

# Læring i intensivkontekster for sykepleiere uten spesial- eller videreutdanning

Randi Helene Ween



Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap

**HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS**

Institutt for sykepleie

Heltid 2012

15.november 2014

Navn på veileder: Bjørg Christiansen



HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS Institutt for sykepleie  
Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo

<b>Navn:</b> Randi Helene Ween	<b>Dato:</b> 15..11.14
<b>Tittel og undertittel:</b> Læring i intensivkontekster for sykepleiere uten spesial- eller videreutdanning	
<b>Sammendrag:</b> <b>Formål:</b> Studiens hensikt var å undersøke hvordan læring foregår hos sykepleiere som mangler spesial- eller videreutdanning når de skal lære i intensivkontekster. Hva motiverer for læring og hvilke ressurser finnes i miljøet? <b>Teoretisk forankring:</b> Læring er et bredt og komplekst fenomen som finnes i mange former og baserer seg på mange fagdisipliner. I studien er læring beskrevet i lys av sosiokulturell læringsteori. For å få en bredere forståelse, presenteres i tillegg spesifikke perspektiv på sykepleiefeltet. <b>Metodologi:</b> Studien er kvalitativ med en abduktiv tilnærming. Det er foretatt to fokusgruppeintervjuer med til sammen elleve informanter, fordelt på fire spesialavdelinger. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Det empiriske materialet er blitt analysert i hermeneutisk tradisjon, inspirert av Kvale og Brinkmann (2010) og Malteruds tolkningstekster (Malterud, 2011). <b>Resultater:</b> Analysen avdekket åtte sentrale funn som er blitt presentert i hovedkategorier: ”før kunne du mye om lite, nå kan du lite om mye”, varierte utfordringer, personlig engasjement som motivasjon for å lære, ”du lærer veldig mye bare ved å jobbe på en sånn avdeling også”, medsykepleiers betydning for læring, betydningen av å reflektere, betydningen av å kunne håndtere medisinsk teknisk utstyr, å utvikle klinisk blikk. Resultatene er diskutert i lys av teori under to overskrifter: hva som motiverer til læring og ressurser for læring. <b>Konklusjon:</b> Det var mange utfordringer forbundet med å starte å arbeide i intensivrelaterte miljøer. Avdelingen er en viktig sted for å lære og læring foregikk ved å utføre arbeidet. Å bli integrert i avdelingen var viktig da kolleger var viktig læringskilde. De mestret flere ting hvis de fikk støtte fra kolleger. Informantene ønsket å utvikle praktiske ferdigheter og å beherske medisinsk teknisk utstyr syntes å være essensielt. Motivasjon for læring var knyttet til personlig ansvar og engasjement. Teori måtte være praksisnær for at den skulle bli ansett som nyttig. Å lære i praksis ga mer utbytte enn annen mer formell læring.	
<b>Nøkkelord:</b> Læring, uformell læring, intensiv, sykepleier, kompetanse, praksis, sosiokulturell, situert.	



HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS Institutt for sykepleie  
Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo

<b>Name:</b> Randi Helene Ween	<b>Date:</b> 15.11.14
<b>Title and Subtitle:</b> Learning in intensive context for nurses without special or postgraduate education.	
<p><b>Abstract:</b></p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of the study was to analyze how learning is practiced by nurses that lack special competence or postgraduate education when learning in intensive contexts. What motivates nurses to learn and what resources are available in the environment?</p> <p><b>Theory:</b> Learning is an extensive and complex phenomenon that can be found in several professional disciplines. In this study, learning is discussed in the light of the social cultural learning theory. In order to get a better understanding of this phenomenon, specific perspectives of the field of nursing are presented.</p> <p><b>Method:</b> The study is quantitative with an abductive approach. Interviews with two focus groups have been conducted. These contain a total of eleven informants working in four different departments. All the interviews were recorded and transcribed. The empirical material has also been analyzed in a hermeneutical approach, inspired by Kvale and Brinkmann (2010) and the interpreting text of Malterud (2011).</p> <p><b>Results:</b> The analysis uncovered eight main findings that are presented in the following categories; ”before you knew a lot about little, now you know a little about everything”, various challenges, personal engagement resulting in motivation for learning, ”you learn a lot just by working in such a department as well”, the fellow-nurses impact on learning, the significance of reflection, the significance of handling medical technical equipment, and finally, to develop a clinical eye. The results are discussed in the light of theory under the two headlines; “Motivation for learning, and resources for learning.</p> <p><b>Conclusion:</b> There were many challenges associated with starting working in intensive care related environments. The department is an important area for learning. To be integrated in the unit was important, as colleagues were seen as an essential source for learning. The nurses handled more situations if they received support from their colleagues. The informants wanted to develop practical skills and being able to handle medical technical equipment seemed to be essential. Motivation for learning was related to personal responsibility and engagement. Theory must have a practical approach, as it seemed to be more valuable than other formal learning methods.</p>	
<b>Key words:</b> Learning, informal learning, intensive care, nurse, competence, practices, socio-cultural, situated.	

## **FORORD**

En lærer hele livet!

Å lære gjelder ikke bare de nyutdannede som står i starten av en arbeidskarriere, men også meg selv som har et langt arbeidsliv bak meg.

Jeg er glad for å ha fått mulighet for fordypning i temaet og er takknemlig for at arbeidsplassen har gjort dette mulig.

Takk til hver og en informant som har delt sine opplevelser og erfaringer. Dere har vært en viktig del av studien.

Å skrive masteroppgave har mange forskjellige veier og ingen fasit. Tusen takk til veileder Bjørg Christiansen som har ledet meg frem. Du har bygget stillas for meg (metafor som er brukt i oppgaven). Stillaset har vært ganske høyt og jeg har klatret, men har så vidt greid å ikke falle ned. Altså et stillas slik det bør være!

Oslo, november 2014

Randi Helene Ween



## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	3
1.3 Oppgavens oppbygning.....	3
1.4 Avgrensning og begrepsforklaring.....	4
1.5 Valg av litteratur .....	4
<b>2. TEORETISKE PERSPEKTIVER.....</b>	<b>6</b>
2.1 Karakteristikk av sykepleierfunksjonen og arbeidets art i intensivrelaterte kontekster....	6
2.2 Dagens helsevesen sett i en historisk perspektiv.....	7
2.3 Teoretisk kunnskap .....	9
2.4 Praktisk kunnskap .....	9
2.5 Kunnskap, syn og utvikling.....	11
2.6 Kunnskap og profesjon .....	13
2.7 Sosiokulturell læringsteori .....	15
2.8 Karakteristika ved praksis .....	18
2.9 Erfaringsbasert kunnskapsutvikling- Benners taksonomi.....	20
<b>3. METODE .....</b>	<b>23</b>
3.1 Studiens forskningsdesign.....	23
3.2 Refleksivitet og forforståelse .....	24
3.3 Planlegging og rekruttering.....	26
3.3.1 Tilgang til feltet.....	26
3.3.2 Utvalg.....	27
3.3.3 Rekruttering og inkludering.....	28
3.3.4 Fokusgruppeintervju .....	29
3.3.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene .....	30
3.4 Analyse .....	32
3.4.1 Transkribering.....	32
3.4.2 Analyse av materialet.....	34
3.5 Reliabilitet og validitet.....	38
3.6 Ethiske overveielser.....	40
<b>4. FUNN .....</b>	<b>42</b>
4.1 Før kunne du mye om lite, nå kan du lite om mye .....	42
4.2 Varierte utfordringer .....	44
4.3 Personlig engasjement som motivasjon for å lære.....	47
4.4 “Du lærer veldig mye bare ved å jobbe på en sånn avdeling også” .....	48
4.5 Medsykepleiers betydning for læring.....	52
4.6 Betydningen av å reflektere .....	55
4.7 Betydningen av å kunne håndtere medisinsk teknisk utstyr .....	57
4.8 Å utvikle klinisk blikk.....	59
<b>5. DISKUSJON .....</b>	<b>63</b>

5.1	Hva motiverer til læring.....	63
5.2	Ressurser for læring .....	67
5.2.1	Betydningen av teori i praksis.....	67
5.2.2	Betydning av kollegafelleskap .....	72
5.2.3	Den formelle opplæringen .....	76
5.2.4	Lære gjennom praktiske handlinger.....	77
5.3	Diskusjon av studien.....	81
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>83</b>
	<b>REFERENCE LIST .....</b>	<b>85</b>

Vedlegg I: Intrvjuguide

Vedlegg II: Søknad til Norsk samfunnsvitenskapligdatatjeneste (NSD)

Vedlegg III: Søknad til kompetansesenter for personvern

Vedlegg IV: Forespørsel til avdelinger

Vedlegg V: Forespørsel til informanter



# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

”Å brette opp ermene og ta i et tak” er nesten blitt et begrep innad i sykehusene som er velkjent for mange sykepleiere. Underforstått ligger det i dette at det handler om å få jobben gjort med de ressurser som er tilgjengelig i øyeblikket, fordi jobben *må* gjøres der og da. Gjenkjennende er det også at mange avdelinger har et jevnt tilsig av nyutdannede sykepleiere som må ta de krevende arbeidsoppgavene og dette ansvaret på strak arm. Sykepleiere går inn og ut av utfordrende arbeidssituasjoner beroende på avdelingens karakter og pasientbelegg som i dagens helsevesen tenderer til å bli stadig mer spesialisert og faglig utfordrende. For å effektivisere legges det opp til fleksibel utnyttelse av senger og personell (Flaatten og Søreide, 2010). Sykepleietjenesten er dermed en nøkkelgruppe i sykehusene som har fått store, faglige utfordringer både i og utenfor de definerte intensivavdelinger. Dette tilsier at med dagens avanserte behandlingsmuligheter er det behov for høy faglig kompetanse på sykepleietjenesten der pasientene måtte befinne seg.

Sykepleierne kommer i kontakt med pasientgruppene på mange ulike steder, i alt fra rom med fastvakter som brukes i ekstraordinære situasjoner på sengeavdeling til intermediaer og overvåkningsstuer tilknyttet sengeavdeling. Ut fra eget ståsted som intensivsykepleier og fagutviklingsykepleier har det ofte forbauset meg hvor lett sykepleierne sier ja til slike utfordringer med lojalitet til leder og pasient. Jeg har også mange ganger blitt imponert over hvor godt sykepleiere mestrer krevende situasjoner og jeg har undret meg hvordan dette er mulig kun med en generell sykepleierutdannelse og begrenset praksiserfaring. Selv har jeg erfart at mange av dem liker de utfordringer som de blir tildelt og oppsøker dem også når situasjonen ikke krever det. For enkelte er dette et bevisst valg da de søker seg spesifikt til ytterligere utfordrende avdelinger som grenser tett opp mot intensivfeltet eller som er definert som ren intensivavdeling.

Demografiske endringer tilsier at det trengs 30% flere i intensivplasser i Norge frem til år 2025 dersom dagens intensivtilbud skal kunne opprettholdes. Med samme personalfaktor vil utviklingen tilsi behov for 30% flere intensivsykepleiere (Kvåle, 2012), men både virksomheters og sykepleiernes personlig økonomi kan være til hinder for at sykepleiere velger å ta videreutdanning (Dæhlen og Seip, 2009). Dagens praksis synes å være at sykepleiere med liten realkompetanse nå arbeider ved spesialavdelinger som egentlig krever kompetansebasert praksis. Sjetne (2011) mener at dette ikke er uproblematisk da personell anses for å være svært viktig når det gjelder kliniske resultater i sykehus.

Studier fra Bjørk (2006) og Solli (2009) viser at sykepleieledere har urealistiske forventninger til nyutdannede sykepleiere og sykepleierne selv opplever et kompetansegap mellom det de besitter og det som forventes fra arbeidsgiversiden. Tiden det tar å oppleve mestring i arbeidet ut fra kompetanse, er oppfattet å være svært ulikt mellom de to gruppene (Solli, 2009). Dette kompetansegapet omfatter ifølge Bjørk (2006) en rekke fagområder som anatomi og fysiologi, patofysiologi, hygiene og organisatoriske fag.

Sykepleiernes seksjons- og avdelingsledere er bevisst sitt ansvar og kan ta mye av fortjenesten for at så mye god læring foregår i praksisfeltet under daglig arbeid. En del opplæring er formell og organisert på ulike nivåer internt i sykehusene, men studier viser samtidig at uformell læring i jobb anses som viktigste læringsarena (Tøien, 2009). Dette indikerer at ansvaret for opplæring gjerne faller på kolleger som har mer erfaring enn den andre. For fagutviklingssykepleiere er det gjerne de organiserte kompetanseprogrammene en har best kjennskap til, mens den daglige læring både er mer diffus og gjenstand for mindre innsikt. I følge Tøien (2009) er det gjort lite forskning på hvordan læring foregår i klinisk praksis, med unntak av det som omhandler sykepleiestudenter og nyutdannede. Mine litteratursøk har vist det samme. Det er mye vi ikke vet om læring i dette helhetsperspektivet og forhåpentligvis kan denne studien kaste lys over dette for denne sykepleiergruppen som kan klassifiseres som uerfarne eller delvis erfarne, men som arbeider i et fagfelt som i stor grad tilskrives sykepleiere med spesialkompetanse. Mitt ønske har derfor vært kunnskap om dette for egen del og ønske om å dele ny kunnskap med feltet.

## 1.2 Problemstilling

Studiens hensikten er å belyse forhold som kan være av betydning for praksislæring der sykepleiere uten intensivutdanning arbeider i intensivkontekster.

Dette utledes til følgende problemstilling:

*”Hvordan lærer sykepleiere uten videre- eller etterutdanning i intensivkontekst?”*

Problemstillingen blir belyst med følgende forskningsspørsmål:

Hva motiverer for læring?

Hva kjennetegner ressurser for læring?

## 1.3 Oppgavens oppbygning

Sykepleiers læring og kunnskapstilegnelse som denne studien ønsker å belyse, er et komplekst fenomen. Min datakilde er fra fokusgrupper, men for å kunne analysere data på en tilfredsstillende måte, har det også vært nødvendig å kartlegge konteksten sykepleiere uttaler seg på bakgrunn av. Jeg har derfor innhentet og lest opplæringsplaner og organiserte kompetansetiltak som eksempelvis krav og tilbud som gis i opplæring av nyansatte. Der jeg har hatt behov for utdyping og forklaring til dokumentene, har jeg snakket med fagutviklingssykepleierne ved avdelingene.

For å kunne svare på problemstillingen kreves det en forståelse for og diskusjon av læringsteori. Kapittel 2 redegjør derfor for de viktigste teorier som er lagt til grunn i oppgaven. Her er ulike læringsteorier presentert, blant annet sosiokulturell læringsteori. Læring er et komplekst og bredt fenomen og baserer seg derfor på mange ulike fagdisipliner. Denne studien trekker derfor på litteratur fra pedagogikk, sosiologi og filosofi. Kapittel 3 redegjør for metoden som er brukt i studien. Dens forskningsdesign, planlegging og gjennomføring vil beskrives. Avslutningsvis vil kapittelet diskutere noen etiske betraktninger.

Videre vil analysefunn presenteres i kapittel 5, som igjen vil drøftes og diskuteres i lys av teori og empiri i kapittel 6. Avslutningsvis, i kapittel 7 kommer en oppsummering med konklusjon.

#### **1.4 Avgrensning og begrepsforklaring**

Studien omhandler hvordan læring og tilegnelse av kompetanse foregår i konteksten som beskrevet innledningsvis. Det er mange perspektiver for læring, relatert til sammenheng og betydning som begrepene brukes i (Illeris, 2006). I tillegg har teoretikere ulike definisjoner på læring ut fra det læringssynet de forfekter (Lave og Wenger, 2003). Læring blir gjerne målt opp mot kompetanse. I denne studien har kompetansebegrepet sin relevans i betydningen av evne til å gjøre praktiske oppgaver og mestre situasjoner og utfordringer.

Gruppeintervjuene har vist at temaene om læring og kompetanse influerte i hverandre og dette har vært vanskelig å skille. Begrepene har tatt utgangspunkt i teori og informantenes beskrivelser, tross en bevissthet om at det har vært nødvendig å gjøre en forenkling av begrepene. Analysen og dens fortolkning vært bestemmende for hvilket lys en har sett begrepene læring og kompetanse i og teorien har kommet i stand etter en vekselvirkning mellom teori og intervjuetekstene. De mest sentrale lærings- og kompetanseteoriene som er tilknyttet studien blir redegjort for i teorikapittelet. Andre temaer måtte utelates. Til eksempel er livserfaring og kompetanseformer med skriving, lesing etc. slik det omtales i skoleverket, ikke et belyst område i denne studien.

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

For å kunne svare på problemstillingen kreves det forståelse for og diskusjon av læringsteori. Her er blant annet et sosiokulturelt syn på læring, samt Kirkevold (2006) og Benner (1995) med sine spesifikke perspektiver på sykepleiefeltet sentralt. Læring er et komplekst og bredt fenomen og baserer seg derfor på mange ulike fagdisipliner. Denne studien trekker derfor på

litteratur fra pedagogikk, sosiologi og filosofi.

Det finnes mye teori og studier som omhandler veiledning, læringsteori og kompetanseutvikling hos sykepleierstudenter og sykepleiere. Det er funnet færre studier gjort på uerfarne sykepleieres læringsprosesser som arbeider i intensivkontekster. Fenomenet læring er rikelig beskrevet i litteraturen. Det er funnet færre studier på sykepleiere som kan beskrives som å være i mellomposisjoner mellom å være helt uerfarne og eksperter.

Det er hovedsakelig søkt databasene Cinahl, Medline/ Ovid, PubMed, Swemed+ med søkeord novice, advanced, practice, nurs\*, intensive care brukt i ulike kombinasjoner. Bibsys er brukt for å finne artikler og bøker med søkeord og relevant teori etter emner. Det har blitt søkt etter enkeltstående studier og oppsummert forskning. Søkene er blitt foretatt under veiledning fra bibliotekar og på egen hånd. Det har blitt gjort systematiske og individuelle søk som fra referanselister i relevante artikler og bøker. I tillegg har jeg brukt anbefalt litteratur fra veileder.

## **2. TEORETISKE PERSPEKTIVER**

### **2.1 Karakteristikk av sykepleierfunksjonen og arbeidets art i intensivrelaterte kontekster**

Sykepleie i intensivrelaterte situasjoner knyttes gjerne til situasjoner hvor en må å se og tolke ulike aspekter ved en situasjon for å finne riktige og effektive handlingsstrategier (Kirkevold, 2006). Dette krever situasjonsforståelse og dømmekraft (Benner, 1995). Avansert sykepleie tilsier at det må gjøres individuelle observasjoner og tiltak som fordrer sammenstilling av ulike opplysninger og tolkninger (Guldbrandsen og Stubberud, 2010). Spesialavdelingene kan i ulik grad være medisinskfaglige eller teknologiske med ulik aktivitet beroende på pasientgruppene. Medisinsk teknologi defineres som utstyr, apparatur, legemidler, behandlingsmetoder, diagnostiske prosedyrer, forebyggende metoder og pleie (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997b). Miljøet er kjennetegnet ved å bestå av tverrfaglig team, fortrinnsvis med leger og sykepleiere hvor både pasient- og pårørendearbeid er vesentlige arbeidsområder.

Spesialavdelingene, hvor informantene i studien er rekruttert fra, er knyttet til både medisinsk og kirurgisk fagfelt. Avdelingene har relevans til intensivfeltet og kjennetegnes ved at de leverer høyspesialiserte tjenester til voksne og barn fra nyfødt alder. Pasientkategorien er bred med forskjellige diagnoser/ problemstilling, hvor hoveddelen av pasientene er tiltrengt akutt eller hurtig hjelp. Alle avdelingene bruker i større eller mindre grad medisinsk teknisk utstyr i pasientbehandling da pasientene ofte eksempelvis har behov for støtte til respirasjon og sirkulasjon.

Avdelingens formaliserte opplæring av nyansatte uten videreutdanning/ spesialutdanning har

både fellestrekk og ulikheter. Opplæringstiden varierer fra ca. seks uker til tre måneder, hvor en del av opplæringen er tilsiktet opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr. Opplæring med veileder/ veiledere tilstrebes av alle avdelingene gjennom hele opplæringsperioden. Videre var det vanlig at avdelingene utleverte skriv om avdelingen, praktiske opplysninger, litteraturliste og sertifiseringskrav til de nyansatte. Det standardiserte kompetanseprogrammet ”Klinisk Stige” som er et program som gir praktisk skoleing på sykehusene, ble i de ulike avdelingene tilpasset individuelt. Felles var at samtlige avdelinger også gjennomførte et obligatorisk introduksjonskurs i regi av programmet.

Hoveddelen av pasientene er tiltrengt akutt eller hurtig hjelp, mens en avdeling har oppfølgende behandling av pasienter etter livstruende sykdommer.

## **2.2 Dagens helsevesen sett i en historisk perspektiv**

Sykehusvesenet har lang tradisjon og har i løpet av siste århundre befestet sin posisjon som kompetansesenter innen medisinsk vitenskap. Sykepleieyrket har vesentlig kortere tradisjon. Det har det vært en rivende utvikling for både sykehus, legestand og sykepleie i de siste år. Ved å trekke i noen historiske tråder kan dette gi et perspektiv på dagens organisering, struktur og innhold i fag.

Det moderne sykehus sin fremvekst regnes å tilhøre tidsepoken 1850-1950 da utvikling av medisinsk vitenskap og teknologi tok form, selv om behandlingstilbudene ved sykehusene etter nåtidens forståelse var svært begrenset. Pleie var i fokus og den legendariske sykepleieren Florence Nightingale skapte en erkjennelse av egenverdien av pleie etter erfaringer fra Krimkrigen og bidrar også i dag til å fremme sykepleieyrket. Da medisinsk vitenskap og teknologi skjøt fart, endret det moderne sykehuset seg fra å være en pleieinstitusjon til en behandlingsinstitusjon. Skoler for sykepleie ble etablert, selv om sykepleien i tillegg til å være et yrke også var preget å av å være et kall. I perioden fra 1950-1980 var det vekst og optimisme og en god periode for medisinsk og teknologisk utvikling. Dette videreførte legenes betydning, noe som nødvendiggjorde en stadig større arbeidsdeling. Kravet til spisskompetanse innen sykepleie førte til at det ble opprettet videreutdanninger med samarbeid mellom høyskoler og sykehusinstitusjoner. Utviklingen har ført til omfordeling og tilvekst av nye yrkesgrupper på sykehus. Eksempelvis ble pleie, som tidligere hadde vært

sykepleierens hovedoppgave, overført til hjelpepleierne, som er personale med kortere og mer generell utdanning. I tillegg har også yrkesgrupper som sosionomer, fysioterapeuter og ingeniører kommet innenfor sykehuset. Med økt faglighet overtok sykepleiere på 1980-tallet en del arbeidsoppgaver fra legene, samtidig med et ønske om å komme bort fra den medisinske tankemodellen og markere eget fag og egen funksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997a). Sykepleiere på spesialavdelinger gjør i dag stadig mer av arbeidsoppgaver som tidligere lå til legegruppen og oppfatter å være en yrkesgruppe med selvstendig ansvar og egenverdi. Datidens ”støttefag” som anatomi/ fysiologi, mikrobiologi etc. skulle være dekkende for naturvitenskaplig kunnskap, men har senere fått større dimensjon. I de siste tider er sykepleieteori knyttet nærmere til empirisk virkelighet. Dagens sykepleiepraksis er konsentrert om et holistisk omsorgsperspektiv som er psykologisk og filosofisk basert og illustrerer slik en yrkesidentitet som i dag går på tvers av spesialitetene. Samfunnsvitenskapelige støttefag med emner som ”å snakke med pasienten” er nå blitt avløst av ”psykologi og kommunikasjon” (Lykkeslet, 2003).

Med den sterke veksten i kunnskapsutvikling innen medisinsk vitenskap, teknologi og pleie, må sykepleiere beherske både et medisinsk og teknologisk fagfelt i tillegg til spisskompetanse som utgjør stadig større del av medisinsk vitenskap. Arbeidsområdene er blitt mer spesifikke uavhengig av eksterne forhold som pasientgrunnlag eller sykehusenes størrelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997a). En rapport utført på oppdrag av Den Norske Legeforening og Norsk Sykepleierforbund beskrev sykehus som store kompetansevirksomheter hvor kompetanse ble ansett for å være muligens den viktigste driveren for verdiskapning, med helsemessige resultater og pasientsikkerhet som målområder (McKinsey & Company Inc, 2011). Sykepleietjenesten hevdes å ha behov for ny kunnskap kontinuerlig, relatert til at de hele tiden kommer i kontakt med mennesker som representerer nye problemsituasjoner og nye behandlingsformer. I McKinsey & Companys siste rapport fra 2013 fremstilles helsesektoren mer helhetlig: ”helsesektoren er kjennetegnet med høy kompetanse i pasientbehandlingen og de faglige retningslinjer, beste praksis, behandling og teknologi endres relativt raskt. Tilstrekkelig ressursbruk og høy kvalitet og kravstillelse i kompetanseutviklingen er dermed svært viktig” (McKinsey & Company Inc, 2013 s. 41).



### 2.3 Teoretisk kunnskap

Teoretisk kunnskap er ofte et resultat av vitenskapelig arbeid som kan være bygget på empiri. Denne type kunnskap er gjerne abstrakt og generell, er oftest skriftlig formulert og offentlig tilgjengelig. Teoretisk kunnskap kan forklare fenomener og årsaksforhold hos pasientgrupper og viser til relativt stabile og observerbare sammenhenger til fenomener som en ser i praksis (Kirkevold, 2006). Teoriens berettigelse i praksis er begrunnet med at det bidrar til forståelse av både komplekse situasjoner, så vel som enkeltstående pasientsituasjoner som kan vise til både opplevelser av erfaring samt effekt av tiltak. Dette er nødvendig kunnskap for å kunne forstå og handle profesjonelt (Lykkeslet, 2003). Verdien av kunnskap i praksis er knyttet til refleksjon som sammen kan bidra til gode faglige situasjoner bygget på både fagkunnskaper, men samtidig bruke ”hender, hjerte og hode”. Slik kan teoretisk innsikt hjelpe å forstå hva en sanser (Alvsvåg, 2009).

### 2.4 Praktisk kunnskap

Praksis kan ikke bare ses som enkeltstående handlinger, men inngår i sammenhengende handlingssekvenser for å oppnå visse mål (Thomassen, 2006). Praktisk kunnskap kan karakteriseres som virksomhetsspesifikk. Konkrete handlinger utført av ulike personer kan ligne hverandre, men blir aldri identiske da form og innhold er knyttet til den som er ”eier” av kunnskapen og de situasjoner hvor den blir lært og anvendt. Kunnskapen peker slik på kunnskapsbæreren og brukssituasjoner; herav betegnelsen indeksikalitet. Når kunnskap og person er knyttet sammen, så medfører dette at dersom utøveren skiftes ut, så vil den praktiske kunnskapen også skiftes ut. Slik sett vil handlinger alltid ha en særegenhet beroende på hvilken personen som har praktisert (Nortvedt og Grimen, 2009). Praktisk kunnskap er indeksert til en rekke ting, både for læring, overføring og situasjoner og slik har avsenderen av denne kunnskapen satt sitt merke på den. Indeksert kunnskap er knyttet til orientering av tid og rom. Praktiske ferdigheter *må* oppøves igjennom handlinger. Slik kunnskap kan være ordløs, såkalt taus kunnskap (Thomassen, 2006). Denne kunnskapsteorien bygges på tanken om at kunnskap som praktisk og kroppslig (Benner, Sutphen, Leonard and Day, 2010). Generelt vil verbal og ikke-verbale handlinger oppstå på samme tid, men formulerte sannheter trenger ikke bare være det som gir økt kunnskap.

Praktisk kunnskap innebefatter mange dimensjoner med ulike begreper, eksempelvis: ferdighetskunnskap, erfaringskunnskap, personlig kunnskap, intuitiv kunnskap, fortrolighetskunnskap, taus kunnskap, ”know how/ knowing how” (å kunne gjøre noe) og ”knowing that” (å vite at noe er). Dette er begreper som er til dels overlappende og til dels kontrasterende, men som kan være nyttig å vite noe om i et mylder av beskrivelser. Kontrasterende begreper kan være taus og artikulert kunnskap eller ”knowing how” (å kunne gjøre noe) og ”knowing that” (å vite at noe er). ”Know how” er knyttet opp til handlingskompetanse som er viktig for kvalitativ god praksis (Nortdvet og Grimen, 2009). Spesielt har Benner brukt begrepet for å forklare forskjeller med kompetanse og problemløsning for novise og ekspert (Benner, 1995).

Utvikling av erfaring omtales i hovedsak senere i dette kapittelet under Benners taksonomi. I forkant av det kan det være hensiktsmessig å kjenne til erfaringsbegrepet. Benner et al.(2010) forteller at erfaringslæring er et pedagogisk hovedprinsipp i praksis, i motsetning til skolesammenheng og henviser til forskere som hevder at den beste undervisningen foregår i klinikkene. Dette begrunnes ut fra at klinikker har et annerledes samarbeid uten den tradisjonelle undervisningsformen som en finner i skolesystemet. I en klinikk vil tilegnelse og anvendelse av erfaringslæring således være mer integrert og erfaringslæring skjer gjennom førstehåndserfaring med pasienter.

Erfaringskunnskap som kunnskapsform kjennetegnes ved at den er personlig, fordi den er individuell og selvopplevd. Erfaringer en gjør vil skape ny kunnskap og påvirke teoretisk og praktisk (Fagermoen, 1993). Erfaringer er mer enn å prøve seg frem. Benner (1995) forklarer erfaring som en avklaring om forutinntatte meninger og teori. Dette skjer ved at en møter mange konkrete, praktiske situasjoner som nyanserer eller fasetterer teorien. Det må kobles til strukturer ved at erfaringene blir organisert og det krever refleksjon (Witteck, 2012). Erfaringer som gjøres ut fra konkrete praktiske handlinger, vil senere bli abstrahert og refleksjon er bindeleddet mellom dette (Witteck, 2012).

Praksis beskrives blant annet av Benner (1995) og Kirkevold (2006) som konkret, subjektiv og personlig ved at den er knyttet til personen som har gjort erfaringene ved at situasjonene er opplevd og derfor innehar kunnskapen. Når kunnskap er integrert i personen kan dette

benevnes som intuisjon, som på mange måter er motsatsen til refleksjon. Intuisjon beskrives av Benner (1995) som en eksperts måte å analysere en situasjon. Erfaring, refleksjon og intuisjon leder til personlig kompetanse (Kirkevold, 2006). Personlig kunnskap blir til gjennom erfaring som blir overført fra en kontekst til en annen lignende kontekst. Et eksempel kan være at erfaring har gitt kunnskap fra en enkeltstående pasient som blir overført til en tilsvarende pasientgruppe som har ensartet forløp. Personlig kunnskap kan også være intersubjektiv (felles) mellom personer, hvor andre integrerer disse til sine egne opplevelser.

Det er en vanlig forståelse at praktisk kunnskap vinnes ved at den lærende er aktivt involvert og deltakende i det praktiske liv gjennom praktisk erfaring. Praktiske erfaringer som har likheter til en situasjon, sammen med eventuelt andre spesielt lærerike erfaringer, vil bidra til generell kunnskap der den lærende selv generaliserer betydning og relevans av erfaringene (Kirkevold, 2006). Dette er betinget av refleksjon som Kirkevold beskriver som ”å stoppe opp og se noe fra avstand” (Kirkevold, 2006, s. 32), mens Schöns intensjonelle refleksjon derimot, er rettet både mot fortid for å forstå og tolke erfarte situasjoner og mot fremtid, for å få ny innsikt (Kirkevold, 2006). Personlig kunnskap blir til gjennom erfaring som blir overført fra en kontekst til en annen lignende kontekst. Benner (1995) beskriver erfaring som en avklaring om forutinntatte meninger og teori i møte med mange konkrete, praktiske situasjoner, noe som vil nyansere eller fasettere teorien og gi overlapping av kunnskapsformene.

## 2.5 Kunnskap, syn og utvikling

Vestens forståelse for kunnskap stammer fra aristotelisk tradisjon. Aristoteles (ca.350 f.Kr.) anliggende var *fornuftsevnen* som han mente var ulik beroende på oppgavene en sto overfor. Fornuftsevnen ble derfor skilt mellom tre måter som kan virke og lede til kunnskap. De tre aristoteliske evner ble kalt episteme (viten), tekhné (kunnen) og fronesis (klokskap eller praktisk visdom), (Hager, 2000; Thomassen, 2006). Episteme var den evige og uforanderlige kunnskapen, tekhné var kunnskapen om hvordan ting lages og fronesis var å handle moralsk klokt (Nortvedt og Grimen, 2009). Ved henvisninger til Aristoteles' begrepsbruk finner en dette benevnt noe ulikt i litteraturen når dette tilpasses moderne språkbruk, mens tolkningene av de tre fornuftsevnene er ensbetydende. Oppsummert kan en

si at kunnskapsformene er teoretisk og praktisk, hvor praktisk kunnskap har to ulike forståelser: ferdighetskunnskap som omhandler praktisk utførelse og erfaringskunnskap som omhandler moralsk klokhet (Nortvedt og Grimen, 2009). Ferdighetskunnskap ligger til tekhné som er å utvikle evne til å utføre noe praktisk (Thomassen, 2006), eller er en type praktisk kunnskap (Nortvedt og Grimen, 2009). Denne er konkret og kontekstavhengig. Tekhné henleder til at kunnskapen oppstår i handlingen, altså en type praktisk kunnskap som varierer. Overført til nåtiden kan dette være relatert til teknologi som har ulike kliniske formål og hvor teknologien ikke er noe mål i seg selv (Nortvedt og Grimen, 2009). Motsatt er fronesis hvor det er handlingen og ikke produktet som er målet. På denne måten er fronesis autotelisk ved å være knyttet til det moralske med gode gjerninger i handlingene (Nortvedt og Grimen, 2009) som i praksis kan knyttes til evnen til å gjøre bedømmelser (Skår, 2010b). Fronesis innebærer situasjonsvurderinger basert på egen fornuftsaktivitet og praksiskunnskap (Thomassen, 2006). Dette er indekset til personer, væremåter og brukssituasjoner hvor erfaringer er et viktig element for enkeltmennesket. Aristoteles fremholdt at bedømming vil påvirke det partikulære og individuelle i brukssituasjoner. Slik klokskap og praktisk visdom tilegnes gjennom erfaring, uavhengig av teoretisk kunnskap (Nortvedt og Grimen, 2009). Tilbake til episteme, fremtrer skillene av kunnskapstypene klart fra de to praktiske retningene ved at episteme som det evige som bare kan være på én måte, ved å bare erkjenne begrunnede sanne oppfatninger som kan forklare årsakssammenhenger og slik ha generell gyldighet (Grimen, 2008).

De tre fornuftsevner kan betraktes som grunnmuren i en profesjon. Tilpasset dagens språkdrakt er de aristoteliske kunnskapsformer gjenkjennelig i moderne sykepleie hvor en har teoretisert, profesjonell praksis, erfaringsbasert kunnskap og vitenskapelig kunnskap. Fronesis er de formidlende instanser mellom de tre kunnskapssøylene som binder dette sammen med skjønn og dannelses. Dette omhandler forståelse, vurderinger og å handle riktig og godt (Alvsvåg, 2009). Strand og Schei (2001) konkretiserer dette ytterligere til å bruke generell viten, erfaringer, innlevelse og kreativitet i arbeid. Ferdigheter av denne type trenger ikke å bygge på teoretiske kunnskaper, men bæres av skjønn og kloke valg som blir utviklet med erfaringer, refleksjon og dialog. Slik vurderingsevne inneholder derfor en etisk aktivitet.

## 2.6 Kunnskap og profesjon

I motsetning til eksempelvis rørleggeryrket som forvalter praktisk kunnskap, så skal sykepleieprofesjonen gjennom praktisk yrkesutøvelse forvalte vitenskapelig kunnskap ervervet gjennom teori. Gjennom kunnskapens såkalte homogenitet, integrasjon og teoretiske/praktiske synteser kan en få forståelse av ulike dimensjoner av kunnskap (Grimen, 2008). Sammenhengen mellom kunnskapsbasene i praktisk sykepleieutøvelse blir ansett som et kontinuum uten klare skiller. Dette er betinget av synet om at kunnskap er heterogen med elementer fra ulike kunnskapsfelt som psykologi, fysikk, biologi, samfunnsfag etc. Uten å ha noen overordnet teori vil slik heterogenitet gi dårlig integrering av kunnskapsbase. Dette leder til en tredje dimensjon av kunnskap (Grimen, 2008) med synteser hvor de integrerte elementer i kunnskapsbasen er styrt av praksis og ikke teori, fordi nettopp dette oppleves helhetlig og meningsfylt i praksisutøvelsen (Grimen, 2008).

Helsefag som sykepleie er heteroteliske med visse verdiers tjeneste med formål som er utenfor seg selv. Hensikten med helsefag er å gavne andre med pleie og behandling og være helsefremmende til folkets beste. Ved at fagenes kunnskapsbase er så mangfoldig og med så mange ulike dimensjoner, kan det oppstå verdikonflikter mellom det kunnskapsbaserte og sosiale samt kulturelle verdier som tilsier bruk av skjønn. Sykepleiefaget hevdes å være mindre systematisert form for teori og praksis. Formidling av fag blir formidlet og utviklet gjennom teoretisk utdanning, til dels gjennom veiledet klinisk erfaring og av refleksjon (Grimen, 2008). Erfaringsbasert kunnskap er praktisk og relatert til konkrete sammenhenger. Thomassen (2006) hevder at gjennom erfaring oppøves praktisk skjønn ved å gjøre en vurdering av et stort kunnskapstilfang.

Grimen (2008) hevder at mye teoretisk integrasjon tapes underveis fra forskning til anvendt praksis, fordi selv om faget er godt teoretisk fundamentert, så vil kunnskap opparbeidet gjennom praksis, fremstå som selvstendig. Kunnskapselementene som stilles i praksis blir bestemt ut fra mer enn gjennom teoretiske synteser.

Sykepleiefaget blir på grunn av fagets karakter berørt av spørsmål om forholdet mellom teori og praksis (Nortvedt & Grimen, 2009). Situasjoner vil aldri være entydige, oversiktlige eller

systematiske da pasienters og pårørendes situasjoner har egenskap av å være sammensatte, hvilket gjør det urealistisk at teori og praksis skal være samsvarende. Forbindelsen mellom fag og situasjoner bedres ved skjønn og dannelse, begreper som henleder til valg av handlinger (Alvsvåg, 2009). Sykepleieren har derfor et handlingsrom mellom teoretisk erkjennelse og praktisk virksomhet hvor skjønn er viktig. Faglige vurderinger forutsetter mye ulik kunnskap fra ulike fagområder i tillegg ulike former for kunnskap. Grimen (2008) hevder at ingen teori kan til omsettes til praksis og mange teorier bør heller ikke bli omsatt. Motsatt hevdes det at mye praksis ikke kan begrunnes teoretisk. Til slutt, tillegges praksis gjerne positiv moralsk egenverdi. Kunnskap er viten som gir innsikt og forståelse og ferdigheter. Det dreier seg om kroppslige/ manuelle bevegelsesmønstre. Begge er infiltrerende i praksis.

Forholdet mellom teoretisk og praktisk kunnskap kan fremstilles gjennom to modeller som tar utgangspunkt i hver av disse kunnskapsformene. For modellen som ser teoretisk kunnskap som det primære, anses praktisk kunnskap som en anvendelse av teori, hvilket også ligger til evidensbasert tenkning (Grimen, 2008). Praksis blir her sett på som omsatt teori. Kritikken til teorien er at denne fremstår som mangelfull ved at praksis ikke bare kan forstås som omsatt teori, da det finnes mye praksis som ikke er teoretisk fundamentert og da heller ikke all praksis er teoretisk begrunnet eller forklart (Nortvedt og Grimen, 2009). Praksis kjennetegnes ved at en må gjøre vurderinger ut fra skjønn. Der praktisk kunnskap anses som det primære, betraktes praktisk kunnskap som anvendelse av teori også forklart som at teoretisk kunnskap flyter på et underlag av praksis. Forståelsen her er at teori har utgangspunkt fra praksis og at disse henger sammen. Teoretisk og praktisk kompetanse må integreres i personlig kompetanse, hvilket utvikles med å anvende kunnskap fra den offentlige sfære med erfaring som gradvis blir integrert til personlig kompetanse (Kirkevold, 2006). Yrket sykepleie omfatter roller og funksjoner for å virkeliggjøre verdier og oppgaver som en møter i praksis (Kirkevold, 2006). Sykepleiepraksis er å anse som

”en sammenhengende og kompleks form for sosialt etablert menneskelig aktivitet, som skal møte samfunnets behov for sykepleie til pleietrengende individer med utgangspunkt i integrerte verdier, kunnskaper og ferdigheter. Sykepleiepraksis er nært knyttet til sykepleiefaget som formidler den samlede viten om og for sykepleiepraksis” (Kirkevold, 2006, s. 26).

En utdypende forståelse av kompleksiteten mellom teori og praksis tilsa at det måtte være forskjellige forbindelser mellom disse i ulike vitenskaper. Et illustrerende eksempel er hentet fra helsefagene som driver både forebygging, diagnostisering og behandling. Helsefagene er, uavhengig av fagområde, hentet fra mange ulike vitenskaper som ikke bare forutsetter naturvitenskapelig kunnskap, men også kommunikative evner og omsorg. Slik må en sykepleier (Grimen, 2008) forene kunnskaper fra mange vitenskaper i sitt fag som i tillegg til kommunikasjon også krever moralsk, juridisk og politisk skjønn. I litteraturen skilles det mellom praktisk og teoretisk kunnskap og Benner (1995) anser dette som ubeslektet. For å kunne si noe om sammenheng mellom teori og praksis, må en både si noe om hva som er henholdsvis teori og praksis, hvor og hva som er relatert til anvendelsen (Kirkevold, 2006).

## **2.7 Sosiokulturell læringsteori**

For å kunne forstå hva kompetanse er og hvordan den kan utvikles, så må dette ses i sammenheng (Nygren, 2004). Kompetanse må ses i forhold til enkeltindividet. Samtidig gir det ikke mening hvis den ikke blir forstått i den mening en skal bruke det i, enten det gjelder omsorg eller andre ting. I profesjonelle sammenhenger er kompetanse ofte forbundet med oppgaver og da vil oppgavens art bestemme kompetanse (Nygren, 2004). Betingelser for læring kan slik sammenfattes til å gjelde indre eller ytre betingelser hvor begge faktorer må være tilstede. Indre betingelser av intellektuelle og emosjonell art er faktorer hos egen person med hukommelse, sansing, bearbeiding, motivasjon, vurderinger, identitet etc. samt refleksjon over erfaringer (Nygren, 2004). En forutsetning for å lære med erfaringer er åpenhet og villighet til å forbedre praksisen over tid (Benner et.al, 2010). De ytre betingelser er den sosiokulturelle og materielle kontekst, med andre mennesker, fysiske miljø, organisatoriske strukturer, ressurser og lignende (Nygren, 2004). Erfaringslæring krever et miljø som kan gi tilbakemeldinger om prestasjoner og at det gis muligheter til å artikulere sine erfaringer og gjøre seg refleksjoner over dem (Benner et al., 2010). En kan videre også beskrive læring at foregår i praksisfellesskap og gjør her et skille mellom det implisitte og eksplisitte faktorer. Det implisitte omhandler relasjoner mellom aktørene, uartikulert kommunikasjon, intuisjon og antakelser, mens det eksplisitte er prosedyrer, utstyr, det artikulerte, definerte roller etc. (Wenger, 2004).

”Læring” har ingen enhetlig definisjon og er følgelig et komplekst begrep. Læringsbegrepet er assosiert med kompetanse som oppfattes som et sluttresultat av læring (Illeris, 2003).

Å forstå læring knyttet til intellekt og individuell forståelse slik vi kjenner det fra tradisjonell læringsteori, representerer på mange måter en kontrast til læring forstått gjennom et sosiokulturell perspektiv. Sosiokulturelle læringsteorier har et perspektiv på at læring foregår i samspill med det individuelle og kollektive hvor kunnskap skapes ved at en deltar i sosiale prosesser i en gitt kontekst. Kunnskap er ikke bare personlig konstruert av hva en selv tilegner seg, men er også betinget av krav og muligheter i miljøet.

Det sosialkonstruktivistiske læringssynet er blitt utviklet av Vygotsky (1896-1934) og er i dag en hovedteori innen pedagogikk. Hans teori omhandler læring mellom mennesker (interpsykisk) og bevissthet og tenkning hos den individuelle (intrapsykisk). Mer konkret innebærer dette at læring og utvikling går fra det sosiale miljøet og til den lærende (Wittek, 2012). Dette er i motsetning til Benners teori som har et sentrert fokus på enkeltindividet i læring (noe som vil bli presentert senere i kapitlet). I sosiokulturell forståelse brukes begrepet distribuert intelligens om å distribuere kunnskap. Den lærende kan ut fra dette *forhandle* meninger fra andre, noe som er mulig nettopp ut fra kontekst og kontinuitet hvor kontinuitet binder kontekstene sammen, hvilket kan generere ny kunnskap (Wittek, 2012). Vygotsky anså språk og tenkning som viktige betingelser ved at mentale, kognitive prosesser som forutsetning for læring og kunnskapsdannelse, måtte være relatert til det sosiale fellesskapet med språk, tanke og kultur. Derav benevnelsen sosiokulturell læringsteori. Av dette kan en også forstå at sosiokulturell læring har røtter i ulike forskningstradisjoner, eksempelvis sosiologi, pedagogikk eller psykologi som er Vygotskys bakgrunn (Nygren, 2004). Ord får mening gjennom språk og er viktig både på kollektivt, interaktivt og individuelt nivå, ikke minst er det bindeledd mellom miljø og individ som ved læreprosesser. Tenkning og uttrykk for tenkning foregår ved hjelp av språk og begreper (Wittek, 2012). Säljö (2006) konkretiserer språkets betydning som kunnskapskilde ytterligere med at det formidler både holdninger, verdier og standpunkter. Dette leder oss til å forstå fortellinger fra erfaringsverden gjennom et sanselig språk som viktig kunnskapskilde. Læringsprosessene vil slik sett bli ulike og varierte ut fra språkets ulike form. Grad av involvering av person og følelser gjennom språk vil utgjøre en forskjell. Sykepleiere befatter seg både med et vitenskapelig og sanselig språk i sin praksis og opparbeider seg slik både direkte og indirekte



kunnskap og erfaring (Hauge, 2002).

I forlengelsen av sosiokulturell læring, kan en se situert læringsteori. Dette er en teori som ser læring i en bred kontekst ved å hevde at læring skjer over alt og gjennom all menneskelig aktivitet (Lave og Wenger, 2003). Et sentralt aspekt ved dette blir derfor at læring som situert foregår i sosiale kontekster som varierer ut fra at praksissituasjoner er ulike og foranderlige. Dette læringsperspektivet fokuserer derfor naturlig nok på læresituasjonene i personens aktiviteter som vil være både individuelle og varierende. I dette læringsperspektivet vil individet være situert ved at det er en del av en kontekst og tilknyttet en sammenheng og læringen er situasjonsbestemt (Lave og Wenger, 2003).

Lave og Wenger (hhv professor i sosialantropologi og organisasjonsforsker) har engasjert seg i de sosiokulturelle mekanismene for læring hvor det situerte læringsperspektivet har en sentral plass. Lave har gjort feltforskning på lærlinger som viste at de oppnådde læring til tross for at deres praksis var lite regulert eller planlagt. Dette kunne indikere at læring kan skje over alt og gjennom all menneskelig aktivitet. Ut fra funn fra denne og tilsvarende studier, er miljøet vektlagt som essensielt. Læring foregår mellom deltakere i et gitt læringsmiljø (Lave og Wenger, 2003). I deres forståelse av læring er praksisfellesskap viktig, da kunnskap blir konstruert i samhandling mellom menneskene. I tillegg til at menneskene er en ressurs i miljøet, er det vanlig å støtte seg til materielle hjelpemidler (Nygren, 2004). Dette kan til eksempel være utstyr, oppslagsverk, dataprogrammer og lignende artefakter som brukes både i kunnskapsbidrag og i behandlingsøyemed. Artefakter kan i tillegg være tegn ved indre aktivitet som har betydning for egen mestring (Witteck, 2012).

To begreper er knyttet til læring i praksisfellesskap. "Legitim perifer deltakelse" illustrerer læring som en dynamisk prosess som foregår ved at den lærende gradvis beveger seg mot praksisfellesskapet under en læreprosess som kan være både imitasjon, observasjon og deltakelse (Lave og Wenger, 2003). Heggen i (Benner et al., 2010) mener dette handler om gradert ansvar, ved at det er sammenheng mellom sykepleierstudenters deltakelse relatert til tilgang av kunnskaper. Å få en mer sentral posisjon er ensbetydende med å ta større ansvar (Benner et al., 2010).

Læring foregår ved å kommunisere og samarbeide med andre som kan mer enn seg selv. Dette er representert i teorien om "stillasbygging" (scaffolding) og om den nærmeste

utviklingssonen. Stillasbygging omhandler hvordan det tilrettelegges for at læring kan skje (Lave og Wenger, 2003), for eksempel ved at det etableres situasjoner som gir passe store utfordringer (Wittek, 2012). ”Den nærmeste utviklingszone” blir forstått på ulike måter (Lave og Wenger, 2003), men omhandler i hovedsak hvordan en tilrettelegger for læring for at novisen skal kunne strekke seg lenger. Vygotsky beskrev sonen som avstanden mellom to utviklingsnivåer; det eksisterende som vedkommende greier å utføre selv, og det potensielle utviklingsnivået som er oppnåelig dersom vedkommende får hjelp. Det som en uerfaren vil kunne mestre i samarbeid med mer erfarne er mer enn det en greier alene. Utviklingsfasen representerer slik det potensialet som ligger i denne differansen (Wittek, 2012). Stillasbygging forteller hvordan slik støtte skjer og suksessivt fjernes når den lærende mestrer.

## **2.8 Karakteristika ved praksis**

Benner (1995) og Kirkevold (2006) har det til felles at de mener at det er viet lite fokus i sykepleieforskning på kompetansekrav i sykepleiepraksis som er tett relatert til og til dels overlappende med medisinsk fagområde. Mens Benner (1995) beskriver erfaring fra praksis gjennom sin ferdighetsmodell ”fra novise til ekspert,” så belyser Kirkevold (2006) og Eraut (2004) kompetanse og praksis gjennom å beskrive sykepleiepraksis ut fra kategorier som karakteriserer ulike praksissituasjoner på en analytisk måte. I likhet med Schön, så har Benners modell tatt utgangspunkt i det lærende individ. Med utgangspunkt i å karakterisere sykepleiepraksis og dets kontekst på denne måten, kan en si hva slags kunnskap og kompetanse som kreves i de ulike situasjoner. Praksissituasjonene er ulike med hvordan sykepleierne resonnerer i situasjonen med hvordan de foretar kliniske vurderinger og beslutninger. Slik situasjonsbeskrivelse er ifølge Eraut (2004) viktig for å synliggjøre krav som stilles til sykepleie. Ved å beskrive sykepleiepraksis som henholdsvis problemløsende eller omsorgsrelaterende (Kirkevold, 2006) uavhengig av pasientsituasjon, har ifølge Kirkevold bare gitt en endimensjonal og feilaktig forståelse av praksis som fremstiller dette til å være lik uansett situasjoner og har stengt av for refleksjon over hvilken kunnskap og kompetanse som trengs. Kirkevold hevder dessuten at praksis både kan være problemløsende og omsorgsrelatert på en gang. Kirkevold, som ikke er læringsteoretiker, har derfor beskrevet praksis gjennom å fremstille praksisfeltets ulikheter gjennom å beskrive ulike typer situasjoner og utfordringer som stiller ulike krav til kunnskap og kompetanse. De fire

kategorier praksissituasjoner som skisseres er akuttsituasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problemidentifiserende situasjoner. Selv om disse kategoriene sjeldent vil fremkomme i ren form, så beskriver dette forhold som gir ulike utfordringer som stiller ulike krav til kunnskap og kompetanse hos sykepleieren, variert etter situasjonene. De fire kategoriene skisseres slik:

1) Akuttsituasjoner har krav om å handle i livreddende situasjoner. Situasjonene kjennetegnes som stressfylte, uoversiktlige og komplekse og er basert på medisinsk kompetanse, men med store krav til sykepleie. Tidsramme, intensitet og handlingstvang preger akuttsituasjoner. Selv om situasjonen krever medisinske basiskunnskaper og har et klart medisinsk-teknisk fokus, så er dette situasjoner som omhandler hvordan sykepleier tolker og handler i situasjonen. I akuttsituasjoner kreves både beslutningskompetanse, kommunikative ferdigheter og samarbeid med egen og andre yrkesgrupper. Nødvendig kunnskap i en slik situasjon er innlærte ferdigheter og kunnskap som reduserer kliniske resonnement til et minimum, men at de bevisste overveielser foregår både før og etter akuttsituasjonen (Kirkevold, 2006).

2) Problematiske situasjoner kan prege deler av et pasientforløp. Problematiske situasjoner er ustabile eller usikre tilstander, uklare eller ikke-definerte situasjoner med pasientens individuelle problem eller behov som det fremtredende. Vurderinger kan være til dels analytisk og til dels intuitiv og en bruker sin tidligere kunnskap og erfaring til å finne sammenhenger i situasjonen. Situasjonen følger ikke forventet forløp og rutinemessig sykepleie blir ikke tilstrekkelig. Pasientsituasjonene krever tolkning og reevaluering og fokus på aspekter ved situasjonen, hvilket krever kliniske vurderinger og tolkning (Kirkevold, 2006).

3) Ikke-problematiske situasjoner innehar både verdimeslige og moralske utfordringer slik at omsorgspraksis omhandler engasjement og innlevelse for pasienten og hjelp til å finne mening i situasjonen og god livskvalitet. Kliniske tolkninger og tekniske ferdigheter er mindre aktuelt. Pasientproblemer er veldefinerte, pasientene stabile med andre behov for sykepleie (Kirkevold, 2006).

4) Den siste klassifiseringen av praksissituasjoner, er problemidentifiserende situasjoner. Sykepleien har karakter av å identifisere og forebygge helseproblemer. De kliniske vurderingene gjøres ut fra både et forventet forløp og verdimeslige og moralske avveininger (Kirkevold, 2006).

Praksissituasjonene er preget av at det er tekniske eller praktiske aspekter som representerer de største utfordringene i tillegg til tidsaspektet. Spesielt akutte situasjoner krever raske

kliniske beslutninger og handlingskompetanse. Det er også ulike krav til hvilke deler og handlinger i situasjonen som må prioriteres og spesielt for de første, kan det være koordinerende og administrative og kommunikative faktorer som er viktig. Sykepleiens kvalitet beror derfor på at beslutninger er i samsvar med situasjonens karakteristikk og relevant kunnskap og dreier seg ikke bare om problemløsning eller omsorg i tradisjonell forstand. (Kirkevold, 2006).

## **2.9 Erfaringsbasert kunnskapsutvikling- Benners taksonomi**

Patricia Benners anerkjente taksonomi er en ferdighetsmodell utviklet fra studier av sykepleiere som arbeidet i intensivkontekster. Modellen som er basert på situert utøvelse og erfaringslæring, viser tilegnelse av ferdigheter og belyser læring og kompetansebygging som trinnvis utvikling ut fra tidligere erfaring og kompetanse (Benner, 1995). Til tross for enkelte kritiske innvendinger til hennes teori og at denne er fra 1980-tallet, nyter hun fortsatt stor respekt og andre teoretikere henviser ofte til hennes teori.

Benners oppfatning om en lineær problemløsningsmetode anses utilstrekkelig da hun ser sykepleie ikke bare ut fra metoder og teoretiske modeller, men også vektlegger betydningen av praktisk erfaring og klinisk skjønn. Med de to ytterpunktene ”novise” som uerfaren og ”ekspert” som erfaren sykepleier, vil handlingskompetanse fortone seg ulikt. Modellen er primært situasjonsorientert og vektlegger i mindre grad individuelle egenskaper hos personene.

Novise (nivå 1): Tilegnelse til praksis starter med å handle ut fra rutiner og innlærte regler som ikke spesifikt er knyttet til pasientkontekst, som eksempelvis blodtrykksmålinger, uten at det har dypere betydning i en gitt sammenheng. Sykepleie kan slik oppfattes som fragmentert hvor fokus er på enkeltoppgaver som alle fremstår som likeverdige i sammenhengen (Benner, 1995).

Avansert nybegynner (nivå 2): Nivået viser til ”situasjonsaspekter”. Sykepleiepraksis er på et akseptabelt nivå i forhold til at konkrete arbeidsoppgaver som eksempelvis vitale målinger, gjennomføres med god ferdighet. Ved selverkjennelse eller ved å bli gjort oppmerksom på

det, vil det være forståelse for at de allmenne, rutinemessige oppgavene er tilbakevendende faktorer i et meningsfullt mønster i konkrete situasjoner. Aspekter ved en situasjon som tidligere har vært rent objektivt, vil med erfaring knyttes til konkrete pleiesituasjoner og bidrar til økt forståelse for den konkrete situasjonen. Evnen til å prioritere og individualisere er ennå prematurt (Benner, 1995).

Kompetent (nivå 3): Regelanvendelse som har vært fremtredende hos novise og avansert nybegynner, blir hos den kompetente gradvis erstattet med å analytiske vurderinger. Sykepleiehandlinger er mer bevisst og handlinger er ikke lenger tilfeldig. Selv om kompetanse er i utvikling, mangler en hurtighet og smidighet og håndtering av kompleksiteten i praksis (Benner, 1995).

Kyndig (nivå 4): Kyndighet i praksis endres fra å se sykepleie som en rekke arbeidsoppgaver som skal utføres, til å se situasjoner i et helhetlig perspektiv. En oppfatter ikke situasjoner som enten-eller, men individuelt og nyansert ut fra et analytisk perspektiv. Slik vurderes at det som er riktig i ett tilfelle, ikke trenger å være riktig i et annet tilfelle. Situasjoner fremstår som ”logisk og helhetlig” ut fra erfaringer og opplevelser. Med en slik holistisk forståelse gjøres bedre beslutninger. Kyndige sykepleiere vil kunne gjenkjenne tegn på endringer i pasientens tilstand, før de objektive tegn oppstår (Benner, 1995).

Ekspert (nivå 5): Med ytterligere erfaring og god situasjonsforståelse, handler sykepleier nesten utelukkende intuitivt, betinget av mye erfaring. Overveielser og vurderinger er overflødig i en intuitiv prosess hvor sansing er vesentlig. Dersom en såkalt ekspertsykepleier kommer i nye, ukjente situasjoner, vil analytisk tilnærming til situasjonen igjen gå foran intuitiv tilnærming. Benner mener at dette er et høyere nivå enn teorier og prinsipper, fordi den også inneholder situasjonsforståelse og intuisjon (Benner, 1995).

Benners modell, viser premisser for læring relatert til situasjon og erfaring, og den skiller mellom teorikunnskap fra skole og læring i kontekst. Handlingene er preget av at sykepleier befinner seg i en ukjent kontekst. Etter Benners teori betyr at om en bytter praksisfelt som en mangler erfaring i, så kan dette bety at en faller tilbake til novisestadiet (Benner, 1995).

Det viktigste utviklingstrekket i modellen, er ifølge Nordtvedt og Grimen (2009) at novisens bruk av regler utvikler seg til holistisk situasjonsbedømmelse hos ekspert. Lauvås og Handal (2009) hevder at det som kalles kompetent utøvelse (i stadiet 3) er analytisk og kalkulerende mens ekspertisen (i stadiet 6) er holistisk og intuitiv. Daley (1999) påpeker at denne utviklingen skjer på grunn av tidligere erfaringer. Fokus skifter fra å se den enkeltstående situasjon til et helhetlig mønster og fra å ha en observatørrolle til å bli aktiv deltaker. Benner (1995) sier selv, som kritikk til egen modell, at trinnvis inndeling i sykepleiepraksis er umulig med et holistisk sykepleiesyn uten å være begrenset til et prosedyreorientert syn. Lauvås og Handal (2009) sier at en kompetent yrkesutøver følger instruks, prosedyrer og "læreboka" etter detaljerte beskrivelser, mens ekspertutøveren mestrer "læreboka" og er frigjort fra rigide fremgangsmåter. Det vil være den konkrete situasjonen som vil ligge til grunn for hvilken handling som er best egnet. Dette baseres på skjønnsmessige vurderinger. Kunnskapen vil være bedre artikulert i et tidlig stadiet enn på ekspertnivå (Lauvås og Handal, 2009).

### **3. METODE**

#### **3.1 Studiens forskningsdesign**

Vitenskap kan inndeles i ulike felt beroende på hva som skal studeres. I min studie ønsker jeg å gi forståelse for hvordan sykepleiere lærer i en sykepleiepraksis. I europeisk sykepleiefilosofi på 1980/1990-tallet, ble det argumentert for at en forskningsstrategi måtte ha utgangspunkt i praktikernes perspektiv for å synliggjøre fagets kunnskapsbaser og se det essensielle i sykepleiefaget (Nortvedt, 2008). Slik kunne en få et vitenskapsperspektiv som kunne ses ”nedenfra” og dermed få praksisnære studier (Nortvedt, 2008). Denne type forskningsstrategi har grunnlag i filosofisk hermeneutikk som er lære om fortolkning eller bedre beskrevet som betingelser for forståelse (Nortvedt, 2008). Utgangspunktet for min studie bygger på samme filosofi. Gjenstandsfeltet i studien er hvordan sykepleierne tilegner seg kunnskap når arbeidsplassen er læringsarena i stedet for utdanningsinstitusjoner. Studien fokuserer både på sykepleiefenomener og omgivelser, gjennom forståelse og forklaring. Dette fordrer kvalitativ metode. Nortvedt og Grimen (2009) sier at forutsetning for vitenskapelighet er at den skal være pålitelig, systematisk og kritiserbar. Dette blir gjort rede for i dette kapitlet.

Studien bygger på kvalitativ forskningsmetode. Dette er en metode for å fremskaffe kunnskap om opplevelse og erfaring hos utvalgte informanter, innhentet gjennom samtaler, skriftlige dokumenter eller observasjoner. Metoden tilsikter dybdeforståelse fra et lite utvalg. Data består av tekst som er generert ut fra systematisk innsamling, organisering og fortolkning etter hermeneutiske fortolkningsprinsipper hvilket innebærer at en analyserer datamaterialet etter bestemte prinsipper. Metoden er egnet i utforskning av sosiale og kulturelle fenomener der en studerer dynamiske prosesser som samhandling, utvikling og bevegelse, noe som bidrar til å

belyse karaktertrekk ved fenomener. Ved å fordype seg i mening, betydning og nyanser av hendelser og adferd, vil dette styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2011; Malterud, 2011; Aadland, 2011).

Studiens tilnærming er abduktiv. Abduksjon har en posisjon mellom induktiv og deduktiv tilnærming og tilsier et dialektisk forhold mellom teori og data (Thagaard, 2009), noe som medfører at en vil lene seg på både etablert teori og meningsinnhold som utledes fra en analyse (Thagaard, 2009). Relevant teori er lest i både i forkant og etterkant av datainnsamlingen. Her har blant annet ulik læringsteori vært sentralt. Basert på Tjora (2010) sin forståelse av abduksjon med start som induksjon i empiri og med bruk av teori før og under forskningsprosessen, kan jeg dermed argumentere for at jeg bruker en abduktiv tilnærming.

### **3.2 Refleksivitet og forforståelse**

Gadamer belyser at det er viktig å se seg selv i forskningsprosessen ved å bevisstgjøre egne fordommer og forforståelse som ikke bare er ervervet gjennom kunnskap og erfaring, men også gjennom takt og moralsk bevissthet (Nilsson, 2007). Ved å ikke kritisk reflektere over sin egen forforståelse vil forhold som mulig påvirker datainnsamlingen, analyse og funn være lite eksplisitt, noe som vil være uheldig for forskningens kvalitet.

Malterud (2011) sier at forforståelse gjenspeiler hva forskeren ser og ikke ser. Selvsagt er det ikke lett å vite hva en ikke ser, men jeg opplever at den skriftlige redegjøringen i seg selv har bidratt til en form for refleksjon hos meg.

Min bakgrunn og tilknytning til fagfeltet er tidligere redegjort for. Mitt kjennskap til informantenes fag og miljø har medført den fordel at jeg gjenkjenner viktige aspekter av temaet som bygger på erfaring, men at dette samtidig kan gjøre det vanskelig å se nye momenter utover egne erfaringer. Samtidig har jeg vært utenforstående i og med at jeg har en annen funksjon i avdelingen som fagutviklingssykepleier enn informantene som har sin funksjon som ordinær sykepleier i avdelingen.

Som fagsykepleier har jeg mest sannsynlig fortolket informasjonen fra informantene på en annen måte enn hva en annen forsker med en annen fagbakgrunn ville ha gjort. Eksempelvis



kan det være vanskelig for en forsker å studere den kulturen som en selv er en del av. Når forskeren og informantene har felles kulturbakgrunn, kan det for forskeren være lett å ta ting selvfølgelig og ikke se viktigheten av verdifull informasjon, da du selv opplever det som trivielt. Forskeren kan ha problemer med å stille spørsmål ved forhold som synes selvsagte innenfor kulturen (Thagaard, 2009). Dette har jeg vært bevisst på når jeg intervjuet informantene. Jeg prøvde å være en utenforstående og se på all informasjon som potensielt verdifull. Av samme grunn har jeg bevisst valgt å gjøre studien utenfor egen avdeling og erfarte at min egen kunnskap og erfaring ikke nødvendigvis var representativ for informantenes erfaring da vi hadde forskjellige funksjoner i avdelingen, i tillegg til at jeg aldri har arbeidet ved barneavdelinger. Med forforståelse om dette, har jeg tilstrebet en åpen tilnærming i intervjuene hvor informantene selv kunne vektlegge tema i samtalen uten min innblanding. På den annen side, mener jeg at min generelle kjennskap til sosiale og miljømessige forhold har bidratt til en bedre forståelse av hva de har formidlet. Det at jeg indirekte har vært en del av kulturen, føler jeg at gjorde det lettere å forstå situasjonen til informantene. Jeg var innforstått med mye av den språklige sjangeren som informantene brukte, som ”å gå løs”, ”spisebarn” etc., men jeg ser i ettertid at jeg burde bedt dem beskrive hva de mente med denne type uttrykk, da det ikke er gitt at vi hadde felles forståelse av dem. Thomassen (2006) påpeker at fenomener alltid står og må ses i sammenheng med kontekster da vi lever våre liv i historiske, kulturelle og sosiale rammer. Mer nyansert, har fenomenet læring sannsynligvis en annen betydning for meg enn en annen forsker, tilsvarende at forestillinger av sykdom kan ha ulik forståelse hos sykepleier, pasient eller utenforstående (Malterud, 2011).

At studiens abduktive fremgangsmåte til dels er teoretisk forankret, kan påvirke hvordan dataene blir forstått (Thagaard, 1998). Jeg anser derfor studiens abduktive tilnærming for å være både en styrke og utfordring for studien, men vil fremheve den fordel at intervjuguiden til dels har vært bygget på teori slik at det ikke bare har vært preget av egen forforståelse. Samtidig måtte dette balanseres med at empirien ikke skulle bli tilpasset teorien, hvilket ble forsøkt imøtekommet ved å lage en semistrukturert intervjuguide hvor informantene kunne vektlegge det som de selv syntes var viktig. Som motvekt til egen forutinntatthet har det vært nyttig å ha en medstudent som moderatorassistent. Hun fungerte som en positiv kontrast til mine umiddelbare fortolkninger.

Min forforståelse har ikke vært statisk gjennom hele prosessen og jeg opplevde at

forskerrollen fremsto tydeligere for meg under forløpet av studien. Med inngående kunnskap og erfaring generelt til forskningsfeltet opplevde jeg det som utfordrende å ha et ”naivt” forhold til det som jeg oppfattet som selvfølgeligheter under intervjuene, eksempelvis informantenes beskrivelser av forskjell mellom å arbeide på sengeavdeling og spesialavdeling. Forforståelsen av dette endret seg underveis under gjennomarbeiding av analysen da jeg etter hvert så verdien av disse dataene. Dette er gjenkjennbare beskrivelser fra litteraturen om at bakgrunnskunnskap og erfaringer kan påvirke fortolkning av datamaterialet da det viktigste redskapet for tolkning er forskeren selv (Malterud, 2011).

Det jeg regnet med å finne i forkant av studien og det analyseresultatene viste i etterkant, var til dels like og til dels ulike. Ifølge Malterud (2011) kan likhet og forskjellighet i analyseresultater fortelle noe om forskers forforståelse. Jeg forventet å finne at informantene ønsket å bli ledet strengt gjennom sitt opplæringsprogram med tilrettelegging. Informantene viste imidlertid stor grad av selvstendighet som tok ansvar for egen læring og var ikke så opptatt av formell tilrettelegging som min forforståelse tilsa. Forventninger om at praksisplassen skulle gi tid og rom for utviklingsmuligheter og frustrasjon over hindringer som gjorde dette vanskelig, var i nærheten av det forventende. Informantene var også til dels mer opptatt av prosedyrekunnskap og handlingskompetanse på bekostning av teoretisk forståelse enn jeg hadde forventet på forhånd.

### **3.3 Planlegging og rekruttering**

#### **3.3.1 Tilgang til feltet**

Studien er meldepliktig til personvernombudet etter personopplysningsloven § 31.

I forkant av studien ble det oversendt prosjektbeskrivelse og meldeskjema til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) med forespørsel om tillatelse til å kunne gjøre opptak og oppbevare lydfiler inntil 1.9.2014. Begge instanser har gitt sin godkjenning til studien.

Etter at de formelle godkjenninger forelå ble det tatt kontakt med respektive spesialavdelinger som oppfylte mine kriterier for utvalg; her benevnt som avdeling A, B, C og D hvor avdeling

D tilkom på et senere tidspunkt. Jeg tok direkte kontakt ved personlig oppmøte hos seksjonslederne ved de ulike spesialavdelingene. De ble gitt muntlig orientering om studien med anledning til å stille spørsmål dersom det var umiddelbare innspill. I tillegg ble de gitt skriftlig informasjon om studien som de kunne lese på et selvvalgt tidspunkt, med presisering om å ta kontakt med meg eller veileder dersom behov. Samtlige avdelinger ga sitt skriftlige samtykke til å delta i studien; 2 avdelinger samtykket umiddelbart og 2 avdelinger samtykket etter å ha diskutert dette med assisterende seksjonsleder. En av avdelingene ønsket å presisere at avdelingen i senere tid hadde endret status til intensivavdeling.

### **3.3.2 Utvalg**

Det er foretatt strategisk utvelgelse av målgruppe og informanter til studien. Utvalget ble foretatt i hensikt at informantene, gjennom å gi fyldige beskrivelser, kan tilføre data til studien som igjen bidrar til belysning av problemstillingen. Ifølge Johannessen et al. (2011) er hensikten i kvalitative studier å få fyldige beskrivelser av fenomenet og ikke generaliseringer. Ut fra problemstillingen var utvalgs-kriteriene sykepleiere i spesialavdeling.

Utvalget er hentet fra fire spesialavdelinger, benevnt som avdeling A, B, C og D.

Avdelingene ble valgt ut etter å ha orientert meg om hvilke avdelinger som kunne være egnet for denne studien. Utvalget gir bredde i representasjon som kan bidra til informasjonsrikdom. Førstnevnte avdeling (avdeling A) behandler voksne, akutt kritisk syke pasienter eller pasienter med alvorlig og komplisert forløp. Avdelingen har i løpet av siste år fått pasienter tiltrengende intensivbehandling. Avdeling B var blandet avdeling med voksne og barn med oppfølging etter kirurgi og har i tillegg endret karakter til å bli avlastningsavdeling for lettere intensivpasienter. For barneavdelingene var avdeling C en barnemedisinsk post med intermediærstue. Avdelingen har varierte spesialområder samt oppfølging etter intensivbehandling, mens avdeling D er kombinert intermediær/ intensivavdeling. Avdeling A og B hadde i løpet av siste 1-2 år blitt omorganisert til en ”tyngre avdeling” hvilket medførte at enkelte informanter arbeidet med sykere pasienter enn avdelingen hadde på søknadspunktet. Da utvalget er av essensiell betydning for studiens resultater, påpeker Malterud (2011) at en bør kjenne feltet før man begynner med datainnsamlingen som for meg har vært basert på mitt kjennskap til avdelingens og sykepleieres endrede karakter, som også er beslektet med egen arbeidssituasjon.

Utvalget ble hentet fra sykepleiere med grunnutdanning i sykepleie. Et kriterium var ikke å ha videreutdanning/ spesialutdanning. Utvalget skulle være sykepleiere som på intervjutidspunktet var i pågående opplæring eller har vært i opplæring innen de siste tre år. Variasjon innenfor rammene av dette utvalget kunne tentativt bidra med ulike nyanseringer av data. Malterud (2011) påpeker nemlig at variasjon i utvalg kan tilføre mere nyanserte data. Fire informanter var under pågående opplæring på intervjutidspunktet og de resterende sju har hatt opplæring innen tidsrammen på tre år. I tillegg hadde de varierende erfaring fra annen sengeavdeling før de begynte i spesialavdelingen. To sykepleiere i utvalget begynte å arbeide direkte i spesialavdeling etter utdannelsens slutt og to sykepleiere manglet erfaring med pasientkategorien barnepasienter som de skulle arbeide med i spesialavdelingen. Kjønnfordelingen kan sies å speile yrkesgruppen sykepleiere i sin helhet med 2 mannlige sykepleiere av totalt 11 sykepleiere (ca.20%). Informantenes alder var ikke et utvalgs-kriterium og ble ikke etterspurt. Krav til et visst antall gruppe-medlemmer har ikke vært førende i seg selv da litteraturen viser til stor variasjon i deltakerantall (Kvale og Brinkmann, 2010; Tjora, 2010) og som Malterud (2011, s.61) understreker med å si at ” vi skal ikke ha for mange, og vi skal ikke ha for få”. Utvalgsstørrelse ble derfor basert på helhetsvurderinger av å hva som bidrar best til gruppedynamikk ved at informantene opplever trygghet og åpenhet. Gruppen tilstrebet å være stor nok til å kunne bygge på hverandres innspill til refleksjon og diskusjon, men liten nok til å få alle deltakerne delaktige i samtalen og kunne lede diskusjonen. Utvalget som besto av 2 grupper, endte opp med ulikt antall informanter, henholdsvis 4 og 7 informanter i hver gruppe. I den minste gruppen var samtlige ferdige med opplæringen, mens i den andre var dette blandet.

### **3.3.3 Rekruttering og inkludering**

I den påfølgende rekrutteringsprosessen bisto jeg avdelingene for å finne passende tidspunkter for gruppeintervju ved at jeg tok utgangspunkt i tidspunkter jeg fikk fra den avdelingen som var vanskeligst å rekruttere og forhørte meg deretter om disse tidspunktene passet for de øvrige avdelingene. Sykepleierne ble primært valgt ut etter hva seksjonsledere/ assisterende seksjonsledere anså som kandidater etter de oppgitte kriterier og dernest måtte tidspunkter

tilpasses best mulig etter turnus. Informasjon og forespørsel om deltakelse til studien ble formidlet av assisterende seksjonsledere, direkte eller telefonisk. Etter at sykepleierne hadde gitt sin tilslutning til deltakelse ble informert samtykkeerklæring undertegnet.

Inkluderingsprosessen foregikk trinnvis i hensikt å få mest mulig jevn representasjon da avdelingene hadde ulik tilgang på potensielle informanter. Tre avdelinger hadde informanter til begge gruppene, mens 1 avdeling kun representerte den gruppen med lengst erfaring. Dette skyldes at assisterende seksjonsleder under rekrutteringsprosessen besluttet å likevel ikke la informanter gå fra avdelingen for intervju. Avdelingen ble slik representert bare med 1 informant fra denne avdelingen som møtte på sin fritid.

### **3.3.4 Fokusgruppeintervju**

I kvalitativ forskning kan data genereres fra gruppeintervjuer (også benevnt som fokusintervjuer eller fokusgruppeintervjuer) slik som i denne studien. Ordet fokus henspiller at samtalen skjer over et gitt emne som er knyttet til problemstillingen. Fokusgruppeintervjuer har karakter av å være narrative med samtaler som skal fremkalle eller skape fortellinger, som kan gi innsikt til handlinger og sosialt samspill (Johannessen et al., 2011).

Valget av fokusgruppeintervju er bygget på Malteruds (2011) beskrivelser om gruppesamtaler som egnet metode der en ønsker innsikt i holdninger, erfaringer og synspunkter hos helsepersonell som samhandler i ett og samme miljø (Malterud, 2011).

Fokusgrupper og intervjuform må ses i sammen. Tilpasning til intervjuene har derfor også omhandlet valg av gruppestørrelse, intervjulengde, gruppeantall og sammensetning. Dette er basert på vurderinger om gruppesammensetningers fordeler og ulemper, ut fra faktorer som ifølge Johannessen et al. (2011) og Malterud (2011) kan påvirke datarikdom. En faktor som gruppedynamikk kan være av betydning for å kunne få innsikt i informantenes tanker, forventninger og holdninger slik at forskningsspørsmålene lar seg besvare (Malterud, 2011). De valg som er gjort, redegjøres for i dette kapitlet.

Forberedelse av intervjuene har i stor grad tatt utgangspunkt i det som Kvale og Brinkmann (2010) beskriver som aspekter ved kvalitative forskningsintervju. Intervjuguiden bygget på fleksibilitet ved at en ikke skulle være for låst til denne, men de forberedte spørsmålene i

intervjuguiden ble likevel nøye planlagt da de dannet rammene for intervjuene. For å unngå lukkede spørsmål som kunne stenge av for samtaler, så ble spørsmålene forberedt med spørsmålsstillinger innledet med ” *hva, hvordan, beskriv, fortell* ” slik at intervjuet kunne få en slik beskrivende form.

Ved utarbeidelse av intervjuguiden (vedlegg 1) tok jeg utgangspunkt i sentrale temaer relatert til problemstillingen. Spørsmålene var basert på teori og min forforståelse av temaet. Spørsmålene i intervjuguiden var knyttet til problemstilling og forskningsspørsmål og ut fra dette kunne informantene snakke relativt fritt og komme med innspill, relatert til at intervjuformen var semistrukturert (Johannessen et al., 2011).

### **3.3.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene**

Jeg tilstrebet forberedelser til intervjuene ved å lese metodelitteratur, planlegge og tilrettelegge for dette i forberedelser og underveis i intervjuene. Helhetsinntrykket etter intervjuene var at gjennomføringen gikk som ønsket og jeg var tilfreds med de data jeg hadde fått. Gjennomføringen av intervjuene foregikk med en ukes mellomrom og av praktiske hensyn var det informanter fra den gruppen som hadde mest erfaring som ble intervjuet først. Slik var jeg mer kjent med stoffet ved neste intervju, men det førte ikke til endringer av intervjustrategi. Foruten meg som moderator, deltok også moderatorassistent. Intervjuene varte 1 time hver gang og syntes å være passende lengde etter intervjuguiden. De siste minuttene ble avsatt til at informantene kunne komme med ting de ikke syntes de hadde fått belyst, men ingen hadde noe å tilføye og det ble forstått som at emnet var uttømt.

Begge gruppeintervjuene foregikk i et av sykehusets møterom av passe størrelse. Møterommene er relativt like innad i sykehuset og kunne bidra til at informantene kjente seg ”hjemme” i miljøet. Jeg fant det hensiktsmessig å sitte ved enden av bordet, mens moderatorassistenten satt midt i gruppen. Lydbåndopptakene fungerte etter hensikt og informantene så ikke ut til å la seg distrahere av dette, kanskje fordi mennesker i dag er så familiære med slike dataverktøy.

Gruppemedlemmene ga ikke inntrykk av å kjenne hverandre bortsett fra de som kom to stykker fra samme avdeling. Dette kunne synes å bidra til en god likevekt mellom deltakerne,

slik som også inndeling etter erfaringslengde var. Intervjutidspunkt ble lagt til vaktskifter for å gjøre det mindre sårbart for informanter og avdelinger.

Min pedagogikk -og veiledningsbakgrunn ga meg visse fordeler med å kunne vektlegge faktorer som kunne ha utslag på gruppedynamikk, selv om jeg ikke hadde erfaring med gruppeintervju i forskningssammenheng. I det store og hele opplevde jeg å ha en god balanse på å lede intervjuene, bortsett fra at jeg i første intervju dvelte for lenge ved ett tema som var uttømt og således burde ha ledet dem inn på nytt tema litt tidligere enn hva jeg gjorde. Informantene kunne lede til andre temaer hvis ønskelig, og et tema som kom opp flere ganger i den ene gruppen var relatert til helsepolitikk. Disse temaene ble forlatt, mens de øvrige beskrivelser ble fulgt opp med oppfølgingsspørsmål.

Gruppesamspill har fremstått som viktig. Tjora (2010) fremholder at informantene i gruppeintervju stimulerer hverandre under samtalen til å få frem ulike aspekter av opplevelser som alle er kjent med. Gruppedynamikk kan ha betydning for å skaffe rikholdige data (Polit & Beck, 2008) og planlegging av gruppesammensetning ble derfor gjort med tanke på dette. Informantene i gruppen med minst erfaring bidro enkeltvis til minst til informasjon selv om jeg henvendte og inkluderte alle i samtalen. Ved hjelp av gruppesamspill ble deres bidrag likevel givende for studien da de hadde nærhet til temaene som ble diskutert i og med at de fremdeles var i opplæring. De mer erfarne grupped medlemmene i den andre gruppen ble bedt om å tenke tilbake på tiden som nyansatt under samtalen. En kunne forvente at deres syn ville være mer nyansert når dette ble reflektert i ettertid med avstand til nyansattperioden. Slik oppfattet jeg at de to gruppene til sammen utfylte hverandre på en tilfredsstillende måte.

Det ble innledningsvis lagt opp til en uformell tone. Informantene hadde kjennskap til at jeg var sykepleier og masterstudent, men min rolle som fagutviklingssykepleier ble ikke fremhevet. Moderatorassistent ivaretok det tekniske og hadde en nedtonet rolle, men med oppgave å følge med på hvordan intervjuene forløp og gjøre helhetlig vurderinger av nonverbale utsagn og dynamikk. Vi diskuterte gjennomføringen av intervjuene i etterkant.

Mine intervjuer har vært semistrukturerte med en planlagt, men fleksibel samtale slik Kvale og Brinkmann (2010) anbefaler. Innledningsvis hadde jeg sagt til informantene at jeg ikke hadde streng intervjustil og at mitt ønske var at alle skulle fremme sine egne syn i og med at

det var ønskelig å få frem både enighet og uenighet rundt temaene. Jeg hadde en forforståelse om at det kunne virke unaturlig for informantene at jeg var interessert i konkrete hendelser så vel som generelle oppfattelser og meninger om temaet, så jeg nevnte derfor spesifikt at jeg gjerne ville høre om situasjoner og historier. Likevel forekom det tidvis under ett av intervjuene at generelle meninger ble vektlagt på bekostning av nyanserte beskrivelser. Det ble også gjentatt at studien omhandlet læring i vid forstand og at min hensikt ikke var å være evaluerende eller å få rede på hvilket kunnskapsnivå den enkelte hadde, men å få innsikt i deres synspunkter for hvordan de opplevde og erfarte læring. Ingen uttalelser var riktige eller gale. Informantene ble anmodet om ikke å fortelle fra gruppesamtalene til utenforstående.

Jeg gjorde meg refleksjoner over min mulighet for interaksjon i positiv eller negativ retning under intervjuene, både for hvilke budskap som ble løftet opp i samtalen av både det uttalte så vel som det nonverbale. Med slik påvirkningsmulighet tilstrebet jeg bevisst åpenhet og naivitet under intervjuene for ikke å fortolke eller styre intervjuprosessen i en bestemt retning (Kvale og Brinkmann, 2010). I analysearbeidet så jeg at jeg av og til hadde brukt min rolle som sykepleier mer enn min rolle som forsker, ved at jeg hadde en implisitt forståelse av enkelte utsagn som ikke ble fulgt opp med presiseringer. Lydbåndopptaket avdekket også at noen av mine oppfølgingsspørsmål kunne lede til ja/ nei-svar illustrert med som ” mente du slik eller slik” noe som kunne begrense til to alternative svar. Imidlertid ble alt verifisert med at jeg hadde forstått utsagnene riktig.

### **3.4 Analyse**

#### **3.4.1 Transkribering**

Drageset (2010) viser til mange fellestrekk mellom datainnhenting, transkribering og analyse i kvalitative forskningsintervjuer. Min opplevelse støtter dette ved å erkjenne at transkribering ikke bare er en teknisk prosess, men har etiske aspekter samt implikasjoner for gyldighet og pålitelighet. Transkripsjon innebærer overføring fra tale- til skriftspråk, men Tjora (2010) poengterer at det ikke finnes objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form.



Lydbåndopptakene representerer allerede den første abstraksjon ved at samtalene er tatt ut av kontekst (Kvale & Brinkmann, 2010). I transkripsjon vil abstrahering med fiksering av det muntlige inngå og dette kan bare gi et indirekte bilde av materialet (Kvale og Brinkmann, 2010; Malterud, 2011). Uansett detaljnivå på transkripsjonen så kan opprinnelig mening gå tapt eller bli forvrengt. Intervju kan anses som levende samtaler og lydbåndopptaket var derfor den første indirekte endring av virkeligheten på grunn av manglende fysisk tilstedeværelse og ”visuelle ledetråder” (Tjora, 2010, s. 127). Fordi transkriberingen i seg selv er en abstraksjon, ble transkriberingen foretatt samme dag som intervjuene i forståelse av at nærhet i tid mellom intervju og transkripsjon var viktig.

Transkripsjonene ble gjengitt fullstendig med opprinnelig muntlig språk og fyllord ut fra Tjoras poeng om viktigheten av å ha et høyt detaljnivå da en på gitt tidspunkt ennå ikke vet hva som kan være av betydning for analysen (Tjora, 2010). Teksten har senere til en viss grad blitt redigert da naturlig talespråk ikke lar seg gjengi på en meningsfull måte direkte overført til skriftlig tekst (Kvale og Brinkmann, 2010).

Jeg lyttet til opptaket først direkte og deretter samtidig med at jeg leste den transkriberte teksten for å sikre best mulig gyldighet av meningsinnholdet fra muntlig tale til skrift. I prosessen fokuserte jeg på det nonverbale i intervjuene da det har betydning for meningsinnhold. Stemmeleie, pauser, taushet, ordleting, kroppsholdning og lignende som ble formidlet av informantene og som ikke lot seg overføre til skriftlig form, kan risikeres tapt og dermed kan formidling av faktorer som usikkerhet, misnøye, tilfredsstillelse, stolthet etc. bli usynliggjort. Av den grunn ble inntrykk fra gruppesamtalene delt med moderatorsassistent som var konsentrert om nonverbale uttrykk under gruppeintervjuene. Sammen drøftet vi meningsinnhold og nonverbale elementer. Egenhendig transkribering ble gjort av hensyn til dette, hvilket var en fordel også fordi det samtidig ga meg en forståelse av det kommuniserte og hva som var mulig å gjenspeile i transkripsjonene og ikke. Dette gjorde at jeg ble kjent med innholdet på en ny måte som Malterud (2011) sier kan ha betydning for filtrering og tolkning av materialet. Det nonverbale har ikke latt seg gjengi i transkripsjonene bortsett fra at jeg i formidling av informantenes uttalelser har brukt uttrykk som eksempelvis ”la vekt på”, ”mente”, fortalte” etc., for å underbygge nyanseforskjeller der hvor det har vært relevant ut fra sammenhengen.

Transkripsjonen har tilstrebet å ikke bare følge rigid overføring av det verbaliserte. Direkte

gjengivelse fra intervjuene er ikke nødvendigvis best eller forenelig med god pålitelighet (Kvale og Brinkmann, 2010). Ureflektert og mekanisk forståelse av pålitelighet med direkte gjengivelse av det originale materialet svekker gyldigheten, fordi gjengivelsen ikke blir god. Direkte gjengivelse er således ikke det som gir best pålitelighet. Noe paradoksalt kan en si at gyldighet og pålitelighet her kan være motsetninger forklart ut fra Malteruds utsagn (2011, s. 76) om at ”skriver vi akkurat det som ble sagt, får vi ikke nødvendigvis en god gjengivelse av det som ble hørt”.

Samtalens naturlige kontekst som gir god mening i muntlig tale, kan fremstå både lite meningsfull og latterlig i direkte skriftlig gjengivelse (Malterud, 2011). Gjengivelse har dermed også et etisk aspekt i forhold til hvordan informantene blir fremstilt og sannhetsgehalten i materialet (Kvale og Brinkmann, 2010). Etiske aspekter, fremstilling av meningsinnhold og leservennlighet ligger slik til grunn for endringer som er blitt gjort i prosessen som eksempelvis: ”.. at vi behandler heller symptomer og så kommer sykdommen kanskje litt i bakhånd ” ble endret til ”.. vi behandler heller symptomer enn sykdommen..”

### **3.4.2 Analyse av materialet**

En analyseprosess går som en rød tråd gjennom hele studien fra start til slutt (Kvale og Brinkmann, 2010). Valgene jeg har gjort i prosessen med intervjuguide og under intervjuene kan derfor sies å inngå i en fortløpende analyse. Analysen bygger på min fortolkning, men er tett relatert til informantenes utsagn.

Sentralt i analyseprosessen er fortolkningsprinsipper som er knyttet til den hermeneutiske tradisjon. Dette handler om hvordan tekstene bearbeides i en prosess hvor forskeren går frem og tilbake i tekstene og fortolker enkeltdeler i lys av helheten, og motsatt. Denne prosessen bidrar til dypere forståelse av helhet og deler av tekstene enn den opprinnelige forståelsen. Dette er benevnt som den hermeneutiske sirkel, kanskje bedre beskrevet som spiral, da det ikke er en prosess som går rundt og rundt, men derimot utvides og drives fremover, hvilket leder til stadig dypere forståelse av tekstene (Kvale og Brinkmann, 2010).

I analyseprosessen har jeg latt meg inspirere av Kvale og Brinkmann (2010) og Malterud (2011) som har flere likheter i sine anbefalinger av utarbeidelse av en analyse. Materialet,

med 54 sider transkribert tekst, ble opplevd som omfattende og har gitt utfordringer i å håndtere materialet. Det har vært til hjelp å skrive prosjektlogg hvor jeg har gjort notater underveis, og skrevet ned inntrykk og vurderinger. Jeg opprettet også dokumenter i word for hvert trinn jeg gjennomførte i analyseprosessen. Dette ga meg bedre mulighet til oversikt over prosessen. Mens noen av dokumentene ble beholdt elektronisk, så ble andre som jeg måtte studere mere inngående, skrevet ut. I de elektroniske utgavene markerte jeg tekst med ulike fargekoder, mens jeg på utskriftene også gjorde notater for hånd.

Analyseprosessen startet med helhetlig gjennomlesning av det transkriberte materialet fra fokusgruppeintervjuene etter hvert som de forelå (Kvale og Brinkmann, 2010; Malterud, 2011). Jeg tilstrebet en åpen, refleksiv lesning av teksten hvor hensikten var å ha fokus på informantenes selvforståelse uten å gjøre fortolkninger. Dette ga meg et inntrykk av intervjuene som helhet fra informantenes perspektiv, og typiske trekk av innholdet. Eksempler på inntrykk som pekte seg ut etter gjennomlesningen, var at informantene i stor grad tok ansvar for egen læring, og fokusering på prosedyrearbeid. I neste gjennomlesning av de enkeltvise intervjuene fokuserte jeg på tematiske ord og uttrykk som informantene hadde brukt, og som jeg oppfattet kunne være veivisere videre i analysen. Det kunne eksempelvis være ”skummende på overflaten”, ”lære seg en ny kultur.” Jeg fikk en stor mengde usystematiske ord og uttrykk etter denne gjennomgangen, som jeg i mine notater kalte ”empirinære knagger” som mulige temaområder. Ut fra sammenheng/ kontekst i intervjuene, fikk jeg en forståelse av hva slike ord og uttrykk handlet om. Dette ble skrevet som kommentarer i kursiv. Disse kommentarene var basert på tolkning, men likevel ”tett på” det transkriberte materialet.

Med dette utgangspunktet ble det gjort en fokusert gjennomlesning av tekstene med hvert enkelt tema i fokus. Dette bidro til at meningsbærende enheter i form av setninger og små avsnitt ble identifisert slik informantene selv hadde fremsatt dem. Det ble deretter gjort en dekontekstualisering av utsagn som gjøres ved kategorisering (Kvale og Brinkmann, 2010). Det innebar at jeg kodet meningsbærende enheter som omhandlet mer eller mindre samme tema. Disse ble satt sammen under felles overskrift. Under overskriften ”kunne litt om alt” ble følgende meningsbærende enheter tilknyttet:

*Det blir veldig bredt. Så det er helt basic observasjoner på alt, fra sirkulasjon og respirasjon. Du må se mer helheten hele tiden for du blir aldri så spesialisert på hver*

*enkelt ting*

*Man må ofte ha litt forskjellig kunnskap. Det kliniske blikket er alltid viktig, men kunnskapen man har og hvordan man tilnærmer seg dette i praksis er jo også viktig*

*Det er flere pasientgrupper å forholde seg til. Tidligere så er det ting du har kunnet veldig mye om, mens nå er det så mange ting som du kan lite om. I stedet for at det er lite du kan mye om*

*Kom borti sykdommer hver eneste dag og måtte gå hjem og lese på sykdommene og sette meg inn i den enkeltes situasjon. Det kommer nye pasienter hele tiden, med nye caser*

Forskningsspørsmål og spørsmål i guiden var også bestemmende for relevante tema. Ut fra det dekontekstualiserte materialet som jeg gjorde en meningsfortetting fra, måtte jeg spørre meg om hva dette handlet om. Intervjupersonenes utsagn ble komprimert ved at setningene ble kortet ned, samtidig som forståelse av sentrale tema ble forsøkt bevart, som beskrevet i Kvale og Brinkmann (2010). Samtidig la jeg til egne stikkord ( eksempelvis ”helhet”, ”klinisk blikk”, ”behov for ny kunnskap”) som ga mer nyanser til materialet. Eksempler fra ”kunne litt om alt” er følgende:

*Helhet: må se helhet, blir aldri spesialisert på enkeltting, observasjoner på alt*

*Klinisk blikk: ha litt forskjellig kunnskap, hvordan man tilnærmer seg det i praksis*

*Behov for ny kunnskap: kan lite om mye, nye sykdommer, nye caser*

Analyseprosessen fortsatte nå med å tillegge ytterligere mening til tekstene, såkalt kondensering ved ytterligere å abstrahere meningsinnholdet fra de etablerte kodene (Malterud, 2011). Materialet fikk bedre struktur og hadde tydeligere skiller, selv om kodegruppene varierte stort i omfang. Litt gjenstående tekst ble lest for å vurdere tematilhørighet. Der det var tvil gikk jeg tilbake til lydbåndopptaket for å vurdere dette. Resultatet var at noe tekst var overlappende eller hadde underordnet relevans. Der hvor det var relevant, ble dette slått sammen med tilhørende tekst, eller jeg endte opp med underordnet innhold, hvilket ga reduksjon i den tematiske grupperingen. Et eksempel på en overskrift i dette stadiet i analyseprosessen er benevnt som: ”Behov for ulik kunnskap?” Denne tematiske overskriften fikk følgende underpunkter: 1) ”opplevelsen av særpreg på spesialavdelingen”, 2)

”betydningen av hva man kan fra før”, 3) ”kunne litt om alt”, 4) opplæring i medisinsk teknisk kunnskap/ IT.

Etter prosessen med dekontekstualisering, ble tekstene rekontekstualisert eller ble satt sammen igjen. Dette analysetrinnet skal ifølge Kvale og Brinkmann (2010) lede til en dypere og mer kritisk fortolkning som strekker seg ut over informantens selvforståelse; eller for å følge hermeneutisk terminologi- deler blir satt sammen igjen til en helhet i en ny, utvidet forståelse. Dette kan ifølge Malterud (2011, s.107) ”legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre”. Det innebar at jeg gjorde ytterligere sammenfatninger av meningsinnholdet i kodegruppene. Dette var tolkninger som var basert på sunn fornuft ; såkalt kritisk forståelse (Kvale og Brinkmann, 2010). Med kritiske vurderinger gikk jeg ut over informantenes selvforståelse, samtidig som jeg skulle være lojal til deres stemmer.

Balansegangen med økt analytisk distanse som viser essensen i resultatet og samtidig ivaretagelse med nærhet til informantenes utsagn, viste seg å være utfordrende og hadde flere gjennomganger. Slik har det vært viktig å vurdere om fortolkningene har vært valide hvilket ikke utelukkende handler om validitet, men også etikk (Kvale og Brinkmann, 2010). I denne analysefasen kontrollerte jeg mye tekst opp mot transkripsjonene. Samtidig måtte jeg gjøre vurderinger av hva som var av overordnet og underordnet i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg hadde inntil dette analysetrinnet med hensikt kopiert enkelte tekster som midlertidig ble lagt under to forskjellige overskrifter, da det i tidligere fase var uklart hvor de hadde beste tilhørighet. Disse fikk nå sin endelige plassering der hvor det ble oppfattet å være mest riktig ut fra konteksten, basert på transkripsjonene. Å kontrollere med transkripsjonene ble også gjort med andre tekster som det var uklart om.

Tekstene ble kontrollert for at de fremstilte det typiske samt variasjoner. I den endelige presentasjonen av funn fremstår sentralt meningsinnhold sammenfattet. Dette er underbygget og eksemplifisert med sitater. Analysens siste del omfatter diskusjon av funn opp mot teori og studier. Dette kan bidra til ytterligere fortolkning av funn av de to mest sentrale temaene som fremkom i studien.

### 3.5 Reliabilitet og validitet

Presentasjon av data i seg selv er ikke tilstrekkelig for studien, men en må i tillegg vise til om studien oppfyller kvalitetskrav som kan gi indikasjoner på studiens kvalitet (Kvale og Brinkmann, 2010). De forskningsetiske kravene knyttes til grad av nøyaktighet ved innsamling, bruk og bearbeiding av data. Således kan forskeren selv beskrives som en betydelig faktor for kvalitetskrav som kan påvirke både informanter og datamaterialet (Kvale og Brinkmann, 2010; Malterud, 2011).

Å vurdere reliabilitet og validitet (også benevnt i metodelitteratur som pålitelighet og gyldighet) er en måte å vurdere vitenskapelig kvalitet på i kvalitative studier (Kvale og Brinkmann, 2010). For at studien skulle bli av god kvalitet i henhold til Thagaards beskrivelse av reliabilitet i kvalitativ forskning (Thagaard, 2009), har jeg fortløpende forsøkt å være nøyaktig og systematisk i alle ledd i forskningsprosessen.

Uten å ha erfaring med vitenskapelig arbeid fra tidligere, må jeg erkjenne at det har vært en krevende prosess. Ikke minst har det på grunn av mangel på erfaring med denne type arbeid, vært viktig for meg å beskrive og redegjøre for analyseprosessen på en detaljert måte.

Temaet for studien ble valgt ut fra at dette er tidsmessig svært aktuelt tema, og som engasjerte meg. Ut fra systematisk litteratursøk er ikke dette belyst tidligere for denne målgruppen. Informantene som er brukt i studien er valgt strategisk ut fra at de kan kunne belyse problemstillingen som igjen kan optimalisere studiens gyldighet. Selv om kriteriene for utvalget var gitt, er det ikke kjent hvilken betydning eventuelle tilleggsfaktorer som pågangsmot, entusiasme og livserfaring kan utgjøre. Det kan eksempelvis diskuteres i hvilken grad det kunne hatt betydning for studien om en hadde valgt informanter fra andre avdelinger, for eksempel overvåkningsavdelinger/ intermedieæravdelinger. Denne type avdelinger består av mere ensartede pasientkategorier uten vesentlige tilleggsproblemer ut over behandlende sykdom. To av spesialavdelingene hvor jeg rekrutterte informanter fra, hadde endret karakter til å bli tyngre avdelinger enn det som var tilfelle ved informantenes ansettelse. Slike forhold kan tentativt ha vært påvirkende for informantenes personlige innstilling til læring i den ene eller andre retning. Det er grunn til å tro at faktorer som interessefelt, entusiasme eller frustrasjon kan være av betydning. Til sist kan det være verdt å merke seg at nyansatte

sykepleiere kan bli adaptert inn i avdelingskulturer som forholder seg ulikt til opplæring, for eksempel grad av å bli inkludert i arbeidet. Belastninger med å ha mange uerfarne sykepleiere og travelhet i en avdeling kan også tenkes å være av betydning for et læringsforløp.

Informantene ble ikke spurt spesifikt om den organiserte opplæringen hvilket kunne bidratt til en bredere forståelse av hvordan en lærer i avanserte kontekster.

Det ble vektlagt god relasjon med informantene og god tilrettelegging under intervjuene som indirekte kunne ha betydning for kvaliteten på de data en fikk. Det er innhentet og lest dokumenter fra respektive avdelinger for å få mer helhetlig forståelse av intervjudata fra fokusgrupper. Eksempelvis var dokumenter som viste organisering, omfang og plan for opplæring, vektlegging av læringstema og forventninger til de nytilsatte.

Intervjuguiden er videreutviklet med innspill fra medstudenter og er utarbeidet sammen med min veileder. Hovedspørsmål ble sikret gjennom bruk av intervjuguiden, men forøvrig ble det oppfordret til å snakke fritt og uavhengig. Spesielt var jeg oppmerksom på at gruppeintervjuene ikke måtte bære preg av forventninger til bestemte svar eller at de ble spurt og evaluert på kunnskapsnivå. Det var viktig at informantene kunne snakke fritt og uavhengig, i visshet om at dette ikke kunne ledes tilbake til respektive avdeling eller leder. Med tidligere veiledningserfaring var jeg godt tilfreds med gjennomføringen av intervjuene og jeg fikk et rikt datamateriale.

Jeg fikk innspill i analyseprosessen fra veileder, lærere og medstudenter på masteroppgaveseminarer. I tillegg ble mulige tolkninger av funn og forforståelse diskutert med assistent. Slik sett har dette vært et bidrag til en valideringsprosess. Jeg opplevde det utfordrende å behandle såpass omfattende materiale, men etter en noe snublende start, greide jeg å analysere materialet mer systematisk. I tillegg har jeg lest litteratur underveis i hele prosessen.

Studien har gitt innblikk i hvordan denne sykepleiergruppen lærer i et spesialfelt under gitte forhold, og anses å ha overførbarhet til tilsvarende avdelinger ved andre sykehus eller avdelinger som ligner. Det har vært overvekt av informanter fra intensivavdelinger i studien som har større bredde i pasientspekteret, noe som kan gi utslag for overførbarhet til intermediær- og overvåkingenheter. Funn representerer likevel mye felles med likhetstrekk i kunnskapsbehov. Malterud (2011) hevder i tillegg at det kan være fruktbar kunnskapsdeling at studien kan ses fra nye vinkler av andre enn forskeren selv.

### 3.6 Etiske overveielser

Helsinkideklarasjonen ligger til grunn i forskningsetikk med erklæringen om etiske prinsipper for medisinsk- og helsefaglig forskning (Kvale, 2001). Det knyttes tre hovedprinsipper til det etiske ansvar som en forsker har i kvalitative studier. Dette er informert samtykke, konsekvenser for deltaker og konfidensialitet (Thagaard, 2009).

Studien var søkt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og ble på grunnlag av prosjektbeskrivelse gitt godkjenning (vedlegg II) under forutsetning av at identifisering av enkeltpersoner ikke er mulig. Det er også gitt godkjenning til studien fra Kompetansesenter for personvern og sikkerhet ved sykehuset under forutsetning av godkjenning i avdelingene der deltakerne jobber (vedlegg III). Det er muntlig og skriftlig gitt forespørsler til respektive avdelinger om deltakelse i studien og tillatelse til å rekruttere informanter fra avdelingen (vedlegg IV) og det er innhentet godkjenning fra samtlige. Det ble også gitt skriftlig forespørsel til informantene om deltakelse i mastergradsprosjekt (vedlegg V). Studien er basert på frivillighet og informantenes rettigheter i forhold til muligheter for å trekke seg, ble på nytt opplyst om umiddelbart før intervjuets start. Alle informantene samtykket skriftlig for intervjuets start.

Et forskningsetisk prinsipp er ifølge Tjora (2010) at informanten ikke skal komme til skade under intervjuet. For meg var det viktig å reflektere over hva som eventuelt kunne være til skade hos gruppe medlemmene. Jeg var bevisst på den asymmetrien mellom informant og forsker som de kunne føle på. I tillegg ville de bli spurt om fortellinger og opplevelser som ikke bare ville reflektere ideell praksis, hvilket kan oppleves som en tilleggsbelastning i en slik sammenheng. Å delta i studier kan oppleves ubehagelig for informanten ved at beskrivelser av erfaringer og opplevelser er knyttet til deg som egen person. Mitt ansvar var å ikke stille informantene i dårlig lys som å blottstille seg for sine medinformanter, moderatorassistent og meg. Jeg tilstrebet at den enkelte informants integritet skulle bli ivaretatt på best mulig måte ved å tilrettelegge godt for intervjuene. Verken assistenten eller jeg hadde inntrykk av at gruppe medlemmene delte følelsesmessig vanskelige situasjoner. Gruppe medlemmene ble oppfordret til å holde det som ble sagt innad i gruppene slik at ingen informanter skulle bli knyttet til spesifikke utsagn. En informant fortalte en historie som jeg i ettertid vurderte som potensielt skadelig for informanten, selv om historien kunne vært nyttig



for studien. Fortellingen ble tatt opp på bånd og transkribert, men ikke brukt. Fortellingen kunne både ha identifisert informanten og avdelingen da den henviste til en spesialfunksjon som kjennetegner nettopp dette stedet.

Intervjuer kan forstås som en situert handling (Tjora, 2010). Etter analysering av dataene er informantenes utsagn tematisert gjennom tekst. Aidentifisering er derfor viktig. Det foreligger ingen direkte personidentifiserende opplysninger om informantene. Det har videre blitt tilstrebet ytterligere aidentifisering. Samtlige informanter blir benevnt med "hun" uavhengig av kjønn. Ord og uttrykk som kan være gjenkjennende ved at de er karakteristisk for personene er tatt bort fra sitatene, eksempelvis setningsoppbygging hos personer som snakker gebrokkent. Funnene er blitt fremstilt i bokmålsform uavhengig av etnisitet og dialekter. Det er ingen direkte kobling mellom informant og avdeling og informantene i de respektive grupper er ikke blitt opplyst om hvem som var rekruttert i den andre gruppen.

Det registrerte datamaterialet har vært anonymt med lydopptak som er lagret på privat PC som er beskyttet med brukernavn og passord. I tillegg ble det benyttet bærbar båndspiller uten tilgang for andre. Dette har vært oppbevart i låsbart skap inntil det ble slettet etter transkriberingen. Datamaterialet på PC ble rapportert å skulle bli slettet ved prosjektets slutt eller senest 01.09.2014 og er blitt slettet innen tidsfristens utløp.

## 4. FUNN

Materialet fra fokusgruppene viste to sentrale funn. Det ene var at informantene anså det som svært viktig at for å kunne lære i avanserte kliniske kontekster, så måtte dette foregå i avdelingen som de anså for å være et læringsmiljø. Det andre var å opparbeide seg praktisk kunnskap, som de opplevde å ha mest behov for. Grad av erfaring og avdelingstilhørighet så ut til å ha betydning for informantenes synspunkter under intervjuet. Pasientgrunnlaget og avdelingenes ulike aktivitet gjenspeilet informantenes faglig fokus. Informanter fra de avdelingene som hadde status som intensivavdeling var mer fokusert på instrumentell sykepleie, symptomforståelse og å behandle tilkomne problemer, mer enn å gå i dybden på kompliserte sykdommer og psykososiale aspekter og omsorgsaspekter, slik som var tilfelle for de andre. Alle informantene hadde læringsfokus ut fra sitt pasientgrunnlag. Informantene fra teknisk tunge avdelinger vektla handlingsdyktighet slik at de kunne arbeide selvstendig, mens andre ønsket mer dybdeforståelse og helhetlig fokus. Samtlige informanter opplevde å ha en svært bratt læringskurve.

### 4.1 Før kunne du mye om lite, nå kan du lite om mye

Informantene beskrev sengeavdelingene de hadde arbeidet ved tidligere som et avgrenset fagfelt hvor de hadde god kompetanse. Da de senere begynte på spesialavdelingen ble de stilt overfor nye faglige utfordringer, fordi pasientkategoriene var mer varierte. I tillegg hadde pasientene flere tilleggs lidelser og behandlingen var derfor mer avansert både medisinsk-teknisk og medikamentelt. En informant beskrev det kortfattet: ”*det er på en måte en grunn for at de kommer på spesialavdelingen*” og hentydet til pasientenes komplikasjoner eller

forverring i tilstand som tilsa behov for en mer høyspesialisert behandling enn det sengeavdelingene selv kunne gi. Informantene beskrev sengeavdelinger til å drive diagnosespesifikk og spesialisert medisinsk eller kirurgisk behandling innenfor beslektet fagfelt. Dette krevde dybdekunnskap innenfor aktuelt område, men pasientene fulgte likevel en standardisert behandlingsplan. Hvis det avvek fra det standardiserte, ble pasienten overflyttet til intermediær og overvåkingsenheter eller alternativt intensivheter beroende på organisering av avdelinger. En informant utdypet hvilke faglige utfordringer hun opplevde i spesialavdelingen:

*Det er så bredt og det er så innmari mye. Jeg skal liksom kunne litt om alt. Det er helt basic observasjoner på alt, fra liksom sirkulasjon og respirasjon. Jeg må se mer helheten hele tiden, fordi jeg kan ikke bli så spesialisert på hver enkelt ting (...). Og så er det det at ting snur fortere og veldig mange ganger så har jeg mindre rom for feilmargin.*

Overgangen til spesialavdelinger var kunnskapskrevende for alle informantene:

*Tidligere så er det ting som jeg har kunnet veldig mye om da, men nå blir det plutselig... det er så mange ting som du kan lite... altså, det er mye du kan lite om da. I stedet for at det er lite du kan mye om. Ganske stor omstilling.*

På spesialavdelinger for voksne pasienter var avansert medisin og utstrakt bruk av tekniske hjelpemidler avgjørende for behandlingen. På bakgrunn av dette ble forståelse for medisinsk teknisk behandling og betjening av utstyr viktig kunnskap. Dette gjenspeilet fokus i opplæringen for de informanter som tilhørte denne type avdeling. Informantene fra barneavdelingene derimot, hadde større fokus på emosjonelle og relasjonelle forhold til pasient og pårørende og mente at dette representerte de virkelige utfordringene i hva de skulle mestre:

*Vi blir lært opp på instrumentene og alt det der, så det tar jo sin tid, men det jeg synes er vanskeligst det er å lære seg å kjenne barna, da. Fordi at det er de som er syke, og det tekniske utstyret klarer du på en måte å lære deg ganske fort.*

Enkelte informanter hadde aldri tidligere arbeidet med barn da de begynte på spesialavdelingene og hadde derfor generelt lite kunnskap innenfor barnesykepleie. Alvorlig syke nyfødte og andre barnepasienter representerte derfor en ekstra utfordring når sykdom og behandling vanskeliggjorde kontakten med pasientene, særlig i situasjoner der heller ikke foreldrene hadde rukket å skape relasjon til sitt nyfødte barn. Pårørendeomsorg var noe de kunne lite om fra før av, men var ansett som svært viktig da hele familien blir involvert ved barns sykdom.

## 4.2 Varierte utfordringer

Utfordringene som informantene beskrev var mange og varierte og kan knyttes til ”å kunne lite”. Utfordringene var i hovedsak knyttet opp mot selve pasientgruppene og situasjoner, men i tillegg også var andre ytre faktorer som spilte negativt inn på en allerede utfordrende pasientbehandling. Dette kunne være at opplæring ikke samsvarte med det ansvaret man ble gitt senere, fordi opplæringen ikke var gitt til relevant pasientgruppe.

En informant hadde opplæring i de dårligste pasientene, men opplevde å skulle arbeide med de mindre syke etter opplæringsperioden.

*Problemet mitt var at jeg stod på veldig syke barn som jeg ikke kommer til å stå på når jeg er ferdig i opplæring, som gjør at de basic tingene som jeg egentlig skal kunne med de friskere barna, det kunne jeg ikke, nesten, når jeg var ferdig med opplæringen min. Da måtte jeg begynne på skretsj.*

Andre informanter fortalte historier som viste det motsatte- hvor de fikk opplæring på de minst dårlige pasientene, men endte opp med å arbeide med svært syke pasienter. Begge deler ble opplevd som uheldig, da de ikke fikk praktisert det de var trent i.

Andre utfordringer var av en annen karakter. Opplevelsen av å være i nesten alarmberedskap i det daglige ble beskrevet av flere informanter på tvers av spesialavdelingene: ”Man må være et steg foran i forhold til akuttsituasjoner”. Informantene uttrykte at det var fin balanse mellom utfordring og mestring i krevende situasjoner og at det å få hjelp fra kompetent

personell ved behov, var vesentlig for dette. I en situasjon som ble beskrevet som ”i overkant utfordrende”, valgte sykepleieren selv å ta opp dette som et problem, og be om hjelp:

*Og jeg har CPAP-kompetanse, så da fikk jeg ansvaret for det barnet den natten, pluss at jeg hadde en annen på opplæring på samme vakt, med to barn. Og han ble så dårlig og til slutt så.. Jeg klarte ikke å gjøre noe annet. Jeg måtte stå med hun og babyen hele natten. Jeg klarte ikke å ta hånd om den andre babyen, så der måtte jeg si fra meg ansvaret og hun som var på opplæring måtte hjelpe til så godt som mulig med det andre barnet...*

Den overnevnte situasjonen løste seg bra, men et annet eksempel fra en annen informant viste hvilke utfordringer man kan stå overfor som ny sykepleier, i det som kan bli et potensielt problem:

*At kirurgene forventer at anestesilegene skal ta ansvaret, og anesthesi mener at kirurgene skal ta ansvaret, så står du litt midt i mellom. Så har kanskje hovedoperatør gått hjem også ringer du til vakthavende, også har vakthavende aldri hørt om pasienten, så går du en liten runddans og spør hvem som faktisk skal ta ansvar for det som skjer her og nå.*

Informantene fortalte at de ofte måtte prøve seg litt frem i nye og ukjente arbeidssituasjoner, og at de anså det til dels som sitt eget ansvar å sette grenser for hva en kunne påta seg av selvstendig arbeid og hva en måtte få hjelp med. Som ansatt i en avdeling med bemanningsutfordringer ønsket de imidlertid så langt som mulig å bistå etter beste evne:

*Ja, og så er det noen ganger man får merke at det er.. er så lett manko på folk og ressurspersoner, så da må man jo.... Da kan ikke alle sitte å si at de ikke kan ta den eller den eller gjøre det og det. Da må jeg jo bare hoppe i det og se... Altså, jeg står jo litt fritt til å si dette er jeg ikke klar for, eller sånn, men samtidig kan man ikke si det til en hver tid heller, fordi at jeg er jo en arbeidskraft i avdelingen og.*

Informantene la press på seg selv for å påta seg arbeidsoppgaver som de var usikre på at de kunne beherske. Samtidig ga de også inntrykk av at det var forskjell på det å kaste seg ut i

ting og det å bli kastet ut i ting. De gav uttrykk for at de kunne tåle pasientrelaterte utfordringer i situasjoner som strakk seg ut over egen bekvemmelighet og kompetanse, såfremt det var legitimt å melde fra om og få aksept for egen begrensning. Det positive med slike situasjoner var at det kunne være gode læresituasjoner. En av informantene sa:

*Altså, man må bli kastet ut i ting, for da lærer man, men samtidig... Jeg kan ikke bare late som om dette, dette klarer jeg sikkert, og så har jeg ikke hørt om det, eller aldri liksom... Da må man ta litt ansvar for hva man faktisk kan og ikke kan, og så heller spørre om hjelp.*

Et annet aspekt ved det å bli kastet ut i ting, som var gjenkjennelig for samtlige informanter, var de mange pålagte tilleggsoppgaver og koordineringsoppgaver som hørte med til pasientarbeidet. Dette skapte uro og stress fordi det ga tilleggsarbeid som informantene ikke behersket.

*Å huske slike ting og omstille seg hele tiden, det er vanskeligere. Disse jævlige avdelingskoder som man må huske og sånne ting, Pas Doc (elektronisk pasientregistreringssystem) og sånne ting, det er stressfaktor (...) Koordinering tar mye tid. I hvert fall for oss sykepleiere på en sengepost. Og få tak i informasjon fra de riktige legene og ja.. Terskelen er ofte litt høy for å kunne spørre legene om.. ja, skal gi informasjon til den, har gitt informasjon, hva skjer med den, ja, klokkeslett, tidspunkter.. ja...koordinering*

En informant fortalte videre at det mest utfordrende med hjertestanssituasjonene som hun hadde vært borti, hadde vært å forstå de tilhørende registreringspapirene og hvor dette ble beskrevet som den virkelige utfordringen i situasjonen. Videre beskrev informantene det som utfordrende når ikke ting var tilrettelagt for mottak av pasienter. En sykepleier fortalte at hun kunne ta pasientutfordringer såfremt de nødvendige systemene var tilrettelagt:

*Vi må bare ta pasienter plutselig ikke sant, og så blir du rett og slett kastet inn "hva nå" og så må du bare prøve å finne ut hva du skal gjøre. Men da må jeg ha et backup-*

*system som er klart, sånn at jeg rett og slett kan finne frem det utstyret som jeg skal ha.*

På vakter hvor en måtte løpe fra den ene arbeidsoppgaven til den andre og bistå de som trengte hjelp, ga et vell av ulike arbeidsoppgaver med ulikt innhold. Selv om dette skapte læringssituasjoner, var informantene klar på at dette ikke var ensbetydende med god læring”:

*Der hvor vi er, har vi veldig mange arbeidsoppgaver. Vi må fordele oss på to avdelinger etter behov og vi har spesialansvar for å serve sengeavdelinger som trenger rask assistanse i øyeblikkelig hjelp situasjoner. Så har du den biten der å være en sykepleier som ikke har egen pasient, men som skal komme å hjelpe til der det er behov, og da er det vanskeligere å få den kontinuiteten og mengdetreningen.*

Informantene mente at det å kunne få observere og delta på mest mulig, ikke nødvendigvis førte til gode da det kunne hindre den faglige fordypning som en får gjennom kontinuitet og mengdetrening.

### **4.3 Personlig engasjement som motivasjon for å lære**

Informanter mente at relasjonen til pasient og pårørende skapte et personlig engasjement og ansvarsbevissthet som betydde mye for deres initiativ og lærelyst. De var seg bevisst at de hadde en viktig rolle som sykepleier og at det de sa eller gjorde kunne gi konsekvenser for den kritisk syke pasienten. Det fikk dem til å kjenne på ansvaret: ”De er jo avhengige av deg. For de er jo syke, de er kjempe syke.” En annen informant utdypet dette og fortalte at stor ansvarsbevissthet stimulerte henne til å søke seg kunnskap på eget initiativ, uten at avdelingen trengte å være pådriver for dette:

*Du vet, det er ansvarsbevissthet, ikke sant. Jeg måtte jo gjøre en bra jobb med pasientene, at de må leve eller få riktig behandlingen eller sånn. Derfra kommer og rett og slett motivasjonen at jeg måtte engasjere meg og lese selv, eller spørre og sånt da.*

I tillegg fremholdt informantene at det å være i et dynamisk miljø med mange læremuligheter var i seg selv var inspirerende, da de kunne dra veksler på tverrfaglig team og kollegers kunnskap og erfaring. At det ble stilt store krav til dem, ble derfor opplevd som greit. Det at de måtte samarbeide for å avklare pasientsituasjoner gjorde at de følte seg verdsatt i miljøet og det at de lærte nye ting hver dag ble dratt frem som en positiv side ved arbeidet og noe som bidro til en spennende arbeidsdag. Eksempler på dette var nye ”caser,” pasienter med uavklart problematikk, hvor leger og sykepleiere i sammen måtte finne ut av hva var.

Informantene følte aldri at de noen gang kom til å bli ferdig utlært, men etter hvert som de begynte å mestre det å være sykepleier for ulike pasientgrupper, ble enkelte av informantene inspirert til å lære noen områder grundigere enn andre. En informant sa at det var både engasjerende og motiverende å fordype seg innenfor et spesielt fagområde og at dette stimulerte henne til å søke videre kunnskap:

*.. hvis man ønsker å fokusere på hjertet og arbeide med hjertebarn, får man hjertebarn for eksempel. Og det henger jo litt sammen med hva man er flink til, for det skaper motivasjon igjen, ikke sant. Og da ønsker du å lære mer og da går du jo hjem å leser om det.*

Dette engasjementet var ikke noe krav fra avdelingens side, men informantene opplevde at det å fordype seg innen et område var positivt og at det var en fin måte å knytte teori til praksis på.

#### **4.4 “Du lærer veldig mye bare ved å jobbe på en sånn avdeling også”**

Informantene mente at de lærte mye gjennom det daglige arbeidet i avdelingene, uavhengig av tilrettelegging og strukturering spesielt for dem. Dette var et synspunkt samtlige deltakere i fokusgruppene syntes å dele. De så på avdelingen som et senter for læring, da det oppsto mange lærerike situasjoner i praksis. Her var det mange personer som indirekte bidro til kunnskapsformidling, deriblant pasienter og pårørende:



*Det er vel ingen som kjenner ungen sin bedre enn foreldrene for eksempel. Så de er jo en kjempe ressurs for å fortelle oss om er det normalt, er dere vant med det? Er det det, så trenger man kanskje ikke tenke på det så mye. Er det ikke det, så burde man kanskje slå alarm.*

Dette viser at pasienter og pårørende var kilder til læring på en annen måte enn hva som kunne bli formidlet gjennom litteratur og informantene ble indirekte fortalt hva de skulle fokusere på i pasientbehandlingen. Informantene fra begge fokusgruppene beskrev det å kunne utøve praktiske handlinger som viktig for læring:

De var av den oppfatningen av at de lærte ”alt” de trengte som kunne gjøre dem funksjonsdyktige i avdelingen og utføre selvstendig arbeid.

Informantene fortalte at de ønsket å være med på flest mulige praktiske situasjoner. Deres prioritet var å få oppøvet handlingsdyktighet basert på det de lærte av personalet i avdelingen. En informant mente at generell medisin og naturvitenskapelig kunnskap måtte nedprioriteres til fordel for praktisk opplæring og mente at denne type kunnskap var mer aktuell for sykepleiere med spesialutdanning:

*Men jeg føler ofte også at de undervisningene som vi har med legene, hjelper meg egentlig ikke så veldig mye med pasienten (...). Jeg vil egentlig gjerne heller ha sånn praktiske opplæringssituasjoner hvor man går igjennom medisiner og hva er de egentlig egnet til siden ingen av oss er anestesi- eller intensivsykepleiere her, slik at det er litt mer rettet for oss da, enn å høre den femtende gang om hvor den arterien ble klippet av. En trenger ikke vite det. Det er ikke viktig for å overleve for å si det sånn.*

Informantene ønsket å oppøve klinisk ferdighet slik at de kunne bli selvstendige sykepleiere og dette gjenspeilet hva de ønsket opplæring i:

*...det er ofte mer praktiske ting jeg ønsker meg opplæring av og trening. Akkurat det; hva skjer hvis vi plutselig må intubere? Jeg vet fortsatt ikke hva jeg skal hente eller trekke opp og hva enkelte medisiner er og sånn.*

Hva informantene anså som praksisnær kunnskap varierte med hvilken avdeling de tilhørte. Avdelingen gjenspeilet hva de skulle lære. En informant fra spesialavdelingen for barn fortalte hva som var viktig for henne å lære i praksis:

*Man møter så forskjellige mennesketyper. Alt fra barna eller pasienten i seg selv kanskje; ”oi, dette var kanskje ikke riktig måte å møte denne personen på”. Eller voksne mennesker. Man reagerer jo forskjellig i krise. Da nytter det jo ikke å bare ha lest deg opp på en måte å møte et menneske på i krise. For det kan for noen funke kjempe bra og for andre funke skikkelig dårlig. Så det er jo også en erfaring man absolutt må ta med seg.*

En annen informant beskrev en annen læresituasjon:

*Jeg husker veldig godt den første pasienten som skulle trakeostomeres på stua, for jeg var ansvarlig der og skulle hjelpe og sånn. Jeg syntes det var utrolig vanskelig å finne ut hvilken rolle jeg egentlig hadde og hva de forventet hva jeg kunne eller skulle gjøre. Det måtte jeg lære i det øyeblikket der og da.*

For informantene var det viktig å vite de små praktiske detaljene som for eksempel om en skulle bruke ”1ml sprøyte eller 10 ml sprøyte” i praktiske situasjoner som tilsa kontroll og effektivitet. En av informantene mente at de måtte forstå hensikten for å kunne handle korrekt og at utfordringen var å innøve dette i praksis:

*Og på en måte først ha fått det inn i ørene og så.. når man da...på en måte.. brukt... flytte ting fra ørene og ned til hendene, holdt jeg på å si. Og få litt sånn kroppslig intelligens. Altså sånn.. få gjort ting med hendene dine, og bli komfortabel.. altså.. mer trygg på å gjøre de tingene som på en måte kan og som du har hørt om og vært igjennom.*

Å utføre handlinger selv, var også viktig for en annen informant, men hun mente at gjennom å være i miljøet, fikk hun observert mange prosedyreførelser og lærerike situasjoner. Hun anså dette som en enkel måte å fange opp kunnskap på:

*Man har jo fine prosedyrer på intranett og det å ha prosedyrer er jo ekstremt viktig, men det er ikke noen tvil om at det går ti ganger så fort å skulle observere noen gjøre det, eller ha med en å gjøre det. Ta ut det utstyret jeg skal ha, enn at jeg skal sitte å lese og pugge seg til det. Men der er man jo veldig forskjellig.*

Mange lærte ved å gå sammen med mer erfarne sykepleiere, da de kunne se ting bli gjort før de selv skulle gjøre det. Likevel, det å lære av en situasjon i etterkant, i stedet for i forkant, var heller ikke uvanlig. Informantene beskrev det som å lære "the hard way". En informant sa også at hun lærte ganske mye av "ting som har gått feil"- mindre hendelser som ikke utgjorde noen fare, men som skapte tanker rundt hendelser og konsekvensene av disse. Slike feil gjorde at hun hadde "en liten bjelle i bakhodet" som varslet i lignende situasjoner senere. Slike hendelser skapte også oppmerksomhet på indirekte forhold som kunne vært av betydning for at utfallet av situasjonen ble som den ble. En annen informant ga eksempel på at læresituasjoner ble skapt i forkant av hendelser gjennom planlagt, simulert trening hvor informantene fikk trene på praktiske øvelser etterfulgt av gjennomgang av scenarioet. Informantene anså som en god måte å lære på.

Opplevelse av kunnskapsmangel kombinert med at pasientenes alvorlighetsgrad og små marginer for å gjøre feil, syntes informantene var skremmende. Trygghet var essensielt for godt læremiljø og sykepleierne i avdelingen bidro til dette da de var tilgjengelig og støttende og kunne avklare problemer der og da. En informant sa:

*...men det er så små marginer. Da er det skummelt å være helt ny. Selv om på sånne avdelinger har vi folk rundt oss hele tiden. Det er jo en trygghet.*

En informant opplevde trygghet ved å gå trinnene fra det enkle til det mer avanserte i pasientbehandlingen, men opplevde å raskt få ansvar for svært syke pasienter. Hun gav et eksempel på dette:

*Først så begynner man med de spisebarna og så etter hvert så skal man lære seg lungene og hjertet og sånn (...) etter at de har fått opplæring i seks uker, så blir de satt på liksom, kjempe dårlige hjertebarn.*

Informantene mente i hovedsak at de måtte ta mye ansvar for egen læring, men hadde nyanseforskjeller for hva de forventet av tilrettelegging fra avdelingen. De minst erfarne av studiens informanter tillot seg ikke å stille så store krav til andre i avdelingen ved opplæring. Denne erfarne informanten som uttalte seg her, syntes å være bevisst på dette: ” *Jeg føler heller at jeg lærer meg selv mer, enn at avdelingen egentlig bidrar til å lære meg, men jeg må.. jeg skal jo ikke bare klage.., men det blir gjerne store utfordringer..* ”. De med lengst ansettelse mente dessuten at opplæringen tidvis var ”ustrukturert” og savnet bedre struktur og tilrettelegging, slik at de kunne få bedre muligheter for å skaffe seg den kunnskapen som de selv vurderte at de trengte. En erfaren informant sa følgende:

*Også er det jo det at du tar et ansvar for det selv, for det er ingen andre enn meg selv som vet best hva jeg trenger mer terping på, eller sånne ting. Så hvis man på en måte kunne lagt til rette for det, så...*

Alle formidlet således et ønske om støtte og tilrettelegging i læresituasjoner, men sykepleierne med mest erfaring gikk lengst i å poengtere dette behovet.

#### **4.5 Medsykepleiers betydning for læring**

Informantene uttrykte at det var faggruppen sykepleiere som de lærte mest av på spesialavdelingene. Dette i motsetning til sengeavdelinger, hvor de mente at de hadde fått tilført mye kunnskap innen det anatomiske og sykdomsbaserte fra legene. Selv om legers fagkunnskap ble ansett som verdifull kunnskap også ved spesialavdelingene, vektla informantene i større grad kunnskap fra sykepleiere som hadde mye erfaring:

*Men sykepleiere står jo oppi, sammen med pasienten mye, mye mer og har et grunnlag og erfaring på hvordan man liksom skal se ting og.. ikke minst bare gjøre praktiske ting da...prosedyrer. For det er jo.. det er jo et praktisk yrke først og fremst.*

Det var en gjennomgående oppfatning fra mange av informantene at medisinsk kunnskap var nyttig, men ikke absolutt nødvendig. Den viktigste kunnskapen var knyttet til det som kunne gi dem handlingskompetanse, hvilket de mente de fikk fra sykepleierne i avdelingen. Dette fordi det er ”de du har rundt deg hele tiden og det er alltid noen som står bak deg” .

Informantene anså det som vesentlig at sykepleierne var tilgjengelige i det øyeblikket de trengte det , selv om en informant også påpekte at det var viktig å selv kunne be om hjelp når hun vurderte at det var behov for det.

Informantene trakk frem kontinuitet og kompetanse til de personer de gikk sammen med i læreperioden og mente dette var av stor betydning for læring ved avdelingene. Selv om samtlige informanter mente at de også lærte mye av andre sykepleiere, så var de delt i synet av betydningen av hva slags kompetanse dette skulle være. En informant hevdet at det ikke utgjorde vesentlig forskjell om kontaktsykepleieren var intensivsykepleier eller ikke, da de gjorde den samme jobben. Enkelte mente at en opplagt fordel med å ha en kompetent veileder var at de hadde ”et hav av kompetanse” som dermed kunne bidra til læring, mens andre informanter erfarte at de som relativt uerfarne sykepleiere ikke nødvendigvis var mottakelig for kunnskapen de hadde.

*Jeg tror det bare er i beste mening av de som har masse kunnskap, de sier og forteller deg og sånne ting. Og de vet jo hva du burde kunne, men, altså, det er kanskje ikke alltid de klarer å ta det ned til nivået du er på. Men at en som er ganske nyutdannet selv, vil klare det bedre å møte på det nivået man er på. Det er ikke sikkert, det er ikke alltid man blir møtt med den samme forståelsen, eller at de ser hva du trenger som helt nyutdannet. Men mer bare slik...dette burde du kunne og dette burde du kunne også ja..*

Denne informanten mente at like viktig, var det å bli møtt av en som kunne gjenkjenne seg i hennes situasjon og legge kunnskapen på et nivå som var tilpasset henne som nyutdannet. Det å ha et balansert forhold til sin mentor mente hun var av betydning for sitt læringsutbytte. En informant fortalte at hun i løpet av opplæringsperioden ikke ønsket å være så tett knyttet opp til en og samme sykepleier. Hun hevdet at å gå med flere sykepleiere stimulerte henne til å finne sin egen måte å arbeide på.

Enkelte informanter syntes derfor at det var viktig at læresituasjonene ble tilpasset den enkelte, og mente at det kunne bidra til at de fikk den grunnleggende kunnskapen som annen læring skulle bygges på:

*Jeg er enig i det at å ha en som er ganske nyutdannet, eller i hvertfall en som ikke har jobbet så lenge, så kan man få veldig mye ut av å ha som en sånn veileder i praksis. For de vet så godt hva man kanskje selv har hatt lyst til å lære når de var under utdanning eller nyutdannet og skulle være på opplæringssted.*

En informant sa at kontinuitet ikke hadde noen betydning for å tilgang på gode læresituasjoner, men mente at det å ha en fast kontaktsykepleier, ville gi mer kontinuitet samt sikre individuell oppfølging, hvilket en av informantene påpekte som viktig:

*Det med kontinuitet som jeg tror er ekstremt viktig, fordi du begynner på skrætsj og du kommer til en ny person og den personen kjenner ikke deg og vet ikke hva du har gjort tidligere i opplæringen.*

Det kunne virke som at like viktig som kompetanse og kontinuitet, var å ikke måtte forholde seg til vikarer da det kunne oppstå praktiske problemer med at vikaren heller ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til avdelingens praktiske forhold. Dette var av betydning dersom de plutselig måtte håndtere vanskelige ting. De av informantene som hadde slike erfaringer og ikke tidvis manglet støtte i annet sykepleiepersonell, mente at det var en forutsetning at sykepleier arbeidet tett sammen i sykepleiehandlinger, for å kunne få nødvendig innsikt:

*Jeg tror du må være heldig med den situasjonen som du har. At du har rett og slett nok personale rundt om deg som kan hjelpe deg og bidra og kan se tidlig nok at det er noe som ikke stemmer og sånt og hjelpe deg*

Dette forutsatte at den uerfarne sykepleieren hadde tett opplæring. Det var gjentagende i studien at det var til dels opp til den nyansatte selv å vurdere hvor tett oppfølging de trengte i opplæringsperioden:

*Er jeg skikkelig utrygg på en ting, så kan jeg si jeg synes det er greit å ha med en da, til å ta i mot denne pasienten. Ha en i ryggen. Fordi du kan gjøre ganske grove feil hvis ikke du vet hva kompetanseområdet ditt er. Så det er veldig viktig å reflektere litt rundt det også, tror jeg.*

#### **4.6 Betydningen av å reflektere**

Informantene fortalte at de kom tidlig i situasjoner hvor de ble stilt overfor ekstraordinære utfordringer, både kunnskapsmessig og følelsesmessig. De hadde erfaringer med at kunnskap og følelser ikke lot seg skille i utfordrende situasjoner og at begge dimensjoner var viktig i yrkesutøvelsen. Informantene påpekte at det var sykepleiers ansvar å føre en samvittighetsfull og god praksis slik at pasientens verdier kunne bli ivaretatt og at arbeidet ikke bare hadde fokus på tekniske ting og prosedyrer. Informantene mente at ved å inkluderte følelser i arbeidet, ville dette gi bedre omsorg for pasienter og pårørende. En sykepleier fortalte om en pasientsituasjon med et barn hvor sykepleieren i ettertid hadde behov for å snakke med noen om hennes opplevelser i en situasjon som hun opplevde som utfordrende:

*Det at legen liksom tok meg på alvor og hørte på hva jeg sa, som hadde stått der hele tiden, det var veldig læringsrikt. Å kunne snakke om det som skjedde etterpå.*

Den beskrevne situasjonen tydet på at det å bli møtt med forståelse for hvordan de opplevde den belastende situasjonen gjorde det enklere både å gi og ta imot faglige innspill og konstruktiv kritikk. Der informantene hadde opplevd akutt- eller hastesituasjoner som krevde rask respons, hadde de et klart behov for å kunne gjennomgå scenarioet etterpå:

*Hvis du har stått i en akuttsituasjon, at du kanskje blir tatt til siden et kvarter da, og går igjennom det som faktisk skjedde og at du faktisk lærer veldig mye om det. Når du står i det er det liksom... Du gjør det du får beskjed om og.. løser det problemet der og da, men etterpå kan det bli litt sånn overwhelming da. At vi vil snakke om det, hva vi gjorde og hvorfor vi gjorde det og sånn ....*

I de tilfeller der erfarte situasjoner ble tatt opp i etterhånd i regi av avdelingen, ble dette positivt imøtekommet av informantene da de opplevde det både lærerikt, reflekterende og støttende. På enkelte avdelinger hadde de opprettet samtalegrupper med regelmessige møter hvor alle ansatte ved avdelingen kunne delta hvis de ønsket det. En informant uttrykte sin positive erfaring med en slik ordning:

*(...) man møtes og så snakker man om forskjellige situasjoner som man har vært borti, som man synes har vært vanskelig eller hvis det er noe man lurer på. Ja, eller det er jo fint å få diskutert det. Hva kunne man gjort annerledes, hvis man har noen tanker rundt det.*

En informant sa at det å reflektere på denne måten var viktig for hennes læring. Informantene mente at det å tenke gjennom situasjoner var bra, uansett om det handlet om menneskelige aspekter eller om det var problemløsning. Informanten mente at følgende stimulerte til refleksjon:

*Hun er der hele tiden og stiller meg veldig kritiske spørsmål. Hvorfor gjør du det? Er det noe du..? Hvorfor gjør du sånn? Hva gjør du nå? Hele tiden. Det er veldig press og det er litt stress, men samtidig må du hele tiden begrunne hvorfor du gjør det du gjør, og det er litt sånn... Jeg synes det var litt skummelt i starten, men man lærte ekstremt mye av det. Og reflekterte mye mer enn det jeg tror jeg ville ha gjort uten at hun hadde vært så kritisk i spørsmålene.*

Det å kunne reflektere mens en var i situasjonene var viktig. Ved selv å kunne stille spørsmål underveis fikk en verifisert at en handlet og vurderte riktig i situasjonene eller det kunne åpne for andre handlingsalternativer.

En faktor som ble fremhevet av informantene, var at det ikke nødvendigvis var det beste å få fakta presentert ”på et fat” da det ikke stimulerte dem til å tenke selv. En informant ga et eksempel på det han mente var en god læresituasjon innen respiratorbehandling:



*De gikk liksom igjennom innstillinger og jeg ble spurt av den sykepleieren om hva jeg tenkte med det og hvorfor ville jeg gjort om de endringene og hva det ville gjort med de lungene og..*

Informanten mente at å måtte begrunne hva hun gjorde og hva konsekvensene av dette kunne bli i en større sammenheng, var en god måte å lære på.

#### **4.7 Betydningen av å kunne håndtere medisinsk teknisk utstyr**

Betydningen av å kunne håndtere medisinsk teknisk utstyr tidlig, var ifølge informantene til dels betinget av hvor fundamentalt utstyret var for behandlingen av avdelingens pasienter. Jo mere teknologi som ble brukt i pasientbehandlingen, desto viktigere var det for informantene å opparbeide seg teknologisk kunnskap og ferdigheter på et tidlig tidspunkt. Informantene fortalte at opplæringen i ulikt medisinsk teknisk utstyr også var en prioritert oppgave fra avdelingens side. Opplæring ble gitt etter behov, da fortrolighet med apparatur var en forutsetning for overvåkning og behandling for marginalt syke pasienter. For de av informantene som hadde respiratorbehandling, så var dette noe de måtte lære seg inngående:

*...jeg har jo fått respiratoropplæring etter at jeg var ferdig med opplæringstiden egentlig, så fikk jeg respiratoropplæring en gang til. Og så synes jeg personlig at det var noe som jeg måtte konsentrere meg veldig mye om, ikke sant, og måtte lære meg ganske fort da.*

Informantene mente at det var en parallell med utstyrskompetanse og pasientbehandling da dette var uløselig avhengig til hverandre hos pasienter med avansert behandling. Det utløste frustrasjon når dette ikke gikk strømlinjeformet. Informantene skilte mellom begrepene tidsbruk og tidstyver, hvor tidsbruk handlet om å kunne ta den tid de trengte for å lære å håndtere det tekniske utstyret, mens tidstyver ble beskrevet i forbindelse med tekniske systemer som var vanskelig å håndtere og forstå og som stjal tid fra pasienten. Dette hadde en informant erfart:

*Jeg hadde ikke vært bort i MetaVition<sup>1</sup> før jeg begynte på den plassen som jeg er nå. Og jeg må si jeg brukte utrolig lang tid og bare stirret på skjermen for å lære meg ting, for å skjønne hvordan prinsippene fungerer og sånn. I systemet er det tidstyver når en må skjønne hvordan det fungerer og sånn, tid som jeg ikke kunne bruke på pasientene, og det ga litt dårlig samvittighet (...).*

Informantene sa at de lærte det tekniske utstyret relativt greit isolert sett, men de måtte også bli fortrolig med å bruke det i behandlingssammenheng for at det skulle være forsvarlig. Forholdet mellom teknologi og pasientbehandling ble beskrevet på to måter fra informanter fra ulike avdelinger, hvor den ene fremhevet at utfordringen primært var knyttet til det å tolke barnepasientene, mer enn å lære det tekniske utstyret. Informanten mente at instrumentene var håndterbart og relativt enkelt å lære, mens barnepasientene derimot var individuelle og utfordrende å bli kjent med.

Den andre informanten poengterte at grad av teknologi hadde sammenheng med grad av kompleksitet hos pasienten, da erfaringer tilsa at det var en parallell mellom utstyr og pasientens behov for dette. Når en avanserte med utstyr så fikk hun samtidig dårligere pasienter:

*Og så er det at du.. ikke sant.. du begynner først med de friskeste barna, også får du CPAP, og så får du respirator. Og CPAPen og respiratoren er ikke så vanskelig å lære seg i seg selv, men det er mer det at du får sykere og sykere barn da. Så det er på en måte.. nivået går veldig fort oppover, i hvertfall på vår avdeling.*

En informant knyttet teknologien til faglig kompetanse ved å si at ved å sette ”fokus der det skal være” så hadde hun rettet oppmerksomheten bort fra det teknologiske til å ha fokus på pasienten. Hun påpekte at når en ikke kjenner de tekniske apparatene så stjeler det ofte mye oppmerksomhet vekk fra ”den som ligger i senga”. Når man derimot er kjent med det teknologiske kan man bruke det til hva det faktisk er ment som, nemlig medisinsktekniske hjelpemidler.

*Det er jo hjelpemidler vi har for å komme i mål. Og pasienten er fokus. Sånn at det.. når du på en måte blir god på det og trygg på alle de tekniske hjelpemidlene du har,*

---

<sup>1</sup> MetaVition: elektronisk overvåkningsskjema og døgnkurve

*så kan du bruke det for det det faktisk er da. Ikke ha så mye fokus på det (...) Men hvis du får litt mer erfaring og kan bare ha alt av det medisinsktekniske som hjelpemidler, så kan du ha fokus der det skal være. Men det kommer..*

Informantene var bevisste på at det medisinsk tekniske utstyret skulle gå over til å bli ”venstrehåndsarbeid” når en mestret det. Når en kunne bruke medisinsk teknisk utstyr på en tilfredsstillende måte, kunne en vie seg helt og holdent til pasienten som var det endelige målet for en ferdig utlært sykepleier.

#### **4.8 Å utvikle klinisk blikk**

Alle informantene la vekt på å utvikle det kliniske blikket som fikk en ny og utvidet betydning i en avansert klinisk kontekst hvor de måtte se, tolke og helhetlig vurdere sine observasjoner:

*Klinisk blikk er ekstremt viktig. Vi behandler heller symptomer enn sykdommen... altså, diagnosen. Vi behandler dem jo ofte for en respirasjonssvikt eller sirkulasjonssvikt eller, sånne type ting da.*

De som hadde mye erfaring fra generell, grunnleggende sykepleie møtte nye utfordringer i spesialavdelingen: ”Jeg føler at de erfaringene som jeg har fra før, de hjalp meg egentlig bare for å fange tidlig opp varsel her, om noe som ikke helt stemmer”. Sykepleierne erfarte at komplekse pasienter tilsa å ha fokus på reelle og tentative problemer mer enn det spesifikt diagnoserelaterte som de var kjent med fra sengeavdelingene. Registreringer, observasjoner og vurderinger var en nødvendig del av pasientarbeidet som de opplevde vanskelig å forstå betydningen av. Erfaring gjorde det lettere å se-individuelle og potensielle problemer hos pasienten og deretter handle forebyggende:

*Hvis det skjer ting som jeg klinisk ikke klarer å fange opp, men jeg skjønner at det er ett eller annet som ikke er helt som det skal. Og så har jeg dratt frem tidligere erfaringer og... ja, når jeg har vært borte i det her tidligere så har det kanskje forløpt*

*helt annerledes (...) jeg tror den der evnen å kunne ligge mest mulig i forkant er avhengig av å ha sett mest mulig ting.*

Samtidig tilegnet de seg ny kunnskap kontinuerlig. Informantene kommuniserte at det var viktig å kunne lese alle små signaler fra pasientene som kunne utvikle seg til et kommende problem og å være i forkant av dette. Sykepleierne opplevde at det var vanskelig å få tak på de enkeltstående, diffuse aspektene og se det i et helhetlig lys og å være i stand til å vurdere den individuelle betydningen som dette kunne ha. De følte på å ha et stort ansvar med å kunne fange opp tidlige tegn hos pasientene for å kunne redusere det som kunne utvikle seg til farlige pasientsituasjoner.

*Og så skal du stå alene med noen som trenger den aller beste observasjonen fordi ting skjer veldig fort, og det synes jeg er en utfordring for oss, er at det skal så veldig små ting til før det kan gå galt.*

Selv om hver informant hadde pasientfokus rettet mot sin avdelings pasientkategori og diagnosene ga en retning og utgangspunkt for observasjoner, så de viktigheten av å ha blikk og åpenhet for andre ting som ikke lot seg direkte observere.

*Å få overblikk. Vite hvilke små ting som skiller det ene fra det andre. Om man har en nevrokirurgipasient eller hjertepasient, så er det jo en vesentlig forskjell, og det kliniske blikket ditt bruker du på litt forskjellige måter kanskje.*

Sykepleierne i studien mente at jo mer komplekse pasientproblemene var, desto viktigere var det å kunne se og forstå fenomener utover det skolerte. Særlig aktuelt var dette for informantene fra avdelinger som hadde pasienter med mange sammensatte problemer som tilsa at det var mange valg, observasjoner og vurderinger i hver pasientsituasjon

*...Mmm.. klinisk blikk da, og behandle symptomer kanskje mer enn.. altså, diagnosen. Klinisk blikk er ekstremt viktig. Vi behandler dem jo ofte for en respirasjonssvikt eller sirkulasjonssvikt eller, sånne type ting da.*

En annen informant understreket at å ha et klinisk blikk for situasjonen ikke bare gjaldt når de skulle tolke fysiske endringer som oppstod i et pasientforløp. Hun opplevde at det var viktig for tilretteleggingen i pasientomsorgen å kunne fange de små signaler for å kunne individualisere sykepleien til pasient og pårørende. Informanten mente at erfaring var nøkkelen i å kunne forstå foreldre i individuelle situasjoner:

*At du ikke bare har pasienten og det barnet og sitte å prate med det. Du må også hele tiden ha forelderen som du informerer og som de og forstår. Du skal se de. Du må forstå de er i en alvorlig krise og sånne ting, det er virkelig noe som man trenger litt erfaring med for å møte.*

Informanten mente selv at hun hadde enda ikke opparbeidet seg denne erfaringen, men var bevisst på at dette var nødvendig. Hun så på dette som kunnskap som måtte utvikles i praksis:

*Jeg kommer rett fra skolebenken og føler at den kunnskapen som jeg mangler mest er det kliniske blikket, fordi jeg ikke har fått noe input på det.*

I likhet med henne, var alle enige i at erfaring var nødvendig for å utvikle et klinisk blikk. Det var en samlet oppfatning mellom sykepleierne at de hadde en bratt læringskurve. Dette var først og fremst fordi tilgangen til lærerike praksissituasjoner var så god, samt at sykepleierne ved å arbeide tett på pasienten fikk verdifull erfaring. En informant mente at intuisjon var en faktor som kunne kompensere for erfaring dersom denne var manglende:

*Legegruppen forventer kanskje at du er intensivsykepleier med 150 års erfaring eller noe sånt. Så det er ofte ikke så lett da, så det er mye med intuisjon og mye med å bruke erfaring fra andre steder som hjelper deg.*

Likevel ønsket informanten å nyansere betydningen av klinisk blikk som den eneste måten å observere på i pasientsituasjoner. Som de fleste andre hadde hun erfart at klinisk blikk var viktig for praksis; derimot mente hun at teoretisk kunnskap ikke måtte undervurderes, da dette til sammen kunne vise flere sider ved en pasientsituasjon. Dette slik at kunnskap og klinisk

blikk til sammen ga et bedre grunnlag for å kunne forstå pasientene og ikke bare klinisk blikk alene.

## 5. DISKUSJON

### 5.1 Hva motiverer til læring

Funn i studien tydet på at opplevelse av ansvar motiverte til læring. Informantene opplevde at det var store utfordringer forbundet med å ha pasientansvar. Det kunne synes som at ansvarsfølelse lå til grunn i all pasientkontakt, uavhengig av ansvarsfordelingen mellom seg selv og veilederne. Ved å være fysisk tilstede og oppleve mennesker i en kritisk fase av livet, knyttet de bånd mellom seg selv og pasient/ pårørende. Dette syntes å forekomme uavhengig av hvor lenge pasientkontakten ble opprettholdt, men syntes samtidig å bli forsterket der kontakten ble opprettholdt over tid. Studien viste at samtlige informanter var innforstått med at kunnskap ut over grunnleggende sykepleie var nødvendig for å kunne arbeide i avanserte kontekster. De ytret behov for videre læring ut over den generelle sykepleiekompetansen de allerede hadde.

Informantene stilte store krav til seg selv i opplæringsperioden. Bevissthet omkring det store personlige ansvaret en hadde som sykepleier overfor avdelingens pasientgrupper syntes å være en drivkraft for å tilegne seg kompetanse så raskt som mulig. Informantene hadde flere uttalelser om ansvaret som fulgte med å være sykepleier for kritisk syke pasienter, det var små marginer som kunne forverre pasientens situasjon. Informantene beskrev ulike utfordringer i krevende arbeidssituasjoner når kompetanse ikke sto i samsvar med å ha eneansvar. De opplevde å være i nesten ”alarmberedskap”, fordi feilmarginene var små og konsekvensene store hvis de gjorde feilvurderinger eller utførte uriktige handlinger. De var bevisste på at deres sykepleieutøvelse kunne utgjøre skader på pasienten eller i ytterste

konsekvens ha betydning for liv eller død. Når det må gjøres raske beslutninger slik informantenes pasientsituasjoner kunne tilsi, krever dette både rask oppfattelse av situasjonen, løsningsorientering og beslutningstaking slik Kirkevold (2006) og Tanner (2006) fremhever. I mangel på begrenset teoretisk forståelse eller lite erfaring, blir vurderinger basert på egen dømmekraft (Tanner, 2006). Det ble i stor grad opplevd som et personlig ansvar hvis de overså vesentlige faktorer i pasientbildet på grunn av kunnskapsmangel. Derfor ønsket informantene å møte forberedt til pasientsituasjoner de skulle delta i. Dette er i tråd med undersøkelser gjort av sykepleiestudenter og nyutdannede sykepleiere (Skår, 2007).

Et eksempel som illustrerer at opplevelse av ansvar motiverer til læring, er informanten som hadde ansvar for et ”hjertebarn” i praksis. Opplevelsen av å ha ansvar for denne pasienten og dens pårørende medførte økt interesse og engasjement, som ga inspirasjon til ytterligere faglig fordypning i pasientgruppen som helhet. Informanter som var i relasjon til foreldre og øvrig familie til barnepasienter, følte særskilt stort ansvar for pårørende. I situasjoner med kritisk syke nyfødte, hvor selv ikke foreldrene hadde rukket å bli kjent eller skape relasjon til barnet, opplevde informantene sterkt ansvar for å bidra til etablering av god kontakt. Dette tilsa en balanse mellom ivaretagelse av pasient og pårørende som verken kjente eller i mange tilfeller turte å knytte seg til sitt barn. I tillegg til å ha fokus på det kritisk syke barnet, følte de også ansvar for å forsterke normaliteten av at de hadde blitt foreldre også ut fra en faglig forståelse av at dette kunne ha betydning for barnets helse. Informantene hevdet at slike opplevelser fikk dem til å søke kunnskap på fritiden, da det kunne bli lite tid til dette i arbeidstiden.

Forutsetninger med styrke og mot til å stå i utfordrende pasientsituasjoner kan i følge (Skår, 2009b) knyttes til læreprosesser. Her kan arbeidsplassen anses som en læringsarena (Alvsvåg og Førland, 2007a). Gjennom mange ulike møter med mennesker og tilgang til ulike kliniske situasjoner vil dette være en base for kunnskap. Slik funn i min studie tyder på, nyanseres kunnskap ved at informantene får innsikt i forskjellige pasienthistorier og pasientforløp som kan vise ulike perspektiver innenfor en og samme diagnosetilhørighet. I tråd med mine funn fremhever Skår (2009a) samt Alvsvåg og Førland (2007c) at engasjement er nødvendig for læring. Faglige overveielser bygger ifølge Alvsvåg og Førland (2007c) både på viten og klokskap som betyr at enkeltsituasjoner må undersøkes, gjennomtenkes og overveies for at handlingene skal bli gode og riktige. Dette blir nyansert av Molander (1996) som sier at engasjement ikke er kunnskap i seg selv, men at engasjement er en forutsetning for å knytte



kunnskap til det virkelige liv. Informantenes oppriktige interesse for å lære i hverdagen var knyttet til ansvar for ivaretagelse av pasienters liv og helse i en praksishverdag som til tider var ustrukturert, uten at de tenkte bevisst på det som kunnskapstilegnelse. Dette underbygges av at læring i mange tilfeller er uformell og foregår selv om en ikke er bevisst på det (Hunter, Spence, McKenna og Iedema, 2008). Dette er vanlig transformasjon av kunnskap (Hager, 2000). Informantenes opplæring og kompetanseutvikling foregikk under arbeid i avdelingen. De ga uttrykk for betydningen av å være godt integrert. Sosialisering inn i avdelingen er viktig fordi en lærer atferd, holdninger og verdier, noe som er beskrevet som en prosess som tar fra 6 måneder til 2 år (Farnell og Dawson, 2006). De fortalte at de ønsket å være på ”tilbudssiden” når det var mangel på personell i avdelingen, noe som kunne tilsi et ønske om integrering og utnyttelse av læremuligheter. Når arbeidet blir styrende for hvordan læring foregår, så kan læring oppfattes å være et biprodukt til arbeidet, noe som kan vanskeliggjøre planlegging av læringsaktiviteter (Skår, 2010b). Informantene ga uttrykk for et stort personlig engasjement ved å bruke de mulighetene arbeidsplassen ga, uavhengig av forventninger fra avdelingshold.

Funn viste at det var uklare grenser mellom å være nyansatt i opplæring og å være arbeidskraft i avdelingene, og de ønsket å bistå avdelingen på beste måte på dager med bemanningsutfordringer. Selv om de til en viss grad selv kunne sette grenser for hva de ville påta seg av sykepleieoppgaver ut fra sikkerhetsmessige hensyn, påtok de seg ofte ansvar som gikk ut over egen bekvemmelighetssone. Informantene opplevde det som utfordrende å påta seg arbeidsoppgaver de var usikre på om de behersket, men beskrev samtidig sin praksis som en prosess hvor en gikk fra utfordring til mestring. Öhrlings forskning av sykepleierstudenter i praksis viste at hindringer som eksempelvis sterk usikkerhet, bidro til gode læresituasjoner (Skår, 2007). Funnene viste at situasjoner som var utfordrende for informantene første gang, kunne gi bedre mestring i en senere situasjon, da de erfarte at de kunne lære av uheldige hendelser i etterkant av situasjoner. Informantene poengterte at det aldri var tale om alvorlige situasjoner, og de knyttet ikke begrepet risiko til ulykker eller nestenulykker. De opplevde at feilvurderinger som ble gjort i praksis, stimulerte til refleksjon som igjen ga økt læring gjennom erfaring, hvilket Tanner (2006) også hevder. Benner et al. (2010) sier om sykepleierstudenter at risikobetont læring er nødvendig i erfaringslæring da det gir ferdigheter i kliniske situasjoner. Det er imidlertid viktig at personer gir veiledning gjennom spørsmål og

samtaler og for å vite grensene for forsvarlighet. Alternativt kan de gis en mer perifer rolle, i form av å assistere eller observere i stedet for å være direkte i handling, i forståelse av å være en legitim, perifer deltaker (Benner et al., 2010). Begrepet slik informantene i studien brukte det, er i overensstemmelse med Mæhres begrepsbruk som knytter dette til å gjøre valg og å tørre. Slik kan dette forstås positivt ved at det kan åpne for muligheter og mestring (Mæhre, 2009). Når informantene hadde læringsutbytte under slike forhold, syntes det å være betinget av at de fikk nødvendig støtte og veiledning i situasjonen. De største utfordringene for informantene var forbundet med å være alene med komplekse eller ustabile pasienter uten å få tilstrekkelig hjelp til å mestre situasjonen de var i. Informantene var likevel overveiende positive til utfordringer når de fikk den støtte som de trengte av kolleger og veiledere for å kunne håndtere situasjonene på en god måte. Det samsvarer med Vygotskys metafor om stillasbygging. Grad av mottatt støtte skiller utfordringer som negative erfaringer fra positive og hvor sistnevnte initierer til videre læring (Lave og Wenger, 2003). I situasjoner hvor de fikk hjelp etter behov, syntes informantene å kunne snu utfordrende situasjoner til situasjoner som de mestret. Mestringsfølelse, gjennom at informantene opplevde å være medvirkende til bedring i pasientenes situasjon, bidro til økt personlig engasjement som stimulerte til videre læring. Dette synes å samsvare med at nødvendig støtte i læresituasjoner, vil kunne få den lærende til å strekke seg enda lenger enn til hva de hadde kunnet mestre alene (Lave og Wenger, 2003). Informantene tok på seg arbeidsoppgaver med glede og utnyttet læresituasjoner som ligger i miljøet på denne måten. Det hevdes i Skår (2010b) at mennesker kan gjøre et valg i hvilken grad de vil engasjere seg i de læringsmuligheter som ligger i omgivelsene. Å legge personlig engasjement i aktivitet og samhandling vil gi utnyttelse av kognitive ressurser som på en positiv måte viderefører en kognitiv forandring. Utnyttelse av lærerressurser på denne måten kan altså være en gevinst. Farnell og Dawson (2006) nyanserer dette ved å si at flere faktorer var av betydning for fremgang fra nybegynner til avansert nybegynner. De hevdet at det måtte være et samspill mellom personlige forutsetninger og støtte i tillegg til kunnskap og ferdigheter, og at alle disse faktorene var vesentlig for å kunne utvikle omsorg og ferdigheter. Organisering av læring og utvikling trenger ikke være strukturert.

Ferdigheter som etiske overveielser og beslutningsevne kan være gjenstand for mer tilfeldig læring i arbeidsfellesskapet enn opplæring i tekniske ferdigheter som er gjenstand for mer systematisk opplæring (Farnell og Dawson, 2006). Dermed kan opplæring i medisinsk teknisk

utstyr oppfattes å ha større fokus enn annen læring. Samtidig kan det å beherske teknikk være en forutsetning i pasientomsorgen (Skår, 2010a, Skår, 2010b). Det kan derfor synes at læringsformene verken kan eller skal skilles.

## **5.2 Ressurser for læring**

### **5.2.1 Betydningen av teori i praksis**

Studien viste at samtlige informanter var innforstått med at kunnskap ut over grunnleggende sykepleie var nødvendig for å kunne arbeide i avanserte kontekster. De ytret behov for videre læring ut over den generelle sykepleiekompetansen de allerede hadde. Informantene og fagutviklingssykepleierne som jeg hadde samtaler med, hevdet at det ikke var tid til å lese basislitteratur i arbeidstiden. For to av avdelingene var det pålagt å lese anbefalt eller obligatorisk litteratur i fritiden slik at det ikke skulle gå på bekostning av å være i avdelingen i opplæringsperioden. Informantene ønsket å møte forberedt til pasientsituasjoner de skulle delta i. I slike situasjoner var det ofte skriftlige prosedyrer og annet avdelingsspesifikk litteratur de brukte, i tillegg til kollegafelleskapet. Dette er i tråd med undersøkelser gjort av sykepleiestudenter og nyutdannede sykepleiere (Skår, 2007). Christiansen (2012) viste i en studie at sykepleiere i mellomposisjoner mellom nybegynnere og eksperter vurderer og planlegger gjennomføring av komplekse oppgaver på forhånd ved å bruke manualer, bøker og ulike kilder. Den type litteratur som informantene søkte, ble opplevd å være nyttig og til hjelp i praktiske situasjoner, da denne type litteratur ga dem holdepunkter for hvordan de skulle utføre sykepleiepraksis. Det har i tidligere studier blitt argumentert for at uerfarne sykepleieres arbeid i akuttmiljøer er preget av organisering, prioritering og å avslutte oppgaver. Arbeidsoppgavene beskrives med andre ord på en konkret og oppstykket måte, i motsetning til arbeidsoppgaver tillagt ekspertsykepleiere, som kan karakteriseres som mer flytende og komplekse (Ebright, Urden, Patterson og Chalko, 2003). Benner's beskrivelser av nybegynnere med et fragmentert og oppgaveorientert fokus preget av lærebokstyrt adferd, viser nødvendigheten av å ha regler og standarder for sykepleiepraksis (Benner, 1995). Funn viste imidlertid også eksempel på at en mer erfaren informant som mente at hun kunne fungere i ukjente praksissituasjoner, såfremt hun hadde prosedyrer å støtte seg til. Der andre informanter støttet seg til prosedyrer i forkant av praksishandlingen, gikk denne informanten

inn i ukjente arbeidssituasjoner, og støttet seg til prosedyrer etter behov underveis i handlingen. Denne ”omvendte” beskrivelsen kan tolkes dit hen at tekstlig prosedyrekunnskap syntes å ha en annen betydning ut fra grad av opparbeidet erfaring. Benner (1995) hevder at økt erfaring gjør at en ser tilbakevendende mønster i situasjoner. Dette knyttes til opparbeidelse av erfaring i utviklingen fra å være novise til ekspert. Noviser trenger standarder for sykepleiepraksis og eksperter handler overveiende intuitivt. Funn kan tyde på en nyansering av Benners’ fremstilling (Benner, 1995) ved at prosedyrer for erfarne sykepleiere kan fungere som en bekreftelse på at en tenker og handler riktig i gitte situasjoner. Funn viste imidlertid at informantene bare delvis brukte potensialet som lå i skriftlige og elektroniske kilder som tidsskrifter, internett og andre teknologiske redskaper til tross for at de hevdet dets betydning. I dag distribueres kunnskapsnettverk som er faglig viktig og er en regulerende del av yrket gjennom forskjellige kunnskapsformidlere (Forskningsrådet, 2008). Dette kan eksempelvis være fra leverandører av medisinsk teknisk utstyr. I likhet med mine funn ble det i en studie hevdet at sykepleiere i medisinske miljøer ikke utnytter potensialet som ligger i internettet. Estabrooks, O’Leary, Ricker, Humphery (2003) fant at sykepleierne lå etter i å søke forskningslitteratur på internett selv om bruk av digitale verktøy i privat bruk for sykepleiere ikke avviker fra andre yrkesgrupper. I praktisk pedagogisk utdanningssammenheng fremhever Krumsvik og Saljö (2013) at det ikke bare er muligheter som teknologien gir som er av betydning, men også hvordan mulighetene erfares av elev og lærere, og ikke minst dets visjoner for bruk. Med bakgrunn i min studie som viste sterkt begrenset bruk av å søke kunnskap på internett, kan det ikke kan sies at det er klare intensjoner eller retningslinjer for bruk av data under opplæring. Dette ble heller ikke fremhevet under samtaler med fagutviklingssykepleierne. Selv om det for de fleste inkluderer et kortvarig kurs i litteratursøk, fremkom det ikke fra informantene at det var videre oppfølging på avdelingsplan. Det ble lagt til rette for litteratursøkerkurs og bruk av intranett i opplæringen av nyansatte fra sentralt hold. Når en kom til de enkeltvise avdelinger, syntes det å mangle en planmessig satsning og praktisk tilrettelegging med tid og lokaliteter eller oppfølging av bruk, slik en ser det tydeligere i formelle utdanningsløp. I høyere utdanning er det nå utviklet mye e-læringsverktøy i hensikt å bedre læreprosesser og øke faglig mestring, samt gjøre læreprosessen mer fleksibel (Ofteidal, 2014). Det henvises her til et større kvantitativt forskningsprosjekt blant sykepleierstudenter som viste at e-kompendier ble foretrukket av sykepleierstudenter fremfor tradisjonelle læringsmetoder.

Informantene var opptatt av at faglitteratur måtte være relevant, slik at de klarte å knytte det opp til deres praksis. De ønsket kortfattet og presis litteratur som ga oversikt over diagnoser og relevante problemstillinger og kunne gi beskrivelser for hvordan de skulle håndtere praktiske situasjoner. Prosedyrer og retningslinjer er eksempler. Informantene var enige om at tyngre og mer generell faglitteratur passet bedre for spesialsykepleierne ved avdelingen, enn for dem selv. Grad av utdanning synes å være avgjørende for å etablere et grunnlag for videre læring og kunnskapsutvikling. Man opparbeider måter å lære og omgås kunnskap på gjennom sin utdanning (Forskningsrådet, 2008; Jensen, 2008). Arbeidsplassenes tiltak som eksempelvis å arrangere søkekurs eller å anmode og anbefale de ansatte om å lese faglitteratur, er muligens ikke nok for å få sykepleierne selv til å tilegne seg kunnskap på eget initiativ. Dette til sammenligning med hva som gis ved spesial/ videreutdanninger, hvor sykepleierne blir lært opp til, og i ettertid synes det er naturlig, å bruke kompleks litteratur i jobbhverdagen. Muligens vil det være rom for å lese mer omfattende faglitteratur som deltager i en formell videreutdanning enn i en arbeidssituasjon? Ut fra informantenes beskrivelser av tidspress, kan en spørre seg om en bør tilrettelegge bedre for dette fra avdelingens side.

Det kan være nærliggende å tenke at informantenes reservasjon for å fordype seg i faglitteratur også kan bero på det sosiologen Knorr Cetina betegner som endringer i kunnskapens karakter. Dagens teoretiske og vitenskapsbaserte kunnskap kan betegnes som abstrakt og generell. Den er løsrevet fra praksis og blir fort videreutviklet. Man kan således si at kunnskapen til dels er flyktig og midlertidig (Forskningsrådet, 2008), noe som stiller til dels store krav til mottakeren. En studie viser at nyutdannede kan ha problemer med å gjenkjenne teoretisk kunnskap i en erfaringsnær virkelighet (Skår, 2010b).

Informantene formidlet at de i liten grad benyttet elektroniske søk i forskningsdatabaser. Hvis elektroniske søk ble brukt var det med bruk av søkemotoren Google; vel vitende om at dette var usikre kilder, og til tross for at det å lære å søke i elektroniske databaser er en del av deres nyansattopplæring. Dette støttes av studier som viste at sykepleieres bruk av internett i medisinske miljøer, ligger tilbake for andre yrkesgrupper (Estabrooks et.al., 2003). At tilegnelse av teori ikke må skje på bekostning av å være i praksis i avdelingene, var en gjennomgående holdning blant informantene. Estabrooks et al. (2003) hevdet at årsaker til at sykepleiere i liten grad velger å bruke internett i klinisk arbeid når de for øvrig er bekvem med å bruke internett privat, kan bero på mangel av legitimitet for bruk av internett i jobb, ut fra at dette kan bli ansett som ikke-produktivt arbeid og internettsurfing. Deres studie peker

på et syn på sykepleie som et praktisk yrke hvor effektivitet er høyt verdsatt, mer enn at det også er intellektuelt krevende arbeid. Dette synes å være helt i overensstemmelse med funn i studien.

Funn i studien viste at informantene mente at et praktisk yrke som sykepleie tilsa at kunnskap hovedsakelig måtte bli tilegnet gjennom å være i praksisfeltet hvor en lærte av det som andre personer kunne tilføre deg av kunnskap. De hevdet betydningen av å observere og erfare som den beste måten å tilegne seg nødvendig kunnskap. Praksis ble derfor ansett for å være en god kilde for læring som ga bedre kunnskap enn litteratur. Det var overveiende enighet blant informantene om at praksis måtte komme før den teoretiske tilnærmingen, da praksis var det som syntes å gi best grunnlag for å forstå teori som var knyttet til de enkelte pasientsituasjoner. Spesielt hadde dette relevans for basisteori i intensivsykepleie som medisinsk og naturvitenskapelig litteratur. Denne type teori syntes å være løsrevet fra den kunnskapen som de trengte for å utføre sykepleie til pasienten og ble derfor ikke ansett for å være helt nødvendig. Dette gjenspeiler det velkjente skillet mellom teori og praksis som er omtalt i teori-praksis-modeller (Grimen, 2008). Den viser på den ene siden at praktisk kunnskap er anvendt teori. For informantene gjaldt dette i bruk av kunnskapsbaserte prosedyrer som er basert på teori. Med teori som utgangspunkt, blir dette overført til praktiske handlinger ved at en utfører prosedyrer slik de er beskrevet at skal utføres. Dette anses som at praktisk kunnskap er anvendelse av teori (Grimen, 2008). Likevel var det et gjennomgående funn i min studie for den motsatte modellen, hvor praksis var det primære utgangspunktet for den teori som de tilegnet seg. Funn fra studien viste at informantenes opplevelse av at det var mye faglitteratur som ikke ble ansett for å være helt nødvendig. Teori måtte ha relevans for praksis slik at valg av tekstbaserte kilder ble foretatt ut fra dette. De opplevde at mye teori ikke var tilstrekkelig konkret slik at det ikke var til nytte i problemhåndtering. Slik forstått vil praksis være førende og teori og bli et supplement til praksis. Med praksis som det primære (Grimen, 2008) ble teoretisk kunnskap derfor sett som artikulering av praksis. Informantene poengterte at de måtte ha den praktiske vinklingen for at mye av teorien skulle bli forståelig. I følge Norvoll (2002) må teori ikke være for teoriens egen del, men bør være gjensidig berikende med praksis, tilpasset den virkelighet som en arbeider i (Norvoll, 2002). Virkeligheten kan for intensivsykepleiere sies å være at de trenger mye ulik kunnskap da kompetanse i intensivsykepleie skiller seg fra generell sykepleiekompetanse ved at den er multidimensjonell (Ääri, Suominen og Leino-Kilpi,

2008). Informantenes noe pragmatiske forhold til hva slags kunnskap som er nødvendig, kan bero på forståelsen av uerfarne sykepleiere som handler fragmentert uten å se handlingene i sammenheng (Benner, 1995). Ut fra at intensivsykepleiere trenger å bruke kunnskap fra mange ulike fagdisipliner (Ääri et al., 2008), så må dette også tilsi at sykepleiere må kunne anvende ulik kunnskap for å ha et helhetlig kunnskapssyn, selv om forfatterne ikke klargjør hva slik kompetanse innebærer (Ääri et al., 2008). Grimen (2008) sier relatert til dette, at profesjoners kunnskapsgrunnlag er forenet i en praktisk syntese hvor behovene for kunnskap vil være førende for integrasjon av kunnskap.

Til tross for en praktisk tilnærming i forkant, opplevde informantene at det var stor avstand mellom praktisk og teoretisk disiplin og at det ikke var lett å gjenkjenne teori i praksis, noe som gjorde det vanskelig å forene de to kunnskapselementene i praktisk sykepleie. Informantenes poengtering av at teori ikke trenger å være nyttig, kan forstås ut fra Lykkeslet sin beskrivelse av at teori er prefabrikkert og blir for uspesifikk når den blir gjort allmenngyldig, for eksempel gjennom fremstilling av modeller og teorier (Lykkeslet, 2003). En longitudinell studie av sykepleiestudenter viste at overføring av teoretisk kunnskap er mulig, forutsatt at personer i miljøet formidler relevans fra den generaliserte kunnskapen over til praksis. Teori brukt på denne måten, vil fungere som verktøy og stillasbygging til eksisterende kunnskap og gi en annen og dypere forståelse enn det som sykepleierne kan tilegne seg på egen hånd (Spouse, 1998). Funn i studien viste at informantenes hovedanliggende var å bli så handlingsdyktige at de kunne arbeide selvstendig på en forsvarlig måte, mer enn at de kunne gi teoretiske begrunnelser for sine handlinger (dog med unntak av prosedyrekunnskap). Derfor opplevde de det som tilstrekkelig å være i avdelingen fordi de kom bort i mange ulike situasjoner med egne eller andres pasienter. Dette kan forstås som en tilfeldig måte å tilegne seg kunnskap på, men informantene anså likevel avdelingen for å være en god læringsarena hvor de gjorde mange erfaringer. I utdanningsammenheng er det nå et økende krav om å kunne begrunne handlinger, eksemplifisert med at det er behov for å justere behandling og medisinerer i takt med pasientens fysiologiske behandlingsrespons under akutt sykdomsforløp. Å kunne begrunne hvorfor en handler som en gjør og å vite hvordan de skal løse nye problemer på en effektiv måte, er viktig der det kan oppstå raske endringer i pasientsituasjonen (Benner et al., 2010). Å bare "være i avdelingen" kan forstås som litt usikker måte å opparbeide seg kunnskap på. Det kan bero på at mye læring foregår ubevisst og at en også kan lære andre ting enn det som har vært forventet (Wenger, 2004).

Funn fra Lykkeslet (2003) sin studie viste at mye kunnskap ikke er åpenbar, men fremkommer under tilstedeværelse i situasjoner og ”landskap” hvor aktivitet og handlinger foregår. Hun skiller i denne sammenheng generell teori fra teoretisk kunnskap da teoretisk kunnskap skapes ut fra praktiske situasjoner som vil være basert på tilstedeværelse og handling. Det kan gi god situasjonsforståelse og dømmekraft og fremstår derfor mer forståelig og meningsfull i tilknytning til individuelle situasjoner. Slik kunnskap er eksisterende selv om den vil være både stilltiende, ubevisst og taus (Lykkeslet, 2003). Å kunne se relevansen av kunnskap er ifølge Smeby og Vågan (2007) avgjørende for å nyttiggjøre seg teori fra utdanning til yrkespraksis.

Ut fra overnevnte, kan en tenke at informantene nyttiggjør seg den teorien som ble lest uten å være seg bevisst dette, samtidig som at erfaring langsomt bygges. Informantene syntes å ha en bevissthet om å lære av enkeltstående situasjoner, da de opplevde disse å være mer nyansert og representere en kunnskapsform som ikke lot seg beskrive i teori. Dette kan tyde på at læring foregår gjennom situerte handlinger, hvor tanke og handling vil være situert i aktuelle kontekst (Säljö, 2001). Kunnskap vil således være en del av den kulturen en tilhører, hvilket representerer et sosiokulturelt syn på læring (Dysthe, 2006).

### **5.2.2 Betydning av kollegafellesskap**

Samtlige informanter uttrykte at de hadde best læringsutbytte av å delta aktivt i avdelingens arbeid slik det fortonet seg. Dette ble vektlagt som det viktigste læringstiltaket, uavhengig av hvordan det var organisert for å gjøre lærings situasjonene best mulig. Dette kan virke som ustrukturert og tilfeldig tilegnelse av kunnskap, men kan forstås å være meningsfylt ut fra at det kun er deler av et læringsinnhold som kan programfestes. Læringsutbyttet ligger i det at en får erfaring og trening gjennom arbeidet (Alvsvåg, 2007b). Det var viktig for informantene å være en del av fellesskapet i avdelingen for slik å lære gjennom samhandling med andre og kunne dra nytte av andres kompetanse. Lauvås og Handal (2009) kaller dette yrkessosialisering og beskriver det som en prosess som leder noviser eller nytilsatte til tilhørighet i yrkesgruppen. I slike medlemskap vil det i tillegg til kompetanse, være uskrevne regler knyttet til holdninger og adferd. Funn i studien viste at informantene var samstemte i at det var viktig å tilhøre et kollegafellesskap med andre sykepleiere, leger og annet fagpersonell. Disse personene var sentrale i de nytilsatte sin arbeidshverdag. De skulle bli



fremtidige kolleger og i tillegg hadde de sentrale roller for deres opplæring og etablering i miljøet. Flere av informantene hadde lite erfaring og trengte å opparbeide seg mye kunnskap innenfor relevant spesialområde. Ut fra at opplæring i hovedsak skulle tilegnes gjennom praktisk arbeid i avdelingen, var det å samarbeide med andre og fortrinnsvis mer erfarne sykepleiere, essensielt for å kunne bli dyktige medarbeidere. De var slik svært avhengig av å få tilført kunnskap gjennom de kompetente personene i miljøet. Sosiokulturelle læringsteorier fremhever at læring foregår i samspill mellom det kollektive og individuelle hvor kunnskap skapes ved at en deltar i sosiale prosesser i en gitt kontekst. Kunnskap blir konstruert gjennom samhandling i andre praksisfelt mer enn gjennom individuelle prosesser (Lave og Wenger, 2003; Wenger, 2004). Funn viste at kunnskapstilegnelse var knyttet til avdelingens aktivitet og daglige virksomhet. Ut fra Lave og Wengers teorier (Lave og Wenger, 2003) samsvarer dette med forståelsen av uformell læring som en prosess som er betinget av samspill mellom den enkelte person og fellesskapet. Uformell læring ble beskrevet som implisitt, utilsiktet og ustrukturert (Eraut, 2004). Dette er i overensstemmelse med at i praksisfellesskapet fremstår læring uformell og er influert av et situert læringsperspektiv. Individenes utvikling må i en slik virksomhet forstås i forhold til den sosiale virksomheten de er en del av (Säljö, 2001).

Informantene vektla i stor grad å bli handlingsdyktige. Avdelingen ble derfor ansett for å være det ultimate sted å lære.

Slike situasjoner i miljøet har karakteristikk av å være partikulære og komplekse, noe som kan initiere at en må integrere det personlige hos seg selv ved at en må bedømme situasjoner individuelt ved bruk av kunnskaper, erfaringer, følelser og vilje (Skår, 2010).

Informantene var innforstått med nødvendigheten av stor egeninnsats for å kunne tilegne seg kunnskap og ga forståelse av at dette måtte skje i tett relasjon med kolleger. Gjennom integrering og engasjement i praksis så bidrar dette til læring (Lave og Wenger, 2003).

Kollegafellesskapet kunne gi innpass i det etablerte miljøet som var i avdelingen. De prioriterte å være solidariske ved å bistå avdelingen etter beste evne, fordi dette ble opplevd riktig av kollegiale hensyn. Å opprettholde et godt forhold til kolleger i det daglige opplevde de som vesentlig, hvilket kan forstås i lys av hva Eraut (2006) hevder om uformell støtte som mer betydningsfull enn formell støtte. Å etablere et godt samarbeid var derfor naturlig for de nytilsatte sykepleierne. Informantene hadde erfart at god kommunikasjon og diskusjon med medarbeidere syntes å være en forutsetning i pasientbehandlingen i intensivrelaterte miljøer

relatert til pasientenes kompleksitet. Samarbeid på denne måten var derfor ansett som lærerikt. Eraut (2006) henviser til flere studier som viste at samarbeid og andre faktorer kunne påvirke samarbeid for læring. Det å være tett på hverandre eller å være i grupper hvor mulighet for å spørre til råds lå til rette, var viktig. Likeledes var det å løse problemer, takle utfordringer og å prøve seg ut, samt utvide og spisse område for ferdigheter og samarbeid med pasienter, viktige faktorer.

Kolleger ble også ansett av informantene til å være en svært viktig faktor for å kunne få tilgang og støtte for læresituasjoner, ut fra erfaringen av at det var i avdelingen kompetanseoppbygging foregikk. En er betinget av de krav og muligheter som miljøet gir når læring ikke utelukkende beror på hva en kan tilegne seg på egen hånd (Skår, 2010a, Skår, 2010b). Derfor hevdes det at utvikling hos lærende må ses i sammenheng med et godt læringsmiljø da kunnskapen deles mellom og menneskene i miljøet. I tillegg kan det ha betydning for utvikling av sykepleieidentitet (White, 2010). Læring i form av samarbeid med andre som har mer kompetanse enn din egen, er en forståelse av Vygotskys teori av den nærmeste utviklingszone (Hessevaagbakke et al., 2013). Dette syntes ut fra informantenes beskrivelser å være en nødvendig forutsetning for faglig utvikling. På bakgrunn av beskrivelser om det motsatte, hvor informantene måtte forholde seg til personer som av ulik årsak ikke ga nødvendig støtte, ble denne forståelsen befestet ved at informantene kunne utføre færre oppgaver enn ellers. Hvis sykepleierne som allerede arbeider i avdelingen har noenlunde likt faglig nivå som de nyankomne, kan dette bidra til at de nye sykepleierne ikke utvikler seg faglig. Dette kan knyttes opp mot Vygotskys begrep ”utviklingssoner” (Nygren, 2004). Han mener at dersom graden av kunnskapsnivå mellom to personer er for likt, vil dette begrense deres utviklingsmuligheter. Informantene hadde noe ulikt syn på om de hadde best utbytte av å bli veiledet av svært kompetente eller mindre kompetente sykepleiere. At noen av informantene så fordeler med å bli veiledet av relativt uerfarne sykepleiere, kan muligens forklares med de ”lærer sammen” og trekker hverandre frem vekselvis gjennom å samarbeide i praksis. Dette kan kanskje illustreres med at sykepleierne bygger ”støttende stillas” for hverandre, hvor de stadig fremmer hverandres utvikling.

Funn i studien viste at medsykepleierne i kollegafellesskapet ble ansett for å være viktigste læringsressurs for informantene. Spesielt to vesentlige forhold pekte seg ut i studien. Det ene var den støtten de ga informantene ved å sørge for kontinuitet og tilstedeværelse ut fra

informantenes individuelle behov. Det andre var forbundet med å ha et ”et hav av kompetanse”. Dette ble ikke relatert til formell spesialsykepleier- eller veilederkompetanse, men erfaring. Med erfaring mente informantene at de kunne observere pasienter og peke på relevante faktorer i pasientsituasjoner og ut fra dette ta avgjørelser og om individuelle intervensjoner. Cash (1995) hevder at sykepleiers ekspertise ikke bare kan bestemmes ut fra individuelle egenskaper ved sykepleieren, men at denne egenskapen er sosialt bestemt. Hva som blir ansett som sykepleieekspert blir definert av andre personer i miljøet som har påvirkningskraft. Slik sett er dette annerledes forstått enn Benners beskrivelse av ekspert (Benner, 1995). Det som er verdt å lære gjøres i forståelse av personene i miljøet, og må ses i sammenheng med andre fagdisipliner. I intensivrelaterte miljøer vil dette kunne bety at ekspertkunnskap blir definert tett opp til legenes forståelse av hva som er viktig hos en ekspert fremfor egenskaper ved sykepleiefaget (Cash, 1995). I tillegg til miljøets definisjon av kompetansebehov og dermed være en kvalifisert veileder, vil dette også bero på hva de nyansatte selv anser som viktig å lære av en kompetent veileder. For flere av informantene var det å lære bruk av medisinsk teknisk utstyr vesentlig. Benner et al. (2010) fant gjennom observasjoner av sykepleierstudenter i øvingslaboratorier, at studentene selv vektla ferdigheter etter den praktiker de ønsket å være. Dette må bety at ved å fokusere på eksempelvis teknologi, kan miljøet bli gjort representativt for denne praksis. Eraut (2006) frykter den konsekvens av dette at kunnskapsutfoldelse kan bli redusert ved at det blir satt implisitte standarder slik som vist ovenfor. Dette kan gjøre at verdifull kunnskap forblir uartikulert og som Eraut (2006) hevder, i mangel på forståelige formuleringer eller et ønske om ikke å verbalisere kunnskap i frykt for å skade egen posisjon. Dette reiser spørsmål om de uerfarne sykepleierne som i studien vektla læring av medsykepleiere som så viktig, får tilegnet seg den mest relevante kunnskapen de trenger eller ei, i en fase hvor de ikke er i stand til å gjøre egne vurderinger og prioriteringer for hva som anses viktig. Læring hos nybegynnere er betinget av frykt for å gjøre feil, hvilket gjorde at de hadde behov for godkjenning i arbeidet (Daley, 1999), noe som kan tenkes å være av betydning for sitt forhold til veileder.

Kollegafellesskapet fungerte også som læresituasjoner ut fra at de hadde til dels samme mål i avdelingen hvor pasientbehandling var det sentrale i tillegg til nyansattopplæring. I en praktisk hverdag var det til dels flytende grenser for dette. Med dette som den sentrale opplæringen kunne informantene oppleve uheldige situasjoner og kommunikasjonsproblemer med andre ansatte. Ut fra slike beskrivelser bør en ta høyde for at læringsmiljøet på

arbeidsplassen ikke alltid er optimal. Samhandling er som kjent vesentlig for å utvikle kunnskap i et sosiokulturelt miljø (Lave og Wenger, 2003; Wenger, 2004). Med utgangspunkt i kommunikative forhold i et slikt læringsmiljø, så en ifølge Hunter et al., (2008) at medarbeidere kunne oppleve det stressende å måtte imøtekomme forskjellige ferdighetsnivåer, læringsstiler og personlighetstrekk hos nyansatte i et stadig skiftende klinisk miljø. Et viktig tiltak for å imøtekomme dette var tilstrekkelige ressurser som avsatt tid for læring og refleksjon i en travel hverdag.

### 5.2.3 Den formelle opplæringen

Informantene var lite opptatt av strukturelle forhold ved opplæringen som involverte både veileder, fagutviklingssykepleiere og det til dels formelle introduksjonsprogrammet. Introduksjonsprogram kan gi strukturert læring for uerfarne sykepleiere og kan gi en kollektiv sikring for standardisert pasientbehandling, noe som taler positivt i en praksis som stiller ulike krav, har varierte oppgaver og en uforutsigbar hverdag (Maguire, 2013). Fagsykepleiers- og kontaktsykepleieres rolle for tilrettelegging for nyansatte ble ansett som mindre viktig. Likevel opplevde særlig de erfarne informantene at den organiserte opplæringen hadde bidratt til kontinuitet og individuell praksis. Samtaler med fagutviklingssykepleiere viste at det ble arrangert ulike kurs for de nyansatte sykepleierne. Det fremkom likevel av studien at enkelte informanter mente at undervisning fra leger var feilslått opplæring. Selv om det fra avdelingens side ble ansett som nyttig, ble det erfart at denne type teori ikke alltid var relevant for praksis. I likhet med Benner et al. (2010), mente informantene at informasjonsoverføring i form av undervisning ikke nødvendigvis viser til relevans i enkeltstående situasjoner. Informantene oppfattet at denne type teori som det ble undervist om, ble for generell og abstrakt. Med hentydning til at denne type kunnskap var *av* leger og *for* leger, ble dette ikke oppfattet å ha relevans for sykepleiere og ble dermed ansett for å være uinteressant og irrelevant. Fagutviklingssykepleierne var også innforstått med at kurs som ble arrangert over avdelingsgrenser kunne bli for generelle og for lite fagspesifikke, men de ble likevel organisert slik av ressursansvar. Dysthe (2006) hevder at oppfatning av hvor viktig teorien er, påvirker interessen for å lære. Funn i studien viste at informantenes primære læring var knyttet til konkrete pasientsituasjoner og mente at i opplæringssammenheng blir det derfor viktig å bygge kunnskap innenfor disse rammene. Benner et al. (2010) hevder at å utvikle

kunnskap for praksis krever tett forbindelse mellom teori og praksis og mellom det enkeltstående og det generelle, og at dette er et perspektiv som gjør det mulig å bygge en kunnskapsbase. I tillegg til slike predisponerende faktorer som opplevelse av relevans og interesse, må en også erkjenne at det er krevende å lære å anvende teoretisk kunnskap i konkrete praktiske situasjoner (Kirkevold, 2006).

Funn tydet på at informantene likevel langt på vei fulgte sin egen strategi for opplæring, initiert av det de anså som sitt behov. De hevdet at de selv visste best hva de trengte å lære og ønsket å ha innflytelse på hva de skulle lære. De hadde behov for ulik grad av støtte, avhengig av situasjonen de var i og etter hvor langt de hadde kommet i opplæringen. Forholdet kan imidlertid være, slik det er fremstilt i Hargreaves og Lane (2001) at en ”ikke vet hva en ikke vet.” De fremholder at utvikling av kompetanse ikke er noen lineær modell knyttet til tid og kontekst, da faktorer som tidligere erfaring, kompetanse og motivasjon vil være påvirkende faktorer. De hevder at det ikke er konsensus mellom kompetanse og kontekst da overførbarhet i praksisen vil være forskjellig. En kan ut fra dette tenke seg at Benners beskrivelser av sykepleiers utvikling fra novisestadiet, kan være for lite nyansert da hennes modell beskriver utvikling gjennom et tidfestet forløp (Benner, 1995). Hargreaves og Lane (2001) har som vi har sett, poengtert utvikling av kompetanse mer nyansert enn Benner (1995). Informantene hadde en eller flere definerte veiledere i opplæringsperioden, men måtte også støtte seg til andre kolleger i avdelingen da sykdom og omdisponeringer av ressurser forekom relativt hyppig. Grad av oppfølging fra veileder og andre medsykepleiere varierte ut fra behov. Det bar preg av det som benevnes som kollegial bistand (Lauvås og Handal, 2009) og er en naturlig og integrert form for samarbeid hvor den uerfarne søker bistand hos andre hvor den erfarne analyserer problemet eller situasjonen, sammen med den uerfarne og deler ansvar og beslutninger seg imellom. Det fremkom ikke av studien hvordan ansvarsforholdet var fordelt i slike situasjoner, hvilket anses som viktig.

#### **5.2.4 Lære gjennom praktiske handlinger**

Til tross for at informantene som nytilsatte i spesialavdeling bar preg av å være fokusert om ferdigheter i sin praksis, så tydeliggjorde de at det er få aktiviteter som kan beskrives som et rent håndtverk. Dette er i tråd med Hager (2000) som sier at de fleste praksissituasjoner

krever avanserte ferdigheter. Å se på praksis som rent håndverk slik Aristoteles beskrev *techne* (Grimen, 2008) blir således en forenklet fremstilling av sykepleiepraksis. Det fremgikk når informantene var bevisste på at moralske og relasjonelle elementer inngår i handlinger, for eksempel å ta hensyn til at foreldrekontakt var viktig for barnets psykiske og fysiske helse. Funn i studien om spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning, er blitt tolket dithen at sykepleiere opparbeider god omsorgskompetanse allerede i grunnutdanningen (Valeberg, Fagermoen og Grønseth, 2009). Det kan derfor være grunnlag for å understreke at omsorgsperspektivet er elementer i praksislæring som ikke må utelates fra ferdighetslæring, da moral og etikk synes å være innvevd i praktiske handlinger.

Informantene anså sykepleieryrket for å være et praktisk yrke. De la vekt på å forstå og innøve praktiske handlinger da dette var vesentlig for å kunne arbeide selvstendig. Å lære ferdigheter ble således et funn i studien. En informant illustrerte dette ved å si at hun måtte flytte ting fra ørene og ned i hendene og få litt kroppslig intelligens. På sett og vis ble det her gitt en beskrivelse av kroppslig læring. Slike prosesser starter ifølge Krumsvik og Säljö (2013) med at det blir verbalisert og senere abstrahert og nonverbalisert. Språket er nødvendig under læreprosessen, men når handlingene er blitt innlært, så vil disse foregå uten unødvendige overveielser og snakk (Krumsvik og Säljö, 2013). Det er et uttrykk for at en blir kjent med omgivelsene gjennom kroppslig læring hvor hukommelse og kunnskap blir formidlet gjennom hender og kropp uten bruk av språket (Thornquist, 2003). Kompetente handlinger må bli gjort automatiske hvilket tilsier at ferdigheter må være innlært og drillet inn på forhånd. Informantene hevdet at de trengte denne type kunnskap ved opplæring i medisinsk teknisk utstyr. Et eksempel var assistentfunksjoner som krevde effektiv og sikker utførelse, som trakeostomering<sup>2</sup> av pasient. I studien fremkom det at informantene lærte slike handlinger implisitt under arbeid i avdelingen. Derfor var det viktig å delta i flest mulige situasjoner. Dette gir forståelse for at læringen ligger i selve situasjonen med oppmerksomhet rettet mot hva en gjør for å lære, mer enn *hva* en lærer (Lave og Wenger, 2003). Ut fra beskrivelser av at tilegning av praktiske ferdigheter skjer gjennom persepsjon og handling, så kan en forstå betydningen av å være et miljø og et praksisfellesskap for å lære dette. Benner (1995) konkluderte også i sin modell fra novise til ekspert med at utvikling av sykepleieferdigheter bygger på det å være i situasjoner. Et unntak fra å tilegne av kunnskap på denne måten, var simulert trening. Øvelser på haste- og akutsituasjoner er øvelser som måtte tas ut av kontekst av naturlige årsaker da det ikke tillot trening på pasienter i avdelingen.

---

<sup>2</sup> Trakeostomering: operativ åpning av lufttrøret på halsen

Simuleringsutstyr kan imitere fysiologiske responser på sykdom. Informantene syntes at det å lære gjennom simuleringsøvelser hvor en imiterer praktiske situasjoner, var en god måte å trene på kritiske hendelser og risikofylte prosedyrer, som for eksempel respirasjon- og sirkulasjonsstans. Både Benner (1995) og Kirkevold (2006) hevder at denne type praksis er undervurdert fordi det overlapper medisinsk praksis, til tross for at det ofte er nettopp sykepleiere som står i denne type situasjoner. Benner (1995) og hevdet på grunnlag av feltstudier fra intensivavdelinger, at i denne type læresituasjoner ligger det å kunne få oversikt og kunne disponere ressurser i situasjonen i tillegg til å mestre praktisk håndtering.

Betydningen av simuleringsøvelser som læringsform synes å være uomtvistelig, både ut fra informantenes egen erfaring, men også fra forskning. Eksempelvis viste en studie at dette er en god måte for helsepersonell å trene på klinisk diagnostikk, praktiske ferdigheter og tekniske prosedyrer (Abrahamsen og Finsnes, 2011). Forfatterne henviste til betydelig forskning som viste at menneskelig svikt står for inntil 80% av uønskede hendelser i anestesi- og intensivmedisin, hvor kognitive, sosiale og personlige ferdigheter er nødt for å være komplimenterende til tekniske ferdigheter (Abrahamsen og Finsnes, 2011). Denne læringsformen ble også støttet fra sentralt hold ved informantenes respektive avdelinger, uavhengig av sykepleieres ansiennitet og erfaring, som det fremgikk av samtaler med fagutviklingssykepleierne av avdelingene. Jonassen og Slettebø (2013) fremhevet imidlertid at læring gjennom simuleringsøvelser synes å være spesielt egnet for kompetente sykepleiere på bakgrunn av Benners (1995) beskrivelser av det å være kompetent. De hevdet at denne type øvelser er egnet da det oppøver til hurtighet og smidighet for de kompetente som kan medvirke til at en kan handle effektivt og organisert (Jonassen og Slettebø, 2013). På grunnlag av mine funn synes dette å være en for rigid forståelse av Benners klassifisering av nivåer. Man kan spørre seg om sykepleiere beveger seg over ulike nivåer på en og samme tid, og at simulering som læringsform også kan egne seg for sykepleiere før de når et kompetente stadium.

Informantene var enige om at å lære å mestre medisinsk teknisk utstyr var vesentlig for å kunne arbeide i avanserte kontekster. Studien viste at de utfordringer som informantene opplevde i overgangen fra sengeavdeling til spesialavdeling til dels kan tilskrives lite erfaring med medisinsk teknisk utstyr og bruk av dette i behandlingsøyemed. Teknisk beherskelse er beskrevet av intensivstudenter til å ligge til grunn for å kunne utvikle klinisk praksis (Farnell og Dawson, 2006). For informanter ved de teknisk avanserte avdelingene ble kompetanse i bruk av medisinsk teknisk utstyr ansett som forutsetning i pasientbehandlingen og hadde

følgelig et stort fokus. Funn i studien viste samtidig at informantenes prioritering og oppmerksomhet mot medisinsk teknisk utstyr, var beroende på avdelingens karakter og prioritering av hva som kom "først og sist" av pasienter eller utstyr. Dette kan knyttes til Benners beskrivelse av læringsprosesser hos uerfarne som fragmentert med fokus på enkeltdeler (Benner, 1995). Opplæring i en ting om gangen kan ut fra dette synes meningsfullt. En informant syntes å være seg bevisst dette ved å si at fokus i begynnelsen måtte være å lære medisinsk teknisk utstyr isolert sett, men at et overordnet mål var å fokusere på alle relevante aspekter ved pasientbehandlingen. Læringsprosessene synes å følge at delhandlinger underordnes, integreres og blir til slutt bundet sammen i større handlingsenheter og overordnede mål (Thomassen, 2006).

Utvikling av ferdigheter var også forbundet med å kunne utvikle "klinisk blikk". Informantene var fortrolig med begrepet "klinisk blikk" og snakket om det som et begrep de var familiære med. De ga ingen klare eller samstemte beskrivelser av hva de la i dette begrepet som de omtalte på litt ulike måter, men hevdet å være opptatt av å utvikle klinisk blikk i sin opplæring. I litteraturen blir begrepet klinisk blikk knyttet til det å bruke egne sanser i observasjon av pasienter hvor syn, hørsel, lukt og følelse brukes i tillegg til varhet (Kristoffersen, 1993). Informantene opplevde at de måtte se flere sider ved situasjoner enn bare det som var diagnoserettet og det de registrerte gjennom overvåkningsparametere. Deres beskrivelser av klinisk blikk omhandlet helhetlige observasjoner og vurderinger av enkeltstående aspekter hos pasientene som kunne fremstå som diffuse. Informantene oppfattet at klinisk blikk var basert på erfaring og intuisjon uten særlig innflytelse av teoretisk kunnskap. Dette kan tyde på manglende refleksjon og bevisstgjøring av intuitive prosesser (Kirkevold, 2006). Dersom teoretisk kunnskap i større grad hadde vært integrert som ledd i å forstå situasjonene, så hadde det kunne bidra til prosesser med analysering og en kunne i større grad underbygge og lære hva situasjonene dreier seg om (Kirkevold, 2006).

Informantene ved de teknisk tunge avdelingene omtalte klinisk blikk relatert til fysiske og biologiske aspekter ved pasientsituasjoner. De hadde et ønske om å oppnå dyktighet i å kunne sammenstille ulike små signaler som måtte ses i sammenheng med andre aspekter for å vurdere dets betydning. De ville være i forkant av problemer og å kunne fange opp komplikasjoner på et tidlig tidspunkt. En informant fra en barneavdeling poengterte derimot viktigheten av klinisk blikk i pasientomsorg for pasienter og pårørende for å kunne tilpasse



sykepleien til barnet. Her var ikke bare pasienten, men også pårørende fremtredende. I situasjoner hvor barnet trengte behandling fra fødselen av, så var viktig pårørendesorg å gi foreldrene mulighet for å lære å kjenne sitt barn. Informantene signaliserte at de måtte ha en varhet for foreldrenes situasjon og knyttet dette til konsekvenser for barnets helse, både medisinsk og psykologisk. Klinisk blikk var knyttet til å kunne vurdere individuelle betydninger som dette måtte ha, basert på skjønn. Denne beskrivelsen henleder til det Benner et al. (2010) kaller klinisk resonering som beskrives som evnen til å fortolke en klinisk situasjon når den utspiller seg, ved å trekke inn det som er kontekstuel relevant og å ha innsikt om pårørende. Klinisk resonering synes derfor å ha flere likheter med det informantene beskriver som klinisk blikk. Praksis som relateres til oppøvelse av klinisk blikk innebærer som informantene selv sier, å se den individuelle pasient i stedet for å bare å forholde seg til pasientens diagnosetilørighet. Nordtvedt og Grimen (2009) relaterer til Aristoteles' filosofi i beskrivelsen av fronesis som laget de første analyser over indeksert kunnskap som synliggjøres ved å være indeksert til personer, væremåter og brukssituasjoner og på den måten omhandler bedømmelse av det partikulære og individuelle (Nordtvedt og Grimen, 2009). Ferdighetskunnskap læres ikke bare ved å utføre praktiske handlinger, men at det samtidig vil kreve overveielse og vurderinger under utførelse av handlingene (Grimen, 2008; Alvsvåg, 2009). Slik vil dette være basert på situasjonsvurderinger som er basert både på praksis og fornuft og som ikke utelukkende bygger på teori (Thomassen, 2006), noe også informantene i studien signaliserte ved å fremheve den praktiske læringens betydning fremfor praksisfjern teori. Situasjonsavhengig praksis er konkret (Thomassen, 2006). Dette kan igjen gi støtte for Benners et al. sine teorier som vektlegger situert læring og veiledning (Benner et al., 2010). Det individuelle hos pasienten læres uten å overgeneralisere de individuelle situasjoner eller danne seg stereotype oppfatninger, og også pasientens historie må tas i betraktning når tegn og symptomer skal vurderes.

### **5.3 Diskusjon av studien**

Jeg anser studien for å ha relevans ut fra de forhold som ble nevnt innledningsvis, ved at det på den ene siden er teknologisk utvikling som muliggjør mer avansert behandling for en større del av befolkningen, samtidig som at det fortsatt forventes å være underskudd på

spesialsykepleiere. Dette tilsier at mange sykepleiere uten videreutdanning- eller spesialutdanning vil trenge opplæring i intensivkontekster.

En studie av læring i intensivkontekster for en sykepleiergruppe som er tillagt et stort faglig ansvar synes å være relevant fordi studien setter fokus på en vanlig opplæringsmåte, også ved andre avdelingskategorier. Studien kan derfor gi kunnskap til opplæring i andre kontekster enn intensivmiljøet.

Proessen med utarbeiding av masteroppgaven er preget av mangel på erfaring fra min side. Dette har gjort at jeg har hatt et fragmentert fokus og manglende helhetsforståelse i prosessen. Intervjuene ga meg et stort datamateriale som jeg opplevde utfordrende å beherske. Deltakende observasjon ble vurdert i forkant av studien, men ble forkastet på grunn av omfanget dette ville hatt. Deltakende observasjon kunne tilført nyttige data til studien, og gitt et mer utfyllende svar på problemstillingen. En svakhet ved studien slik jeg vurderer dette i ettertid, er at jeg muligens burde inkludert fagutviklingssykepleiere i studien, da disse tilrettelegger for nyansatte. Min studie er fokusert på den mer uformelle siden av opplæringen, hvilket ikke gir et fullstendig bilde av den opplæringen informantene fikk.

Dataene i studien ga retning til fokus på sosiokulturell læringsteori. Jeg har benyttet mange ulike teoretikere i forsøk på å fange bredden. Annen bruk av teori kunne tentativt gitt en annen diskusjon i studien.

Studien reiser noen spørsmål vedrørende hvordan sykepleiere kan lære i intensivkontekster. Bør det være rom for mer individuell tilrettelegging for de nyansatte? Bør en kanskje revurdere dagens praktisering av opplæring ved å ta hensyn til forhold som vanskeliggjør læringen for sykepleierne? Tidspress og uforutsette situasjoner bør vurderes, og tas med i planer for tilrettelegging av opplæring. Bør tid avsettes til å lese og søke litteratur? Studien viste at deler av teorien ble opplevd å ha liten overføringsverdi til praksis. Det kan synes som det er et stort potensiale for tiltak som kan knytte teori og praksis mer sammen, slik at teori oppleves som mer relevant og nyttig for kompetanseheving.

## 6. KONKLUSJON

Studien har analysert og diskutert hvordan sykepleiere uten spesial- eller videreutdanning lærer i intensivkontekster. Mitt datamateriale er hentet fra sykepleiere uten annen utdanning enn grunnutdanning i sykepleie, og som på intervjutidspunktet arbeidet ved spesialavdelinger. Det ble gjort to fokusgruppeintervjuer hvor informantene delte og diskuterte sine opplevelser og erfaringer som kunne relateres til læring. I tillegg er det blitt innhentet og lest dokumenter fra spesialavdelingene. Jeg har hatt samtaler med fagutviklingssykepleierne ved avdelingene for å innhente tilleggsopplysninger som ikke fremkom av dokumentene.

Informantene anså overgangen til spesialavdelingene som faglige utfordrende på bakgrunn av at pasientene var akutt og kritisk syke og hadde behov for avansert behandling og overvåkning, oftest med bruk av avansert medisinsk teknisk utstyr. Sykepleierne anerkjente behovet for å tilegne seg ny kunnskap.

Studien viste at læring foregår i et dynamisk og komplisert samspill i avdelingen. Kollegafellesskap var av uvurderlig betydning. Opplæring og kunnskapstilegnelse foregikk implisitt under arbeid. Informantene tok til dels ansvar for å oppsøke læresituasjoner på egen hånd og definerte også selv hva de hadde behov for å lære. Praktisk sykepleieutførelse var et prioritert område. Studien fant at ansvar og engasjement var viktig motivasjonsfaktor som fremmer læring og stimulerte dem til å søke videre kunnskap.

Studien avdekker at sykepleiere primært foretrekker kunnskap formidlet gjennom praksis, fremfor en teoretisk tilegnelse. Mye teori ble opplevd som generell og ikke praksisrelevant. Å integrere teori i praksis synes uomtvistelig. Avdelingens interne tilrettelegging for litteratur syntes å være nyttig og prosedyrer ble ansett som mest verdifullt. Forskning viser at i

fagmiljøer som er i rask utvikling er det behov for å tilegne seg og oppdatere fagkunnskap i arbeidet. Studien viser til dels forskjell fra annen forskning ved at sykepleierne ikke søkte eller tilegnet seg litteratur eller brukte potensialet som lå i elektroniske kilder. I og med at forskning sier at utdanning stimulerer til videre kunnskapsdriv, kan det synes som at det er behov for bedre tilrettelegging for dette, for sykepleiere uten spesial- eller videreutdanning. Aksept for behov og strukturering av tid, synes å være vesentlig for gjennomføring. Funn i studien viste at praktisk opplæring av utstyr og trening i hendelser fungerte etter hensikt. Øvrig tilrettelegging av formalisert opplæring, kan med fordel tilpasses mer individuelt slik at det oppleves relevant.

Studien underbygger at læring gjennom praksis er den viktigste faktoren i kunnskapstilegnelse. Denne studien viste, i likhet med teori og forskning, at læring er komplekst sammensatt. Det kan derfor være behov for mer forskning på hvordan læring foregår i et avdelingsmiljø i denne konteksten.

De empiriske funnene i denne studien har blitt sett i lys av tidligere forskning og litteratur på feltet. Spesielt har sosiokulturell læringsteori vært sentral. I hovedsak samsvarer funnene i denne studien med tidligere faglitteratur. Slik har denne studien vært med på å styrke allerede eksisterende teori, også i kontekst av norsk helsevesen. Med tanke på økende muligheter for avansert behandling vil antall intensivpasienter øke i fremtiden. Det vil bli mer og mer vanlig at sykepleiere uten spesialutdanning tar ansvar for akutt kritisk syke pasienter. At denne studien setter fokus på sykepleieres kompetanseutvikling i avanserte kontekster er derfor av interesse for fremtiden.

## Reference List

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg: Vitenskapsteori i helse - og sosialfag*. Oslo:

Universitetsforlaget.

Abrahamsen, H. B. & Finsnes, K.(2011). Mer simulering! *Tidsskrift for den Norske*

*Legeforening 2011, 131: 2369 – 71. doi: 10.4045/tidsskr.11.0861*

Alvsvåg, H. & Førland, O. (red). (2007a). *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver*

*på sykepleie*. Oslo: Akribe.

Alvsvåg, H. (2007b). Læring av sykepleie – gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I

Alvsvåg, H. & Førland, O. (red), *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. (s.205-232). Oslo: Akribe.

Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007c). Refleksjoner om utdanning og kunnskap i

sykepleie. I Alvsvåg, H. & Førland, O. (red), *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. (s. 11-24). Oslo: Akribe.

Alvsvåg, H. (2009) Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Sykepleien Forskning*,

4(3):216-220.

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

Tano.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere: Behov for radikale endringer*. San Fransisco, CA: Jossey- Bass. Oslo: Akribe.

Bjørk, I.T. (2006). Nyutdannede sykepleieres manglende praktiske sykepleierferdigheter. *Klinisk Sygepleie*, 20(4), 23-30.

Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing: a critique. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 527-534.

Christiansen, B. (2012). Knowledge- seeking practices of competent nurses. *Nordisk sygeplejerforskning*, 2(2), 121-132.

Daley, B. J. (1999). Novice to expert: An exploration of how professionals learn. *Adult education quarterly*, 49(4), 133-147.

Drageset, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5 (4): 332-335.

Dysthe, O. (2006). *Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring*. I Dysthe, O. (red). Dialog, samspel, læring (s. 33-72). Oslo: Abstrakt forlag AS.

- Dæhlen, M., Seip, Å. A. (2009). *Sykepleierens kompetanse: Etter – og videreutdanning, verdsetting og motivasjon*. (Rapport nr. 36). Oslo: Fafo.
- Ebright, P. R., Patterson, E. S. , Chalko, B. A. & Render, M. L. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *The journal of nursing administration*, 33(12),630-8.
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in continuing education*, 26(2): 247-273.
- Eraut, M. (2006). Learning contexts. *Learning in Health and Social Care*, 5(1): 1-8.
- Estabrooks, C. A., O'Leary, K. A., Ricker, K. L., & Humphrey, C. K. (2003). The Internet and access to evidence: how are nurses positioned? *Journal of advanced nursing*, 42(1): 73-81.
- Fagermoen, M.S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis: et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Farnell, S. og Dawson, D. (2006). "It's not like the wards". Experiences of the nurses new to critical care: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 43(3):319-331.
- Flaatten, H., Søreide, E. (2010). Intensivmedisin i Norge. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 2010; 130:166-168.

Forskningsrådet (2008). *Prolearn: Profesjonslæring i endring. Rapport til Forskningsrådets KUL-program 2008. Oslo: Forskningsrådet.*

Grimen, H. (2008). *Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (red.). Profesjonsstudier (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget AS.*

Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.-G. (2010). *Intensivsykepleie. Oslo: Akribe.*

Hager, P. (2000). Know-How and Workplace Practical Judgment. *Journal of Philosophy of Education, 34 (2): 281-296.*

Hargreaves, J., & Lane, D. (2001). Delya's story: from expert to novice, a critique of Benner's concept of context in the development of expert nursing practice. *International journal of nursing studies, 38(4): 389-394.*

Hauge, K. W. (2002). *En dør inn i sykepleien: Å studere sykepleie. Bergen: Fagbokforlaget.*

Helse og - omsorgsdepartementet. (1997a). *Pasienten først!* (NOU 1997: 2). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2/2.html?id=140691>

Helse og - omsorgsdepartementet. (1997b). *Omsorg og kunnskap.* (NOU 1997: 20). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-20.html?id=141003>



Hessevaagbakke, E., Johansen, A. G., Gudjonsdottir, S., Christiansen, B. (2013).

Praksisveiledernes funksjon i et medstudentbasert studieopplegg i klinikken. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(3):254-268.

Hunter, C. L., Spence, K., McKenna, K., & Iedema, R. (2008). Learning how we learn: an ethnographic study in a neonatal intensive care unit. *Journal of advanced nursing*, 62(6): 657-664.

Illeris, K. (2003). Workplace learning and learning theory. *Journal of Workplace Learning*, 15(4): 167 - 178.

Illeris, K. (2006). *Læring i forskjellige læringsrum*. Fredriksborg: Roskilde Universitetsforlag.

Jensen, K. (2008). Nye utfordringer i kunnskapssamfunnet: Kunnskapsutvikling og faglig oppdatering hos lærere, sykepleiere, dataingeniører og revisorer. *Bedre skole* 4:54-57.

Johannessen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt Forlag AS.

Jonassen, K. & Slettebø, Å. (2013). Hvordan videreutvikler barnesykepleiere praktisk kompetanse i klinisk praksis. *Vård i Norden*, 33 (1): 14-19.

Kirkevold, M. (2006). *Vitenskap: for praksis?* Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, I. (1993). *Det gode stellet*. I K. Martinsen (red), *Den omtenksomme sykepleier*.

*Artikkelsamling i forbindelse med at diakonhjemmets Sykepleierhøgskole*

*Haraldsplass er 75 år i mai 1993*. Oslo: TANO.

Krumsvik, R. J., Säljö, R. (2013). *Praktisk pedagogisk utdanning: en antologi*

Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.

Kvåle, R. (2012, 22. november). Korleis går det med eldre intensivpasientar? Hentet fra

<http://www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=>

[YeudsgBWQvc%3D&tabid=92&mid=462](http://www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=YeudsgBWQvc%3D&tabid=92&mid=462)

Lauvås, P. og Handal, G. (2009). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen

Akademisk Forlag.

Lave, J. og Wenger, E. (2003). *Situeret Læring - og andre tekster*. København: Hans Reitzels

Forlag.

Lykkeslet, E. (2003). *Bevegelig handlingskunnskap. En studie i sykepleiens praksis*.

(Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø. Hentet fra

<http://munin.uit.no/handle/10037/1225>.

- Maguire, D. (2013). Progressive learning: structured induction for the novice nurse.  
*British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 2013, Vol.22 (11): 645-9.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo:  
*Universitetsforlaget*.
- McKinsey & Company Inc. (2011). *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge*. Hentet  
fra [https://www.sykepleierforbundet.no/Content/598840/ Investeringer\\_i\\_](https://www.sykepleierforbundet.no/Content/598840/Investeringer_i_spesialisthelsetjenesten_i_Norge_pdf.PDF)  
[spesialisthelsetjenesten\\_i\\_Norge\\_pdf.PDF](https://www.sykepleierforbundet.no/Content/598840/Investeringer_i_spesialisthelsetjenesten_i_Norge_pdf.PDF).
- McKinsey & Company Inc. (2013). *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge*. Hentet  
fra [http://legeforeningen.no/PageFiles/152892/McKinsey-II-2013-](http://legeforeningen.no/PageFiles/152892/McKinsey-II-2013-Investeringer%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf)  
[Investeringer%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/152892/McKinsey-II-2013-Investeringer%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf)
- Molander, B. (1996). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos AB.
- Mæhre K. S. (2009). Faglig skjønn, risikokunnskap i klinisk praksis. *Klinisk sygepleje*, 23(4):  
4-11.
- Nilsson, B. (2007). Gadammers hermeneutikk. *Sykepleien Forskning* 1(4): 266-268.
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nortvedt, P., Grimen, H. (2009). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal akademisk.

Norvoll, R. (2002). Gap mellom utdanning og yrke. *Sykepleien* 2002, 90(5): 52-56.

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

Oftedal, B. F., Hvidsten, V., Tillerli, K., Foss, B. (2014). God læring med digitalt verktøy. *Sykepleien*, 102(07): 46-48. DOI: 10.4220/sykepleiens. 2014.0077

Polit, D.F., Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Eight edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sjetne, I. S. (2011). *Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus: Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009*. (Notat 2011). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Skår, R. (2007). Praksis- en læringsarena som engasjerer. I Alvsvåg, H. & Førland, O. (red), *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. (s.101-106). Oslo: Akribe.

- Skår, R. (2009a). Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. *Nurse Education Today*. 30(2): 132-136. DOI:10.1016/j.nedt.2009.06.012.
- Skår, R. (2009b). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 19:2226-2234. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02804.x
- Skår, R. (2010a). How nurses experience their work as a learning environment. *Vocations and Learning*, 3(1):1-18. DOI: 10.1007/s12186-009-9026-5
- Skår, R. (2010b). Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/3914>.
- Smeby, J.- C., Vågan, A. (2007). Fra utdanning til arbeid. I Alvsvåg, H. & Førland, O. (red), *Engasjement og læring: Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. (s.205-232). Oslo: Akribe.
- Solli, H. (2009). Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien Forskning* 2009, 4(1): 52-60.
- Strand, R., & Schei, E. (2001). Gjør kunnskap vondt? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121: 1502-6.

- Säljö, R. (2006). *Læring og kulturelle redskaper: Om læreprosesser og den kollektive hukommelsen*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Säljö, R. (2001). *Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgement in nursing. *Journal of Nursing Education* 2006, 45 (6): 204-211.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thomassen M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Tøien, M. (2009). *Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28375/MetteTxienxMasteroppgave.pdf?sequence=1>
- Valeberg, B. T., Fagermoen, M. S., Grønseth, R. (2009). Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning. *Sykepleien forskning* 2009 4(3): 206-213.

Wenger, E. (2004). Praksisfællesskaber: Læring, mening og identitet.

White, C. (2010). A socio-cultural approach to learning in the practice setting. *Nurse Education Today*, 30(8): 794-797.

Wittek, L. (2012). *Læring i og mellom mennesker: en innføring i sosiokulturelle perspektiver*. Oslo:Cappelen akademiske forlag.

Ääri R. L., Leino-Kilpi H. & Suominen T. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing* 24(2): 78-89. DOI. 10.1016/j.iccn.2007.11.006

## VEDLEGG I

### Semistrukturert intervjuguide

(Hjelpespørsmålene står i kursiv. Stikkord som kunne brukes for å for å lede samtalen videre står i parentes i kursiv.)

**Beskriv** hva som er viktig å kunne i den jobben som du har nå. **Eksempel**

**Beskriv** hva som er vanskeligere/ utfordrende i denne jobben enn på sengepost?

**Hva** slags kompetanse følte du at du manglet når du begynte på denne avdelingen?

*Hvor mye nytt og ukjent? Bygge på eksisterende praksis? Hvilken kompetanse har vært utfordrende å lære seg?*

**Beskriv** en situasjon eller vakt som dere har lært av. **Eksempel**

**Beskriv / gi eksempler** på en utfordrende situasjon (praktisk/pasientrelatert) –

Hva skjedde i situasjonen?

*(Medikamentstyring, teknologi, VK stell, smertelindring, ventilering, CPAP, blodtrykksregulering, mottak av dårlig pasient, uavklarte situasjoner)*

**Hvordan** pleier du å forberede deg på slike situasjoner?

*Hvordan ble situasjonen løst?*

**Hva** gjør du dersom situasjonen oppstår akutt (ikke forberedelse)?

*Fortell hvorfor denne situasjonen eventuelt var utfordrende*

*(Lite erfaring, komplisert, risikofyllt, vanskelige vurderinger, egne avgjørelser)*

Tar dere dere tid til å oppsøke hjelp?

Når dere står i en kompleks situasjon, hvor oppsøker dere hjelp?

*(Personer, kilder, leser prosedyrer, spør legen, kurs, journaler)*



Hva gjør du *før* du kommer i en slik utfordrende situasjon?

*Spør, sjekker, slår opp)*

Hva gjør du *når* du står i en slik utfordrende situasjon?

*(går sammen med noen, dobbeltsjekker)*

Hva gjør du *etter* at du har vært i en situasjon? Noe du erfarte i situasjonen?

Hva erfarte/ lærte dere av situasjonen?

Hvem lærte dere av i denne situasjonen?

*(lege, sykepleier, andre).*

Hvordan erfarte/ lærte du?

*(gjennomgår med sykepleier, følger opp flere vakter)*

Når (i hvilke situasjoner) kjenner du deg usikker?

**Hvor** finner dere svar på det dere lurer på/ kunnskap?

**Hvilke** yrkesgrupper/ kolleger lærer dere spesielt mye av?

**Hva** leser dere (teori) på egen hånd?

*(Papirbaserte og elektroniske oppslagsverk Hva slags bøker? Artikler?)*

Hvor finnes bøkene?

**Andre ting å lære av?**

*(Demo-utstyr, "knotting," øvelser, grupper, andre nye, blanding nye/ gamle)*

**Hva** gjør deg engasjert i jobben?

*(Inspirering og engasjerer til læring? Hva skaper læring?)*

**Hva** gjør du selv for å skaffe deg kompetanse?

*Hvem har hovedansvar for at du lærer det du trenger? Hvordan vet du hvilken teori du trenger? Lære på egen hånd eller sammen med andre?*

**Hvordan** er det tilrettelagt for at du skal utvikle kompetansen din?

*(Støttesystemer, kurs, hospiteringer, studiedager etc)*

**Hva** slags opplæringsprogram har dere?

*(Opplæringsmuligheter, internt og eksternt avdelingen)*

(OPPSUMMERING)

**Oppsummere** hva er det viktigste som er fremkommet under intervjuet

Oppsummere hva en stort sett er enig i og hva en er uenig i

## VEDLEGG II

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

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

Vår dato: 25.11.2013

Vår ref: 35993 / 2 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35993

*Læring i intensivkontekst. Hvordan lærer sykepleiere med lite erfaring i avansert klinisk kontekst?*

*Behandlingsansvarlig*

*Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Bjørge Christiansen*

*Student*

*Randi Ween*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Randi Ween [rween@hotmail.com](mailto:rween@hotmail.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

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



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

## VEDLEGG III

Forenklet meldeskjema - student-/mastergradsprosjekter Kompetansesenter for personvern og sikkerhet

### Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til personopplysningsloven med forskrifter.

For at forenklet melding skal kunne benyttes må man kunne krysse av på samtlige punkter nedenfor. Dersom ett av utsagnene ikke stemmer overens med prosjektets formål og gjennomføring, så må fullstendig melding sendes til personvernombudet.

Utfylt skjema sendes til [redacted] sammen med informasjonsskriv og prosjektbeskrivelse. Se [redacted] for spørsmål og veiledning.

Når forenklet melding er sendt inn kan prosjektet starte, under forutsetning av at man har innhentet godkjenning fra avdelingsleder. Det er ikke nødvendig å avvente personvernombudets tilbakemelding.

<b>1 INFORMASJON OM ANSVARLIG FOR PROSJEKTET</b>	
A. PROSJEKTLEDER	
Navn og stilling (VEILEDER) BJØRG CHRISTIANSEN Navn (STUDENT) RANDI WEEN	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres: [redacted]
Telefonnummer (STUDENT): 98085719	E-postadresse (STUDENT OG VEILEDER): rween@hotmail.com og Bjorg.Christiansen@hioa.no
B. ANSVARLIG VIRKSOMHET	
Navn på høgskolen / universitetet som er ansvarlig for prosjektet Høgskolen i Oslo og Akershus	
<b>2 PROSJEKTETS NAVN/TITTEL</b>	
Læring i intensivkontekst Hvordan lærer sykepleiere med lite erfaring i avansert klinisk kontekst?	
<b>3 ERKLÆRING OM PROSJEKTET</b>	
Avsender erklærer at følgende utsagn er korrekte (sett kryss):	
<input checked="" type="checkbox"/> En høgskole / et universitet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK. Veileder har vurdert spørsmålet.	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet meldes til NSD	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne samtykker skriftlig	
<input checked="" type="checkbox"/> Samtykket vil utformes i tråd med vilkårene i NSDs tilrådning	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om deltagerens helse	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om andre personers helse	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning av deltageren i prosjektet	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning til bruk av deltagerens arbeidstid (hvis aktuelt)	
<b>4 LAGRING AV DATA</b>	
Skal elektroniske data som samles inn lagres ved sykehuset? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, hvordan skal dette lagres?	
<b>5 DATO FOR UTFYLING</b>	
Sted og dato Oslo 10.11.2013	Utfyllt av: Randi Ween

**Fra:** [REDACTED]  
**Sendt:** 13. november 2013 13:38  
**Til:** Randi Ween  
**Emne:** SV: Forenklet meldeskjema - Studentprosjekter (ALLE).doc (2013/16075 )

Hei

Bekrefter mottak av meldingen.  
Saksnr. hos oss er 2013/16075.  
Undertegnede er saksbehandler.

Forenklet melding er notert og vi ønsker lykke til med studien, forutsatt godkjenning i avdeling der deltagerne jobber.

mvh,

[REDACTED]  
Personvernrådgiver  
Seksjon for informasjonssikkerhet og personvern | Stab pasientsikkerhet og kvalitet

---

**Fra:** Randi Ween  
**Sendt:** 10. november 2013 21:55  
**Til:** [REDACTED]  
**Emne:** Forenklet meldeskjema - Studentprosjekter (ALLE).doc

<< Fil: Forenklet meldeskjema - Studentprosjekter (ALLE).doc >>

<< Fil: Prosjektplan.doc >> << Fil: Forespørsel om deltakelse.doc >> << Fil: forespørsel til avdelinger.doc >>

Mvh Randi Ween

[REDACTED]  
[REDACTED]

## VEDLEGG IV

Oslo 18.12 2013

Til seksjonsleder/avdelingsleder ved ..... avdeling.

██████████

### **Forespørsel om deltakelse i studie og rekruttere informanter ved deres avdeling**

Henvendelsen gjelder spørsmål om tillatelse til å gjennomføre en studie ved deres avdeling. Jeg er mastergradsstudent ved Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus og planlegger en studie i temaet læring og kompetanseutvikling for sykepleiere som arbeider i avansert pasientkontekst. Studien omhandler hvordan læring og kompetanseutvikling skjer i praksis hos sykepleiere som har ansvar for pasienter i en intensivkontekst uten å ha relevant videreutdanning eller lang erfaring. Valget av denne avdeling er begrunnet i at dere fyller kriteriet med å ha komplekse pasienter og sykepleiere slik som angitt. Veileder er førsteamanuensis Bjørg Christiansen.

Studien har sin grunn i økte, faglige utfordringer for sykepleiere som relativt tidlig får ansvar for pasienter med komplekse lidelser og avansert behandling, også utenfor intensivheter. Arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet spesialsykepleiere utføres i dag til dels av sykepleiere uten å ha videre/ etterutdanning eller lang erfaring. Dette er med bakgrunn i endringer av dagens helsevesen, med økt andel eldre pasienter, økt kompleksitet og sammensatte lidelser, kortere liggetid på intensivavdelinger og mangel på intensivsykepleiere, hvilket gjør at sykepleiere tidlig får ansvar for pasienter i intensivkontekst. Flere faktorer viser at denne situasjon vil bestå i lang tid. Min studie kan bidra til å belyse faktorer som kan være av betydning for praksislæring og slik gi kunne mer tilpasset opplæring.

Problemstilling og forskningsspørsmål i studien er:

Problemstilling:

**Hvordan lærer sykepleiere med lite erfaring i avansert klinisk kontekst?**

Forsknings spørsmål:

- hvordan beskriver sykepleiere gode læresituasjoner?
- hvordan tilegnes teoretisk og praktisk kunnskap?
- hvordan erfares tilrettelegging for læring / kunnskapsutvikling?

For å kunne besvare dette har ønsker jeg:

- 1) Intervjue sykepleiere om hvordan de lærer i praksis (gruppeintervju med flere samlet)
- 2) Observasjon av kunnskapskilder i sykepleiers arbeidsmiljø, eksempelvis litteratur, adgang til elektroniske kilder etc.
- 3) Samtale med fagutviklingssykepleier for å kartlegge formelle og uformelle læringstilbud (interne kurs, veiledning og lignende).

For å få bredde i datainnsamlingen henvender jeg meg også til 2 tilsvarende avdelinger. Jeg søker informanter som er under pågående opplæring og som har vært under opplæring innen siste 3 år. Antall informanter fra denne avdelingen kan være til sammen ca. 4 sykepleiere.

Avdeling og sykehus vil anonymiseres. Utvelgelse og rekruttering av informanter skjer på basis av frivillig, skriftlig informert samtykke. Alle data vil bli behandlet konfidensielt, og informantene vil bli aidentifisert. Alle lydopptak vil bli slettet etter avsluttet studie.

Jeg ser frem til et godt samarbeid. På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Randi Ween

Mobil: 98 08 57 19

Vedlagt er prosjektplan og godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) om behandling av personopplysninger.



## VEDLEGG V

### Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt

” Læring i intensivkontekst- hvordan lærer sykepleiere med lite erfaring i avansert klinisk kontekst? ”

#### Bakgrunn og hensikt

Jeg er sykepleier ved OUS og mastergradsstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus og planlegger en studie i temaet læring og kompetanseutvikling for sykepleiere som arbeider i avansert pasientbehandling som for lettere intensivpasienter. Sykepleiere i dag har til dels overtatt ansvar for avanserte pasienter og utfører arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet spesialsykepleiere. Pasientene har komplekse lidelser og gis avansert behandling. Jeg har funnet lite studier om hvordan sykepleiere opplever læring i en slik kontekst. Hensikten med studien er derfor å belyse faktorer som kan være av betydning for praksislæring. Forståelse for hvordan sykepleiere lærer, kan gi nyttig kunnskap ved tilrettelegging av opplæring.

#### Hva innebærer studien

Studien innebærer et intervju som har form som en samtale som gjøres sammen med andre, i en gruppe. Du bestemmer selv hva du vil dele av informasjon og kan avstå fra å svare. Det kreves ingen forberedelser.

#### Mulige fordeler og ulemper

Studien vil ikke gi noen direkte fordeler, men ved å delta i studien vil du bidra med økt kunnskap innenfor temaet. Du vil også kunne dele erfaringer med andre i gruppen. En ulempe er bruk av tid uten økonomisk kompensasjon. Jeg vil tilstrebe å gjøre dette innenfor arbeidstiden, om mulig.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Materialet fra gruppeintervjuet blir tatt opp på bånd og vil kun bli brukt til studien. Avdelingsledelse/andre ledere vil ikke bli gitt tilgang lydbåndopptaket som oppbevares innelåst inntil makulering, senest 01.09.14. Lydopptak blir senere omgjort til tekst. Utsagn vil bli aidentifisert og opplysninger skal ikke kunne spores tilbake til enkeltperson eller avdeling.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan trekke deg fra studien når som helst uten å oppgi årsak. Om du samtykker i å delta undertegner du samtykkeerklæringen nedenunder. Ved spørsmål om studien eller du ønsker å trekke deg, ta kontakt med:

Randi Ween tlf.98085719 [rween@hotmail.com](mailto:rween@hotmail.com) (student) eller  
Björg Christiansen tlf. 67236233 [Bjorg.Christiansen@hioa.no](mailto:Bjorg.Christiansen@hioa.no) (veileder).

#### Samtykkeerklæring

Jeg er villig til å delta i studien (signert av prosjektdeltaker, dato) -----

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien ( signert av masterstudent, dato) -----