

Hvordan kan deltidsarbeid ha innvirkning på kompetanseutviklingen hos sykepleiere?

Masterprosjekt i Helsefag- fordypning i klinisk sykepleievitenskap.

Høst 2010/Vår 2011

Anne Lin Solvang

Kandidat nr: 105

Veileder:

Jan Erik Hallandvik

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

Masterprogram i Helsefag, kull 09.

Antall ord:

Sammenbinding: 6570

Artikkel: 4972

Deltid og kompetanseutvikling

Hvordan kan deltid ha innvirkning på kompetanseutviklingen hos sykepleiere?

Anne Lin Solvang

Masteroppgave

Universitetet i Agder, Fakultet for helse og idrettsvitenskap, Institutt for helse og sykepleievitenskap, Master i helsefag, Kull 2009

Leveres 9.mai 2011

Antall ord:

Sammenbinding: 6570

Artikkel: 4972

Sammendrag

Bakgrunn: Deltidsarbeid blant sykepleiere har vært relativt stabilt i mange år. Noen ganger deltid er et valg sykepleiere gjør for å kombinere arbeid og familie, men mange sykepleiere ønsker fremdeles større stillinger. Enten du jobber heltid eller deltid har du som sykepleier ett ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Arbeidsgiver har ansvar for å sørge for tilrettelegging for læring.

Mål: Undersøke hvordan sykepleiere i en spesialavdeling opplever å jobbe deltid, og om dette kan ha noen betydning for å ivareta og videreutvikle kompetansen.

Metode: Studien hadde et kvalitativt beskrivende design, basert på fokusgruppeintervjuer med sykepleiere fra til spesialavdelinger ved to sykehus i Sør-Norge. Det ble valgt fire sykepleiere fra hvert sykehus.

Funn: Kategorier som oppsto var, ønsket og ikke ønsket deltid, betydningen av god oppfølging og rutiner i avdelingen, egen innsats og refleksjonsbruk og tilhørighet og inkludering til avdelingen.

Konklusjon: Deltidsarbeid gir mindre mengde av praksis og tilstedeværelse i avdelingen. Dette kan helt klart ha betydning for kompetanseutvikling. Derfor er det svært viktig med god ledelse og oppfølging rutiner for de ansatte. Samtidig må egen innsats blant sykepleiere til for å sikre kompetanseutvikling.

Nøkkelord: Fokusgruppeintervju, sykepleier, deltid, spesialavdeling, kompetanseutvikling.

Abstract

Background: Part-time work among nurses has been relatively stable for many years. Some times part-time is a choice nurses take to combine work and family, but many nurses' wants larger positions. Whether you work full-time or part-time you have a responsibility to keep up to date professionally. The employer has the responsibility to arrange for training.

Aim: To study how nurses in a special care units experience working part-time, and if this could have any impact to maintain and further develop competence.

Methods: The study had a qualitative descriptive design, based on focus group interviews with nurses from to special care units in two hospitals in South Norway. It was selected 4 nurses from each hospital.

Findings: Categories that emerged was; wanted and not wanted part-time work, the meaning of good follow ups and routines in the unit, your own effort and use of reflection, belonging and inclusion to the unit.

Conclusion: Part-time work gives smaller quantity of practice and presence in the special care unit: This can clearly have impact on the competence development. Therefore it is very important with good management and follow up routines for the employees and at the same time own efforts among nurses to secure competence development.

KEYWORDS: Focus group interviews, nurse, part-time, special care unit, competence development.

Forord

Denne prosjektoppgaven er et resultat av ett toårig masterstudie i Helsefag- klinisk sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder, og en avsluttende eksamen for kull 2011.

Min bakgrunn som sykepleier og mange års deltidsarbeid har vært med på å utvikle ideen til denne prosjektoppgaven. Erfaringsmessig har jeg sett ulempene som kan oppstå med flere deltidsjobber samtidig, arbeidsuker på langt over 40 timer, doble vakter og arbeid minst 2 av 3 helger. Alt for å få økonomien og arbeidskabalene til å gå opp. Dette er faktorer som forsterker ønsket om å jobbe fulltid. I tillegg har jeg inntrykk av at deltidsstillinger har innvirkning på kompetansen, eller i hvert fall den enkelte sykepleiers trygghet på sin egen kompetanse. Det er naturlig å tenke seg at 50 % tilstedeværelse gir naturligvis mindre mengdetrening enn 100 %. Samtidig har jeg også stor erfaring med at en del kollegaer som ønsker å jobbe lavere stilling på grunn av familiesituasjon, faser i livet, helsemessige årsaker og studier og føler seg trygge på seg selv etter mange års erfaring ved avdelingen de tilhører. Ofte har de jobbet fullt i starten, men reduserer etterhvert.

Etter å ha arbeidet i en deltidspreget avdeling i flere år har jeg derfor hørt mange debattere rundt deltid, og jeg kom derfor på tanken om at dette var noe jeg ville undersøke videre. I løpet av det siste året har det også vært mange medieoppslag rundt deltidsarbeid blandt sykepleiere, noe som var med på å øke interessen for temaet enda mer. Som ansatt ved en spesialavdeling har jeg spesielt lagt merke til at det har blitt mer fokus på kompetanse og resertifiseringer for hvert år, noe som jeg ser på som en positiv utvikling. Jeg bestemte meg derfor på våren 2010 at oppgaven skulle omhandle deltid knyttet opp i mot kompetanse hos sykepleiere i spesialavdelinger. Arbeidet med prosjektbeskrivelsen fortsatte høsten 2010 og selve forskningsarbeidet har blitt utført våren 2011, med påfølgende utforming og ferdigstilling av oppgaven. Selve resultatene fra studien vil bli presentert i denne sammenbindingen og i en artikkel som vil bli sendt inn til det vitenskapelige tidsskriftet *Vård i Norden*. Forhåpentligvis vil artikkel bli publisert i nærmeste fremtid.

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik og spennende prosess. Mange har bidratt til at studien har latt seg gjennomføre. Det har vært en glede å møte sykepleiere fra ulike avdelinger og sykehus og de har sammen bidratt til å gjøre datamaterialet fyldig og betydningsfullt.

En takk går også til avdelingslederene Grethe Dølbakken i Kristiansand og Nina Smith i Arendal som har kommet med nyttig informasjon til studien og har lagt forholdene til rette for

at sykepleiere kunne intervjues og delta i studien. En takk går også til min veileder Jan Erik Hallandvik.

Tilsatt vil jeg takke familien min for støtte og oppmuntring under hele oppgaveprosessen, og jeg ser nå frem til å bli en del av familien igjen ☺

Arendal, Mars 2011.

Anne Lin Solvang.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling	4
2.0 Teoretisk bakgrunn.....	5
2.1 Deltid.....	5
2.1.1 Ønsket deltid	5
2.1.2 Uønsket deltid.....	6
2.2 Kompetanseutvikling	8
2.2.1 Hva er kompetanse?	8
2.2.2 Kompetanseutvikling gjennom læring	11
2.2.3 Kompetanseutvikling gjennom erfaring.....	12
2.2.4 Kompetanseutvikling gjennom refleksjon	13
3.0 Metode.....	16
3.1 Rekruttering.....	16
3.2 Utvalget	17
3.3 Gjennomføring	17
3.4 Dataanalyse	18
4.0 Etske overveielser	19
5.0 Avslutning	21
Referanser.....	22
Vedlegg 1: Artikkel.....	27
Vedlegg II: Informasjonsskriv	43
Vedlegg III: Samtykkerklæring.....	48
Vedlegg IV: Intervjueguide.....	49
Vedlegg V : Inhold i prosjektbeskrivelsen til FEK og NSD	51
Vedlegg VI: Godkjenning fra NSD.....	52

1.0 Innledning

Det har i flere tiår vært en høy og forholdsvis stabil andel deltidsansatte sykepleiere (Hitland og Ford, 2001). Det har vært forsket tidligere på deltidsproblematikken, og det ansettes fremdeles stadig flere sykepleiere i deltidsstillinger (Frigstad, 2007). Norsk Sykepleierforbund gjorde for noen år tilbake en undersøkelse som viste at hver tredje sykepleier ønsket større stillingsbrøk enn den de hadde (Frigstad, 2007). En del sykepleiere vil heller ikke nødvendigvis jobbe 100% hvis de selv kunne velge stillingsprosent (Hallandvik, et.al, 1999). Dette kan være med på å skape små stillingsbrøker, som igjen kan skape turnuskrasj når organiseringen av turnusen skal utformes (ibid). En kombinasjon av dette og fleksibiliteten deltidstillinger gir avdelingslederene når en tredelt 24 timers turnus med helger og ubekvemte vakter skal organiseres er noen årsaker til at deltid oppstår (4). Tidligere fylkesleder i sykepleierforbundet, Kirsten Stensrud, mener bruken av deltidstillinger er kritikkverdig og at politikken ledelsen bruker for å få turnusen til å gå opp og bruke vikarer fremfor å ansatte på bakgrunn av økonomi, skaper dårlig arbeidsmiljø for de ansatte og kan øke fraværet. Dette går igjen utover pasientene (Frigstad, 2007).

Deltid kan være både ønsket og uønsket fra både arbeidsgiver og arbeidstaker. Debatten rundt temaet er tatt opp av flere i dagens medier og det ser ut til at det finnes mange synsvinkler på området (Moland, 2009). I 2007 arbeidet blant annet over 60 % av sykepleierne i Agder fylke deltid (Frigstad, 2007). Ved Sørlandet sykehus i Arendal har andelen vært spesielt høy. Funn fra Norges Sykepleier Forbund (NSF) viser til at 92 % av de ansatte ved SSHF Arendal går i deltidstillinger pr. August 2010 (Askeland og Kvale, 2010). NSF mener dette er kritikkverdig og at det blant annet truer rekrutteringen til sykepleieryrket (ibid.).

For noen kan det å takke ja til en deltidstilling være positivt fordi valget står mellom å ha en fast stilling eller ingen fast stilling i det hele tatt (Abrahamsen og Høst, 2005). Ett jobbsøk gjort 14.09.2010 på Finn.no, Norges største jobbsøkbases, viste at hele 23 ledige sykepleierstillinger på Sørlandet var utlyst som deltids stillinger, mens kun 4 var heltidsstillinger. Søk gjort på landsbasis viste at andel deltidstillinger ikke fremsto som flertall i forhold til utlyste stillinger i fulltid.

I følge Ellingsen (2009) er Sørlandet generelt sett på deltidstoppen i arbeidslivet, spesielt blandt kvinner. Dette kan skyldes at det har vært problemer å få full stilling, men samtidig skiller kvinner i Agder seg fra kvinner på landsbasis ved at flere faktisk ønsker å arbeide

deltid(ibid). For få generasjoner tilbake ble deltid sett på som en gyllen mulighet for kvinnen å kombinere familie og arbeidsliv. Forskningen viser at idag velger en del kvinner fremdeles denne løsningen, men da ofte i kombinasjon med at de har en ektefelle som har god inntekt(NOU2004:29). For mange i helsevesenet kan grunnen til å arbeide redusert være den høye arbeidsbelastningen det er å jobbe som sykepleier i fulltid (Moland, 2009). Mange sykepleiere arbeider imidlertid deltid i mot sin vilje. Det har vist seg at det ikke alltid er tilstrekkelig for en familie å leve på kun en inntekt (Moland, 2009). Mange ønsker faste stillinger og økt stillingsstørrelse for å kunne få en forutsigbarhet og en tilstrekkelig lønn å leve av (ibid). Norge er en av landene som skiller seg ut fra det internasjonale arbeidsmarkedet med hensyn til bruk av deltid i helse og omsorgssektoren (Morland, 2010). Sykepleiere i USA kan stort sett velge å jobbe heltid noe som kan resultere i at de er mer ettertraktet enn tidligere. Etter Barack Obamas nye helsereform er uønsket deltid i ferd med å bli ett fremmedord for amerikanske sykepleiere (ibid). Helse- og omsorgsminister Anne-Grethe Strøm-Eriksen(Ap) la frem ett krav i januar 2011 om at sykehusene i løpet av året skal ha redusert deltidsbruken med 20 prosent. Hun mener deltidstillinger er med på å skape belastning og usikkerhet for sykepleiere. Kravet om redusert deltid vil hun følge opp via månedlige rapporter fra alle de fire helseregionene (Borgersen, 2011). Helse Sør-Øst har tatt dette på alvor og har sammen med de øvrige tre helseregionene nå satt i gang arbeidet for å redusere deltidsbruken (Helse Sør-Øst, 2011) Som grunnlag er det utarbeidet en felles ramme for lokale spørreundersøkelser. Spørreundersøkelsene skal gi kunnskap om hvem som ønsker å utvide sin stillingsstørrelse og blir sendt ut til alle faste ansatte på e-post. I løpet av april 2011 skal alle helseforetakene i regionen ha iverksatt kartlegging av ufrivillig deltid. Dette er ledd i arbeidet med å redusere andelen deltid i regionen med 20 prosent i løpet av 2011 (ibid).

Det stilles idag krav til den enkelte sykepleier om å holde seg fagligoppdatert. Arbeidsgiver har i følge Spesialisthelsetjenesteloven (1999) ansvar for å legge til rette for opplæring for å oppdatere og videreutvikle ansattes kompetanse. Kompetansereformen gir i tillegg til lovverket, politiske føringer i forhold til hva som må til for å vedlikeholde kompetanse i arbeidslivet (Kunnskapsdepartementet, 1998). Faglig kompetanse må oppdateres og videreutvikles for ikke å gå tapt og for å møte nye og økende krav til kompetanse i arbeidslivet (Dåvøy, 2007). Sykepleiere ved spesialavdeling skal inneha en helt spesifikk kompetanse og være funksjonsdyktige i forhold til å ivareta akutt og kritisk syke pasienter og deres pårørende i alle aldre (ibid).

Det å utvikle sin kompetanse er en livslang prosess. Det skapes delvis gjennom erfaring men også gjennom opplæring må kunnskapen oppdateres, ivaretas og videreutvikles. Sykepleiere i spesialavdelinger lever som oftest i ett høy teknologisk miljø og en raskt skiftende og uforutsigbar hverdag med avanserte medisinske og kirurgiske pasienter og pårørende i sorg og kriser (ibid.). Flere studier trekker frem at sykepleiere har et ønske om å utvikle egen kompetanse og at kompetanseutvikling fører til at sykepleierne er mer fornøyd på jobben (Pilhammar Andersson, 2001; Whitehead & Lacy-Haun, 2008). Når de får økt sin kompetanse i forhold til arbeidsoppgaver, får de også økt selvtillitt og ha muligheten til å nå egne mål (ibid.). Mange sykepleier velger også ofte og ta en videreutdanning i fagfeltet de arbeider med. Ofte er dette også ett krav ved fast ansettelse i en spesialavdeling (Dåvøy, 2007).

Den raske endringen som skjer innen kunnskap, teknologi og behandling i spesialavdelinger gjør det påkrevd med kontinuerlig kompetanseutvikling for å kunne mestre sykepleierollen i en slik avdeling (Dåvøy, 2007). Ofte har avdelinger som dette ett hektisk arbeidsmiljø og det må stilles krav til sykepleierene i forbindelse med oppdateringer innen prosedyrer og medisinskfagelig teknologi og utstyr. Hensikten med studien blir derfor å undersøke nærmere hvordan sykepleiere opplever å arbeide deltid i en spesialavdeling samt hvilke konsekvenser deltid kan ha for å kunne ivareta og videreutvikle sin kompetanse.

1.1 Problemstilling

Forskning og vurderinger fra fagmiljøer peker på en sammenheng mellom deltid og kompetanseutvikling i sykepleierket (Moland, 2009). Jeg har dermed valgt å se nærmere på denne mulige koblingen.

Problemstillingen lyder som følgende:

Hvordan påvirker deltidsarbeid kompetanseutviklingen til sykepleiere?

Empirisk vil jeg ta for meg sykepleiere ved to spesialavdelinger ved to sykehus i Sør Norge?

2.0 Teoretisk bakgrunn

I forhold til problemstillingen tar denne opp to hoved temaer. Disse er deltid og kompetanseutvikling. Disse temaene vil bli beskrevet i to hovedpunkter med tilhørende underpunkter under hvert av disse.

2.1 Deltid

Vi kan skille mellom ønsket og uønsket deltid for arbeidstakere og arbeidsgivere på en arbeidsplass (Moland, 2009).

Arbeidsgiver :	Uønsket deltid	Ønsket deltid
Arbeidstaker :	Uønsket deltid	Ønsket deltid

2.1.1 Ønsket deltid

Ønsket deltid vil si at man av en eller annen årsak ikke kan eller ønsker å delta i arbeidslivet på fulltid, eller at det er organisatoriske føringer som fører til dette.

Ønsket fra arbeidstaker

Abrahamsen og Høst (2005) mener deltid ofte kan være med å fremme muligheten til å kunne delta i arbeidslivet, forutsatt at arbeid kan kombineres med familieliv og andre personlige årsaker som gjør det vanskelig å jobbe fulltid. Uten denne deltidsmuligheten ville de ellers ikke hatt mulighet til å delta i arbeidslivet (Abrahamsen og Høst, 2005). Undersøkelser som er gjort viser seg at antall menn i uønsket deltid er betydelig større enn hos kvinner (Moland, 2009). Ut i fra forskning viser det seg at menn ofte ønsker deltid dersom de er studenter eller pensjonister, i motsetning til kvinner som gjør dette med hensyn til helse og familieforpliktelser (Abrahamsen og Høst, 2005). Blandt kvinnene som velger dette, er det ofte de som har menn med høyere utdanning, som velger redusert stilling (ibid.) Deltid kan skape noe positivt for blandt annet studenter, pensjonister eller kvinner som har ektefeller med høy inntekt, fordi de kan være med å tilføre samfunnet noe, samtidig som de får arbeidserfaring og ikke trenger å gi slipp på andre aktiviteter (ibid).

Ønsket for arbeidsgiver

For å bemanne en avdeling i 24 timer fordelt på 3 skift er avdelingslederene, som tidligere nevnt, ofte avhengig av fleksibiliteten av å bruke deltidsstillinger (Hitland og Ford, 2001). Når samtidig det er flere arbeidstakere som kanskje ikke ønsker å jobbe mer en 75-80% vil dette skape resterende små prosentstillinger som også skal dekkes opp og dermed må det god organisering til for å dekke turnusen (Hallandvik og Olsen, 2002).

2.1.2 Uønsket deltid

Uønsket deltid kan være uønsket, både fra arbeidstaker og arbeidsgiver, og representerer en deltidsledighet eller det man kaller undersysselsetting blandt en gruppe arbeidstakere. (Amble, et.al, 2005)

Uønsket for arbeidstaker

Som arbeidstaker i en organisasjon kan det ha flere ulemper og ikke ha større stillingsprosent. Det evige jaget etter ekstravakter ser ut til å måtte bli løsningen for noen og enhver (Moland, 2009). Det stilles idag krav til at hver enkelt sykepleier skal holde seg faglig oppdatert på sin arbeidsplass (Helsepersonelloven, 1999). Når en arbeider i små stillingsbrøker er man utsatt for mindre mengdetrening og faglig utvikling enn en som arbeider fullt, og sjansene til å videreutvikle seg kan bli svekket når muligheten til å jobbe fullt er svekket (Moland, 2009). Arbeidsplasser som ikke kan tilby fulle stillinger, kommer derfor ofte til kort i konkurransen om å okkupere de dyktigste medarbeiderne (ibid). Dette kan i verstefall påvirke pasientene ved at det ikke tilbys den formelle og uformelle kompetansen de vil forvente fra sykepleierene. Ett arbeidsmiljø som bærer preg av deltidspromatikk kan få problemer med å rekruttere og beholde de mest kompetente fordi de ønsker høyere stillinger og er da stadig åpne for andre tilbud (ibid). Ulempen med deltid kan også være i forhold til forhold til pensjon oppsparing. Pensjonens størrelse beregnes ut fra din lønn på pensjoningstidspunktet, antall opptjeningsår og gjennomsnittlig stillingsprosent. Mange sykepleiere som da arbeider deltid har for kort tjenestetid til å oppnå fulle pensjonsrettigheter (NSF, 2011).

Uønsket for arbeidsgiver

Når det er stor andel av småstillinger på en arbeidsplass, for eksempel når mange ønsker å jobbe 80 %, skapes det flere 20 % stillinger til overs, dette skaper en ugunstig sirkel (Hallandvik, et.al, 1998). Natt og helgejobbing er ubekvemte arbeidstider som derfor blir

vanskelig å fylle opp dersom man ikke har deltidsansatte (ibid.) I følge Abrahamsen og Høst (2005) ville mye av deltidsproblemet vært løst dersom ledere og flere av de faste ansatte gikk inn å tok flere av disse ubekvemte vaktene og helgevaktene.

Skal man ha en lærende og ytevillige arbeidstakere trenger man ansatte som er aktivt involvert i utforming og utøvelse av tjenestene (Abrahamsen og Høst, 2005). På arbeidsplasser med mange deltidsansatte kan de stabile, involverte og selvgående medarbeidere være i fåtall, i og med at flertallet går i reduserte stillinger (ibid). Ett slikt engasjement vil ofte være mer til stede i en stab med fulltidsansatte (ibid) På arbeidsplasser som bærer preg av mye deltidsansatte gjør at de som går i de fulle stillingene kan få en større arbeidsbelastning enn de ville fått dersom flertallet av de ansatte hadde fulle stillinger og mindretallet gikk i deltid (ibid). En arbeidsplass preget av en kombinasjon av mange deltidstillinger og dårlig grunnbemanning kan noen ganger føre til høyere sykefravær og dyre vikarer må leies inn for å dekke alle skiftene (Hofstad, 2011). Arbeidsplasser er som oftest opptatt av å skape produksjonsflyt, effektivitet og ikke minst utvikling av ett godt fagmiljø, noe som ofte skapes i stabil arbeidsstab (Abrahamsen og Høst, 2005). En arbeidsplass med mange deltidsansatte i små stillinger kan noen ganger også bære preg av fattige læringsmiljøer som igjen kan gå på bekostning av pasientene (Moland, 2009).

2.2 Kompetanseutvikling

Enhver sykepleier har i dag ansvar for å bevare og videreutvikle sin kompetanse, samt å holde seg oppdatert på avdelingens prosedyrer og medisinsk teknisk utstyr, for å yte best mulig pleie til pasienten i de aktuelle situasjonene (Dåvøy, 2007). Hvordan dette gjøres, og hvilke metoder som gir best læring kan være individuelt fra sykepleier til sykepleier (ibid).

Arbeidsgiver har også som sagt ett ansvar for opplæring og videreutvikling av de ansattes kompetanse (spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

2.2.1 Hva er kompetanse?

Kompetanse defineres av Lai (2004) som de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdinger, som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål. Det handler om ”å vite” og ”å kunne gjøre”, i tillegg til, at man som individ har individuelle egenskaper og forutsetninger (Lai, 2004). Ferdigheter er å utføre komplekse adferdsmønstre på en god måte for å nå et mål (ibid). Lai (2004) definerer begrepet til å inneholde ikke bare det å kunne utføre en oppgave, men også det å ha problemløsende ferdigheter. Evner er individets muligheter i form av stabile egenskaper, kvaliteter, talenter og trekk som påvirker mulighetene til å utføre oppgaver og tilegne seg og benytte kunnskaper, ferdigheter og holdninger (ibid). Holdninger betraktes av Lai (2004) som en faktor som påvirker hvordan den aktuelle oppgaven utføres, og blir dermed mer en indikator for om en person er kompetent eller ikke. De fire komponentene står i relasjon til hverandre og er dermed vanskelig å skille. De vil i den praktiske hverdag gli inn i hverandre og danne en helhet, som kan ses på som en persons kompetanse (Lai, 2004). Denne måten å forstå kompetanse på kan kanskje oppfattes som en litt forenklet måte, i og med at det vil være mange faktorer som er med å påvirker en persons kompetanse og forutsetninger for kompetanseutvikling.

I følge Dalin (1999) defineres kompetanse til å omfatte begrepene kunnskaper, ferdigheter, holdninger, men han gjør et skille mellom det han kaller personlige forutsetninger og kompetanseelementer, som kan utvikles gjennom læring. Han hevder at de personlige forutsetningene er en persons evner eller talenter (kreativitet, verbale og analytiske evner), personlighetstrekk (utadvendt, pliktoppfyllende eller følsom), energi (både fysisk og psykisk energi) og motivering (Dalin, 1999) Han hevder videre at både energi og motivasjon kan endres over tid og at dette ikke vil påvirke selve kompetansen, men forutsetningene for å anvende eller utvikle denne. Det å ha energi og motivasjon er derfor viktighet for å utvikle og

anvende kompetanse. Disse forutsetningene er ikke konstant, men vil kunne variere hos den enkelte sykepleier over tid.

Dalin (1999) mener det er viktig å ha personlige forutsetninger for det arbeidet man skal utføre og ikke minst i arbeidet med mennesker. Det å utvikle profesjonell kompetanse innebærer et ansvar for ivaretagelse og videreutvikling slik at god yrkesutøvelse ivaretas. For at utviklingen av kompetansen skal skje, er det viktig med kunnskapskilder og verktøy som stimulerer til læring, tas i bruk (Nordtvedt, et.al, 2007). Ett personlig engasjement og motivasjonen til å fortsette å lære og utvikle sin kompetanse bli viktig, men også de organisasjonsmessige rammer legges til rette. Kompetanseutvikling innen sykepleien skal bidra til kvalitativ god pasientomsorg og behandling. Det er en kontinuerlig prosess og, for å fungere i praksis, ha tilstrekkelig oppmerksomhet i klinisk praksis, utdanning og forskning for å bidra til kvalitativ god pasientomsorg og behandling (ibid).

Den enkelte sykepleier har som nevnt ansvar for å vurdere sin kompetanse opp mot hva som kreves i de forskjellige arbeidsoppgavene han eller hun skal utføre. Den generelle kompetanse som gis gjennom utdanning sikrer ikke alene faglig forsvarlig utøvelse av sykepleie (Dåvøy, 2009).

Ifølge Nortvedt (2008) kan den enkelte sykepleier ofte kunne gjøre en tilfredsstillende jobb med erfaringskunnskap, et godt skjønn og relevant medisinsk kunnskap. Imidlertid hevder han det vil være uansvarlig å ikke sette seg inn i sykepleielitteraturen på området, eller ikke reflektere over de sykepleiefaglige situasjonene som oppstår. Den raske endringen i kunnskap, teknologi og behandlingstilbud gjør det derfor påkrevd med kontinuerlig kompetanseutvikling, for å kunne mestre rollen som sykepleier (Dåvøy, 2009).

For å skape utvikling bør man kunne utføre kunnskapsbasert sykepleie (Nortvedt, m.fl, 2007). Som sykepleier er det viktig for videre læring at man integrerer forskningsbasert kunnskap, i sin erfaringsbaserte kunnskap og sine praktiske ferdigheter . Samtidig skal sykepleieren ta hensyn til pasientens medvirkning og ønsker, og avdelingens ressurser (ibid). Å arbeide kunnskapsbasert eller evidensbasert som sykepleier ses på både som en holdning og en prosess. Ved å knytte forskning til sykepleie som en av flere kunnskapsformer, erkjenner man at det finnes flere former for kompetanse innefor sykepleie(ibid).

Kirkevold (2002) ser på sykepleiekompetanse som en kontinuerlig prosess hvor teoretisk, praktisk og etisk kunnskap integreres og utvikles gjennom erfaring, refleksjon og intuisjon.

Kirkevold har også noen likheter med Dalin ved at kompetanseutvikling innebærer en utvikling av kunnskap og ferdigheter.

Men der Dalin fremmer utvikling av holdninger, legger Kirkevold vekt på det å utvikle etisk kunnskap som sammen med ferdigheter og kunnskaper utvikles gjennom erfaring, refleksjon og intuisjon.

Kompetansebegreper som er knyttet opp mot sykepleierens utvikling fra endt sykepleie utdanning til ansatt i en spesifikk avdeling er blant annet den generelle og etter hvert spesifikke kompetansen, men også den organisasjonsmessige kompetansen som går på den ansattes deltagelse i avdelingens rutiner og organisasjonskultur. Disse beskrives under:

Generell til spesifikk kompetanse

Kompetanse som kan brukes over ett bredt felt kan kalles generell kompetanse. Den kompetansen en nyutdannet sykepleier har etter endt universitetutdanning, kan ha ett slikt preg (Filstad, 2010) Med en slik kompetanse skal man i prinsippet stå rustet til å gå inn i ulike områder og sektorer i slike arbeidsoppgaver som er definert som sykepleiefaglige. Når man ansettes på ett arbeidssted, vil man se at det kreves mer fordypning i temaer og områder for å håndtere de aktuelle pasientgruppene. På mange arbeidssteder kan det også følge ett krav om kompetanse til medisinskteknisk utstyr og /eller prosedyrer som må håndteres i ulike pasientsituasjoner (ibid). I slike situasjoner utvikler man det som kan kalles for en spesifikk kompetanse. I tilknytning til mange arbeidsområder har man videreutdanninger, masterutdanninger og lignende, slik at man kan gå mer i dybden i fagfeltet (ibid).

Organisasjonsmessig kompetanse

Organisasjonsmessig kompetanse vil si at man har kunnskap om hvilke rutiner, strukturer, systemer, prosedyrer og arbeidsmåter som ens arbeidsavdeling har (Filstad, 2010). Den sier også noe om hvor informert du er og om din relasjon til omgivelsene på din arbeidsplass. Denne type kompetanse sier også noe om din evne til å samarbeide med de andre ansatte i avdelingen for å få effektivitet og samhold. Kompetanseutvikling kan også være en måte å bidra til å opprettholde eller utvikle en spesifikk organisasjonskultur (Filstad, 2010; Illeris, 2004). Når dette skjer kan vi si at det i større eller mindre grad utvikles en felles organisasjonsmessig kompetanse i avdelingen. Denne er for det første summen av alle de individuelle kompetansene hvor en kan utnytte hver enkelt persons kompetanse på en best mulig måte for å skape ett best mulig resultat for pasienten(ibid). Men en organisasjonsmessig

kompetanse kan også sees på som noe overindividuell, som nedfeller seg i rutiner, strukturer og tenkemåter (ibid).

For å utvikle disse former for kompetanse, kan dette gjøres på flere måter. Disse vil beskrives i de kommende punktene.

2.2.2 Kompetanseutvikling gjennom læring

Læringsteorier omfatter ulike måter å forstå hvordan menneske utvikler kompetanse.

Forskningstradisjoner innen dette kan deles inn i individorienterte og kollektivistisk orienterte (Nygren, 2004).

Individorienterte eller tradisjonelle læringsteorier, ser på læring og utvikling som noe som i første rekke skjer inni det enkelte mennesket. Utvikling og læring kommer innenfra i det enkelte individ (Säljö, 2006; Nygren, 2004). En måte å forstå læringsprosessen er å vurdere dem som biologiske og utviklingsmessige prosesser, hvor man som menneske er født med et sett med evner som vil utvikles og modnes i den grad man legger til rette for dette (Säljö, 2006). En annen måte å forstå individorienterte læring, er at individet erverver seg kunnskap, holdninger og/eller ferdigheter gjennom at noe tilføres individet. På den måten formes mennesket (Säljö, 2006). De individorienterte retningene er kritisert for at læring betraktes som reproduksjon av ”ferdig” kunnskap som overføres til en passiv mottaker, og som bearbeider denne ved hjelp av kognitive prosesser (Nygren, 2004).

Kollektivistisk læringsteorier skapes når mennesket samspiller med sine omgivelser, og læringen som oppstår sees på som en prosess som skjer mellom mennesker hvor kunnskap og ferdigheter ikke kommer fra individet, men utvikles mellom mennesker (Säljö, 2006). Den lærende lærer i samarbeid med andre, i en kontekst eller en situasjon (Nygren, 2004). Slike kontekster blir ofte betegnet som praksisfellesskap (ibid). Et praksisfellesskap gir anledning til læring gjennom at man er deltagende i det (Alvsvåg 2007). Læring i praksisfellesskapet kan skje uten at læring var tilsiktet eller målet (Nygren, 2004). Ved å være deltagende i handlinger i praksisfellesskapet lærer man dermed i samhandling med andre deltagerne. For å utvikle kompetanse ved hjelp av et praksisfellesskap er det viktig å delta der det er mulig, følge med i forandringer og fortsette deltagelse innenfor et praksisfellesskap som er i forandring. Man må selv tenke på at man selv kan bidra til forandringer innenfor praksisfellesskapet (ibid).

2.2.3 Kompetanseutvikling gjennom erfaring

Florence Nightingale hevdet på 1800 tallet, at det var observasjon som var nøkkelen til erfaring og ikke er antall år sykepleieren hadde jobbet. (Nightingale, 1997). Det er dermed ingen entydig sammenheng mellom erfaring og utvikling av kompetanse.

Benner (1995) har et relasjonelt syn på læring og hevder at kunnskap som tilegnes gjennom erfaring, ikke produseres av individet, men i dialog med andre (Benner, 1995). Benner (1995) beskriver sin forståelse gjennom en modell. Denne er tydelig på de ulike trinnene i profesjonsutviklingen, gir en ryddig fremstilling av kompetanseutvikling i sykepleie og kompetanseutvikling for den erfarne sykepleier.

Kompetanse utvikles i følge Benner (1995) gjennom erfaringer. Dreyfus & Dreyfus (1986) beskriver fem nivåer for kompetanseutvikling gjennom erfaring, disse beskrives kort ut fra Benner (1995):

Novisen kjennetegnes ved å ikke ha erfaring med situasjonene man stilles ovenfor og må handle ut fra innlærte regler, prosedyrer og teoretisk kunnskap. Dette gjør novisen lite fleksibel i det å kunne tilpasse handlinger individuelt til den enkelte situasjon. Studenter, nyutdannede men også erfarne sykepleiere kan erfare å være noviser. (Benner 1995).

Avansert nybegynner kjennetegnes ved at man får mer erfaring med pasientsituasjoner og begynner å se gjenkjennende faktorer i situasjonene som gir økt forståelse og gjør at man kan prestere en tilnærmet akseptabel innsats (Benner 1995). Den avanserte nybegynner veksler mellom å kjenne trygghet i det kjente og utrygghet i de ukjente pasientsituasjonene (Benner, Tanner & Chesla, 2009).

Utvikling av klinisk kompetanse innebærer i dette stadiet å lære praktiske ferdigheter som i novicestadiet var abstrakte og for å utvikle sin kompetanse trenger sykepleiere på dette stadiet å få klinisk veiledning (ibid.).

Kompetent kjennetegnes ved at handlingene og prioriteringer av disse styres av langsiktige mål og planer og dermed er bevisst og analytisk vurdert. Et slikt nivå oppnås etter 2-3 år ved samme avdeling (Benner, 1995). Dette stadiet preges av å erkjenne ansvar og begrensingene i arbeidet og dermed til egen kompetanseutvikling, og er et avgjørende trinn for om sykepleieren går videre til de neste nivåene (Benner, Tanner & Chesla, 2009).

Kompetanseutviklingen avhenger av om sykepleieren mestrer de økende krav til ansvar og

engasjement i pasientsituasjonene og de brutte illusjonene om yrket, til å skape nye muligheter for kompetanseutvikling, eller preges av uro, forvirring og svik (ibid.). For å fremme videreutvikling i dette nivået har den kompetente nytte av å ha fora for diskusjon for å lufte frustrasjon og hjelp til personlighetsutvikling (ibid.).

Kyndig kjennetegnes ved at pasientsituasjonen oppfattes som en helhet hvor perspektivet og betydningen i pasientsituasjonene "gir seg selv" uten at sykepleieren tenker seg frem til dette. Disse har arbeidet ca 3-5 år ved samme avdeling (Benner 1995). Disse sykepleierne ses på som erfarne som utfører en trygg og sikker jobb (Benner, Tanner, Chesla, 2009). Opplevelsen av overdrevent ansvar avtar i takt med at sykepleieren har fått en evne til å sortere ut det som er av relevans i pasientsituasjonen (ibid.). Kompetanseutvikling fremmes i dette nivået gjennom dialog med kollegaer om pasientsituasjoner (ibid.)

Eksperten kjennetegnes ved å ikke lengre ha bruk for analytiske prinsipper som regler eller prosedyrer, for å forstå og handle i situasjonen. Eksperten kjennetegnes av "know-how" kunnskap, hvor det å tenke i handlingen er innebygget i kroppen. Situasjonen oppfattes helhetlig, totalt og intuitivt uten å måtte analysere eller vurdere ulike handlingsalternativer (Benner 1995). Eksperten ses på som erfaren men i tillegg er unik i sin utøvelse av sykepleie (Benner, Tanner, Chesla, 2009).

2.2.4 Kompetanseutvikling gjennom refleksjon

Å reflektere er ikke noe nytt (Schön, 1987). Benner (1995) legger også frem hvordan kritisk refleksjon må være til stede for å kunne nå ett ekspertnivå.

Gjennom å utføre praktiske handlinger opparbeider vi oss erfaringer, disse erfaringene legges til grunn når vi møter lignende situasjoner. Disse erfaringene og den læringen som individet gjør, utvikles ifølge Kirkevold (2002) delvis gjennom refleksjon. Hun hevder at refleksjon er en form for teoretisering av en situasjon, gjennom å prøve å finne frem til en god og riktig måte av en forståelse av en situasjon. Ved at mennesker tenker igjennom og over de erfaringene de har gjort, og vurderer hva det kan bety og hva som er lært. For Kirkevold (2002) er intuisjon en ikke bevisst prosess som omfatter anvendelse av både teoretisk og praktisk kunnskap. Denne kunnskapen har blitt integrert i personen og den fungerer taust. Det vil si at personen handler uten å kunne sette ord på sine handlinger.

Det å skulle bli ekspert innefor ett område innebærer både det å ha erfaring innenfor dette området over en viss tid, men også det å reflektere kritisk over de erfaringene man gjør seg i praksis. Slik kan man si at både erfaring og refleksjon legger grunnlaget for kritisk tenkning og dermed læring og utvikling av den erfarne sykepleierens kompetanse (Kirkevold, 2002).

For å kunne utvikle kompetanse kreves det derfor mer enn erfaring. Det kreves i tillegg evnen til kritisk tenkning og refleksjon (Skår, 2010). Utvikling av kompetanse er dermed avhengig av evne og mulighet til refleksjon (Schön, 1987).

Schön (1987) er kjent for sin refleksjonsteori og skiller her mellom tre hovedpunkter:

Knowing in action, innebærer at man i en handling vet mer enn det vi er istand til å fortelle og uttrykke (Schön, 1987).

Reflection-in-action, som innebærer å tenke på hva man kan gjøre annerledes i situasjonen mens man utfører den (ibid).

Reflection-on-action, som innebærer å tenke tilbake på handlingen og hva man gjorde for å løse den (ibid).

Med erfaring vil man kunne opparbeide seg en kompetanse i arbeidssituasjoner som er intuitiv og spontan og er formet og avhengig av den sosiale og institusjonelle konteksten man er i, det Schön (1987) kaller ”knowing – in – action”. Denne kompetansen kjennetegnes ved at man kan utføre, gjenkjenne, ta avgjørelser og evaluere uten å tenke i gjennom hva man gjør (Schön, 1987). Dette sammenfaller med det Benner (1995) kaller ”know-how” kompetanse som kjennetegner den erfarne ekspertsykepleieren. En stor del av en persons kunnskap er ikke bevisst og eksplisitt men implisitt eller såkalt ”taus kunnskap”. Kirkevold (2002) bruker begrepet intuisjon om prosessen hvor både teoretisk og praktisk kunnskap som har blitt integrert i personen, og har blitt personlig, og fungerer taust.

Det vil si at i bestemte situasjoner så handler sykepleieren, både på bakgrunn av kunnskaper, ferdigheter og sin erfaring, men klarer ikke alltid sette ord på handlingen. Denne kunnskapen kan vanskelig formidles til andre gjennom verbalisering, og årsaken til det er at en stor del av det vi lærer er gjennom ubevisste automatiske mekanismer. Den enkelte er ikke bevisst hva de har lært eller hva de kan. Denne kunnskapen kommer først til uttrykk gjennom anvendelse.

Når man som erfaren møter situasjoner som utfordrer en, ved for eksempel en ny og kompleks pasientsituasjon eller det vante handlingsrepertoaret ikke gir forventet resultat, gjør det at man tenker nytt om situasjonen, situasjonen innebærer et element av overraskelse (Schön, 1987). I slike situasjoner kan man velge å respondere på det ukjente ved å overse signalene eller reflektere over situasjonen, dette kan gjøres på to måter (Schön, 1987):

Refleksjon bidrar til kritisk tenkning fordi den setter spørsmålsteget ved den kompetansen man har i ”knowing-in-action” og kan dermed bidra til å forme fremtidige handlinger (Schön,

1987). På denne måten bidrar refleksjon til kritisk tenkning og utvikling av profesjonell kompetanse.

Ifølge Kirkevold (2002) er vanetenkning en trussel mot det å utøve kyndig sykepleie.

Refleksjon kan bidra for å motarbeide denne vanetenkningen, siden refleksjon er tett knyttet til kritisk tenkning rundt egne handlinger (Kirkevold 2002). Gjennom en bevissthet rundt egen personlig kompetanse, som bygges på erfaring og evne til refleksjon blir det derfor viktig for å utvikle sykepleierens kompetanse.

I en hektisk hverdag, som ofte er vanlig i en spesialavdeling, er det ikke alltid tid til å stoppe opp å reflektere, fordi det å stoppe opp kan få fatale utfall for pasientene. Dette beskriver Schön (2001) som en av flere begrensende faktorer for kritisk tenkning. Men som oftest foretar sykepleiere seg en eller annen form for reflektiv tenkning i situasjoner som oppstår og det dermed ikke et spørsmål om man reflekterer, men heller hvilken form for refleksjon man gjør for å komme ut av den fastlåste situasjonen (Schön, 2001).

Schön (2001) hevder at man som regel har tid nok til å tenke over det en gjør og at evnen til slik kritisk refleksjon kan trenes opp til å kunne skje også i hektiske situasjoner og uten at det fører til handlingslammelse. Om man er villig til å risikere å miste sin spontanitet i handlingen ved refleksjon, avhenger blant annet av om i hvilken grad man står fast og opplever utilfredsstillelse ved at de spontane handlingene i "knowing – in – action" ikke fører frem (Schön, 2001).

3.0 Metode

En kvalitativ metode med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ble valgt for å belyse problemstillingen fordi denne er rettet mot sykepleierenes egne opplevelser og erfaringer rundt temaet (Polit og Beck, 2010). Den fenomenologiske utforskningen har som mål å forstå fenomenene der de oppstår i menneskets livsverdenen (Malterud, 2003). Jeg vil analysere disse menneskelige erfaringene for å kunne se dem i lys av tidligere litteratur, teori og forskning (Malterud, 2003; Polit og Beck, 2010).

Den kvalitative metoden har i medisinsk forskning vært nedvurdert som en subjektiv, ugyldig og lite vitenskapelig metode i forhold til den kvantitative metode som er blitt sett på som den beste vei til vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2003). Historisk sett har disse forskningstradisjonene stått steilt mot hverandre og hevdet sin egenart og fortreffelighet (ibid.). Forskning har vist at både kvalitative og kvantitative studier ikke alltid har holdt mål eller gitt kunnskap til klinikerne. Det er derfor i dag mer fokus på at det viktigste er å tilfredsstille de grunnleggende metodiske kravene som stilles til forskning (ibid.).

Innen kvalitative metoder finnes det ulike redskaper som observasjon, narrativer, intervju og en kombinasjon av disse (Malterud, 2003). I dette prosjektet var det hensiktsmessig å bruke intervjumetoden for å få tak i sykepleierenes opplevelser. Fokusgruppe intervjuer med to grupper på 4 personer ble benyttet som datainnsamlingsmetode. Jeg utarbeidet en halvstrukturert intervjuguide som jeg brukte som hjelpemiddel gjennom intervjuet. Intervjuet ble tatt opp på bånd.

3.1 Rekruttering

Det ble opprettet kontakt med de to avdelingslederne ved spesialavdelingene på de utvalgte sykehusene i Sør Norge. De fikk informasjon om studiens hensikt, metode, praktiske forhold og ett informasjonsskriv beregnet for de ansatte på mail. Informantene ble valgt ut i fra ett strategisk utvalg. De var også ansatt i en spesialavdeling. Utvalgskriteriene var at de skulle arbeide i en stilling som var 60 % eller lavere, de måtte ha vært ansatt ved avdelingen i minst 2 år sammenhengende og være offentlig godkjente sykepleiere. Flere ansatte ble spurt og det ble tilsammen 4 fra hver avdeling som takket ja til å delta i studien. De potensielle deltagerne fikk på forhånd informasjon om studien skriftlig og muntlig, og de undertegnet et frivillig informert samtykke. Tid og sted for intervjuene ble avtalt via avdelingslederne eller direkte med informantene.

3.2 Utvalget

Det ble tilsammen intervjuet 8 deltagere. 4 sykepleiere fra hvert av sykehusene. Alle hadde arbeidet i avdelingen i over 5 år, og 5 av dem hadde vært på andre avdelinger før de ble ansatt ved spesialavdelingen. Alle var offentlig godkjente sykepleiere uten spesifikk videreutdanning. Begge avdelingene hadde kompetanseplaner og undervisningssykepleier ansatt i avdelingen. Alle informantene var kvinner og befant seg i aldersgruppen 28-45 år. De hadde alle ett eller flere barn i ulike aldre, og 5 av dem var gift hvor mannen hadde full stilling og bedre inntekt enn dem.

3.3 Gjennomføring

Datainnsamlingen foregikk våren 2011. Intervjuene ble gjort samlet i grupper på fire ved to ulike sykehus i Sør-Norge. Fokusgruppe ble benyttet i forhold til ressursinnsatsen og i forhold til tiden jeg hadde til rådighet hos hvert av sykehusene (Malterud, 2003). Før intervjuet startet og lydbånd ble slått på hadde vi en liten "bli kjent" prat hvor de igjen fikk en muntlig oppdatering om hva hensikten med studien var. Jeg var hele tiden observant på at gruppedynamikken kunne hindre opplysninger og synspunkter og holdt dermed en halvstrukturert linje gjennom hele intervjuet (ibid). Fallgruvener for slike gruppeintervjuer kan være at ikke alle kommer til i samtalen, får uttrykt synspunktene sine og lignende, men i dette tilfellet gikk det veldig greit i og med at jeg var fast bestemt på å høre ut hver enkelt og hva de hadde å si på hvert av områdene og de andre ga ett tegn hvis de hadde noe de ville tilføye (ibid.). I slutten av intervjuet åpnet jeg for en åpen samtale hvor informantene kunne komme med synspunkter for å sikre at alle ønskelige temaer var kommet med. Intervjuet varte ca en time, og gikk fortare enn antatt. Transkripsjonen ble gjort i sin helhet kort tid etter intervjuet fant sted.

Under følger en skjematisk oversikt over gangen i prosjektet:

Tabell 1 2010/2011

September/okt.	Okt.	Nov	November	Jan	Jan	Mars	Mars/Apr	April/Mai
Prosjektbeskrivelse Innlevert/Godkjent	Søkt FEK	Søkt NSD	Svar fra FEK	Svar fra NSD	Opprettet kontakt med avd. ledere	Inter- vju	Analyse Artikkel skrivning	Artikkel skrivning og finskriving av mappe

3.4 Dataanalyse

Systematisk tekstkondensering inspirert av Georgis fenomenologiske analyse beskrevet av Malterud (2003) ble brukt som metode i analyseprosessen. Denne analysemetoden følger fire trinn som gjør at man kan systematisere funnene etter dette. Stikkordsmessig er deisse fire trinnene 1) få ett helhetsinntrykk 2) identifisere meningsbærende enheter (tekstbiter), 3) abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene og 4) sammenfatte betydningen av de abstraksjonene som er gjort (Malterud, 2003).

I første trinn var hensikten å skape seg et helhetsinntrykk av materialet en har fått inn. Alle intervjuene ble etter transkripsjonen organisert og sammenfattet. Deretter ble det laget ett refleksjonsnotat bestående av foreløpige tanker rundt det som hadde kommet frem i intervjuene. Trinn to i analysemetoden innebærer en systematisk gjennomgang av materialet for å identifisere meningsbærende enheter (ibid). I denne delen av analysen ble ulike biter fra teksten, fra de to intervjuene som ga kunnskap rundt de foreløpige temaene fra trinn 1, identifisert og henvist til en matrise ved hjelp av linjenummer. Etter at matrisen var laget, begynte nye sammenhenger i teksten å åpne seg. Materialet var nøye gjennomgått mange ganger og matrisen hjalp til å abstrahere innholdet i de enkelt meningsbærende enhetene. Dette resulterte i en ny organisering av materialet i analysens tredje trinn. Analysens fjerde trinn handler som sagt om å sette sammen de oppstykkede bitene fra intervjuenes sin helhet og sammenfatte betydningen av dette (ibid). I denne siste delen av analysen ble de ulike tekstbitene (trinn 2) som hørte til de ulike kategoriene (trinn 3) lest på tvers av de to gruppeintervjuene. De ulike tekstene som handlet om det samme kategoriene fra de to intervjuene ble lest og satt i sammenheng med hverandre. Deretter ble teksten sammenfattet og gjenfortalt i resultatdelen.

4.0 Etiske overveielser

I løpet av høsten 2010 ble det arbeidet med prosjektbeskrivelse og i denne ble det vurdert en rekke mulige etiske utfordringer som kunne oppstå. I etterkant av gjennomføringen sees det at det oppstod få etisk utfordrende situasjoner. Det så ut til at jeg hadde valgt ett fengende tema å skive om, og sykepleieren som ble intervjuet var svært engasjerte i saken.

I løpet av historien har det desverre blitt benyttet drastiske tiltak for å skaffe til veie kunnskap, noe som igjen har ført til at forsker idag stilles formelt og etisk ansvarlig for sine informanter (Ruyter, 2003). Disse prinsippene er almenngyldige for enhver forsker og er beskrevet i Helsinkideklarasjonen (ibid). Som forsker i Norge er man også bundet av helseforskningsloven (2008) når det gjelder retningslinjer for forskning.

I mange kvalitative studier med helsefaglig tema er det ofte vanlig at forsker også har kunnskap om forskningstemaet fra tidligere (NEM, 2010). Det å skulle forske blant sine kan være en utfordring som krever oppmerksomhet (Johansen, m.fl, 2009). Det kan pekes på både fordeler og ulemper i en slik situasjon. Fordelene kan være at ved å drive forskning innenfor sitt fagfelt, grunner i en nyskjerrighet og ett ønske om å forstå. En slik motivasjon til å tilegne seg lære oppstår som regel ikke av seg selv, men gjerne på bakgrunn av forskerens egne erfaringer og nære omgivelser (ibid.) Ulempene kan være at det kan være vanskelig å gå ut av rollen som sykepleier og forbli nøytral i forhold til temaet som er valgt ut (ibid). Jeg har derfor hele tiden vært bevisst i egne holdninger og tolkning av dataene, selv om jeg er kjent innenfor fagområdet jeg forsker på (NEM, 2010).

Prosjektet har fulgt prinsippene som er oppført i Helsinkideklarasjonen og helseforskriftene ved at jeg som forsker har vært kritisk bevisst i forhold til prosjektet, både før, under og etter hele datainnsamlingsperioden og ved kontakt med informantene til studien. Meldeplikten til Fakultetets Etiske komite' (FEK) og Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) ble ivaretatt. Begge instanser ga godkjenning før rekrutteringen av informanter startet. Informantene fikk informasjon om prosjektet før de gav tilbakemelding på deltakelse, og deltakelsen har hele tiden vært frivillig, med både skriftlig og muntlig informasjon om muligheten til å trekke seg. Samtykkeerklæring ble undertegnet og det ble informert om at alle data ble anonymisert og behandlet konfidensielt. Før intervjuets start ble informasjonen om frivillig deltagelse og studiens hensikt gjentatt. Informantene fikk også tilbud om å ta kontakt med intervjuer i etterkant dersom det oppstod spørsmål. Intervjuene som ble tatt opp

elektronisk ble lagret på en hemmelig mappe med en pin kode og slettet fra båndopptaker.
Samtykkerklæringene og notater med sensitive opplysninger ble oppbevart i ett låsbart skrin.

5.0 Avslutning

Denne sammenbindingen har gått i dybden på det teoretiske som ligger til grunn for dette prosjektet om deltid og kompetanseutvikling. Som en ser så kan deltid både være ønsket og ikke ønsket både fra arbeidsgiver og arbeidstaker (Moland, 2009). Opprettholdelse og utvikling av kompetanse er ett krav som stilles til alle sykepleiere og det er ulike måter å tilegne seg dette på (Schön, 1987; Kirkevold, 2002; Lai, 2004; Dåvøy, 2007; Dalin, 2009). Det stilles også som sagt krav til arbeidsgiver at det foreligger ivaretagelse og videreutvikling av de ansattes kompetanse (spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Deltid og kompetanse sett i sammenheng med hverandre er det forsket lite på, og det er fremdeles usikkert hvordan deltid kan ha innvirkning på opprettholdelse og videreutvikling av hvilken type kompetanse hos hver enkelt sykepleier. Ved hjelp av en kvalitativ studie vil derfor dette undersøkes nærmere, basert på erfaringer fra deltids sykepleiere i spesialavdeling i Sør- Norge. Etter referanselisten følger vedlegg med henholdsvis informasjonsskriv til informantene, samtykkeerklæring, oversikt over prosjektbeskrivelse som er vurdert av FEK og NSD, deres vurdering og til slutt artikkelen som viser resultatet av dette prosjektet. Artikkelen er skrevet ut i fra forfatterveiledningen i tidsskriftet *Vård i Norden*.

Referanser

Abrahamsen, B. og H. Høst (2005), *Deltid rekrutterer til pleieyrkene*. SPS-kronikk nr. 2-2005. Oslo: senter for profesjonsstudier

Amble, N., Holstad, K. Og Sørensen, B. Aa. (2005). *Tenke-ville-gjøre - virkemidler mot deltid*. Oslo: Kommuneforlaget as

Askeland, L., & Kvale, T. (2010) *Styret må ordne opp*. Publisert i Agderposten 6. Juli.

Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert*. København: Munksgaard.

Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996). *Expertkunnande i omvårdnad, omsorg, klinisk bedömning och etikk*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. New York: Stringer Publishing Company.

Borgersen, Henning (2011). *Deltid i sykehusene skal reduseres med 20 prosent*. Hentet 20 april. 2011 fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-nyhet/627206/Deltid-i-sykehusene-skal-reduseres-med-20-prosent>

Dalin, Å. (1999) *Veier til den lærende organisasjon*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Dreyfus, H.L., & Dreyfus, S.E. (1986). *Mind over machine: The power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.

Dåvøy, G.M. (2007) Stå ikke med hendene i lomma! Faglighet er personavhengig. I O. Førland (Red.). (2007). *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s.233-249). Oslo: Akribe.

Ellingsen, Dag (2009). *Sørlandet fortsatt på etterskudd*. Hentet fra statistisk sentralbyrå 3 Oktober. 2010 : <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/201001/02/art-2010-03-01-01.html>

Falkum, E., I.M, Hagen og S.C Trygstad (2009), *Bedriftsdemokratietstilstand. Medbestemmelse, innvirkning og innflytelse i 2009*. Fafo- rapport 2009:35

Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Frigstad, E. (2007). *Flere deltidssykepleiere*. Publisert i Agderposten 9. August 2007.

Hallandvik, J.E, A.Halvorsen og T.Olsen (1999), *Reduksjon av deltidsbruk i sykehus*.
Kristiansand:
Agderforskning

Hallandvik, J. E. og Olsen, T (2000). *Deltidsarbeid på sykehus – rammer og muligheter*. FOU rapport nr.2/2000. Kristiansand: Agderforskning

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning m.v.* (*Helseforskningsloven*). Hentet 30.august 2010, fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20080620-044.html>.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Oslo. Hentet 30. august 2010, fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html#21>

Helse Sør-Øst (2011). Kartlegging av ufrivillig deltid. Hentet 16. april 2011 fra: <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/nyheter/Sider/kartlegger-ufrivillig-deltid.aspx>

Hitland, S., og Ford, N. K. (2001) *Kan sykehus drives uten deltidsansatte sykepleiere?* TØH-serien 2001:10

Illeris, K. (2004). *Læring i arbeidslivet*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring – Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene* (1st). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kunnskapsdepartementet. (1998). *Kompetansereformen* (St.meld. nr.42, 1997-1998). Oslo: Departementet.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2nd). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

Moland, L.E (2009). *Ønsket og uønsket deltid- konsekvens for arbeidstaker, arbeidsleder og tjenestetilbud*. Fafo-rapport 2009:15

Morland, Ellen . (2010). *Snart sykepleiedoktor*. Hentet 15 september, 2010 fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=393505

NEM. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteer. Hentet 2. september 2010, fra www.etikkom.no.

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie. Samlede utgaver* Oslo: Universitetsforlaget.

Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nortvedt, M.W, Jamtvedt,G., Graverholdt,B., Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og underise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Bryne Offset AS

Norsk sykepleier forbund (NSF) : Pensjonssparing. Hentet 11.mars. 2011 fra:

http://www.sykepleien.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_document_id=115920&p_su_b_doc_id=115920

NOU:2004:29. Kan flere jobbe mer? *Deltid og undersyssetting i norsk arbeidsliv*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse: Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pilhammar Andersson, E. (2001). Continuing Education in Sweden -ToWhat Purpose? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(2), 86-93. Lokalisert på <http://www.jcenonline.com/>

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

Ruyter, K. W. (2003). Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. I: K. W. Ruyter (red.), *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (1st, s. 17-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2nd). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Säljö, R. (2006). *Læring og kulturelle redskaper: om læreprosesser og den kollektive hukommelsen*. Oslo: Cappelen akademisk

Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker: Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.

Schön, D.A. (1987). *Educating the reflective practioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Simonsen, S., & Nylenna, M. (2005). *Helseforskningsrett - Den rettslige regulering av medisinsk og helsefaglig forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (3. utg.) Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Skår, R. (2010). *Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse: en studie av sykepleieres læringserfaringer*. (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Bergen: Bergen, Norge

Spesialisthelsetjenesteloven, Lov-1999-07-02-61.(2003). Funnet 15 September 2010, på Lovdata.

Whitehead, T. D. & Lacy-Haun, L. (2008). Evolution of Accreditation in Continuing Nursing Education in America. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. November, 39 (11), 493-499. Lokalisert på <http://www.jcenonline.com/>

Vedlegg 1: Artikkel

Hvordan kan deltidsarbeid ha innvirkning på sykepleierens kompetanseutvikling?

WILL PART-TIME WORKING HAVE AN IMPACT ON NURSES COMPETENCE DEVELOPMENT

Abstract

Background: Part-time work among nurses has been relatively stable for many years. Some times part-time is a choice nurses take to combine work and family, but many nurses' wants larger positions.

Whether you work full-time or part-time you have a responsibility to keep up to date professionally.

The employer has the responsibility to arrange for training.

Aim: study how nurses in a special care units experience working part-time, and if this could have any impact to maintain and further develop competence.

Methods: The study had a qualitative descriptive design, based on focus group interviews with nurses from to special care units in two hospitals in South Norway. It was selected 4 nurses from each hospital.

Findings: Categories that emerged was; wanted and not wanted part-time work, the meaning of good follow up in the unit, your own effort and use of reflection, belonging and inclusion to the unit.

Conclusion: Part-time work gives smaller quantity of practice and presence in the special care unit: This can clearly have impact on the competence development. Therefore it is very important with good management and follow up routines for the employees and at the same time own efforts among nurses to secure competence development.

KEYWORDS: Focus group interviews, nurse, part-time, special care unit, competence development.

Introduksjon

Det har i flere tiår vært en høy og forholdsvis stabil andel deltidsansatte sykepleiere og stadig flere sykepleiere ansettes fremdeles i deltidsstillinger (1, 2). Det har vært forsket på deltidsproblematikk tidligere og det viser seg at relativt flere går i deltidsstillinger på sørlandet (2, 7, 5). En vanlig inndeling er skille mellom ønsket og uønsket fra både arbeidsgiver og arbeidstaker. Det kraves idag at enhver sykepleiere holder seg faglig oppdatert og arbeidsgiver må legge forholdene til rette for dette (11, 12). I noen tilfeller har vist seg at deltid og videreutvikling av kompetanse kan ha innvirkning på hverandre, men det er fremdeles ett lite utforsket temaområde(4). Denne studien handler om hvordan sykepleiere i spesialavdeling på sykehus opplever å arbeide deltid og muligheten for videreutvikling av kompetansen ved deltidsarbeid.

Bakgrunn

Norsk Sykepleieforbund gjorde i 2007 en undersøkelse som viste at hver tredje sykepleier ønsket større stillingsbrøk enn de hadde (2). Det er derimot ikke påvist at 100% er mest ønskelig(3). En kombinasjon av dette og fleksibiliteten deltidstillinger gir avdelingslederne når en tredelt 24 timers turnus med helger og ubekvemte vakter skal organiseres er noen årsaker til at små stillinger oppstår (4). I 2007 arbeidet over 60 % av sykepleierne, i Agder fylke, deltid (2). Ved SSHF Arendal har andelen vært spesielt høy. Funn fra 2010 viser til at 92% av de ansatte går i deltidstillinger(5). NSF mener dette er kritikkverdig og at det blant annet truer rekrutteringen til sykepleieryrket (5). Bare for ett par generasjoner tilbake ble deltidstillinger sett på som en gyllen mulighet for kvinnen å kombinere familie og arbeidsliv(4) En del klarer seg fint fordi ektefellen tjener godt. Mange står uten denne sikkerheten og ønsker derfor å jobbe mer(8). Norge er en av landene som skiller seg ut fra det internasjonale arbeidsmarkedet med hensyn til bruk av deltid i helse og omsorgssektoren (9). Helse- og omsorgsminister Anne-Grethe Strøm-Eriksen(Ap) la i januar 2011 frem ett krav om at sykehusene i løpet av året skal ha redusert deltidsbruken med 20 prosent og vil følge dette opp via månedlige rapporter. Helse Sør-Øst har tatt dette på alvor og har sammen med de øvrige tre helseregionene nå satt i gang arbeidet for å redusere deltidsbruken (10). Spørreundersøkelsene skal gi kunnskap om hvem som ønsker å utvide sin

stillingsstørrelse. I løpet av april 2011 skal alle helseforetakene i regionen ha iverksatt kartlegging av ufrivillig deltid (10). Økte stillinger er med på å skape større mengdetrening for sykepleierne (6). Mengdetrening er i følge Benner (17) viktig for å opparbeide kompetanse. Sykepleiekompetanse kan knyttes både mot den generelle og spesifikk kompetanse og den organisatorisk kompetansen (24). Generelle og spesifikk kompetanse er kompetansen man har med seg fra grunnstudiet som man etterhvert videreutvikler til å bli spesifikk. Sykepleiere ved spesialavdeling må inneha en helt spesifikk kompetanse og være funksjonsdyktige i forhold til å ivareta akutt og kritisk syke pasienter og deres pårørende i alle aldre (13), noe som har vist seg å la seg påvirke dersom man jobber i deltid (4) Å utvikle sin kompetanse er en livslang prosess som skapes delvis gjennom erfaring og refleksjon (17, 19,23) Kompetansen må også gjennom opplæring oppdateres, ivaretas og videreutvikles for at læring ikke skal gå tapt og for å kunne møte de kravene som kreves i avdelingen. Sykepleiere i spesialavdelinger er i ett høy teknologisk miljø og en raskt skiftende og uforutsigbar hverdag med avanserte medisinske og kirurgiske pasienter og pårørende i sorg og kriser, noe som krever oppdateringer til en hver tid (13). Flere studier trekker frem at sykepleiere har et ønske om å utvikle egen kompetanse og at kompetanseutvikling fører til at sykepleierne er mer fornøyd på jobben (13,14). Den organisatoriske kompetansen beskriver kompetansen man har i forhold til avdelingens rutiner, strukturer, systemer, prosedyrer, og om sykepleierens relasjon til omgivelsene. (24). Denne form for kompetanse kan være utsatt i og med at de som arbeider deltid har mindre tilstedeværelse i avdelingen (25).

Studien

Mål

Studiens mål var å utforske hvordan sykepleiere opplever å arbeide deltid i en spesialavdeling og om dette kunne ha innvirkning på videreutvikling av deres fagkompetanse. Kunnskap som dette kan åpne for en bedre innsikt og forståelse og viten rundt dette aktuelle temaet. Studiens problemstilling er følger:

Hvordan påvirker deltidsarbeid kompetanseutviklingen til sykepleiere?

Empirisk vil jeg ta for meg sykepleiere i spesialavdeling ved to sykehus i Sør Norge.

Metode

En kvalitativ metode med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ble valgt for å belyse problemstillingen fordi denne er rettet mot sykepleierenes egen opplevelse og erfaringer rundt temaet (15) Den fenomenologiske tilnærmingen har som mål å forstå fenomenene der de oppstår i menneskets livsverdenen(16). Datainnsamlingsmetode var fokusgruppeintervju. Disse ble gjennomført i to grupper på fire (15). En halvstrukturert intervjuguide ble benyttet.

Rekruttering av intervjupersoner

Det ble opprettet kontakt med to avdelingslederne ved spesialavdelingene på de utvalgte sykehusene. Lederene mottok informasjon om studiens hensikt, metode, praktiske forhold og informasjonsskriv på beregnet for de ansatte via mail. Deltagerne fikk på forhånd informasjon om studien skriftlig og muntlig, og de undertegnet et frivillig informert samtykke. Intervjupersonene ble valgt ut som ett strategisk utvalg ved å være ansatt i spesialavdeling. Utvalgskriteriene var at de skulle arbeide i en stilling som var 60 % eller lavere, de måtte ha vært ansatt ved avdelingen i minst 2 år sammenhengende og være offentlig godkjente sykepleiere. Flere ansatte ble spurt og tilsammen 4 fra hver avdeling takket ja til å delta i studien.

Uvalg

Det ble tilsammen intervjuet 8 deltagere. 4 sykepleiere fra hvert av sykehusene. Alle hadde arbeidet i avdelingen i over 5 år, og 5 av dem hadde vært på andre avdelinger før de ble ansatt i spesialavdelingen. Alle var offentlig godkjente sykepleiere uten spesifikk videreutdanning knyttet mot avdelingen. Begge avdelingene hadde kompetanseplaner og undervisningssykepleier ansatt i avdelingen. Alle informantene var kvinner og befant seg i aldersgruppen 28-45 år. De hadde alle ett eller flere barn i ulike aldre, og 5 var gifte med ektefeller som tjente godt.

Gjennomføring

Datainnsamlingen foregikk våren 2011. Før intervjuet startet og lydbånd ble slått på fikk informantene en muntlig oppdatering om hva hensikten med studien var. Jeg var hele tiden observant på at gruppedynamikken kunne hindre opplysninger og synspunkter og holdt dermed en halvstrukturert linje gjennom hele intervjuet (16). I slutten av intervjuet åpnet jeg for en åpen samtale hvor informantene kunne komme med synspunkter for å sikre at alle ønskelige temaer var kommet med. Intervjuet varte ca en time, og gikk fortare enn antatt. Transkripsjonen ble gjort i sin helhet kort tid etter intervjuet fant sted.

Analyse og fortolkning

Systematisk tekstkondensering inspirert av Georgis fenomenologiske analyse beskrevet av Malterud (16) ble brukt som metode i analyseprosessen. Denne analysemetoden følger fire trinn; 1) få ett helhetsinntrykk 2) identifisere meningsbærende enheter (tekstbiter), 3) abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene og 4) sammenfatte betydningen av de abstraksjonene som er gjort. Alle intervjuene ble etter transkripsjonen organisert og sammenfattet. Systematisk gjennomgang av det sorterte materialet på bakgrunn av studiens problemstilling og faglige perspektiv gav til slutt fire hovedkategorier. Etter teksten ble sortert i disse fem kategoriene ble irrelevant tekst fjernet, og deretter abstrahert og sammenfattet og tilslutt gjenfortalt i resultatdelen. I diskusjonen blir funnene sett i sammenheng med annen støttelitteratur (16).

Vitenskapelig holdbarhet

Det finnes lite litteratur som ser på sammenhengen mellom deltid og kompetanseutvikling. Den aktuelle studien anses derfor som relevant. Bruk av fokusgruppe intervju kan noen ganger ha negative sider ved at informantene ikke tørr åpne seg, men dette ble ikke noe problem og det ble oppmuntret til fortellinger fra deres egen praksis. Kontrollspørsmål ble spurt for å kontrollere at utsagnene informanten kom med var forstått riktig. Studien har informanter med 8-20 års erfaring fra to forholdsvis store sykehus i Sør Norge, noe som gir rikdom i materialet og overføringsverdi.

Etiske overveielser

Meldeplikten til Fakultetets Etiske komite' (FEK) og Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) ble ivaretatt. Informantene fikk informasjon om prosjektet før de gav tilbakemelding på deltakelse, og deltakelsen har hele tiden vært frivillig, med både skriftlig og muntlig informasjon om muligheten til å trekke seg. Samtykkeerklæring ble undertegnet og det ble informert om at alle data ble anonymisert og behandlet konfidensielt. Før intervjuets start ble informasjonen om frivillig deltagelse og studiens hensikt gjentatt. Informantene fikk også tilbud om å ta kontakt med intervjuer i etterkant dersom det oppstod spørsmål. Intervjuene som ble tatt opp elektronisk ble lagret på en hemmelig mappe med en pin kode og slettet fra båndopptaker. Samtykkerklæringene og notater med sensitive opplysninger ble oppbevart i ett låsbart skrin.

Resultater

Sykepleierene som deltok i denne studien hadde alle erfaring på over 5 år fra spesialavdeling. Fem av de åtte hadde jobbet ved andre avdelinger tidligere, tre av dem ved andre spesialavdelinger og tre av de åtte jobbet nå andre plasser tillegg til den utvalgte enheten. Fem av de åtte jobbet rundturnus og de tre andre hadde rene nattevaksstillinger. Materialet som ble funnet blandt de åtte utvalgte ble kategorisert i fire kategorier for å kunne besvare forskningsspørsmålet. Kategoriene som kom frem var; *ønsket og ikke ønsket deltid, betydningen av god oppfølging og gode rutiner i avdelingen, egen innsats og refleksjonsbruk og til sist tilhørighet og inkludering til avdelingen.*

Ønsket og ikke ønsket deltid

Utav de åtte informantene som deltok i studien, ønsket fire av disse deltid. Fire av dem sa seg fornøyd med en fast 50-60 % stilling i rundturnus og hadde valgt dette for å kombinere med familieliv og en av dem hadde kombinert det med studier. Disse hadde mulighet til å arbeide mer i avdelingen, men i vikariat, hvis de ønsket det. En av de tre sa hun pleide å ta ekstra, mens de tre andre tok sjeldnere. De fire siste hadde opp mot 59,15 % stillinger og ønsket å jobbe mer og så for seg at 85-90 % stilling var ønskelig i forhold til inntekt. Seks av de åtte var gift og hadde menn som hadde høyere inntekt enn dem, og fire av disse kunne arbeide redusert på grunn av dette. De to siste var ikke gift og hadde alene omsorgen for barn, disse ønsket seg større stilling på grunn av forsørgeransvar. Disse arbeidet også andre steder for å fylle opp til full stilling. To av de seks som var gift ønsket å jobbe mer, selv om deres mann tjente bedre, for å få en bedre økonomi og hadde større barn som ikke krever på samme måten som små barn gjør. En av dem jobbet andre steder i tillegg, og den andre tok ekstravakter i avdelingen. Alle var enige om at en 100% stilling i helsevesenet ikke var ønskelig på grunn av arbeidsbelastningen det kan være i en spesialavdeling. Grunnbemanningen kunne ofte være dårlig på enkelte skift, og verken tid til skikkelige mat- eller drikkepauser. ”Jeg vil heller ta vare på helsa enn å jobbe meg ihjel”, sa en av informantene klart. ”Hadde vi hatt en jobb som bare var på dagtid hadde det vært enklere å fungere 100% i en jobb” sa en annen. ”80 % stilling i turnus burde ha telt som en 100% for sykepleiere i

helsevesenet, dersom samfunnet ønsker at sykepleierene skal bli gamle i jobben sin” kommer det fra flere av informantene.

Selv om fire av åtte hadde valgt å jobbe redusert stilling, og fire ville ha høyere stilling, ble en spesiell fellesnevner for negative konsekvenser av å arbeide deltid. Opptjening av pensjon ble ett omdiskutert tema under intervjuene.

Betydningen av god oppfølging og gode rutiner i avdelingen

Alle de åtte var enige i at god oppfølging fra ledelsen i forhold til vedlikehold og videre opplæring var alfa omega, enten man gikk i deltid eller fulltid. Tre av de åtte som hadde vært sykepleiere i mange år, og over ti år i avdelingen følte seg relativt trygg på seg selv i utøvelsen av krevende og spesielle prosedyrer som krevde spesifikk kompetanse. Dette begrunnet de med at de tidligere hadde vært i høyere stillinger og fått mulighet til å videreutvikle seg fra den generelle sykepleiekompetansen til den mer spesifikke kompetansen. De fem andre kunne til tider føle seg usikre på denne spesifikke kompetansen som kreves i enkelte pasient situasjoner, selv om de hadde vært i avdelingen i over ti år. Dette fordi de mente mengde trening var en av de beste læringsmetodene for å tilegne seg slik kompetanse. Alle var enige om at de støttet seg til nylig oppdaterte prosedyrer, og la spesielt vekt på at det hadde mye å si hvem man var på jobb sammen med og at disse var kjent i avdelingen. En nevnte blant annet ”en sommer stod jeg alene på traume med to sommervikarer, jeg kjente jeg ble usikker selv om jeg opprinnelig visste hvordan jeg skulle gjøre utøvlesen i forhold til prosedyren. Jeg savnet å ha noen ”kjente”der”. Tilgangen på faglitteratur og prosedyrer mente alle var tilfredsstillende, men noen av informantene mente at søkebasen som blir brukt for å finne prosedyrene på intranettet kunne være vanskelig å bruke, da man til stadighet måtte ha korrekte søke ord. Alle mente det var en trygghet å ha oppdaterte kopier av prosedyrer tilgjengelig i papirformat dersom nettet skulle være nede.

Fokusgruppen fra den ene avdelingen synes tilgangen på nye oppdateringer var veldig god, og hjalp dem til å holde seg ajour fordi om de hadde lavere stilling enn 60%. De var også fornøyde med oppdateringer på mail. Tilgang på mail hjemme var spesielt viktig i og med at de ikke alltid fikk tid til å

lese disse på jobb. Ledelsen fikk skryt for å være kompetansebevisste og fulgte opp resertifiseringer, noe som var med på å styrke den spesifikke kompetansen en slik avdeling krever. De var alle enige om at dette kunne oppleves litt kunstig og vike en del fra den egentlige virkeligheten, men var ett godt grunnlag for å gjennomgå grunnprinsippene. De syntes det var flott av ledelsen å gi dem som er fast ansatt ved avdelingen mer vakter enn de som var nye, dersom de selv trengte dette for en periode, enten i forhold til økonomi eller å eventuelt få mer mengdetreningen. De siste fire fra den andre avdelingen synes det hadde vært stor forbedring i tilgangen på nytt fagstoff spesielt det siste året. De syntes de nå fikk mere faginformatjon på mail enn tidligere og var fornøyde med oppdateringer som ivaretok kompetansen. Disse fire hadde ikke tilgang på mail hjemme, og så dette som en ulempe. Ledelsen fikk igjen skryt for å tilføre ny kunnskap via fagdager og refertiseringer som var med å øke den spesifikke kompetansen. Disse var mer misfornøyde med at mange av ekstravaktene ble gitt vekk til nye og uerfarene i avdelingen. Dette fordi de selv ønsket mer mengdetrening og bedre økonomi.

Alle åtte hadde kjennskap til kompetanseutviklingsplanen som avdelingen hadde og synes denne var blitt bedre med årene. Det var derimot ikke alle som følte seg kompetente nok til noe av det som stod i denne planen, fordi de følte de manglet den praktiske kompetansen.

Alle mente at det var positivt at det ble satt opp undervisningsdager med ulike temaer, men de som var ansatt andre steder i tillegg hadde ofte ikke mulighet til å delta.

Alle var enige om at gode rutiner og flinke arbeidkollegaer var med på gi trygghet i avdelingen, tross for at man jobbet deltid. Fire av de åtte mente at de følte seg trygge i pasientsituasjoner i avdelingen, mens de fire siste kunne til tider føle seg mer usikre fordi de følte mengdetreningen manglet. Tre av de åtte var faste nattevakter og følte seg mer usikre enn dem som gikk i rundturnus. Dette fordi de følte de ble reservert for en del hendelser som var mer vanlig å oppleve på dag og kveld.

Egen innsats og refleksjonsbruk

Alle var enige i at de ofte brukte den generelle sykepleiekompetansen, men alle mente at en slik kunnskap ikke var dekkende nok i alle pasientsituasjoner. I en spesialavdeling er det klart behov for å videreutvikle seg for å oppnå spesifikk kompetanse som avdelingen krever. Alle nevner at de noen ganger slår opp i grunnteorien, men alle er observante på at den teorien de brukte da de gikk på grunnutdanningen ikke er faglig oppdatert på alle områder. Tre av de åtte spurte sier de har god kunnskap om hvordan de søker forskningslitteratur på nettet, ellers brukte de fleste generelle sider på nettet til å finne informasjon. Avdelingens faglitteratur ble også brukt. Alle var enige om at det er viktig som sykepleier å være på ”offensiven” når det gjelder læringssituasjoner. Det er da viktig å oppsøke læringssituasjoner i spesielle pasientsituasjoner som oppstår. Alle har benyttet seg av denne metoden for å tilegne seg kunnskap. Alle mente selv at de var flinke til å reflektere i situasjoner som oppstod i praksis. ”Reflektere er noe som bare ligger i oss når vi jobber som vi gjør”, sa en av informantene. ”Mange ganger gjør vi bare ting av oss selv uten å tenke over hvorfor vi gjorde det akkurat slik”, kommer det fra en annen. Alle presiserer at når man jobber i en spesialavdeling kan man oppleve mye fælt og tragisk, så det er viktig med refleksjon under episoden, men også en felles ”debriefing” i etterkant sammen med kollegaer.” En kombinasjon av dette gjør oss mer styrket til lignende situasjoner senere”, sier en av dem. En annen sier ”det er godt å få ting litt ut av hodet før man går hjem fra vakt”. ”Etter mange år i ett slikt arbeid vender man seg også til å legge lokk på en del av det man opplever før man går hjem, hvis ikke kunne alle og enhver blitt gale tilslutt”, kommer det fra en av dem. De tre siste som arbeidet andre steder i tillegg mente også at refleksjon var viktig, slik at man hadde mulighet til å omstille seg før man skulle videre i annet arbeid.

Tilhørighet til og inkludering i avdelingen

Fire av de åtte følte en tilhørighet og at de ble inkludert til avdelingen. De fire siste var noe uenig og tre av disse som bare gikk natt følte at de falt litt utenfor. To av disse mente at man, til en viss grad, selv måtte bidra for å få en inkludende rolle dersom man bare gikk netter, dette var ikke noe ledelsen var flinke til å ta tak i. Fire av de åtte spurte mente at de til tider kunne bli litt ”likegyldige” og ”melde seg litt ut” når de var der så lite, og få tok på seg verv i avdelingen. Dette kunne til tider gå utover den organisatoriske kompetansen hvor man til tider kunne var uoppdatert om nye ting som angikk avdelingen. Alle var enige i at det var ett godt samhold sykepleierene seg i mellom uansett om man gikk deltid eller fulltid.

Diskusjon

Diskusjonen her vil skje på bakgrunn av den tidligere forskning og empirien i denne artikkelen. Resultatene av undersøkelsen viser deltid både er *ønsket og uønsket*. De fleste som velger denne løsningen gjør det for å kombinere familieliv, ofte i kombinasjon med at de har ektefeller som tjener godt. Dette er i tråd med (4,6). Halvparten av de spurte sykepleierene ønsket å jobbe mer. Dette fordi mer mengdetrening er med på å gi mer kompetanse og ikke minst en stabil økonomi. Noen sykepleiere ser ut til å kunne ”melde seg litt ut” på grunn av mindre tilstedeværelse i avdelingen, noe som er truende for den organisatoriske kompetansen. Når muligheten til å fylle opp stillingen ikke er til stede på en arbeidsplass, kan dette resultere i at noen takker ja til andre arbeidsforhold. Dette kan være med på å senke nivået på den spesifikke kompetansen i avdelingen fordi de erfarne og kunnskapssterke individer forsvinner bort i andre stillinger (6) Avdelinger med mye deltid kan derfor i noen tilfeller bære preg av fattige læringsmiljøer, slik (6) viser til. *Betydningen av god oppfølging og rutiner* fra ledelsen i avdelingen anses derfor som svært viktig dersom den spesifikke- og organisatoriske kompetansen skal ivaretas og videreutvikles. Oppdateringer om ting som skjer i avdelingen og fag- og resertifiseringsdager sees derfor på som en kjempe ressurs for kompetansehevning hos sykepleierene. Funnene viser at sykepleierene er fornøyde med den positive økningen som har vært i forhold til fokus på fagutvikling og oppfølgingen fra ledelsen. Godt fungerende arbeidsteam har også mye å si og er med på å skape en organisasjonskultur og utarbeidelse av en felles kompetanse. Mengdetrening skaper erfaring og er med å styrke den spesifikke og organisatoriske kompetansen. Man kan i følge Benner (17) i snitt kalle sykepleierene erfarne når de kan utfører en trygg og sikker jobb og har vært ved avdelingen i minst 3-5 år. For å få slik erfaring må man også ha egen innsats, ikke bare antall år (17, 18). Når man opparbeider seg erfaring kan man ettevert gå over i ekspertnivå og sykepleie kan utøves uten å følge prosedyren. Dette vil i følge Schön si at man har en ”know how” kunnskap i handlingen hvor man utfører, gjenkjenner eller evaluerer uten å tenke gjennom hva man gjør (17,19). Dersom uvante pasientsituasjoner oppstår kan noen sykepleiere bli usikre. Dersom man går deltid er det høyere sannsynlighet for at det oppstår usikkerhet, og spesielt kan sykepleiere i ren nattestilling være utsatt. Ett

velfungerende team hvor flere erfarne og godt kjente jobber sammen anses derfor som en trygghet i situasjoner hvor en føler seg usikker. Funnene antyder at for å videreutvikle sin spesifikke kompetanse må det i sammenheng med oppfølging fra ledelsen gjøres en *egen innsats og bruke refleksjon*. I følge Benner (17) når ikke alle sykepleiere ekspertnivå tross for lang erfaring, og man kan også reduseres nedover til lavere nivå. Deltid kan føre til dette i og med at man ikke kommer borti pasientsituasjoner som fører til ny kompetanse, men er man ikke åpen for ny kunnskap eller ikke reflekterer nok kan dette også være årsaken (17, 23).

Enhver sykepleier har ett eget ansvar for å ivareta å utvikle kompetansen sin (13) Den grunnleggende kompetansen blir brukt som basis for observasjon av pasienter i følge funnene, men samtidig er sykepleiere som oftest bevisste på at ny kunnskap må tilegnes for å oppnå spesifikk kompetanse.

Florence Nightingale mente at observasjoner sykepleieren gjør er nøkkelen til erfaringer og ikke antall år man har jobbet. Dersom man ikke observerer, kan man arbeide i mange år uten å bli klokere (20). Ny kunnskap skapes ofte gjennom faglitteratur men undersøkelsen her skapes denne helst gjennom praktiske situasjoner, gjerne i sammen med kollegaer. Denne kompetansen er med på å skape trygghet når krevende pasientsituasjoner oppstår senere. Man kan i følge litteraturen skille mellom individ- og kollektivorientert læring(21). Den individorienterte kan skje hos hver enkelt sykepleier når de tolker litteratur eller ser hvordan ting blir gjort, den kollektivorientert utvikles i ett praksisfelleskap mellom mennesker. Læring kan skje uten at læring var det tilsiktede målet (21,22) Begge typer ble beskrevet av sykepleierene som gode i utviklingen av kompetanse. Kollektive så ut til å være mest foretrukket. I følge Kirkevold (23) skapes ikke den praktiske erfaringen bare gjennom læringssituasjoner, men også gjennom refleksjonen. Den er med på å gi god forståelse av situasjonen.

Funnene fra studien viser at refleksjon anses som en viktig del av det å være sykepleier. Refleksjon kan ut i fra tidligere litteratur deles i tre nivå; knowing-in-action, reflection-in-action og reflection-on-action (19). Alle tre kategoriene brukes jevnlig av sykepleiere. Gjennomføring av prosedyrer og handlinger i etterkant medfører ofte refleksjon over praksis. Det ses på som viktig å ta seg tid til refleksjon.

Sykepleiere som arbeider i høyt arbeidspress, lav bemanning, tredelt turnus og mange alvorlige og syke

og døende pasienter gir uttrykk for at en felles refleksjon eller såkalt ”debriefing” er en nødvendighet for å få best mulig læringsutbytte(24). Det er også viktig med tilrettelegging for slike gode samtaler mellom kollegaene som var tilstede ved hendelsen, slik at man kan gå hjem fra vakt uten mange ubearbeidede følelser.

Konklusjon

Studien viser at det finnes delte meninger om i hvilken grad deltid kan ha innvirkning på kompetanseutviklingen. Det viser seg at mindre mengdetrening og tilstedeværelse i avdelingen helt klart kan virke inn på muligheten sykepleierene har til å videreutvikle både den spesifikke og organisasjonsmessige kompetansen. Dette er begge viktige kompetanseområder en sykepleier kontinuerlig bør opprettholde og videreutvikle når de er ansatt i en spesialavdeling. Fartstid i avdelingen og erfaringer ved å ha hatt høyere stilling tidligere sees på som positivt for opparbeidelse av erfaringer og ett godt grunnlag for videreutvikling av kompetansen. En godt fungerende ledelse som er flinke til å ivareta og følge opp sine medarbeidere sees på som en av de viktigste faktorene for å skape kompetanseutvikling. Sykepleierene egen innsats ved å søke læresituasjoner, reflektere over praksis og følge med i utviklingen er også faktorer som bør være tilstede for at utvikling skal være mulig. Mange sykepleiere går i dag i lavere stilling enn selv ønsket og det er absolutt mest ønskelig at flere skal få høyere stilling. Ufrivillig deltid har vist å skape usikkerhet blant mange sykepleiere i forhold til sin kompetanse og også økonomiske forutsetninger. Det sees derfor på som positivt at det nå er satt igang tiltak fra høyere hold for å minske den ufrivillige deltiden som finnes i sykehusene pr dags dato. Sykepleiere i studien synes imidlertid at timeantallet i en 100% stilling burde reduseres til ett nivå som er på 80% av nåværende full stilling. Dette fordi de ønsker å kunne bli ”gamle” i jobben, få nok tid og mulighet til utvikle kompetansen og alt i alt ikke minst ha en fullverdig lønn. Det vil likevel alltid være ønsket for noen å ha en lavere stilling på bakgrunn av familie og andre forhold.

Implikasjoner for praksis

Det er viktig at ledelsen i spesialavdelinger er oppmerksomme på viktigheten av god oppfølging av de ansatte i forhold til oppdateringer som skjer i forhold til rutiner i avdelingen, nye prosedyrer og medisinsk teknisk utstyr. For at dette skal ha noe utbytte er det også viktig at hver enkelt sykepleier har en god innsatsvilje og er åpen for ny læring for å kunne videreutvikle seg som sykepleier i avdelingen. En kombinasjon av dette er med på å skape kompetanseutvikling og sikre seg kompetanserike avdelinger!

Anbefalinger for videre forskning

I videre forskning ville det vært interresant å studere flere grupper sykepleiere, deriblandt også spesialsykepleiere, som jobber deltid og hvorvidt dette har innvirkning på videreutvikling av deres kompetanse.

Referanser

1. Hitland, S., og Ford, N. K. (2001) *Kan sykehus drives uten deltidsansatte sykepleiere?* TØH-serien 2001:10
2. Frigstad, E. (2007). *Flere deltidssykepleiere*. Publisert i Agderposten 9. August 2007.
3. Hallandvik, J.E, A.Halvorsen og T.Olsen (1999), *Reduksjon av deltidbruk i sykehus*. Kristiansand: Agderforskning
4. Moland, L.E (2009). *Ønsket og uønsket deltid- konsekvens for arbeidstaker, arbeidsleder og tjenestetilbud*. Fafo-rapport 2009:15
5. Askeland, L., & Kvale, T. (2010) *Styret må ordne opp*. Publisert i Agderposten 6. Juli.
6. Abrahamsen, B. og H. Høst (2005), *Deltid rekrutterer til pleieyrkene*. SPS-kronikk nr. 2-2005. Oslo: senter for profesjonsstudier
7. Ellingsen, Dag (2009). *Sørlandet fortsatt på etterskudd*. Hentet fra statistisk sentralbyrå 3 Oktober. 2010 : <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/201001/02/art-2010-03-01-01.html>
8. NOU:2004:29. *Kan flere jobbe mer? Deltid og undersyssetting i norsk arbeidsliv*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
9. Morland, Ellen . (2010). *Snart sykepleiedoktor*. Hentet 15 september, 2010 fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=393505
10. Borgersen, Henning (2011). *Deltid i sykehusene skal reduseres med 20 prosent*. Hentet 20 april. 2011 fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-nyhet/627206/Deltid-i-sykehusene-skal-reduseres-med-20-prosent>
11. Spesialisthelsetjenesteloven, Lov-1999-07-02-61.(2003). Funnet 15 September 2010, på Lovdata.
12. Kunnskapsdepartementet. (1998). *Kompetansereformen* (St.meld. nr.42, 1997-1998). Oslo: Departementet.
13. Dåvøy, G.M. (2007) *Stå ikke med hendene i lomma! Faglighet er personavhengig*. I O. Førland (Red.). (2007). *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s.233-249). Oslo: Akribe.
14. Pilhammar Andersson, E. (2001). *Continuing Education in Sweden -ToWhat Purpose?* *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(2), 86-93. Lokalisert på <http://www.jcenonline.com/>
15. Polit, D. F. og Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th). Philadelphia: Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
16. Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
17. Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert*. København: Munksgaard.

18. Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996). *Expertkunnande i omvårdnad, omsorg, klinisk bedömning och etikk*. Lund: Studentlitteratur.
19. Schön, D.A. (1987). *Educating the reflective practioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
20. Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie. Samlede utgaver* Oslo: Universitetsforlaget.
21. Säljö, R. (2006). *Læring og kulturelle redskaper: om læreprosesser og den kollektive hukommelsen*. Oslo: Cappelen akademisk
22. Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse: Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
23. Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
24. Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
25. Falkum, E., I.M, Hagen og S.C Trygstad (2009), *Bedriftsdemokratietilstand. Medbestemmelse, innvirkning og innflytelse i 2009*. Fafo- rapport 2009:35

Vedlegg II: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Opplevelser ved å jobbe deltid i en spesialavdeling i forhold til kompetanseutvikling

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se nærmere på sykepleiere sin opplevelse av å jobbe deltid, og om eventuelle konsekvenser deltid kan ha for kompetanseutviklingen

din. Du er valgt ut fordi du per idag jobber deltid og har gjort dette i over 2 år. Studien gjøres i forbindelse med ett masterprosjekt i sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder. Dette prosjektet vil presenteres som en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift, eventuelt i ett fagtidsskrifter.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du deltar i ett fokusgruppeintervju som varer om lag 1-1 ½ time. Under intervjuet vil det være deg og forhåpentligvis 3 andre kollegaer til stede, som også jobber deltid. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker. Intervjuet vil finne sted på ett møterom på din arbeidsplass. Tidspunkt vil bli bestemt etter jeg har fått tilbakemelding fra alle, og vil prøve å tilpasse det slik at det passer best mulig for alle.

Mulige fordeler og ulemper

Under intervjuet vil du spørres om hvordan du opplever å jobbe deltid, og hvilke konsekvenser dette kan ha for din kompetanseutvikling. Stikkordene som vil gå igjennom intervjuet vil være kompetanse, refleksjon og trygghet i arbeidssituasjoner. Det kan være at vi kommer inn på temaer som er sensitive for deg eller vanskelig for deg å ta opp i gruppe, men det er hele tiden du selv som bestemmer hva og hvor mye du vil fortelle. Du kan også når som helst velge å ikke svare på spørsmål, og trekke deg underveis om du føler for det.

Hva skjer med informasjonen fra deg?

Informasjonen som registreres fra deg skal kun brukes i forhold til hva som er hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dere vil gå under sykepleier og ett tall som tildeles dere. All informasjonen vil oppbevares innelåst, og navnelisten vil være i et annet låst skap enn resten av informasjonen. Det er kun personer som er knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg, det vil si meg som intervjuer deg. Alle opplysninger som kan spores tilbake til deg oppbevares innelåst, og slettes senest 1. desember 2011.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra å delta i

studien.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg, Anne Lin Solvang, på telefon: 90 83 08 51 eller e-post: annes07@student.uia.no eller min veileder ved universitetet Jan Erik Hallandvik, epost: jan-erik.hallandvik@uia.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern og konfidensialitet.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for å delta:

- ✚ Du må være offentlig godkjent sykepleier
- ✚ Du må være ansatt i en spesial avdeling på sørlandet
- ✚ Du må ha jobbet i minst 2 år i fast stilling, eller fast vikariat
- ✚ Du må ha en stillingsprosent på 60% eller mindre, eller ha nylig erfart å gå i en slik stilling. (feks hvis du nylig har fått økt stilling kan det være interessant å høre forskjellen du opplever av å jobbe mer enn tidligere i forhold til kompetanseutvikling)
- ✚ Du må ønske å bidra med din opplevelse av å jobbe deltid til studien.

Bakgrunnsinformasjon om studien:

Det er til nå gjort en del forskning som viser at sykepleiere på sørlandet jobber mer deltid enn ellers i landet. Det viser seg at hver 3 sykepleier ønsker å jobbe mer, men samtidig er det mange som finner denne arbeidsmuligheten tilfredstillende for å kombinere arbeid og familieliv. Det er gjort forskning på at deltids arbeid kan ha en konsekvens for arbeidstakerens kompetanse i sitt fagfelt, følelsen av tilhørighet i avdelingen og tryggheten i arbeidssituasjoner.

- Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

Intervjuets tidspunkt vil avtales med deg personlig eller gjennom din avdelingssykepleier dersom om det er enklere for deg. Intervjuene kommer til å skje i februar måned 2011 hvis dette er mulig.

Kapittel B – Personvern og konfidensialitet

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er navnet ditt, familiesituasjon og stillingsbrøk. Intervjueren har taushetsplikt både som forsker og som sykepleier og kan derfor ikke levere opplysninger som kan spores tilbake til deg videre til noen andre, med mindre det er fare for liv og helse. Det er kun meg som intervjuer deg som får tilgang til disse opplysningene, samt dine kollegaer som også deltar fokusgruppe intervjuet. Universitetet i Agder er databehandlingsansvarlig.

Utlevering opplysninger til andre

Opplysningene om deg vil ikke oppgis til noen andre enn den som intervjuer deg med mindre opplysningene er anonymisert slik at de ikke kan spores tilbake til deg.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Dersom du er interessert vil du få tilsendt ett eksemplar når artikkelen er ferdig skrevet.

Vedlegg III: Samtykkerklæring

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Mitt telefonnummer, dersom intervjueren skal avtale tid og sted med meg:

(Dersom du ønsker å avtale tid og sted via avdelingsleder lar du feltet stå åpent).

Vedlegg IV: Intervjueguide

Intervjuguide/Gruppeintervju

Presentasjon

- Hensikt med dette intervjuet er å få tak i opplevelsene dere har av å arbeide deltid og om deltid kan føre til konsekvenser (feks kompetansen, deres trygghet)
- Prosjektet/intervjuet er en del av en mastergrad
- Skal publiseres i et vitenskapelig tidsskrift, men da er opplysningene anonymisert
- Det du forteller nå kan kun jeg spore tilbake til dere
- Jeg har taushetsplikt med mindre det gjelder liv og helse
- Dere kan la være å svare på spørsmål og velger selv hvor mye hver enkelt av dere vil dele av deres opplevelser. Ikke føl det det ubehagelig dersom du ikke vil gå videre inn på noe. Det respekteres.
- Hver enkelt av dere kan når som helst trekke dere helt til dataene er ferdig analysert (da vil det ikke lenger gå an å se hvilke kommentarer som er deres og hva som er andres)
- Dere har rett til innsyn og kan se på materialet, rette det opp eller kreve det slettet.
- Har du noen spørsmål før vi starter?
- Ønsker du stadig å delta i studien?

Deg

- Kjønn?
- Utdanning, når ferdig?
- Familieforhold/barn?
- Hvor lenge ansatt ved avdelingen?
- Hvor høy stillingsprosent?
- Ønsker du/dere å jobbe mer? Hvorfor? Evt hvorfor ikke?
- Har du/dere andre arbeidsforhold i tillegg?

Kompetanse

- Føler du at du får brukt din kompetanse i avdelingen du jobber i?
- Føler du selv du har nok kompetanse for å takle pasientsituasjoner som oppstår?

- Synes du at avdelingen gjør nok for å bevare kompetansen din eller tilføre ny kunnskap for å bedre kompetansen?
- Har avdelingen en god kompetanse utviklingsplan?
- Føler du/dere dere ajour med denne?
- Har stillingsbrøken innvirkning på din/deres kompetanse? Evt hvorfor?
- Hva gjør du/dere selv for å opprettholde evt øke din kompetanse i avdelingen?
- Føler du/dere dere trygg på å gå inn i pasientsituasjoner som krever spesiell kompetanse som din avdeling krever?
- Føler du deg trygg på prosedyrene som er opprettet for deg/dere?
- Føler du/dere dere trygg på at dine arbeidskollegaer gjør jobben riktig og ikke minst til hva som er best for pasienten?

Refleksjon

- Tar du/dere dere tid til å reflektere over arbeidet du gjør?
- Hender det at du/dere bruker teorien dere har fra utdanningen din, og viderefører det i praksis og da reflekterer underveis i prosessen?
- Har du/dere fått nye ”aha” opplevelser som har ført til ny læring, ved hjelp av refleksjon i arbeidssituasjon eller etter en situasjon i praksis?

Tilhørighet og oppdateringer ved egen avdeling

- Føler du/dere at dere tilhører avdelingen like mye som dere ville gjort dersom dere hadde hatt større stillinger?
- Føler du/dere at det sosiale samarbeidsforholdet er like sterkt som om dere hadde hatt større stillinger?
- Føler du/dere at dere blir tatt med i beslutninger som gjør med de ansatte i avdelingen på lik linje som dem som går i større stillinger?
- Klarer dere å henge med på oppdateringer og fornyelse av pasientbehandling som gjøres i avdelingen?
- Føler du/dere at det utgjør forskjeller på dere som går i deltid enn dem som går i fulltid?

Positive opplevelser ved å jobbe deltid

- Kan du/dere nevne noen positive opplevelser av å jobbe deltid? (feks mer tid til refleksjon, kombinere familieliv, videreutdanning?)

Negative opplevelser ved å jobbe deltid

- Kan du/dere nevne noen negative opplevelser ved å jobbe deltid? (feks økonomisk, mindre læringsutbytte, vanskelig å ”henge med”?)

Avslutning

- Er det noe du/dere ønsker å tilføye?
- Har du/dere noen spørsmål?

Vedlegg V : Inhold i prosjektbeskrivelsen til FEK og NSD

Innhold

1.0 Kort presentasjon av prosjektet

2.0 Metode

3.0 Etisk vurdering

3.1 Ansvar

3.2 Frivillig informert samtykke

3.3 Risiko- Nytte

3.4 Åpenhet og kontroll

3.5 Anonymitet og taushetsplikt

3.6 Forforståelse og forskerrolle

3.6.1 Å forske blandt sine egne

4.0 Fremdriftsplan

Referanser

Vedlegg 1- Prosjektbeskrivelse

Vedlegg 2 – Forespørsel om deltagelse (informasjonsskriv og samtykkeerklæring)

Vedlegg 3 - Intervjueguide

Fakultetets etiske komite's kommentar til prosjektet

Fakultetets etiske komité behandlet søknaden til masterstudent Anne-Lin Solvang i e-mailmøte uke 45/2010 og fattet følgende råd: Godkjent for prosjektoppstart som beskrevet i søknaden.

Vedlegg VI: Godkjenning fra NSD



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

Jan-Erik Hallandvik
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 28.01.2011

Vår ref: 26077 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.01.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26077	<i>Kan det ha konsekvenser for kompetansen til sykepleiere i spesialavdelinger å jobbe deltid?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Agder, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Jan-Erik Hallandvik
Student	Anne Lin Solvang

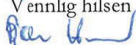
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Anne Lin Solvang, Songe Terrasse 6, 4842 ARENDAL

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.svanva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



Utvalget skal bestå av 8 sykepleiere. Rekruttering og førstegangskontakt skal skje gjennom avdelingsleder. Det skal gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Informasjonsskrivet som er vedlagt prosjektmeldingen tilfredsstiller etter ombudets oppfatning vilkåret om informert samtykke.

Opplysningene skal innhentes gjennom intervjuer, og det skal benyttes lydopptak som ikke skal behandles på pc. Basert på informasjonsskrivet til utvalget har ombudet registrert at det innhentes direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. Datamaterialet skal behandles aidentifisert, det vil si at navn erstattes med et kodenummer. Navnelisten skal lagres separat fra øvrige opplysninger. Prosjektmeldingen er endret på bakgrunn av forannevnte. Videre framgår det at prosjektslutt og tidspunkt for anonymisering er 1. desember 2011. Anonymisering vil innebære å slette direkte (navn og kontaktinformasjon) og indirekte (bakgrunnsvariabler) personidentifiserende opplysninger. Navnelisten skal slettes.