisinerom du skal lære alle veier og brukere ute det er bil det er ganske omfattende hjemmesykepleien og så har du tre dager på å lære deg det*». De erfares at man i stor grad må lære seg ting på egenhånd, fordi det raskt er ut på oppdrag med liten tid, sykepleieren(e) man gikk opplæringsvakter med blir gjerne de det fortsettes å søke råd av. Opplæringen bør følges gjennom et lenger tidsforløp, hvor man også sørger for å dra nytte av den tilførsel av kompetanse som kommer med nye sykepleiere, de ansees som en kunnskapskilde. De påpeker også at opplæring er viktig for å beholde og rekruttere sykepleiere.

5.2.2 Sykepleierens trygghetsfølelse er betydningsfull og påvirkelig

Trygghet ansees som vesentlig. Sykepleiere må kunne stole på sitt faglige skjøn, og det fremkommer at trygghet både er varierende og påvirkelig. Klinisk vurderingsevne påvirker selvfølelsen og som Sykepleier 1 sier: «*det føles best hvis det skjer det som jeg tror kommer til å skje*». Trygghet på egen klinisk vurderingsevne gir selvsikkerhet, Sykepleier 6 beskriver sammenhengen slik: at jeg er trygg i jobben min og vet at jeg er i stand til å vurdere riktig». Utrygghet beskrives som en vond følelse i motsetning til den indre ro som Sykepleier 4 beskriver: «*føle at man kan gå hjem fra jobben og føle at man har gjort en ålreit jobb slippe og ligge og gruble*». Mulighet for bistand gir trygghet, men også en følelse av utilstrekkelighet og nederlag, spesielt hvis det er diskrepans i vurderinger. Andre opprettholder tryggheten på egne vurderinger og erkjenner at det var rett med second-opinion uansett utfall. Følelse av indre trygghet gir bedre vurderinger som Sykepleier 1 beskriver: «*hvis jeg er utrygg (...) eller jeg blir stresset så gjør jeg ting feil faktisk og så trygghet kanskje inni meg selv at jeg klarer å holde meg trygg så klarer jeg kanskje å gjøre en bedre vurdering*».

Både erfaring og kompetanse påvirker trygghet i kliniske vurderinger. Utfordrende å føle at man ikke har nødvendig kompetanse. Trene på ferdigheter og tilførsel av kunnskap gir trygghet som Sykepleier 4 beskriver: «*det er noe med den der tryggheten når vi har vært på kurs da så er man jo mer trygg på det i lang periode etterpå (...)*». Å føle at man er faglig oppdatert er viktig, Sykepleier 6 sier: «*da tenker jeg kunnskap er trygghet det er uten tvil*». Erfaring angis som stor kilde til trygghet. Sykepleier 1 beskriver en hendelse slik: «*da følte jeg meg på trygg grunn for da har jeg god trening i fra (...) jeg har stått i det så mange ganger før ikke sant da tenker jeg at min kliniske vurderingsevne eller ja erfaring gjorde at jeg var trygg i situasjonen*». Det vektlegges også at man må utfordre seg selv for å få erfaringslære som bidrar til trygghet.

Sykepleierens kliniske vurderingsevne gir trygghet for sykepleieren, men er også av betydning for kollegaer. Sykepleier 6 beskriver det slik: «*jeg tenker de kollegaene og de vil jo kontakte en sykepleier som de vet er trygge på som kan faget sitt*».

Sykepleierkompetansen verdsettes og kollegaer støtter seg på sykepleiere, spesielt i de situasjoner hvor det skjer uforutsette hendelser. Sykepleier 3 beskriver hvordan det er å være en viktig ressurs: «*det er godt å være den som man kan lene seg på*».

5.2.3 Behov for anerkjennelse av sine vurderinger og for sin arbeidsplass

Trygghet på egne vurderinger kan som beskrevet tidligere være varierende og påvirkelig, men felles for sykepleierne er at de har behov for at deres kliniske vurderingsevne blir tatt på alvor i kommunikasjon med samarbeidsparter. Det erfares frustrerende å ikke bli hørt, og det er spesielt i kommunikasjon med ansatte ved legevakt, ambulansetjeneste og KAD (kommunale akutte døgnplasser) at de erfarer kommunikasjon utfordrende. Sykepleier 6 sier følgende: *«for jeg kjenner det irriterer meg liksom at jeg ikke blir hørt når jeg har vurdert jeg har vært og sett til mennesket jeg kjenner damen»*. Å måtte kjempe for egne vurderinger vekker følelser men også tydelighet. Sykepleier 6 beskriver en dialog med legevakt slik: *«det var liksom så mye om og men og vente til i morgen til legen til fastlegen nei sa jeg det kan ikke vente et døgn etterpå ble hun sendt til SYKEHUSNAVN med sepsis»*. Eller som Sykepleier 3 beskriver: *«man blir litt tøff i trynet etter noen år»*. Sykepleiere har behov for å bli møtt som en likeverdig part i kommunikasjon og erfarer manglende respekt i samarbeid. De påpeker at de i kommunikasjon med fastleger erfarer større tillit til sine vurderinger og mer respekt for sitt arbeid, enn de erfarer fra samarbeidende sykepleiere ved legevakt og institusjoner.

Sykepleiere erfarer manglende kunnskap om hva hjemmesykepleie er, og ser behov for å informere om tjenesten. Oppfatninger om at hjemmesykepleie er mest stell og smøring av mat er ikke riktig. Og de erfarer at voksne sykepleiere som ønsker en roligere avslutning på karriere ved å starte i hjemmesykepleie får et virkelighetssjokk. Sykepleier 2 følger opp med: *«jeg visste ikke at vi gjorde så mye i hjemmesykepleie og jeg er sykepleier liksom»*. Både samarbeidsparter og fremtidige kollegaer bør informeres om hvordan hjemmesykepleieren jobber og hva arbeidet innebærer av arbeidsoppgaver og ansvar. Sykepleiere ser behovet av å fremsnakke sin arbeidsplass og jobbe med omdømmebygging. Sykepleieren er stolte over sin arbeidsplass og ønsker å la andre få innblikk i tjenesten og løfte frem kompetansen. Sykepleier 4 sier følgende: *«at vi faktisk er sykepleiere vi med lik grunnutdanning med masse kompetanse»*. Sykepleierne beskriver en givende jobb og vektlegger betydningen av å skape trygghet for brukere i deres hjem. Å arbeide som sykepleier i hjemmesykepleie beskrives som meningsfylt arbeid. Sykepleier 3 beskriver det slik: *«jeg tenker at jeg har den fineste jobben en kan ha så utrolig fin jeg blir rørt hver eneste dag»*. Sykepleier 3 avslutter med: *«jeg er veldig ydmyk for den jobben jeg har»*.

5.3 Valgte aksjon

Det tredje forskningsspørsmålet hvordan klinisk vurderingsevne kan videreutvikles gjennom hensiktsmessige tiltak, fremkom gjennom gruppesamtalene. Tiltak tok utgangspunkt i at gruppen skulle kunne gjennomføre aksjonen med påfølgende evaluering og korrigerende. Det var som nevnt viktig at gruppen hadde en tilnærmet lik forståelse av begreper og grunnlag for å kunne utøve god sykepleiefaglig klinisk vurdering, når deltagere skulle benytte frembrakt kunnskap for å videreutvikle praksis. Det er gjennom samtalene skapt muligheter til å forfølge flere tiltak og det ble sendt et orienteringsnotat til ledere hvor følgende muligheter ble skissert:

- Presentere sykepleiere og sykepleierrollen i hjemmesykepleie gjennom;
 - Innhente opplysninger og lage presentasjon av sykepleiere i virksomheten hvor hensikt er å tilgjengeliggjøre kompetansen for personalgruppen.

- Lage film hvor hensikten er å gi innblikk i hvordan det er å arbeide som sykepleier i hjemmesykepleie.
- Utarbeide rutineforslag for oppfølging av nyansatte sykepleiere hvor hensikt er å bidra til trygge sykepleiere i yrkesutøvelse og samhandling.

Tiltak ble prioritert og deltagerne ønsket først å fremst å utarbeide et rutineforslag for oppfølging av nyansatte sykepleiere. Her ble gruppen oppfordret til å se muligheter og ikke la seg begrense av forforståelse og kjennskap til virksomheten (Coghlan & Casey, 2001). Utforming av aksjon kom som en direkte oppfordring om å beskrive hva som hadde vært ideelt. Aksjonen ble vurdert til å ha potensiell nytteverdi på flere områder og tok sikte på forbedret klinisk vurderingsevne ved å påvirke forhold både i og utenfor sykepleieren. Rutineforslaget ble utarbeidet og det ble i prosessen bedt om innspill fra øvrige ansatte i hjemmesykepleie og ledere ved samarbeidende virksomheter. Forslag ble korrigeret og det ble utarbeidet en kost-nyttevurdering. Dokumentene ble presentert for ledere med oppfordring om godkjenning og implementering av rutine, se vedlegg 6. I rutinens formål ble det vektlagt at nyansatte sykepleiere skal få god informasjon om arbeidsoppgaver og tjenester. Opplæringsperioden skal bidra til at sykepleiere er trygge i møte med brukere og pårørende og at sykepleiere er trygge på sitt ansvar og sin rolle. Et godt faglig og tverrfaglig samarbeid vil øke trivselen og tryggheten for ansatte.

I kost-nyttevurdering ble det vektlagt at hjemmesykepleie er i stor utvikling og sykepleiere er vesentlige i de strukturelle endringene. Sykepleiere jobber ofte alene, de har en stor spennvidde i faglige utfordringer, de er den fagkompetansen som øvrig personell skal kunne lene seg på. Det stilles økte og stadig nye krav til kunnskap, holdninger og ferdigheter innen et stort felt. Sykepleiefaglige oppgaver beskrives som komplekse og med stor bredde. Det å sette sykepleiere bedre i stand til å være trygge i møte med bruker og pårørende ansees som essensielt for å oppnå tillit til og opplevelse av gode tjenester. Rutinen skal bidra til at sykepleiere er trygge på sitt ansvar og sin rolle og er en trygg og viktig samarbeidspartner i all samhandling. Det erfarer at sykepleiere etterspør systematisk fagutvikling og at mye fagutvikling foregår uformelt. Og sykepleiere tar i stor grad ansvar for egen fagutvikling. Det beskrives at sykepleiere har et stort ansvar. Potensiell nytteverdi vil derfor ha effekt på flere måter. På sikt vil implementering av rutinen bidra til økt rekruttering og stabile ansatte, som igjen medfører færre nyansettelser og lavere kostnad til opplæring.

Ledergruppen godkjente rutineforslaget: Opplæring av sykepleier i hjemmesykepleie
Rutinen planlegges implementert høst 2019. Rutinen gir nye sykepleiere en vesentlig lengre opplæringstid og inkluderer hospitering ved samarbeidende enheter og oppfølgingsamtaler med leder.

6 Diskusjon

Hensikt med studie er å utforske begreper og praksis. Gjennom felles forståelse av begreper, utforskes grunnlaget for gode sykepleierfaglig klinisk vurdering og deltagere finner i fellesskap frem til hensiktsmessig tiltak for å styrke sykepleierens kliniske vurderingsevne. Her følger en kort sammenfatning av funn som er brakt frem gjennom kunnskapsdannelsen. Begrepene fagutvikling, kompetanse og sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne forstås som komplekse og dynamiske begreper. Begrepene relateres til kontinuerlig utvikling, forsvarlig yrkesutøvelse og utvikles i stor grad i relasjon med eller gjennom andre. Grunnlag for klinisk vurderingsevne påvirkes av flere forhold i og utenfor sykepleieren, dette benevnes som trygghet, anerkjennelse og betingelser sykepleieren jobber innenfor. I det følgende vil studiens funn diskuteres i lys av forskning og teori, deretter følger metodediskusjon som belyser studiens styrker og svakheter. Kapittelet avsluttes med refleksjoner og forslag til fremtidige studier.

6.1 Fagutvikling, kompetanse og klinisk vurderingsevne

Begrepene forstås som sammensatte og dynamiske. Det vil i det følgende bli diskutert begrepsforståelse og deres implikasjoner i praksis.

6.1.1 Fagutvikling

Fagutvikling forstås som en kontinuerlig forbedring og kvalitetssikring individuelt eller i interaksjon. Begrepet erfares som sammensatt, og beskriver alle aktiviteter som oppfyller hensikt økt kvalitet, forbedring, økt kunnskap og kompetanse. Dermed ansees fagutvikling som er et verktøy slik Løvsletten (2013) beskriver.

Fagutvikling er en nødvendig dynamisk prosess for å holde tritt med helsetjenestens og fagets utvikling. Denne forståelsen sees i forbindelse med kravet til forsvarlig yrkesutøvelse. Med kvalitetssikring beskrives å utøve forskningsbasert praksis, og kontinuerlig forbedre. Deltagernes forståelse av begrepet sammenfaller med krav som fremkommer i forsvarlighetskravet til sykepleierens yrkesutøvelse (Helsepersonelloven, 1999) og krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette tyder på at sykepleiere har kunnskap om lovverkets implikasjoner på deres praksis.

Personlig ansvar for å være faglig oppdatert gjenkjennes i andre studier (Christiansen & Bjørk, 2016) og fagutvikling sees overlatt til den enkelte sykepleier (Hovland et al., 2015). Sykepleiere erfarer at fagutvikling handler om sykepleierens innstilling, en sykepleier kan velge å ha et faglig fokus gjennom sine arbeidsoppgaver. Et varierende faglig fokus på de arbeidsoppgaver sykepleieren utfører, kan sees som ekstra problematisk i hjemmesykepleie hvor sykepleieren jobber selvstendig. Fra et lederperspektiv er oppfølging av ansattes læring og utvikling utfordrende i hjemmesykepleie, nettopp fordi selve arbeidet er utenfor avdelingen (Børresen, 2015). Deltagere erfarer fagutvikling som mangelfull og usystematisk. Dette gjenspeiles i andre studier (Kyrkjebø et al., 2017). Det synes problematisk at kvalitetskravet fremgår på individnivå, men ikke systematisk slik forskrift og lov pålegger (Forskrift om ledelse og

kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). En systematisk tilnærming til forbedringsarbeid er beskrevet gjennom flere modeller, Demnings sirkel er mye brukt i helsetjenesten (Stubberud, 2018). Tilnærmingen er forankret i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og gir plikt til å sørge for nødvendig fagkunnskap og kompetanse (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

Det påpekes manglende muligheter til fagutvikling, til tross for et beskrevet stort behov (P. C. Bing-Jonsson et al., 2016). Potensialet for fagutvikling beskrives i dette studiet som stort, her trekkes både bredde i erfaringer og den enkeltes ansvarsfølelse frem. Mangfoldige arbeid er en gjennomgående beskrivelse av hjemmesykepleie (Kyrkjebø et al., 2017). Deltagere erfarer at fagutvikling skjer gjennom selve yrkesutøvelsen, med dette forstås at erfaringslære er en viktig kilde til fagutvikling og de får dermed mangfoldig erfaringslære. Erfaring som kilde til læring gjenkjennes i andre studier (Hynne & Kvangarsnes, 2014). Det er mulig at sykepleiere hovedsakelig opplever fagutvikling gjennom erfaringslære fordi fagutvikling erfares som mangelfull og tilfeldig. Erfaringslære er uformell læring gjennom ikke-planlagte tiltak (Lai, 2013). Haywood (2012) har blant annet pekt på betydningen av en overordnet strategi og sett på forhold som hemmer/fremmer kontinuerlig profesjonell utvikling.

Fagutvikling beskrives som et individuelt anliggende, men fagutvikling i samspill beskrives som betydningsfullt. Haywood (2012) benevner motivasjon og vilje på det individuelle plan, men miljø som lederstøtte og kollegaer er påvirkningsfaktorer og fremmer fagutvikling. Kollegaer som betydningsfulle for fagutvikling støttes i flere studier (Flöjt et al., 2014; Kyrkjebø et al., 2017). Deltagere omtaler opplevelse av fagutvikling som motiverende, og en følelse av at de blir satset på. En nasjonal strategi er å benytte lederutdanning som virkemiddel for å oppnå fagutvikling, dette insentiv sees spesielt opp mot rekruttering. En ettertraktet verdi hos kommende sykepleiere er mulighet for utvikling (Grut et al., 2020). Betydningen av å vektlegge fagutvikling, for å rekruttere og beholde kompetanse er et viktig funn i denne studien. Lederstøtte og kollegers betydning blir ytterligere belyst under kompetanse og klinisk vurderingsevne.

6.1.2 Kompetanse

Kompetanse som begrep forstås av deltagere å inneholde kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper. Kunnskaper, ferdigheter og evne er bestanddeler som sees i de fleste definisjoner (Lai, 2013). Dette studiet finner at sykepleier må kunne mer enn ferdigheter. Og kompetanse utvikles når teori møter praksis. Læring gjennom erfaring ble presentert i forrige kapittel.

Vektlegging av personlige egenskaper er sammenfallende med de elementer som Skaug (2017) legger i begrepet samlet profesjonell kompetanse. Hun beskriver i tillegg til personlig kompetanse, at samlet profesjonell kompetanse består av teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter. Elementene utgjør en helhet, som påvirker og er avhengig av hverandre (Skau, 2017). Deltagere ser kompetanse som en samlet betegnelse for flere elementer. Selv om litteratur fremstiller kompetansekomponenter ulikt, hevder Lai (2013) at personlig kompetanse er en grunnleggende form for kompetanse. Personlig kompetanse benevnes som den ikke-faglige kompetanse, men som påvirker måten man utfører arbeidsoppgaver på. Et element i kompetanseformen er evne til egen utvikling (Lai, 2013). Deltagere plasserer evnen under fagutvikling. Begrepene fagutvikling og kompetanse forstås som å ha tett relasjon. Hvor fagutvikling ikke bare er et verktøy for å oppnå, eller utvikle kompetanse, men at evne til fagutvikling

er integrert i kompetanse. Dette samsvarer med læringsutbyttebeskrivelser for sykepleierutdanning (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). At sykepleiere erfarer kompetanse som et dynamisk begrep kan relateres til ordet levende kompetanse og livslang læring som begge er begreper som vektlegges i nasjonale strategier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b; Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Dynamisk kompetanse sees som en kontekstuell forståelse da hjemmesykepleie synes å være i kontinuerlig utvikling, og gjør at krav til kompetanse stadig endres. Evne til faglig omstilling og kompetanseutvikling påpekes som utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c). Sykepleiere i hjemmesykepleie kan dermed synes å ha utviklet endringskompetanse.

En kan undre seg om vektlagt personlig kompetanse henger sammen med hjemmesykepleieren jobb i andres hjem, og i den henseende er et uttrykk for kontekstuell forståelse av begrepet kompetanse. Kompetanse forstås ut ifra den kontekst den utøves (Cowan, Norman, & Coopamah, 2005; Eraut, 1998). Bolstad (2019) peker på at relasjonen mellom sykepleier og bruker, er en personlig relasjon, fordi tjenesten foregår i det personlige hjem. Dette styrker forståelsen av at personlig kompetanse er spesielt viktig i hjemmesykepleie. Dersom tjenesten kan sies å være forsvarlig ut ifra et sykepleiefaglig perspektiv hevdes at mellommenneskelige verdier må bevares (Tønnessen & Nortvedt, 2012).

Deltagere beskriver sykepleierens evne til å overføre kompetanse som spesielt aktuelt i hjemmesykepleie. I hjemmesykepleie jobber sykepleieren med faglærte og ufaglærte (Dale et al., 2015). Funn fra andre studier tyder på at individuell kompetanse må sees opp mot kollektiv kompetanse (Norheim & Thoresen, 2015). I denne studie anser sykepleier å ha en sentral rolle i kollektive kompetanse og de verdsetter kompetansedeling. Et kjennetegn på en lærende virksomhet er at ansatte deler sin kompetanse (Kirkhaug, 2017). Sykepleieres ansvar for kompetanseoverføring beskrives også i en svensk studie hvor møtepunkter og mellommenneskelige forhold vektlegges som bidrag til et lærende miljø (Andersson et al., 2017). Deltagere benevner nødvendig kompetanse i hjemmesykepleie som å kunne forutse og forstå sammenhenger, dette sees sammenfallende med forståelsen av begrepet klinisk vurderingsevne og omtales i neste kapittel.

I likhet med ansvar for faglig utvikling er deltagere tydelige på sitt ansvar og innhenter nødvendig kompetanse ved behov. Utfordring med denne selvevaluering er at det kan være vanskelig å forstå når man har utilstrekkelig kompetanse. På en annen side viser studie at det er enklere å avdekke kompetansemangler, og spesielt i ukjente situasjoner er det vanlig å søke økt kunnskap (Kyrkjebø et al., 2017).

6.1.3 Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne

Begrepet forstås av deltagere som forsvarlig utøve og handle på bakgrunn av årvåkent profesjonelt skjønn. Evnen innebærer helhetlig og objektiv observasjon.

Begrepet innebærer både observasjon og handlekraft, og samsvarer godt med læringsutbyttebeskrivelse for sykepleierutdanning (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Deltagere vektlegger objektivitet, dette er sammenfallende med litteratur, hvor manglende objektivitet beskrives som en trussel mot gode kliniske vurderinger (Kirkevold, 2015). Deltagere forstår klinisk vurdering som langt mer enn en klassisk klinisk undersøkelse. Tanner (2006) har gjennom sin litteraturgjennomgang etablert en alternativ modell for klinisk vurdering, bygget på den erfarne sykepleier.

Bakgrunnen var at sykepleieprosessen med en problemløsningstilnærming ikke blir vurdert tilstrekkelig dekkende for den virksomhet som bedrives. Modellen vektlegger sykepleiernes bakgrunn, kontekst, sykepleiernes relasjonelle forhold beskrives som vesentlig for hva de ser, og til slutt hvordan sykepleiere tolker, reagerer og reflekterer over sine handlinger (Tanner & Tanner, 2006). Sykepleierens bakgrunn og det han/hun tar med inn i situasjonen, er ifølge Tanner (2006) mer betydningsfullt enn de objektive data i situasjonen. Deltagerne har tidligere beskrevet at man kan velge å ha faglig oppmerksomhet i situasjoner, og gjenspeiles i forståelsen av at klinisk vurdering innebærer årvåkenhet.

Videre forstås begrepet som både helhetlig og evne til å fange opp det typiske. I følge Tanner er kunnskap om pasienten ledende for hva man er oppmerksom på. Denne kunnskapen kan enten være at man kjenner pasienten, sitt engasjement for personen/situasjonen eller evne til å hente ut nødvendig kunnskap (Tanner & Tanner, 2006). Deltagere benevner at det er en forutsetning å være sansende i møte, og ha god kommunikasjonskompetanse. Sett opp mot kompetansenivå beskrevet av Benner (1995) er det å se helhet og det spesielle, en egenskap som ligger til det tredje nivå, kompetent. Det fremkom ulikheter hos deltagere knyttet til hvordan endringer oppdages, noen vektlegger kjennskap til bruker andre vektlegger kjennskap til brukers helsetilstand. Dette gjenkjennes i Tanner's modell (Tanner & Tanner, 2006). De ulike syn deltagere har kan mulig forklares ut ifra erfaring. Et kjennetegn på kyndighetsnivå er å kunne oppfatte situasjoner i sin helhet (Benner, 1995).

Deltagere vektlegger betydning av å resonere, og peker på dette som spesielt i hjemmesykepleie hvor ting skal gå raskt. Behovet for å vektlegge resonnement beskrives også som en faktor som fremmer og videreutvikler god klinisk vurdering (Kirkevold, 2015; Tanner & Tanner, 2006). Flere av de kvaliteter som deltagere beskriver spesielt for klinisk vurderingsevne synes å være lite beskrivende for kompetansenivå novice. En kan undre seg om det er plass til den uerfarne sykepleier i hjemmesykepleie? Benner sin modell er situasjonsorientert og beskriver ikke individuelle egenskaper. Det gis inntrykk av at det eneste som er konstant i hjemmesykepleie er at man starter og ender vekten på samme sted. Arbeidsdagen er uforutsigbart og kan bestå av både kjente og ukjente problemstillinger, varierte oppgaver, brukergruppe i alle aldre og arbeidet utføres i stor grad alene.

I andre studier etterlyses verktøy for strukturert klinisk vurdering og økt kompetanse i klinisk vurdering (Hovland et al., 2015; Kyrkjebø et al., 2017). En mulig årsak til at dette ikke fremkommer i dette studiet kan være at et slikt verktøy er implementert.

6.2 Klinisk vurderingsevne og påvirkningsfaktorer

Grunnlaget for gode kliniske vurderinger påvirkes av forhold i og utenfor sykepleieren. Det vil i det følgende diskuteres kontekst, trygghetsfølelse og behov for anerkjennelse.

6.2.1 Kontekst

Klinisk vurderingsevne trekkes frem som essensiell i selvstendig arbeid, sykepleiere må kunne stole på egen dømmekraft. De jobber alene og erfarer manglende faglig støtte. Å stole på egne vurderinger er også viktig i et arbeid som beskrives som uforutsigbart med mye nytt. Deltagere ser dette i sammenheng med pasientsikkerhet, og at det for bruker er avgjørende at sykepleieren har god klinisk vurderingsevne. Mangfoldige oppgaver

bidrar til å trene sin kliniske vurderingsevne. Og det må forstås i sammenheng med erfaringslære. Gjennom arbeidet får de et rikt erfaringsgrunnlag som bidrar til læring og styrket klinisk dømmekraft.

Deltagere vektlegger det kollegiale fellesskap som grunnlag for god klinisk vurdering, kollegaer betyr mye for kompetanseutvikling (Flöjt et al., 2014; Hynne & Kvangarsnes, 2014). Deltagere savner å kunne benytte hverandre i større grad i kliniske vurderinger. Børresen (2015) finner at ledere sjelden tilrettelegger for at ansatte gjør vurderinger sammen, selv om dette erfares som behov. Å benytte hverandre vil bidra til læring (Hovland et al., 2015). For å kunne benytte hverandre må det være en kultur for kompetanseoverføring, og denne studien viser at det er uvanlig at sykepleiere tar kontakt på tvers av avdelinger. En studie peker nettopp på behov for strategisk jobbe for kompetansedeling mellom sykepleiere (Andersson et al., 2017). Deltagere belyser at sykepleiere mangler kjennskap til hverandre. Manglende kjennskap til hverandres kompetanse gjelder også innen egen avdeling. Slike barrierer for kontakt påpekes av andre (Glad, 2019). Funn tyder på at sykepleiere i hjemmesykepleie samlet innehar nødvendig kompetanse (Norheim & Thoresen, 2015) og kompetanse kan overføres (Hovland et al., 2015). Deltagere savner å reflektere sammen. Refleksjon er en forutsetning for utvikling (Tashiro et al., 2013).

Deltagere har gjennom begrepsforståelse vist at de anser kompetanse som et potensial. Sykepleiere eier sin kompetanse, og samlet kompetanse bør ifølge Lai (2013) sees som lånt kapital, og benytter ordet forvaltningskapital. For å styrke klinisk vurderingskompetanse anser sykepleiere at lederstøtte er viktig, de ønsker oppfølging av sin faglige utvikling og ledere som aktivt er med i faglige satsningsområder. Lederstøtte benevnes som viktig i flere studier (Haywood, 2012; Hovland et al., 2015; Kyrkjebø et al., 2017). Børresen finner at ledere har gode intensjoner, men begrenses av rammer (Børresen, 2015). Faktorer som hemmer klinisk vurderingsevne beskrives av deltagere som tid og ansvar. At tid benevnes som hemmende er forventet, men overraskende lite vektlagt i dette studiet. Deltagere ser muligheter og lar seg ikke begrense av organisatoriske rammer. Deltagere beskriver et stort ansvar, et ansvar man kan vokse på, men som også kan bli for stort.

Det er potensial for strategisk bruk av deres kompetanse, og de ønsker at brukere skal få systematisk sykepleiefaglig vurdering som ledd i kvalitetsarbeid. Dette fremkommer i andre studier (Norheim & Thoresen, 2015) og er også klare nasjonale mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Ansatte verdsetter og ser dette som en mulighet til å vedlikeholde kompetansen. Når man ikke får benyttet sin kompetanse kan dette medføre misnøye (Norheim & Thoresen, 2015).

I tillegg til organisering anses opplæring som hverken å være tilstrekkelig eller ta ut potensialet ved tilført ny sykepleierkompetanse. Deltagere påpeker på alt den nye skal settes inn i, dette er praktiske forhold som å finne frem til adresser, parkering og bilkjøring. Men også variasjonen i arbeidsoppgaver ute hos bruker og inne på basen. I tillegg vektlegges alenearbeid og ansvaret sykepleiere i hjemmesykepleie har knyttet til forsvarlig yrkesutøvelse og deres rolle som nøkkelpersonen i ansatte gruppen. Dette bidrar til en beskrivelse av en tøff og utfordrende overgang. Både for erfarne, mindre erfarne og uavhengig av arbeid på eller utenfor sykehus. En australsk studie har innhentet erfaringer fra erfarne sykepleieres overgang fra akuttmedisin til primærhelsetjeneste, og finner at nesten halvparten opplever å føle seg alene og uten støtte. Studiet beskriver manglende opplæring som utfordrende og behov for

veileder/mentor for å bli trygge i sin nye yrkesrolle (Ashley et al., 2018). Selv om den australske organisering av primærhelsetjeneste ikke kan sammenlignes med norske forhold, viser studien at erfarne starter som novice i helt nye omgivelser.

6.2.2 Sykepleierens trygghetsfølelse

Trygghet er vesentlig, og selvfølelse øker når sykepleieren får bekreftet sin forutseenhet. Der det innhentes farlige råd og det er diskrepans i vurderinger mellom sykepleieren og den andre, erfares både trygghet og utrygghet. Noen er trygg på at bruker trenger en annens vurdering, andre blir utrygge når det viser seg at vurderingen var «grunnløs». Det beskrives som trygt å ha mulighet til bistand. Det er et interessant funn, at å be om bistand også kan føles som et nederlag. Deltagere forteller at de ønsker å løse ting selv, men beskriver at de innhenter råd hos andre. Likende funn beskrives hvor sykepleiere ikke innhenter kunnskap selv om de burde, men her beskrives det som en trussel at deres mangler blir blottlagt. En kan lure på om dette er spesielt for hjemmesykepleie som konsekvens av selvstendig arbeid. Det er forventninger om at sykepleieren skal kunne alt (Hovland et al., 2015). Denne forventningen ble også erfart i dette studiet, deltagere føler at de er en viktig ressurs i avdelingene. De opplever at det er store forventninger til sykepleiere dersom det skjer uforutsette hendelser. Deltagere beskriver den trygge sykepleieren som en trygghet for kollegaer.

Å være trygg i egen dømmekraft gir selvsikkerhet og indre ro som bidrar til å «holde hodet kaldt». Mestringsevne innebærer å ha selvtillit og kontroll (Andersson et al., 2017). Deltagere er bevisste på at de må utfordre seg selv, slik at de opparbeider trygghet. Deltagere beskriver viktigheten av å måtte stole på egen evne. Kompetanse gir trygghet, med dette forstås at kompetanse gir forberedthet. De beskriver at situasjoner som kan gjenkjennes fra tidligere erfaring gir opplevelse av en trygg situasjon, dette kan være situasjoner som akutte hendelser eller praktiske oppgaver. Sykepleierens uforutsigbare arbeidsdag gjør det vanskelig å være forberedt på alt som kan komme. Denne manglende mulighet fremgår i andre studier som årsak til at sykepleiere føler seg usikre (Christiansen & Bjørk, 2016). Erfarne sykepleier kan opprettholde selvtillit på kliniske evner men føle seg utrygg på å være alene som sykepleier (Ashley et al., 2018).

Deltagere beskriver derimot at tiden i bil på vei ut til bruker benyttes til å forberede seg på det de tror vil møte de hjemme hos bruker. Benyttes modellen til Tanner vil erfarne i denne fasen gjennomgå kunnskap om aktuell bruker, dens normale tilstand og reaksjonsmønster. Forberedelse tar utgangspunkt i generell kunnskap og erfaringskunnskap (Tanner & Tanner, 2006). Mulighet til refleksjon før og etter hvert oppdrag kan sies å være typisk for hjemmesykepleie. Det er et viktig funn at trygghet betyr så mye, og synes å være relatert til at de jobber selvstendig. Dette gjenspeiles i andre studier, som også viser at utrygghet fra en situasjon trekkes inn i neste lignende situasjon (Hovland et al., 2015). Dermed forstås at erfaring også gir utrygghet. Med utgangspunkt i Maslow's beskrivelse av menneskets grunnleggende behov, er trygghet rangert som det nest mest grunnleggende behov. Dette innebærer å føle seg fysisk og følelsmessig trygg, og innebærer fravær av frykt og redsel (Fivelsdal & Bakka, 1992). Det er ikke overaskende at trygghet er grunnleggende for sykepleierens vurderinger. Det er interessant at det vektlegges så stor tyngde, og noe å ta med seg inn i arbeid med fag- og kompetanseutvikling. Målet for fag- kompetanseutviklingsarbeid er å sikre trygg og sikker yrkesutøvelse, ofte måles kompetanse med spørsmål som er knyttet til kunnskap om eller erfaring med, og sjeldnere om de føler seg trygge på aktuelle tema.

6.2.3 Behov for anerkjennelse og forventningsavklaring

Deltagere erfarer at de ikke blir tatt på alvor når de søker råd hos samarbeidende helsepersonell. De føler at de må kjempe for sine vurderinger, og at de som fagpersoner ikke møtes med respekt. Lignende funn sees i andre studier hvor sykepleiere erfarer utfordringer med å få brukere innlagt (Norheim & Thoresen, 2015). Det er velkjente utfordring i helsekommunikasjon, generelt beskrives kommunikasjon som en av de største årsakene til uheldige hendelser i helsevesenet. God helsekommunikasjon bidrar til pasientsikkerhet (Stubberud, 2018). For å nå nasjonalt mål om pasienters opplevelse av sammenhengende tjenester fordres at helsepersonell gjør hverandre gode, har kjennskap til hverandre og hverandres roller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a).

Telefonisk kommunikasjon mellom helsepersonell beskrives som sårbart. Og sannsynlighet for vellykket helsekommunikasjon øker når helsepersonellet har kjennskap til hverandre og hverandres fagkulturer (Nordby, 2010). Tillit beskrives som en grunnleggende forutsetning i samspill (Skau, 2017). Bolstad (2019) har i sin masteroppgave utforsket fenomenet anerkjennelse hos sykepleiere i hjemmesykepleie, funn viser at det er parallell mellom anerkjennelse og selvtillit. Sykepleiere erfarer at de i samhandling med andre både tviler på egne vurderinger, men også er sikre på egne vurderinger. ISBAR som kommunikasjonsverktøy er en del av ny nasjonal retningslinje (Helsedirektoratet, 2020), ISBAR bidrar til struktur og hensiktsmessig kommunikasjon mellom helsepersonell. Et slikt verktøy er innført i aktuell virksomhet. Til tross for dette erfares sykepleiere mislykket kommunikasjon. Dette kan være uttrykk for mangelfull implementering av kommunikasjonsverktøy, ubalanse i rolle/maktforhold eller manglende forståelse av hverandres roller. På systemnivå bør det holdes oversikt over samhandlingsparter, deres funksjon og hvilke barrierer/muligheter som ligger til grunn for god samhandling, dette vil bidra til forutsetningene for gode helse- og omsorgstjenester. Samhandling bør inngå som en del av virksomhetens kontinuerlige kvalitetsarbeid.

Kommunikasjon er tosidig, hvor både mottaker og avsender har ansvar for vellykket kommunikasjon. Forutsetninger for at helsepersonell kan gjøre hverandre gode innebærer kunnskap om den andres arbeid, ansvar og oppgaver. Deltagere erfarer manglende forventning til hva hjemmesykepleie er. Mislykket kommunikasjon kan være uttrykk for at deltagere ikke har nok kunnskap om hva «den andre» trenger og kan bidra med. Det synes å være en forventning om at hjemmesykepleie skal håndtere mer i hjemmet enn det sykepleiere selv mener er håndterbart. De påpeker en generell misoppfatning av hva hjemmesykepleie er, og dette erfares gjelde hos samarbeidsparter, studenter og nye kollegaer. Virkelighetssjokket som beskriver nyansattes opplevelser av å starte i hjemmesykepleie tilskrives manglende forventningsavklaring. De mener selv å ha ansvar for omdømmebygging ved å fremsnakke sin arbeidsplass og vise stolthet. Men at også ledere aktivt bør bidra til at både samarbeidsparter og fremtidige kollegaer har rett inntrykk av hjemmesykepleie. Det er utfordrende å rekruttere sykepleiere i kommunene (Kunnskapsdepartementet, 2018). Og blant sykepleierstudenter vektlegges ansvaret som en årsak til at de ikke ønsker seg til kommunehelsetjenesten (Grut et al., 2020). Forskning viser at det er spesielt yngre sykepleiere som enten bytter jobb eller vurderer å bytte jobb (Bratt & Gautun, 2018).

Deltagere beskriver sin jobb som meningsfull og givende. Det vektlegges som betydningsfullt at de skaper trygghet for brukeren i eget hjem. Med dette forstås at selve arbeidet og pasientkontakt er motiverende. Glad (2019) har sett på arbeidsglede blant sykepleiere i hjemmesykepleie og finner også at sykepleiere til tross for uforutsigbart og

travelt arbeid finner arbeidsglede gjennom sin jobb. Både arbeidsglede og engasjement fremkommer gjennom deltagere i dette studiet. En annen studie gjort på jobbtilfredshet blant hjemmesykepleiere, viser en høy skår på tilfredshet med kollegaer (Rokstad & Øvereng, 2017). Arbeidsglede er trolig den største arbeidsmotivasjonen ansatte kan ha, og det fremgår at både meningsfylt arbeid og kollegafelleskapet bidrar sterkt til arbeidsglede.

6.3 Metodediskusjon

I diskusjonen rundt kvalitet vil det i det forestående bære preg av kvalitetshensyn knyttet til aksjonsforskning (Hummelvoll, 2006a; Reason, 2006). Det vil være innslag av kriterier for troverdighet beskrevet av Lincoln og Guba (Polit & Beck, 2020) kriteriene er vurdert spesielt egnet for kvalitativ forskning. Det debatteres rundt og argumenteres for at aksjonsforskning bør ha egne kvalitetskriterier (Coghlan, 2019; Levin, 2017; McNiff, 2017; Reason, 2006). Lincoln (2001) argumenterer i nyere tid selv med mulighet for å tenke nytt for å dekke nye behov; «nothing less than a complete rethinking of validity is imaginable» (Lincoln, 2001, s. 62).

6.3.1 Forberedelse og design

Litteraturstudiet, gjort i forkant av studie bærer preg av at det er lite forskning på tema i hjemmesykepleie. Dette støttes i de studier og kunnskapsoppsummeringer som er benyttet. Det er gjort gjentagende søk i håp om finne nyere forskning, og utfordringen er til dels knyttet til ulike begrepsbruk. Studiet har en induktiv tilnærming. Gjennom analysefase ble det tydelig at trygghet og anerkjennelse var sentrale begreper, en abduktiv tilnærming ved å gjennomføre nytt systematisk litteratursøk kunne beriket kunnskapsdannelsen (Graneheim et al., 2017; Polit & Beck, 2020).

Masterstudent erfarer at studiets design og metode bringer frem relevant og nyttig kunnskap og besvarer forskningsspørsmål. En vesentlig forskjell på forskerstyrt aksjonsforskning og deltagerbasert aksjonsforskning er hvordan og av hvem forskningsspørsmålene formuleres. Hensikt og forskningsspørsmål blir operasjonalisert gjennom intervjuguide som i forkant er gjort kjent for deltagere (Hummelvoll, 2010). Samtalene blir lite styrt, deltagere bestemmer fokus og belyser naturlig tema. Forutsetninger for å utføre studiet i henhold til valgte metode ble vurdert som gode. Studiet har ledelsesforankring, masterstudent er tilknyttet virksomhet, har kompetanse i prosjektledelse og erfaring knyttet til gruppesamtaler, dette er refleksjoner som bidrar til forskertroverdighet og bør inkluderes i kvalitetsvurdering (Fagermoen, 2005).

6.3.2 Rekruttering og utvalg

Å forske på egen arbeidsplass kan innebære nærhet som påvirker rekruttering og frivillighetsaspekt (Forskningsdata, 2018). Rekruttering gjennom avdelingsledere, utelukker ikke følelse av forpliktet deltagelse (Jacobsen, 2015). Derfor blir frivillig deltagelse presisert innledningsvis, og blir aktualisert når studiet presenteres for ansatte. Det sees behov for akkreditering, og deltagere som ønsket fikk delta i presentasjon (Hummelvoll, 2010).

Et strategisk utvalg med forhåndsdefinert størrelse var utgangspunkt, bakgrunn for valg er praksisfeltets kapasitet knyttet til realistisk planlegging og anbefalinger knyttet til eksplorerende design (Jacobsen, 2015). Hvis antall blir for lavt vil det svekke variasjon i

erfaringer (Reason & Bradbury, 2006). Flerstegsfokusgruppe på fem til åtte personer ansees hensiktsmessig (Hummelvoll, 2010; Jacobsen, 2015; Reason & Bradbury, 2006). Deltagere med erfaring fra tema er forutsetning (Fagermoen, 2005). Utvalgskriterier sikrer i seg selv ikke bredde i perspektiver og erfaringer, men oppfordringen til avdelingssykepleiere er å bringe inn variasjon. Det er homogenitet i utvalget knyttet til kjønn, men variasjon i yrkesbakgrunn og alder. Det er spredning i erfaring som sykepleier i hjemmesykepleie, men median på 1,5 år viser at flere har relativt kort arbeidserfaring fra hjemmesykepleie. Selv om utvalgskriterier oppfylles, kan det benevnes som bekvemmelighetsvalg siden de velges ut fra en bestemt virksomhet (Polit & Beck, 2020). Utvalget har vist stort engasjement og vilje til utvikling og vurderes til å være et hensiktsmessig utvalg som bidrar til å styrke troverdighet (Hummelvoll, 2010; Polit & Beck, 2020).

Masterstudent erfarte stor interesse når studien ble presentert i avdelinger. Det ble beskrevet som lett å rekruttere. Likevel er det legitimt å anta at grunnet stor medvirkning i prosess rundt kommunesammenslåing ble dette i hensyntatt ved rekruttering. Rekruttering tok lengre tid enn forventet og behov for fleksibilitet ble derfor reelt i videre planlegging. Aksjonsforskning er ikke ferdig planlagt og med et eksplorerende design forventes endringer (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Hensikt, forskningsspørsmål og fremdriftsplan gav føringer, men det grunnleggende fokus er deltageres erfaringer, vurderinger og deltagelse i prosessen (Reason & Bradbury, 2006). Denne fleksibilitet sees nødvendig for troverdighet i dette studiet.

6.3.3 Datainnsamling

Intervjuguide består av relativt mange spørsmål, men ble inndelt i sekvenser knyttet til tema for hver samtale. Intersubjektivitet fremmes, deltagere får mulighet til å bekrefte/avkrefte forståelse gjennom å tilbakevende til tidligere samtaler, oppsummering, referat og tentativanalyse (Fagermoen, 2005). Frafall fra gruppesamtalene ble vurdert til å være akseptabelt. Bevegelsen påvirker gruppedynamikk, men vurderes som en berikelse da det gir ulikheter. Det vurderes om fysisk og muntlig deltagelse kan være uttrykk for miljøet i gruppen. Masterstudent opplever en trygg atmosfære, og inntrykket støttes av gruppens deltagere og observatør. Frafall sees i sammenheng med tidspunkt for gjennomføring. Datainnsamling trianguleres ved at data samles inn via samtaler og refleksjonsnotat (McNiff, 2017). Refleksjonsnotat fra deltagere blir delt muntlig i samtalene, og benyttes i varierende grad. Deltagernes evne til å bringe inn variasjon og valg av datainnsamlingsmetode gjør at gruppen tilbakevender til tema og slik sett får en rikere eller dypere belysning, dette er viktig og styrker troverdighet (Polit & Beck, 2020). Det fremkommer ulike perspektiver, tilstrebes ikke enighet. Masterstudent er forsiktig med å lede samtalene inn på nyanser som ikke deltagere selv berører, refleksjoner noteres i dagbok og kan være uttrykk for en unødvendig forsiktighet.

6.3.4 Dataanalyse

Det er ulike synspunkter rundt hvem som bør transkribere (Polit & Beck, 2020). Masterstudent har stort utbytte av å transkribere da dette gir god innsikt i materialet, men også bevissthet knyttet til egen rolle.

Meningsenheter blir identifisert gjennom utallige gjennomlesninger. Identifisert tekstutdrag deles der teksten inneholder deler av ulike meningsenheter. Gjentatte samtaler med samme gruppe har medført at mening blir avkreftet/bekreftet av

deltagere. Som ledd i økt troverdighet trianguleres gjennom member checking (Creswell & Miller, 2000). Dette er i tråd med demokratisk perspektiv hvor virkeligheten analyseres i samarbeid med deltagere, en sentral teknikk for troverdighet (Jonsen & Jehn, 2009). Det er gitt mulighet for innspill på tentativ analyse og tiltak gjennom fremlegg for øvrige sykepleiere i virksomheten. Member-checking ivaretas gjennom moderators oppsummering underveis i samtalene, referat og samarbeid om tentativ analyse (Fagermoen, 2005). Tentativ analyse er resultat av gruppens arbeid. Ser fordel av å være flere i analysefasen, at masterstudent har stått for endelig analyse alene er således en svakhet. Derimot benyttes peer-debriefing hvor endelig analyse gjøres til gjenstand for innspill. Hele eller deler av prosessen er vurdert av veileder, medstudenter og kollega, innspill bidrar til bekreftbarhet (Fagermoen, 2005; Polit & Beck, 2020). Bekreftbarhet styrkes også ved bruk av sitater (Graneheim et al., 2017), for at deltagerens stemme blir hørt benyttes sitater rikelig som et bevisst valg.

En tydelig beskrevet analysestrategi og demonstrasjon av analysesteg bidrar til å styrke troverdighet til forskningen (Graneheim & Lundman, 2004). Masterstudent erkjenner at kategorier i varierende grad er spesifikke, de favner et bredt innhold, og kanskje spesielt kategorien som beskriver hvordan begreper forstås.

6.3.5 Relevans i handlingsorientert forskningssamarbeid

Relevans er først og fremst opp til deltagerne, og om deres opplevelse av om ny kunnskap er relevant og har bruksverdi (Hummelvoll, 2010). Ved gjennomføring av aksjonen vil produsert kunnskap bli validert gjennom praksis (Jacobsen, 2015).

Selv om prosjektet har lederstøtte erfares det varierende engasjement knyttet til arbeid rundt aksjon. Svakheter kan dermed være deltagerens eierskapsfølelse (Hummelvoll, 2010). En mulig forklaring er at det er sommerferie mellom tredje og fjerde gruppesamtale, og organisatoriske endringer i virksomheten startet etter ferien. En annen mulighet er at deltagere faktisk ikke ønsket endring? Dette synes lite sannsynlig da endringen ikke direkte innvirker på deltagerne, men primært rettes mot nye sykepleiere. Virksomheten har ved flere anledninger hatt mulighet til å påvirke resultatet, både gjennom presentasjoner og ved endelig godkjenning av rutine.

6.3.6 Er kunnskapen overførbar og brukbar?

Det er gitt en beskrivelse av kontekst og metoder for både datainnsamling og dataanalyse som sammen med en rik presentasjon av funn, med bruk av sitater bidrar til leserens vurdering av overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Samskapt kunnskap fra denne studien og valgte aksjon har blitt presentert i ulike forum utenfor kommunen, og blir beskrevet som gjenkjennelig for andre. Observatør erfarte at deltagelse var relevant knyttet til egen praksis i annen avdeling innen helse- og omsorgstjenester. Det ansees som en styrke at funn og aksjon har vært gjort gjenstand for innspill. I dette studiet ledet kunnskapsdannelsen til aksjon som innebar anbefaling om endring av praksis. Studiet kan dermed sies å ha pragmatisk validitet (Hummelvoll, 2010; Somekh, 2006).

Brukbarhet kan hevdes å best gi studien gyldighet, dersom kunnskapen som dannes blir brukskunnskap. Denne studie frembrakte kunnskap som bidro til endring av praksis og kan dermed sies at kunnskapen testes i praksis og vil nettopp derfor være brukbar (Levin, 2017). Studiet er vurdert til å ha gyldighet utover utvalget, det er ikke gjort en kontekstuell analyse i forhold til overførbarhet, men implementering av rutine i alle avdelinger for hjemmesykepleie er et mulig tegn på overførbarhet (Fagermoen, 2005).

Kunnskapen har overføringsverdi til videre strategisk utviklingsarbeid i kommunen, hvor blant annet behovet for kompetansedeling er tatt inn som et viktig element.

Erfaringer fra studien er spesielt for deltagerne, men gjennom skriftlige arbeid og presentasjoner vil andre få tilstrekkelig informasjon for selv å kunne vurdere om erfaringer kan være overførbare (Polit & Beck, 2017). Studiet viser at aksjonsforskning som metode kan gi ny og nyttig kunnskap gjennom samarbeid i det praktiske felt, hvor det unike gir inspirasjon (Hummelvoll, 2006a; McNiff, 2017).

6.3.7 Kritisk subjektivitet

Gyldighet er avhenger av god kvalitet og kritisk subjektivitet. Kritisk subjektivitet belyses gjennomgående som masterstudents holdninger og bevissthet rundt egen innflytelse i prosessen. Masterstudent anerkjenner å ha innvirkning på deltagere og data, og har derfor gjennomgående tilstrebet fokus på egen innvirkning. Forforståelsen inkluderer forskningsspørsmål, valg av prosjektnavn og intervjuguide. Forforståelse er presentert og det er demonstrert bevissthet rundt egen innflytelse.

Refleksive analyser er vesentlig i aksjonsforskning og i dette studiet er både bruk av notatbok og observatør ledd i økt bevissthet rundt egen innflytelse og oppmerksomhet på deltagere (Hummelvoll, 2010). Likeledes ble referater fra hvert møte viktig med tanke på at det skulle representere innholdet, ikke hva masterstudent mente var viktig. Holdninger som fremgår hos masterstudent er avgjørende for troverdighet og et sentralt kjennetegn ved handlingsorientert forskningssamarbeid. Dette inkluderer kritisk refleksjon på innvirkning av makt. Masterstudent skal oppfatte, tolke og kommunisere rundt deltagelse og i kontinuerlig prosess (Reason & Bradbury, 2008). Derfor er gruppedynamikk vektlagt og presentert.

Masterstudent viser i dette skriftlige arbeid at studien er systematisk gjennomført, valg synliggjort, kunnskapsdannelsen systematisk dokumentert og preges av kritisk refleksjon.

6.4 Refleksjoner og forslag til fremtidige studier

Masterstudent har fått innsikt i aksjonsforskning, handlingsorientert forskningssamarbeid som metoden erfares som krevende, men utrolig lærerik og givende. Det ansees viktig å vurdere kapasiteten i praksisfeltet når denne forskningsmetoden anvendes. Som fersk aksjonsforsker er det ønskelig med klare retningslinjer, og benyttet litteratur gir fyldige beskrivelser og har vært til stor hjelp (Hummelvoll, 2006a, 2010). Masterstudent har styrket troen på forskningsformen som engasjerer praksisfeltet til å ta del i både forskning og forbedring, og ville valgt samme metode igjen. Det er utfordrende å bevege seg i et felt med få avgrensninger og manglende konsensus av begreper, men desto mer interessant. Det har vært vanskelig å begrense engasjementet. Det har vært en fryd å erfare samarbeidet i gruppen og valgte aksjon demonstrerer at sykepleierne ønsker det beste for sine kollegaer og sin arbeidsplass. Det er svært gledelig at rutinen i disse dager implementeres slik at erfaringer kan høstes og ytterligere korrigeringer kan gjennomføres.

Basert på funn i denne studien kan det tyde på at trygghet i hjemmesykepleie kan studeres nærmere, her kan både helsepersonellet eller bruker/pårørende være aktuelle informanter. Nattskykepleiere i hjemmesykepleie erfares som sjelden nevnt i litteratur,

det ville vært veldig interessant å se hvordan ledere og sykepleiere erfarer fag- og kompetanseutvikling for denne gruppen spesielt. Det ville også vært interessant å studere kommunikasjon mellom hjemmesykepleieren og samarbeidende sykepleiere ved andre kommunale avdelinger. Et annen interessant tema å se nærmere på er sykepleierens kompetanseoverførende rolle i hjemmesykepleie.

7 Konklusjon

Studiet viser at handlingsorientert forskningssamarbeid er egnet forskningsmetode for å frembringe ny og relevant kunnskap med og for praksis. Ny kunnskap har hatt nok kraft til å endre praksis og tilrettelegge for bedre opplæring av nye sykepleiere.

Gjennom studiet er begrepene fagutvikling, kompetanse og klinisk vurderingsevne utforsket og det er utviklet en kontekstuell forståelse av begreper. Det ansees nødvendig at virksomheter definerer begreper i sitt planverk, slik at ledere og ansatte har lik forståelse av begreper, og dermed øker forutsetninger for å jobbe målrettet og evaluere sitt arbeid. Funn viser at personlig kompetanse og trygghet bør vektlegges og integreres i fag- og kompetanseutvikling i hjemmesykepleie. Forventningsavklaring og samhandling bør inngå som en del av virksomhetens kontinuerlige kvalitetsarbeid.

Gjennom meningsfylt arbeid med uforutsigbare og mangfoldige arbeidsoppgaver har sykepleiere i hjemmesykepleie stort potensial for å opparbeide et godt klinisk blikk. Betydning av og muligheter til å gjøre gode kliniske vurderinger påvirkes av rammer og hviler på sykepleierens trygghetsfølelse. Denne studien viser at sykepleiere tar ansvar for egen utvikling, de ønsker å bruke sin kompetanse og bidrar til økt kollektiv kompetanse. Det er opp til ledere å forvalte kompetansekapital riktig og til pasientens beste.

Referanser

- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien forskning [elektronisk ressurs]*, 12-12.
- Andersson, H., Lindholm, M., Pettersson, M., & Jonasson, L.-L. (2017). Nurses competencies in Home health care: An interview study. *Bmc Nursing*, 16(65). doi:10.1186/s12912-017-0264-9
- Ashley, C., Halcomb, E., Brown, A., & Peters, K. (2018). Experiences of registered nurses transitioning from employment in acute care to primary health care—quantitative findings from a mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 355-362. doi:10.1111/jocn.13930
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sykeplejepraksis*. København: Munksgaard.
- Bing-Jonsson, P., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I., & Foss, C. (2015). Nursing Older People-Competence Evaluation Tool: Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Nursing Measurement*, 23(1), 127-153. doi:10.1891/1061-3749.23.1.127
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M., & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: Development of 'Nursing older people - Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing*, 10(1), 59-72. doi:10.1111/opn.12057
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjork, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27-37. doi:10.1177/0107408315601814
- Bing-Jonsson, P. C., & Tønnessen, S. (2016). Urinveisinfeksjon blant eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*(59386), e-59386. doi:10.4220/Sykepleienf.2016.59386
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bostad, M. (2019). Anerkjennelse – en relasjonell prosess. En kvalitativ studie i hjemmesykepleien. In: VID vitenskapelige høyskole. Diakonhjemmet Oslo.
- Bratt, C., & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 1074-1082. doi:10.1111/jonm.12639
- Breivik, S., & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning*, 8(4), 324-332. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0132
- Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C., & Hawley, M. (2014). Factors affecting front line staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 21-33.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder : en grundbog* (2. udg. ed.). København: Hans Reitzel.
- Børresen, C. (2015). *Å lede fram læring og kompetanseutvikling blant ansatte spredt for alle vinder : det umuliges kunst? : en kvalitativ studie om mellomlederes muligheter til å legge til rette for læring og kompetanseutvikling i hjemmetjenesten*.
- Carlson, E., Ränggård, M., Bolmsjö, I., & Bengtsson, M. (2014). Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: A

- focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 761-767. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.10.002
- Christiansen, B., & Bjørk, I. T. (2016). Godt – eller godt nok? ; hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1), 64-76.
- Coghlan, D. (2019). *Doing action research in your own organization* (Fifth edition. ed.). Los Angeles: SAGE.
- Coghlan, D., & Casey, M. (2001). Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 674-682. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01899.x
- Cowan, D. T., Norman, I., & Coopamah, V. P. (2005). Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25(5), 355-362. doi:10.1016/j.nedt.2005.03.002
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130. doi:10.1207/s15430421tip3903_2
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A., & Sogstad, M. (2015). Er tjenestene fortsatt «på strekk»? : om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015. In Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* (15.12.09 ed.). Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM).
- Eraut, M. (1998). Concepts of competence. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 127.
- European Parliamentary Technology Assessment. (2019). *Technologies in care for older people*. Retrieved from Stockholm: <https://teknologiradet.no/list-publikasjoner/>
- Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(2), 40-54.
- Fermann, T., & Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Eds.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (pp. 196-218). Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
- Fivelsdal, E., & Bakka, J. F. (1992). *Organisasjonsteori : struktur, kultur, prosesser* (2. utg. ed.). Oslo: Bedriftsøkonomens forl.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Fjørtoft, A.-K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C., & Alvsvåg, H. (2020). Balancing contradictory requirements in homecare nursing - A discourse analysis.
- Flöjt, J., Hir, U. L., & Rosengren, K. (2014). Need for Preparedness: Nurses' Experiences of Competence in Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 223-229. doi:10.1177/1084822314527967
- Forskningsdata, N. s. f. (2018, Wed Mar 22 15:49:33 CET 2017). Forske på egen arbeidsplass. Retrieved from <http://www.nsd.uib.no/>
- Forskr. om lovb. sykepleietjeneste. (1983). *Forskrift om lovb. sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste*. (FOR-1983-11-23-1779). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779?q=lovbestemt%20sykepleietjeneste%20i>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>
- Furåker, C. (2012). Registered Nurses' Views on Competencies in Home Care. *Home Health Care Management & Practice*, 24(5), 221-227. doi:10.1177/1084822312439579
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen : hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra*

- sykehusene? (Vol. 8/2013). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Genet, N., European Observatory on Health, S., & Policies. (2012). *Home care across Europe : current structure and future challenges*(Vol. 27).
- Given, L. M. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (1st ed.. ed.): Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Glad, T. (2019). Arbeidsglede i hjemmesykepleien. *Nordisk tidsskrift for helseforskning [elektronisk ressurs]*, 15(2), 1-14. doi:10.7557/14.4997
- Glasper, A. (2018). Problems affecting the continuing professional development of nurses. *British Journal of Nursing*, 27(12), 714-715. doi:10.12968/bjon.2018.27.12.714
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grut, L., Lippestad, J. W., Monkerud, L. C., Zeiner, H. H., Nesje, K., Olsen, D. S., & Aamodt, P. O. (2020). Evaluering av Kompetanseløft 2020. Delrapport II. In: SINTEF.
- Halcomb, E., Stephens, M., Bryce, J., Foley, E., & Ashley, C. (2016). Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. In (Vol. 25, pp. 1193-1205).
- Haywood, H. (2012). Engagement with Continuing Professional Development Development of a Service Model. *Journal of Allied Health*, 41(2), 83-89.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Meld. St. 10 (2012–2013) - God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?q=stortingsmelding 26](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?q=stortingsmelding+26)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *NOU 2015: 17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/?q=omsorg 2020](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/?q=omsorg+2020)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet : en kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)*. (Meld. St. nr. 7). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2018). *Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017*. (IS-2755). Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/om->

- oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020/Årsrapport%202017%20for%20Kompetanseløft%202020.pdf/_/attachment/inline/ebc49447-c317-4aba-ae32-dbafc6ae92f7:498f5ebe4cf996904c034b4378508f9233ee1466/Årsrapport%202017%20for%20Kompetanseløft%202020.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). Hjemmesykepleie og andre helsetjenester i hjemmet. Retrieved from <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/helsetjenester-i-hjemmet>
- Helsedirektoratet. (2020). Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hovland, G., Kyrkjebø, D., & Råholm, M.-B. (2015). Sjukepleiaren si kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta; samspel mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsplass. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 4-19. doi:10.7557/14.3475
- Hummelvoll, J. K. (2006a). Handlingsorientert forskningssamarbeid - teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner.
- Hummelvoll, J. K. (2006b). Verdiundersøkende samtaler i lokalsamfunnsbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(02), 116-129.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Flerstegsfokusgruppeintervju - en sentral metode i deltagerbasert og handlingsorientert forskningssamarbeid. *Klinisk sygepleje*, 24(3), 4-13.
- Hummelvoll, J. K. (2011). Realisme i praksisnær forskning.
- Hynne, A. B., & Kvangarsnes, M. (2014). Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta - ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(2), 76-90. doi:10.7557/14.3324
- Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3.uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2013). Scope of nursing practice. Retrieved from https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Scope_Nsg_Practice.pdf
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nursing outlook*, 60(6), 411-416.
- Johannessen, T. B., Holm, A. L., & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse-og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(03), 71-83.
- Jonsen, K., & Jehn, K. A. (2009). Using triangulation to validate themes in qualitative studies. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 4(2), 123-150. doi:10.1108/17465640910978391
- Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I., & Pöder, U. (2015). Is the competence of swedish registered nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 307-316. doi:10.1111/scs.12164
- Khomeiran, R. T., Yekta, Z. P., Kiger, A. M., & Ahmadi, F. (2006). Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review*, 53(1), 66-72. doi:10.1111/j.1466-7657.2006.00432.x
- Kirk, M. (2015). Reviewing education challenges and solutions for health professionals in community care. *British Journal of Community Nursing*, 20(10), 504-510. doi:10.12968/bjcn.2015.20.10.504
- Kirkevold, M. (2015). Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. In E. K. Grov, I. M. Holter, & K. C. Toverud (Eds.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (Vol. 1, pp. 193-208). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kirkhaug, R. (2017). *Endring, organisasjonsutvikling og læring*. Oslo: Universitetsforl.

- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). *Melding til Stortinget 5 (2019-2020) Levende lokalsamfunn for fremtiden — Distriktsmeldingen*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20192020/id2674349/>
- Kunnskapsdepartementet. (2018). *NOU 2018:2 (2018 : Fremtidige kompetansebehov I. Kunnskapsgrunnlaget*. Oslo
- Kunnskapsdepartementet. (2020). *Kompetansereformen – Lære hele livet*. (Meld. St. 14 (2019–2020)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kyrkjebø, D., Søvde, B. E., & Råholm, M.-B. (2017). Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien forskning [elektronisk ressurs]*, 12-12.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Levin, M. (2017). Aksjonsforskning som forskning-epistemologiske og metodiske utfordringer. *Gjotterud, Hiim, Husebø, Jensen, Steen-Olsen and Stjernstrøm (eds.) Aksjonsforskning i Norge: Teoretisk og empirisk mangfold*, 27-45.
- Lincoln, Y. S. (2001). Varieties of validity: Quality in qualitative research. *HIGHER EDUCATION-NEW YORK-AGATHON PRESS INCORPORATED-*, 16, 25-72.
- Loso, A. H. (2013). Systematisk observasjon er viktig. *Sykepleien Forskning*(4), 333-333.
- Løgstrup, K. E., & Engen, B. (2000). *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen.
- Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Tidsskriftet sykepleien*, 101(2), 47-49.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- McNiff, J. (2017). *Action research: All you need to know*: Sage.
- Nordby, H. (2010). *Etikk og kommunikasjon i prehospitalt medisinsk arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norge Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *På liv og død : palliasjon til alvorlig syke og døende : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 11. mai 2016. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 20. desember 2017* (Vol. NOU 2017:16). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.
- Norheim, K. H., & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*(1), 16-22.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler* ICNs etiske regler ([Rev. utg.]. ed.).
- NOU 2015: 11. (2015). *Med åpne kort — Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/>
- Næss, G. (2012). *Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre - et samhandlingsprosjekt : rapport fra kartlegging av erfaringer i praksis*: Oslo universitetspsykehus HF.
- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J., & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC health services research*, 17(1), 645. doi:10.1186/s12913-017-2600-x
- Office of the Auditor General of Norway. (2016). *Riksrevisjonens Undersøkelse av Ressursutnyttelse og Kvalitet I Helsetjenesten etter Innføringen av Samhandlingsreformen* Riksrevisjonen Retrieved from <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2015-2016/ressursutnyttelse-og-kvalitet-i-helsetjenesten-etter-innforingen-av-samhandlingsreformen/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Peter, R., & Hilary, B. (2008). *11 Power and Knowledge* (2nd ed.). London: London: SAGE Publications Ltd.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Priest, H., Hohl, J., & Woods, L. (2002). An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: theoretical issues. (Qualitative approaches). *Nurse Researcher*, *10*(1), 30. doi:10.7748/nr2002.10.10.1.30.c5877
- Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (2010). An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Scholarship*, *42*(1), 31-39. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x
- Rahman, M. A. (2008). Some trends in the praxis of participatory action research. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *The SAGE Handbook of Action Research* (2nd ed., pp. 49-62). London: England, London: SAGE Publications Ltd, United Kingdom, London: SAGE Publications Ltd.
- Ranhoff, A. H. (2015). Akutt funksjonssvikt - et vanlig klinisk problem hos eldre pasienter. *Utposten*, *44*(6), 38-39.
- Raunkiaer, M., & Timm, H. (2013). Interventions concerning competence building in community palliative care services - a literature review. In (Vol. 27).
- Reason, P. (2006). Choice and Quality in Action Research Practice. *Journal of Management Inquiry*, *15*(2), 187-203. doi:10.1177/1056492606288074
- Reason, P., & Bradbury, H. (2006). *Handbook of action research : the concise paperback edition*. London: Sage.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The SAGE Handbook of Action Research* (2nd ed.). London: England, London: SAGE Publications Ltd, United Kingdom, London: SAGE Publications Ltd.
- Rokstad, A. M. M., & Øvereng, A. (2017). Kompetanseutvikling og forutsetninger for faglig gode arbeidsmiljø i kommunal helse- og omsorgstjeneste til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport6_kompetanseutvikling_forutsetninger_faglig_gode_arbeidsmiljo.pdf
- Sines, D., Saunders, M., & Forbes-Burford, J. (2009). *Community health care nursing* (4th ed. ed.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Smith, J., & Roberts, R. (2014). *Vitalparametrar i sjuksköterskans perspektiv : en introduktion till kliniska observationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Somekh, B. (2006). *Action Research : A Methodology for Change and Development*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Sportsman, S. (2010). Competency Education and Validation in the United States: What Should Nurses Know? *Nursing Forum*, *45*(3), 140-149. doi:10.1111/j.1744-6198.2010.00183.x
- Stacey, R. D., Oksvoll, E., & Johannessen, S. O. (2008). *Hvordan kunnskap vokser frem : et kompleksitetsperspektiv på læring og kunnskapsutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Tanner, C. A., & Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of nursing education*, *45*(6), 204-211. doi:10.3928/01484834-20060601-04
- Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2008). *Home care in Europe: the solid facts*: WHO Regional Office Europe.
- Tashiro, J., Shimpuku, Y., Naruse, K., Maftuhah, M., & Matsutani, M. (2013). Concept analysis of reflection in nursing professional development. In (Vol. 10, pp. 170-179). Melbourne, Australia.

WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (2013).
Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*(3), 280-285.

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning NSD

Vedlegg 2: Intervjuguide Dynamikk i Klinisk Blikk

Vedlegg 3: Oversikt over datakilder

Vedlegg 4: Eksempel fra analyse

Vedlegg 5: Samtykke til behandling av personopplysninger

Vedlegg 6: Rutine opplæring ny sykepleier i hjemmesykepleie

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Dynamikk i klinisk blikk - fagutvikling av sykepleieres kliniske vurderingsevne i hjemmesykepleie

Referansenummer

695226

Registrert

25.02.2019 av

Behandlingsansvarlig institusjon

NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hege Kletthagen, hege.kletthagen@ntnu.no, tlf: 99577883

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Prosjektperiode

25.02.2019 - 26.06.2020

Status

27.03.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

27.03.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 27.03.19. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer

vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 26.06.20. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Kjersti Haugstvedt Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Følgende spørsmål vil være utgangspunkt for utforskning gjennom flerstegsfokusgrupper

1.	Presentasjonsrunde Deltagere presenterer seg kort for hverandre	
2.	Utforske aktuelle begreper Hva forstår du med begrepet fagutvikling? Hva forstår du med begrepet kompetanse? Hva forstår du med begrepet sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne?	
3.	Klinisk vurderingsevne i praksis Kan du beskrive sist gang du benyttet din kliniske vurderingsevne? Kan du beskrive hvordan dine kliniske vurderinger er av betydning? Står du i jobbsituasjoner der din kliniske vurderingsevne ikke strekker til? Kan du beskrive en slik situasjon? Hvilket grunnlag mener du er nødvendig for å kunne gjøre gode sykepleiefaglige kliniske vurderinger?	
4.	Klinisk vurderingsevne og behov Hvor mye betyr fagutvikling for din utvikling? Hvor viktig er det for deg at du får utvikle din kliniske vurderingsevne? Hvilke kompetansebehov har du for å styrke din kliniske vurderingsevne? Har du rett kompetanse for å kunne gjenkjenne og iverksette riktige tiltak ved funksjonssvikt? Hvilke kompetansebehov mener du sykepleiere har for å kunne bedre sin kliniske vurderingsevne? Hva betyr dine kollegaer for din fagutvikling? Hvordan bidrar du til utvikling og endring i din avdeling?	
5.	Klinisk vurderingsevne og hensiktsmessige tiltak Hvordan videreutvikler du din kliniske vurderingsevne? Hva ville vært ideelle fagutviklingstiltak for å styrke klinisk vurderingsevne blant sykepleiere? Hva vurderer du som hensiktsmessige tiltak for å styrke sykepleierens kliniske vurderingsevne? Hvordan kan <u>vi</u> gjennom fagutvikling videreutvikle sykepleierens kliniske vurderingsevne?	

Vedlegg 3 Oversikt over datakilder

Oversikt over datakilder				
Datakilde	Forkortelse	Dato	Oppbevaring	Annet
Lydopptak fra pilotintervju	A0108	07.06.2019		1h34m59s Ikke transkribert
Lydopptak fra flerstegsfokusgruppe 1	A0308	14.06.2019		1h13m20s
Lydopptak fra flerstegsfokusgruppe 2	A0408	19.06.2019		1h45m01s
Lydopptak fra flerstegsfokusgruppe 3	A0608	27.06.2019		1h49m54s
Lydopptak fra flerstegsfokusgruppe 4	A0808	21.08.2019		1h31m57s
Transkribert samtale 1	T0308	Uke 24 og 25		12547 ord
Transkribert samtale 2	T0408	Uke 25		18647 ord
Transkribert samtale 3	T0608	Uke 26 og 27		22749 ord
Transkribert samtale 4	T0808	Uke 34 og 35		16099 ord
				= Totalt 70042 ord
Referat samtale 1	R0308	14.06.2019		
Referat samtale 2	R0408	19.06.2019		
Referat samtale 2 med egne notater		19.06.19		
Referat samtale 3	R0608	27.06.2019		
Referat samtale 4	R0808	21.08.2019		
Notatbok inkl observatørens observasjoner og tanker etter møte		løpende		
Word dokument: notater rundt transkribering og samtale				
Tentativ analyse av innhold i 1 og 2 samtale og korrigert i 3 samtale		28.06.10		
PP presentasjon for ansatte inkludert tentativ analyse		04.09.2019		
Notater fra fremlegg med innspill til rutineforslag		04.09.2019		
E-poster fra deltagere med innspill til rutineforslag		løpende		
Yammer		løpende		
Kost-nytte vurdering		18.09.19		
Notat: Orientering om valg av aksjon i Prosjekt Dynamikk i Klinisk Blikk		30.09.19		Sendt ledere per e-post i tillegg til muntlig orientering

Vedlegg 4 Eksempel fra analyse

Hvor i teksten	Hvem	Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Sub sub sub kategori	Sub sub kategori	Sub kategori	Kategori
T0408 Linje 866-867		noe jeg tenkte over etter at jeg begynte her er var at man vet så lite om brukeren da altså jeg var vant til at vi visste liksom alt så jeg bare åh skal vi ikke vite mer om det	Vet lite om brukeren vant til [fra sykehus] å vite alt savner å vite mer	Savner å ha mer informasjon om brukeren	Savner kunnskap om brukersens helsetilstand i datainnsamling som bakgrunn for sykepleiefaglige vurderinger	Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne er å oppdage og forstå det spesielle og individuelle i helhetlig og forebyggende perspektiv	Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne er å forsvarlig utøve og handle på bakgrunn av årvåkent og profesjonelt skjønn	Dynamiske og komplekse begreper
T0408 Linje 873-877		så jeg er av det motsatte jeg er det er fordi at jeg ser er det alltid tom postkasse plutselig en full postkasse (...) noe som er forandring hjemme en annen lukt i hjemmet enn det jeg er vant til alt det her så og da får jeg vite veldig mye mer om pasienten på en annen måte så det vi mangler da det er mer det der diagnosen	Alt fra postkassen til lukten i hjemme gir informasjon om pasienten mangler diagnosen	Hjemmet gir mye informasjon men kan mangle helseopplysninger	Brukersens hjem er grunnlag for datainnsamling som bakgrunn for sykepleiefaglige vurderinger	Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne er å oppdage og forstå det spesielle og individuelle i helhetlig og forebyggende perspektiv	Sykepleiefaglig klinisk vurderingsevne er å forsvarlig utøve og handle på bakgrunn av årvåkent og profesjonelt skjønn	Dynamiske og komplekse begreper
T0308 Linje 283-284		det er mange som ikke har tjenester annet enn den trygghetsalarmen også så man kjenner de ikke fra før det er en liten oppgave å finne ut	Trygghetsalarm kan innebære ukjent bruker	Sykepleiefaglige vurderinger av kjente og ukjente brukere	Allsidig og uforutsigbart arbeid	Økende kompleksitet, allsidig og uforutsigbart arbeid utfordrer sykepleierens kompetanse og ansvar	Kontekst påvirker betydning av og grunnlag for klinisk vurderingsevne	Klinisk vurderingsevne påvirkes av forhold i og utenfor sykepleieren
T0608 Linje 133-137		de har en sånn holdning ovenfor hjemmesykepleie (...) som er sånn at dette og jeg er sånn jeg setter ikke tvil om at de gjør en god jobb jeg spør ikke hva de driver med gjør dem en feil og jeg får tilbake en pasient og dem har gjort feil så skriver jeg så klart et avvik akkurat det samme som jeg håper dem gjør med oss men når vi snakker sammen jeg er sykepleier du er sykepleier så kan vi vel snakke litt ålreit sammen	Dårlig holdning ovenfor hjemmesykepleie hvis man gjør feil skriver man avvik men når man snakker sammen sykepleier til sykepleier så kan man snakke ålreit sammen	Kommunikasjon mellom sykepleiere	Sykepleiere har behov for å bli møtt som en likeverdig part i kommunikasjon	Sykepleiere erfarer manglende respekt i samarbeid	Behov for anerkjennelse av sine vurderinger og for sin arbeidsplass	Klinisk vurderingsevne påvirkes av forhold i og utenfor sykepleieren

Vil du delta i forskningsprosjektet ” *Dynamikk i Klinisk Blikk*”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er sammen med deg å utforske og videreutvikle klinisk vurderingsevne hos sykepleiere i hjemmebaserte tjenester. Her får du informasjon om mål for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hjemmesykepleie er i kontinuerlig utvikling, sykepleiere jobber i stor grad selvstendig og kompetansen er verdifull. Vi skal utforske begrepet klinisk blikk og planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak som kan videreutvikle hjemmesykepleierens kliniske vurderingsevne. Prosjektet gjennomføres i forbindelse med masterstudie i klinisk sykepleie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du forespørres fordi du er ansatt i hjemmebaserte tjenester i over 50% stilling som sykepleier i klinisk arbeid, viser motivasjon og evne til å utvikle egen praksis.

Hva innebærer det for deg å delta?

Praksisnær forskning handler om at vi sammen kan forbedre tjenesten. Du medvirker og er aktiv deltagende. Hvis du takker ja til å delta, takker du ja til å være med i en gruppe. Her beskrives hovedaktivitetene:

- Du deltar i 3-4 fokusgruppeintervju som tas opp på lydbånd. Hvert intervju er estimert til 90 minutter. Mastergradsstudent vil lede samtalene i samarbeid med en assistent.
- Du benytter notater til refleksjoner og ideer.
- Du deltar i gjennomføring av tiltak som gruppen bestemmer seg for å prøve ut.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Mastergradsstudent ved NTNU vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Personopplysninger (samtykkeskjema, lydopptak, refleksjonsnotat) oppbevares atskilt og innlåst.
- Transkripsjon (intervju skrevet i tekst) og sitater anonymiseres.
- Deltagere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger blir slettet ved prosjektslutt 20.06.2020.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU ved student [redacted] eller telefon [redacted].
NTNU ved veileder/prosjektansvarlig Hege Kletthagen (hege.kletthagen@ntnu.no) eller telefon: 61135315/99577883.
- Vårt personvernombud: [redacted], [redacted] kommune ([redacted]) eller telefon [redacted].
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Mastergradsstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet dynamikk i klinisk blikk, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppesamtaler
- å skrive refleksjonsnotater

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 20.06.2020.

Signatur prosjektdeltaker, dato

EHT - Opplæring ny sykepleier i hjemmesykepleie

1. Endringsbeskrivelse

Ny rutine utarbeidet høst 2019 utarbeidet i samarbeid med sykepleiere. Sendt på høring til kommune og berørte virksomheter av hospiteringsordning. Det er gjort en kost-nytte vurdering.

2. Formål

Nyansatte sykepleiere skal få god informasjon om arbeidsoppgaver og tjenester. Opplæringsperioden skal bidra til at sykepleiere er trygge i møte med brukere og pårørende og at sykepleiere er trygge på sitt ansvar og sin rolle. Et godt faglig og tverrfaglig samarbeid vil øke trivselen og tryggheten både for ansatte. Denne rutine beskriver det som gjelder spesielt for opplæring av ny sykepleier i hjemmesykepleie.

3. Gjelder for

Sykepleiere.

4. Ansvar

Avdelingsleder.

5. Gjennomføring/aktivitet

Beskriv kort hva skal gjøres, hvordan, hvor ofte og hvor dokumentasjon lagres. Fyll ut hvem/hvilken rolle som har ansvar for deloppgaver.

NR	Oppgaver/handling	Ansvar/Utføres av
1	<p>3 uker opplæring med sykepleier i hjemmesykepleie</p> <ul style="list-style-type: none">• Ute på lister i egen avdeling med fast sykepleier.• Avsatt tid til 1 times ukentlig veiledning med sykepleier i opplæringsperioden.• Hospitering på annen avdeling Hjemmesykepleie• Hospitering med koordinator i avdeling <p>+ 2 opplæringsvakter medisinerrom (gjennomgang av egen sjekklister)</p> <p>+ 1 uke hospitering i andre enheter/virksomheter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Helse- og omsorgsforvaltningen 1 dag• Legevakt/KAD 1 dag• Sykehjem/Bo - og service 1 dag• HVR 1 dag• Psykisk helse og rus/Tjenester for funksjonshemmede 1 dag <p>+ Oppfølgingssamtaler med nærmeste leder</p> <ul style="list-style-type: none">• Samtale første uke• Samtale etter 4 uker• Samtale etter 6 måneder	
2	<p>Aktuelle kurs 1 år:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ergonomi modul 1 og 2• Medikamenthåndtering• Nyansatt kurs [redacted] kommune• Introduksjonskurs hjemmebaserte tjenester	

	<ul style="list-style-type: none"> • Insulinkurs • Hjerte-lunge-redning • Veilederkurs 	
	Oppfølgingssamtale mellom leder og sykepleier bør ta utgangspunkt i sjekkliste for nyansatt med vekt på progresjon, ansvarsområde og kompetanseutvikling	Avdelingsleder
	Sjekklisten lagres i personalmappen	Avdelingsleder
	<p>Dette kan du forvente av oss:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi gir deg mulighet til å sette deg inn i rutiner og bli trygg på arbeidet og rollen som sykepleier. • Vi gir deg informasjon om mangfold, saksgang og samhandling i tjenestetilbud i kommunen. • Vi gir deg god informasjon om arbeidsoppgaver og ansvarsforhold. • Vi kartlegger din kompetanse og aktivt søker å bruk den i direkte brukerarbeid og for å styrke kollektiv kompetanse i virksomheten. • Vi har fokus på fagutvikling og et godt læringsmiljø. 	
	<p>Forventninger til deg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du er bevisst ditt nivå, og setter selv grenser hvis du mener du får for mye ansvar. • Du tilstreber et godt internt og eksternt samarbeid og god ressursutnyttelse. • Du deltar aktivt i fag og tjenesteutvikling og tar initiativ til egen utvikling. • Du bidrar til et positivt lærings- forbedrings- og arbeidsmiljø. 	

6. Referanser

- Henviing til lovverk, standarder og interne krav som prosedyren er basert på.
- [EHT – Opplæring hjemmesykepleie og praktisk bistand](#)

7. Vedlegg

- Henviing
- [EHT – Forventede sykepleieprosedyrer hjemmesykepleie](#)
- [EHT – Opplæring hjemmesykepleie og praktisk bistand sjekkliste](#)
- [EHT – Opplæringskompendium hjemmesykepleie og praktisk bistand](#)
- [EHT - Opplæring medisnrom hjemmesykepleie sjekkliste](#)
- [EHT – Opplæring etter kurs i legemiddelhandtering hjemmesykepleie](#)
- [EHT – Opplæring ergonomi sjekkliste](#)

8. Tilhørighet

Hvilke sider vises dette dokumentet på (opprett automatisk):

Enhet Hjemmetjenester - Kvalitetsutvikling

