



OPERASJONSSYKEPLEIERE OG FAGUTVIKLING

**En fokusgruppestudie om hvordan fagutvikling skjer
blant operasjonssykepleiere i en operasjonsavdeling**

Wenke Hjelen

Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap

Høgskolen i Oslo og Akershus, institutt for sykepleie

Kull: Heltid 2011

14.05.13

Veileder: Førsteamanuensis Mette Sagbakken

FORORD

Det er mange tanker og prosesser som ligger bak en masteroppgave. Den kommer ikke av seg selv, men gjennom tanker og ideer, samt en interesse for faget operasjonssykepleie som jeg selv representerer. Arbeidet har vært både inspirerende og utfordrende, og jeg har lært mye av den krevende prosessen som har vart i snart ett år. Jeg sitter igjen med kunnskap som har økt min faglige kompetanse, samtidig som arbeidet har inspirert meg til å dele kunnskapen med andre.

Først vil jeg rette en stor og varm takk til alle informantene som stilte opp, og som delte sine meninger og oppfatninger med meg. Uten alle dere, ville det ikke latt seg gjøre å gjennomføre studien!

Tusen takk til lederne ved de ulike operasjonsavdelingene, som bidro meg med å skaffe informanter og organisere tid og rom. Tusen takk!

Min gode master-venninne Sara. Jeg setter veldig stor pris på samarbeidet vi har hatt under hele prosessen, både når vi var med hverandre som assistenter på fokusgruppeintervju hvor vi hadde det veldig moro, og underveis i prosessen med frustrasjon og oppgitthet.

Stor takk til deg Mette Sagbakken, for din tillit til prosjektet, grundige veiledning og tålmodighet. Din raushet har hatt stor betydning for meg og mitt prosjekt.

Størst takk til min kjære Tor, som har bidratt på så mange måter. Du har støttet meg gjennom denne intense perioden med både medgang og motgang, du har vært utrolig tålmodig. Tusen takk for din tro på meg!

SAMMENDRAG

Formål: Studiens formål var å få innsikt i hvordan fagutvikling forstås og skjer blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen. Studiens problemstilling er: *Hvordan skjer fagutvikling blant operasjonssykepleiere i en operasjonsavdeling?*

Teoretisk forankring: Noe av teorien er basert på læring i et sosiokulturelt læringsperspektiv, men andre relevante tilnærminger trekkes inn der det er naturlig i forhold til min problemstilling.

Metode: Studien har et kvalitativt design og fokusgruppeintervju er metoden som er brukt for innhenting av data. Informantene består av 21 kvinnelige operasjonssykepleiere, med mellom 4-37 års yrkeserfaring. Informantene var fordelt på 4 fokusgrupper, og fokusgruppeintervjuene ble foretatt i ulike deler av Norge. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Funnene er analysert ved bruk av Malteruds (2011) modifiserte utgave av Giorgis fenomenologiske analyse.

Resultater: Fagutvikling skjer i hovedsak i form av læring av hverandre i det kirurgiske team. Studien fant at operasjonssykepleiere mangler engasjement og holdninger i forhold til forskningsbasert kunnskap. Operasjonssykepleiere forholder seg først og fremst til erfaringsbasert kunnskap, og i liten grad forskningsbasert kunnskap når de skal endre praksis.

Det er stor uvitenhet om at sykepleieforskning kan benyttes til å endre praksis, og hovedutfordringen ser ut til å være at det er en gjennomgående manglende implementering av forskningsbaserte aktiviteter i operasjonsavdelingene. Resultatene indikerer at forskningsrelaterte aktiviteter ikke blir tilstrekkelig integrert verken i spesialutdannelsen eller i sykehusene.

Konklusjon: Utfordringene i forhold til fagutvikling i operasjonsavdelingene ser ut til å være knyttet til organisatoriske, utdanningsmessige og personlige forhold.

Nøkkelord: Fagutvikling, operasjonssykepleie, kompetanseutvikling, kunnskapsbasert praksis

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study was to gain insight into how professional development is understood and take place among the perioperative nurses in the surgical unit. *How do professional development take place among the perioperative nurses in the surgical unit?*

Literature: Part of the theory is based on learning in a socio-cultural learning perspective, but other relevant approaches are also included where it is appropriate.

Method: The informants were 21 female OR nurses with work experience between 4- 37 years. The nurses were divided into 4 focus groups, the focus group interviews were conducted in different parts of Norway. The findings are analyzed with Malterud's modified version of Giorgi's phenomenological analytical process.

Results: The results show that the professional development mainly depends on knowledge exchange in the surgical team. The study found that operating room nurses lack engagement and attitudes towards research-based knowledge. Surgical nurses relate primarily to experience-based knowledge and little research-based knowledge with regards to changing practice.

There is a lack of awareness that nursing research can be used to change practice, and the main challenge seems to be that there is a general lack of implementation of research-based activities in the operating departments. The results indicate that the research-related activities is not sufficiently integrated, neither in special education nor in hospitals.

Conclusion: Challenges relating to professional development in surgical departments seem to be connected with organizational, educational and personal factors.

Keywords: operating room nursing, professional development, knowledge, updating knowledge, evidence-based practice.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Presentasjon av studiens hensikt og problemstilling.....	3
1.3 Min forforståelse.....	4
1.4 Oppgavens oppbygging.....	5
2.0 TEORETISKERFERANSERAMME	6
2.1 Operasjonssykepleie.....	6
2.1.1 Viten som basis for utøvelse av yrket.....	9
2.1.2 Lovverket	10
2.1.3 Kunnskapsbasert praksis.....	11
2.2 Fagutvikling som fenomen.....	14
2.3 Læringsperspektiver.....	16
2.3.1 Kognitivt læringsperspektiv.....	16
2.3.2 Sosiokulturelt læringsperspektiv.....	17
2.4 Praksisfellesskapets lærings arena.....	18
2.4.1 Situert læring og mesterlære.....	20
2.4.2 Refleksjon som læring.....	23
2.5 Utvikling av profesjonell kompetanse.....	24
2.5.1 Profesjonelles verdier og holdninger.....	25
2.6 Tidligere forskning.....	26
2.6.1 Søk etter forskning om tema.....	26
2.6.2 Operasjonssykepleieres kompetanse og pasientsikkerhet.....	28
2.6.3 Kilder til læring.....	28
2.6.4 Barrierer for endring av praksis.....	29
3.0 METODE	31
3.1 Innledning.....	31
3.2 Valg av design.....	31
3.3 Fokusgruppeintervju som metode	32
3.4 Forskerens rolle	34

3.5 Rekruttering og utvalg av informanter.....	35
3.5.1 Utvalgsprosessen.....	38
3.6 Utarbeidelse av intervjuguide.....	40
3.7 Gjennomføring av fokusgruppene.....	41
3.7.1 Etterarbeid.....	46
3.8 Forskningsetiske vurderinger.....	47
3.8.1 Fordeler og ulemper på individnivå.....	47
3.8.2 Fordeler og ulemper på samfunnsnivå.....	49
3.8.3 Tiltak for å beskytte informantene i prosjektet.....	49
3.8.4 Informert samtykke.....	50
3.8.5 Fortrolighet og oppbevaring av data.....	51
3.8.6 Publisering av resultater.....	51
3.9 Transkribering.....	52
3.10 Analytisk tilnærming.....	55
3.10.1 Innledning.....	55
3.10.2 «Helhetsinntrykk- fra villnis til temaer».....	55
3.10.3 «Meningsbærende enheter-fra temaer til koder».....	56
3.10.4 «Kondensering- fra kode til mening».....	57
3.10.5 «Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelser og begreper».....	58
3.11 Selvrefleksivitet.....	59
4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER.....	60
4.1 Viktige ferdigheter for å utøve operasjonssykepleie.....	60
4.1.1 Om praktiske ferdigheter og kunnskap.....	61
4.1.2 Å se.....	62
4.1.3 Å kommunisere og samarbeide.....	63
4.2 Om begrepet fagutvikling.....	64
4.3 Hva fremmer fagutvikling blant operasjonssykepleierne.....	65
4.3.1 Om kurs og undervisning.....	66
4.3.2 Om å lære av kollegaer.....	67
4.3.2.1 Om å reflektere.....	70
4.3.3 Om strukturelle faktorer i avdelingen.....	71
4.3.3.1 Seksjonering, rullering og superbrukere.....	72
4.3.3.2 Interesse som en fremmede faktor.....	74

4.4 Hemmende faktorer for fagutvikling blant operasjonssykepleierne.....	75
4.4.1 Om ressurser og tid	75
4.4.2 Om holdninger og ansvar for eget fag.....	77
4.4.2.1 Barrierer for forskningsbasert praksis.....	81
5.0 DISKUSJON.....	83
5.1 Fagutvikling som begrep.....	83
5.2 Hemmende faktorer for fagutvikling.....	85
5.2.1 Individet versus organisasjonens ansvar for læring.....	85
5.2.2.1 Ansvarets utfordringer.....	89
5.2.3 «Mangel på Akademisk kultur»?.....	91
5.2.4 «Organisatoriske og kulturelle barrierer».....	94
5.2.5 Gap mellom retningslinjer og praksis?.....	96
5.2.6 Betydningen av profesjonsintegritet og profesjonsidentitet.....	98
5.3 Fremmede faktorer for fagutvikling.....	101
5.3.1 Praksisfellesskapets læringsarenaer.....	101
5.3.2 Praktisk arbeid – med bakgrunn i viten.....	103
5.3.3 Erfaringsbasert kunnskap og bruk av refleksjon.....	105
5.4 Avslutning.....	108
5.5 Tanker om videre forskning.....	110
5.6 Studiens troverdighet.....	111
REFERANSER.....	113
OVERSIKT OVER VEDLEGG.....	125

1.0 INNLEDNING

En operasjonsavdeling er en avdeling som er preget av høy aktivitet og tempo, og hvor driften er målrettet og basert på produksjon og innsats (NOU 2003:1, 2003). Pasientene kommer inn til avdelingen for større eller mindre inngrep og/eller undersøkelser, og operasjonsavdelingen skal samtidig ha en beredskap for å ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp av ulike årsaker. Aktiviteten i spesialisthelsetjenesten øker for hvert år, og stadig flere får behandling (St.prp.nr.1 (2006-2007), 2006).

En stadig utvikling av medisinskteknisk utstyr og medisinsk behandling, medfører bedre og flere behandlingstilbud og behandlingsmetoder, som derved stiller særegne krav til faglig oppdatering blant operasjonssykepleiere (St.meld.nr.42 (1997-1998), 1998). Ny teknologi og nye forskningsresultater er i økende grad en del av en hverdag man må forholde seg til, og som medfører krav om kontinuerlig oppdatering og kunnskapsutvikling (St.meld.nr.42 (1997-1998), 1998). Det er med andre ord nødvendig for operasjonssykepleiere å møte endringer og krav med oppdatert profesjonell kompetanse i praksis. Profesjonell kompetanse innebærer blant annet at en evner og kritisk reflektere over egen praksis og har vilje til å videreutvikle egen kompetanse slik at det er samsvarer med de krav som er i praksis (St.meld.nr.42 (1997-1998), 1998).

I en artikkel, publisert i Sykepleien Forskning, med tittel «*Kompetanseutvikling under press-erfaringer til sykepleieleiarar etter omorganisering av sjukehusa*» (Naustdal, 2010), debatteres konsekvensene av at fokuset på sykehusene i økende grad dreies mot produksjon og effektivitet, noe som ifølge forfatterne kan medføre at det faglige nivået i profesjonen sykepleie blir redusert. Knapphet på tid ser ut til å være en avgjørende faktor i denne sammenhengen, og pasientene er de som blir skadelidende. I en kommentar til denne artikkelen, publisert i samme tidsskrift, med tittel «*Fagutvikling må prioriteres*» (Opheim, 2010), påpeker forfatteren at selv om tid og motivasjon ser ut til å være hemmende faktorer må kompetanseutvikling prioriteres. Sykepleiefaget er den redskapen en har for å utøve den sykepleien pasienten har behov for, og den sykepleiepleiefaglige kompetansen må til enhver tid være faglig forankret og oppdatert (Opheim, 2010).

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

I denne studien vil jeg rette søkelyset mot operasjonssykepleiere som jobber i operasjonsavdeling, hvor en daglig står overfor faglige utfordringer.

I operasjonssykepleiernes funksjonsbeskrivelse står det at operasjonssykepleie krever innsikt og kunnskaper i forhold til den kroniske og/eller akutte operasjonspasientens situasjon og behov (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Operasjonssykepleier skal ivareta pasientens sykepleiebehov pre, per og postoperativt og er ansvarlig for at en sikker og høy kvalitetsmessig sykepleie blir gjennomført. Samtidig deltar operasjonssykepleieren i avdelingens koordinering og organisering av driftens operative aktivitet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Dette krever at operasjonssykepleieren har egenskaper hvor hun/han er forutseende, har overblikk over situasjonen, er i stand til å improvisere, er kreativ når det er nødvendig, og samtidig arbeider effektivt (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

I dag stilles operasjonssykepleiere overfor stadig ny problematikk. Utfordringer knyttet til blodsmitte og resistente mikroorganismer, og antall økende pasienter som er infeksjonsutsatte, øker operasjonssykepleierens ansvar og sammensatthet i forhold til de vurderinger som må tas (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Derfor betinger operasjonssykepleie en kritisk-analytisk tankegang, hvor det kreves en faglig og kvalitetsmessig utvikling til enhver tid. Kontinuerlig oppdatering og kompetanseheving er pålagt av Utdannings- og forskningsdepartementet og skal være en del av yrkesutøvelsen i det daglig arbeidet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Interessen som ligger til grunn for valg av tema, er knyttet til at jeg selv er operasjonssykepleier. Jeg har arbeidet ved både store og små sykehus i landet, og jeg har arbeidet i både offentlig og privat sektor. Jeg har sett hvor viktig det er med et godt fagmiljø og hvor viktig det er at det blir tilrettelagt for kompetanseheving i operasjonsavdelingen. Jeg har erfart at store og små sykehus har ulike ressurser tilegnet fagutvikling, og har derfor forskjellige utgangspunkt. Pasienten har, uansett ressursfordeling, krav på faglig forsvarlig helsehjelp, og operasjonssykepleie skal utføres i samsvar med gjeldende lovverk (Helsepersonelloven, 1999). Det vil si at operasjonssykepleieren har et medansvar for at pasienten ikke blir påført skade eller lidelse utover det inngrepet i seg selv medfører (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Operasjonsavdelingenes kliniske felt som arena for fagutvikling gis lite oppmerksomhet, og er, slik jeg ser det, et tema som behøver belyses.

For å styrke egen yrkeskunnskap, yrkesidentitet og teoretiske plattform, bør en, slik jeg ser det, benytte egne fagbegreper som beskriver selve arbeidet og den artikulerte og tause kunnskapen som eksisterer blant operasjonssykepleiere i en operasjonsavdeling. Operasjonssykepleie er knyttet til kirurgisk terminologi, og har derfor naturligvis mange felles begreper. Slik jeg ser det vil en kontinuerlig utvikling av den profesjonelle kompetansen, gjennom fagutvikling og forskning, være med å løfte frem og artikulere både generell kunnskap og assosierte begreper knyttet til egen profesjon. Ved å styrke egen profesjon på denne måten vil det, slik jeg ser, være lettere å aktivere en bevissthet og et engasjement i forhold til å drive forskning og fagutvikling. I operasjonssykepleiernes yrkesaktive hverdag, ser jeg mange utfordringer knyttet til de krav som foreligger i forhold til fagutvikling. I denne masteroppgaven har jeg derfor valgt å fokusere på operasjonssykepleieres opplevelser, tanker og meninger i forhold til de utfordringer som er knyttet til det å drive fagutvikling i en operasjonsavdeling.

1.2 Presentasjon av studiens hensikt og problemstilling.

Hensikten med denne studien er å få innsikt i hvordan fagutvikling forstås og skjer blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen.

Jeg har utformet følgende forskningsspørsmål;

- 1) Hvilke ferdigheter vektlegges som de viktigste i utøvelsen av god operasjonssykepleie?
- 2) Hva legger operasjonssykepleierne i begrepet fagutvikling?
- 3) Hvilke faktorer mener operasjonssykepleierne hemmer fagutvikling i avdelingen?
- 4) Hvilke faktorer mener operasjonssykepleierne fremmer fagutvikling i avdelingen?

1.3 Min forforståelse.

Forforståelsen min vil i stor grad være påvirket av min spesialsykepleierutdanning, og kunnskaper som jeg har tilegnet meg gjennom mastergradsutdannelsen i klinisk sykepleievitenskap, og sist men ikke minst gjennom personlig livserfaring. Jeg har arbeidet i 10 år som operasjonssykepleier, og har gjennom årene erfart hvilke høye krav som forventes i arbeidet med akutt og kritiske syke mennesker. Jeg har reflektert over hvor skjørt livet er, og hvor krevende det er å skulle yte best mulig og sikker operasjonssykepleie i enhver situasjon og til enhver tid. Jeg har opplevd at vi, det kirurgiske team, sammen har kjempet med liv og død, i forhold til både unge og gamle pasienter. Noen ganger har kampen vært vellykket, andre ganger har liv vært umulig å redde. Dette har gjort noe med meg som menneske. Jeg har selv erfart at for å bli «ekspert» i sykepleie, må en kontinuerlig arbeide med fagutvikling og ta i bruk den mest oppdaterte og tilgjengelige kunnskap som til enhver tid finnes. Mine erfaringer tilsier at faglige avgjørelser knyttet til utøvelse av operasjonssykepleie ikke alltid er basert på denne type kunnskap og at pasienter derfor kan bli skadelidende. På bakgrunn av dette, ønsker jeg å fokusere på operasjonssykepleieres fagutviklings- og forskningsansvar som innebærer proaktive holdninger på en rekke områder, slik som beskrevet av NSF's Landsgruppe av Operasjonssykepleiere, NSFLOS (2008). De understreker at operasjonssykepleiere skal være med på å medvirke og stimulere til fagutvikling og forskning for å sikre at praksis baseres på best tilgjengelig kunnskap (kunnskapsbasert praksis/evidensbasert praksis); de skal endre fagutøvelsen slik at den samsvarer med dagens komplekse pasienter og utvikling (NSFLOS, 2008). Operasjonssykepleiere skal til enhver tid holde seg faglig oppdatert ved å søke/lese og anvende forskningslitteratur for å begrunne handlinger, samt samarbeide i tverrfaglige prosjekter som medvirker til bedre pasientforløp og medvirker til utvikling av operasjonssykepleiefaget internasjonalt (NSFLOS, 2008). Fagutviklingsansvaret knyttes til kvalitetsutbedring av all operasjonssykepleiepraksis (NSFLOS, 2008).

Min oppfattelse av mine kollegaer, både med kort og lang erfaring, er at de alle er opptatt av å skaffe seg kunnskaper nok til å utøve faget profesjonelt og faglig godt. Jeg har likevel erfart at overføring av kunnskap og ferdigheter ofte baseres på normer som avspeiles gjennom uttalelser som «slik gjør vi det her» eller «slik har vi alltid gjort det». Med andre ord har jeg i stor grad erfart at en ikke baserer ferdighetene på ny og oppdatert kunnskap, men heller på erfaring, som er bygget på at «det har fungert før». På bakgrunn av slike erfaringer, har jeg gjennom min

hverdag og praksis blitt gradvis mer oppmerksom på hvor ofte jeg og andre kollegaer havner i situasjoner hvor en tenker at dette har jeg ikke tilstrekkelige kunnskaper om. For å være bevisst egne opplevelser og meninger rundt dette, skrev jeg ned noen av mine forhåndsantagelser før studien begynte. Det kom tydelig fram i denne beskrivelsen at mitt engasjement og min interesse er sterkt knyttet til temaområdet fagutvikling.

Denne «ryggsekken» av forforståelse formet gjennom ulike faglige perspektiver, teoretiske referanserammer og år med erfaring, har vært med meg gjennom hele forskningsprosessen, og også fungert som en motiverende faktor gjennom hele studien. Jeg har gjennom hele prosessen forsøkt å ha et aktivt og bevisst forhold til min forforståelse, og mener selv jeg har klart å benytte den som en styrke i arbeidet.

1.4 Oppgavens oppbygging.

I første kapittel av studien har jeg gjort rede for bakgrunn for valg av tema, med presentasjon av problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål.

I kapittel 2 presenterer jeg den teoretiske referanserammen, og redegjør kort om hvordan søk etter litteratur og forskningsartikler ble utført. Deretter følger en gjennomgang av eksisterende forskning som omfatter operasjonssykepleieres utfordringer i forhold til fagutvikling og forskning.

I kapittel 3 beskriver jeg hvordan studien er planlagt og gjennomført, presenterer metodiske valg jeg har tatt og redegjør for disse. Jeg viser videre til forskningsetiske vurderinger og betraktninger, og avslutter kapittelet med tanker knyttet til selvrefleksivitet.

I kapittel 4 presenter jeg funn fra fokusgruppene, som er basert på kategorisering og tekstkondensering av datamaterialet.

I kapittel 5 diskuterer jeg de viktigste funnene i studien opp mot teori og annen relevant empiri. Kapittelet inneholder tanker om videre forskning, og avsluttes med betraktninger knyttet til studiens troverdighet.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I denne studien ønsker jeg å fordype meg i hvordan fagutvikling forstås og skjer blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen. Innledningsvis har jeg presentert perspektiver som preger min forforståelse, og med bakgrunn i den har jeg fra start tatt utgangspunkt i operasjonssykepleierens ansvar og myndighetsområde.

Jeg vil kort beskrive utdanningens historikk og operasjonssykepleierens ansvars- og myndighetsområde med gjeldende lovverk, samt presentere teori om kunnskapsbasert praksis og viten som basis for utøvelse av yrket. For å forstå begrepet fagutvikling som fenomen, har jeg valgt å ta utgangspunkt i helseforetaket Helse Nord-Trøndelag HFs definisjon. I forhold til læring, har jeg tatt utgangspunkt i et sosiokulturelt læringsperspektiv, som er et perspektiv som innebærer et helhetlig syn på læring. Jeg benytter teori om situert læring og mesterlære, samt teori om refleksjon som supplement. Mye av den valgte teorien er basert på Schön og boken «Den reflekterende praktiker», og Nielsen og Kvaales bok «Mesterlære-læring som sosial praksis», men jeg ville også trekke inn andre relevante tilnæringer der det er naturlig i forhold til min problemstilling. I tillegg benytter jeg teori som omhandler utvikling av profesjonell kompetanse. Kapittelet avsluttes med en gjennomgang av eksisterende forskning som omhandler operasjonssykepleieres utfordringer i forhold til fagutvikling og forskning.

Den valgte teoretiske referanseramme er et resultat av mine erfaringer og kunnskaper, men også et resultat av min forforståelse.

2.1 Operasjonssykepleie.

For 150 år siden skjedde det en utvikling innen medisin og samfunn, som la grunnlaget for operasjonssykepleie som spesialitet (Høiland, 1996). Det er beskrevet at oversykepleiere bisto kirurger ved operasjoner så langt tilbake som til slutten av 1800 tallet. Operasjonssykepleie var i starten dårlig systematisert, og operasjonssykepleierne ble opplært gjennom «learning by doing», og ved å jobbe sammen med kollegaer som hadde erfaring (Høiland, 1996).

Spesialutdannelse for operasjonssykepleie går så langt tilbake i tid som til 1930 årene, og læretiden var ett år, med to års bindingstid (Høiland, 1996). Det ble i 1952 utarbeidet en utdanningsplan for operasjonssykepleiere; læretiden var fremdeles på ett år med beskrevet undervisning både i teori og praksis (Høiland, 1996). Utdanningen var drevet av sykehusene i landet, hvor utdanningen har vært ulik både i lengde og innhold (Høiland, 1996). I 1997 vedtok Stortinget at blant annet videreutdanningen i operasjonssykepleie skulle overføres til høyskolene, og skulle bygges på nasjonale rammeplaner for å sikre en felles standard og kvalitet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Rammeverket inneholdt krav til organisering av personalet som skal undervise, samt eksamensbestemmelser. Det ble vedtatt at videreutdanning i operasjonssykepleie skulle gi 90 studiepoeng, noe som gir en studievarighet på 1½ år (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). I dag er operasjonsutdanningen på 90 studiepoeng og består av 50-60% praksis, og resten er basert på teoretisk undervisning (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Operasjonssykepleierens målgruppe er operasjonspasienten og dens pårørende. Pasientene kommer til avdelingen for å få utført et kirurgisk/invasivt inngrep eller undersøkelse/og eller behandling og trenger profesjonell og individuell sykepleie (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Funksjonsbeskrivelsen, forfattet av NSFLOS, omhandler operasjonssykepleieres plass i organisasjonen, stillingens formål, kvalifikasjonskrav, funksjons- og ansvarsområde (NSFLOS, 2008). Jeg vil i denne sammenheng trekke frem kunnskapsdimensjonene som omhandler punktene om pedagogisk, administrativt, forsknings- og fagutviklings ansvar, som er et underpunkt til ansvars- og funksjonsområder.

Fagermoen (1993) beskriver særlig tre dimensjoner som sykepleiens kompetansegrunnlag består av: det etiske grunnlaget, viten-reservoaret og handlingsrepertoaret. Begrepene er overførbare til operasjonssykepleiens fagområde (NSFLOS, 2008). Det etiske grunnlaget beskriver operasjonssykepleierens verdier og etisk moralsk erkjennelse. Det etiske aspektet er overordnet, fordi operasjonssykepleieren har ansvaret for pasienten og styrer fokus for operasjonssykepleien (NSFLOS, 2008). Viten-reservoaret omhandler nødvendig kunnskap, innsikt og forståelse som ligger til grunn for å forstå og forholde seg til pasientens problemer. Kunnskapen er ikke statisk, den kan og må læres og utvikles, og tid til oppfølging og refleksjon må prioriteres (NSFLOS, 2008). Handlingsrepertoaret opparbeides og utvikles over tid, gjennom trening av flere ulike praktiske ferdighetsområder. Et av ferdighetsområdene

omhandler rasjonelle ferdigheter som består av problemløsning og analyse av konsekvenser, kritisk tenkning, klinisk vurdering og beslutningsevne (NSFLOS, 2008) Det andre ferdighetsområdet er samhandlingsferdigheter som består av evne til undervisning, veiledning, ledelse, kommunikasjon og samarbeid. Det tredje og siste området er manuelle ferdigheter som innebefatter ferdigheter som vedrører hender og kropp for øvrig (NSFLOS, 2008).

I følge operasjonssykepleierens funksjonsbeskrivelse har operasjonssykepleieren et pedagogisk ansvar, et administrativt ansvar og et fagutviklings- og forskningsansvar. Operasjonssykepleierens pedagogiske ansvar innebærer å informere, undervise og veilede pasienter, pårørende, studenter, nyansatte og medarbeidere (NSFLOS, 2008, Helsepersonelloven, 1999.). Det vektlegges at den undervisende funksjonen er av stor og nødvendig betydning for fremtidige og nyansatte kollegaer, hvor holdninger og verdier avspeiles i formidlingen av faget til pasienter, studenter og andre faggrupper. I denne funksjonen reflekteres yrkesidentiteten, og hvilke holdninger og verdier som betegner operasjonssykepleierne som yrkesgruppe (NSFLOS, 2008.) Det administrative ansvaret kan sees som en rammefaktor for all utøvelse av operasjonssykepleie. Aktuelle ansvarsområder er: planlegging og organisering av drift, faglig lederansvar, organisere og delegere oppgaver, ta ansvar for forsvarlig ressursbruk, samarbeide med andre faggrupper i og utenfor avdelingen, samt bidra til et godt arbeidsmiljø (NSFLOS, 2008). I forhold til operasjonssykepleieres fagutviklings- og forskningsansvar er det vektlagt at ansvaret innebærer å medvirke og stimulere til fagutvikling og forskning for å sikre at praksis baseres på best tilgjengelig kunnskap (det som i ulike fora beskrives som kunnskapsbasert praksis/evidensbasert praksis), endre fagutøvelsen slik at den samsvarer med dagens komplekse pasient og utvikling, til enhver tid holde seg faglig oppdatert ved å søke/lese og anvende forskningslitteratur for å begrunne handlinger, samarbeide i tverrfaglige prosjekter som bidrar til bedre pasientforløp, samt bidrar til utvikling av operasjonssykepleiefaget internasjonalt (NSFLOS, 2008). Fagutviklingsansvaret knyttes til kvalitetsforbedring av all operasjonssykepleiepraksis (NSFLOS, 2008).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (ICN, 2011) beskrives det at sykepleiere og ledere skal etablere systemer som skal sørge for kontinuerlig sertifisering, profesjonell evaluering og etterutdanning. Videre i yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleiere skal jobbe for anvendelse, utførelse og formidling av forskning som er knyttet til faget sykepleie og helse (ICN, 2011).

2.1.1 Viten som basis for utøvelse av yrket.

I følge Fagermoen (1993), utøves sykepleie på grunnlag av etikk, et viten-reservoar og et handlingsrepertoar, alle tre områder er grunndimensjoner i sykepleie (Fagermoen, 1993). Begrepene er overførbare til operasjonssykepleiens fagområde (NSFLOS, 2008). Innholdet i de tre dimensjonene kan sees i sammenheng med Aristoteles kunnskapsinndeling. Aristoteles skilte mellom *episteme*, *tekhne* og *fronesis* (Aristoteles, 1972, Nortvedt og Grimen, 2004). *Episteme* er kunnskap som er evig og uforanderlig, slik som deler av teori og vitenskapelig kunnskap. *Episteme* vektlegges av Aristoteles som den sterkeste kunnskapsformen. *Tekhne* kan sammenlignes med det norske ordet «teknologi», som beskriver kunnskap om hvordan ting blir laget, og består av praktisk orientert kunnskap. *Tekhne* vil derfor være knyttet til operasjonssykepleierens praktiske utøvelse av håndverket. *Fronesis* beskrives som en type handlingskunnskap. *Fronesis* handler om å kunne bedømme hvordan en skal gå frem, slik at en på et moralsk grunnlag gjør det som gagnar personen best i den gitte situasjonen. *Fronesis* omfatter innlærte ferdigheter som en benytter når en bedømmer ulike situasjoner, og som tilegnes gjennom erfaring (Aristoteles, 1972, Nortvedt, Grimen, 2004).

I operasjonssykepleie er både viten og praktiske ferdigheter deler av det som til sammen konstituerer kompetansen (Fagermoen, 1993, NSFLOS, 2008). Praksiskunnskap inneholder viten om «Knowing how», å ha kunnskaper om hvordan en gjør noe, og «Knowing that» (å vite at) en har kunnskaper om hva noe er (Ryle, 1949, Nortvedt og Grimen, 2004). Viten-reservoaret til operasjonssykepleiere kan sees som kunnskap som er utledet av fakta og teori, og ikke bare fra synspunkter og meninger (Damsgaard, 2010). Teoretisk kunnskap beskrives av Molander (1996), professor i teoretisk filosofi, som pålitelig og etterrettelig kunnskap om ulike konkrete forhold, redskaper og prosesser. I operasjonssykepleie vil teoretisk kunnskap for eksempel omhandle kirurgi og sykdomslære. Det vil si, ifølge professor ved høgskolen i Telemark, Hilde Larsen Damsgaard (2010), at teoretisk kunnskap handler om (ganske) observerbare og sikre sammenhenger som finnes mellom virkelighetens fenomener, og som har anseelse som lovmessige og nøytrale. I tillegg kan kunnskapsbegrepet også inkludere ferdigheter, arbeidsmetoder og forskning (Damsgaard, 2010). Per Nortvedt og Harald Grimen (2004) redegjør for begrepet kunnskap, og erkjenner og inkluderer både teoretisk og praktisk kunnskap. De mener begge disse to kunnskapsformene kan læres, uttales, bedømmes, sammenfattes og overføres (Nortvedt og Grimen, 2004). Kunnskap må dannes av den som

lærer, og oppfattes som noe som ikke er endelig, men må behandles som ens egen for å gi mening (Nortvedt og Grimen, 2004). Kunnskap innebærer et krav om refleksjon og kritisk tenkning, hvor all kunnskap, både teoretisk og praktisk kunnskap, hele tiden må utvikles (Damsgaard, 2010). Viten inneholder også det etiske grunnlaget i operasjonssykepleien, hvor alt en utøver av handlinger skal være til beste for pasienten (NSFLOS, 2008).

2.1.2 Lovverket.

Operasjonssykepleiere må forholde seg til lovverket, og jeg vil derfor trekke frem nødvendigheten av forsvarlig virksomhet, med grunnlag i fastsatt lovverk og nasjonale strategiplaner. I henhold til Helsepersonelloven (1999) vedrørende forsvarlighet, står det:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven § 4, 1999).

En må i henhold til loven forholde seg til de kvalifikasjoner en har, og ikke utøve arbeidsoppgaver hvor en ikke har den kompetansen som kreves. Forsvarlighet innebærer at pasienten får den nødvendige helsehjelp av helsepersonell som er kvalifisert for dette. Pasientene har på sin side krav på rett, sikker og nødvendig helsehjelp i henhold til Pasientrettighetsloven (1999).

I henhold til nasjonal strategi; oppfølging av «.....og bedre skal det bli», om å styrke helsepersonells kompetanse, understrekes det at kompetansen skal styrkes gjennom kontinuerlig kvalitetsforbedring, og hvorav midler og tid skal prioriteres til å utføre forbedringsarbeid fortløpende (Sosial- og helsedepartementet, 2007). Helsepersonells kompetanse skal heves gjennom trening i ulike former for kunnskapshåndtering, og dermed bidra til at oppsummert kunnskap blir lettere tilgjengelig, og at man i større grad arbeider kunnskapsbasert. Det understrekes videre at refleksjon og erfaringsutveksling over praksis skal vektlegges og organiseres (Sosial- og helsedepartementet, 2007). Gjennom fokus på fagutvikling og forskning kan operasjonssykepleiere møte de krav som stilles av loven. Sykehuset som organisasjon har i tillegg et ansvar for fagutvikling bestående av opplæring, etterutdanning og videreutdanning (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I en

operasjonsavdeling er det stadig ny medisinsk behandling og utstyr (St.meld.nr.42 (1997-1998), 1998.), noe som setter høye krav til fagutvikling og opplæring. For å benytte medisinskteknisk utstyr, skal det gis systematisk opplæring og instruksjon. Dette for å sikre en sikker bruk av utstyret, noe som innebærer at det skal gis informasjon om forholdsregler og farer for skade på liv, helse og omgivelser (Forskrift om elektromedisinsk utstyr, 1999).

2.1.3 Kunnskapsbasert praksis.

Nasjonal strategi sier at sosial- og helsearbeidere og lærere innen helsefag skal jobbe kunnskapsbasert (Sosial- og helse departementet, 2007).

Evidens er et annet ord for bevis. Dermed vil evidensbasert sykepleie bety det samme som «bevisbar» sykepleie, hvor praksis skal være begrunnet ut i fra sikker kunnskap (Nortvedt og Hansen, 2001, Bjørk og Solhaug, 2008). Evidensbasert sykepleie er basert på engelsk språk, og er derfor blitt mer eller mindre likestilt med det norske begrepet kunnskapsbasert sykepleie. Kari Martinsen (2005) beskriver evidens som et noe uklart begrep, hvor hun påpeker at ordet i seg selv betyr *å innse* eller *å se*. Hun peker videre på at ordet evidens er knyttet til ordet *å vite* som igjen henger sammen med ordene *kjenne*, *erfare*, *å se til*, ord som sier noe om at en får innlysende klarhet om noe. Evidens kan også knyttes til ordene *bevis* og *åpenbar* (Martinsen, 2005).

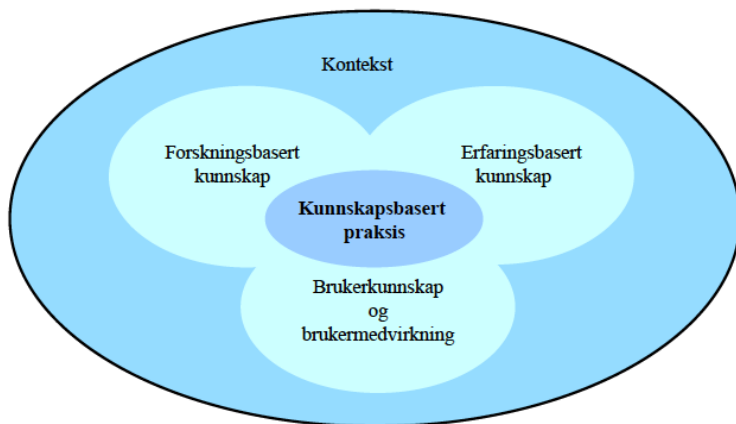
Odland (2010) høgskolelektor i sykepleie og helsefag, diskuterer i sin artikkel i hvilken grad evidens er et sentralt begrep innen profesjonell sykepleie. I profesjonell sykepleieutdanning er ett av målene at sykepleier skal kunne bidra til kunnskapsbasert praksis (Odland, 2010). Det er ikke bare innen utdanning evidensbasert kunnskap er et mål, men også som en strategi nedfelt i rapporten «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i sosial- og helsetjenesten» (Sosial- og helse departementet, 2007). Der står det beskrevet anbefalte tiltak som å gjøre tilgangen på forskningsbasert og oppsummert kunnskap lettere for utøverne av tjenestene, i den hensikt at denne kunnskapen skal gi retning for forbedringene. Det understrekes i tillegg at det er viktig at nye tiltak er i samsvar med gjeldende kunnskap innen området (Sosial- og helse departementet, 2007).

Odland (2010) diskuterer i sin artikkel hvorfor evidensbasert sykepleie kan fremstå som problematisk, i den forstand at evidensbasert sykepleie (kunnskapsbasert praksis) stammer fra evidensbasert medisin hvor metoder og kjennetegn er de samme og baserer seg på paradigmer som baserer den vitenskapelige tenkningen på objektive, målbare sannheter (Odland, 2010).

I følge Karl Martinsen (2004), er kunnskapsbasert sykepleie et resultat av et kunnskapshierarki innenfor evidensbasert tenkning, hvor noe rangeres i forhold til noe annet. I evidensbasert tenkning er det forskningsresultater fra meta-analyser av randomiserte studier som er plassert høyest i hierarkiet og erfaringsbasert kunnskap er plassert nederst (Martinsen, 2004). Forskningsbasert kunnskap har med andre ord høyere verdi en kunnskap som er erfarings- og praksisbaserte (Martinsen, 2004). Problemstillinger i sykepleiefaget er i tillegg vanskelig å måle og belyses ofte bedre ved å benytte andre metoder enn randomiserte kliniske forsøk (Martinsen, 2004, Odland, 2010). Sykepleiere har tradisjonelt sett belyst mange sykepleiefaglige problemstillinger, slik som hvordan det er å leve med sykdom og lidelse, ved bruk av kvalitativ metodologi, en forskningsmetode som rangeres som mindre betydningsfull. I Nortvedts og Hanssens (2001) rangeringsoversikt blir erfaringskunnskap rangert på laveste nivå, mens kvalitativ forskning ikke blir nevnt. I andre liknende evidenshierarkier er kvalitativ forskning inkludert, men ligger alltid på lavere nivåer i slike hierarkiske fremstillinger (Martinsen, 2004). Som Martinsen (2004) peker på er det problematisk når den evidensbaserte forskningen innsettes i et hierarki, fordi dette sier noe om at et spesifikt kunnskapsregime settes høyere enn andre uansett hvilke forskningsspørsmål som stilles. Martinsen (2004) skriver at Cochrane Library er den databasen hvor det foreligger studier som ligger høyest i evidenshierarkiet, og ut i fra evidenstenkningen representerer disse studiene dermed det som betraktes som mål for god sykepleiepraksis. Martinsen (2004) peker på at dette medfører problemer fordi vitenskapen da kommer før klinisk praksis (Martinsen, 2004). Problemet bunner ikke i at vitenskapen skal kunne etterprøve og granske klinisk praksis, men at vitenskapen, med utgangspunkt i kvantitative studier og pre-definerte variabler, skal være bestemmende for hvilken praksis som skal være gjeldende (Martinsen, 2004). Dette kan medføre begrenset kunnskap og forståelse av det kliniske felt og medføre at den kliniske praksis blir regelstyrt og teknifisert. Med dette menes at en objektivt forholder seg til pasientenes lidelser og diagnoser ut i fra prosedyrer og manualer, og at subjektivitet og klinisk skjønn blir sett på som kunnskapskilder med mindre verdi. Videre vil lav rangering og/eller manglende bruk av kvalitativ forskning medføre at vi mister dybdekunnskap om pasienters subjektive opplevelse knyttet til sykdom og behandling (Martinsen, 2004).

Larsen, Adamsen, Bjerregaard og Madsen (2002) har gjennom sin empiriske studie sett på om det foreligger et gap mellom teori/forskning og klinisk praksis. I følge Larsen et al., (2002) er praktiske kunnskaper og teoretiske kunnskaper bearbeidet i to ulike omgivelser, og samsvarer med en spesifikk kontekst. Sykepleieren erfarer og utvikler faget ved å delta i praksis, gjennom utøvelse og erfaring, mens forskeren er opptatt av forskning og empiribasert eller teoribasert viten (Larsen et al., 2002) Teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap er to forskjellige kunnskapsområder, hvor det ene ikke kan sies å være bedre enn det andre (Larsen et al., 2002). Det er dermed, ifølge Larsen et al. (2002), ikke noe gap mellom forskning og praksis, fordi kunnskapen er utviklet i ulike kontekster og følger sin egen logikk. De har en implisitt og felles forståelse innen hver sine områder (Larsen et al., 2002).

I følge Bjørk og Solhaug (2008) har sykepleie alltid vært bygget på ulike typer kunnskap, men innenfor rammen av kunnskapsbasert sykepleie skal sykepleien være basert på oppdatert og forskningsbasert kunnskap når den finnes (Bjørk og Solhaug, 2008). Den evidensbaserte praksismodellen omfatter både forskningsbasert kunnskap, kunnskap dannet på grunnlag av erfaring og kunnskap fra pasientene (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinar, 2007).



Modell for Kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2007, s.14.).

Forskningsbasert kunnskap: denne delen av det som kalles kunnskapsbasert praksis kan deles i grunnforskning og anvendt forskning. Anvendt forskning benyttes mot et bestemt praktisk mål eller bruksområde, mens grunnforskning rettes mot observasjoner av fenomener eller fakta uten beregnet (direkte) nytte. Eksempler på grunnforskning vil være å identifisere årsaksforhold og beskrive fenomener, forekomst av sykdommer eller danne nye beskrivelser og begreper. I sykepleieforskning vil grunnforskning bidra til utvikling av sykepleievitenskap, fordi en

fremskaffer kunnskaper om det underliggende ved det som er særegent med sykepleien (Nortvedt et al., 2007).

Erfaringsbasert kunnskap: denne delen av det som kalles kunnskapsbasert praksis er kunnskap som erverves ved å praktisere. Ved å praktisere dannes kunnskap gjennom refleksjon og dermed læring av erfaringer. Erfaringsbasert kunnskap omfatter klinisk ekspertise og skjønn, refleksjon og taus kunnskap, samt det å inneha et klinisk blikk (Nortvedt et al., 2007). På bakgrunn av dette kan man hevde at det vil være viktig for operasjonssykepleiere å verdsette både taus og verbalisert kunnskap som de har opparbeidet seg gjennom erfaring og refleksjon i praksis.

Brukerkunnskap: delen av det som kalles kunnskapsbasert praksis er kunnskap som omhandler pasientenes/brukernes kunnskap og syn på behandling og pleie, og som skal vektlegges i beslutningsprosesser. Sykepleieren skal sammen med pasienten, på bakgrunn av pasientenes individuelle behov og erfaringer, legge til rette for at de beste løsningene og beslutningene blir tatt (Nortvedt et al., 2007).

Kontekst: omgir de ulike kunnskapskildene. Miljøet i konteksten er arenaen hvor kunnskapsbasert praksis skal utføres. Kultur, ressurser, forståelsesrammer, etikk og politikk er knyttet til denne konteksten og vil derfor påvirke alle elementene i modellen (Nortvedt et al., 2007).

2.2 Fagutvikling som fenomen.

Sosionom Torbjørg Aalen Leenderts (1997) mener «faglighet» kan defineres som gyldig kunnskap innen det fagområdet en arbeider i, hvor kunnskapen hele tiden er i utvikling og forandring. Faglighet knyttes til kvaliteter i yrkesrollen, hvor rammer for begrepet faglig består av verdier, kunnskaper og ferdigheter som er til felles for yrkesgruppen (Leenderts, 1997). Faglig utvikling beror på personens vedlikehold og utvikling av kunnskap og kompetanse, mens fagutvikling som begrep, har i større grad et felles perspektiv (Leenderts, 1997). Fagutvikling er den kontinuerlige prosessen som foregår i forhold til utvikling av kunnskaper og ferdigheter som er felles for operasjonssykepleiere, og som kjennetegner operasjonssykepleierne som yrkesgruppe, og som knyttes tett til yrkesidentitet (NSFLOS, 2008). Yrkesetiske retningslinjer stiller krav til operasjonssykepleiere som profesjonelle yrkesutøvere om å være faglig oppdatert

og i stadig utvikling (NSFs Yrkesetiske retningslinjer, 2007). I den forbindelse er det også nødvendig med kurstilbud, opplæring, etter- og videreutdanning (NSFLOS, 2008). Fagutvikling innebærer i tillegg å søke og lese forskningslitteratur, vurdere forskningsbasert kunnskap og implementere slik kunnskap i praksis. Sist men ikke minst innebærer fagutvikling å forske på klinisk praksis (NSFLOS, 2008). Fagutvikling til operasjonssykepleiere omfatter ikke bare utvikling av ny teoretisk kunnskap, men også å forbedre rutiner og revidere metoder og prosedyrer (NSFLOS, 2008). I en avdeling vil hver enkelt operasjonssykepleiers kompetanse være et viktig bidrag, hvor kompetansen betegnes som større enn summen av delene (NSFLOS, 2008). Et faglig høyt nivå i en avdeling, vil bidra til et positivt samarbeid som innvirker på organisasjonens produktivitet og effektivitet (NSFLOS, 2008).

Fagutvikling er videre et begrep som ofte kobles sammen med kompetanseutvikling:

«Kompetanse defineres som en kombinasjon av kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Videre skilles det mellom realkompetanse og formalkompetanse. Formalkompetanse oppnås gjennom formaliserte studier og forskerutdanning. Realkompetanse oppstår som en kombinasjon av formalisert og erfaringsbasert kunnskap» (Helse Nord-Trøndelag HF, 2004-2007, s.7).

«Fagutvikling er en kontinuerlig prosess på individ- og organisasjonsnivå som innebærer videreutvikling av de ansattes kompetanse og tilegnelse av ny kunnskap som anvendes til beste for pasienten, pårørende og organisasjonen. Målet med fagutvikling er en kontinuerlig evaluering og forbedring av den kliniske virksomhet» (Helse Nord-Trøndelag HF, 2004-2007, s.7).

Den viktigste forskjellen mellom fagutvikling og forskning er at forskning utvikler ny viten, mens fagutvikling benytter allerede eksisterende viten på en planmessig måte. Med andre ord skal man gjennom fagutvikling benytte kunnskap som allerede finnes, men denne kunnskapen skal kunne settes sammen slik at den kan brukes i ulike situasjoner (Bjørk og Solhaug, 2008). Fagutvikling omfatter også å søke og lese og vurdere forskningslitteratur, samt evne å benytte oppsummert kunnskap til implementering i praksis (NSFLOS, 2008).

2.3 Læringsperspektiver.

I følge professorene i pedagogikk og utdanningspsykologi Gunn Imsen (2000) og Roger Säljö (2003) er det i litteraturen tre måter å se læring på. Den første er *behaviorisme*, den andre er *kognitivism*, det tredje er læring i et *sosiokulturelt perspektiv* (Imsen, 2000, Säljö, 2003). Behaviorisme er utledet av det engelske ordet *behave* (å oppføre seg), og knyttes til adferdspsykologi, og bygger på motivasjonsfaktorer for læring (Imsen, 2000). Jeg vil ikke komme nærmere inn på dette perspektivet i denne studien. Det andre læringsperspektivet er et kognitivt læringsperspektiv, som er et individuelt læringsperspektiv, og som bygger på teori om intellektuell utvikling (Säljö, 2003). Det tredje læringsperspektivet, som jeg vil utdype mer inngående, er det sosiokulturelle læringsperspektivet, som har et helhetlig perspektiv på læring (Imsen, 2000, Säljö, 2003).

2.3.1 Kognitivt læringsperspektiv.

Sett i et kognitivt læringsperspektiv må operasjonssykepleiere ha kjennskap til en mengde kunnskapsformer for å inneha de tre grunndimensjonene i operasjonssykepleiers kompetanse: Etisk grunnlag, et viten-reservoar og et handlingsreservoar. Læring og behandling av denne kunnskapen kan foregå individuelt, fordi læring sees på som en individuell læringsprosess (Säljö, 2003). Denne type individuell kunnskap, som er nødvendig for operasjonssykepleiere, vil være basis kunnskap innenfor for eksempel anatomi, fysiologi, mikrobiologi for å nevne noe. Kunnskapen er både teoretisk, konkret og generell, og kan benyttes i praksis med pasientene, og tilpasses i alle situasjoner (Säljö, 2003). For å bli god i eget fag, må en oppsøke miljøer som innbefatter viten og apparatur som er tilstrekkelig avansert (Säljö, 2003). Læring skjer alltid i sammenheng med produksjon som den overordnede målsetting, derfor må læring alltid etterkomme produksjonsbetingelsene. Samtidig lærer en uerfaren av de erfarne ved å observere hvordan den erfarne mestrer de ulike situasjoner (Säljö, 2003).

Stadig nye redskaper, som nytt medisinsk utstyr, endrer menneskers forhold til omgivelsene og måten vi handler på, noe som krever at vår viten blir mer og mer teoretisk. Dermed øker også

kravet til hva en skal kunne beherske, noe som krever at en bruker lengre tid på forberedelser før en kan håndtere de ulike intellektuelle og fysiske redskaper (Säljö, 2003).

2.3.2 Sosiokulturelt læringsperspektiv.

Säljö (2003), beskriver et sosiokulturelt læringssyn som noe som bygger på antakelser om at læring skjer via bruk av språk og gjennom deltakelse i en sosial praksis. Utgangspunktet er, ifølge Säljö (2003), at fysiske og intellektuelle redskaper forankres i forskjellige sosiale praksiser, hvor tenkingen til en person ikke kan studeres for seg, men må forstås i den sammenheng og i forhold til den sosiale praksis den er en del av (Säljö, 2003). Lave (2003) en sosialantropolog, og Wenger (2003), læringsteoretiker, skriver at læring skjer gjennom deltakelse i sosial praksis og erkjennes som tilegnelse av institusjonelle begreper og kommunikative spilleregler. Dette kan relateres til operasjonssykepleiere, som utøver faget ved å være deltakere i en sosial praksis, med medisinsk terminologi, og hvor operasjonssykepleierne må tilpasse seg forskjellige språk (verbale og non-verbale) som finnes i operasjonsavdelingen (Lave og Wenger, 2003). Ved å se på læring i et sosiokulturelt perspektiv, er menneskers handlinger og tanker av interesse; hvordan grupper og enkelt personer tilegner seg og utnytter ressurser av kognitiv og fysisk art. Det er nettopp samspillet mellom personen og dette kollektivet som er fokuset (Säljö, 2003).

Säljö (2003) mener at innhold og mening ikke er fenomener av biologisk art, men fenomener bestående av kommunikasjon. Gjennom interaksjon med andre mennesker opparbeider vi oss viten, innsikt, handlingsmønstre og ferdigheter som gjennom tiden er blitt oppbygd i et samfunn (Säljö, 2003). Grunnlaget i et sosiokulturelt perspektiv, er at en skaffer seg sosiokulturelle ressurser gjennom kommunikasjon, men det legges også vekt på at det er gjennom kommunikasjon de sosiokulturelle ressursene føres videre (Säljö, 2003). Intellektuelle ressurser medfører at vi kan utføre og håndtere dagligdags praksis. Tre punkter blir spesielt nevnt av Säljö (2003) i forståelsen av læring i et sosiokulturelt perspektiv: Bruk av intellektuelle verktøy, bruk og utvikling av fysiske redskaper (for eksempel pc, telefon, mikroskop), og hvordan mennesker gjennom kommunikasjon samarbeider på forskjellige måter i de ulike kollektive praksiser (Säljö, 2003). Læring og utvikling innen det sosiokulturelle miljø, har å

gjøre med hvordan individer skaffer seg ferdigheter, kunnskap og forståelse som er blitt dannet og kommunisert gjennom nettopp denne kulturen (Säljö, 2003).

En russisk teoretiker, ved navn Lev Vygotsky (1896-1934), la grunnlaget for dette l ringssystemet, som ble populært særlig innen vestlig psykologi fra 90- og 2000-tallet (Lave og Wenger, 2003).

2.4 Praksisfellesskapet læringsarena.

L ringsteoretikerne Lave og Wenger (2003) beskriver at et praksisfellesskap består av forskjellige forbindelser mellom personer, aktiviteter og verden, over tid, og i forbindelse med andre berørte og overlappende praksisfellesskaper. I følge Wenger (1998) består et praksisfellesskap av en gruppe personer som sammen deler en felles bekymring eller engasjement for en felles aktivitet, og på den måten lærer av hverandre på bakgrunn av tett samhandling med hverandre om hvordan arbeidet kan forbedres. I praksisfellesskapet ligger vilkårene for den grunnleggende kunnskapen og dens betydning, og som er viktig og forstås i forhold til praksisfellesskapets tradisjon (Lave og Wenger, 2003).   delta i en kulturell praksis, hvor all (eller mye) kunnskap befinner seg, er altså et erkjennelsesprinsipp for læring (Lave og Wenger, 2003). Den sosiale praksis sin organisatoriske struktur og rammeverk bestemmer mulighetene for læring (Lave og Wenger, 2003).

For å kunne bli et fullgodt medlem i et praksisfellesskap kreves det et bredt spekter av tiltak i virksomheten. Det kreves veteraner og medlemmer av fellesskapet, informasjon, muligheter og ressurser for å kunne delta. Dette er avgjørende for å delta i et praksisfellesskap, og er avgjørende i den forstand at alt handler om tilgang (Lave og Wenger, 2003). For å bli fullverdig deltaker i praksisfellesskapet må en kunne anvende praksisens teknologi i det daglige, i tillegg må en kunne delta i sosial roller, produksjonsprosesser og de aktiviteter som foregår i praksisfellesskapene (Lave og Wenger, 2003). Det er ikke kun et spørsmål om å kunne lære å bruke redskaper i praksisens teknologi, men det er en måte å opprette en sammenheng mellom praksisens historie og direkte deltagelse i praksisens kulturelle liv (Lave og Wenger, 2003).

Lave og Wenger (2003) skriver at det er forskjeller i å tale om og tale innenfor en praksis. Når en taler innenfor en praksis, utveksler en informasjon som er nødvendig i utviklingen av pågående aktiviteter. Når en taler om, er det i et historisk og tradisjonelt perspektiv (Lave og Wenger, 2003). De to måtene å samtale på i praksisfellesskapets normer, utfyller noen spesifikke funksjoner. Dette kan for eksempel være i forhold til felles fokusering, engasjement, og koordinering på den ene siden, hvor en sammen bygger opp under felles meninger og oppfattelser, og på den andre siden hvor en støtter opp om medlemskap gjennom aksept for refleksjon, hvor hver enkeltes meninger får komme frem (Lave og Wenger, 2003). Det betyr at den nyansatt og uerfarne må lære selve språket i praksisen, ikke av språket (Lave og Wenger, 2003). Det er viktig å påpeke at den ny-ansattes oppgave i et praksisfellesskap gjerne består av virksomhet/oppgaver knyttet til begynnelsen av en produksjonsprosess, hvor oppgavene er kortvarige og enkle (Lave og Wenger, 2003).

Et nøkkelbegrep knyttet til praksisfellesskaper er «feedback» (Wenger, 1998). I et praksisfellesskap vil det utføres ulike handlinger og ulike aktiviteter, og deltagerne vil derfor være avhengig av hverandre samtidig som deltakerne blir koordinert i forhold til hverandre i forhold til det som er felles (Nilsen, Fauske og Nygren, 2008). Wenger (1998) poengterer at det er ikke likhetene mellom deltakerne som skaper produktivitet, men forskjellene. Det vil være viktig for fremdriften i et arbeidsfellesskap at man gir feedback til hverandre slik at man kan stimulere eller korrigere nettopp denne ulikheten.

Nygren (2004), psykolog og professor i sosiologi, har skrevet mye om læring i fellesskap. Nygren (2004) mener en persons handling knyttes til en annen persons handling på en slik måte at en til dels er avhengig av hverandre, og hvor gjensidighet er selve kjernen i det en kaller en *felles praksis*. For å forstå handlinger i praksis, må en derfor også ha kunnskaper om andres konkrete handlinger i samme praksis (Nygren, 2004). Dette innebærer at en må ha kunnskaper om praksisens *handlingssammenheng*, hvor handlingene til hver enkelt inngår (Nygren, 2004). I følge professor i psykologi, Dreier (1997), er en handlingssammenheng et resultat av klassifisering av deltakernes praksis, i form av et bestemt mål og middel, og handlingene kan oppfanges som selvfølgelige (Dreier, 1997). Nilsen et al., (2008), beskriver i sin pedagogiske læringsmodell, at praksisfellesskaper betegnes som et av de viktigste læringsarenaene i en persons liv. Ut i fra ulike posisjoner, kompetanse og forståelse forhandler deltagerne fortløpende om fremgangsmåte, og alle bidrar på sin måte. (Nilsen et al., 2008).

Nilsen et al., (2008), peker på at en må legge merke til at deltakernes kompetanse utvikles på en bestemt måte (Nilsen et al., 2008). Deltakeren forholder seg ikke bare til en bestemt oppgave og en bestemt kompetanse, men til en sammenheng av flere handlinger bestående av alle deltakernes handlinger i et fellesskap (Nilsen et al., 2008). Kompetansen i handlingene vil utvikles ved å bli utført, og vil dermed bli integrert i den sosiale praksis sin handlingssammenheng. I denne sammenheng vil begrepet *situert handling* beskrive kompetansen og handlingen som noe som er situert i den sosiale praksis og som hver enkelt aktør er deltagende i (Nilsen et al., 2008). En viktig faktor som kan nevnes i den sammenheng, er hvorvidt deltakerne koordinerer egne handlinger i forhold til andres, og hvor mye en er påvirket av omkringliggende forhold og den sosiale konteksten som en er med på å skape (Nilsen et al., 2008).

2.4.1 Situert læring og mesterlære.

Faget og den sosiale praksis er styrende for den nyes læring, hvor en via situert læring fokuserer på forholdet mellom læring og sosiale situasjoner den finner sted i (Hanks, 2003). Antropolog Hanks (2003) skriver at personens egen bevissthet tar innover seg og bearbeider ulike systemer, og dermed lærer å mestre beskrivelses- og tankeprosesser. Læringen oppstår i personen på samme måte som tenkingen gjør det, og den nye lærer i fellesskapet hvor deltakerne er i en læringssammenheng (Hanks, 2003). Hanks (2003) hevder at læring derfor ikke er sett på noe som foregår i den enkelte person, men er fordelt mellom deltagerne i fellesskapet. Fellesskapets deltakere reproducerer seg selv i utdanningen av nyankomne, hvor samspill og improvisasjon vektlegges i læringen (Hanks, 2003). I den sosiale praksis, involveres hele personen i læringen, ikke bare relatert til de ulike aktiviteter, men i relasjonen til det sosiale fellesskapet. Denne læringen bidrar derfor til opparbeidelse av ulike typer kompetanse (Lave og Wenger, 2003). Dreyfus og Dreyfus (1999) ser på denne endringen fra perifer til full deltakelse i sammenheng med utviklingen fra novise til ekspert. Novisen er den perifere deltakeren, mens eksperten er den fullverdige deltakeren i praksisfellesskapet (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Til sammenligning vil en nyutdannet operasjonssykepleier være den perifere deltakeren, men som gjennom langvarig deltagelse i praksisfellesskapet vil bli en fullverdig deltager.

Dreyfus brødrene (1999) har skrevet en læringsteori om mesterlære og ekspertens læring, hvor man viser hvilke stadier en går gjennom i utviklingen av ferdigheter. Dreyfus brødrene (1999) påpeker at en er tvunget til å lære både sosiale regler og fakta, og hvor personen er blitt ekspert først når disse reglene og faktaene er blitt ubevisste og tilstrekkelig utviklet (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Første stadium som beskrives i modellen er *novise*, hvor novisen gjenkjenner trekk fra undervisningsprosessen og oppgaver som ble løst underveis i undervisningen. Novisen får deretter noen regler som hun/han kan basere sine handlinger på, og som kan sees i en sammenheng mellom en kroppslig og intellektuell ferdighet (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Når novisen har opparbeidet seg erfaring med å mestre reelle situasjoner, klarer novisen ved hjelp av en erfaren å se andre betydningsfulle trekk ved situasjonen. Når novisen har sett mange nok tilfeller, lærer hun/han å gjenkjenne de nye trekkene og de ulike situasjonene, og novisen har utviklet seg til å bli en *viderekommen begynner* (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Tredje stadium består av at en opparbeider kompetanse gjennom læring, via undervisning eller erfaring en får gjennom at en tenker ut en plan eller velger seg et perspektiv, som blir bestemmende for hva som vektlegges som viktig eller mindre viktig i situasjonene. Det vil være tallrike situasjoner, som alle har ulike nyanser og detaljer, og den kompetente må selv ta et valg i forhold til hvilken plan en skal velge, uten å være sikker på at den utvalgte planen er den rette i den gitte situasjonen (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Den kompetente utøveren vil ofte bli mer og mer emosjonelt engasjert, noe som vil medføre at det blir vanskeligere å inneha en holdning hvor en jobber etter regler. Dreyfuss brødrene peker dog på at en engasjerende holdning vil kunne medføre ytterligere utvikling (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Mesterlærens fjerde stadium er *dyktighet*. Dyktighet opparbeides over tid, hvor personens hjerne er i stand til å skille mellom utallige og mangfoldige situasjoner som personen har gjennomgått med engasjement og interesse (Dreyfus og Dreyfus, 1999). I denne prosessen utarbeides planer intuitivt, hvor bestemte forhold vil være fremtredende og viktige. Personene evner å handle på vegne av å se, og mer eller mindre intuitivt vite hva som må gjøres, i stedet for å hele tiden måtte vurdere ulike handlingsalternativer (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Den dyktige utøveren har fremdeles ikke opparbeidet seg tilstrekkelig erfaring med de utallige forskjellige mulige reaksjonene på hver enkelt situasjon som personen nå kan fange opp (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Dette medfører at den dyktige utøveren fremdeles er avhengig av å ta en beslutning om hva som skal gjøres etter å ha observert både målet og det mest fremtredende ved situasjonen (Dreyfus og Dreyfus, 1999). En dyktig utøver vet at han/hun bør agere, med må først legge en plan for hvordan det best skal gjøres (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Siste stadium i mesterlæremodellen er *ekspertise*.

Ekspertene vet på grunnlag av et stort repertoar av situasjonelle ulikheter hva som skal oppnås og hvordan. Eksperten har lært å skille mellom situasjoner som krever en bestemt handling opp imot en som krever en annen (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Ved at en har opparbeidet seg stor erfaring i mange ulike situasjoner, sett i samme perspektiv, men som fordrer ulike taktiske beslutninger, deler ekspertutøverens hjerne opp denne kategorien av situasjoner i underkategorier som alle innehar samme beslutning, lik handling eller taktikk (Dreyfus og Dreyfus, 1991). Eksperten handler uten å vurdere eller ved å sammenligne alternativer, men handler intuitivt i forhold til den enkelte situasjonen (Dreyfus og Dreyfus, 1999).

««Learning by doing» er et kjent begrep fra sykepleiehistorien (Høiland, 1996). Vi hører ofte at operasjonssykepleiestudentene sier at det er i praksis de lærer. Dette gjelder ikke bare studentene, men også operasjonssykepleierne som lærer ved å gjøre og utføre. Personen lærer ved å delta i det daglige arbeid, hvor faget blir lært, hvor det skal utøves og i samme situasjon (Nilsen og Kvale, 1999). Anvendelse og læring går hånd i hånd (Nielsen og Kvale, 1999). Personen som er i lære, trer inn i et sammensatt organisert sosialt felleskap, hvor alle deltakerne er ressurspersoner i læreprosessen. Personen lærer å gjøre rutineoppgaver, og vil etter hvert vokse inn i fagets kultur og særpråk (Nilsen og Kvale, 1999). Ved at en opparbeider seg identitet som medlem i et praksisfelleskap, vil det samtidig foregå en læring av fagets kunnskaper, ferdigheter og verdier (Nielsen og Kvale, 1999). Dette er med på å danne faglig identitet, hvor læring er et prosjekt som går over en lang tid, og hvor en forsøker å bli en person som mestrer faget (Nielsen og Kvale, 1999). Nielsen og Kvale (1999), peker på at man ikke kan lære *om* en praksis, en må lære *gjennom* en praksis, hvor en knytter læring til hvordan konkrete handlinger utføres (Nielsen og Kvale, 1999). En lærer ved å gjøre bestemte handlinger, og det betinger gjentakelse og øvelse for å bli mester (Nielsen og Kvale, 1999). Ved å se på andre som mestrer en bestemt handling, kan en lære og imitere handlingen. Læring trenger ikke nødvendigvis være knyttet til verbal instruksjon. Ved imitasjon lærer en sammensatte handlingsmønstre, gjerne uten at en er klar over det selv (Nielsen og Kvale, 1999). Nielsen og Kvale (1999) beskriver at det ikke bare er ferdigheter av praktisk art som blir imitert, men det overtas også gjerne en bestemt stil og hensikt, bestemte holdninger og interesser fra mesterens adferd. Merleau Ponty (1908-1961) beskriver at det er kroppen i seg selv som setter en ny bevegelse i gang, hvor kroppen er subjektet som lærer (Nilsen og Kvale, 1999). Kroppen er ikke bevisst, at den med sin væren kan motta sammensatte handlingsmønstre fra andre. Kroppen blir vant til å fylles opp av ny betydning og verdi, og rutinen medfører at erfaring og kunnskap blir sittende i kroppen (Nielsen og Kvale, 1999).

2.4.2 Refleksjon som læring.

Donald Schön (2001), mener en praktiker bygger seg opp et repertoar av forståelse og handlinger, eksempler og bilder. En praktikers repertoar omfatter all erfaring i den grad det er tilgjengelig, og fungerer som utgangspunkt for forståelse og handling (Schön, 2001). Når en som praktiserer skal forsøke å finne fornuft i en situasjon som personen oppfatter som unik, så ser han den som noe som allerede finnes i ens eget repertoar (Schön, 2001). Det handler om å kunne se det som er ukjent, det spesielle i situasjonen som både er likt og ukjent, uten at en umiddelbart er i stand til å se hva som faktisk er likt eller ulikt (Schön, 2001). I følge Schön (2001) er en praktiker interessert i å forandre situasjonen fra det den er, til en annen, som betyr mer. Det foreligger med andre en interesse i å forstå situasjonen, med en bakenforliggende interesse i forhold til det å skape endring (Schön, 2001). I en slik refleksiv prosess, er praktikerens oppmerksom på ulike fenomener og danner seg en bevisst intuitiv forståelse av situasjonen. Praktikerens forsøk vil samtidig være utforskende, og som en del av en løsning vil en prøve ut ulike handlinger og hypoteser (Schön, 2001).

I Dreyfus brødrenes kompetansesstige, beskrives eksperten som en som handler intuitivt fordi eksperten evner å se helheten i situasjonen (Dreyfus og Dreyfus, 1999). Det er viktig å merke seg at det først og fremst er praktiske ferdigheter som utvikles i Dreyfus brødrenes kompetansesstige. Schön (2001) er uenig med Dreyfus brødrene (1999), og mener at man ikke bare handler ut i fra intuisjon, men også reflekterer i situasjonen. Schön (2001) mener med andre ord at utøveren reflekterer *i* handling, og dermed korrigerer handlingen mens den utøves. Han beskriver også det å reflektere *over* handling, som betyr at en bevisst tenker over handlingen etterpå (Schön, 2001). Molander (1996), professor i teoretisk filosofi, mener derimot at refleksjon i handling og intuitiv kunnskap i handling er det samme. Molander (1996) mener at det Dreyfus brødrene peker på er at det nettopp er kunnskap i handlingen, en utfører handlingen med grunnlag i refleksjonen.

Schön (2001) fremmet ideen om refleksjon i og etter handling med bakgrunn i hvordan profesjonelle skal lykkes når de skal håndtere usikre eller akutte situasjoner i sitt daglige arbeide (Schön, 2001). Gjennom systematisk refleksjon opparbeider praktikerens seg et repertoar av refleksive tanker knyttet til situasjonene en har deltatt i, opparbeider en forberedthet og reduserer overraskelser (Schön, 2001). Molander (1996) påpeker at en praktiker ikke alltid reflekterer, men at hun alltid er beredt til det. Refleksjon blir en del av kunnskap i handling,

som tilpasses samtidig, og kan sees på som en veksling mellom del og helhet som i en hermeneutisk sirkel (Molander, 1996). Schön (2001) understreker at det ikke er tilstrekkelig med teoretisk kunnskap i fagutvikling for profesjonelle, og poengterer at refleksjon i handling må inkluderes.

Å reflektere etter for eksempel akutte eller vanskelige situasjoner på operasjonsstua, kan bringe frem kunnskap om hvorfor handlingene ble utført på akkurat denne måten. Ved å reflektere over ulike erfaringer en har med situasjonen, kan ny kunnskap opparbeides og benyttes ved senere lignende situasjoner, og på den måten vurdere om resultatet ble bedre (Nielsen og Kvale, 1999). Det kan skje endringer i arbeidsbetingelser og ytre omstendigheter, som kan kreve teoretiske kunnskaper og overveielser som kan føre til at eksperten kommer til kort (Nielsen og Kvale, 1999). Det er ikke alltid at eksperter er mestere i sitt yrke, kanskje er de låst fast i egen praksis, og trenger å bli brakt ut av fatning for å kunne øke sitt kompetansenivå (Nielsen og Kvale, 1999). Molander (1996), påpeker at en blir aldri ferdig utlært, noe som er motsatt av det Dreyfus brødrene (1999) indikerer i sin beskrivelse av ekspert, hvor eksperten ansees som ferdig utlært. For at læring skal finne sted i en sosiokulturell praksis, må en gjøre en bevisst refleksjon over begrensninger og muligheter, og tre ut av egen praksis og gjøre den til et anliggende slik at andre kan undersøke og reflektere over den (Nielsen og Kvale, 1999).

I følge førsteamanuensiser i pedagogikk, Hiim og Hippe (2001), må kunnskapen fungere taust for at vi skal komme videre i en situasjon. Fokuset blir heller rettet mot det som er mer krevende (Hiim og Hippe, 2001). Taus kunnskap knyttes ofte til den enkeltes læreprosess og hvordan en tilegner seg kunnskap, men den kan også være viktig innen en yrkesgruppe, hvor refleksjon og bevisstgjøring, verbalisering og annen uttrykkelse av taus kunnskap er viktige læringskilder (Hiim og Hippe, 2001).

2.5 Utvikling av profesjonell kompetanse.

I profesjonsutdanninger som skal kvalifisere til praktiske yrker, peker Leenderts (1997) på tre ulike former for kunnskap som er viktig: Den første formen er livshistorisk kunnskap, som er ervervet kunnskap gjennom livet og som har relevans for yrket. Den andre formen er yrkesbasert kunnskap, som knyttes til den yrkesspesifikke kunnskapstradisjonen. Denne kunnskapen består i stor grad av eksempler som formidles via yrkesrettet undervisning og

praksis. Den tredje formen er vitenskapsbasert kunnskap, som er kunnskap knyttet til teorier fra ulike fagområder og som er relevant for den aktuelle profesjonen (Leenderts, 1997). Eksempler på dette er sosiologi, psykologi og pedagogikk, hvor det særegne med denne type teorier er at de ikke konstaterer noe om egen praksis (Leenderts, 1997).

Nordquist, Sundberg og Johansson (2011) skriver i boken «Case-verktyg för professionslärande» at det i akademisk profesjonsutdanning vektlegges krav om hvilke kunnskaper den profesjonelle utøveren må ha for å kunne praktisere. Men i praksis vil kunnskapene fremtre i hvordan en benytter kunnskapene i praksis (Nordquist et al., 2011). Nordquist et al., (2011) skriver at profesjonens moralske holdning virker som den rådende rolle og funksjon i profesjonssamholdet, og for hver enkelt sykepleier. Når sykepleieren er klar over egen rolle og funksjon i profesjonssamholdet, er sykepleieren i større grad i stand til å ta ansvar for pasientens behov for hjelp ut i fra profesjonens retningslinjer og på grunnlag av profesjonens sosiale ansvar (Nordquist et al., 2011). Dette beskrives som den profesjonelles integritet, og kan betraktes som den mest grunnleggende funksjonen for at de profesjonelle skal beholde sin rettmessige plass i samholdet (Nordquist et al., 2011). Betydningen av å integrere profesjonell integritet vektlegges allerede i de ulike grunnutdanninger, dette for å sikre forankring til historie og posisjoner (Nordquist et al., 2011).

2.5.1 Profesjonelles verdier og holdninger.

Leenderts (1997) skriver at holdninger knyttes til personens innstilling. I sosialpsykologien betegnes begrepet holdning som et varig forsvar i forhold til å reagere positivt eller negativt overfor «spesielle objekter», verdier og ideer (Leenderts, 1997). Holdninger baseres gjerne på personlig erfaring og kunnskap, men de kan også ha blitt overført ubevisst fra andre mennesker eller grupper vi identifiserer oss med (Leenderts, 1997). Dersom en innehar en holdning som en ikke har gjort til sin egen gjennom en tankeprosess, tales det ofte om fordom. Med fordom menes at en har en helt bestemt oppfatning, som danner en bestemt holdning, uten at en selv har tatt et standpunkt til om den er riktig eller ikke (Leenderts, 1997). Holdninger er gjerne knyttet til eget selvbilde, og er derfor godt integrert i mennesket og er vanskelig å forandre (Leenderts, 1997). Å velge holdning innebærer en forpliktelse av verdier som forankres i personens personlighet, og som kjennetegner ens handlinger (Leenderts, 1997). Leenderts

hevder at man i all utdanning bør rette fokus mot verdier, normer og fordommer. Det er først når man har innsikt i seg selv at en evner å se hvilken påvirkning en har på andre (Leenderts, 1997). Å være profesjonell vil derfor innebære at en har et bevisst forhold til å arbeide med verdispørsmål (Leenderts, 1997). Dette innebærer å arbeide med sykepleierens personlige verdier, fagmiljøets verdigrunnlag, forutsetninger- og utfordringer (Leenderts, 1997). Sist men ikke minst innebærer det å arbeide med pasientens livsverdier og spørsmål (Leenderts, 1997).

2.6 Tidligere forskning.

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for noe av den forskningen som er gjort vedrørende hvordan fagutvikling skjer blant sykepleiere. Jeg ønsket å gjøre et systematisk søk og en kritisk gjennomgang av litteraturen tilknyttet temaet, hvor målet var å få innsikt i den forskningen og litteraturen som fantes på området. Målet var å opparbeide meg en bred innsikt innenfor temaet fagutvikling før studiets start, men artikler ble også inkludert underveis i arbeidsprosessen med dataene.

2.6.1 Søk etter forskning om tema.

For å finne forskningsartikler som var relevante i forhold til tematikken, ble det gjort søk i ulike databaser som SveMed+, Cinahl, Medline, Pub Med, Cochrane Library og Bibsys ask. Jeg måtte tilpasse søkeordene ut ifra hver enkelt database. Ved å bruke SveMed+ Mesh, og med søkeordene spesialsykepleier og kompetanseutvikling, kom jeg frem til disse søkeordene: «operating room nursing», «perioperative nursing» og «surgical nursing i kombinasjon med «professional development», «updating knowledge», «clinical competence», «skill performance» og «evidence-based practice».

Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner, alene og med søkeoperatorene «and» og «or». I tillegg ble disse inklusjonskriteriene benyttet: artiklene skulle være publisert på engelsk eller skandinavisk språk, og publisert innen en ramme på 20 år. Ved søk på operasjonssykepleieres videreutvikling av kompetanse i yrkespraksis, fikk jeg treff innen

utdannings/opplæringsprogram for sykepleiere og operasjonssykepleiere, men ikke på praksis eller yrkesutøvelse. Disse ble derfor ikke inkludert i min studie. Søk på operasjonssykepleiere og kompetanseutvikling resulterte i få resultat, noe som kan skyldes at det ikke er utført studier med operasjonssykepleiere. Litteratursøket resulterte i 266 referanser, hvorav 263 ble ekskludert på bakgrunn av gjennomlesning av tittel og sammendrag. Deretter ble tre artikler lest og vurdert i fulltekst. De tre var: Fawsett og Lainof (1996), Hommelstad og Ruland (2004), Rasmussen (2009), som alle omhandlet operasjonssykepleiere og kompetanseutvikling. Fagutvikling og læring gjennom samarbeids- og kommunikasjonsferdigheter mellom operasjonssykepleiere og kirurger ble også inkludert, med bakgrunn i at læring forgår i et sosialt samspill med ulike kommunikative prosesser. Etter dette fant jeg frem til aktuelle referanser og artikler som omhandlet utvikling av kompetanse blant sykepleiere, som var relevante fordi de omhandlet mitt tema. Jeg har inkludert ti kvalitative studier, og ti kvantitative studier som omhandler kompetanseutvikling blant sykepleiere generelt. I tillegg har jeg inkludert tre systematiske reviews fra Cochrane Library, hvor den ene studien omhandler i hvilken grad den organisatoriske infrastruktur kan bidra til at evidensbasert sykepleiepraksis fremmes, og de to andre review artiklene fremstiller effekt av spesifikke intervensjoner i forhold til barrierer som hindrer endring av praksis i sykehus. Jeg har i tillegg inkludert to litteratur reviews (narrative, ikke systematiske), hvor det ene fremstiller hvilke strategier som er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus, og den andre retter fokus mot hvilke barrierer som foreligger i bruk av forskningsbasert kunnskap i praksis.

Jeg har funnet artikler gjennom henvisninger i bøker og i andre studiers referanselister. Noen av artiklene tar utgangspunkt i sykepleiere og ikke spesialsykepleiere, men det er generelle og relevante temaer som tas opp, og her blir det ikke skilt mellom operasjonssykepleiere og sykepleiere. Noen artikler er pensumlitteratur. Artikkelsamlingen er ikke på noen måte fullstendig i henhold til min problemstilling, men er tilstrekkelig ved at den belyser ulike sider ved fagutvikling; hvordan fagutvikling skjer og på hvilke områder man kan si at fagutvikling er fraværende eller lite fokusert på.

2.6.2 Operasjonssykepleieres kompetanse og pasientsikkerhet.

I følge Riley og Manias (2006a) kvalitative studie, utført blant 11 australske operasjonssykepleiere, jobber operasjonssykepleiere sammen med ulike profesjoner i det kirurgiske team, men kirurgene er de som operasjonssykepleiere arbeider tettest sammen med. Godt samarbeid vektlegges for at operasjonene skal forløpe uten unødig støy og avbrytelser (Riley og Manias, 2006b). Funn fra Mitchell og Flin (2008) narrative litteratur review, viser at operasjonssykepleiere med mye erfaring og kunnskaper bedre ivaretar pasientens sikkerhet i forhold til de mere uerfarne, hvor det oftere oppstår komplikasjoner (Mitchell og Flin, 2008). I følge kvalitative studier utført i Australia og UK (Gillespie, Chaboyer, Wallis, Chang og Weder, 2008, Riley og Manias 2006b, Mitchell og Flin, 2008, Mitchell, Flin, Mitchell, Coutts og youngson, 2010), er det avgjørende for operasjonssykepleiere å ha gode kommunikasjonsferdigheter for å lette arbeidet og for å unngå misforståelser både før, under og etter inngrepene. Eksempler på dårlig kommunikasjon, slik operasjonssykepleiere opplever det, kan være forstyrrelser og distraksjoner på grunn av unødige samtaler inne på operasjonsstua, noe som reduserer konsentrasjonen i det kirurgiske team (Mitchell og Flin, 2008). Operasjonssykepleiere må kunne planlegge, forberede, handle og gjøre etterarbeid i forhold til hvert inngrep, noe som operasjonssykepleieren ofte gjør svært effektivt på grunnlag av erfaring og taus kunnskap (Mitchell et al., 2010, Mitchell og Flin, 2008, Gillespie, Chaboyer, Wallis, Chang og Werder, 2008).

2.6.3 Kilder til læring.

Sykepleiere lærer i hovedsak av hverandre i det daglige arbeidet med pasientene (Larsen et al., 2002, Tannery, Wessel Epstein og Gadd, 2007, Biermann, 2010, Rasmussen Stenberg, 2011, Thidemann, 2005). Andre viktige kilder til læring, er lærere tilknyttet avdelingen, pasientene og andre profesjoner (Larsen et al., 2002). Helse-forskning blir nevnt som en kilde til kunnskap i enkelte studier, mens sykepleieteori nevnes i hovedsak ikke (Larsen et al., 2002, Rasmussen Stenberg, 2011). I Dominos (2005) artikkel om livslang læring blant sykepleiere peker hun på at profesjonell utvikling bygger på læring gjennom kritisk refleksjon. Hun peker videre på betydningen av villighet til å lære, samt være villig til å forstå og akseptere at sykepleierens

rolle stadig er i endring (Domino, 2005). Sykepleieres praksiskunnskap utvikles på bakgrunn av et samspill mellom sykepleierens utdanning og erfaring. Praksiskunnskapen har utviklet seg gjennom deltagelse i ulike kompliserte situasjoner, og ofte oppleves denne type kunnskap som vanskelig å relatere til teori. Dette kan blant annet ha sammenheng med at situasjonene er svært komplekse, og hvor mye av kunnskapen man benytter verken er teoretisert eller artikulert (Larsen et al., 2002, Thidemann, 2005, Domino, 2005).

I Thidemanns (2005) kvantitative oppfølgingsstudie om sykepleieres læring og kompetanseutvikling, vises det til et handlingsmønster hvor både uerfarne og erfarne henvender seg til hverandre når de har behov for å artikulere kunnskap eller reflektere over elementer en er usikker på (Thidemann, 2005). Kompetanseutvikling og læring er ifølge Thidemann (2005) relatert til organisatorisk struktur og rammeverk, noe som vil spille inn i forhold til i hvilken grad det blir tilrettelagt for kompetanseheving i avdelingene (Thidemann, 2005).

2.6.4 Barrierer for endring av praksis.

Studier med fokus på hvordan og i hvilken grad sykepleiere arbeider kunnskapsbasert, peker på at ved å identifisere tiltak og barrierer for endring, kan man i større grad lykkes med å implementere tiltak for at sykepleiere arbeider kunnskapsbasert (Cheater et al., 2009). Slike studier viser også at hvis man lykkes i dette arbeidet vil pasientsikkerheten og pasienttilfredsheten forbedres. (Cheater et al., 2009, Sandvik, Stokke, og Nortvedt, 2011, Mitchell og Flin, 2008). Det er en allmenn forståelse at det er vanskelig å endre praksis, hvis en ikke har identifisert barrierene på forhånd og tatt disse med i vurderingene for endringer (Baker et al., 2010, Cheater et al., 2009). En må først og fremst identifisere lokale barrierer, med det formål å utarbeide tiltak på ulike nivåer (Sandvik et al, 2011). Det foreslås å bruke intervjuer/fokusgruppeintervjuer eller spørreundersøkelser for å identifisere barrierer for å få sykepleiere til å (i større grad) arbeide kunnskapsbasert (Sandvik et al, 2011).

I Hommelstad og Rulands (2004) kvantitative studie om operasjonssykepleiere, så de på hvilke barrierer som operasjonssykepleierne opplevde i forhold til tilrettelegging og bruk av forskningsresultater i praksis. Spørreundersøkelsen ble utført blant 81 operasjonssykepleiere, hvorav nesten 15% hadde kurs i statistikk og metode, og hvorav 7,5% av disse 15% hadde deltatt i forskningsrelaterte aktiviteter. En majoritet av de operasjonssykepleierne som var

inkludert i studien rapporterte at de største barrierene i forhold til å jobbe kunnskapsbasert var at fag- og forskningslitteratur ikke var samlet på ett sted, manglende rom med tilgang på pc, knapphet på tid i arbeidstiden og vansker med å implementere nye tiltak på grunn av motstand blant legene (Hommelstad og Ruland, 2004).

Mange sykepleiere er ikke klar over at det finnes sykepleieforskning, og at sykepleieforskning kan benyttes til endring av praksis. Sykepleiere opplever videre at sykepleieforskning er uklar og vanskelig å lese (Parahoo og Mccaughan, 2001, Orranta, Routasalo og Hupli, 2002). Studier peker videre på at sykepleiere erfarer at det er vanskelig å implementere ny forskning i praksis av ulike grunner. I hovedsak pekes det på at det er vanskelig å få tillatelse til å gjennomføre tiltak rettet mot endring av praksis, både på grunn av ledere og leger (Parahoo, Mccaughan, 2001, Orranta, Routasalo og Hupli, 2002, Fawsett og Lainof, 1996, Hommelstad og Ruland, 2004). Få sykepleiere har erfaring med å bruke forskningsbasert kunnskap, og barrierene for å benytte denne type fagutvikling knyttes i hovedsak til kulturen og organisasjonen for øvrig (Rasmussen Stenberg, 2011).

Fag- og forskningssykepleier Markussen (2007) viser i sin litteraturstudie, om barrierer for forskningsutnyttelse i klinisk praksis, at sykepleiere i liten grad benytter forskningsaktiviteter og forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. De inkluderte studiene fra både US og Europa benyttet seg i hovedsak av selvrapporterte spørreundersøkelser med barriere skala. Studien viser at 41 % av de sykepleiere som hadde gjennomført kurs i metode og utvikling av prosjektbeskrivelser, hadde presentert egen forskning eller publisert resultater av egen forskning (Markussen, 2007). Reviewet viser at hele 89% av sykepleiere med grunnutdanning i sykepleie ikke vet hvordan forskningsbasert kunnskap kan benyttes i praksis, samtidig som det pekes på at forskningsartikler oppleves av sykepleierne som krevende å forstå (Markussen, 2007). Fag- og forskningsartikler ble beskrevet som noe som ikke var lett tilgjengelig for hele 78% av sykepleiere og blir rangert som en av de største barrierene i forhold til det å arbeide kunnskapsbasert. Barrierene omhandlet manglende fasiliteter i avdelingen, samt manglende kompetanse blant sykepleiere til å lese og diskutere forskning (Markussen, 2007). Rangeringen av barrierene er de samme i andre land. Markussen (2007) peker videre på at sykepleiestudenter oppfatter forskningsbasert kunnskap og fagutviklingsarbeid som det mest krevende og samtidig det minst viktige i sykepleieutdanningen. Barrierene konkluderes med å være komplekse, og at barrierene rangeres likt i ulike land (Markussen, 2007).

3.0 Metode

3.1 Innledning.

I denne studien ønsket jeg å undersøke hvordan fagutvikling forstås og skjer blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen. I dette kapitlet vil jeg gi en kronologisk fremstilling av arbeidet med studien. Innledningsvis vil jeg gi en begrunnelse for valg av kvalitativt forskningsdesign, fenomenologi og hermeneutikk som har inspirert studien. Deretter argumenterer jeg for fokusgrupper som fremgangsmåte for innsamling av studiens datamateriale. Videre redegjøres det for forskerens rolle, studiens utvalg, utarbeidelse av intervjuguide og den praktiske gjennomføringen av fokusgruppene, og et underkapittel om etterarbeid. Deretter beskrives forskningsetiske vurderinger, inkludert et underkapittel om tiltak for å beskytte informantene i prosjektet. Videre beskriver jeg transkriberingsprosessen, og den analytiske tilnærmingen. Kapitlet avsluttes med selvrefleksivitet.

3.2 Valg av design.

Design er et begrep som benyttes når en skal beskrive den overordnede metoden for hvordan et prosjekt skal gjennomføres (Johannesen, Tufte og Kristoffersen, 2011). Jeg ønsket tilgang til menneskelige erfaringer og opplevelser ved hjelp av informantenes egne beskrivelser og fortellinger (Malterud, 2011), og jeg valgte derfor et kvalitativt design. Edmund Husserl (1859-1938) var fenomenologiens grunnlegger, og var engasjert i å forstå kunnskapens natur og vilkår. Han var opptatt av å komme «til saken selv», og fenomenologien beskrives som en metode som forsøker å forene liv, vitenskap og filosofi (Thornquist, 2003). Jeg ønsket gjennom informantenes fortellinger og erfaringer å forsøke å forstå sosiale fenomener og fenomenet fagutvikling, og søke nyanser ut i fra informantenes egne meninger, kunnskaper, opplevelser, erfaringer og holdninger (Malterud, 2011). Jeg ville med andre ord forsøke å beskrive verdens lik den fremsto for den enkelte informant, men også rette oppmerksomheten mot yrkesverden

slik den blir oppfattet av operasjonssykepleierne som gruppe (Thornquist, 2003). Denne studien er derfor inspirert av fenomenologi som filosofi.

Ved siden av å beskrive virkeligheten slik den fremsto for den enkelte informant i gruppen, ønsket jeg også å fortolke dataene. Denne studien er derfor også inspirert av hermeneutikk. Hermeneutikk er den opprinnelige læren om dokument-tolkning og har sin opprinnelse i tolkninger av historiske og religiøse tekster (Nåden og Braute, 1992). I min studie har jeg brukt den hermeneutiske læren for å sette meg inn i hva forståelse er, diskutere problemer opp mot vilkårene for fortolkning og forståelse, og se på hvilken måte jeg kunne oppnå fortolkningsprosesser som var gyldige og frodige (Thornquist, 2003). Formålet med å bruke den hermeneutiske tolkningsprosess i min studie, var å forstå og fortolke fenomenet fagutvikling. Når jeg skulle forstå min tekst fra fokusgruppeintervjuene, måtte jeg forsøke å se delene av teksten med øye for helheten. Hermeneutikkens prinsipper bygges på at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Alle delene i teksten vi studerer vil til sammen utgjøre en helhet (Nåden og Braute, 1992).

Studien er karakterisert ved at det har vært et dialektisk forhold mellom teori, annen empiri, og egne data, og kan derfor hverken beskrives som en teoristyrte, deduktiv tilnærming, eller en datastyrt, induktiv tilnærming (Malterud, 2011). Studien plasserer seg midt imellom, en tilnærming som kan beskrives som en abduktiv tilnærming. Kunnskapsutviklingen har med andre ord foregått som en kontinuerlig dialog mellom de empiriske dataene og teorien. Ulike teorier, empiriske studier og egen forforståelse har vært utgangspunktet for studien. Samtidig har jeg hatt et ønske om at dataene fra informantene skulle vekke nye teoretiske innfallsvinkler til emnet fagutvikling (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg så det også som viktig å tolke funnene slik at de kunne forstås i en bredere kontekst, som for eksempel på bakgrunn av organisatoriske rammer gitt i den enkelte operasjonsavdeling (Thornquist, 2003). En slik tolkning anser jeg som lettere å gjennomføre ved at man ser sine funn i lys av tidligere teorier og perspektiver for øvrig i forhold til temaet.

3.3 Fokusgruppeintervju som metode.

Fokusgrupper stammer fra 1940-årene, og ble først anvendt av samfunnsforskere ved Columbia University i USA (Halkier, 2010). Der benyttet de fokuserte gruppeintervjuer i analyser av publikums respons på regjeringens krigspropaganda i radio og film. Samtidig drev disse

samfunnsforskerne også med kommersielle undersøkelser og forskning innen markedsføring, hvor fokusgrupper gjorde sin inntreden (Halkier, 2010). Derfor har fokusgrupper i stor grad funnet sin plass innen kommunikasjon- og medieforskning samt markedsføringsforskning (Halkier, 2010). I en periode var fokusgrupper mindre brukt, før bruken gjenoppsto innen markedsføringsforskning på slutten av 1960 tallet (Puchta og Potter, 2005, Stewart, Shamdasani og Rook, 2007). Fokusgrupper blir i dag anvendt blant annet innen helsesosiologi (Halkier, 2010).

Fokusgrupper er en egnet metode for å produsere data om sosiale gruppers forklaringer, regler og samhandlingsmønstre (Halkier, 2010). Ved fokusgrupper, bestående av operasjonssykepleiere, ville det kunne produseres data om hva som er betydningsfullt i den sosiale konteksten i operasjonsavdelingene (Halkier, 2010). Informantene mine vil kunne gjøre dette ved å stille hverandre spørsmål underveis, kommentere hverandres uttalelser, erfaringer og forståelser ut fra en sammenheng som ikke forskeren nødvendigvis har innsyn i (Halkier, 2010). Målet mitt med å benytte fokusgrupper var å kunne identifisere eksempler og sammenhenger i forhold til temaet fagutvikling, og på den måten utforske hva som ble aktivert av forståelse og kunnskap i det daglige arbeidet i operasjonsavdelingen. Ved å forsøke å frembringe skjulte forklaringsmønstre og strategier operasjonssykepleierne tar i bruk ved valg, vurderinger og i bestemte handlinger, kunne jeg forsøke å sette det i en lokal sammenheng (operasjonsavdelingen) og til forhold som lå utenfor (Thornquist, 2003). Jeg kunne dermed bidra både til å synliggjøre praksis som var gjennomtenkt og bra, og synliggjøre praksis som kunne forbedres og videreutvikles (Thornquist, 2003).

Fagutvikling er et begrep bestående av mange elementer som gjør det vanskelig å måle med tall. Fagutvikling foregår i den daglige utøvelsen av operasjonssykepleie ved at en tilegner seg ferdigheter, erfaringer og holdninger (Leenderts, 1997, NSFLOS, 2008). Fagutvikling innebærer i tillegg å lese og vurdere forskningslitteratur innen faget. Sist men ikke minst kan en utvikle faget ved å forske på klinisk praksis (Sosial- og helsedepartementet, 2007). For å få frem ulike beskrivelser om fagutvikling, var det derfor gunstig å innhente data gjennom diskusjoner med operasjonssykepleiere om temaet. I kvalitativ metode finnes det ulike data-innsamlingsmetoder, og jeg vurderte å gjøre individuelle dybdeintervju med operasjonssykepleiere. Da kunne jeg få individuelle opplevelser og meninger om fagutvikling, hvor individets «egen livsverden» var i fokus (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg vurderte det slik at dette ikke samsvarte med den type data som jeg ønsket å innhente for å belyse temaet fagutvikling. Målet var å få frem felles og ulike meninger og synspunkter om fenomenet

fagutvikling (Halkier, 2010). Fokusgrupper kan generere tanker, meninger og ideer ved at deltakerne sitter sammen og henvender seg til hverandre, kommenterer hverandres uttalelser, forhandler og stiller direkte spørsmål til hverandre på bakgrunn av egne erfaringer og opplevelser (Halkier, 2010). Jeg valgte selv å være moderator for å få nærhet til materialet, og for å sikre at emnene i studien ble dekket (Halkier, 2010). Jeg ønsket å skape en avslappende og åpen atmosfære (Bloor, Frankland, Thoms og Robson, 2001), hvor jeg var tilbakeholden, men allikevel til en viss grad styrende. Dette fordi både informantene og jeg som forsker er sentrale aktører i kunnskapsutviklingen, og det sosiale samspeillet i gruppen i stor grad avgjørende for hvordan og i hvilken grad ulike data blir produsert (Halkier, 2010). Som moderator hadde jeg et ønske om å tilstrebe nysgjerrighet, og forsøkte hele tiden å være undrende i forhold til de data som fremkom. Videre forsøkte jeg å ha en klar bevissthet rundt min egen forforståelse og den teoretiske bakgrunn som stod sentralt.

3.4 Forskerens rolle.

Thornquist (2003) beskriver kvalitativ forskning som praksisnær forskning, dette fordi forskeren kommer tett inn på både forskningsfeltet og informantene. Forskeren kan ikke være fullstendig objektiv i en hermeneutisk tolkningsprosess, fordi forskeren alltid har egne verdier og meninger (Nåden og Braute, 1992). Objektiviteten kan derimot styrkes ved at jeg som forsker klargjør for meg selv egne meninger og verdier, og er villig til å være åpen for det som kommer frem av data underveis i forskningsprosessen (Nåden og Braute, 1992). Videre måtte jeg være bevisst på hvordan egen forforståelse påvirket valg og fortolkninger som ble gjort under hele forskningsprosessen. Jeg er selv operasjonssykepleier og har jobbet i faget i over 10 år, og det var viktig for meg å skrive ned egen forforståelse før studien startet. Dette for å bevisstgjøre for meg selv hvordan jeg erfarer, forstår og fortolker fenomenet fagutvikling, noe som jeg tenkte kunne bidra til at det blir enklere å skille mine oppfatninger fra informantenes, og med det åpne opp for størst mulig forståelse av informantenes uttalelser og opplevelser om fagutvikling som fenomen i seg selv (Nåden og Braute, 1992). Gjennom en abduktiv tilnærming hadde jeg med meg fra start et teoretisk utgangspunkt og min forforståelse, samtidig som nye teoretiske tilnærminger ble «vekket» i arbeidet med det empiriske materialet og førte til nye perspektiver for senere diskusjon. Å ha en abduktiv tilnærming vil si at jeg som forsker veksler

mellom å være induktiv og deduktiv. En induktiv tilnærming vil ifølge Kvale og Brinkmann (2009) innebære å forsøke å få frem teoretiske begreper om ett emne fra datamaterialet, mens en deduktiv tilnærming vil innebære at empiri testes ut i fra teoretiske hypoteser (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg ønsket å ha en abduktiv tilnærming til materialet, slik at allerede eksisterende kunnskap og nye «data» fra mine informanter til sammen kunne konstituere kunnskapsgrunnlaget i denne studien. Ved å allerede inneha en forforståelse og ha kjennskap til relevant teori og empiri var det lettere å forstå og fortolke de dataene som studiene fortløpende produserte, og det gav også en viss retning for fokuset i gruppeintervjuene. Samtidig ønsker jeg å ha en bevisst og aktiv holdning til det å kontinuerlig reflektere over egen forforståelse og i hvilken grad den var styrende, og med andre i hvilken grad jeg tillot studien å være eksplorativ. I tillegg ønsket jeg å balansere mellom en aktørorientering og en mer temaorientert tilnærming, mellom avstand og nærhet, mellom det som er erfaringsnært og erfaringsfjernt. For å kunne ivareta en slik balanse er det av avgjørende betydning hvordan en behandler sammenhengen mellom handlinger og den konteksten som utsagn kommer frem i, og hvordan ulike teoretiske perspektiver blir brukt til å beskrive slike sammenhenger (Thornquist, 2003). Innenfor kvalitativ metode legges det vekt på at forskeren redegjør for sin forforståelse, og dette omfatter både forståelsen for begrensninger og betingelser som forskningens resultater presenteres innenfor (Thornquist, 2003).

3.5 Rekruttering og utvalg av informanter.

I denne studien var det relevant å inkludere informanter som var operasjonssykepleiere ansatt ved ulike operasjonsavdelinger. Jeg valgte å inkludere operasjonssykepleiere fra ulike deler av Norge, fra Nord-Norge, Midt-Norge og Østlandet. Grunnen til at jeg valgte å gjennomføre fokusgruppene i ulike sykehus i landet, var for å skape et utvalg med geografisk variasjon og bredde. Denne type variasjon ville kunne avdekke i hvilken grad utdanningsinstitusjoner har påvirket operasjonsstudentene i utdanningen, for eksempel i forhold til trening i søk, lesing, vurdering og implementering av sykepleieforskning. I tillegg ville jeg kunne få frem forskjeller i om det var fagutviklingssykepleiere som ressurspersoner tilknyttet operasjonsavdelingene, og i hvilken grad og på hvilke områder de bidro inn mot operasjonssykepleierne og fagutvikling. Jeg har jobbet ved flere store sykehus i Norge, og kjenner studiekontekstens kultur og normer,

noe som gjorde at jeg kunne stå i fare for å overse nye og sentrale elementer. De metodiske utfordringene jeg sikter til i denne sammenhengen, kan knyttes til forholdet mellom distanse og nærhet. Ved å velge operasjonsavdelinger fra ulike deler av Norge, som jeg ikke hadde jobbet ved, hadde jeg større mulighet til å fremmedgjøre det kjente. Uttrykket er lånt av Eline Thornquist (Thornquist, 2003), og innebærer at en skaper distanse til et allerede kjent forskningsfelt. For meg ville dette bety at den allerede kjente konteksten; operasjonsavdelingen, ble mer fremmed ved at den kjente operasjonsavdelingskonteksten ble oppsøkt i et fremmed miljø i en annen del av landet. Slik sett ville operasjonsavdelingen kunne fremstå som både ukjent og kjent samtidig, hvor den ukjente konteksten ville øke muligheten for å åpne opp for det som allerede var kjent. Ved å ha variasjon knyttet til sykehusenes beliggenhet, kunne jeg fange opp eventuelle kulturelle ulikheter som særpreget ulike fylker.

Førstegangskontakt var en telefonisk kontakt med ulike avdelingsledere ved forskjellige operasjonsavdelinger i Norge, for å be de bistå med rekruttering av informanter. Etter samtale på telefon med de avdelingslederne som ville bistå meg, sendte jeg en kort introduksjon av studiens hensikt, teoretiske bakgrunn, og metoden jeg ville benytte. I tillegg la jeg ved studiens prosjektbeskrivelse. Fire av operasjonsavdelingenes ledere viste umiddelbar interesse for å delta i prosjektet. Den ene trakk seg senere da det viste seg at operasjonssykepleierne var presset på grunn av andre utfordringer i avdelingen.

For å skaffe informanter til pilotstudien, tok jeg kontakt med åtte personer som jeg hadde jobbet sammen med seks år tidligere. Av disse ti var det fire personer som hadde tid til å stille opp på fritiden sin etter jobb. Jeg fikk inntrykk av at de fire som deltok gjorde det fordi de var interessert og opptatt av fagutvikling. Alle fire deltagere matchet utvalgskriteriene for utvalget.

Jeg ønsket å velge ut informanter etter kriterier jeg hadde satt opp for å få et «strategisk utvalg» (Malterud, 2011). Utvalgsstrategien søkte å ivareta et mangfold i sammensetningen av utvalget. Strategisk utvalg med mangfold, vil ifølge Malterud (2011) være nyttig for å redusere risikoen for raske resultater og konklusjoner på et for ensidig grunnlag. Informantene skulle videre ha mulighet til frivillig å delta uten å bruke tid på reise. Fokusgruppene ble satt sammen slik at operasjonssykepleiere fra samme avdeling eller fra samme sykehus ble samlet i samme gruppe. Tanken var at det på denne måten var lettere for informantene å føle trygghet, og dermed lettere å delta i diskusjon. Dessuten var det stor sannsynlighet for at informantene kjente til hverandre fra før, siden operasjonssykepleiere i utgangspunktet er en liten gruppe. I følge Bloor et al., (2001), Hansen, Cottel, Negrine og Newbold (1998), Kitzinger, (1994) kan det å bruke

informanter fra samme nettverk bidra til at informantenes perspektiver lettere kan utdypes på bakgrunn av felles opplevelser og erfaringer, samt like daglige rutiner og rammer. Det kan føre til et rikere datamateriale, og kan styrke den interne gyldigheten i materialet (Malterud, 2011). Det ble inkludert operasjonssykepleiere med ulik lengde i forhold til yrkeserfaring, men ikke nyutdannede. Jeg ønsket at informantene som ble rekruttert var ansatt i 80-100 % stilling, hadde minimum 2 års erfaring, og minimum 2 års erfaring fra samme avdeling. De fleste operasjonsavdelinger har et opplæringsprogram for nyutdannede og nyansatte med varighet opp til 3 måneder hvor man arbeider sammen med en erfaren sykepleier i avdelingen. Erfaring tilsier at man trenger 1-2 år for å bli godt kjent i operasjonsavdelingen. Det var derfor ønskelig at informantene skulle være godt kjent med avdelingens rutiner, samt formelle og uformelle normer og praksiser relatert til fagutvikling. Når en arbeider i 80-100 % stilling, kommer en fortere inn i rutiner og prosedyrer og kan for eksempel i større grad evne å se hva som virker fremmende og hemmende for fagutvikling i avdelingen. For å få flest mulig perspektiver i studien ønsket jeg å bringe frem variasjon i utvalget ved å inkludere forholdsvis uerfarne (min 11/2 år i avdelingen), men også de med mange års erfaring som operasjonssykepleiere.

I studien var det ønskelig å rekruttere 5-8 operasjonssykepleiere til hver fokusgruppe. Bakgrunnen for dette var at jeg ikke ønsket en for stor gruppe, men at det samtidig skulle være mange nok til å skape diskusjon, og at det ville bli lettere for alle å diskutere. Et annet argument for at jeg ønsket en mindre gruppe, var fordi det kan oppleves som vanskelig å moderere større fokusgrupper, og som uerfaren i moderatorrollen ønsket jeg å ta hensyn til dette (Halkier, 2010). I tillegg er operasjonssykepleiere vant til å samhandle i et kirurgisk team, som normalt består av 5-6 personer. I litteraturen står det beskrevet at fokusgruppeintervju kan bestå av seks til tolv informanter, og at emnet, informantene og de samhandlingsformene en er ute etter er bestemmende for antallet (Halkier, 2010). Det foreslås større grupper når man vil ha så mange forskjellige perspektiver på emnet for samtalene som mulig, og hvor temaet ikke er av personlig karakter. Samtidig kan større grupper føre til flere diskusjoner samtidig i gruppen, noe som kan medføre at det kan bli utfordrende å observere samhandlingen, og transkribere lydfilet etterpå (Halkier, 2010), noe som jeg ville unngå som uerfaren forsker.

Informasjonsskrivet til avdelingslederne er vedlagt, som vedlegg 1.

3.5.1 Utvalgsprosessen.

For å rekruttere informanter til pilotstudien, sendte jeg mail med forespørsel om interesse for å delta til åtte av mine gamle arbeidskollegaer. Fire ville delta, de fire andre hadde enten fri eller skulle på seinvakt på den foreslåtte dato. Informantene hadde mellom 10-40 års erfaring, alle jobbet i 80-100% stilling og hadde jobbet i samme avdeling i to år eller mer. Det var ingen frafall i pilotstudien.

Avdelingslederne som skulle bistå meg i å skaffe informanter benyttet morgenrapporten til å informere om studien til operasjonssykepleierne. De ga et kort referat om hva prosjektet gikk ut på, hvor de påpekte hvor viktig det var med fagutvikling og hvor de forsøkte å skape interesse ut i fra problemstillingen. Avdelingslederne la også frem for operasjonssykepleierne hvilke utvalgsriterier som var gjeldende for deltakelse, om frivillig deltakelse og anonymitet. For at mulige informanter skulle få innsikt i studien og avgjøre om de ville delta, hadde jeg utarbeidet et informasjonsskriv der jeg kort fortalte om studien og om hva den innebar for deltakerne. Et skriftlig informert samtykke ble inkludert i samme skriv. Prosjektbeskrivelsen var først og fremst beregnet på avdelingslederne, og jeg oppfordret derfor lederne til å be de som ønsket å delta og som ønsket mere informasjon utover informasjonsskrivet, kunne ta kontakt med meg på mail eller telefon.

Siden det var stor interesse blant lederne for min studie, forsøkte lederne å tilrettelegge best mulig for at jeg skulle få informanter. En avdelingsleder oppfordret potensielle informanter til å melde seg på og organiserte det slik at fokusgruppeintervjuet skulle foregå på temadagen de skulle ha i slutten av måneden. Denne avdelingslederen understreket overfor sine ansatte at de som ville delta i min studie om fagutvikling, fikk avsatt tid til dette i arbeidstiden den temadagen, og at dette var et viktig prosjekt som passet inn i deres temadag. Fra denne avdelingen klarte lederen å skaffe fem informanter, noe som ifølge henne var bra, siden noen hadde «vakt-team» og noen hadde fri. I denne avdelingen arbeidet det 17 operasjonssykepleiere, inkludert en leder med mastergrad. Informantene hadde 6-8 års erfaring, og alle jobbet i 80-100% stilling. Alle hadde jobbet i avdelingen i 2 år eller mer. Det var ingen frafall i fokusgruppen.

Avdelingslederen ved en av de andre operasjonsavdelingene ville også avsette tid til fokusgruppeintervju innenfor avtalt arbeidstid: Hun ønsket å tilrettelegge for dette på

avdelingens fagmøte, siden temaet som var på dagsorden var fagutvikling. Av 13 operasjonssykepleiere kunne seks delta. De seks informantene hadde mellom 4-37 års erfaring, hvorav en med 11 års erfaring jobbet i 70% stilling. De andre fem jobbet i 80-100% stilling, og alle hadde jobbet i operasjonsavdelingen i 2 år eller mer. Det var ingen frafall i denne fokusgruppen.

Lederen fra den siste avdelingen, planla tid og sted på grunnlag av hva som passet best for informantene som ville delta. Lederen jobbet med mastergrad om fagutvikling, og var som de andre også opptatt av å bidra i forhold til rekruttering til studien. Det ble bestemt at fokusgruppeintervjuet skulle skje etter endt arbeidsdag og på fritiden. Avdelingslederen rekrutterte til sammen seks informanter, av de ca. tretti som ble informert og spurt fra denne avdelingen. Grunnen til at jeg kun fikk seks informanter, kan sees i sammenheng med at tid for mange er en avgjørende faktor, og det var bestemt at fritiden skulle benyttes til fokusgruppeintervjuet. Informantene hadde alle jobb i 80-100% stilling, og arbeidserfaring på mellom 5-34 år. Alle seks hadde jobbet i avdelingen i 2 år eller mer. Det var ingen frafall i fokusgruppen.

I pilotstudien og den første fokusgruppen hadde jeg med andre ord henholdsvis 4 og 5 informanter, noe som var i den nedre grense for det antallet jeg ønsket. Jeg ønsket (som tidligere beskrevet) et noe begrenset antall oppad, samtidig som antallet ikke var for lite for å kunne muliggjøre en fruktbar diskusjon.

Tabell 1 presenterer studiens informanter i forhold til år med erfaring, stillingsandel i %, og antall med minimum 2 år ved samme avdeling fra alle fire fokusgruppene.

Antall år arbeidserfaring		Stillingsprosent 80-100%	Minimum 2 år i samme avdeling
Mindre enn 5 år	3	3	2 år eller mer
Mellom 5-9 år	6	6	2 år eller mer
Fra 10-20 år	6	5 1 70% stilling	2 år eller mer
Fra 20-40 år	6	6	2 år eller mer

All kommunikasjon i forhold til fokusgruppene gikk mellom meg og avdelingslederne. De operasjonssykepleierne som ønsket å delta skulle ta kontakt med meg på e-post eller telefon, eller med avdelingsleder hvis noen ønsket det. Alle de 17 informantene som ville delta ga direkte beskjed til sin avdelingsleder, som videre ga beskjed til meg. Jeg fikk ingen navn, kun antall informanter som kunne delta.

3.6 Utarbeidelse av intervjuguide.

Problemstillingen var utgangspunktet i utarbeidelsen av intervjuguiden. Guiden inneholdt en oversikt over ulike emner som skulle diskuteres, med forslag til spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2009). Målet var å bringe frem beskrivelser om fenomenet fagutvikling på en deskriptiv måte. Spørreordene i intervjuguidens spørsmål omfattet derfor både *hva*, *hvilke*, *hvordan* og *hvor*. Temaene i intervjuguiden var inspirert fra teoretiske perspektiver og forskningslitteratur, og forskningsspørsmålene var slik sett styrende for fokusgruppeintervjuene. Samtidig forsøkte jeg å skape rom for at nye og uventede temaer kunne dukke opp underveis, blant annet ved at jeg ikke var opptatt av hvilke spørsmål som ble besvart på hvilket tidspunkt og i hvilken rekkefølge. I tillegg var spørsmålene åpne og brede, og jeg lot gruppene i stor grad styre diskusjonene selv. Selv om jeg hadde intervjuguiden som et utgangspunkt, hadde jeg forutsatt at guiden måtte endres etter hvert som nye temaer ble identifisert, noe som også samsvarer med en abduktiv tilnærming.

De første spørsmålene i intervjuguiden var generelle spørsmål om operasjonssykepleie og hvilke ferdigheter som ble sett på som viktige. Deretter kom spørsmål knyttet til fagutvikling, hva de la i begrepet, hvordan de innhenter ny kunnskap, og hvor ofte og hvordan det ble tilrettelagt for fagutvikling i avdelingen. De ble oppfordret til å diskutere om det var noe i praksis som de opplevde fremmet eller hemmet fagutvikling. Det siste spørsmålet som skulle diskuteres var faktorer som de anså som de viktigste for fagutvikling ut i fra det de hadde diskutert. For å avrunde intervjuet ble det stilt spørsmål om hvordan de hadde opplevd å delta i et fokusgruppeintervju. Intervjuguiden er vedlagt, som vedlegg 2.

3.7 Gjennomføring av fokusgruppene.

Alle fokusgruppeintervjuene ble utført i perioden oktober- november.

Jeg ønsket å gjennomføre en pilotstudie slik at jeg kunne øve meg i rollen som moderator, samt teste ut bruk av intervjuguide og lydbåndopptaker. Jeg ville gjennomføre pilotstudien på samme måte som jeg hadde planlagt de neste fokusgruppeintervjuene, for at alt skulle være så likt som mulig.

Fokusgruppeintervjuene omhandlet tema som var sterkt knyttet til arbeidsplassen, og jeg bestemte meg for å forsøke å organisere fokusgruppene på arbeidsplassen hvis dette var mulig. Ved at de var nære arbeidsplassen under intervjuene, kunne det være lettere å peke på fysiske faktorer som fremmet eller hemmet for fagutvikling (Halkier, 2010). For å optimalisere analyseprosessen, ønsket jeg en uke mellom hver fokusgruppe. Ved å legge minst en uke mellom hvert fokusgruppeintervju, ville jeg få tid til å transkribere og utforske hva som kunne forbedres og gjøres annerledes til neste fokusgruppeintervju. Ved å sette av tid mellom hvert fokusgruppeintervju kunne jeg veksle mellom å se de store tematiske «sammenhengene» mellom fokusgruppeintervjuene, til å fokusere på hver enkelt fokusgruppe i mer detalj. Kom det frem nye temaer underveis, ville det at jeg lyttet på lydbåndopptak og brukte tid på å transkribere hvert enkelt intervju, gi meg muligheten til å integrere disse temaene i neste fokusgruppeintervju. Dette ga meg også muligheten til å forholde meg til ord, uttrykk og meninger som gjentok seg og som jeg ble oppmerksom på, for dermed å bringe disse med meg til videre utforskning i neste fokusgruppe. Ved å bruke tid til bearbeidelse av hvert fokusgruppeintervju fikk jeg også mulighet til å tenke igjennom hva som hadde gått bra og hva som hadde gått mindre bra under gjennomføringen, og slik sett forbedre min rolle som moderator.

Av praktiske grunner endte jeg opp med å gjennomføre det andre og tredje fokusgruppeintervjuet i samme uke, med to dager i mellom, noe som i utgangspunktet ikke var ønskelig fra min side. Jeg klarte likevel å transkribere intervjuet fra den ene gruppen før jeg gjennomførte den andre, og fikk med det tatt med meg erfaringene, og jeg gjorde også her noen justeringer til neste fokusgruppeintervju.

Som moderator ønsket jeg at fokusgruppeintervjuene skulle få et mest mulig naturlig preg. Dette forsøkte jeg å gjennomføre ved å opptre uformelt, både i klesvalg, samtale og kroppsspråk. Mitt mål var å skape en uformell stemning som gjorde at alle slappet av og følte seg komfortable med å delta i samtalen. Jeg var med andre ord svært fokusert på å håndtere den sosiale dynamikken og skape trygghet, slik at alle ble deltagende. Jeg forsøkte underveis å følge med prosessen som foregikk i gruppen, samtidig som jeg holdt konsentrasjonen mot innholdet i diskusjonen og noterte.

Det første fokusgruppeintervju (pilotstudien) ble utført i et møterom i operasjonsavdelingen, hvor vi fikk sitte uforstyrret. Informantene hadde lest informasjonsskrivet og signert samtykkeskjemaet som jeg fikk av de før intervjuet startet. Jeg hadde kjøpt med drikke og sjokolade, og en av informantene hadde med kaffe. Jeg innledet med informasjon om studien, tilsvarende det som sto i informasjonsskrivet de hadde lest. Jeg ga uttrykk for at det var de som skulle diskutere rundt et tema, og at det ikke var et intervju i den forstand at jeg hele tiden skulle stille spørsmål. Jeg understreket at det var fint om alle deltok i diskusjonen, og at ingen meninger eller oppfatninger var feil. Jeg fortalte også på forhånd at jeg kom til å gripe inn bare når jeg oppfattet temaet som ferdig diskutert, når det skulle diskuteres ett nytt tema, eller hvis diskusjonen skled ut. Jeg informerte videre om at fokusgruppen ville bli tatt opp på lydbånd, og anonymisert. Alle fire satt rundt et lite ovalt bord, og jeg satte meg på langsiden sammen med de, for å unngå en lederrolle. Jeg ga beskjed om at det var fint om de ikke tappet med pinner eller annet, og helst ikke snakket i munnen på hverandre, fordi det kunne bidra til å svekke lyd kvaliteten. Det ble forespeilet at intervjuet skulle ta 60-90 minutter. Ved å gjennomføre en pilot ønsket jeg å få erfaring fra hvordan det ville være å være moderator for egen yrkesgruppe. Gjennom tidligere kollegaer kunne jeg få tilbakemeldinger på temaene som skulle presenteres, i hvilken grad de skapte diskusjon og engasjement, og om hvordan de opplevde å delta i et fokusgruppeintervju. I tillegg var det av interesse for meg å få tilbakemeldinger på hvordan de oppfattet meg som moderator.

Jeg startet med en presentasjonsrunde, hvor de var utdannet, hvor mange år de hadde med erfaring, stillingsprosent og hvor lenge de hadde jobbet ved samme avdeling. De diskuterte ikke så mye, kanskje fordi jeg hadde informert om at det var fint om de ikke snakket i munnen på hverandre, og det tok de på alvor. Samtidig gav de uttrykk for at de var veldig bevisste på at de ble tatt opp på lydbånd. Jeg satt igjen med tanker om at jeg ikke hadde fått så gode data, og var overrasket over hvor krevende det var å skulle styre det sosiale samspillet i gruppen og samtidig

holde fokus på innhold, observere og gjøre notater. Det var utfordrende selv med bare fire informanter. Ved transkriberingen dagen etter kom det likevel frem gode og rike beskrivelser i forhold til både meninger, erfaringer og holdninger som jeg ikke hadde klart å oppfatte underveis i fokusgruppe-intervjuet. På bakgrunn av erfaringene fra pilotstudien, bestemte jeg meg for at jeg neste gang skulle legge mer vekt på å oppmuntre til en livlig diskusjon, heller enn å be de om å ikke snakke i munnen på hverandre. Informantene ga uttrykk for at spørsmålene og temaene var gode, men krevde at en måtte tenke litt før en kunne svare. Det ble opplevd som interessant å sitte i en gruppe å snakke om fagutvikling, og tiden gikk fort. Tilbakemeldingen jeg fikk på min rolle som moderator var positive. Jeg derimot oppfattet meg selv som litt for passiv, og at jeg i større grad skulle ha frigjort meg og forsøkt å skape mer diskusjon rundt enkelte felles utsagn. Jeg avsluttet fokusgruppeintervjuet med å oppsummere det de hadde diskutert, for å få bekreftet at jeg hadde forstått innholdet i dataene. Oppsummeringen gjorde jeg på grunnlag av de stikkordene jeg hadde notert underveis. Jeg vurderte oppsummeringen som litt unødvendig etter å ha transkribert, og bestemte meg for at det var ikke nødvendig i de neste fokusgruppeintervjuene. Pilotintervjuet tok en time, noe som gav meg noen retningslinjer om tidsperspektivet til de neste fokusgruppene. Dette hadde vært en liten gruppe på fire, som ikke diskuterte så livlig, og jeg anslo derfor at jeg ved de forekommende fokusgruppeintervjuene kom til å bruke ca. 90 minutter. Jeg fikk også erfaringer med lydopptakeren, og om lyd kvalitet. Lydbåndopptakeren hadde jeg lagt midt på bordet, skjult mellom drikke og sjokolade. Lyden var veldig bra. Jeg opplevde det som svært krevende å fokusere på gruppeprosessen, innhold og samtidig notere. Jeg bestemte meg derfor for å følge Halkiers (2010) anbefalinger om å ha med en medhjelper under fokusgruppene. Ved å ha med en medhjelper som kunne notere, observere gruppesamspillet, passe på lydopptakeren og tiden vi hadde til rådighet, kunne jeg konsentrere meg mer om moderator rollen. Erfaringene fra pilotstudien gjorde meg bedre forberedt til de neste fokusgruppene, og jeg opplevde at jeg ble mindre spent og stram i moderator rollen.

Alle de tre avdelingslederne til de tre neste fokusgruppeintervjuene fikk bestemme dato og tidspunkt, samtidig som de organiserte rom i operasjonsavdelingen.

Jeg småpratet litt med alle informantene etter hvert som de kom, informerte de om at det stod drikke og noe søtt å spise på bordet som de kunne forsyne seg med. I fokusgrupper er det viktig med en god introduksjon (Halkier, 2010). Som moderator satte jeg meg ned blant deltakerne, midt på ene langsiden av et ovalt bord, og jeg hadde en informant på hver side av meg. Jeg

ønsket ikke å sitte på enden av bordet, dette for å unngå en lederrolle, og med det at alle så på meg i stedet for hverandre i løpet av diskusjonen. Medhjelperen var sykepleier, men med en helt annen fagbakgrunn enn meg. Hun satt ikke ved samme bord, men utenfor og bak gruppen (bordets kortsiden) for å notere. Hun var plassert på en slik måte at hun så alle deltagerne og kunne ta notater i forhold til kroppsspråk og for å observere hvem som startet diskusjon, hvem som snakket mest og for å få et generelt bilde av hvordan hun oppfattet at diskusjonen gikk. Hun tegnet hvordan hver deltaker var plassert rundt bordet med tall. Hver informant fikk beskjed om å skrive ett tall på et ark, og sette det synlig foran seg. Dette fordi at jeg ønsket å kunne bruke tallet deres underveis i fokusgruppeintervjuet hvis det var noe som jeg ønsket at den enkelte informant skulle utdype. Lydopptaker ble plassert midt på bordet, delvis skjult blant drikkevarer som var satt frem. Jeg presenterte meg og min medhjelper, og deretter forklarte jeg litt om mitt prosjekt og formål, og presenterte temaet som skulle diskuteres av gruppen. Introduksjonen og informasjonen besto i hovedsak av det samme som ble gitt og beskrevet i forhold til pilotstudien. Både moderator og medhjelper plasserte oss på samme måte også i de neste fokusgruppeintervjuene. Jeg la vekt på at jeg som moderator var der først og fremst for å lytte og for å lære av informantene. Jeg avtalte tiden vi hadde til rådighet, og medhjelperen skulle passe på at den ble overholdt. Det ble gitt informasjon om at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd, om taushetsplikt og konfidensialitet. I forkant av hvert fokusgruppeintervju, fikk min medhjelper utdelt retningslinjer fra meg i forhold til hva hun skulle fokusere mest på, og hvilke arbeidsoppgaver jeg ønsket hun skulle gjøre på forhånd og i etterkant. Dette gjorde jeg for at jeg ville ha fullt fokus på moderatorrollen og samspillet fra informantene allerede i det de kom inn i rommet.

Fokusgruppeintervjuene startet med en presentasjonsrunde i forhold til navn, hvor de var utdannet, hvor mange års erfaring de hadde, og stillingsprosent. Selv om deltakerne kjente hverandre, var moderator og medhjelper ukjente med deltakerne. I den første fokusgruppen ble det planlagt en annerledes start på selve fokusgruppeintervjuet. Det ble delt ut penn og papir, og informantene ble bedt om å notere i to minutter hva de mente var nødvendige ferdigheter for å utøve god operasjonssykepleie. Dette var ment å skulle bidra til å sette i gang diskusjonen (Halkier, 2010), noe jeg derimot ikke erfarte. Informantene leste kort opp hva de hadde skrevet, uten at dette initierte en påfølgende diskusjon. Jeg opplevde at diskusjonen gikk litt tregt i starten, men at det ble bedre utover i diskusjonen. Det oppsto noen stille perioder underveis, noe som jeg oppfattet som perioder med kreative tanker, og hvor en ny diskusjon ble initiert i etterkant. Min medhjelper oppfattet tregheten i starten av diskusjonen som at deltakerne viste

stor grad av respekt for hverandre og hva den enkelte formidlet under fokusgruppediskusjonen. Etter at fokusgruppeintervjuet var ferdig og lydopptakeren var slått av, startet en mer livlig diskusjon. Informantene spurte meg i denne forbindelse også om råd angående å ta i bruk forskningsbasert kunnskap, hvilke databaser som var bra, hvordan man kunne søke litteratur med mer. Deltagerne ga uttrykk for at de hele tiden hadde vært bevisst lydopptakeren, og at dette kanskje hadde hemmet dem noe. I transkriberingen dagen etter kom det frem mange og rikholdige data, og jeg renskrev også notater som ble tatt under diskusjonen som fant sted etter at lydbåndopptakeren ble slått av, dette i samråd med informantene. Fokusgruppeintervjuet varte i 1 time og 20 minutter. På bakgrunn av transkriberingsmaterialet fra intervjuene, fikk jeg muligheten til å endre på spørsmålene mine til neste fokusgruppeintervju. Dette kan betegnes som en start på analysen (Malterud, 2011) og jeg opplevde at justeringen av spørsmålene bidro til at datamaterialet i enda større grad gav svar på problemstillingen min. Endringen ble foretatt i intervjuguidens første del, som omhandlet operasjonssykepleie generelt, og endringene medførte at diskusjonen raskere kom inn på temaet fagutvikling.

Ved tredje og fjerde fokusgruppeintervju gikk vi derfor, etter introduksjonen, rett på presentasjonsrunden og påfølgende tematiske spørsmål. Jeg opplevde at diskusjonene i begge disse gruppene fløt lett. Deltakerne holdt seg stort sett til spørsmålene, og noen ganger førte diskusjonen de automatisk inn på mitt neste spørsmål. Informantene i disse to fokusgruppene kom også inn på emner som ikke omfattet min problemstilling. Som moderator gjorde jeg da en vurdering om å la de fortsette eller avbryte, og jeg bestemte meg for å bryte inn og be de utdype et begrep jeg hadde notert fra det de diskuterte tidligere. Dette for at det skulle bli lettere å få fokuset tilbake til emnet uten å gripe inn for mye, noe som fungerte godt. Diskusjonene i begge disse gruppene var gjennomgående gode, blant annet fordi informantene reflekterte over hverandres utsagn, noe som igjen førte til generering av nye beskrivelser knyttet til ulike erfaringer og meninger.

På tross av livlige diskusjoner, spesielt i de to siste fokusgruppeintervjuene, var det hele tiden noen i gruppen som sørget for at diskusjonen ikke sporet av, og som hadde kommentarer som «*men det er ikke det vi skal diskutere nå*», eller «*hva var det du spurte om nå igjen?*» Jeg opplevde at alle informantene i alle fokusgruppene hadde en sterk iver etter å få frem alle vinklinger og meninger om temaet. På slutten av fokusgruppene var informantene opptatt av om jeg hadde fått gode svar på mine spørsmål. Informantene gav uttrykk for at det var positivt

å delta og kunne snakke om fagutvikling. Ingen hadde vært med på noe lignende før. Det derimot la mest vekt på, var at det hadde satt i gang en tankeprosess om fagutvikling.

Antallet fokusgrupper var til dels planlagt, men det ble vurdert underveis i datainnsamlingsprosessen om jeg ved gjennomføring av 4 grupper (inkludert en pilot fokusgruppe) ville nå et metningspunkt. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at nyere undersøkelser viser at det kan være en fordel med et mindre antall intervjuer i kvalitativ forskning. Tiden bør heller brukes til forberedelser og analyser av intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg opplevde at jeg underveis i studien fikk rike og gode data, og mye av de samme temaene og beskrivelsene om hvordan fagutvikling skjer i operasjonsavdelingen ble gjentatt flere ganger i de ulike gruppene. Jeg vurderte derfor at fire fokusgruppeintervju var tilstrekkelig for å få belyst problemstillingen i min studie.

3.7.1 Etterarbeid.

For at analyseprosessen skulle optimaliseres og for å ha en systematisk tilnærming til datamaterialet og erfaringene fra fokusgruppeintervjuene, hadde jeg i forkant av fokusgruppeintervjuene laget en skisse over hva som skulle gjøres i etterarbeidet. Skissen inneholdt at jeg skulle skrive et refleksjonsnotat basert på ulike spørsmål etter hvert fokusgruppeintervju, med henblikk på fokusgruppeintervjuet som helhet og på detaljnivå. Første spørsmålene jeg og min medhjelper skulle reflektere over, var over forhold til fokusgruppeintervjuet som helhet, og bestod av følgende punkter: Ble fokusgruppens sammensetning bra totalt sett med noe kort/lang erfaringstid? Fungerte samspeillet i gruppen bra? Hva kunne ha vært gjort annerledes med selve gjennomføringen? Hva var det mest fremtredende i fokusgruppeintervjuet? Videre arbeidet jeg med spørsmål knyttet til et mer detaljert nivå, slik som: hvordan svarte informantene på spørsmålene, hvilke nye temaer dukket opp, hva oppfattet jeg som det mest fremtredende temaet i forhold til det min medhjelper oppfattet, hva ble sagt/ikke sagt? Jeg oppsummerte med å bestemme hvilke temaer som eventuelt burde inkluderes, og eventuelle oppfølgingsspørsmål til de påfølgende fokusgruppeintervjuene. De siste spørsmålene vi skulle reflektere over, som var skissert, var om forsker og moderatorrollen. Hensikten var å bevisstgjøre for meg selv i hvilken grad jeg

påvirket fokusgruppeintervjuets retning, hvordan jeg erfarte situasjonen kontra min medhjelper, samt mine ferdigheter i forhold til å åpne opp for diskusjon og skape en trygg og åpen atmosfære.

Medhjelperen var en god diskusjonspartner. Medhjelper var sykepleier, men med en helt annen fagbakgrunn enn meg, og hun oppfattet momenter i hvordan operasjonssykepleiere forholder seg til hverandre og arbeidet sitt på, som jeg ikke gjorde, antageligvis fordi jeg selv er operasjonssykepleier. Jeg ser dette som en styrke ved datainnsamlingen, samtidig som det kan representere en svakhet at man ikke får med seg nyanser i diskusjonen som en med samme fagbakgrunn ville fått. Medhjelperen fikk utdelt et notat før hver fokusgruppeintervju, med informasjonen om hvordan hun skulle sitte, og hvilke arbeidsoppgaver jeg ville hun skulle gjøre. Det kunne være noen små endringer fra gang til gang, som blant annet små grep for å unngå fokus på båndopptaker, ved at den ble satt på før alle hadde kommet til ro og var klar til å starte. Ved hjelp av refleksjonene og oppsummeringen vi gjorde sammen etter hvert fokusgruppeintervju, ble jeg sikrere på de valg jeg foretok i forhold til justeringer underveis. Medhjelperen min gav meg også tilbakemelding på min rolle som moderator, og jeg opplevde at jeg på bakgrunn av mine egne erfaringer og hennes tilbakemeldinger ble stadig bedre som moderator, ikke minst ved at jeg ledet diskusjonene bedre ved å gripe mere inn og be de utdype mer i forhold til fellesutsagn som kom frem.

3.8 Forskningsetiske vurderinger.

3.8.1. Fordeler og ulemper på individnivå.

Helsinki-deklarasjonen i 1964 åpnet for forskning på mennesker, men understreker at det må foreligge frivillig informert samtykke og at hensynet til enkeltpersonen er viktigst (Ruyter, Førde, og Solbakk, 2007). I følge Helsinkideklarasjonen er det en forutsetning for å kunne forske på mennesker, at forskningen må ha vitenskapelig og samfunnsmessig nytte. Det vil si at unødvendig eller unyttig forskning også er å regne som uetisk forskning (Ruyter et al., 2007).

Et hvert prosjekt vil ha potensielle styrker og svakheter etter den metode det baserer seg på. Uansett metode må prosjektet ta hensyn til etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Ruyter et al., 2007). En styrke ved kvalitativ forskning, er at den kan fange opp individuelle og nyanserte erfaringer, som videre kan skape større innsikt i ulike, sammensatte situasjoner/problemstillinger (Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag, 2010). Ruyter et al., (2007) beskriver at deltagelse i kvalitativ forskning kan oppfattes som av informantene som positivt, fordi de blir lyttet til og tatt på alvor, selv om kvalitativ forskning tradisjonelt sett blir sett på som ubehagelig og belastende (Ruyter et al., 2007). Mennesker som lar seg intervju vil alltid blottlegge noe av seg selv (Norsk nasjonal forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora, NESH, 2006), og forskningsetiske retningslinjer beskriver flere punkter om hvordan en som forsker skal ivareta personer som skal inkluderes i forskningen (Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag, 2010). En skal alltid som forsker vise grunnleggende respekt for forskningsarbeidet, ved å respektere informantenes medbestemmelse, respekt og frihet (Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag, 2010).

I dette prosjektet skulle jeg utforske hvordan fagutvikling forstås og skjer blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen, gjennom fokusgruppeintervju. Ved å utføre fokusgruppeintervju, ville jeg bringe frem gruppenes meninger og verdier i forhold til ulike sider ved fagutvikling i operasjonsavdelingen. Dette vil kunne gi grunnlag for større forståelse for hvordan denne gruppen forholder seg til fagutvikling, og eventuelt til omorganisering og tilrettelegging for fagutvikling på sikt.

Det stilles et krav til forskeren om innlevelse, for å kunne forstå og bidra til endring av praksis. Jeg som forsker synliggjorde min rolle i prosjektet, ved at jeg som forsker klargjorde i begynnelsen av fokusgruppene at de som informanter hadde erfaringer, kunnskaper og meninger om fagutvikling som jeg ikke hadde og som jeg ville ta del i. Ved at jeg informerte informantene om studiens hensikt og hva den kunne bidra med, viste jeg også til prosjektets vitenskapelige betydning for informantene (Ruyter et al., 2007). Ved fokusgruppeintervjuene kom det frem meninger, erfaringer og synspunkt som identifiserte behovet for tilrettelegging eller forandring i henhold til fagutvikling i avdelingene. Jeg mener derfor at denne studien kan sies å være en studie som har relevans og nytte innenfor rammen av helsefaglig forskning.

3.8.2 Fordeler og ulemper på samfunnsnivå.

I forskningsetiske retningslinjer står det at grunnleggende forskningsetiske normer knyttes til de allmennmoralske normene som er i samfunnet (NESH, 2006). I følge forskningsetiske retningslinjer, er det uenighet om hva som er samfunnsmessig interessant å forske på, og at forskningen påvirker samfunnet uansett om det er bevisst eller ikke (NESH, 2006). Forståelsen av intervju som sosial praksis oppmuntrer forskere til å forflytte seg forbi intervjusituasjonen på mikronivå til makronivå, og dermed tilføre intervjuene en ny mening i en mer omfangsrik og kulturell sammenheng (Kvale og Brinkmann, 2009). I følge Kvale og Brinkmann (2009) kan mennesker lære noe av sin egen meningsfulle sosiale verden gjennom god intervju-forskning. Hummelvold, Andvik og Lyberg (2010) skriver at praksisnær forskning kan få følger for samfunnet ved at en faktisk kan få kjennskap til hva som foregår i praksisfeltet. Min studie kan betraktes som relevant på både makronivå og mikronivå sett i lys av «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten» (Sosial- og helsedepartementet, 2007). I henhold til den nasjonale strategien for å styrke helsepersonells kompetanse, skrives det at kompetansen skal styrkes gjennom arbeid med kvalitetsforbedring (Sosial- og helsedepartementet, 2007). Helsepersonell sin kompetanse skal blant annet forbedres i forhold til kunnskapshåndtering, og dermed bidra til at oppsummert kunnskap blir tatt i bruk og at kunnskapsbasert praksis i større grad blir gjennomført (Sosial- og helsedepartementet, 2007). Videre skal refleksjon og erfaringsutveksling over praksis vektlegges og organiseres (Sosial- og helsedepartementet, 2007). Forskning viser imidlertid en manglende oppfølging av handlingsplanen blant operasjonssykepleiere i de få studiene som er utført med fokus på hvordan operasjonsavdelingene tilrettelegger for læring og bruk av forskningsbasert kunnskap (Rasmussen, 2009).

3.8.3 Tiltak for å beskytte informantene i prosjektet.

For å sette i gang medisinske forskningsprosjekter, må prosjektene, ifølge Malterud (2011), godkjennes av regionale etiske komiteer. Siden mitt prosjekt inkluderer operasjonssykepleiere og ikke pasienter, og omhandler såkalt «ikke-generaliserbar» kunnskap, var det kun nødvendig å søke om tillatelse gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og ikke regional

etisk komite (REK 2012). For å beskytte informantene i prosjektet er det tre tiltak jeg har valgt å fokusere på; Informert samtykke, fortrolighet og oppbevaring av data. Søknad til NSD, for godkjenning av start til studien, ligger som vedlegg 3.

3.8.4 Informert samtykke.

Regelen om informert samtykke begrunnes i Helsinki-deklarasjonen (1964), hvor det er utarbeidet en standard for hvordan medisinsk forskning bør utføres på en etisk forsvarlig måte (Ruyter, et al., 2007). Det innebærer at forskningen må utføres av vitenskapelig kvalifiserte personer som må følge vitenskapelige og generelle prinsipper som utarbeides i en protokoll (Ruyter, et al., 2007). Det er en forutsetning at det er gjort nøye vurderinger og belastninger som kan forutsees, og også fordeler skal vurderes (Ruyter, et al., 2007). I henhold til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste er det tre faktorer som er gjeldende for at et samtykke skal være gyldig i forhold til informasjonskravene i personopplysningsloven: frivillighet, uttrykkelighet og informerthet (NSD, 2012). Uttrykkelighet innebærer at informantene klart og tydelig sier ja til deltakelse for å bli inkludert. Dette innebærer at vilkårene for informasjon som er gitt, er tilstrekkelige i forhold til informasjonskravene i personvernopplysningsloven (NSD, 2012). Dette innebærer at personen som blir forespurt om å delta i prosjektet, må forstå hva samtykke omhandler og hvilke konsekvenser samtykke medfører i gjeldende prosjekt. På bakgrunn av dette utarbeidet jeg et informasjonsbrev, som inneholdt informasjon om prosjektets design og formål, hvem som skulle få adgang til materialet, hvilke tekniske hjelpemidler som skulle anvendes, hvordan informasjonen skulle oppbevares og om når dataene skulle slettes, det vil si hvor lenge de skulle oppbevares. Informantene fikk videre informasjon om at de hadde rett til å trekke seg når de måtte ønske det (NSD, 2012). Da denne studien har en abduktiv tilnærming, visste jeg ikke som forsker hvordan fokusgruppene ville forløpe, og jeg måtte derfor være oppmerksom på å holde temaene i fokus i diskusjonene for å få svar på problemstillingen min, og for å holde tiden som jeg hadde til rådighet. På grunnlag av dette, og for å sikre at all informasjon var forstått, valgte jeg å informere på nytt, før fokusgruppeintervjuene startet, om studien; at det var frivillig å delta og at de når som helst kunne trekke seg. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er vedlagt som vedlegg 4.

3.8.5 Fortrolighet og oppbevaring av data.

Ruyter et al., (2007) hevder at det nesten alltid er en fare for at en gjenkjenner informanter i kvalitativ forskning. Det er derfor viktig med nøye planlegging, slik at en kan redusere faren for gjenkjennelse så mye som mulig. All personidentifiserbare data har blitt håndtert etter gjeldende lover og forskrifter (Lov om behandling av personopplysninger, 2011), hvor det stilles krav om konfidensialitet og om lagring av personopplysninger. Alle personidentifiserbare opplysninger ble umiddelbart fjernet fra alt tekstmaterialet, ved at informantene ble beskrevet ved bruk av tall ved transkribering, og alfabetiske bokstaver i analysedelen. I transkriberingen ble dialekt umiddelbart erstattet med bokmål. Personopplysningene er blitt oppbevart forsvarlig i en tidsbegrenset periode, og slettes i slutten av mai 2013 (Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag, 2009).

Lydbåndopptak og lydfiler regnes også som personidentifiserbare data, og det ble derfor nødvendig med forsvarlig lagring av disse i hele prosjektperioden (NSD, 2012). For å sikre forsvarlig oppbevaring av dataene, ble alle lydbåndopptakene overført direkte til pc med passord og deretter slettet rett etter hvert fokusgruppeintervju. Lydfilene ble kryptert og lagret med AxCrypt (Word program) med en egen krypteringsnøkkel, slik at kun jeg kunne lese dataene.

Dataene, i form av lydfiler på pc og transkribert tekst, planlegges å slettes/makuleres i slutten av mai 2013.

3.8.6 Publisering av resultater.

Som forsker er jeg forpliktet til å utføre en selvstendig tolkning og sammenfatting av dataene i prosjektet, men samtidig skal informantenes perspektiver og forståelse (Den nasjonale forskningsetiske komite, 2010) av fenomenet fagutvikling ivaretas. Forskeren har medansvar for hvordan resultatene tolkes, og er derfor ansvarlig for å redegjøre for veien frem til resultatene gjennom å vise evne til refleksivitet, etterrettelighet og forståelighet gjennom hele prosessen med prosjektet (NESH, 2006). Derfor ble det viktig å presentere funnene mest mulig slik som informantene uttrykte dem, og skille klart mellom informantenes perspektiver og mine

perspektiver som forsker i presentasjonen (Den nasjonale forskningsetiske komite, 2010). Jeg kan likevel risikere at informantene vil oppleve at de er uenige i min tolkning av fokusgruppeintervjumaterialet, og at de dermed vil oppleve tillitsbrudd.

Hummelvold et al., (2010), beskriver at et ved å ha et bestemt tema som fokusområde, som i min studie er fagutvikling, kan en bringe frem muligheter til å kartlegge og drøfte utfordringer blant informantene, og dermed direkte påvirke dannelsen av ny kunnskap. Fokusgruppeintervju, med et fast tema gitt på forhånd, vil kunne føre til at informantene føler seg trygge og ivaretatt, fordi de er forberedt på hva de skal diskutere. Dette kan igjen gi rom for frihet og engasjement som gjør at ny kunnskap genereres, og at en dermed utvikler det faget eller det temaet man utforsker (Hummelvold et al., 2010). Fokusgruppeintervjuene satte i gang diskusjon og refleksjon blant informantene, noe som medførte meningsutveksling og synspunkter som igjen reflekterte at fagutvikling er et tema som berører alle. I følge De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009), er det i utgangspunktet en forpliktelse å publisere egne forskningsresultater, noe som kan være aktuelt på sikt, fordi ny forskning bør brukes i praksis og komme informantene og deres faggruppe til nytte (Hummelvold et al., 2010). Selv om denne studien ikke publiseres gjennom en fagfelleurdert artikkel, så er det mange andre muligheter man kan videreføre resultatene tilbake til informantene og andre på. Dette kan skje gjennom fremlegg og diskusjon på de enkelte involverte avdelinger, eller presentasjoner i større forum, slik som relevante fagforum eller konferanser. Selve monografien vil publiseres gjennom høyskolens publiseringskanaler (DUO) og slik sett kunne være tilgjengelig for mange, særlig ved at jeg ivaretar dette aspektet ved å informere interessert lesere om hvor man kan få tilgang til monografien.

3.9 Transkribering.

Etter å ha innhentet datamaterialet fra feltarbeid, ble alle rådata satt i system hvor de ble gjort mottakelig for analyse (Malterud, 2011). Dataene ble analysert ved at materialet fra fokusgruppeintervjuene ble overført til tekst i form av verbatim transkribering. Kommunikasjonen fra muntlig til skriftlig form er en kunstig konstruksjon, og mening kan forvrenses underveis eller bli tapt (Malterud, 2011). Teksten i utskriftsmaterialet må ikke

forveksles med «virkeligheten», den kan kun gi et avgrenset bilde av det som studeres (Malterud, 2011).

I transkriberingsprosessen ble dialekt skrevet om til bokmål, og deltakernes navn ble byttet ut med nummer. Transkriberingen ble utført av meg, fordi jeg ville sikre at det opprinnelige materialet ble gjengitt slik det ble oppfattet og formidlet i fokusgruppeintervjuene (Malterud, 2011). Ved å gjøre transkriberingen med en gang etter hvert intervju, kjente jeg igjen hver enkelt stemme og husket samhandlingen og konteksten, informasjon som ikke kan formidles gjennom å høre på lydbånd. Jeg erfarte at den tidlige transkriberingen førte til at jeg allerede etter første intervju begynte å tolke og filtrere materialet. Jeg var bevisst på dette, slik at jeg ikke dro for raske slutninger og slik sett for tidlig forfulgte visse tematiske retninger. Jeg ønsket først og fremst å transkribere umiddelbart etter intervjuet for å sikre best mulig kvalitet på dette arbeidet, men også for å skaffe meg et helhetsinntrykk og en foreløpig oversikt over det som var kommet frem av informasjon så langt. På den måten kunne jeg bringe med meg temaer identifisert i en foreløpig analyse inn i neste intervju, og samtidig være åpen og utforskende i forhold til nye temaer som kunne komme frem i neste fokusgruppeintervju (Malterud, 2011). Min problemstilling handler ikke om interaksjonen mellom informantene, og fokuset for transkriberingen og analysen er derfor først og fremst knyttet til innholdet som ble generert i de ulike gruppene. I transkriberingsprosessen valgte jeg å notere latter og pauser, hvor jeg skrev med ord «alle ler» eller når det var stille mere enn noen få sekunder «pause». Jeg noterte også når noen brukte bruk et bestemt toneleie, slik som «bekreftende stemme», «oppgitt stemme», «sint stemme» som for eksempel markeringer på at noe som ble sagt ble understreket eller førte med seg følelser. Lengden på pauser ble ikke notert, men ble det stille en stund ble det skrevet notater i forhold til våre tanker rundt hvorfor det ble stille, slik som at jeg tolket temaet som ferdig diskutert. For å gjenskape samtalen slik den ble hørt, ble teksten til en viss grad redigert. Et viktig poeng er å være bevisst på at alt ikke kan oppfattes, spesielt når noen snakker i munnen på hverandre, noe som jeg opplevde i spesielt to av mine fokusgruppeintervju (Malterud, 2011). Jeg transkriberte ut ifra et ideal om at alt informantene uttalte skulle nedskrives. Det kunne i enkelte serier være noe vanskelig å skille mellom hvem som snakket, siden dialogen gikk mellom mange samtidig. Bemerkninger kan derfor ha kommet under feil deltaker. Siden mitt fokus for analysen var selve innholdet og ikke samspillet, vurderte jeg det dithen at det ikke påvirket analysens troverdighet. Under transkriberingen ble lydopptakeren stilt inn på noen grader saktere avspilling, slik at det ble lettere for meg å fange opp alle ord. Jeg måtte likevel spille lydopptakene noe frem og tilbake for å sikre at alle nyanser kom med, og at jeg med på

best mulig måte representerte det informantene meddelte (Malterud, 2011). Når jeg gjennomgikk lydbåndopptakene, inneholdt teksten i liten grad «dødt materiale», det vil si materiale som ikke ga mening i forhold til mine tema. I følge Malterud (2011) kan store mengder med dødt materiale medføre en svekket troverdighet. Når transkriberingen var gjennomført, hørte jeg på intervjuene en siste gang for å sikre samsvar mellom tekst og diskusjonenes innhold, og med dette søkte jeg å styrke den vitenskapelige kvaliteten i denne fasen av analysen. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver transkriberingen som en del analysen, da man gjør en rekke fortolkninger og valg allerede i denne fasen av arbeidet. Jeg gjorde selv en rekke ad hoc vurderinger underveis i transkriberingen i forhold til hva informantene faktisk sa og la vekt på i diskusjonene. Da støy og andre forstyrrelser (som flere stemmer som snakker samtidig) noen ganger gjorde det vanskelig å høre hva informantene sa, ble det gjort slike vurderinger ut fra gjentatt lytting til opptak, vurdering av notater som var tatt, samt ved å se for meg og minnes selve situasjonen diskusjonen forløp i.

Ved at jeg ville ha en fokusert, men samtidig åpen tilnærming (abduktiv tilnærming) til materialet, forsøkte jeg hele tiden å være åpen for nye perspektiver underveis i analyseprosessen. Dette gjorde jeg blant annet ved å kikke på det jeg hadde skrevet om egen forforståelse med jevne mellomrom, for å vurdere i hvilken grad jeg var styrt av denne. Analysen skal bidra til en helhetlig forståelse av datamaterialets meningsinnhold (Malterud, 2011). For at dette kan gjennomføres kreves det at en hele tiden forsøker å holde et overblikk, og sette alternative tolkninger og gjengivelser opp mot hverandre (Malterud, 2011). Når jeg skulle forstå min tekst fra fokusgruppeintervjuene, søkte jeg å se delene av teksten i lys av helheten. Hermeneutikkens prinsipper bygges på at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Alle delene i teksten vil derfor utgjøre en helhet (Nåden og Braute, 1992).

3.10 Analytisk tilnærming.

3.10.1 Innledning.

I kvalitativ forskning er målet å utvikle ny kunnskap (Malterud, 2011). Malterud (2011) beskriver at analysen skal bidra til at materialet frembringer nye begreper, forståelser eller teori. Forskningsprosjektet skal presenteres slik at leseren blir klar over hvordan forskeren har kommet frem til resultatene (Malterud, 2011). Med andre ord skal dine erfaringer med prosjektet gjøres tilgjengelig for andre, og resultere i analyse av teksten i resultatdelen og i diskusjonen av funnene i prosjektet (Malterud, 2011). Jeg har derfor arbeidet med å gjøre den skriftlige fremstillingen av analysen tilgjengelig for andre, og beskriver med dette hovedlinjene jeg har arbeidet med i analyseprosessen.

Analysens mål var å bringe frem operasjonssykepleiernes egne opplevelser og erfaringer, og det var både gruppen og hver enkelt operasjonssykepleier som var i fokus. Tolkningsprosessen i denne studien besto av å identifisere fenomener som bidrar til hvordan fagutvikling forstås og hvordan fagutvikling skjer blant operasjonssykepleiere. Dette innebar å identifisere sammenhenger og motsigelser, og om arbeid eller manglende arbeid med fagutvikling i operasjonsavdelingene.

3.10.2 «Helhetsinntrykk - fra villnis til temaer».

I analysearbeidet med de transkriberte tekstene startet jeg med en ubevisst og databasert organisering av materialet, hvor jeg forsøkte å se på materialet i sin helhet. Fokuset var å prøve å finne aktuelle mønstre, sammenhenger, samt ord og uttrykk som ble repetert. Jeg noterte stikkord, skrev sammendrag, og gjorde refleksjoner knyttet til hva som umiddelbart vekket min interesse i materialet. Data av interesse som hadde fremstått som synlig for meg allerede under fokusgruppene og i transkriberingen, prøvde jeg å legge til side, samtidig som jeg hadde de i «bakhodet», i form av en bevissthet. I tillegg forsøkte jeg å unngå at min forforståelse og teoretiske bakgrunn påvirket mine valg, i forhold til for eksempel forfølgelse av visse tema, i

for stor grad. Jeg leste gjennom transkripsjonsmaterialet flere ganger, for å se om jeg endte opp med de samme data av interesse hver gang. Gjennomgangen av det samlede materialet, gav meg et nytt helhetsblikk over datamaterialet, noe som medførte at jeg lettere kunne følge en bestemt analysestrategi. Jeg bestemte meg for å følge Malteruds (2011) «systematiske tekstkondensering», en modifisert versjon av «Giorgis fenomenologiske analyse». Grunnen til at jeg valgte å bruke Malterud (2011), var at jeg erfarte at hennes analyseprosess var godt beskrevet og lett å forstå. Malterud (2011) henviser til «Giorgis fenomenologiske analyse» når hun presenterer analysens fire trinn; å skaffe seg et helhetsinntrykk, å identifisere meningsdannende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2011). Temaene som utpekte seg av interesse når materialet ble lest gjentatte ganger i sin helhet ble notert og tatt med til neste trinn i analyseprosessen (Malterud, 2011).

3.10.3 «Meningsbærende enheter - fra temaer til koder».

Etter å ha skaffet meg et «helhetsinntrykk» ved å lese teksten med et overordnet blikk, og hvor jeg identifiserte to foreløpige temaer, gikk jeg over til neste trinn. Det neste trinnet besto av en systematisk gjennomgang av det transkriberte materialet linje for linje, for å identifisere meningsbærende enheter (Malterud, 2011). Malterud (2011) kaller denne prosessen for «Meningsbærende enheter - fra temaer til koder». Med temaene fra første trinn som utgangspunkt, ble datamaterialet plassert i et Word dokument, med en matrise for hvert foreløpige tema. Deretter noterte jeg ulike navn (koder) i en egen kolonne i samme matrise. Jeg forsøkte å finne tekst med kunnskapsinnhold av interesse for temaene som var valgt fra første trinn, og problemstillingen var hele tiden i fokus. Materiale som ikke inneholdt kunnskap angående min problemstilling ble holdt utenfor matrisen, og det som jeg var i tvil om valgte jeg å legge til siden i en annen matrise for senere gjennomgåelse. Jeg valgte å bruke intervjuguidens hovedpunkter for å lage koder, det vil si merkelapper som skulle samle tekstbiter som hadde noe felles. Intervjuguidens første del inneholdt spørsmål om operasjonssykepleie og viktige ferdigheter, og ble derfor analysert sammen. Spørsmålene som omhandlet fagutvikling og hva som hemmet og fremmet muligheten for fagutvikling, ble analysert i to prosesser.

Koding kan sees på som en systematisk dekontekstualisering av tekststykker av fokusgruppedatamaterialet, ved at hver databit som meningsmessig henger sammen får en tematisk hovedoverskrift. En må hele tiden underveis vurdere hvorvidt kodene representerer fenomener med fellestrekk. I tillegg viste det seg at det jeg først trodde var de overordnede temaene, fikk en ny rolle og ble underordnet. Det samme skjedde med de som først var underordnet; flere av disse ble i løpet av analyseprosessen overordnet. Datamaterialets fortolkning avhenger av studiens problemstilling og av intervjuguiden. Min teoretiske referanseramme og faglige ståsted var i tillegg til hjelp i prosessen med å sortere temaer som skilte seg ut fra andre (Malterud, 2011). Den samme referanserammen hjalp meg også å formulere følgende overordnede temaer; «ferdigheter», som innebar uttalelser om hvilke ferdigheter som var viktige for operasjonssykepleiere; «fagutvikling», som innebar uttalelser om hva som legges i begrepet fagutvikling; «fremmer fagutvikling», som innebar uttalelser om faktorer som fremmer fagutvikling; og «hemmer fagutvikling», som inneholdt uttalelser om faktorer som hemmer fagutvikling.

3.10.4 «Kondensering - fra kode til mening».

Analyseprosessens tredje trinn innebærer ifølge Malterud (2011), å skille ut spesifikke trekk ved hver kode som ble identifisert i forrige trinn. Malterud (2011) kaller denne prosessen for «Kondensering - fra kode til mening». Jeg konsentrerte meg om en kodegruppe om gangen, og fokuserte på å finne undergrupper, eller i følge Malterud (2011) «subgrupper», som kan innebære forskjellige meningsaspekter og nyanser innenfor hver av kodegruppene.

Alle hovedgruppene ble dermed gjennomarbeidet for å finne «subgrupper» som kunne gi nyanser i materialet. Jeg arbeidet hele tiden i matrise dokumentet, slik at tekst lett kunne flyttes. I arbeidet med «subgrupper», fant jeg at samme tekstmaterialet passet under flere «subgrupper» og jeg måtte derfor velge hvor jeg skulle plasser teksten ved hjelp av transkripsjonene og intervjuguiden. For å kvalitetssikre arbeidet, ønsket jeg å få tilbakemeldinger fra andre i denne prosessen, og la derfor frem deler av kodegruppene og «subgruppene» jeg hadde identifisert frem til diskusjon i ett av masterseminarene. På den måten ble jeg utfordret med spørsmål og tilbakemeldinger knyttet til den inndelingen jeg hadde, og noen endringer ble gjort i etterkant av dette. I følge Malteruds (2011) «systematiske tekstkondensering» skal en deretter fremstille

hver «subgruppe» i form av «kondensater»; det vil si med kunstige sitater basert på informantenes uttalelser. Dette ble gjort med alle kodene og «subgruppene» på en systematisk måte, samtidig som jeg hele tiden hadde problemstillingen i fokus. Kodegruppene ble justert noe etter hvert som «subgruppene» ga meg ny kunnskap. På bakgrunn av et stort datamaterialet, anså jeg etter hvert at denne fremgangsmåten kom til å bli for detaljert og tidskrevende. For at jeg skulle klare å beholde informantenes uttalelser, gikk jeg på nytt tilbake til transkripsjonene og knyttet informantenes utsagn til de ulike «subgruppene» under hver kodegruppe. Dette gjorde jeg ved først å tilføye en kolonne til i matrise dokumentet, deretter kopierte jeg rike og uttrykksfulle sitater inn fra transkripsjonen og inn i de «subgruppene» jeg hadde. Deretter sorterte jeg materialet ved å lage en egen matrise for hver kodegruppe og «subgrupper». Matrisene ble printet ut og satt i perm til ny gjennomlesning.

3.10.5 «Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelser og begreper».

Målet med analysens fjerde trinn er ifølge Malterud (2011) å lage grunnlag for nye forståelser på bakgrunn av beskrivelser av materialets innhold, og deretter presentere dette oversiktlig og sammenhengende. For å oppnå en slik oversikt, beskriver Malterud (2011) at en må sammenfatte kunnskapen fra hver kodegruppe og subgruppe, det vil si at en igjen må sette sammen datamaterialet; med andre ord en «rekontekstualisering» (Malterud, 2011). Transkripsjonene ble på dette stadiet gjennomgått på nytt, dette for å sikre at funnene og sitatene stod i samsvar med den opprinnelige konteksten og sammenhengen dataene var hentet ut ifra. Jeg utformet deretter en «analytisk tekst» for hver av kodegruppene. Den «analytiske teksten» skulle formidle til leseren hva mitt materiale fortalte om utvalgte sider ved studiens problemstilling. Jeg skrev også en analytisk tekst knyttet til «subgruppene», som jeg ville benytte til å eksemplifisere informantenes sitater under den «analytiske teksten» for hver kodegruppe. Samtidig var det viktig for meg å få frem essensen av informantenes utsagn og fortellinger, idet den «analytiske teksten» består av en sammenfatning som er dannet på grunnlag av alle informantenes uttalelser. Som Malterud (2011) peker på, erfarte jeg det som viktig å sammenfatte innholdet på en måte som er lojal i forhold til informantenes stemmer, og med det formidler dataene slik de faktisk ble uttrykt. For å sikre troverdighet og gyldighet i studien, ble «analysetekstene» til «subgruppene» sammenlignet med den opprinnelige teksten.

En re-kontekstualisering av materialet, på slutten av en analyseprosess, vil styrke den interne gyldigheten og påliteligheten av studien (Malterud, 2011).

3.11 Selvrefleksivitet.

Vitenskapelig kunnskap skal bestå av systematisk- og kritisk refleksjon (Malterud, 2011). Dette fordi leseren skal kunne stole på at den nye kunnskapen er innhentet systematisk, og i overensstemmelse med de grunnleggende krav som kjennetegner vitenskap og forskning (Malterud, 2011). Det betyr at det stilles særegne krav til forskerens fremstilling av funn og resultater, og om forskerens bakgrunn og fortolkningsramme (Malterud, 2011). Det innebærer blant annet å redegjøre for min forforståelse, valg av teoretisk referanseramme og analytiske prinsipper for leseren. Refleksivitet innebærer, ifølge Malterud (2011), å ha en aktiv holdning i forhold til sitt forskningsprosjekt; en posisjon som forskeren både må oppsøke og vedlikeholde. Malterud (2011) poengterer videre at refleksivitet medfører at en vurderer og vedkjenner relevansen av eget ståsted i forskningsprosessen. I forståelsen av at egen forforståelse alltid vil medvirke til utarbeidelse av ny forforståelse, har jeg målbevisst arbeidet bevisst med å identifisere egen forforståelse og forventninger, som beskrevet innledningsvis i oppgaven. Jeg har samtidig forsøkt å holde avstand til feltet ved å stille meg selv spørsmålene «hva er det jeg ser etter når jeg leser dataene mine?» og «hva medvirker til at jeg ser det jeg ser?». Malterud (2011) hevder at det er først når en har stilt seg denne type spørsmål at man evner å se hvordan kunnskapsutviklingen har pågått. Videre, at det er ved å stille slike spørsmål at man kan ta reflekterte valg i forhold til hvilke veier man vil følge eller ikke følge ved konstrueringen av den kunnskap som til slutt utgjør studiens innhold. (Malterud, 2011).

4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

Funnene som presenteres under er et prioritert utvalg av funn i forhold til det jeg anser som mest relevant for å belyse problemstillingen; hvordan fagutvikling forstås og skjer blant operasjonssykepleierne. Utgangspunktet for fokusgruppediskusjonene var fagutvikling og hvordan operasjonssykepleiere mener dette skjer i operasjonsavdelingen. De ble først bedt om å beskrive hva de så på som viktige ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie, før de ble bedt om å fortelle hva de la i begrepet fagutvikling og hvordan de mener fagutvikling skjer i operasjonsavdelingen.

Den teoretiske referanseramme og innholdet i begrepet fagutvikling representerer min bakgrunnsforståelse gjennom analyseprosessen. Alle overskriftene er empirinære, idet de er vekket av ord og uttrykk hentet fra informantenes uttalelser. Sitater som er valgt ut for å fremheve resultatene, er sitater som er hentet fra enkelt-informanter og fra diskusjoner i gruppene; det vil si sitater som er en del av en diskusjon mellom flere. Sitatene vil både brukes for å underbygge min forståelse og tolkning av informantenes utsagn, samtidig som de også vil benyttes for å belyse temaenes meningsinnhold. Jeg vil at leseren skal følge mine resonnementer fra rådata til et samlet materiale, kommentarer og uttalelser fra informantene ved å benytte en gjensidig tilnærming, og dermed frembringe resultatene slik at leseren kan følge meg til den teoretiske forståelsen av resultatene i diskusjonen.

4.1 Viktige ferdigheter for å utøve operasjonssykepleie.

Under følger en beskrivelse av de ferdigheter som informantene mener er de viktigste i utøvelsen av faget.

4.1.1 Om praktiske ferdigheter og kunnskap.

De fleste av informantene beskriver operasjonssykepleie som et praktisk yrke, hvor det presiseres at en bør være praktisk som person, en må ha «håndlag». I en fokusgruppe vektlegger informanter betydningen av det å jevnlig trene på praktiske oppgaver, og at ved å trene får de praktiske ferdigheter «inn i hendene», og opparbeider seg et håndlag. En informant beskriver det slik:

(C) At vi har grunnleggende kunnskaper om anatomi og fysiologi, om leiring (legge pasienten riktig og sikkert til for inngrepet), kunnskaper om sterilitet og (bruk og håndtering av) instrumenter...

Å kunne håndtere instrumenter som sag, bor, skruer og sette dette sammen beskrives av informantene i to av fokusgruppene som en viktig praktisk ferdighet.

Informantene i alle fokusgruppene påpeker også betydningen av å være «teknisk», dette fordi det å være teknisk anlagt er viktig i en arbeidshverdag hvor det stadig kommer ny teknologi en må forholde seg til. Det å være «teknisk» er beskrevet som en del av det å være «praktisk», og med det kunne håndtere de mange arbeidsoppgavene som krever teknisk innsikt. Flere informanter i de forskjellige fokusgruppene påpeker at det å være praktisk også innebærer å ha kunnskap om selve inngrepet og derav klare å opprettholde en orden og struktur som er i samsvar med det som skal skje under operasjonen. En informant understreker forholdet mellom kunnskap og det å evne å tilrettelegge på en praktisk måte:

(F) hvis du har kunnskap om inngrepet og om hva som skjer så vet du når du skal bruke de forskjellige tingene, og har en orden i forhold til det.

Som i dette sitatet, kommer det klart frem i alle fokusgruppene at det ikke bare er praktisk trening og håndlag som er viktig. Det at man innehar teoretisk kunnskap i forhold til selve utøvelsen av en oppgave bidrar til at man evner å være «praktisk» og slik sett evner å utøve trygg og forsvarlig operasjonssykepleie. En annen informant referer til betydningen av å inneha både praktiske ferdigheter og teoretisk kunnskap i møte med den akutte operasjonspasienten:

(U) Det å gi sykepleie til den akutte pasienten...i akutt sykepleie skjer det ting både når du starter opp, underveis og på slutten, du må kunne (praktiske) ting, HLR (hjerte og lungeredning)...det å se når ting oppstår... og bruke sykepleie..

Det er en felles holdning blant informantene at en viktig ferdighet for operasjonssykepleiere er at en må være praktisk, men at praktiske ferdigheter bygger på grunnleggende teoretiske kunnskaper om ulike dimensjoner av operasjonssykepleie. Informantene uttrykker at kunnskap bak utøvelsen bidrar til trygghet og forsvarlighet i utøvelsen av sykepleien.

4.1.2 Å se.

Mange av informantene beskriver at det er viktig å hele tiden fokusere på helhetlig sykepleie; at det er viktig å evne å se mennesket i all den høyteknologien som finnes i en operasjonsavdeling. Mange av informantene understreket det å *se* pasienten, og funnene indikerer at dette handler om en dimensjon utover det å *se*. Informantene beskriver observasjoner hvor en ser etter om pasienten er nervøs og engstelig, om han har behov for informasjon eller en hånd å holde i, og med det vurdere hvilke tiltak som en skal iverksette på bakgrunn av pasientens behov der og da. Informantene fremhever også betydningen av at man evner å se for seg hele forløpet med planlegging, klargjøring, vurdering og utføring, og at man over tid og gjennom erfaring er i stand til å fortløpende identifisere og forholde seg til disse ulike elementene. Informantene som deltar i studien har forholdsvis lang erfaring (4-37 år), og funnene indikerer at jo lengre erfaring en har, jo lettere er det å *se*, og dermed handle (mer eller mindre) automatisk på bakgrunn av pasientens reaksjoner og mer eller mindre tydelige behov. I følge noen av informantene synes operasjonssykepleiere med kortere erfaring i større grad å «miste» fokuset av pasienten, og det å *se* pasienten erstattes med et fokus på å klargjøre teknisk utstyr. I flere av fokusgruppene, hvor dette ble diskutert, ble muligheten til å vurdere og planlegge et forløp og samtidig tenke på pasienten, presentert ulikt blant de med kort og de med lengre erfaring. En informant med relativt kort erfaring beskrev dette slik:

(N) Det å skal ha gjennomført et program og samtidig ha pasienten i fokus, og å tilpasse individuelt til hver pasient, du blir så opptatt av å springe etter teknisk utstyr at pasienten er ikke i fokus i hele tatt. Vi er så fokusert på alt annet, at pasienten er borte.

Denne informanten understreker hvordan det tekniske utstyret dominerer sykepleierens fokus, mens en annen informant med lang erfaring beskriver planleggingen av forløpet på en måte som integrerer evnen både til å se pasienten og «se» forløpet:

(V) Evne til å sense (pasienten), og at en kan vurdere selv og se forløpet, slik at en kan vite hva man skal hente...ja det er planlegging...

Funnene viser at det kan virke utfordrende å se pasienten, spesielt når en ikke har lang erfaring. Informantene med lang erfaring beskriver at de evner å se og vurdere pasienten på tross av alt det andre som skal klargjøres; de evner å opprettholde pasientfokus. Funnene i studien indikerer at ferdigheten å se er beskrivelser som kan knyttes til en form for taus kunnskap som opparbeides gjennom trening og erfaring. En blir, ifølge informantene, over tid i bedre stand til å skaffe seg oversikt, til å være beredt, og kunne handle.

4.1.3 Å kommunisere og samarbeide.

Informantene presiserer at en viktig ferdighet blant operasjonssykepleiere er knyttet til det å kunne kommunisere og samarbeide i det kirurgiske team. Mange av informantene beskriver operasjonssykepleierne som en som har det koordinerende ansvaret for det kirurgiske teamet, noe som innebærer å ha oversikt over øyeblikkelig hjelp, hvilke operasjonsstuer som det opereres på og eventuelt hvor det er ledig operasjonsstue. Mange av informantene poengterer betydningen av et godt teamsamarbeid, og at operasjonssykepleierens koordinerende rolle fordrer at hun evner å kommunisere og samarbeide med alle deltagerne i teamet. Det fremheves også som viktig at operasjonssykepleieren har oversikt over team medlemmenes erfaring og kompetanse, samt de arbeidsrutiner, vaner og utstyr som den enkelte kirurg bruker eller foretrekker. Funnene viser at informantene bruker hverandre og andre i teamet, til å innhente informasjon og utveksle erfaring og kunnskap. En av informantene uttrykker det slik:

(R) Jeg synes kommunikasjon er veldig viktig, at en skaffer seg opplysninger i forkant sånn at en ikke driver og finner ut av alt det underveis, men at en kjenner kirurgen og vet litt på forhånd, vite individualiteter på kirurg og operatører... så det ikke blir «å ja så du bruker «sånne»? Viktig at det ikke kommer som noe sjokk, men at en bare kommuniserer, hvis en ikke kommuniserer så blir det veldig tungvint..

God kommunikasjon beskrives av denne informanten som en nødvendighet for å planlegge det kirurgiske inngrepet godt, noe som ble trukket frem som en viktig ferdighet av svært mange informanter. Flere understreket også hvor viktig den fortløpende kommunikasjonen mellom de to tilstedeværende operasjonssykepleierne inne på operasjonsstua er, for at inngrepet skal forløpe uten hindringer:

(F) jeg synes at det her med at sykepleieren følger godt med i feltet og likeså at din makker, den koordineringen, at den også følger med hele tiden på hva du gjør altså, det at den koordinerende er våken på hva du trenger, det betyr veldig, veldig mye...for det er veldig viktig når man er to...det samarbeidet..

Mange av informantene fremhevet også betydningen av den non-verbale kommunikasjon i samarbeidet med kollegaene i operasjonsfeltet. Dette for at man skal kunne utveksle nødvendig informasjon og instruksjoner under inngrepene uten at det medfører unødig støy. Flere fremhevet også at kontinuerlig kommunikasjon mellom kollegaer før, under og etter et inngrep representerer en viktig kilde for overføring av erfaring og kunnskap. Gode samarbeids- og kommunikasjonsferdigheter fremheves derfor som en viktig ferdighet blant operasjonssykepleierne.

4.2 Om begrepet fagutvikling.

Etter å ha diskutert viktige ferdigheter en operasjonssykepleier bør inneha, oppfordret moderator gruppen til å diskutere hva som ligger i begrepet fagutvikling. Hva som egentlig ligger i begrepet fagutvikling viste seg å være vanskelig å svare på for mange av informantene. Samtlige måtte tenke før de kunne svare på dette spørsmålet. Alle informantene i de fire fokusgruppene refererte først og fremst til undervisning og kurs, samt arbeid med å lese prosedyrer. Betydningen av å holde seg *a jour* med det som skjer innen faget; å holde seg

oppdatert, ble understreket som viktig. Mange fremhevet også at fagutvikling omfatter både teori og de praktiske ferdighetene en opparbeider seg ved å jobbe med ulike pasienter og med erfarne kollegaer. Noen av informantene mente at fagutvikling var å utvikle faget videre, slik som beskrevet av denne informanten:

(U) ...jeg har fått en grunnutdanning fra skolen, og fagutvikling betyr at jeg utvikler faget med ny kunnskap, at du hele tiden får nye innspill slik at den grunnleggende kunnskapen blir større.

Denne informanten og mange av de andre beskriver fagutvikling som en endring eller bevegelse av faget. Informantene knytter også begrepet fagutvikling til *det å kunne fordype seg*, og *det å kunne innhente kunnskap*. Jeg spurte informantene om de kunne utdype hva de la i det flere beskrev som å *innhente kunnskap*, og fikk da mere eller mindre samme svar som når de beskrev hva de legger i fagutvikling. Jeg forsøkte derfor med et mer direkte spørsmål for å få svar på dette; «*hvor innhenter du kunnskap?*». Spørsmålet ble ikke stilt til en spesifikk informant, men ut i gruppen. I tre av fokusgruppene beskriver mange av informantene samme fremgangsmåte når de skal innhente kunnskap som det de legger i hva fagutvikling er: det vil si deltagelse på kurs og undervisning, lese og arbeide med prosedyrer. En annen fokusgruppe beskriver det samme, men nevner i tillegg bruk av data (pc) som et verktøy for å innhente kunnskap om prosedyrer og informasjon en trenger. To informanter i samme fokusgruppe nevner at de av og til leser artikler på Norsk helseinformatikk sine hjemmesider, for å skaffe seg informasjon om ulike sykdommer. I tre av fokusgruppene er det noen få som sier de leser «Sykepleien» forskning, men de peker på at det sjelden er artikler som omhandler operasjonssykepleie, noe de for øvrig savner. I en fokusgruppe poengteres det av de fleste at kunnskap i hovedsak innhentes gjennom å lese prosedyrer, og gjennom å snakke med kollegaer eller fagsykepleier.

4.3 Hva fremmer fagutvikling blant operasjonssykepleierne.

Jeg vil i det følgende gjøre rede for informantenes beskrivelser i forhold til hva som oppleves som fremmende faktorer for fagutvikling. Dette temaet ble introdusert midtveis i diskusjonen og informantene ble direkte oppfordret til å diskutere hvilke faktorer som potensielt kunne virke stimulerende for fagutvikling. På dette tidspunktet var fagutvikling som begrep allerede diskutert og det er derfor informantenes beskrivelser av fagutvikling som her legges til grunn.

4.3.1 Om kurs og undervisning.

Nesten alle informantene poengterer at kurs er en viktig kilde til å skaffe seg nye kunnskaper innen faget (forstått som fagutvikling). Kurs og undervisning omfatter ifølge informantene fagdager, temadager, «utsjekksdager» og ulike kongresser og seminarer. Noen av informantene understreker betydningen av «utsjekksdager» i forhold til det å lære noe nytt og for å sikre utøvelsen av faget. Utsjekksdager betyr, ifølge noen av informantene, at en bruker en arbeidsdag fire ganger i året til å sertifisere seg på medisinsk teknisk utstyr, på å motta undervisning om eller oppdatere seg på nye prosedyrer, eller få undervisning i for eksempel bruk av ulike dataprogram som anvendes i operasjonsavdelingen. Disse dagene er planlagt og lagt inn i turnusen, dette for å sikre at alle får opplæring og blir oppdatert på blant annet medisinsk teknisk utstyr før det blir tatt i bruk.

Nesten alle informantene som har slike utsjekksdager uttrykker at denne sertifiseringen er veldig viktig i forhold til å opprettholde og styrke kompetansen hos den enkelte. I tillegg påpekes det at slike sertifiseringsprosedyrer er lovpålagt. Ett annet område som mange informantene tilegner stor betydning, er undervisning fra ulike firmaer. Dette kan være firmaer som produserer ulike suturer (sy-trå), medisinsk teknisk utstyr, eller annet utstyr som kan være krevende å sette sammen, som for eksempel ryggfiksasjons-utstyr, eller nytt laprascopisk utstyr til kikkhullskirurgi. Mange av informantene beskriver denne type undervisning som fagutvikling fordi de lærer om utstyret, og i tillegg får de praktisk opplæring i forhold til bruk - i feltet. Noen av informantene diskuterer betydningen av denne type kurs og undervisning fra slike kommersielle firmaer:

(H) Vi har jevnlig tilbud om kurs fra de leverandørene, som regel er det mange som er med og skriver seg på, og de er flinke til å følge oss opp.

En annen informant i samme fokusgruppe uttrykker at hun er enig i dette:

(G) De er jo flinke til å komme å vise oss hvordan bruken er sånn praktisk også på stuen, og da er det lettere, og da lærer vi kjempe mye, for da viser de både oss og kirurgene hvordan det brukes, og hvorfor en kan velge det fremfor noe annet, og om hvordan det kobles. Det er veldig lærerikt, og så er det litt trygghet også i forhold til at du kan spørre. De hjelper deg liksom slik at du skal forstå det.

Funnene indikerer at denne type undervisning, med både teori og veiledning i praksis, er av stor verdi for fagutvikling blant operasjonssykepleierne.

Såkalte «selvutviklingsdager» ble også nevnt av noen av informantene som noe som var med på å heve kompetansen. Meningen med selvutviklingsdager er, ifølge informantene, å benytte en dag til å innhente kunnskap om ulike emner. Dette kan være instrumenter eller nye prosedyrer, eller at en bruker tiden til å lære seg ulike skruer og redskap som en benytter i kirurgiske inngrep og som en tenker at en ikke kan godt nok. I følge de informantene som har dette tilbudet, kan de ha to selvutviklingsdager i året. Andre informanter i en annen fokusgruppe refererer til en halv arbeidsdag fire ganger i året, og en tredje fokusgruppe refererer til noen timer tre-fire ganger i året. Uavhengig av hvordan dette organiseres, beskrives tilbudet som positivt, da informantene selv kan bestemme hva de vil fokusere på.

4.3.2 Om å lære av kollegaer.

Det var stor enighet i alle fokusgruppene om at det eksisterer en positiv kultur i operasjonsavdelingen i forhold til å benytte seg av kompetansen som finnes i det kirurgiske team. Utnyttelse av teammedlemmers kompetanse blir av informantene sett på som fagutvikling. I diskusjonen rundt hvordan fagutvikling skjer, beskriver noen av informantene, spesielt i to av fokusgruppene, at de får undervisning av kirurgene i ulike kirurgiske metoder under operasjoner, noe som beskrives som en god kilde til læring. Informantene i disse to fokusgruppene beskriver kirurgene som veldig villige til å lære bort og undervise i kirurgi, og har kirurgen god tid underveis i inngrepet er det ofte rom for å undervise underveis både i anatomi og sykdomsbildet knyttet til den aktuelle diagnosen. Noen av operasjonssykepleierne beskriver at kirurgene gjerne bruker ulike kirurgiske metoder, noe som oppleves som interessant og lærerikt. Videre i diskusjonen om hvordan fagutvikling skjer blant operasjonssykepleierne, beskriver noen informanter at operasjonssykepleiere jobber sammen to og to, gjerne en som er nyutdannet sammen med en erfaren. De bruker hverandre til å innhente erfaringer og kunnskaper når de støter på arbeidsoppgaver de kjenner seg utrygge på. Noen av informantene forteller at de ofte «må inn på» ett inngrep som de ikke kjenner så godt, eller som det er lenge siden de har vært med på, og da er det å innhente informasjon og erfaringer gjennom en kollega som en vet har kunnskaper om dette svært viktig. Mange av

informantene i spesielt tre av fokusgruppene fremhever at det å lære av kollegaer er en viktig del av fagutviklingen. Med bakgrunn i at operasjonssykepleiere har ulik erfaring og kunnskap ser det derfor ut til være en felles strategi at man innhenter den som har mest erfaring på området når det trengs, og forbereder seg til inngrepet i samarbeid med denne personen.

En informant i en av fokusgruppene uttrykte det slik:

(C) Ja vi lærer av hverandres erfaringer. Vi kan ha forskjellige erfaringer med forskjellige ting, og hvis du er usikker på noe så innhenter du den som var med på det sist, på akkurat det inngrepet der for eksempel...hvordan gjorde du egentlig akkurat dette?

En informant tilføyer:

(T) Vi kan prate med hverandre og så har vi en dialog og vi hjelper hverandre til å få utstyr til det vi trenger..

Funnene viser at operasjonssykepleierne hjelper hverandre med å løse oppgaver, de leser prosedyrer og diskuterer seg frem til en løsning, og noen ringer den aktuelle kirurgen i forkant for å innhente råd og kunnskap i forhold til inngrepet. Dette trekkes frem av alle informantene i alle fire fokusgruppene i diskusjonen om fagutvikling.

I en av fokusgruppene knyttes fagutvikling til opparbeidelse av en koordinerende rolle, hvor det er viktig at den uerfarne får trene seg i å være leder; å koordinere. Informantene mener at det gir en trygghet å øve på denne rollen når man har en med erfaring som veileder og støtter underveis. Informantene poengterer at den koordinerende rollen på vakter (kveld og natt) er krevende og den uerfarne operasjonssykepleier behøver tid og rom til å øve for å lære seg dette og for å utvikle kompetansen. Noen av informantene poengterer betydningen av å observere hverandre ved tilegning av ny kunnskap. De fremhever at ved å observere hvordan den erfarne utfører arbeidsoppgavene og benytter de praktiske ferdighetene, overføres kunnskap til den mer uerfarne. Hvis det er få erfarne sykepleiere på vakt er gode og oppdaterte prosedyrer og metoder et viktig redskap i forhold til å innhente kunnskap om et inngrep. Funnene viser at prosedyrer og metoder leses grundig på forhånd for å sikre at de er godt beredt, samtidig som de sammen diskuterer hva som må tilføyes av utstyr (eller annet) bygget på operasjonssykepleiernes erfaringer og kunnskaper. En informant beskriver dette slik:

(V) Jeg hentet en erfaren kollega og så gikk vi i prosedyreskuffen for å finne prosedyren som vi leste sammen. Deretter gikk jeg inn på stuen og forberedte meg i god tid før anestesi og pasient kom inn på stuen. Jeg forberedte meg på prosedyren og utstyret, og plukket frem i forkant, slik at en er ferdig med mest mulig til pasienten kommer. Etterpå hentet jeg inn eksperten til slutt for å få det siste lille...

Informantene forbereder seg faglig både ved å lese prosedyrer og bruke erfaring fra kollegaer. De presiserer at gode prosedyrer og metoder ligger til grunn i planleggingen, men at de i tillegg bruker hverandres erfaringer for at alle eventualiteter og detaljer blir inkludert i forberedelsene. Informantene fremhever derfor planleggingen av inngrepene som en betydningsfull del av det å lære av hverandre. I følge informantene består de fleste «vaktteam» av operasjonssykepleiere med ulik kompetanse. En operasjonssykepleier kan for eksempel jobbe med ortopedi, en annen med barn og den tredje med inngrep i forhold til hjerte, og de kan dra nytte av hverandres ulike erfaringsfelt. Ved hjelp av ulik kompetanse og gode prosedyrer peker flere informanter på at de kan utføre sikker operasjonssykepleie på vakter. Store operasjonsprogram og fokus på effektivitet gir ifølge alle informantene i alle de fire fokusgruppene knapphet på tid i forhold til hva man rekker å innhente av kunnskap. Det å bruke hverandres erfaring fremheves derfor som den viktigste benyttelsen av praksisfeltets kompetanse. I tillegg indikerer funnene at dette er den minst tidkrevende og mest naturlige måten å tilegne seg kompetanse på.

I en av fokusgruppene, hvor det diskuteres hvordan fagutvikling skjer, forteller noen av informantene at de tar kontakt med fagutviklingssykepleier i avdelingen når de har behov for kunnskap og står fast i forhold til hvordan et problem skal løses. Flere informanter, spesielt i en av fokusgruppene, nevner at de bruker fagutviklingssykepleier når det ikke er andre kollegaer med akkurat den tiltrenge kunnskapen tilstede. I fokusgruppene kommer det frem at det ikke er alle som har fagutviklingssykepleier knyttet til avdelingen. Mange av informantene poengterer at det er viktig med en fagutviklingssykepleier som tilrettelegger for fagutvikling i operasjonsavdelingen. Informantene mener at det er viktig fordi fagutviklingssykepleier jobber kontinuerlig med operasjonssykepleiefaget og organiserer og tilrettelegger for kurs og undervisning innen faget for operasjonssykepleierne.

4.3.2.1 Om å reflektere.

I en av fokusgruppene, hvor informantene diskuterte hvordan fagutvikling skjer, ble d det diskutert hvordan de systematisk lærer av hverandres erfaringer ved å sammen reflektere over ulike situasjoner. En informant beskrev dette slik:

(N) Vi lærer av hverandre ved å ta opp ting med hverandre, det går på konkrete situasjoner som vi har vært på, og så er det noen andre som har vært i samme situasjon men som har opplevd det litt annerledes og kanskje kom fram til hva som var best...

Refleksjon synes å være en viktig strategi i videreutviklingen av kompetanse og kunnskap blant operasjonssykepleierne. I fokusgruppen som det refereres til over var denne type refleksjon satt i system. Hver morgen ble det satt av et kvarter til å ta opp problemer eller erfaringer som en ville dele med andre. En av informantene beskrev dette slik:

(J) Vi har et kvarter hver morgen hvor det er rom for å ta opp ting, sånn at hvis en har en erfaring en vil dele så gjør vi det på morgenen, og da lærer vi av hverandre. Det er rom for å ta opp det meste føler jeg, det er ikke noe som er dumt.

Kvarteret ble beskrevet som en viktig form for kunnskapsutnyttelse og videreutvikling av kompetanse. Informanter fra en annen fokusgruppe understreket betydningen av at kollegaer kontinuerlig diskuterer problemer sammen, og at kommunikasjonen er svært «tett».

Informantene fra denne fokusgruppen beskrev at de tok opp temaer til diskusjonen på morgenen hvis det passet, eller ved fredagsmøtet som var beskrevet som et forum hvor man har mulighet til å reflektere over faglige utfordringer. Informanter fra samme fokusgruppe, beskrev at de diskuterte flere ganger gjennom dagen, enten med kollegaen i operasjonsteamet, eller i andre kollega-grupper, alt etter behov. En av informantene trekker frem at hun ofte reflekterer over situasjoner sammen med kirurgene:

(F) Vi diskuterer også med legene, fordi mange gjør ting på forskjellige måter og det er jo interessant og en lærer mye, men det kan samtidig være forvirrende..

Ved at operasjonssykepleierne diskuterer og reflekterer over hvordan arbeidsoppgavene skal eller kan løses, kan de ifølge informantene gjøre en bedre jobb neste gang. Denne type refleksjon, mer eller mindre systematisk, benyttes av alle informantene for å løse ulike problemer i løpet av en arbeidsdag. En informant fremhevet også betydningen av å ha studenter,

som gjorde at en var opptatt av å kunne svare riktig på spørsmål, og som skapte refleksjon på bakgrunn av spørsmål som: *hvorfor gjør jeg sånn?*

Ved å være åpne og lære av hverandre kan ny kunnskap utvikles og kompetanse bygges. Det å reflektere, diskutere og dele erfaringer, ikke bare med andre operasjonssykepleiere, men også med kirurgene, oppleves som positivt blant alle informantene og ble vektlagt som fagutvikling.

4.3.3 Om strukturelle faktorer i avdelingen.

For at en skal kunne søke etter litteratur er man avhengig av tilgang på pc, og informantene i alle fokusgruppene forteller at pc er vanlig i alle operasjonsstuer, hvor mer eller mindre all dokumentasjon av operasjonssykepleie foregår. Funnene fra fokusgruppediskusjonene viser at selv om det stort sett er tilrettelagt for operasjonssykepleierne med tilgang til pc og muligheter for å kunne sette seg ned i operasjonsavdelingen å søke og lese fagartikler, er ikke dette det første sykepleierne tenker på når de skal oppdatere seg i forhold til kunnskap. Sted og tilgang på pc er derimot også tilgjengelig for andre profesjoner i avdelingen, og kirurgene benytter gjerne denne tilgangen til diktering og lignende. To informanter diskuterer dette:

(V) Vi har fire pc' er egentlig, vi kan sitte på pauserommet og gå inn å sjekke hvis vi ønsker noe, hvor vi spiser, og vi kan gå inn i kroken der hvor legene ofte sitter, eller vi kan gå inn på det lille rommet, eller vi kan gå inn på rommet ved siden av ...

En annen informant kommenterer dette videre:

(B) Men inne på pauserommet ser jeg ikke på som et sted for det, der sitter folk og leser, legene også. I mitt hode er det to steder hvor du kan sitte konsentrert og jobbe, og der sitter veldig ofte legene.

Informantene nevner at det finnes flere steder hvor det er muligheter for å sette seg ned å søke og lese fag og forskningslitteratur, men fremhever at det gjerne er andre profesjoner, som legene, som benytter pc' ene. En informant fra en av fokusgruppene fortalte at deres avdeling har tilrettelagt for dette ved at de har fått ett eget rom som kan benyttes til fagutvikling. Hun fortalte at dette rommet først og fremst benyttes til samtaler og spiserom, da det er behov for å

samles å kunne snakke sammen om alt fra private ting til å diskutere løsninger på problemer relatert til dagens hendelser. Hun sier det slik:

(K) Vi har fått ett fordypningsrom hvor vi skal kunne sitte på slutten av dagen å fordype oss og sånne ting, vi har fått det, men der diskuteres det alt fra togtider til matoppskrifter og det er vanskelig å sitte der å jobbe, men det går an på formiddagen å sitte der, når folk ikke har tid. Det er godt å ha en plass hvor vi får lov til å sette oss sammen, en har behov for det også.

Det antydes i alle fokusgruppe-diskusjonene at selv om det er tilgang på pc og rom i en eller annen form, har en i større grad behov for å se hverandre og benytte tiden til å snakke sammen mer generelt. Det er en felles enighet om at muligheten til å søke fag og forskningslitteratur er der. Det fremgår dog av diskusjonene at det er mer vanlig å «surfe» på nettet om ulike sykdommer og det man har mest interesse av, enn å aktivt søke etter fagfelleverdert forskning. Informantene i en av fokusgruppene hevdet i diskusjonen rundt dette at fagutvikling først og fremst handler om å utvikle prosedyrer og metoder som en kan bruke i det daglige.

Det kommer frem at det er tilrettelagt for arbeid med prosedyrer i alle informantenes avdelinger. Informantene i de ulike fokusgruppene beskriver, at enten er det operasjonssykepleierne som oppdaterer prosedyrene når de har utsjekksdager eller fagdager, eller så er det fagutviklingssykepleier som gjør dette arbeidet. Alle informantene forteller at avdelingene har organisert prosedyrene slik at de raskt kan finnes frem og er lett å bruke, enten i form av permer tilknyttet hver operasjonsstuestue, eller i elektronisk form. Alle informantene forteller at de aktivt bruker prosedyrer i arbeidet som operasjonssykepleiere, og påpeker at prosedyrearbeid er en viktig og nødvendig del av fagutvikling.

4.3.3.1 Seksjonering, rullering og superbrukere.

Videre i fokusgruppe-diskusjonen om hva som fremmer fagutvikling, indikerer funnene at de informantene som er «seksjonerte», opplever at de i større grad har muligheten til å mestre et felt og være «ekspert». «Seksjonering» beskrives av informantene som en spesialisering operasjonssykepleieren gjør innen en avgrenset del i kirurgien, som for eksempel mage/tarm, urologi, barnekirurgi og endokrinologi. En slik spesialisering beskrives av informantene, i spesielt to av fokusgruppene, som noe som gir faglig styrke. Dette fordi en opparbeider seg ekspertise innen ett område ved å arbeide fast på dagtid ved den aktuelle seksjonen. Noen informanter beskriver derfor seksjonering som et positivt tiltak i forhold til fagutvikling, fordi

det gir muligheter til å hente inn en ekspert til rådføring når behovet er der. Noen av de andre informantene fremhever det positive ved det «rullere». I følge informantene er det å «rullere» å være ved en bestemt seksjon (mage/tarm, urologi, barn) fra tre til seks måneder sammenhengende, før en bytter til en annen seksjon. Ved rullering fremhever informantene at en kan opparbeide gode kunnskaper innen hvert fagfelt, og på den måten oppnår alle det samme kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget. I diskusjonen om hva som fremmer fagutvikling, beskriver en informant hvordan rullering er med på å øke kompetansen innenfor ulike områder:

(V) At vi kan rullere, slik at vi blir like sterke i alle operasjoner, slik at alle kan gå inn å gjøre hva som helst. Blir en værende i for eksempel gastro (gastrologisk seksjon) eller gyn (gynekologisk seksjon) får en ikke nok erfaring med de forskjellige inngrepene.

Informantene fremhever at rullering gjør en erfaren og trygg i de ulike inngrepene, men de peker også på negative sider ved å rullere, som det at en vanskeligere får lært så mye at en blir det som kan kalles en «ekspert». Informantene besto av både seksjonerte og ikke seksjonerte operasjonssykepleiere, og noen av informantene var såkalt «superbrukere» innen et lite felt. Det vil si at en er spesialisert innen ett lite område, som for eksempel å ha ansvar for opplæring av laparoskopisk utstyr (utstyr til kikkhullskirurgi) eller elektronisk pasientjournal. Å ha en «superbruker» ble beskrevet av informantene i to av fokusgruppene som positivt, dette fordi kollegaer får undervisning og opplæring på de spesifikke områdene av superbrukeren. I diskusjonen relatert til hva som fremmer fagutvikling, ble det uttrykt ulike meninger i forhold til verdien av seksjonering og rullering, men det var stor enighet om at alle lærer og drar nytte av hverandres erfaringer og de beskriver en «god kultur» for denne type læring. Funnene viser at det avhenger av hvilken struktur og størrelse det er på avdelingen i forhold til om de organiseres ut i fra seksjonering eller rullering og om de har superbrukere. Noen avdelinger benytter seg av alle disse mulighetene. Uavhengig av seksjonering eller ikke, fremheves det spesielt i tre av fokusgruppene (som jobber på store sykehus) at alle må delta i de ulike inngrepene på vakt (kveld/natt). Det innebærer, ifølge disse informantene, at alle må kunne mestre ulike situasjoner og komplikasjoner, samt de ulike inngrep som blir aktuelle i løpet av en vakt i avdelingen. Erfaring med å jobbe på kveld og natt, hvor det er få kollegaer på jobb en kan henvende seg til når det oppstår problemer, gir ifølge disse informantene operasjonssykepleiere en bred og generell erfaringskompetanse i forhold til å mestre alle typer inngrep. Flere peker på at seksjonering nødvendigvis ikke medfører samme type erfaringskompetanse fordi «ekspertens» fagfelt kan bli for snever.

4.3.3.2 Interesse som en fremmede faktor.

Noen av funnene fra noen av fokusgruppene viser at informantene ønsker spesifikke rammer og konkrete utfordringer å utvikle seg innenfor. Ved å bygge på faginteressen til hver enkelt, kan en ifølge flere informanter bidra til å utvikle spesialfelt innen profesjonen. I diskusjonen om hva som fremmer fagutvikling, påpekes det spesielt av informantene i to av fokusgruppene, at den enkeltes interesseområder kan benyttes som en ressurs i avdelingen, hvor en har ansvar for å undervise og lære bort til kollegaer – innenfor sitt felt. En informant understreker betydningen av at fagutvikling kan være fremmede for avdelingen, ved at man legger til rette for at man kan utvikle slike interesseområder:

(V) Så hvis en er interessert så kanskje en kan få muligheten til å forbedre seg på det området du er interessert i, at man gis muligheten til det. Det kan være at du får det som du trenger, til å sette av tid til enn hva det måtte være.

Informanten tilkjenner at egeninteresse er av stor betydning, og ved at en får tilrettelagt for å heve kompetansen i avdelingen, gjennom å få satt av tid til fagutvikling, vil det være en ressurs som alle kan dra nytte av. Noen av informantene, i spesielt en fokusgruppe, peker på egne områder som de har fått muligheten til å utvikle seg i. En informant forteller at hun har sitt eget fagområde som hun får lov å bruke tid på å spesialisere seg i forhold til, mot at hun viderefører kunnskapen til sine kollegaer. Mange av informantene, i spesielt to av fokusgruppene, beskriver interesser innen faget som de har behov for mer kunnskap om, og noen av informantene karakteriserer seg selv som heldige som får muligheten til å fordype seg i disse temaene. De fleste av informantene i alle fire fokusgruppene var enige i at man er avhengig av at ledere er opptatt av fag og fagutvikling, og at en slik interesse på ledernivå medfører økt interesse for fagutvikling også for operasjonssykepleierne. En informant poengterer betydningen av ledelsens rolle i en diskusjon rundt dette:

(H) Hvis du skal få en god kultur for det (fagutvikling)i avdelingen, så er det viktig at det kommer fra oven også, at det blir vektlagt, ja det er det viktigste, man må jo hele tiden være åpen for at ting kan bli bedre eller forandres. Det er viktig fra ledelsens hold, at det må tilrettelegges, det skal gjennomføres, det skal opprettholdes og det skal ikke kludres med at en skal lære å oppdatere seg, det er viktig. Hvis ledelsen ikke har noen god kultur på det, så blir det heller ikke god kultur i avdelingen.

Informantenes utsagn i alle fire fokusgruppene tilkjennegir at ledelses-kultur er et avgjørende moment for at fagutvikling og interesse skal kunne utvikles, og understreker behovet for at ledelsen legger til rette for dette.

Det fantes dog eksempler på informanter som var noe uenig i dette synet, og som fremhevet behovet for å selv ta initiativ for å drive fagutvikling. En av informantene fremhever det å være aktiv og bruke den tiden som til enhver tid er tilgjengelig til å oppdatere og utvikle deg selv:

(V)... det er mye som baserer seg på eget initiativ, man kan velge å være «laid back» på å få det til å gå rundt, eller man kan finne disse smutthullene som kan dukke opp der og da ... og ta seg til rette på. Her må du passe på deg selv, så hvis en ønsker noe, vil noe, så må en på en måte ta tak i det litt også...

Det er en felles oppfattelse av informantene at en selv er ansvarlig for å drive fagutvikling. Det er derimot få som ser mulighetene til den type arbeid, i form av søk, lesing og vurdering av fag – eller forskningsartikler i løpet av en arbeidsdag.

4.4 Hemmende faktorer for fagutvikling blant operasjonssykepleierne.

Jeg vil i det følgende gjøre rede for informantenes beskrivelser i forhold til hva som oppleves som hemmende faktorer for fagutvikling. Dette temaet ble introdusert mot slutten i diskusjonen og informantene ble oppfordret til å diskutere hvilke faktorer som potensielt kunne virke hemmende for fagutvikling.

4.4.1 Om ressurser og tid.

I diskusjonen om hva som hemmer fagutvikling, fremheves det av noen av informantene i spesielt to av fokusgruppene, at en selv må planlegge tid til fagutvikling, slik som for eksempel å lære seg å sette sammen forskjellig utstyr, eller «lete» etter metoder på hvordan problemet kan løses, i arbeidstiden. Informantene i denne fokusgruppen opplever det som utfordrende å få satt av tid til dette, fordi de beskriver at dette må skje på dager det er godt bemannet i

avdelingen. Dette oppleves av informantene i to av fokusgruppene som frustrerende fordi de på dager hvor de i utgangspunktet er godt bemannet likevel ofte må inn på operasjonsstuene på grunn av personalmangel av ulike årsaker. Selv om man planlegger tid til å drive fagutvikling blir derfor denne tiden som oftest ikke brukt som intendert. Flere av informantene fra de to fokusgruppene mente at løsningen på dette vil være å integrere tid til fagutvikling i hver av de enkelte ansattes turnus. Å ha en fast tidsramme til selvstudium, vil ifølge disse informantene kunne bidra til sikrere utøvelse av faget, fordi en vil ha mulighet til å sette seg godt inn i noe som en er usikker på. En informant understreker dette behovet i en diskusjon rundt dette i en av fokusgruppene:

(E) Hvis en hadde mer personale, slik at personalet kunne få tid til å sitte å jobbe med faget en gang i blant, og (...)legge det inn i turnus, slik at en får lov til å lese seg opp på saker og ting, så hadde det vært et stort ønske, for vår hverdag er så hektisk at det er lite rom for det.

En annen informant som deltar i samme fokusgruppediskusjon uttrykker noe av det samme:

(B) Det er ting jeg føler jeg skulle ha sett nærmere på, som jeg ikke føler meg sikker på, men det er ikke tid. Det er så mye skruer og skrin og alt mulig at en trenger virkelig tid for å kunne virkelig sette deg inn i det, og det har du ikke på dagen..

Funnene fra denne fokusgruppen indikerer at det må planlegges tid til den type fagutvikling i arbeidstiden, for at en skal være faglig beredt til å utføre arbeidsoppgavene. En annen informant i samme fokusgruppe er uenig i dette og peker på at man har muligheter til å drive ulike former for fagutvikling bare man passer på å benytte tiden:

(11) men vi har mulighet i løpet av en uke, det er alltid sann at kanskje en pasient kommer litt senere, så har du kanskje tid til akkurat å sette deg ned på en datamaskin ... det har vi mulighet til i løpet av en uke ... det vil jeg påstå at vi har.

En annen informant, som deltar i samme diskusjon, illustrerer at bruk av tid kan handle om prioritering:

(F) ja det har vi jo (tid) men det er ikke alltid at du prioriterer det kvarteret der, det gjør i alle fall ikke jeg...

Generelt uttrykker informantene frustrasjon over manglende tid i arbeidstiden til å sette seg inn i utstyr som skal brukes under operasjonene, og manglende kunnskaper skaper utrygghet. Det er en felles oppfattelse blant alle informantene at det kreves tid til å lære seg å bruke og klargjøre

nye instrumenter og nytt utstyr i forkant av et inngrep. Noen av informantene i en av fokusgruppene påpeker at en trenger et rolig og stille sted for denne type læring. Det refereres til mye uro og støy i operasjonsavdelingen, arbeidsoppgavene skal gjennomføres raskt, og pasienter kommer og forlater operasjonsavdelingen kontinuerlig.

I diskusjonen rundt det å søke, lese og vurdere fag- og forskningsartikler, beskriver informantene tid som et av hovedproblemene for å drive den type fagutvikling i operasjonsavdelingen. Det å bruke tid til å sette seg ned foran datamaskinen for å lete etter forskningslitteratur fremsto som en barriere for flere av informantene, og spesielt i tre av fokusgruppene. Hovedargumentet var knapphet på tid. De peker på at det er for få operasjonssykepleiere på jobb, og det legger en hindring for å søke og lese fag- og forskningsartikler i det daglige. Samtlige informanter snakker om stadig økende krav til effektivitet, noe som ofte fører til at man må jobbe overtid til langt utover ettermiddagen. Alle informantene i alle fire fokusgruppene påpeker at fagutvikling i form av å søke, lese og vurdere fag og forskningsartikler må vike for produksjon og effektivitet.

4.4.2 Om holdninger og ansvar for eget fag.

De fleste informantene fremhever at det av økonomiske årsaker ofte er slik at det bare er noen få personer som får dra på faglige seminarer og kurs fra avdelingen. I diskusjoner rundt dette i fokusgruppene var det noen som la frem et litt annet perspektiv på dette og pekte på at en må vise interesse og stå på selv for å få mulighet til å dra på kurs og seminarer. En informant sier det på denne måten i en diskusjon rundt dette temaet:

(K) Men jeg tror vi er nødt til å gjøre litt selv, at vi må stå på litt. Vi kan ikke forvente at noen kommer og sier det (at vi skal dra på kurs).

En av de andre informantene i samme fokusgruppe skyter inn:

(D) Hvis jeg har sett noen interessante kurs, så har jeg dratt på det, etter jobb eller... som ett eller annet om hypotermi ... fordi jeg synes sånne ting er interessant, ja sår og sårbehandling...

Flere av informantenes utsagn som knyttes til diskusjonen rundt ansvar for å utvikle eget fag og kompetanse, viser at grad av interesse er den faktoren som kan være avgjørende for i hvilken grad man deltar på kurs og hvorvidt man bruker fritiden på å oppdatere kunnskap. Mange av informantene erkjenner at en selv er ansvarlig for å skaffe seg kunnskap, og som del av samme diskusjon beskriver flere av informantene resignasjon i forhold til egeninteresse for å oppdatere seg og utvikle kompetansen. Hovedargumentet som går igjen mellom informantene og gruppene er mangel på tid og at de mangler støtte fra avdelingen i forhold til å ha fokus på utvikling av kompetanse. En informant med lang erfaring sier det slik:

(B) En må selvfølgelig være interessert, men en må også få en mulighet, eller så mister du gløden..

Mange av informantene angir at de ønsker en ramme å utvikle seg i, hvor egen interesse legger grunnlag for hvilket emne innen faget en vil heve kompetansen i.

Informantene beskriver at det stadig kommer noe nytt i avdelingen i form av medisinsk teknisk eller kirurgisk utstyr, eller nye metoder og prosedyrer. Det stilles derfor stadig nye krav til operasjonssykepleie og den enkelte utøver av faget. Alle informantene beskriver at de hele tiden må være åpne for å lære nye dimensjoner ved faget, og mange understreker at det er viktig å unngå en holdning som tilsier at de er «ferdig utlært». Flere understreker betydningen av at hver enkelt tar ansvar for å holde seg oppdatert gjennom å tilegne seg ny kunnskap, og at dette er en kontinuerlig prosess. En informant beskriver det slik:

(H) En må hele tiden være åpen for at ting kan bli bedre eller forandres, det går på hver enkelt sykepleiers ansvar egentlig, at man alltid i forhold til faget og yrket man skal utøve er åpen for å gå videre, ta i mot ny lærdom, lære av hverandre. Det er hele tiden en prosess som foregår, en har ikke lært en ting og så er en ferdig...

Denne informanten fremhever i likhet med mange av de andre informantene hver enkelt operasjonssykepleiers ansvar for eget fag og utvikling. Dette ansvaret diskuteres spesielt i to av gruppene hvor det fremkommer at mange operasjonssykepleiere er svært opptatt av dette med å ta ansvar for eget fag og derav kontinuerlig drive fagutvikling. En informant med lang erfaring beskriver det på denne måten:

(V) Det er vel litt det en ser i det store samfunnet om ansvar og ansvarsfraskrivelse, en må ta ansvaret for å bli god på den tingen ... med de oppgavene en blir satt til, i stedet for å la alt bare fare å gå...

Mange informanter peker på at de har et ansvar for å utøve trygg og forsvarlig sykepleie til pasientene. Funnene antyder dog at det skjer en form for ansvarsfraskrivelse blant operasjonssykepleierne, og at dette har sammenheng med det som oppleves som et svært «høyt tempo». Informantene beskriver at man opplever å få signaler om at «tiden» en har til forberedelser før en operasjon på et gitt tidspunkt er «brukt opp» når operasjonssykepleierne skal forberede pasienten for inngrepet. Det «høye tempoet» medfører derfor at viktige sykepleieoppgaver blir dårligere utført fordi en må komme raskt i gang med operasjonen. Flere av informantene kobler dette til generelle opplevelser i arbeidstiden hvor de føler de blir sett ned på som faggruppe, og hvor operasjonssykepleiernes ansvarsområde og oppgaver ikke blir oppfattet som viktige og nødvendige. En informant beskriver det slik:

(B) De (anestesisykepleierne) ser ikke, jeg føler de ser ikke helt. De jobber sammen med oss og ser hva vi gjør, men de er ut og inn, kan vi ta inn neste? Også... oi sann, men vi har ikke fått inn instrumentene ikke sant, vi må hente, de skjønner ikke helt situasjonen. De kjører pasienten på PO (postoperativ overvåking) så avleverer de. Den som har stått (assisterende operasjonssykepleier i feltet) den skal rydde opp, telle og ha kontroll på instrumentene, få de inn i vaskemaskinen og styre sånn, og kanskje har du tid til å ta deg litt vann og å gå på do, da er det å finne frem til neste operasjon, og da spør de «kan vi ta inn»? Da må vi si «vent litt da!»

Mange av informantene beskriver lignende situasjoner, og det synes som om manglende samarbeid, særlig med anestesisykepleiere, i kombinasjon med høyt tempo, er en av de faktorer som gjør at mange operasjonssykepleiere resignerer noe i forhold til å være helt oppdatert og presis i utøvelsen av arbeidsoppgavene. Det var en klar tendens i alle fokusgruppediskusjonene at informantene skyldte på eksterne faktorer i form av tidspress og andre kollegaer for at en selv ikke klarte å være oppdatert nok eller godt nok forberedt til et inngrep.

En erfaren informant beskriver utfordringer knyttet til egne sykepleieoppgaver:

(R) ...det går så fort, og fortene går det ikke an å jobbe, vi har jobbet oss opp til et voldsomt tempo, det går så fort at til slutt så kommer du på en kurve om at det kan ikke gå fortene, for da blir det feil rett og slett. Jeg mener at vi blir så effektive til slutt, at du tenker nesten ikke, du

har ikke med deg hodet, du bare gjør det på impulser, det går fortere og fortere og jeg tror ikke det er bra.

Alle informantene beskrev knapphet på tid som en avgjørende faktor i forhold til manglende mulighet til å kunne sette seg ned å søke og lese forskning i arbeidstiden. Det ble derfor flettet inn et tilleggsspørsmål i diskusjonen hvor informantene ble spurt om det kunne være aktuelt å gjøre dette på fritiden, siden tid var et problem på jobb. Samtlige informanter i fokusgruppene understreket at dette ikke var aktuelt; flere pekte på at «*fritiden er hellig*» og skal ikke benyttes til å lese fag- og forskningsartikler. En grunnleggende holdning, slik informantene fremstiller det, er at alt som har med jobb å gjøre skal legges bort i fritiden. Mange argumenterte med at operasjonssykepleiere har et svært krevende arbeid og at de dermed ikke har overskudd til å søke, lese og vurdere fag- og forskningsartikler på fritiden. Som understreket av denne informanten, mente de fleste derfor at fagutvikling i form av å søke og lese fag og forskningslitteratur skal skje i arbeidstiden:

(O). ...altså det er ikke satt av tid til at jeg kan sette meg ned på nettet å innhente kunnskap eller å søke, da må jeg gjøre det på fritiden...der er ikke jeg, det er jeg ikke!»

Faglig oppdatering og utvikling blir, slik som beskrevet av flere, ansett som en del av det å være operasjonssykepleier. Samtidig blir det av samtlige informanter understreket at fritiden er «*hellig*» og skal ikke benyttes til å lese fag- og fagartikler. En annen dimensjon ved dette er at informantene i hovedsak knytter fagutvikling til arrangering av kurs, seminarer, utsjekksdager, og fagdager, og fremhever med dette at fagutvikling først og fremst er et avdelingsansvar. Funnene indikerer at operasjonssykepleierne legger det største ansvaret for fagutvikling og kompetanseheving på avdelingsledelsen, og dermed (til dels) fraskriver seg eget ansvar for kontinuerlig oppdatering i forhold til ny kunnskap for å utøve best mulig operasjonssykepleie. Dette står i kontrast til hva mange av informantene forteller; at det er viktig å kjenne seg trygg i utøvelsen av operasjonssykepleien, og at det å kjenne seg trygg også har en sammenheng med i hvilken grad man trives i det daglige arbeidet. I følge de fleste informantene fordrer trygghet at man hele tiden har mulighet til holde seg oppdatert, utvikle egen kompetanse og faget som sådan.

Å søke og lese fag- og forskningsartikler beskrives ikke som en del av fagutviklingen, og med andre ord drøftes det i liten grad som en del av et individuelt ansvar.

4.4.2.1 Barrierer for forskningsbasert praksis.

Siden ingen av informantene uoppfordret snakket om fag og forskning, ble det derfor stilt et åpent spørsmål underveis i fokusgruppeintervjuene, om hvilke tanker de hadde om å søke og lese forskningsartikler. Svarene som ble gitt viser at det å søke forskningslitteratur ikke er et alternativ som ofte blir vurdert. Som en del av denne diskusjonen beskrev de fleste informantene at søkeprosessen er tidkrevende, noe som gjør det vanskelig når det allerede er knapphet på tid. En annen faktor som flere av informantene beskrev var at de ikke visste hvordan de skulle søke, og hvilke databaser de eventuelt skulle søk i. Noen av informantene i den ene fokusgruppen beskrev at de ikke hadde søkt etter fag- og forskningsartikler siden den gangen de var studenter. Noen av informantene nevnte også at de syntes det var vanskelig å vurdere hvilke artikler som var gode og som man med andre ord kunne referere til. En annen relatert faktor som noen av informantene beskrev, var at de foretrakk å lese norske fagartikler da engelsk ble oppfattet som vanskelig, spesielt blant informantene som var eldst. I den ene fokusgruppen var flere av informantene forholdsvis unge, mens noen var litt eldre, men alle hadde ganske lik erfaring. Som en del av diskusjonen rundt å søke og lese forskningsartikler, kom det frem en «søkestrategi» som av og til ble brukt av noen av de yngre informantene. En av de yngre sykepleierne beskriver sin metode:

(N) Hvis det er ting jeg lurer på, diagnoser for eksempel, er jeg raskt frem med telefonen, og jeg finner masse bare ved å «google» det på internett.

Hun beskriver telefonen (Iphone) som et hjelpemiddel for å koble seg til internett og dermed finne svar på ulike spørsmål. Flere informanter forteller at telefonen har en gjerne på seg og det går fort å ta den frem og koble seg på internett. En annen noe eldre informant er skeptisk til denne fremgangsmåten og kommenterer dette slik:

(S) Men alt det du finner på nettet, det trenger jo ikke å være kvalitet på det...

Denne informanten uttrykte at hun hadde reflektert over hvordan en vurderer forskningslitteratur som en finner på nettet, og at det kan være vanskelig å vurdere hva som er forskning, og hva som er god eller dårlig forskning.

Noen av informantene fremhevet også det tekniske aspektet som en barriere, slik som en av de litt eldre informantene:

(T) Du har ikke mye tid til å gå inn på dataen, jeg er for øvrig veldig dårlig på databruk...

Å bruke pc refereres til, av flere av de eldre informantene, som en barriere, ikke bare når de skal skaffe seg informasjon og kunnskap, men også generelt i det daglige arbeidet. Dette ble poengtert spesielt i to av fokusgruppene. I denne diskusjonen tilførte jeg spørsmål om noen har vurdert å benytte fag- og forskningsartikler med den hensikt å implementere nye tiltak i operasjonssykepleien. Kun en informant fra en fokusgruppe beskrev at hun hadde forsøkt en gang, men at hun ble motarbeidet av ledelsen gjennom verbale tilbakemeldinger som «sånn gjør vi det ikke her». De andre informantene i de tre andre fokusgruppene gav uttrykk for at de ikke visste at dette kunne være et alternativ for å utvikle praksis. Disse informantene hadde en oppfattelse av at det generelt finnes lite sykepleieforskning.

Informantene i studien hadde gjennomført sin operasjonssykepleieutdanning i ulike utdanningsinstitusjoner i landet, og også i andre land. Informantene som ble valgt til å delta i studien ble med hensikt rekruttert fra ulike steder og med ulik erfaring, men tanke på om det kunne være forskjeller i holdninger og praksis knyttet til fagutvikling. Med utgangspunkt i informantenes bakgrunn var 3 forskjellige fylker representert, og en rekke ulike utdanningsinstitusjoner. Utdanningsinstitusjonene var plassert i Nord-Norge, Midt-Norge, Østlandet, i Stockholm og i Canada. Materialet viser ingen klar tendens til forskjeller mellom informantene, i forhold til lesning av fag- og forskningslitteratur, eller implementering av kunnskap knyttet til bruk av forskningsbasert litteratur. Mange av informantene, tilknyttet ulike utdanningsinstitusjoner påpekte at lesing og/eller bruk av fag- og forskningslitteratur aldri hadde vært en aktuell måte å innhente ny kunnskap på, med unntak av (til en viss grad) den gangen de var studenter. Funnene indikerer derav at utdanningsinstitusjonene ikke skaper en kultur, hos denne faggruppen, som innebærer at man naturlig forholder seg til fag- og forskningsartikler. Det var heller ingen klar tendens til forskjeller mellom de med kortere erfaring (som var noe yngre) og de med lang erfaring (eldre informanter) med unntak av at de med kortere erfaring brukte internett i større grad enn de med lang erfaring, til å «google» seg frem til det som ble ansett som relevant kunnskap. Det kan derfor synes som om tradisjonen med å integrere den forskningsbaserte delen av det vi kaller «kunnskapsbasert praksis» er fraværende i mange ulike kontekster hvor denne yrkesgruppen arbeider og utdanner seg.

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg diskutere noen av funnene fra fokusgruppene opp imot teori og forskning. Studiens hensikt handler om å få innsikt i hvordan fagutvikling forstås og skjer blant operasjonssykepleierne i operasjonsavdelingen. Diskusjonen bygges opp rundt hovedfunn, med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmål, hvor målet er å se etter teoretiske mønstre og dybdestrukturer som kan gjøre de empiriske resultatene forståelige.

Dette kapitlet er inndelt i tre hovedoverskrifter: «Begrepet fagutvikling», «Hemmende faktorer for fagutvikling» og «Fremmende faktorer for fagutvikling». I den første delen drøftes funnene i lys av definisjoner av begrepet fagutvikling. I den andre og tredje delen sees det empiriske materialet opp imot relevant teori og annen empiri. Kapitlet avsluttes med tanker om videre forskning, og en redegjørelse om studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

5.1 Fagutvikling som begrep.

Funnene i min studie viser at fagutvikling er et begrep som er vanskelig å forklare.

Alle informantene i de fire fokusgruppene refererte først og fremst til undervisning og kurs, arbeid med å lese prosedyrer og læring av hverandre. Å holde seg oppdatert med det som skjer innen operasjonssykepleiefaget ble beskrevet som viktig. Mange av informantene i min studie påpekte at fagutvikling omfatter både teori og de praktiske ferdighetene en opparbeider seg ved å jobbe med ulike pasienter og med erfarne kollegaer. Noen av funnene viser at informantene mener fagutvikling er å kunne utvikle faget videre. Fagutvikling er ikke et begrep som finnes i Norsk ordbok, men det finnes noen definisjoner. Mine funn i forhold til operasjonssykepleiernes forståelse av begrepet samsvarer med definisjonen fra «Strategisk plan. Fagutvikling/kompetanseutvikling i Helse Nord-Trøndelag» (Helse Nord-Trøndelag HF, 2007), hvor det beskrives at fagutvikling er en pågående prosess som omfatter helsepersonells videreutvikling av kompetanse ved å tilegne seg ny kunnskap, slik at en til enhver tid forbedrer den kliniske virksomhet (Helse Nord-Trøndelag HF, 2007).

Funn fra min studie viser at operasjonssykepleierne ikke benytter begrepet kompetanse når de snakker om fagutvikling, men benytter formuleringer som *å oppdatere seg, fordype seg og innhente kunnskap, lære av hverandre, øve og trene på ferdigheter, få det inn i hendene, utøve handlinger med basis i grunnkunnskaper*. Funnene samsvarer med helseforetaket Helse Nord-Trøndelag sin definisjonen på kompetanse, hvor kompetansebegrepet sammenslutter kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Helse Nord-Trøndelag HF, 2007).

Funnene viser at informantene ofte forbinder fagutvikling med det *å fordype seg og innhente kunnskap*, og i min studie måtte jeg derfor etterspørre hvilken strategi de benyttet når de skulle *innhente kunnskap*. Fagutvikling i form av å søke og lese forskningslitteratur med det formål å implementere kunnskap i praksis ble ikke nevnt i noen av fokusgruppene. Det ble derfor stilt et åpent spørsmål om dette, og i hvilken grad denne type fagutvikling ble benyttet. Svarene som kom som følge av dette viser at det kan synes som det er en generell oppfatning blant informantene at fagutvikling først og fremst er aktiviteter som knyttes mot fellesaktiviteter, som det å lære av hverandre. Deretter kommer det å reflektere i grupper, tema/fagdager og utsjekksdager. Kurs nevnes også som en del av fagutvikling, men blir i liten grad benyttet. Dette begrunnes med dårlig økonomi i avdelingene, samt liten interesse for den type fagutvikling blant operasjonssykepleierne.

Leenderts (1997), en sosionom som har skrevet mye om profesjonalitet, mener faglighet knyttes til kvaliteter i yrkesrollen, hvor rammer for begrepet faglig består av verdier, kunnskaper og ferdigheter som er til felles for yrkesgruppen (Leenderts, 1997). Hun hevder at det er forskjell på faglig utvikling og fagutvikling. Fagutvikling som begrep, mener hun har et felles perspektiv, hvor institusjonens fellesfaglige holdninger styrkes og utvikles, mens faglig utvikling dreier seg om individets eget vedlikehold og utvikling av egen kompetanse og kunnskap (Leenderts, 1997). Norsk Sykepleierforbund, Landsgruppen av operasjonssykepleiere (NSFLOS), knytter begrepet fagutvikling til en felles prosess som foregår, som kjennetegner operasjonssykepleiere som yrkesgruppe, og som knyttes til yrkesidentitet (NSFLOS, 2008). Noen av informantene i min studie påpeker at fagutvikling bygges på grunnleggende kunnskap som utvikles videre. Bjørk og Solhaug (2008) hevder at man gjennom fagutvikling benytter den kunnskapen som allerede finnes i feltet, men at denne kunnskapen skal kunne settes sammen slik at den kan brukes i ulike situasjoner som oppstår (Bjørk og Solhaug, 2008). Dette samsvarer slik sett med en dynamisk forståelse av fagutvikling slik den er beskrevet av flere informanter.

Fagutvikling betegnes gjennomgående som noe som først og fremst finner sted gjennom at operasjonssykepleierne lærer av hverandre, at de reflekterer, leser og vurderer prosedyrer. Dette samsvarer med funn fra andre studier i Norden og fra USA (Larsen et al., 2002, Biermann, 2010, Rasmussen Stenberg, 2011, Thidemann, 2005, Tannery et al., 2007), som viser at sykepleiere orienterer seg, blir inspirert, og i stor grad lærer av hverandre i det daglige arbeidet. Videre viser funn fra disse studiene at de forholder seg i liten grad til læring gjennom å lese teorier, forskningslitteratur og ved delta på kurs. Sykepleiere stimuleres til læring først og fremst gjennom det daglige arbeidet med kollegaer (Larsen et al., 2002, Biermann, 2010, Rasmussen Stenberg, 2011, Thidemann, 2005). Et noe overraskende funn var at informantene, i spesielt to av fokusgruppene, påpekte at undervisning fra ulike firmaer, både i teori og praktisk undervisning i feltet, er av stor verdi, og blir sett på som en viktig form for fagutvikling. Dette viser at fagutvikling kan ta form eller skje gjennom kanaler som representerer noe utradisjonelle kilder. I dette eksempelet ble altså kommersielle firmaer ansett som viktige kunnskapskilder.

5.2 Hemmende faktorer for fagutvikling.

5.2.1 Individet versus organisasjonens ansvar for læring.

Denne studien indikerer at operasjonssykepleiere er positive til fagutvikling, men at mange viser manglende personlig engasjement. Fagutvikling hvor kunnskap vedlikeholdes foregår først og fremst gjennom læring av kollegaer. Deretter nevnes fagdager, utsjekksdager, temadager og internundervisning. Å søke og lese fag- og forskningslitteratur nevnes i hovedsak ikke. NSFLOS (2008), understreker at operasjonssykepleiere har et eget ansvar for å drive fagutvikling og forskning, at dette er en kontinuerlig prosess som skal sikre pasientene optimal operasjonssykepleie. Informantene påpeker at det stadig kommer nye metoder, prosedyrer og medisinskteknisk utstyr, og at det derfor stilles krav til den enkelte utøver av faget. I følge Hellandsvik, tidligere regiondirektør i Helse Midt-Norge (sitert i Haugdahl og Bjerkeset ,2009, s.1), blir metodene i behandling og pleie generelt stadig mer avanserte, og det er estimert at mer enn 70% av behandlingstilbudet i 2012 er antatt å være utviklet etter 2005. Dette stiller store

krav til operasjonssykepleierne, og viser betydningen av hvor viktig fagutvikling er i en profesjonell praksis. I følge Roger Säljö (2003), vil en profesjonell praksis bygge på en forutsetning om at læring skjer ved at en er deltagende i praksisen og ved å bruke et felles språk. Dette begrunner Säljö (2003) med at materielle og intellektuelle verktøy forankres i den sosiale praksis, hvor en ikke bare må se på hver enkelt persons tenkemåte, men den sosiale praksisen personen er en del av. Det er samspillet mellom personen og de andre i den sosiale praksisen som konstituerer den profesjonelle praksisen (Säljö, 2003). Dette samsvarer med beskrivelser fra Lave og Wenger (2003) sin læringsteori, om at læring først og fremst skjer ved at personen tilegner seg praksisens kommunikative spilleregler og begreper.

Alle informantene beskrev knapphet på tid som den faktoren som i størst grad hemmet muligheten for å drive fagutvikling (i form av å lære seg nytt utstyr, selvstudium, prosedyrearbeid, refleksjon med kollegaer, søke og lese fag- og forskningslitteratur, planlegging og forberedelser, innhente kunnskap og informasjon) i arbeidstiden. Jeg ønsket derfor å utforske hvorvidt det fantes noe engasjement eller kultur rundt det å lese fag- og forskningslitteratur, eller bedrive annen type fagutvikling, som å delta på kurs og seminarer, i det som da konstituerer fritiden. Samtlige av informantene i min studie, beskrev fritiden som en tid som ikke var aktuell og bruke til dette; en tid som var *hellig* som mange uttrykte det. Informantenes generelle holdninger er at alt som har med jobb å gjøre skal legges bort i fritiden. Mange argumenterte med at operasjonssykepleiere har et svært krevende arbeid og at de dermed ikke har overskudd til fagutvikling generelt, og spesielt det å søke, lese og vurdere fag- og forskningsartikler på fritiden. Informantene i min studie mente derfor at fagutvikling, både generelt og i form av å søke og lese fag- og forskningslitteratur, skal skje i arbeidstiden. Det kan synes som det mangler engasjement og vilje til å drive denne type fagutvikling på eget initiativ, selv om operasjonssykepleiere har fagutvikling og forskning innenfor sitt ansvarsområde. Dette samsvarer med en annen studie i Norge, hvor man fant at anestesisykepleierne manglet engasjement og egenvilje til å drive fagutvikling, og hvor utfordringene rundt dette ble knyttet til kulturen og organisasjonen (Rasmussen Stenberg, 2011). Funnene fra min studie indikerer at operasjonssykepleierne ikke tar nok ansvar og mangler engasjement for å drive fagutvikling på en slik måte at de hele tiden er oppdatert på relevant kunnskap. Det kan synes som det er en barriere for operasjonssykepleierne å benytte tid både i arbeidstiden og på fritiden, til å oppdatere og videreutvikle faget slik lover og retningslinjer tilsier, selv om noen av informantene påpeker at de av og til deltar på kurs når det er noe av interesse. Det var flere eksempler og beskrivelser som viste at det finnes *hull* i

arbeidstiden hvor det er mulig å sette seg ned å skaffe seg kunnskap, eller diskutere fag med kollegaer slik som for eksempel legene ofte gjør. Fagutvikling og forskning i klinisk praksis er en del av operasjonssykepleiernes ansvarsområde, på lik linje med andre oppgaver (NSFLOS, 2008). Med andre ord er det både avdelingens ansvar og hver enkelt operasjonssykepleiers ansvar å legge forholdene til rette slik at man kan drive fagutvikling.

Informantene i studien gir uttrykk for at de er faglige engasjerte og opptatt av å lære nye dimensjoner av faget. Mange av informantene understreker at en må ha en holdning som tilsier at de aldri er *ferdig utlært*. Samtidig som de påpeker dette, mener informantene at det er avdelingen sitt ansvar å tilrettelegge for fagutvikling. Betydningen av eget initiativ for å skaffe seg kunnskap, og å holde seg oppdatert for å utøve optimal operasjonssykepleie til pasientene, blir i hovedsak ikke nevnt. Dette settes i sammenheng med at det er mangel på tid, og fagutvikling må ifølge informantene vike på grunn av krav til produksjon og effektivitet. Et spørsmål som kan stilles er om argumentet knyttet til tidsaspektet innebærer en ansvarsfraskrivelse, og i hvilken grad en eventuell ansvarsfraskrivelse ligger hos den enkelte eller er et resultat av organisasjonenes ledelsesstruktur. Operasjonssykepleiere som gruppe har et administrativt ansvar, hvor de er deltagende i å planlegge og organisere driften i avdelingen (NSFLOS, 2008). I tillegg har operasjonssykepleiere et faglig lederansvar, og kan organisere og delegere oppgaver i forhold til ressursbruk (NSFLOS, 2008). Dermed kan det synes som operasjonssykepleierne selv, sett i lys av sitt administrative ansvar, i større grad må ta ansvar for mangelfull fagutvikling i avdelingen, og ikke kun relatere mangelfull fagutvikling til organisatoriske faktorer som krav til effektivitet. Funnene i min studie indikerer at operasjonssykepleierne har en generell holdning som tilsier at fagutvikling ikke er deres individuelle ansvar, selv om de erkjenner at hver og en er ansvarlig for å skaffe seg kunnskap. Noen av funnene i studien indikerer at dette har sammenheng med en type *resignasjon* i forhold til å bruke tid, eller forsøke å finne tid, til å utvikle kompetansen. I følge flere av informantene, bygger resignasjonen på manglende støtte fra avdelingen. Funnene indikerer videre at det eksisterer en uvitenhet om gjeldende lovverk. Det er gjennom fagutvikling og forskning operasjonssykepleiere kan møte de krav som stilles av loven (Spesialisthelsetjenesteloven, 99). Sykehuset som organisasjon har i tillegg et ansvar for fagutvikling bestående av opplæring, etterutdanning og videreutdanning for å sikre riktig og oppdatert kompetanse hos sykepleierne (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Selv om det blir avsatt tid til selvstudium og såkalt «utsjekksdager» forteller informantene at de likevel ofte må inn på operasjonsstuene å jobbe på slike dager, og dermed må fagutvikling vike for produksjon på grunn av personell mangel av ulike årsaker. I følge Naustdals (2010) kvalitative studie blant sykepleieledere, om kompetanseutvikling under press, har omstruktureringen av sykehusenes ledelsesstrukturer medført økt fokus på organisasjon, produksjon og effektivitet, og redusert fokuset på fagutvikling og kompetanseheving blant sykepleiere (Naustdal, 2010). En måte å løse dette på kan være å planlegge tid til fagutvikling i hver enkelt ansatt sin turnus, og dermed sikre at det er nok personell på jobb. Flere av informantene i min studie, peker på at det kan bidra til sikrere utøvelse av faget, fordi den tiden kan benyttes til å sette seg godt inn i noe en er usikker på. Tid er den faktoren som oftest blir trukket frem som hemmende i forhold til å drive fagutvikling i form av å søke og lese fag- og forskningslitteratur i operasjonsavdelingen. Dette samsvarer med andre studier, både i Norge og internasjonalt, både blant sykepleiere og operasjonssykepleiere (Parahoo og Mccaughan, 2001, Orranta et al., 2002, Fawsett og Lainof, 1996, Hommelstad og Ruland, 2004, Rasmussen, 2009). I tillegg til tid, viser disse studiene at ledelsen ikke alltid er villig til å implementere ny forskning i praksis, og sykepleierne fremstår ikke som autoritære og selvstendige nok til å endre prosedyrer. En annen viktig faktor som var fremtredende i disse studiene, var at legene ikke alltid var endringsvillige eller samarbeidsvillige når ny forskning skulle implementeres (Parahoo og Mccaughan, 2001, Orranta et al., 2002, Fawsett og Lainof, 1996, Hommelstad og Ruland, 2004, Rasmussen, 2009). I min studie var det ingen funn som tydet på dårlig samarbeid med legene i forhold til implementering av tiltak basert på forskning. Dette hadde antageligvis sammenheng med at informantene ikke hadde tenkt på at bruk av forskning var et alternativ til endring av praksis.

Studien viser at operasjonssykepleierne opplever utfordringer i forhold til at det stadig er nytt utstyr som skal læres og brukes. Også i denne forbindelse uttrykkes frustrasjon over knapphet på tid og få operasjonssykepleiere på jobb. Noe uventet viser funn fra to fokusgrupper at to avdelinger har løst tids- og ressursmangelen på hva som kan sies å være en rasjonell måte. Disse avdelingene benytter representanter fra medisinske firmaer som ressurspersoner til undervisning og opplæring av operasjonssykepleierne. Det ansees som viktig og nødvendig fagutvikling for disse informantene, først og fremst fordi det skaper trygghet i bruk av utstyret, men en avgjørende faktor i denne sammenheng er at denne type fagutvikling anses å øke pasientsikkerheten.

Operasjonssykepleiere er selv ansvarlige for å utvikle faget og tilegne seg kunnskap (NSFLOS, 2008), noe som beskrives som vanskelig innenfor de eksisterende strukturelle og økonomiske rammene (Naustdal, 2010). Det foreligger strenge økonomiske rammebetingelser, samtidig har det aldri før vært disponert så store ressurser som nå (Opheim, 2010, Naustdal, 2010). I følge Sosial- og Helsedepartementet (2007) er helseforetakene ansvarlig for å tilby sykepleietjenester basert på best tilgjengelig kunnskap og derav også drive forskning i klinisk praksis (Sosial- og Helse departementet, 2007). Det er flere sykehus i Norge som har valgt å fjerne sjefssykepleierstillinger, noe som medfører at det faglige ansvaret for sykepleietjenestene er borte (Naustdal, 2010). Dette kan, slik jeg ser det, medføre en utvanning av det sykepleiefaglige ansvaret for å sikre denne yrkesgruppens kompetanse og fagutvikling.

5.2.2.1 Ansvarets utfordringer.

Informantene i min studie mener at organisasjonen og ledelsen er ansvarlig for å skape en positiv kultur for fagutvikling, og at dette vil medføre en positiv kultur også blant operasjonssykepleierne. Det ble fremhevet at ledelsen skaper rammer som operasjonssykepleierne kan utvikle seg innenfor, og hvis man stimulerer faginteressen til hver enkelt kan en ifølge flere informanter bidra til å utvikle spesialfelt innen profesjonen. Et annet viktig moment som kommer frem, er at den enkeltes interesseområder/spesialkompetanse kan benyttes som en ressurs i avdelingen, hvor en har ansvar for å undervise og lære bort til kollegaer – innenfor sitt felt. Dette kan sees i sammenheng med det Wenger (1998) beskriver som en viktig faktor for produktivitet i et praksisfellesskap; at det ikke er personer med lik kompetanse som skaper produksjon, men personer med ulike og utfyllende kompetanser. Med dette mener Wenger (1998), at personene (deltakerne) forhandler, og derav former hvordan praksisen skal være gjennom ulike interesser, posisjoner og gjennom ulike kompetanser. Det er en felles oppfatning blant informantene at dette ikke lar seg gjøre uten støtte og tilrettelegging fra ledelsen i avdelingen. Å kommunisere til ledelsen hva en ønsker i forhold til fagutvikling er viktig, men mange vil nok hevde, på lik linje med mange av informantene, at det er lederne i de ulike avdelingene som er premissleverandører og med andre ord det viktigste leddet. Dette er blant annet understreket av helsefaglig rådgiver Ann Elise Opheim (2010) ved Oslo Universitetssykehus i en artikkel om fagutvikling og kompetanseheving.

Funn fra min studie viser at det råder en generell oppfatning om at en ofte har for lite kunnskaper i forkant av inngrep, noe som medfører faglig utrygghet. Kunnskap og erfaring knyttet opp mot konkrete problemer og situasjoner fra feltet kan aktivere behov for å utdype og skaffe seg kunnskaper før et liknende inngrep, en dynamikk som igjen kan bidra til å heve den profesjonelle kompetansen og sikre bedre utøvelse av operasjonssykepleie. Christiansen, Carlsen og Jensen (2009) gjorde en kvalitativ studie blant fem fagutviklingssykepleiere ansatt ved to ulike sykehus i Norge, hvor de i studien hevder at hvis man som fagutøver klarer å arbeide på en måte som tilsier at man søker og oppdater seg på kunnskap etter hvert som behovene for dette identifiseres, kan endring i praksis faktisk baseres på nye kunnskaper og ny innsikt. Opheim (2010) peker på at fagutvikling og kompetanseheving er nødvendig for å kunne sikre kunnskapsbasert og faglig forsvarlig økonomisk drift, dette fordi høy kvalitet på sykepleietjenestene bidrar til god økonomi (Opheim, 2010).

I studien fremheves det av samtlige informanter at det å søke og lese fag- og forskningslitteratur fremstår som tidkrevende, og det å bruke tid på denne type fagutvikling er vanskelig å gjøre på en vanlig arbeidsdag med et tett operasjonsprogram. I min studie, til forskjell fra andre studier, kommer det i tillegg frem at *utsjekk-* og *selvutviklingsdager* ofte blir bortprioritert på grunn av mangel på operasjonssykepleiere, og tidsmangel blir derfor en avgjørende faktor om denne type fagutvikling blir gjennomført eller ikke. Hommelstad og Ruland (2004) gjorde en kvantitativ undersøkelse blant 81 operasjonssykepleiere i Norge, hvor de spurte hvilke barrierer som lå til grunn for å bruke forskningsresultater i praksis. Hovedfunnene i studien var at forskningslitteraturen ikke var samlet på ett sted, og at operasjonssykepleierne hadde for liten tid til å søke og lese forskningslitteratur, samt implementere denne kunnskapen i praksis (Hommelstad og Ruland, 2004). Funnene fra denne studien samsvarer med en amerikansk kvantitativ studie, som også ble utført blant operasjonssykepleiere (Fawsett og Lainof, 1996). I tillegg viste funnene i denne amerikanske studien at operasjonssykepleiere kunne motiveres til å gjennomføre forskningsrelatert aktivitet hvis de oppnådde personlig tilfredshet eller hvis de trodde forskning ville bedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Funnene viste også at det var flere hindringer i veien for at operasjonssykepleierne kunne gjennomføre forskningsrelaterte aktiviteter, som blant annet knapphet på tid i arbeidstiden, manglende støtte fra lederne, og manglende respekt (Fawsett og Lainof, 1996). Funn fra andre studier viser også til knapphet på tid som en avgjørende faktor (Parahoo og Mccaughan, 2001, Orranta et al., 2002, Fawsett og Lainof, 1996, Hommelstad og Ruland, 2004, Rasmussen, 2009), men funnene er rettet mot sykepleieres manglende tid til å søke og lese fag- og forskningslitteratur, og tid til å reflektere

sammen. Fagutvikling i sin helhet (alle elementene i «kunnskapsbasert praksis») nevnes ikke i studiene. Disse studiene og min studie utført blant operasjonssykepleiere, indikerer at det verken foreligger nok interesse, heller ingen kultur i forhold til å lese og bruke forskningslitteratur.

5.2.3 «Mangel på akademisk kultur»?

Informantene i min studie hadde i svært liten grad reflektert over at sykepleieforskning kan brukes til å forbedre og endre praksis, og mange var uvitende om at det faktisk finnes relevant sykepleieforskning. Orranta et al., (2002) fant tilsvarende tendenser i sin kvantitative undersøkelse i Finland, hvor halvparten av de som deltok i spørreundersøkelsen ikke var klar over at det fantes sykepleieforskning. Rasmussen (2009), utførte en kvalitativ undersøkelse blant operasjonssykepleiere i Norge, og funnene i denne masterstudien indikerer at operasjonssykepleierne i stor grad er uvitende om at det finns relevant sykepleieforskning tilgjengelig. Samtidig benytter operasjonssykepleiere prosedyrer (nøyaktig forklaring på hvordan det kirurgiske inngrepet utføres, med utstyr og materiell, liste over hvilket utstyr og materiell som trengs under inngrepet) når de skal innhente informasjon og kunnskaper i operasjonsavdelingen. Dette blir sett på som en viktig kunnskapskilde, og utarbeidelse av prosedyrer vektlegges som en viktig del av fagutvikling blant informantene. I følge ProLearn studien (Professional Learning in a Changing Society, 2008), en rapport om profesjonslæring i endring, er prosedyrer ofte utarbeidet på bakgrunn av vitenskapelig forskning, og kan brukes som eksempel for å åpne opp for fordypning i forskningsbasert litteratur. Funnene fra min studie viser at det er noe ulikt hvordan prosedyrer blir utarbeidet og videreutviklet, og i hvilken grad forskning ligger til grunn for slik utarbeiding/videreutvikling. Dette sier også noe om avdelingenes faglige ressurser og planlegging av denne type fagutvikling. Ved noen av avdelingene var det operasjonssykepleiere som fikk avsatt tid til å arbeide med prosedyrer, mens ved andre avdelinger var det fagutviklingssykepleier som arbeidet med prosedyrene. Mine funn viser at operasjonssykepleierne i denne studien ikke benyttet forskningsbasert kunnskap i prosedyrearbeid, siden de var ukjent med bruk av databaser, og det å søke og lese forskningslitteratur. Funnene i studien indikerer at erfaringsbasert kunnskap blir benyttet av

operasjonssykepleierne i prosedyrearbeidet, siden de sammen leser og diskuterer prosedyrene, og deler kunnskaper og erfaringer med hverandre og med kirurgene.

Prosedyrearbeid ofte ble lagt til utsjekksdager, men utsjekksdager ble også benyttet til sertifisering av medisinskteknisk utstyr, noe som er lov-pålagt. I følge Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromagnetisk utstyr (1999), står det beskrevet at en skal ha opplæring før bruk av utstyr og denne opplæringen skal være systematisk og dokumentert. Fagutviklingssykepleiere kan bidra til at det blir etterfulgt ved å tilrettelegge for dette på utsjekksdager eller andre fagforum. Noen av informantene hadde en fagutviklingssykepleier tilknyttet avdelingen, og denne fagutviklingssykepleieren ble først og fremst benyttet *for å innhente kunnskap og råd*, når andre kollegaer med nødvendig kompetanse ikke var på jobb. Funnene fra denne fokusgruppen viser at fagutviklingssykepleier reviderte og utarbeidet prosedyrene, og ble prioritert i forhold til å delta på ulike kurs. Christiansen, Carlsten og Jensen, (2009) fant i sin studie at fagutviklingssykepleiere kan være brobygger mellom forskning og klinisk praksis. Ved å forsøke å tilrettelegge for læring, kan en fagutviklingssykepleier stimulere sykepleierne til å fremme kunnskapsbasert praksis i det daglige arbeidet i det kliniske felt (Christiansen et al., 2009). Fagutviklingssykepleier kan med andre ord også være brobygger for fagutvikling i operasjonsavdelingene. Dette kan for eksempel gjøres ved at fagutviklingssykepleier kan tilrettelegge for å benytte fag- og forskningslitteratur i arbeidet med å utvikle og revidere prosedyrer (Christiansen et al., 2009). Funnene i min studie viser at *utsjekk- og selvutviklingsdager* gjerne blir brukt til sertifisering og prosedyrearbeid. Ved at fagutviklingssykepleier deltar i operasjonssykepleiernes arbeid med prosedyrer, kan hun/han tilrettelegge for at en lettere og raskere kan logge seg inn i aktuelle databaser, ved for eksempel å lage snarveier med færre klikk til databasene (Christiansen et al., 2009). Fagutviklingssykepleier kan benyttes som en ressurs-person som kan gi opplæring i å søke og vurdere fagfelleverdert forskning (Christiansen et al., 2009). Christiansen et al., (2009) påpeker i sin studie, at refleksjon over problemer og situasjoner fra praksis kan legge grunnlag for hva en søker kunnskaper om, og fagutviklingssykepleier kan i slike prosesser være bindeleddet mellom praksis og forskning. Andre forum som fagutviklingssykepleier kan benytte er tema- og fagdager hvor en kan stimulere interessen og styrke kompetansen ved å fokusere på kunnskapsområder som er aktuelle og som sykepleierne er opptatt av (Christiansen et al., 2009). Fagutviklingssykepleier kan være en viktig støttespiller og organisator i en hektisk hverdag. Ved å organisere grupper som kan jobbe sammen, kan en redusere de barrierer som sykepleiere har for å bruke forskningsbasert kunnskap (Christiansen et al., 2009). En viktig faktor for at det

skal la seg gjennomføre, er at sykepleiere må være villige til å lære og til å endre praksis med tro på at endringene er til beste for pasientene (Sandvik et al., 2011). På denne måten kan det kanskje gro frem en akademisk kultur som ikke fremstår så langt fra den kliniske praksis.

Min studie indikerer at operasjonssykepleierne synes å ikke ha kunnskaper nok om hvordan de skal finne, lese og kritisk vurdere fag- og forskningsartikler. Det kan virke som operasjonssykepleierne mangler opplæring i hvilke databaser som kan benyttes, hvordan en kan søke og lese fag- og forskningslitteratur, og derfor har de heller ikke erfaring eller kunnskap som tilsier at de kan gjennomføre tiltak basert på forskningslitteratur. I tillegg var det noen av de eldre informantene som gav uttrykk for at de opplevde det som vanskelig å bruke pc. Uten at sykepleiere har nødvendig opplæring og trening i de ulike aspektene ved denne formen for arbeid vil det være vanskelig å gjennomføre forskningsbasert praksis i klinikken. En annen barriere er at mye sykepleieforskning er på engelsk, noe som ble beskrevet som utfordrende for noen av informantene. Forskningen ble oppfattet som uklar og vanskelig å lese, noe som også andre tilsvarende studier fra både USA og Skandinavia viser (Orranta et al., 2002, Parahoo og Mccaughan, 2001, Fawsett og Lainof, 1996, Hommelstad og Ruland, 2004). Orranta et al., (2002) hevder forøvrig at manglende interesse for, eller erfaring med bruk av forskning har sammenheng med at Skandinavia har en kort historie innen sykepleieforskning sammenlignet med USA.

Snibsøer, Olsen, Espehaug og Nortvedt (2012) har gjort en kvantitativ studie i Norge, hvor de kartla holdninger og atferd i forhold til å arbeide kunnskapsbasert blant personer som hadde videreutdanning innen «kunnskapsbasert praksis». Et av funnene i studien viser at en stimulerende faktor for å jobbe kunnskapsbasert kan være å delta i et forskningsprosjekt knyttet til avdelingen, fordi fokuset da vil være faget og fagutvikling. Dette kan bidra til at man får større fokus på betydningen av å jobbe kunnskapsbasert, i motsetning til de som ikke er i slike nettverk (Snibsøer et al., 2012).

Sandvik et al., (2011) viser til tilsvarende funn gjennom sin litteraturstudie om hvilke strategier som er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus i Norge. De beskriver at en gjennom å tilrettelegge og støtte opp om fagutvikling og forskning i avdelingen, og ved å oppfordre de ansatte til å gjennomføre såkalt «klinisk stige» (et kompetanseprogram som legger grunnlaget for å bli godkjent som klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie), kan en bidra til at kunnskapsbasert praksis i større grad blir implementert i avdelingene (Sandvik et al., 2011). Sandvik et al., (2011) hevder i tillegg at det kan være nyttig å bruke «rollemodeller» for å fremme ønskelig adferd i forhold til å arbeide kunnskapsbasert.

Rollemodeller kan fremstå som eksempler på hvordan man kan arbeide kunnskapsbasert, og samtidig påvirke den eksisterende kulturen i avdelingen ved å fremheve nye måter å arbeide på; og hvorfor dette er viktig (Sandvik et al., 2011). Det at flere sykepleiere fremstår som «akademiske» i den forstand at de leser og anvender forskningsbasert kunnskap kan, slik jeg ser det, gi økt status og tyngde i sykepleiefaget, og være med å bryte ned kulturelle barrierer i forhold til denne måten å arbeide på.

5.2.4 «Organisatoriske og kulturelle barrierer»

I min studie viser funnene at tilgjengelighet på rom og pc ikke er noe hinder for å kunne søke og lese fag- og forskningsartikler. Mine funn, i motsetning til både en kvantitativ og en kvalitativ studie i Norge (Hommelstad og Ruland, 2004, Rasmussen, 2009), viser at tilgjengelighet på «stille-rom» og pc ikke er noe hinder for å kunne søke og lese fag- og forskningsartikler. Det er dermed ikke fysiske faktorer som begrenser denne type fagutvikling. Min studie indikerer at utfordringene i forhold til fagutvikling generelt, i stor grad kan knyttes opp til mangel på tid og god planlegging. Informanter i studien foreslår at fagutvikling planlegges for hver enkelt inn i turnus, slik at alle får mulighet til å sitte i fred og ro og skaffe seg kunnskaper innen områder de selv måtte ønske og ha behov for. En annen faktor som fremstår som stimulerende i forhold til å skaffe seg kunnskaper er det å være *seksjonert* (en jobber fast ved en seksjon, som for eksempel mage/tarm). Informantene peker på at dette medfører faglig styrke, og bidrar til en «ekspert» følelse. Noen av informantene nevner også *rullering* (en jobber i en periode innenfor hvert fagfelt, som mage/tarm, urologi, kar kirurgi) som en stimulerende faktor i forhold til fagutvikling. Ved rullering oppnår alle mer eller mindre lik erfaring og kunnskapsgrunnlag, og på den måten opparbeider en seg gode kunnskaper innen hvert felt. Et annet forslag som kommer frem i min studie i forhold til å ivareta fagutvikling i avdelingen, er å benytte seg av en *superbruker* (en spesialist innen ett lite område, som for eksempel på utstyr til kikkhulls kirurgi), hvor denne personen benyttes til å undervise og lære opp de andre operasjonssykepleierne. Disse forslagene kan sees i sammenheng med det Sandvik et al., (2011) påpeker i sin studie, at avdelinger i sykehus må kartlegge hvilke ressurser de til enhver tid har tilgjengelig. Dette kan være alt fra ulike fagpersoners spesifikke kompetanse til hva den enkelte avdeling mangler i forhold til tilgang på datamaskiner med ulike databaser, tidsskrifter og lærebøker, hjelp til litteratursøk av bibliotekar eller økonomiske ressurser. Det

foreslås at det må opprettes stillinger til ressurspersoner som kan implementere ulike dimensjoner av det som danner «kunnskaps-basert praksis» (Sandvik et al., 2011), og slik mine informanter foreslår kan en benytte *superbrukere* til nettopp dette. Et viktig poeng i denne sammenheng er å avsette midler til gjennomføring (Sandvik et al., 2011). Kunnskapsbasert praksis bygger på at sykepleien skal være basert på oppdatert og forskningsbasert kunnskap når den finnes (Bjørk og Solhaug, 2008). Den kunnskapsbaserte praksismodellen omfatter en kontekst bestående av forskningsbasert kunnskap, kunnskap bygget på erfaring og kunnskap fra pasientene (Nortvedt et al., 2007). Feltet hvor kunnskapsbasert praksis skal utføres vil påvirkes av kultur, ressurser, normer, etikk og politikk, og vil derfor berøre alle elementene i modellen (Nortvedt et al., 2007). Finstad (2007) fant i sin masterstudie om anestesisykepleieres holdninger til fagutvikling og forskning, at hvis en kontekst består av en rekke ulike muligheter for fagutvikling, slik som tilgjengelige ressurser (for eksempel pc og rom), fagdager, studiedager og internundervisning, vil det bidra til at anestesisykepleiere i større grad blir motiverte til fagutvikling (Finstad, 2007). Dette kan antas og også være representativt for operasjonssykepleiere. Informantene tilkjenner derimot, at det å søke og lese fag- og forskningslitteratur ikke er en strategi som benyttes for å løse faglige utfordringer. Funnene støttes av en kvantitativ undersøkelse blant medisinske og kirurgiske sykepleiere i Irland, som beskriver at tilgjengelighet ikke er nok for å skaffe seg kunnskap, eller for å forstå forskning og hvordan forskning kan brukes i praksis (Parahoo og Mccaughan, 2001). Marit Kirkevold (1996), norsk professor og sykepleieviter, fremhever at det ikke bare er det å søke etter forskningslitteratur som fremstår som vanskelig, men også det å vurdere slik litteratur; særlig når konklusjonene er ulike.

Min studie indikerer at det gjenstår mye arbeid i forhold til implementering av den delen som har med forskningsbasert kunnskap å gjøre, i modellen som utgjør kunnskapsbasert praksis, i de inkluderte operasjonsavdelingene. Dette står i samsvar med funn fra to andre studier i Norge, hvor det ble understreket at å søke fag- og forskningslitteratur ikke var en strategi som ble benyttet, i tillegg til at det manglet tid, rom, pc og kompetanse til å utøve den type aktivitet (Hommelstad og Ruland, 2004, Rasmussen, 2009). I min studie var det i tillegg et særskilt eksempel på en annen type barriere i forhold til fagutvikling. En operasjonssykepleier som hadde gjennomført kurs og benyttet forskning i den hensikt å implementere nye tiltak i praksis opplevde å bli motarbeidet av ledelsen og klarte ikke å påvirke til endring. Også andre studier viser slike tendenser. Flere kvantitative studier viser at sykepleiere opplever det som vanskelig

å implementere forskning i praksis, fordi de møter motstand både fra leger og ledere (Hommelstad og Ruland, 2004, Orranta et al., 2002, Parahoo og Mccaughan, 2001, Fawsett og Lainof, 1996.). Funnene i studiene antyder at det kan sees i sammenheng med at sykepleierne ikke er selvstendige og autoritære nok (Orranta et al., 2002, Parahoo og Mccaughan, 2001, Fawsett og Lainof, 1996). For å kunne forandre på for eksempel prosedyrer, må en slik jeg har erfart det, ha et godt samarbeid med legen som er den ansvarlige behandler. Uten samarbeid og enighet mellom leger og sykepleier, kan det være vanskelig å forandre på prosedyrer for å implementere i praksis. Sandvik et al., (2011) gjorde en litteraturstudie hvor de så på hvilke strategier som er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus. De påpeker at sykepleiere må være flinkere til å argumentere for- og synliggjøre tiltakene de gjør (Sandvik et al., 2011). Ved å skape diskusjon rundt fagkunnskapene en har som legger grunnlaget for avgjørelser en gjør i praksis, vil en forsterke utøvelsen av sykepleien, og sykepleiefaget vil bli synliggjort og kunnskapsbasert (Sandvik et al., 2011). En må kunne argumentere for sine tiltak og avgjørelser for å kunne implementere, men det avhenger også av ledere som er engasjerte og som involverer seg i endringsprosessene (Sandvik et al., 2011). Eines og Lervik (2012) diskuterer i sin artikkel «Forskning kan føre til konflikt», om utfordringer i møte mellom akademia og praksisfeltet. En viktig faktor for at forbedringsarbeid og forbedringsprosesser skal kunne lykkes, er at ledere ser nødvendigheten med utbedringsarbeid, med andre ord at lederne engasjerer seg og skaper positive holdninger til endring (Eines og Lervik, 2012). Min studie viser at operasjonssykepleierne mener at god kultur og positive holdninger for fagutvikling og endring fra ledelsen, også skaper gode holdninger og positiv kultur for operasjonssykepleierne. For å opparbeide positive holdninger til endring må det dessuten skapes interesse for å skaffe seg kunnskap. Denne interessen bør, slik jeg ser det, ha sammenheng med en erkjennelse om at det grunnleggende målet er å gi best mulig sykepleie til pasienten og at man skal kunne evne å diskutere faglig hva som faktisk er gode sykepleie tiltak.

5.2.5 Gap mellom retningslinjer og praksis?

Funnene fra denne studien og andre empiriske studier (Finstad, 2007, Hommelstad og Ruland, 2004, Orranta et al., 2002, Parahoo og Mccaughan, 2001, Fawsett og Lainof, 1996.), indikerer at det er et gap mellom nasjonale retningslinjer og satsingsområder, i forhold til hvordan og i hvilken grad den delen av kunnskapsbasert praksis som skal være forskningsbasert er

implementert i sykehusene. Hvis det ikke finnes strategier som legger til rette for at helsepersonell aktivt søker, vurderer og implementerer forskningsbasert kunnskap, er det lite sannsynlig at operasjonssykepleierne (eller annet helsepersonell) vil arbeide på denne måten for å endre praksis. I en artikkel om bruk av teoretisk kunnskap versus bruk av erfaringsbasert kunnskap i praksis peker Larsen et al., (2002, på at erfaringsbasert kunnskap og teoretisk kunnskap representerer to ulike kunnskapsområder som er utviklet i ulike sammenhenger og som følger en egen rasjonalitet (Larsen et al., 2002). Larsen et al., (2002) mener at det derfor ikke egentlig er noe gap mellom forskningsbasert og praksisbasert kunnskap fordi de har en implisitt og felles forståelse innen hver sine områder. Det kan synes som det likevel er et gap mellom forskning og den kunnskap som tas i bruk i praksis. En finner ikke nødvendigvis alle svar gjennom forskning og den konteksten den er utviklet i, men et mål med sykepleieteorier og sykepleierelevant empiri må være å gjøre denne kunnskapen tilgjengelig for sykepleiere ute i praksis.

Ifølge Sandvik et al., (2011) vil intervensjoner rettet mot ledelse og organisatorisk infrastruktur ha betydning for å lykkes med implementering av kunnskapsbasert praksis. En faktor av betydning er også at en må sette i gang tiltak mot eventuelle barrierer for å lykkes (Sandvik et al., 2011). Funn fra Sandviks litteraturstudie viser også at en avhenger av resultatorienterte og positive ledere for at kunnskapsbasert praksis skal fremmes (Sandvik et al., 2011). Mange av studiene som ble inkludert var fra Australia og USA, men land fra Europa som UK og Norge var også inkludert. En må likevel vurdere om resultatene kan sammenlignes med forhold ved norske sykehus.

I følge nasjonale retningslinjer er kunnskapsbasert praksis et satsingsområde som skal prioriteres i sykehus (Sosial- og helsedepartementet, 2007). Det går frem at oppsummert kunnskap skal bli lettere tilgjengelig, og at ressurser og tid skal prioriteres i forhold til å utføre det som benevnes som «forbedringsarbeid» (Sosial- og helsedepartementet, 2007). Forbedringsarbeidet skal styrke utøveren gjennom kompetanseheving og kvalitetsforbedring. I tillegg foreligger det anbefalinger om forbedringsarbeid hvor en ønsker å styrke planmessig erfaringsutveksling og refleksjon over praksis (Sosial- og helsedepartementet, 2007).

De mest fremtredende funnene i min studie er at operasjonssykepleiere anser at den viktigste formen for fagutvikling er knyttet til å lære og videreføre kunnskaper og ferdigheter via kollegaer i det kirurgiske team. Denne type fagutvikling foregår i utstrakt grad, både ganske systematisk ved at en nyansatt eller uerfaren får være i team med en erfaren, og i mere

usystematisk grad hvor kollegaer generelt lærer av hverandre i feltet, eller ved refleksjon. I henhold til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: «Oppfølging av...og bedre skal det bli!» (Sosial- og helsedepartementet, 2007), er ikke dette nok. I følge de Nasjonale retningslinjer i kvalitetsforbedringen, skal lærere og sosial- og helsearbeidere jobbe kunnskapsbasert (Sosial- og helsedepartementet (2007)). Det vil si at en skal benytte den mest oppdaterte og tilgjengelige kunnskapen til en hver tid for å sikre best mulig pleie og behandling til pasientene (Sosial- og helse departementet, 2007). Modellen for kunnskapsbasert praksis er en mal på hvordan en skal forbedre pasientbehandlingen ved at en legger vekt på forskningsbasert kunnskap, og ikke bare på erfaringsbasert og bruker kunnskap. Funnene i min studie viser at operasjonssykepleiere arbeider kunnskapsbasert, men at det i hovedsak benyttes erfaringsbasert kunnskap.

5.2.6 Betydningen av profesjonsintegritet og profesjonsidentitet.

Tiden er ikke bare knapp til å drive fagutvikling, men funnene indikerer at mange operasjonssykepleiere mangler tid til å utføre sykepleieoppgavene sine tilfredsstillende. Dette har sammenheng med det informantene beskriver som et *svært høyt tempo*. Arbeidstempoet blir beskrevet som så høyt, at tiden operasjonssykepleierne skal bruke til å forberede både pasient, utstyr, og til å skaffe seg kunnskaper i forkant av de kirurgiske inngrepene beskrives som for knapp. Operasjonssykepleierne i min studie opplever at operasjonsprogrammet først og fremst fordrer effektivitet, og kravet om effektivitet går på bekostning av operasjonssykepleiernes forberedelser og derav pasientsikkerheten. Man kan dog diskutere hvor ansvaret ligger, og om det kun er ytre rammer og krav i forhold til produktivitet som er avgjørende. Informantene la i svært stor grad skylden på ulike former for tidspress, og også på andre kollegaer, for at en selv ikke evnet å skaffe seg kunnskaper eller være godt nok forberedt før et inngrep. På bakgrunn av disse funnene kan en stille spørsmål ved om det er holdningene til operasjonssykepleierne som er den grunnleggende utfordringen i forhold til manglende fokus på fagutvikling. Fagutvikling og holdninger i forhold til det å drive fagutvikling knyttes, ifølge Leenderts (1997) og NSFLOS (2008), til det å være profesjonell. Det innebærer blant annet at en har et bevisst forhold til å arbeide med personlige verdier, fagets verdigrunnlag og forutsetninger og fagmiljøets verdiutfordringer (Leenderts, 1997). Funnene i min studie viser at

operasjonssykepleierne ofte føler seg overkjørt og neglisjert, og en kan tenke seg at det kan sees i sammenheng med ulike maktforhold i det kirurgiske team. Informantene rangerer seg selv som nederst i rang i det kirurgiske team, og det ser ut til å påvirke evnen og rommet de føler at de har i forhold til å markere seg selv og sine faglige verdier og behov. Funnene indikerer på en annen side at manglende fokus på fagutvikling kan handle om manglende profesjonsintegritet, og at det kan være med på å utspille profesjonens rolle i feltets profesjonelle samhold (Nordquist et al., 2011). Nordquist et al., (2011) beskriver i sin teori om profesjonslære, at en gjennom sin profesjonelle rolle må kunne ta ansvar for pasientens behov for hjelp ut i fra profesjonens retningslinjer og sosiale ansvar. Dette betegnes av Nordquist et al., (2011) som den profesjonelles integritet, og som er den viktigste funksjonen til den profesjonelle for at hun/han skal beholde sin rettmessige plass i profesjonssamholdet (Nordquist et al., 2011). Dette kan ivaretas ifølge Nordquist et al., (2011) ved å skape en profesjonell integritet allerede i utdanningen, og dermed bidra til å sikre forankring til historie og posisjoner. Gjøres ikke det, står profesjonelle i fare for å miste sin rolle og innflytelse i det profesjonelle samholdet (Nordquist et al., 2011). Nordquist et al., (2011) hevder derfor at det må vektlegges å fremheve en god og solid profesjonell kultur, og at profesjonsintegritet og profesjonalisme er de viktigste faktorene for rekruttering og oppbygging av en profesjon. Utdanningsinstitusjonen vil derfor ha en avgjørende rolle i dette (Nordquist et al., 2011). Uansett hvordan dette begrunnes må operasjonssykepleierne selv sørge for å utøve sitt ansvars- og myndighetsområde i henhold til forsvarlig helsehjelp og lovverk. I følge Helsepersonelloven (1999) må en forholde seg til de kvalifikasjoner en har som operasjonssykepleier, og ikke delta i situasjoner hvor en ikke har den kompetansen som kreves. Forsvarlighet innebærer med andre ord at pasienten får nødvendig helsehjelp av helsepersonell som er kvalifisert for dette. Pasientene har på sin side krav på rett og sikker helsehjelp i henhold til Pasientrettighetsloven (1999). På bakgrunn av dette kan man stille spørsmålet om for stort fokus på effektivitet og produksjon skaper redusert kvalitet på sykepleietjenestene, og setter pasientsikkerheten i større fare enn før, på tross av bedre behandlingsmuligheter, metoder og prosedyrer. Konsekvensene ved at det ikke er fokus på fagutvikling, kan gi dårligere kvalitet på sykepleietjenestene, og dårligere pasientbehandling, noe som også er dårlig økonomi.

Operasjonssykepleiere er først og fremst utøvere av et praktisk yrke, noe som informantene selv poengterer. Høiland (1996) har skrevet om operasjonssykepleiens historie, hvor hun beskriver at operasjonssykepleie tradisjonelt er lært gjennom «learning by doing», og ved å jobbe med erfarne kollegaer. Spesialutdanning for operasjonssykepleie går så langt tilbake i tid som til

1930 årene, men det finnes bevis på at sykepleiere assisterte kirurger under inngrep allerede på 1800 tallet (Høiland, 1996). Operasjonsutdanningen er i dag på 90 studiepoeng og består av 50-60% praksis og resterende teori (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Dette viser at den praktiske delen av utdannelsen vektlegges til fordel for større akademisk tyngde. En kan kanskje hevde at en kommer langt på vei med den delen av fagutvikling som baserer seg på erfaringsbasert kunnskap og brukerbasert kunnskap. Det kan virke som informantene i min studie assosierer forskningsbasert kunnskap med teoretisk og akademisk kunnskap, og det kan tenkes at det derfor stilles færre krav både fra ledere og operasjonssykepleiere til denne type (teoretisk/akademisk) kunnskap. En kan tenke seg at de andre medlemmene i det kirurgiske team opplever samme krav til effektivitet og produksjon, men funnene og egen erfaring antyder at spesielt legene ser ut til å være flinkere til å skaffe seg tid i løpet arbeidsdagen til å lese fag- og forskningslitteratur. Dette kan også henge sammen med at legene i langt større grad ser dette som en naturlig del av eget arbeid og egen (akademisk) profesjon.

Odland (2010) diskuterer i sin artikkel i hvilken grad evidens er et sentralt begrep innen profesjonell sykepleie. Hun påpeker at en grunn til at sykepleiere i liten grad ser ut til å benytte forskningsbasert kunnskap, kan være at kunnskapsbasert sykepleie assosieres med samme kriterier og metoder som evidensbasert medisin (Odland, 2010). Det kan virke problematisk eller unaturlig å bruke metoder som er bygget på grunnlag av naturvitenskapelige tenkning når en skal løse sykepleiefaglige problemstillinger (Odland, 2010). Funnene i min studie viser at en stor del av fagutviklingen består av å lære av hverandre, ved å observere og ved å vise hverandre hvordan handlinger utføres. I operasjonssykepleiefaget er det mye som ikke kan verbaliseres, det kan være intuitiv kunnskap eller fornemmelser som er opparbeidet over mange år og gjennom mye erfaring og som må vises eller kanskje faktisk erfares selv. En må bruke andre metoder enn randomiserte forsøk og hypotetiske-deduktive tilnærminger for å få frem denne type «evidens» eller kunnskap i sykepleien (Odland, 2010). Det er ikke alltid at det som er evidens er «evident», dette fordi tenkingen i evidensbasert medisin bygger på kliniske eksperimenter og forskningsresultater fra meta-analyser og randomiserte studier og rangerer høyest i evidens hierarkiet (Martinsen, 2004). I følge Karl Martinsen (2004), benytter sykepleiere seg ofte av kvalitativ forskning, og det ligger nederst i ulike fremstillinger av kunnskapshierarkier. Erfaringsbasert kunnskap og brukerbasert kunnskap er en del av det vi kaller kunnskapsbasert praksis, men hierarkisk sett så kommer forskningsbasert kunnskap foran denne type kunnskap (Martinsen, 2004). De andre kunnskapsformene har en tendens til å bli underkommunisert i visse miljøer, og viktig kilder for kunnskap kan slik sett bli usynliggjort

(Martinsen, 2004). Det at sykepleiernes profesjonsidentitet i stor grad knyttes til denne type kunnskap kan, slik jeg ser det, være et hinder for at sykepleiere aktivt anvender forskningsbasert litteratur, og slik sett også et hinder for at profesjonen får den tyngden den kanskje kunne hatt. På den annen side er det viktig at sykepleiere også i større grad verbaliserer den erfaringsbaserte og tause kunnskapen som de faktisk innehar og tar i bruk.

5.3 Fremmede faktorer for fagutvikling

5.3.1 Praksisfelleskapets læringsarenaer.

Funnene i min studie viser at den viktigste kilden til læring og overføring av kunnskap blant operasjonssykepleiere er kollegaer i det kirurgiske team. Overføring av kunnskap gjennom situasjoner i praksis blir derfor sett på som den viktigste formen for fagutvikling av samtlige informanter. Dette gjelder særlig overføring av kunnskap mellom operasjonssykepleiere, og mellom operasjonssykepleiere og kirurger. Funnene i min studie viser derfor at gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å lære av hverandre i feltet, noe som andre studier med fokus på kompetanse og kommunikasjon blant operasjonssykepleiere også viser (Mitchell et al., 2010, Gillespie og Hamlin, 2009, Mitchell og Flin, 2008, Riley og Manias, 2006b). Å kommunisere godt med kirurgen underveis i inngrepet er viktig, for å kunne løse problemer som oppstår underveis, og for å utveksle informasjon for å lette arbeidet og unngå misforståelser (Mitchell et al., 2010, Gillespie og Hamlin, 2009, Riley, Mitchell og Flin, 2008, Manias, 2006b). Funnene i min studie viser at læring foregår i det Säljö (2003) kaller «sosiokulturelle omgivelser». Säljö (2003) beskriver at utvikling og læring i et sosiokulturelt miljø dreier seg om hvordan personer anskaffer seg erfaring, fagkunnskaper og innsikt som er blitt opprettet og formidlet gjennom akkurat denne kulturen (Säljö, 2003). Ulike kommunikasjonsprosesser blir derfor sett på som viktig når en skal se på personers læring og kunnskap i et sosiokulturelt perspektiv (Säljö, 2003).

Funnene viser at det er viktig å skaffe seg oversikt over team medlemmenes kompetanse, erfaring, rutiner og arbeidsvaner og utstyr som hver enkelt kirurg foretrekker i planleggingen av et inngrep, slik at operasjonen kan forløpe uten komplikasjoner eller heftelser. For å skaffe

seg den oversikten og de nødvendige kunnskapene, kommuniserer operasjonssykepleierne med hverandre og kirurgene, og lærer dermed kontinuerlig av hverandre. Mine funn samsvarer med funn fra andre studier hvor det fremheves at det er store individuelle forskjeller på kirurger, og at det å ha gode kunnskaper om hver enkelt kirurg kan medføre bedre samarbeid og derav bedre og sikrere operasjoner (Mitchell et al., 2010, Gillespie og Hamlin, 2009, Mitchell og Flin, 2008, Riley og Manias, 2006b). Det gjør det også lettere å planlegge i forhold til hvor lang tid hver kirurg bruker ved hvert inngrep, ikke bare for hver enkelt operasjonssykepleier, men generelt for hver operasjonsstue i operasjonsavdelingen (Riley og Manias, 2006b). Godt samarbeid og tid gir større mulighet for gode læresituasjoner. Säljö (2003) mener at for å bli god i et fag, må en nødvendigvis være i et miljø som innehar tilstrekkelig med avansert kunnskap og redskaper (Säljö, 2003). Säljö (2003) hevder videre at læring alltid må føye seg for den han kaller «produksjonsbetingelsene». Det vil si betingelser knyttet til produksjon, noe som for operasjonssykepleierne vil bety operasjonsprogrammet, og i hvilken grad operasjonsprogrammet fordrer tempo, noe som igjen vil ha betydning for kapasitet til å lære bort. Samtidig peker Säljö (2003) også på at den uerfarne lærer av å observere hvordan den som er erfaren håndterer ulike situasjoner og utfordringer som oppstår. Funn fra min studie viser at kunnskaper og ferdigheter som læres og overføres av kollegaer er de kunnskaper og ferdigheter som kjennetegner operasjonssykepleiere og deres yrkesidentitet (NSFLOS, 2008). Innen akademisk profesjonsutdanning hvor yrkesidentitet dannes, vektlegges det krav om hvilke kunnskaper den profesjonelle utøveren må ha for å kunne praktisere (Nordquist et al., 2011). Men i realiteten vil kunnskapene fremtre i forhold til i hvilken grad en evner å bruke kunnskapene i praksis (Nordquist et al., 2011). I et godt fagmiljø, hvor det er åpent og faglig stimulerende, vil det være åpent for spørsmål og undring mellom kollegaer (Nordquist et al., 2011). Martinsen (1993), hevder at gjennom å stille kritiske spørsmål til egne og andres utøvelse av sykepleiefaget, vil faget utvikles. Viktige elementer som påpekes i forhold til yrkesidentitet er holdninger til og kritisk tenkning vedrørende praksis (NSFLOS, 2008).

Funnene viser at det er kultur i operasjonsavdelingene for å benytte seg av kompetansen som finnes slik at man kan lære av hverandre. Operasjonssykepleierne hjelper hverandre med å løse oppgaver, planlegge og hente utstyr. De mer erfarne er rollemodeller og lærer de som er mindre erfarne. Kirurgene er gode læremestere og underviser og lærer bort til operasjonssykepleierne, noe som mange av informantene beskriver som en viktig kilde til læring. I tillegg til at de benytter seg av hverandres kunnskaper under operasjonen, tar operasjonssykepleierne også direkte kontakt med kirurgen for å skaffe seg tilstrekkelig informasjon i forkant av et inngrep.

Riley og Manias (2006b) peker på, i sin etnografiske studie fra Australia, om kommunikasjon mellom operasjonssykepleiere og kirurger som en gruppe, at denne type kunnskapsutnyttelse bidrar til ett bedre kollegialt miljø. Dette kan igjen skape tettere samarbeid mellom operasjonssykepleierne og kirurgene. En annen ferdighet som utpeker seg i min studie, er gode samarbeidsevner, og funnene indikerer at godt samarbeid tilrettelegger for bedre kunnskapsutveksling og læring. Godt samarbeid er ansett som en viktig faktor for at holdninger, verdier, ferdigheter og kunnskaper kan videreutvikles og videreføres i yrkespraksis (NSFLOS, 2008). Informantene vektlegger videre betydningen av å jobbe i team hvor det er både en erfaren og en uerfaren kollega. Funnene viser at de uerfarne ikke bare lærer av de erfarne, men de erfarne lærer også av hverandre og av studenter. Informantene forteller at en lærer av hverandre ved å observere og se på hvordan en utfører ulike arbeidsoppgaver, og ved at en får mulighet til å trene sammen med en erfaren får ulike ferdigheter «inn i hendene». Dette kan sees i sammenheng med det Merleau-Ponty beskriver om at det er selve kroppen som subjekt, som lærer (Nilsen og Kvale, 1999). Ved at kroppen er tilstede, lærer den ved å være deltakende, noe som gjør at erfaringene og kunnskapene blir værende i kroppen. Kroppen lærer med andre ord av seg selv ved at den er tilstede i situasjonen (Nilsen og Kvale, 1999). Et begrep som kan knyttes til denne type læring, er «situert læring», noe som vil si at en lærer gjennom de andre kollegaene i praksisfellesskapet ved at en deltar i ulike læringssammenhenger (Lave og Wenger, 2003). Ved å delta sammen med mer erfarne kollegaer i praksissituasjoner lærer de uerfarne av de erfarne både om teknikker, samspill og improvisasjon i de ulike situasjonene som måtte oppstå (Lave og Wenger, 2003).

5.3.2 Praktisk arbeid - med bakgrunn i viten.

Funnene i min studie viser at en viktig kunnskapskilde til læring i et praksisfellesskap mellom kollegaer er «learning by doing», som er et kjent begrep i sykepleiens historie (Høiland, 1996). Mange av informantene i min studie ser på operasjonssykepleie som et praktisk yrke, hvor en må opparbeide seg et *håndlag* ved å trene. I tillegg viser funnene i min studie at en må en være «teknisk» anrettet. Nortvedt og Grimen (2004) beskriver at *tekne* er kunnskap om hvordan ting blir laget, og er med andre ord praktisk kunnskap. Jeg har tidligere argumentert for at praktiske kunnskaper ikke er nok, noe som informantene i min studie påpeker. Praksiskunnskap

inneholder viten om «Knowing how»; å ha kunnskaper om hvordan en gjør noe, og «knowing that» (å vite at) er kunnskaper om hva noe er eller består av (Ryle, 1949, Nortvedt og Grimen, 2004). Damsgaard (2010), skriver at sykepleieres viten-reservoar er praksiskunnskap som henger sammen med teori og fakta, og ikke bare basert på synspunkter, meninger og erfaringer (Damsgaard, 2010). Dette kan relateres til den kunnskap som operasjonssykepleiere benytter seg av. Molander (1996), beskriver teoretisk kunnskap som pålitelig kunnskap om ting og prosesser, noe som samsvarer med det Aristoteles (Aristoteles; 1972) benevner som *epistemè*; en teoretisk og vitenskapelig kunnskap som er evig og uforanderlig, (Aristoteles; 1972, Nortvedt og Grimen, 2004). I forhold til denne studien vil *epistemè* omhandle kunnskaper om for eksempel anatomi, fysiologi, mikrobiologi og sykdomslære. Det vil si at den teoretiske kunnskapen i operasjonssykepleie handler om observerbare og faste sammenhenger som finnes mellom virkelighetens fenomener, og som blir sett på som lovmessig og objektiv (Damsgaard, 2010). Damsgaard (2010) påpeker at basiskunnskapen er knyttet til klare sannheter og begrunnelser, men kan også omfatte ferdigheter, arbeidsmetoder og forskning. Funn i min studie viser at kunnskaper om anatomi, fysiologi, mikrobiologi og sykdomslære er noen av de teoretiske kunnskapene som legges til grunn for handlingene operasjonssykepleierne utøver. Gjennom trening og praktisering over tid får en den kroppslige erfaringen. Ved å etterligne erfarne utøvere, lærer en sammensatte handlingsmønstre, ofte uten at en er klar over det selv (Nielsen og Kvale, 1999). Lave og Wenger (2003) beskriver i sin teori om situert læring, at en opparbeider seg kompetanse gjennom læring i relasjonen til det sosiale fellesskapet og ikke bare i forhold til de ulike aktiviteter. Nilsen og Kvale (1999) hevder at en ikke kan lære om praksis, men gjennom en praksis, hvor en ved å delta ser hvordan bestemte handlinger utføres. En lærer ved å gjøre bestemte handlinger, og det betinger gjentakelse og øvelse for å bli mester (Nielsen og Kvale, 1999). Nilsen og Kvale (1999) hevder at å lære av hverandres handlinger er mesterlære. Det innebærer i forhold til denne studien at en lærer ved å være deltager i det daglige arbeidet inne på operasjonsstuene, der hvor faget blir utført og lært. Anvendelse og læring vil ifølge Nilsen og Kvale (1999) gå hånd i hånd ved at en får muligheten til å lære hvordan konkrete oppgaver og handlinger blir utført i praksis (Nilsen og Kvale, 1999). Denne studien viser at gjennom å delta, utøve og trene, evner en over tid å utvikle ferdigheter, kunnskaper, verdier og holdninger som gjør at en kan utføre handlinger på en sikker og trygg måte. Mange beskrev utfordringer knyttet til det å være koordinerende operasjonssykepleier i ulike situasjoner, og hvor viktig det er at den som er uerfaren får muligheten til å trene og øve på å opparbeide ferdigheter sammen med en som er erfaren. Det ble påpekt at en sammensetning

av operasjonssykepleiere på vakter med ulik kunnskap og kompetanse, gjør at de klarer å utfylle hverandre kunnskapsmessig når det oppstår ulike problemer og situasjoner på jobb. Begrensede ressurser kan derimot medføre at læring blir redusert. Dette knyttes først og fremst opp mot mangel på tid, som fremheves som en viktig hemmende faktor for fagutvikling i de utvalgte operasjonsavdelingene i min studie. Det at operasjonssykepleierne opplever at de ikke har tid til å forberede og utføre sykepleieoppgavene sine på en tilstrekkelig og forsvarlig måte, indikerer også at det ikke ligger til rette for gode læresituasjoner. For å lære av hverandre må en ha tid i løpet av en arbeidsdag til å ha kontakt, og man må ha tid til å forklare og vise hvordan ulike sykepleieoppgaver skal utføres for at læring kan finne sted (Naustdal, 2010).

5.3.3 Erfaringsbasert kunnskap og bruk av refleksjon.

Funnene i min studie viser at refleksjon er en viktig strategi i forhold til fagutvikling. Det vil si at operasjonssykepleiere lærer av hverandres erfaringer gjennom ubevisst og bevisst refleksjon i en rekke ulike situasjoner. Refleksjon vil ifølge Larsen et al., (2002), Thidemann (2005) og Domino (2005) bli benyttet når en ikke kan knytte situasjonen til teori, eller når det tenkes at teorien ikke kan støles på, eller ikke er fullstendig nok for å beskrive den situasjonen og de når den utøves (underveis). Schön (2001) beskriver også det å reflektere *over* oppgavene en har foran seg eller har løst.

Schön (2001) fremhever refleksjon i handling, og beskriver evnen til refleksjon som en ferdighet som utarbeides på grunnlag av erfaring over tid, og hvor en fortløpende klarer å identifisere og forholde seg til ulike elementer. Schön (2001) understreker at en profesjonell ikke handler på bakgrunn av intuisjon, men at en handling utøves på grunnlag av at en både tenker og reflekterer. Schön (2001) mener utøverens reflekterer *i* handling, og dermed korrigerer handlingen, noe som betyr at en mer bevisst tenker over handlingen i ettertid. Molander (1996) mener derimot at refleksjon i handling og kunnskap i handling er det samme. Dreyfus brødrene (1999) har, ifølge Molander (1996) og Schön (2001), en mangelfull forklaring på hvorfor en handler intuitivt, og de mener det i all handling er kunnskap og refleksjon over kunnskap, og at de refleksive tankene bestemmer hva du gjør og ikke intuisjonen.

Mange av informantene i min studie som hadde lang erfaring beskrev det å *se* som en viktig ferdighet. Det å *se* handler om langt mer enn bare det å *se* pasienten og det en har foran seg.

Det handler om at en på bakgrunn av å se hele pasienten og pasientens behov der og da evner å sette i gang både kortsiktige og langsiktige tiltak. En erfaren operasjonssykepleier har opparbeidet seg ferdigheten å *se* for seg hele forløpet med planlegging, klargjøring, vurdering og gjennomføring, og kan sammenlignes med Dreyfus brødrenes (1999) kompetansestige. Første steget i Dreyfus brødrenes (1999) kompetansestige er *novise*, hvor novisen utvikler seg til å bli en *viderekommen begynder* og over tid opparbeider seg *kompetanse* og etter hvert *dyktighet*. Siste stadium i Dreyfus brødrenes (1999) kompetansestige er *ekspertise*, hvor personen gjennom mange år i læringsprosessen har opparbeidet seg et repertoar av kunnskap om ulike situasjoner. Dette gjør at hun handler på bakgrunn av intuisjon og fornemmelse, og handlingen utøves uten at man tenker fordi en evner å se helheten i situasjonen (Dreyfus og Dreyfus, 1999).

Funnene indikerer at det som Dreyfus brødrene (1999) beskriver som «mesterlære» er en viktig faktor for at praktiske ferdigheter skal kunne overføres og læres fra en som er erfaren til en som er uerfaren, og sammensetningen av team vil derfor være avgjørende for læring. Funnene indikerer at de inkluderte operasjonsavdelingene bevisst setter sammen team med bakgrunn i erfaring og ulik kompetanse, noe som er fremmende for læring i det kirurgiske felt. Dette viser at operasjonsavdelingene faktisk legger til rette for fagutvikling og den delen av kunnskapsbasert praksis som omfatter erfaringsbasert kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap erverves ved å praktisere, og omfatter klinisk ekspertise og dømmekraft, refleksjon og taus kunnskap, og opparbeidelse av det kliniske blikk (Nortvedt et al., 2007).

Funnene viser også at systematisk refleksjon flere steder er satt i system. Det var eksempler hvor enkelte avdelinger starter hver dag med faglig refleksjon. Andre steder var det satt av noen timer i løpet av en uke. I tillegg viser funnene at operasjonssykepleierne reflekterer seg imellom flere ganger i løpet av en arbeidsdag. Det reflekteres og diskuteres også med kirurgene når handlinger skal klargjøres og løses underveis. Domino (2005), en amerikansk sykepleier, understreker i sin artikkel om livslang læring, at ved å være lærevillig og kritisk reflektere over erfaringer sykepleiere stadig opparbeider seg, vil en oppnå profesjonell utvikling. Begrepet profesjonell knyttes til de krav som stilles til operasjonssykepleiere som profesjonelle yrkesutøvere, som å være faglig oppdatert og i stadig utvikling (International Council of Nurses, ICN, 2011). Funn fra min studie viser at refleksjon er en viktig og nødvendig del av fagutvikling blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingene. Refleksjon er derfor også viktig for at en skal kunne utføre operasjonssykepleie på en god og trygg måte. Informantene i

denne studien påpeker at gjennom å reflektere sammen med kollegaer blir en i stand til å gjøre en bedre jobb ved neste inngrep eller tilsvarende arbeidsoppgave. En lærer av hverandres feil og erfaringer, en diskuterer hva en kan gjøre annerledes og hva som er nødvendig å ta med i planleggingen til et enkeltstående inngrep. Studien viser at operasjonssykepleierne bruker hverandre også når de leser prosedyrer, og sammen vurderer de fortløpende inngrepene i løpet av dagen. Mine funn viser at refleksjonstiden som var organisert i hovedsak ble brukt i forhold til situasjoner og arbeidsoppgaver som ble oppfattet som vanskelige. Dette er i tråd med funn fra ulike kvalitative studier om refleksjon og faglig utvikling, som viser at refleksjon brukes når det er vanskelige situasjoner og problemer som skal løses, og i liten grad brukes når man opplever at oppgaver gjennomføres på en god måte (Gustaffson og Fagerberg, 2003, Maggs og Biley, 2000, Heat, 1998). I motsetning til en rekke andre studier viser min studie at refleksjon som ikke nødvendigvis er planlagt finner sted hele tiden i løpet av en arbeidsdag. Dette i forbindelse med både planlegging, forberedelser, gjennomføring og etterarbeid av arbeidsoppgaver. Der hvor refleksjon i mer eller mindre grad var satt i system, ble det understreket at denne type fagutvikling var svært viktig, fordi det var ingen «begrensninger» på hva en kunne ta opp til refleksjon/diskusjon. Det at man på slike avsatte tidspunkt kunne ta opp og reflektere over det man til enhver tid hadde behov for skapte også trygghet ved at dette representerte en etablert arena hvor en ble hørt. Funn fra andre studier påpeker også at ved å sette refleksjon i system, med veiledning i grupper, gir en dermed også strukturert støtte til sykepleiere (Gustafsson og Fagerberg, 2003, Maggs og Biley, 2000, Heath, 1998). Sykepleieres tro på faget, holdninger og adferd knyttes til organisasjonen de jobber i, hvor organisasjonen og ledelsen er sykepleiernes rollemodeller (Domino, 2005). Organisasjon og ledelsen bør, ifølge Domino, være en støttende ressurs og skape profesjonell selvstendighet gjennom å legge til rette for kontinuerlig læring (Domino, 2005). Domino (2005) hevder at manglende trivsel på jobb ofte relateres til det sosiale miljøet, ledelse-problemer, organisatoriske problemer, og følelsen av utilstrekkelig kompetanse. Slik misnøye danner ikke grunnlag for at sykepleiere aktivt tar initiativ for å utvikle seg.

Funn fra min studie viser at fagutvikling og kompetanseheving i form av refleksjon, ser ut til å være knyttet til læring gjennom de mulighetene som byr seg i løpet av en arbeidsdag. Det var ingen av informantene i studien som ga uttrykk for at de savnet tid til refleksjon, dette fordi de intuitivt brukte den tiden de hadde underveis i løpet av dagen til å stoppe opp å reflektere når dette var nødvendig. Ulike kvalitative studier om refleksjon og kompetanseutvikling hevder at kompetanseutvikling og læring er knyttet til situasjoner og muligheter som oppstår der og da,

men også til menneskelige, økonomiske og organisatoriske ressurser og prioriteringer (Gustafsson og Fagerberg, 2003, Thidemann, 2005). I «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten», står det at det skal settes av tid til refleksjon blant sosial- og helsearbeidere, og at faglig refleksjon skal prioriteres (Sosial- og Helsedepartementet, 2007). Tid og mulighet til faglig refleksjon er noe som sykepleiere og operasjonssykepleiere i andre studier har påpekt at de har savnet (Rasmussen, 2009, Heath, 1998), men som i denne studien fremstår som en ressurs i forhold til å fremme fagutvikling i de involverte avdelingene. Ved hjelp av systematisk refleksjon vil erfaringsbasert kunnskap stadig utfordres og være i en dynamisk utvikling, og slik sett kunne representere en enda viktigere og mer pålitelig kunnskapskilde.

5.4 Avslutning.

Denne studiens problemstilling er: *Hvordan skjer fagutvikling blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen?*

Ved å gjennomføre fokusgrupper i tre ulike landsdeler med operasjonssykepleiere med ulik yrkeserfaring, har jeg fått kunnskap om hvordan denne yrkesgruppen forstår fenomenet fagutvikling og hvordan de ulike elementene av fagutvikling utøves i operasjonsavdelingene. Ved å se på hvordan fagutvikling skjer i lys av et sosiokulturelt læringsperspektiv, fikk jeg innblikk i hvordan læring og kunnskap opprettholdes og videreutvikles blant operasjonssykepleierne som deltakere i et sosiokulturelt praksisfellesskap.

Det som utpeker seg som et spesielt funn i min studie, er operasjonssykepleiernes engasjement og holdninger i forhold til forskningsbasert kunnskap. Jeg har funnet at operasjonssykepleiere først og fremst forholder seg til erfaringsbasert og noe brukerkunnskap når de skal endre praksis, og at forskningsbasert kunnskap i liten grad er med på å påvirke praksis. Det kan synes som operasjonssykepleiere har et forbedringspotensial på dette området, og en måte å løse dette på kan være å jobbe med holdningsarbeid. Har en et ønske om å utøve best mulig operasjonssykepleie til pasientene, må en nødvendigvis skaffe seg den mest tilgjengelige og oppdaterte kunnskapen som finnes på området. Gjennom å endre holdninger til eget fag ved å

skape interesse for og fokus på ny kunnskap, kan operasjonssykepleierne bidra til optimal og forsvarlig operasjonssykepleie til pasientene.

Rammefaktorene som skal til for at den enkelte skal kunne integrere forskningsbasert kunnskap ser ut til å være tilstede i alle de fire operasjonsavdelingene i denne studien. De aktuelle avdelingene har tilrettelagt med både stille-rom og pc-tilgang til sine ansatte, men hovedutfordringen ser ut til å være at det er en gjennomgående manglende implementering av forskningsbaserte aktiviteter. Funnene viser at det er stor uvitenhet om at sykepleieforskning kan benyttes til å endre praksis, og det er manglende kompetanse i forhold til å finne og benytte forskningsbasert kunnskap.

Et annet moment som utpeker seg er at fagutvikling i form av utsjekksdager og selvutviklingsdager ofte ser ut til å måtte vike til fordel for produktivitet i form av gjennomføring av store operasjonsprogram med mange pasienter i løpet av en dag. Studien indikerer slik sett at organisasjonens fokus er rettet mot produktivitet og effektivitet, og i mindre grad mot fagutvikling. Dette er motstridende i henhold til spesialisthelsetjenesteloven (1999) hvor sykehuset som organisasjon har et ansvar for å sikre fagutvikling og kompetanseheving. Det er også vanskelig å se for seg at behandlingen som til enhver tid gis er effektiv hvis den ikke er basert på den mest oppdaterte kunnskapen som er tilgjengelig.

Fagutvikling, slik det beskrives i denne studien, skjer i hovedsak i form av læring av hverandre i det kirurgiske team, gjennom undervisning fra ulike firmaer og gjennom lovpålagt sertifisering. Operasjonsavdelingene har ivaretatt fagutvikling blant operasjonssykepleierne ved å sette sammen team med ulik kompetanse og erfaring, og på den måten ivaretatt opplæring og videreføring av kunnskaper og ferdigheter i praksisfellesskapet. En åpen og tilrettelagt kultur for fagutvikling gjennom undervisning og opplæring fra firmaene i feltet kan være med å heve kompetansen, og kan slik sett ha en positiv innvirkning i forhold til pasientsikkerheten.

På bakgrunn av funnene i studien kan det derfor synes som erfaringsbasert kunnskap er godt ivaretatt i de aktuelle operasjonsavdelingene. Helsepersonell skal dog jobbe kunnskapsbasert, og det inkluderer også å jobbe forskningsbasert, noe som i liten grad blir etterfulgt i de fire avdelingene i de tre ulike landsdelene.

Det kan se ut som det er behov for en kulturendring i forhold til det å søke etter, lese og anvende fag- og forskningsartikler, og utdanningsinstitusjonene og sykehusene kan og bør være med å bidra til dette. Funnene fra min studie indikerer at verken akademiske utdanningsinstitusjoner

eller sykehusene tilrettelegger godt nok for at kunnskap om anvendelse av forskningslitteratur og forskningsrelaterte aktiviteter blir tilstrekkelig stimulert og integrert i spesialutdanning eller i arbeidshverdagen. Det er likevel viktig å understreke operasjonssykepleiers eget ansvar for å møte pasienten med kunnskap som tilsier at det til enhver tid utøves faglig oppdatert og faglig forsvarlig sykepleie.

5.5 Tanker om videre forskning.

Det har vært en utfordrende prosess å skrive masteroppgave. Jeg opplevde møtet med fokusgruppene som inspirerende, fordi jeg fikk muligheten til å oppleve ulike sider og meninger rundt faget som jeg kjenner så godt, men fra et annet perspektiv enn det jeg gjør til vanlig. Enkelte tematiske funn fikk jeg bekreftet ut ifra min forforståelse, mens andre funn fremsto som noe overraskende. Det som ble beskrevet om læring mellom kollegaer i det kirurgiske team, inneholdt mange av de momentene som jeg selv har erfart i praksis. Et av de overraskende funnene er knyttet til det manglende engasjementet og de holdninger operasjonssykepleierne har til eget fag- og fagutvikling, særlig med tanke på manglende proaktivitet i forhold til å benytte «smutthull» i arbeidstiden eller fritiden til å lese fag- og forskningsartikler og derav heve kompetansen. Det hadde vært spennende å gå videre med det som kom frem om manglende implementering av forskningsrelaterte aktiviteter i operasjonsavdelingene. I min studie har jeg kun data fra operasjonssykepleiere, og det kan tenkes det hadde kommet frem andre momenter og vinklinger hvis avdelingsledere hadde vært inkludert, eventuelt fagutviklingssykepleiere. En vei å gå for å komme videre med fagutvikling i operasjonsavdelingene, kan være å gjøre intervensjonsforskning, hvor tiltak settes i gang for å få operasjonssykepleierne til å benytte seg av den forskningskunnskapen som finnes. Med bakgrunn i mine funn og de få studiene som er gjort blant operasjonssykepleiere, kan det se ut som om det er mange faktorer og kompliserte mekanismer som spiller inn i forhold til i hvilken grad og hva slags type fagutvikling som utøves i operasjonsavdelingene. Studien indikerer at dette har sammenheng med forhold både på sykepleiernivå, ledernivå og organisasjonsnivå, og det hadde vært interessant å utforske dette samspillet ytterligere. Et annet forskningsområde som det hadde vært interessant å rette fokus mot, er i hvilken grad utdanningsinstitusjonene vektlegger forskningsbasert kunnskap i de ulike spesial-utdannelsene.

5.6 Studiens troverdighet.

Innen kvalitative studier er det forskeren selv som subjekt som produserer de kvalitative dataene (Halkier, 2010). Det er med andre ord forskeren selv som er verktøyet i studien. I kvalitativ forskning benyttes begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Halkier, 2010).

Gyldighet innebærer at en forsikrer seg om at en konkret undersøker det en har bestemt seg for å undersøke (Halkier, 2010). Gyldighet fordrer spørsmål som har fokus på krav til konsistens. Det innebærer at studien skal ha en rød tråd gjennom hele prosjektet, og hvor det er en logisk forbindelse mellom studiens problemstilling, forskningsspørsmål, metode, teori, intervjuguide og resultater (Malterud, 2011). For å sikre gyldighet i studien har jeg for eksempel underveis i fokusgruppeintervjuene stilt spørsmål om «hva legger dere i begrepet...? Eller «hva mener dere når dere sier..?»». Dette har bidratt til at råmaterialet i større grad representerer en felles forståelse (intersubjektivitet) mellom informantene og meg selv. I tillegg har jeg diskutert ulike sider ved forskningsprosessen, samt mine resultater, med andre underveis i analyseprosessen. Jeg har diskutert ulike sider ved resultatene, både før og etter hvert fokusgruppeintervju, med min medhjelper, men sentrale funn er også diskutert med min veileder og med medstudenter under masterseminarene. Innspill og tilbakemeldinger underveis i prosessen har derfor bidratt til en større grad av refleksivitet i arbeidet med analysen, og jeg mener dette har bidratt til å styrke studiens gyldighet.

Påliteligheten gjenspeiles gjennom min nøyaktighet og gjennomsiktighet i prosessen som forsker. For at man skal kunne ivareta gyldighet i studien, er pålitelighet en forutsetning. Pålitelighet fremkommer gjennom konsistens og nøyaktighet, og hvor man på en transparent måte viser hvordan en har produsert og bearbeidet data, slik at forskningsprosessen er klar og gjennomskuelig for andre (Halkier, 2010). Dermed kan andre vurdere hvordan forskeren har jobbet gjennom hele forskningsprosessen, og derav i hvilken grad dataene er gyldige (Halkier, 2010). Målet med dette kapitlet, er at de som leser kan følge den røde tråden i denne prosessen (Malterud, 2011), og at det på en transparent måte kommer frem hvordan data har blitt samlet og bearbeidet gjennom hele forskningsprosessen.

Overførbarhet av kvalitative data fra fokusgruppeintervju må sees i sammenheng med at dataene er produsert med et relativt lite utvalg. Min studie omfatter 21 informanter og informantene har respondert på gruppenivå, ikke på enkeltindivid nivå. Utvalget er komponert

ved hjelp av en selektiv utvelgelse av operasjonssykepleiere, og utvalget som til sammen utgjør de fire fokusgruppene representerer informanter som er relevante i forhold til den konteksten som utvalget (operasjonssykepleierne) utgjør eksempler på (Halkier, 2010). I følge Halkier (2010), kan en på grunnlag av utvalget og konteksten tillate en analytisk overførbarhet. Dette vil si at man på bakgrunn av for eksempel et godt gjennomtenkt utvalg i en relevant kontekst, kan anta at dataene som er produsert i denne konteksten analytisk sett også kan gjøres gjeldende for en tilsvarende kontekst, som i dette studiet vil være andre operasjonssykepleiere på norske operasjonsavdelinger. Ut i fra at utvalget er geografisk variert og sammensatt av informanter fra en relevant kategori, med spredning i antall års erfaring og erfaringsbakgrunn, vil jeg argumentere for at dataene i denne studien har analytisk overførbarhet.

Fokusgruppene produserte kvalitative data, basert på informantenes følelser, holdninger og forståelse av virkeligheten, noe som samsvarer med det metodiske valget for å få svar på problemstillingen min. Fordelen med fokusgrupper er at det er en «billig metode», det vil si at man (ofte) får mye data på relativt kort tid. Ulempen er at jeg som uerfaren moderator har mindre kontroll over intervju situasjonene enn ved et individuelt intervju. Begrensingene vil videre være knyttet til min kompetanse som forsker, med manglende erfaring med fokusgrupper, noe som kan ha medført at jeg ikke har fått med meg alle fasettene i fokusgruppene. Jeg kjenner fagfeltet og dens kontekst godt, noe som kan ha medført at informantene har vært mere åpne og fortalt om «virkeligheten» slik de mener den er ut i fra møtet med en som er kjent med både konteksten og fagterminologien. Motsatt kan min kjennskap til feltet ha medført at jeg har oversett elementer av betydning, nettopp fordi utfordringen har vært å sette sin egen forforståelse og til side og ved det stimulere et kritiske blikk på dataene. Fokusgruppens sammensetning besto av informanter som kjente hverandre, noe som jeg opplevde som en fordel, da de fremsto som trygge og ærlige i diskusjonene. Det negative med sammensetningen kunne være at de ikke våget å formidle meninger og erfaringer som gikk på tvers av hva de andre informantene fokuserte på, dette sett i forhold til at de var kollegaer og deler samme arbeidsplass og arbeidsbetingelser.

Den største utfordringen jeg har hatt med denne oppgaven er knyttet til siste del, hvor jeg har sammenfattet og formidlet det som jeg har utført og funnet. Jeg ser at jeg med fordel ha lagt stoffet til side i perioder, da man erfaringsmessig kan se stoffet med litt andre øyne over tid. Dette kan igjen bidra til at en åpner opp for nye perspektiver og innfallsvinkler.

REFERANSER

Aristoteles. (1972). *The Nicomachean Ethics*. London: Oxford University Press.

Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, EJ., Cheater, F., Flottorp, S. og Robertson, N. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcome (Review). *The Cochrane Library*, 3.

Barbour, R. (2007). *Doing Focus Groups*. London: Sage.

Bäckström, G., Øgrey, T. H. og Eilertsen Loraas, LM. (2008). Utdyping av operasjonssykepleiers myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse. Oslo: NSFs Landsgruppe av Operasjonssykepleiere.

Biermann, C. (2010). Jeg spør heller kolleger. *Sykepleien Forskning*, 5(3), 201-201.

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

Bloor, M., Frankland, J., Thoms, M og Robson, K. (2001). *Focus groups in Social Research*. London: Sage.

Cheater, F., Baker, R., Gillies, C., Hearnshaw, H., Flottorp, S., Robertson, N., Shaw, EJ og Oxman, AD. (2009). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*, 4.

Christiansen, B., Carlsten, TC. og Jensen, K. (2009). Fagutviklingssykepleier som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Forskning*, 2(4), 100-106.

Damsgaard, H.L. (2010). Den profesjonelle sykepleier. Latvia: Cappelen Akademiske Forlag.

Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (2009). Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.

Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (2010). *Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelige vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.

Domino, E. (2005). Nurses Are what Nurses Do- Are you Where You Want to Be? *AORN Journal*, 1(81), 187- 201.

Dreier, O. (1997). Personal trajectories of participation across contexts of social practice. I: O. Dreier (Ed.). *Subjectivity and social Practice*. Århus Universitetet: Center for Sunhed, Menneske, Kultur.

Dreyfus, H. og Dreyfus, S. (1999). Mesterlære og ekspertlæring. I: S. Kvale (Red). *Mesterlære Læring som sosial praksis*. (54-75). København: Hans Reitzels Forlag.

Dreyfus, H. and S. Dreyfus (1986). *Mind over Machine. The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York: Free Press.

Ekeli, BV. (2002). Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten? Tromsø: Eureka Forlag.

Eines, T.F. og Lervik, IL. (2012). Forskning kan føre til konflikt. *Sykepleien*, 100(3), 68-69.

Fagermoen, M.S. (2003). *Forskningsveileder for sykepleiere*. (2utg.). Oslo: Norsk sel skap for sykepleieforskning.

Fagermoen, M.S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis: et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fawsett, D.L og Lainof, C.A. (1996). Appraising the Climate for Peroperative Nursing Research. *Aorn Journal* , 63(1), 205-208.

Finstad, A.S. (2007). Er du motivert for fagutvikling og forskning? Hvordan skape motivasjon hos anestesisykepleiere til å drive fagutvikling og forskning i sykepleie? Masteroppgave i Yrkespedagogikk, Høgskolen i Akerhus.

Flodgren, G., Rojas-Reyes, MX., Cole, N. og Foxcroft, DR. (2012). Effectivness of organisational infrastructure to promote evidence-based nursing practice (Review). *The Cochrane Library*, 2.

Forskrift om elektromedisinsk utstyr (1999). Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromagnetisk utstyr. FOR-1999-08-20-955.

Gillespie, BM og Hamlin, L. (2009). A Synthesis of the Literature on «Competence» as it Applies to Perioperative Nursing. *AORN JOURNAL*, 90(2), 245-258.

Gillespie, BM., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, HA. og Werder, H. (2008). Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd.

Gustafsson, C. og Fageberg, I. (2003). Reflection, the way to professional development? Department of caring and Public Health Sciences, Vesterås: Blackwell Publishing Ltd.

Halkier, B. (2010). Fokus-Grupper. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hanks, W. (2003): Forord i *Situert læring og andre tekster*. Lave og Wenger. København: Hans Reitzeels forlag.

Hansen, A., Cattel, S., Negrine, R. og Newbold, C. (1998). Mass Communication Research Methods. London: Macmillan.

Haugdahl, H. og Bjerkeset, O. (2009, 23.jan). Fagnivået blant sykepleiere. <http://www.adressa.no/meninger/kronikker/article1232748.ece>

Heath, H. (1998). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of advanced nursing*, 27, 1054-1059.

Heidegger, M. (1978). Being and Time. Oxford: Blackwell.

Helse Nord-Trøndelag (2007). Strategisk plan. Fagutvikling/kompetanseutvikling i Helse Nord-Trøndelag.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64.

Hiim, H og Hippe, E. (2001a). Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere. Yrkesdidaktikk og yrkeskunnskap. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hommelstad, J og Ruland, C. M. (2004). Norwegian Nurses Perceived Barriers and Facilitators to Research Use. *Aorn Journal*, 79(3), 621-634.

Hummelvold, J.K., Andvig, E og Lyberg, A. (2010). Ethiske utfordringer i praksisnær forskning. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Høiland, M. (1996). Operasjonssykepleie i over 40 år. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Landsgruppe av operasjonssykepleiere.

Imsen, G. (2000). Elevers verden. Innføring i pedagogisk psykologi. Tano Aschehoug.

International Council of Nurses. (2011). ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva:ICN.

Jacobsen, DI og Thorsvik, J. (2007). Hvordan organisasjoner fungerer (3.utg.6.opl.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Johannessen, A., Tufte, PA. og Christoffersen, L. (2011). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4.utg.2.opl.) Oslo: Abstrakt Forlag.

Kirkevold, M. (1996). Integrative nursing research- an important strategy to further the development og nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 977-984.

Kitzinger, J. (1994). The Methodology of Focus Groups: The Importance of Interaction between Research Participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1).

Krueger, R. (1994). Focus groups, a practical guide for applied research (2.ed.). Thousand Oaks: Sage Publications, 36-45.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det Kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Larsen, K., Adamsen, L., Bjerregaard, L og Madsen, JK. (2002). There is no Gap 'per Se' Between Theory and Practice: Reasearch Knowledge and Clinical Knowledge Are Developed in Different Contexts and Follow Their Own Logic. *Nursing Outlook*, 50, 204-212.

Lave, J. og Wenger, E. (2003). *Situert læring- og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag.

Leenderts, T.A. (1997). *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Lerdal (2013). *Sykepleien Forskning*, 8(1), 3.

Maggs, C. og Biley, A. (2000). Reflections on the role of the nursing developement facilitator in clinical supervision and reflective practice. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 192-195.

McAllister, M., Osborne, S. (2006). Teaching and Learning Practice Developement for Change. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(4), 154-159.

McLafferty, I. (2004). *Focus group interviews as a data collecting strategy*. Dundee, UK: Blackwell Publishing Ltd.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Markussen, K. (2007). Barriers to research utilization in clinical practice (Review). *Vård i Norden*, 83(27), 47- 49.

Martinsen, K. (2009). Evidens- begrensende eller opplysende; I Martinsen, K & Eriksson, K. Å se og innse. Oslo: Akribe

Martinsen, K. (2005). Livsfilosofi og evidens i helsevesenet; I Martinsen, K. Samtalen, Skjønnhet og Evidens. Oslo: Akribe.

Martinsen, K.(red.) (1993). Den omtensomme sykepleier. Oslo: TANO.

Martinsen, K. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 92(13), 58-61.

Mitchell, L., Flin, R., Mitchell, J., Coutts, K og Youngson, G. (2010). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 818-828.

Mitchell, L og Flin, R. (2008). Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *JAN Review paper*. Aberdeen, UK: Blackwell Publishing Ltd.

Molander, B. (1996). Kunskap i handling. Göteborg: Daidalos.

Morgan, DL. (1997). Focus Groups as Qualitative Research. London: Sage.

Naustdal, AG. (2010). Kompetanseutvikling under press- erfaringer til sjukepleieleiarar etter omorganisering av sjukehusa. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 286-292.

Nilsen, S., Fauske, H. og Nygren, P. (2008). Læring i fellesskap. En pædagogisk modell for professionsutdannelser. Danmark: Gyldendal Norsk Forlag og Psykologisk Forlag AS.

NOU 2003:1. (2003). Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet.

Norsk nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora, NESH, (2006). *Forskningsetiske og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD. (2012). *Personvernombudet for forskning*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Nestel, D. og Kidd, J. (2006). Nurse's perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing*, 5(1) doi: 10.1186/1472-6955-5-1.

Nielsen, K. og Kvale, S.(Red.)(1999). Mester lære. Læring som sosial praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Nordquist, J., Sundberg, K. og Johansson, L. (2011). Case- verktyg för professionslärande. Stockholm: Liber AB.

Nortvedt, M.W. og Hansen TA. (2001). Evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 89(16), 59-61.

Nortvedt, M.W. og Hansen TA. (2001). Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 89(18), 42-45.

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. og Reinart, L.M. (2007). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere (1utg.3opl.). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004). Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleie NSFLOS (2008). Myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

NOU 1997:25. (1997). Ny kompetanse. Grunnlaget for helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk.

Nygren, P. (2004). Handlingskompetanse: om profesjonelle personer. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nåden, D. og Braute, E. (1992). Fenomenologisk tilnærming i sjukepleieforskning. Oslo: Universitetsforlaget.

Odland, LH. (2010). Evidens-et sentralt begrep i profesjonell sykepleie? *Nordisk tidsskrift for helseforskning* 1(6), 101-114.

Opheim, AE. (2010). Fagutvikling må prioriteres. *Sykepleien Forskning* 2010. 5(4): 293.

Oranta, O., Routasalo, P og Hupli, M. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among Finish registered nurses. *Journal of clinical Nursing*, 11, 205-213.

Parahoo, K. og Mccaughan, E.M. (2001). Research utilization among medical and surgical nurses: a comparison of their self report and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Nursing Management*, 9, 21-30.

Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter m.v. LOV-1999-07-02-63.

Polanyi, M. (1966). The tacit dimension. Gloucester, Mass: Peter Smith.

ProLearn (Professional learning in a Changing Society. Profesjonsl ring i endring. Populærvitenskapelig rapport til Forskningsrådet KUL-program 2008. Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitete i Oslo, i samarbeid med Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo. <http://www.pfi.uio.no/prolearn/>

Puchta, C. og Potter, J. (2005). Focus group practice. London: Sage.

Rasmussen, G. (2009).   være beredt på det uventede- en fokusgruppestudie om operasjonssykepleieres videreutvikling av handlingskompetanse. Trondheim: Institutt for Sosialt Arbeid og Helsevitenskap, NTNU.

Rasmussen Stenberg, R. (2011). Anestesisykepleiers holdning til fagutvikling. Oslo: Høgskolen i Oslo, Avdeling for Sykepleieutdanning.

Riley, R.G. og Manias, E. (2006a). Governance in operating room nursing: Nurses knowledge of individual surgeons. *Social Science & medicine*, 62, 1541-1551.

Riley, R.G. og Manias, E. (2006b). Governing time in operating rooms. *Journal of clinical nursing*, 15, 546-553.

Ruyter, KW., Førde, R. og Solbakk, JH. (2007). Medisinsk forskningsetikk. I: Ruyter, KW., Førde, R. og Solbakk, JH. (red). (2007) Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk: kapittel 4: s. 182-237 (55 s).

Ryle, G. (1949). *The Concept of Mind*. Chicago: The University of Chicago Press.

Sandvik, GK., Stokke, K. og Nortvedt, M.W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? (Review). *Sykepleien Forskning*, 6(2), 158-165.

Schön, DA. (2001). *Den reflekterende praktiker: Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Pedagogiske linjer. Århus: Klims Forlag.

Säljö, R. (2003). *Læring i praksis; et sociokulturelt perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.

Snibsøer, AK., Olsen, N.R., Espehaug, B. og Nortvedt, M. (2012). Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 232-241.

Sosial- og helsedepartementet (2007). *Oppfølging av "...og bedre skal det bli!" Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61.

Stewart, D.W., Shamdasani, P.N. og Rook, D.W. (2007). *Focus groups. Theory and Practice*. (2.utg.). London: Sage.

St.meld. nr.42 (1997-1998). (1998). *Kompetanseformen*. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

St.prp.nr.1 (2006-2007). (2006). *Kapittel 6. Nasjonal helseplan*. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet.

Tannery, N.H., Wessel, C.B., Epstein, B.A. og Gadd, C.S. (2007). Hospital nurses' use of knowledge-based information resources. *Nurs Outlook*, 55, 15-19.

Thidemann, I-J. (2005). Den sårbare læringsarenaen- om praksisfelleskapets implikasjoner for sykepleiers læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden*, 75(25), 10-15.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*.

Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University.

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1: Forespørsel om bistand i rekruttering av informanter til fokusgruppeintervju.

Vedlegg 2: Semi-strukturert intervjuguide.

Vedlegg 3: Svar på søknad fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Vedlegg4: Informasjon og forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet.

Vedlegg 1

Wenke Hjelen
Høgskolen i Oslo og Akershus
Avdeling for sykepleieutdanning
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 Oslo

September 15, 2012

Forespørsel om bistand i rekruttering av informanter til fokusgruppeintervju i forbindelse med mastergrad ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Jeg ber med dette om bistand til å rekruttere informanter til å gjennomføre en kvalitativ studie med den foreløpige tittelen: ***Hvordan skjer fagutvikling blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen?***

Jeg, Wenke Hjelen, er utdannet operasjonssykepleier og for tiden masterstudent i klinisk sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Masterstudiet skal medføre til at sykepleiere skal kunne planlegge, utøve og evaluere sykepleie til pasienter, samt igangsette og drive forskning og fagutvikling i praksis. En del av masterstudiet er derfor å gjennomføre et forskningsprosjekt i løpet av studietiden.

Formålet med mitt forskningsprosjekt er å kartlegge hvordan operasjonssykepleiere opprettholder og videreutvikler fagkunnskap i praksis. Samtidig ønsker jeg å se på hvordan organisatoriske rammer fremmer eller hindrer gjennomføring av fagutvikling i de enkelte avdelingene.

Studien kan gi økt kunnskap om hvordan fag, utdanning og pasientsikkerhetsarbeid blir ivaretatt i de forskjellige operasjonsavdelingene i ulike sykehus i Norge.

Metoden jeg vil anvende for innsamling av data vil være fokusgruppeintervju. Jeg ønsker informanter med følgende kriterier:

- Ca 5-8 operasjonssykepleiere.
- Erfaring fra 2-40 år, med minimum 2 års erfaring fra samme avdeling.
- Ansatt i 80-100% stilling.

Fokusgruppeintervjuene er emnerelatert, og det er ønskelig med et møterom i nærheten av operasjonsavdelingen, hvor det blir naturlig at stedet legger opp til samtale om mitt emne. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og transkribert. Jeg vil ha med en assistens som observerer, og har ansvaret for det tekniske samt noterer.

Jeg håper på å få utført fokusgruppeintervjuene i løpet av oktober-november.

Hva innebærer deltagelse i forskningsprosjektet?

Det innebærer at en deltar i et fokusgruppeintervju med varighet inntil 2t. Fokusgruppen vil bestå av 5-8 operasjonssykepleiere og diskusjonen vil bli moderert av undertegnede og ha fokus på ulike sider av fagutvikling. Diskusjonen vil bli tatt opp på lydbånd, og en assistent vil ta notater. Fokusgruppeintervjuene planlegges å bli gjennomført den i et møterom på sykehuset. Deltagelse medfører ingen godtgjørelse.

Vedlegg 1

Prosjektet gjennomføres av meg, Wenke Hjelen, og veileder for prosjektet er førsteamanuensis Mette Sagbakken: Mette.Sagbakken@hioa.no ved Institutt for sykepleie, Høyskolen i Oslo og Akershus.

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv og samtykkeskejma.

Vennlig hilsen

Wenke Hjelen
Mobil: 90129191
E-post: wenkehjelen@gmail.com

Semi-strukturert intervjuguide.

Hvordan skjer fagutvikling blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen?

1. Kan dere beskrive hva dere mener er viktige og nødvendige ferdigheter for å praktisere?
2. Ta utgangspunkt i god operasjonssykepleie som et begrep
 - a) Kan dere si noe om hva som kjennetegner god operasjonssykepleie?
 - b) Hvilke utfordringer opplever dere er de største for å utøve god operasjonssykepleie?
3. Hva legger dere i begrepet fagutvikling?
 - a) Hvordan innhenter dere ny kunnskap, og hvor ofte?
4. Hvordan tilrettelegges det for fagutvikling i avdelingen?
5. Er det noe i praksis som dere opplever fremmer eller hindrer fagutvikling?
6. Dere har nå snakket om fagutvikling, og hva mener dere er den viktigste faktoren for fagutvikling ut i fra det dere nå har diskutert?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Mette Sagbakken
Institutt for sykepleie
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 10.09.2012

Vår ref:31350 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31350	<i>Hvordan opprettholder og viderutvikler operasjonssykepleiere sin fagkompetanse i operasjonsavdelingen?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Mette Sagbakken</i>
<i>Student</i>	<i>Wenke Hjelen</i>

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

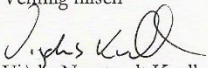
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Wenke Hjelen, utsynsveien 1 H, 1176 OSLO

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31350

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at formuleringen "Jeg har taushetsplikt i henhold til Helsepersonelloven § 21..." fjernes. Erstatt gjerne setningen med at datamaterialet behandles konfidensielt. I tillegg ber vi om at det påføres dato for prosjektslutt og sletting av koblingsnøkkel/anonymisering (30.05.2013). Revidert skriv sendes oss innen det opprettes kontakt med utvalget.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Ombudet forutsetter at det ikke innhentes opplysninger om 3. person (pasienter) og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandlingen som finner sted. Ombudet anbefaler at student gjør informanten tydelig oppmerksom på dette i forkant av intervju.

Prosjektet skal avsluttes 30.05.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, arbeidsplass, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Høyskolen i Oslo og Akershus

Institutt for sykepleie

Oslo.....

Informasjon og forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet:

Hvordan skjer fagutvikling blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen?

Jeg ønsker med dette informasjonsskrivet å informere om et forskningsprosjekt som er relatert til din rolle og dine erfaringer som operasjonssykepleier. Målet med prosjektet er å kartlegge hvordan fagutvikling forstås og skjer blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen. Den teknologiske utviklingen og den medisinske behandlingen utvikler seg i raskt tempo og stiller stadig nye krav til fagkompetanse. Det er lite forsket på hvordan fagutvikling blir gjennomført blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingene, og resultatene fra studien vil bidra til økt kunnskap om fagutvikling og pasientsikkerhetsarbeid.

Prosjektet gjennomføres av meg, Wenke Hjelen, masterstudent i klinisk sykepleievitenskap ved Institutt for sykepleie, Høyskolen i Oslo og Akershus. Veileder for prosjektet er førsteamanuensis Mette Sagbakken ved Institutt for sykepleie, Høyskolen i Oslo og Akershus.

Hva innebærer deltagelse i forskningsprosjektet?

Hvis du velger å delta i prosjektet betyr det at du deltar i et fokusgruppeintervju med varighet inntil 2t. Fokusgruppen vil bestå av 5-8 operasjonssykepleiere og diskusjonen vil bli moderert av undertegnede og ha fokus på ulike sider av fagutvikling. Diskusjonen vil bli tatt opp på lydbånd, og en assistent vil ta notater. Fokusgruppeintervjuene planlegges å bli gjennomført den i et møterom på sykehuset. Deltagelse medfører ingen godtgjørelse.

Vedlegg 4

Frivillig deltagelse.

Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunnen til dette. Datamaterialet behandles konfidensielt. Det vil si at informasjonen du gir ikke skal kunne knyttes til ditt navn eller din person når jeg senere formidler resultatene av undersøkelsen. Dato for prosjektslutt og sletting av koblingsnøkkel/anonymisering er 30.05.2013.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning (NSD).

Hvis du ønsker å delta i fokusgruppe intervjuet, undertegner du samtykke erklæringen på neste side, og tar kontakt med undertegnede innen

Du kan når som helst trekke ditt samtykke tilbake. Har du spørsmål angående prosjektet kan jeg kontaktes på mail og telefon.

Vennlig hilsen

Wenke Hjelen
Mobil: 90129191
E-post: wenkehjelen@gmail.com

Kontaktopplysninger til veileder (daglig ansvarlig):
Mette Sagbakken, Førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Avdeling for sykepleierutdanning
Stensberggaten 27. Postboks 4, 0170 Oslo
Tlf; 22453851 Mail: Mette.Sagbakken@hioa.

Vedlegg 4

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I FOKUSGRUPPEINTERVJU

Hvordan skjer fagutvikling blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen?

Jeg har lest vedlagt informasjonsskriv, og jeg har hatt muligheten til å stille spørsmål angående prosjektet. Jeg ønsker å delta i fokusgruppe intervju om hvordan fagkompetanse opprettholdes og videreutvikles i operasjonsavdelingen.

Jeg er kjent med at alt materialet vil behandles konfidensielt etter gjeldende regler for forskning. Jeg er også inne-forstått med at deltagelsen er frivillig og at jeg når som helst kan trekke meg fra studien.

Dato/Sed

Deltakers Underskrift