

Sjukepleiaren si kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta; samspel mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsplass

Gro Hovland, Dagrun Kyrkjebø og Maj-Britt Råholm

Gro Hovland, Anestesisjukepleiar, Høgskulelektor. Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, gro.hovland@hisf.no

Dagrun Kyrkjebø, Sjukepleiar, Høgskulelektor. Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, Dagrun.Kyrkjebo@hisf.no

Maj-Britt Råholm, Sjukepleiar. Professor. Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, Maj-Britt.Raholm@hisf.no

Abstract

Nurses' competence development in municipal health services – Interactions between nursing school and work place

Due to recent reforms, the increased requirements within comprehensive health care services, such as patients with complex and multiple diseases, need to be met by the municipalities. Nurses, thus need to increase their competence in accordance with the changes in municipal health services. The purpose of this study is to gain knowledge about the nurses' daily work with a focus on learning and competence development. Data were collected by use of focus group interviews and analysed using qualitative content analysis. Findings demonstrate that nurses do not receive the appropriate training and experience needed to handle emergency situations. The lack of training causes uncertainty, which is not recognized by their superiors. Findings indicate that nursing schools need to be in closer dialogue with their students' workplaces, both in planning and during their education.

Key Words / Nøkkelord

Competence; competence development; nursing competence; municipal health services; kompetanse; kompetanseutvikling; sykepleiekompetanse; kommunehelsetjenesten.

Referee*

Introduksjon

Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF) har sidan 2010 teke opp 30 studentar årleg til vidareutdanning i akuttsjukepleie for kommunehelsetenesta. Studiet er eit samlingsbasert deltidsstudie på 30 studiepoeng. Studentane på vidareutdanninga arbeider som sjukepleiarar i kommunale sjukeheimar eller i heimesjukepleia. Eit viktig læringsutbytte er å tidleg oppdage forverring av sjukdom og raskt kunne iverksette tiltak. For at studentane skal oppnå læringsutbyttet er det viktig at lærar har kunnskap om deira kompetanse og kompetansebehov,

og for å leggje til rette utdanninga er det òg viktig å få kunnskap om sjukepleiarane sin arbeidskvardag.

Denne artikkelen byggjer på ein studie om studentane si oppfatning av kompetansebehov med utgangspunkt i læringsutbyttet. Studien er ein del av ein større studie, NursComp, der kompetanse og kompetanseutvikling hos sjukepleiarar i kommunehelsetenesta i Sogn og Fjordane vert studert. Sjukepleiarane sin kompetanse er understreka i fleire stortingsmeldingar dei siste åra (Helse- og omsorgsdepartementet 2009 og 2012; Kunnskapsdepartementet 2012). Tilgang til, og rett kompetanse hos helse- og sosialpersonell er førespegla å bli ei utfordring, og vidareutdanning skal vektleggast (Helse- og omsorgsdepartementet 2006; Kunnskapsdepartementet 2012). Ei forskyving av helsetenester frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, auken i tal yngre med omfattande omsorgsbehov og fleire av dei eldste eldre gjer at kommunehelsetenesta må ha kunnskap om og handtere fleire personar med samansette lidningar (Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Kunnskapsdepartementet 2012). Dette er ei pasientgruppe som har stor risiko for komplikasjonar og forverring av sjukdom (Gautun og Syse 2013; Tingvoll og Sæterstrand 2007). Helsepersonell må raskt kunne observere, identifisere og tolke endring i pasienten sin tilstand (Gautun og Syse 2013; Massey, Aitken og Chaboyer 2009; Pettersen og Wyller 2007), slik at rette tiltak kan settast i verk (Ellefsen, Kim og Han 2007; Hartigan, Murphy, Flynn og Walshe 2010; Jones, Higginson og Santos 2010). Dette er kompetanse som kan vere mangelfull både hjå sjukepleiarar på sjukehus og i kommunehelsetenesta (Cwinn, Forster, Cwinn, Hebert, Calder og Stiell 2009; Massey et al. 2009), men er viktig for å kunne ivareta kritisk sjuke pasientar. I tillegg er godt samarbeid og god samhandling mellom tenestenivå avgjerande (Pettersen og Wyller 2007). I tråd med samfunnsutviklinga må helsetenestene ha kontinuerleg og systematisk fokus på kunnskap, og sjukepleiarane må oppmuntrast til livslang læring og kompetanseheving (EU-direktiv 2013; Helsepersonellova 2011; Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Sjukepleiarar i kommunehelsetenesta uttrykker at endringane i arbeidskvardagen har medført meir varierte og spanande oppgåver (Gautun og Syse 2013), men òg utfordrande sidan det ikkje har utløynt auka ressursar eller kompetansehevande tiltak. Nasjonale føringar presiserer kompetansehevande tiltak og at utdanningsinstitusjonane må tilpasse seg helsetenesta sitt behov for å sikre rett kompetanse (Kunnskapsdepartementet 2012; Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Bakgrunn

Å sikre rett kompetanse på rett stad til rett tid og tiltak for kompetanseheving er ei av dei store utfordringane kommune-Noreg møter etter innføringa av samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Det er lite skildra kva denne kompetansen inneber, og om sjukepleiarane har den forventta kompetansen (Bing-Johnsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold og Foss 2014). Sjukepleiekompetansen omhandlar kunnskap, ferdigheiter og haldningar og vert omtalt som ein kontinuerleg prosess der personleg motivasjon, kritisk tenking, sjølvstende og refleksjon er sentralt (Bennich 2012; Duff 2013; Ellefsen et al. 2007; Flöjt, Hir og Rosengren 2014; Hartigan et al. 2010; Hauer 2013). Førebygging av sjukdom og å kunne forutsjå komplikasjonar er ein viktig kompetanse sjukepleiarane må ha i tillegg til å meistre tekniske prosedyrar (Bing-Johnsson et al. 2014; Ellefsen et al. 2007; Flöjt et al. 2014; Lofmark, Smide og Wikblad 2006, Massey et al. 2009). Forsking gjort i kommunehelsetenesta viser at sjukepleiarane har ein utfordrande kvardag, arbeidspresset er stort, dei jobbar mykje aleine og organisatoriske forhold gjer arbeidspresset og kompetanseheving utfordrande (Gautun og Syse 2013; Fläckman, Hansebo og Kihlgren 2009; Hynne og Kvangarsnes 2014; Meyer, Eilertsen

og Ytrehus 2010). Sjukepleiarane har òg mangelfull kompetanse i bruk av forskning og innhenting av ny kunnskap (Boström, Wallin og Nordström 2006).

Illeris (2009) hevdar at utgangspunktet for kompetanseomgrepet ligg på det personlege plan og gjeld blant anna den einskilde si evne til å handtere framtidige uventa hendingar og eit arbeidsliv i stadig endring. Han seier læring er ein omfattande og komplisert prosess hjå individet som fører til varige kapasitetsendring og auka innsikt. Læring er ein tovegsprosess mellom individet og innhaldet i læringa. Innhaldet og målet må bli individet sitt eige og dermed drivkrafta til å lære. Læring gjennom innsikt inneber tid til ettertanke og refleksjon (Illeris 2009). Den individuelle kompetanseauken er aleine ikkje nok for at organisasjonen skal lære, men må vere grunnlaget for endringa (Senge 1991). For at organisasjonen skal oppnå kompetanseauke, må organisasjonen tydeleg vise at personleg meistring og vekst er verdsett (Irgens 2007; Senge 1991). Personleg meistring er mellom anna basert på kompetanse og ferdigheiter der ein skal kunne omsetje kunnskap til handling (Illeris 2009; Senge 1991).

I fylgje Benner (1984 og 2000) er sjukepleiekompetanse noko ein tileignar seg i utviklinga frå nybyrjar til ekspert ved at ein i reelle praksissituasjonar prøver ut eige teoretiske rammeverk. Dette samsvarer med nyare forskning (Flöjt et al. 2014) som viser at sjukepleiarar i heimesjukepleia som har øvingar i praktiske prosedyrar utviklar tryggleik og sjølvstende. Bennich (2012) hevdar at kompetanseutvikling innanfor eldreomsorga er ein kompleks, vanskeleg og krevjande prosess der sjukepleiarane, arbeidsplassen og utdanningsinstitusjonane må synkroniserast for å lukkast. Ein studie av nasjonale utviklingsprogram i Sverige viser store manglar i samspelet mellom utdanningsinstitusjonane og kommunane (Bennich 2012). Ei av utfordringane er at utdanninga kontinuerleg må tilpassast eit praksisfeltet i stadig endring (Illeris 2009; Skår 2010).

Hensikt

Hensikta med denne studien er å skildre sjukepleiarane i vidareutdanning i akuttjukepleie si oppleving av utfordringar i kommunehelsetenesta og korleis utdanninga kan bidra til deira behov for kompetanseauke.

Ut frå dette vart forskingsspørsmåla formulert:

1. Korleis skildrar sjukepleiarane i vidareutdanning i akuttjukepleie dei sentrale utfordringane i kommunehelsetenesta?
2. Korleis skildrar dei læresituasjonar og korleis kan utdanninga i akuttjukepleie bidra til kompetanseauke i kommunehelsetenesta?

Metode

For å få innsikt og forståing for sjukepleiarane sine utfordringar og deira kompetansebehov i kommunehelsetenesta er det nytta kvalitativ metode (Malterud 2011). Fokusgruppeintervju vart nytta til datainnsamling og desse vart gjennomført ved studiestart i fyrste semester og ved avslutning i andre semester.

Kontekst og utval

Ved studiestart fekk studentane munnleg informasjon i klassen om studien og spørsmål om å delta på fokusgruppeintervju ved studiestart og ved avslutning av studiet. Av 26 studentar meldte 12 seg. To studentar valte å trekke seg før oppstart og ein av studentane vart sjuk og meldte fråfall til andre fokusgruppeintervju. Hensikta med fokusgruppeintervju ved studiestart var å få kunnskap om deira arbeidssituasjon og kompetansebehov før studiet starta (haust 2012). Fokusgruppeintervjuet ved avslutning var viktig for å få innsikt i om utdanninga var tilpassa deira behov og gav dei den forventa kompetansen (vår 2013). Fokusgruppeintervjua blei gjennomført etter skuletid i eit grupperom på skulen der tryggleik og roleg atmosfære blei vektlagt.

Fokusgruppe 1				Fokusgruppe 2			
Informant	Alder	Arbeids-erfaring	Stillings-prosent	Informant	Alder	Arbeids-erfaring	Stillings-prosent
1	42 år	1 år	75 %	1	26 år	2 år	100 %
2	27 år	4 år	100 %	2	26 år	nyutdanna	100 %
3	27 år	4 år	87 %	3	39 år	5 år	100 %
4	34 år	11 år	100 %	4	26 år	3 år	100 %
5	40 år	12 år	100 %				
6	33 år	9 år	80 %				

Tabell 1 Informantane i studien

I fokusgruppe ein var det seks deltakarar i alderen 27-42 år (median på 33) med eitt til 12 års arbeidserfaring som sjukepleiar (median 6,5 år). I fokusgruppe to var det fire deltakarar i alderen 26 til 39 år (median 26 år). I begge gruppene var det berre kvinner og arbeidserfaringa deira var frå to til fem år (median 2,5 år) med stillingsprosent frå 75-100 % (median 100%).

Fokusgruppeintervju

For at studentane skulle kunne førebu seg til fokusgruppeintervjua vart intervjuguiden sendt til dei i forkant. Intervjuguiden var eit hjelpemiddel for å halde seg til tema som svarte til studien sin hensikt, og vart nytta som ei hugseliste i fokusgruppintervjua. Intervjuguiden omhandla arbeidssituasjon, kompetanse, kompetanseutvikling og kompetansebehov. Moderator som er fyrsteforfattar på artikkelen leia intervjua og la vekt på at deltakarane skulle få snakke fritt ut frå deira fokus og perspektiv (Malterud 2011). Co-moderator var med på alle intervjua og er andreforfattar på artikkelen. Intervjua ved studiestart og avslutning av studiet varte i 90 minutt, i tillegg vart det gjennomført eit oppfylgingsintervju på 30 minutt etter fyrste fokusgruppeintervju då det viste seg at eitt av spørsmåla i intervjuguiden ikkje var omtala. Data frå alle intervjua er nytta i denne artikkelen.

Analyse

Materialet vart analysert ved hjelp av kvalitativ innhaldsanalyse (Graneheim og Lundman 2004). Moderator transkriberte materialet etter kvart fokusgruppeintervju, og analysearbeidet starta allereie her. Medveten eigen forforståing vart materialet lese gjennom fleire gonger for å få eit heilskapleg bilde. For å sikre grundig forståing av materialet blei det gjort verifisering av den transkriberte teksten opp mot delar av lydbandopptaket. Idear og kategoriar som viste seg vart notert undervegs. For å finne meiningsberande einingar som svarte til studien sin hensikt, vart kvart sitat nøye studert. Deretter vart dei meiningsberande einingane kondensert,

noko som innebar at dei vart korta ned samstundes som meininga var intakt. Dei meiningsberande einingane blei analysert og abstrahert med fortsatt fokus på den opprinnelege meininga, og gjeven ein kode. Kodane var ikkje utvikla på førehand, men vaks fram frå materialet. Metoden vert beskrive som datastyrt kodingsmetode (Kvale og Brinkmann 2009). Vidare vart kodane vurdert ut frå likheiter og ulikheiter, og sortert i subkategoriar. Subkategoriar som høyrer saman vart ordna i kategoriar. Fram til og med denne fasen blei det lagt stor vekt på å ikkje fortolke og å sikre nærheit og lojalitet til materialet for slik å sikre at det manifeste innhaldet kom fram. Det manifeste innhaldet er det ein tekst konkret handlar om, utan særleg grad av tolking (Graneheim og Lundman 2004). Den underliggende, latente meininga i kategoriane blei formulert i eit tema. Det latente innhaldet handlar om forholdsaspekt og involverer ei tolking av den underliggende meininga i ein tekst og er analysert fram til eit høgare abstraksjonsnivå.

Meiningseining	Kondensert meiningseining	Kode	Subkategori	Kategori	Tema
<i>"men så blei eg tilkalla ut på natt for å hjelpe til for det hadde vore mykje angstproblem. Den hjelpeleiaren som var ute hadde fått opplæring på c-pap, men kunne det ikkje så godt, eg kunne like lite, så då følte du deg ganske dum når pasienten sit der og er heilt hysterisk og treng eigentleg nokon som veit kva dei snakka om".</i>	<i>Blei tilkalla på natt for å hjelpe pasient med angstproblem. Hjelpeleiaren hadde fått opplæring på c-pap, men kunne det ikkje så godt, eg kunne like lite, Følte meg dum når pasienten er hysterisk og trengte hjelp av nokon som har kompetanse</i>	<i>Tilkalling på akutte situasjonar. Sjukepleiaren har ikkje fått opplæring i utstyr Føler seg dum Kan ikkje gi den hjelpa pasienten treng Pasienten treng nokon som har meir kompetanse Får ikkje trygga pasienten</i>	<i>Uforutsigbar arbeidsdag Blir makteslaus Får ikkje opplæring i ansvarsområdet Utrygg i møte med pasienten Opplev å ha manglande kompetanse Kjenner seg utrygg i akutte situasjonar</i>	<i>Arbeidserfaring og ansvarsområde</i>	<i>Arena for kompetanseheving</i>

Tabell 2 Døme på innhaldsanalyse frå fokusgruppeintervju

Etiske refleksjonar.

NursComp Study har godkjenning frå Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Lagring av data og gjennomføring av studien vart gjort i samsvar med forskningsetiske retningslinjer og Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, udatert). Sjukepleiarane som munnleg takka ja fekk skriftleg og munnleg informasjon om studien saman med informasjon om at dei kunne trekke seg frå studien utan nærare forklaring. Lydfilene vart sletta etter transkribering og verifisering av det transkriberte materiale.

Studien sin truverde

Validering er viktig gjennom heile forskingsprosessen (Kvale og Brinkmann 2009) og vil seie å stille spørsmål om kor gyldig kunnskapen er, og om metoden får fram kunnskap om temaet. I kvalitativ metode er forskar sin profesjon og forforståing saman med det teoretiske grunnlaget sentralt, og refleksivitet og systematikk er viktig for at analysen skal kunne levere vitenskapleg kunnskap (Kvale og Brinkmann 2009). Omgrepa gyldigheit (credibility), pålitelegheit (dependability) og overførbarheit (transferability) er nytta når truverde skal vurderast i kvalitativ forskning (Graneheim og Lundman 2004). For å sikre gyldigheita i studien hadde forskargruppa i heile forskingsprosessen fokus som samsvara med studien sin hensikt. Pålitlegheit inneber at studien er konsistent i forhold til datainnsamling og at framgangsmåten i analysen er einsarta og haldbar (Graneheim og Lundman 2004). For å sikre at tema i fokusgruppeintervjua svarte på forskingsspørsmåla og studien sin hensikt vart intervjuguiden utarbeidd og reflektert i samarbeid med forskargruppa. Alle informantane fekk utdelt same intervjuguide og den vart nytta som eit verktøy for å halde seg til tema og til studien sin hensikt, dette styrka pålitlegheita. Moderator og co-moderator gjennomførte intervjua og var bevisst på å ikkje påverke svara. Det blei stilt opne spørsmål slik at informantane kunne svare fritt. Co-moderator hadde ei observasjonsrolle men kom med oppklarande spørsmål der det var naudsynt. Co-moderator skulle òg vere ekstra merksam på at alle kom til ordet og sikre at deltakarane sine opplevingar blei respektert. Datamaterialet vart gjennomgått saman med forskargruppa og meiningseiningar som reflekterte forskingsspørsmåla vart identifisert. Det vart lagt vekt på at meiningseiningane ikkje skulle vere for omfattande og romme fleire fenomen på same tid som dei ikkje skulle vere for smale slik at den opprinnelege meininga vert borte (Graneheim og Lundman 2004). For å sikre at analysen vart einsarta og haldbar (Graneheim og Lundman 2004) vart meiningseiningar analysert saman med forskargruppa. Tabellen viser eksempel på korleis abstraksjon av materialet vart gjort. I heile prosessen var samtale og refleksjon med forskargruppa viktig. Samarbeidet i forskargruppa var spesielt nyttig og sentralt i analyseprosessen. Tema blei diskutert til ein nådde ein konsensus.

Overførbarheit omhandlar i kva grad resultata er gjeldande for andre situasjonar eller for andre grupper (Graneheim og Lundman 2004). Forskargruppa har skildra forskingsprosessen og gjeve ei skildring av funn og sitat frå informantane. Dette for å legge til rette for at lesaren kan nytte resultata i eigen praksis.

Funn

Det var tre tema som viste seg i studien. Tema ein var "Faget kjem i skuggen av organisatoriske forhold" med kategoriane: Manglande forståing og Einsam læring. Tema to var "Arena for kompetanseheving" med kategoriane: Kompetanseauke blir opp til den enkelte, Redd for å avsløre usikkerheit, Arbeidserfaring og ansvarsområde og Kollegiet som arena for kompetanseheving. Tema tre var "Oppdage kunnskapsmanglar og auke kompetansen gjennom utdanning" med kategoriane: Fange den akutte situasjonen i eit felles språk og verktøy og Likeverdige diskusjonspartar.

Faget kjem i skuggen av organisatoriske forhold

Manglande forståing

Organisatoriske forhold gjer at sjukepleiarane må overlate dei dårlegaste pasientane til helsearbeidarar med lågast formell kompetanse. Det kjennest utrygt for sjukepleiarane at pasienten ikkje vert tilbydd den beste kompetansen. Sjukepleiarane får heller ikkje klinisk erfaring eller bruke faget sitt og utvikle seg som fagpersonar i den grad dei kunne, viss arbeidet var meir retta direkte mot pasientane. Det ser ut til at dei arbeidsoppgåvene dei har ansvar for og som er forventa at dei kan, er dei områda dei får minst trening og erfaring med.

Då er det ei stor utfordring å reise frå dei 2 ufaglærte og mange dårlege pasientar på huset, og eg reiser ut dit for å ta ein krevjande legevisitt. Berre køyringa tek jo ein time fram og tilbake, og så seier ledelsen at då kan du krevje at den fagpersonen på den avdelinga reiser i retur for deg. Men det er ikkje berre det, det er faktisk ikkje berre det, for dei har det utruleg travelt der og.

Det ser ut til at sjukepleiarane opplever manglande støtte og forståing frå leiar. Arbeidskvardagen vert styrt av organisatoriske interesser med bakgrunn i at arbeidsoppgåver må gjerast, ikkje ut frå sjukepleiaren sine faglege vurderingar. Sjukepleiarane har ikkje mynde til å prioritere eigen arbeidsdag, men kan bli beden om å organisere andre sin.

Einsam læring

Sjukepleiarane i studien beskriv store variasjonar i sjukepleiebemanninga på dei ulike arbeidsplassane. Områda dei har ansvar for varierer òg stort. Felles for dei fleste er at dei er aleine i dei einskilde pasientsituasjonane, noko som gjer at dei ikkje kan diskutere og trygge kvarandre i uvante og uventa situasjonar. Det er heller ingen arena i etterkant for oppdatering og refleksjon. Utryggleik i arbeidet opplevast som belastande. Når dei ikkje får stadfesta at det dei gjer er optimalt, vil dei bere med seg utryggleiken til neste gang dei skal utføre same eller liknande prosedyrar.

Nei, men spesielt ved veneport og CVK og sånn, så ønsker vi å vere 2, for å føle oss trygge. Det er ikkje alltid vi har det på jevnleg basis, kan gå eit år mellom kvar gong. Det er noko med å trygga, at vi meistrar det vi er sett til å gjera. Plutseleg står du der aleine sjukepleiar på ei seinvakt. Og då å måtte gjera det utan å føle seg 100% trygg, det er ikkje så kjekt.

Det er tydeleg i materialet at dei opplever å ha eit stort behov for andre fagpersonar å rådføre seg med, diskutere med og gjere oppgåver saman med.

Arena for kompetanseheving

Kompetanseauke blir opp til den enkelte

Rask medisinsk utvikling og forskyving av helsetenester frå specialist- til kommunehelsetenesta fører til at pasientane raskare vert utskrivne frå sjukehuset. Pasientane har i større grad samansette lidingar og treng tettare oppfølging.

Sjukepleiarane i studien er fagleg engasjerte og ynskjer å gje pasientane best mogeleg omsorg. Nye utfordringar gjev dei moglegheiter til kompetanseauke, men slik vert det ikkje alltid opplevd. Tidspresset er stort, fagutvikling er ofte opp til den einskilde og det kan sjå ut

til at det er lite kultur for kompetanseauke på arbeidsplassen. Å søke etter og å lese forskning er for mange ukjent, og ny oppdatert faglitteratur har dei ikkje tilgjengeleg. Sjukepleiarane uttalar at leiarane har lite fokus og kunnskap på området, og det vert heller ikkje forventa eller akseptert at ein skal bruke arbeidstida til å søke opp og lese fag og forskning.

Ein har meir enn nok med å ta unna alt som skal gjerast i det daglege. Eg hadde eigentleg hatt lyst til at det skulle vore meir akseptert at ein kunne drive litt med fagutvikling i jobben, slik at ikkje alt blei opp til deg sjølv, på fritida. Veldig lite arena for at vi verkeleg skulle få diskutert og sett på kva ein kunne gjere betre.

Sjukepleiarane i studien seier at det er sjeldan dei får førebu seg og tilrettelegge for nye pasientar som blir innlagt, eller eigne pasientar med nyoppståtte problemstillingar som vert tilbakeført frå sjukehus. I ettertid vert det i liten grad lagt til rette for diskusjon og refleksjon slik at dei kunne fått auka sin kompetanse i takt med nye utfordringar.

Redd for å avsløre usikkerheit

Manglande fagleg støtte og diskusjonspartar i dei einskilde arbeidssituasjonane gjer at sjukepleiarane utfører prosedyrar slik dei alltid har gjort og er trygge på. Dei tek ikkje utfordringa slik at dei kunne lære seg nye og betre teknikkar. Det kunne òg sjå ut til at dei ikkje er trygge og sjølvstendige nok til å søke kunnskap eller spørje kollegaer om faglege råd i for- eller etterkant.

Ho var veldig dårleg ho pasienten vi hadde, og legen sa at ho skulle ha butterfly (subcutan nål som kan ligge i 5-7 dagar). Det var ferie og eg var vekke i 4 dagar, og dei hadde fortsatt ikkje fått satt inn butterfly då eg kom att. Då var det ingen som..., ledaren hadde ikkje teke tak i det, eller eg veit ikkje kven som skulle ta tak i det. Dei som hadde vore på jobb hadde ikkje vore borti butterfly før. Då må nokon ta eit ansvar å søke hjelp. Då vart eg skremt, det går jo på trygghet. Men då må jo ein sei at dette kan eg ikkje, hjelp oss. Dette vart ein forferdeleg opplevelse for denne dama som vart stukken 4 gonger dagleg i 4 dagar.

Utrygghet og frykta for å gjere feil gjer at ein utfører prosedyren på ein kjent måte sjølv om det medfører ubehag for pasienten. Den initiativrike og trygge sjukepleiararen innhentar ny kunnskap, men for andre kan det vere ein barriere å spørje og sjølvstendig leite opp kunnskap. Ein av grunnane kan vere at sjukepleiarane opplever høge forventningar, og at dei har ei redsle for å avsløre kva dei ikkje kan. Ein av sjukepleiarane sa at ho hadde fått ein kommentar på "er du ikkje sjukepleiar du då", då ho stilte spørsmål om ein pasient som skulle innleggast i sjukeheimen. Dette var ein kommentar fleire kjende seg att i. Sjukepleiarane forventar av seg sjølv at dei må meistre alle situasjonar, og det kan bli eit tabuområde å be om hjelp og vise usikkerheit.

Arbeidserfaring og ansvarsområde

Sjukepleiarane blir tilkalla når uventa og akutte situasjonar oppstår. Dette kan vere situasjonar dei ikkje har fått opplæring i, eller har erfaring med, men likevel er det forventa at dei skal takle. Dei opplever manglande erfaring og kompetanse i sine ansvarsområde.

«men så blei eg tilkalla ut på natt for å hjelpe til for det hadde vore mykje angstproblem. Den hjelpepleiaren som var ute hadde fått opplæring på c-pap, men kunne det ikkje så godt, eg

kunne like lite, så då følte du deg ganske dum når pasienten sit der og er heilt hysterisk og treng egentleg nokon som veit kva dei snakka om.»

For at sjukepleiarane skal vere trygg og for å kunne ivareta denne pasienten må sjukepleiarane få erfaring og trening i uventa situasjonar, ikkje berre ansvar for dei.

Kollegiet som arena for kompetanseheving

Fleire av sjukepleiarane hadde erfart at ingen etterspurde vidareutdanning dei sjølve eller kollegaer hadde, eller korleis dei skulle bruke kompetansen i avdelinga. Fleire av kollegaene deira hadde ulike vidareutdanningar, men dei visste lite om kva dei gjorde annleis enn dei sjølve i arbeidet med pasienten. Studien viste få eksempel der sjølve avdelinga og kollegiet vart opplevd som arena for kompetanseauke, men ein av sjukepleiarane skildrar ein god læresituasjon der dei nytta erfaringane frå personalgruppa. Saman gjekk dei gjennom prosedyren før dei møtte pasienten, dette gjorde at situasjonen blei trygg og personalet fekk dele kunnskap og erfaring.

«.. men då brukte vi faktisk den erfaringa som var i personalgruppa frå før. Så tok vi å samla oss og gjekk igjennom pumpa steg for steg, før vi hadde det fyrste besøket til pasienten. Slik at alle hadde ein trygghet i det vi skulle gjere,.... Vi tok oss faktisk tid i arbeidssituasjonen vår og fann ut av det i lag, og det var veldig greitt.»

Når sjukepleiarane i fellesskap fekk diskutere, demonstrere for kvarandre og prøve ut, såg dei at kunnskapen var i personalgruppa. Ved å førebu seg saman vart det ukjente trygt og tryggheta vart overført til heile personalgruppa. Dette viser at kompetansen er hos einskildindivid, men det må vere rom for å diskutere og reflektere for å synleggjere den og bringe den ut i resten av organisasjonen.

Oppdage kunnskapsmanglar og auke kompetansen gjennom utdanning

Fange den akutte situasjonen i eit felles språk og verktøy

Sjukepleiarane uttalar at dei i større grad må vere førebudde på å ivareta pasientar med samansette lidningar. Dei opplever at den opplæringa dei får på avdelinga ikkje tilfredstiller kompetansen dei treng for å ivareta denne pasientgruppa, og søker vidareutdanning for å møte krava. Nokre av sjukepleiarane blir av leiarane oppfordra til å ta vidareutdanning, medan andre opplever lite støtte. Dei sistnemde tek vidareutdanning på eige initiativ med dei kostnadane det inneber.

Sjukepleiarane skildrar at kompetansebehovet òg handlar om å kunne observere pasienten sin tilstand. Eit sitat som beskriv det er sjukepleiarane som sa: *”eg skulle ønske eg kunne sjå kor dårleg egentleg pasienten er”*. Dette tyder på at sjukepleiarane manglar verktøy til å observere, evaluere og sette i verk tiltak. Tilbakemelding til lege vert uklår når ein ikkje har verktøy eller kunnskap i systematiske pasientvurderingar og tydelege kommunikasjon. I desse situasjonane kan sjukepleiarane som arbeider i kommunehelsetenesta kjenne seg utrygg og mislykka i forhold til andre profesjonar.

Likeverdige diskusjonspartar

Teori om systematiske observasjonar og tiltak saman med øvingar, diskusjon og refleksjon gjorde sjukepleiarane meir bevisste på kva omsorg og behandling pasienten trengte. Dette gjorde dei tryggare når dei skulle be om hjelp. Ein sjukepleiar med lang erfaring og som var trygg i arbeidet sa at når ho ringde legevakta var det fordi ho visste at no trengte pasienten behandling på eit høgare nivå. Ho visste at legen ville ta hennar vurderingar til fylgje sidan meldinga var systematisk og fagleg grunngeve. Fleire av sjukepleiarane sa at når dei i studiet hadde hatt undervisning og praktiske øvingar i akutte situasjonar kunne dei kommunisere med legen på ein heilt annan måte. Dei kunne gi han dei opplysningane han trengde for å vurdere pasienten, dette gjorde noko med sjølvtiliten deira.

”eg syns kommunikasjonen eg har med legane er betre no,..... Fordi vi kan diskutere på eit litt anna nivå. Dei spør meir: Kva syns du vi skal gjere. eg syns det er lettare, for vi veit kanskje litt meir”. Det å ha senariotrening, øve på akutte situasjonar, gjorde sjukepleiarane tryggare. Å kjenne at ein meistrar er viktig for kompetanseutvikling.

Diskusjon

Hensikta med denne studien var å skildre sjukepleiarane si oppleving av utfordringar i kommunehelsetenesta og korleis utdanninga kunne bidra til deira behov for kompetanseauke. Helsevesenet har gjennomgått ei stor endring dei siste åra, blant anna med omsyn til kva type pasientar som handsamast i kommunehelsetenesta (Helse- og omsorgsdepartementet 2009), og det kompetansebehovet dette medfører. Det kan sjå ut til at kompetansen til helsepersonell ikkje heng med i denne utviklinga (Bing-Johnsson et al. 2014; Gautun og Syse 2013; Meyer et al. 2010). Sjukepleiarane er fagleg engasjerte og dei er opptatt av god pasientomsorg, men tidspresset er stort. Det er mange ufaglærte og sjukepleiarane har ikkje mynde over kvar eigen kompetanse skal prioriterast.

Funn i studien viser at faglege prioriteringar kjem i skuggen av organisatoriske forhold. Eit eksempel er sjukepleiaren som må overlata dårlege pasientar til ufaglærte, fordi ho sjølv må gå legevisitt der køyretida ein veg er på ein halv time. Sjukepleiarane føler seg makteslause i desse situasjonane og ser ikkje korleis dei kan argumentere for at sjukepleiarkompetansen trengst hjå pasienten. Forventningane til sjukepleiarane er at dei skal vere fleksible, effektive og empatiske (Orvik 2004), og det kan gjere det vanskeleg for dei å seie seg ueinig i prioriteringane sjølv om det kjem i konflikt med eigne verdiar. Orvik (2004) seier at for å kunne utvikle eigen profesjon og yrkesstoltheit og for at det faglege skal stå sterkt i ein organisasjon, må sjukepleiarane utvikle evne til å argumentere rundt prioriteringar og verdikonfliktar. Sjukepleiarane i materialet skildrar at dei ofte er einaste sjukepleiaren på vakt, men er dei fleire, jobbar dei oftast aleine opp mot den einskilde pasient. Meyer et al. (2010) såg i sin studie at dette var ein av grunnane til at arbeidet vart opplevd som mindre meningsfullt og lite fagleg utviklande. Sjukepleiarane i denne studien sa at det å jobbe aleine medfører at dei ikkje har kollegaer å støtte seg på og diskutere med i pasientsituasjonen eller i etterkant. Dei hadde møtepunkt i avdelingsmøter og undervisningssekvensar regelmessig, men i pasientsituasjonen er det ingen kollega som kan rettleie eller bekrefte det dei gjer. I fylgje Döös (2004) er bekrefting og anerkjenning frå kollegaer viktig for læring og fagutvikling. Etter kvart som ein vert trygg på oppgåvene kan ein jobbe meir aleine, og nye prosedyrar vert ein integreert del av arbeidet. Sjukepleiarane i studien viste tydeleg at dei gongene det var høve til å sette seg saman, bruke kunnskapen som var i gruppa, dra vekslar på

kvarandre og å gå gjennom prosedyrar på førehand, vart dei godt førebudde til pasienten kom. Arbeidsfellesskap er viktig fordi læring er eit grunnleggande sosialt fenomen og tryggleik utviklar seg i møte med andre (Holmsen 2010; Hynne og Kvangarsnes 2014; Flöjt et al. 2014, Wenger 2004). Er det lite rom for refleksjon, ettertanke og diskusjon i etterkant av pasientsituasjonar eller hendingar, vil det svekke fagleg identitet og vekst (Dysthe 2011; Illeris 2006). Det ser ut til at organisatoriske tilhøve og manglande fokus på læring og fagutvikling i dei spesifikke og unike pasientsituasjonane gjer at arbeidsplassen ikkje vert arena for kompetanseutvikling.

Det er kjent frå tidlegare forskning at sjukepleiarane har manglande kunnskap og fokus på søk etter ny kunnskap og forskning (Boström et al. 2009; Gale og Schaffer 2009). Denne studien viste at det i tillegg til manglande kunnskap òg var lite akseptert frå leing å bruke arbeidstid til fagleg utvikling og søk etter forskning. For å oppnå kompetanseauke hjå den einskilde og i organisasjonen er leiaren si anerkjenning for personlege initiativ i faglege spørsmål viktig (Irgens 2007; Senge 1991). Sjukepleiarane sine opplevingar i pasientsituasjonane gjorde at dei følte sterkt behov for kompetanseauke og søkte vidareutdanning for å møte krava, sjølv om dei ikkje fekk støtte frå leing til dette. Det viste seg og at leiarane i liten grad etterspurde vidareutdanningane sjukepleiarane hadde, og at det på den måten var utnytta kompetanse og ressursar i avdelinga.

Sjukepleiarane sin arbeidskvardag er uforutsigbar og det er forventa at dei skal takle det som kjem. Det var lite akseptert å vere usikker og å vise usikkerheit. Ein kommentar dei fleste kjende seg att i og som kan understreke dette er *"er du ikkje sjukepleiar du då"*, og då kunne dei få ei kjensle av at dette måtte dei meistre og ikkje framstå som usikre. Eigne forventningar og uklare forventningar frå andre kan vere ein av grunnane til den usikkerheita sjukepleiarane i studien snakkar om (Orvik 2004). I redsel for å bli sett på som svak eller som ein dårleg fagperson (Vaid, Ewashen og Green 2013), vert denne usikkerheita lite diskutert. I ein avdeling der ein er bevisst på å vere open om kunnskapsmanglar, dele kunnskap og støtte kvarandre, er det lettare å stille spørsmål om det ein ikkje kan (Barrington og Street 2009; Wenger 2004). Den tause kunnskapen sjukepleiarane implisitt har, er diffus og kan vere med på å forsterke usikkerheit (Bennich 2012; Irgens 2007; Martinsen 2003). Sjukepleiarane skildra ved starten av studien at dei trengte kompetanse i å vurdere pasienten sin tilstand, men òg å forutsjå forverring av tilstanden. I andre fokusgruppeintervju, ved studieslutt, kom det fram i samtale og refleksjon at praktiske og realistiske øvingar med systematiske pasientobservasjonar og aktuelle tiltak ga dei kompetansen dei trong og gjorde dei tryggare i pasientarbeidet og i kommunikasjonen med andre yrkesgrupper. Det at dei fekk prøvd ut den teoretiske sjukepleiekunnskapen i dei reelle praksissituasjonane i fellesskap med medstudentar og seinare med kollegaer ga dei auka tryggleik og kunnskap. Denne kunnskapen hadde overføringsverdi til andre situasjonar (Benner 1984; 2000 Holmsen 2010; Flöjt et al. 2014; Illeris 2009; Skår 2010). Sjukepleiarane vart tryggare i å handtere uforutsette situasjonar, men det som tydeleg viste seg var at dei vart tryggare i å spørje, og dei vart tryggare på at når dei ba om hjelp vart det respektert og forstått. Før dei starta utdanninga var dei lite kjent med omgrepsapparatet rundt den akutt kritisk sjuke pasienten, og det gjorde at det var vanskeleg å kommunisere med legen. No hadde dei verktøy til å vurdere pasienten, dei snakka same språket som legen og dei vart tryggare i kommunikasjonen. Deira observasjonar vart viktige. For at pasienten skal bli godt ivretatt må sjukepleiarane i alle nivå raskt kunne observere, identifisere og tolke endring i pasienten sin tilstand (Gautun og Syse 2013; Massey et al. 2009; Pettersen og Wyller 2007), slik at rette tiltak kan settast i verk (Ellefsen et al. 2007; Hartigan et al. 2010; Jones, et al. 2010). Dette er kompetanse som sjukepleiarar på

sjukehus og i kommunehelsetenesta må trene systematisk for å bli gode nok på (Cwinn et al. 2009; Massey et al. 2009), og er viktig kompetanse for å kunne ivareta kritisk sjuke pasientar. Likeverdig kunnskap, godt samarbeid og god samhandling mellom tenestenivå er avgjerande for å få det til (Pettersen og Wyller 2007).

Funn i studien viser at nokre av utfordringane for kompetanseauke ligg på det organisatoriske planet. Desse funna saman med korleis sjukepleiarane handterer sin kvardag er viktig kunnskap for å forbetre og leggje til rette utdanninga. I tillegg til teori, diskusjon og øvingar i sjølve fagområdet er fokus på sjukepleiarane sine personlege kvalifikasjonar like viktig. Kompetansen handlar om å handtere det uføresette (Döös 2004). Det krev at utdanninga har fokus på den individuelle motivasjonen og mot til å argumentere fagleg (Illeris 2009; Irgens 2007) slik at ein torer bevege seg ut av komfortsona. Saman med kritisk tenking og sjølvstende må dette vere viktige dialogar i klasserommet. For å auke den faglege kompetansen må refleksjon og diskusjon bli ein viktig del i utdanninga, og som dei må ta med seg tilbake til arbeidsplassen (Bennich 2012; Duff 2013; Ellefsen et al. 2007; Flöjt et al., 2014; Hasson og Arnetz 2008; Hauer 2013; Hartigan et al. 2010)

Læring er avhengig av trygge rammer (Holmsen 2010) og det må vere akseptert å ikkje vite eller vere usikker. Utdanningsinstitusjonen må gje sjukepleiarane verktøy til å kunne bli aktivt kunnskapssøkande, på same tid som ein må vere open om den usikkerheita nye oppgåver medfører. Erfaringsutveksling der usikkerheita vert lyfta fram og akseptert er viktig for fagleg utvikling (Vaid et al. 2013). Ein må tore og seie at dette kan eg ikkje, du må vise meg, slik som ein av sjukepleiarane i materialet sa. Er ein villeg til å utsette seg for kritikk og samtidig lytte til andre, vil det påvirke læring positivt (Kristiansen 2008). Ved aktivt å ta del i dei læringsituasjonane ein får og ved å ha fokus på dei små og store situasjonane ein står overfor i kvardagen, kan ein trene seg til større grad av sjølvstende og fagleg utvikling.

Konklusjon

Endringane i kommunehelsetenesta stiller nye krav både til personlege kvalifikasjonar og den faglege og organisatoriske kompetansen til helsepersonell. Utdanningane må tilpasse seg dette. Det er viktig å ha kunnskap om arbeidskvardagen til sjukepleiarane når ein planlegg ei vidareutdanning. Eit viktig funn i studien er at sjukepleiarane sine daglege arbeidsoppgåver ikkje gjev dei trening og erfaring med det som er forventa at dei har kompetanse i og som dei har ansvar for. Dette gjev dei ein utryggleik som dei får liten forståing for, og som er negativ for fagleg vekst. Konsekvensane for praksis, men og for utdanningsinstitusjonen er at det må tilretteleggast for trening i uforutsette pasientsituasjonar. Kompetansen vidareutdanning har gjeve, vert heller ikkje alltid etterspurd og brukt i avdelinga. Ein konsekvens av dette må bli at utdanningsinstitusjonen må ha tett dialog med leiarane både i planlegging av og undervegs i utdanninga.

Det er fleire spørsmål som ikkje er svart på i denne artikkelen, og vidare forskning kan gje kunnskap om leiarane sine erfaringar, og kva kompetanse dei ser på som viktig for sjukepleiarane som jobbar i organisasjonen. Det er òg viktig å få kunnskap om vidareutdanninga tilfører kommunane den kompetansen dei etterspør.

Gro Hovland, fyrsteforfattar har leia arbeidet med studien og artikkelen, hadde idèen til studien, var moderator i fokusgruppeintervju, transkribert materiale og var aktiv i heile analyse- og skriveprosessen.

Dagrun Kyrkjebø, andreforfattar, co-moderator og aktivt med i analyse og skriveprosessen. Maj-Britt Råholm, tredjeforfattar, rettleiar på studien og artikkelen frå idè fram til avslutning. Aktiv med i analyse og skriveprosess.

Litteratur

Barrington, K og Street, K (2009) Learner contracts in nurse education: Interaction within the practice context. *Nurse Education in Practice*, 9 (2) 109–118.

Benner, P (1984) *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley, Menlo Park, CA.

Benner, P (2000) The wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*, 100 (10) 99–105.

Bennich, M (2012) *Kompetens och kompetensutveckling i omsorgsarbete. Synen på kompetens och lärande – i spänningsfältet mellan samhällliga förutsättningar och organisatoriska villkor*. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande. Tilgjengeleg: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:561237/FULLTEXT01.pdf>.

Boström, AM Wallin, L Nordström GJ (2006) Research use in the care of older people: a survey among healthcare staff. *International Journal of Older People Nursing*. 1 (3) 131–140.

Boström, AM Kajermo, KN Nordström, G og Wallin, L (2009) Registered nurses' use of research findings in the care of older people. *Journal of Clinical Nursing*. 18(10) 1430-1441.

Bing-Johnsson, PC Bjørk, IT Hofoss, D Kirkevold, M og Foss, C (2014) Competence in advanced older people nursing: Development of "Nursing older People - Competence evaluation tool". *International Journal of Older People Nursing*. doi: 10.1111/opn.12057.

Cwinn, MA Forster, AJ Cwinn, AA Hebert, G Calder, L og Stiell IG (2009) Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11 (5) 462-471.

Duff, B (2013) Creating a culture of safety by coaching clinicians to competence. *Nurse Education Today*, 33 (10) 1108–1111.

Dysthe, O (2001) *Dialog, samspel og læring*, Oslo: Abstrakt forlag as.

Döös, M (2004) Arbetsplatsens relationik-om vardagens lärande och kompetens i relationer. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*. 10 (2) 77-93.

Ellefsen, B Kim, SH og Han, JH (2007) Nursing gaze as a framework for nursing practice: a study from acute care settings in Korea, Norway and the USA. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21 (1) 98–105.

EU-direktiv (2013) Europa-parlamentets og rådets direktiv. Tilgjengelig fra: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:DA:PDF/>>[Lest 22. februar 2015].

Fläckman, B Hansebo, G Kihlgren, A (2009) Struggling to adapt: caring for older persons while under threat of organizational change and termination notice. *Nursing Inquiry*. 16 (1).

Flöjt, J Le Hir, U og Rosengren, K (2014). Need for Preparedness: Nurses' Experiences of Competence in Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*.doi:10.1177/1084822314527967.

Gale BV og Schaffer MA (2009) Organizational readiness for evidence-based practice. *Journal of Nursing Administration*. 39, 91-97.

Gautun, H & Syse, A (2013) *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (NOVO-rapport nr. 8/2013).Tilgjengelig fra: http://www.hioa.no/asset/6986/1/6986_1.pdf/>[Lest 10. juni 2014].

Graneheim, UH og Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24 (2) 105-112.

Hartigan, I Murphy, S Flynn, AV og Walshe, N (2010) Acute nursing episodes which challenge graduate's competence: Perceptions of registered nurses. *Nurse Education in Practice*. 10 (5) 291-297.

Hasson, H og Arnetz, JE (2008) Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of clinical nursing*. 17 (4) 468-481. se- og omsorgsdepartementet. (2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. St.meld. nr 25 (2005-2006). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid. St.meld. nr 47 (2008-2009). Oslo, Helse-og omsorgsdepartementet.

Helse-og omsorgsdepartementet. (2012) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerht i helse- og omsorgstjenesten. St.meld. nr 10 (2012–2013). Oslo, Helse-og omsorgsdepartementet.

Helsepersonellova. (2011) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>>[Lest 22. februar 2015].

Helsinkideklarasjonen (udatert) WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (Helsinkideklarasjonen).

Tilgjengelig frå: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf/>>[Lest 19. februar 2015].

Holmsen, TL (2010) Hva påvirker sykepleiestudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden*. 95 (30) 24-28.

Hynne, AB og Kvangarsnes, M (2014) Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 1 (10).

Illeris K (2006) Lifelong learning and the low-skilled. *International journal of lifelong Education*, 25 (1) 15-28.

Illeris, K (2009) "Workplaces and learning". I Malloch, M., Cairns, L., Evans, K. & O'Connor, B.N. (red) *The sage handbook of Workplace Learning*, London. Sage Publications Ltd.

Irgens, EJ (2007) *Profesjon og organisasjon, å arbeide som profesjonsutdannet*, Bergen: Fagbokforlaget.

Jones, B Higginson, R og Santos, A (2010) Critical care: assessing blood pressure, circulation and intravascular volume. *British journal of nursing*. 19 (3) 155-159.

Kristiansen, A (2008) How to develop a culture of trust in schools? Insights from Martin Buber's Philosophy of dialogue. *Critique & Humanism*. 26 95-107.

Kunnskapsdepartementet. (2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis. St.meld. nr 13 (2011–2013). Oslo, Kunnskapsdepartementet.

Kvale, S og Brinkmann, S (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldendal akademisk.

Lofmark, A Smide, B & Wikblad, K (2006) Competence of newly-graduated nurses-a comparison of the perceptions of qualified nurses and students. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (6) 721-728.

Malterud, K (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*, Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K (2003) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*, 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Massey, D Aitken, LM og Chaboyer, W (2009) What factors influence suboptimal ward care in the acutely ill ward patient? *Intensive Critical Care Nursing*. 25 (4) 169-180.

Meyer, S Eilertsen, G Ytrehus, S (2010) Meningsfullt arbeid på sykehjem – erfarne sykepleieres perspektiv. *Sykepleie Forsking* 2 (5) 148–154.

Orvik, A (2004) *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*, Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Pettersen, R og Wyller, TB (2007) Rehabilitation integrated in acute medical treatment. *Tidsskrift den Norske Legeforening*. 127 (5) 600-603.

Senge, PM (1991) *Den femte disiplin : kunsten å utvikle den lærende organisasjon*, Oslo: Hjemmets bokforlag.

Skår, R (2010) Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. *Nursing Education Today* 30 132-136.

Tingvoll, WA og Sæterstrand, M (2007). Sykehjemmets rolle i fremtiden. *Tidsskrift den Norske Legeforening*. 127 (17) 2274-2275.

Vaid, P Ewashen, C og Green, T (2013) Practice Uncertainty: Changing Perceptions. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 44 (10) 439-444.

Wenger, E (2004). *Praksisfællesskaber: læring, mening og identitet*, København: Reitzel.