

# Praktisk kompetanse hos barnesykepleiere

Hvordan videreutvikler barnesykepleieren praktisk kompetanse i klinisk praksis?

Hva påvirker opplevelsen av kompetanse?

**Kristin Jonassen**

**Veileder**

Åshild Slettebø

Antall ord: 6562

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2011

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og sykepleievitenskap

[Skriv inn tekst]

## Sammendrag

**Prosjektets bakgrunn:** Det finnes enkelte studier fra Norge rundt sykepleiekompetanse i klinisk praksis. Få studier av kvalitativ art er gjort på barnesykepleiere. Sykepleie er et praktisk fag og skal utøves faglig forsvarlig. Praksisfeltet er i stadig endring. For å holde tritt med endringene i klinikken må barnesykepleieren jevnlig tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter.

**Hensikt og problemstillinger:** Studiens hensikt var å få ny kunnskap om utvikling av praktisk kompetanse hos barnesykepleiere. Problemstilling for prosjektet var: *Hvordan videreutvikler barnesykepleieren praktisk kompetanse i klinisk praksis?* I tillegg til følgende forskningsspørsmål: *Hva kjennetegner fortrolighetskunnskap? Hva kjennetegner ferdighetskunnskap? Hva kjennetegner en barnesykepleier på stadiene kompetent, kyndig og ekspert?*

**Utvalg og metode:** Utvalget bestod av syv barnesykepleiere, rekruttert fra to ulike sykehus. Tre av informantene var fra et lokalsykehus, og fire var fra et universitetssykehus. Kvalitativ metode ble brukt, med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Data ble innhentet gjennom intervju, og i tråd med Kvale ble det foretatt induktiv analyse.

**Resultater:** Funn fra undersøkelsen viser at ulike faktorer spiller inn i barnesykepleierens opplevelse og utvikling av egen praktisk kompetanse. Sentrale faktorer er den kliniske konteksten, oppgavene barnesykepleieren står overfor i praksis, og barnesykepleierens tidligere erfaring. Praktiske ferdigheter tilegnes ved å observere hvordan andre utfører en prosedyre, spørre hva andre sykepleiere gjør i en gitt situasjon, og gjennom sykepleiefaglig diskusjon og refleksjon.

**Konklusjon:** Barnesykepleierne opplever egen kompetanse som kontekstavhengig. Det finnes utallige måter å tilegne seg ny kunnskap på, enten det dreier seg om ferdighetskunnskap eller fortrolighetskunnskap.

Nøkkelord: Klinisk praksis, praktisk kompetanse, praktiske ferdigheter, kompetansenivå, barnesykepleier.

## Abstract

**Background:** There are some studies from Norway about nursing competence in clinical practice, but only a few qualitative studies have been done on pediatric nurses. Nursing is a practical profession. In order to practice proper, professional nursing, the pediatric nurse needs to acquire new knowledge and skills, keep up with continuing change, and learn new techniques for the clinic.

**Aim and problems for discussion;** The aim of the study is to gain new knowledge about how the pediatric nurse develops practical competence. Problems for discussion: *How does the pediatric nurse continue to develop practical competence in the clinical practice?* In addition are the following research questions: *What are the hallmarks for tacit- and procedural knowledge? What identifies the competent, proficient and expert pediatric nurse?*

**Selection and method:** Three of the pediatric nurse informants were from a district hospital and four were from a university hospital. Qualitative method was used, with phenomenological-hermeneutic approach. Data collection was done through interviews and inductive analysis following Kvale was undertaken.

**Results:** Findings from this research show that there are a lot of different factors influencing how the pediatric nurse experiences and develops her own practical competence. Central factors are the clinical context, practical setting tasks, and the former experience of the nurse.

**Conclusion:** The pediatric nurse experiences her own competence as being dependent on the context. There are numerous ways of gaining new knowledge in the clinic, whether it comes to procedural or tacit knowledge.

Key words: Clinical practice, practical competence, practical skills, level of competence, pediatric nurse.

## Forord

Et forskningsprosjekt som resulterer i en masteroppgave, har vært spennende, utfordrende og fremfor alt veldig lærerikt. Prosjektet hadde ikke latt seg gjennomføre uten god og konstruktiv

veiledning. Jeg vil takke min veileder Åshild Slettebø for kunnskapsrik og god veiledning. Jeg vil også takke mine barn Oscar og Adele for tålmodig venting på at masteroppgaven skal bli ferdig. Sykepleie er et flott yrke. Det har vært spennende å gjøre et dypdykk i den kliniske praksis og se sykepleieyrket fra en annen side enn det jeg vanligvis gjør.

Oversikt over vedlegg:

I) Godkjenning Fakultetets etiske komité

II) Godkjenning fra Personvernombudet ved N.N. og Personvernombudet ved universitetssykehuset

III) Informasjonsskjema til studiedeltakerne

IV) Intervjuguide

V) Søkehistorikk

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	ii
Abstract .....	iii
Forord .....	iii
Innholdsfortegnelse .....	v
1.0 INTRODUKSJON .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Hensikten med sammenbindingen.....	1
1.3 Barnesykepleie .....	1
1.4 Utdypning av kompetansebegrepet.....	2
1.5 Kort oppsummering av artikkelen .....	2
1.6 Begrepsavklaring .....	3
2.0 TEORI .....	3
2.1 Ferdighetslæring.....	3
2.1.1 Kompetent.....	4
2.1.2 Kyndig .....	4
2.1.3 Ekspert.....	4
2.1.4 Kritikk av teorien .....	5
2.2 Praktisk kunnskap.....	6
2.2.1 Fortrolighetskunnskap.....	6
2.2.2 Ferdighetskunnskap .....	6
2.2.3 Diskusjon praktisk kunnskap .....	7
2.2.4 Etisk forsvarlig forskning?.....	8
2.3 Litteratursøk .....	9
3.0 ETIKK.....	10
3.1 Etiske utfordringer og overveielser .....	10
4.0 METODE.....	11

4.1 Presentasjon av problemstilling .....	11
4.2 Kvalitativ metode .....	11
4.3 Utvalg.....	12
4.4 Metning .....	13
4.5 Overførbarhet.....	13
4.6 Pålitelighet.....	13
4.7 Vitenskapelige og etiske utfordringer ved forskerrollen.....	14
4.7.1 Refleksivitet .....	14
4.7.2 Uerfaren forsker .....	14
4.8 Metodetriangulering .....	15
4.9 Lydbåndopptak og oppbevaring av data .....	16
4.10 Fortolkning og analyse .....	16
4.10.1 Fenomenologisk hermeneutisk metode .....	17
5.0 BETYDNING FOR PRAKSIS .....	19
6.0 OPPSUMMERING.....	21
7.0 LITTERATURLISTE .....	22
Intervjuguide Barnesykepleierens praktiske kompetanse .....	30
Bakgrunn og hensikt.....	34
Hva innebærer studien? .....	34

## 1.0 INTRODUKSJON

### 1.1 Bakgrunn

Bakgrunn for valg av tema er interesse for hvordan barnesykepleieren fortsetter å videreutvikle sin praktiske kompetanse i klinisk praksis etter endt utdanning. Tidligere er det gjort en del studier på området rundt sykepleieres opplevelse av kompetanse. Det er behov for mer kunnskap om akkurat hvordan barnesykepleieren tilegner seg kunnskaper og ferdigheter, samt holder seg sykepleiefaglig oppdatert.

Studien hadde to hovedfunn: Kompetanse og læring. Det første funnet er presentert i en artikkel som skal sendes for vurdering i *“Vård i Norden”*. Artikkelen har en avgrensning på 5000 ord. Grunnet artikkelens omfang ble det kun plass til å presentere ett funn i artikkelen. Det siste funnet om læring er planlagt presentert i en egen artikkel.

### 1.2 Hensikten med sammenbindingen

Hensikten med sammenbindingene er å utdype teori rundt forskningsspørsmål som gjelder ferdighetskunnskap, fortrolighetskunnskap og utvikling av kompetanse, i tillegg til metodologiske utdypninger og refleksjoner.

### 1.3 Barnesykepleie

Barnesykepleie er en heltidsstudie på 90 studiepoeng over halvannet år. Utdanningen er fordelt på omtrent femti prosent praksis og femti prosent teori (Regjeringen, 2005). Det utdannes årlig rundt 500 spesialsykepleiere innen anestesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie i Norge i dag (Raaum Hovde et al., 2011).

Pasientgruppen er barn mellom 0- 18 år som av ulike årsaker har behov for helsehjelp. Sykepleie ytes til barn som er født for tidlig, kronisk syke, barn med funksjonshemming, barn som har vært utsatt for ulykker, og akutt kritisk syke barn (Barnesykepleierforbundet, 2009). Åtti prosent av alle innleggelser på barneavdelinger er øyeblikkelig hjelp (Regjeringen, 2005). Lov av 1999-07-02-06 stiller krav til den enkelte sykepleier om å utøve yrket faglig

forsvarlig. På side 1 i Funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere står det at barnesykepleieren “Følger gjeldende krav om kontinuerlig opplæring, forsvarlig bruk av medisinsk teknisk utstyr og opprettholder kompetansen” (Barnesykepleierforbundet, 2009). For barnesykepleieren er det en plikt å holde seg faglig oppdatert, utøve en sykepleie som er faglig forsvarlig, tilegne seg nye kunnskaper og håndtere medisinsk teknisk utstyr på en forsvarlig måte.

## 1.4 Utdypning av kompetansebegrepet

Marit Kirkevold beskriver at

*sykepleiekompetanse krever at teoretisk, praktisk og etisk kunnskap samt erfaringskunnskap virker sammen og gjennom ulike prosesser (intuisjon, erfaring, refleksjon etc.) brukes til å løse oppgaver og utfordringer, og til å handle adekvat i konkrete situasjoner.* ((Norsk sykepleierforbund, 2008a), 2003, side 7).

Det å være kompetent kan innebære det å være i besittelse av kunnskaper eller kvalifikasjoner som kreves til et arbeid. Mange av de pasientene som er på vanlige sengeposter i dag, var typiske intensivpasienter på 1970-tallet (Heggen, 2010). Det stilles krav til kunnskaper, holdninger og ferdigheter i et hektisk og teknologisert helsevesen (Heggen, 2010).

## 1.5 Kort oppsummering av artikkelen

Hensikten med studien er å beskrive hvordan barnesykepleieren beskriver opplevelse av egen kompetanse og utvikling av praktisk kompetanse i kliniske praksis. Hensikten er å finne ny kunnskap om utvikling av praktisk kompetanse. Tidligere har det blitt gjort noen studier i Norge om hvordan sykepleieren utvikler praktisk kompetanse, men det er kun noen få som omhandler barnesykepleiere. Dette er en kvalitativ studie, som er utført ved å bruke fenomenologisk-hermeneutisk metode. Datainnsamling ble gjort ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer med syv barnesykepleiere ved to forskjellige sykehus. Tre av barnesykepleierne arbeidet ved et lokalsykehus, og fire av dem arbeidet ved et universitetssykehus.



Barnesykepleieren beskriver hvordan hun videreutvikler praktisk kompetanse i klinisk praksis. Den praktiske konteksten er sammensatt. I noen situasjoner erfarer barnesykepleieren at hun er kompetent, i andre situasjoner er hun kyndig eller ekspert. Barnesykepleieren opplever å være på ulikt kompetansenivå, avhengig av tidligere erfaring og kunnskaper rundt pasientens situasjon. I denne studien er modellen *Fra novise til ekspert* (Benner, 1982) brukt. Modellen er utviklet av sykepleieteoretiker Patricia Benner.

## 1.6 Begrepsavklaring

Barnesykepleierne som deltok i denne studien, beskrives med følgende termer: sykepleier, barnesykepleier, informant, deltakere og studiedeltakere. Mastergradsstudenten beskrives som forsker, masterstudent, barnesykepleier, hun og prosjektleder.

## 2.0 TEORI

### 2.1 Ferdighetslæring

Modellen *From novice to expert* er utviklet av Patricia Benner (Benner, 1982). Den bygger på Dreyfus-brødrenes *Model of Skill Acquisition*. Dreyfus-brødrene utviklet en modell for ferdighetslæring etter at de hadde studert hvordan sjakkspillere og piloter ervervet kunnskap og beveget seg mellom ulike nivå fra nybegynner- til ekspertstadiet (Dreyfus et al., 1988). Benner utviklet en modell som kan brukes på sykepleieres utvikling av kvalifiserte ferdigheter bygget på klinisk skjønn (Benner, 1995). Det innebærer dyktighet i utførelse av ferdigheter, basert på erfaring og utdanning (Benner, 1982). Det blir brukt narrativer for å beskrive hvordan sykepleierne på de ulike nivåene handler. Et narrativ er en beskrivende fortelling som kan bidra til at student eller sykepleier lærer å tenke som en sykepleier (Benner, 2010). Et narrativ kan ofte fokusere på ny klinisk læring, eller problematisere moralske dilemma eller konflikter i situasjonen (Benner, 2004).

Den utvalgte sykepleieteorien har vært godt egnet til bruk i denne analysen. Den kliniske praksisen er muligens endret etter at teorien ble utviklet i 1982 (Benner, 1982). Teorien tar for seg den enkelte sykepleiers endring av ferdighetsnivå. Som nybegynner, på novise- og

avansert nybegynnernivå, handler sykepleieren regelstyrt og oppgaveorientert, uten den fulle oversikten.

### **2.1.1 Kompetent**

Gradvis tilegnes nye ferdigheter, og den kompetente sykepleieren har mer flyt i arbeidet. Den kompetente sykepleieren har opparbeidet seg en oversikt over det som er viktig å prioritere, og det man kan utelate. Han eller hun kan håndtere situasjoner som er forventede, og må øve seg på å håndtere de uforventede situasjonene som oppstår i praksis (Benner, 2004).

### **2.1.2 Kyndig**

På det kyndige stadiet handler sykepleieren på bakgrunn av persepsjon eller innsikt. Sykepleien styres av maksimer, det vil si på bakgrunn av nyanser i situasjonen. I det kliniske arbeidet er maksimer kunnskap som de erfarne sykepleierne utveksler med hverandre. Maksimen får kun mening for den mottakeren som har god kjennskap til situasjonen (Benner og Rooke, 1993). For en novise eller en kompetent sykepleier er maksimene kun ubegripelige nyanser i situasjonen. En maksime kan bety noe i èn sammenheng og noe annet i en annen. Det er behov for en dyp bakgrunnsforståelse av situasjonen før sykepleieren kan bruke en maksime som rettesnor (Benner, 1995). Det er en overgang fra å tolke og analysere til å forstå situasjonen fullt og helt (Benner et al., 1992). Sykepleieren oppfatter situasjoner som helheter og handler på en dyp bakgrunnsforståelse av situasjonen (Benner og Rooke, 1993).

### **2.1.3 Ekspert**

Ekspertsykepleieren handler ut fra en dyp forståelse av totalsituasjonen (Benner, 1995). Han eller hun bruker ikke lenger analytiske redskaper, slik som regler, retningslinjer eller maksimer for å forvandle forståelsen av en situasjon til en meningsfull handling (Benner, 1995). Men i situasjoner hvor sykepleieren har liten erfaring på akkurat dette området, og hvor det er behov for å vurdere om vedkommende har misforstått situasjonen, bruker ekspertsykepleieren analytiske ferdigheter. Ekspertstadiet innebærer en sammensmeltning mellom teoretisk og praktisk kunnskap (Benner og Rooke, 1993). Ekspertsykepleieren må være på vakt i situasjonen og forbli åpen på det uforutsette og uventede (Benner, 2004).

## 2.1.4 Kritikk av teorien

### Intuisjon

Det beskrives at den kyndige har en *“intuitiv oppfattning av situasjonen”*, og bruk av intuisjon blir først gjeldende på ekspertstadiet ((Benner og Rooke, 1993), side 202 ). Er det slik at intuisjon bare brukes på stadiene kyndig og ekspert? På stadiene novise, avansert nybegynner og kompetent bruker sykepleieren regler for å vite hva han eller hun skal gjøre. Hvor lett er det senere å skulle handle basert på intuisjon når sykepleieren tidligere har fulgt normer og regler slavisk? Blir ikke intuisjon brukt på flere av stadiene i modellen? Kan ikke en novise, en avansert nybegynner eller en kompetent sykepleier handle på intuisjon? Kompetente sykepleiere kan noen ganger handle intuitivt, selv om de ikke har samme overblikk som eksperten. Et eksempel som illustrerer det, er en uerfaren sykepleier som handler på intuisjon når pasientens CVK faller ut. Hun komprimerer innstikkstedet med en kompress, men beskriver at hun ikke nødvendigvis er så sikker på at hun gjør det som er riktig.

Grønæk Hansen har erfaring fra undervisning med sykepleierstudenter i grunnutdanningen. Hun beskriver at den intuitive erfaringen finnes på alle stadier i en læreprosess, og hun kritiserer intuisjonsbegrepet hos Dreyfus. Når den kyndige eller eksperten bruker intuisjon, kan det virke som om vedkommende kun handler på rutine. Den kreative kraften i intuisjonen er borte (Scheel, 2005).

### Maksimebegrepet

Merry Elisabeth Scheel har oversatt maksimebegrepet til *“etiske grundregler som ledetråd for sine handlinger, men før de kan anvendes, er der et krav om en dyb forståelse af situationen.”* ((Scheel, 2005), side 185). Hun bygger på Kant, som beskriver en maksime som en *“subjektiv handleregel”* ((Scheel, 2005), side 37). Kanskje er Scheel sin beskrivelse av en maksime mer allment forståelig enn beskrivelsen til Benner.

### Ytre faktorer

I Benners presentasjon av teorien er det ikke beskrevet hvilke ytre faktorer som spiller inn i hvordan sykepleieren beveger seg mellom de ulike nivåene.

## **2.2 Praktisk kunnskap**

Ida Torunn Bjørk er professor og sykepleieforsker og har forsket på kompetanseutvikling og læring hos studenter og sykepleiere (Kolaas, 2010). Bjørk og Solhaug har skrevet om praktisk kunnskap og delt den inn i fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap. Den praktiske kunnskapen er personavhengig.

### **2.2.1 Fortrolighetskunnskap**

Med fortrolighetskunnskap forstår vi kunnskaper som ikke kan beskrives fullstendig i en språklig form. Denne type kunnskap utvikles over tid og blir ofte kalt taus eller intuitiv kunnskap (Bjørk og Solhaug, 2008). Gjennom gjentatte øvelser frigjøres oppmerksomheten til sykepleierstudenten som tilegner seg en ny prosedyre. Når studenten opparbeider seg øvelse og mestrer prosedyren, blir prosedyren en del av den kroppslige kunnen. Et eksempel på det kan være hvordan studenten skal legge inn et urinkateter. Etter hvert som øvelse er innarbeidet, flyter det mer av seg selv, og studentens oppmerksomhet frigjøres (Christiansen, 2003). Den erfarne sykepleier kan lese en situasjon og vet hvordan han eller hun bør handle. Kunnskapen kan gjøres felles gjennom diskusjon og refleksjon kollegaer i mellom. Sykepleieren vet hvilken handling som er hensiktsmessig, fordi signalene i situasjonen danner et gjenkjennelig mønster, som krever en bestemt type handling (Bjørk og Solhaug, 2008).

### **2.2.2 Ferdighetskunnskap**

Med ferdighetskunnskap menes kunnskap som sykepleieren lærer gjennom å handle. Kunnskapen tilegnes ved å se hvordan andre handler, og ved å gjøre noe selv (Bjørk og Solhaug, 2008). Tidligere stod mester-læringstradisjonen sterkt innen sykepleien. Ved å gå sammen med en erfarne sykepleier kunne den uerfarne sykepleieren observere hvordan den erfarne utførte handlinger. Den uerfarne etterlignet deretter fremgangsmåten til den erfarne og tilegnet seg ferdigheten selv (Bjørk, 2003).

Begge formene for praktisk kunnskap læres i klinikken eller i øvelsessituasjoner.

### 2.2.3 Diskusjon praktisk kunnskap

Ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap blir diskutert i forhold til den teoretiske fremstillingen av begrepene. Begrepene var lite kjente for informantene. Det bidro til lite empiri som kunne gi grunnlag for diskusjon.

#### Fortrolighetskunnskap

Fagutviklingssykepleieren beskrev at hun enkelte dager gikk sammen med de nyansatte for å fange opp hva de ikke var så trygge på. Det ble ikke alltid oppfattet som positivt at fagutvikler “blandet seg” i hva sykepleierne gjorde i praksis. Fagutviklersykepleieren beskriver at hensikten med tiltaket ikke var å kritisere, men derimot å løfte de nyansatte sykepleierne opp.

Utarbeidede retningslinjer og prosedyrer har ingen effekt hvis ikke hver og en av praksisutøverne går i seg selv og reflekterer over hva de faktisk gjør i klinikken. Dersom det blir avdekket at de gjeldende retningslinjene ikke blir fulgt, er det viktig å konfrontere sykepleieren med det, slik at retningslinjene kan følges på en hensiktsmessig måte. Et annet eksempel er den uerfarne, nyansatte sykepleieren som kommer opp i en akuttsituasjon hvor en liten baby får respirasjonsstans. Hjelp blir tilkalt, og det ender godt. Retningslinjene for håndtering av en akuttsituasjon ble gått gjennom i etterkant sammen med avdelingens fagutviklingssykepleier. Retningslinjene var klare, men sykepleieren visste ikke hvordan hun skulle starte bagging og tilkalle hjelp. Et nytt spørsmål reises: Hvordan sikrer ledelsen ved avdelingen seg at de faktiske retningslinjene blir fulgt? Bjørk beskriver flere avvik under utførelse av prosedyrer hos nyutdannede sykepleiere. Tilfellene er helt sikkert ikke unike. Det er mulig at Bjørk ville funnet avvik ved å observere erfarne barnesykepleiere også.

Barnesykepleierne beskrev at de lærte av sykepleiefaglige diskusjoner eller refleksjoner med kollegaer over praksis. Gjennom refleksjon kan kunnskapen det ikke alltid er så lett å sette ord på, altså den tause kunnskapen, komme til syne.

Bjørk trekker frem et eksempel fra sin undersøkelse om en sykepleier som fjerner vakuumdren hos en nyoperert pasient uten å slippe ut vakuu av drenet i forkant. Prosedyren var smertefull for pasienten og kunne ført til blødning postoperativt. Sykepleieren reflekterte ikke noe videre over at pasienten syntes det var smertefullt å fjerne drenet. Hun sa bare: “*Det gjør jo alltid litt vondt.*” (Bjørk og Bjerkes, 2003), side 100). Under det siste intervjuet med sykepleieren spurte Bjørk hvorfor hun utførte prosedyren på denne måten. Sykepleieren hevdet at hun hadde lært det av sin veileder i praksistiden (Bjørk, 2003). Når sykepleierne

arbeider så selvstendig som de gjør, er det ikke gitt at prosedyrer som utføres feil, blir fanget opp av kollegaer. Denne sykepleieren utførte fjerning av vakuumdren på en måte som kunne ha ført til postoperative komplikasjoner for pasienten. Hun fortsatte å gjøre det på samme måte helt til hun ble konfrontert med det av Bjørk, det vil si i minst åtte måneder av sin kliniske praksis.

## **Ferdighetskunnskap**

Informantene som deltok i denne studien, ble bedt om å reflektere rundt begrepene fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap. Begrepene var ikke kjent for noen av informantene. Mange av informantene beskriver at de lærer av å se hvordan andre utføre prosedyrer. De spør andre om råd for hvordan de skal håndtere praktiske situasjoner. En av fagutviklersykepleierne beskriver at det langsiktige målet for presentasjon av prosedyrer er å filme prosedyrene, slik at *“det er helt entydig hvordan man skal utføre prosedyren.”* Her kommer mester-lærling-prinsippet inn. Når sykepleieren kan se visuelt hvordan en annen sykepleier utfører en prosedyre, og etterpå gjennomføre prosedyren selv, kan dette være en måte å ta opp i seg og lære ferdighetskunnskap i klinikken.

### **2.2.4 Etisk forsvarlig forskning?**

Under lesing av studien til Bjørk var det et spørsmål som dukket opp. Var det etisk forsvarlig eller uaktsomt av Bjørk å ikke gjøre sykepleieren oppmerksom på at hun ikke fulgte prosedyren? Flere eksempler blir nevnt, i det følgende nevnes to av eksemplene. Det ene eksemplet er fjerning av vakuumdren uten å slippe ut vakuum i forkant av seponering. Det andre eksemplet er fremgangsmåten på et postoperativt sårskift. Prosedyren ble utført slik at operasjonssåret kunne kontamineres.

Masterstudenten forstår at Bjørk i denne studien var interessert i å finne ut hvordan sykepleieren utførte prosedyrer, og hvilken progresjon sykepleierne utviklet over tid. Muligens skulle forskeren utøve passiv observasjon i denne studien. Kanskje det innebar at forskeren ikke på noen måte skulle kunne gripe inn eller kunne komme med innspill på faglig uforsvarlighet? Uansett er Bjørk, som sykepleier, forpliktet til å følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2008b), selv om hun i det beskrevne prosjektet er forsker. I punkt 4, side 9, står det at *“sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta opp*

*brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer.*” (Norsk sykepleierforbund, 2008b). Fulgte Bjørk disse retningslinjene som forsker i sin studie? En prosedyre kan betraktes som en faglig norm. Her ville det muligens vært hensiktsmessig å gi tilbakemelding til sykepleierne på hvordan de utførte prosedyren?

I de nevnte eksemplene er pasienten intetanende og i god tro om at sykepleieren utfører prosedyrene hensiktsmessig. Pasienten gav uttrykkelig tilbakemelding om smerte under fjerning av vakuumdren. I eksempel nummer to blir pasienten utsatt for mulig forurensning av operasjonssåret. Pasienten hadde ingen fysiske smerter under prosedyren. Forurensningen kunne ført til en postoperativ sårinfeksjon, langvarig antibiotikabehandling og lengre prosess for heling av operasjonssåret.

Norsk sykepleierforbund utdyper i et hefte om faglig forsvarlighet at *“(...) mangelfull kompetanse (hos sykepleiere) kan føre til at: Pasienter blir påført infeksjoner på grunn av manglende kunnskap om hygiene, (...)”* (Norsk sykepleierforbund, 2010), side 19). Grunnet mangel på kompetanse hos sykepleieren som utførte oppgaven, kunne pasienten blitt påført infeksjon. Manglende kompetanse hos sykepleiere er kostbart ikke bare for pasientene og sykehuset, men også for samfunnet, siden det kan medføre lengre liggetid og flere sykehusdøgn. Det kan kanskje ses på som faglig uforsvarlig å ikke gi tilbakemelding på hvordan sykepleierne utførte prosedyrene? Det ville i alle fall ha kommet fremtidige pasienter, de nyutdannede sykepleierne og helsevesenet til gode.

## 2.3 Litteratursøk

Et PICO-skjema ble brukt i forkant av litteratursøket. PICO-modellen kan hjelpe forskeren å dele opp og systematisere kliniske spørsmål (Kunnskapssenteret, 2011). PICO står for Problem, Intervention, Comparison og Outcome. “P” ble i denne sammenhengen barnesykepleiere. “I” ble kompetanseutvikling i klinisk praksis. Forskeren gjorde søk med jevne mellomrom, både alene og sammen med en bibliotekar. Følgende søkeord ble brukt: “Clinical Competence”, “Practical Skills”, “Skills Acquisition”, “Pediatric Nursing”, “Advanced Nursing Practice”, “Professional Competence” og “Lifelong Learning”. Masterstudenten bruker betegnelsen “MH”, som står for Major Headings og betyr emneord, under søket. I tillegg skrives “TI” foran i søkefeltet, når forskeren søker på ord. “TI” innebærer at emneordene må forekomme i tittelfeltet. Under søket benyttes “OR” for å få med

artikler som inneholder begge eller alle søketermene. Det gir en bredde i søket. Studenten bruker "AND" for å avgrense søket til bare å inneholde gjeldene søketermer. Søket blir tidsavgrenset til å gjelde fra januar 2000 til 24.4.-2011. Masterstudenten ba om oversiktsartikler (peer reviewed). Søket ble avgrenset ytterligere til artikler som var på dansk, svensk, engelsk og norsk.

## **3.0 ETIKK**

### **3.1 Etiske utfordringer og overveielser**

Retningslinjer fra fakultetets etiske komité, Personvernombudet ved NSD og Personvernombudet ved det ene universitetssykehuset ble fulgt. Barnesykepleiere ses på som en ikke-sårbar gruppe og ble valgt som informanter i denne studien. I følge Nürnberg-kodeksen (1947) skal man kun gjøre forskning på personer som har juridisk evne til å gi sitt samtykke (Ruyter, 2007). Barnesykepleiere har evnen til å vurdere prosjektet og velge om de vil delta eller ikke. Det er i tråd med den nedadstigende rekke av tillateligheit for valg av forskningspersoner (Ruyter, 2007). Den nedadstigende rekke av tillateligheit innebærer at man skal vurdere hvilken gruppe man skal gjøre forskning på. I første rekke bør det utføres forsøk på dyr, deretter friske voksne frivillige, pasienter, barn, personer med redusert kompetanse og til sist personer uten kompetanse.

Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien. Informantene gav skriftlig samtykke til å delta i studien. All forskning skal baseres på ikke-skade-prinsippet og frivillig deltakelse. I tillegg kan deltakerne trekke seg når som helst uten noen form for sanksjoner og uten å gi begrunnelse (Ruyter, 2007). Hensynet til forskningspersonen skal gå foran alle andre interesser (Førde, 2009). Studenten ivaretok den enkelte deltaker på en god måte for å bevare informantens integritet og menneskeverd. Det ble gjort ved at intervjuene ble gjennomført i et egnet rom, som var avskjermet fra avdelingen. Forskeren lyttet og stilte oppfølgende spørsmål til opplysningene informanten bidro med. Informanten ble tilbudt pause underveis i intervjuet.



Som sykepleier er masterstudenten forpliktet til å følge Yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2008b). I tillegg til at forskeren har et personlig, faglig og etisk ansvar for egne handlinger, ble gjeldene lovverk for forskningsstudier fulgt.

Målet med denne studien var å finne ny kunnskap om utvikling av praktisk kompetanse hos barnesykepleiere. Det var derfor hensiktsmessig å gjøre intervjuer med nettopp denne gruppen.

## 4.0 METODE

### 4.1 Presentasjon av problemstilling

Studien tok utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hvordan videreutvikler barnesykepleieren sin praktiske kompetanse i klinisk praksis?* Forskningsspørsmålene var: *Hva kjennetegner ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap? Hva kjennetegner en barnesykepleier på stadiene kompetent, kyndig og ekspert?*

Når det gjelder ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap, fremkom det lite empiri fra studien på dette feltet. Disse begrepene ble derfor diskutert ut fra teori, ikke datagrunnlaget. Det er den teoretiske diskusjonen som gir svar på de to førstnevnte forskningsspørsmålene.

### 4.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er valgt i denne studien. Denne metoden er egnet for å få dybdekunnskap om individuelle livserfaringer, og det var derfor hensiktsmessig å bruke denne fremgangsmåten (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009). Et prøveintervju ble gjennomført i forkant av intervjuene med barnesykepleierne. Kvalitative data ble innhentet gjennom intervju med syv barnesykepleiere. Intervjuene ble foretatt i løpet av en periode på to uker. Transkriberingen av intervjuene ble gjort fortløpende.

### 4.3 Utvalg

Intervjuene ble gjennomført ved to ulike sykehus: et lokalsykehus og et universitetssykehus i Sør-Norge. To ulike sykehus ble valgt for å få bredde i utvalget og for å se på forskjeller i den eksisterende praksisen. Det ble tatt kontakt med to enhetsledere ved to ulike barneavdelinger per e-post og telefon. Prosjektet ble presentert, og enhetslederne ble spurt om de var interessert i å delta i forskningsprosjektet. Informasjon om prosjektet, samt beskrivelser av inklusjonskriterier for studien ble sendt. Ved den ene barneavdelingen mottok masterstudenten en navneliste med telefonnummer til mulige informanter av enhetsleder. Barnesykepleierne ble først kontaktet på telefon. En beskrivelse av studien ble gitt, og barnesykepleierne ble spurt om de kunne tenke seg og delta. Deretter ble skriftlig informasjon om studien sendt til en og en per e-post. På den måten fikk ikke informantene vite hvilke andre barnesykepleiere som ble kontaktet. En informant takket nei av personlige årsaker. Det ble ikke lagt noe press på informanten, da deltakelsen var frivillig (Ruyter, 2007).

Ved den andre avdelingen ble informantene forespurt av enhetsleder. Enhetsleder videresendte informasjon om studien til fire barnesykepleiere som kunne tenke seg å delta i studien.

Det ble opprettet kontakt med enhetslederne ved de to sykehusene i perioden hvor ikke endelig svar på søknad til Personvernombudet forelå. Personvernombudet, NSD påpekte at enhetslederen ved sykehus nummer 2 ikke burde ha rekruttert informantene. Det var fordi enhetslederen da ville få kjennskap til hvem av barnesykepleierne som tok del i studien. Et av spørsmålene i intervjuguiden handlet om hva slags opplæring de hadde fått da de begynte å jobbe i avdelinga. Da fremgangsmåten for rekruttering ble ytterligere beskrevet, ble det gitt muntlig samtykke til å fortsette prosjektet. Den skriftlige tillatelsen fra Personvernombudet kom noen dager etter. Ved et eventuelt nytt prosjekt kan informasjon gis til alle sykepleierne på et personalmøte. Informanter som kan tenke seg å delta, kan da ta direkte kontakt med prosjektleder enten på e-post eller telefon.

Ved besøk ved et av sykehusene ble utvalgsriteriene endret til også å gjelde informanter med mindre enn fem års erfaring som barnesykepleiere. Enhetsleder sa at hun hadde funnet informanter som var reflekterte og ville gi rike beskrivelser. Det veide opp for hensynet til at

to av informantene hadde kortere arbeidserfaring enn det som var ønsket i utgangspunktet. Det medførte også en variasjon i utvalget.

Masterstudenten hadde kjennskap til et av sykehusene fra før, men hadde aldri vært på det andre sykehuset tidligere. Intervjuer med barnesykepleiere ved nåværende arbeidssted kunne vært gjort, men det ble vurdert som viktig med en viss distanse til informantene.

#### **4.4 Metning**

Det er mulig at ny informasjon om tema ville kommet opp dersom det ville blitt gjennomført flere intervjuer. Det er derfor usikkert om metning ble nådd i dette prosjektet. Av hensyn til tidsavgrensning for prosjektet, i tillegg til at det transkriberte materialet skulle være håndterbart for en uerfaren forsker, ble utvalget avgrenset til å gjelde 5- 8 informanter.

#### **4.5 Overførbarhet**

Overførbarhet innebærer mulighet for analytisk generaliserbarhet der data kan overføres til andre grupper eller liknende forhold (Polit og Beck, 2010). Kvalitative funn fra denne studien kan også være gjeldene for andre sykepleiere og spesialsykepleiere. Arbeidet i klinikken har mange likhetstrekk uansett hvor man arbeider på sykehuset. Det er ikke et mål at dataene fra denne undersøkelsen skal være generaliserbare til andre grupper, men andre sykepleiere kan ha nytte av informasjonen som kommer frem av undersøkelsen.

#### **4.6 Pålitelighet**

Informantene har gitt rike beskrivelser om egne erfaringer og opplevelser i forbindelse med utvikling av praktisk kompetanse i klinisk praksis. Forskeren har tilstrebet å ikke stille ledende spørsmål under intervjuundersøkelsen. Det er mulig en annen forsker ville ha kodet materialet noe annerledes. Deler av det aidentifiserte og transkriberte materialet ble lest gjennom av medstudenter og lærer, under et analyseseminar. Mange av de samme kategoriene som blir presentert i funnene, kom opp. Dette styrker studiens pålitelighet. Innhenting av data gjennom en intervjuundersøkelse synes å ha vært et egnet verktøy i denne studien.

## 4.7 Vitenskapelige og etiske utfordringer ved forskerrollen

### 4.7.1 Refleksivitet

Under et intervju er informant og intervjuer nærmere hverandre både fysisk og psykisk. Forskeren bør ha en refleksiv holdning. En refleksiv holdning innebærer en kritisk selvrefleksjon rundt forskerens egne bias, preferanser og fordommer. Forskeren bør ha en refleksiv holdning for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning (NEM, 2009). Det er i tillegg viktig at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene og egen forforståelse. Malterud beskriver at refleksivitet begynner med å identifisere egen forforståelse hos forskeren. Det innebærer tidligere personlige og profesjonelle erfaringer, forventninger om hvordan ting er og det som skal bli utforsket, samt motivasjon og kvalifisering for å utforske feltet. I tillegg kommer perspektiver og teoretisk grunnlag i forhold til utdanning og interesser ((Malterud, 2001), side 484, egen oversettelse). Informantene fikk informasjon om at forskeren var barnesykepleier, og at studien var en del av en mastergradsoppgave. Forskeren hadde kunnskaper om tema gjennom egen rolle som barnesykepleier og hadde kjennskap til hva slags type sykepleieroppgaver barnesykepleierne utførte i den praktiske hverdagen.

Forskeren informerte i tillegg om egen interesse for å utforske fagfeltet samt om interessen for å finne ny kunnskap om hva som hemmer og fremmer utvikling av praktisk kompetanse i klinisk praksis. Under intervjuene var det viktig å være åpen og lyttende i forhold til det informantene sa, og stille oppfølgingsspørsmål rundt informasjonen de brakte på banen. Intervjueren var interessert i den nye kunnskapen hver og en av informantene bidro med. Masterstudenten stilte oppfølgingsspørsmål om uklarheter, ba informantene om å utdype utsagn eller fortelle mer om bestemte forhold i praksis.

### 4.7.2 Uerfaren forsker

Det er første gangen masterstudenten gjennomfører et forskningsprosjekt og lærer seg forskningshåndverket. Det kan være flere utfordringer ved å innhente kunnskap gjennom et intervju. Intervjuguiden må være gjennomarbeidet og inneholde forskjellige typer spørsmål for å få informasjon om ulike forhold rundt kompetanseutvikling. Informanten ble bedt om å reflektere rundt bestemte tema, for eksempel utvikling av kompetanse, eller rundt mer åpne

spørsmål, for eksempel i forhold til hvor informanten befinner seg i opplevelse av egen kompetanse. I ettertid ser forskeren at direkte spørsmål og caseundervisning eller rollespill kunne vært stilt. Datamaterialet inneholder svakheter på akkurat dette området. Det kan virke som om rollespill og caseundervisning blir lite brukt i den kliniske praksisen. Forskerens egen erfaring fra videreutdanning og klinikk tilsier at både rollespill og caseundervisning brukes i ulik form. I tillegg burde forsker ha bedt flere av informantene om å illustrere med praktiske eksempler fra klinikken.

Et spørsmål i intervjuguiden ble endret etter det første intervjuet. Det var på bakgrunn av at informantene hadde svært lang arbeidserfaring. Dermed måtte ekspertstadiet inkluderes under de ulike kompetansenivåene.

I forkant av intervjuene ble det lagt en plan for hvordan studenten skulle gå frem hvis informanten opplevde det som ubehagelig å skulle fortsette intervjuet. Informanten kunne få tilbud om en pause underveis i intervjuet. Hvis det var saker som berørte arbeidsmessige forhold, kunne forsker oppfordre informanten til å ta kontakt med tillitsvalgt eller enhetslederen ved avdelingen.

#### **4.8 Metodetriangulering**

Bruk av ulike metoder kunne vært brukt for å styrke studien. Det vil si bruke både kvalitativ og kvantitativ metode. Et spørreskjema vedrørende generelle arbeidsmessige forhold, med avkrysningsrubrikk for ja- og nei- spørsmål, kunne vært benyttet for å innhente generell informasjon. I etterkant kunne masterstudenten innhentet dybdekunnskap og utfyllende informasjon gjennom et semi-strukturert intervju. I intervjuet kunne informantene gitt utfyllende beskrivelser. En slik metodetriangulering, det vil si bruk av både kvantitativ og kvalitativ metode, kunne styrket undersøkelsen (Polit og Beck, 2010). Kvalitativ metode ble valgt av hensyn til at det var gjort få kvalitative studier på området tidligere. Det var også av hensyn til tidsramme for masterprosjektet og mulighet til å håndtere en gitt mengde data i denne begrensede tidsperioden.

For å få svar på barnesykepleierens opplevelse av praktisk kompetanse har det vært hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode. Nominelle data ble innhentet i forhold til alder, kjønn, antall år etter grunn- og videreutdanning samt om informanten arbeidet ved et lokal- eller universitetssykehus. Forsker ønsket å få tak i dybdekunnskap rundt tematikken, og da var

det hensiktsmessig å innhente detaljerte beskrivelser gjennom et intervju. Informantene fikk utdelt intervjuguiden da intervjuet startet. I ettertid ser forskeren at det muligens ville vært hensiktsmessig å dele intervjuguiden ut i forkant. Da ville barnesykepleierne hatt mulighet til å reflektere, både alene og sammen med andre, rundt de ulike spørsmålene før selve intervjuet fant sted. På den annen side ville spontane refleksjoner kunne gå tapt, hvis man delte ut intervjuguiden på forhånd. Et av hovedspørsmålene, spørsmål 2, kunne ha vært delt ut på forhånd. Det var ikke alle informantene som beskrev at de hadde vært i en situasjon hvor de opplevde at de hadde for liten kompetanse. Noen av informantene kom på illustrerende eksempler til spørsmål 2 i løpet av intervjuet. For å få gode eksempler fra praksis på dette spørsmålet ville det muligens vært hensiktsmessig og delt dette spørsmålet ut på forhånd.

#### **4.9 Lydbåndopptak og oppbevaring av data**

Det ble brukt diktafon for å ta opp under intervjuene. Under transkriberingen ble informasjonen aidentifisert. En kodingsliste med navn på informantene og kodingsnummer ble oppbevart innelåst og adskilt fra det resterende materialet. Datamaterialet ble oppbevart innelåst når det ikke ble arbeidet med. Dato for sletting av datamaterialet er senest 31.12.-2011.

#### **4.10 Fortolkning og analyse**

“Kvalifisert fortolkning er det som kan gjøre funnene til vitenskapelig kunnskap”((NEM, 2009), side 24 ). Det innebærer at studenten tolker de empiriske dataene i lys av studiens teoretiske referanseramme. En induktiv analyse ble brukt. Det innebar at intervjuene ble lest gjennom i sin helhet flere ganger, meningsenheter kom til syne og kategorier ble dannet. Et analyseskjema ble utarbeidet med følgende overskrifter: *Sitat fra informant, Meningskondensering av sitatene, Mulig kategori: latent eller manifest, Tema og Informantnummer*. Det ble behov for å innhente ytterligere forskningslitteratur for å drøfte funnene fra studien. Under hele prosjektet ble forskeren veiledet av en erfaren veileder, og utfordringer underveis ble diskutert med henne.

#### **4.10.1 Fenomenologisk hermeneutisk metode**

Fenomenologisk hermeneutisk metode har vært brukt som fremgangsmåte i dette prosjektet. Ordet fenomenologi kommer av det greske ordet *phainomenon*, som betyr “*det som visar sig*” ((Granskär og Höglund-Nielsen, 2008), 2008, side 85). Formålet med dette prosjektet var å få tak i den opplevde erfaringen av hvordan barnesykepleieren beskriver opplevelsen av egen kompetanse og utviklingen av praktisk kompetanse i klinisk praksis. Fenomenologi handler om det levde menneskets livserfaring (Polit og Beck, 2010).

“*En tekst er et sprogligt fænomen, der hevder noget om noget, idet den foregiver at sige noget sandt om den sag, den uttaler sig om.*” (Gadamer, 2002), side 170). Leseren som vil forstå en tekst, må være rede for å høre etter hva teksten har å si (Gadamer, 2003). Teksten er i dette tilfellet det transkriberte intervjumaterialet. Ordet hermeneutikk er gresk og betyr å fortolke eller å tolke (Thisted, 2010). Det ønskes å oppnå en forståelse via fortolkning av helhetssammenhenger som inneholder mening. Forståelsen av helheten kan være bygget opp på enkelte delene. Dermed er det et gjensidig forhold mellom del og helhet. Forståelsen av helheten kan være bygget opp på de enkelte deler. Den hermeneutiske sirkelen eller spiralen åpner for en stadig dypere forståelse av meningen (Kvale et al., 2009, Polit og Beck, 2010). Den hermeneutiske sirkelen kan utvide, endre eller bekrefte eksisterende praksis. For å oppnå forståelse er det kontinuerlig bevegelse mellom delene og helheten av teksten som blir analysert (Debesay et al., 2008; Polit og Beck, 2010).

Det informantene sier, kan bekrefte eller avkrefte teorien som er lagt til grunn. Nye forskningsspørsmål kan komme til syne.

#### **Forforståelse**

Forskerens forforståelse er i den hermeneutiske fenomenologien en forutsetning for å få øye på og utvikle ny kunnskap og forståelse (Granskär og Höglund-Nielsen, 2008). I samsvar med den hermeneutiske tradisjon var forforståelsen, i tillegg til tidligere forskning, grunnlag for utarbeidelse av intervjuguiden. Forforståelsen er den kunnskapen forskeren har i forkant av møtet med informantene (se beskrivelse av refleksivitet). Under intervjuene med informantene ble forskerens forforståelse satt til side, men forforståelsen var likevel viktig for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål under intervjuene. Under analyseprosessen ble forforståelsen brukt aktivt. Forskerens forforståelse ble en del av den hermeneutiske sirkelen

(Gadamer, 2002). Fremgangsmåten førte til en horisontsammensmeltning av tidligere og nyervervet kunnskap. Under analysen prøvde forskeren å være så åpen som mulig og sette egne personlige erfaringer til side. Forståelse oppnås når det er en fusjon, eller sammensmeltning, mellom tidligere og ny kunnskap (Debesay et al., 2008). Forskeren prøvde å ta del i informantenes forståelse for tematikken. Det informantene kom med utsagn om, ble betraktet som sann informasjon. Egen forståelseshorisont ble utvidet og det ble en sammensmeltning av forskerens og informantens forståelseshorisont. Spørsmål i intervjuguiden ble dannet på grunnlag av blant annet forforståelsen. Informanten ble spurt om vedkommende hadde vært i en situasjon hvor barnesykepleieren opplevde at hun hadde for liten kompetanse. Gjorde barnesykepleieren noe i etterkant for å øke kompetansen? Dette spørsmålet bygger dels på egen erfaring, hvor forsker har vært i situasjoner og opplevd å ha for liten kompetanse. Det kan dreie seg om praktiske situasjoner som har medført læring eller kompetanseøkning. Forskeren har selv erfart at vedkommende lærte noe i etterkant av situasjonene, spesielt etter refleksjon med kollegaer eller etter veiledning. I tilfellene hvor informantene ikke beskrev mangel på kompetanse med opplevde erfaringer fra klinikken, ble de bedt om å illustrere med praktiske eksempler.

Under analysen så forskeren på delene av teksten og teksten i sin helhet. Den analyserte teksten ble drøftet opp mot tidligere forskning, teori som var lagt til grunn for prosjektet, samt ny forskning.

Innholdsanalyse kunne også vært brukt i dette prosjektet, men det var spennende å bruke forforståelsen aktivt. Egen forforståelse som barnesykepleier gjorde at det var lettere å forstå hva informantene snakket om, og hvilke muligheter og utfordringer de stod overfor i klinikken. Forskeren snakket det samme språket som barnesykepleierne. De trengte derfor ikke å forklare hva de ulike prosedyrene innebar. Eller hva det vil si å arbeide i klinikken. *"Samtalen er en prosess hvor man kommer til en gjensidig forståelse."* ((Gadamer, 2010), side 425). En annen forsker uten den samme forforståelsen ville kanskje ikke hatt samme grunnlag for å stille samme type oppfølgingsspørsmål og fått tak i illustrerende beskrivelser fra informantenes livsverden. På den annen side kan forskerens forforståelse kanskje ha bidratt til at forskeren har trodd at hun forstår det informanten snakker om. Dermed har hun i noen sammenhenger ikke stilt oppfølgende spørsmål.



Funn fra denne undersøkelsen ble drøftet opp mot tidligere og ny forskning. Det medførte at følgende nye forskningsspørsmål kom til syne: *Når praksisforholdene er så sammensatte som de er, hvordan tilrettelegges det for at barnesykepleierne i klinikken har muligheten til å videreutvikle sine ferdigheter? Når det ikke finnes muligheter for en viss mengdetrening i klinikken, hvordan tilrettelegges det da for at barnesykepleierne opprettholder den praktiske kunnskapen og ferdighetene? Finnes det dokumenter eller sjekklister for at denne mengdetreningen holdes ved like eller sikrer at kompetansen er i klinikken til enhver tid?* Et eksempel er barnesykepleiere som har kompetanse til å ha pasient på respirator. Et sykehus som tilbyr denne form for behandling, må også sikre at kyndigheten til enhver tid er til stede. Et barn som har behov for respiratorbehandling, kan dukke opp når som helst. Det kan dreie seg om premature barn eller et større barn som har vært utsatt for en bilulykke. Ved norske barneavdelinger er 80 prosent av alle innleggelser øyeblikkelig hjelp (Regjeringen, 2005). Beredskapen og kyndigheten må være til stede til enhver tid, tjuetimer i døgnet.

## 5.0 BETYDNING FOR PRAKSIS

Denne studien bringer ny kunnskap om hvordan barnesykepleiere utvikler sin praktiske kompetanse i klinisk praksis. Funn fra undersøkelsen viser også hva barnesykepleieren lærer av i klinikken. Arbeidsdagen til barnesykepleiere er sammensatt av ulike faktorer, slik som ulike pasientgrupper, hvilke oppgaver som skal utføres, og hvilken kompetanse barnesykepleieren besitter. Selvinnsikt, kunnskap og erfaring er sentrale faktorer for å kunne sikre at sykepleien til pasientene er kompetent og faglig forsvarlig. Ved de to ulike avdelingene blir forskjellige tiltak brukt for å sikre at sykepleien er kvalitetssikret, og at de ansatte holder tritt med nye behov for kompetent praksisutøvelse.

Et av de viktigste momentene for å opprettholde kompetansen på et felt er at barnesykepleieren holder ferdighetene ved like. Nærhet til praksis og muligheter til å utøve en viss mengdetrening på prosedyren som skal utføres, synes å være sentralt. Når det er mangel på situasjoner i praksis hvor barnesykepleieren ikke får utøvd praktiske ferdigheter og brukt kunnskapene sine, må andre tiltak iverksettes for å sikre at kompetansen blir opprettholdt.

Simuleringsøvelser, tørrtrening på respiratoren og hospitering ved andre sykehus blir beskrevet som hensiktsmessige. Ved et av sykehusene ble det gjennomført sirkeltrening på diagnoser som diabetes og respirasjonspasienter. Sirkeltrening innebærer at to sykepleiere går sammen med en sykepleier som har ekspertkunnskap på diabetes eller respirasjonspasienter en hel dag. Tiltaket ble innført på bakgrunn av at mange av sykepleierne i avdelingen hadde for liten kompetanse på de nevnte diagnosene. Ledelsen opplevde at tiltaket gav gode resultater. Med økt fokus på de nevnte diagnosene ble flere av sykepleiernes kompetanse styrket. Dette var et tiltak som også var populært blant sykepleierne.

Det blir også trukket frem at det koster å bygge opp kompetansen blant personalet. Selv om kompetanse ikke er så lett å måle i kroner og øre, er det kostbart ikke å ha kompetente sykepleiere på jobb. En endring av pasientens tilstand kan fanges opp tidligere, og behandling kan startes på et tidligere stadium. Dette kan resultere i færre sykehusdøgn og kortere sykehusopphold for pasientene. Det er gunstig for pasientene og det er kostnadsbesparende for samfunnet. En av informantene beskriver to ulike situasjoner hvor en mer erfaren sykepleier fanger opp endring i pasientens tilstand. Den uerfarne beskriver at hun merket at det var noe på gang. Hun klarte ikke å sette ord på det eller forstå det som skjedde. Den erfarne tolket signalene på bakgrunn av tidligere erfaring. I den ene situasjonen utviklet barnet sepsis, og i den andre situasjonen utviklet barnet infeksjon. Begge barna ble overflyttet intensivavdelingen kort tid etter. Eksemplene illustrerer hvor viktig det er å ha kyndig ekspertise blant sykepleierne for nettopp å kunne fange opp endringer i pasientens tilstand.

Barnesykepleiere er avhengig av å få muligheter til å fortsette å lære for å holde tritt med de endringene som er i praksis. Mye læres i klinikken via faglige diskusjoner eller på interne og eksterne kursdager. Hver og en av barnesykepleierne har et ansvar for å bidra til å opprettholde et høyt faglig nivå i avdelingen. Et tiltak som kan brukes, er å ha faste dager der barnesykepleier får ansvar for å legge frem et faglig innlegg eller en problemstilling som diskuteres. Den faglige diskusjonen kan legges til lunsjpausen og trenger ikke å vare lenger enn 10-15 minutter.

For at ny kunnskap skal tilegnes og ny forskning implementeres i praksis, må det også tilbys kurs. En av barnesykepleierne etterspurte flere muligheter til selv å videreutvikle faget. Barnesykepleiere i klinikken er ofte bundet opp til drift, og det finnes lite rom i hverdagen til å gjøre andre oppgaver enn den direkte utøvelsen av sykepleie. En annen informant nevnte at

man ikke fikk delta på kurs på grunn av økonomiske faktorer, eller fordi det var for hektisk i avdelingen. Barnesykepleierne beskriver at det er mange faktorer som bidrar til læring i praksis. Refleksjon, kollegial veiledning og observasjon av hvordan andre utfører prosedyren er sentrale momenter.

## **6.0 OPPSUMMERING**

Oppsummerende kan man si at praksisfeltet er et sammensatt felt å arbeide i.

Praksiskonteksten består av mange ulike faktorer som påvirker barnesykepleierens utvikling av kompetanse. Kanskje det finnes flere måter å øke kompetanse og tilegne seg ferdigheter på enn det vi tenker over? Empirien viser at det er utallige måter å få ny kunnskap på, enten det dreier seg om fortrolighetskunnskap eller ferdighetskunnskap.

## 7.0 LITTERATURLISTE

Barnesykepleierforbundet. (2009). *Funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier*. Hentet 20. oktober 2010, fra <http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/300013/Funksjonsbeskrivelse%20for%20Barnesykepleier%20des%202009.pdf> via Norsk Sykepleierforbunds hjemmeside: <http://www.nsf.no/>

Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407. Hentet 1. februar, fra <http://journals.lww.com/ajnonline/pages/default.aspx>

Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199. Hentet 16. mai 2011, fra <http://bst.sagepub.com/cgi/content/abstract/24/3/188>

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: I samarbeid med Munksgaard.

Benner, P. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

Benner, P. og Rooke, L. (1993). *Från novis till expert: Mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P., Tanner, C. og Chelsea, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 13-28 Hentet 4. januar 2011, fra <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/default.aspx>

Bjørk, I. T. (2003). Å lære praktiske ferdigheter i sykepleie. I: Bjørk, I. T. og Skancke Bjerknes, M. (red.), *Å lære i praksis* (s. 88-108). Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørk, I. T. og Bjerknes, M. S. (2003). *Å lære i praksis: En veiviser for studenten*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribe.

Christiansen, B. (2003). Pasientsituasjonen- et landskap for læring. I: Bjørk, I. T. og Skancke Bjerknes, M. (red.), *Å lære i praksis* (s. 46-65). Oslo: Universitetsforlaget.

Debesay, J., Nåden, D. og Slettebø, Å. (2008). How do we close the hermeneutic circle? A gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*, 15(1), 57-66. doi:10.1111/j.1440-1800.2008.00390.x Hentet 14. februar 2011, fra [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1440-1800/issues](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1440-1800/issues)

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2009). *Forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: NEM. Hentet 17. september 2010, fra [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\(2010\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf) via Etikkomiteens hjemmeside: <http://www.etikkom.no/>

Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E. og Athanasiou, T. (1988). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer* (Paperback ed.). New York: Free Press.

Førde, R. (2009, 11. februar 2009). *Heksinkideklarasjonen*. Hentet 10. januar 2011, fra <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> via Etikkomiteens hjemmeside: <http://www.etikkom.no/>

Gadamer, H. G. (2002). *Vor tids filosofi: Engagement og forståelse*. I: Lübcke, P. (red.), (8. oplag, s. 163-177). København: Politikens Forlag A/S.

Gadamer, H. G. (2003). *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter* (Jordheim, H., Overs.). Oslo: J. W. Cappelens forlag A/S.

Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode: Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.

Granskär, M. og Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Heggen, K. (2010). Introduksjon til den norske utgaven. I: Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. og Day, L. (red.), *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer* (vol. 1, s. 9-21). Oslo: Akribe forlag.

Kolaas, A. (2010, 08.07.2010). *Ida Torunn Bjørk har fått opprykk til professor*. Hentet 20. mars 2011, fra <http://www.med.uio.no/helsam/for-ansatte/aktuelt/aktuelle-saker/2010/ida-torunn-bjork.html/>

via Universitetet i Oslo sin hjemmeside: <http://uio.no/>

Kunnskapscenteret. (2011). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 20. april 2011, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=41> via Kunnskapsbasert praksis sin hjemmeside <http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=6>

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. og Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lov av 1999-07-02-64. Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Hentet 20. august 2010, fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>. Helse- og omsorgsdepartementet.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488 Hentet 20. oktober 2010, fra <http://www.thelancet.com/>

Norsk sykepleierforbund. (2008a). *Sykepleie- et selvstendig og allsidig fag*. Oslo: Nordby Grafisk.

Norsk sykepleierforbund. (2008b, 15. desember 2009). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler.*, Hentet 15. september 2010, fra [www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske\\_retningslinjer.PDF](http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF) via NSF's hjemmeside <http://www.nsf.no/>

Norsk sykepleierforbund. (2010). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet* (Vol. 4. opplag). Oslo: Kampen Grafisk.

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2010). *Study guide for essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7 th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. (Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice).

Raaum Hovde, K., Skaug, V., Madsen Holm, H., Skinnis, L., Finrud, I. A., Lorentzen-Styr, C., m.fl. (2011). Sykepleiere i videreutdanning trenger praksisveiledere. *Sykepleien*, 99(6), 66 Hentet 16. mai 2011, fra <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forside>

Regjeringen. (2005). *Rammeplan og forskrift videreutdanning i barnesykepleie*. Hentet 4. april 2011, fra [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269384-rammeplan\\_for\\_barnesykepleie\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269384-rammeplan_for_barnesykepleie_05.pdf) via Regjeringens hjemmeside <http://www.regjeringen.no/>

Ruyter, K. W. (2007). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Akademisk.

Scheel, M. E. (red.). (2005). *Interaksjonell sygeplejefagpraksis*. (3.). København: Munksgaard, Danmark. (Sygeplejeteorier).

Thisted, J. (2010). *Forskningsmetode i praksis: Projektorientert vitenskapsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard.

Øverby, N. C., Fegran, L., Bjørnstad, J.O. og Johansen, B. T. (2011). *Masterhåndbok. Veiledende retningslinjer for mastergrad i Helsefag, Psykisk helsearbeid, Folkehelse- og Idrettsvitenskap*. Hentet 5. mai 2011, fra <http://www.uia.no/>

## Vedlegg I: Godkjenning Fakultetets etiske komité

Page 1 of 1

Innlevering av skjema - Kommentar

---

Slett kommentert/opplastet versjon

Navn: Kristin Jonassen

Kommenter

direkte i  Skjema for vurdering i Fakultetets etikkomité.doc

besvarelsen:

Last opp kommentar

Kommentar: 

Fakultetets etiske komité behandlet søknaden til masterstudent Kristin Jonassen i møte 10. desember 2010 og fattet følgende råd: Godkjent for prosjektoppstart som beskrevet i søknaden. FEK forutsetter at prosjektet er godkjent av Personvernombudet hos NSD før oppstart.
---

Karakter: \_\_\_\_\_

Evaluerings:  Godkjent  På god vei  Ikke godkjent  Ikke levert  Ikke evaluert

Lagre

Avbryt

## Vedlegg II: Godkjenning Personvernombudet

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Åshild Slettebø  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap  
Universitetet i Agder  
Postboks 422  
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 20.12.2010

Vår ref: 25660 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.12.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 17.12.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25660	<i>Utvikling av praktiske kompetanse hos barnesykepleiere</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Åshild Slettebø</i>
Student	<i>Kristin Jonassen</i>

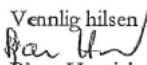
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, 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](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, 31.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen/  
  
Bjørn Henrichsen

  
Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Kristin Jonassen, Randesundsgate 5, 4632 KRISTIANSAND S

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no





Prosjektet har som formål å undersøke hvordan barnesykepleiere videreutvikler sin praktiske kompetanse i klinisk praksis.

Utvalget består av 5-8 barnesykepleiere, 3-4 fra et universitetssykehus og 3-4 fra et lokalsykehus. Barnesykepleierne skal inneha minst fem års klinisk praksis. Student har opprettet kontakt med de to sykehusavdelingene, og avdelingssykepleier eller fagutviklingssykepleier har videreformidlet forespørsel om deltakelse til de ansatte som omfattes av utvalgets avgrensning. Interesserte har tatt kontakt. Personvernombudet legger til grunn at utvalget mottar revidert informasjonsskriv (av 17.12.2010), jf. telefonsamtale med student 17.12.2010.

Datamaterialet innhentes gjennom personlig intervju.

Det registreres direkte personidentifiserende opplysninger i form av navn. Videre registreres opplysninger om kjønn, alder, arbeidssted og avdeling, samt opplysninger om når den enkelte fullførte grunnutdanning og videreutdanning innen barnesykepleie. Det innhentes opplysninger knyttet til opplæringen ved sykehuset, vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidsoppgaver, samt opplysninger om hvordan den enkelte opplever at arbeidsplassen legger til rette for kompetanseheving.

Prosjektslutt er 31.12.2011. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel og lydopptak slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger som f. eks navn på sykehus fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.

--	--

Postadresse:

## PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Kristin Jonassen, sykepleier,

Sentralbord:

Kopi:

Org.nr:  
NO 993 467 049 MVA

Fra: Anette Engum, personvernombud for forskning  
ved

Saksbehandler: Anette Engum

Dato: 13.12.10

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse til innsamling og  
databehandling av personopplysninger i prosjekt

Saksnummer/  
Personvernnummer: 2010/28881

### **Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet "Utvikling av praktisk kompetanse hos barnesykepleiere"**

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Data lagres som oppgitt i meldingen (vedlagt).
3. Vedlagte samtykke benyttes. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
4. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
5. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.11 at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.
6. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.

7. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.

Studien er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med vennlig hilsen

  
Anette Engum

personvernombud for forskning

Kompetansesenter for personvern og sikkerhet

Epost:

Web:

## **Vedlegg III: Intervjuguide**

### **Intervjuguide Barnesykepleierens praktiske kompetanse**

Takke for at vedkommende lar seg intervju.

#### **Innhenting av nominelle data:**

Nominelle data innhentes. Kjønn, alder, arbeidssted (lokal eller universitetssykehus).

Hvor lenge er det siden informanten tok grunnutdanning i sykepleie?

Hvor lang tid er det siden vedkommende tok videreutdanning i barnesykepleie?

Hva slags avdeling jobber barnesykepleieren ved?

#### **Introduksjon til tema:**

En kort introduksjon til tema gis. Bakgrunn for intervjuet er å finne mer ut om barnesykepleieres opparbeidelse og utvikling av praktiske ferdigheter. Jeg er ute etter barnesykepleierens erfaring og opplevelser i den praktiske sykepleieutøvelsen.

Informanten får et utkast av intervjuguiden slik at vedkommende kan lese spørsmålene og eventuelt skrive ned stikkord.

#### **Spørsmål 1:**

Hva slags opplæring fikk du da du startet å jobbe i avdelinga? Hvordan var det tilrettelagt for at du skulle komme inn i ferdigheter og rutiner?

#### **Spørsmål 2:**

2 a) Har du vært i en situasjon hvor du opplevde at du hadde for liten kompetanse i forhold til de oppgaver du skulle utføre? Hvordan hadde du det den gangen?

Hva gjorde du i situasjonen?

Gjorde du noe i etterkant av situasjonen for å øke din kompetanse?

2 b) Hva gjør du selv for å utvikle din praktiske kompetanse?

2 c) Hva gjøres i avdelingen for å utvikle den praktiske kompetansen blant sykepleierne?

**Spørsmål 3:**

3 a) Kan du si noe om når du begynte å føle deg kompetent til å arbeide selvstendig i avdelingen? Hvor lenge hadde du arbeidet der?

3 b) Når opplevde du at du hadde kunnskap og ferdigheter til å mestre og å håndtere “vanlige” praksissituasjoner og uforutsette situasjoner?

**Spørsmål 4:**

Det er en ny prosedyre som skal innføres på stedet der du jobber.

Hvordan får du kunnskap om prosedyren? Hvilke “verktøy” blir brukt for å formidle kunnskapen om den nye prosedyren?

(Blir den skriftlige prosedyren presentert? Blir det gjort en praktisk presentasjon av prosedyren før den innføres som fremgangsmåte? Har du erfart at simuleringsøvelser i form av å trene på en dukke har blitt brukt?)

**Spørsmål 5:**

Hvordan tilrettelegger avdelingen din for opparbeidelse av praktiske ferdigheter? Blir det gitt teoretisk undervisning i forkant?

For eksempel øvelse i en akuttsituasjon, slik som hjertelungeredning? Hvordan trener dere på det?

**Spørsmål 6:**

Har du gått til sykepleiefaglig veiledning eller i refleksjonsgrupper med andre sykepleiere?  
Hva er din erfaring med det? Opplever du at det er sykepleiefaglig diskusjon i avdelingen?

**Spørsmål 7:**

Hva lærer du av i praksis? Kan du beskrive hva som er viktig for å kvalitetssikre sykepleien som blir utført i din kliniske hverdag?

**Spørsmål 8:**

Hva er det som spiller inn i din hverdag som sykepleier i utviklingen av din praktiske kompetanse? Hvilke faktorer? Kan du nevne noen faktorer som fremmer og hemmer?

**Spørsmål 9:**

Kan du reflektere litt rundt begrepet fortrolighetskunnskap?

Hva tenker du om begrepet ferdighetskunnskap?

**Spørsmål 10:**

Sykepleieteoretiker Patrica Benner har beskrevet fem ulike stadier for tilegnelse av kliniske ferdigheter hos sykepleiere. Det første stadiet er Novise. Det andre stadiet er Avansert nybegynner.

På det tredje stadiet i tabellen beskrives **kompetent** sykepleieutøvelse.

I korte trekk innebærer det at sykepleieren klarer å la handlingene sine styres av langsiktige mål eller planer. Han eller hun begynner å få oversikt over hva som er viktig og prioritere og hva man kan utelate. Den kliniske verden virker organisert. Sykepleieren mestrer og håndterer de mange omstendigheter ved den kliniske sykepleie, men mangler smidighet og hurtighet. En bevissthet og hensiktsmessig planlegging medfører at sykepleieren blir mer effektiv og organisert. Har jobbet under samme forhold i to-tre år.

Det neste stadiet er den **kyndige** sykepleieutøvelsen. Det er trinn fire i tabellen. Her oppfatter sykepleieren mer helheter enn bare aspekter av situasjonen. Perspektivet gir seg selv og man tenker seg ikke frem til det. Perspektivet kommer til syne på bakgrunn av tidligere erfaring og nyere opplevelser. Bygger på en dyp bakgrunnsforståelse av situasjonen. Bruker maksimer som normer/ rettesnorer for hva som bør tas med i egne overveielser/ vurderinger. Maksimer kan være små nyanser i situasjonen. En erfaren sykepleier vil kunne gi beskrivelser om små endringer i pasientens tilstand. Beskrivelsene vil være forståelige for en annen erfaren sykepleier som også innehar samme ekspertise. Uerfarne sykepleiere vil ikke forstå nyansene og beskrivelsene på samme måte, men de kan lære av det.

Det femte stadiet er **ekspert**. Ekspertsykepleieren trenger ikke lenger å bruke et analytisk prinsipp (en regel, en retningslinje, en maksime) for å omsette sin forståelse av en situasjon til en meningsfull handling. Ekspertsykepleieren har fått et intuitivt grep om enhver situasjon. Eksperten handler ut i fra en dyp forståelse av totalsituasjonen. Det innebærer ikke at ekspert-sykepleieren aldri bruker analytiske redskaper. I situasjoner hvor sykepleieren ikke har tidligere erfaring, er det viktig å være i besittelse av gode, analytiske ferdigheter.

Hvor befinner du deg? Vil du beskrive deg selv som en kompetent, kyndig eller ekspert sykepleier? Kan du reflektere litt rundt det?

### **Spørsmål 11:**

Har du noen tanker omkring tema som vi ikke har snakket noe om, men som bør nevnes?

Takke for at vedkommende lot seg intervju og dele sine erfaringer og tanker rundt tema.

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *”Praktisk kompetanse hos barnesykepleiere”*

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie for å få mer kunnskap om praktisk kompetanse hos barnesykepleiere. Formålet med studien er å belyse en del av sykepleieutøvelsen som hittil ikke har fått så mye oppmerksomhet. Som barnesykepleier med minst fem års klinisk praksis er du en informant som vil kunne ha kunnskaper og erfaringer om tema. Ansvarlig for studien er mastergradsstudent Kristin Jonassen i samråd med veileder Professor Åshild Slettebø, Universitetet i Agder, Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og sykepleievitenskap.

Studien er en del av en masteroppgave i Klinisk sykepleie. Funnene fra studien vil bli søkt publisert i et sykepleiefaglig tidsskrift.

#### **Hva innebærer studien?**

Studien vil innebære et intervju av rundt en times varighet. Intervjuet vil finne sted i nærheten av arbeidsplassen din. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og nedtegnet i sin helhet i etterkant.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Det vil ikke bli spurt om noen sensitive opplysninger i intervjuet. Du vil selv ikke ha noen direkte fordeler ved å delta i dette prosjektet. Under intervjuet vil du bli bedt om å reflektere rundt praktisk kompetanse. En intervjuguide vil bli fulgt.



Mulige ulemper ved og delta er å sette av egen tid til å gi et intervju. For enkelte kan det kanskje oppleves som en ulempe å gi informasjon i form av et intervju som blir tatt opp på lydbånd. Å ta opp intervjuet på lydbånd er hensiktsmessig for å huske detaljer og for å få med nøyaktige beskrivelser.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen fra studien og opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. De aidentifiserte opplysningene og det nedtegnede intervjuet vil bli oppbevart adskilt fra hverandre.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. I denne studien er det kun mastergradsstudent og veileder som har tilgang til det innsamlede datamaterialet. Sletting av datamaterialet vil foregå senest 31.12.-2011.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. I denne studien vil 5- 8 informanter bli intervjuet. Informantene vil arbeide ved to ulike sykehus. Selv om studien har få informanter, vil man ikke kunne gjenkjenne den enkelte informant i studien, men du vil kanskje kjenne igjen egne utsagn. Det er kun veileder og studenten som har informasjon om hvem som deltar i studien.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det får noen følger.

Hvis du ønsker det, kan du få lese gjennom den skrevne teksten etter at intervjuet har blitt transkribert (det vil si etter at det muntlige intervjumaterialet har blitt nedtegnet i skriftlig form).

Dersom du underveis i studien velger å trekke deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Prosjektperioden varer frem til 31.12.-2011.

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

Kristin Jonassen (mastergradsstudent), [kristj09@student.uia.no](mailto:kristj09@student.uia.no), mobilnummer 99 03 73 65 eller

Professor Åshild Slettebø (veileder), [ashild.slettebo@uia.no](mailto:ashild.slettebo@uia.no), telefonnummer 37 23 37 87.

Hvis du ønsker å delta i studien kan du ta kontakt med Kristin Jonassen på telefon eller e-post.

Vedlegg V: Søkeshistorikk

27.04.2011

searchhistory (4).html

S7	Based Learning") OR (MH "Self Directed Learning") OR (MH "Learning Laboratories") OR (MH "Experiential Learning")	Search modes - Boolean/Phrase	Advanced Search Database - CINAHL	31105
S6	(MH "Professional Development+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	11364
S5	(MH "Practical Nursing") OR (MH "Practical Nurses")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	4350
S4	(MH "Clinical Competence+") OR (MH "Competency Assessment") OR (MH "Professional Competence+") OR (MH "Advanced Nursing Practice+") OR (MH "Advanced Practice Nurses+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	52674
S3	(MH "Skill Acquisition") OR (MH "Nursing Skills")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	3292
S2	MH "Curriculum Development"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2308
S1	(MH "Education, Nursing, Practical")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	498

C:/Users/Kristin/.../searchhistory (4).html

2/3

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S11	S8 and S9	Limiters - Published Date from: 20000101-20111231; Peer Reviewed; Publication Type: Review; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Special Interest: Nursing Education, Pediatric Care Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	33
S10	S8 and S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2057
S9	(MH "Pediatric Nursing+") OR "pediatric nursing" OR (MH "Pediatric Nurse Practitioners+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	14250
S8	S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	96888
	(MH "Learning Methods+") OR (MH "Learning+") OR (MH "Learning Styles") OR (MH "Lifelong Learning") OR (MH "Problem-		Interface - EBSCOhost Search Screen -	

Wednesday, September 08, 2010 8:16:33 AM

# Query Limiters/Expanders Last Run Via Results

S8 S1 and S6 Limiters - Peer

Reviewed; Research

Article; Language:

Danish, English,

Norwegian, Swedish

Search modes -

Boolean/Phrase

Interface - EBSCOhost

Search Screen - Advanced

Search

Database - CINAHL

446

S7 S1 and S6 Search modes -

Boolean/Phrase

Interface - EBSCOhost

Search Screen - Advanced

Search

Database - CINAHL

901

S6 S2 or S3 or S4 Search modes -

Boolean/Phrase

Interface - EBSCOhost

Search Screen - Advanced

Search

Database - CINAHL

18986

S5 S1 and S3 Search modes -

Boolean/Phrase

Interface - EBSCOhost

Search Screen - Advanced

Search

Database - CINAHL

79

S4 (MH "Nursing

Knowledge")

Search modes -

Boolean/Phrase

Interface - EBSCOhost

Search Screen - Advanced

Search

Database - CINAHL

4851

S3 (MH "Nursing Skills") Search modes -

Boolean/Phrase

Interface - EBSCOhost

Search Screen - Advanced

Search

Database - CINAHL

1970

S2 (MH "Clinical

Competence")

Search modes -

Boolean/Phrase

Interface - EBSCOhost

Search Screen - Advanced

Search

Database - CINAHL

13149

S1 (MH "Nursing Staff,

Hospital")

Search modes -

Boolean/Phrase

Interface - EBSCOhost

Search Screen - Advanced

Search

Database - CINAHL

9897

EBSCOhost: Print Search History

<http://web.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid...>

08.09.2010 15:16

# *Barnesykepleierens utvikling av praktisk kompetanse i klinisk praksis*

---

The pediatric nurses development of practical competence in clinical practice

Vård i Norden

<http://www.vardinorden.org/ikbViewer/Content/326233/Alle%20retningslinjer%202008.pdf>

**Student: Kristin Jonassen    Veileder: Åshild Slettebø**

**Dato: 23.mai 2011**

**Antall ord: 5242**

**ABSTRACT AIM:** The aim is to describe how the pediatric nurse describes experience of her own competence and development in practical competence in the clinical practice. The purpose is to find new knowledge about developing practical competence. **BACKGROUND:** Some studies have been done in Norway earlier about how the nurse develops practical competence, but only a few studies have dealt with the pediatric nurse. **METHODS:** A qualitative study, phenomenologic-hermeneutic approach has been used and data collection has been done through semi-structured interviews with seven pediatric nurses. Nurses from one district hospital and one university hospital in the southern part of Norway participated in this study. **FINDINGS:** The practical context is complex. In some situations the pediatric nurse experiences a feeling of being competent. In others she is proficient and in other situations she is an expert. The pediatric nurse experiences her level of competence is dependent on former experience and knowledge about the patients` situation. Benner`s model From Novice to Expert is used in this study. **CONCLUSION:** The clinical practice is complex. The competence level depends on the practical context, the previous experience of the nurse and what kind of nursing skills the patient situation requires.

[Skriv inn tekst]



Key words; Practical competence, nursing skills, pediatric nursing, hands-on nursing, competence development.

## **INTRODUKSJON**

### ***Bakgrunn***

Bakgrunn for valg av tema er interesse rundt utvikling av praktisk kompetanse hos barnesykepleiere. Etter endt videreutdanning i barnesykepleie er det et kontinuerlig behov for å holde seg sykepleiefaglig oppdatert for å kunne møte de ulike behovene som stilles til sykepleieutøvelsen i den praktiske hverdagen.

### ***Tidligere forskning***

Tidligere er det gjort to studier i Norge om evaluering av nyutdannede sykepleieres kompetanse (1). I 1997 gjorde Havn og Vedin en undersøkelse med tittelen "*Nyutdannede sykepleieres kompetanse i et utdanningsperspektiv*" (2). De undersøkte om det fantes et kompetansegap mellom det studentene lærte i sykepleierutdanningen, og de kravene som sykepleierne stod overfor i praksis. Undersøkelsen viste at mange av sykepleierne opplevde at de hadde en relativt begrenset kompetanse i møte med den nye arbeidsplassen. Samme år gjorde Bjerkvik en spørreundersøkelse blant 130 nyutdannede sykepleiere om forventning til yrkesrollen, opplevelse av faglig kompetanse etter endt utdanning og behovet for faglig veiledning (3). Funn fra undersøkelsen viste at det er et behov for å se nærmere på forventet faglig kompetanse etter endt sykepleierutdanning, i tillegg til å gå i dybden på veiledningstiltak for nyutdannede sykepleiere. I perioden 1999- 2005 gjennomførte

[Skriv inn tekst]

Fagermoen, Grønseth og Taraldsen Valeberg en kvantitativ studie om nyutdannede spesialsykepleieres opplevelse av kompetanse i forhold til arbeidskrav. 473 anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleiere samt 22 studenter i videreutdanning, ble inkludert i studien. I 1998 ble videreutdanning i anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie overført fra sykehus til høgskolesystemet. Lengden på utdanningen ble redusert fra 78 uker til tre semester (1). Etter denne endringen ville man evaluere krav til spesialsykepleierens kompetanse for å kvalitetssikre at mål om funksjonsdyktighet ble opprettholdt (1). På opplevet kompetanse scoret spesialsykepleierne relativt høyt. Det gjorde også studentene under videreutdanning.

Når det gjelder praktiske ferdigheter, er det prosedyreferdigheter som har fått mest oppmerksomhet(4). Bjørk er professor og utdannet sykepleier. Hun har skrevet mye om læring og kompetanseutvikling hos sykepleierstudenter og sykepleiere (5). Bjørk undersøkte utviklingen av ferdigheter hos nyutdannede sykepleiere på en kirurgisk avdeling med intervall på 1- 3, 4- 7 og 8- 14 måneders praksis (4). Hun undersøkte ferdigheter som mobilisering av en postoperativ pasient og prosedyre for første postoperative sårstell. Bjørk brukte videoopptak og intervju med pasient og sykepleier i sin undersøkelse (4). Funn fra undersøkelsen var oppsiktsvekkende. Sykepleierne brukte ikke sengen på en hensiktsmessig måte, og de begrunnet sine valg på ulike måter. Ved flere anledninger ble bandasjeskiftprosedyren utført slik at operasjonssåret kunne kontamineres. Bjørk konkluderer med at det å lære praktiske sykepleieferdigheter er en sammensatt prosess, og at det må tilrettelegges i klinikken for å sikre at nyutdannede sykepleiere har muligheter til å lære i praksis (6).

Ved å bruke deltakende observasjon og kvalitative intervjuer utforsket sykepleieteoretiker Patricia Benner hvordan sykepleieutøvelsen var i klinisk sammenheng. Hun ønsket å finne karakteristika som var beskrivende for sykepleiere på de ulike stadiene fra novise- til ekspert-

nivå (7). Benner beskriver at kvalitativ metode er hensiktsmessig å bruke for å kunne utvikle teorier om praksisfeltet (8).

### ***Valg av litteratur***

Det har blitt gjort litteratursøk i databaser som Cinahl, Medline, Scopus, Joanna Briggs, Swemed og Cochrane Library. Flest relevante funn fremkom i Cinahl og Medline. Det ble benyttet et PICO skjema i forkant av litteratursøket (9). Noen av søkeordene som ble brukt var “Clinical Competence”, “Practical Skills”, “Skills Acquisition”, “Pediatric Nursing”, “Advanced Nursing Practice”, “Professional Competence” og “Lifelong Learning”. Søket ble avgrenset til å gjelde engelske, danske, svenske og norske artikler som er Peer Reviewed i perioden 1/1-2002 til 26/4-2011.

### ***Teori: Utvikling av sykepleieferdigheter***

Patricia Benner beskriver fem stadier for tilegnelse av kliniske ferdigheter tilpasset sykepleiere. Modellen hun har utviklet, bygger på Dreyfus- brødrenes modell for tilegnelse av ferdigheter (10). Modellen er innrettet på situasjoner, ikke talent eller egenskaper (11). I modellen presenteres ulike eksempler på hvordan sykepleieren utvikler seg på de ulike ferdighetsstadiene novise (Novice), avansert nybegynner (Advanced Beginner), kompetent (Competent), kyndig (Proficient) og ekspert (Expert). Kompetent, kyndig og ekspert vil være sentrale i denne artikkelen.

### **Kompetent**

Den kompetente sykepleieren har to- tre års arbeidserfaring fra samme arbeidssted.

Sykepleieren begynner å få oversikt over hva som er viktig å prioritere, og hva man kan

utelate, men mangler hurtighet og smidighet (10). En bevisst og hensiktsmessig planlegging fører til at sykepleieren blir mer effektiv og organisert (11). Den kompetente sykepleieren vil ha nytte av simuleringsøvelser og rollespill (10).

## **Kyndig**

Den kyndige har jobbet med samme pasientgruppe i omtrent tre til fem år. Han eller hun oppfatter situasjoner som helheter istedenfor som aspekter, og sykepleieutøvelsen veiledes av maksimer (11). Maksimer gjenspeiler nyanser ved situasjonene. Den kyndige sykepleieren har en erfaring og en forventning til hva som "normalt" vil innfinne seg. *"You could read a situation, recognize changing relevance, and shift your perspective on the situation, (...). You still have to think about what to do."* ((12), 1997, side 16BB). Den kyndige undervises best ved hjelp av en case som er lik dem som inntreffer i autentiske kliniske situasjoner (7).

## **Ekspert**

*"The focus of the nurse's narrative is on the action taken rather than the identified problem"* ((12), 1997, side 16 BB). Ekspertsykepleieren trenger ikke lenger å bruke et analytisk prinsipp, for eksempel en regel, en retningslinje eller en maksime, for å omsette sin forståelse av en situasjon til en meningsfull handling. Ekspertsykepleieren har fått et intuitivt grep om enhver situasjon og handler ut i fra en dyp forståelse av totalsituasjonen. Ekspertsykepleieren bruker kun analytiske redskaper i situasjoner hvor sykepleieren ikke har tidligere erfaring, og når hun er i tvil om riktig vurdering er gjort. Ekspertkunnskapen er en sammensmeltning mellom teoretisk og praktisk kunnskap (11). Det står ikke beskrevet hvordan ekspertsykepleieren best kan undervises.

## ***Taus kunnskap***

Polanyi argumenterer for at kompetanse er definert ved taus kunnskap, ikke ved eksplisitt kunnskap. Den tause kunnskapen er det vi vet, men ikke kan forklare så lett. Den inkluderer bruk av tommelfingerregler, mønstre for gjenkjennelse av situasjonen og intuisjon ((13), 2002, side 227, egen oversettelse).

## ***Kompetanse***

“*Competence is developmental*” ((13), 2002, side 227). Det er mulig å utvikle kompetanse. Kompetanse omfatter både kommunikasjon, kunnskap, tekniske ferdigheter, kliniske vurderinger, følelser, verdier og refleksjon i den daglige praksisen (13).

## ***Barnesykepleie***

Barnesykepleie ytes til barn og ungdommer i aldersgruppen 0- 18 år. Det innebærer sykepleie til barn som er født for tidlig, kronisk syke, akutt syke, barn med funksjonshemninger og barn som er utsatt for ulykker (14). Barnesykepleieren skal følge krav om kontinuerlig opplæring, utøve forsvarlig bruk av medisinsk teknisk utstyr samt opprettholde kompetansen. Barnesykepleieren skal sikre at praksis er erfarings- og kunnskapsbasert, i tillegg til å stimulere og bidra til forskning og fagutvikling ((14, 15), 2008, punkt 3, side 4 i Yrkesetiske retningslinjer). Teknologi og sykepleiepraksis endres kontinuerlig. Det skaper et behov for profesjonell utvikling for å sikre og utvikle kvalitet i sykepleien (16).

## ***Hensikten med artikkelen***

Hensikten med artikkelen er å beskrive hvordan barnesykepleieren beskriver opplevelse av egen kompetanse og utvikling av praktisk kompetanse i klinisk praksis.

# METODE

## *Design og metode*

Studien har en kvalitativ design med hermeneutisk fenomenologisk metode. Forskeren var interessert i å finne ut om informantenes erfaringer og opplevelser. Det ble gjort intervju og en semi-strukturert intervjuguide ble brukt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert i sin helhet i etterkant. Det var hensiktsmessig å bruke båndopptaker for å få med detaljerte utsagn i forhold til informantenes beskrivelser. En fortolkende analyse ble brukt. Forskeren støttet seg til Kvale (17) og Gadamer (18) i analysen og fortolkningsprosessen.

## *Beskrivelse av prosjektet*

### **Utvalg**

Informantene til studien ble rekruttert fra to ulike barneavdelinger. Deltakerne skulle ha arbeidet minst fem år i klinisk praksis i 75 % stilling med pasientrettet arbeid. Alle syv informantene var barnesykepleiere. Tre av sykepleierne, arbeidet ved et lokalsykehus, mens fire arbeidet ved et universitetssykehus. Alle informantene var kvinner. En av avdelingene var en generell barneavdeling med nyfødtpost i nær tilknytning. Den andre avdelingen var en spesialisert barnemedisinsk avdeling. Sykehusene var i Sør-Norge. Inklusjonskriteriene ble utvidet til å inkludere to barnesykepleiere med mindre enn fem års erfaring. I tabell 1- 3 presenteres antall informanter, alder på informantene og arbeidserfaring etter endt grunn- og videreutdanning.

**Tabell 1. Alder**

Aldersgruppe	20- 30 år	31- 40 år	41- 50 år	51- 60 år
Antall	1	2	0	4

**Tabell 2. Arbeidserfaring etter grunnutdanning**

Arbeidserfaring etter grunnutdanning	0- 10 år	11- 20 år	21- 30 år	31- 40 år
Antall	2	1	2	2

**Tabell 3. Arbeidserfaring etter videreutdanning**

Arbeidserfaring etter videreutdanning	0- 5 år	6- 10 år	11- 15 år	16- 25 år
Antall	2	3	1	1

## **Analyse**

En induktiv analyse ble brukt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert fortløpende. Intervjuene ble transkribert ordrett. Intervjuene ble lest gjennom flere ganger, og meningsenheter kom til syne. Dette er i tråd med Kvaales induktive analyse (17). En artikkel om kvalitativ innholdsanalyse ble også brukt under analyseprosessen (19). Analyseskjemaet er illustrert i tabellen under.

**Tabell 4. Analyseskjema**

Sitat fra intervju	Meningskondensering av sitatene	Mulig kategori Latent eller manifest	Tema
<i>“Det er jo alltid grader av kompetent. Du føler deg kompetent på noe, men ikke noe annet.”</i>	Grader av kompetanse. Føle seg kompetent.	Opplevelse av egen kompetanse.	Kompetanse

## ***Etiske overveielser***

Godkjenning fra Fakultetets etiske komite og Personvernombudet ble innhentet før masterstudenten gikk i gang med prosjektet (20). Alle informantene signerte skriftlig informert samtykke. Deltakelsen var frivillig, og informantene kunne velge å trekke seg når som helst (21). Datamaterialet ble aidentifisert. Datamaterialet ble oppbevart innelåst da det ikke ble arbeidet med, og det vil bli slettet senest 31/12- 2011.

## ***Beskrivelser***

Barnesykepleierne beskrives som studiedeltaker, barnesykepleier, sykepleier eller informant. Alle informantene har fått fiktive navn. Masterstudenten beskrives som intervjuer, masterstudent, forsker og uerfaren forsker.

## **FUNN**

### ***Kompetanse***

På spørsmål om opplevelse av kompetanse hadde alle informantene en oppfatning om hva slags kompetansenivå de var på i forhold til kompetent, kyndig og ekspert. Opplevelsen av kompetanse var avhengig av situasjonen og pasientene de møtte i praksis. Forhold som gikk på kjennskap til pasient, diagnose og prosedyrer, spilte inn. Informantene beskrev modellen til Benner med ulike metaforer. En informant beskrev den som trappetrinn, en annen som en pendel som er i bevegelse mellom ulike punkt. En informant beskrev seg primært som kompetent, to som kyndig, to som eksperter, og to opplevde at de var på alle de tre nivåene.



## **Flytende overganger**

Barnesykepleierne beskrev at det både er bevegelse og flytende overganger mellom de ulike nivåene av kompetanse. Det er konteksten som avgjør hvilket nivå barnesykepleieren befinner seg på. Med kontekst menes tidligere erfaringer, pasientsituasjoner og oppgavene barnesykepleieren står oven for. Informant Emma uttrykker det slik: *“Det er jo alltid grader av kompetent. Du føler deg kompetent på noe, men ikke noe annet. Så møtte jeg plutselig et dødsfall, det følte jeg meg ikke kompetent på.”*

Basert på empiriske funn fra undersøkelsen kan det virke som barnesykepleieren opplever at hun er kyndig eller ekspert på områder hvor hun har opparbeidet seg mye mengdetrening og erfaring. Dukker det opp situasjoner som ikke er hennes spesialfelt, beskriver hun at hun mangler kompetanse og ikke har nok kunnskaper. *“Etter hvert bygger du deg jo gradvis opp en handlingsberedskap og erfaring på det uforutsette. Det hjelper å ha kunnskap.”* (Informant Dina). Informant Camilla beskriver seg kompetent med unntak av noen situasjoner: *“Men akkurat i akuttsituasjoner så føler jeg meg kanskje ikke kompetent, men da står jeg jo der sammen med legen.”*

## **Faktorer som påvirker utvikling av kompetanse**

Faktorer som påvirker barnesykepleierens læring i praksis, er pasienter og nærhet til praksisfeltet. I tillegg nevnes sykepleiefaglig veiledning, diskusjon og refleksjon.

Barnesykepleierne lærer av praktisk og teoretisk undervisning, ved å se hva andre gjør, ved å få utfordringer og ved å utøve prosedyrer selv. Personlige faktorer som egen motivasjon, faglig nysgjerrighet og personlig engasjement er også viktig. *“Jeg lærer av å se andre jobbe, spørre hva andre gjør i en gitt situasjon.”* (Informant Birgitte.)

*“Så når folk har vært ute i permisjon, så går en jo ofte ned i kompetanse for en kortere eller lengre periode.”* (Informant Camilla). Det kan dreie seg om å være ute i svangerskaps-

permisjon eller ved å gjøre andre oppgaver, slik som administrative oppgaver. En fagutviklingssykepleier beskriver at hun velger og ikke å tilbringe mye tid på kontoret.

*“Sykepleie er jo et praktisk fag som må vedlikeholdes.”* Hun utdyper at hun holder kunnskapen i faget varmt ved å ha jevnlig pasientkontakt, ha pasienter med ulike diagnoser og ved å utføre sykepleieroppgaver som gjøres på kvelds- og nattetid.

For å trygge en kontinuerlig kompetanse i avdelinga ble turnuser som sikrer en jevn fordeling av kompetansen, trukket frem som eksempel. Det var viktig at alle sykepleiere skulle få lede pre-visitten. Under pre-visitten er det mye kunnskap å hente, i tillegg til at man lærer av diskusjonen. *“De uerfarne sykepleierne må få oppgaver hvor de vokser inn i rollen.”*

(Informant Emma). De uerfarne sykepleierne får oppgaver hvor de kan øke egne kunnskaper og ferdigheter. En av informantene beskriver at hun er bevisst på å ta utfordringer på områdene hvor hun fortsatt har en del å lære, og ved å ta en videreutdanning økte hun egen kompetanse.

Ved det ene sykehuset opplevde barnesykepleierne at de mistet kompetanse på noen områder. Det å ha pasient på respirator, er et eksempel på et slikt område. Ofte blir disse pasientene nå sendt til et annet sykehus. Her er utfordringen å vedlikeholde kompetansen og ferdighetene ved å ha barn på respirator. For å opprettholde kunnskapen og ferdighetene måtte barnesykepleierne hospitere ved andre sykehus og tørrtrene jevnlig på respiratoren. Her blir caseundervisning brukt.

En av informantene trakk frem kostnadsaspektet ved å utvikle en sykepleier fra novise- til ekspertnivå.

*I en hverdag i Helse-Norge i dag der det hele tiden snakkes om bevilgninger, ressurser og pengebruk. Da blir det veldig ofte glemt at det koster veldig mye å få en sykepleier fra novise- til ekspertnivå. Kompetansen er kanskje ikke så lett å måle i kroner og øre.*

*Men det å ikke ha kompetente sykepleiere på jobb, det er en kostnad. (Informant Fredrikke).*

Informanten savner en satsing på kompetanse i sykepleierfaget og understreker at det faktisk er en kostnad ikke å ha kompetente sykepleiere på jobb.

## ***Ulike kompetansenivå***

### **Kompetent**

En informant beskriver det slik: *“Jeg vil være kompetent til å ha noen pasienter, men ikke ha den samme mestringsfølelsen med en annen type pasient.”* Opplevelsen av kompetanse er avhengig av hvilken type pasient barnesykepleieren møter i praksis.

Informant Gunilla beskriver at det har skjedd en endring i kompetansenivå etter gjennomført videreutdanning. *“Hadde jeg tatt videreutdanning da, så ville jeg stått på mer overfor den legen, i forhold til å få flyttet pasienten over på intensiv.”* Sykepleieren hadde ikke så mye kunnskap og erfaring i en pasientsituasjon for en tid tilbake. Hun opplevde å ikke bli hørt av vakthavende lege angående en pasient som ble akutt kritisk syk på en nattevakt. Økt kompetanse etter en videreutdanning kan også føre til en økt tillit til egne vurderinger, slik at man tør å si i fra, hvis man er uenig med en kollega i en gitt situasjon.

### **Kyndig**

Noen av informantene beskrev at de var på et kyndig nivå, mens andre beskrev at de var på nivået mellom kyndig og ekspert. Barnesykepleierne erfarte at de så de store linjene og hvor pasienten var på vei hen. På bakgrunn av gjenkjennelse av tidligere situasjoner, hadde de erfaringer til å se hele prosessen, trinn for trinn. Et klinisk eksempel som illustrerer dette er pasienten som ble dårlig på nattevakt. Vakthavende lege tok det ikke alvorlig. Pasienten ble

overflyttet til intensiv på formiddagen. Barnesykepleieren beskriver at hun nå hadde mer kompetanse og ville vært trygg på å tilkalle bakvakten, hvis hun ikke fikk hjelp av vakthavende lege. Hadde hun hatt mer kompetanse, det vil si erfaring og faglig kunnskap, den gang, kunne kanskje annen behandling ha blitt startet tidligere, med et annet utfall for pasienten.

Informant Fredrikke beskriver at hun etter videreutdanningen har et annet grunnlag for å gjøre vurderinger enn tidligere. Et eksempel er et barn med status epilepticus som får medikamentell behandling i form av rivotril-, midazolam- og stesoliddrypp.

Barnesykepleieren beskriver at hun nå vil være mer opptatt av barnets lungefunksjon. Hun har nå mer kunnskap om hva langvarig sengeleie vil gi av lungeproblemer, hvilke bivirkninger medisinene gir, og om sengeleiets komplikasjoner. Dermed vil hun nå kunne utøve en sykepleie som rommer flere aspekter.

## **Ekspert**

Informanten beskriver at hun ikke er så mye i klinikken lenger, men hvis hun får lov til å fordype seg i pasientene sånn som før, er hun ekspert. I mange tilfeller får hun fort med seg essensen i situasjonen. Men hun er aldri så ekspert at hun ikke bruker analytiske redskaper.

*“Jeg er ikke så ekspert at jeg ikke må ha med meg årvåkenheten min, jeg må ha med meg hodet.”* Når barnesykepleieren forteller om en pasientsituasjon hvor pasient med høyt blodtrykk og høy blødningsfare får en hjerneblødning, så beskriver hun at hun forstår det som skjer. En mindre erfaren sykepleier ville kanskje ikke fanget opp situasjonen så raskt og dermed heller ikke handlet like hensiktsmessig.

En av informantene beskriver at hun gir to ulike rapporter til henholdsvis en erfaren og en uerfaren sykepleier, når hun gir rapport om en kritisk syk pasient. Kanskje barnesykepleieren

her gir informasjon i form av en maksime til en kollega som har en dyp bakgrunnsforståelse for situasjonen, og som kan forstå hva beskrivelsen innebærer?

## **DISKUSJON**

### **Faktorer som påvirker utvikling av kompetanse**

Hvis barnesykepleieren har lengre opphold borte fra praksis (8), pasienter og sykepleiefaglige oppgaver, vil det medføre en endring av kompetansenivå. I følge Martinsen kan inaktivitet føre til at man faller tilbake til et lavere kompetansetrinn (8). Beskrivelsen synes å være sentral og viktig. Den er i tråd med hvordan en av informantene beskriver det når en sykepleier er ute i permisjon for en kortere eller lengre periode. Når barnesykepleieren endrer arbeidsoppgaver, eller av ulike årsaker ikke praktiserer i klinikken, vil det medføre en endring i kompetansenivå.

Dersom det faglige engasjementet og interessen for å vedlikeholde ferdigheter og opprettholde kunnskapen som fordres i praksis, blir mindre, vil dette over tid medføre en endring i kompetansen. Det må gis muligheter til å utvikle profesjonell kompetanse i den kliniske praksis (16).

Det er viktig med en turnus som sikrer en jevn fordeling av kompetansen i avdelingen, slik at mindre erfarne sykepleiere har mulighet til å rådføre seg med erfarne klinikere i hverdagen (22).

### **Kompetent**

I følge Benner (10) er sykepleieren kompetent når vedkommende har arbeidet to- tre år ved samme avdeling. Informantene beskriver at de opplevde seg som kompetente etter at de hadde arbeidet i praksis i et halvt til et års tid. En av informantene beskriver at hun i ettertid ser at hun ikke var kompetent, selv om hun følte seg kompetent. På den ene siden opplever

sykepleieren at hun er kompetent, mens hun i enkelte praksissituasjoner erfarer at hun ikke har nok kompetanse.

Kari Martinsen har utarbeidet en kompetanselæringsstige, som bygger på Dreyfus-brødrenes modell for ferdighetslæring. Den kompetente sykepleieren handler selvstendig og kan vurdere hvilken plan som bør legges og følges for å nå målet (8). På bakgrunn av erfaringen hun har opparbeidet seg, gjør hun vurderinger i forhold til sykepleieutøvelsen. Perspektivet er valgt og bevisst. Sykepleieren føler ansvar for resultatet. Martinsen beskriver ikke hvor lenge sykepleieren har arbeidet i klinikken, eller hva sykepleieren lærer av.

Benner beskriver at den kompetente sykepleieren tilegner seg ferdigheter ved hjelp av undervisning med case. Empiri fra denne undersøkelsen viser at det er ulike faktorer som bidrar til læring. Barnesykepleieren får kunnskaper gjennom å arbeide i team, teoretisk og praktisk undervisning, ulike former for veiledning, sykepleiefaglig diskusjon samt gjennom refleksjon med kollegaer og pasient / pårørende. De tilegner seg praktiske ferdigheter ved å utføre prosedyren selv. Det er mulig å utvikle den profesjonelle kompetansen, som er midlertidig og avhengig av kontekst. Praksis er sammensatt av mange ulike faktorer som bidrar til læring. Dette er i tråd med oversiktsartikkelen om utvikling av kompetanse (13).

Barnesykepleierne beskriver at caseundervisning blir brukt under øvelse på akutsituasjoner eller ved mottak av pasient med ukjent diagnose. Ingen av informantene nevner at rollespill blir brukt i dagens praksis i klinikken. Under tverrfaglige simuleringsøvelser utfører sykepleieren egne arbeidsoppgaver. Flere artikler beskriver bruk av simuleringsøvelser som et hensiktsmessig verktøy for å tilegne seg nye praktiske ferdigheter og å øve på praksissituasjoner som ikke forekommer så ofte i klinikken (23, 24).

Egen erfaring fra videreutdanning i barnesykepleie er at caseundervisning ble mye brukt. Case kunne være knyttet opp til en pasient med spesielle behov, eller være rettet mot medisinsk

teknisk utstyr, slik som CPAP-behandling. Øvelse på hjerte- lunge- redning var også casebasert. Rollespill ble brukt i veiledningsgrupper. Sykepleiefaglig diskusjon kunne ta utgangspunkt i en case som ble presentert for kollegaer i lunsjpausen. Ved en avdeling ble etiske dilemma tatt opp og diskutert i et forum som ble kalt *Etiske smuler*. I etterkant av undersøkelsen ser forsker at direkte spørsmål vedrørende caseundervisning og rollespill kunne vært stilt for å få mer informasjon om denne formen for undervisning.

Martinsen beskriver at sykepleieren arbeider ut i fra en problemløsningsmetode og utdyper: *“Et mål som er bra for pasienten blir opplevet som godt.”* ((8), 2003, side 24). Det som er bra for pasienten, oppleves også bra for den kompetente sykepleier. En informant beskriver *“Jeg opplever at jeg har oversikt over nyanser og detaljer og kjenner situasjonen godt. Det oppleves godt å kunne hjelpe pasienten på en tilfredsstillende måte.”*

Martinsen beskriver at spesialiseringkunnskapen er på et kompetent nivå. For å starte på en videreutdanning kreves arbeidserfaring fra klinisk praksis i minst to år (25). Mange sykepleiere vil være på et kompetent nivå før de starter i videreutdanningen. Er det ikke slik at en sykepleier som har tatt videreutdanning, vil øke sin kompetanse såpass mye at han eller hun vil være på et kyndig nivå i mange situasjoner?

## **Kyndig**

Barnesykepleierne beskriver praksissituasjoner og case hvor de håndterer sammensatte situasjoner og pleiebehov. Etter at sykepleierne økte kompetansen gjennom en videreutdanning, ser de nå nye behov og utfordringer hos pasientene. Den kyndige arbeider ut i fra maksimer. På bakgrunn av nye ferdigheter og ny erfaring evner barnesykepleieren å gjøre en vurdering av pasientens tilstand og oppdage nye behov. Dette er i tråd med Benners beskrivelse av den kyndige sykepleieren.

I følge Martinsen evner den kyndige, på bakgrunn av erfaring, å handle helhetlig i forhold til situasjonen. Mønstre og strukturer gjenkjennes på bakgrunn av erfaringen. Sykepleieren sammenlikner tidligere situasjoner med den nåværende situasjonen. Perspektivet presenteres gjennom erfaringen og blir ikke valgt eller tenkt ut. Sykepleieren har opparbeidet *know how* og intuitiv forståelse for situasjonen. Sykepleieren vil med et blick kunne oppfatte når pasienten er i stand til å ta del i sin sykdomsprosess. Sykepleieren vil lære gjennom kliniske situasjoner og casestudier (8). Barnesykepleieren som erfarer at pasienten får hjerneblødning, forstår det som skjer, og handler intuitivt på bakgrunn av tidligere erfaring. Den uartikulerte kunnskapen er fremtredende på nivåene kyndig og ekspert, slik den er i det nevnte eksempelet.

I følge Martinsen var det omsorg som tidligere var målet med sykepleien (8). De senere årene har *“målet med sykepleien endret seg fra å tilstrebe å bli ekspert, med omsorg som mål, til å bli kompetent, med behandling som mål”* ((8), 2003, side 31). På den ene siden har betydningen av omsorg fått mindre plass innen utdanningen av sykepleiere, samtidig som bruk av teknologiske hjelpemidler har fått større oppmerksomhet (8). Betragtningen er interessant. Hele endringen i sykepleiepraksis skyldes en økt teoretisering av sykepleiefaget. Endringen medførte at eksempellæringstradisjonen fikk mindre plass i utdanningen (8). Mange av informantene var seg bevisst at sykepleieyrke er et praktisk fag, hvor ferdighetene måtte holdes ved like, gjennom jevnlig øvelser i klinikken. Omsorg er en viktig del av yrket fremdeles. De tekniske hjelpemidler er nødvendige bidrag i den sammensatte kliniske konteksten. For å yte en faglig forsvarlig sykepleie (14) må barnesykepleieren mestre de medisinsk-tekniske hjelpemidlene, slik som doseinnstilling av cytostatika på en intravenøspumpe.

Praksisfeltet blir mer spesialisert og sammensatt for hvert tiår som går. Det krever at sykepleieren klarer å tilegne seg nye ferdigheter og kunnskaper for å utføre en faglig



forsvarlig sykepleie (14, 15). Sett i lys av endring i lengden på sykepleierutdanningen, og på bakgrunn av de to nevnte undersøkelser om den nyutdannede sykepleiers opplevde kompetanse (2, 3), er det ting som tyder på at mange sykepleiere ikke er kompetente når de er ferdig med bachelorutdanningen. Kanskje de snarere er på novisenivå eller nivå for avansert nybegynner? Slik evalueringsundersøkelsen til Havn og Vedin (2) bekrefter, så er det et gap mellom den utrustning og erfaring sykepleieren har, og de kravene sykepleieren møter i praksis som nyutdannede. Under en videreutdanning i barnesykepleie, hvor studenten evalueres og vurderes fortløpende av kontaktsykepleier, praksisveileder (26) og lærer, vil kunnskapshullene avdekkes, slik at studenten kan fokusere på det han eller hun trenger mer mengdetrening på. Undersøkelsen til Taraldsen Valeberg med flere viser at barnesykepleierne opplevde kompetansen som god på veldig mange områder, mens studentene i videreutdanning beskrev kompetanseopplevelsen med noe lavere score (1).

De fleste av informantene i denne undersøkelsen beskrev seg som kyndig eller ekspert. Alle sykepleierne er utdannet etter 1950 med en 3-årig grunnutdanning som grunnlag for å praktisere som sykepleiere. Når praksislæringen har fått mindre oppmerksomhet i grunnutdanningen, er det ikke rart at de nyutdannede har et annet kompetansenivå etter endt utdanning. Noen ganger er det muligens nødvendig med en videreutdanning for å avansere til nivåene kyndig og ekspert.

Martinsen sier at det er flytende overganger mellom det å være kyndig, dyktig og ekspert (8), altså de to øverste nivåene, hvor Benner bruker begrepene kyndig og ekspert. Det er i tråd med informantenes beskrivelser.

## **Ekspert**

Ekspertsykepleieren handler på bakgrunn av tidligere erfaring. I følge Benner bruker sykepleieren kun analytiske redskaper når det er situasjoner hun ikke kjenner så godt til (10).

Martinsen derimot beskriver at sykepleieren benytter analytiske vurderinger på ekspertnivå, men det er for å overveie egne beslutninger. Det er en kritisk refleksjon med tanke på egen intuisjon (8). Slik en av informantene beskriver det, så må hun ha med seg årvåkenheten sin i alle situasjoner, selv om hun ser på seg selv som ekspert i mange tilfeller.

Verken Martinsen eller Benner beskriver hvordan ekspertsykepleieren kan undervises. Ekspertsykepleieren lærer av refleksjon og ved å bruke maksimer. Jevnlig kontakt med praksisfeltet, en gitt mengdetrening, refleksjoner med andre ekspertsykepleiere, vedlikeholde ferdigheter og utøvelse av sykepleierfaget er sentrale momenter. Flere av informantene beskrev at de var på ekspertnivå, eller at de i alle fall hadde vært det tidligere, da de arbeidet mye i praksis.

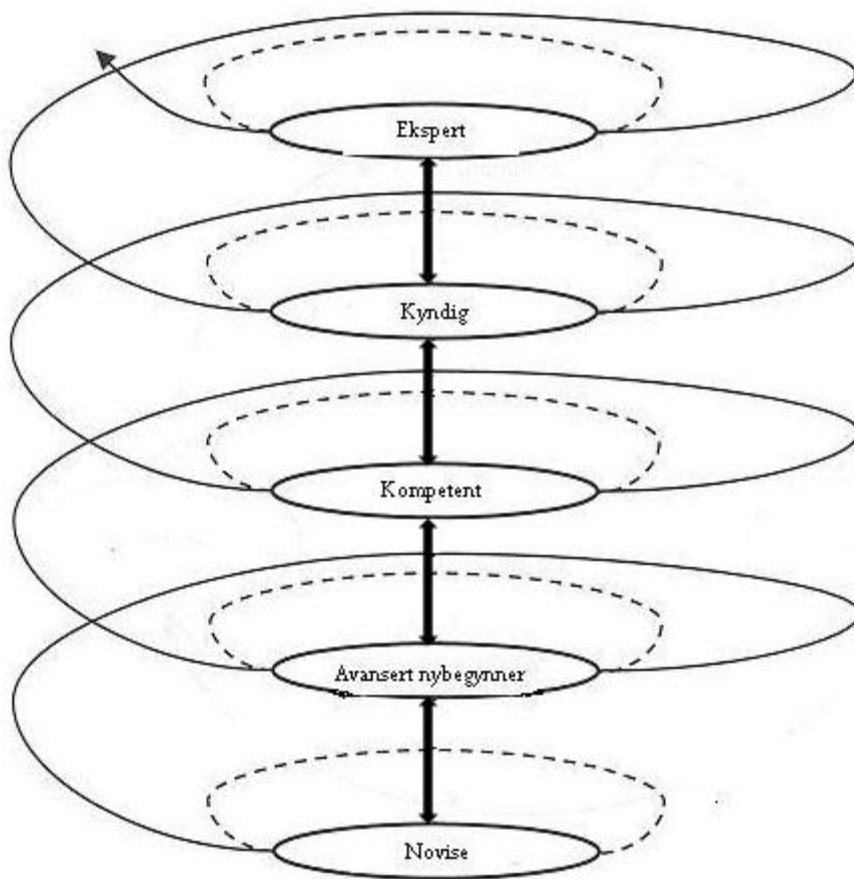
Informantene beskriver at det er stor bredde og spesialisering i diagnosene i praksisfeltet. Sykepleierne får dermed ikke samme erfaring og dybdekunnskap om alle pasientgrupper. Den økte spesialiseringen fordrer et bredere spekter av ferdigheter og kunnskaper.

## **Presentasjon av kompetansespiralen**

Kompetanse kan kanskje illustreres med en spiral, hvor ekspert er på toppen og novise er på bunnen. Figur 5 skal illustrere barnesykepleierens opplevelse av kompetanse. Pilene viser bevegelsen både opp og ned i spiralen mellom de ulike ferdighetsnivåene. Med kontekst menes tidligere erfaring, kjennskap til pasientsituasjon og hvilke type sykepleieroppgave som fordres av barnesykepleieren i situasjonen.

**Figur 5. Kompetansemodellen**

Sykepleiefaglig kontekst



## ***Konklusjon***

Det er ulike faktorer som påvirker barnesykepleierens kompetanseutvikling. De ulike kompetansenivåene er forsøkt illustrert med en kompetansespiral. Slik som beskrevet befinner barnesykepleieren seg på ulike nivå avhengig av kontekst, hvilke pasienter hun skal ha, og tidligere erfaring. Et nytt og viktig funn er hvordan barnesykepleieren opplever egen kompetanse. Kompetanseopplevelsen er avhengig av hva slags sykepleie barnesykepleieren skal utføre. Et sammensatt praksisfelt krever sammensatte kunnskaper og ferdigheter.

## LITTERATURLISTE

1. Taraldsen Valeberg B, Grønseth R, Fagermoen MS. Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning. SYKEPLEIEN FORSKNING. 2009;03/09:207-13. Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning>
2. Havn V, Vedi C. På dypt vann: om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost. Trondheim: SINTEF IFIM; 1997.
3. Bjørkvik LK. Den nyutdannede sykepleier: en beskrivende studie av behovet for faglig kompetanse og tilhørighet (Thesis). Oslo: Instituttet.; 1997.
4. Bjørk IT, Kirkevold M. From simplicity to complexity: developing a model of practical skill performance in nursing. Journal of Clinical Nursing. 2000;9(4):620-31. Hentet fra [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-2702](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-2702)
5. Kolaas A. Ida Torunn Bjørk har fått opprykk til professor. Oslo: Universitetet i Oslo; 2010 [updated 08.07.2010; cited 2010 20. mars 2011]; Available from: <http://www.med.uio.no/helsam/for-ansatte/aktuelt/aktuelle-saker/2010/ida-torunn-bjork.html>.
6. Bjørk IT. Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting [Thesis]. Oslo: Det samfunnsvitenskaplige fakultet, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo; 1999.
7. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: I samarbeid med Munksgaard; 1995.
8. Martinsen K. OMSORG, SYKEPLEIE OG MEDISIN. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
9. Bjørk IT, Solhaug M. Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok. Oslo: Akribe; 2008.
10. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley; 1984.
11. Benner P, Rooke L. Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur; 1993.
12. Benner P, Tanner CA, Chelsea CA. Becoming an Expert Nurse. The American Journal of Nursing. 1997;97(6):16BBB+DDD. Hentet fra <http://journals.lww.com/ajnonline/pages/default.aspx>
13. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. The Journal of the American Medical Association. 2002;287(2):226-35. Hentet fra <http://jama.ama-assn.org/>
14. Barnesykepleierforbundet. Funksjonsbeskrivelse for Barnesykepleier. 2009; Available from: <http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/300013/Funksjonsbeskrivelse%20for%20Barnesykepleier%20des%202009.pdf>.
15. Norsk sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler. Oslo: Sykepleierforbundet; 2008 [updated 15.desember 2009]; Available from: [http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske\\_retningslinjer.PDF](http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF).
16. Bjørk IT, Tørstad S, Sætre Hansen B, Samdal GB. Estimating the Cost of Professional Developmental Activities in Health Organizations. Nursing Economics. 2009;27(4):239-44. Hentet fra <http://www.nursingconomics.net>
17. Kvale S, Brinkmann, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.

18. Gadamer HG. Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk. Oslo: Pax; 2010.
19. 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. Hentet fra <http://intl.elsevierhealth.com/journals/nedt/>
20. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK. Regler og rutiner. 2010 [17.september 2010]; Available from: [http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/loverogregler?p\\_dim=34770&lan=2](http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/loverogregler?p_dim=34770&lan=2).
21. Ruyter KW. Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Akademisk.; 2007.
22. Ramritu PL, Barnard A. New nurse graduates' understanding of competence. *International Nursing Review*. 2001;48:47-57.
23. Dieckmann P. Using simulations for education, training and research. Lengerich: Pabst; 2009.
24. Waxman KT. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. *Journal of Nursing Education*. 2010;49(1):29-35.
25. Agder Ui. Studiehåndboka 2011. Available from: [http://www.uia.no/no/portaler/student/praktisk\\_informasjon/studiehaandbok\\_07-08/raadata\\_07-08/studiehaandbokdata/videreutdanning\\_i\\_barnesykepleie](http://www.uia.no/no/portaler/student/praktisk_informasjon/studiehaandbok_07-08/raadata_07-08/studiehaandbokdata/videreutdanning_i_barnesykepleie).
26. Raaum Hovde K, Skaug V, Madsen Holm H, Skinnes L, Finrud IA, Lorentzen-Styr C, et al. Sykepleiere i videreutdanning trenger praksisveiledere. *Sykepleien*. 2011;99(6):66. Hentet fra <http://www.sykepleien.no/>
  
27. Queensland Tuo. References/Bibliography Vancouver Style. The University of Queensland; [10. februar 2011]; Available from: <http://www.library.uq.edu.au/training/citation/vancouv.pdf>.
  
28. Norden, V i. Praktisk veiledning for publisering i Vård i Norden. 2010 [15.februar 2011]; Available from: <http://www.vardinorden.org/ikbViewer/Content/326233/Alle%20retningslinjer%202008.pdf>.