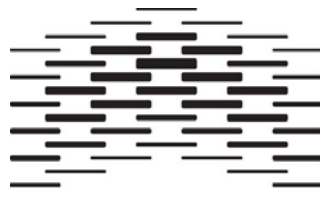


MASTEROPPGAVE
Master i klinisk sykepleievitenskap
September 2014

Oppdatering av kunnskaper i hjemmesykepleie

Sara Ulrika Leparde Kvam

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært utfordrende på mange måter. Samtidig har arbeidet vært inspirerende og givende. Det har vært et privilegie å kunne planlegge en studie fra start til slutt.

Jeg vil takke fagsykepleiere/ledere i de fire kommuner som bidrog med å stille sykepleiere til rådighet, og med å organisere tid og lokaler. Dernest vil jeg varmt takke alle de sykepleierne som deltok som informanter. Uten dere hadde det ikke vært mulig.

Tak til min medstuderende, Venke, for samarbeide som assistenter på hverandres fokusgruppeintervjuer. Tak for mange gode diskusjoner.

Tak til veileder, Bjørg Christiansen, for din tålmodighet og veiledning.

Innholdsfortegnelse

SUMMARY	3
PURPOSE	3
LITERATURE	3
METHODS	3
RESULTS	4
CONCLUSION	4
KEYWORDS	4
SAMMENDRAG	5
FORMÅL	5
TEORETISK FORANKRING	5
METODOLOGI	5
RESULTATER	6
KONKLUSJON	6
NØKKELOORD	6
1.0 INNLEDNING	7
1.1 PROBLEMSTILLING	12
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	13
2.1 KJENNETEGN VED HJEMMESYKEPLEIE	13
2.2 ANSVAR FOR FAGLIG OPPDATERING	17
2.3 KUNNSKAPSFORMER I SYKEPLEIEN	20
2.4 LÆRING I PRAKSISFELLESKAPET	24
2.5 REFLEKSJON	30
3.0 TIDLIGERE FORSKNING	33
4.0 METODOLOGI	37
4.1 METODE	37
4.2 REKRUTTERINGSPROSESS	40
4.3 FORSKERROLLE OG FORFORSTÅELSE	42
4.4 ETISKE OVERVEIELSER	43
4.5 INTERVJUGUIDE	44
4.6 GJENNOMFØRING AV FOKUSGRUPPEINTERVJU	46
4.7 TRANSKRIBERING OG ANALYSE	48
4.8 STUDIENS TROVERDIGHET OG GYLDIGHET	51
5.0 RESULTATER	52
5.1 KOLLEGAER, EN KILDE TIL KUNNSKAP	52
5.2 BRUK AV DATABASES	53
5.3 KURS OG UNDERVISNING	54
5.4 KONSULTERE OG HOSPITERE	55
5.5 Å REFLEKTERE SAMMEN	56
5.6 TID OG ROM FOR OPPDATERING	57
5.7 FORVENTNINGER TIL KUNNSKAPSOPPDERING	60
5.8 ENDRING I HJEMMESYKEPLEIE	63
6.0 DISKUSJON	65
6.1 SÆRPREG VED HJEMMESYKEPLEIEN OG KUNNSKAPSOPPDERING	65
6.2 ORGANISERINGENS BETYDNING FOR KUNNSKAPSOPPDERING	68

6.3 SYKEPLEIEFELLESKAPET SOM KUNNSKAPSKILDE.....	71
6.4 REFLEKSJON SOM KUNNSKAPSKILDE	74
6.5 BRUK AV ANDRE KUNNSKAPSKILDER.....	76
7.4 AVSLUTNING.....	82
7.5 AVSLUTTENDE KOMMENTARER	84
LITTERATURLISTE.....	86
VEDLEGG 1	93
VEDLEGG 2	94
VEDLEGG 3	97
VEDLEGG 4	99

Summary

Purpose

The purpose of this study is to obtain insight into nurses experiences due to maintaining and updating knowledge in the professional environment among Home Care nurses, the sources they use, and to highlight factors that either promote or inhibit. The addressed problem in this study is:

”What experiences do nurses have with home nursing as a learning arena?”

The research questions are:

1. *What factors influence update of knowledge?*
2. *How is knowledge maintained and updated in the nursing community?*
3. *Which sources of knowledge are used?*

Literature

The study is based on learning in a socio-cultural context, where the basic notion is that maintaining and updating knowledge takes place in a community.

Methods

The study has a qualitative design with focus group interviews. It was carried out one pilot focus group interview, and three focus group interviews. They were conducted in four different municipalities in Norway; two different municipalities outside Oslo, one outside Trondheim and one in Tromsø.

There were a total of 16 nurses participating in the study. The study were designed on the basis of Kvale and Brinkmanns (2010) description of seven phases of the interview process. Data was coded and analysed with inspiration of the hermeneutic circle.

Results

Maintaining and updating knowledge in Home Care Nursing is complex, for the reason that nurses need broad knowledge as well as specialized knowledge. There are several factors that influence on updating knowledge, such as patients, organizational, resources, prioritization of time, as well as personal engagement.

The nurses used different sources seeking knowledge. They used literature, databases, courses, teaching, reflection and practical training. The nurses had and used networking inside and outside their own environment. To transfer knowledge to practice was important for nurses in their search for knowledge.

Conclusion

Knowledge in Home Care Nursing has to adapt due to patients needs, and nurses expect opportunities to acquire knowledge at their workplace. Challenges seems to be related to framework and organization, as well as personal engagement.

Keywords

Knowledge, Home Care Nursing, knowledge sources, networking

Sammendrag

Formål

Studiens formål er å få innsikt i sykepleieres erfaringer med kunnskapsoppdatering i det sykepleiefaglige miljø i hjemmesykepleie, hvilke kilder som benyttes, samt å synliggjøre faktorer som enten fremmer eller hemmer for kunnskapsoppdatering.

Studiens problemstilling er:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med hjemmesykepleie som læringsarena?

Problemstillingen belyses med følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvilke faktorer påvirker tilegnelse av kunnskap?*
2. *Hvordan oppdateres og vedlikeholdes kunnskaper i sykepleiefelleskapet?*
3. *Hvilke kilder til kunnskap benyttes?*

Teoretisk forankring

Studien bygger på teori basert på at læring foregår i en sosiokulturell sammenheng, hvor grunnoppfatningen er at vedlikehold og oppdatering av kunnskaper skjer i fellesskap.

Metodologi

Studien har et kvalitativt design hvor fokusgruppeintervju er brukt som metode for innsamling av data. Det er gjennomført et pilot fokusgruppeintervju og tre fokusgruppeintervjuer i fire forskjellige kommuner i Norge, to forskjellige kommune utenfor Oslo, en utenfor Trondheim og en i Tromsø. Totalt deltok 16 sykepleiere i studien. Studien er designet utfra Kvale og Brinkmanns (2010) sin beskrivelse av de syv faser i en intervjuprosess.

Datamaterialet ble kodet og analysert med inspirasjon i den hermeneutiske sirkel.

Resultater

I hjemmesykepleien er det å tilegne kunnskap komplekst, av den grunn at det er behov for bred kunnskap så vel som spesialisert kunnskap. Det er flere faktorer som har innflytelse på sykepleiernes muligheter for oppdatering og tilegnelse av kunnskap. Det handler om pasienter, rammer og organisering, ressurser, prioritering av tid og personlig engasjement. Sykepleierne gjør bruk av forskjellige kilder når de søker kunnskap. De gjør bruk av faglitteratur, databaser, kurs, undervisning, refleksjon og praktisk opplæring. Sykepleierne har og bruker nettverk både innenfor og utenfor eget fagmiljø. Det som er viktig for sykepleierne i søken etter kunnskap, er at de kan omsette kunnskapen i praksis.

Konklusjon

I hjemmesykepleie skal kunnskap tilpasses pasientenes behov. Det å ha mulighet for å oppsøke og tilegne seg kunnskap ser ut til å være en forventning sykepleierne har til sin arbeidsplass. utfordringer relatert til dette ser ut til at være knyttet til rammer og organisering, ressurser og prioritering av tid, så vel som eget personlig engasjement.

Nøkkelord

Kunnskap, hjemmesykepleie, kunnskapskilder, nettverk

1.0 Innledning

I min karriere som sykepleier har jeg erfart at fagmiljøer kan være forskjellige. Jeg har vært del av fagmiljøer som sykepleier og som fagsykepleier. Jeg har observert at tilnærming til oppdatering av kunnskap synes å være forskjellig fra arbeidsplass til arbeidsplass.

Sykepleiere synes å tilnærme seg kunnskap på forskjellige måte. Noen er ivrige til å dele og diskutere fag, mens andre synes å oppleve det som en utfordring å skulle forholde seg til ny kunnskap. Jeg undrer meg over hvorfor jeg opplever at det er slik. Jeg har en antagelse om at tilnærming til kunnskap kan forbindes med den lokale fagkultur.

I begrepet fagkultur menes her på hvilken måte fagutvikling er en del av hverdagen. Det handler om hvordan det tilrettelegges for læring og hvilke krav det stilles til de ansatte om å oppdatere seg og dele kunnskap. Videre handler det om hvilke kunnskaper som betraktes som viktige, samt på hvilken måte disse kunnskaper læres på. Sykepleiernes forventninger til faglig utvikling har også betydning.

Begrepet kunnskap omhandler profesjonell sykepleiefaglig kunnskap og kompetanse, kunnskap som sykepleiere gjør bruk av i sin utøvelse av sykepleie som profesjon. Den profesjonelle kunnskap bygger på forskjellige typer av kunnskap som jeg vil komme nærmere inn på senere i oppgaven.

Mine arbeidsfunksjoner har gjennom årene vært forskjellige. Jeg har erfaring som sykepleier, spesialsykepleier, fagsykepleier og utviklings- og kvalitetssykepleier, både fra sengepost, poliklinikk, hjemmesykepleie og som del av ledergruppe på klinikknivå ved et universitetssykehus.

Mitt fokus på kunnskaper har alltid vært sentral og jeg har gjennom årene reflektert over forskjellene i de fagmiljøene jeg har vært en del av, og hvorfor det er en forskjell i fokus på kunnskaper ved de forskjellige arbeidsplasser jeg har vært en del av.

På noen av mine arbeidsplasser har undervisning og refleksjon vært læringsaktiviteter som alle sykepleiere ble forventet å delta i, og disse aktiviteter var planlagt til tider på arbeidsdagen med lav aktivitet. På andre var de samme læringsaktiviteter lagt midt på dagen, hvor det stort sett alltid var travelt.

På sykehus er pasienter delt inn etter diagnoser som sykepleiere kan spesialisere seg i, mens innen hjemmesykepleie er forholdene annerledes. Sykepleierne forholder seg til mange

forskjellige diagnoser og komplekse sykdomsbilder hos enkelte pasienter. Dette kan ha betydning for hvilke kunnskaper sykepleierne i hjemmesykepleien opparbeider seg og for hvordan de utvikler seg kunnskapsmessig i sin karriere.

Det har vært en rivende utvikling for hjemmesykepleie frem til årsskiftet 2012 hvor samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009) ble iverksatt. I store trekk har utviklingen betydd at sykepleiere i hjemmesykepleie i dag møter mer komplekst syke pasienter enn noen gang tidligere, da oppfølging i nærmiljøet med rehabilitering, behandling av kroniske syke og alvorlig syke nå er iverksatt. Jeg vil komme nærmere inn på dette senere i oppgaven.

I et samfunnsperspektiv er kunnskap viktig. Det å satse på kunnskap i hjemmesykepleien gir god mening. Riktig pleie og behandling kan forebygge innleggelse på sykehus. Eksempel på dette er å tidlig kunne oppfange symptomer på infeksjon. Det å sørge for hurtig helsehjelp og behandling kan spare pasienten for en innleggelse. Særlig for hjemmeboende demente personer som ved en innleggelse kommer ut av sine vante rammer kan det være en stor belastning. Som jeg ser det handler det om å gjøre bruk av og bygge på den kunnskap sykepleierne i hjemmesykepleien har.

Lokalt i den enkelte hjemmesykepleie har ledelse og organisatoriske rammer betydning for at kunnskapsoppdatering og læring kan være en del av det daglige arbeid i sykepleien. Mangel på tid, ressurser, tilgjengelige kunnskapskilder og støtte fra ledelsen kan være medvirkende faktorer for at et kunnskapsmiljø nedprioriteres av sykepleierne (Snibsøer, Rydland Olsen, Espehaug, Wammen Nortvedt 2012).

Sykepleiernes egne holdninger til det å lære har også betydning.

I en norsk studie hvor holdninger og adferd i forhold til kunnskapsbasert praksis ble kartlagt, viste studien at holdninger til kunnskap henger sammen med om sykepleierne aktivt arbeider med kunnskaper i sin daglige praksis (Snibsøer et al., 2012).

Man kan også se for seg at pasientene som sykepleierne arbeider for har en betydning. Det å ha en bred diagnosegruppe, kontra én diagnosegruppe å forholde seg til, kan antas å utgjøre forskjell i hvilke kunnskaper som tilegnes av de enkelte sykepleiere.

Jeg opplever at på sykehus er behandlingsfokus ofte spesifikke, som sykepleierne er en del av i forhold til å følge opp behandling, samtidig som de utøver omsorg og pleie for pasienten. Min erfaring er at det implementeres nye behandlingsformer fortløpende, noe sykepleierne må forholde seg til å etterfølge. På sykehus samarbeider sykepleierne tett med leger, men også andre faggrupper som ernæringsfysiologer, fysioterapeuter og andre faggrupper som er relevante for pasienten. Det foregår derfor fortløpende oppdatering og læring omkring pasientens diagnose/er mellom de forskjellige faggruppene. Det kan tenkes at fokus på oppdatering og deling av kunnskaper, medvirker til en kultur innen sykepleiefaget og mellom forskjellige faggrupper som er nødvendig for å yte best mulig omsorg og pleie for de enkelte diagnosegrupper.

Hjemmesykepleie har et noe annerledes utgangspunkt i sitt samarbeide med andre faggrupper, ofte på grunn av fysisk distanse. Samarbeide med behandlende lege, enten fastlege eller lege fra spesialisthelsetjenesten og andre faggrupper, foregår derfor på andre premisser.

Videre er tjenesten hjemmesykepleie mer generell og omfattende i forhold til at fokus ofte er å fremme helse, forebygge, rehabiliterer og lindrer, men samtidig også å behandle.

Arbeidsplassen er i pasientens eget hjem og fokus er ikke kun på behandling, men på at pasienten skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem. Pasienter i eget hjem hjelpes med mange behov, både vedrørende oppfølging av behandling, men også i stor grad med omsorg og pleie. Behandling settes inn i et perspektiv hvor pasienten som menneske og hans eller hennes liv er i fokus. Andre faktorer som miljø, økonomi, kulturelle og personlige faktorer kan også ha betydning for pasienten, ikke kun behandling (Fjørtoft 2009).

Leger og andre faggrupper befinner seg som sagt ofte fysisk på et annet sted. Sykepleierne har derved ikke daglig kontakt med behandlende leger, men de har ansvar for å følge opp hvordan behandlingen virker for pasienten med henblikk på bivirkninger eller tilstøtende komplikasjoner.

Den fysiske distanse gjør at sykepleiernes muligheter for å diskutere, konsultere og stille spørsmål har andre premisser sammenlignet med sykepleiere på sykehus. Samarbeide mellom sykepleier, fastlege og spesialistlege kan på grunn av disse faktorer være utfordrende (Fjørtoft 2009).

Nærhet til sykepleiekollegaer er også annerledes i hjemmesykepleie. Fjørtoft (2009) beskriver at det å arbeide alene som sykepleier og ikke ha kollegaer og fagkompetanse i nærheten kan generere både fysiske og psykiske påkjenninger, samt usikkerhet for sykepleierne.

Et annet perspektiv for sykepleierne i hjemmesykepleien er at det har vært en rask utvikling både kunnskapsmessig og i størrelse gjennom de siste 30 år. I sine tidlige år var hjemmesykepleie preget av frivillig arbeid og ufaglærte pleiere (Engedal & Haugen 2005); (Fermann & Næss 2010).

I en nordisk studie (Finnbakk, Skovdahl, Blix & Fagerstrøm, 2012) beskrives at behovet for sykepleierkompetanse i hjemmesykepleie er økende i og med at kompleksiteten hos pasienter i eget hjem øker, hvilket kan indikere at organisering og fordeling av oppgaver innad i hjemmesykepleie bør endres. 1. lektor Opsahl fra Høgskolen i Oslo og Akershus beskriver at samhandlingsreformen fra 2012 derved fører med seg større etterspørsel på sykepleierkompetanse til primær sektor. Med økt etterspørsel på sykepleierkompetanse i kommunene ser sykepleierkompetansen ut til å kunne bli en mangelvare i fremtiden (Opsahl, 2012).

Fokus på læring er derfor en viktig del av sykepleiernes hverdag.

I forhold til kunnskapsoppdatering viser tidligere studier at sykepleiere forholder seg positive til å oppdatere seg, men at det i praksis viser seg at det er barrierer i forhold til at dette skjer. Sykepleiere beskriver å oppleve et gap mellom kunnskaper de har og tilegner seg i forhold til bruke disse kunnskaper i sin praksis. Sykepleiere leser fagblader men ikke de tidsskrifter hvor sykepleieforskere publiserer. Kurs og undervisning er primærkilder til vedlikehold og oppdatering av kunnskap (Lindberg, 2003); (Christiansen, Carlsten & Jensen 2009).

Det at sykepleiere opplyser at undervisning og kurs er hovedkilde til oppdatering av kunnskap viser at sykepleierne bruker det tilbud arbeidsgiver gir dem.

Sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie er under Helse- og omsorgstjenesteloven som spesifiserer i § 8-2, at sykepleierne er forpliktet til å holde sine faglige kvalifikasjoner ved like. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I dette ligger et ansvar for egen læring. Videre beskriver Helsepersonelloven i §4, at sykepleiere har juridisk ansvar om å være bevist på sitt eget kunnskapsmessige ståsted og utøve sykepleie ut fra dette.

(Helsepersonelloven, 1999) I tillegg kommer de Yrkesetiske retningslinjer som beskriver at sykepleierne har et personlig ansvar for sine handlinger i utøvelse av sykepleie i forhold til både faglighet, etikk og å sette seg inn i de lovverk som hun praktiserer under. (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Det fremkommer i en studie at sykepleiere opplevde gap mellom den kunnskap de hadde og mulighet for å bruke den i sin praksis (Christiansen et al. 2009). Dette kan handle om hvordan kunnskaper integreres i den daglige praksis.

En annen norsk studie som kartla holdninger og atferd i forhold til kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere med videreutdanning i kunnskapsbasert praksis, viste til at holdninger til kunnskap har sammenheng med om sykepleieren arbeider aktivt med kunnskaper i sin praksis (Snibsøer et al., 2012). Videre viser samme studie til at sykepleiere med master og doktorgrad er mer positive til kunnskaper i forhold til sykepleiere med grunn- og videreutdanning. Det synes som hvilke forutsetninger utdanning har gitt sykepleierne for å effektivt kunne bruke tid på å søke opp kunnskaper er en faktor. Artikkelforfatterne skriver at også en manglende kunnskapskultur, mangel på tid, ressurser, kunnskap og autoritet kan være en medvirkende faktorer i forhold til å jobbe kunnskapsbasert (Snibsøer et al. 2012).

I denne studie er det valgt å se på sykepleiere i hjemmesykepleien sine egne erfaringer med sin arbeidsplass som læringsarena. Hvordan erfarer de at de at deres muligheter for å oppdatere og tilegne seg kunnskap er? Det er sett på hvilke faktorer som blir beskrevet som fremmende og hemmende for læring. Det er også sett på både organiserte læringsaktiviteter og de aktiviteter sykepleierne selvstendig utfører og bruk av forskjellige kilder.

Hensikten med studien er å er å utvikle kunnskap om hvordan oppdatering av kunnskap erfares av sykepleiere i en setting hvor feltet hjemmesykepleie er i endring og at det derfor stilles endrede krav til oppdatering av kunnskap.

1.1 Problemstilling

Som beskrevet er krav om vedlikehold og oppdatering av kunnskaper for sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie i endring. Føringer er lagt fra Helsedirektoratet med nasjonal strategi for 2011-2015, beskrevet i "Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester –en nasjonal satsning" (Helsedirektoratet, 2010) og i Samhandlingsreformen som ble iverksatt Januar 2012. Krav til å vedlikeholde og oppdatere kunnskaper er blitt klarere definert. Dette samtidig med at samhandlingsreformen beskriver en endring i pasientgrunnet, med flere mer komplekse syke i eget hjem, medfører endringer i krav til kunnskaper hos sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie. (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009).

Følgende problemstilling er formulert:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med hjemmesykepleien som læringsarena?

Problemstillingen belyses med følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvilke faktorer påvirker tilegnelse av kunnskap?*
2. *Hvordan oppdateres og vedlikeholdes kunnskaper i sykepleiefellesskapet?*
3. *Hvilke kilder til kunnskap benyttes?*

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Kjennetegn ved hjemmesykepleie

Før 1970 var hjemmesykepleie en velferds- og støttetjeneste til eldre mennesker. I 1982 kom kommunehelsetjenesteloven og tjenesten ble lovregulert som kommunal tjeneste, hvilket betyde at hjemmesykepleie skulle ivareta alle innbyggere med behov for sykepleie, unge som eldre (Fermann & Næss, 2010).

Under 1990 tallet ble omorganisering av kommunale tjenester utført i to retninger. Den ene med institusjonsomsorg (sykehjem) separat fra hjemmehjelp og hjemmesykepleie som ble slått sammen. Den andre hvor alle tre, sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp, ble organisert i en tjeneste (Fermann & Næss, 2010).

Videre ble pleie- og omsorgstjenester desentralisert i soner, distrikter eller bydeler.

LEON (Laveste Effektive Omsorgs Nivå) ble styrende for tjenesten, og innebærer at forebygging og helsefremmende arbeid skal utføres så tett på hjemmemiljøet som mulig. I LEON ligger et prinsipp om å bruke muligheter og ressurser som finnes i nærmiljøet og dette prinsipp er nedfelt som en kommunal forpliktelse (Forebygging.no, 2010).

Kommunene har organisert hjemmesykepleie på forskjellige måter og primært er to modeller brukt. Den ene med hierarkisk struktur med mange ledernivåer og ledere, hvor ansvarsområder og oppgaver er oppdelt og avgrenset. Den andre med flat struktur med få ledere og ledernivåer.

Utfordringen ved hierarkisk struktur er at informasjonsflyten og samarbeide kan bli komplisert i og med at ansvarsområder og oppgaver er oppdelt.

Den flate modellen med få leder har til hensikt å fjerne mellomledd for at informasjonsflyt og samarbeide skal bli mer effektiv (Fjørtoft, 2009).

Uansett organisering har bestiller/utfører modellen, hvor det skilles mellom forvaltningens og utførerens ansvar, blitt en modell som mange kommuner bruker. Hensikten er at de som tildeler tjenesten ikke skal være de samme som utfører tjenesten (Fjørtoft, 2009).

I praksis betyr dette at kommunene har et bestiller-kontor som vurderer hvilke tjenester som pasienter i eget hjem har rett til og krav på. Det fattes et vedtak med innvilget tjeneste/er som hjemmesykepleien arbeider utfra (Fjørtoft, 2009). Styrken ved denne modell er at pasientene

sikres en objektiv juridisk korrekt vurdering, men på andre siden er det en svakhet i modellen ved at den er lite fleksibel i forhold til at behov fortløpende kan endre seg. Ved utvidelse eller annen endring av tjenesten startes det en ny søkeprosess gjennom et bestiller-kontor (Fjørtoft, 2009). Etter samhandlingsreformen trådte i kraft ser det ut til at bestiller/utførermodellen er den måte de fleste kommuner valgt å organisere tildeling av tjenester på (Grimsmo, 2013).

Forskjellig organisering og utvikling av hjemmesykepleie i kommuner har ført til forskjeller i ansvarsområder, beslutningsinstanser, bruk av titler, navn på tjenester, hvilket kan ha gjort det vanskelig for pasienter og pårørende å orientere seg (Fermann & Næss, 2010).

I årsskiftet til 2012 trådte, som tidligere nevnt, samhandlingsreformen i kraft. Dette har medført et skift i hjemmesykepleien fra å være omsorg for eldre, til omsorg for mennesker med kroniske lidelser, alvorlige sykdommer, funksjonshemming, aldersrelaterte plager og funksjonssvikt (Fermann & Næss, 2010).

Forandringer i hjemmesykepleie over de siste 30 år, innebærer også at krav til kunnskaper med tiden endrer seg. Hegerstøm (1997) beskriver at sykepleien i hjemmesykepleiefeltet er allsidig og dette er en dimensjon i sykepleien. Disse sykepleiere utvikler seg til å bli ”almen spesialister” hvor det knyttes opp særlige forventninger. De skal inneha generell kunnskap, samtidig som de skal kunne se helheter, sammenhenger og holde oversikten. Hegerstøm (1997) hevder at ”almen spesialisten” har gode ferdigheter i å se pasienter som hele mennesker med fokus på hvordan pasienten selv vurderer sin situasjon. I følge han har ”almen spesialisten” primært fokus på mennesket, og deres sykdom sekundært. Dette innebærer at sykepleierne i hjemmesykepleie har fokus på at pasientene er de som definerer sitt eget liv og hva som er et godt liv for den enkelte pasient. Dette kan ses i sammenheng med at sykepleien foregår i pasientens eget hjem hvor sykepleieren er den besøkende (Hegerstøm, 1997).

Sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie arbeider i dag for alle mennesker i kommunen som har behov for hjemmesykepleie uansett om behovet springer ut fra en diagnose, skade, rus, sosiale problem eller nedsatt funksjon. Å presisere arbeidsfeltet kan derfor være vanskelig. Jeg prøver å gjøre det med følgende sitat:

”sykepleiere gir pleie, behandling og opplæring til pasienter, pårørende og studenter.

Sykepleiere legger til rette for og utøver rehabilitering, habilitering, sykdomsforebygging og

helsefremming, de leder og administrerer. Sykepleie utføres i forhold til mennesker som befinner seg ved livets begynnelse, i barndom, i ungdom, i voksen alder, i alderdommen, og til personer ved livets slutt.” (Alvsvåg & Førland, 2007).

En må se sykepleiernes virkeområde i hjemmesykepleie i forhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 som beskriver pasientgrunnlaget. I §3-1 står det: “Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne”. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011)

Begge sitater oven viser hvilke mennesker som sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie arbeider for og hvilke oppgaver sykepleiere i hjemmesykepleie utfører. Sykepleierne med klinisk praksis i hjemmesykepleie har ikke en spesiell gruppe pasienter, men forholder seg til mennesker med variasjon av sykdommer, funksjonsnedsettelse, rusproblemer, sosiale problemer og andre behov i alle aldre.

Hjemmesykepleien har tilpasset seg strukturell endringer gjennom tidene.

Samhandlingsreformen medfører også en tilpasning hvor kommunene i Norge skal sørge for helhetlig tenking for sine innbyggere: Dette innebærer forebygging, behandling, diagnostisering, oppfølging og helhetlige pasientforløp. Her spiller kapasiteten og kompetansen til sykepleiere i hjemmesykepleie inn (Birkeland & Flovik, 2011).

Det estimeres at hjemmeboende med behov for kommunale tjenester som hjemmesykepleie ville øke. Reformen beskriver innbyggernes rett til å motta hjelp lokalt i kommunene, og kommunene er blitt gitt ressurser og tid til å forberede seg (Helsedirektoratet, 2010).

Det forventes at antallet komplekse syke pasienter som har behov for oppfølging i eget hjem øker, og samtidig estimeres det med at andel eldre i befolkningen også er økende. Med alder øker også sykdomsrate og behov for tjenester i forhold til sykdom. Dette vil gi ringvirkning med behov for oppdatering av kunnskap hos hjemmesykepleie (Finnbakk et al., 2012).

En Nordisk kvalitativ deskriptiv studie fra 2009 ble utført med intervju av politikere og innflytelsesrike personer innen helse, om hvilke utfordringer som kan ventes i den Nordiske helsevelferd i fremtiden. Scenariet som beskrives er at antallet eldre øker. Gode og bedre behandlingsmuligheter ses sammen med at flere mennesker lever med ikke bare én, men med flere sykdommer. Dermed øker både antall personer og kompleksiteten i forhold til

sykdommer. Behov for sykepleiekompetanse vil dermed øke, spesielt i hjemmesykepleien.

Dog er ressursene begrensede og dette er et dilemma.

Det er behov for avanserte kliniske sykepleiere i hjemmesykepleie for å kunne møte behovet for sykepleiekompetanse i forhold til den voksende aldrende befolkning (Finnbakk et al., 2012).

Dog er det er ikke enighet i beskrivelse av konsekvens av samhandlingsreformen. Østby (2012) skriver i Sykepleien (sykepleiernes fagblad) at de forespeilede problemer i omsorgssektor er tilstede men at de blir overdrevet. Han beskriver at det handler om å tenke nytt i forhold til pleie og omsorg. Det trekkes frem at det vært en endring i primær sektor fra å gi litt hjelp til mange til å gi hjelp etter behov og prioritere de med størst hjelpebehov. Dog viser det seg at halvparten av personer over 60 år har varige helseproblem og at behovet for sykepleiefaglig hjelp øker med alderen (Østby, 2012). Dette ser ut til at innebære at både antallet av pasienter med behov for hjemmesykepleie og kompleksiteten i sykepleien kan forventes å øke.

Uansett estimering av fremtiden vil samhandlingsreformen føre med seg endringer for sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie. 1. lektor Opsahl fra Høgskolen i Oslo og Akershus har sett på hvilke utfordringer samhandlingsreformen kan få for sykepleiere i forhold til kompetanse. Opsahl (2012) skriver at det er uklart beskrevet i samhandlingsreformen hvilken kompetanse det vil bli behov for. Det som løftes frem er at pasienter som eldre og kronisk syke, skal ha tilgang på pleie, omsorg og behandling i den kommunale sektor. Det handler om mennesker med KOLS, diabetes, demens, kreft, psykiske lidelser og rus. Opsahl (2012) hevder også at sykepleiere er den største gruppen som yter pleie og omsorg i helsesektoren og at kravene til kommunene om å ha kvalifiserte sykepleiere ansatt vil øke. Samtidig ser det ut til at samhandlingsreformen ikke kommer å gi utslag i mindre etterspørsel av sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Scenariet synes å fremstå som et totalt økt behov for sykepleiere (Opsahl, 2012).

2.2 Ansvar for faglig oppdatering

Nightingale betraktes som grunnlegger av den moderne sykepleie.

Nightingale beskrev en datidens trend, i sykepleiens fødsel som selvstendig fagområde, at kunnskap generelt ble tilbakeholdt fra sykepleiere. Det beskrives at leger, mente det var uklokt å undervise sykepleiere. Nightingale argumenterer med at kunnskap hos sykepleierne er en nødvendighet for å utøve yrket forsvarlig.

Nightingale satte kunnskap som en premiss for å i det hele tatt å kunne utøve sykepleie (Schuyler, 1995).

Denne premiss er i dagens sykepleie en selvklarhet. Dette ses i gjeldende lovverk hvor den enkelte sykepleier er forpliktet til å vedlikeholde og oppdatere kunnskaper innen sitt fagfelt. Dog er ansvaret for å holde seg kunnskapsmessig oppdatert fordelt mellom den enkelte sykepleier og arbeidsgiver. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011); (Helsepersonelloven, 2011).

Denne deling har fordeler og ulemper fordi det kan bli uklart hvem egentlig har ansvar for hva. I lovverket beskrives at den enkelte sykepleier forplikter seg å holde seg oppdatert på sitt felt, men også at arbeidsgiver er forpliktet til å tilrettelegge for at sykepleierne har mulighet for å vedlikeholde og oppdatere kunnskap.

Ansvar for faglig oppdatering er altså delt i lovverket. Sykepleierne arbeider også under de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hvor standard for god sykepleiepraksis beskrives. Denne standard baserer seg på prinsippene i ICN sine etiske regler, og FN`s menneskerettigheter. De handler om at sykepleiere bør handle etisk forsvarlig og at hun står til ansvar for sine handlinger i utøvelse av sykepleie. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere trekkes det personlige ansvaret, som hver enkelt sykepleiere har, frem. Ansvar for praksis er både faglig, etisk og juridisk og den enkelte sykepleiere skal sette seg inn i det lovverk hun praktiserer under (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Ser en til Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det at kommunene som arbeidsgiver har plikt til å være del av å oppdatere kunnskaper hos sine ansatte sykepleiere. I § 8-1 beskrives dette ansvar slik:

“Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning”.

Videre går lovverket noe lenger ved å si at kommunen som arbeidsgiver skal sørge for, og ikke kun være medvirkende. På andre siden sier også lovverket at for sykepleierne sin del, er de forpliktet til å delta i oppdatering av kunnskaper for å holde kunnskap oppdatert. Dette er beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 8-2:

“Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning.

Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like”.

Dette innebærer at både den enkelte sykepleier og arbeidsgiver er forpliktet til å sørge for nødvendig kunnskap for å kunne utøve forsvarlig helsehjelp. For sykepleiere betyr det å inneha tilstrekkelige kunnskaper til å kunne handle faglig forsvarlig. For arbeidsgiver handler det om å legge til rette for og gi opplæring, etter-, og videreutdanning.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) virker sammen med Helsepersonelloven (2011), § 4, som beskriver hvilke juridisk ansvar sykepleierne som helsepersonell har. Ansvarer henger sammen med sykepleierens kvalifikasjoner, hvilket innebærer hvilke kunnskaper den enkelte sykepleier har, sett i forhold til de krav som stilles utfra den enkelte situasjon. Lovverket stiller også krav til sykepleierne om å være seg beviste på sitt eget kunnskapsmessige ståsted og utøve sykepleie innenfor den rammen. Videre skal sykepleieren samarbeide med annet kvalifisert helsepersonell og skal, når det vurderes som nødvendig, enten konsultere annet kvalifisert helsepersonell eller henvise pasienten videre.

Dette beskrives i § 4 i Helsepersonelloven (2011):

“Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets

karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven”.

Ansvar på hvordan hjemmesykepleien som arbeidsgiver er organisert er kommunenes. Kommunen skal sørge for at den enkelte sykepleier har mulighet for å innfri sine lovpålagte plikter. Dette beskrives i Helsepersonelloven (2011) i § 16:

“Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”.

Som beskrevet over stiller lovverket krav til både arbeidsgiver og den enkelte sykepleier, og funn i studier viser til at sykepleiere er interesserte i å tilegne seg kunnskaper, og at sykepleiere bruker læringstilbud som blir tilbudt.

Lindberg (2003) finner i en studie som undersøkt kilder til kunnskap at kurs og undervisning var primære kilder til kunnskap. Christiansen et al. (2009) finner i en studie om fagsykepleiere som brobygger mellom forskning og klinisk praksis, at sykepleiere er positive til kunnskap. Andre studier har gjort lignende funn som understøtter at sykepleiere mener kunnskap er viktig i deres praksis (Kyte & Kleven 2011); (Bringsvor, Bendtsen & Berland 2013); (Christiansen 2010); (Christiansen 2012); (Laursen, Plos & Ivarsson 2009).

Kirchhoff (2009) har undersøkt forskjeller i hvor mye sykepleiere i kommunehelsetjenesten deltar på forskjellige planlagte tiltak for å vedlikeholde og hve kunnskap. Kirchhoff (2009) finner at det forekom forskjeller og at systematikk i disse tiltak syntes å være en mangelvar. Gjennom strategiplanen ”Utvikling gjennom kunnskap” (2010) fra Helsedirektoratet med føringer for 2011-2015 satses det på å legge til rette for utvikling gjennom kunnskap. Planen beskriver at det i pleie- og omsorgstjenesten handler om utvikling og forbedring av tjenester, hvor de ansatte involveres med forventning om å reflektere over sin praksis, for å selv være pådriver til kvalitet og kunnskaper. Kunnskaper beskrives mangfoldig i planen som eksempel teori, forskning, erfaring, etikk. Planen legger opp til at sykepleierne med klinisk praksis i

hjemmesykepleie skal arbeide kunnskapsbasert, forstått at avgjørelser skal basere seg på kunnskaper sett sammen med pasientens situasjon. Det presiseres at bevissthet og refleksjon om hvilken kunnskap som ligger til grunn for handling i praksis er viktig (Helsedirektoratet, 2010).

Med strategiplanen "Utvikling gjennom kunnskap" (2010) fra Helsedirektoratet, kan en ane en spissing til at kunnskaper handler om noe mer enn å arrangere eller å delta på kurs og undervisning. Det legges opp til reflektert aktiv bruk av kunnskaper i den daglig praksis.

2.3 Kunnskapsformer i sykepleien

Sykepleie er et praktisk yrke hvor kunnskap er en sentral del for at kunne utøve yrket. I sykepleien trekkes det teori og kunnskaper fra flere områder. For eksempel bør sykepleieren ha kunnskaper om mikrobiologi for at utøve god hygiene. Et annet eksempel kan være hvis sykepleieren utøver sykepleie for en slagpasient. Hun må da ha kunnskaper om spesifikk diagnose, anatomi og fysiologi, sykdomslære, ernæring, medisinkunnskaper, hygieniske prinsipper, kommunikasjon til slagrammede, ergoterapi, fysioterapi og flere andre aspekter som kan være aktuelle i møte med den enkelte pasient. Sykepleie er derfor et bredt felt og det er nødvendig for sykepleieren å opprettholde og tilegne seg kunnskaper i sitt yrkesliv.

Kunnskap i sykepleiefeltet er kompleks da kunnskap kan uttrykke seg på flere måter, og ikke alltid verbalt (taus kunnskap). Dog kan ikke slik kunnskap, som ikke kan uttrykkes verbalt, komme til uttrykk via handling (Grimen, 2008). Sykepleieren kan ikke alltid begrunne verbalt, men kunnskap hun ervervet seg i sin praksis kommer til uttrykk i handling. Grimen (2008) beskriver at sykepleie har sitt formål utenfor seg selv, som forebygging, behandling, omsorg og pleie. Formålene er styrende for hvordan basen av kunnskaper settes sammen. Sykepleieren må kunne hente kunnskaper fra forskjellige kilder og sette dem sammen slik de gir mening, men sykepleieren må også utvise moralsk, juridisk og politisk skjønn. Det er dette som gjør forholdet mellom teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap kompleks (Grimen, 2008).

Grimen (2008) hevder at all kunnskap kan læres videre, det handler om på hvilken måte kunnskap overføres. Kunnskap overføres ikke bare ved å studere teori, men også via eksempler og instruksjon. Grimen (2008) eksemplifiserer med at, for å kunne kjenne igjen lyden av begynnende stuvning i lunger, må en ha hørt dette tidligere. Språket kommer til kort ved læring av slike kunnskaper. Den som skal lære må også lære gjennom sine sanser og deltagelse i den daglige kliniske praksis (Grimen, 2008).

Kunnskap som formidles i sykepleierutdannelsen er teoretiske og vitenskapelige, og utdannelsen består også av praksisstudier og ferdighetstrening. Grimen (2008) setter spørsmål ved om det finnes et klart skille mellom vitenskapelig og praktisk kunnskap, og om praktisk kunnskap betyr mer i utøvelse av sykepleie enn det som tradisjonelt formidles. Dette betyr at det finns flere kilder til kunnskap og at det er det praktiske aspekt som knytter det hele sammen, hvilket Grimen (2008) presenterer med begrepet *praktiske synteser*. Dette betyr at det finnes flere forhold mellom teori og profesjonell yrkesutøvelse, hvilket handler om at det ikke finnes skiller i bruk av kunnskapsformer. De blir brukt i en fornuftig enhet. Via *praktiske synteser* settes elementer av forskjellig typer kunnskap sammen slik at det gir mening i sin helhet. Som eksempel nevner Grimen (2008) at kommunikasjonsteori ikke umiddelbart har noe å gjøre med sykdom, behandling eller pleie hos pasienten, men selve det å kommunisere med pasienten er av stor vekt for å kunne utøve yrket.

Evidensbasert kunnskap (kunnskap basert på forskning) har også tatt plass i sykepleiefaget. I dagens sykepleie er forskning betydende, hvilket gjort at det vokst frem et behov for å gjøre disse kunnskaper håndterbare. Evidensbasert kunnskap handler om kunnskaper som er forankret i forskning og det handler om valid kunnskap, det vil si kunnskap som er systematisert og kvalitetssikret og gjort tilgjengelig for å brukes i klinisk praksis. Eksempelvis er prosedyrebeskrivelser basert på forskning. Evidensbasert kunnskap har vokst frem for å forbedre utdanning og praksis, og handler om å gjøre sykepleie tryggere og bedre for pasienten, og derved bidra til å gi høyere kvalitet på sykepleien til pasientene (Utdanningsforbundet, 2008).

En kan stille spørsmål om hvilke kunnskaper som trengs i sykepleien, men kanskje det egentlig ikke handler om hvilke kunnskaper som trengs, men om hvordan de blir brukt. Martinsen (1990) skriver at sykepleien trenger kunnskaper som vektlegger og prioriterer omsorgsverdier. Dette handler om at omsorg i grunn dreier seg om møter mellom mennesker.

Disse profesjonelle møter bærer preg av en svak paternalisme da sykepleieren antas å ha kunnskaper pasienten ikke har. Dog er det alltid sykepleierens ansvar å være bevist dette og forholde seg på en slik måte at hun handler for pasientens beste utfra situasjonen (Martinsen, 1990). Dette fordrer at sykepleieren har teoretiske kunnskaper men også at hun kan sette kunnskapene i relasjon med den unike situasjon og bruke dem for pasientens beste.

Martinsen (1990) argumenterer for at teoretisk kunnskap er nødvendig og viktig i sykepleien. Sykepleie handler i grunn om møter mellom sykepleier og pasient, og hun beskriver at i disse møter står tillit til andre mennesker sentralt. Tillit er en livsytring hvilket innebærer egenskaper som mennesker er født med og som eksisterer ubevist med mindre de brytes. Pasienter vil derfor, med mindre de har opplevd noe annet, ha tillit til at sykepleieren ivaretar deres interesser. Kunnskap i sykepleien synes derfor for Martinsen, å handle om hvordan sykepleieren integrerer kunnskaper i relasjonen med pasienten. Martinsen (1990)

Chinn og Kramer (2005) refererer til Carpers fire kunnskapsmønstre som ble identifisert i 1978 hos sykepleiere; sykepleievitenskap, etikk, personlig kunnskap og estetikk. Disse fire kunnskapsmønstre har siden vært utgangspunkt for utvikling av kunnskap innenfor sykepleieprofesjonen.

Sykepleievitenskap er den teoretiske tilnærming til kunnskap og handler om fakta som sykdomslære, mikrobiologi, sykepleieteori og så videre.

Etikk handler om å sette kunnskap i spill med den enkelte pasients unike situasjon på en slik måte at pasienten respekteres. Det handler om å vise hensyn til pasientens ønsker og valg for sitt eget liv. Etisk kunnskap henger sammen med moralsk kunnskap og handler om hva som er riktig og hva som er forsvarlig (Chinn & Kramer, 2005). Alvsvåg og Førland (2007) beskriver etisk kunnskap som å kjenne det riktige. Det vil si at kunne vurdere hva som er riktig i den enkelte unike situasjon.

Personlig kunnskap omhandler om den bagasje som sykepleieren har med og om å kjenne sitt eget selv og andres selv. Uten å kjenne seg selv er terapeutisk bruk av seg selv i sykepleien ikke mulig (Chinn & Kramer, 2005).

Alvsvåg og Førland (2007) henviser til den greske filosof, Aristoteles, og beskriver at klokskap i sykepleien utvikles med erfaring og spiller med i å kunne handle riktig i forskjellige situasjoner.

Estetisk kunnskap handler om hvordan sykepleieren interagerer med pasienten, og at sykepleieren kan fange opp det spesielle i situasjoner og handle deretter. Estetisk kunnskap i

sykepleie handler for eksempel om hvordan sykepleieren handler, hennes opptreden, adferd, holdninger og interaksjoner til pasienten. Det innebærer at sykepleieren kan tilføre situasjonen nye muligheter gjennom sin handling (Chinn & Kramer, 2005).

Estetisk kunnskap inneholder dimensjon av taus kunnskap (kunnskap som ikke kan verbaliseres). Alvsvåg og Førland (2007) beskriver at det handler om å vite hvordan (knowing how) kunnskap.

I følge Chinn og Kramer (2005) har Carpers fire kunnskapsmønstre siden Nightingale vært en sentral del av sykepleien. Vektleggingen på de forskjellige kunnskapstyper har variert gjennom tiden, men de har alltid vært en større eller mindre del av sykepleiens kunnskaper.

I sykepleiefaget spiller teori og praksis sammen og påvirker hverandre. Teoretisk kunnskap vises gjennom sykepleierens handling samtidig som praksis vil kunne påvirke hvordan teori brukes. Forholdet mellom teori og praksis er et problematisk forhold fordi den teoretiske kunnskap må kunne brukes i praksis, og fordi noe av praksis ikke kan begrunnes godt teoretisk. Ut fra det problematiske forholdet mellom teori og praksis argumenterer Grimen (2008) at integrasjon av teori og praksis er viktig, men det er også viktig å ha en distanse til teorier. Nettopp fordi teori ikke fullt ut kan omsettes til praksis, og omvendt at en del praksis ikke kan begrunnes teoretisk.

Schøn (2013) hevder at profesjonell kunnskap tradisjonelt har vært basert på en forestilling om at problemer løses med teori og teknikk, som helst bygger på vitenskapelig kunnskap.

Dog er den virkelige verdens problemer ikke alltid strømlinjeformet. Problemer er ofte uoversiktlige og ubestemmelige, og passer ikke helt inn i en tradisjonell løsningsmodell.

Schøn (2013) beskriver *refleksjon i handling*. Det handler om å tenke ut fra eksempler. Et problem knytter seg til et tidligere problem som er løst. Det løste problem gir nye problemer og foregår i en prosess. I denne løsningsprosess har intuisjon og kreativitet sin plass, sammen med den kunnskap de involverte ressurser besitter. Det handler om å se sammenhenger og tenke problemløsende. Problemer ses på i den kontekst de befinner seg i, og mulige løsninger henger sammen med konteksten de er i.

Det er den praktiserende som oppstiller et problem og derved velger og definerer problemet ut fra de ting som han hefter seg ved. Ut fra bakgrunn, kunnskaper, rolle, interesser, osv. oppstilles problemsituasjonen (Schøn 2013).

Schøn (2013) beskriver at problematiske situasjoner ofte er problematiske på flere forskjellige måter. Det kan være situasjoner som er motstridende (Schøn 2013). Pasienter ønsker at

hjelpes med sitt helseproblem, men ikke på den måte som tilbydes dem. Et eksempel kan være smertepasienter som ikke ønsker å følge anbefalinger for smertebehandling, men likevel har et ønske om å bli hjulpet til å bli smertelindret.

Schøn (2013) presenterer også begrepet *ubestemte praksisser* som er problemer som ikke kan løses kun ved bruk av teorier og teknikker fra profesjonskunnskap. De ubestemte praksisser har tre elementer i seg. Usikkerhet, det unike i en situasjon og en verdikonflikt. Disse tre elementer gjør det vanskelig å velge hvordan problemet bør løses.

I utøvelse av profesjonell praksis er kunnskap viktig men den kan også være en begrensning. Det handler om at teori skal kombineres med praksis. Læring på denne måte handler om at den som skal lære noe kan ikke læres, men må selv lære det (Schøn 2013).

Som eksempel kan en ikke bli lært hvordan det føles å perforere en åre når det anlegges et venekateter. Dette er noe en selv må lære gjennom handling.

Læring gjennom praksis er derfor betydningsfull.

2.4 Læring i praksisfellesskapet

Opplæringsprogrammer i kommunehelsetjenesten beskrives av Førland (2005) å være forskjellig fra kommune til kommune. Han beskriver at i spesialisthelsetjenesten har ni av ti opplæringsprogram for nyansatte. I hjemmesykepleien forholdt det seg annerledes. Her ble det rapportert at fem til seks ut av ti hjemmesykepleier hadde tilsvarende opplæringsprogram for sine nyansatte. Dog beskriver Førland også at opplæringsprogram er noe som kommunehelsetjenesten er blitt beviste på og arbeider med. Samtidig viste det seg at det er stor variasjon mellom hvor stor andel sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie som faktisk hadde deltatt i et opplæringsprogram som varte i over en uke. Det varierte mellom fire til femten prosent (Førland, 2005). Dette gir et bilde av at det forekommer variasjoner rundt i hjemmesykepleie i Norge på om det gjennomføres opplæring av ansatte utover en ukes varighet.

Alvsvåg og Førland (2007) skriver at læring er viktig for personlig og faglig utvikling, som i sin tur genererer større mestingsfølelse i utførelse av arbeidet, og de beskriver tre områder som er viktige for sykepleiere. Disse er:

1. Oversikt, kontroll og trygghet.
2. Kommunikasjon, samhandling og arbeidsmiljø.
3. Muligheter for å lære.

Alvsvåg og Førland (2007) beskriver at i hjemmesykepleie arbeider sykepleiere ofte alene og dette medfører at det å føle trygghet i det de gjør er viktig. Dette medfører at innholdet i undervisning er viktig og må tilpasses aktuell pleie eller behandling. De hevder videre at det er enighet i at nyansatte sykepleiere trenger å lære men at erfarne sykepleiere også har behov for å få anerkjent at de trenger å lære. Det sykepleiere etterspør er ikke opplæring til å kunne omstille seg etter organisasjonens målsettinger som for eksempel oppfylle krav om effektivitet. Sykepleierne ønsker opplegg for å kunne fungere som profesjonelle yrkesutøvere. Sykepleiere ønsker å lære om pasientgrupper, rutiner og prosedyrer som må kunne. Samtaler hvor erfaringer deles mellom sykepleiere ble formidlet som viktige. Det å kunne formidle kunnskap og å reflektere i sykepleiergruppen oppfattes som viktig. I komplekse situasjoner kan standarder og medisinsk kunnskap komme til kort og sykepleiere kan lære av komplekse situasjoner ved å reflektere sammen. Riktige handlinger læres i praksis og ofte sammen med andre sykepleiere. Kollegaer er noen å vurdere sammen med, det er her etisk læring kommer inn. Situasjoner kan ses på fra flere sider og vurderingen for god praksis blir til læring (Alvsvåg & Førland, 2007).

Sykepleiere har i det å være sykepleier en felles, både teoretisk og praktisk kontekst, og videre det å jobbe i samme felt, en felles sosial setting. Derved eksisterer felles forståelse for hvordan omstendigheter oppleves og tolkes. Det å dele kontekst gjennom refleksjon kan minimere misforståelser (Goffman, 1986).

Wenger (2004) hevder at læring tradisjonelt handler om læring hos den enkelte og ikke i fellesskap. Lave og Wenger (2004) ser på læring som er noe som foregår i fellesskap og at læring er en prosess hvor individet er i samspill med andre. Wenger (2004) hevder at måten å anskue læring på vil kunne påvirke hvordan læring foregår. For eksempel om det satses på forelesninger, undervisning, praksisøvelser, tutorordninger, veiledning eller refleksjonsgrupper som fora for læring.

Lave og Wenger (2004) beskriver at læring involverer hele personen i forhold til enkelt oppgaver og til relasjon til sosiale fellesskaper. Det å bli i stand til å utføre nye aktiviteter, oppgaver, funksjoner og tilegne seg nye former av forståelse er et sosialt anliggende og oppstår i sosiale relasjoner hvor de har mening.

Sosial tilnærming til læring har sine egne antagelser og premisser (Wenger, 2004). Disse premisser er at mennesker er sosiale vesener, hvilket ses på som et sentralt aspekt i forhold til å lære. Videre handler kunnskap om kompetanse, det å kunne få innsikt i noe fordrer deltagelse, og at oppfattelse av at fellesskapet er meningsfullt er målet med læring (Wenger, 2004).

Sosiokulturell læring handler om forståelsens og kommunikasjonens situerte karakter, forstått på den måte at det er sammenheng mellom læring og den sosiale situasjon dette foregår i. Disse sosiale situasjoner kan være strukturerte. Det å lære noe settes i sammenheng til å delta aktivt. Læring finner sted med deltagelse og foregår mellom de som deltar og foregår i mange former av aktiviteter som en del den daglige virksomhet. For eksempel sykepleiere som sammen utfører en prosedyre hvor den ene sykepleier er mer erfaren eller har mer kunnskap. I deltagelsen ligger mulighet for å dele kunnskaper. Utfordring ved situert læring er ifølge Lave og Wenger (2004) at læring på slik måte kan bli forskjellig og uforutsigbar.

Sosiokulturell læring er mer enn ”*learning by doing*”. Det handler om en kontekst med mulighet for læring, og ikke bare om konteksten, men om den som skal lære er mottagelig for læring. Det å lære i konteksten henger sammen med utførelse av praktiske oppgaver (Lave & Wenger, 2004).

Læring i praksis handler ikke om at lærling og mester har samme teoretiske bakgrunn men om mesters evne til å styre deltagelsen på en slik måte at eleven kan utvikle seg.

Det ligger en forståelse av at språklig formidling av kunnskap ikke er den eneste måte å lære på. Mesterlære er en måte å videreformidle kunnskaper på, som har en tusenårig tradisjon bak seg innenfor håndverkertradisjonen. Essensen i mesterlære er nettopp læring i fellesskap.

Nielsen og Kvale (2003) beskriver forskjellige typer av mesterlære. Fra den mer formelle med en kontrakt og avtalt start og sluttdato, til mer uformelle sammenhenger hvor formidling av kunnskaper skjer i det daglige arbeid mellom kollegaer (Nielsen & Kvale, 2003).

I sykepleieteori er mesterlære et kjent begrep. I forordet til sykepleieteoretiker Benners lærebok ”*Fra novise til ekspert*” i 1984 beskrives at fokus på praktisk erfaring har blitt

neglisjert i sykepleien (Bjørnshave, 1995), og at det er av betydning å anerkjenne at sykepleiere har forskjellige typer av kunnskaper og erfaring som kan virke inn på deres læring. Benner bygger sin teoretiske forståelse av ferdigheter (mesterlære) på Dreyfus brødrenes modell av hvordan ferdigheter tilegnes. Modellen består av fem nivåer som handler om sykepleierens tilnærming til situasjoner i sykepleien. Nivåene er satt etter intervjuer og deltagerobservasjoner av nyutdannede og ekspertsykepleiere.

Nivå en er novisen som ikke har erfaring med forskjellige situasjoner. Hun trenger regler å handle ut fra. En novise kan være en nyutdannet men også en sykepleier i et nytt klinisk område.

Nivå to er avansert nybegynner hvor sykepleieren begynner å lære og anvende erfaringer. Hun har bruk for hjelp til å prioritere fordi hun arbeider ut fra prinsipper.

På det tredje nivået, kompetent, befinner seg sykepleieren som jobbet i det samme felt i to til tre år. Hun arbeider langsiktig og behersker sin kliniske hverdag ved å være seg bevist og planlegge. På nivå fire, kyndig, ser sykepleieren situasjonen som helhet basert på erfaringer og opplevelser. Hun vet vad som typisk kan forventes i en situasjon og hun mestrer endringer i situasjoner. Hun ser de små nyanser i situasjoner. Som eksempel beskrives at den kyndige sykepleieren ofte kan se tegn på endringer i pasientens tilstand før de vises objektivt.

Det femte og siste nivå er eksperten. Ekspertsykepleieren trenger ikke retningslinjer for å kunne handle i situasjoner. Hun har intuitiv forståelse for problemstillingen i en situasjon. Hun kjenner sitt felt så godt at hun ikke alltid kan begrunne sin intuitive forståelse. Dog gjør ekspertsykepleieren bruk av regler og prinsipper enten når hun møter situasjoner hun ikke har erfaring med eller når situasjoner ikke utvikler seg som forventet.

I mesterlære er det å delta i arbeidsfellesskapet en forutsetning for å kunne tilegne seg kunnskaper (Benner, 1984).

Sykepleie er både et teoretisk og et praktisk fag. Kunnskaper lært fra teorien bør vise seg i de handlinger sykepleieren utfører. Sykepleie er kompleks og kunnskaper bør komme til uttrykk i handlinger. Derfor krever sykepleie praktisk øvelse. Dette betyr at sykepleier tilegner seg evne til å vurdere hva som er riktig i en gitt situasjon utfra teorier, praktisk kunnskap og hva som er riktig for den enkelte pasient.

Dette betyr at ikke all kunnskap kan teoretiseres og formidles via skolebenken, men den må læres i et praksisfellesskap (Nielsen & Kvale, 2003). Derfor er mesterlære fortsatt i dag en aktuell læringsform.

Lave og Wenger (2004) utvider mesterlærebegrepet til å inkludere praksisfellesskapet med å beskriver mesterlære som varierende roller som mester har, men samtidig også en relasjon mellom mester og den lærende. Mester skal støtte den lærende til å få tilgang til praksisfellesskapet. Dette innebærer at relasjoner til andre lærende og mestre er viktig for at gi den lærende muligheter for læring. Råd, veiledning og vente på at den lærende er klar for å lære mer er mesters oppgave. Det er i sirkulasjon av kunnskap i praksisfellesskapet at læring blir effektiv (Lave & Wenger, 2004).

Kritikk til mesterlære er at kunnskaper reproduseres uten kritikk eller refleksjon, hvilket Lave og Wenger (2004) beskriver med at mesterlæring ikke alltid er effektiv. Det handler om at mester kan hindre læring ved å se på den som skal lære som en som skal læres opp. Forstått på den måte at det å delta i praksisfeltet i forskjellig grad ettersom kunnskaper og ferdigheter opparbeides, ikke fullt ut blir mulig for den lærende og at mester ser på seg selv som pedagogisk autoritet og den lærende som en uten kunnskap.

I mesterlære via sosiokulturell læring hos sykepleiere handler læring om at deltagerne i fellesskapet alle har høgskoleutdannelse, men forskjellig kunnskap fra praksisfeltet. Det foreligger et felles kunnskapsgrunnlag. Sykepleierne tilegner seg ny forskjellig kunnskap som skal videreformidles i hele sykepleiergruppen.

Lave og Wenger (2004) har utviklet begrepet, *partiell deltagelse*, som betyr at den som skal lære i et arbeidsfellesskap må delta i deler av arbeidet, som økes i kompleksitet og omfang etter hvert som den lærende mester oppgaver og får større faglig innsikt.

Lave og Wenger (2004) presenterer også begrepet, *legitim perifer deltagelse*, som innbefatter en måte å delta i situerte situasjoner og lære. Legitim perifer deltagelse er et analytisk perspektiv på læring, det vil si en måte å forstå læring på.

Perifer legitim deltagelse defineres som en interaksjonsprosess hvor den som lærer kan spille flere roller som underordnet, lærende, eneansvarlig for noen aspekter av det som utføres. Den lærende deltar i praksisfellesskapet og beveger seg i det sosiokulturelle i fellesskapet med det mål å bli fullt ut deltagende. Dette krever at den lærende får tilgang til å være tilstede bredt i praksisfeltet og ikke blir begrenset i tilstedeværelsen. Sosiokulturell læring forstått på denne måte av Lave og Wenger ble utviklet i 1988 utfra ideer om læring på arbeidsplassen.

Det handler om at den nye deltager og ”veteranene” på arbeidsplassen har relasjoner, aktiviteter, viten og praksis som fellesskap. Det beskrives som den prosess hvor den nye blir

del av praksisfellesskapet gjennom læring. Mening med denne læringen foregår i en prosess med mål om at bli del av det sosiokulturelle fellesskap hvor aksept og samspill mellom praktikerne gjør at læring blir legitimt. Det handler om at både personer og praksissteder er i utvikling og dette gir langvarig læring.

Det er ikke tilstrekkelig å inneha kunnskaper, de skal også brukes i praksis. Lave og Wenger (2004) beskriver at generell kunnskap om noe ikke er gitt å hentes frem i situasjoner hvor denne kunnskap kan være relevant. For å utøve sykepleie må sykepleieren kunne vedlikeholde, oppdatere og bruke kunnskaper gjennom sin praksis.

Læring skjer ikke bare i konkrete praksis situasjoner, det skjer hele tiden og er en del av at virke i et praksisfellesskap. Legitim perifer deltagelse beskriver betydningen av å delta i en sosial praksis med læring som integrert del av praksis (Lave & Wenger, 2004).

Lave og Wenger (2004) beskriver at legitim begrepet ikke innebærer motsetningen at læring ikke foregår. Det ligger i selve begrepet at de som lærer hører til og at læring er en faktor.

De som lærer deltar på forskjellige måter i den sosiale settingen. Noen ganger er deltagelsen ved å være passivt nærværende og andre ganger at de lærende er aktive deltagere. Deltagelsen vil være skiftende etter den lærenes utvikling. Med opparbeidelse av kunnskaper vil de som lærer gradvis delta mer i praksis og påta seg oppgaver.

Siden legitim perifer deltagelse foregår i en sosial struktur ligger det også elementer av maktrelasjon, forstått på den måte at den lærende kan forhindres i å delta fullstendig ved hvordan læring legge til rette eller at utveksling av kunnskaper hindres (Lave & Wenger, 2004).

Sosiokulturell læring er ikke bundet opp til spesielle pedagogikker eller undervisningsformer men handler om hva som fremmer læring i praksisfellesskapet (Nielsen & Kvale, 2003).

Praksisfellesskap er en felles kultur av en viss størrelse, en identifiserbar gruppe, med medlemmer med forskjellige interesse og de bidrar på forskjellige måte inn i fellesskapet. Deltagerne har med sitt arbeidsfellesskap opparbeidet en felles forståelse og ståsted. Det handler om en gruppe mennesker med relasjon til hverandre, arbeidsplassen og verden over tid (Lave & Wenger, 2004).

Praksisfellesskap er komplekse og er en organisme i bevegelse. De har en historie og er en pågående organisme med flere relasjoner mellom praktikere på kryss og tvers.

Praksisfellesskapet har en felles historie av å praktisere legitim perifer deltagelse. Det betyr at

praksisfellesskapet består av nye så vel som ”veteraner” og graderinger der imellom (Lave & Wenger, 2004). Utskiftning av ”veteraner” betraktes av Lave og Wenger (2004) som nødvendig i sosiokulturell læring for at organismen skal kontinuere sin lærende funksjon. I praksisfellesskap med sosiale reproduksjoner vil det oppstå konflikt mellom de som støtter læringsprosessene og de som motarbeider dem. Det er i fornyelsen av de sosiale konstruksjoner at det ligger mulighet for nye løsninger hvilket er produktivt for arbeidsfellesskapet i forhold til å være en lærende organisme (Lave & Wenger, 2004). Et praksisfellesskap er altså ikke et isolert fellesskap, men et fellesskap knyttet til andre miljøer og er en del av en større helhet (Nielsen & Kvale, 2003). Sykepleiergruppen i hjemmesykepleie samarbeider med leger, fysioterapeuter og andre, og utøver sitt virke etter lovverk og politiske føringer.

Et praksisfellesskap er et fellesskap som er i kontinuerlig endring og utvikling og læring skjer i situasjoner hvor en benytter kunnskapene som skal læres hvilket forutsetter aktiv deltagelse (Nielsen & Kvale, 2003).

Videre handler det i praksisfellesskapet om å ha en felles forståelse for at kunnskap tilføres og deles og at praksis utvikles. Sykepleierne har ansvar for å inkludere nye og at den sosiale konstruksjon er under kontinuerlig utvikling. Den enkelte sykepleiers deltagelse i praksisfellesskapet bidrar til å forme og skape praksisen til det den er (Wenger, 2004).

Wenger (2004) beskriver praksisfellesskaper som en levende organisme. Deltagere kommer og går. Dette gir mulighet for utvikling og endring for deltagerne. Roller endres og det samme gjør identiteter. En som var fersk blir til en som er erfaren med forventning om å bidra i fellesskapet på en annen måte. Dette kan oppleves på forskjellig måte av den enkelte. Det kan gi mestring og innsikt i hvor mye som er lært men på andre siden stilles endrede krav som kan være mer enn det som kan innfris (Wenger, 2004).

2.5 Refleksjon

I refleksjon ligger det mål om å danne mening og å utvikle identitet hos de som reflekterer og har ifølge Alvsvåg og Førland (2007) to elementer ved seg. Det ene er å tenke gjennom erfaring eller situasjoner for å skape mening eller bedre forståelse av en handling. Det andre element handler om å reflektere over seg selv.

Schøn (2013) fastslår at et reflekterende praktikum har sine egne tradisjoner hvor dets særegne språk og samtale om eksempler er viktig. Verdier og normer i refleksjonen kan bidra til at det reflekteres over forståelser og følelser som ellers ikke ville komme til uttrykk. For Schøn (2013) er det viktig at refleksjon knyttes til handlinger i praksis og at det reflekteres over handlingene. Dette for at refleksjonen skal kunne integreres med handlingene i praksis. Schøn (2013) beskriver to begreper, refleksjon i handling (*reflection in action*) og refleksjon om handling (*reflection on action*).

Refleksjon i handling er ofte individuell og spontan i møte med en situasjon. Dog kan refleksjon i handling også foregå ved at sykepleieren henvender seg til en kollega for å rådføre seg.

Refleksjon om handling, handler om en plan for handling eller å se på handlinger som allerede er utført.

Det som er viktig med refleksjon er ifølge Lauvås og Handal (2010) at det er en bevisst aktivitet som kan hjelpe med å skape mening i det som skjer og at denne mening kan utvikle seg.

Lauvås og Handal (2010) beskriver at det i refleksjon ligger element av veiledning.

Veiledning kan omhandle forskjellige områder som personlig veiledning så vel som faglig veiledning. Ofte er det ikke noen klare skiller mellom de to. Veiledning kan foregå en til en eller i gruppe, alt etter behovet.

Veiledning forekommer mellom kollegaer som for eksempel når sykepleierne rådfør seg med hverandre. Denne form for samarbeide foregår hele tiden og er spontan i sin form (Lauvås og Handal, 2010).

Det å reflektere over egne handlinger er ifølge Lauvås og Handal (2010) viktig for å kunne oppnå ny innsikt og derved utvikle egen praksis. Det handler om å utvikle den personlige kunnskap og handlinger, samtidig som å utvikle den profesjonelle kunnskap og praksis. Denne utvikling skjer ved å gjenoppleve situasjoner, tenke over dem og vurdere dem.

Lauvås og Handal (2010) beskriver tre faser i refleksjon. Først skal situasjonen, det som skjedde, hentes frem og undersøkes. Det handler om å se på hva som skjedde, hvem gjorde hva, hvordan forholdt de involverte personer seg til hverandre, og så videre. Ofte er det snakk om tidligere erfaringer med lignende situasjoner.

Den annen fase handler om å gjenoppleve følelsen i situasjonen. Positive følelser kan brukes til å motivere i refleksjonsprosessen. Negative følelser er viktige å få satt ord på for at de ikke skal hemme refleksjonsprosessen.

Den tredje fasen handler om å revurdere erfaringer. Det er derfor viktig at ha gjennomgått de to tidligere faser hvor det som skjedde er håndtert både kognitivt og emosjonelt. I den tredje fase handler det om å se på situasjonen med begreper, modeller, teori, andre erfaringer og følelser som i sin tur kan gi et nytt syn på situasjonen. Deretter vurderes de nye erfaringer som er gjort. Det handler om å se på om man lærte noe og i så fall, hva man lærte (Lauvås og Handal, 2010).

En veileder er viktig når det reflekteres, fordi prosessen er krevende. Veileder kan trekke ut mening av erfaringen og sette det i en sammenheng for å skape forståelse. Det handler om å stille spørsmål ved egne og andres vurderinger og handlinger (Schøn 2013).

Det essensielle med å reflektere er endring i praksis som innebærer at sykepleier via prosessen å samtale gjør kunnskap til sin egen (Schøn 2013).

Alvsvåg & Førland (2007) beskriver at det handler om se på om noe kunne vært gjort annerledes og at støtte sykepleierne til å trekke ut kunnskap som kan brukes i nye situasjoner. Det å tale "innenfor praksis" hvor informasjon, historier og felles tradisjoner formidles i praksisfellesskapet via refleksjon er medvirkende til at læring foregår i praksis. Det å verbalisere egne erfaringer og å høre på andres erfaringer bidrar til at sykepleiere lærer av hverandre (Lave & Wenger, 2004); (Nielsen & Kvale, 2003).

Språket er viktig for å kunne reflektere over handlinger i praksis (Nielsen & Kvale, 2003).

Det synes at det i mesterlære er en vekselvirkning mellom å verbalisere kunnskap samtidig som det i noen settinger ikke er relevant.

Ved å reflektere i fellesskap kan sykepleierne dele erfaringer og sette dem i en sammenheng hvilket forutsetter deltagelse av sykepleierne i fellesskapet. Fortellinger som deles kan derfor siges å handle om å skape og dele kunnskap. Det er av vikt at fortellingene deles i praksisfellesskapet slik de kan bidra til læring (Alvsvåg & Førland, 2007).

3.0 Tidligere forskning

I søk etter tidligere forskning er det gjort søk i COCHRANE, OVID, PSYK INFO, MEDLINE og CINAHL med følgende søkeord: Home Nursing, Home Care Services, Home health Care, Knowledge, Clinical Competence, and Competence Development.

Søket er begrenset til å omhandle studier fra 2003 (omtrent ti år gamle) grunnet at hjemmesykepleie, som tidligere beskrevet, er en tjeneste under forandring og at det i nyere tid stilles endrede krav til kunnskaper og kunnskapsoppdatering. I studiens interesse lå at se på kunnskapsoppdatering i forhold til endrede kunnskapskrav til sykepleiere.

Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009) ble iverksatt januar 2012 og forut denne reform har det vært en kunnskapsmessig opptrapping i kommunene (Helsedirektoratet, 2010) for å møte krav til kunnskaper hos sykepleiere som følger med denne reform. Søket var avgrenset til engelsk og de nordiske språk. Mulige relevante studier er lest gjennom og de publiseringer som ble vurdert som relevante presenteres under. Flere ble forkastet da de ikke var relevante i forhold til studien.

Det er også hentet referanser fra artikler og studier som er fulgt opp og lest gjennom og det er sett etter referanser i disse i sin tur igjen.

I doktoravhandlingen *"Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse.*

En studie av sykepleieres læringserfaringer", er elleve sykepleiere fra sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie både dybdeintervjuet og intervjuet i fokusgrupper om hvordan de erfarte at de lærte på sine arbeidsplasser. I studien kom det frem at det var forskjeller men også likheter etter hvor sykepleierne arbeidet. Nærhet eller distanse til andre faggrupper som for eksempel leger utgjorde en forskjell. Sykepleiere i primær sektor hadde både en fysisk og mental avstand til leger. Likheter var at sykepleiere opplevde at arbeidsplassen var en arena for læring hvor de hadde mulighet for å delta aktivt. Sykepleierne søkte seg til kollegaer for veiledning, for å bekrefte, lære og utvikle kunnskap. Felles var også at sykepleierne ønsket mer organisert læring og mulighet for å reflektere og diskutere over sin praksis (Skår, 2010b). Andre studier viser til lignende funn, at sykepleiere mener kunnskap er viktig og at de er opptatt av å tilegne seg kunnskap. Kyte & Kleven (2011) som gjennomført en studie som så på sykepleieres forhold til naturvitenskapelige emner fant at sykepleierne gav uttrykk for at naturvitenskapelig kunnskap var viktig for utøvelse av sykepleie. Bringsvor, Bendtsen & Berland (2013) fant i en studie som så på kilder til kunnskap hos sykepleiere, at sykepleierne

mente at kunnskap var en nødvendighet for å kunne praktisere sykepleie. Evidensbasert kunnskap og erfaringskunnskap ble betraktet som like viktig.

En annen studie undersøkte hvorfor sykepleiere gjør bruk av kunnskap fra forskjellige tekster. Her fant man at sykepleiere leste forskjellige tekstkilder i sin arbeidsdag. Det gjorde de for å tilegne seg kunnskap de manglet, for å bekrefte sin kunnskap og for å styrke sin profesjonelle kunnen (Christiansen 2010).

En studie som så på hvordan sykepleiere søkte kunnskap. Funn viste at sykepleiere søkte kunnskap fra de kilder de hadde tilgang på (Christiansen 2012).

I en annen studie med fokus på sammenhenger mellom kunnskap og kompetanse. Funn viste til at sykepleierne var opptatt av å inneha forskjellige typer av kunnskap. Det som var særlig viktig for disse sykepleiere var at teori skulle kunne brukes i praksis (Laursen, Plos & Ivarsson, 2009)

En norsk studier viser at sykepleiere ikke er opptatt av å holde seg oppdatert. Sykepleiere forholdt seg positive men i praksis viste seg at dette ikke skjer. Sykepleiere opplevde at det var et gap mellom teori og praksis. Sykepleiere leste fagblader som "Sykepleien" (fagbladet fra sykepleierforbundet) men leste ikke akademiske blader der hvor sykepleieforskere publiserer. Kurs og undervisning var primærkilder til oppdatering av kunnskap (Lindberg, 2003).

I en Britisk kvalitativ studie hvor data var innhentet ved observasjon og ved to intervjuer med to års mellomrom av elleve sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie, viste dataene at konteksten hvor kunnskap skulle brukes var viktig å inkludere i forhold til det å lære. Læringsmuligheter i den daglige praksis var viktig for at kunnskaper blev inkorporert og brukt av sykepleierne i den daglige utøvelse av sykepleie. Sykepleiere med praksis i hjemmesykepleie beskriver at de har behov for å selv ta ansvar for sin læring og å reflektere kritisk over sin praksis (Kennedy, 2004).

Sykepleierne i hjemmesykepleie syntes å ha felles tilnærming til bruk av kunnskaper. For at teoretisk kunnskap skulle oppfattes som nyttig var det av betydning for sykepleierne at kunnskapen kunne knyttes opp til å være til nytte for pasienten i praksis. Det å kjenne pasienten og de pårørende handlet for sykepleierne både om å ha livskunnskaper og samfunnsforståelse. Det handlet om å ha tilstrekkelig kunnskap til å kunne prioritere i hvilken rekkefølge pasientens problemer bør prioriteres. Sykdomslære var viktig for å vite hvordan pasientens situasjon vil utvikle seg fremover. Samtidig må sykepleierne ha kunnskap om organisering av kommunen de arbeider i og andre tjenester som pasienten kan ha behov for.

Det handler om å skape en god relasjon til pasientene, hvilket for sykepleieren handler om hvordan hun fremstår, om hun er troverdig (Kennedy, 2004).

En Canadisk studie, hvor syv sykepleiere i hjemmesykepleie ble intervjuet, viser til at bruk av kunnskaper handlet om hva som er mulig i en given kontekst, hva det var er som var mulig for sykepleieren å se. Sykepleierne beskrev at de rammebetingelser som de arbeidet under virker inn på hvilken måte pasienten og situasjonen sås på i forhold til å yte hjelp (Ceci, 2006).

I en svensk studie blev sykepleiere spurt via spørreskjema om hvordan de oppfattet sin kunnskap på atten forskjellige områder som medisinkunnskap, sykdomslære, etisk kunnskap, hygiene og flere andre områder. Det viste seg at sykepleiere i hjemmesykepleie skilte seg ut i forhold til sykepleiere med praksis andre steder i helsevesenet, med at over halvparten rapporterte å ha utilstrekkelig kunnskap i ti områder i en kommune, og i åtte områder i en annen kommune av de totalt atten områdene. De områder sykepleierne med klinisk praksis i hjemmesykepleie rapporterte å inneha mangelfull kunnskaper handlet om datakunnskaper og ledelse men også kunnskaper om demens, lovverk, medisinkunnskap, psykiske lidelser, palliativ sykepleie og kunnskap om vold og trusler. Det trekkes frem at det ikke var signifikant forskjell mellom sykepleiere med kortere eller lengre erfaring i hjemmesykepleie (Hasson & Arnetz, 2007).

På andre siden kan en tenke seg at den rapporterte kunnskapsmangelen kan knytte til ressursfordeling. I en norsk studie basert på spørreskjema, med totalt 500 deltagere, med svarprosent på 93 fra kommunehelsetjenesten, viste det seg at det forkom variasjon mellom sykepleieres deltagelse på planlagte tiltak, så som undervisning og kurs, for å vedlikeholde eller heve kunnskaper. Vikarer deltok minst mens ledere og sykepleiere med særskilt ansvar deltok hyppigere. Arbeidsplasser med flere enn tjue ansatte tenderte å være mer aktive i å bruke tid på læringsaktiviteter. I forhold til å delta på veiledning var sykepleiere med videreutdanning mer aktive. Disse sykepleierne var også mer aktive i forhold til å bruke tid på å oppsøke kunnskaper via internett. Studien viste at det ofte ikke var utarbeidet planer for kunnskapsheving av sykepleierne (Kirchhoff, 2009).

I en norsk eksplorativ studie hvor fem fagutviklingssykepleiere ble intervjuet, tyder resultatene på at sykepleiere med særskilt ansvar, som fagsykepleiere, har betydning for at oppdatering av kunnskaper skjer. Fagsykepleiere ser ut til å møte sykepleiernes behov for læring ved å være et ledd mellom kunnskap og sykepleier. De tilrettela for å stimulere til at kunnskaper ble en del av det daglige arbeidet (Christiansen et al., 2009).

De beskrevne studier ovenfor gir et bilde av at for sykepleierne er kunnskap en del av deres hverdag og at de oppfatter det som viktig at tilegne seg kunnskap.

Dog er hjemmesykepleien i Norge i endring i forhold til pasientgrunnlag med mer komplekst syke pasienter og medfølgende større krav og fokus på å vedlikeholde og oppdatere kunnskaper (Finnbakk et al., 2012).

4.0 Metodologi

I dette avsnitt vil jeg redegjøre for valg av metode, det vil si hvilke overveielser som er gjort i forbindelse med metodevalg. Dette skal ifølge Thornquist (2003) gjøre det mulig for leseren å følge de til- og fra valg som er gjort i studiens gang og gi en forståelse for den kontekst studien er utført i, samt hvordan forsker har innvirket på utforming av studien.

4.1 Metode

Studiens hensikt og problemstilling betinget et kvalitativ design fordi mål ved studien var å utforske hvordan sykepleiere i hjemmesykepleie erfarte hjemmesykepleie som læringsarena. Det faktum at det var sykepleiernes erfaringer som skulle undersøkes gjør at et kvalitativt forskningsdesign egner seg.

Malterud (2011) beskriver at kvalitative metoder bygger på menneskelig erfaring og tolkninger og egner seg når studien er av en undersøkende karakter. En fenomenologisk tilgang beskrives av Kvale og Brinkmann (2010) som å handle om og undersøke, beskrive og forstå hvordan mennesker opplever fenomener i sin egen livsverden fra deres eget perspektiv. Dette forutsetter at forsker kan sette sin forforståelse i parentes og beskrive livsverden slik den andre opplever sin verden (Kvale & Brinkmann, 2010). En hermeneutisk tilgang beskrives av Kvale og Brinkmann (2010) å handle om fortolkning av mening.

Hermeneutikken springer ut fra å formidle noe ut fra tekst men i motsetning til fenomenologien er det en antagelse i hermeneutikken om at forståelse er forbundet med forforståelse. I hermeneutikken beskrives to begreper; *forståelseshorisont* og *fordom*. Det som forstås ved disse to begreper er at forsker alltid vil ha med seg erfaringer og holdninger som har betydning for hvordan forsker møter fenomenet som studeres (Thornquist, 2003). Denne studie har aspekter av både fenomenologi og hermeneutikk ved at det tilstrebes å beskrive sykepleiernes livsverden i forhold til hjemmesykepleie som læringsarena, samtidig som forskers forforståelse antas å ha betydning for hvordan data fortolkes. Forforståelsen er tilstrebet å gjøres tydelig og bevist.

Studien baserer seg på å meningsfortolke tekst hvor prinsippet *Den hermeneutiske sirkel* er anvendt i analyseprosessen ved å se på deler av teksten for deretter å se delene i forhold til helheten for å få en forståelse av at delene påvirker forståelsen av helheten. Helheten påvirker

forståelsen av delene (Kvale & Brinkmann, 2010); (Thornquist, 2003). Hvordan dette er gjort rent praktisk er beskrevet i avsnittet ”Transkribering og analyse”.

I kvalitativ metode finnes flere måter å innhente data, for eksempel ved observasjon og intervju. Thornquist (2003) beskriver at forskningsmetode må tilpasses det som skal undersøkes. Denne studie har til hensikt at få et innblikk i sykepleieres erfaringer med hjemmesykepleie som læringsarena hvilket forutsetter at sykepleierne kommer i tale. Fokusgruppeintervju er en metode hvor data produseres gjennom gruppedynamikk omkring et tema. I et fokusgruppeintervju er det typisk stor interaksjon mellom informantene (Halkier, 2005).

Det ble valgt å gjøre bruk av fokusgruppeintervjuer for å tilstrebe at informantene skulle ha en ramme hvor de kunne tale fritt innenfor tema.

Kvale og Brinkmann (2010) er brukt som inspirasjon til planlegging og gjennomføring av studien. De beskriver at en intervjuundersøkelse gjennomgår syv stadier som omhandler tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering.

Forskeren planlegger undersøkelsen med utgangspunkt i formålet med studien og hvordan forskeren ser for seg at problemstillingen skal undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2010). Tema og formål ble styrt av problemstillingen for å bringe frem kunnskap om hvordan sykepleiere erfarer at hjemmesykepleie fungerer som arena for læring.

Fokusgruppeintervju som metode skaper muligheter for å kartlegge og drøfte utfordringer blant deltakerne. Gruppedynamikken kan bringe frem allsidig syn på temaet på den måte at interaksjon mellom informantene og diskusjon om tema vil kunne belyse flere erfaringer og synspunkter (Hummelvold, Andvik & Lyberg, 2010); (Halkier, 2005). Halkier (2005) beskriver at fokusgruppe er en kombinasjon av gruppeinteraksjon og emnefokus hvilket gjør at metoden egner seg godt for at informantene i interaksjon med hverandre kan bringe frem hva gruppen er enig om eller ikke enig om.

Fokusgruppeintervju innebærer at moderator gjennomfører et temabasert intervju med flere personer, hvilket kan variere fra tre til tolv personer (Halkier, 2005). Halkier (2005) beskriver at størrelse på gruppen bør velges til om det passer for temaet, deltagerne og den form for interaksjon som er ønsket i gruppen. Dog er et fokusgruppeintervju ikke et tradisjonelt

intervju med spørsmål og svar, men baseres på at data produseres via gruppeprosessen omkring et tema i en hverdagslig kontekst (Halkier, 2005).

I gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet har moderator en rolle i at skape en trivelig atmosfære, hvilket innebærer overveielser i forhold til rammer som rommet som brukes, om det skal være bevertning, og ikke minst hvordan informantene mottas (Halkier, 2005).

Fokusgruppeintervju har som metode element i seg av å være uformell og legger opp til at informantene kan komme med sine egne synspunkter på tema som diskuteres. I fokusgruppeintervju kan gruppedynamikken brukes til at få belyst tema mer bredt ved at informantene i diskusjon samtaler om tema. Informantene har mulighet for å dele erfaringer, som de i sin tur forholder seg til, hvilket gir den mulighet at komme dypere ned i tema. I forhold til gruppedynamikken har moderator en rolle i at holde balanse i gruppen. Moderator skal stimulere samtalen samtidig som moderator ikke bør blande seg for mye i samtalen, men også sørge for at alle kommer til orde, samt følge opp uttalelser som bør utdypes (Halkier, 2005).

Moderator setter tema og leder fokusgruppeintervjuet, derfor kan kvaliteten på data være avhengig av hvor oppmerksom moderator er på gruppedynamikken og på å følge opp uttalelser og å inkludere de mer stille informanter (Halkier, 2005).

I tre av de fire fokusgruppeintervjuene deltok en medstudent med innsikt i kvalitativ metode som observatør. Observatøren ivaretok praktiske oppgaver som at sørge for lydopptaker, forfriskninger, og at den avtalte tid ble overholdt. Observatøren noterte hvor informantene satt ved bordet, hvordan stemningen var, hvordan gruppeprosessen forløp og hvordan moderator fungerte. Etter hvert fokusgruppeintervju diskuterte observatøren og moderator gjennom intervjuerne med henblikk på gruppeprosessen, videreutvikle det semistrukturerte spørreskjema, for å forbedre moderator og for å se på erfaringer som kunne tas med til neste fokusgruppeintervju.

Notatene ble også brukt til å se tilbake på under bearbeidelse av tekstmaterialet for å gjenskape stemningen og bilde av de enkelte fokusgruppeintervjuer, men også for å se på gruppedynamikken. Var enkelte informanter mer dominerende og hvordan formådde moderator å dempe noen informanter og stimulere andre informanter hvilket ifølge Halkier (2005) er moderators oppgave.

4.2 Rekrutteringsprosess

I utvelgelsen av informanter var kriterier sykepleiere som var ansatt i minimum femti prosent stilling med minimum et års erfaring i hjemmesykepleie. Utfra Fafos rapport (Nicolaisen & Bråthen, 2012) om at i helse og omsorgssektoren i kommunal sektor jobber tre av fire deltid, blev 50% stillingsbrøk satt som minimum for å delta som informant. Dette for å ikke ekskludere informanter ut fra stillingsbrøk men ut fra hvor lang erfaring de hadde. Nedre grense for erfaring ble satt til et års erfaring i hjemmesykepleien, med antagelse om informantene ville ha stor spredning i antall år med erfaring fra hjemmesykepleie. Det var også en bekymringen at informanter kunne falle fra og antallet informanter har betydning for utførelse av fokusgruppeintervju. Denne overveielse medvirket til at nedre grense ble fastholdt på et års erfaring for å inkludere flest mulige informanter. Det viste seg også slik at når dagen for fokusgruppeintervju kom, så var den noen som falt fra, grunnet travelhet på arbeidsplassen eller sykdom. Totalt deltok 16 sykepleiere i studien.

Det kom frem en antagelse i et fokusgruppeintervju at erfaring kunne se ut at ha betydning for temaet som ble diskutert, hvilket førte til justering i form av at informantene ble spurt om antall års erfaring i hjemmesykepleie.

Antall år erfaring	1 - 4	5 - 10	11 - mer
Antall sykepleiere	4	7	5

Det ble gjort for at etterfølgende kunne matche erfaring med tendenser i forhold til utsagn. Sykepleierne som deltok hadde spredning fra et års erfaring til over tjue års erfaring i hjemmesykepleie. Det viste seg også at flere sykepleiere hadde erfaring som sykepleier fra andre arbeidsplasser i helsevesenet som de fortalte om.

Utvalg av informanter var delvis styrt men samtidig delvis tilfeldig. For at få både dybde og bredde i dataene ble det valgt ut hjemmesykepleie, som var plassert med geografisk spredning i Norge. De kommuner som deltok i studien var kommuner med tettsted så vel som spedt bebyggelse. Kommunene som deltok i studien ligger utenfor Oslo (over 30 000 innbyggere), utenfor Trondheim (ca. 4000 innbyggere) og i Tromsø (over 30 000 innbyggere), samt pilotstudien som er utført i en annen kommune utenfor Oslo (ca. 6000 innbyggere). En mindre kommune bestod av kun et distrikt hvor alle sykepleierne arbeidet sammen. I de andre kommuner, arbeidet sykepleierne i forskjellige distrikt.

Det ble tatt kontakt med aktuelle kommuner i sør, midt og nord Norge, ved å sende ut en mail til fagsykepleier eller leder med forespørsel om å gjennomføre fokusgruppeintervju.

Kontaktinformasjon ble innhentet fra kommunenes nettsider eller ved å kontakte omstillingen i de lokale kommunehus og be om kontaktinformasjon.

Prosjektbeskrivelse, eget infoskriv til fagsykepleier/leder (vedlegg 1) og til eventuelle informanter (vedlegg 2) blev vedlagt, samt at det ble det informert om at studien var registrert i NSD (personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste). Dagen etter utsendelse av mail ble forespørselen fulgt opp telefonisk. Respons på forespørselen var varierende. Ut av åtte forespørsler var det fire kommuner som stilte seg positive til at delta.

Snøballmetoden ble også brukt men i liten grad. Denne metode er en måte å rekruttere informanter på ved at forskeren bruker nettverk til å få tilgang på informanter (Vassendren & Andrews, 2007). Denne metode ble brukt i form av at fagsykepleier eller leder i de kommuner som avsto å delta i studien med begrunnelse av at ha dårlig kapasitet, ble spurt om de kjente til en annen kommune i området med bedre kapasitet. De ble i sin tur kontaktet på samme måte. Å bruke snøballmetoden var en måte å komme i kontakt med mulige kommuner som ønsket å delta i studien i den region som var ønsket. Svakheten kan være at forskeren ikke kjenner bakgrunnen til anbefalingene. Kritikken av denne metode er at forskeren kan miste kontrollen over hvem som rekrutteres som informant (Vassendren & Andrews, 2007). På den andre side hadde forsker ingen personlig kjennskap til de hjemmesykepleier som deltok og de fagsykepleiere som gav anbefalinger. Dog kan det tenkes at fagsykepleier eller leder kan ha hatt innflytelse på hvem av de ansatte som ble spurt om de vil delta i studien men det var som sagt ikke en faktor forsker hadde innflytelse på.

4.3 Forskerrolle og forforståelse

Thornquist (2003) beskriver at forskerens bakgrunn vil påvirke studien og hvordan data blir tolket. Det er derfor viktig å beskrive forskers forforståelse. Vi mennesker lever i et samfunn som vi er preget av og som vi tolker ut fra. I forskning må forskeren forholde seg både til sin egen oppfatning og fortolkning av verden, men også til informantenes verden. I kvalitativ forskning tilstrebes å fremstille informantenes verden med handlinger, utsagn og praksiser med respekt for deres verden. Målet er å fremstille informantenes verden med den mangfold som viser seg og ikke simplifisere og utelate inkonsekvens i utsagn (Thornquist, 2003).

Min bakgrunn som sykepleier, onkologisk sykepleier, fagsykepleier og som utviklings- og kvalitetssykepleier har ledet meg til å interessere meg for læringsmiljø og hvordan sykepleiere vedlikeholder, oppdaterer og tilegner seg nye kunnskaper. Jeg har i løpet av tretten år som praktiserende sykepleier på sengepost, i poliklinikk, i hjemmesykepleie i stilling som sykepleier, spesialsykepleier, fagsykepleier og utviklings- og kvalitetssykepleier, vært del av forskjellige fagmiljøer. Jeg har observert at det synes å forekomme forskjeller mellom fagmiljø på spesialavdelinger på sykehus i forhold til i hjemmesykepleie. På spesialavdelinger synes oppdatering av kunnskaper være organisert i forhold til spesialfeltet. Det undervises og forgår opplæring etter en plan utfra spesialområdet. Min forforståelse var at i hjemmesykepleie var forholdene annerledes. Fordi disse sykepleiere forholder seg til et mangfold av diagnoser og prosedyrer hadde jeg en antagelse om at en felles plan for undervisning og opplæring var kompleks.

Min bakgrunn i hjemmesykepleie gav den fordel var at jeg med kjennskap til sykepleiere i feltet hjemmesykepleie fikk en vei inn for å få troverdighet og tillit fra informantene. Under smaltalk før fokusgruppeintervju fortalte jeg hvem jeg var. Det at jeg arbeidet i hjemmesykepleien opplevde jeg, gav informantene ro.

Dette ble tydeliggjort med utsagn fra informanter om at jeg var en av dem.

På andre siden kunne dette fellesskap til informantene gi risiko for å ikke distansere seg nok til å høre nyanser i fokusgruppeintervjuene og følge dem opp, eller at jeg ville lete etter

bekreftelser på mine antagelser. Jeg tilstrebet å være bevisst på dette ved å stille meg selv spørsmål under fokusgruppeintervjuene, til om utsagn ble preget av min forutinntatthet til intervjuobjektens situasjon og derved ikke utdypet tilstrekkelig. For å minimere egen påvirkning var en medstudent med som observatør ved tre av fokusgruppeintervjuerne hvor validiteten av hvert fokusgruppeintervju etterfølgende ble diskutert. For eksempel om informantene virket stresset eller ufokuserte under intervjuet.

4.4 Etiske overveielser

Før gjennomføring av fokusgruppeintervju ble studien søkt og registrert i NSD (vedlegg 3) (Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

De etiske overveielser handler om hvordan hensynet til informantene ble ivaretatt.

Studien baserte seg på frivillig deltagelse av informanter og at deltagere kunne trekke seg fra studien på et hvert tidspunkt uten at det ble stilt spørsmål til hvorfor. Informantene ble informert om dette, samt om studien, dens hensikt, hva og hvordan fokusgruppeintervju gjennomføres, skriftlig på forhånd. Dette ble gjort på den måte for at informantene skulle kunne si nei til å delta uten press fra meg som forsker. Det ble informert igjen muntlig før selve gjennomføring av fokusgruppeintervju for å sikre at informasjonen var blitt gitt. Dette viste seg å være nødvendig da ikke alle informanter svarte at de enten lest informasjonsskrivet eller at de hadde fått utlevert skrevet fra fagsykepleier eller lokal leder. Dette gav en undring over hvorfor disse sykepleierne møtte til fokusgruppeintervju uten noen forhåndsinformasjon. Det ble vurdert at siden informasjon om informantenes rettigheter, samt om studien og dens hensikt ble gjennomgått, så blev også disse sykepleiernes rettigheter ivaretatt.

Ved transkribering blev informantene kodet til tall slik at dataene blev helt anonymisert. Navn blev skiftet ut med et nummer i transkriberingen og hadde ingen annen betydning enn at kunne identifisere hvilket nummer informanten hadde. Det er få kommuner i studien og med tanke på anonymitet blev det valgt å kun beskrive den geografiske fordelingen og størrelse på kommunen, hvilke kommuner som deltok blir ikke omtalt.

Ansvar for ivaretagelse av informantene ligger alltid på forskeren, og aldri på informanten selv, selv om hun eller han har gitt sitt samtykke (Ruyter, Solbakk & Førde, 2007).

Alle data blir oppbevart etter NSD`s retningslinjer hvilket innebærer at data er innlåst. Dette omhandler lydfiler, tekstmateriale fra transkribering og notater fra intervju. Datamaterialet har blitt avidentifisert ved at informantene fikk et nummer ved transkribering. Lydfiler, transkriberte fokusgruppeintervjuer og Excel ark blir slettet ved studiens ferdigstillelse i oktober 2014, ifølge krav fra Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

4.5 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet på forhånd etter å ha gjort overveielser over hvordan spørsmål kunne stilles for å inspirere informantene til å fortelle om sine erfaringer uten å bli påvirket eller ledet av moderator. Kvale og Brinkmann (2010) anbefaler at intervjuguiden utformes semistrukturert når det handler om å utforske temaer fra informantenes egne perspektiver. Dette innebærer at intervjuet verken er en fullstendig åpen samtale eller helt styrt av spørsmål. Utgangspunktet for spørsmålene var problemformuleringen og forskningsspørsmålene. Intervjuguiden (vedlegg 4) var tiltenkt å brukes som utgangspunkt og som et redskap for intervjuer at støtte seg til for at holde fokus på tema.

Kvale og Brinkmann (2010) anbefaler at det overveies i hvilken rekkefølge og hvordan spørsmål stilles. Spørsmålene anbefales å være korte og enkle og innledningsvis kan det spørres til konkrete situasjoner.

Intervjuet ble åpnet med et introduksjonsspørsmål hvor informantene ble oppfordret til å fortelle om opplevde situasjoner hvor de erfart at de hadde behov for å innhente kunnskap. Intervjuguiden baserer seg på at sykepleierne beskriver konkrete situasjoner for å diskutere dette med hverandre. Det ble fulgt opp med oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2010), hvilket også var skrevet inn som mulige oppfølgingsspørsmål samt støttende utsagn i intervjuguiden. Eksempler på dette var; Kan du si noe mer om dette? Interessant, si noe mer om dette. Hva tenker dere andre om dette? Er dere enige? Har noen opplevd noe annet eller lignende? osv. Intensjonen med disse støttende utsagn var å få vist genuin interesse i det som sykepleierne ville formidle og at informantene fikk mulighet for at utdype sine fortellinger og utsagn.

Intervjuguiden ble justert noe mellom fokusgruppeintervjuene. Enkelte formuleringer ble endret da spørsmålene ble oppfattet utydelige. Et eksempel var et oppfølgingsspørsmål (Vedlegg 4) som omhandlet hvilken betydning en hendelse hadde hatt på sykepleiergruppen.

Det var bedre at stille mer konkrete spørsmål som for eksempel, ble hendelsen diskutert i sykepleiergruppen? hvordan kan en lignende hendelse håndteres i fremtiden? En annen endring som ble gjort var å inkludere nye spørsmål basert på diskusjoner i forrige fokusgruppeintervju. For eksempel i forhold til at tid ble tatt opp av informantene som tema, var mulige oppfølgingsspørsmål overveid etter forrige fokusgruppeintervju. Det ble derved mulig å sjekket for om nye funn også var gjellende andre steder.

Det var bevissthet om å snu uttalelser og stille motsatt spørsmål. Et eksempel var når sykepleierne beskrev at det på deres arbeidsplass var det meste bra, så blev det spurte til hva som kunne forbedres.

En positiv konsekvens av å stille slike spørsmål ble oppdaget når lydfiler ble transkribert, hvor uttalelser blev enten bekreftet, korrigert, videre utdypet eller nyansert av de andre informantene i gruppen.

Det var også gjort opp noen tanker om hvordan spesifiserende spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2010) kunne spørres. Eksempelvis når situasjoner blev beskrevet i generelle termer eller i tredjeperson blev det spurt til om dette var noe informanten selv hadde opplevd.

Det var kun i pilotfokusgruppen at den semistrukturelle intervjuguide blev brukt aktivt.

Etterfølgende blev den semistrukturelle intervjuguden brukt til å starte diskusjon blant informantene og til støtte hvis diskusjonen blant informantene stoppet opp.

I pilotintervjuet blev det fokusert for mye på å prøve ut spørsmål. Dette blev oppdaget etterpå ved transkribering hvor det blev oppdaget at moderator ved et par tilfeller forstyrret informantene med å stille spørsmål på den måte at utsagn og fortellinger ikke blev uttømt og at informantene diskuterte i mindre grad seg imellom. Ved mindre aktiv bruk av den semistrukturelle intervjuguide blev forskjellen at informantene ikke blev ledet inn på tema men at de selv tok tema opp og at fortellinger blev utdypet mer. På tross av denne forskjell, oppnådde fokusgruppeintervjuene en ”metning” i form av at det var samme temaer som informantene tok opp og at det i den fjerde fokusgruppeintervju ikke fremkom ”noe nytt”.

Utsagn som var ønskelige å få utdypet, blev ikke fulgt opp godt nok. Dette gjorde at moderator i neste fokusgruppeintervju blev mer fokusert på å spørre på en mer fortolkende måte (Kvale &

Brinkmann, 2010) for å forstå utsagn som ble oppfattet som uklare. Utsagn som minnet om utsagn fra pilotfokusgruppeintervjuet, som ikke var blitt avklart eller utdypet, ble spurt inn til. For eksempel ble tid som tema utdypet av informanter i etterfølgende fokusgruppeintervju. Dette ble gjort på den måte, at når temaet ble nevnt av informantene, åpnet det seg mulighet for å spørre inn til temaet, for å utdype og nyansere.

Det ble også erfart i pilotfokusgruppeintervjuet at det var viktig å la informantene tale rundt tema (Kvale & Brinkmann, 2010). Det handlet om la informantene få tid til å tenke og om å la informantene tale til veis ende for å deretter følge opp med spørsmål for å utdype. Selv om det forekom at informanten kom inn på temaer som ikke var relevante for studien, så var erfaringen at det for noen informanter var deres måte å beskrive på. De gikk en verbal omvei for å ramme inn situasjoner og temaer, og vendte tilbake til essensen til det som de ville formidle.

4.6 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Pilotfokusgruppeintervjuet ble gjennomført med kun moderator da det i utgangspunktet ble utført med tre mål. Det ene for å prøve ut metoden, andre for å prøve ut den semistrukturerte intervjuguiden og til sist for å få tilbakemelding på hvordan informantene opplevde å delta i studien. Pilotfokusgruppeintervjuet ble likevel inkludert i datainnsamlingen fordi det kom frem rik data som sammen med refleksjon over moderatorrollen og intervjuguiden fikk innflytelse på de andre fokusgruppeintervjuer.

I studien ble fokusgruppeintervjuene utført på sykepleiernes arbeidsplass. Det ble servert drikke og snacks. For å skape en avslappet stemning blev var det litt uformell samtale før fokusgruppeintervjuet startet. I de fleste fokusgruppeintervju var det en glidende overgang fra uformell samtale til å samtale om tema. Dette ble gjort bevisst for å skape en så avslappet atmosfære som mulig.

Hvert fokusgruppeintervju varte i omtrent 60 minutter. Overveielsene om hvor lang tid fokusgruppeintervjuene skulle vare gikk på at det ikke måtte ta lengre tid enn arbeidsgiver kunne akseptere at sykepleierne var borte fra sine oppgaver. Informantene deltok frivillig og

det ble vurdert at 60 minutter var den tid som ville bli opplevd som akseptert samtidig som det var lang tid nok for informantene å samtale om tema.

Enkelte informanter henvendte seg til moderator et par ganger under et av fokusgruppeintervjuene for å få støtte om sine utsagn. Informanten fortalte noe og så direkte på moderator og sa: «ikke sant?». Det var for meg som moderator vanskelig å stå imot da jeg ville fremstå som ”en av dem”. Det var ønskelig å oppmuntre til mer diskusjon mellom informantene, men på andre siden ikke aktivt påvirke det de diskuterte. Disse situasjonene ble håndtert ved å stille spørsmålet til gruppen om de var enige i utsagnet, eller om de hadde opplevd noe lignende.

Slike henvendelser til moderator ble diskutert med observatøren etter fokusgruppeintervjuet. Ved neste fokusgruppeintervju satt moderator litt mer på sidelinjen og fikk ikke flere slike henvendelser.

De fleste informantene var aktive i diskusjon med hverandre og metoden gav dem mulighet for å diskutere i frie rammer. Enkelte informanter var noe tilbakeholdne og de ble stimulert til å delta mer ved at moderator henvendte seg for å spørre om de var enige, om de hadde opplevd noe lignende, eller hva de tenkte om det som ble diskutert. Erfaringen var at dette var en brukbar tilnærming til å skape et inkluderende fokusgruppeintervju. Hummelvold et al. (2010) beskriver at ved fokusgruppeintervju vil hver enkelt informant bli deltagende og dette vil generere refleksjon, som kan medføre meningsutveksling og synspunkter hos deltagerne. Informantenes diskusjoner syntes å følge et mønster hvor en uttalelse eller fortelling ble utdypet og satt et annet perspektiv på av en annen informant. Det ble diskutert livlig og informantene presenterte flere sider og nyanser på det tema som ble diskutert hvilket var i tråd med Hummelvold et al. (2010) som beskriver at forskning betinger utløp for ettertanke og refleksjon. Et eksempel var forholdet til tid og en diskusjonen som omhandlet om mangel på tid var et reelt problem eller om det var en gammel sannhet som fulgte med sykepleierne.

4.7 Transkribering og analyse

Når studien kommer til det stadiet at lydfiler skal transkriberes skal forskeren vurdere flere aspekter. Transkribere selv eller la andre gjøre det og på hvilken måte skal tale omgjøres til tekst. Kvale og Brinkman (2010); (Dalen 2011). Det ble vurdert at forskeren ville ha gagn av å transkribere intervjuerne selv. Fokusgruppeintervjuene ble transkribert enten dagen etter eller få dager etter gjennomført fokusgruppeintervju, hvilket er i tråd med Dalen (2011) som skriver at det er fordelaktig å skrive ut intervjuerne rett etter de er gjennomført for det er en mulighet for at bli kjent med materialet. Det ble derfor valgt å transkribere selv for at kunne notere ned pauser, latter i teksten. Ord og setninger ble skrevet ned slik det ble sagt. Det var noen utfordringer med å skrive ned samtaler mellom flere personer når de pratet i munn på hverandre, men det var ikke mye av dette. Teksten ble skrevet ut med avbrytelser av andre informanter i den rekkefølge det forløp på lydfilen. Jeg erfarte, hvilket Dalen (2011) og, Kvale og Brinkman (2010) beskriver, at det å selv transkribere gjør at en blir godt kjent med datamaterialet. Det å selv transkribere gav den fordel at stemmene fra selve fokusgruppeintervjuet ble gjenkjent og kunne skilles i forhold til å koble et nummer på hver enkelt informant, samt at et indre bilde av hver informant og kjennskap til gruppedynamikken var et aspekt som var tilstede under transkribering.

I følge Kvale & Brinkmann (2010) skal en vite hva som skal undersøkes for å kunne avgjøre hvilken metode som egner seg i analysearbeidet. Analyseprosessen begynte allerede etter hver fokusgruppeintervju i diskusjon med observatør på den måte at temaer, nye temaer, andre perspektiver ble diskutert. Eksempelvis temaet organisering var det av interesse å se på om der var store forskjeller i sykepleiernes beskrivelser. I følge Kvale og Brinkman (2010) gir det å transkribere en tekst oversikt over materialet. Denne strukturering fra lydopptak til tekst er ifølge Kvale og Brinkman (2010) starten på analysen.

Prosessen fortsatte under transkribering ved at mulige temaer begynte å forme seg. Det ble identifisert temaer gikk igjen.

Tekstmateriale fra hvert fokusgruppeintervju ble læst gjennom rett etter transkribering. Med utgangspunkt i problemformuleringen og forskningsspørsmålene fortsatte prosessen med

inndeling i overordnede temaer. Dette ble i startfasen gjort ved å markere i teksten på papirutskrift temaer. I alle fokusgruppeintervju ble hovedtemaene omtalt av informantene.

Tekstmaterialet var omfangsrikt. Totalt utgjorde den transkriberte tekst fra alle intervjuer 39 sider. For å holde orden på tekst i hvert tema valgte jeg å bruke Excel som redskap. Hele teksten ble kopiert inn i en tabell, markert med hvilket nummer fokusgruppe det stammet fra og nummeret på den informant som talte. Teksten ble deretter delt inn i en ny tabell etter hovedtema. Det gjorde det mulig å se på enkelttemaer, for eksempel alle uttalelser om læringsaktiviteter/kunnskapskilder som hørte til under samme kategori. Det overordnede tema ble igjen delt inn i undertemaene i en ny tabell. Temaene kunne derved settes opp ved siden av hverandre, men også tas ut å ses på enkeltvis. Det ble sett på om tema ble omtalt i alle fokusgruppeintervju og hvor mange av informantene som sagt noe om tema, likheter og forskjeller i det som ble sagt.

Det å bruke Excel som redskap gjorde at tekstmaterialet på en enkel måte kunne settes opp og for å sammenlignes. På den måte kunne det kunne skapes et overblikk på enkelte temaer, samtidig som det ble mulig å få overblikk over om temaet var diskutert i alle fokusgruppeintervjuer og hvor mange informanter som omtalte temaet. Med bruk av Excel som et redskap for å strukturere og analysere tekstmaterialet på, var det mulig å "leke" med materialet og sortere teksten på forskjellig måte men også å gå tilbake til full tekst for å se tema var omtalt i en sammenheng hvorfra det var trukket ut fra sin hele kontekst. Kvale og Brinkman (2010) beskriver at se på delene og gå tilbake til helheten, for igjen se på delene er som en spiral som gir mulighet for en stadig dypere forståelse av meningen, som er i tråd med den hermeneutiske sirkel. Analysearbeidet foregår i en prosess som går frem og tilbake mellom deler og helheten av materialet (Kvale & Brinkmann, 2010).

Teksten ble flere ganger lest i sin opprinnelige helhet for å sikre at de enkelte temaer fortsatt hadde samme betydning som den hadde i den helhet den var tatt ut av. I følge Kvale & Brinkmann (2010) er utgangspunktet i tekstanalysen uklar. Det er ved å fortolke deler i teksten som settes sammen på en ny måte med helheten, for å igjen se på delene, som gjør det mulig for å oppnå en dypere forståelse av meningen.

Prosessen med å kunne sammenligne data var derved i gang, og overordnet temaer ble identifisert og teksten ble delt inn i temaer som omhandlet endringer ved samhandlingsreformen, læringsaktiviteter/kunnskapskilder, sykepleiers egen rolle i forhold til læring, organisering og kunnskapsplan. Deretter ble hovedtemaer sett på hver for seg og de igjen delt inn i undertemaer. Dette ble gjort på samme måte i Excel som er beskrevet oven.

Hovedtema; samhandlingsreformen ble delt inn i undertemaer med tekst som omhandlet; endringer i organisering, opplevde forbedringer, opplevde ingen endring, opplevde lite endring, vet ikke om det var noen endring.

Hovedtema; læringsaktiviteter/kunnskapskilder ble delt inn i undertema med tekst som omhandlet: når de oppsøkte kunnskap, hvem de søkte kunnskap fra, refleksjon.

Hovedtema; sykepleiers egen rolle i forhold til læring; krav, ansvar, prioriteringer, ansvarlighet og holdning til arbeidet.

Hovedtema; Organisering omhandlet tekst som beskrev ledelse, egen ledelse, oppfølging, tid og rammer.

Hovedtema; kunnskapsplan omhandlet tekst omhandlende kursing, samtaler, velvilje fra ledelse, egen innflytelse.

Med andre ord omhandlet undertemaene de mangfoldige aspekter og utdypelser på hvert overordnet tema som informantene presentert.

Undertemaer ble i sin tur sett på i forhold til de overordnede temaene og igjen med teksten i sin helhet for å sikre at betydningen ikke ble endret i prosessen.

4.8 Studiens troverdighet og gyldighet

Kvale og Brinkman (2010) beskriver gyldighet i en kvalitativ studie handler om metoden som er brukt undersøker det som er ment at undersøkes. En kan si at pålitelighet handler om resultatene som fremkommer i en studie kan stoles på.

Det har i studien vært tilstrebet å være transparent i forhold til hvordan studien er planlagt, gjennomført og hvordan data ble samlet inn, og etterfølgende analysert. Dette ble gjort ved å beskrive de stadier som er gjennomført i analyseprosessen i tråd med Kvale og Brinkmann (2010).

Målet var å oppnå troverdighet ved å bringe frem informantenes perspektiver og beskrive dem på en sannferdig måte.

Gyldigheten i studien baserer seg på at det er tilstrebet å beskrive i metodekapitlet, hvordan dataene er behandlet i prosessen. Gyldighet var tenkt med inn i prosessen fra planlegging av studien, under, etter og før neste fokusgruppeintervju, og til analyse og rapportering av data. Dette ble gjort ved å tilstrebe at det ble stillet spørsmål i fokusgruppeintervju som inviterte til diskusjon og fortelling

Det er gått frem og tilbake i tekstmaterialet, forstått på den måte at tekst er blitt lest i sin helhet og i sine deler under de temaer de ble delt inn i, flere ganger for å sikre at de temaer som ble tatt ut av sammenhengen, hadde samme betydning sett i sin helhet.

For å styrke påliteligheten og å sikre best mulig overensstemmelse mellom opptak og tekst, ble opptak lyttet til og sammenlignet med teksten et par uker etter transkribering.

Det er tilstrebet at på en gjennomiktig måte, beskrive overveielser i planleggingen av fokusgruppeintervjuene, hvordan dataene er samlet inn og ikke minst hvordan dataene er analysert.

Videre har en medstudent fungert som observatør under fokusgruppeintervjuene hvilket har vært et bevisst valg, i forhold til å tilstrebe, at den egne forforståelse ikke skulle påvirke fokusgruppeintervjuerne. Medstudenten hadde innsikt i bruk av kvalitativ metode og forhold relatert til fokusgruppeintervjuerne ble diskutert. Det å være to om dette var en fordel for vurdering av justeringer til neste fokusgruppeintervju. Disse samtaler er i tråd med hermeneutisk tilnærming hvor analyse og fortolkning av teksten en prosess som foregår gjennom hele studien (Thornquist, 2003).

5.0 Resultater

5.1 Kollegaer, en kilde til kunnskap

I studien beskrev sykepleierne at den mest brukte kunnskapskilde var kollegaer. Sykepleierne beskrev situasjoner hvor de opplevde at de har behov for enten å bekrefte kunnskap, innhente mer kunnskap eller annen kunnskap, for å kunne yte god sykepleie. Disse situasjoner oppstod ofte uventet. Sykepleierne beskrev at det ofte handlet om ukjente prosedyrer som skulle utføres eller at det var lenge siden de utført nettopp den prosedyre. Sykepleierne henvendte seg derfor til sine kollegaer for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap eller for å kontrollere at deres kunnskap fortsatt var gjellende i forhold til å kunne utføre prosedyren på riktig måte. Sykepleierne beskrev at det var sykepleierkollegaene som var lettest tilgjengelig og at det i sykepleiergruppen var mye erfaring og kunnskaper. Den kunnskap sykepleierne tilegner seg fra hverandre handlet i stor grad om å innhente kunnskaper for å bli i stand til å utføre praktiske prosedyrer eller om å trygge seg selv i forhold til at de utførte prosedyrer riktig. Sykepleierne reiste også sammen hjem til pasienter for å få en praktisk opplæring i prosedyrer.

”Jeg ville brukt de rundt meg først. De fleste har jo, altså vi har jo vært bort i de fleste prosedyrer men det kan ha vært lenge siden, så er du usikker på hvordan du utfører den”.

Sykepleierne med lang erfaring sammenlignet sitt behov for å innhente kunnskap med de mindre erfarne kollegaer. De beskrev at de hadde opparbeidet seg mye kunnskap og erfaring som de kunne overføre til nye situasjoner. Disse sykepleiere beskrev at deres opparbeidede kunnskap og erfaring som gjorde at de kunne identifisere hvilken kunnskap de trengte å oppdatere eller tilegne seg i en spesifikk situasjon.

”Jeg har jo jobbet så pass lenge at jeg har litt å støtte meg til.”

Når de erfarne sykepleiere hadde behov for å innhente kunnskap beskrev de at de foretrakk primært å bruke kollegaer som informasjonskilde.

Det kom frem at sykepleierne ikke bare spør den som er tilgjengelig på jobb, men at de visste hvilken sykepleier som innehadde mer kunnskaper på et område. Sykepleierne uttrykte at kunnskaper ikke hang sammen med hvor mange år en sykepleier hadde praktisert i hjemmesykepleien. Sykepleiergruppen ble beskrevet som sammensatt av sykepleiere med forskjellig arbeidserfaringer og kunnskaper. Sykepleierne vurderte hvilken sykepleier som hadde nettopp de kunnskaper de søkte.

”Jeg går aldri til den ene pleieren fremfor den andre for at han har lengre fartstid, for det synes jeg forteller lite om de er kompetente eller ikke”.

I to av fokusgruppeintervjuene var det kultur for at kontakte andre sykepleiere også når de hadde fri, hvis denne sykepleieren ble vurdert som den med relevant kunnskap.

Dog skilte seg et fokusgruppeintervju ut ved at sykepleierne primært henvendte seg til de godt erfarne.

5.2 Bruk av databaser

Databaser ble beskrevet som kilder sykepleierne gjorde bruk av. De databaser som ble omtalt var; PPS (Praktiske Prosedyrer i sykepleietjenesten), NHI (Norsk Helse Informasjon), NHN (Norsk Helse Nett) og enkelte sykepleiere beskrev at de søkte kunnskap i databaser som CINAHL , OVID og COCHRANE via Helsebiblioteket.

De mindre erfarne sykepleierne i de hjemmesykepleier som hadde tilgang på PPS, uttrykte at de hyppig gjorde bruk av denne kilde i arbeidsdagen. Andre databaser som NHI (Norsk Helse Informasjon) ble også beskrevet som kilde til kunnskap.

Det tenderte at de sykepleiere med mindre erfaring i større grad brukte tid til å lese seg opp på diagnoser og prosedyrer. Disse sykepleiere gav uttrykk for å være opptatt av å inneha oppdaterte kunnskaper. De brukte også fritid på å lese seg opp fordi, de ikke kunne tillate seg å sitte å lese i arbeidstiden. Dette beskrev disse sykepleiere hang sammen med at de hadde mindre praksiserfaring samtidig som de hadde ønske om å kunne.

”Egentlig så føler jeg at det er et krav om å kunne. Vi skal jo oppdatere oss. Det blir jo på fritiden”.

Det kom det frem at i tre av de fire fokusgruppeintervjuerne hadde sykepleierne tilgang på PPS (Praktiske Prosedyrer i sykepleietjenesten) som er et elektronisk (finnes også i bok utgave) kunnskapsbasert redskap for å kunne tilegne seg kunnskap om den mest oppdatert måte å utføre prosedyrer på. I et av intervjuerne reflekterte en sykepleiere over det, at selv om dette redskap er tilgjengelig, så synes det som at sykepleierne likevel tydde til å innhente kunnskap fra kollegaer.

”Så har man en motstand i seg selv Og så praktiserer man likevel denne gamle kunnskap”.

Sykepleieren problematiserte dette med å beskrive et eksempel fra seg selv. Hun var usikker på en prosedyre og leste derfor om en den på PPS. Beskrivelsen av prosedyren skilte seg fra den måte sykepleieren hadde utført denne på et tidligere tidspunkt. Hun forhørte seg derfor med en kollega. Det hadde ingen erfaring i at utføre prosedyren slik det var beskrevet i PPS, men hadde begge utført den på en annen måte tidligere.

Sykepleieren stilte seg spørrende til hva det var som gjorde henne så usikker på kunnskapen hun fikk fra PPS. Hun uttrykte at hun visste at prosedyrer beskrevet i PPS er oppdatert og er forskningsbasert. Likevel følte hun behov for å rådføre seg med en kollega.

Sykepleieren fortalte at hun valgte å utføre prosedyren slik sykepleierne hadde gjort tidligere, som hun og den kollega hun rådførte seg med, hadde erfaring med. Dette fordi det var den måte de hadde erfaring med og som de var trygge på var sikkert for pasienten.

5.3 Kurs og undervisning

Kurs og undervisning ble beskrevet som en hyppig aktivitet i hjemmesykepleien, ofte ukentlig. De fleste sykepleierne uttrykte at de deltok og at de var tilfreds med det utbud som ble tilbudt. Sykepleierne beskrev at kurs og undervisning var inkorporert som en del av arbeidshverdagen.

”Hjemmetjenesten er veldig bra. Du har den faste undervisningen, du kan følge undervisningen, du blir oppfordret til å søke mer kunnskap, melde deg på kurs, du får dra på kurs”.

På andre siden uttrykte enkelte sykepleiere på de samme arbeidsplassene at internundervisning baserte seg på vedlikehold av kunnskaper og at disse tilbud ofte også henvendte seg til hjelpepleiere og at det faglige innhold var for grunnleggende for sykepleiere.

”Vi har også internundervisninger. Og der får vi velge temaer men det blir gjerne grunnleggende i forhold til hva en lærte under studietiden”.

Sykepleierne hadde derfor i tillegg mulighet å gå på kurs, hvilket de beskrev at de benyttet seg av. Dog beskrev sykepleierne at de hadde en viss innflytelse på de temaer som det ble undervist i. Sykepleierne beskrev at de kunne komme med ønsker for temaer i undervisningen, men nivået hadde de ikke innflytelse på.

5.4 Konsultere og hospitere

Legestaben, enten fastlege, legevakt eller kontakt med spesialisthelsetjenesten ble beskrevet som kilde til kunnskap. Innhenting av kunnskaper foregikk ofte over telefon men også ved at sykepleierne hospiterte på aktuelle spesialavdelinger på sykehus.

Sykepleierne beskrev at den sykepleier som tilegnet seg kunnskaper på denne måte, ble den som formidlet kunnskap videre til sykepleiergruppen. Dette ble gjort enten ved at sykepleieren skrev pleieplan for den aktuelle pasient, eller at sykepleierne formidlet kunnskap muntlig i sykepleiergruppen. Dette foregikk enten ved å arrangere intern undervisning eller ved praktisk opplæring en til en, enten muntlig eller hjemme hos pasienten.

Dette kunne også foregå ved at denne sykepleier var ressursperson i et område som for eksempel palliativ sykepleie, og det var denne person som hadde ansvar for å være oppdatert

på aktuelle pasienters situasjoner. De andre sykepleierne viste hvem de skulle rådføre seg med hvis de hadde behov for kunnskap.

Noen hjemmesykepleier hadde tilgang til et Ambulerende team fra sentralsykehus og dette ble benyttet, men som regel først etter at sykepleierne hadde forhørt seg med kollegaer og sjekket ut om de i sykepleiergruppen hadde kunnskapen.

”Jeg spør først kollegaen min om hun vært bort i tilfellet. Og det hender at jeg går og googler det da. Og hvis jeg ikke får vettig svar der så ringer jeg ambulerende team”.

Sykepleierne søkte også i andre kilder før de tok kontakt. Kunnskaper fra Ambulerende team ble hentet inn enten via telefonisk kontakt eller ved at Ambulerende team kom ut til hjemmesykepleierne for å undervise eller demonstrere hjemme hos pasienten.

5.5 Å reflektere sammen

Refleksjon ble sett på som en måte å kunne tilegne seg kunnskaper. Det forekom variasjon i hjemmesykepleierne om det var noe som ble gjort på en organisert måte. I enkelte kommuner var refleksjonsgrupper startet opp, men de var blitt nedprioritert når sykepleierne hadde travle dager og konsekvensen ble at de opphørte. I en annen kommune ble refleksjonsgrupper opprettet etter behov. Sykepleierne beskrev at de nylig hatt en kreftpasient hvor de opplevde pasientsituasjonen som utfordrende. Deres leder fanget opp dette og derfor samlet sykepleierne til å reflektere over pasientforløpet.

” Litt refleksjon, litt evaluering underveis i løpet og likedan når det var over. Da fikk vi satt litt ord på ting.”

Sykepleierne gav uttrykk for at de ønsket fast refleksjon organisert av arbeidsgiver.

Sykepleierne beskrev at de ønsket å få større forståelse for at de mente at refleksjon gav bedre kvalitet på pleien de utførte. Det var ofte etiske og moralske problemstillinger som ble diskutert. Enkelte sykepleiere beskrev at de med å reflektere i gruppe fikk en bedre forståelse av sin egen rolle hos pasienten og at de fikk flere perspektiver på hvordan de andre

sykepleierne så på og vurderte pasienten. Sykepleierne beskrev refleksjon som en måte å heve egen faglighet, ved å se pasienten fra flere perspektiver. Eksemplifisering av dette ble beskrevet med at enkelte sykepleiere hadde mer fokus på sykdomsbilde, andre på bivirkninger av medisinsk behandling osv., og i diskusjonen tilegnet sykepleierne seg en mer fylldig forståelse av pasienten.

I alle kommuner beskrev sykepleierne en form for uformell refleksjon som ofte foregikk ved rapport og i spisepausen.

”Og det er litt spesielt når det gjelder hjemmesykepleierne og matpausene våre. For vi går vanligvis ikke på kantina for da kan vi ikke gjøre det, sitte å prate om pasientene. Stort sett så foregår det på våre egne pauserom. Fordi at vi kan bruke matpausen til å diskutere litt og tenke høyt i lag.”

Selv i de kommuner som praktiserte stille rapport beskrev sykepleierne at de ofte pratet likevel. Dette fordi de hadde behov for å sette ting på plass og de reflekterte sammen med en eller flere kollegaer. Sykepleierne beskrev at de fikk sett situasjoner, pasienter og diagnoser fra flere sider. Sykepleierne beskrev at de derved fikk utvidet sin forståelse av hverandres faglige ståsted og av pasient situasjoner.

5.6 Tid og rom for oppdatering

I de fire fokusgruppeintervjuer formidlet sykepleierne at de erfarer at de hadde velvilje fra leder til å vedlikeholde og tilegne seg ny kunnskap. På andre siden kom det i diskusjon mellom informantene frem, at de erfarte at det kunne være utfordrende å bruke tid på selvstendig å innhente kunnskap i arbeidstiden. Dette kom av at arbeidsdagen ofte var fylt med andre arbeidsoppgaver. Mangel på tid var en faktor som ble fremhevet i alle fokusgruppeintervjuer.

”Når man er ferdig med å være hos brukerne hele dagen så er det en del arbeid når en kommer inn, papir arbeide og telefoner, bestillinger og organisering. Det er det som liksom også tar tid”.

Sykepleierne beskrev en arbeidsdag med mange oppgaver og at de måtte prioritere sin tid.

Sykepleierne vurderte hva de kunne nedprioritere og beskrev at det ofte blev å bruke tid på å selvstendig innhente kunnskap. Arbeidet ble beskrevet som styrt av enkeltoppgaver, og tid for at ha mer helhetlig tilnærming til den enkelte pasient blev nedprioritert.

Det ble beskrevet at hvis en sykepleier brukte mer tid på et pasientbesøk enn estimert så måtte hun forsvare denne tidsbruk overfor sine sykepleierkollegaer.

Sykepleierne beskrev også at de følte på at det kunne være et gap mellom deres egen forståelse for hvordan sykepleien burde være til hvordan det fungerte i hverdagen med krav om å jobbe seg gjennom pasientlister.

Enkelte sykepleier uttrykte at de opplevde til at de ble redusert til noen som utfører.

Disse sykepleiere gav et bilde av en arbeidshverdag hvor fokus i perioder var på å jobbe seg gjennom lister med oppdrag.

«Du gjør oppdragene og så ferdig. Så går man hjem»

Videre så det ut til at fravær i arbeidsstaben var en betydelig faktor for at sykepleiere brukte tid på kunnskap i det daglige arbeide. Det var ikke uvanlig at fravær gjorde at sykepleierne måtte velge å prioritere pasientene og nedprioritere aktiviteter som refleksjon og det å bruke tid på å innhente kunnskap.

Sykepleierne i et fokusgruppeintervju uttrykte at det hente at de seg imellom diskuterte, hvis en annen sykepleier brukte mer tid med spørsmål om hvorfor denne sykepleier jobbet så tregt, samtidig som de uttrykte ønske om å kunne bruke mer tid på å ha fokus på kvalitet av pleien. Sykepleierne uttrykte at de var opptatt av å ha respekt for og verne sine pasienter. Når sykepleierne stod i situasjoner hvor de måtte prioritere sin tid og sine oppgaver, valgte de pasientene, derfor forekom det at oppgaver som ikke var direkte pasientorienterte kunne bli prioritert ned eller bort.

Sykepleierne beskrev at det etter de utført sine pasientbesøk ventet det andre oppgaver, enten å hjelpe kollegaer med sine pasientbesøk eller administrative oppgaver.

”Det er andre oppgaver som prioriteres. Enten burte du hjelpe kollegaer eller holde på med medisiner. Dette med kunnskapsgreier er liksom nederst på lista”.

En sykepleier trakk frem at hun mente at de fysiske rammene hun arbeidet under ikke var tilrettelagt godt nok og at de derfor brukte unødvendig tid. Hun illustrerte det med å trekke frem stillerapport, hvor det ikke var nok antall PCer til alle sykepleiere. De sykepleiere som måtte vente på ledig PC ble forsinket fra arbeidssdagen start. Videre trakk hun frem at administrative oppgaver tenderte å komme i tillegg til pasientbesøk og ikke var planlagt inn i fordeling av arbeidssdagen. Dette hadde førte til ineffektiv bruk av tid. Hun uttrykte at det på hennes arbeidsplass handlet om en lite støttende leder. Dette hadde generert i negativ holdning hos sykepleierne.

”Og det blir noe med at når ting ikke er viktige oven ifra blir det på en måte uviktig for den som er helsearbeider også”.

I et annet fokusgruppeintervju uttrykte en sykepleier at den største utfordring på hennes arbeidsplass var de lokale fasiliteter. All virksomhet foregikk på et rom og de opplevde mye støy fra telefoner, medisint levering, rapporter, kollegaer som holdt pause og at de også her hadde for få PCer. Sykepleierne beskrev at de måtte vente på å få tilgang på en ledig PC hvilket resulterte i at de resonerte at lederen ikke prioriterte bruk av PC. En direkte konsekvens var at det å oppdatere seg på pasientens situasjon ofte ble prioritert bort, videre blev dokumentasjon nedprioritert, noen ganger ble det ikke dokumentert. De uttrykte at konsekvensen var at kvaliteten på oppfølging av pasienter ikke ble slik den burte være.

I to av fokusgruppeintervjuene ble det uttrykt fra enkelte sykepleiere at sykepleierne hadde tid til å utføre sine arbeidsoppgaver og at det handlet om hvordan sykepleierne selv disponerte sin tid.

Enkelte sykepleiere uttrykte at de sa ifra om at de hadde behov for at bruke tid på å oppdatere eller lese seg opp på en prosedyre eller diagnose.

”Det må planlegges. Jeg må si ifra at nå har jeg lyst å sitte med det, sånn tenker jeg da”

Dette ble akseptert i sykepleiergruppen, men det betydde også at kollegaene fikk større arbeidsmengde. Derfor var det like brukt å innhente kunnskap på denne måte. Dog beskrev sykepleierne som ønsket å kunne bruke arbeidstid på å oppdatere seg på egen hånd at de prøvde å planlegge det inn i sin arbeidsdag uten at det skulle gå ut over kollegaer.

5.7 Forventninger til kunnskapsoppdatering

Sykepleierne gav uttrykk for at det å jobbe som hjemmesykepleier var et spennende arbeid hvor de selv hadde innflytelse på sin faglige og kunnskapsmessige utvikling. Sykepleierfeltet ble beskrevet som bredt og derav mulighet for å tilegne seg bred kunnskap. Sykepleierne gav uttrykk for at det var bredden i pasientgrunnet som gav dem denne mulighet. Sykepleierne trakk også frem at det å utøve sykepleie i pasientens eget hjem også gjorde at de også hadde mulighet for å utvikle seg på det menneskelige plan.

«Og skal man snakke spesielt om hjemmesykepleie er det en arbeidsplass hvor du virkelig får utvikle deg, faglig og som person fordi det er et hav å velge mellom.»

Sykepleierne beskrev at de forventet av seg selv og sine kollegaer å inneha kunnskap om hva hun gjør og hun skal gi kvalitet i utøvelsen av sykepleie. I et av fokusgruppeintervjuene ble det reflektert over det å være kompetent i hjemmesykepleie. Det var enighet om at sykepleierne selv setter sine grenser i forhold til hva de er kompetente til å utføre av sykepleie handlinger og at med erfaring blev kunnskap om eget kompetanseområde bevist gjort og ble til prinsipper om hva de var kompetente til eller ikke. Et eksempel som ble beskrevet var at sykepleiere har generell kunnskap om hvordan forskjellige typer sår behandles og hvis sykepleieren opplevde en situasjon hvor pleieplanen for sårbehandling ikke forelå eller hun ikke hadde tilgang på riktig sårbandasje, så måtte hun vurdere hva som var av minst risiko for pasienten. Skifte bandasje eller ikke, legge på en annen bandasjetype for å minimere risiko for infeksjon i såret til hun kunne få tak i riktig bandasje. Det kom også frem at når det gjelder utførelse av prosedyrer som de ikke var kompetente til og potensielt kan påføre skade på pasienten så ble det vurdert om kunnskap skulle innhentes eller om andre som for eksempel lege eller andre fagpersoner skulle involveres.

”Men fortsatt er det at prinsippet er om jeg er kompetent, hvis jeg selv opplever at jeg er kompetent og har erfaring og kunnskap om så utfører jeg prosedyren..... hvis en ser at her mangler en prosedyre så vurderer vi jo mennesket og situasjonen”.

Et tema som sykepleierne tokk opp, var ønske om mer dybdekunnskap. Sykepleiere kunne utføre oppdrag som de hadde på dagens arbeidsliste og fungerte tilfredsstillende i arbeidet, men sykepleierne formidlet at dette kunne oppleves utilfredsstillende. Dette fordi sykepleierne hadde et ønske om å yte omsorg utfra pasientens behov, hvilket for dem innebar å inneha forståelse for det spesielle med sykdom hos hver enkelt pasient. En sykepleier eksemplifiserte dette med å beskrive at en hjertelidelse kunne arte seg forskjellig etter hvilken slags hjertelidelse det handlet om, samtidig som pasienter var forskjellige og mestret å leve med sine sykdommer på forskjellig måte.

” Du har så mange forskjellige brukergrupper. Så det av og til kjenner man på at man har ikke kanskje helt mulighet til å sette seg godt nok inn i hva som er spesielt for den diagnosen. Man jobber på en måte mer overfladisk”.

Enkelte sykepleiere gav uttrykk for at de opplevde et gap mellom den kunnskap de hadde og praksis. Gapet ble beskrevet som at på kurs kunne det være fokus på temaer som mellommenneskelige forhold mellom sykepleier og pasient, men at i praksis kunne dagen handle om å komme seg gjennom pasientbesøk, med lite rom for tid til å reflektere over sin praksis som sykepleier.

” Du kan lære det men så er ikke hverdagen strukturert sånn at du kan gå ut og drive kvalitativ pleie. Så det er liksom noe imellom der fra å få tilbudet til å få det ut i praksis”.

Sykepleierne beskrev at de ikke oppfattet at det ikke forelå noen plan for kunnskaps oppdatering for hver enkelt sykepleier.

Sykepleierne formidlet at det er opp til den enkelte sykepleier å uttrykke ønske om å tilegne seg kunnskaper utenom det faste opplegg med kurs og undervisning. I flere kommuner kom det frem at sykepleiere ble oppfordret til å ta videreutdanning hvilket sykepleierne var

positive til. De uttrykte at de her selv hadde store muligheter og at velviljen fra leder var tilstede.

”Det er ikke noen plan for hver enkelt men jeg tror man må ønske, hvis man ber om det, eller ytrer ønske om det så er de ganske romslige her”.

I en hjemmesykepleie blev det beskrevet at sykepleierne erfarte at det ofte var de samme sykepleiere som deltok på kurs og videreutdanning, og at disse sykepleiere derved var dem som hyppigst fikk oppdatert sine kunnskaper. Det ble beskrevet at de sykepleiere som ikke selv var aktive i å formidle interesse av at oppdatere sine kunnskaper var de som deltok minst på kurs. Det ble formidlet at det var økonomiske ressurser satt av til oppdatering som ble fordelt og at fordelingen skjedde mer etter de som ønsket og engasjerte sig, enn etter behovet hos sykepleiere, eller behovet som helhet i sykepleiergruppen.

”Samtidig så er det ofte sådan at selvfølgelig dem som melder interesse er de som står fremst i køen”.

I en annen kommune påpekte en sykepleier at alle ansatte hadde medarbeidersamtaler hvilket kunne fungere som fora hvor den enkelte sykepleier hadde mulighet for å ta opp ønsker og interesse for å oppdatere kunnskaper. En sykepleier beskrev at hun selv hadde tatt opp temaet og at hun sammen med sin leder pekte ut noen områder hun skulle utvikle seg innom. Sammen med leder ble det lagt en plan for hvordan sykepleieren skulle tilegne seg kunnskaper for å kunne utvikle seg på de utpekte områder.

5.8 Endring i hjemmesykepleie

Fokusgruppeintervjuene er utført etter at samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009) hadde vært satt i verk i underkanten av et år (10 måneder). I alle fokusgruppeintervju beskrev sykepleierne umiddelbart at de opplevde at det foreløpig vært lite endring i deres arbeidsdag etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Samtidig ble det i alle fokusgruppeintervju beskrevet at det hadde vært gjennomført forberedelser på forskjellige måter. Dette blant annet i form av at hjelpepleierstillinger var blitt gjort om til sykepleierstillinger eller at nye stillinger var forbeholdt sykepleiere. Det hadde vært en bevissthet om å styrke sykepleiefaglighet.

”Jeg har fulgt med det her med kompetanse litegrann, og jeg vet at det er gjort om noen stillinger fra hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger med grunnlag i det at det ville bli et større krav om sykepleierkompetanse. Så det har det vært jobbet med og jobbes med fortsatt. Og det mener jeg var med samhandlingsreformen i tankene”.

I en kommune var det satset på å gi sykepleiere spisskompetanse. Sykepleierne her var organisert enten i små faggrupper eller som ressursperson i et område. Disse sykepleiere ble tilbudt særlig kursing i en diagnose, for eksempel KOLS, kreft, diabetes. Sykepleierne beskrev at disse grupper eller enkeltpersoner fungerte som ressurs for pleiegruppen, og at disse ressurser ble brukt til å undervise pleiegruppen og fungerte som støttespiller hvis sykepleierne trengte å rådføre seg.

En kommune hadde nylig ansatt fagsykepleier hvilket ble beskrevet som positivt av sykepleierne. De formidler at med fagsykepleier hadde også faglighet kommet i fokus og at dette hadde kommet pleiegruppen som helhet til nytte.

I to av kommunene beskriver sykepleierne at de hadde hatt tilgang på mer kursing og undervisning i forkant av at samhandlingsreformen trådte i kraft.

En sykepleier beskrev at den største endring var at hjemmesykepleierne har blitt mer fleksible.

”Jeg føler der jeg merker mest på samhandlingsreformen er at vi lært oss å bli enda mer fleksibel. For tidligere var man litt mer beskyttet i forhold til utskrivning på ettermiddag, kveld og i helgen. Men der opplever jeg en forandring på at nå må vi bare si ja og håpe at en får en plan i løpet av en lørdagsettermiddag”.

Sykepleierne beskrev et økt krav på seg om å hurtig tilegne seg kunnskap slik at de kunne ta vare på pasienter i hjemmet. Sykepleierne beskrev at de tidligere hadde vært skjermet for at pasienter ankom hjem samme dag som de var ferdigbehandlet. De hadde tidligere hatt mere tid til å planlegge oppdatering av kunnskaper i forkant av pasienten kom hjem.

Sykepleierne beskrev i fokusgruppeintervjuer at pasienter kommer hjem tidligere fra sykehusopphold sammenlignet med før samhandlingsreformen og at pasientene derfor kunne være sykere enn tidligere. Pasienter kunne komme hjem med utstyr og de kunne fortsatt være i behandling som hjemmesykepleien overtok ansvar for.

6.0 Diskusjon

6.1 Særpreget ved hjemmesykepleien og kunnskapsoppdatering

Et særpreget ved hjemmesykepleien er at det er et bredt fagfelt, hvor sykepleierne arbeider for og med pasienter med et mangfold av diagnoser og problemstillinger med et utgangspunkt om å stimulere pasienter til å leve et godt liv (Fermann & Næss, 2010).

Funn viste at selv om et bredt fagfelt ble beskrevet som stimulerende ble det på andre siden også beskrevet som utfordrende. Utøvelse av sykepleie til pasienter med forskjellige sykdommer og problemstillinger kunne føre til en opplevelse av å ha bred overfladisk kunnskap om ulike sykdommer, men ikke nødvendigvis dypere eller spesialisert kunnskap. Dette ble problematisert av enkelte sykepleiere ved at de følte på en utilstrekkelighet i forhold til eget nivå av kunnskap i møte med forskjellige diagnoser hos pasientene. Det skapte en faglig utrygghet i forhold til å kunne observere og handle riktig derpå. Ifølge en svensk studie som undersøkte hvordan sykepleiere vurderte egne kunnskaper i forhold til en rekke områder, viste det seg at sykepleiere med praksis i hjemmesykepleie vurderte seg selv til å inneha færre fagkunnskaper sammenlignet med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten (Hasson & Arnetz, 2007).

I en tilsvarende finsk studie var bildet mer variert. Sykepleierne anså at de hadde gode kunnskaper i forhold til å yte pleie og omsorg for eldre. Dog vurderte de sin kunnskap lavere i forhold til åndelige behov, mental helse og å kunne bruke evidensbasert kunnskap. I studien konkluderes det med at hjemmesykepleie er både utfordrende og allsidig, og derfor er vedlikehold og oppdatering av kunnskap viktig (Gronroos & Perala, 2008). I en rapport utarbeidet fra NOVA (Gautun & Syse, 2013), hvor sykepleiere som arbeider på sykehjem og hjemmesykepleien ble spurt om sine erfaringer med samhandlingsreformen, rapporterte majoriteten (84-95%) av sykepleierne i hjemmesykepleie (2372 informanter) at deres kompetanse innenfor behandling av sykdommer i hjerte/kar, lunge, ortopedi, hjerneslag, infeksjoner, kreft og/eller palliasjon, demens, og geriatri er gode. På andre siden rapporterte omtrent halvparten å ha mangelfull kompetanse i forhold til rus og psykiatri.

I en review-studie, hvor det ble sett på forskjellige forsøk at måle kunnskap hos sykepleiere i hjemmesykepleien, av Bing-Jonsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold og Foss (2013) hevdes det, at det ikke synes å finnes et måleinstrument for kunnskap hos hjemmesykepleiere. Det er

grunnet at hjemmesykepleie er kompleks og dekker over et vidt spekter fra grunnleggende behov, forebygging og kompleks psykososial og medisinsk omsorg og pleie. Derfor er det en kompleks oppgave å måle om sykepleierne i hjemmesykepleie har nødvendig kunnskap (Bing-Jonsson et. al. 2013).

I følge Karlsson og Wikstrøm (2013) har krav til kunnskap økt for sykepleierne i hjemmesykepleien, i takt med at flere komplekse syke mennesker mottar behandling og pleie. Hjemmesykepleie handler i stor grad om å være kompetent til å ivareta komplekse syke mennesker i deres eget hjem. Det innebærer, ifølge Karlsson og Wikstrøm (2013), at sykepleieren skal kunne arbeide selvstendig, forholde seg til evidens, kjenne til forskjellige kulturer, ta profesjonelt ansvar. Utover dette har sykepleierne et ansvar for å lede og utvikle fagområdet.

Funn viser at Hegerstrøm (1997) sine beskrivelser av hjemmesykepleier som almen-spesialist har relevans i denne studien. Noen kjennetegn var at allsidighet i hjemmesykepleie er en dimensjon i sykepleien hvor sykepleiere utvikler seg til å bli "almen spesialister", hvor det knyttes opp særlige forventninger til disse sykepleiere. Samtidig som de innehar generell kunnskap skal de kunne se helheter, sammenhenger og holde oversikten. Hegerstrøm (1997) hevdet at "almen spesialisten" har gode ferdigheter i å se pasienter som hele mennesker med fokus på hvordan pasienten selv vurderer sin situasjon (Hegerstrøm, 1997).

Dette viser seg ved at sykepleierne i hjemmesykepleie beskriver at de har fokus på at pasientene er de som definerer sitt eget liv og hva som er et godt liv for dem. Dette kan ses i sammenheng med at sykepleien foregår i pasientens eget hjem hvor sykepleieren er den besøkende. En annen måte å se det på er at pasienten er eksperten på eget liv og sykepleierens rolle i hjemmesykepleie handler mer om å veilede og støtte.

Men funn viste også at det var behov for mer spesialisert kunnskap i enkelte situasjoner. Det viste seg særlig ved små endringer i pasientens tilstand. Da kunne sykepleierne kjenne seg usikre på om deres observasjoner var en del av sykdomsbildet, eller om det var tegn på forverring som krevde spesialisert oppfølging. Dette dilemma knyttet seg særlig til hjertelidelser. Majoriteten av sykepleierne gav uttrykk for at de følte på at de hadde for generell kunnskap i sykdomslære og ikke følte seg kvalifiserte til å vurdere disse pasientene. Dette funn samsvarer med funn i en norsk studie hvor sykepleiere fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten via fokusgruppeintervju ble spurt til deres forhold til medisinske og

naturvitenskapelig kunnskap. Funn viste at sykdomslære ble betraktet som særdeles viktig kunnskap å ha i utøvelse av sykepleie (Kyte, Kleven, Elzer & Kvigne, 2011).

Dette funn er motsatt i forhold til funn i rapport fra NOVA (Gautun & Syse, 2013), som fant at majoriteten av sykepleiere vurderer å ha god kompetanse innenfor sykdomslære.

Bing-Jonsson et al. (2013) hevdet at behov for kunnskap, både generell og spesialisert, kan gi bekymring i forhold til å kunne dekke behovet for både bredden og dybden i hjemmesykepleie. Dette fordi pasientene hadde forskjellige behov utfra et mangfold av problemstillinger, samtidig som behov for spesialkunnskap. For å sikre kompetent utøvelse av omsorg og pleie har sykepleierne behov for både generell og spesialisert kunnskap. En kan se på denne problematisering som en ubalanse i forholdet mellom generell kunnskap og spesialisert kunnskap. Sykepleierne i studien beskrev at dette bidrog til å motivere dem til å oppdatere og tilegne seg mer spesialisert kunnskap.

Funn viste at ønske om trygghet og kontroll i egen utøvelse av sykepleie var en felles motiverende faktor for å søke kunnskap. Ikke uventet var det sykepleiere med minst erfaring som hyppigst beskrev at de følte på ubalanse mellom generell og spesialisert kunnskap, som medførte behov for å tilegne seg kunnskap på områder de merket de hadde mangler. De ønsket å føle at de var kompetente, og at de vurderte og utførte sykepleiehandlinger basert på kunnskap. Kyte et.al (2011) fant i sin studie at kunnskaper var viktige for at sykepleierne skulle føle seg trygge i utøvelse av sykepleie. Det var viktig for sykepleierne at deres kunnskaper var relevant for dem i deres daglige praksis (Kyte et.al, 2011). En annen norsk studie som så på 12 sykepleiestudenters kunnskapssyn, viser til lignende funn.

Sykepleiestudentene foretrakk å tilegne seg kunnskap som de kunne relateres til deres praksis. Å være oppdatert på og inkludere forskning som en del av kilder til kunnskap, ble betraktet viktig (Vågan, Erichsen & Larsen, 2014). Det kan se ut til at nyutdannede sykepleiere ser på forskning som klinisk relevant og kan ses i sammenheng med funn, at de mer uerfarne sykepleiere i større grad søkte kunnskap direkte fra evidensbaserte kilder.

De mere erfarne sykepleiere beskrev at de også hadde behov for å føle seg kompetente, men at deres behov i større grad handlet om å supplere eller kontrollere den kunnskap de allerede hadde. Med arbeidserfaring hadde disse sykepleiere tilegnet seg mye kunnskap, og de kunne derfor identifisere hvilken kunnskap de manglet. Det er gjort lignende funn i en masteroppgave (Berg & Teiemo, 2012) med fokus på kunnskapsprosesser, hvor syv sykepleiere ble intervjuet. Det viste seg at sykepleieres tilgang til kunnskapssøk endrer seg

med erfaring. Novisen søkte kunnskap, hvor den erfarne, eksperten, på sin side søkte kunnskap til problemløsning.

Alvsvåg og Førland (2007) tilfører aspektet at sykepleiere i hjemmesykepleien i stor grad arbeider alene, og derved har behov for å føle mestring i utføring av sykepleie.

Dette kan oppnås ved å oppdatere eller å tilegne seg kunnskap, slik at de blir trygg i sine sykepleiehandlinger (Alvsvåg & Førland, 2007).

Funn viste at forventninger om mer spesialisert kunnskap også var knyttet til at flere av pasientene hadde mer komplekse tilstander. Dette enten fordi sykepleierne fulgte opp pasienter tidligere i et forløp etter sykehusinnleggelse, eller at pasienter kom hjem med teknisk utstyr. Finnbakk, Skovdahl, Blix og Fagersrøm (2012) har fremhevet at samhandlingsreformen ville føre med seg endringer i pasientgrunnet for hjemmesykepleien. Pasientgrunnet ville endre seg fra i stor grad å bestå av eldre, til å omhandle komplekst syke mennesker i alle aldre (Finnbakk et al., 2012). At en slik endring har skjedd understøttes i en feltstudie fra 40 kommuner. Det fremgikk at pasienter utskrives tidligere, og at antall pasienter økt. Kompleksiteten var også økt i og med at pasienter i større grad ble utskrevet med pågående behandling og teknisk utstyr (Grimsmo, 2013). NOVA (Gautun & Syse, 2013) sin rapport understøtter dette. Majoriteten av sykepleierne rapporterte at kompleksiteten hadde økt. Samtidig uttrykte et stort antall at de opplevde at deres sykepleiefaglige oppgaver derved var blitt mer varierte og spennende (Gautun & Syse, 2013).

6.2 Organiseringens betydning for kunnskapsoppdatering

Funn viste at organisering av hjemmesykepleien i stor grad hadde innflytelse på det daglige arbeidet og kunnskapsoppdatering. Bestiller/utfører modellen var en modell for tildeling av tjenester som ble brukt i tre av de fire kommuner. Ved tildeling av tjenester ble det avsatt tid til utførsel av oppgaven, men ikke til forberedelse. Hvis sykepleierne hadde behov for å innhente eller oppdatere kunnskap for å kunne utføre sykepleieoppgaver måtte denne tid tas fra den totale oppgavetid eller innhentes i form av større arbeidsmengde på kollegaer. En studie utført i 40 kommuner undersøkte virkningene av samhandlingsreformen og kommunal medfinansering av utskrivningsklare pasienter. Studien viste at bestiller-utførermodellen er den mest brukte modell for å tildele tjenester (Grimsmo, 2013). Modellen innebærer at det søkes om en eller flere tjenester og at et bestiller kontor i kommunen

vurderer og innvilger tjenester (Fjørtoft, 2009). Styrken ved denne modell er, ifølge Fjørtoft (2009) at tildeler av tjenester ikke er de samme personer som skal utføre tjenester og det sikrer at søkeren får en objektiv bedømming. Tjenester innvilges og sykepleierne får tildelt oppgaver som skal utføres, sammen med en estimert tid det tar at utføre oppgaven (Fjørtoft, 2009). Funn viste at en slik organisering av hjemmesykepleie kunne oppleves som utfordrende. Det handlet om at arbeidet tenderte å bli oppgavefokusert, samt at tid til utførelse av oppgaver ble styrt, med mindre fleksibilitet dersom pasientens behov endret seg. Bestiller-utførermodellen kan fremstå som et paradoks i lys av funn i en studie hvor 22 ledere fra hjemmesykepleien i ni kommuner ble intervjuet om hva som indikerte omsorg og pleie med god kvalitet. Det fremkom at fleksibilitet var en fellesnevner for å yte god omsorg og pleie. Det fremkom at der hvor hjemmesykepleierne "brøt" reglene, var der hvor lederne var mest tilfredse med kvaliteten av omsorg og pleie (Wollscheid, Eriksen & Hallvik, 2013). Funn viste at med bestiller-utfører modellen opplevde sykepleierne at den sykepleiefaglige vurdering kom i bakgrunnen og at de derved ble redusert til én som utfører oppgaver. Sykepleierne i hjemmesykepleien er underlagt Helse- og omsorgstjenesteloven hvor det fremgår at kommunen som arbeidsgiver er forpliktet til å tilrettelegge for kunnskapsoppdatering hos sine ansatte. Det kan synes at organisering med bestiller-utfører modellen kan hemme sykepleierne i å bruke tid på å oppdatere kunnskaper. Dog viser flere studier til at sykepleiere oppsøker kunnskap i forbindelse med at de skall utføre komplekse sykepleiehandlinger (Christiansen, 2012); (Kyte et al. 2011); (Newman et al. 2014). Det handlet om at sykepleierne sikret seg at deres handlinger var basert på gyldig kunnskap (Christiansen, 2012). Dette viste seg i studien ved at sykepleierne skapte tid i arbeidstiden til å tilegne seg nødvendige kunnskaper. Eksempelvis brukte sykepleierne tid på å oppdatere, kontrollere eller tilegne seg ny kunnskap som var nødvendig å ha for å utføre en prosedyre som det enten var lenge siden de utført eller om den var ny for dem.

Funn viste at sykepleierne hadde et mangfold av oppgaver, både pasientrelaterte og administrative. De pasientrelaterte oppgaver var det som foregikk hjemme hos pasientene eller i direkte tilknytning til å løse oppgaven. De administrative oppgaver var det som foregikk på kontoret og omhandlet dokumentasjon, planlegging, bestilling av resepter, medisinoppdatering, bestilling av utstyr med mere. Alle oppgaver var viktige men sykepleierne måtte selv prioritere mellom dem. Det kunne bety at kollegaer fikk flere oppgaver eller at tiden ble tatt fra administrative oppgaver. Tønnesen (2013) argumenterer i et

essay for at det er et misforhold mellom de oppgaver som skal utføres og de ressurser som er til rådighet. Dette har medført at sykepleierne daglig møter utfordringer i å sikre at pasientene får dekt sine behov for omsorg og pleie (Tønnesen, 2013).

Fravær var også en faktor som påvirket den tiden sykepleierne hadde til rådighet å forberede seg til og utføre oppgaver i. Konsekvens kunne være at det var færre sykepleiere til å utføre de samme sykepleieoppgaver, og det å bruke tid på kunnskap kunne bli nedprioritert. De ønsket større forståelse fra arbeidsgiver i forhold til at de hadde behov for å bruke tid på å tilegne seg kunnskaper for å yte god sykepleie.

Alle sykepleiere var imidlertid ikke enige i at tid var en mangelvare. Enkelte sykepleiere beskrev at det handlet om hvordan man selv organiserte sin dag og gav uttrykk for at de hadde tilstrekkelig tid til både å oppsøke kunnskap, planlegge og utføre faglig god sykepleie.

Dog var det enighet om at tempoet i hjemmesykepleie hadde økt med iverksettelse av Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009). Utskrivningsklare pasienter kom hjem tidligere fra sykehus både ettermiddag, kveld og i helgene, hvilket sykepleierne beskrev ikke var vanlig før. Det medførte at sykepleierne opplevde et økt press i forhold til raskt å planlegge og følge opp pasientforløp, og samtidig sikre at alle var kompetente til å ivareta disse pasientene.

Som Grimsmo (2013) pekte på, hadde det etter iverksettelse av Samhandlingsreformen oppstått et økt behov for mer spesialisert kunnskap blant sykepleierne.

Funn viste at dette hadde ført med seg at flere sykepleiere var ansatt, enten ved å opprette flere stillinger, eller å endre hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger. Et større antall sykepleierkollegaer hadde hatt en faglig virkning, ved at sykepleierne hadde fått flere kollegaer å diskutere fag med. Kirchhoff (2009) viste i en studie at økt antall sykepleiere på en arbeidsplass tenderte å gi økt tidsbruk på læringsaktiviteter. Grimsmo (2013) har gjort lignende funn og beskriver at kompetanseheving og økt faglig fokus særlig viste seg i mindre kommuner etter iverksettelse av Samhandlingsreformen (Grimsmo, 2013).

Funn viste at i noen kommuner hadde man satset på å ansette fagsykepleier, hvilket bidratt til økt fokus på oppdatering og tilegnelse av kunnskap. Dette samsvarer med en studie om fagsykepleiere som brobyggere mellom forskning og klinisk praksis (Christiansen et al., 2009). Det fremgår av studien at fagutviklingssykepleiere kan bidra til å legge til rette for forskningsbasert kunnskap spredt i praksis (Christiansen et al., 2009).

Funn viste eksempler på at det var gjennomført organisatoriske endringer for å styrke fagligheten i sykepleiergruppen, enten via nøkkelpersoner med spesialkunnskap i enkeltområder, eller i form av kunnskapsgrupper. Det kunne dreie seg om sårstell, palliativ pleie, pleie til kolspasienter og pleie til demente, alt etter behovet. Dette gav sykepleierne mulighet for å kunne spesialisere seg i enkeltområder. Med en mer spesialisert funksjon fulgte også et ansvar om å veilede og formidle kunnskap til andre sykepleiere. Denne måte å organisere kunnskapsspesialisering på synes å medvirke til å skape et læringsmiljø innenfor hjemmesykepleiens egne rammer. En spørreskjemaundersøkelse med 83 ressurspsykepleiere, viste at ressurspsykepleiere fungerte ved å organisere nettverk og stimulere til en bedre kvalitet av sykepleien (Aasebø, Hauken & Helgesen, 2011).

6.3 Sykepleiefellesskapet som kunnskapskilde

Funn viste eksempler på kunnskapsdeling i sykepleiergruppen, ved at de med mer kunnskap eller erfaring, formidlet sin kunnskap videre til andre. Dette forgikk både ved at de konsulterte hverandre og ved praktisk opplæring, en form for kunnskapsdeling som har mye til felles med Nielsen og Kvale (2003) sin beskrivelse av desentrert mesterlære. Men det var ikke gitt at de med lengst erfaring i antall år var de mest kunnskapsrike, slik Benner (1984) fremstiller kompetanseutvikling fra novise til ekspert.

Erfaring i hjemmesykepleien var ikke nødvendigvis en avgjørende faktor for kvaliteten av kunnskap. Det fremgikk at man som hjemmesykepleier forholdt seg til et mangfold av sykepleiefaglige utfordringer og diagnoser, slik at sykepleierne kunne befinne seg på ulike nivå innenfor forskjellige områder. Derfor var alle på noen områder noviser og på andre områder opp mot eksperter. Det som var forventet var at de kunne hente kunnskap og lære av hverandre. Dette samsvarer med funn i en studie (Skår, 2010b) hvor elleve nyutdannet sykepleiere ble intervjuet om deres arbeidsplass som læringsarena. Deltagelse i arbeidsmiljøet, engasjement i personlige relasjoner og tilgang på kilder til kunnskap hadde betydning for å skape et læringsmiljø (Skår, 2010b). Lignende funn ble beskrevet i en masteravhandling (Berg & Teiemo, 2012) Noviser benyttet seg av kollegaer for å tilegne seg kunnskap om sykepleie som yrke, bli kjent med pasientgruppene, rutiner og prosedyrer. Med erfaring endret seg bruken av kollegaer til å bli mer gjensidig. De erfarne sykepleierne

beskrev at kollegaer med mer erfaring og kunnskap motiverte dem og gav dem noe at stekke seg etter (Berg & Teiemo, 2012).

I følge Williams (2013) er det viktig for sykepleiere å vite hva man ikke vet, for å vite hvilken kunnskap man skal innhente. Kunnskapsdeling er derfor viktig for å kunne yte god omsorg og pleie (Williams, 2013).

Funn viste at behovet for å oppdatere eller innhente ny kunnskap hyppig oppsto i forbindelse med prosedyrer sykepleierne enten ikke hadde utført på lenge, eller som var ukjent. Ofte veilede sykepleierne hverandre muntlig i hvordan en prosedyre skulle utføres. Det forekom at sykepleiere også hadde behov for å få praktisk opplæring av kollegaer, hvor de gikk sammen til en pasient med det formål at den ene sykepleier skulle læres opp av den andre. Lave og Wenger (2004) presenterer begrepet *partiell deltagelse* som betyr at den som skal lære noe må delta i deler av arbeidet, som gradvis økes i kompleksitet og omfang alt etter som den som lærer mestrer oppgaver. Ved at kunnskaper ble delt på denne måte, så det ut til at *partiell deltagelse* var en måte hvorpå kunnskapsdeling foregikk. Dog var denne metode var ikke hyppig brukt hvilket kan henge sammen med at den var resurskrevde.

Funn viser at sykepleierne ikke bare oppsøkte hverandres kunnskaper i forhold til utførelse av konkrete sykepleieoppgaver, men også når de møtte utfordrende situasjoner eller når de opplev pasienter som utfordrende. Det å skulle utføre sykepleieoppgaver ble betraktet som mer enn en konkret oppgave som skulle utføres, fordi omsorg og pleie ofte var knyttet til andre problemstillinger i situasjonen. Det kunne handle om fysiske rammer i hjemmet eller andre hensyn som måtte tas, som pasienter uten sykdomsinnsikt. Det var viktig for sykepleierne å ta spesielle hensyn, men at det ikke måtte gå ut over forsvarligheten i deres sykepleiehandlinger. Fjørtoft (2009) beskriver at forsvarlighet hører med til sykepleiers ansvarsområde. Sykepleierne beskrev at de hadde et bevist forhold til å si fra og ikke handle utover egen kompetanse, i tråd med de Yrkesetiske retningslinjer (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). I følge Tønnesen (2013) tar sykepleierne personlig ansvar for sine handlinger både faglig og etisk. Pritchard (2006) finner at det å fatte gode beslutninger i utøvelse av sykepleie handler om å bruke sine kunnskaper til å sikre gode beslutninger i forhold til pasientene. Pritchard (2006) fremhever at dette er en ferdighet som kan læres ved å observere kollegaers beslutninger og diskutere grunnlaget for beslutninger.

Selv om hjemmesykepleierne jobbet mye alene med en fysisk distanse til kollegaer, slik Førland(2007) også beskriver, fremgikk det at de likevel hadde opplevelsen av nærhet til sine sykepleiekollegaer når det handlet om å oppsøke hverandres kunnskaper. I en studie, basert på fire fokusgruppeintervju på sykehus, blev arbeidsplassens læringskultur identifisert å ha innflytelse på den daglige utøvelsen av omsorg og pleie. Kollegaer ble beskrevet som en av flere kilder til kunnskap (Bringsvor, Bentsen & Berland, 2013), hvilket samsvarer med funn i denne studie. Bringsvor et al. (2013) hevdet at kollegaers kunnskap hadde direkte innflytelse på egen kunnskap. Dette fordi kollegaer var en kilde til kunnskap. Alvsvåg og Førland (2007) fremhevet at sykepleiere foretrekker å tilegne seg kunnskaper som gir mening for dem. Det innebærer kunnskap som kan komme pasienten til gode enten direkte i sykepleiehandlinger eller indirekte ved å heve kunnskapsnivået av deres kunnskap om pasientens sykdommer. Williams (2013) beskrev hvordan sykepleiere som jobber i et aktivt læringsmiljø skaper kunnskapsnettverk hvor kunnskap utveksles.

Funn viste at sykepleierne anså det som viktig kunnskapsnivået i sykepleiergruppen ble mer lik, fordi det hadde betydning for en mer jevn fordeling av oppgaver. En studie (Berland, Holm, Gundersen & Bentsen, 2012) viste at forskjeller i kunnskapsnivå kunne gi utslag i form av stor arbeids- og oppgavebelastning på de mer kompetente og at dette kunne oppleves som en belastning.

Samtidig viste funn at målet ikke var at sykepleierne skulle bli like kunnskapsmessig. Det å inneha forskjellige kunnskaper ble betraktet som positivt, som kunnskap andre kunne trekke på. Det handlet om, slik Grimsmo (2013) hevdet, å kjenne til hverandres kunnskapsmessige styrker for å kunne trekke på dem ved behov. Sykepleierne var selektive med hvem de rådførte seg med, det var den som var faglig oppdatert i sine kunnskaper som ble konsultert. Enkelte steder var denne kulturen så sterk, at de kontaktet kollegaer i deres fritid, hvis det var denne kollega som ble vurdert til å inneha kunnskapen det var behov for.

Funn viste at sykepleierne i stor grad så på kunnskapsdeling som en naturlig del av deres hverdag, til tross for at de kunne ha utfordringer med rammer og organisering. I likhet med funn i studien til Snisbøer et al. (2012) var sykepleiers engasjement og holdning til kunnskap av betydning for å skape en aktiv læringskultur. Dog er det ikke sykepleierne alene som er forutsetningen for et aktivt læringsmiljø. Faktorer som tid og ressurser spiller inn, og har direkte innflytelse på om det er mulig for sykepleierne å utvikle et aktivt læringsmiljø (Snisbøer et al., 2013).

I tråd med Tønnesen (2013) som beskriver at det i hjemmesykepleie er et misforhold mellom ressurser og oppgaver, beskrev enkelte sykepleiere at de opplevde utfordringer med å leve opp til den faglighet de selv ønsket. Det handlet om tidspress sammen med manglende tilgang til PCer. Det forekom at sykepleierne måtte vente på en ledig PC, hvilket gjorde at det ikke alltid ble lest journal på pasienter forut besøk, og at sykepleier derfor ikke var oppdatert på pasientens situasjon. Videre forekom det at det ikke alltid ble dokumentert etter pasientbesøk og informasjon om pasienten kunne gå tapt, i tillegg til at lovmessig dokumentasjon ikke ble utført. Disse sykepleierne beskrev at de kjente til lovverket, men at rammene de arbeidet under var av slik art, at det ikke alltid var mulig for dem å leve opp til den standard de ønsket. Tønnesen (2013) hevdet at juridiske aspekter i forhold til forsvarlighet bygger på normer for medisinsk behandling, og er ikke tilpasset hjemmesykepleie. Forsvarlighet i sykepleie bør handle om relasjoner mellom pasient og sykepleier, basert på pasientens behov for tjenester i den konkrete situasjon.

6.4 Refleksjon som kunnskapskilde

Funn viste at refleksjon ble oppfattet som en kilde til å dele og å tilegne seg kunnskap, og at dette foregikk på forskjellige måter. Det forekom organiserte refleksjonsgrupper planlagt av arbeidsgiver i arbeidstiden. Det er i tråd med forventninger som er i strategiplanen "Utvikling gjennom kunnskap" (2010). Her står det at sykepleierne forventes å reflektere over sin praksis, og være pådrivere til kvalitet og kunnskap. I et prosjekt i primær sektor, hjemmesykepleie og på sykehjem, undersøkte om refleksjonsgrupper utgjorde noen forskjell i forhold til å tilegne seg kunnskap. Resultater viste at regelmessig refleksjon bidro til gjensidig læring og økt mestring i situasjoner som de ansatte selv definerte som utfordrende (Gjerberg & Amble 2009).

Noen steder var refleksjonsgrupper fastlagt, og andre steder startet man opp ved behov. Dog så det ut til at planlagte refleksjonsgrupper tenderte å opphøre, fordi fremmøte var for lite. Det fremgikk at refleksjonsgruppene var planlagt på tidspunkt hvor sykepleierne hadde det travelt med andre oppgaver. Sykepleierne uttrykte at de følte et press om å prioritere andre oppgaver. Det kan synes som et paradoks at sykepleierne samtidig som de formidlet at de ønsket organisert refleksjon, prioriterte de det bort. Men ser en til funn om at sykepleierne primært prioriterer sine pasienter i en presset arbeidshverdag, kan det tenkes at nedprioriteringen

egentlig ikke er et fravalg men en nødvendig prioritering. Kennedy (2004) fremhever at læringsmuligheter i arbeidshverdagen er viktig for sykepleierne. Det innebærer at sykepleierne ikke kun skal ha et tilbud men at det arbeidsmessig skal være mulig å delta.

Funn viste at sykepleierne likevel reflekterte sammen på en mer uformell måte, uten at det var en planlagt aktivitet fra arbeidsgiver. For eksempel fremgikk det at sykepleierne valgte å ha spisepause på eget pauserom eller kontor for å kunne skape rom for refleksjon. En annen mulighet som ble benyttet var i rapporten i vaktskiftet. Selv de arbeidsplasser som praktiserte stille rapport (lese journal i stedet for muntlig rapport) diskuterte sykepleierne forskjellige problemstillinger.

Den uformelle refleksjonen ble beskrevet som viktig for dem. Enkelte ga uttrykk for at refleksjon tenderte å bli kunstig i mer formelle former, hvis de deltok uten å ha noe å diskutere, og at de foretrakk den mer uformelle refleksjonen. Alvsvåg og Førland (2007) fremhevet at refleksjon handler på den ene side om å tenke gjennom erfaringer eller situasjoner for å skape mening. På den andre side handler det om å reflektere over seg selv. Refleksjon ga mulighet for at sette sine erfaringer i en sammenheng, og dele kunnskaper (Alvsvåg & Førland, 2007).

Funn viste at sykepleierne også brukte den mer uformelle refleksjon til å tale fag. Det ble gjort ved at de diskuterte pasienter utfra forskjellige perspektiver. De så på problemstillingen de diskuterte, ut fra ulike ståsteder. Et eksempel på dette var ved observasjon av små endringer hos pasienter. Sykepleierne diskuterte ulike forklaringer på det observerte. Det kunne handle om bivirkninger, sykdomsutvikling, infeksjon, kognitiv svikt, aldringsprosessen. De søkte å sammen diskutere mulige forklaringer for å kunne fatte riktige beslutninger for omsorg og pleie. Sykepleierne diskuterte derved kunnskapen og knyttet den opp til den enkelte pasient. I tråd med Chinn og Kramer (2005) bidrar det til en bevisst og problemløsende tilnærming til pasienter. Kompleksiteten økte ved at arbeidsstedet var i pasientens hjem. Oppgaver skulle utføres samtidig som man viste hensyn og respekt for pasienten som et menneske. Det berører etiske og estetiske perspektiv i sykepleie (Chinn & Kramer, 2005). Det fremgikk at sykepleierne ofte diskuterte etiske problemstillinger. Respekt for pasientens egne ønsker og bestemmelse over eget liv gjorde etikk viktig å snakke om. Alvsvåg og Førland (2007) hevdet at sykepleierne derved oppnår en mer fyldig forståelse av egen praksis. Alvsvåg og Førland (2007) fremhevet, det å kunne vurdere egen praksis og se situasjoner fra flere sider sammen med andre, dannet grunnlag for å lære god praksis.

Martinsen (1990) presiserte at kunnskap i sykepleien ikke står alene, men inngår i en relasjon mellom sykepleier og pasient. Det å se det unike i hver pasient og pasientsituasjon, samtidig som man fanger opp det spesielle og handler på grunnlag av dette, er viktig i utøvelse av sykepleie (Chinn & Kramer, 2005).

Enkelte sykepleiere foretrakk uformell refleksjon fordi deres behov for å sette egne opplevelser og erfaringer i spill var mer umiddelbar. Sykepleierne beskrev, når de hadde opplevd en utfordrende situasjon, hadde de behov for å reflektere over sin sykepleie umiddelbart etter. I følge Grimen (2008) finnes flere forhold mellom teori og praksis og det å utøve et yrke profesjonelt. Med begrepet ”*Praktiske synteser*”, beskriver Grimen (2008) at kunnskap også er det som læres i praksis og det finnes reelt ikke et skille i å bruke kunnskapsformer, de de brukes i en enhet (Grimen 2008). Det ser ut til at den umiddelbare refleksjon handlet om å kunne, i tråd med Lave og Wenger (2004) og Nielsen og Kvale (2003) verbalisere egne erfaringer, og samtidig høre på andres erfaringer. Det var et behov for å dele sine opplevelser med sykepleiergruppen og sammen tale seg frem til en form for konsensus. Dette bidrog til læring mellom sykepleiere.

6.5 Bruk av andre kunnskapskilder

Funn viser at sykepleiere gjør bruk av et mangfold av kilder for å oppdatere seg og tilegne seg kunnskap, ikke bare kollegaer. Hvilken kilde de gjorde bruk av kom an på hvilket behov for kunnskap de hadde i forhold til en gitt problemstilling. Sykepleierne beskrev at kunnskapstyper ble satt sammen til en enhet i forhold til den pasient det handlet om, hans/hennes situasjon og respekt for pasientens eget hjem. Forskjellige kunnskapstyper fra ulike kilder var derfor viktig for sykepleierne.

Lignende funn ble gjort i Bringsvor et al. (2013) sin studie hvor det fremkom at sykepleiere brukte flere kilder til kunnskap. Erfarings basert kunnskap blev av flere informanter beskrevet viktig, og av enkelte som viktigst (Bringsvor et al. 2013).

I følge Martinsen (1990) handler sykepleie om å kunne sette kunnskap i spill i hver enkelt pasientsituasjon, og at det er sykepleiers oppgave å bruke kunnskap til pasientens beste. Bjørndal (2008) hevdet at det ikke er mulig, for sykepleiere, å til enhver tid være oppdatert på relevant kunnskap. Det ligger derfor i sykepleien en utfordring i at tilegnelse og oppdatering av kunnskap betraktes som en privatsak. Bjørndal (2008) oppfordrer derfor til at kunnskap i sykepleien skal deles og at fag må formidles.

Funn viser at kurs og internundervisning ble hyppig gjort bruk av sykepleierne for å oppdatere og tilegne seg ny kunnskap. Funn i andre studier viser til at kurs og undervisning hyppig er kilder til sykepleieres kunnskap (Lindberg, 2003); (Christiansen et al. 2009). Før Samhandlingsreformen hadde sykepleierne erfart en opptrapping av fokus på kunnskap. De beskrev at kurs og undervisningsaktiviteter hadde økt, og derved også det sykepleiefaglige fokus. NOVA sin rapport (Gautun & Syse, 2013) understøtter dette. Over halvparten av sykepleierne har benyttet seg av kompetansehevende tiltak, som kurs, hospitering, etter- og/eller videreutdanning, ambulerende team, rådgivning fra sykehus, i forbindelse med Samhandlingsreformen (Gautun & Syse, 2013).

Kurs og undervisning beskrevet av flere sykepleiere som kunnskap arbeidsgiver ønsket de skulle ha, og at kunnskapsinnhold ikke nødvendigvis samsvarte med behov hos sykepleierne. I en norsk studie om kilder til sykepleiers kunnskaper, fra sykehussetting, fremkommer at teoretisk kunnskap som sykdomslære, av sykepleierne, oppfattes å være bakgrunnskunnskap for sykepleien (Bringsvor et al. 2013). Sett sammen med at funn viste at sykepleierne vurderte at det faglige nivå ikke møtte deres forventinger kan en anta at internundervisning handlet om å sikre og vedlikeholde et minimum av kunnskaper.

Internundervisning, hvor sykepleierne eksempelvis fikk undervisning i de sykdommer de hyppigst arbeidet med, så ut til å være en integrert del av arbeidshverdagen. Den samme internundervisning ble gjentatt med jevne mellomrom. Sykepleierne beskrev at deres behov for kunnskap ikke var å få gjentatt den samme undervisningen men at de ønsket å kunne bygge på de kunnskaper de allerede hadde. Nivået kunne oppleves å ligge for lavt i forhold til kompleksiteten de opplevde hos sine pasienter. Dette kom i uttrykk i forhold til sykdomslære. På andre siden gav de samme sykepleierne uttrykk for at de var positive til å ha muligheten for å vedlikeholde sine kunnskaper ved å delta på internundervisning. Andre sykepleiere uttrykte at de kunne tenke seg at internundervisningen i større grad baserte seg på de pasienter og utfordringer som var aktuelle for dem. Dette samsvarer med funn som Skår (2010a) gjorde i en studie hvor sykepleiere både fra sykehus, hjemmesykepleie og sykehjem, ble intervjuet både i fokusgruppe og individuelt. Sykepleierne forventet at arbeidsplassen var et sted hvor de kunne tilegne seg kunnskap og at de ønsket mer organiserte læringsaktiviteter (Skår, 2010a). *Funksjonell kunnskap* beskrives av Banning (2012) å inkludere omstendigheter i forhold til kunnskap, og at kunnskap derfor ikke kan stå alene. Det at sykepleierne ønsket å bygge på

sine kunnskaper og lære om det som opplevdes relevant for dem, kan ha en sammenheng med å gjøre kunnskapen omsettelig til deres praksis.

Kurs var en aktivitet som foregikk utenfor hjemmesykepleien. Kurstilbud var hyppig men det kunne være spørsmål om økonomisk ressursfordeling om det lot seg gjøre å dra på kurs. Ved å vise engasjement kunne den enkelte påvirke hvordan ressurser til kurs ble fordelt i sykepleiergruppen. Det var derfor ofte de samme sykepleierne som fikk muligheten til å gå på kurs, og det hang ikke nødvendigvis sammen med behovet hos den enkelte sykepleier. Dette betød at det var de sykepleierne som var mest opptatt av å oppdatere seg, som det ble det brukt mest ressurser på. Kirchhoff (2009) har gjort lignende funn i en studie fra kommunehelsetjenesten, som viste at ressurser til kunnskap tenderer å fordeles ulikt. Ledere og sykepleiere med særlig ansvar forbruker flest ressurser (Kirchhoff, 2009). Umiddelbart kan en undre seg over at ressurser fordeles på slik måte, men på andre siden kan det være fornuft i at enkelte sykepleiere prioriteres. Disse sykepleiere kan ha en funksjon å fylle i forhold til å formidle kunnskap i sykepleiergruppen og forventes å ha både oppdatert og dypere kunnskap. På andre siden beskrev ikke sykepleierne at ressursfordelingen hadde sammenheng med funksjon, men med engasjement.

Funn viser at de fleste sykepleiere innhentet kunnskaper ved å selvstendig oppsøke kilder som lærebøker, faglitteratur, databaser og nettsider. Christiansen (2010) fant i en studie at ulike former for skriftlige kilder ble benyttet av sykepleiere i den daglige kunnskapsoppdateringen. Funn viste at hjemmesykepleierne også innhentet kunnskap fra skrevne kilder i sin fritid. Enkelte av dem benyttet elektroniske kilder i arbeidstiden, eksempelvis nettsider som ”Helseinformasjon” og PPS. Her søkte de etter spesifikk kunnskap om sykdommer eller prosedyrer.

I en canadisk studie, bland intensivsykepleiere, med fokus på adferd i forhold til å søke kunnskap, var det lignende funn. Studien viste sammenheng mellom å kunnskap om og trening i å søke kunnskap (Newman, Doran & Nagle, 2014). Det å innhente kunnskap var del av problemløsningsorientert tenkning. Det ble hevdet at sykepleiere som tilegnet seg en strategi hvor de stoppet opp i situasjonen de stod i og fikk kontroll over egne følelser, responderte mer hensiktsmessig på konkrete utfordringer. Rent praktisk innebar det at sykepleieren stoppet opp og brukte et par minutter på å tenke gjennom situasjonen hun stod i. Hensikten med dette var at sykepleieren fikk mulighet for å kort reflektere over den handling hun skulle utføre og

ikke bli styrt av sine følelser. I tillegg hadde ferdigheter i å søke kunnskap betydning. Newman et al. (2014) hevdet at de to faktorer var avgjørende i forhold til å utvikle en problemløsende tilgang.

Det tegnet seg et bilde av forskjell i bruk av faglitteratur. Sykepleiere med mindre erfaring beskrev at hadde behov for å lese seg opp i faglitteratur. Derfor var de, de mest Oppsøkende i forhold til å lese kilder som lærebøker og faglitteratur.

Et tilsvarende bilde tegnet seg i forhold til bruk av elektroniske kilder, hvilket kan ha sammenheng med at sykepleierne med mindre erfaring også var yngre og mer vant til at bruke elektroniske kilder. På andre siden kan større konsumering av kunnskap fra elektroniske kilder ha en sammenheng med at disse sykepleierne oppsøker og bruker kunnskapen direkte i sin praksis. De beskrev at de møtte en problemstilling hvor de opplevde å mangle kunnskap. De søkte kunnskap og vurderte om denne kunnskapstilegnelse satte dem i stand til å handle. Deretter omsatte de kunnskapen i praksis. Snibsøer et al. (2012) beskriver sammenheng mellom sykepleieres bruk av evidensbaserte kilder og om kunnskapen blir brukt aktivt i deres praksis. Samme studie (Snibsøer et al., 2012) viste til sammenheng mellom at sykepleiere uten videreutdanning er mindre positive til evidensbaserte kilder. Dette er en motsetning til funn i denne studie hvor tendensen var at sykepleiere med mindre erfaring hadde en mer positiv holdning til elektroniske kilder og at de i høyere grad var aktive brukere.

Tilgang til elektroniske kilder fra arbeidsplassen har direkte betydning for bruk av disse kilder. I hjemmesykepleier uten tilgang til for eksempel, PPS, var det vanlig å innhente prosedyrer fra sykehus ved behov. Forskjellen var at hjemmesykepleie med direkte tilgang til PPS tenderte å hyppig kontrollere sin kunnskap. De hadde enkel tilgang til en kilde hvor de hurtig kunne kontrollere endringer og oppdateringer. I de uten tilgang på PPS, tenderte sykepleierne å utføre prosedyrer utfra tidligere erfaringer og hvis de ikke hadde erfaring, innhentet kunnskap fra aktuelle sykehusavdelinger. De hadde derfor ringere vilkår for å kontrollere endringer i, og oppdatering av prosedyrer.

Enkelte sykepleiere søkte i databaser for å se på forskningsartikler. Dog uttrykte enkelte andre sykepleiere en viss skepsis til forskning. Forskning ble betraktet som fjern fra den virkelige kliniske hverdag og derfor ikke overførbar. Bringsvor et al. (2013) fant i sin studie at enkelte sykepleiere var skeptiske til om forskning burde ha en rolle i sykepleien. Heaslip, Hewitt-Taylor og Rowe (2012) har undersøkt sykepleieres bruk av forskning i sin praksis (96

spørreskjema), og fant motsatt, at det forekom en positiv holdning til at forskning bør ha en plass i praksis. Heaslip et al. (2012) beskriver at sykepleierne mangler ferdigheter i å kunne inkludere forskning med henblikk på å bedre egen praksis. Både Heaslip et al. (2012) og Bringsvor et al. (2013) hevdet at sykepleiere trenger tid til å lese forskning og forskningsbaserte guidelines for å kunne evaluere og diskutere endringer i praksis med hverandre. For at forskning og ny forskningsbasert kunnskap skal bli en integrert del av praksis ser det ut til at det å oppsøke og forholde seg til slik kunnskap i større grad bør integreres i sykepleiers hverdag.

Funn i studien viser at sykepleierne hadde flere eksterne kontaktflater utover den interne, hvor de kunne oppsøke og innhente kunnskaper. Kontakt med leger og spesialisthelsetjenesten var derfor også kilde til å kunne oppdatere seg og tilegne seg kunnskaper. De hadde jevnlig kontakt til forskjellige leger hvor de kunne diskutere problemstillinger. Det handlet om fastlege, spesialistlege og legevaktslege.

Enkelte hjemmesykepleiere hadde tilgang på et Ambulerende team (fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten) som fulgte med sykepleierne hjem til pasientene med henblikk på opplæring direkte i pasientens hjem. Denne måte å lære på blev i likhet med hospitering beskrevet som givende. I NOVA (Gautun & Syse, 2013) sin rapport beskrives hospitering og Ambulerende team som et av flere tiltak til kompetanseøkning. Dog viste rapporten at dette var tiltak som ble brukt i mindre omfang.

De forskjellige kontaktflater til kunnskapsdeling kan ses som å være tråd med krav om vedlikehold og oppdatering av kunnskaper, beskrevet i en nasjonal strategi for 2011-2015, "Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester –en nasjonal satsning" (Helsedirektoratet, 2010) og i Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009) hvor det blev stillet krav til å vedlikeholde og oppdatere kunnskaper.

Dette eksemplifiserer måter som deling av kunnskap fra spesialisthelsetjenesten til hjemmesykepleie kan foregå på. Via eksterne kontaktflater sørget sykepleierne for å hente impulser til praksisfellesskapet. Davis, Devoe, Kansagara, Nicolaidis og Englander (2012) beskriver at spesialisthelsetjenesten ved å dele sin kunnskap, kan medvirke til at pasientene får optimal oppfølging i eget hjem.

Kennedy (2004) og Skår (2010a) viser til at sykepleiere i hjemmesykepleie har flere kontaktflater til å innhente kunnskap som de benytter seg av. Det er i tråd med Williams (2013) som beskriver at sykepleiere har bruk for å utvikle et kunnskapsdelende nettverk både innenfor egen arbeidsplass, men også med kunnskapsressurser utenfor egen arbeidsplass. Også Lave og Wenger (2004) og Nielsen og Kvale (2003) påpeker at et praksisfellesskap alltid er knyttet til andre miljøer med mulighet for å utveksle kunnskaper, som en forutsetning for at praksisfellesskapet kan utvikle seg.

7.4 Avslutning

Studiens problemstilling er:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med hjemmesykepleie som læringsarena?

Problemstillingen er blitt belyst med følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvilke faktorer påvirker tilegnelse av kunnskap?*
2. *Hvordan oppdateres og vedlikeholdes kunnskaper i sykepleiefellesskapet?*
3. *Hvilke kilder til kunnskap benyttes?*

Ved å gjennomføre et pilotfokusgruppeintervju og tre fokusgruppeintervju i fire forskjellige kommuner i sprette deler av Norge, er det undersøkt hvordan sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie erfarer sin arbeidsplass som en arena hvor de kan tilegne seg kunnskaper. Sykepleiernes erfaringer bar preg av at tilegnelse av kunnskap foregår på forskjellige måter, men det som utpeker seg spesielt er at læring i hjemmesykepleie i stor grad foregår i fellesskapet. Derfor ses tilegnelse av kunnskap, i denne oppgave, utfra et sosiokulturelt perspektiv.

Fagfeltet i hjemmesykepleie er bredt og funn viste til at dette virket stimulerende for tilegnelse av kunnskaper, samtidig som det kunne oppleves en utfordring. Sykepleierne beskrev en opplevelse av å inneha overfladiske kunnskaper om mange forskjellige sykdommer, men ikke tilstrekkelig dybde- eller spesialkunnskap.

Funn viste at sykepleierne ønsket å føle seg trygge og kompetente i sin utøvelse av sykepleie og derfor tilstrebet sykepleierne at tilegne seg kunnskaper de manglet. Det handlet om en balanse i forholdet mellom generell- og spesialisert kunnskap. Funn viste at dette gjaldt både mindre erfarne sykepleiere og sykepleiere med lang erfaring. De mindre erfarne sykepleiere beskrev hyppigere at oppleve ubalanse mellom generell- og spesialisert kunnskap. De mer erfarne sykepleiere beskrev at de utfra lang erfaring mer presist identifiserte hvilken kunnskap de hadde behov for å innhente for å kunne utføre kompetent sykepleie.

Funn viste at organisering av tildeling av tjenester, med bestiller/utfører modellen hadde betydning for fokus på tilegnelse og oppdatering av kunnskaper. Bestiller/utfører modellen tenderte at gjøre utøvelse av sykepleie oppgavefokuset og gav lite rom for sykepleierne

selvstendig at vurdere pasienters behov. Tid til oppdatering og tilegnelse av kunnskaper forut sykepleieoppgaver var noe sykepleierne selv organiserte. Tid så ut til å være en betydelig faktor og sykepleiergruppen var sårbar for fravær. Dog var det enkelte sykepleiere som gav uttrykk for at det å ha tilstrekkelig tid, handlet om å administrere sin egen dag. Dog var det enighet om at tempoet i hjemmesykepleien hadde økt etter iverksettelse av samhandlingsreformen. Dette i og med at pasienter kom hjem fra sykehus tidligere i sine forløp og at pasientene var mer komplekse. Derfor var det oppstått et behov for mer spesialisert kunnskap og det var nødvendig for sykepleierne at kunnskap kunne sirkulere i sykepleiergruppen, slik at de sikret at de var kompetente til at ivareta pasientene. Med samhandlingsreformen hadde sykepleierne erfart endringer i å organisere kunnskap og læring. Flere sykepleiere var ansatt, fagsykepleiere var ansatt, sykepleierne ble organisert med nøkkelpersoner og/eller kunnskapsgrupper. Disse endringer hadde medført større fokus på kunnskap og læring. Sykepleierne hadde en klar forventning til at kunnskapsdeling var en del av deres hverdag.

Funn i studien viser at kollegaer hadde en vesentlig betydning for tilegnelse og oppdatering av kunnskap. De hadde en forventning om å kunne trekke på hverandres kunnskap, enten det handler om ny kunnskap, supplere kunnskap eller om å kontrollere kunnskap. Sykepleiere i hjemmesykepleie hadde forskjellig bakgrunn, ofte fra spesialisthelsetjenesten, hvor de hadde tilegnet seg forskjellig kunnskap, som de delte med sine kollegaer. Dette var en fordel fordi at fagfeltet i hjemmesykepleie favner bredt. Selv om sykepleierne jobbet mye alene og hadde en fysisk distanse til hverandre, hadde de en nærhet i sine interne kunnskapsnettverk og kjente til hverandres kunnskapsmessige styrker og svakheter.

Funn viste at refleksjon var et fora hvor de kunne ta opp utfordringer de opplevde og sammen sette kunnskaper i spill. Refleksjon foregikk både formelt, organisert av arbeidsgiver, men også i stor grad uformelt når sykepleierne hadde litt tid, typisk i matpause og i rapporten. Forsvarlighet i utøvelse av sykepleie opptog dem og de var opptatt av å ikke handle utøver egen kompetanse.

Sykepleierne benyttet seg av kunnskap fra forskjellige kilder, så som lærebøker, faglitteratur, databaser og nettsider, og satte disse kunnskaper i spill i forhold til den enkelte pasients behov og ønsker.

Det viste at internundervisning og kurs var hyppige aktiviteter men at kunnskapen ikke alltid var i tråd med de behov sykepleierne hadde. Sykepleierne ønsket at bygge på den kunnskap de allerede hadde og sette den i spill i konkrete pasientsituasjoner. Fordeling av ressurser til at sykepleierne kunne bruke til på tilegnelse av kunnskap, som ved kursdeltagelse, hang ikke sammen med hva sykepleierne selv mente behovet var. De beskrev at de sykepleier som viste engasjement ble prioritert og det ofte var de samme sykepleiere. Det kan se ut til at der i hjemmesykepleie er behov for en plan for oppdatering og tilegnelse, på både individuell og felles plan, for sykepleierne.

Et funn som overrasket var at enkelte sykepleiere søkte kunnskap direkte i forskningsartikler. Dog rådet det fra enkelte sykepleiere en skepsis til slik kunnskap, da forskning ble betraktet som fjern fra den daglige praksis. Det ser ut til, hvis sykepleiere på bredere plan skal nytte gjøre forskning i sin hverdag, har behov for redskaper i å finne, læse og vurdere forskning.

Funn viste at sykepleierne har kunnskapsnettverk også utenfor egen arbeidsplass og at det i stor grad var sykepleierne i hjemmesykepleie som var aktive i å oppsøke kunnskap i disse nettverk. Sykepleierne nyttiggjorde seg kunnskap fra legestaben og spesialhelsetjenesten via disse nettverk.

7.5 Avsluttende kommentarer

Under arbeidets gang med å analysere data har vært en øyenåpner for kompleksiteten kunnskapsfeltet i hjemmesykepleie er. Kunnskapsfeltet er bredt samtidig som spesialisert. Endringer i pasientgrunnetilfører enda et lager av kompleksitet. Det ser ut til at det med samhandlingsreformen hadde fulgt med et faglig kunnskapsløft. Sykepleierne er beviste og arbeider aktivt på å leve opp til nye kunnskapskrav ved å tilegne seg kunnskap. Dette utfra et ønske om å være en kompetent sykepleier. Det som er viktig for sykepleierne er at kunnskap er omsettelig i praksis og til nytte for pasientene.

Med større kompleksitet hos pasienter stilles det endrede faglige krav til dem som sykepleiere. Sykepleiers funksjon ser derfor ut å være i endring (Opsahl, 2012). Dette betyr at krav om hvilke kunnskaper som blir viktige kan være i endring. De strukturelle endringer

som følger med samhandlingsreformen kan endre sykepleierens rolle til å mer dreie seg om å samhandle og koordinere tjenestetilbud (Opsahl, 2012). Det ser ut til at sykepleierne i hjemmesykepleie har en fremtid med endringer foran seg som kan bli utfordrende. Sykepleierne i denne studie er klare for å ta opp denne utfordring.

Litteraturliste

Aasebø Hauken, M., Helgesen, R. (2011). Kreftnettverk gir trygghet. Sykepleien Nr. 11, 58-61.

Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007). Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Akribe.

Banning, M. (2012). Educating for capability in NMP education and training. Nurse Prescribing. Vol 10. No 3. P 148-153.

Benner, P. (1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice.

Berg, A. S. & Teiemo, H. W. (2012). Kunnskapsprosesser i to kunnskapsintensive profesjoner. Et komperativt studie av dataingeniør og sykepleieprofesjonen. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Norge.

Berland, A., Holm, A. L., Gundersen, D. & Bentsen, S. B. (2012). Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. Journal of Nursing Management. 20, s. 794-801.

Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I.T., Hofoss, D., Kirkevold, M., og Foss, C. (2013). Instruments measuring nursing staff competence in community health care. Home Health Care Management and Practice. Vol. 25 no. 6 p 282-294.

Birkeland, A., Flovik, A. M. (2011). Sykepleie i hjemmet. Akribe.

Bjørndal, A. (2008). Kunnskapsdeling og fagformidling. 5:7-10.

Bjørnshave, B. (1995). Danske forord. I: Benner, P. Fra novise til ekspert. Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Munksgaard 1995.

Bringsvor, H. B., Bentsen, S. B., Berland, A. (2013). Sources of Knowledge used by intensive care nurses in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing* 30, 159-166.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.001>

Ceci, C. (2006). What she says she needs doesn't make a lot of sense: seeing and knowing in a field study of home-care case management. *Nursing Philosophy*, 7, 90-99.

Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2005). *Udvikling af kundskaber i sygepleien*. Akademisk Forlag.

Christiansen, B. (2010). Why do nurses utilize textual knowledge sources at work? *Vård i Norden*. Publ. No 98. Vol. 30. No. 4, PP 4-8.

Christiansen, B. (2012). Knowledge-seeking practice of competent nurses. *Nordisk Sygeplejeforskning*. Nr 2. S. 121-132.

Christiansen, B., Carlsten, T. C., Jensen, K. (2009). Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien. Forskning*. Nr 2. 4:100-106.

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode –en kvalitativ tilnærming*. Universitets forlaget.

Davis, M., Devoe, M., Kansagara, D., Nicolaidis, C., Englander, H. (2012). Did I Do as best as the system would let me? Healthcare professional views on hospital to home care transitions. *J Gen Intern Med* 27(12):1649-56.

Engedal, K, Haugen, P. K. (2005) *Demens fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Fermann, T. & Næss, G. (2010). *Eldreomsorg i hjemmesykepleien*. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H.. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag. 4. Opplag.

Finnbakk, E., Skovdahl, K., Blix, E.S., Fagerstrøm, L., (2012). Top-level managers`and politicians`worries about future care for older people with complex and acute illnesses – a Nordic study. *Int J Older People Nurs.* Jun; 7(2): 163-172. Epub 2012 Feb 13.

Fjørtoft, A. (2009). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter.* Fagbokforlaget.

Forebygging.no (2010). *LEON prinsippet.* Hentet 10. August 2014

fra <http://www.forebygging.no/en/Ordbok/L-P/LEON-prinsippet/>

Gautun, H. Og Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 8/13.

Gjerberg, E. & Amble, N. (2009). *Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon.* *Sykepleien Forskning.* Nr. 1;4:36-42.

Goffman, E. (1986). *Frame analysis. An Essay on the Organization of Experience.* Northaestern University Press edition.

Grimen, H. (2008). *Profesjon og kunnskap.* I Molander, A. & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier.* Universitetsforlaget.

Grimsmo, A. (2013). *Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter?* *Forskning.* Nr 2; 8: 148-155.

Gronroos, E., Perala, M. (2008). *Self-reported competence of home nursing staff in Finland.* *JAN original research.* P 27-37.

Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper.* Samfunnslitteratur og Roskilde Universitetsforlag.

Hasson, H. & Arnetz, J. E. (2007). *Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes.* *Clinical Nursing.* 468-481.

Heaslip, V., Hewitt-Taylor, J., Rowe, N.E. (2012). *Reflekting on nurses`views on using research in practice.* *British Journal of Nursing.* Vol 21. No 22. P 1341-1346.

Hegerstrøm, T. (1997). "Noen tanker om det å jobbe i andres hjem" I Elster, E. & Hegerstrøm, T. (Red.) Kommunale hjemmetjenester –mangfold og muligheter. Tano Aschehoug.

Helsedirektoratet. (2010). *Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester –en nasjonal satsning. Overordnet strategi 2011-2015*. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvikling-gjennom-kunnskap-utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hummelvold, J.K., Andvig, E., Lyberg, A. (red.) (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Gyldendal Akademisk.

Karlsson, M. & Wikstrøm, A-C. (2013). *Specialsjukskøterska med inriktning mot avancerad vård i hemmet*. Socialmedicinsk tidsskrift. 1. S. 172-178.

Kennedy, C. M. (2004). *Atypology of knowledge for district nursing assessment practice*. Journal of Advanced Nursing, 45(4), 401-409.

Kirchhoff, J. (2009). *Tilfeldig oppdatering. Samfunnet krever faglig forsvarlighet, men legger ikke til rette*. www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftvennlig?p_document_id=116702

Kunnskapsdepartementet. *Kvalitetsreformen - overgang til ny gradsstruktur, 3-årige studieløp og nye vurderingsformer*. <http://www.regjeringen.no>

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

Kyte, L., Kleven, O.T., Elzer, T.A. & Kvigne, K. (2011) Medisinsk og naturvetenskapelig kunnskap i sykepleiepraksis. *Sykepleien Forskning* 6(4):314-322.

Lave, J. & Wenger, E. (2004). *Situert læring og andre tekster*. Hans Reitzels Forlag.

Laursen, E., Plos K. & Ivarsson, B. (2009). Yrkeskunnande och kompetensutveckling i arbetet med vuxna individer med utvecklingsstörning –et vårdarperspektiv. *Vård i Norden* No. 91. Vol 29. PP 19-23.

Lauvås, P. & Handal, H. (2010). *Vejledning og praksisteori*. Cappelens Forlag.

Lindberg, A. K. (2003). Hvor leser sykepleierne om ny forskning? *Sykepleien* (nr. 9). S. 42-45. DOI: 10.4220/sykepleiens.2003.0020

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

Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. I Engelsrud, G. & Jensen, K. *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal.

Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen –rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Newman, K., Doran, D., Nagle, L. M. (2014). The relation of critical care nurses' informationseeking behaviour with perception of personal control, and non-routiness of the task. *Dynamics*. Canadian Association of Critical Care Nurses. 25(1), 13-18.

Nicolaisen, H., Bråthen, K. *Frivillig deltid – en privatsak? Fafo-rapport 2012:49*

Nielsen, K. & Kvale, S. (2003). *Praktikkens læringslandskab. At lære gjennom arbejde*. Akademisk Forlag.

Opsahl, G. (2012). Forførende samhandlingsreform. Sykepleien. 100(03):60-63.

Pritchard, M. J. (2006). Making effective clinical decisions: a framework for nurse practitioners. British Journal of Nursing. Vol. 15, No. 3.

Ruyter, K. W., Solbakk, J.H. & Førde, R. (2007). Medisinsk og helsefaglig etikk. Gyldendal Akademiska. 2. Utg.

Skår, R. (2010a). How Nurses Experience Their Work as a Learning Environment. Vocations and Learning 3:1-18. www.springerlink.com

Skår, R. (2010b). Knowledge use in practice: The importance of practical understanding and personal involvement. Nurse Education Today. 30(2010) 132-136.

Schuyler, C. B. (1995). Notes on Nursing. Bemærkninger om sygepleie. Munksgaard.

Schøn, D. A. (2013). Uddannelse af den reflekterende praktiker – tiltag til en ny udformning af undervisning og læring for professionelle. Forlaget Klim.

Snibsøer, A. K., Rydland Olsen, N., Espehaug, B., Wammen Nortvedt, M. (2012). Holdninger og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. Sykepleien nr3. Forskning. 7:234-241.

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

Tønnesen, S. (2013). Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet. Forskning, nr 2,8:148-155.

Utdanningsforbundet (2008) Temanotat 6/2008. Evidens og evidensdebattens betydning for utdanningssystemet. Hentet fra:
www.utdanningsforbundet.no

Vassenden, E., Andrews, T. (2007). Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. Samfunnsfag - Sosiologisk tidsskrift, Nr 2: 151-162.

Vågan, A., Erichsen, T., & Larsen, K. (2014). Sykepleierstudenters syn på kunnskap og læring. Sykepleien Forskning nr. 2; 9. S. 170-181.

Wenger, E. (2004). En sosial teori om læring. I: Lave, J. & Wenger, E. (2004). Situert læring og andre tekster. Hans Reitzels Forlag.

Williams., C. (2013). Can you help me? Knowledge sharing within the nursing profession. Nursing for Woman`s Health. Volume 17. Issu 2. P 139-142.

Wollscheid, S., Eriksen, J., Hallvik, J. (2013). Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. Caring Sciences. Volume 27, Issue 2. P. 414-421.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler. (2011).

Hentet fra

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Østby, B. A. (2012). Overdriver utfordringene. Sykepleien, Publisert 29.03.2012.

Vedlegg 1

Forespørsel til fagsykepleier/leder om å inkludere sykepleiere til studien "Oppdatering av kunnskaper i hjemmesykepleie"

Jeg er Masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus ved fakultet for helsefag, institutt for sykepleie. Jeg vil gjennomføre en studie om oppdatering av kunnskaper hos sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie.

Hensikten med prosjektet er å se på hvilke erfaringer sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie har med oppdatering av kunnskaper og hvilke faktorer som erfares å hemme eller fremme oppdatering av kunnskaper.

For å finne ut av dette vil jeg utføre fokusgruppeintervju med ca seks sykepleiere som er ansatt i hjemmesykepleie i denne kommune. Jeg ønsker å intervju sykepleiere som har vært ansatt i minimum femti prosent stilling med minimum et års erfaring i hjemmesykepleie. Intervjuet vil ta en time. Deltagelse i studien er frivillig. Jeg er underlagt taushetsplikt og opplysninger vil bli behandlet strengt konfidensielt.

Ved godkjenning vil jeg ta kontakt med avdelingsleder for hjemmesykepleie for videre avtaler vedrørende tid og sted for intervju.

Jeg håper på positiv interesse for studien.

Studien er søkt og godkjent i NSD, Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen kan du ta kontakt med meg på mobil: +45 71707694 eller mail: sarakvam@gmail.com

Sender med som vedlegg:

Prosjektbeskrivelse

Informasjonsskriv til deltager i studien

MVH

Sara Kvam

Vedlegg 2

*Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet
"Oppdatering av kunnskaper i hjemmesykepleie"*

Jeg er sykepleier og mastergrad student i klinisk sykepleievitenskap på Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie.

Jeg har arbeidet i det kliniske felt som sykepleier både på forskjellige sykehus og i de senere år i kommunehelsetjenesten i hjemmesykepleie.

Rapporter viser til at det i de siste årene har skjedd en endring i forhold til mengde pasienter med mer kompleks sykdom som mottar hjelp i eget hjem. Med samhandlingsreformen ble dette enda tydeligere.

I forbindelse med min mastergrad gjennomfører jeg en studie med sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie om erfaringer med oppdatering av kunnskap.

Hensikten med prosjektet er å se på hvilke erfaringer sykepleiere med klinisk praksis i hjemmesykepleie har med oppdatering av kunnskaper og hvilke faktorer som hemmer og hvilke faktorer som fremmer oppdatering av kunnskaper.

For å finne ut av dette vil intervju bli gjennomføre som fokusgruppeintervju. Det betyr at deltagere samles i en gruppe på 4-8 personer og at tema diskuteres. Temadiskusjonen blir tatt opp med lydopptaker og intervjuet varer i omtrent en time. Vi vil være to studenter tilstede. Den ene fungerer som moderator for temadiskusjon og den andre for praktiske ting. Vi har taushetsplikt.

Jeg foreslår tid for intervju i uke 43 og gjerne d. 24/10 eller 25/10. Men dato er selvsagt fleksibelt.

Studien er søkt og godkjent i NSD, Personvernombudet for forskning, Norsk

samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Deltagelse i studien er frivillig. Jeg er underlagt taushetsplikt og opplysninger vil bli behandlet strengt konfidensielt.

All data materiale anonymiseres og ved studiens ferdigstilling sommeren 2013 blir dataene slettet. Lydopptak og tekstmateriale slettes.

Jeg håper at du fikk lyst å delta i denne studie.

Hvis du ønsker å delta ber jeg om samtykkeerklæring som undertegnes når vi møtes for intervju.

Som deltager i studiet kan du når som helst trekke deg uten å skulle gi noen forklaring. Da vil alle opplysninger om og fra deg slettes.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, kan du gjerne ta kontakt med meg på mobil: +45 71707694 eller mail: sarakvam@gmail.com

Med vennlig hilsen Sara Kvam.

Vedlegg 3

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

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

Vår dato: 28.09.2012

Vår ref:31442 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31442	<i>Oppdatering av kunnskaper i hjemmesykepleien</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bjørg Christiansen</i>
<i>Student</i>	<i>Sara Kvam</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Anne-Mette Somby

Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Sara Kvam, Myragutua 65, 2022 GJERDRUM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svuit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31442

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet mottatt 24.09.12 tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

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

Prosjektet skal avsluttes 01.07.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes.

Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 4

Intervjuguide

Innledning

Alle deltagere har på forhånd fått skriv om studien med informasjon om tema, hensikt samt informasjon om anonymitet. Jeg henviser til dette og spør om det er noe som er uklart og om det er spørsmål til studien.

Åpningsspørsmål

- Kan dere beskrive en situasjon med en pasient som var vanskelig/utfordrende?

Oppfølgingsspørsmål

- Hva gjorde dere utrygge i situasjonen? (Når opplevdes det som vanskelig?)
- Var dere rustet/forberedt til situasjonen?
- Hva skjedde mens dere var hos pasienten?
- Hvilken betydning fikk situasjonen etterpå for dere som sykepleiergruppe?
- Hva tenker dere om å møte en lignende situasjon? (Ble dere bedre rustet? Hvordan?)
- Er det ofte dere møter vanskelige situasjoner?
- Er det greit at noen er gode på noe og at andre sykepleiere kan støtte seg til den person? Hva tenker dere om det?
- Hvilke kunnskapskilder oppsøkte dere?

Spørsmål/tema med oppfølgingsspørsmål

Samhandlingsreformen kom for et lite år siden. Det ble spådd at hjemmesykepleie ville få flere brukere med mer komplekse sykdommer samtidig som ressursene er begrensede.

- Hvordan erfarer dere at det er?
- Hvilke ferdigheter har dere erfart at dere som sykepleiere må ha for å kunne jobbe her nå?
- Har dette endret seg i forhold til tidligere?
- Hvilken opplæring har dere fått?

- Er det vanskelig å få opplæring? (På hvilken måte?)
- Hvordan foregår den daglige oppdatering i hjemmesykepleie?
- Hvor får dere kunnskaper fra?
(litteratur, faglige møter, undervisning, seminarer, praktisk opplæring)
- Hvilke faktorer opplever dere er bra og hvilke er mindre bra for læring på arbeidsplassen?
- Hvilke gode grunner er det for å la være å lære nytt?
- Lærer dere på arbeidsplassen? (Hva lærer dere og av hvem og på hvilken måte?)
- Er det å oppdatere seg/utvikle kompetanse planlagt og satt i system?
- Hvordan er sammenhengen mellom det å utvikle seg faglig og de utfordringer sykepleiere har her?