



Fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis

En studie av hva kreftsykepleiere forstår med fagutvikling, hva det betyr for dem og hvordan de opplever at det prioriteres og tilrettelegges for det i pleiepraksis

Britt Fagerjord

Mastergradsoppgave i helsefag

Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet
Universitetet i Tromsø

Mai 2009

”I alle praktiske og kliniske fag er det viktig å stimulere en utvikling som fremmer samsvar mellom konkret fagutøvelse og den systematiserte og skriftlige fagutvikling. Det er et mål å få til en vekselvirkning der praksis og ulike former for dokumentasjon og forskning gjensidig informerer hverandre.”

(Thornquist, 2003:8).

Forord

Jeg har mange års erfaring som sykepleier i pleiepraksis, og har hele tiden vært opptatt av fagutviklingens vilkår for sykepleiere. Det har vært en enorm utvikling i helsevesenet, og med det økte kunnskapskrav og forventninger til sykepleiere og annet helsepersonell.

Kravet om å holde seg faglig oppdatert og à jour ble styrket da Helsepersonelloven kom i 1999. Sykepleierne har aldri hatt noen rettigheter knyttet til fagutvikling i arbeidshverdagen. Ansvar for å være faglig oppdatert har både arbeidsgiver og den enkelte sykepleier. Jeg har erfart at fagutvikling i for liten grad har vært problematisert, tilrettelagt og integrert i arbeidshverdagen til sykepleiere.

Mastergradsstudiet ga meg muligheten til å fordype meg i problemstillingen fagutvikling for sykepleiere i pleiepraksis - noe som har vært lærerikt og interessant.

Takk til mine engasjerte og flotte informanter. Stå på!

Takk til min veileder Torunn Hamran.

Takk for økonomisk, praktisk og mental støtte fra min arbeidsgiver. Det var dere som ga meg muligheten!

Takk Ole Jan.

Og takk til meg selv som ”bare måtte!”

Tromsø, 15. mai 2009

Britt Fagerjord

Oppsummering

Mastergradsoppgaven med tema fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis, er en kvalitativ studie som baserer seg på en hermeneutisk tilnærming. Fagutvikling er en betegnelse som brukes mye av sykepleiere. Begreper som kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid rommer også fagutvikling. Studiens empiri er erfaringer kreftsykepleiere har knyttet til fagutvikling i egen pleiepraksis. Sykepleierne har gjennom intervju gitt meg sin forståelse av hva fagutvikling er for dem, og hvordan det prioriteres og tilrettelegges for fagutvikling i egen pleiepraksis. De er tydelige på at fagutvikling er viktig for å være oppdatert på ny kunnskap, forbedre praksis, kunne gi god sykepleie og for å få inspirasjon til å være i yrket. Det var utfordringer knyttet til å få til fagutvikling i pleiepraksis der tid, organisering, krav og forventninger var sentrale faktorer.

Sykepleierne ønsker flere formelle og forutsigbare arenaer for fagutvikling. De opplever en hektisk hverdag som ikke muliggjør tilstrekkelig tid til fagutvikling. Mangel på plan og organisering kan bidra til at fagutvikling oppleves å bli dårlig ivaretatt. Kreftsykepleierne har behov for tid til kunnskapsutvikling og fagrefleksjon i praksishverdagen for å kunne ivareta rollen som profesjonell sykepleier på en tilfredsstillende måte. De ønsker å jobbe med prosjekter for å møte eget og avdelingens behov for kunnskapsutvikling, oppdatering og forbedring. Dette for å kunne gi bedre sykepleie til pasientene. Deltakelse på kurs og konferanser er også viktig. Det kan synes som at sykepleierne tar et stort ansvar for egen og organisasjonens behov for fagutvikling. I følge mine informanter er fagutvikling utydelig organisert, kommunisert og gjennomført i egen avdeling - noe som oppleves som frustrerende for sykepleierne.

Både faglitteratur og helse- og fagpolitiske føringer vedrørende kunnskapsutvikling for sykepleiere er omfattende. Det stilles krav om kontinuerlig kunnskapsutvikling, og at det tilrettelegges for det i praksishverdagen.

Hovedkonklusjonen er at det er få formelle arenaer for fagutvikling, og det kan synes som at det er vanskelig for sykepleiere å få til endring eller utvikling i praksis med bakgrunn i planlagte og systematiserte fagutviklingsprosjekter i pleiepraksis.

Søkeord: kunnskapsutvikling, fagutvikling, kvalitetsutvikling, utvikling av klinisk sykepleiekunnskap, sykepleiepraksis, arenaer for fagutvikling, ekspertsykepleier

Summary

My theses for Master of Science in Nursing with the topic professional development for cancer nurses in clinical practice, is a qualitative study based on a hermeneutic approach. Concepts like quality development and work enhancement also include professional development which is a term frequently used by nurses. The study`s empirical approach are experiences from clinical practice which the cancer nurses relate to professional development. Through interviews they have given me an understanding of how they look upon professional development, and of what is done to give preference to and arrange for this in their daily work situation. They emphasize the importance of professional development in order to achieve new knowledge, improve practice, be able to give good nursing care and have inspiration to stay in the profession. Time, ways of organizing, demands and expectations were challenges making professional development difficult to accomplish.

The nurses wished for more formal and predictable arenas for professional development. They experienced busy days with not enough time for this. Lack of planning and organizing can contribute to the feeling that professional development had no priority. Cancer nurses need time for professional development and reflection in order to maintain their role as professionals satisfactory. They want to be involved in projects in order to meet the units need of knowledge development, updating and enhancement – all for the benefit of the patients. Attending courses and conferences is also important. It may seem that the nurses take a large responsibility for their own and for the organizations need of professional development. According to my informants the professional development is unclear organized, communicated and implementing in their own units – a fact that is frustrating to the nurses.

Professional literature and health-political guidelines pertaining to knowledge development for nurses are extensive. There are requirements of continuous knowledge development and of the facilitating of this in the clinical setting.

The main conclusion is that there are few formal arenas for professional development, and it may seem difficult for nurses to make changes or development based on systematically planned projects in clinical practise.

Keywords: Knowledge development, professional development, quality development, competence development, nursing practise, development and clinical nursing knowledge, clinical nursing, arenas for professional development, expert nursing

Innhold

1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling og avgrensning	2
1.3 Oppbygging av oppgaven	3
2. RELEVANT FORSKNING OG TEORI	4
2.1 Forskning på fagutvikling i sykepleiepraksis	4
2.2 Fagutvikling for sykepleiere	7
2.2.1 Hva sier sykepleielitteraturen om fagutvikling.....	8
2.2.2 Sykepleie- et fag som utvikles mellom teori og praksis	12
2.2.3 Kreftsykepleieren – en videreutdannet sykepleier	13
2.3 Fag- og helsepolitiske føringer	14
2.3.1 Profesjonalitet, autorisasjon, lovpålagte oppgaver og yrkesetiske retningslinjer	14
2.3.2 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten	16
2.3.3 Sykehus som kunnskapsbedrift	17
2.3.4 Sykehusets kvalitetsstrategi	18
3. TEORETISK PERSPEKTIV	19
3.1 Hva er kunnskap, kompetanse og skjønn	19
3.1.1 Kunnskapsutvikling i profesjoner.....	24
3.2 Organisasjonskompetanse	25
4. METODE	27
4.1 Kvalitativt forskningsintervju som metode	27
4.1.1 Utvalg og prosess for å skaffe informanter.....	29
4.1.2 Forberedelse og gjennomføring av intervju.....	31
4.1.3 Bearbeiding og analyse av intervjuene	32
4.1.4 Metodediskusjon	34
4.2 Å forske i eget felt.....	35
4.3 Etiske betraktninger	36
5. PRESENTASJON AV EMPIRI	38
5.1 Fagutvikling foregår på mange arenaer.....	38
5.1.1 Formelle arenaer.....	38
5.1.1.1 Kurs og konferanser.....	38
5.1.1.2 Internundervisning	39
5.1.1.3 Faglige møter	39
5.1.1.4 Gruppe- og prosjektarbeid	39
5.1.1.5 Studiedager	40

5.1.1.6 Fagdager felles for hele personalgruppen	41
5.1.1.7 Å undervise	41
5.1.1.8 Veiledning	41
5.1.1.9 Avviksmeldinger	42
5.1.1.10 Klinisk stige	43
5.1.2 Uformelle arenaer	43
5.2 Motivasjon for fagutvikling	45
5.2.1 Være oppdatert på ny kunnskap	45
5.2.2 Gi god sykepleie	46
5.2.3 Inspirasjon til å klare å være i yrket	47
5.2.4 Forhindre oppgitthet	48
5.3 Utfordringer knyttet til fagutvikling	49
5.3.1 Tid	49
5.3.2 Organisering	52
5.3.3 Forventninger og krav	54
6. ANALYSE OG DRØFTING	57
6.1 Arenaer med potensial for fagutvikling	57
6.1.1 Praksishverdagens erfaringer	57
6.1.2 Dokumentasjon	59
6.1.2.1 Behandlingsplan	59
6.1.2.2 Avviksmeldinger	60
6.1.3 Egenaktivitet og selvstendighet	61
6.2 En hektisk hverdag krever organiserte og formelle arenaer	62
6.2.1 Veiledning og refleksjon – viktig og vellykket arena for fagutvikling	63
6.2.2 Studiedager som fagutviklingstiltak	64
6.2.3 Klinisk stige som ramme for prosjektrelatert kompetanseutvikling	66
6.3 Fagutvikling - et møte med egne, profesjonens, organisasjonens og samfunnets forventninger	67
6.3.1 Følge med i kunnskapsutviklingen og delta i forbedring av praksis	67
6.3.2 Skape motiverte og initiativrike arbeidstakere	71
6.3.3 Bruke kompetanse og fremme karriereutvikling	72
6.3.4 Forebygge utbrenthet og tidlig avgang fra yrket	74
6.3.5 Forebygge reproduksjon av gammel kunnskap	76
6.4 Individuelt, kollektivt og organisatorisk perspektiv og ansvar	78
7. AVSLUTNING	82
Litteraturliste	84
Vedlegg	87
Intervjuguide	87
Spørsmål til informantene sendt på mail.	89
Søknad om tillatelse til å intervju kreftsykepleiere	90
Forespørsel om å delta i studien ”Fagutvikling i sykepleiepraksis”	91
Brev fra Norsk samfunnsviteligskapelig datatjeneste, NSD	92

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for min masteroppgave er fagutvikling for sykepleiere. Jeg er opptatt av kunnskap og kompetanseutvikling i sykepleiepraksis, og at det tilrettelegges for fagutvikling for den enkelte sykepleier arbeidshverdagen. Arbeidstakere bør ha mulighet til systematisk å bearbeide og lære av egne og andres praksiserfaringer for å utvikle seg selv og faget sitt. Det vil kunne bidra til et kvalitetsmessig godt helsetilbud, og et faglig stimulerende og utviklende miljø for sykepleiere og faget sykepleie. Det vil igjen kunne bidra til at profesjonen sykepleie forblir attraktivt både for de som allerede er i yrket og for de som ønskes rekruttert inn i yrket. Profesjonen sykepleie må utvikles i tråd med samfunnsutviklingen ellers, og tilpasses stadige nye krav og forventninger. Sykepleiere med faglige ambisjoner skal oppleve at det er faglig stimulerende og utviklende å være i pleiepraksis. Kontinuerlig fag- og kunnskapsutvikling for sykepleiere er en betingelse for å kunne imøtekomme det helsepolitiske kravet ”Pasienten først!”

Gjennom nye helselover og utdanningspolitiske og faglige føringer har sykepleiere fått pålegg om å være i kontinuerlig faglig utvikling og anvende nyeste tilgjengelige kunnskap.

Sykepleierne er sammen med arbeidsgiver ansvarlige for å utøve en faglig forsvarlig praksis. I følge nasjonal helse- og fagpolitikk skal sykepleiere jobbe evidensbasert, noe som i seg selv påkaller oppmerksomhet i forhold til hvordan det skal introduseres og tilrettelegges for det i praksis. I sykepleielitteratur brukes ofte begrepet evidensbasert kunnskap som gjerne oversettes med forskningsbasert kunnskap. Evidensbasert sykepleie blir nå ofte inkludert i begrepet kunnskapsbasert sykepleie, som defineres;

”Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen” (M. W. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, & Reinart, 2007:15).

I dagens helsevesen stilles det store krav til effektivitet. Min erfaring er at sykepleierne bruker all sin tid på å pleie pasientene, organisere og koordinere behandlingen og det øvrige avdelingsarbeidet. Dette fører til at kunnskapsutvikling utover det som skjer i møtet med pasientene og i rapporter kan være tilfeldig. Selvsagt skal ikke den refleksjon og kunnskapsutvikling som skjer i skriftlige og muntlige rapporter undervurderes. Rapportene er slik jeg ser det nødvendige bidrag, men ikke tilstrekkelig for kunnskapsutvikling.

Jeg har erfart en resignasjon blant sykepleiere i forhold til fagutvikling. Tid til fagutvikling er lite synlig og organisert i praksishverdagen. Det er uklart hva sykepleiere kan forvente seg av tid til fagutvikling, og kanskje også hva fagutvikling skal være eller innebære for sykepleiere. I tillegg til mine informanters erfaring er det derfor også sentralt for meg å bli kjent med relevant teori.

Arbeidsgiver har en forpliktelse til å tilrettelegge for kunnskapsutvikling. Hva skjer på golvet i pleiepraksis, hvordan bevisstgjøres og tilrettelegges det for kunnskapsutvikling og hvordan opplever sykepleierne situasjonen?

1.2 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen i masteroppgaven er som følger;

”Fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis. En studie av hva kreftsykepleiere forstår med fagutvikling, hva det betyr for dem og hvordan de opplever at det prioriteres og tilrettelegges for det i pleiepraksis”.

Problemstillingen ønskes besvart gjennom intervju med kreftsykepleiere. Jeg ønsker å få vite hva kreftsykepleierne selv forstår med fagutvikling. Videre ønsker jeg å få vite hva fagutvikling betyr for dem og hvordan fagutviklingen prioriteres og tilrettes i deres pleiepraksis. Gjennomgående tema er å få en større forståelse og kunnskap knyttet til fagutvikling og vilkår for faglig utvikling for kreftsykepleiere. Jeg vil basere min tilnærming på kunnskap fra ”fotfolket” gjennom mine informanter og relevant teori knyttet til fagutvikling. Jeg ønsker å forstå erfaringene til kreftsykepleierne i lys av fag- og helsepolitiske føringer, teoretisk perspektiv knyttet til kunnskap og kunnskapsutvikling i profesjoner og organisasjonskompetanse.

Denne kunnskapen håper jeg kan være nyttig for alle sykepleiere, gjerne som en bevisstgjøringsprosess i forhold til fagutvikling og hva fagutvikling kan og skal være for sykepleiere. Videre håper jeg at ledere og fagutviklingssykepleiere kan finne denne kunnskapen relevant, og bidra til at fagutvikling inkluderes i praksishverdagen. Mitt prosjekt vil kunne si noe om hvordan kunnskaps og kompetanseutviklingen ivaretas i dagens sykehusavdelinger. Jeg mener at det er viktig å få kunnskap av denne typen dokumentert.

Den kunnskapen jeg får er basert på mine informanternes erfaringer. Jeg har ikke innhentet lederens synspunkt og erfaring i forhold til problemstillingen, og jeg har ikke drøftet problemstillinger i forhold til ressurser, kultur, tradisjon og økonomi. Jeg kommer i oppgaven lite inn på hvordan dagen for sykepleiere organiseres og er ikke konkret på hvilke oppgaver de har som vanskeliggjør mer tid til fagutvikling. Alt dette er helt klart begrensninger ved oppgaven.

Jeg vil i oppgaven bruke betegnelsen sykepleier og ikke kreftsykepleier, dette da det er et enklere uttrykk. Jeg har anonymisert sykehuset mine informanter arbeider ved og kaller det Sykehuset i oppgaven, jamfør 4.3.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Jeg starter kapittel 2 med å presentere relevant forskning om fagutvikling. Betegnelsen fagutvikling får et innhold ved at jeg presenterer hva sykepleielitteraturen sier at fagutvikling er. Videre berører jeg noe om hvordan sykepleiefaget tilegnes og utvikles mellom teori og praksis før kreftsykepleieren som er en videreutdannet sykepleier presenteres. Jeg presenterer så relevante fag- og helsepolitiske føringer knyttet profesjon, autorisasjon, lovpålagte oppgaver, yrkesetiske retningslinjer, kvalitetsstrategier og sykehus som kunnskapsbedrift.

De teoretiske perspektivene kunnskap, kompetanse, skjønn og organisasjonskompetanse er tema for kapittel 3. Kunnskapsutvikling og fagutvikling er tett knyttet til hverandre og kunnskapsbegrepet blir sentralt for ulike perspektiv på kunnskap og kunnskapsutvikling. Sykepleie og fagutvikling er på mange måter priggitt den organisasjon de er i, og organisasjonsteoretiske perspektiver kan være nyttig som bakteppe for å forstå mine informanter.

I kapittel 4 redegjør jeg for mitt vitenskapsteoretiske perspektiv og ståsted. Min oppgave bygger på en kvalitativ hermeneutisk metode der jeg anvender intervju for å fremskaffe empiri. Jeg vil videre belyse hvordan oppgaven er planlagt og utført, og hvordan jeg har bearbeidet og analysert empirien. Deretter følger metodediskusjon. Til slutt skriver jeg litt om det å forske i eget felt og etiske betraktninger knyttet til oppgaven.

I kapittel 5 presenter jeg mine funn som er empiri i oppgaven. Denne presentasjonen vil også være en begynnende analyse av min empiri. I kapittel 6 analyseres empirien videre og drøftes i lys av teori som er presentert i kapitlene 2 og 3. Avslutter med en oppsummering av min forskning i kapittel 7.

2. Relevant forskning og teori

Det finnes ingen felles metode eller tilnærming som konkretiserer og kvalitetssikrer hvordan det skal tilrettelegges for kunnskapsutvikling i praksis. Litteraturen viser at det er ulik praksis mellom ulike institusjoner og avdelinger. Faglitteratur og forskning kan tyde på at kunnskap og fagutvikling de siste årene er blitt mer sentral og fokusert, og er blitt et uttalt mål for arbeidsgiver.

2.1 Forskning på fagutvikling i sykepleiepraksis

En australsk forskningsartikkel konkluderer med at kunnskapsutvikling er viktig for sykepleiere i primærhelsetjenesten for å møte nye behov, og at sykepleierne må ta ledelsen i strategisk planlegging for å få til denne utviklingen (Halcomb, 2006). I en artikkel er tema at sykepleierne forventer at det legges til rette på avdelingsnivå for at relevant ny kunnskap skal være tilgjengelig for dem (Snyder-Halpern, Corcoran-Perry, & Narayan, 2001). En artikkel forteller om utvikling av et program med nivåspesifikke forskjeller på sykepleierne ut fra hvilken kunnskap de har tilegnet seg (Pearce & Trenerry, 2000).

Norsk forskning knyttet til veiledning viser at faglig refleksjon er viktig for kunnskapsutvikling. Gadgil (1997) skriver i sin hovedoppgave at inntrykket er at veiledningsprosessen har bidratt til personlig vekst og økt faglig kompetanse, og at dette synes å være to sider av samme sak. I sluttordene sier Gadgil at hennes og andres forskning viser at pleiepersonalet trenger rom og tid til å reflektere over og lære av praksiserfaringer.

Forskningsprosjektet "Erfaringens betydning for klinisk praksis" (Olsen, 2002:11) er interessant, og viser at refleksjon rundt egen praksis er viktig. Det ble gjort et feltarbeid på gjennomføring av morgenstell på et sykehjem for senil demente pasienter. Forskningen viser at handlingene pleiepersonalet utfører viser til deres egen forståelse av hva som er riktig eller gal handling, og at denne forståelse ikke nødvendigvis samsvarer med hva som er

profesjonens forståelse av hva som er riktig eller gal handling. Forfatteren hevder at fagets utøvere derfor må vende tilbake til sin forståelse av situasjonen, og kritisk reflektere over situasjonsforståelsen og handlingsforløpet. Kritisk refleksjon kan gjøre at utøverens kliniske praksis bli bevisstgjort, og medvirke til endring og fremme forståelse hos den enkelte yrkesdeltaker. En kritisk refleksjon er nødvendig for å utvikle utøverens selvbevissthet og den profesjonelle viten. Manglende kritisk refleksjon hos pleiepersonalet gjør at man fortsetter å handle som man alltid har gjort. Det er viktig å stille spørsmål til gjeldene praksis for å hindre at praksis etableres på bakgrunn av ureflekterte handlinger og ureflektert forståelse.

I 2001 ble Sintef- rapporten ”Stykkevis og helt - sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus” (2001) utgitt. Det antydes i rapporten at kunnskapsutvikling gjøres mer som ad hoc, hvis det blir tid, enn som en planlagt aktivitet som det burde være. Rapporten sier videre;

”i følge tids- og oppgaveregistreringen er det lite tid til den type arbeid i dag. Dette er imidlertid viktig for å imøtekomme de økte kravene til helsetjenesten, og for å sikre faglig forsvarlig virksomhet. (...) Økt vekt på fagforydning og fagutvikling i praksis vil måtte innebære en frigjøring av tid til dette. Sykehusene synes ikke å være kommet langt i dette arbeidet”(:78).

I følge Sintef- rapporten er sykepleierne opptatt av fagutvikling, noe som også skal være prioritert i helsevesenet ifølge lov og retningslinjer. Nye utdanningsreformer gir føringer for at praksis skal legge til rette for fagutvikling, og at sykepleiere skal være kontinuerlig oppdatert om ny kunnskap. Videre beskriver rapporten en hverdag i pleiepraksis som er så hektisk at det er vanskelig å få tid til å gjøre de oppgavene som er knyttet til daglig drift av en avdeling, og da sier det seg selv at fagutvikling blir nedprioriter. I mastergradsoppgaven til Bøe Knudsen (2007) kommer det frem at fagutvikling er noe som nå har større fokus enn tidligere, det snakkes mye om det, og det er noe som er blitt bedre med årene. Men også her kommer det frem at tid er en begrensende faktor.

Sintef- rapporten (2001:78) skriver at sykepleierutdanningen vektlegger teoretisk kunnskap stadig mer, og at i debatten om teori og praksis har man ofte sett på betydningen av mer praksis i utdanningen for å forberede studenten til arbeidet som sykepleier. Rapporten hevder at spenningen mellom teori og praksis samtidig omhandler spørsmålet om organiseringen av sykepleiernes arbeid i sykehus. Problemet med rutinisering av arbeidet og arbeidspress er nært knyttet til organiseringen i sykehuset, mer enn til problem med sykepleiefaget selv. I

rapporten foreslås det at teori av den grunn må knyttes mer til praksis da en styrking av sykepleiernes mulighet for sykepleiefaglig fordypning og fagutvikling kan bidra til å integrere teori og praksis i yrkesutøvelsen. I følge rapporten er det behov for mer teoretisk refleksjon i praksishverdagen til sykepleierne – noe som fremkommer som et uutnyttet potensial. Det er å foretrekke mer enn at det skal legges inn mer teori i utdanningen. Av rapporten fremkommer det videre at økt vekt på fagfordypning og fagutvikling i praksis vil måtte innebære en frigjøring av tid til dette, og at sykehusene synes ikke å ha kommet særlig langt i dette arbeidet. De ser imidlertid et uutnyttet potensial i form av klinisk stige og organisering av sykepleiens arbeid i hverdagen (:78).

I Norge har klinisk stige vært introdusert som en måte å få til kunnskapsutvikling i pleiepraksis, flere artikler omhandler det, også evaluering av erfaringer. Klinisk stige er en måte å øke kompetansen i en avdeling på som har vært introdusert ved flere institusjoner. Opplegget er krevende og går over flere år. Deltakerne deltar på undervisning, veiledning og skriver oppgaver. Tanken er at det skal utdannes sykepleiere som er klinisk spesialist knyttet til spesielle problemstillinger, for eksempel hjemmerespirator. Haukelien (2008) viser til at de som har gått på studiet er fornøyd. De opplever at de blir mer bevisstgjort faglig og får større kunnskap, og de som har deltatt er enige om at klinisk stige er et kvalitetstrekk ved det aktuelle sykehuset. Mindre positivt er det at klinisk stige er krevende, at det bare delvis er inkludert i vanlig arbeidstid, at det i liten utstrekning gir lønsmessig kompensasjon og at det er et begrenset antall sykepleiere som kan delta av ressurs hensyn. Programmet har så langt ikke fått noen stor oppslutning

Haukelien har i sin arbeidsrapport evaluert klinisk stige der hun peker på forhold som virker inn på gjennomføringen. Hun ser at et ønske om øke kompetanse og kvalitet hos sykepleiere settes i sammenheng med politiske, økonomiske og organisatoriske endringer der faglige hensyn blir gjort relative til inntjening. Sykepleiernes innsats gir ikke økonomisk kompensasjon til sykehuset tilsvarende det legenes inntektsregulerende handlinger gir. Hun mener det er viktig å undersøke hvilken effekt dette har på kvaliteten av sykepleien og påstår at dette gjøres i liten grad av sykehuset selv (:7).

En publisert artikkel konkluderer med at refleksjonsgrupper er en metode for å bearbeide og utvikle ny kunnskap, og kan brukes til å utvikle sykepleiefaget. Denne konklusjonen trekker

forfatteren etter erfaring med to refleksjonsgrupper som har vært i funksjon ved Lovisenberg diakonale sykehus (Heiervang Tennøe, 2005).

Flere artikler publisert på NSF's fagsider på intranett omhandler problemstillinger knyttet til det å introdusere evidensbasert kunnskap i sykepleiepraksis, og i hvilken grad kliniske sykepleiere anvender ny forskning. Det fremkommer ulike problemstillinger, blant annet er det manglende kompetanse i å søke artikler, vurdere innholdet i artiklene, og mange opplever at det er stor avstand mellom forskning og praksisfelt. Artiklene sier noe om at det er de yngste som er mest kjent med denne kunnskapsformen og er mest positiv til det. Dette er naturlig da det de siste årene er introdusert i utdanningen. Lindberg har med bakgrunn i en studie publisert en artikkel (2003) som omhandler disse problemstillingene. Markussen har publisert en artikkel (2005) som omhandler ledernes rolle for å skape en evidensbasert kultur.

Noen artikler handler om bruk av evidensbasert kunnskap i sykepleiepraksis. De fleste av disse omhandler kompetanseutvikling knyttet til ulike spesifiserte problemstillinger i praksis. I hovedsak er forskning på kunnskapsutvikling i praksis knyttet opp mot utdanning og nyansatte.

Konklusjonen er at flere artikler handler om betydningen av fagutvikling og kunnskapsutvikling, og hvordan ulike arenaer fremmer fagutvikling. Men fokus på hva sykepleierne selv mener er viktige arenaer og behov, og hvordan det tilrettelegges for kunnskapsutvikling i praksis finnes det lite av. Dette gjør min forskning interessant.

2.2 Fagutvikling for sykepleiere

Betegnelsen fagutvikling brukes mye av sykepleiere i pleiepraksis og i faglitteratur. Betegnelsen brukes ikke like mye i lover, forskrifter og retningslinjer, der de beslektede begrepene kvalitets, kunnskaps og kompetanseutvikling brukes mer. Begrepene endring og forbedring brukes også. En del nyere faglitteratur bruker begrepene kvalitet, kvalitetsutvikling og endringsprosesser. Fagutvikling kan også sies å være et element i disse begrepene. Jeg vil forholde meg til alle begrepene, men fagutvikling er den betegnelsen som blir mest brukt blant sykepleiere i pleiepraksis, og vil være den sentrale empiriske betegnelsen i oppgaven.

Jeg vil først redegjøre for hva fagutvikling er. Deretter fokuseres hvordan sykepleie læres, og der forholdet mellom teori og praksis er sentralt. Til slutt presenteres kreftsykepleieren som er en videreutdannet sykepleier.

2.2.1 Hva sier sykepleielitteraturen om fagutvikling

Internasjonalt er sykepleiens ønskede kompetanse beskrevet blant annet av Europakommisjonen, som er det rådgivende organ for sykepleierutdanningen. Sykepleiens virksomhetsfelt ofte deles opp i fire hovedfunksjoner (Engelund, 2003:81);

1. Klinisk funksjon
2. En formidlende funksjon
3. En planleggende, ledende og koordinerende funksjon
4. En fagutviklende funksjon.

Funksjonen fagutvikling beskrives nærmere av Engelund slik;

Med bakgrunn i teori og metoder har sykepleieren ansvaret for utvikling av sykepleien. Sykepleien utvikles ved systematisk å sette egen og andres sykepleiepraksis i et større perspektiv for å utvikle sykepleiens ytelser. Utvikling av sykepleien omfatter derfor deltakelse i kvalitetsutviklingsprosjekter for behandlings- og pleieforløp.

Grunnutdanningen betraktes i dag utelukkende som et fundament å bygge videre på. Skal sykepleieren kunne møte de fremtidige krav i avdelingen, må det kontinuerlig arbeides med fagutvikling. Alle må til stadighet skaffe seg ny viten og nye ferdigheter og den personlige involvering skal være synlig. For å realisere dette er det nødvendig å ta det moderne menneskets krav om meningsfylt arbeid preget av utfordring, ansvar og innflytelse på alvor. Ledere må være oppmerksom på at rammen for å oppnå dette settes i samspill mellom leder og medarbeider (Engelund, 2003).

Jacobsen skriver (2005:16) at fagutvikling er endringsprosesser, og at sykepleierstudenter gjennom studiet skal utvikle handlingsberedskap til å drive fag- og kvalitetsutvikling. I følge Engelund er det viktig å sikre at pleien på en avdeling er basert på den nyeste viten og erfaring og ikke bare udokumenterte normer. Det gjør man ved å regelmessig gå gjennom avdelingens rutiner for kritisk vurdering og diskusjon (2003:83).

Kyrkjebø (1998:46) bruker begrepet forbedring og forbedringskunnskap. Hun mener det er viktig at den profesjonelle kunnskapen tilegnes med basis i forbedringskunnskap som er kunnskap om hvordan forbedring skjer. Det er et system som består av fire elementer; 1) kunnskap om systemer, 2) kunnskap om variasjon, 3) kunnskap om psykologi og 4) kunnskap om erfaringslæring. I det daglige arbeidet skal fagkunnskap tilegnes og forbedres med bakgrunn i forbedringskunnskapen. Kyrkjebø sier at kvaliteten bestemmes av helsearbeidernes kunnskaper, ferdigheter, kompetanse og personlige egenskaper (:22). Kvalitetsutvikling blir dermed også en utvikling eller forbedring av helsearbeidernes kunnskaper, ferdigheter, kompetanse og personlige egenskaper. Hun skriver videre at det i helsesektoren i USA og Canada er etablert akkrediteringssystemer som innebærer at helsepersonell må holde seg faglig à jour etter kjente og opplyste regler for å beholde sin profesjonsgodkjenning. Tilsvarende system vurderes i EU, og det har vært foreslått i Norge - også av sentrale myndigheter.

Forskning utvikler ny kunnskap mens fagutvikling handler om å ta i bruk allerede eksisterende viten på en systematisk måte (Bjørk & Solhaug, 2008:34). Fagutvikling handler om å ta i bruk kunnskap som utvikles gjennom forskning. Forfatterne mener at både fagutvikling og forskning krever en systematisk tilnærming. Det skal være en "rød tråd" i prosessen, der det ene trinnet logisk følger av det andre. Granum og Solvoll (2006) mener at fagutvikling ikke bare er å ta i bruk allerede utviklet kunnskap, men at det også handler om å utvikle kunnskap. Forfatterne beskriver prosjektarbeid som redskap for å få til dette. I følge Nortvedt (2008:95) er det overordnede målet for fagutvikling og forskning i sykepleien en forbedring av en medmenneskelig praksis. Praksis skal bli bedre, eller forbedres. Granum og Solvoll (2006:75) skriver at hensikten med å bruke sykepleieforskning i praksis er; 1) dokumentere, verifisere og legitimere praksis, 2) kunne treffe gode kliniske beslutninger i det daglige livet og 3) kvalitetssikre eller endre praksis.

Sykepleiere som yrkesgruppe har et ansvar som er knyttet direkte til den pasientrettede sykepleiefunksjonen, og et ansvar som ikke er direkte pasientrettet. Herunder defineres administrasjon, ledelse, undervisning og fagutvikling (Jakobsen, 2005:14). Ifølge Ramhøy (2001:60) vil sykepleien, som en viktig og integrert del av helsevesenet, alltid være underlagt samfunnsmessige krav og endringer som vil variere i takt med de økonomiske strukturene og de kulturelle verdiantakelsene som gjelder generelt i samfunnet, og som slår igjennom i helsevesenet. Ramhøy viser til endringer i rammeplanen knyttet til "*fagutvikling og forskning*"

for sykepleierutdanningen i perioden 1975- 2000; I 1975 ble ikke fagutvikling og forskning eksplisitt nevnt. I 2000 omhandles denne delen i rammeplanen på følgende måte;

*”Fornye seg faglig i takt med den vitenskapelige og samfunnsmessige utviklingen, samt utvikle sykepleiefaget. Den nyutdannede sykepleier har i tillegg handlingskompetanse til å ta del i planlagt kvalitetsutvikling av tjenesten, og til å dokumentere utøvelsen i tråd med lover og forskrifter. Hun har handlingsberedskap til systematisk å arbeide med fag- og kvalitetsutvikling, og til å drive med fagutvikling og/eller klinisk forskningsarbeid. **Det forventes av en erfaren sykepleier at hun driver med slik virksomhet og sørger for at forskningsbasert kunnskap anvendes klinisk**” (:64).*

Norge har gjennomført en større reform innenfor helserett. De omfattende endringene i helselovgivningen stiller nye krav til sykepleiernes kunnskap og forståelse. Mye av sykepleiernes yrkesutøvelse er regulert av lovverket (Lunde, 2001:296). Kvalitetssikring og utvikling er aktualisert gjennom nye lovendringer. Dette krever at sykepleiere forholder seg aktivt til ny kunnskap og integrerer det i sin praksis.

Norsk helsetjeneste har de siste årene blitt satt under lupen samtidig med at medisinsk og teknologisk forskning har gitt flere og bedre behandlingstilbud. Brukernes forventinger er store, og den enkelte bruker engasjerer seg både i sykdommen og behandlingen. Det er et økende krav om at sykehusdrift skal forbedres faglig og administrativt, samt at krav til kvalitet og kvalitetsforbedring også er stadig økende. Dette utfordrer også sykepleiertjenesten som daglig blir utfordret når det gjelder kvalitetsutvikling og brukermedvirkning (Kyrkjebø, 1998:18).

Kravet om kvalitet øker, og har som begrep fått en dypere og mer forpliktende mening også gjennom WHO's (Verdens helseorganisasjons) kvalitetsvedtak fra 1990 og gjennom nasjonale kvalitetsvedtak. Dette har ført til at helsevesenets aktører stadig oftere kommer i konfliktsituasjoner mellom å innfri kravet om et medisinsk og sykepleiefaglig kvalitativt godt tilbud, og å innfri kravet til effektiv produksjon (Kyrkjebø, 1998:18). Kyrkjebø (:30) viser til plikten til internkontroll i Tilsynsloven § 3, nå Internkontrollforskriften § 3 (1996) som innebærer at sikring og kontroll også gjelder de faglige sider av virksomheten. Dette innebærer at den enkelte virksomhet skal utarbeide prosedyrer og administrative tiltak for å sikre at arbeidet planlegges, organiseres, utføres, vedlikeholdes og kontrolleres i samsvar med gjeldende myndighetskrav. Slik informasjon skal samles i en kvalitetshåndbok, og skal inneholde beskrivelser som sier noe om organisasjonens virksomhetsidé, mål, organisering,

økonomi, faglig virksomhet, *fagutvikling*, opplæring, prosedyrebeskrivelser og fremgangsmåter ved avvik. Hensikten med kvalitetssystemer er å sikre at en har orden i eget hus, og for å tilfredsstille myndighetskrav til virksomheten.

Boken ”Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie” av Bjørk og Solhaug (2008) er i følge forfatterne et svar på det økende kravet sykepleiere møter om å styrke bruken av kunnskap i eget arbeid, kvalitetssikre sykepleiefagets fremgangsmåter i klinikken, og utvikle ny kunnskap gjennom forskning på aktuelle problemer i sykepleie. Boken presiserer likheter og forskjeller på fagutvikling og forskning. Den belyser også diskusjonene rundt begrepet evidensbasert eller kunnskapsbasert praksis. Bokens fokus er arbeidsprosessene i prosjektarbeid der de ulike trinn blir belyst og begrunnet, og det blir gitt eksempler på hvordan arbeidet kan gjennomføres.

”Sykepleieren den forskende praktiker” av Granum og Solvoll (2006) ble gitt ut på bakgrunn av at forfatterne hadde fått mange forespørsler fra praksisfelt og høyskoler om å gi kurs og veiledning i forhold til forskning og fagutvikling. Rammeplanen for sykepleierutdanningen fremhever forsknings- og fagutviklingsfunksjonen som en viktig funksjon for sykepleieren, og derav også et behov for litteratur om emnet. De sier at fagutvikling - og forskningsarbeid er systematiske måter å arbeide med sykepleiefaget og sykepleiepraksis på. Forfatterne mener at den sykepleieren som er rede til å påta seg ansvaret for å holde oppe en høy faglig standard på sykepleietjenesten er den undrende sykepleier, den kritisk tenkende og reflekterende sykepleier som stiller konstruktive spørsmål ved eksisterende praksis. De mener at fremtidens sykepleier er den forskende sykepleier. Boken gir en praktisk innføring i hvordan gå frem når man skal gjøre et prosjekt eller har lyst til å arbeide med fagutvikling i praksis. De vektlegger at sykepleiernes kunnskaper og erfaringer fra praksis må løftes frem, skriftliggjøres og deles med andre. Det er en måte å skape viten og utvikle sykepleiefaget på. Forfatterne beskriver i boken hvordan prosjekt som metode gir mulighet for å arbeide systematisk med fagutvikling. Prosjektarbeid inkluderer litteraturstudier, bli kjent med relevant forskning, mulighet til løfte frem og bruke egne erfaringer fra praksis, analysere og drøfte egen empiri med forskning og litteratur på feltet og skriftliggjøre dette arbeidet. Det vil være med på å skape ny forståelse og anvendelse av kunnskap i egen organisasjon.

I følge Granum og Solvoll (:61) har fagutvikling og forskning i sykepleiepraksis pågått i større eller mindre grad i mange år i Norge. Men det har i disse årene ikke blitt utviklet en særlig tradisjon for at fagutvikling og forskning er en naturlig del av den praktiske hverdagen for sykepleiere. De mener at i tiden fremover er det viktig at det legges til rette for at fagutvikling og forskning blir en naturlig del av sykepleiernes praktiske hverdag.

2.2.2 Sykepleie- et fag som utvikles mellom teori og praksis

Sosialdepartementet fastsatte i 1962 nye ”Vilkår” for utdanningen. Disse nye retningslinjene for sykepleierutdanningen ga bestemmelser om felles opptakskrav og strammere regler for oppbygging av programmet. Alle skoler fulgte etter denne tid en identisk utdanningsplan. Fra og med denne ”vilkårsendringen” har teoretisk kunnskap fått en stadig mer sentral plass i utdanningen av sykepleiere (Fagermoen, 1993:13). I 1980 utgjorde teoretiske studier 1/3 av sykepleierstudiet (:178). I dag utgjør teoretiske studier 50 % av bachelorstudiet i sykepleie (Diakonhjemmet Høgskole, 2008).

Forholdet mellom teori og praksis i sykepleierutdanningen har vært en stadig tilbakevendende problemstilling. Utsagn som at ”teorien ikke passer i praksis” og at ”det er stor avstand mellom teori og praksis” har ofte vært uttrykt. Fagermoen (1993:27) refererer til ”Teori-for-praksis-modellen” der teori oppfattes som å ha forrang for praksis og at den er overordnet praksis. En slik modell gir et statisk syn på kunnskap der det å lære seg faget handler om å tilegne seg den nødvendige teori, og de nødvendige metoder for anvendelse av teorien i praksis. Hun beskriver ”Teori-i-praksis- modellen” som en løsning der teori og praksis er komplementære og utfyller hverandre. Kunnskap i bøker er død kunnskap, kunnskapen konstrueres og bygges når den læres og anvendes. Kunnskap som finnes i bøker anses som ”uferdig.” Å praktisere innebærer derfor ikke bare å anvende teori, men å forholde seg aktivt til det en vet og de erfaringer en gjør. Gjennom praksis og refleksjon over erfaringer skapes kunnskap.

Sykepleieforskningen i 1990- årene satte søkelyset på å kartlegge, forstå og fortolke ulike pasientfenomener. Studier satte søkelyset på om sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap som grunnlag for kliniske avgjørelser eller om de handler ut fra egne antakelser. Det ble stilt spørsmål om mye av den faglige virksomheten i praksis var for lite bevisst og faglig gjennomtenkt. Nortvedt (2008:105) fremholder at sykepleien som fag må utvikles i langt

større grad. Mye forskningsbasert kunnskap finnes allerede, noe sykepleiere i praksis må oppdatere seg i forhold til.

Engelund (2003) skriver at ved å ta utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap kombinert med refleksjon i den enkelte situasjon, vil sykepleiere kunne få til refleksjon over eget fag. Dette er viktig da et fags evne til selvrefleksjon er med på å grunnfeste fagets profesjonalitet, og man vil kunne få til en utvikling av faget basert på en kollektiv refleksjon.

I følge Granum og Solvoll (2006:128) er det i den senere tid kommet argumenter i forskningsdebatten som sier noe om verdien av å utvikle kunnskaper fra sykepleiepraksis. En slik forskning som oppmuntrer sykepleiere til å utføre forsknings- og fagutviklingsprosjekter i praksis vil være med på å inspirere til en mer induktiv tilnærming til sykepleieforskning. Induktiv tilnærming (:134) innebærer at problemstillingen har utgangspunkt i egne erfaringer i praksis. En mer praksisstyrt tilnærming vil kanskje være med på å vise en større respekt for den utøvende sykepleier og sykepleiens kunnskapsgrunnlag og erfaring i praksisfeltet. Kanskje vil dette bidra til at interessen for å forske vil øke. Forskningen kan initieres i pleiepraksis, og forskningsbasert kunnskap kan bli mer anvendelig og lettere integrert på grunn av nærhet til forskningsfeltet. Det vil i så fall kunne være en gledelig og ønsket utvikling.

2.2.3 Kreftsykepleieren – en videreutdannet sykepleier

Videreutdanningen i kreftsykepleie er tilsvarende 60 studiepoeng, og tilbys ved flere høyskoler og universiteter i Norge. Det er normalt å kreve minst 2 års relevant praksis før en kan starte videreutdanning. Å ta en videreutdanning innebærer en fagutvikling, og representerer en karrieremulighet for grunnutdannede sykepleiere der de får mulighet til faglig fordypning og refleksjon praktisk og teoretisk. I fagplanen ”Videreutdanning for kreftsykepleiere” presenteres kreftsykepleieren slik (Høyskolen i Tromsø, 2007);

”Kreftsykepleieren arbeider med pasienter med kreft i alle aldersgrupper, og møter pasienten og pårørende både i den akutte, kritiske og i en kronisk fase under behandling og i rehabiliteringsfasen. Kreftdiagnosen innebærer behandling i sykehus og lang oppfølging både i og utenfor sykehuset. Målgruppe er også mennesker som gjennom yrker eller livsstil har økt risiko for kreftsykdommer.

Kommunikasjon og informasjon er krevende sykepleieoppgaver i møte med pasienter med en livstruende sykdom. En kreftdiagnose utløser ofte en krise, og stiller mennesker overfor store

krav til mestring av en endret livssituasjon. Kreftsykepleieren må kjenne til hvordan informasjon og støtte må gis til pasientene og deres familier. Kreftsykepleieren skal hjelpe den kreftsyke og hans pårørende til å mestre sin nye livssituasjon på best mulig måte.

Kreftsykepleieren må ha kjennskap til kreftsykdommene, deres årsaker, diagnostisering og ulike behandlingsformer. En sentral oppgave består i å hjelpe pasientene til å leve et mest mulig normalt liv og til å opprettholde god livskvalitet på tross av en alvorlig og ofte livstruende sykdom og en krevende behandling.

Kreftsykepleieren har en sentral rolle ved å lindre symptomer og problemer i livets slutfase. Pasienten som har kreft, og de pårørende trenger hjelp og støtte i den siste delen av livet ut fra den enkelte pasients behov, og kreftsykepleieren må stå i situasjoner der beslutninger må tas.

Kreftsykepleieren må ha kunnskap om hjelpeapparat og forstå nødvendigheten av et godt samarbeid mellom de ulike nivåene i helse- og sosialtjenesten og et godt tverrfaglig samarbeid. Den omfattende og krevende behandlingen av pasientene som har kreft, krever et dyktig team bestående av en rekke ulike profesjoner. Videre oppholder de fleste kreftsyke seg størsteparten av sin sykdomsperiode i hjemmet. Det er kreftsykepleierens ansvar å bidra til at pasientenes ulike behov blir ivaretatt også utenom sykehuset. For pasienter med kreft kan det sosiale nettverket ha stor betydning for hvordan de takler sykdomsperioden.

Kreftsykepleieren må sikre kvaliteten av kreftsykepleien ved å identifisere problemområder innenfor kreftsykepleie der det trengs mer forskning, og ved å bidra til at resultater fra forskning i kreftsykepleie blir omsatt i praksis.

Kreftsykepleieren skal formidle sin spesialkunnskap til pasienter og pårørende så vel som til annet helsepersonell.”

2.3 Fag- og helsepolitiske føringer

Profesjonen sykepleie utøves ikke i et vakuum. Det er knyttet en rekke lover og helsepolitiske føringer til hvordan yrket skal utøves. Dette er noe alle sykepleiere skal være kjent med, og noe de må forholde seg til i sin yrkespraksis.

2.3.1 Profesjonalitet, autorisasjon, lovpålagte oppgaver og yrkesetiske retningslinjer

Profesjoner er en type yrker som utfører tjenester basert på teoretiske kunnskaper ervervet gjennom en spesialisert utdanning (A. Molander & Terum, 2008b:13). Et kjennetegn ved de klassiske profesjonene er at de er sertifisert til å forvalte en bestemt type kunnskap. Den kunnskapen som formidles i utdanningen er teoretisk og vitenskapelig kunnskap samt elementer av praksis. Profesjonell yrkesutøvelse er en av måtene vitenskapelig kunnskap er tenkt å komme befolkningen til gode på (Grimen, 2008a:71).

Det å bli tildelt profesjonstittelen autorisert sykepleier innebærer å få et samfunnsansvar knyttet til utøvelsen av faget. Det er ikke opp til sykepleierne selv å definere rammen for oppgaven. Sykepleiere har fått et delegert ansvar. Myndighetene setter rammer via ulike lover for hvordan denne virksomheten skal foregå, og på hvilke premisser en sykehusorganisasjon og den enkelte profesjonsutøver får utøve sin oppgave og sitt ansvar. Det ligger et stort ansvar i å oppfylle myndighetenes krav. Dette gjelder både for den enkelte sykepleier og for forvalter av helseinstitusjonene.

Helsepersonelloven § 16 (1999) sier dette om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll;

”Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.”

Arbeidsgiver har et ansvar for å legge til rette for forsvarlig virksomhet. Det innebærer blant annet sikring av rutiner, dokumentasjon og tilstrekkelig faglig bemanning. Arbeidsgiver har et lovpålagt ansvar for å bidra til at ansatte kan ajourføre seg faglig. Hvis det ikke sørges for nødvendig opplæring internt, er det et lederansvar å legge til rette for permisjoner og økonomisk støtte til å delta i eksterne kurs, seminarer og konferanser (Norsk sykepleierforbund, 2005:9). Det forventes at sykepleiere som har lederansvar er tydelige når det gjelder hva som forventes av rammevilkår for en forsvarlig praksis (:8). I følge Norsk sykepleierforbunds statusrapport (2008) må arbeidsgiver forplikte seg til å utarbeide kompetanseplaner for ulike deler av den enkelte virksomhet.

Helsepersonelloven § 4 (1999) lyder slik;

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Loven gir sykepleiere en lovpålagt plikt til å holde seg oppdatert, slik at yrket utføres faglig forsvarlig uavhengig av hvor i helsetjenesten en arbeider;

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2007) har sykepleieren et ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og ansvar for å sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten:

- Sykepleieren må erkjenne et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig
- Sykepleieren må holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde
- Sykepleieren må bidra til verdibevissthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis.

I følge Norsk sykepleierforbunds statusrapport (2008) er kunnskapsbasert praksis en viktig forutsetning for kvalitet. Det forutsettes at arbeidsgiver gir de ansatte mulighet til å gå på kurs eller oppdatere seg på andre måter. Kunnskapsbasert praksis innebærer at sykepleiere bevisst bruker ulike kunnskapskilder i praksis, blant annet forskningsbasert kunnskap. Videre skriver NSF i statusrapporten (:13) at de driver med kontinuerlig arbeid for fagutvikling og forskning. Dette skal bidra til å utvikle sykepleiefagets teoretiske fundament og sykepleiernes kompetanse i tråd med pasientens behov og kravene i helsetjenesten.

2.3.2 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten

Helsedirektoratet har utviklet en nasjonal strategi for å forbedre kvaliteten på tjenestene i helsesektoren. Strategien som har fått navnet; ” ... og bedre skal det bli” (2006) har et 10- års perspektiv fra 2005 til 2015. Hensikten med satsingen er at tjenestene skal støttes i det kontinuerlige forbedringsarbeidet som trengs i årene som kommer. De har utarbeidet anbefalinger for følgende innsatsområder;

- Styrke brukeren
- **Styrke utøveren**
- Forbedre ledelse og organisasjon
- Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene
- Følge med i og evaluere tjenestene

Her - i denne sammenheng er anbefalingene de har utarbeidet for å støtte utøveren interessante. Strategien er konkret i sin utforming og kommer med klare anbefalte mål og tiltak for ”å styrke utøveren i helsetjenesten.” Den oppsummerer med å si hva som er utøvers ansvar, hva som er felles ansvar for utøvere og ledere og hva som er ledelsesansvar.

I innledningen står det;

”Uten utøvere med profesjonalitet og kompetanse er kvalitetsarbeid i helsetjenesten nytteløst. Men uten nødvendige rammebetingelser kommer også profesjonalitet til kort. Å styrke utøveren handler derfor både om å styrke egenskaper ved utøveren, men også om å sette utøveren i stand til å bruke sin kompetanse til pasientens beste. (:8)”

Kvalitetsbegrepet brukes mye, også i nasjonal strategi. I helsevesenet er det personalet som forestår de fleste oppgaver, og kvaliteten bestemmes dermed i stor grad av helsearbeidernes kunnskaper, ferdigheter, kompetanse og personlige egenskaper (Kyrkjebø, 1998:22).

Helsearbeideren blir et viktig utgangspunkt for kvalitetsutvikling. Kvalitet defineres som en helhet av egenskaper og kjennetegn ved et produkt eller en tjeneste som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov. Verdier og egenskaper er to dimensjoner ved kvalitetsbegrepet. Verdier er knyttet til begrep som god og dårlig. Egenskaper beskrives ved nøytrale og målbare begreper som kan handle om sikkerhet, kontinuitet, rett tid, tilgjengelighet osv. (:27). Når vi skal vurdere kvalitet er det ikke tilstrekkelig at vi sier at dette er godt nok eller dette er dårlig, vi må tallfeste vurderinger for å kunne sette dem i forhold til spesifiserte krav eller forventninger.

2.3.3 Sykehus som kunnskapsbedrift

Hamran (1997:185) sier at kunnskapssamfunnet er en politisk satsing og mer kunnskap til alle er satt på dagsorden. Helsetjenesten er en del av dette bildet og sykehuset blir omtalt som en kunnskapsbedrift. Kunnskap innenfor sykepleiefaget har alltid vært et kontroversielt tema. Hamran viser til den historiske utviklingen som starter med en oppfatning av at sykepleie er noe alle kan der hjertelag og håndlag blir betraktet som tilstrekkelige kvalifikasjoner for sykepleierne. Den medisinske utviklingen gjør at sykepleierne trenger stadig mer kunnskap.

Sykepleietjenesten har sitt virkefelt i kunnskapsbedrifter eller lærende organisasjoner. I kunnskapsbedriften er det mennesket som står i sentrum, og bedriftens kapital vokser i takt med at menneskene stadig tilegner seg ny kunnskap. Medarbeiderne innehar kunnskapen og svarer dermed for kvaliteten. Kunnskapsbedriften blir positivt påvirket av utdanning, erfaring, og tiltak som gjør at mennesker trives bedre og utvikler seg raskere. Den negative påvirkningen skjer når dyktige medarbeidere ikke trives og forsvinner (Jakobsen, 2005:100).

Det er liten tvil om at sykepleierne står overfor mange utfordringer i dagens helsetjeneste. Det skjer mye innenfor kunnskapsutvikling både medisinsk og sykepleiefaglig, og dette er også tilfelle når det gjelder organisering og ledelse. Nye arbeidsmetoder innføres hurtigere enn tidligere. I kunnskapsbedrifter er det nødvendig å skape miljøer som klarer ”å følge med,” og som vet hva som rører seg på de aktuelle kunnskapsområdene. Institusjonens eiere forlanger effektivitet og høyt kunnskapsnivå på samme tid (Jakobsen, 2005:138).

Behovet for kompetanseutvikling er ansett som viktig av helsemyndighetene, og i 1997 ble det veldig klart formidlet i Norges offentlige utredning, NOU, nr. 2 ”Pasienten først” (Sosial- og helsedepartementet, 1997), som omhandler ledelse og organisering i sykehus. I utredningen fremkommer det at kompetanseutvikling er viktig for å møte dagens og ikke minst morgendagens behov. Konkrete forslag til hvordan kompetanseutvikling kan skje fremkommer i utredningen som foreslår internundervisning, veiledning, kurs, hospitering, prosjektarbeid, forskning og utdanningspermisjoner. Utvalget som har forestått arbeidet mener at fagutvikling er sterkt undervurdert i dagens sykehus, og at i trange økonomiske tider har ressurser til fagutvikling blitt nedprioritert (:83).

2.3.4 Sykehusets kvalitetsstrategi

”Det handler om forbedring” har Sykehuset kalt sin overordnede kvalitetsstrategi (2007). Strategien gjelder satsninger som initieres av sykehusledelsen på overordnet og avdelingsnivå, og de tjenester som enhet for forskning og kvalitet skal levere. Den omhandler ikke initiativ som skjer på avdelingsnivå, og som naturligvis skal oppmuntres som en viktig del av kvalitetsarbeidet.

Strategiens formål har til hensikt å legge til rette for systemer som bidrar til styring, utvikling og forbedring av kvalitet, og den sier at kvalitetsarbeid skal være en integrert del av alle prosesser ved Sykehuset. Videre sier den at kvalitetssikring av behandlingsskjedene inkluderer fokus på kvalitet i ledelse, i faglig utøvelse og pasientopplevd kvalitet, og at den faglige utøvelsen må kvalitetssikres i det miljø den utøves. Trygge og kompetente arbeidstakere er avgjørende for kvalitet på arbeidet, og for å sikre god kvalitet må systematisk opplæring og mulighet for medvirkning sikres.

Sykehusledelsen har en svært viktig rolle i forhold til avdelingene når det gjelder å motivere til, og etterspørre systematisk kvalitetsarbeid på avdelingsnivå og initiere kvalitetsarbeid på tvers av avdelinger. Avdelingsledelsen har ansvar for at avdelingens drift er faglig forsvarlig, og at det drives kontinuerlig forbedringsarbeid i samarbeid med de ansatte. De ansatte har plikt til å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig ut fra de til enhver tid gjeldende lover, regler og internt styrende dokumenter som gjelder for eget arbeidsområde. Ansatte skal melde fra om avvik, og delta i arbeidet med å forbedre tjenestene. Fagansvaret er delegert til ledelsen ved de enkelte avdelingene, som har ansvar for at det drives kontinuerlig forbedringsarbeid på sin avdeling. Sykehuset vektlegger bruk av avviksmeldinger som utgangspunkt for forbedringer.

Sykehuset har ikke utarbeidet en egen plan for strategisk utvikling av sykepleietjenesten. Fagutvikling for sykepleiere utøves innenfor en organisasjon og fagutviklingen skal ha en plass i en organisasjon for å bli synlig og ivaretatt. For å få til utvikling og endring er det viktig å se eget fag og ståsted med utgangspunkt i den organisasjonen en befinner seg i.

3. Teoretisk perspektiv

I dette kapittel vil jeg redegjøre for de teoretiske begrepene kunnskap, kompetanse og skjønn. Dette da fagutvikling handler om og innebærer kunnskap og kunnskapsutvikling. Jeg vil også skrive litt om organisasjonskompetanse da fagutvikling skal finne sin plass i en organisasjon.

3.1 Hva er kunnskap, kompetanse og skjønn

Det finnes ulike måter å forstå praktisk og teoretisk kunnskap, og forholdet mellom de to kunnskapstypene. I følge B. Molander (1996) har vestens kunnskapstradisjon underordnet den praktiske kunnskapen i forhold til den teoretiske kunnskapen. Han tar også til orde for at man ikke uten videre skal akseptere at det er et klart skille mellom teoretisk og praktisk kunnskap, men at det er en gjensidig avhengighet. Nortvedt og Grimen (2004:169) skriver at i Vesten har praktisk kunnskap ligget i et kunnskapsteoretisk skyggeland fram til det tjuende århundre. Det kan ha sin årsak i at en del av vår intellektuelle arv fra antikken innebærer en nedvurdering av praktisk kunnskap. En annen viktigere grunn er det platonske kunnskapsbegrepet som neppe er egnet til å forstå det særegne ved praktisk kunnskap. For Platon var kunnskap begrunnede sanne oppfatninger.

Jeg presenterer de to kunnskapstypene ved å bruke teori av Kirkevold (2006). Videre bruker jeg Grimen (2008a) som beskriver kompleksiteten og sammenhengen knyttet til praktisk og teoretisk kunnskap. Han viser til de to klassiske modellene for forståelse som jeg oppfatter som interessant, dette da jeg opplever at teoretisk kunnskap har hatt forrang i medisinen og i helsevesenet. Praktisk kunnskap har ikke hatt tilsvarende status og interesse - noe som nok har preget utviklingen i sykepleien hvor den praktiske kunnskapen kanskje ikke har blitt tilstrekkelig anerkjent og utviklet. Jeg vil i tillegg presentere etisk og taus kunnskap som representerer både praktisk og teoretisk kunnskap.

I følge Kirkevold (2006:28) forstås teoretisk kunnskap vanligvis som abstrakt og generell. Kunnskapen omhandler de relativt stabile og observerbare sammenhengene som eksisterer mellom fenomener i virkeligheten. Den omtales ofte som objektiv og lovmessig, men det er nå relativt stor enighet om at teoretisk kunnskap ikke er objektiv i betydningen verdifri og nøytral. Dette da teoretisk kunnskap også er kunnskap som personer kan enes om ut fra bestemte vurderingskriterier (antakelser om hva som karakteriserer menneskelig væren, gyldig kunnskap, grad av empirisk underbygging). Teoretisk kunnskap gjør oss i stand til å beskrive og forklare forhold mellom fenomener. Den er vanligvis gitt i en språkdrakt som er så presis og entydig som mulig. Teoretisk kunnskap er i utgangspunktet personuavhengig.

Videre forstås i følge Kirkevold praktisk kunnskap som konkret og spesiell subjektiv og historisk. Praktisk kunnskap er knyttet til bestemte opplevelser og hendelser, og er forbundet med disse opplevelsene. Det er den personen som har opplevd situasjonen som innehar kunnskapen. Denne kunnskapen er i stor grad historisk, og er knyttet til personen som har gjort erfaringen. Erfaringen kan gjøres felles ved at den deles med en annen som så indirekte gjør den til sin egen. Vanligvis mener man at praktisk kunnskap vinnes ved hjelp av erfaring, det vil si at en er aktivt involvert i og handler i "det praktiske liv" (:30). Engelund (2003:83) skriver at erfaringen kan være oppnådd på bakgrunn av at en bestemt type handling har vist seg hensiktsmessig i konkrete kliniske problemstillinger. Ikke all praksis kan begrunnes teoretisk (Grimen, 2008a:75). Praktisk kunnskap uttrykkes i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn (:76). For Aristoteles var det to typer av praktisk kunnskap – techne som er kunnskap om hvordan man lager ting og fronesis som er kunnskap om hvordan handle moralsk klokt. Fronesis er erfaring som utvikles langsomt med alder, og derfor noe som unge ikke innehar (P. Nortvedt & Grimen, 2004:170).

Grimen (2008a:75) beskriver de to klassiske modeller å forstå forholdet mellom praktisk og teoretisk kunnskap. Den første modellen som er den eldste og mest dominerende betrakter praktisk kunnskap som anvendelse av teori, og teoretisk kunnskap blir da primær. Evidensbasering i medisin har trolig i seg sterke elementer av denne tenkningen. Praksis blir omsatt teori. Et problem er at ikke all kunnskap kan begrunnes og forklares teoretisk. Praksis kan neppe utelukkende forstås som direkte omsatt teori. Teoretisk kunnskap blir i anvendelsesprosessen fortolket på bestemte måter, og utøveren må velge hvilke elementer som er passende for situasjonen. I praksis må man dessuten i enhver handlingssituasjon foreta en rekke skjønnsbaserte beslutninger, som står i et mer eller mindre vilkårlig forhold til den teoretiske kunnskapsbasen man handler ut fra. Den andre modellen sier at teoretisk kunnskap flyter på et underlag av praksis. Praktisk kunnskap blir da primær der teori springer ut fra praktisk kunnskap uten å kunne løsrive seg fra denne. Teoretisk kunnskap blir da å forstå som en artikulering av praksis. Denne måten å tenke på finner man i moderne diskusjoner av praktisk kunnskap. Et problem med denne modellen er ofte en idyllisering av praktisk kunnskap. Kvantefysikk og moderne genetikk er kunnskap som neppe er eksempler på artikulering av praktisk erfaring. Grimen (:84) mener at det er viktig å unngå forenklede forestillinger om at praktisk og teoretisk kunnskap er enten primær eller sekundær. Det er et samspill og en spenning mellom teoretisk innsikt og praktisk kunnskap i profesjoners kunnskapsgrunnlag som er et sammensatt fenomen. Grimen sier at noe av det særegne ved profesjoners kunnskapsgrunnlag er at det er et amalgam av teoretiske innsikter fra forskjellige fagområder, og praktiske ferdigheter og fortrolighet med konkrete situasjoner.

Etikk omfatter generelle normer og verdier og teoretiske diskusjoner omkring disse. Det handler også om praktiske ferdigheter knyttet til å vurdere etiske spørsmål og fatte etisk forsvarlige beslutninger. Etisk kunnskap omfatter både praktisk og teoretisk kunnskap da verken kunnskap eller handling er verdinøytral. Sykepleiere står ofte i situasjoner der det er vanskelig å bestemme hvordan en skal utforme de tiltakene en anser som nødvendige. I slike situasjoner er det verdimeslige og etiske spørsmål det dreier seg om (Kirkevold, 2006:35).

Erfaring sammen med refleksjon er viktig for å integrere og utvikle de ulike kunnskapstyper, slik at det utvikles en personlig kompetanse. Refleksjon betyr betraktning, ettertanke, overveielse. Det innebærer å stoppe opp og se på noe på avstand, med den hensikt å forstå og tolke situasjoner en allerede har opplevd (:31). Kirkevold skriver videre at kompetanse ikke er en uforanderlig egenskap som man har eller ikke har. Det er derimot en evne som utvikler seg

der både kognitive, sosiale og adferdsmessige aspekter er involvert. Kompetanse er kunnskap i praksis, kompetanse er den levende kunnskapen i møte med pasient og pårørende der handlinger og ferdigheter anvendes sammen med kunnskapen (:37). Molander (1996) sier at handlingen er i sentrum av kunnskapen, og at refleksjon knyttet til handling er viktig for kunnskapsutvikling. Å opprettholde en kontinuerlig refleksjon når en møter utfordringer i praksis blir vurdert som det mest sentrale enkeltstående aspekt ved profesjonell utvikling fremgikk det av Minnesotastudien, som er en studie av profesjonell utvikling. Studien av profesjonell utvikling betoner kontinuerlig refleksjon over faglige utfordringer, nysgjerrighet, vitebegjær, å opprettholde bevisstheten om det profesjonelle arbeidets utfordringer og betydningen av åpenhet for teori som de viktigste faktorer for profesjonell utvikling (Rønnestad, 2008:281). Kirkevold (2006:23) som refererer til Molander (1996) og Rolf (1991) skriver at den økte anerkjennelsen av erfaringsbasert kunnskap ikke betyr at all erfaring fører til kunnskap - i betydningen velunderbygget og nyansert viten om et fenomen eller et saksområde. Erfaring kan føre til ny innsikt og kunnskap, men den kan også føre til en forvrengt, sneversynt og fordomsfull oppfatning, og til ukorrekte praktiske ferdigheter. Dette underbygger at refleksjon over erfaring er viktig. I følge Kirkevold (2006:31) kan vi på bakgrunn av mange lignende praktiske erfaringer gjøre oss opp en mening om hvordan ting vanligvis er, og på hvilket grunnlag tilsynelatende lignende ting er forskjellig fra hverandre. Vi abstraherer, eller trekker kunnskap ut fra og ut over den konkrete situasjonen erfaringen er gjort innenfor. Denne prosessen er delvis knyttet til refleksjon der vi tenker gjennom og lærer av erfaringer. Kirkevold (:34) skriver videre at refleksjon også en begynnende teoretisering - når en med teoretisering mener å finne frem til en god og riktig forståelse av et forhold eller en situasjon, eller forsøker å finne forklaring på hva som skjedde og hvorfor.

Martinsen (2005) mener skjønn er det vesentligste i utøvelse av all type kunnskap. Grimen og Molander (2008:179) beskriver skjønn som en form for praktisk resonnering, hvor formålet er konklusjoner om hva som bør gjøres i konkrete enkelttilfeller, men hvor holdepunktene er svake. Profesjonelt arbeid beskrives ofte som skjønnbasert. Skjønn sees som en uomgjengelig side ved en type praksis som anvender generell kunnskap på enkelttilfeller. For å kunne fatte slike beslutninger må man også bruke dømmekraft. Uten beslutningssituasjoner med en viss grad av ubestemthet og skjønn i utføring av oppgaver, vil det neppe finnes grunnlag for en profesjons krav om legitim kontroll over visse arbeidsoppgaver. I fravær av ubestemthet vil oppgavene kunne utføres mer eller mindre mekanisk. Grimen (2008a:76) skriver at en sykepleier må forene kunnskap fra ulike

vitenskaper med evne til omsorg og kommunikasjon. Faget krever også utøvelse av moralsk, juridisk og politisk skjønn. Dette tydeliggjør kompleksiteten i forholdet mellom teori og praksis. Og med det underbygges betydningen av hvorfor faglig refleksjon er viktig.

Benner (1995:29) viser til Dreyfus og Dreyfus (1980) når hun beskriver hvordan utviklingen fra nybegynner til ekspert innebærer at man utvikler en økende kompetanse over fem stadier. De fem stadiene er novice, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Det første stadiet karakteriseres av et objektivt observatørperspektiv der abstrakte prinsipper og regler forsøkes tilpasset ulike deler. Nybegynnere savner erfaring i tilsvarende situasjoner. Det femte stadiet som er ekspertstadiet karakteriseres av at man ikke lenger er avhengig av analytiske prinsipper, regler og retningslinjer, men er deltakende med et fokus på helheten.

Helhetsperspektivet bygger på tidligere erfaring, og på en form for visshet. Eksperten handler ut i fra en intuitiv oppfatning av situasjonen der man ikke velger mellom ulike alternativ. I følge Kirkevold (2006:36) er denne intuitive oppfatningen en ikke- bevisst prosess, som omfatter anvendelse av både teoretisk og praktisk kunnskap. Intuisjonen er et uttrykk for at utøverens kunnskap er blitt personlig. Denne kunnskapen fungerer taust som en del av, eller en forlengelse av utøverens handling i bestemte situasjoner. Intuisjoner kan bli gjort til gjenstand for bevisst refleksjon, og en kan ved hjelp av kunnskap underbygge intuisjonen. Dette er ikke alltid mulig da erfaringsbasert kunnskap kan tilegnes uten at personen er seg den bevisst. Ikke all læring skjer ved hjelp av bevisst refleksjon, men kritisk refleksjon kan i mange sammenhenger bidra til mer og bedre læring ut fra det en allerede kan. Bentling (1995:164) skriver at utvikling av en personlig kompetanse er en forutsetning for å kunne utvikle ekspertise. Ekspertutvikling styres også derfor av den kultur som råder i organisasjonen der virksomheten utføres, og av det enkeltes individs mulighet og ambisjon.

I følge Grimen (2008a:74) er det vanlig å se beklagelse over at teori og praksis ikke blir godt integrert. Han mener at dette av og til kan ha sin berettigelse, men at det er viktig å ha et distansert forhold til teorier. Ingen teori kan helt omsettes til praksis, og mange teorier bør ikke omsettes. Mye praksis kan dessuten ikke begrunnes teoretisk. Han sier videre at praksis ofte blir tillagt positiv egenverdi. Men det finnes praksis som er forkastelig, og selv om praksis ofte er viktigere enn teori, betyr det ikke at praksis som sådan er moralsk uangripelig.

Sykepleiens kunnskapsgrunnlag er et sammensatt fenomen der både teoretiske og praktiske innsikter og ferdigheter er gjensidig avhengig og integrert i hverandre. Det å ha en forståelse

av hvordan praktisk og teoretisk kunnskap forstås kan ha betydning for hvordan ulike kunnskapsformer verdsettes og utvikles. Det er blitt en større oppmerksomhet knyttet til induktiv tilnærming i sykepleieforskning (Granum & Solvoll, 2006:134). Det kan kanskje ha sammenheng med en større forståelse og anerkjennelse av praktisk kunnskap.

3.1.1 Kunnskapsutvikling i profesjoner

Det er vanlig å mene at forholdet mellom profesjon og klient bygger på tillit. Man trenger tillit for å oppsøke profesjonelle, for å gi dem den informasjon de trenger for å utøve sin virksomhet og for å følge råd. Tillit til profesjonelle innebærer å stole på deres kompetanse. Å stole på andres kompetanse hører essensielt til relasjonen mellom profesjonell og klient (Grimen, 2008b:200). Sykepleiere har et ansvar å vise at de er tilliten verdig, og det gjør de blant annet ved å sørge for å være oppdatert faglig.

Rønnestad skriver i artikkelen ”Profesjonell utvikling” (2008:279) at fellestrekk ved ”menneskebehandling” profesjoner som sykepleie er at forandringsarbeidet skjer i en relasjon mellom profesjonell og klient, og kan forstås som en kommunikativ og emosjonell praksis der den faglige aktiviteten krever en etisk bevissthet hos den profesjonelle. Det er grunn til å anta at dette gjør det spesielt krevende å tilegne seg, opprettholde og utvikle et høyt nivå av profesjonell kompetanse i disse profesjonene.

Rønnestad (:285) viser til en studie som omhandler profesjonell kompetanse. Resultater fra denne studien viser at opplevelse av profesjonell vekst eller utvikling består av en følelse av positiv endring og forbedring, en dypere forståelse av forandringsprosesser, styrking av ferdigheter, entusiasme rundt praksis og en opplevelse av å overkomme tidligere begrensninger som profesjonell. Dette kan beskrives som en stadig fornyelse av profesjonell entusiasme for arbeidet. Denne opplevelsen bidrar til en vedvarende konstruktiv prosess i møte med pasienter, til tross for vansker og belastninger. Opplevelse av tilbakegang omfatter følelsen av at ferdigheter forringes, tap av evne til empati, rutinepreget praksis og voksende tvil rundt effektiviteten av det profesjonelle arbeidet. Dette forstås som en demoraliserende prosess ut fra stresspreget involvering i arbeidssituasjonen - noe som kan undergrave den profesjonelles evne til positiv samhandling med klienten, og bidra til en ond sirkel som igjen kan føre til utbrenthet. Den profesjonelle opplever karriereutvikling hvis han får oppfattelse av utvikling, endrede kliniske ferdigheter og nivå av mestring. Generell karriereutvikling

samsvarer bare svakt med antall år i klinisk praksis, men langt mer med bredde og dybde i direkte klientarbeid gjennom erfaring med ulike arbeidsformer. Han viser til at faglig stagnasjon kan føre til utbrenthet.

3.2 Organisasjonskompetanse

De som går ut i arbeidslivet i dag har mer utdanning enn tidligere. Organiseringen av bedrifter legger grunnlaget for den enkelte medarbeiders muligheter til å bruke sine kvalifikasjoner til å utvikle seg. Organisering og ledelse av bedrifter får derfor stor oppmerksomhet. De fleste organisasjoner og ledere vil i dag si at menneskene er organisasjonens viktigste ressurs. Det er en utfordring at dette ikke bare blir en uttrykt teori, men at den også er anvendt (Holter, 2003:198). Når en erfaren sykepleier slutter på en avdeling mister avdelingen mer enn den eventuelle forskjellen i generell faglig kompetanse mellom erfaren og en nyansatt - som ofte er en nyutdannet. Avdelingen mister også den spesielle kompetansen en erfaren sykepleier har når det gjelder denne avdelingen (:201).

”Know How Management” er et uttrykk som brukes om ledelse av kunnskapsbedrifter. I slike bedrifter er kunden i sentrum, og det gjøres ved å ta utgangspunkt i og investere i organisasjonens viktigste ressurs som er mennesket. I sykehus er det pasienten som er kunden, og *”pasienten i sentrum”* er et politisk mål og målet til alle faggrupper i sykehuset (Holter, 2003:339). I følge Holter (:75) er noe av det viktigste en kan lære av kunnskapsintensive bedrifter deres respekt for at individuell kompetanse er en innleid ressurs, og ikke en ressurs som kan behandles på samme måte som maskiner og penger. Ansatte søker ikke bare penger for å føle at de gjør et tilfredsstillende arbeid, men ansvar, utfordringer og tilhørighet. For ledere er det viktig å bidra til at de ansattes kompetanse overføres til organisasjonen.

Utfordringen er å finne en ledelses- og organisasjonsform som kan realisere målsettingen *”pasienten i sentrum”* der de ansatte nødvendigvis også må være i sentrum. Begrepet lærende organisasjoner er et mye brukt begrep i vår tid. Læring er; *”en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen”* (Jacobsen & Thorsvik, 2007:319). Senges kjente definisjon på en lærende organisasjon er;

”Lærende organisasjoner er organisasjoner der folk kontinuerlig utvider sin kapasitet til å skape resultat de virkelig ønsker, der nye og ekspansive tankemønstre blir fostret, der

kollektive fremtidshåp finner frihet og der folk kontinuerlig lærer å lære i lag'' (Wadel, 2008:12).

Det grunnleggende kjennetegn ved lærende organisasjoner har å gjøre med hvordan organisasjonen verdsetter og vektlegger kunnskap og læring. Det kommer til uttrykk i hvordan organisasjonen 1) verdiformulerer det som har med kunnskap og læring å gjøre 2) er opptatt av omstendighetene for læring og 3) utvikling av kulturelle uttrykk som har med læring og kunnskap å gjøre (:15).

I forvandlende lederskap, som er en ledelsesfilosofi, handler det mye om å ta vare på medarbeiderne slik at de opplever at deres arbeidsinnsats har all betydning for det arbeidet som skal gjøres. At medarbeideren er sykepleietjenestens viktigste og kanskje eneste kapital gjør denne innfallsvinkelen til mer enn fine ord. Forvandlende lederskap har følgende innhold:

- Gi makt til medarbeiderne gjennom kollektiv refleksjon, åpenhet i kulturen, felles visjoner og verdivalg.
- Motivasjon der anerkjennelse er viktig.
- Å stimulere til egenutvikling ved åpenhet, kreativitet, kunnskapsutvikling kollektivt og individuelt.
- Personlig omtanke for medarbeideren der medarbeidersamtalen er sentral.
- De ansatte er organisasjonens viktigste ressurs (Jakobsen, 2005:97).

Orvik (2004:9) mener sykepleiere trenger organisasjonskunnskap. Yrket som sykepleier innebærer å være fagmenneske og medmenneske. Klinisk kunnskap og medmenneskelige ferdigheter er grunnlaget for å sikre pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp. Samtidig må sykepleiere være organisasjonsmennesker for å forstå sin egen rolle i en helseorganisasjon, og forstå rollekonflikter som er en følge av organisasjonens motstridende verdier og mål. Dette også for å kunne samarbeide, lede pasientarbeid og ta initiativ til nødvendige endringer for å forbedre pasientomsorgen. Videre sier Orvik at omorganiseringer og endringsprosesser påvirker pasientenes omsorgsbetingelser og arbeidsmiljøet for sykepleiere, og for å forstå endringer i sykepleierrollen er det nødvendig å forstå den nye organisasjonsvirkeligheten. Han trekker frem systemansvaret for ajourføring av faglige kvalifikasjoner (:337). Helsepersonell har et personlig ansvar for å være oppdatert, jmfør helsepersonelloven § 4. Samtidig er kravet om ajourføring et systemansvar noe som forplikter arbeidsgiver til å tilrettelegge for

oppdatering. Orvik skriver videre at helsepersonell i tillegg til selv å være i faglig utvikling samtidig skal engasjere seg i organisasjonens kontinuerlige forbedringsarbeid. Han mener at dette krever endringskompetanse. Endring gir mening hvis det bidrar til forbedring av pasientopplevd, faglig eller organisatorisk kvalitet.

Arbeid med kvalitetsutvikling forutsetter at kompetanseutvikling inngår som en nødvendig del av den daglige ledelse, og at det er med i organisasjonens overordnede strategi.

Medarbeidere som daglig lærer å lære vil utvikle nye ideer, kunnskap og metoder som kan anvendes i praksis. Man kan derfor ikke arbeide med kvalitets- og kompetanseutvikling uten samtidig å arbeide med organisasjonsutvikling (Krøll, 2002:155).

4. Metode

4.1 Kvalitativt forskningsintervju som metode

For å innhente kunnskap relevant for min problemstilling har jeg gjennomført intervju. Jeg ønsket å bruke andres erfaringer som kilde til ny kunnskap om fagutvikling for sykepleiere i pleiepraksis, noe som tilsa at det er den kvalitative forskningsmetode som var riktig for meg å bruke.

”I kvalitativ forskning søker en å forstå menneskelig virksomhet, menneskers opplevelsese- og meningsverden, deres sosiale og kulturelle systemer og prosesser og de praksiser og relasjoner de impliserer og skaper” (Thornquist, 2003:205).

Gjennom intervju med mine informanter skal jeg løfte frem og få innsikt i mine informanters opplevelse og erfaring med fagutvikling.

”Det kvalitative forskningsintervjuet innebærer alternative oppfatninger om sosial kunnskap; om mening, virkelighet og hva som er sant innenfor samfunnsvitenskapelig forskning” (Kvale, 1997:25).

Kvale skriver videre at i dagens forskning er man i større grad opptatt av den forståelse som oppstår gjennom samtaler med de mennesker som skal forstås.

Jeg har bearbeidet intervjuene som er min empiri, og kunnskapen jeg vil få vil være min fortolkning av intervjuene. Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og

fortolkning av tekster, og jeg vil i oppgaven bruke hermeneutisk tilnærming for forståelse og analyse. Det blir viktig for meg å lytte og være tro til mine informanternes stemme.

”En hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonenes uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor intervjuets hermeneutiske sirkel. Det vil også fokuseres på virkningen av forutantakelser- både de som har med den intervjuedes svar å gjøre og de forutantakelser som ligger bak intervjuerens spørsmål” (Kvale, 1997:81).

Hermeneutikken kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2003:139). Historisk sett startet den hermeneutiske tradisjonen med tolkning av bibeltekster, og den hermeneutiske forståelse er en eldre erkjennelsestradisjon enn den naturvitenskapelige (Malterud, 2003:50). Med den hermeneutiske sirkel som metode veksler man mellom å se helheten og studere enkelte deler. Gjennom vekslingen mellom forforståelsen og nye erfaringstolkninger bygger vi ny forståelse. Jeg har allerede en forforståelse relatert til min problemstilling som vil prøves i møte med mine informanter. Etter bearbeidningen av intervjuene vil jeg få en ny erfaring eller forståelse. Den nye forståelsen vil igjen utvikles i møte med relevant litteratur og forskning.

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv fra den intervjuedes eget perspektiv (Kvale, 1997:37). Kvale (:17) skriver videre at det kvalitative forskningsintervju er et produksjonssted for kunnskap, og at et intervju er en utveksling av synspunkter mellom to personer som samtaler om et tema som opptar dem begge. Videre sier Kvale (:21) at forskningsintervjuet er basert på den hverdagslige samtale eller konversasjon, men er en faglig konversasjon. Et kvalitativt intervju er ikke en konversasjon mellom likeverdige deltakere, ettersom det er forskeren som definerer og kontrollerer situasjonen.

Jeg gjorde semistrukturerte intervju der jeg benyttet intervjuguide med skisse til emner samt forslag til spørsmål, se vedlegg 1. Jeg ønsket at intervjuet skulle være en åpen dialog der informantene var fri til å beskrive opplevelser og erfaringer, og der jeg var åpen for innspill fra dem. Jeg forfulgte ulike utsagn de hadde for nærmere avklaring og forståelse. Dette gjorde at vi kunne forbli i noe som var viktig for informanten, og kanskje det ”uventede” kunne dukke opp. Jeg opplevde at de ulike intervjuene tok noe ulike veier alt etter hva som opplevdes som vesentlig for informanten - dette uten at vi gikk utenom rammen av semistrukturerte intervju og tema for intervjuet.

En intervjuguide skal for et semistrukturert intervju inneholde de temaene som skal tas opp i intervjuet. Den skal også inneholde en grov skisse over emner og forslag til spørsmål. Dersom det ikke er spesifisert i prosjektplanen er det opp til forskeren å bestemme hvor strengt guiden skal følges. Likevel er det nødvendig å være bevisst på at intervjuguiden ikke følges så strengt at informantene føler at de må svare på fastlagte spørsmål, heller enn å komme frem med sin egen forståelse og beskrivelse. Tematisk er spørsmålene relatert til emnet, og de er dynamisk med på å skape en positiv interaksjon mellom informanten og forskeren. Intervjuguiden skal med andre ord holde samtalen i gang (Kvale, 1997). Jeg erfarte at det var to tema som vi ikke kom inn på i intervjusamtalen som jeg ønsket avklart med mine informanter. Temaene ble delvis berørt i noen av samtalen. Dette gjaldt avviksregistrering og klinisk stige. Bruk av avviksregistrering er noe Sykehuset vektlegger i sin kvalitetsstrategi for å få til endring, og Sykehuset har inntil nylig hatt tilbud om klinisk stige. Jeg tok derfor kontakt med informantene i ettertid via e- mail for å få deres tanke om disse temaene, se vedlegg 2. Jeg fikk svar fra alle informantene. Jeg hadde som avslutning på intervjuene spurt informantene om jeg kunne ta kontakt med dem i ettertid hvis det var noe som ble uavklart for meg, noe jeg fikk tillatelse til av alle. Mer om intervjuprosessen i 4.1.2.

4.1.1 Utvalg og prosess for å skaffe informanter

Jeg ønsket å intervju kreftsykepleiere med mer enn ti års pleieerfaring. Kreftsykepleiere er spesialsykepleiere som har en videreutdanning etter grunnutdanningen, noe som tilsier at de har spesialkompetanse på et fagfelt, se 2.2.3. De har gjennom videreutdanningen fått øket sin kompetanse og sitt kunnskapsnivå. Jeg har en formening om at dette viser at de ønsker fagutvikling, og at de er kunnskapssøkende, men også at de er bevisst sin kompetanse og har forventning til praksis om fagutvikling. Kreftsykepleierne har en noenlunde felles yrkesbakgrunn og felles jobbrelaterte utfordringer. Jeg ønsket informanter med minimum ti års erfaring da det bidrar til at de har god erfaring knyttet til min problemstilling. Litteraturen viser at det er forskjell på nyutdannedes og erfarne sykepleieres behov for fagutvikling og ny kunnskap, noe blant annet Benner (1995) skriver om. De nyutdannede mangler praksiserfaring, og har behov for å sette seg inn i prosedyrer og rutiner på arbeidsplassen. Det er interessant å få de ”erfarnes” synspunkt også da det er et stort ønske om å beholde erfarent personale i pleiepraksis, og litteraturen viser at fagutviklingsmuligheter og jobbmotivasjon henger sammen. Forskning knyttet til profesjonell utvikling har i stor grad vært rettet mot

grunnutdanning og på overgang til profesjonell utøvelse (Patricia Benner, 1995; Rønnestad, 2008:279), og det er derfor interessant å studere de som har vært i en profesjon over tid.

Ulempen med å velge spesialsykepleiere med lang erfaring er at jeg ikke får inkludert de nyutdannedes perspektiv. Nyutdannede er gjennom studiene blant annet opplært i å bruke forskningsbasert kunnskap noe de med lengre erfaring ikke er. De sitter på fersk kunnskap, men har manglende praktisk erfaring, og for dem vil motivasjon for kunnskapsutvikling og fagutvikling ha et annet fokus eller utgangspunkt. Mine informanter hadde videreutdanning av relativt ny dato slik at nye prinsipper for læring og fagutvikling således var relativt ny. En spesialutdanning vil tilsi at kreftsykepleierne er mer faglig kompetent, og har andre behov for kunnskapsutvikling. En nyutdannet vil kanskje ha et bredere behov for kunnskapsutvikling knyttet til praksishverdagen.

Jeg tok kontakt med aktuelle avdelinger ved Sykehuset hvor kreftsykepleiere arbeider. Jeg tok først kontakt med avdelingssykepleierne. Avdelingene var noe ulikt organisert, og jeg fikk av avdelingssykepleierne informasjon om hvem som var administrativ leder. Skriftlig informasjon ble sendt ut til de aktuelle ledere med kopi til avdelingssykepleierne, se vedlegg 3. Jeg fikk positiv respons på min forespørsel, og avdelingssykepleierne var behjelpelig med å gi informasjon til de aktuelle kreftsykepleierne i deres avdeling som hadde mer enn ti års erfaring som sykepleier, se vedlegg 4. Informasjonen informantene fikk inneholdt informasjon om frivillig deltakelse, anonymitet og samtykkeskjema. Samtykkeskjemaet skulle signeres og sendes meg i vedlagte frankerte konvolutt hvis de ønsket å delta. Jeg fikk positiv respons fra fire. Sykehuset er et forholdsviss lite sykehus og miljøet for kreftsykepleiere er lite, derfor ønsker jeg ikke å presentere avdelingene nærmere. De sykepleierne som ønsket å delta i studien henvendte seg direkte til meg via brev eller telefon. Avdelingssykepleieren hadde ingen annen rolle enn å formidle informasjonen. Dette var viktig for informantene av hensyn til anonymitet, men også det at avdelingssykepleier ikke skulle ha noen innflytelse på hvem som skulle delta.

Jeg fikk av avdelingssykepleierne vite at det til sammen var seks sykepleiere som var aktuell for min studie, og som ville få forespørsel. Jeg fikk positiv tilbakemelding fra fire, og det anså jeg som tilstrekkelig for min studie. Jeg ønsker ikke å oppgi tall på antall avdelinger som ble forespurt. Dette for å kunne ivareta anonymiteten bedre, jamfør kapittel 4.3 om etiske

betraktninger. Informantene hadde gjennomsnittlig erfaring som sykepleier i 16 år (inkluderer tiden som kreftsykepleier) og som kreftsykepleier i 8 år.

4.1.2 Forberedelse og gjennomføring av intervju

I intervjusamtalen med mine informanter tok jeg utgangspunkt i intervjuguiden.

Intervjuguiden hadde overskriften tanker om fagutvikling generelt og behov, arenaer, muligheter og tilrettelegging knyttet til fagutvikling. Jeg ønsket å få en forståelse av hva fagutvikling var for mine informanter og hvordan det kom til uttrykk og ble ivaretatt i deres arbeidshverdag. Jeg ville la de snakke mest mulig fritt rundt temaet i den tiden vi hadde sammen. Mange av mine spørsmål trengte jeg ikke stille da informantene snakket om det uoppfordret. Jeg hadde ingen intensjon om å kartlegge alle møter og kurs de hadde vært med på, men hadde en tanke om at det de ønsket å snakke om var det som de opplevde som viktigst. Jeg ønsket å få forståelse av dere opplevelse knyttet til hva som var fagutvikling for dem, og hvordan fagutvikling integreres og tilrettelegges i pleiepraksis. Det er således ingen uttømmende datainnsamling og forskning relatert til mine fire informanter og oppgavens problemstilling, men jeg opplever at mine informanter har gitt meg en kunnskap om deres forståelse av fagutvikling og fagutviklingens vilkår for sykepleiere i pleiepraksis.

Intervjuene ble foretatt på et stille kontor på samme sykehus som sykepleierne arbeidet, men ikke på deres avdeling. Båndopptaker ble brukt. Varigheten av intervjuene eller samtalen var ca 1,5 time. En informant ønsket å bli intervjuet hjemme av praktiske hensyn. Intervjuene ble utført i fritiden for tre av informantene og i arbeidstiden for en.

Jeg opplevde en egenutvikling i forbindelse med intervjuene. Siste intervju ble foretatt ca 1 måned etter det første, og jeg opplevde at det hadde skjedd en utvikling i meg med tanke på eget fokus og prosess knyttet til problemstillingen. Jeg hadde da transkribert og startet bearbeiding av de tre første intervjuene. Dette gjorde meg forberedt på en annen måte ved det siste intervjuet. Jeg ble mer lyttende i samtalen og kunnskapen jeg hadde fått fra de andre informantene gjorde at jeg hadde en ny forforståelse knyttet til problemstillingen.

4.1.3 Bearbeiding og analyse av intervjuene

Kvale (1997) skisserer seks trinn i dataanalysen. Tre er knyttet til selve intervjusituasjonen, og tre til fasen etter at intervjuene er gjennomført. Informantens egen beskrivelse av aktuell problemstilling eller tema stilt av intervjueren i intervjusituasjonen er første trinn i analysen.

I trinn to vil informanten selv oppdage nye forhold i løpet av intervjuet og se nye betydninger. Dette skjer spontant uten at intervjueren fremsetter tolkninger. Jeg observerte at mine informanter fikk ny forståelse ved at de verbaliserte sine erfaringer og tanker - kanskje en slags bevisstgjøring av egen erfaring. Det ble en refleksjonsprosess for dem der de også kom til nye erkjennelser. En informant så sin rolle og forventning til eget fag tydeligere, og så klarere hva hun ønsket å ta med seg videre, blant annet ble hun oppmerksom på hva hun ønsket å ta opp med sin leder. Hun opplevde at hun på en positiv måte i løpet av intervjuet ble oppmerksom på nye ting vedrørende hva fagutvikling er og kan være, og egne ressurser og behov i forhold til det. Det ble nærmest en bevisstgjøringsprosess for henne. En informant kom med erkjennelsen det ikke lenger var så interessant for henne å utvikle eget fag på avdelingen. Hun ga uttrykk for å ha gitt opp der. For meg opplevdes det som at det var en ny erkjennelse som hadde vært latent i henne som nå ble verbalisert.

I det tredje trinnet “returneres meldinger” slik at det er mulig for respondentene å bekrefte eller avkrefte intervjuerens tolkning. Jeg brukte oppklarende spørsmål under intervjuene. Kjennetegnet ved kvalitativ forskning er nettopp at uttalelsene kan tolkes på flere måter. Å sjekke ut at respondentene mente det jeg hørte, og ikke det jeg ville høre ble derfor essensielt. Siden jeg var kjent i miljøet, og forsket i eget felt var dette spesielt viktig. Jeg registrerte også at både mine informanter og jeg selv hadde en forventning til at jeg skjønnte eller burde skjønne en del ut fra dette perspektivet.

I følge Kvale (1997:122) er transkriberingen en del av fjerde trinn i analysen. Det transkriberte intervjuet skal klargjøres for videre analyse gjennom en bearbeiding, der man tar bort uvesentligheter og finner frem intervjuenes mening. Informantenes mening hentes frem i lyset, og forskeren presenterer nye perspektiver på fenomenet. Jeg transkriberte intervjuene tilnærmet ordrett, og dette materialet representerte rådata for meg som jeg har analysert og bearbeidet. Selve transkriberingen gjorde at jeg ble bedre kjent med materialet og dataene, som ble en hjelp i det videre analysearbeidet. Jeg lyttet til intervjuene gjentatte ganger.

I følge Malterud (2003:100) som siterer Giorgi (1985) anbefales denne delen av analysen gjort i fire trinn; 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og 4) å sammenfatte betydningen av dette. Jeg leste materialet og så etter mønstre og meningsbærende enheter. Analyse av kvalitative data består i å stille spørsmål til materialet. Etter første intervju så jeg umiddelbart noen tema. Disse temaene forfulgte meg en stund, men ble delvis borte i analyseprosessen. Jeg startet analyseprosessen med å finne viktige og sentrale meningsenheter fra hvert intervju. Disse meningsbærende enhetene besto av kortere og lengre setninger, og inneholdt informasjon relevant for oppgavens problemstilling. De meningsbærende enhetene ble tolket, kondensert og systematisert for å få frem tema og subtema (Graneheim & Lundman, 2003). I presentasjonen kategoriserte jeg temaene mine under mer fokuserte eller abstraherte overskrifter. Å velge ut meningsbærende enheter, kondensere enhetene og komme frem til tema og subtema var en krevende prosess.

Det femte trinnet kaller Kvale (1997:123) gjenintervjuing. Når forskeren har analysert og tolket det ferdige intervjuet kan dette gis til informanten for innspill. Dette har ikke jeg gjort. Et mulig sjette trinn er å gå fra beskrivelse og tolkning til handling. Det vil si at forskeren eller informanten begynner å handle på grunnlag av kunnskapen som fremkommer av intervjuene. Hvis kunnskap som fremkommer i min forskning blir omsatt til praktisk handling i sykepleiepraksis oppfylles dette trinnet.

Formålet med min analyse har vært å utvikle kunnskap om fagutvikling for sykepleiere i pleiepraksis, og ut fra det beskrive hva mine informanter forstår med fagutvikling, og hvordan fagutviklingen prioriteres og tilrettelegges i arbeidshverdagen. I analysen ble det viktig å lytte til sykepleiernes stemme i datamaterialet. Svarene fra mine informanter har vært retningsgivende for analyse- og tolkningsprosessen. Informantene hadde i stor grad sammenfallende synspunkter, men de hadde også ulike erfaringer og ulike perspektiver som ble vektlagt. Det var også ulik erfaring knyttet til de ulike avdelingene de representerte. Jeg opplever å ha fått en bred innsikt knyttet til problemstillingen. Jeg har i analysen tatt utgangspunkt i meningsbærende enheter fra informantene.

Hermeneutikken og den hermeneutiske sirkel har vært med meg gjennom analyseprosessen ved at jeg har vært i en konstant bevegelse mellom helhet og del og tilbake til helhet. Jeg har

hatt et mål om å være åpen til mitt materiale og mine informanternes stemme, og jeg ville motarbeide de litt raske forståelser man kan ha. Stemmene til informantene skulle få tale. Jeg har gjennom analysen hatt som mål å finne meningsenheter, temaer og skape systematisert innsikt som jeg har drøftet mot tidligere forskning, relevant litteratur og teori, og gjennom det forsøkt å løfte frem ny kunnskap.

Reliabilitet handler om forskningsfunnenes konsistens der en søker å motvirke en vilkårlig subjektivitet (Kvale, 1997;164). I analysen bygges bro mellom data fra informantene, annen forskning og teori. Jeg måtte i denne prosessen være klar over egen forforståelse. Videre var det viktig at prosessen ble gjort slik at andre kan følge den veien jeg har gått, anerkjenne den og forstå mine konklusjoner. Teksttolkning er en subjektiv prosess, og det er viktig at metoden og analysen blir beskrevet steg for steg slik at det kommer tydelig frem hvordan man kommer frem til tolkningen og resultatet. Dette for at forskningsfunnene skal være reliabel eller pålitelig.

Validitet i forskningen handler om i hvilken sammenheng det som fremkommer i forskningen gjelder. Vi kan sjelden si ja eller nei på spørsmålet om det vi har funnet er sant, viktigere er det å ta stilling til hva det er sant om, hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har (Malterud, 2003:24). Kvalitativ metode sikter i følge Malterud mot å forstå, ikke forklare og målet er å beskrive, ikke predikere. Ingen forskningsmetode kan påta seg bevisførsel, men kan i beste falle sannsynliggjøre noe (:40). Selv om jeg i min forskning bare har fire informanter kan mine funn være gjenkjennbare og overførbare til andre sykepleiere, avdelinger og sykehus. Overførbarhet i forskning er en forutsetning for at kunnskap som skal kunne deles med andre (:64). Mine informanter sa at de var opptatt av fagutvikling. Det kan være at jeg har fått de informantene som var opptatt av fagutvikling, og at de som er mindre interessert i fagutvikling er de som ikke ønsket å delta i studien min.

4.1.4 Metodediskusjon

Jeg har forsket i eget felt, og hadde en forforståelse som tilsa at fagutviklingen ikke var tilstrekkelig ivaretatt og organisert i pleiepraksis. Min studie bekreftet min antakelse. For meg har det vært viktig å være tro til det mine informanter sa, og ta det på alvor. Jeg opplevde at mine informanternes erfaring med manglende mulighet til fagutvikling gjorde et sterkt inntrykk.

Det er begrenset med informasjon man får i løpet av halvannen time. En oppfølgende intervjusamtale ville gitt meg muligheten til mer nyansert informasjon, men av hensyn til denne oppgavens rammer valgte jeg ikke å gjøre det. Jeg kunne intervjuet sykepleiere ved flere sykehus for å få bredere erfaring og kunnskap, og jeg kunne intervjuet ledere og fått deres synspunkt. Men jeg har fått intervjuet kreftsykepleiere som var opptatt av fagutvikling, og jeg har fått mye viktig kunnskap av dem. Målet for oppgaven var ikke å få en uttømmende kunnskap knyttet til problemstillingen, og jeg er fornøyd med hva jeg har fått kunnskap om innenfor rammen av denne oppgaven.

4.2 Å forske i eget felt

Jeg har forsket i eget felt. Jeg er kreftsykepleier, har lang erfaring og jobber med fagutvikling. Det er viktig at jeg er oppmerksom på egen forforståelse. Forforståelse handler om vår egen forståelseshorisont som omfatter våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger (Thornquist, 2003:142). Jeg har jobbet aktivt med å gå ut av rollen som kreftsykepleier og fagutviklingssykepleier, og tatt på meg rollen som forsker.

Å forske i eget felt vil si å befinne seg i kjente omgivelser og med kjent problematikk. Generelt vil det å forske i eget felt handle om å være på hjemmebane, det vil si å være kjent i en eller annen form. Man er kjent med de betingelser som gjør seg gjeldende på aktuell arbeidsplass. Som sykepleier vil man kunne være hjemme på flere avdelinger der sykepleie utføres. Møtet med pasienter, det relasjonelle og en sykehusavdeling er kjent. Det er ikke nødvendigvis kollegaer du møter, du er ikke kjent med de spesielle sykepleieoppgaver denne avdelingen er spesialisert på, og du er heller ikke kjent med interne koder, organisering og språk. For meg som sykepleier og forsker vil eget felt dermed også kunne befinne seg på alle avdelinger som gir sykepleie til kreftpasienter i tillegg til egen avdeling, men jeg vil ikke der være kjent tilsvarende det jeg vil være på egen avdeling. Jeg forsket ikke på egen avdeling og ikke på egne kollegaer, men jeg er uten tvil på hjemmebane i min forskning.

I egen kultur er språket, regler og normer kjent, og en trenger ikke bruke tid på å gjøre seg kjent med det. Det kan være en fordel da man får en lettere inngang til sitt forskningsfelt. Men det er svært viktig å være oppmerksom på at selv om det er mye en er kjent med er det også mange ting en ikke er kjent med. Det er viktig å ha den nødvendige respekt for at ikke alt er kjent, ellers vil man stå i fare for å overse viktige ting. Paulgaard (1997:75) sier at en som gjør

feltarbeid i eget samfunn må streve med å komme ut av sin egen kulturelle hjemmeblindhet, mens en som gjør feltarbeid i et annet samfunn, må streve med å komme inn i den fremmede kulturen.

Min egen erfaring var viktig for meg både i utforming av intervjuguiden og i gjennomføringen av intervjuene. Jeg hadde både positive og negative følelser knyttet til å nærme meg et felt som jeg hadde såpass mye kjennskap til. Dette var det viktig å ha tenkt gjennom på forhånd. Mentalt hadde jeg over tid forberedt meg på at dette ikke skulle handle om meg og min erfaring, men at jeg nå hadde en unik mulighet til å lytte til andres erfaringer. Jeg var oppmerksom på dette i samtalesituasjonen, og var bevisst på å stille oppklarende spørsmål også der informanten kanskje mente at dette burde jeg skjønne. Jeg tror kanskje at det var lettere for mine informanter å komme med egne tanker til en ”insider” som til en viss grad skjønte arbeidssituasjonen deres. Kanskje har jeg fått tilgang til mer informasjon enn jeg ville fått hvis jeg ikke kjente feltet.

I analysesituasjonen hjalp teorien meg til å kontekstualisere min empiri og sette det inn i vitenskapelige termer. Dette var viktig for at jeg skulle få nødvendig avstand til problematikken. Jeg forsker i eget felt, og vil kunne ha større problem med å se sammenhenger i mine funn pga indre blindhet og at mye tas for gitt.

4.3 Etiske betraktninger

Etiske avgjørelser hører ikke til noen enkelt del av intervjuundersøkelsen, men må foretas gjennom hele forskningsprosessen (Kvale, 1997:65).

Helsinkideklarasjonen (2000) omhandler etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesket. Min forskning omhandler ikke pasienter eller pasientsensitive opplysninger, noe som gjør at jeg ikke trengte å søke ”Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk,” REK, om tillatelse til gjennomføring. Sekretær May Britt Rossvold, REK Nord har på telefon 19.05.08 bekreftet dette. Min forskning innebar meldeplikt til ”Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste,” NSD, Bergen i henhold til personopplysningsloven (2000) og helseregisterloven (2001) med forskrifter. Dette da jeg skulle oppbevare personsensitive opplysninger som jeg ville få i forbindelse med intervjuene. Se vedlegg 5.

Mine informanter fikk skriftlig informasjon om deltakelse i studiet. Der ble de informert om skriftlig samtykke og de ble lovet konfidensialitet. De ble informert om de kunne trekke seg fra studien når som helst under studien uten å oppgi grunn, og at jeg da ikke ville bruke data gitt av dem. De fikk også informasjon om at jeg ville benytte båndopptaker og at lydfilene ville bli slettet ved prosjektets slutt.

Jeg velger å anonymisere hvilket sykehus mine informanter jobber på. Det som er viktig for meg er å ha fokus på fagutviklingens betydning og vilkår for sykepleiere. Miljøet blant kreftsykepleierne på et sykehus er lite, og de fleste kjenner hverandre. Lederne til de aktuelle informanter er kjent med hvem av deres ansatte som fikk forespørselen om å delta. De vet nødvendigvis ikke hvem som deltar, men for de som valgte å delta i arbeidstiden vil også dette kunne være kjent for leder. Jeg vil av hensyn til konfidensialitet ikke skille mellom avdelingene mine informanter kom fra i presentasjonen av empiri. Jeg velger ikke å være mer konkret enn å si at jeg hadde fire informanter og at de kom fra flere avdelinger, og av samme årsak presenteres mine informanter med gjennomsnittlig ansiennitet. Jeg vil heller ikke gi informantene navn eller nummer for å skille dem fra hverandre. De vil da bli mer synlig ved at informasjon kan settes sammen, noe som kan føre til at informantene kan bli gjenkjennbar i miljøet.

Hva gjør jeg hvis jeg som forsker får kunnskap som er lite flatterende? Helsinkideklarasjonen (2000) som omhandler etiske prinsipper for medisinsk forskning på mennesker omfatter pasienter, og gir ikke samme beskyttelse til helsepersonell som utforskes. I slike situasjoner skal vi bruke vårt beste skjønn til å utøve en ansvarlig forskningsetikk i forhold til dem som betror oss sin kunnskap eller sin hverdag. Vi har ingen rett til å krenke dem som har vist oss tillit i forskningens navn (Malterud, 2003:205). Jeg opplever å ha fått noe kunnskap som er lite flatterende i forhold til opplæring og tilrettelegging for fagutvikling. Blant annet mener jeg det er svært betenkelig at to av mine informanter sier at det er flere år siden de hadde hatt opplæring og øvelse i hjerte lunge redning, HLR, noe som anbefales utført 1-2 ganger i året. Denne informasjonen har jeg tatt videre til leder for eget utvalg for HLR ved aktuelt sykehus. Se nærmere kapittel 5.3.2.

5. Presentasjon av empiri

Analyseprosessen startet med at jeg fant frem til viktige og sentrale meningsbærende enheter fra hvert intervju. Disse meningsbærende enhetene besto av kortere og lengre setninger, og inneholdt informasjon relevant for oppgavens problemstilling. De meningsbærende enhetene ble tolket, kondensert og systematisert for å få frem ulike hovedtema og subtema. Jeg velger å presentere min empiri - som er resultatet av analysen av intervjuene med følgende hovedtema;

- 1) Fagutvikling foregår på mange arenaer
- 2) Motivasjon for fagutvikling
- 3) Utfordringer knyttet til fagutvikling.

5.1 Fagutvikling foregår på mange arenaer

Jeg velger å presentere min empiri med overskriftene formelle arenaer og uformelle arenaer.

5.1.1 Formelle arenaer

5.1.1.1 Kurs og konferanser

Fagutvikling er for mine informanter å delta på kurs og konferanser. Konferansen som ”Forum for kreftsykepleiere” (FKS) arrangerer annet hvert år blir spesielt nevnt som svært givende og verdifull av tre av mine informanter. Det som oppleves bra med den er at der får de ny relevant og oppdatert kunnskap. Der møter de andre sykepleiere som har erfaringer og praksiskunnskap de deler. Det kan også være pasienter som deltar og forteller om sine erfaringer. Det å møte og bli kjent med sykepleiere som jobber på tilsvarende avdeling på et annet sykehus oppleves som ekstra givende. Deling av erfaringer i møtet er en ting, men kontakten som opprettes gjør at de får en relasjon som muliggjør kontakt i ettertid. Det er ingen kurs eller konferanser som er obligatoriske å delta på. Med det mener jeg at ingen kurs eller konferanser er av kvalitetsmessige grunner definert som noe alle må gjennomføre. Sykepleierne må søke, og økonomien og personellsituasjon bestemmer om deltakelse er mulig. En informant opplevde det som et styr å få komme seg på kurs da det innebar å måtte sende mange søknader om økonomisk støtte ulike steder. Hun hadde dårlig erfaring med sykehusets økonomi og støtte til kursdeltakelse.

5.1.1.2 Internundervisning

Internundervisning er en arena alle mine informanter er kjent med, og en arena de opplever som viktig og bra. Avdelingene har internundervisning 2-3 ganger i måneden à $\frac{3}{4}$ - 1 time. Internundervisningen er obligatorisk og i turnus for de som har jobb på det tidspunkt den gjennomføres. Undervisningen er lagt til etter rapport fra dagvakter til seinvaktene, noe som gjør at de som deltar ikke har ansvar for pasienter og avdelingen samtidig. Undervisningen gir mulighet til faglig oppdatering der de ansatte kan komme med ønske om tema. I dette fora er det anledning for de ansatte selv å ha undervisning, noe de oppfordres til. Det vanligste er å ha eksterne forelesere. Det er et tilbud som ikke alle kan benytte hver gang pga turnus, noe som betyr at alle ikke får samme tilbud om oppdatering og kunnskapstilførsel.

5.1.1.3 Faglige møter

Fagmøter er kortere møter i arbeidshverdagen. Alle som er på jobb denne dagen er deltakere, og de har samtidig ansvar for pasienter. Refleksjonsmøter eller faglige møter arrangeres noe ulikt. En avdeling har den fast for pleiepersonalet en gang i uken à $\frac{3}{4}$ time. Her tas faglige problemstillinger gjerne knyttet til utfordrende pasientsituasjoner opp, dette for å lære av hverandre, tenke sammen og kvalitetssikre pleien. Avdelingen som har dette prioriterer å få tid til det. Varighet $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ time. Dette møtet oppleves som svært bra. En avdeling har tverrfaglig møte annenhver onsdag à $\frac{1}{2}$ time, men var et tilbud for en gruppe i avdelingen. Møtet oppleves som bra, men var noe uforutsigelig. Dette møtet avlyses hvis det er mye å gjøre i avdelingen eller hvis det er vanskelig for noen å møte opp – noe jeg fikk en forståelse av forekom relativt ofte.

5.1.1.4 Gruppe- og prosjektarbeid

Å jobbe med ulike prosjekter knyttet til faglige problemstillinger enten i gruppe eller alene har betydd mye for alle mine informanter. Alle har eller har hatt erfaringen med denne måten å jobbe på. Det å jobbe sammen for løsninger og ha brainstorming oppleves som svært givende. Det fremkommer også at det skaper samhold i personalgruppen å jobbe på denne måten. Det antydes også at det nok er enklere å gjennomføre prosjekter som personalgruppen er med på å jobbe frem på denne måten. Den ene informantene hadde nesten glemt denne arenaen da det var så lenge siden hun hadde deltatt, hun kom på den i løpet av samtalen vår.

Prosjektarbeid der hele dager eller deler av dagen var satt av til å jobbe med diverse prosjekt innebar å jobbe med prosedyrer, informasjonsbrosjyrer, ulike fagutviklingsprosjekt for eksempel knyttet til kvalmebehandling, terminalomsorg eller omsorg for barn som pårørende. En informant sa at hun på eget initiativ hadde fått flere slike dager til å jobbe med prosjekt hun hadde interesse for. Hun hadde blitt møtt med velvilje på sine ønsker om å få avsatt til sine prosjekter. Hun hadde i tillegg brukt ledig tid ”innimellom” på roligere dager for å følge opp sine prosjekt. Det var en stund siden hun hadde hatt siste prosjekt. Jeg forstod henne slik at hun hadde mindre overskudd til å ta slike initiativ nå. Hun hadde derimot et ønske om at hun skulle få tildelt et prosjekt fra ledelsen.

En informant fortalte om et uferdig prosjekt, det hadde det siste året ikke vært mulig å få tid til å fullføre prosjektet, og hun hadde nå nærmest gitt opp å be om ledig tid til det. Også hun likte denne måten å jobbe på veldig godt. Ledelsen hadde ikke tatt opp med henne at hun hadde et uferdig prosjekt, de hadde heller ikke tatt noe initiativ til å evaluere prosjektet hennes. En informant hadde fått delegert et prosjekt eller en oppgave for noen måneder siden, men problemet for henne var også at det ikke var avsatt tid til arbeid med prosjektet.

Informantenes definisjon av prosjektarbeid er ikke det samme som det litteraturen definerer som prosjektarbeid (Bjørk & Solhaug, 2008; Granum & Solvoll, 2006). Det de definerer som prosjekt synes å være mindre undersøkelser, der det blant annet ikke er samme krav knyttet til systematikk, dokumentasjon og bruk av relevant forskning, jmfør 2.2.1.

5.1.1.5 Studiedager

Det å ha studiedager i turnus, en dag ca hver 3 måned, er noe to av mine informanter har hatt en periode, og den ga dem mulighet til å ”lese seg opp” eller jobbe med andre fagutviklingsprosjekter de var involvert i. Denne muligheten har de ikke lenger. Den ble visstnok tatt bort da det ikke lenger var rom for dette i turnus på grunn av økende pleiebehov i avdelingen. Denne dagen skulle de gjerne fortsatt hatt. Begge to opplevde at de brukte dagen på en meningsfull måte. Men det fremkom også at det ikke var alle som klarte å benytte dagen til det den skulle, de hadde problem med å identifisere eget behov for faglig oppdatering. Noen vet ikke hva fagutvikling og oppdatering konkret betyr for dem og hvordan de skal gå frem for å møte dette kravet.

5.1.1.6 Fagdager felles for hele personalgruppen

En felles fagdag for hele personalgruppen en gang i året er noe alle mine informanter har eller har hatt. Dagen blir brukt til sykepleiefaglige problemstillinger, og oppleves av alle som svært nyttig og bra. En avdeling arrangerte den ikke forrige år, og så langt er den ikke planlagt dette året. De hadde ingen informasjon om at dagen var inndratt, heller ikke hvorfor den ikke ble arrangert siste år. En avdeling inviterte samarbeidspartnere fra primærhelsetjenesten til å delta, noe som gjorde dagen ekstra bra og meningsfull. Et sykehus har ansvar for samarbeid og opplæring knyttet til faglige problemstillinger der primærhelsetjenesten skal involveres, og en felles ble fagdag anses som et godt tiltak i miljøet. En avdeling har hatt sin fagdag i år, men den ble ikke brukt til faglige problemstillinger som de var vant til. Den ble nå brukt til å diskutere omorganiseringen i ny klinikk.

5.1.1.7 Å undervise

Det å selv ha undervisning trekkes frem av alle som noe de opplever som viktig for fagutvikling. Å undervise innebærer at de må sette seg inn i ny kunnskap, noe som gir læring og oppdatering av kunnskap. Det innebærer også å utfordre seg selv på en annen måte enn vanlig. Mine informanter har i varierende grad hatt undervisning selv. De liker det, og ser på det som noe de gjerne vil. De sier at det krever tid til forberedelser, og siden de i hovedsak må bruke fritiden til det begrenser det deres mulighet og ønske for det. Alle har blitt oppfordret av sin leder til å ha undervisning. Det fremkommer også at det å ha undervisning er noe sykepleierne ikke er veldig fortrolig med, og at personlig oppfølging og tilbakemelding er viktig for å bygge opp følelse av mestring. Konstruktiv tilbakemelding er viktig for å få vite hva som var bra og hva som kan forbedres til en eventuell senere undervisning.

5.1.1.8 Veiledning

Ingen av mine informanter deltar eller har tilbud om å delta i veiledningsgrupper. Alle har tidligere deltatt i veiledningsgrupper, og opplevde det som verdifullt og viktig.

Veiledningsgruppe er noe tre av mine informanter sier de ønsker å gå i, og to sier de har etterlyst det. En informant lurer på om det ikke er trendy lenger, og at det derfor er noe som er blitt borte. En informant kommenterer mangelen på veiledningsgruppe slik, og sier samtidig også noe om hvorfor veiledning er viktig;

”Det er veldig synd at vi ikke har det lenger, viktig å kunne få prate om opplevelser man bærer på, og som kanskje er lik for andre. Synd at det ikke er rom for slike ting i hverdagen. Viktig å kjenne på ressurser man har istedenfor å kjenne på de tunge tingene alene. Bra å få frem ressurser for å klare tunge ting. Er fagutvikling det også, blir tryggere i den jobben man gjør. Man ser at andre har samme opplevelser og får delt erfaringer, det gjør hverdagen lettere. Vi har tøffe utfordringer, står i mye tøft.”

5.1.1.9 Avviksmeldinger

Sykehuset skriver i sin kvalitetsstrategi at de vektlegger avviksmeldinger som utgangspunkt for forbedring, og at ansatte skal melde fra om avvik og delta i arbeidet med forbedring. Ingen av mine informanter nevnte på eget initiativ avviksmeldinger som potensial for fagutvikling. Sykepleierne opplever at ledelsen ikke har formidlet klart at avviksmeldinger er viktig for å få til kvalitetsforbedring. En informant opplever at det mest er tillitsvalgte og verneombud som jobber for at personalet skal bruke avviksmeldinger. Alle informanter benytter avviksmeldinger, men i noe ulik grad fra å være veldig aktiv til å ha skrevet noen få avviksmeldinger. De mener det er viktig å registrere avviksmeldinger når det skjer feil eller avvik. Avviksmeldinger meldes via dataprogrammet Docmap. Flere opplever det som innviklet, tungvint og tidkrevende å bruke dette programmet, og at det var lettere før da de kunne fylle ut et papirskjema. Tid til å lære programmet og tid til å utføre registreringene er viktige faktorer for at det skal skrives avviksmeldinger.

En sykepleier vet at mange av avviksmeldingene som er skrevet ligger til grunn for rapporter og dokumentasjon for å få beholde eller øke antall stillinger og lignende, og hun opplever å se resultat av avviksmeldingene;

”Det er faktisk lettere å få til ting, eller få ting gjennom, når man har dokumentert det skriftlig på forhånd!! På den måten føler man at man er hørt. Når noe er nede på papir, er man nødt til å ta tak i det, da kan man ikke bare overse og gjemme det bort fra ledelsens side.”

De andre opplevde å ha fått liten respons på sine avviksmeldinger og de har heller ikke merket mye til forbedringer som resultat av avviksmeldinger.

De fleste så ingen stor sammenheng mellom fagutvikling og avviksregistrering. De hadde kanskje ikke tenkt på avviksmeldinger som fagutvikling, men noen fikk en tanke om at det kan være fagutvikling å registrere avvik ved å reflektere over mitt spørsmål. *”Har ikke tenkt*

så mye på dette. Nødvendigvis behøver det ikke å være en sammenheng. Må tenke mer på det, vet ikke hva jeg skal svare deg.” En informant så et potensial og en sammenheng;

”Ja, det er absolutt viktig å melde avvik, kanskje også når det ikke er tid til omsorg, for å synliggjøre sykepleiefaget. Det er ikke bare avvik på å ha gitt feil medisin eller til gal tid som er avvik.”

5.1.1.10 Klinisk stige

Ingen av mine informanter nevnte klinisk stige i intervju samtalen til tross for at Sykehuset har hatt et tilbud om klinisk stige. Alle hadde hørt om klinisk stige, og mente at det var et godt tilbud. En informant visste ikke at det var et tilbud på Sykehuset. En informant hadde vært interessert i å starte på klinisk stige, men hun hadde ikke klart å finne ut av hva det innebar og hvordan det skulle tilrettelegges. En informant sier at det tilbudet kunne være interessant for henne nå for å få inspirasjon og faglig oppdatering da hun opplevde at hun så og si aldri fikk faglig oppdatering via kurs. Men hun mente at det ville være problematisk å delta da hun var skeptisk til at hennes ledelse ville kunne gi henne fri for å delta. To informanter opplevde at tilbudet ikke var interessant for dem nå uten at de begrunnet det nærmere. Ei hadde prioritert videreutdanning i kreftsykepleie som et alternativ til klinisk stige. Ingen hadde blitt oppfordret av sin ledelse til å delta.

5.1.2 Uformelle arenaer

Den viktigste arena for uformell læring i pleiepraksis er kontakten og samarbeidet sykepleierne har med pasienter og pårørende. Alle mine informanter understreket dette. Det er også helt tydelig at det er dette møtet som betyr mest for dem i utøvelsen av yrket, og som gir mest motivasjon til å bli i yrket. Dette engasjementet var på mange måter utgangspunktet for hvorfor fagutvikling var viktig.

”Kollegaer som er opptatt av fagutvikling er veldig inspirerende.” I hverdagen brukes kollegaer mye til uformell faglig oppdatering og refleksjon. Det vanligste er å bruke leger og sykepleiere på egen avdeling, men sykepleiere på andre avdelinger på samme sykehus evt. sykepleiere på samme type avdeling på andre sykehus benyttes også. Det fremkommer at sykepleierne opplever å supplere hverandres kunnskap i hverdagen. Det ikke den ene vet, vet den andre, og det føles greit og trygt. Mine informanter opplever at det er lett å reflektere og bruke kollegaer uformelt. Det er ikke alle som er like interessert i faglige refleksjoner, og det

er til en viss grad personavhengig hvem informantene oppsøkte. *”Det er forskjell på kollegaers interesse for fagutvikling, opplever at spesielt kreftsykepleierne er interessert.”*

Dette var noe avhengig av sak og kompleksitet. Det var erfaring og interesse for fag som var bestemmende for hvilken kollega du henvendte deg til for faglig hjelp. Det fremkommer for øvrig at de ofte følte de fikk best hjelp av kreftsykepleiere som de opplevde hadde stor kompetanse og interesse for faget.

Det skjer mye ny læring ad hoc i forbindelse med at den enkelte konfronteres med det som er nytt, eller det kan være ting de i øyeblikket ikke husker eller kanskje trenger en bekreftelse på. Det er sjelden introduksjon på forhånd av nye ting, for eksempel nye behandlingsopplegg. Docmap er et program hvor alt av dokumenter og prosedyrer på Sykehuset skal samles. Det er på vei til å bli et bra hjelpemiddel for oppdatering av kunnskap i hverdagen. Dette oppleves som et supplement til kollegaer. Enda er det litt usikkerhet knyttet til Docmap, alt av prosedyrer er ikke lagt inn, det oppleves litt vanskelig å finne frem, og det tar tid å logge seg inn i programmet og finne frem. Derfor prioriteres det ikke alltid å finne frem til aktuell informasjon via Docmap.

Det er ingen av mine informanter som aktivt søker opp ny kunnskap via databaser som publiserer forskningsbasert kunnskap. Mine informanter hadde blant annet ikke informasjon om Helsebibliotekets nettside, samt andre nettressurser som er tilgjengelig via Sykehusets intranettside. De søker en del på nett, men mer tilfeldig via Google. En av informantene var blitt introdusert for begrepet evidensbasert kunnskap på siste FKS konferanse hun hadde vært på. Hun visste at det var et aktivt miljø i Bergen som jobbet mye med kunnskapsbasert praksis, men hun hadde ikke satt seg nærmere inn i hva det var. De andre kjente ikke til begrepet evidensbasert kunnskap eller kunnskapsbasert praksis. Det var ikke noe som var tematisert på deres arbeidsplass.

”Kjempegøy å veilede studenter.” Studenter nevnes som kilde for fagutvikling, og de fleste opplever at det er positivt å ha studenter i avdelingen. *”Studenter gjør at jeg skjerper meg, videreutdanningsstudenter gir meg mye.”*

5.2 Motivasjon for fagutvikling

Fagutvikling er viktig for å sikre oppdatert kunnskap, for å kunne gi god sykepleie samt at det inspirerer til å bli i yrket som sykepleier. Inspirasjon til å være i yrket handler både om at manglende fagutvikling kan føre til utbrenthet og at skal sykepleierne klare å være i yrket er det viktig å kjenne på og vite at de har tilstrekkelig kompetanse.

5.2.1 Være oppdatert på ny kunnskap

Alle understreker behovet for kontinuerlig oppdatering da de erfarer at det skjer så mye innenfor fagfeltet de jobber med. De opplever at pasientene har økende kunnskap noe som utfordrer dem. De opplever jevnlig å ikke kunne svare på spørsmål, men alle sier at de prøver å finne ut av det for så å gå tilbake til pasient eller pårørende med oppdatert informasjon.

”Bevisstgjøring av opplevelser trenges for å gjøre en bedre jobb, og for å få det til trenges undervisning og skolering.” Det er lett å bli gående i ”en tralt” som en sykepleier uttrykte seg, der man ser seg litt blind på de muligheter og alternativer som finnes for å hjelpe pasienten på best mulig måte. Kunnskap kommer ikke av deg selv. Det å handle som en alltid har gjort er enkelt, men det betyr ikke at det er den riktige eller den beste måten å utføre denne oppgaven på.

”Mye ansvar når man er på jobb, og pasienten ikke blir bra. Skal ikke være doktor, men greit med kunnskap.” Det er svært syke pasienter som ligger på avdelingene. Det er også intensivpasienter i perioder. Pasientene er kritisk syk over lang tid. Som sykepleiere opplever de å være sammen med pasientene gjennom hele døgnet, og det er med sykepleieren pasient og pårørende bearbeider den situasjonen de er i samt den informasjonen de har fått av lege. Sykepleierne opplevde det svært viktig å inneha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse slik at de kunne føle seg trygg i de krevende situasjonene de ofte var i. Kompetansen handlet like mye om relasjons- og kommunikasjonskompetanse som medisinsk- og sykepleiefaglig kompetanse knyttet til alvorlig fysisk sykdom.

”Jeg skal jobbe i mange år, er stolt av yrket mitt, vil gjøre det best mulig for pasienten. Kunnskap gir trygghet, skjer så mye i tiden. Man må holde seg oppdatert, kan ikke jobbe som man gjorde for 20 år siden. Merker stor forskjell. Pasienten krever mer kunnskap, de spør mer, de følger med, de har internett. De følger mye med, også på det jeg gjør; hvorfor gjør du det sånn og ikke sånn som ho. Hvorfor gjør dere det forskjellig? Pasienten er mer selvbevisst.

Krever en kommunikasjon, og at jeg aksepterer at sånn er det, og at jeg ikke føler meg truffet eller angrepet.”

Mine informanter var opptatt av at det å klare å være en god sykepleier over tid krevde en innsats. De var opptatt av kollegaer som de så slet med motivasjonen og kollegaer som viste laber faglig interesse. Dette bekymret dem, og de ville ikke ”komme dit selv.” De opplever at store endringer i helsevesenet får konsekvenser for dem på en slik måte at det kan påvirke deres trygghet og kompetanse i yrket. Og at det kan medføre at de ikke lenger føler seg kompetent på grunn av manglende mulighet til faglig oppdatering.

5.2.2 Gi god sykepleie

”Lett å bli sløv hvis man ikke har tid til fagutvikling. Blindet, gående i en tralt, må kakke seg selv i hodet. Det skremmer meg. Kjenner at man blir dratt inn i et system.”

For å kvalitetssikre det arbeidet man gjør inne hos pasienten krever det at man tenker over situasjonen pasienten er i og hvilke behov som er tilstede. Det er noen umiddelbare behov som er åpenbar og som man lett ser og kan imøtekomme. Det er andre behov som ikke er like åpenbare, og som i ulik grad åpenbarer seg. Det handler for eksempel om psykiske og sosiale behov. Skal man møte disse behovene krever det at man først og fremst har interesse og tid til å samtale med pasienten, men ikke minst anledning til å sette sammen den informasjonen man får. Kan dette handle om det og det? Trenger hans mindreårige datter hjelp å takle situasjonen hun er i? Har han mindreårige barn, og så har han vært her i en måned uten at vi har gjort noe med det? Er det derfor han har vært så bekymret? Han sier så lite osv. Som kreftsykepleier ved et sykehus har de pasienter som er svært syke, og de kommer fra et større omland. Det er mange store problemstillinger knyttet til pasientens totale situasjon og ikke bare det som fysisk åpenbarer seg i sykesengen. Det handler om mye mer enn stell, mat og medisiner.

”Tid og refleksjon må til for å få til kvalitetspleie, overser lett viktige ting hvis det går for fort, gjerne de ”litt videretingene”, det skremmer meg. Oppdager det etter noen dager, gjerne når andre har igangsatt tiltak i forhold til det.”

”Trenger faglige utfordringer for å skjerpe seg. Hvis man skal ha undervisning for eksempel må du sette deg inn i ny kunnskap.” Det å holde seg faglig oppdatert er en oppgave sykepleierne har et selvstendig ansvar for. Det å forberede en undervisning er en måte å oppdatere seg på, og det handler også om å kvalitetsforbedre sykepleiere og sykepleien. Mange var også opptatt av at de trengte repetisjon av tidligere lært kunnskap. Det er ikke alt

som blir like ofte brukt og kan gå i glemmeboken. Etter permisjoner var det mye informasjon som måtte ”hentes tilbake,” og ulike typer oppdatering opplevde de var helt nødvendig.

”Jeg ønsker å bidra til å heve kvaliteten i hele avdelingen.” Den totale kvaliteten i avdelingen var også problematisert. Det handler like mye om samlet kompetanse i avdelingen som hva den enkelte sykepleier har av kunnskap. Informantene er opptatt av at avdelingen som et hele skal gå i takt. Det må være en forutsigbarhet i hva avdelingen ønsker og vil, og alle må være innforstått med hva som ønskes oppnådd og hvordan man går frem for å få det til.

5.2.3 Inspirasjon til å klare å være i yrket

Noe av det første min første informant sa til meg var; *”Fagutvikling har alltid vært svært viktig for meg, det som har holdt meg oppe.”* Og hun sa det med et sånt trykk at jeg aldri var i tvil om at dette mente hun virkelig. Fagutvikling gir inspirasjon til å ønske å bli i jobben. Og sykepleierne forventer fagutvikling.

”Viktig å få input, gir meg først og fremst inspirasjon, kan fort bli utbrent. Hvis vi har glede og engasjement, inspirasjon over jobben, klart det vil hjelpe pasientene.”

”Styrker meg, motiverer meg, gjør at jeg ønsker å fortsette i jobben. Utbrenthet hvis ikke fagutvikling, og det går ut over pasienten.”

”Tenker på inspirasjon som det viktigste - som det store, inspirasjon må man ha til alt man gjør i livet, tror fagutvikling ville gitt mye inspirasjon, for det er artig å lære nytt.”

”Synd at det ikke er rom for veiledning i hverdagen. Viktig å kjenne på ressurser man har istedenfor å kjenne på de tunge tingene alene.” Det er veldig synd, viktig å kunne få prate om opplevelser man bærer på som kanskje er lik for andre.”

Alle sykepleierne jeg intervjuet med hadde mer og mindre vært knyttet til aktuell arbeidsplass sammenhengende minimum fra år 2000. For to av mine informanter var det nå aktuelt å bytte arbeidssted for å lære mer, for å få fagutvikling, som de sa. De vurderte det seriøst. Selv om de sa at det ikke er sikkert at ”gresset er grønnere et annet sted” ville det uansett bli et annet fokus som ville bidra til ny læring og fagutvikling for dem selv. De opplevde at de faglig ikke hadde de utviklingsmuligheter de måtte ha, og det gjorde at de var usikker på om de kunne fortsette i jobben. Samtidig har de en erkjennelse av at det ikke sikkert at det er bedre tilrettelegging og muligheter på en annen arbeidsplass. Dette handler om sykepleiernes karrieremuligheter i faget.

”Det handler om selvbildet mitt, fordi hvis jeg kommer på helene i forhold til jobben min, gjør det noe med meg som sykepleier. Jeg tenker, gjør jeg en god nok jobb, og hvordan klarer jeg å fungere i jobben min? Er jeg nok flink, har jeg nok kunnskap? Jeg har ikke kommet dit selv, men har sett tendensen hos noen som er eldre enn meg. De som har mistet selvtilliten underveis av en eller annen grunn.”

Informantene var opptatt av egen fremtid i yrket. Flere var opptatt av hvor mange år det var igjen til de ble pensjonister, dette til tross for at de kunne ha mange år igjen. Noen ser frem til å bli pensjonert, og tenker tidligpensjonering som en god mulighet. En informant var veldig bevisst på hva hun selv kunne gjøre for å bidra til at årene hun hadde igjen som sykepleier ble så givende som mulig. Hun hadde ikke noe ønske om å bytte arbeidsplass. Hun ville bidra på en best mulig måte der hun var. Sykepleierne var opptatt av at det var viktig med innflytelse og mulighet til faglig utvikling for seg og avdelingen.

5.2.4 Forhindre oppgitthet

Det fremkommer en betydelig oppgitthet relatert til hvordan fagutvikling prioriteres i arbeidshverdagen. De opplever at fagutviklingen er tilfeldig, ikke tilstrekkelig organisert og at arbeidshverdagen er så hektisk at det ikke ble rom for det som er planlagt. Alt flyter, som en informant sa. Når det var så hektisk ble det ikke rom ”innimellom” for hverdagens mange små faglige utfordringer som kunne være å sette seg inn i en ny type smertepumpe, sjekke informasjon i Docmap eller tid til å ta imot studenter på en bra måte. Utsagn som dette kan illustrere stemningen;

”Flyter på erfaring i hverdagen, og kommer og går hjem uten å tenke eller engasjere seg for mye, har gitt opp!”

”Det er litt rart at man kommer dit hen når man har jobbet i mange år at man ikke er så interessert i faget, hva som gjør det, det vet jeg ikke. Begynner å tenke på at jeg selv vil havne der. Det å bytte arbeidsplass en løsning på det, tror jeg.”

”Fagutvikling er viktig for meg, har i alle fall vært det, vet ikke nå egentlig, tenker ikke så mye på å lære nye ting lenger. Jeg var så entusiastisk da jeg var ferdig med videreutdanningen, det var så mye jeg ønsket å lære mer om da.”

”Man blir utbrent pga lite flyt, det er et mas å få til fagutvikling”

Dagene på en hektisk kirurgisk eller medisinsk avdeling er uforutsigelig og det er hektisk. Det er mange mennesker og mange oppgaver. *”Ting flyt.”* Det er vanskelig å se orden eller system. Det å skulle prøve å få til fagutvikling ”innimellom” kan oppleves som en belastning i

tillegg til alt det andre som skal koordineres i løpet av dagen. Informantene mine hadde behov for fagutvikling for sin egen del, og de så også behov i avdelingen for organisatorisk fagutvikling. De hadde tatt initiativ til prosjekter eller takket ja til delegerte prosjekt. Når de tror at de har litt ledig tid kan plutselig situasjonen i avdelingen være helt endret, og planene de hadde kan ikke gjennomføres. ”Det er da man bare lar dagene gå,” som ei uttrykte det. Det oppleves som slitsomt og demotiverende for de involverte, og til slutt velger man å gi opp eller ikke planlegge for mye. Det er alvorlige erkjennelser sykepleierne kommer med, det er ikke veldig lenge siden de avsluttet videreutdanningen.

5.3 utfordringer knyttet til fagutvikling

5.3.1 Tid

”Tid er en utfordring for å få til fagutvikling.”

”Fagutvikling er noe man gjør hvis man får tid innimellom.”

”Oppdateringer tar lang tid - det må gjøres innimellom når det er tid.”

”Jeg har vært flink til å stille krav om tid til fagutvikling, man må gjøre det”

”Tid og refleksjon må til for å få til kvalitetspleie, overser lett ting hvis det går for fort.”

Alle mine informanter snakker mye om tid. Tid er det lite av, og primæroppgavene må gjøres og tar oftest all tid. Det som ikke har et fast tidspunkt er det vanskelig å finne innpass til i hverdagen. Det er mye som skal gjøres ”innimellom.” Faste arenaer som internundervisning får de tid til da det er organisert etter ordinær vakt. En avdeling prioriterte å få tid til refleksjonsmøtet en gang i uken, og klarte oftest det.

”Det viktigste er pasientene. Klarer ikke å ha avtalte møter hvis det er mye å gjøre hos pasientene. Klarer ikke å omstille meg i hodet til noe annet, får ikke noe ut av det da. Like greit at møtet avlyses da.”

Det er vanskelig å finne tid ”innimellom”, de viser til en utvikling der det stadig blir mindre tid å sette av til fagutvikling. Sykepleierne har daglig sine pasienter og ellers faste avdelingsrutiner å passe på, og da blir det vanskelig å slippe fra - selv til en timers undervisning som foregår annet sted på huset. Fagutvikling er i stor grad noe man gjør innimellom når og hvis det blir anledning. Når disse ”mellomrommene” kommer handler det mye om selvdisciplin å få brukt tiden. Noen er flinkere enn andre til å klare det.

Det at fagutvikling oftest gjøres når man får tid ”innimellom” innebærer at det kan ta mange uker eller måneder for å avslutte en oppgave eller et lite prosjekt. Når det er en oppgave som er igangsatt på eget initiativ aksepteres det at det tar tid, selv om det er viktige problemstillinger som gjerne skulle vært avklart raskere. To av informantene opplevde det veldig stressende og frustrerende å få delegert oppgaver som det ikke var avsatt tid til. En informant som hadde prosjekt hun selv hadde tatt initiativ til aksepterte at slik var det bare. Det var ikke tilfredsstillende, men hun var fornøyd med at hun fikk lov av ledelsen til å holde på med egne prosjekt av og til. Sykepleiere stiller ikke store krav og er fornøyd med lite kan det synes som.

Det fremkommer også at informantene opplevde at det var på nattvakter det nå var størst sjansje til å få gjort noe ”innimellom.” Det var oppgaver som var knyttet til spesialfunksjoner som for eksempel medisinrom, men også det å kunne sette seg ned å lese og oppdatere seg på ny kunnskap. En informant opplevde at natta var god for da var det mer tid til å snakke og reflektere med kollegaer. Da var det tid å stoppe opp og lytte til historier både fra kollegaer og pasienter. Sykepleieren illustrerer det med å fortelle en historie om en nyutdannet sykepleiers opplevelse med en døende pasient. Hun opplevde det som viktig for sykepleieren å fortelle sin historie for å kunne ”gå videre” i forhold til opplevelsen. Hun hadde hatt tid til å lytte til denne fortellingen siden det var natt og roligere. Hun tillot seg et sukk med tanke på alle som aldri får reflektert tilstrekkelig over vanskelige opplevelser som kanskje vil følge den videre i yrkeskarrieren på en uheldig måte.

I jobben som sykepleier er det mange faglige utfordrende oppgaver som kan innebære fagutvikling. En informant tok opp veiledning av studenter og opplæring av nyansatte. Hun opplevde at det var en oppgave hun likte, men når hun fikk denne oppgaven i tillegg til alt det andre ble det for mange oppgaver på en gang og det ble stress av det. Når du ikke har den ekstra tiden du må ha for å veilede en student eller se på at de utfører en oppgave blir det stress. Det å være erfaren i organisasjonen innebærer også å være den som de mindre erfarne rådfører seg med, også det kan oppleves som stress eller ”tidsheft,” for du har jo egne oppgaver og får dette i tillegg hele tiden. Hun var positiv til at de mindre erfarne rådførte seg, men hadde behov for å si at det hadde en konsekvens for henne. Det ble ikke tatt tilstrekkelig hensyn til at dette blir ”ekstrappgaver” som erfarne gjerne får når det er mange uerfarne på jobb. Å telle hoder er ikke tilstrekkelig. Den mer erfarne fikk ofte de kompliserte pasientsituasjonene og mye å forholde seg til også i forhold til det.

Fagutvikling og fritid problematiseres også. En informant fortalte at hun brukte mye av sin fritid på fagutvikling da hun var nyutdannet og etter eget utsagn mer entusiastisk. Etter hvert er det noe hun verken kan eller ønsker å fortsette med. En informant lurte på om hennes leder mente hun skulle bruke fritid på delegerte oppgaver siden det ikke ble tid til det i arbeidstiden. En informant møter opp på fritiden for å være med på internundervisning når det var tema hun mente var viktig, og hun gjorde det uten noen kompensasjon. Det at sykepleieren selv er ansvarlig for å være oppdatert gjør at fritid blir problematisert og at fritiden brukes. Men fritiden brukes i begrenset grad av mine informanter nå. De hadde et reflektert forhold til det. En informant sa at hun ikke hadde overskudd til å tenke jobbrelatert problematikk i fritiden. Det å lese fagbladet "Sykepleien" og gå inn på nett for tilfeldig oppdatering var vanlig og greit. En informant skulle gjerne hatt muligheten til å gå inn på Sykehusets intranettsider hjemmefra for tilgang til Docmap (kvalitetssystem for prosedyrer), dette for faglig oppdatering siden arbeidstiden ikke ga tilstrekkelig rom for det. Alle informanter var klar på at det i arbeidstiden skulle og burde være tid og mulighet for fagutvikling.

"Det er greit at arena for faglig refleksjon faller bort hvis det er for hektisk i avdelingen." Er det hektisk er det håpløst å sette seg ned å få en meningsfull refleksjon. Hodet og tankene er likevel ute i avdelingen. Det er ikke greit å koble seg av en hektisk situasjon for så å gå inn i en ny situasjon. Skal man få en meningsfull refleksjon behøves tid og konsentrasjon. Faglig refleksjon er viktig. Sykepleierne settes i en umulig situasjon når de skal prioritere mellom å møte behov hos pasienten og behov for faglig refleksjon. De har ikke noe valg, de må være hos pasienten. Selv om de også kan mene at faglig refleksjon er like viktig totalt sett for denne og andre pasientens sykepleie på avdelingen. Organiseringen av arbeidet setter sykepleiere i håpløse valgsituasjoner.

"Jeg er sliten når jeg kommer hjem. Hvis det hadde vært tid til å tømme hodet før man gikk hjem ville det gjort hverdagen bedre." Det er mange opplevelser og inntrykk som blir sittende etter ei hektisk sykepleiervakt. Ting skjer hele tiden, de er ofte ikke forutsigelig eller planlagt. Sykepleierne i praksis jobber i en handlingstvang der de i mange situasjoner må ta umiddelbare avgjørelser uten å tenke eller reflektere særlig på forhånd. Når det er så hektisk at de i liten grad har tid til å dvele ved dagens utfordringer eller dilemmaer de har stått i med hverandre er hodet fullt når de forlater arbeidsplassen. Mine informanter opplevde ofte å være veldig sliten etter ei vakt.

”Det er lite tid i hverdagen til fagprat på grunn av arbeidspress. Det blir et smil i korridoren, et klapp på skulderen - vi er flink til å støtte hverandre på den måten. Det er nesten ikke tid til pauser, dessuten er det ikke tillatt med fagprat i matpausen.”

Det er vanlig ikke tillatt at matpausen blir en arena for faglig refleksjon. Dette for at de fleste ønsker og har behov for å koble ut problemstillinger i pausen. Når miljøet er så stort som det er ville det bli mange fokus og mange behov. Behovet for å snakke om opplevelser og rådføre seg er stort, og når det er få formelle arenaer er det naturlig at det blir et press på pauser som faglig arena. *”Vi var flere sykepleiere her før, og vi hadde mer tid slik at det var rom for å sette seg ned på dagtid og reflektere. Nå ser vi nesten ikke hverandre.”*

5.3.2 Organisering

”Initiativ fra ledelse følges ikke opp med verken tid eller evaluering.”

”Utbrenthet pga lite flyt, et mas å få til fagutvikling.”

”Min kompetanse kunne vært brukt bedre.”

”Vår avdeling trenger opprydding i prosedyrer, noen sier det og andre sier noe annet, må forholde oss til mange operatører. Ikke enighet.”

Lederne har en sentral rolle i hvordan arbeidsdagen organiseres og hva som skal ha fokus og prioriteres i en organisasjon, og alle mine informanter snakket om lederne rolle. Det var en noe resignert holdning der det kom frem at alle var brikker i et spill der det var lite lederne også klarte å gjøre for å få mer ressurser. *”Alle har en sjef over seg.”* Det var ikke viljen det kom an på. Flere informanter mente at lederne hadde fått så mange nye oppgaver, og at fagutvikling derfor ble nedprioritert. *”De sliter og vi sliter.”* Lederne hadde nok med å fylle vaktplanene med folk, og det var liten mulighet til å legge inn faglige aktiviteter. En informant mente at lederne var flinke til å legge til rette for opplæring i forhold til ulike dataprogrammer, og når kurset var gjennomgått var det den enkeltes ansvar å følge det opp. Hun fokuserte på eget ansvar samtidig som hun så problemet med at det ikke var enkelt for alle å lære alle dataprogrammene. Det at det ikke er tid i hverdagen til å sette seg ned å trene på dataprogram gjør det vanskelig.

”Jeg vil ha tydeligere ledelse som viser at de prioriterer fagutvikling, men ser at de har fått så mange oppgaver at fagutviklingen blir lidende. Ledere er ansvarlig for å legge til rette og se behov for fagutvikling.”

Det var litt ulik oppfatning og forventning hvordan informantene mente lederne skulle og burde bidra i forhold til tilrettelegging, og hva de skulle være ansvarlig for. Det fremkommer at mine informanter ønsker en tydeligere ledelse som viser at de prioriterer fagutvikling, og at det settes på agendaen. Slik det var nå opplevde flere at tid til fagutvikling blir for tilfeldig, og at planer faller bort eller ikke finnes. Det at det ikke var informasjon i organisasjonen om plan for fagdag siste år var et eksempel på det. Det at lederne ikke maktet å sette fagutvikling tilstrekkelig på kartet avspeilet deres prioritering av fagutvikling. De ble oppfattet å være tilbakeholdne og ikke tilstrekkelig opptatt av at det var deres jobb å formidle ressursbehovet i avdelingen videre opp i systemet slik at det også var tid til faglige aktiviteter. Sterke sykepleierledere var viktig mente de, skulle de klare å få nok ressurser slik at det ble tid også til fagutvikling. Det var også noe usikkerhet vedrørende hvor viktig fagutvikling var for lederne og hva de ønsket å få til.

En informant var svært indignert over at hun ikke hadde fått gå på kurs i hjerte- lunge redning (HLR) etter at nye retningslinjer var kommet for flere år siden; *”Tenk at jeg jobber på et sykehus uten å kunne de nye rutine for HLR.”* Hun hadde vært påmeldt flere ganger, men kunne ikke møte da drift ikke tilsa hun måtte være i avdelingen. Hun hadde hatt siste oppdatering på HLR i forbindelse med videreutdanning i kreftsykepleie ca seks år tidligere.¹

En informant hadde halvferdig arbeid liggende etter et igangsatt prosjekt. Ledelsen etterlyste ikke resultat av prosjektet. Det fremkommer at det ikke er vanlig med mål, evaluering og sluttrapport av ulike typer prosjekt som igangsettes. Tilbakemeldinger fra ledelse savnes på eget arbeid, og medarbeidersamtale er ikke vanlig. En informant hadde aldri hatt det, og ei sa det var mange år siden sist hun hadde hatt det. *”Jeg ønsker mer tilbakemeldinger fra ledelsen.”* Samtidig sier en informant at ledelsen er positiv til personlig initiativ.

Det samtales lite i organisasjonen om mål og planer for hva avdelingen som organisasjon ønsker å bli bedre på. Det å forholde seg til ny kunnskap, og ha en tanke for at egen avdeling følger med i utviklingen blir lite verbalisert, og mine informanter uttrykker usikkerhet om ledelsen har tilstrekkelig oversikt og kontroll på det. *”Jeg tror ikke lederne har kontroll på om den nyeste kunnskapen anvendes i avdelingen.”* En informant sa;

¹ I samme kurspakke inngår også bruk av hjertestarter. Det forventes at sykepleier på post skal kunne anvende hjertestarter. Nasjonale retningslinjer anbefaler øvelse to ganger pr. år. Sykehuset ønsker å følge disse retningslinjene.

”Det er en skure og gå holdning i helsevesenet, ingen tar ansvar. Ikke godt å si hvem som har ansvar, alle har jo en leder over seg. Viktig med ledere som tør å si fra, våre ledere gjør ikke det.”

Der handler kun om å få driften til å gå rundt. Ingen informanter var blitt introdusert for begrepet kunnskapsbasert praksis av ledelsen, de kjente heller ikke til for eksempel Helsebibliotekets tilrettelegging av forskningsbasert kunnskap for helsepersonell, som linkes fra Sykehusets intranettside.

”Vanskelig å si fra om det som ikke er bra og ikke fungerer – at det faglig ikke er ok. Negative tilbakemeldinger ønskes ikke, oppfattes som unødig klaging.” Det fremkommer at det kan være vanskelig å ta opp med ledelsen det som oppfattes som faglig problematisk. Det handlet ofte om manglende ressurser i forhold til sykepleieoppgaver og konsekvenser for kvaliteten på omsorg og pleie. Det ble oppfattet som negativt. De ble ikke møtt på det de ønsket å ta opp, og de opplevde at tilbakemeldinger ble oppfattet som sutring. Det legges lokk på det som er vanskelig. Det var viktig å opprettholde en positiv tone, til tross for at det var vanskelig. Det var forskjell mellom avdelingene vedrørende dette.

”Tilfeldig delegering av oppgaver, system ses ikke, det etterlyses.” En av mine informanter nevnte forholdet til hospitanter og sykepleierstudenter. Hun opplevde at de hadde et dårlig system for ivaretagelse av dem. Det var sykepleierne på post som skulle ta i mot dem, introdusere dem i avdelingen og ha nødvendig opplæring. Alle oppgaver som tilfaller avdelingen skal sykepleierne ivareta og alt dette gjerne innimellom eller i tillegg til de andre gjøremålene. Hun hadde ønsket en fagutviklingssykepleier som en del av slike oppgaver kunne kanaliseres gjennom. Hun opplevde at disse oppgavene ofte ble dårlig ivaretatt og at det ble en ekstra belastning for de som skulle gjøre det som tilleggsoppgave, noe hun opplevde som lite tilfredsstillende. Det er oppgaver som i utgangspunktet oppleves som spennende, men som ikke blir det når planleggingen og tiden for å utføre oppgaven ikke er til stede. *”Systemet er tunggrudd.”*

5.3.3 Forventninger og krav

”Krav vedrørende å være oppdatert på ny kunnskap oppleves ikke, det er noe fjernt der ute, ikke synliggjort på samme måte der jeg er.” Dette svarte en informant på mitt spørsmål om

hvordan de opplever forventninger fra samfunn og fagmiljø om aktiv bruk av forskningsbasert kunnskap i pleiepraksis.

”Vil gjerne bli sett og få oppgaver som utfordrer og der kompetansen blir brukt. Mer krav. Vil da føle seg mer betydningsfull.” Dette handler om forventning til ledelsen om å bli sett og brukt i forhold til kompetanse. Sykepleierne ønsker også oppgaver som gjør at de får brukt sin kompetanse bredere. *”Jeg har vært flink til å stille krav om tid til fagutvikling, og fått lov til mye. Må ha en interesse for det.”* Dette uttalte en sykepleier som hadde stor personlig motivasjon for fagutvikling, og det viser at det å vise engasjement og ta egne initiativ verdsettes.

”Syns spesialsykepleierne og de uten spesialutdanning får for like oppgaver i for stor grad.”
”Feil bruk av min kompetanse, brukes til alt.”

Alle informantene opplevde at det å ta videreutdanning ga dem en ny innsikt, kunnskap og kompetanse knyttet til det å gi sykepleie til kreftpasientene. De opplever å ha fått en kompetanseheving som blant annet ga dem god ballast i møte med pasienter og pårørende i krevende situasjoner. Det å ta en videreutdanning gjør ikke at behovet for fagutvikling blir borte, kanskje snarere tvert imot. De opplever at jo mer de vet jo større utfordringer ser de i praksis. For eksempel tør de gå inn i situasjoner som er krevende, noe som igjen gjør at de har behov for oppfølging, refleksjon og veiledning knyttet til situasjonene. Det å skulle gå inn til en pasient som akkurat har fått dårlig informasjon knyttet til sin diagnose og prognose krever en forberedthet og refleksjon som ikke kommer av seg selv. Det fremkommer også at de opplever at forventningene til dem som kreftsykepleierne er stor med tanke på pasientivaretagelse, og at de ofte får delegert de mest kompliserte pasientsituasjonene. Det opplever de som riktig og fint og de opplever at deres kompetanse blir sett og verdsatt. Men det er krevende faglig, menneskelig og tidsmessig.

”Min kompetanse kunne vært bedre brukt.” Det å ha økt sin kompetanse gjør at de ønsker å bruke sin nye kompetanse også på en annen måte enn tidligere, og da i tillegg til vanlig klinisk praksis. Det fremkommer at de ønsker å bli brukt i forhold til veiledning, undervisning, fagutviklingsprosjekter og informasjon. De har en forventning om at ledelsen skal kjenne deres kompetanse og bruke den. De som tar personlig initiativ føler at de til en viss grad blir møtt, men det fremkommer et ønske om at leder skal ta mer initiativ i forhold til

fagutviklingsoppgaver. De vil gjerne utfordres og det fremkommer også at de gjerne ser at det stilles mer krav til dem som kreftsykepleiere.

”Ikke fått delegert fagutviklingsoppgaver, bare jobbet med det som jeg har hatt lyst til. Skulle gjerne fått delegert oppgaver.” Det ble stilt lite krav til den enkelte medarbeider vedrørende fagutvikling og det ble savnet. De hadde mange krav i hverdagen, men ønsket også oppgaver utover det kliniske. Det var ei som sa at da ville hun følt seg mer betydningsfull. En informant sier at hun hadde andre forventninger til jobben vedrørende tid til fagutvikling enn slik det er blitt. Hun hadde også trodd at avdelingen hadde andre forventninger til henne og at de ville bruke hennes kompetanse bedre. Det fremkommer fra flere at de opplever at deres kompetanse kunne blitt bedre utnyttet. En informant sier hun ikke hadde store forventninger til jobben vedrørende tid til fagutvikling. *”Jeg har faktisk ikke hatt noe forventning, når jeg tenker hvordan helsevesenet fungerer hadde jeg ikke det.”* For øvrig fremkommer det at det var bedre før, det er blitt verre de 10 siste årene med tanke på mulighet til faglig arenaer i hverdagen. Nå er det en opplevelse av at penger styrer alt.

”Syns på en måte at det var mer fagutvikling før. Mer input, undervisingsbolker, dager vi ble fritatt for å gå til undervisning, mye mer enn nå, 10 – 15 år siden. Kanskje er det relatert til ei annen avdeling jeg da jobbet på, er vel ei anna tid der også nå. Jeg opplever det slik, ja.”

”Hører at fagutvikling skal prioriteres i de nye klinikkene også for sykepleiere. Kanskje kan det nå blir bedre, blir en ordning.” Nye klinikkdannelser har gitt mine informanter forventninger om bedre tider for fagutvikling. Klinikken er i en oppstartfase. Fagutvikling også for sykepleiere er satt på agendaen, og er tatt med i målbeskrivelsen til klinikken. Det fremkommer også at det å kunne jobbe på tvers av avdelingene i klinikken, som det legges opp til, blir oppfattet som positivt. Det ville være spennende og interessant faglig sett, og ville gi en fin mulighet for faglig vekst og inspirasjon.

”Å være oppdatert er viktig for selvbildet. Føler man seg ikke oppdatert henger man ikke med, og faren er da stor for at det blir sykemeldinger.” Krav kommer fra flere steder, men de krav den enkelte stiller til seg selv er kanskje mest avgjørende for en videre karriere i yrket.

6. Analyse og drøfting

Jeg vil i dette kapittel analysere og drøfte empiri opp mot relevant teori. Fagutvikling skjer på ulike arenaer. Noen arenaer har et utnyttet potensial for fagutvikling. Manglede bevissthet og oppmerksomhet i forhold til potensialet for fagutvikling kan være en grunn til det. Andre arenaer er klart definert som fagutvikling uten at det betyr at denne arenaen blir tilstrekkelig tilrettelagt og utnyttet. Fagutvikling er et møte med egen, profesjonens, organisasjonens og samfunnets forventninger og fagutvikling har et individuelt, kollektivt og organisatorisk perspektiv og ansvar.

6.1 Arenaer med potensial for fagutvikling

6.1.1 Praksishverdagens erfaringer

Ingen av informantene vektla umiddelbart den kunnskapsutviklingen som skjer hele tiden i møtet med pasienter og kollegaer i pleiesituasjoner i praksishverdagen. Selv om de ikke vektla disse uformelle arenaene betyr det ikke at de ikke var viktig for dem. Når vi samtalte kom det klart frem at de var svært viktig og sentral for refleksjon og læring. Disse arenaene kan være vanskelig å se for sykepleierne da de ofte tas for gitt. Uformelle samtaler med kollegaer er viktig for læring og bearbeiding av hendelser i pleiepraksis, og samtaler med pasienter oppleves også som svært viktig for læring.

I debatten om hva som er kunnskap er det ulik tanke for om kunnskap utvikles med utgangspunkt i praksis eller i teori. Molander (1996:9) tar til orde for at man ikke uten videre skal akseptere at det er et skarpt skille mellom praktisk og teoretisk kunnskap, men at det er en gjensidig avhengighet. I følge Grimen (2008a:84) er det et samspill og en spenning mellom teoretisk og praktisk kunnskap i profesjoners kunnskapsgrunnlag og i utøvelsen av kunnskap. Noe av det særegne ved profesjoners kunnskapsgrunnlag at det er et amalgam av teoretiske innsikter fra forskjellige fagområder og praktiske ferdigheter og fortrolighet med konkrete situasjoner. Skjønnsutøvelse er viktig uansett kunnskapsform.

Grimen (:75) skriver at i praktisk handling må yrkesutøverne velge hvilke teoretiske elementer som skal anvendes i den aktuelle situasjonen, noe som innebærer en rekke skjønnsbaserte beslutninger som står i et mer eller mindre vilkårlig forhold til den teoretiske kunnskapsbasen man handler ut fra. En handling er aldri verdinøytral. Verdimesige og etiske

spørsmål aktiveres i situasjoner der det er vanskelig for sykepleierne å bestemme seg for hvilke tiltak som er nødvendige å iverksette (Kirkevold, 2006:35). Erfaring sammen med refleksjon er viktig for å integrere og utvikle både den praktiske og den teoretiske kunnskapen. Skjønn er en form for praktisk resonnering der formålet er konklusjoner om hva som bør gjøres i konkrete enkelttilfeller (Grimen & Molander, 2008:179), og forfatterne skriver at profesjonelt arbeid ofte beskrives som skjønnsbasert.

Mine informanter er opptatt av at arbeidshverdagen er full av situasjoner som ikke er så enkel å gjennomføre, og som krever tid til refleksjon og veiledning. Det er i alle disse uformelle møter at skjønn skal utvises og refleksjon er en betingelse for det. Erfaringskunnskap utvikles på slike arenaer. Disse situasjoner i arbeidshverdagen har potensial til å innebære fagutvikling hvis utøveren forholder seg reflekterende til situasjonen. Kirkevold (2006:35) skriver at erfaring sammen med refleksjon er viktig for å integrere og utvikle de ulike kunnskapstyper slik at det utvikles en personlig kompetanse. Informantene opplever at et mer effektivt helsevesen har bidratt til at det har blitt mindre tid til uformelle samtaler der de kan reflektere over hverdagen utfordringer og få hjelp av kollegaer. I tillegg jobber de mer alene nå enn før. Individuell læring kan bidra til kollektiv læring, ved at man stopper opp i praksishverdagen og reflekterer sammen i og rundt praksissituasjoner. Å skape formelle arenaer for å sikre ivaretagelse av en slik type refleksjon vil kunne være en løsning i en hektisk hverdag. Men det er viktig med et fokus og en bevisstgjøring av at de uformelle arenaer også er viktig. Formelle arenaer skal og kan ikke erstatte alle de uformelle arenaene som hele tiden finner sted.

Kanskje er ikke bevisstgjøringen rundt hva som er fagutvikling i praksishverdagen tilstrekkelig formidlet eller bevisstgjort for den enkelte og i organisasjonen. Det kan det være viktig med større bevisstgjøring knyttet til hva som er læringsarenaer for å fremme faglig refleksjon og læring, og kanskje også en oppvurdering av praksishverdagens utfordringer og utviklingspotensial. Det er viktig å ta vare på, løfte frem og lære av både gode og dårlige erfaringer, noe som vil bidra til en positiv bevisstgjøring av alle unike praksissituasjoner sykepleierne er i. I følge Granum og Solvoll (2006:25) er sykepleierne erfaringer og sykepleiepraksis rike kilder for utvikling av sykepleiekunnskap. Benner (1995:28) skriver at det ligger en rikdom av uutnyttet kunnskap innleiret i kliniske ekspertsykepleiers arbeid og knowhow, men denne kunnskapen blir ikke utviklet og utnyttet fullt ut før sykepleierne dokumenterer det de lærer av deres egen erfaring. Refleksjon i forhold til praksiserfaringer blir også sentralt og interessant da det er en første form for teoretisering (Kirkevold, 2006:34).

Ved å ha større fokus på læring i praksissituasjoner vil sykepleierne kanskje motiveres til fagutvikling ved å initiere prosjektarbeid eller forskning med utgangspunkt i egne praksiserfaringer. Sykepleierne kan også velge å ta utgangspunkt i og beskrive egen praksis i fagutviklings- eller forskningsprosjekter. En induktiv tilnærming til forskning som innebærer å gå ut fra egne erfaringer i praksis, er blitt en stadig mer populær metode for å utvikle sykepleiekunnskap (Granum & Solvoll, 2006:134).

6.1.2 Dokumentasjon

6.1.2.1 Behandlingsplan

En behandlingsplan er en plan for sykepleien til pasientene som også synliggjør og skriftliggjør faglig kunnskap. Det er en måte å formidle den kunnskap og kompetanse som ligger til grunn for sykepleien som skal utøves. Å skrive behandlingsplan innebærer faglig refleksjon og skriftlig formidling, og bidrar til å kvalitetssikre pleien. Ingen av informantene nevnte dette spontant som arena. En informant ble under samtalen oppmerksom på potensialet for fagutvikling det kunne være å skrive en behandlingsplan. En annen informant opplevde at potensialet ikke ble utnyttet i forhold til å anvende behandlingsplaner slik hun hadde forventet seg ved innføring av det elektroniske dokumentasjonsprogrammet Dips. Hun opplever at behandlingsplaner hun skriver ikke følges tilstrekkelig opp av kollegaer.

Dette illustrerer at sykepleierne ser potensialet behandlingsplaner kan være for faget, og de opplever at dette potensialet ikke er tilstrekkelig utnyttet i deres avdelinger. Det stilles lite krav til personalet vedrørende det å skrive og følge opp behandlingsplaner, og bruk av behandlingsplaner er bare delvis innført på avdelingene. Det er ikke laget prosedyre for hvordan utforme behandlingsplaner. Sykepleiere og deres ledere synes ikke å være tilstrekkelig bevisst på potensialet for kvalitetssikring og bevisstgjøring av faget som en behandlingsplan kan innebære. I alle fall blir ikke denne åpenbare muligheten for kvalitetssikring og utvikling av faget utnyttet. Det krever tid å lage behandlingsplaner, og det tar tid å lese dem. Det er kanskje faktorer som spiller inn.

Sykepleiere har lovpålagt plikt til skriftlig dokumentasjon av pasientrelatert arbeid, jmfør helsepersonelloven § 40 (1999);

”Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendig for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journal skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.”

Helsepersonelloven er ikke spesifikk i forhold til om dokumentasjon i form av en behandlingsplan er lovhjemlet, men bruk av behandlingsplan kan begrunnes i dokumentasjonsplikt i forhold til relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen. Å opprette behandlingsplan er en oppgave som sykepleiere opplever de ikke må prioritere å utarbeide, og det er heller ikke en klar forventning om det i arbeidsmiljøet. Det fremkommer at bruk av behandlingsplaner bidrar til utvikling og refleksjon av faget og kvalitetssikring av pleien. Det å utarbeide og bruke behandlingsplaner er et potensial for fagutvikling og kvalitetssikring som kanskje bør utnyttes og stilles krav i forhold til. Utvikling og bruk av behandlingsplaner i sykepleien har et potensial som kan og bør utvikles og utnyttes for å kvalitetssikre pleien til pasientene. Det er viktig med bevisstgjøring av hva fagutvikling er og kan være, og utnytte og løfte frem de muligheter som finnes. Helse Midt- Norge RHF har i sin ”Plan for strategisk utvikling av sykepleietjenesten mot år 2010” utvikling av sykepleiedokumentasjonen som et overordnet mål. Dette med begrunnelse i pasientens sikkerhet og for kvaliteten på sykepleietjenesten.

6.1.2.2 Avviksmeldinger

Avviksmeldinger synes å kunne ha et potensial hvis det blir brukt av ledelsen slik Sykehusets kvalitetsstrategi (2007) gir føringer for. Sykehuset vektlegger det å melde avvik som et utgangspunkt for forbedring i følge deres kvalitetsstrategi. Det virker som at det er noe ulikt introdusert og mottatt i avdelingene. Noen har god erfaring, andre har dårligere erfaring med bruk av avviksmeldinger. En informant opplevde at det var den beste måte å få til endring på. En har aldri fått tilbakemelding på de avviksmeldingene hun har skrevet. Her er ledelsen helt sentral for å lykkes med denne arena.

Noen peker på at det tar tid å skrive avviksmeldinger, og de opplever at programmet de må bruke er vanskelig og begrenser bruken. Dette kan muligens forklares med at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring og tid til å bli fortrolig med programmet. Det er viktig at både sykepleiere og organisasjonen er tydelig på at de prioriterer å bruke tid på å dokumentere og håndtere avviksmeldinger samt gir nødvendig tid til opplæring i bruk av programmet. Hvis

avviksmeldinger er et viktig redskap for endrings- og forbedringsprosesser i organisasjonen tilsier det at å prioritere tid til dette bør være planlagt og tilrettelagt på en god måte i arbeidstiden. Å skrive avviksmeldinger er et bidrag for å få til kvalitetsforbedring, og er således et bidrag til fagutvikling. Det er et ansvar som både organisasjon og den enkelte bør ta på alvor hvis de ønsker å bidra til kvalitets- og fagutvikling. Avviksmeldinger vil kunne være et utgangspunkt for kvalitetsutvikling i avdelingen, gjerne ved at det opprettes en gruppe av personalet som bistår ledelsen i håndtering og forbedringsforslag. Utvikling av sykepleien omfatter deltakelse i kvalitetsutviklingsprosjekter, og det forventes at sykepleiere deltar i slike prosjekter (Engelund, 2003:81).

6.1.3 Egenaktivitet og selvstendighet

Problembasert læring innbyr til en kreativ måte å oppdatere seg kunnskapsmessig som stimulerer til egeninnsats. En av mine informanter fortalte at hun hadde lært problembasert læring i sin videreutdanning, og at den måten å lære på hadde betydd mye for henne i ettertid. Hun opplevde at denne måten å tilegne seg kunnskap på ga henne et stort egenansvar, men at det samtidig ga henne muligheter til kreativitet og eget ansvar. Dette er interessant da hun er så tydelig på at det ”å lære å lære” er viktig, og at hun opplever at læring først og fremst er personlig motivert. Interessant er det også å erfare at metode for læring videreføres fra utdanning og inn i sykepleiepraksis.

Å gi sykepleie til en ikke ensartet gruppe mennesker innebærer at sykepleieren stadig må oppdatere seg på nye ting, da det ikke er mulig til enhver tid å være oppdatert på alt. Man må da mestre å søke ny kunnskap etter hvert som behovet for ny kunnskap melder seg. Det er viktig at en kunnskapsbedrift har medarbeidere som har fokus på dette, og tar ansvar for at det er de selv som er den viktigste part for å få til kunnskapsutvikling. Det å ha en aktiv holdning for tilegnelse av kunnskap er en viktig egenskap hos dagens og morgendagens arbeidstakere. Wadel (2008:12) mener at det kollektive fremtidshåp finner sted i lærende organisasjoner der folk kontinuerlig finner frihet til å lære å lære i lag. Min empiri viser at kollegaer som er opptatt av fagutvikling oppleves som inspirerende.

Den enkelte sykepleiers forhold til kunnskap og egen læring er viktig for kunnskapsutvikling. Bentlig (1995:164) viser til at det enkelte individs mulighet og ambisjon er viktig for ekspertutvikling. Utvikling fra nybegynner til ekspert angir faglig utvikling med økende

kompetanse over fem trinn der eksperten har nådd det øverste utviklingstrinn (Patricia Benner, 1995). Det er viktig at arbeidstakere stimuleres til å være kreativ, og selv ta ansvar for egen læring og utvikling. Det vil igjen kunne bidra til at det blir lettere for den enkelte sykepleier å utnytte eventuell ledig tid til egenaktivitet for faglig utvikling. Det vil sannsynlig også bidra til at sykepleierne vil være mer konstruktiv og kreativ i hvordan bruke en eventuell studiedag til fagutvikling, noe som ikke var så enkelt for alle, jamfør 6.2.3.

Forvandlende lederskap beskrives av Jakobsen (2005:136) som å ta vare på medarbeiderne slik at de opplever at deres arbeidsinnsats har all betydning for det arbeidet som skal gjøres. Det handler om å stimulere til egenutvikling ved åpenhet, kreativitet, kunnskapsutvikling kollektivt og individuelt. Motivasjon og anerkjennelse er sentralt i denne ledelsesfilosofien.

6.2 En hektisk hverdag krever organiserte og formelle arenaer

Sykepleierne har få formelle arenaer som er organisert inn i praksishverdagen. De fortalte om formelle arenaer som internundervisning, studiedag, fagdag, faglige møter, veiledning som var arenaer de hadde erfaring med. Veiledning og studiedag var ikke lenger et tilbud, og fagdag og fagmøter fungerte delvis.

Internundervisningen som mine informanter har fra 2-3 ganger per måned er tydeligvis det som er lettest å få gjennomført. Undervisningen forgår etter ordinær arbeidstid, og sykepleierne har ikke parallelt ansvar for pasienter og avdeling. Andre faglige møter og undervisning er mer og mindre fastlagt, og skal ofte finne sted samtidig med at personalet har avdelings- og pasientansvar. Det skal gjøres hvis det viser seg at det blir mulig å avse personell, og ofte er det problematisk for sykepleieren å ”rydde tid” for å delta i et møte eller annen undervisning. En informant sa det var problematisk å delta på undervisning og kurs selv om det ble arrangert på Sykehuset. Bemanningen tillater ofte ikke det. Skal sykepleierne forlate avdelingen for undervisning eller møter må gjerne andre oppgaver velges bort - ofte er det oppgaver som ikke kan velges bort, og ingen å delegere oppgavene til. Pasienter kan oftest ikke vente, og det er pasienten som prioriteres først for sykepleierne – noe som er forståelig og riktig. Handlingstvungen begrenser sykepleierne, de har der og da oftest ikke noe valg.

Planlegging og god organisering i hverdagen er viktig for å få gjennomført planlagte faglige møter, oppgaver og undervisning, og her er ledelsen sentral. God ledelse og organisering er

viktig for å klare å gjennomføre planlagte aktiviteter. Den gode erfaringen med avvikling av internundervisningen kan kanskje brukes ved planlegging av andre arenaer. Men det er viktig å ha fokus på at riktig bemanning også er viktig skal man klare å få gjennomført fagutvikling. Ingen må tro at god organisering alene skal gi tid til fagutvikling.

6.2.1 Veiledning og refleksjon – viktig og vellykket arena for fagutvikling

Veiledning og refleksjon i organiserte grupper er det ingen av mine informanter som har nå. Alle har positiv erfaring med deltakelse i veiledningsgrupper. De vet ikke hvorfor denne arena ikke lenger finnes. En informant lurer på om det ikke lenger er på moten, at det var noe man mente var viktig i forrige århundre, men ikke nå lenger. Prioriteringer og begrunnelser ser ikke ut til å bli kommunisert godt nok til de ansatte siden de ikke har innflytelse og kunnskap om hvorfor dette tilbudet er forsvunnet. Et tilbud som blir oppfattet som bra forsvinner uten noen form for evaluering eller tilbakemelding. Kanskje kan økonomi og manglende kapasitet være en grunn til at det ikke lenger finnes et tilbud om veiledning. I litteraturen fremkommer det at fagutvikling ofte blir salderingspost når økonomien er dårlig (Haukelien, 2008; Sintef-rapport, 2001; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Det kan synes som at mye er tilfeldig, og at det ikke arbeides med planer for hva som skal prioriteres og hva som skal tas bort. I alle fall er evalueringer, avgjørelser og planer ikke kjent for alle ansatte. Kompetanseplaner var det ingen som hadde. I følge NSF's statusrapport (2008) skal arbeidsgiver forplikte seg til å utvikle kompetanseplaner.

Gadgil (1997) skriver i sin hovedoppgave at veiledning fører til personlig vekst og økt faglig kompetanse, og hun avslutter med å si at pleiepersonalet trenger tid og rom til å reflektere og lære av praksiserfaringer. Kirkevold (2006:34) skriver at refleksjon også er en begynnende teoretisering når en med teoretisering mener å finne frem til en god og riktig forståelse av et forhold eller en situasjon, eller å finne forklaring på hva som skjedde og hvorfor. Forskningen støtter opp om viktigheten av å få til refleksjon. Olsens forskning (2002) viser at det er viktig å reflektere over egen handling. Sykepleiere kan faktisk ha stoppet opp i egen utvikling og utøve en praksis som andre mener er forlatt eller ikke faglig forsvarlig og riktig. Det er viktig å ha mulighet til å åpne oppe for refleksjon knyttet til egen praksis - for utvikling av praksis, og eventuelt avlæring av uheldig praksis. I følge Grimen (2008a:74) finnes det mye praksis som er moralsk forkastelig og som sådan ikke moralsk uangripelig. Det er viktig med tid til refleksjon over praksis for ikke å bli gående ”i en tralt” som en av mine informanter uttrykte

det. Det er viktig å løfte egen praksis frem for kritisk refleksjon. Det er viktig å lære av god praksis og forbedre en dårlig praksis, og like viktig å legge til rette for at en god utvikling kan skje. Prematur lukning av en problemstilling handler om at man treffer avgjørelser på et utilstrekkelig grunnlag, noe som ofte skjer hvis man ikke har tid, forståelse eller mulighet til refleksjon rundt situasjonen før avgjørelse treffes. Rønnestad (2008:281) skriver at å opprettholde en kontinuerlig refleksjon når en møter utfordringer i praksis blir vurdert som det mest sentrale enkeltstående aspekt for profesjonell utvikling.

Hvordan ”lære å lære” i utdanningen vil danne grunnlag for måten sykepleierne fortsetter å lære som aktiv arbeidstaker. Gjennom studiene veksler studentene mellom å tilegne seg teoretisk og praktisk kunnskap der refleksjon i forhold til erfaring er sentralt (se 2.2.2). Det kan synes som at en slik refleksjon ikke er tilstrekkelig vektlagt eller tilrettelagt i pleiepraksis. Det settes ikke av tilstrekkelig tid til at teoretisk fordypning og refleksjon skal finne sted. Mine informanter har en forventning til at yrkespraksis skal gi en slik mulighet. De har en forventning om at de skal ha tid til det, og når det ikke tilrettelegges for dette i praksis opplever mine informanter at det er noe som mangler. Som profesjonelle yrkesutøvere har sykepleierne behov for å jobbe med faget og ”seg selv” som utøver av faget for å klare å ivareta jobben. De har også behov for å videreutvikle egen og avdelingens praksis og kompetanse. Det er ikke et egosentrisk behov da sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer gir en plikt knyttet til det å gi god sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2007). God sykepleie bygger på oppdatert kunnskap som er i tråd med gjeldende regler og praksis på området.

Faglig veiledning og refleksjon er noe sykepleierne ønsker og verdsetter. Relevant forskning og teori jeg har vist til tilsier at faglig veiledning og refleksjon er viktig for kunnskaps- og kompetanseutvikling. Å tilrettelegge for slike arenaer synes å være en god måte å tilrettelegge for fagutvikling i pleiepraksis.

6.2.2 Studiedager som fagutviklingstiltak

Studiedager var en periode tilrettelagt fra arbeidsgiver for noen av mine informanter. En studiedag synliggjorde at fagutvikling ble ansett som viktig i aktuell avdeling. Den enkelte sykepleier fikk mulighet til kunnskapsutvikling, og dermed mulighet til å ivareta eget ansvar for faglig utvikling, jfr. sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer og Helsepersonelloven § 4

(1999). Arbeidsgiver legger til rette for at kunnskapsutvikling kan skje, noe de har et lovpålagt ansvar for i følge Helsepersonelloven § 16 (1999).

Sykepleierne opplever hektiske arbeidsdager der det er vanskelig å få tid til faglige oppdateringer og kunnskapsutvikling. Å organisere studiedager er en måte å møte denne utfordringen på. Studiedager kan brukes til å lese faglitteratur, søke relevant ny forskning, planlegge undervisning, planlegge prosjekt, skrive avviksmeldinger, trene på dataprogram, gjøre seg kjent med programmet Docmap – et program hvor alle prosedyrer er samlet og som også brukes til registrering av avviksmeldinger. Videre kan dagen brukes til å gjøre seg kjent med programmet for Klinisk stige og planlegge egen faglig utvikling. Kanskje dagen kan brukes til hospitering på andre avdelinger. Alt dette er sentralt fagutviklingsarbeid som det blir lite tid til i praksishverdagen, og som sykepleiere skal og bør ha tid til (Sosial- og helsedepartementet, 1997).

Det at noen ansatte har et ureflektert forhold til egen fagutvikling som gir seg uttrykk i at de ikke vet hvordan bruke studiedager, er etter min vurdering en alvorlig problemstilling. Det synliggjør at det er mange grunner til at det er viktig med fokus på fagutvikling. En formalisering av hvordan studiedager skal brukes kan derfor være viktig. Det kan samtales på forhånd hvordan den enkelte planlegger og ønsker å bruke dagen. Arbeidsgiver bør nok være tydelige og legge føringer om forventninger og behov deres ansatte må fremvise for å være faglig oppdatert i henhold til avdelingens kompetansebehov.

En bedre organisering av fagutvikling støttes av mange, blant annet Nortvedt (2008). Det å organisere inn tre dager i året der sykepleierne får mulighet til å konsentrere seg om oppgaver de har som ikke er relatert til direkte pasientpleie, synes å være en god måte å tilrettelegge og kvalitetssikre at fagutviklingen får en plass i pleiepraksis. Internasjonalt er sykepleiens virksomhetsfelt delt opp i fire funksjoner der den fagutviklende funksjonen er en del. Denne funksjonen innebærer at sykepleierne skal utvikle sykepleie ved systematisk å sette egen og andres sykepleiepraksis i et større perspektiv for å utvikle sykepleiens ytelser. Utvikling av sykepleien omfatter deltakelse i kvalitetsutviklingsprosjekter for behandlings- og pleieforløp (Engelund, 2003:98).

6.2.3 Klinisk stige som ramme for prosjektrelatert kompetanseutvikling

Klinisk stige er en mulighet for fagutvikling som på mange måter er lik en videreutdanning, og er den mest formaliserte arena for fagutvikling. I avslutningen av klinisk stige skal sykepleieren gjennomføre og dokumentere et faglig prosjekt med relevans og nytte for egen praksis. Bjørk og Solhaug (2008:178) skriver at arbeidssteder som satser på utdanning av kliniske spesialister, har en gyllen mulighet til å gjennomføre fagutviklingsprosjekter som kan komme hele miljøet til gode. Prosjektarbeidet gir økt kompetanse hos enkeltpersoner samtidig som resultater av prosjektene kan danne grunnlag for forbedring av praksis på avdelingen. Kanskje kan deltakelse i programmet klinisk stige også motiveres av et ønske om å lære å jobbe prosjektorientert, og være et tilbud til de som ønsker denne typen utfordring.

Klinisk stige krever en innsats mer enn å være arbeidstaker innenfor normal arbeidstid. Det er en mulighet for de som ønsker og har muligheten til å gjøre en ekstra innsats for faglig oppdatering og utvikling, der fritiden blir brukt. Mine informanter ønsker å skille arbeid og fritid, og de ønsker mulighet for fagutvikling tilrettelagt i arbeidstiden. Klinisk stige synes lite introdusert i miljøet, og ingen av mine informanter hadde blitt anbefalt eller oppfordret av sine ledere til å delta. Kunnskap om større prosjektarbeid og tilrettelegging for det synes liten, og trolig ser ikke ledelsen potensialet klinisk stige kan være for å gjennomføre prosjekter i avdelingen. Manglende kapasitet, ressurser og kompetanseplaner kan også forklare at ledelsen ikke satser på denne typen fagutvikling i de respektive avdelinger. Tilrettelegging og organisering av klinisk stige innenfor arbeidstiden bør nok også diskuteres for at dette skal bli en arena som i større grad motiverer sykepleiere til å delta.

Klinisk stige er av økonomiske grunner ikke et tilbud i dag på Sykehuset, noe som igjen kan illustrere hvordan fagutviklingsprosjekter blir salderingspost når økonomien ikke strekker til. Økonomien styrer i stor grad muligheten for fagutvikling, noe som samsvarer med Sintef-rapporten (2001), Haukeliens forskning (2008) og i utredningen "Pasienten først" (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Det kan se ut som at modellen for klinisk stige passer dårlig i dagens helsevesen siden det er ressurskrevende, og at det passer best med kompetanseutvikling i tider da man må gjøre det for å beholde og rekruttere sykepleiere. Det kan synes som kunnskapsutvikling og kompetansebygging for å gi et kvalitetsmessig bedre tilbud til pasientene ikke blir ansett som så viktig at det prioriteres i dårlige økonomiske tider.

6.3 Fagutvikling - et møte med egne, profesjonens, organisasjonens og samfunnets forventninger

6.3.1 Følge med i kunnskapsutviklingen og delta i forbedring av praksis

Sykepleieryrket er et gammelt og tradisjonsrikt yrke. Tidligere mente man at alle kunne være sykepleiere, det eneste man trengte var hjertelag og håndlag. Både den medisinske utviklingen og den generelle kunnskapsutviklingen i samfunnet har ført til at også sykepleiere trenger kunnskap og må ivareta kontinuerlig kunnskapsutvikling (Hamran, 1997). Dette har ført til at utdanningen inneholder stadig mer teoretisk kunnskap, og det diskuteres stadig om det skal legges enda mer teori inn i grunnutdanningen (Fagermoen, 1993; Sintef- rapport, 2001).

Kunnskapsutviklingen skal ikke stoppe etter endt utdanning. Grunnutdanningen gir bare basalkunnskap (Engelund, 2003), og en videreutdanning er også en start på en yrkeskarriere. En karriere som hele tiden krever oppdatert teoretisk og praktisk kunnskap, som skal anvendes i kombinasjon med refleksjon og skjønn. Mine informanter opplever at utviklingen er stor innenfor kreftomsorgen, og at de ikke klarer å følge tilstrekkelig med. De opplever at pasientene har økende kunnskap som utfordrer dem. Dette er noe som bekreftes av Kyrkjebø (1998:18) som sier at pasientenes forventninger er store, og at den enkelte pasient engasjerer seg i både sykdom og behandling. Sykepleierne uttrykker et behov for å få utøve og videreutvikle den kunnskapen de sitter på etter videreutdanningen – dette både individuelt og i organisasjonen. De ønsker å praktisere og formidle ny kunnskap slik at det blir kunnskap hele organisasjonen blir en del av. De vil bygge opp det som skal være et felles kunnskapsgrunnlag og en felles forståelse for hvordan utføre og organisere sykepleie. Jeg mener at det er dette som i Sykehusets kvalitetsstrategi (Sykehuset, 2007) kalles for forbedringsarbeid.

Kvalitetsstrategien sier at sykehusledelsen har en svært viktig rolle i forhold til avdelingene når det gjelder å etterspørre systematisk kvalitetsarbeid på avdelingsnivå og initiere kvalitetsarbeid på tvers av avdelinger. Avdelingsledelsen har ansvar for at avdelingens drift er faglig forsvarlig, og at det drives kontinuerlig forbedringsarbeid i samarbeid med de ansatte.

Nortvedt (2008:112) skriver at det er en større bevissthet omkring kunnskaps- og metodeutvikling i det kliniske fagområdet både blant sykepleiere i praksis, i det sykepleieteoretiske miljøet og i utdanningen. Jeg erfarer at mine informanter er bevisst dette, og har en forventning til at det er viktig å initiere en slik utvikling. De er utålmodige og mener at det har vært behov for dette lenge. Mine informanter synes ikke bare å være utålmodige,

men noen har faktisk delvis gitt opp å få til fagutvikling i egen praksis, og ønsker seg bort fra aktuell avdeling.

Sintef- rapporten (2001) tar opp forholdet teori og praksis i utdanning versus etter utdanning. De har en tanke om at for å integrere teori og praksis på en bedre måte, trenges det mer tid til teoretisk refleksjon i praksishverdagen - mer enn å legge mer teori inn i utdanningen. Dette støttes av mine informanter i den forstand at de opplever behov for mer teoretisk refleksjon og oppdatering. Den generelle kunnskapsutviklingen i samfunnet tilsier også at dette er relevant. Å lære er en kontinuerlig prosess, og integrering av teoretisk og praktisk kunnskap kan og bør ivaretas og utvikles også etter at utdanningen er ferdig. Erfaringskunnskapen som sykepleieren opparbeider etter endt utdanning vil bidra et utvidet refleksjonsgrunnlag som kan gi en utvidet læring.

I en forskningsartikkel kom det frem at sykepleierne forventet at relevant ny kunnskap skal være tilgjengelig for dem på avdelingen (Snyder-Halpern et al., 2001). Mine informanter forventer at ny kunnskap til en viss grad skal være tilgjengelig for dem. De forventer at prosedyrer som anvendes skal være oppdatert og tilgjengelig. Men de har en forventning til at de også skal være med på å introdusere ny kunnskap i avdelingen. Ny kunnskap skal de tilegne seg ved å lese litteratur og delta på konferanser og kurs. De vil delta i faggrupper i avdelingen som sammen jobber frem en ”prosedyre” for hvordan avdelingen kan oppnå en forbedring i forhold til aktuell problemstilling. De har også et ønske om å delta i prosjektarbeid der de blir fritatt for pleieoppgaver. Prosjektarbeid har mine informanter relativt liten erfaring med. To hadde deltatt i små prosjekt. Å delta i større prosjekt fremkom som en nærmest uoppnåelig drøm for dem, og det knyttet seg fortvilelse til at det er så vanskelig å utvikle praksis. Det er den siste tiden gitt ut sykepleielitteratur (Bjørk & Solhaug, 2008; Granum & Solvoll, 2006) som beskriver hvordan prosjektarbeid kan bidra til fagutvikling i pleiepraksis. Forfatterne mener det er stort behov for å øke sykepleiekompetansen i praksisfeltet for å kunne gi bedre sykepleie til pasientene, utvikle sykepleien som fag og møte kunnskapssamfunnets krav om mer tid til forskning og fagutvikling. Bjørk og Solhaug (:176) skriver at prosjektarbeid i en klinisk setting innebærer å føre faget fremover til beste for den som mottar helsehjelp. I prosessen må en forholde seg aktivt til teori og praksis, og en tvinges til kritisk refleksjon og problemløsning.

Nortvedt (2008:110) skriver at mange områder av sykepleiefaget roper etter kunnskapsutvikling, ny kunnskap og systematisering av allerede eksisterende kunnskap. Sykepleierne har ifølge de yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2007) og i følge Lov om helsepersonell (1999) plikt til å bidra til det. Det er altså helt legitimt og riktig at mine informanter som representanter for profesjonen sykepleie mener at de også skal ha tid i arbeidshverdagen til å ivareta og utvikle faget sitt.

Det å utføre sykepleie endrer seg i takt med endringene i helsesektoren, og helsesektoren endrer seg i takt med samfunnsutviklingen. Sykepleien vil, i likhet med de øvrige helseprofesjonene, måtte leve opp til de krav denne sektoren stilles. Helsesektorens utvikling og mulighet for å løse de eksisterende helse- og sykdomsproblemer vil være avhengig av utviklingen av profesjonene. Den kliniske sykepleierens muligheter og vilkår for utvikling er derfor nøye knyttet til utviklingen i helsesektoren, samtidig med at sykepleien bidrar med sin del til den fremtidige utviklingen i helsesektoren (Ramhøy, 2001:72). Mye viktig utvikling i helsevesenet kan glippe hvis sykepleiere ikke deltar i forbedringsarbeid.

I utredningen ”Pasienten først” (Sosial- og helsedepartementet, 1997) står det mye om faglighet, kompetanse og kunnskap. Skal pasienten være først er kunnskap en forutsetning - undersøkelser og behandling skal bygges på kunnskap som er à jour. Det skjer en eksplosiv utvikling av ny kunnskap innenfor de medisinske fag. Dette stiller helsearbeidere overfor store utfordringer. I utredningen fremkommer det at helsepersonell skal gis tid til å tilegne seg ny kunnskap gjennom deltakelse på kurs, konferanser, kongresser og lignende. Det krever at arbeidsgiver tar kunnskaps- og kompetanseutvikling på alvor, tilser at helsepersonell innehar nødvendig kompetanse, og stiller ressurser til rådighet for dette.

Kunnskapsbasert praksis der man anvender evidensbasert kunnskap og er blitt mye fokusert i sykepleielitteratur og fagtidsskriftet Sykepleien den senere tid (P. Nortvedt, 2008). Det er ønskelig med en sykepleiepraksis som i større grad kjenner til og anvender forskningsbasert kunnskap i utøvelsen av sykepleien. Mine informanter kjenner i liten grad til disse begrepene og hva det innebærer. De er ikke brukere av databaserte nett- tjenester som for eksempel Helsebiblioteket som publiserer forskningsartikler. De leser det som publiseres i Sykepleien og tilfeldig fagstoff som søkes via Google. Sykepleien publiserer mange forskningsartikler, så sykepleierne leser sannsynlig også en del forskningsbaserte artikler. NSF mener at kunnskapsbasert praksis som inkluderer bruk av forskningsbasert kunnskap er en viktig

forutsetning for kvalitet (Norsk sykepleierforbund, 2008). Det kan synes som at det er fag- og helsepolitiske forventninger til sykepleiere om at de skal være mer oppdatert enn det kan synes som mine informanter er, og kanskje har mulighet til å være. Fagutvikling er ikke tilstrekkelig tilrettelagt og oppvurdert i praksis, og jeg mener at vi her ser en konsekvens av det. Sykepleierne klarer ikke å være på høyden i forhold til det som forventes fag- og helsepolitisk.

Sykepleierne sier at de sjelden opplever at de ikke har tilstrekkelig kunnskap til å utføre vanlige pleieaktiviteter. De sier også at det er mye de ikke kan, og at de har liten tid til fagutvikling og faglig oppdatering. Dette tilsier at sykepleiere tilsynelatende kan klare seg uten faglig oppdatering en periode, og at manglende kunnskap er vanskelig å avdekke. Nordtvedt (2008:110) begrunner det å opprettholde en praksis man tror er riktig i manglende kunnskap om fenomenet. Han har erfart hvordan pasienters problemer har blitt neglisjert, eller ikke tilstrekkelig ivaretatt på grunn av kunnskapsmangel. Det skulle vise seg at det fantes mye kunnskap om ulike pasientfenomen som ikke var kjent blant sykepleierne før en sykepleier begynte å forske på disse pasientfenomenene. Grimen (2008a:71) skriver at profesjonell yrkesutøvelse er en av måtene vitenskapelig kunnskap er tenkt å komme befolkningen til gode. Profesjonene forvalter vitenskapelig kunnskap, noe som skiller dem fra andre yrkesgrupper. Tillit til profesjonelle innebærer å stole på deres kompetanse (Grimen, 2008b:200). Profesjonstittelen autorisert sykepleier innebærer et samfunnsansvar knyttet til utøvelsen av faget (Ramhøy, 2001).

Mine informanter ga et inntrykk av at de følte seg litt på sidelinjen av kunnskapsutviklingen innenfor faget. En informant sa hun hadde sluttet å engasjere seg, det førte ikke til noe likevel. Flere informanter sa at når de opplevde å komme til kort prøvde de å finne ut av det ved å søke på nett eller snakke med kollegaer. Det kan virke som det er dårlig strategi for å være i forkant av ny kunnskap. FKS's (Forum for sykepleiere i kreftomsorg) konferanse som arrangeres annet hvert år synes å være en svært givende arena for kunnskaps- og kompetanseutvikling for mine informanter. Men det er ingen selvfølge at kreftsykepleierne får delta der. Alle kan ikke reise, og det er begrenset hvor mange som får dra fra avdelingen. En informant fortalte om et svært bra kurs siste år som et "medisinfirma" hadde invitert sykepleierne med på. Der hadde de fått en flott og for henne nyttig gjennomgang av de nyeste behandlingsformer og prinsipper innenfor kreftbehandlingen. Det er betenkelig at det er et

medisinfirma som blir de som dekker avdelingens og sykepleiernes behov for oppdatering av denne typen kunnskap. Dette viser igjen et udekket behov for fag- og kunnskapsutvikling.

Holter (2003:172) skriver at det er viktig å være oppdatert på ny kunnskap. Det er ikke en positiv opplevelse å arbeide et sted hvor en føler at en stadig ligger bak utviklingen i sykepleien. Det må oppleves meningsfullt å arbeide med klinisk arbeid både etter grunn- og videreutdanning. For å få det til er det viktig å delta i den utviklingen som skjer innen helsevesen og sykepleie.

6.3.2 Skape motiverte og initiativrike arbeidstakere

Det kan også være slik at sykepleiere kan gjemme seg bak at det ikke er tid til fagutvikling i form av vedlikehold og oppdatering av kunnskap og kompetanse. Det kan være komfortabelt at det ikke stilles slike krav. Det å drive fagutvikling krever motivasjon og energi, noe som for de fleste er positivt, og noe som synes avgjørende for trivsel og motivasjon for mine informanter. Mine informanter forteller om kollegaer som ikke er interessert i å være med på ulike typer fagutvikling. De ønsker ikke at det stilles krav til dem utover det å delta i de ordinære pleieoppgavene. De ønsker ikke å dra på kurs, de vil heller ikke bidra med undervisning og de vet ikke hvordan en studiedag kan brukes. Det er problematisk. Teori bekrefter at motivasjon for fagutvikling er individuelt betinget. Benner (1995) har sagt *”Hvordan den enkelte utvikler seg faglig, har med den enkeltes innsats og engasjement å gjøre. Ikke alle evner å bli eksperter”* (Dåvøy, 2007:246).

Helsevesenet trenger medarbeidere som ønsker utvikling og som vil være med på å øke kompetanse både for seg selv og for avdelingen. Det kan være mange grunner til at noen sykepleiere ikke ønsker å delta i fagutviklingsprosjekter. Det kan faktisk være at de har innsett at de ikke har overskudd til det siden det i liten grad legges til rette for det i arbeidstiden. Det å ha noe hengende ved seg som det ikke blir tid til er for de fleste stressende – noe også mine informanter bekreftet. Rønnestad (2008:281) betoner nysgjerrighet, vitebegjær, åpenhet for teori og det å opprettholde bevisstheten om det profesjonelle arbeidets utfordringer for profesjonell utvikling. Dette viser viktigheten av personlig motivasjon og interesse for faglig utvikling.

I følge Kyrkjebø (1998:50) er det viktig å ha innsikt i hva som gjør at medarbeiderne yter det maksimale av hva de kan. Det å få bruke sine kunnskaper og få mulighet til faglig fornying er forhold som stimulerer. Det fremkommer at noen sykepleiere ikke visste hva de skulle gjøre på studiedager. Dette illustrerer at bevisstgjøring i forhold til faglig ansvar og kompetanseutvikling er svært viktig.

6.3.3 Bruke kompetanse og fremme karriereutvikling

Interessen for fagutvikling er forskjellig, og sykepleiere har ulike tanker om profesjonalitet og egen rolle. For noen er det viktig med kontinuerlig faglig og personlig utvikling, mens andre er fornøyd med å klare dagens oppgaver. Studier som er gjort viser at denne forskjellen starter allerede i utdanningen (Rønnestad, 2008). Av den grunn kan man vurdere om man bør individualisere oppgaver og utfordringer i avdelingen for å møte behovet til de mer karrierebevisste og fagmotiverte.

Mine informanter hadde alle en videreutdanning. De opplevde at de satt på relevant kompetanse som ikke ble brukt, og de opplevde også at tidspress gjorde at de ikke var i stand til å nyttiggjøre seg all sin kompetanse i møte med pasienten. Det fremkom via min empiri at sykepleierne hadde ønsket å bli brukt mer til psykososialt arbeid, informasjon, undervisning og prosjektarbeid. De ønsket i større grad å bli sett med den kompetansen de hadde. En informant sa at det var for så vidt greit for henne å utføre arbeid på skyllerom, men hun syntes ikke det var riktig prioritering av kompetansen i avdelingen. Det fremkom også at det i stor grad var en flat struktur der man ikke er like flink til å delegere oppgaver relatert til den enkeltes kompetanse. I Sintef-rapporten (2001:77) fremkommer det at dersom det er lite tid til å fordype seg i faglige problemstillinger i avdelingen til vanlig kan dette bli et dilemma for de med videreutdanning. Økt utdanning gir forventninger om å få utøve sin kompetanse gjennom arbeidet, og det oppleves som utilfredsstillende ikke å få muligheten til sykepleiefaglig fordypning relatert til pasientsituasjoner. Dette bekreftes i stor grad av mine informanter.

Utvikling av personlig kompetanse er en forutsetning for utvikling fra novise til ekspert i følge Dreyfus og Dreyfus (Patricia Benner, 1995). I følge Bentling (1995:162) er denne utviklingen avhengig av den enkelte sykepleiers motivasjon, men at den kultur som råder i den organisasjonen sykepleieren arbeider også er viktig for denne utviklingen.

Rønnestad (2008:285) er inne på det samme når han skriver at generell karriereutvikling samsvarer bare svakt med antall år i klinisk praksis, men langt mer med bredde og dybde i direkte klientarbeid. Karriereutvikling handler om oppfattelse av utvikling, endrede kliniske ferdigheter og nivå av mestring. År blir ikke viktig hvis erfaringene ikke brukes positivt i egen karriereutvikling. Strukturert fagutvikling vil hjelpe sykepleierne i egen karriereutvikling. Rønnestad skriver videre at profesjonell vekst eller utvikling består av en følelse av positiv endring og forbedring, og en dypere forståelse av forandringsprosesser, styrking av ferdigheter, entusiasme rundt praksis og en opplevelse av å overkomme tidligere begrensninger som profesjonell.

En kan tenke seg en praksis der sykepleiere som ønsker å bidra i forhold til fagutviklingsprosjekter får gjøre det. Dette må selvsagt være forankret i en plan for fagutvikling i avdelingen basert på pasientenes og avdelingens behov. Det er begrenset med ressurser til å få utført prosjekt, og viktig at de som brenner for noe og har et ønske om det får muligheten. Samtidig kan det være problematisk at de som ikke ønsker å bidra kan slippe. Det må være slik at alle må delta i et minimum av fagutvikling, for å sikre at de innehar nødvendig kompetanse og får videreutviklet kunnskap, faglige skjønn og refleksjonsevne. Kanskje kan det være rom for alternative tanker for hvordan møte behovet om faglig oppdatering og utvikling, slik at også de karrierebevisste vil ønske å være i pleiepraksis. En undersøkelse viste at det var de sykepleierne som var mest opptatt av faget og kunnskapsutvikling som ønsket seg bort fra yrket. Dette på grunn av travelheten i praksis og lite tid til faglig utvikling (A. Molander & Terum, 2008a). Sykepleieres tradisjonelle karriereutvikling har vært å skifte avdeling, en såkalt vertikal karriereutvikling (Abrahamsen, 2007). To av mine informanter hadde også en tanke om å bytte avdeling for å oppnå egen fagutvikling noe som tapper avdelingene for ekspertkompetanse. Benner (1995) skriver med henvisning til Benner & Wrubel (1982);

”Der er ikke blevet vist nogen større interesse for udviklingen af den erfarne sygeplejerske, der står midt i sin karriere og er en nøglefigur i ekspertsygepleien og for udviklingen av klinisk viden. Denne manglende oppmærksomhet overfor klinisk kundskapsudvikling for ansatte midt i karrieren er en væsentlig hindring, hvis man ønsker at beholde ekspertsygeplejerskene ved pasienternes side” (:179).

6.3.4 Forebygge utbrenthet og tidlig avgang fra yrket

Informantene opplever at kurs gir dem faglig påfyll samt motivasjon og energi til å gjøre en bedre jobb, og til å klare å være i yrket. De signaliserer sterkt at det å være sykepleiere innebærer tøffe hverdager med svært syke mennesker og deres pårørende. De opplever at de trenger faglig påfyll, veiledning og støtte fra kollegaer for å stå i det. Refleksjon og faglige diskusjoner betyr mye. Hvis sykepleierne ikke får muligheten til det i en travel hverdag går de ofte hjem uten å vite om jobben de gjorde var bra, de uttrykker at de har kaos i hodet og føler seg sliten. En informant opplevde at hun ofte går ut døren etter endt arbeidsdag med erkjennelsen av at hun har gjort sitt beste ut fra de forutsetninger hun hadde denne dagen, men uten å føle at hun har hatt en god arbeidsdag som sykepleier. Hun ga et sterkt inntrykk av avmakt og resignasjon. Det kan være en konsekvens av ikke å få være profesjonell på den profesjonelles premisser. Det kan også være en konsekvens av manglende ivaretagelse av henne som ansatt. Holter (2003:172) skriver at de som jobber på sengepostene nå er bedre utdannet enn tidligere. De har behov for å bruke alle sine ressurser og utvikle seg selv. Opplever de at arbeidet som utføres er lite meningsfullt og at de ikke får dekket egne behov i praksis, søker de seg vekk, eventuelt bort fra yrket.

Rønnestad (2008:285) viser til studien av profesjonell kompetanse der profesjonell vekst beskrives som en profesjonell entusiasme for arbeidet som bidrar til en konstruktiv prosess i møtet med pasienter til tross for vansker og belastninger. Opplevelse av tilbakegang forstås som en demoraliserende prosess ut fra stresspreget involvering i arbeidssituasjonen. Dette kan undergrave den profesjonelles evne til positiv samhandling med pasienter, og bidra til en ond sirkel som fører til utbrenthet. Det kan synes som at fagutvikling hvis den fører til profesjonell vekst kan bidra til en større toleranse for vansker og belastninger. Fagutvikling kan altså bidra til at sykepleiere finner mening og får en større motivasjon til å bli i en hektisk pleiepraksis. Faglig stagnasjon fører til utbrenthet viser Rønnestad i samme artikkel. Jeg erfarer at flere av mine informanter er redd for å utvikle utbrenthet i forhold til sitt yrke, og det med bakgrunn i manglende faglige utviklingsmuligheter, og kanskje også manglende mulighet til karriereutvikling i praksis. De opplever faglig stagnasjon etter endt videreutdanning.

I en kunnskapsbedrift er det de ansatte som er bedriftens viktigste ressurs i møte med sine ”klienter” eller pasienter. Skal pasientene få et godt faglig tilbud og service er sykepleieren sentral. For å klare det må sykepleieren ha god faglig innsikt og evne og mulighet til refleksjon i den aktuelle situasjonen. Sykepleieren skal utføre en rekke sammensatte

oppgaver, og må ha overskudd og energi til å ta fatt på dette. Mange av oppgavene krever overskudd, tid og energi, spesielt til de ”de litt videre tingene” som en sykepleier uttrykte det. Det er mange ting som tyder på at sykepleierne ikke blir ivaretatt som en ressurs slik litteraturen sier kunnskapsbedrifter skal ivareta sine ansatte. Holter (2003:75) skriver at noe av det viktigste en kan lære av kunnskapsintensive bedrifter er deres respekt for at individuell kompetanse er en innleid ressurs, og ikke en ressurs som kan behandles på samme måte som penger og maskiner. I kunnskapsbedrifter investeres det i organisasjonens viktigste ressurs som er mennesket.

En sykepleier som har tatt videreutdanning har gjort det for å kunne gi bedre sykepleie til kreftpasienter. I løpet av utdanningen har hun fått mye ny kunnskap. Sykepleierne opplever ikke at de gjør en bra jobb hvis de ikke har ressurser til å ivareta de behov de har lært at pasienten har, på en tilfredsstillende måte. De opplever at pasienten har krav på det, og at det er det de er videreutdannet og ansatt for å ivareta. Sykepleiernes profesjonalitet blir ikke tatt tilstrekkelig på alvor ved at de ikke får utføre jobben slik de er utdannet for, og dette ser ut til å skape frustrasjon. Profesjonelle yrker har krav eller forpliktelser som kan organiseres bort i organisasjoner som verken ser eller verdsetter de profesjonelles kunnskap og behov, eller de krav som helsemyndighetene har satt til helseinstitusjoner. Det kan være både et helsepolitisk og et fagpolitisk problem.

Sykepleierne opplever at det hele tiden skjer en utvikling som krever at de følger med, ellers blir det vanskelig å fungere i jobben. I artikkelen ”Profesjonell utvikling” skriver Rønnestad (2008:279) at endringsarbeid for sykepleiere skjer i en relasjon mellom profesjonell og klient som er både kommunikativ og emosjonell. Den faglige aktiviteten krever en etisk bevissthet som kan gjøre det spesielt krevende å tilegne seg, opprettholde og utvikle et høyt nivå av profesjonell kompetanse. Dette sier noe om kompleksiteten i å være profesjonell sykepleier, og det støtter opp om behovet for tid til faglig fordypning og refleksjon. Kanskje forklarer det erfaringen til en av mine informanter som forteller om kollegaer hun opplever gradvis ”melder seg ut.” Hun fortalte om sykepleiere som hadde vært i jobb i mange år som gradvis hadde trukket seg tilbake, og blitt mindre og mindre synlig. Hun mente at grunnen til dette var manglende faglig utvikling og selvtillit i forhold til eget faglig ståsted. De var flinke sykepleiere i møte med pasienter, og de var gode kollegaer. Min informant mente at de selv opplevde at de ikke strakk til. I møtet med unge, flinke og entusiastiske sykepleiere falt de igjennom og opplevde at de ikke kunne nok.

Det er viktig med kontinuerlig kunnskapspåfyll, og at dette tilrettelegges for det i arbeidstiden. Veiledningsgrupper eller refleksjonsgrupper kan være arenaer hvor kollegaer kan lære av hverandre, diskutere med hverandre og bli kjent. Mister en sykepleier selvtilliten i forhold til egen profesjon blir det vanskelig å stå i en jobb som er krevende i møte med pasienter, pårørende, studenter og kollegaer. De som har jobbet en stund har kunnskapen mye ”i hendene,” de er gjerne ikke så artikulert, og mye kunnskap er taus. En ekspertsykepleier er ikke avhengig av analytiske prinsipp, regler og retningslinjer (Patricia Benner, 1995:44). Det kan delvis også ha sin årsak i at det ikke har vært tradisjon for tilstrekkelig artikulering av kunnskap verken skriftlig eller muntlig for sykepleiere på grunn av manglende fagutvikling. Noen forledes kanskje til å tro at de derfor mangler kunnskap. Det er sannsynlig at de mangler mye ny kunnskap. Kontinuerlig kunnskapsutvikling er viktig for å opprettholde et adekvat kunnskapsnivå. En erfaren sykepleier har uansett mye erfaringskunnskap som ikke den nyutdannede har. De unge er nystudert, de er vant til å artikulere sin kunnskap, og de har i stor grad oppdatert teoretisk kunnskap. I en refleksjonsgruppe vil nyutdannede og erfarne kunne lære av hverandre. I boken Pleiekulturen (Hamran, 1991) vises det til at de erfarne ofte drar lasset i avdelingen, og at det er en annen ro i avdelingen når det er erfarent personale på jobb. I følge Aristoteles kan fronesis som er kunnskap om å handle moralsk klokt, bare tilegnes langsomt og med alder gjennom erfaring (P. Nortvedt & Grimen, 2004:171). Flere av mine informanter sier at de opplever at støtten de kan få gjennom erfarne kollegaer betyr mye. Benner skriver:

”Man er alt for ofte gået du fra, at sygeplejersker var indbyrdes udskiftelige - en tankegang, der er blevet udfordret av denne undersøgelse. Bemanningsstrategierne bør indrettes sådan, at de sikrer, at samtlige afdelinger altid kan råde over sygeplejersker, der er eksperter i de pågældende pasientgrupper” (1995:164).

Det er viktig å tilrettelegge for at sykepleiere er kompetente gjennom hele sin yrkeskarriere, og at sykepleiere ønsker å opprettholde ekspertkompetanse på sine avdelinger. Organisering av fagutvikling i arbeidstiden vil kunne være med på å bidra til det. Det er illevarslende at flere av mine informanter fryktet utbrenthet og at det så frem til tidlig pensjonering på grunn av manglende mulighet for fagutvikling.

6.3.5 Forebygge reproduksjon av gammel kunnskap

Det kan synes som at skal avdelingen som helhet tilegne seg ny kunnskap eller endre praksis, må personalet i stor grad selv aktivt oppsøke det som er nytt, og de må selv ta initiativ og

gjennomføre endringer. Det som skjer når det ikke tilrettelegges for fagutvikling er at det ikke blir utviklet ny kunnskap, men snarere en reproduksjon av gammel kunnskap. Konsekvensen blir at praksis ikke bygger på den nyeste tilgjengelige kunnskap. Mine informanter nevner tematikk de er opptatt av knyttet opp mot blant annet cytostatika, pårørende, terminalomsorg og kvalme som de ser behov for å videreutvikle. Englund (2003:83) sier at det er viktig at pleien på en avdeling er basert på nyeste viten og erfaring og ikke bare udokumenterte normer.

Sykepleierne ansatt i avdelingen er ansvarlig for opplæring av nyansatte, studenter og hospitanter. Selvsagt har mange nyansatte mye kunnskap, men det avhenger av om de har videreutdanning og relevant erfaring på forhånd. En grunnutdannet sykepleier har en basalkunnskap som oftest ikke er tilstrekkelig for å møte behovene i avdelingen. Dette innebærer at sykepleierne i avdelingen er bærere av mye kunnskap spesielt for denne avdelingen, og er ansvarlig for videreformidling. Det kan være problematisk, spesielt siden det er liten tradisjon for at sykepleiere får avsatt tid i arbeidsdagen til å lese seg opp på teoretisk kunnskap. Travelhet i hverdagen bidro også til at kunnskapsutveksling mellom erfarne og mindre erfarne ikke ble tilstrekkelig ivaretatt. Kunnskapen fantes i avdelingen med den ble ikke alltid delt eller formidlet videre. Arenaer for faglig refleksjon vil kunne bidra til faglig formidling og deling av kunnskap.

En informant fortalte om praktisering av en prosedyre flere år etter at den var forlatt på andre avdelinger. Hun måtte forholde seg til avdelingas ”gamle” prosedyre som hun visste var forlatt andre steder. Skal en prosedyrer revideres kreves ressurser i form av kompetanse og tid. Eksisterende prosedyre skal evalueres, det skal innhentes ny kunnskap, evt. utarbeide eller endre eksisterende prosedyre og det skal introduseres for alle sykepleierne i avdelingen. Sykepleierne erfarer at studenter kan stille spørsmål til gjeldende praksis. Det er den enkelte ansatte som må forsvare og begrunne gjeldende praksis på vegne av avdelingen. Det å forsvare eller bli konfrontert med at praksis ikke er reflektert, tilstrekkelig begrunnet eller oppdatert må bli en konsekvens av ikke tilstrekkelig kunnskapsutvikling i praksis. Mine informanter hadde slike erfaringer.

Nordtvedt (2008:111) spør hvordan det kan ha seg at sykepleiere jobber år ut og år inn uten å ha lest relevant litteratur for det feltet de jobber innenfor. Han spør seg om dette er forsvarlig. Han lurer på om sykepleiere har et for lite reflektert og bevisst forhold til det kliniske området

de jobber innenfor. Han mener at dette ikke bare har å gjøre med manglende teoretisk og forskningsmessig kultur i sykepleien. Han mener at det handler om at det kliniske feltet sykepleiepraksis ikke er oppvurdert som kompetanseområde verken lønnsmessig eller kunnskapsmessig. Min studie synliggjør at det ikke er noen systematisk organisering for å kvalitetssikre at ny kunnskap blir tilgjengelig i praksis, noe som igjen kan bidra til at det blir et lite reflektert forhold til ny forskning og ny kunnskap i pleiepraksis. Manglende forskningsmessig og teoretisk kultur i sykepleien bidrar til at det er så vanskelig å få til fagutvikling i følge Nordtvedt (2008). Sykepleierne på en avdeling hadde fått innført tre studiedager til fagutvikling i året, men dagen ble tatt fra dem. Det sier noe om at sykepleiepraksis ikke er oppvurdert som kompetanseområde kunnskapsmessig.

Nordtvedt (:109) mener at man ikke i årevis kan pleie pasienter med kompliserte diagnoser og skader uten å vite for eksempel hva pasienten selv opplever som problem eller være kjent med litteraturen på området. Dette handler om ansvarlighet over for pasienten. Han sier videre at man kan komme et stykke med erfaringskunnskap, et godt skjønn og relevant medisinsk kunnskap. Men det er uansvarlig ikke å sette seg inn i sykepleielitteraturen på området eller å reflektere over de sykepleiefaglige problemene på området. Så lenge fagutvikling ikke er tilstrekkelig organisert inn i sykepleiernes praksishverdag er det kanskje ikke så veldig rart at man ikke klarer sikre at sykepleierne blir tilstrekkelig oppdatert på aktuell litteratur. I Sintef - rapporten (2001) fremkommer det at sykepleierne bruker ca 6 % av sin arbeidstid på fagutvikling, noe som av forskerne oppleves som svært lite.

En innføring av tilsvarende akkrediteringssystemer helsesektoren i USA og Canada har etablert (Kyrkjebø, 1998:22) vil kunne bidra til kvalitetssikring av sykepleiernes kompetanse og gi større fokus på fagutvikling i sykepleiepraksis. Men det vil ikke være tilstrekkelig til å møte behovet for kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid på den enkelte avdeling.

6.4 Individuelt, kollektivt og organisatorisk perspektiv og ansvar

Fagutvikling har et individuelt og et organisatorisk perspektiv og ansvar. Fagutvikling for mine informanter handler om arenaer og utvikling som ivaretar både individuelle og organisatoriske behov. Begge deler er viktig. De har også et kollektivt perspektiv på læring og utvikling som Senges definisjon av en lærende organisasjon sier noe om;

”Lærende organisasjoner er organisasjoner der folk kontinuerlig utvider sin kapasitet til å skape resultat de virkelig ønsker, der nye og ekspansive tankemønstre blir fostret, der kollektive fremtidshåp finner frihet og der folk kontinuerlig lærer å lære i lag” (Wadel, 2008).

Det synes sentralt for mine informanter å være med på å utvikle organisasjonens kunnskaper. De er opptatt av å tilrettelegge for felles kunnskapsutvikling og utvikling av felles forståelse knyttet opp mot ulike problemstillinger organisasjonen har i møte med sin pasientgruppe. De er veldig klar over at de jobber i forlengelsen av hverandre, og at individuell kunnskap er en nødvendig forutsetning, men ikke tilstrekkelig for å møte pasientenes behov. De er opptatt av at pasientene skal få god pleie uavhengig av om de selv er til stede. De er opptatt av at nyansatte sykepleiere og studenter skal få et tilfredsstillende undervisnings- og opplæringstilbud i møte med deres avdeling. Orvik (2004:337) skriver at helsepersonell skal sørge for selv å være i faglig utvikling, men de skal samtidig engasjere seg i organisasjonens kontinuerlige forbedringsarbeid. Samtidig er kravet om ajourføring et systemansvar noe som forplikter arbeidsgiver til å tilrettelegge for oppdatering. Orvik skriver videre at sykepleierne skal engasjere seg i organisasjonens kontinuerlige forbedringsarbeid som ligger på det organisatoriske nivå, men han plasserer ansvaret for dette på ”systemet” og hos arbeidsgiver. Det er viktig å plassere ansvar der det hører hjemme. I følge Krøll (2002:155) forutsetter arbeid med kvalitetsutvikling at kompetanseutvikling inngår som en nødvendig del av den daglige ledelse, og at det er med i organisasjonens overordnede strategi. Man kan derfor ikke arbeide med kvalitets- og kompetanseutvikling uten samtidig å arbeide med organisasjonsutvikling.

Sykepleierne er opptatt av at det skal drives kontinuerlige forbedringsarbeid i organisasjonen slik Orvik (2004) mener det forventes av dem. De er opptatt av å forbedre og kvalitetssikre sykepleiepraksisen i sin avdeling. De ser at skal sykepleien utvikles må det gjøres i organisasjonen da sykepleierne jobber i forlengelsen av hverandre. Samarbeid, felles refleksjon, deling av kunnskap og utvikling av felles prosedyrer blir sentralt. Jakobsen (2005:101) skriver; *”en kultur som ikke arbeider kollektivt for å opprettholde og kvalitetsutvikle tilbudet vil være statisk og lette flinke fagfolk.”* Sykepleierne ønsker å være profesjonelle sykepleiere som ivaretar pasientene på en god måte. Samtidig er de opptatt av avdelingen som en helhet, og at den må fungere som organisasjon skal de totalt sett være et sykepleiefaglig godt tilbud til pasientene. Det handler ikke bare om dem selv, det handler like mye om dem selv i samspill med hverandre. Orvik (2004) mener sykepleierne har behov for organisasjonskunnskap for å se seg selv og egen rolle i en helseorganisasjon. Mine

informanter gir uttrykk for at fagutvikling skulle hatt en tydeligere plass i organisasjonen. Mange av de problemstillingene de opplevde knyttet til fagutvikling kan ses som et organisatorisk problem eller manglende organiseringskompetanse. Dette slet på sykepleierne. Orvik (2004) mener sykepleierne bør lære mer organisasjonsteori – også for å kunne sette ord på det de opplever er vanskelig.

Sykepleiere ønsker å jobbe med små prosjekter som vil gi avdelingen som helhet en faglig utvikling eller oppdatering. De tenker fagutvikling i et kollektivt perspektiv som også vil innebære en organisatorisk kompetanseutvikling. Prosjektene skal bedre kvaliteten på for eksempel faglig kunnskap knyttet til kvalmebehandling, ernæring, cytostatika, kunnskap om pårørendes situasjon og behov for oppfølging og terminalomsorg. Informantene snakket om prosjekter som var blitt organisert som gruppearbeid. De hadde fått muligheten til faglig refleksjon i et fellesskap, noe som hun opplevde som bra. Prosjektarbeid gir kompetanseutvikling både for det enkelte individ og for organisasjonen (Bjørk & Solhaug, 2008).

Nortvedt (2008:112) mener det er mange strategier for å initiere og intensivere kunnskapsutvikling i klinisk sykepleiepraksis. En mulighet er å sette ned smågrupper bestående av personalet som er interessert i fag. Gruppen kan kartlegge eksisterende kompetanse og relevant faglitteratur. Dette vil kunne styrke fagmiljø og de faglige refleksjoner ved avdelingen, og pasientomsorgen ville helt sikkert kunne forbedres. Dette viser at faglitteratur støtter forventninger og ønsker mine informanter har.

Det er ledelsen som har det overordnede ansvar for fagutviklingen i en avdeling (Holter, 2003; Orvik, 2004). Ledelsen av sykepleietjenesten er de som skal se at det å prioritere pasienten først like mye handler om å ha kompetent og kunnskapsrikt personell, og at det handler om å se sykepleieren. Å se sykepleieren handler om å skjønne at de trenger tid og oppmerksomhet også til egen fagutvikling og oppdatering (Holter, 2003). Det påhviler ledelsen et ansvar å ivareta organisasjonens behov for fagutvikling. Den individuelle sykepleier har ikke ansvar for organisasjonens helhetlige kompetanseutviklingsprofil. De kan utøve innflytelse og engasjere seg i forhold til det. Kirkevold (2006:47) skriver at det tar tid å tilegne seg vitenskapelig kunnskap, og at det derfor må legges til rette for det av ledelsen. Denne typen fagutvikling må være anerkjent i avdelingen for å kunne bidra til bedre utøvere og bedre sykepleie. Selv om det å anvende den vitenskapelige kunnskap er en del av

utøverens personlige kompetanse, må det bli en felles kompetanse for sykepleierne på avdelingen for å kunne bidra positivt i forhold til den totale sykepleieutøvelsen. En eller to personer kan ikke bære dette ansvaret alene, men de kan være ressurspersoner for andre.

En god organisering av arbeidstiden kan også synes sentral for å få til fagutvikling, og det er store utfordringer knyttet til hvordan tiden brukes, hvem gjør hva og om det er oppgaver andre kan utføre, og som kan frigjøre tid for sykepleierne. Riktig ressursbruk i organisasjonen er viktig. Videre kan en bevisstgjøringsprosess på individ og organisasjonsnivå vedrørende hva fagutvikling er bidra til at sykepleierne kanskje oftere vil, kan og får prioritere å bruke tid til fagutviklingsarbeid. Det er mye som skal gjøres, kanskje kan fagutvikling få en større plass ved at noe annet prioriteres bort. I Sintef- rapporten (2001) kommer det også frem at det ikke er tradisjon for at sykepleiere skal gjøre selvstendig sykepleiefaglig fordypning i arbeidstiden, som for eksempel lesning, prosjektarbeid og lignende. Hvis det gjøres så gjøres det som ad hoc arbeid i den grad man har tid til det. Den enkelte sykepleier og organisasjon må bevisstgjøre seg på hva fagutvikling er og skal være, og prioritere slik at det også blir tid til fagutvikling. Sykepleiere og organisasjon må være kritisk til hvilke oppgaver sykepleierne skal ha ansvar for. Organisasjonen må ta et ansvar vedrørende delegering av oppgaver, og hvordan de bruker sin kompetanse. Sykepleierne bruker av sin tid på vask av senger, portørtjenester og assistentoppgaver for andre yrkesgrupper – det er slett ikke sikkert at det er riktig prioritering av tiden. Sykepleierne har et lovpålagt ansvar for å være faglig oppdatert. Denne oppgaven bør sykepleiere og organisasjon prioritere å få tid til. Benner (1995:177) skriver at vitenskapelige fremskritt og teknologisk utvikling har endret mulighetene for behandling og forebygging av sykdom. Sykepleierens rolle er derfor blitt endret og utvidet. En tilpasning til dette har vært en stadig tiltakende forskyvning av ansvar fra lege til sykepleier som ofte ikke er blitt anerkjent eller kompensert ved ressurstildeling.

En avdelingssykepleier som uttalte seg i Sintef- rapporten (2001) svarte følgende på spørsmål om det var vanskelig å få til fagutvikling for sykepleiere;

”Ja, det er vanskelig. Det er vanskelig å gi dem tid. Til kurs, det blir veldig, veldig prioritert, men å gi dem tid til selvstudie, det er vanskelig. For det er så opp og ned. Er det lite pasienter, får de selvfølgelig det. Men vi skal ha pasienter, så det er rett og slett ikke budsjett til det. Det er vel det som er meningen på lang sikt at det skal inn i budsjettene, så det jobber vi enormt mye med for å få en prosedyre på dette å sette av tid til fagutvikling. En kjempejobb bare å finne ut hva som er fagutvikling. Det har avdelingssykepleierne jobbet mye med her på medisinsk avdeling” (:64).

Dette uttalte en avdelingssykepleier i 2001, for åtte år siden. Hennes vurdering av situasjonen er sammenfallende med min forskning, og det kan synes som at det ikke var blitt særlig bedre i 2008. Noe av grunnen til det er kanskje som hun sier at det ikke er klart nok definert hva fagutvikling er og hva man vil, og at det heller ikke finnes en prosedyre for hvordan ivareta det. En prosedyre for dette kan handle om å være mer spesifikk på hva som menes med fagutvikling, hva man vil oppnå, hvordan man tenker å gjøre det og hvorfor man ønsker fagutvikling. Dette vil også innebære en bevisstgjøringsprosess i organisasjon.

Det grunnleggende kjennetegn ved lærende organisasjoner har å gjøre med hvordan organisasjonen verdsetter og vektlegger kunnskap og læring. Det kommer til uttrykk hvordan; 1) organisasjonen verdiformulerer det som har med kunnskap og læring å gjøre 2) er opptatt av omstendighetene for læring og 3) utvikling av et mangfold av kulturelle uttrykk som har med læring og kunnskap å gjøre (Wadel, 2008:15). Skal kunnskapen utvikles i organisasjonen må den verdiformuleres. Den må reflekteres over i fellesskap og arenaer for læring må være definert slik at de er kjent og integrert i organisasjonen. Mine informanter etterlyser en ledelse som er mer tydelig i forhold til å verdiformulere og synliggjøre fagutvikling, og som på en bedre måte kommuniserer mål, forventninger og tiltak i organisasjonen i forhold til endring og utvikling.

Strategien ”... og bedre skal det bli” utgitt av Helsedirektoratet (2006), er klar på at uten nødvendige rammebetingelser kommer profesjonaliteten til kort. Ansvaret legges på de ansvarlige for organisasjonen. Fagutvikling må synliggjøres og tilrettelegges i en organisasjons ledelsesstrategi. På Sykehuset er mye delegert ned til ledelsen av de enkelte avdelinger. Det er således ledelsen på den enkelte avdeling som er ansvarlig for å tilrettelegge og organisere fagutvikling, også blant annet nødvendig HLR- opplæring, jfr 2.3.4. og 5.3.2.

7. Avslutning

Fagutvikling er en betegnelse som handler om kunnskaps- og kompetanseutvikling. Det er introdusert nye begreper som kvalitetsutvikling, forbedringsarbeid og endringsledelse i faglitteratur, helsepolitiske publikasjoner og i kvalitetsstrategier for sykehus – også i Sykehusets kvalitetsstrategi. Dette betegner strategier som krever fagutvikling, men det synes som at de nye begrepene, og kanskje budskapet i begrepene, ikke er tilstrekkelig introdusert og integrert i mine informanters pleiepraksis.

Gjennom intervjuene har viktig informasjon kommet frem. Sykepleierne er opptatt av fagutvikling og de forventer mulighet til fagutvikling i arbeidshverdagen. De ønsker større forutsigbarhet og plan i forhold til hvordan fagutvikling skal ivaretas. De har mange tanker om hvordan fagutvikling kan utøves og integreres i praksis. For dem er det viktig at pleiepraksis inkluderer tid til fortløpende å kunne sette seg inn i problemstillinger knyttet til den daglige praksis. De ønsker tid til veiledning, faglige møter og undervisning. De ønsker å forbedre eksisterende praksis ved å jobbe i prosjekt, gjerne organisert i små arbeidsgrupper. De opplever at det å jobbe sammen er meningsfullt da det muliggjør faglige diskusjoner samt at det gir økt samhold i pleiegruppen. Det er også viktig å delta på faglige kurs og konferanser som er relevant for egen sykepleiepraksis.

Fagutvikling er viktig for å være oppdatert på ny kunnskap, kunne gi god sykepleie og for å få inspirasjon til å klare å være i yrket. Sykepleierne er opptatt av fagutvikling for å møte krav om å være oppdatert på ny kunnskap, og de er opptatt av å tenke fagutvikling i et organisatorisk perspektiv. Deres frustrasjon og oppgitthet over fagutviklingens dårlige vilkår og prioritering i organisasjonen var betydelig. Det kan tyde på at de ikke fikk de vilkår for egen profesjonsutøvelse som ivaretok de behov de hadde på vegne av seg selv, profesjonen og organisasjonen. De opplever at ledelsen er utydelig på hva de forventer og ønsker av fagutvikling. Bruk av avviksmeldinger synes å være lite brukt til tross for at Sykehuset vektlegger det som metode for kvalitetsutvikling. Kunnskapsbasert praksis med systematisk anvendelse av forskning er ikke tatt opp på de avdelingene mine informanter arbeidet. Det er ikke uproblematisk all den tid nasjonal helse- og fagpolitikk forventer det.

Det synes viktig med et større fokus på fagutvikling, og en bevisstgjøring av hva fagutvikling er og skal være for den enkelte og for organisasjonen. Det er viktig å være tydelig på hva det innebærer for å kunne imøtekomme de forventninger som stilles til helsevesenet og til sykepleiere som profesjonsutøvere. Å forankre fagutviklingstiltak i sykehusets planer kan også bidra til et mer systematisk og målrettet fokus og oppfølging.

Funnene som kommer frem i denne undersøkelsen kan bidra til en forståelse av betydningen av fagutvikling og dens vilkår for utøvere av profesjonen sykepleie.

Litteraturliste

- Abrahamsen, B. (2007). Hva motiverer kvinner til å bli sykepleiere. I H. Alvsvåg og O. Førland (red.), *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 27-43). Oslo: Akribe.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert. Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1982). Clinical knowledge development: the value of perceptual awareness. *Nurse Educator* 7, 11-17.
- Bentling, S. (1995). *Sjuksköterskeprofessionen: vetenskapliga idéer och teoretisk kunskapsutveckling*. Stockholm: Liber utbildning.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bøe Knudsen, G. (2007). *Klinisk sykepleiepraksis i en reformtid. En studie av sykepleiernes opplevelse av kvalitet på eget arbeid: Masteroppgave ved avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Tromsø*.
- Diakonhjemmet Høgskole (2008). *Bachelorgrad i sykepleie*. Hentet 11.mai 2008, fra http://www.diakonhjemmet.no/hogskole/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=71&I=149.
- Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). A five- stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. *Unpublished report supported by the air Port Office of Scientific Research, University of California at Berkely*.
- Dåvøy, G. M. (2007). Stå ikke med hendene i lomma! Faglighet er personavhengig. I H. Alvsvåg og O. Førland (red.), *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 233-249). Oslo: Akribe.
- Engelund, C. (2003). Kompetenceudvikling. I J. Bydam (red.), *Organisering og ledelse af sygeplejen* (s. 78-92). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Fagermoen, M. S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis : et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforl.
- Gadgil, I. E. (1997). *Sykepleiefaglig veiledning. Personlig vekst og økt faglig kompetanse- to sider av samme sak: Hovedoppgave ved avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Tromsø*.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I A. Giorgi (red.), *Phenomenology and psychological research* (s. 8-22): Pittsburgh: Duquesne Univ Press.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative Content analyses in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. I *Nurse Education Today* (vol. 24(2), s. 105-112).
- Granum, V., & Solvoll, B.-A. (2006). *Sykepleieren - den forskende praktiker*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008b). Profesjon og tillit. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Halcomb, E. J. P., Elizabeth; Davidson, Patricia M. (2006). Evolution of practice nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing, Volume 55, Number 3, August 2006, s. 376-388*, . Hentet 15. september 2008, fra <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jan/2006/00000055/00000003/art00015>.

- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hamran, T. (1997). Kunnskap, kvalifikasjonskrav og oppsplitting av et kvinnelig fagfellesskap. I H. Alvsvåg (red.), *Kunnskap, kropp og kultur: helsefaglige grunnlagsproblemer* (s. 356 s.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Haukelien, H. (2008). *Evaluering av klinisk stige ved Sykehuset Telemark HF*. Telemarksforskning. Arbeidsrapport 8 - 2008. Hentet 15. september 2008, fra http://www.tmforskbo.no/publikasjoner/detalj.asp?r_id=1289&fra=medarbeidere&id=33.
- Heiervang Tennøe, E. (2005). To tenker bedre enn én. *Sykepleien nr. 15*.
- Helse Midt-Norge RHF *Plan for strategisk utvikling av sykepleietjenesten mot år 2010*. Hentet 15. april 2009, fra <http://www.helsenr.no/NR/rdonlyres/ei44p5yscv6bxdsbnhlp2emyh7p5omod27mkuzk7a2oe5lgzmet7s4i24z6yzqzcfewraazul7lc/Strategisk%2Butvikling%2Bi%2Bsykepleietjenesten%2B-%2B2010%2Bv.doc>.
- Helsedirektoratet (2006). *Styrke utøveren i helsetjenesten. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Hentet 15. oktober 2008, fra <http://ogbedreskaldetbli.no/>.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v. av 2. juli 1999 nr. 64*.
- Helseregisterloven. (2001). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger m. v. av 18. august 2001, nr. 24*.
- Helsinkideklarasjonen (2000). *Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. Verdens legeforening 1964. Siste revisjon Skotland 2000. Hentet 14. mai 2009, fra <http://www.etikkom.no>.
- Holter, E. (2003). *Ledelse og ledere i sykehus: administrasjon av sengeposter* (2. utg.). Oslo: TANO.
- Høgskolen i Tromsø (2007). *Fagplan videreutdanning i kreftsykepleie*. Hentet 15. november 2008, fra <http://web.hitos.no:8080/apex/f?p=120:111:2307170464368172:::SPV:B-KREFT>.
- Interkontrollforskriften. (1996). *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*: Fastsatt ved kgl. res. 6. desember 1996 med hjemmel i lov 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø m. v.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden? - om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieleidelse* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2006). *Vitenskap for praksis?* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Krøll, V. (2002). Kompetence og kompetenceutvikling. I E. O. C. Hall og B. D. Pedersen (red.), *Forskning i klinisk sygepleje* (s. 143-157). København: Akademisk forlag.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kyrkjebø, J. M. (1998). *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten. En lærebok for helsefagstudenter*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Lindberg, A. K. (2003). Hvor leser sykepleierne om ny forskning? *Sykepleien* (nr. 9).
- Lunde, B. (2001). Sykepleietjenestens juridiske grunnlag. I R. Jakobsen og E. Gjengedal (red.), *Sykepleie: praksis og utvikling* (s. 296-313). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Markussen, K. (2005). Kvalitet krever endring. *Sykepleien* (nr. 5).
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008a). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Molander, A., & Terum, L. I. (2008b). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. utg.). Göteborg: Daidalos.
- Norsk sykepleierforbund. (2005). *Sykepleier med lederansvar - god på fag og ledelse*. Oslo.
- Norsk sykepleierforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
- Norsk sykepleierforbund. (2008). *Statusrapport 2007*. Oslo.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., & Reinar, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsen, R. H. (2002). Erfaringens betydning for klinisk praksis. I E. O. C. Hall og B. D. Pedersen (red.), *Forskning i klinisk sygepleje* (s. 11-31). København: Akademisk forlag.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur. Innenfra, utenfra eller begge deler? I Fossaskåret et al (red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pearce, R. K., & Trenerry, A. (2000). Developing a competency-based nursing programme. *Prof Nurse*, 15(5), 326-329. Hentet 15. september 2008, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10986958>.
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger m.v. av 14. april 2000, nr. 31*.
- Ramhøy, P. (2001). Klinisk sykepleie - vilkår og visjoner. I R. Jakobsen og E. Gjengedal (red.), *Sykepleie: praksis og utvikling* (s. 59-73). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Rolf, B. (1991). *Profession, tradition och tyst kunnskap. En studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Gytting: Nya Doxa.
- Rønnestad, M. H. (2008). Profesjonell utvikling. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 279-294). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sintef- rapport. (2001). *Stykkevis og helt- sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning.
- Snyder-Halpern, R., Corcoran-Perry, S., & Narayan, S. (2001). Developing clinical practice environments supporting the knowledge work of nurses. *Computers in Nursing*, 19(1), 17-23. Hentet 15. september 2008, fra http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11210450
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997:2*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sykehuset. (2007). *Det handler om forbedring. Overordnet kvalitetsstrategi for sykehusledelsen 2007- 2009. : Anonymisert*.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wadel, C. (2008). *En lærende organisasjon: et mellommenneskelig perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide

Tema; Generelt om fagutvikling

1. Hva kan fagutvikling/kunnskapsutvikling/ kompetanseutvikling være for sykepleiere? Konkretiser gjerne med eksempler på sykepleie- hendelser/oppgaver/roller.
2. Er fagutvikling viktig for deg? Hvorfor? Hva er motivasjonen?? = behov
3. Er du opptatt av å få til utvikling og endring på din avdeling? På hvilken måte?
4. Hva gjør du for å holde deg faglig oppdatert?
5. Er fagutvikling en integrert/naturlig del av din arbeidshverdag? Hvordan/på hvilken måte? Organisering? Individuelt?
6. Har du en lærerik jobb? Hva er lærerikt Hva lærer du av? Lærerike situasjoner?
7. Opplever du at du har en selvstendig jobb? Hva legger du i det?
8. Består arbeidsdagen av mange rutineoppgaver?
9. Hvilken type kunnskap opplever du som viktig for deg å utvikle? (praktisk, teoretisk, etisk, evidensbasert)
10. Hva betyr dine kollegaer for din fagutvikling? Forskjell på erfarne og uerfarne kollager. Hvor og hvordan lærer du av dem?
11. På hvilken måte påvirkes du av samfunnets krav til vår profesjon om til enhver tid å være oppdatert på ny kunnskap? (Helselover, pasientrettigheter)
12. Kjenner du begrepet evidensbasert kunnskap og kunnskapsbasert praksis? Hvilken innflytelse har evidensbasert kunnskap for deg i din arbeidshverdag? Er denne kunnskapsformen og bruk av den på agendaen i deres avdeling?

Organisering

13. Hva tenker du om eget ansvar for fagutvikling kontra ledelsens ansvar?
14. Hvilken type fagutvikling har du jobbet med. Erfaring? I arbeidstiden? Frivillig/arbeidsgivers rolle. Eget ønske/avdelingens behov?
15. Hva tenker du om avdelingas behov for fagutvikling og systematisk kunnskapsutvikling? Hvordan kvalitetssikres det av avdelinga at den nødvendige kompetansen er tilgjengelig i avdelingen?

Personlig erfaring/kompetanse

16. Hvordan er det å være erfaren sykepleier i ei sykehusavdeling?
- Stilles det andre forventninger til deg som erfaren sykepleier enn de som er mindre erfaren? På hvilken måte?
17. Får du andre muligheter for utvikling/andre oppgaver som erfaren sykepleier?

Tema fagutvikling og behov;

1. Hvor viktig er det for deg at du får utvikle din kunnskap/faget ditt?
2. Er det mange faglige utfordringer i hverdagen? Hvordan løses de?
3. Står du ofte i situasjoner der du må lære noe nytt?
Står du noen ganger i situasjoner der din kunnskap ikke strekker til?
4. Hva er din motivasjon for fagutvikling/kunnskapsutvikling?
5. Opplever du å komme til kort i ditt møte med pasienter, nyansatte, kollegaer eller studenter i forhold til ny kunnskap? Hva gjør du da?
6. Opplever du at det er behov for fagutvikling/ på din arbeidsplass? Etterspørres ny kunnskap på din arbeidsplass? Av ledelsen? Av pasienter? Av kollegaer?
7. På hvilken måte endrer spesialutdanningen på ditt behov for faglig utvikling og utfordring?
8. På hvilken måte er dine behov for faglige utfordringer annerledes etter 10 års erfaring?
Hva innebærer det for deg?
9. Har du faglige ressurser og kompetanse du ikke får utvikle og bruke i din arbeidshverdag?

Tema fagutvikling og arenaer;

1. Hvilke arenaer bruker du for å utvikle din sykepleiefaglige kompetanse? Hva er de viktigste arenaer? (*Tid til refleksjon, undervisning, planlegging av pleien? Kurs? Avdelingsinterne utviklingsprosjekt? Samarbeid på tvers av avdelinger*)
2. Er det noen arenaer du savner evt. kunne tenke deg å utvikle/få?
3. Er det rom for faglige diskusjoner i arbeidsmiljøet? Formelle/uformelle arenaer?

Tema fagutvikling og muligheter i arbeidshverdagen;

1. Hvilke muligheter har du i din arbeidshverdag til å utvikle ny kunnskap/drive med fagutvikling og kvalitetsforbedring.
2. Forutsetninger og hindringer for å få til fagutvikling?

Tema fagutvikling og tilrettelegging

1. Opplever du at din arbeidsgiver er opptatt av å få til utvikling og kvalitetsforbedring på avdelingen? På hvilken måte? Er du delaktig?
2. Hvordan tilrettelegges det for fag- og kunnskapsutvikling i arbeidshverdagen
3. Hva gjør din arbeidsgiver for å legge til rette for faglig utvikling for deg og for avdelingen?
4. Ser du behov som ikke dekkes?

Vedlegg 2

Spørsmål til informantene sendt på mail.

Jeg har lest om klinisk stige som potensial for fagutvikling. Sykehuset har hatt dette som tilbud en tid, og jeg skulle gjerne hørt din tanke om klinisk stige. Bli veldig takknemlig om du vil si litt i forhold til;

1. Kjenner du til dette tilbudet? Evt. er det et bra tilbud generelt?
2. Har du noen tanker om klinisk stige er et aktuelt og relevant tilbud for deg?
3. Har du hatt mulighet, lyst eller er du blitt oppfordret til å delta? Planer om å delta?
4. Evt. hvorfor er det ikke aktuelt for deg?

Kan du også si noe om det å melde avvik;

1. Opplever du at Sykehuset formidler at avviksmeldinger er viktig for å få til forbedring?
2. I hvor stor grad benytter du deg av muligheten til å skrive avviksmeldinger?
3. Opplever du at det skjer endringer på bakgrunn av avviksmeldinger?
4. Hva tenker du om å skrive avviksmelding og fagutvikling. Er det en sammenheng?

Trenger bare helt korte svar.

Hilsen Britt Fagerjord

Vedlegg 3

Britt Fagerjord
Wanny Woldstads vei 85
9013 Tromsø
Tlf 984 17 948

Tromsø 24.09.08

Til
Kopi

Søknad om tillatelse til å intervju kreftsykepleiere

Jeg er student på Mastergradsstudiet i Helsefag ved Universitetet i Tromsø, og vil i mitt mastergradsprosjekt skrive om fagutvikling i sykepleiepraksis. Jeg ønsker å få vite mer om hva sykepleierne selv mener om fagutvikling, behov for det, muligheter, tilrettelegging og viktige arenaer for dette.

Jeg skal gjøre en kvalitativ studie, og ønsker informasjon om sykepleiernes egne tanker, meninger og oppfatninger. Informasjon jeg får gjennom intervjuene vil danne grunnlag og være data i min masteroppgave. Jeg ønsker å intervju kreftsykepleiere med mer enn 10 års klinisk praksis. Kreftsykepleiere har en videreutdanning og har på den måten vist at de ønsker faglig utvikling og ny kunnskap. De har en felles yrkesbakgrunn og noenlunde felles jobbrelevante faglige utfordringer. Det har ofte vært stort fokus på nyutdannede og deres behov, de erfarne har andre forutsetninger og behov som jeg ønsker mer kunnskap om.

Opplysningene jeg vil innhente i intervjuene vil bli behandlet konfidensielt, og skal ikke kunne spores tilbake til informantene eller aktuell avdeling. Jeg vil ta intervjuene opp på bånd, og lydbåndene vil bli slettet og utskrifter vil bli anonymisert ved prosjektets slutt. Hver informant må skrive under på et skjema om informert frivillig samtykke. Det vil bli gitt informasjon til informantene om at de kan trekke seg fra studiet uten å måtte oppgi noen grunn, og at informasjonen de evt. har gitt meg ikke vil bli brukt, men vil bli slettet. Intervjuene er tenkt gjennomført ilt høst 2008. Min veileder på studiet er professor Torunn Hamran. Prosjektet er klarert ved Norsk samfunnsfaglige datatjeneste.

Jeg vil med dette be om tillatelse til å intervju kreftsykepleierne ved _____avdeling som har mer en 10 års ansiennitet, samt hjelp til å formidle informasjon om dette til de aktuelle sykepleierne.

Håper på positiv tilbakemelding på min søknad.

Vennlig hilsen

Britt Fagerjord

Vedlagt

1. Sammendrag prosjektbeskrivelsen for masteroppgaven
2. Kopi informasjon til informantene med samtykkeerklæring
3. Informasjon til informantene

Vedlegg 4

Britt Fagerjord
Wanny Woldstads vei 85
9013 Tromsø

Tromsø, 24.09.08

Til aktuelle kreftsykepleiere

Forespørsel om å delta i studien "Fagutvikling i sykepleiepraksis"

Jeg er student på Mastergradsstudiet i Helsefag ved Universitetet i Tromsø, og vil i mitt mastergradsprosjekt skrive om fagutvikling i sykepleiepraksis. Jeg ønsker å få vite mer om hva sykepleierne selv mener om fagutvikling, behov for det, muligheter, tilrettelegging og viktige arenaer for dette.

Jeg ønsker å intervju kreftsykepleiere med mer enn 10 års klinisk praksis. Kreftsykepleiere har en videreutdanning og har på den måten vist at de ønsker faglig utvikling og ny kunnskap. De har en felles yrkesbakgrunn og noenlunde felles jobberelaterede faglige utfordringer. Det har ofte vært stort fokus på nyutdannede og deres behov, de erfarne har andre forutsetninger og behov som jeg ønsker mer kunnskap om.

Jeg skal gjøre en kvalitativ studie, og ønsker informasjon om sykepleiernes egne tanker, meninger og oppfatninger. Informasjon jeg får gjennom intervjuene vil danne grunnlag og være data i min masteroppgave. Intervjuet vil være åpent og vil være en samtale der dine opplevelser, erfaringer og refleksjoner fra praksis er i fokus.

Opplysningene jeg får vil bli behandlet konfidensielt, og skal ikke kunne spores tilbake til deg som person eller aktuell avdeling du kommer fra. Jeg vil bruke lydbåndopptaker under intervjuene. Opptakene vil bli slettet og utskrifter vil bli anonymisert ved prosjektets slutt. Du kan når som helst trekke deg fra studien uten å måtte oppgi noen grunn, og informasjonen du evt. har gitt meg vil ikke bli brukt, men slettet. Prosjektet er klarert ved Norsk samfunnsfaglige datatjeneste. Min veileder på studiet er professor Torunn Hamran.

Hvis du ønsker å delta i studien underskriver du samtykkeerklæringen og sender den til meg i vedlagte frankerte konvolutt. Hvis du har behov for kontakt med meg før eller etter intervjuet, kan du treffe meg på telefon 984 17 948 eller via email brfager@online.no. Intervjuene planlegger jeg å gjennomføre i løpet av oktober/november 2008, gjerne ukene 42, 43 og 44. Varighet av hvert intervju vil være ca 1- 1½ time.

Vennlig hilsen

Britt Fagerjord

Samtykkeerklæring;

Jeg ønsker å delta i studien "Fagutvikling i sykepleiepraksis" med de vilkår som fremkommer av informasjonen.

Navn _____ (dato og signatur)

Avdeling jeg jobber _____ Telefon/email _____

Forslag til tidspunkt for intervju _____

Vedlegg 5

Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Torunn Hamran
Universitetet i Tromsø
9037 TROMSØ

Vår dato: 20.08.2008 Vår ref: 19594 / 2 / KH Deres dato: Deres ref:

NSD

Harald Hårlagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tlf: +47-55 58 21 17
Fak: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 921 884

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.07.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19594	<i>Kunnskapsutvikling hos erfarne sykepleiere i pleiepraksis.</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Torunn Hamran
Student	Britt Fagerjord

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

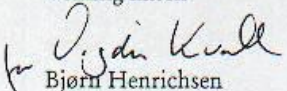
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

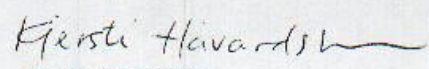
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 18.12.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

for  Bjørn Henrichsen

 Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
✓ Vedlegg: Prosjektvurdering
✓ Kopi: Britt Fagerjord, Wanny Woldstads vei 85 H0403, 9013 TROMSØ