

Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?

Etter samhandlingsreforma har det vore ein auke i komplekse, pasientretta oppgåver for sjukepleiarar i kommunehelsetenesta. Behovet for kompetanseheving er stort, men det manglar ein overordna strategi.

FORFATTERE

Dagrun Kyrkjebø

Høgskulelektor

Avdeling for helsefag, Høgskulen på Vestlandet, Førde

Bente Egge Søvde

Høgskulelektor

Avdeling for helsefag, Høgskulen på Vestlandet, Førde

Maj-Britt Råholm

Professor

Avdeling for helsefag, Høgskulen på Vestlandet, Førde

NØKKEORD

Fokusgrupper, Kommunehelsetjeneste, Sykepleierrolle, Kvalitativ studie, Organisering

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Samhandlingsreforma har ført med seg endring i arbeidsoppgåver og kompetansekrav for kommunalt tilsette sjukepleiarar. Det har vore ein auke i komplekse, pasientretta oppgåver, og sjukepleiarane har fått ein travlare kvardag der behovet for kompetanseheving er stort. Denne studien er ein del av ein større kvantitativ studie (NursComp) der forskargruppa har undersøkt sjukepleiekompetanse i kommunehelsetenesta i Sogn og Fjordane.

Føremål: Føremålet med studien er å beskrive korleis sjukepleiarar i kommunehelsetenesta arbeider med kompetanseutvikling, og kva utfordringar sjukepleiarane møter i arbeidet med slik utvikling.

Metode: Vi hadde ei kvalitativ tilnærming, og vi gjennomførte to fokusgruppeintervju i to kommunar i Sogn og Fjordane. Utvalet omfatta seks sjukepleiarar frå kommune 1 og åtte frå kommune 2.

Resultat: Sjukepleiarane beskriv mange faktorar som påverkar dei i arbeidet med å halde seg fagleg oppdaterte - mellom anna fellesskap med kollegaer, refleksjonstid, tidspress, økonomiske faktorar og mangel på tilrettelegging frå leiarane.

Konklusjon: Sjukepleiarane har plikt til å vere fagleg oppdaterte for å møte krava i

helsetenesta. Dei må saman med leiaren sin planlegge arbeidsdagen slik at den faglege oppdateringa får ein naturleg plass. Leiarane har ei viktig rolle i å legge til rette for kompetanseutvikling.

Kommunale helse- og omsorgstenester har vore gjennom omfattande strukturelle endringar dei seinare åra (1, 2). Samhandlingsreforma (1) har ført til endringar i arbeidsoppgåvene for kommunalt tilsette sjukepleiarar, og sjukepleiarane beskriv at dei har fått fleire og meir komplekse pasientretta oppgåver.

Definerte pasientgrupper skal få ein større del av helsetilbodet sitt utanfor spesialisthelsetenesta, blant anna pasientar med kols, diabetes, demens, kreft, enkelte former for psykiske lidingar og rus. Sjukepleiarane må difor auke kompetansen sin innanfor observasjon og kartlegging av desse pasientgruppene, slik at sjukdomsendring kan bli oppdaga tidleg. Reforma set også sett større krav til samhandlingskompetansen til sjukepleiarane. (1, 3-8).

Trass i desse utfordringane meinte deltakarane i studien vår at oppgåvene var spennande, utfordrande og gjevande for sjukepleiarane (3, 9, 10), men det er usikkert om det faglege nivået er styrkt tilstrekkeleg til å handtere variasjonen i behov hos pasientane.

Ei gransking frå Riksrevisjonen viser at kommunane i liten grad har styrkt kompetansen til dei tilsette etter at samhandlingsreforma vart innført, og tilrår difor at helse- og omsorgsdepartementet må sikre at dei planlagde tiltaka bidreg tilstrekkeleg til at kompetansen blir styrkt (11). Eitt av tiltaka er Kompetanseløft 2020, som skal vere med på å sikre at tenestene har tilstrekkeleg og kompetent personale for å yte eit fagleg sterkt tenestetilbod (12). Auka kompetansebehov og endring i oppgåver for sjukepleiarar i kommunehelsetenesta har ein også sett i andre skandinaviske land (13, 14).

KOMPETANSEOMGREPET

Kompetanseomgrepet er komplekst og kan forståast på ulike måtar. Oftast vert kompetanse sett på som noko som krevst for å kunne utføre plikter eller oppgåver knytt til yrkesutøving (15-17). Kompetanse kan utviklast, er ikkje permanent og vil vere avhengig av den konteksten han skal nyttast i (16-18). Diskusjonen rundt kva kompetanse omfattar, er mangfaldig, men fagfolk har oftast eit klart synspunkt på kva eller kven dei meiner er inkompetent (16, 19, 20).

For å kunne vurdere kompetansenivået til sjukepleiarane må ein vere einige om kva kriterium som skal ligge til grunn, og korleis ein dokumenterer dette (15). Sjukepleiarar har ei lovpålagd personleg plikt til å utføre arbeidet sitt fagleg, etisk og juridisk forsvarleg uavhengig av kvar dei arbeider i helsetenesta, og kommunen som arbeidsgjevar skal legge til rette for det kan skje (2, 21, 22).

Kompetanseutvikling på individnivå kan vere kunnskap, ferdigheiter, haldningar, innsikt og evne til å nytte andre sin kompetanse som vert utvikla med tanke på noverande og framtidige oppgåver, og organisasjonen sitt felles liv (23). Benner sin modell for utvikling av kompetanse har eit relasjonelt syn på læring og viser til at sjukepleiarane kan utvikle seg frå novise til ekspert ved hjelp av kunnskap som vert produsert, ikkje berre hos individet åleine, men i dialog med andre i praksisfellesskapet.

Det er likevel ikkje slik at alle når dette ekspertnivået (24). For å lukkast med individuell kompetanseutvikling er det fleire faktorar som må vere til stades. Motivasjon, vilje og

personlege eigenskapar hos individet er viktig (17, 25-28), og i tillegg må arbeidsmiljøet legge til rette for eit samspel mellom sosiale og materielle omgjevnader, slik at dei tilsette kan utvikle sin eigen kompetanse (26, 28-30).

FØREMÅLET MED STUDIEN

Studien denne artikkelen bygger på, er ein delstudie i Nursing Competence in Municipal Health Care Services - the NursComp Study 2014-2018, som studerer sjukepleiekompetanse i kommunehelsetenesta i Sogn og Fjordane.

Delstudien følger opp ei spørjeundersøking som vart gjennomført ved hjelp av instrumentet Nurse Competence Scale (NCS) (31) i tre kommunar i fylket i 2013. Hausten 2014 gjennomførte vi fokusgruppeintervju i to av dei tre kommunane for å få djupare innsikt i tematikken.

Føremålet med studien er å beskrive korleis sjukepleiarar i kommunehelsetenesta arbeider med kompetanseutvikling, og kva utfordringar sjukepleiarane møter i arbeidet med slik utvikling.

Studien søker svar på desse problemstillingane:

- Korleis opplever sjukepleiaren dei daglege arbeidsoppgåvene sine?
- Kva faktorar hindrar og fremmar sjukepleiarane sitt arbeid med utvikling av eigen kompetanse?

METODE

Studien er gjennomført i to vestlandskommunar med innbyggjartal på over 10 000. Vi nytta eit utforskande, kvalitativt forskingsdesign med fokusgruppeintervju. Kvalitativ forskingsmetode vert nytta for å beskrive og undersøke opplevingar, erfaringar eller kvalitetar hos menneske. Slik har kvalitativ metode høve til å presentere mangfald og nyansar i materialet (32, 33).

Inklusjonskriteria for deltaking i studien var at sjukepleiarane arbeidde i ein av kommunane som deltok i spørjeundersøkinga NCS og var tilsett ved ein sjukeheim eller i heimetenesta i kommunen. Vi gjennomførte eitt pilotintervju før fokusgruppeintervjua. Å teste ut intervjuguiden slik er velegna for å få tilbakemelding på spørsmåla.

Ved å oppsummere innhaldet i samtalen saman med deltakarane på slutten av intervjuet kan forskaren få fram uklare detaljar i spørsmålsstillinga, finne ut om spørsmåla er aktuelle, og kontrollere at dei kjennest naturlege i samtalen (34). Vi reviderte fem av sju spørsmål i intervjuguiden etter pilotintervjuet. Dataa frå pilotintervjuet er ikkje tekne inn i studien, ettersom deltakarane ikkje oppfylte inklusjonskriteria.

INFORMANTANE

Vi kontakta rådmennene og kommunalsjefane i dei to kommunane, og vi henta inn løyve til å gjennomføre studien. Det var einingsleiarane i kommunane som rekrutterte informantane.

Vi rekrutterte 14 sjukepleiarar - éin mann og 13 kvinner. Seks sjukepleiarar i fokusgruppe 1 og åtte sjukepleiarar i fokusgruppe 2. Ni av sjukepleiarane arbeidde i heimesjukepleia og fem på sjukeheim. Gjennomsnittsalderen på informantane var 45,3 år, med ein median på 45,5 år.

Arbeidserfaring i år varierte frå 5 til 35 år, med eit gjennomsnitt på 23 år og ein median på 14 år. Åtte av sjukepleiarane hadde vidareutdanning. Tabell 1 viser oversikt over

informantane med alder, arbeidserfaring og vidareutdanning.

Tabell 1: Informantane

Kjønn:	Alder:	Arbeids-erfaring (år):	Studiepoeng (etter grunnutdanning):	Arbeidsstad:
K	51	11	60	Heimesjukepleia
K	53	28	165	Sjukeheim
K	36	12		Heimesjukepleia
K	44	11	30	Heimesjukepleia
K	51	16		Heimesjukepleia
K	40	15		Sjukeheim
K	47	13		Sjukeheim
K	41	17	30	Heimesjukepleia
K	29	5		Heimesjukepleia
K	57	34		Heimesjukepleia
K	59	35	15	Sjukeheim
K	44	17	60	Heimesjukepleia
M	31	5		Heimesjukepleia
K	51	10	60	Sjukeheim

INNSAMLING AV DATA

Fokusgruppeintervjua gjennomførte vi på møterom på sjukeheimane der nokre av informantane arbeidde. Intervjua hadde ei lengd på maksimalt 1,5 time. Førsteforfattaren var moderator i intervjua, medan andreforfattaren fungerte som medarbeidar. Rolla til moderatoren var å presentere tematikken for intervjuet og legge til rette for ei god ordveksling der alle fekk kome med sine meiningar (32-34).

Moderatoren må tru på at informantane sit med interessant informasjon og vere ein sensitiv lyttar som prøver å forstå perspektivet til informantane (34). Medarbeidaren tok hand om lydopptak med digital lydopptakar, noterte stikkord og stilte enkelte klargjerande spørsmål (33, 34).

Vi nytta ein intervjuguide med sju opne spørsmål som bygger på kategoriane i spørjeskjemaet NCS. Spørsmåla tok føre seg hjelperolla, undervisning/retteleiing, diagnostiske funksjonar, handtering av situasjonar, terapeutiske intervensjonar, kvalitetssikring og yrkesrolla (31).

Informantane fekk intervjuguiden tilsendt før fokusgruppeintervjuet, slik at dei hadde høve til å førebu seg. Informantane fekk tilbod om å lese gjennom det transkriberte materialet, men takka nei til dette.

ANALYSE

Vi nytta kvalitativ innhaldsanalyse i studien. Denne analysemetoden legg vekt på å kartlegge likskapar og skilnader i tekstmaterialet. Det manifeste innhaldet er det teksten konkret fortel, og det vert ofte presentert i kategoriar. Tema som trer fram i innhaldsanalysen, vert sett på som uttrykk for det latente innhaldet, det vil seie den underliggande meininga i teksten (35).

Analyseprosessen starta allereie under intervjua. Etter intervjua diskuterte moderatoren og medarbeidaren moglege resultat frå samtalan og gjorde notat frå desse diskusjonane. Førsteforfattaren transkriberte materialet. Etter transkribering las vi gjennom stoffet fleire gonger og samanlikna med lydopptaket for å sikre at innhaldet var rett oppfatta.

Moderatoren og medarbeidaren gjekk gjennom det transkriberte materialet og skreiv

samandrag av intervju for lettare å kunne sjå samanfallande mønster frå dei to intervju. I tillegg trekte vi ut sitat og studerte desse nøye for å finne dei meiningsberande einingane. I neste steg i prosessen korta vi ned dei meiningsberande einingane utan å endre innhaldet, gjennom ei kondensering av innhaldet (35).

Analysen heldt fram ved at vi analyserte og abstraherte dei meiningsberande einingane, men det var heile vegen viktig å ta vare på den opphavlege meininga. Ut frå dette tildelte vi einingane ein kode. Kodane var ikkje førehandsbestemte, men vart til i løpet av arbeidet med datamaterialet (32).

Deretter sorterte vi materialet i kategoriar, og til sist vart det latente innhaldet i materialet formulert som tre ulike tema. Tabell 2 viser døme på korleis vi gjennomførte den kvalitative innhaldsanalysen.

Tabell 2: Døme på kvalitativ innhaldsanalyse

Meiningseinig	Kondensert meningseinig	Kode	Kategori	Tema
No har vi mykje meir rus og psykiatri, og vi har mykje sjukare pasientar. Vi får dei tidlegare heim frå sjukehuset enn kva vi gjorde før.	Vi har mykje meir rus og psykiatri, og vi har mykje sjukare pasientar. Vi får dei tidlegare heim frå sjukehuset enn før.	Aktuelle pasientgrupper stiller nye krav til sjukepleiarane	Endring i arbeids-oppgåver	Endra arbeidsoppgåver krev auka kompetanse

ETISKE VURDERINGAR

Studien har godkjenning frå personvernombodet ved Norsk senter for forskningsdata (NSD), som ein delstudie i prosjektet NursComp (prosjektnummer 47191). Studien vart gjennomført, og dataa vart lagra i tråd med forskingsetiske retningslinjer og Helsinkideklarasjonen (36).

Sjukepleiarane vart presenterte for studien, tema og føremål, metode, anonymisering av data og frivillig deltaking gjennom skriftleg informasjon i god tid før intervjuet, og ved munnleg informasjon i starten av fokusgruppeintervjuet. Informantane har frivillig teke del i studien, og alle har signert eigenerklæring om informert samtykke. I teksten er informantane anonymiserte og kan ikkje identifiserast i stoffet som er presentert.

RESULTAT

ENDRA ARBEIDSOPPGÅVER KREV AUKA KOMPETANSE

Sjukepleiarane ser på si eiga rolle som å vere den raude tråden i tenestetilbodet til pasientane. Dei utfører det dei omtalar som «vanlege sjukepleieoppgåver», som er planlegging og gjennomføring av det sjukepleiefaglege arbeidet, deltaking i tverrfagleg arbeid og samarbeid og samhandling med pårørande.

«Sjukepleiarane ser på si eiga rolle som å vere den raude tråden i tenestetilbodet til pasientane.»

Informantane har opplevd ei endring i arbeidsoppgåver over tid, spesielt etter innføringa av samhandlingsreforma: «No har vi mykje meir rus og psykiatri, og vi har mykje sjukare pasientar. Vi får dei tidlegare heim frå sjukehuset enn vi gjorde før. Og det stiller jo krav til oss», sa ein av deltakarane i studien.

Sjuepleiarane skildrar eit auka behov for å utvikle den kliniske kompetansen sin og ha gode kartleggingsverktøy å arbeide med, slik at dei tidleg kan oppdage endring i tilstanden til pasientane. Dei opplever at slik utvikling er naudsynt for at dei skal kunne rapportere korrekt til vakthavande lege, som enkelte gonger sit milevis frå den aktuelle pasienten.

På sjukeheim ser sjukepleiarane i tillegg endringar ved meir omfattande rehabiliteringstiltak rundt pasientar, og dei observerer at personar med demens vert lagde inn i ein meir akutt fase i sjukdomsutviklinga. Her etterlyser dei meir kunnskap og kompetanse om dei spesifikke pasientgruppene. I samband med endringane seier informantane at dei saknar rom for refleksjon over fag og hendingar med kollegaer: «Det med refleksjonstid sakna eg ofte. Berre sette oss ned og reflektere om ting».

KOMPETANSEUTVIKLING ER SJELDAN PLANLAGT OG SYSTEMATISERT

Informantane skildra ein arbeidskvardag som var svært samansett og utfordrande, der dei har vanskar med å arbeide med utvikling av sin eigen kompetanse. Om det dukkar opp faglege utfordringar som dei ikkje har kunnskap om, må dei løyse utfordringane der og då. Informantane nyttar seg då av litteratur som dei finn på internett, dei diskuterer saka med sjukepleiekollegaer og andre yrkesgrupper, eller dei kontaktar spesialisthelsetenesta eller eit apotek for å be om råd.

Til dagleg nyttar sjukepleiarane seg av meister-svein-læring ved at erfarne og kunnskapsrike sjukepleiarar tek med seg mindre erfarne kollegaer i læresituasjonar. Denne arbeidsmetoden er noko dei synest fungerer godt, men som dei må legge til rette for sjølve, med unntak av i opplæringa av nyttilsette - då er slik læring ein del av den ordinære opplæringa.

«Faglitteratur må dei lese på fritida, for dette er det ikkje tid og rom for på arbeidsplassen.»

Faglitteratur må dei lese på fritida, for dette er det ikkje tid og rom for på arbeidsplassen. Tilsette som skal planlegge og gjennomføre undervisning for kollegaer, opplever at leiaren ikkje legg til rette for det: «Vi har jo planlagt at vi skal ha førstehjelp. Og det har vore planlagt lenge. Du berre stoppar opp, og så får du ikkje tid, for det er så mykje med alle andre - eller så mykje anna vi alle skal.»

Dei fleste informantane kjende heller ikkje til at kommunen hadde ein plan for kompetanseutvikling ved deira arbeidsplass. Denne uvissa uttrykte dei som eit moment som gjorde dei usikre på om dei kunne få støtte til kurs eller vidareutdanning, og det førte igjen

til lågare motivasjon. Ein av informantane seier: «Altså, det kjem stadig tilbod om kurs og sånn, men då blir det jo problem med å skaffe vikar for deg. Så det blir ikkje nok prioritert, nei.»

FREMMADE OG HEMMANDE FAKTORAR FOR KOMPETANSEUTVIKLING

Arbeidsfellesskapet vart framheva som viktig for å tileigne seg ny kunnskap. Det å lære av kvarandre er den viktigaste kjelda til kompetanseutvikling, hevdar sjukepleiarane - enten det gjeld teoretisk kunnskap som ein har tileigna seg gjennom vidareutdanning, kurs og fagdagar, eller ved praktiske ferdigheiter som prosedyrar eller bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Ein av sjukepleiarane fortel: «Vi brukar kvarandre for det det er verdt.»

Eigen motivasjon og interesse for faget var også noko som vart trekt fram, og det at ein må brenne for faget. Nokre av informantane fortalde om avdelingsmøte i lunsjen ein gong i veka, der temaet ofte var fagleg retta. Desse avdelingsmøta fungerte godt og var planlagt og innarbeidd i rutinane til dei tilsette. Elles vart legevisitt og tverrfaglege møte trekt fram som arenaer som fremma kompetanseutvikling.

Sjukepleiarane fortel om til tider låg bemanning og travle vakter der dei har meir enn nok med å kome gjennom dagens gjeremål. Kompetanseutvikling vert då ikkje prioritert. Samstundes seier informantane at arbeidet med kompetanseutvikling i stor grad er opp til dei sjøve. Det vert sjeldan lagt til rette for fagleg oppdatering eller vidareutdanning, og kompetansen vert heller ikkje etterspurd frå leiarane.

Dei opplevde også at det ikkje var ein tydeleg kompetanseplan i avdelinga, slik at dei tilsette visste kva kompetanse arbeidsplassen ønskte dei skulle ha. Dei trekte også fram at dei saknar eit tverrfagleg arbeidsmiljø der fagleg påfyll er ein del av arbeidskvardagen.

«Ein faktor som påverkar kompetanseutvikling hos sjukepleiarane, er svak kommuneøkonomi.»

Ein faktor som påverkar kompetanseutvikling hos sjukepleiarane, er svak kommuneøkonomi: «Då er det dette her med kurs, og det er det ikkje budsjett med. Å kome frå ein sektor som var eit satsingsområde - der ein hadde store kursbudsjett, då vart eg heilt sjokkert over denne kommunale fattigdommen.»

DISKUSJON

Føremålet med studien var å beskrive korleis sjukepleiarar i kommunehelsetenesta arbeider med å utvikle sin eigen kompetanse, og korleis dei handterer utfordringane dei møter i dette arbeidet.

Det er velkjent at kommunale helsetenester har stort behov for kompetent personell. For å innfri dette behovet må sjukepleiarane arbeide med kompetanseutvikling (21, 22). Blant anna må motivasjon og personlege eigenskapar hos sjukepleiaren vere til stades for at den individuelle kompetanseutviklinga skal kunne skje (17, 25-28).

LÆRTE AV KVARANDRE

Informantane i studien gav uttrykk for at fellesskapet med kollegaer var viktig i arbeidet med å halde seg fagleg oppdatert, blant anna gjennom å lære praktiske prosedyrar av kvarandre og ved å ha tid til refleksjon. Eit praksisfellesskap kan vere ein arena der menneske deler meiningar om arbeidsoppgåver og fag.

Samhandlinga fører med seg læring om korleis dei kan utvikle seg og bli betre. Sosial læringsteori viser at praksisfellesskapet fører til læring, sjølv om det utanfrå kan sjå ut som om ei adhocløysing for å få kvardagen til å fungere (37). Ein kan stille spørsmål ved om denne teoretiske tilnærminga til sirkulering av kunnskap er tilstrekkeleg når arbeidskvardagen stiller nye krav til kompetanse (17).

LETTARE Å AVDEKKE INKOMPETANSE ENN KOMPETANSE

Erfaringsbasert læring gjennom interaksjon med pasientar og pårørande spelar ei viktig rolle i sjukepleiarane sitt arbeid med kompetanseutvikling (38), men manglande avklaringar om kompetansebehov gjer det utfordrande når dei skal gjere vegval for kompetanseheving (15).

Informantane påpeikte at dei i nye og ukjende situasjonar er raske med å søke informasjon gjennom kollegaer, litteratur, kontakt med spesialisthelsetenesta eller gjennom kontakt med spisskompetent personell i kommunen. Dette viser også tidlegare studiar (8, 38, 39). Det kan difor sjå ut til at inkompetanse er lettare å avdekke enn kompetanse, og at dette bevisstgjer sjukepleiarane i arbeidet med kompetanseheving.

Denne måten å drive fram arbeidet på kan vere med på å skjule kompetanseheving for leiarane, slik at sjukepleiarane individuelt tar til seg konsekvensane av endring i oppgåver og ansvar (39). Denne utviklinga vil vere uheldig for læring på organisasjonsnivå (40).

MANGLAR TID OG STRATEGI

Tidspress i arbeidet og utfordringar knytt til ressurs situasjonen og bemanninga i kommunane er velkjende problemstillingar (5, 41). Når arbeidssituasjonen er pressa, er det vanskeleg for sjukepleiarane å setje av tid til arbeid med fagleg oppdatering, sjølv om rammene i organisasjonen er trygge og tilhøva ligg godt til rette (8, 41).

«Tidspress i arbeidet og utfordringar knytt til ressurs situasjonen og bemanninga i kommunane er velkjende problemstillingar.»

Informantane opplever at det manglar ein overordna strategi for kompetanseutvikling. Tidlegare studiar viser det same (8, 39, 41). Sjukepleiarar med vidareutdanning eller ei anna form for spisskompetanse ser på kompetansen dei sit med, som relevant og viktig for deira personlege kompetanseutvikling og for fagmiljøet dei arbeider i, men opplever at kompetansen ikkje alltid vert brukt.

Arbeidsgjeveren kan vere ukjend med kva kompetanse sjukepleiaren har, og dei tilsette er ikkje involverte når kompetanseheving skal diskuterast. Leiaren for kommunehelsetenesta

har eit ansvar for å sikre rett kompetanse og tilrettelegging for at tilsette kan tileigne seg denne kompetansen (2).

Det er likevel viktig å trekke fram at sjukepleiarane i stor grad finn det interessant og utfordrande med endringar i arbeidsoppgåvene; dette er vist i ulike studiar dei seinare åra (3, 8-10). Endringar undervegs kan gjere det meir attraktivt å arbeide i kommunehelsetenesta, og det vil vere viktig i framtida når ein treng fleire hender og meir kompetanse for å ta hand om pasientane (8, 11).

Sjukepleiarane meiner at dei på mange område har den kompetansen som er etterspurd, men slik tenesta er organisert, vert ikkje kompetansen nytta der det er trong for han (5, 8). Resultata viser at kompetanse innanfor rus, psykisk helse og samansette lidingar er etterspurt hos sjukepleiarane. Desse felta har sjukepleiarane lite erfaring med frå tidlegare fordi dei ikkje har vore prioriterte område i den kommunale helsetenesta.

SVAKE SIDER VED STUDIEN

Talet på deltakarar i studien er avgrensa, og informantane er rekrutterte frå eit avgrensa geografisk område. Kommunane som er representerte i studien, er relativt små i folketal. Det vil ikkje vere mogleg å generalisere ut frå ein slik kvalitativ studie, og det er mogleg at resultatane ville sett annleis ut om undersøkinga vart gjennomført i andre kommunar.

Likevel meiner vi at funna samsvarar med funn frå tidlegare studiar, og at det vil vere sannsynleg at ved gjentakning av undersøkinga ville ein få dei same resultatane også i andre kommunar.

KONKLUSJON

Sjukepleiarar har plikt til å vere fagleg oppdaterte for å møte krava i helsetenesta, men sjukepleiarane kan ikkje greie dette åleine. Funna viser at sjukepleiarane nyttar seg mykje av ikkje-planlagde aktivitetar som læring i praksisfellesskapet, leiting etter fagstoff på internett og kontakt med spesialistar innanfor fagfeltet for å diskutere pasientcase når dei driv kompetanseutvikling. Dei treng hjelp av leiarar for å planlegge arbeidsoppgåver og organisering av tenestene slik at kompetanseutvikling har ein naturleg plass i arbeidskvardagen. Slik er det tilsynelatande ikkje i dag.

I tillegg må kommunane ha ein strategi for kompetansekartlegging og -utvikling i sjukepleiegrupper. Trass i utfordringane finn sjukepleiarane arbeidskvardagen utfordrande og spennande, og dei trivst med dei nye oppgåvene. Trivsel kan føre til at dei blir meir fornøgde med jobben sin og får større motivasjon til å halde fram i arbeidet.

Funna i studien tyder på at det vil vere aktuelt å forske vidare på kva tiltak som fremmar kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta. Utvikling av kompetanse vil stille krav til utdanningsinstitusjonane i åra framover, både for å sikre basiskompetansen hos sjukepleiarar og for å sikre skreddarsydde tilbod på vidareutdannings- og masternivå i møte med utfordringane i kommunehelsetenesta.

REFERANSAR

1. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. 2009.
2. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011). Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (lasta ned 21.02.2017).

3. Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C. Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people - Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing* 2015;10(1):59-72.
4. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing* 2016;15(5):1-11.
5. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning* 2015;10(1):14-22. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/sykepleiekompetanse-i-hjemmesykepleien-pa-rett-sted-til-rett-tid> (lasta ned 13.11.2017).
6. Tyrholm BV, Kvangarsnes M, Bergem R. Mellomlederes vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen. I: Kvangarsnes M, Håvold JI, Helgesen Ø (red). *Innovasjon og entreprenørskap. Fjordantologien* 2015. Oslo: Universitetsforlaget; 2016 (s. 174-87).
7. Opsahl G, Solvoll B-A, Granum V. Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien* 2012;100(3):60-63. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forforende-samhandlingsreform> (lasta ned 13.11.2017).
8. Hovland G, Kyrkjebø D, Råholm M-B. Sjukepleiaren si kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta - samspel mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsplass. *Nordisk tidsskrift for helseforskning* 2015;11(1):4-19.
9. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? *NOVA-rapport 8/13*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2013.
10. Gautun H, Hermansen Å. Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. *Fafo-rapport 2011:12*. Oslo: Fafo; 2011.
11. Riksrevisjonen. Dokument 3:5 (2015-2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. 2016.
12. Heskestad S, Korsvold L, Solsvik A, Tønnessen CN. *Kompetanseløft 2020. Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017*. IS-2560. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
13. Josefsson K, Sonde L, Wahlin T-BR. Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45(3):428-41.
14. Dansk Sygeplejeråd. *Fremtidens hjemmesygepleje. Udfordringsrapport*. København: 2011.
15. Eraut M. *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: Falmer Press; 1994.
16. Garside JR, Nhemachena JZZ. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today* 2013;33:541-5.

17. Eraut M. Transfer of knowledge between education and workplace settings. I: Rainbird H, Fuller A, Munro A. (red). *Workplace Learning in Context*. London: Routledge; 2004.
18. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA* 2002;287(2):226-35.
19. Eraut M. Concepts of competence. *Journal of Interprofessional Care* 1998;12:127-39.
20. Watson R. Clinical competence: Starship enterprise or straitjacket? *Nurse Education Today* 2002;22:476-80.
21. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (lasta ned 10.01.2017).
22. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. 2011.
23. Dalin Å. Veier til den lærende organisasjon. Oslo: Cappelen Akademisk; 1999.
24. Benner P, Have G. Fra novise til ekspert. Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: TANO og Munksgaard; 1995.
25. Illeris K. Transformative Learning and Identity. *Journal of Transformative Education* 2014;12(2):148-63.
26. Khomeiran RT, Yekta ZP, Kiger AM, Ahmadi F. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review* 2006;53(1):66-72.
27. From I, Nordström G, Wilde?Larsson B, Johansson I. Caregivers in older peoples' care: perception of quality of care, working conditions, competence and personal health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013;27(3):704-14.
28. Lima S, Jordan HL, Kinney S, Hamilton B, Newall F. Empirical evolution of a framework that supports the development of nursing competence. *Journal of Advanced Nursing* 2016;72(4):889-99.
29. Valen K, Ytrehus S, Grov EK. Tilnærminger anvendt i nettverksgrupper for kompetanseutvikling i det palliative fagfeltet. *Vård i Norden* 2011;31(4):4-9.
30. Takase M. The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: a tentative model for nursing competence development. *Journal of Clinical Nursing* 2013;22(9-10):1400-10.
31. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 2004;47(2):124-33.
32. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervjuet. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
33. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.

34. Krueger RA, Casey M-A. Focus groups: A Practical Guide for Applied Research. 4 utg. Los Angeles: Sage; 2009.
35. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004;24(2):105-12.
36. Helsinkideklarasjonen. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects 2013. Tilgjengeleg frå: <http://legeforeningen.no/PageFiles/175539/Declaration%20of%20Helsinki-English.pdf> (lasta ned 21.02.2017).
37. Lave J, Wenger E. Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
38. Hynne AB, Kvangarsnes M. Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta - ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar. Nordisk tidsskrift for helseforskning 2014;10(2):76-90.
39. Killie PA, Debesay J. Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. Nordisk tidsskrift for helseforskning 2016;12(2).
40. Senge P. Den femte disiplin. Kunsten å utvikle den lærende organisasjon. 2 utg. Oslo: Egmont Hjemmet; 1999.
41. Brenden TK, Storheil AJ, Grov EK, Ytrehus S. Kompetanseutvikling i sykehjem, ansattes perspektiv. Nordisk tidsskrift for helseforskning 2011;7(1):61-75.