

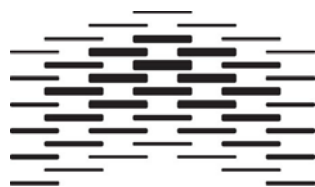
MASTEROPPGAVE
i Sykepleie-klinisk forskning og fagutvikling
Mai 2016

Hvordan utvikler operasjonssykepleiere sin faglige kompetanse etter fullført videreutdanning?

Sisilie Havnås Skråmm
Deltid 2012-2016

Veileder: May Karin Rognstad

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

FORORD

Å få anledning til å studere i voksen alder har vært et stort privilegium. For meg har dette studiet vært en svært positiv «reise».

Takk til min arbeidsgiver Akershus Universitetssykehus, ved avdelingssjef Anne Grete Moen som har trodd på meg og lagt til rette for at dette prosjektet kunne bli mulig. Takk til alle gode kolleger på Sentraloperasjon for interesse, oppmuntring og som har overtatt mange av mine arbeidsoppgaver i studieperioden.

Takk til alle informanter som velvillig stilte opp til intervjuer og delte deres erfaringer med meg.

Takk til min veileder May Karin Rognstad som tålmodig har veiledet meg konstruktivt gjennom studiet.

Takk til familien min for støtte og tålmodighet. Takk for overbærenhet og oppmuntring.

Mai, 2016.

Sisilie Havnås Skråmm

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

Name: Sisilie Havnås Skråmm	Date: 15.05.2016
Title: How do Operating Room (OR) nurses improve their professional skills after completed specialization?	
<p><u>Summary:</u></p> <p>Purpose: The aim of this study was to describe how OR nurses improve their professional skills after completed specialization</p> <p>Background: Healthcare in hospitals is increasingly influenced by factors such as organizational changes and technological development. The working conditions for healthcare workers, included professional skill improvement are affected by these factors. My own experience and interest on how OR nurses maintain and develop their competence explain my desire to explore this further.</p> <p>Methods: The study was performed using a qualitative method based on eight individual interviews. All participants were OR nurses, 4 of these were in addition Advanced Nurse Practitioners. The study is descriptive and exploring. A semi structured guide for interviews was used. The interviews were analyzed using the method described by Kvale and Brinkmann in 2009</p> <p>Results: OR nurses improve their professional skills in several, different ways; by experiencing from practical field training and by theoretical learning. Departments consisting of several surgical specialities seem to encounter larger organizational challenges concerning development of professional skills than those covering a limited field. The Advanced Nurse Practitioners are important initiators and organizers of competence improvement initiatives, especially research based competence. This study reveals not only a lack of research competence among OR nurses, but also an insufficient use of research based knowledge in their practical work.</p> <p>Conclusion: In this study OR nurses seem to request and appreciate efforts that increase their professional skills. Learning from practical teamwork experiences are more frequent and more common than organized, structured theoretical learning, which is desired from both political and professional authorities. This shift is hardly achievable without a strict priority and ownership from leaders at all levels.</p>	
Key words: Operating Room (OR) nurse, professional skill development, competence, Advanced Nurse Practitioner, team work	

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

Navn: Sisilie Havnås Skråmm	Dato: 15.05.2016
Tittel: Hvordan utvikler operasjonssykepleiere sin faglige kompetanse etter fullført videreutdanning?	
<u>Sammendrag:</u> Formål: Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan operasjonssykepleiere utvikler sin faglige kompetanse etter endt utdanning. Bakgrunn for studien: Stadige teknologiske og organisatoriske endringer samt effektiviseringskrav gjør seg gjeldende i dagens sykehus. Dette har betydning for både pasientbehandling og arbeidstakernes arbeidsforhold, herunder kompetanseutvikling. Egen erfaring og interesse knyttet til hvordan operasjonssykepleiere ivaretar og utvikler sin fagkompetanse førte til at jeg ønsket mer innsikt i denne tematikken. Metode: Studien er utforskende og beskrivende. Det er benyttet kvalitativ metode bestående av åtte individuelle intervju. Utvalget ble foretatt som et strategisk utvalg. Fire operasjonssykepleiere og fire fagutviklingssykepleiere fra fire ulike avdelinger ble inkludert. Semistrukturert intervjuguide ble benyttet. Intervjuene ble tapet på digital båndopptager og transkribert ordrett. Intervjuene ble analysert ved hjelp av Kvale og Brinkmanns (2009) metode for analyse med helhetlig lesing, koding, sammenfattende kategorisering og drøfting av funn. Resultater: Operasjonssykepleiere utvikler sin faglige kompetanse etter endt utdanning på flere ulike måter, dels gjennom erfaringsbasert læring i praksisfeltet og dels ved teoretisk kunnskapstilegning. Det kan synes som om operasjonsavdelinger med flere fagfelt har større utfordringer relatert til organisering av fagutvikling enn avdelinger med bare ett fagfelt. Fagutviklingssykepleieren er en viktig ressurs som tilrettelegger og foregangsperson for fagutviklende tiltak, spesielt for forskningsbasert kunnskapsutvikling. Studien avdekker mangel på forskningskompetanse blant operasjonssykepleiere, men også mangelfull anvendelse av forskningsbasert kunnskap i praksis. Konklusjon: Operasjonssykepleierne i denne studien er positive til og ser eget behov for kompetanseutvikling. Erfaringsbasert læring i praksisfeltet gjennom teamarbeid er vanligere og mer omfattende enn strukturert, kunnskapsbasert læring som faktisk ønskes prioritert av både sykepleie-organisasjonene selv samt av fagmyndigheter og politiske myndigheter. En dreining fra erfaringsbasert til kunnskapsbasert kompetanseutvikling er vanskelig å oppnå uten bevisst prioritering og forankring hos lederne på alle nivåer. Nøkkelord: Operasjonssykepleie, fagutvikling, kompetanse, fagutviklingssykepleier, teamarbeid	

Innhold

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	5
1.3 Avgrensning av tema	5
1.4 Oppgavens oppbygning	6
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	7
2.1 Sykepleie – operasjonssykepleie	7
2.2 Holdninger	13
2.3 Fagutvikling og kompetanse	14
2.3.1 Kompetanseutvikling gjennom refleksjon.....	15
2.3.2 Personlig kompetanse.....	16
2.3.3 Profesjonell kompetanse.....	16
2.4 Læring og læringsmiljø	19
2.5 Operasjonssykepleierens rolle i teamarbeidet	21
2.6 Litteratursøk	24
2.7 Litteraturmatrise	26
3.0 DESIGN OG METODE	33
3.1 Design	33
3.2 Metode	33
3.3 Utvalg	34
3.4 Forskerens rolle	35
3.5 Utarbeidelse av intervjuguide	35
3.6 Gjennomføring av intervju	36
3.7 Forforståelse	38
3.8 Analyse og fortolkning	38
3.8.1 Selvforståelsesnivået – den intervjuedes selvforståelse	39
3.8.2 Kritisk forståelse basert på sunn fornuft.....	39
3.8.3 Teoretisk forståelse – å sammenfatte betydning.....	41
3.9 Troverdighet og gyldighet	41
3.10 Ethiske overveielser og søknader	42
4.0 RESULTATER	43
4.1 Videreutdanningen forberedte	44
4.2 Organisering av arbeidet	46
4.2.1 Koordinering	46

4.2.2	Seksjonering - behov for trygghet og kunnskap.....	47
4.2.3	Å lære av hverandre	48
4.2.4	Den gode flyten- å føle seg forberedt i arbeidet	49
4.3	God operasjonssykepleie - å se hele pasienten	51
4.4	Kommunikasjon og samarbeid i det tverrfaglige team.....	54
4.5	Hva fremmer mulighet for faglig utvikling?	57
4.6	«Produksjonskrav»	61
4.7	Fagutviklingssykepleierens rolle- inspirator og motivator	62
5.0	DISKUSJON OG FORTOLKNING KNYTTET TIL TEORETISK.....	65
	REFERANSERAMME.....	65
5.1	Betydningen av teamarbeid.....	65
5.1.1	Teamsammensetning rundt pasienten.....	65
5.1.2	Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon.....	68
5.1.3	Kollegial støtte – læring i praksisfellesskapet.....	73
5.1.4	Å reflektere.....	74
5.2	Vilkår for utvikling av faglig kompetanse.....	76
5.2.1	Organisering av arbeidet.....	76
5.2.2	Fagutviklingstiltak.....	79
5.2.3	Fagutviklingssykepleierens rolle	81
5.2.4	Utvikling og ivaretagelse av kompetanse etter fullført videreutdanning.....	83
5.2.5	Kunnskapsbasert sykepleie.....	86
5.3	Studiens styrker og begrensninger.....	89
6.0	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	91
6.1	Konklusjon:.....	92
6.2	Tanker om videre forskning	92
	Litteraturliste:	93

Vedlegg:

Vedlegg I Litteratursøk

Vedlegg II Kvittring på meldeskjema Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg III Forespørsel om tilgang til avdelinger

Vedlegg IV Informasjonsskriv deltakere

Vedlegg V Samtykke til deltakelse

Vedlegg VI Intervjuguide

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for denne studien er knyttet til hvordan operasjonssykepleiere utvikler sin faglige kompetanse etter endt videreutdanning.

Spesialsykepleie og utdanning i fagområdet operasjonssykepleie foregikk allerede på 1890 - tallet her i landet. Sykehusene hadde selv ansvar for å lære opp sykepleiere i operasjonsavdelingen (Høiland, 1996). I dag er videreutdanningen i operasjonssykepleie en nasjonalt etablert videreutdanning på høyskolenivå (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Operasjonssykepleiere er lovpålagt å utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). I spesialisthelsetjenesten er operasjonssykepleiere etterspurt nøkkelpersonell for gjennomføring av faglig forsvarlig helsehjelp ved akutt og kritisk sykdom samt ved elektiv kirurgi. Fagutvikling og forskning blant operasjonssykepleiere er nødvendig for å utvikle kompetansen i det kliniske feltet, og innebærer utvikling av både teori og klinisk praksis (Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen av Operasjonssykepleiere [NSFLOS], 2014). Operasjonssykepleieres kompetanse utfordres gjennom nye krav i en arbeidshverdag preget av stadig ny forskning, ny teknologi og hyppige endringer i organisasjonsstruktur. Krav til effektiv drift, faglig forsvarlighet og utnyttelse av ressurser er førende for ivaretagelsen av pasientene (Helsepersonelloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Faglig utvikling krever innsats fra arbeidstakere, både ledere og ansatte. Sykepleiere har selv en plikt til å holde seg faglig oppdatert, men arbeidsgiver skal også legge til rette for fagutvikling (Helsepersonelloven, 1999; Løvsletten, 2013; Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011; Oppheim, 2010; Pasient-ogbrukerrettighetsloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I en Sintef-rapport fra 2001 angir sykepleiere at de er opptatt av fagutvikling, men at manglende organisering og frigjøring av tid til dette fører til at praktiske driftsoppgaver prioriteres. Mulighet for fagutvikling gjennom integrering av teori og praksis, samt frigjøring av tid til dette, bør derfor vektlegges (Vareide, Hofseth, Norvoll & Røhme, 2001).

Nyere studier viser også at sykepleiere er positive til fagutvikling og forskning, men en del barrierer mot å ta i bruk forskning i praksis ble identifisert. Mangel på tid og ressurser beskrives som de viktigste barrierene. Likeledes er det få operasjonssykepleiere som har fagutviklingskompetanse herunder kunnskap og erfaring i å vurdere forskningsartikler (Hjelen, 2013; Hommelstad & Ruland, 2004; Rasmussen, 2009; Schoonover, 2009).

Hjelen (2013) beskriver at utfordringer i forhold til fagutvikling er relatert til både organisatoriske, utdanningsmessige og personlige forhold. Leders kunnskap til fagfeltet, tid til utøvelse av fagansvar, organisasjonsmessige strukturer, økonomiske rammer og den enkelte sykepleiers erfaring, motivasjon og engasjement kan påvirke muligheter for å drive kompetanseutvikling (Naustdal, 2010; Vrenne, 2007).

I følge Malterud (2011) er egen kunnskap om feltet som skal studeres en viktig ressurs fordi det ikke er nødvendig med forstudier for å bli kjent i feltet. Gjennom styreverv i lokalgruppen av operasjonssykepleiere i Oslo og Akershus, driftskoordinatoransvar, erfaring fra lærervikariat på videreutdanningen i operasjonssykepleie og flere år som praksisveileder for studenter i egen avdeling har jeg fått ulike innblikk i hvordan operasjonssykepleiere utvikler sin fagkompetanse etter endt utdanning. Operasjonssykepleiere er imidlertid ikke en ensartet gruppe, men har ulikt erfaringsnivå, alder og utdanningsløp. Gjennomsnittsalderen for operasjons-sykepleiere i Norge er relativt høy (2013: 52 år) og mange gjennomførte derfor sin spesialutdanning for mange år siden (Dolonen, 2013). Ulikheter i spesialutdanningen hos eldre og yngre operasjonssykepleiere vil kunne ha betydning for hvordan de utvikler sin faglige kompetanse etter endt videreutdanning. Egen erfaring fra en raskt voksende avdeling med flere fagfelt og utfordringer knyttet til ivaretagelse av alle medarbeidere i vedlikehold og utvikling av operasjonssykepleiekompetanse, førte til at jeg ønsket mer innsikt i denne tematikken. Har stadige teknologiske- og organisatoriske endringer samt effektiviseringskrav innvirkning på operasjonssykepleieres mulighet til fagutvikling i arbeidshverdagen? Med bakgrunn i ovennevnte lovpålagte krav til faglig kompetanse ønsket jeg å studere hvordan operasjonssykepleieres behov for å holde seg faglig oppdatert blir ivaretatt.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan operasjonssykepleiere utvikler sin faglige kompetanse.

Problemstilling:

Hvordan utvikler operasjonssykepleiere sin faglige kompetanse etter fullført videreutdanning?

Forskningsspørsmål:

- 1): Hvordan erfarer operasjonssykepleiere at utvikling av egen kompetanse som utøvende operasjonssykepleier ivaretas?

1.3 Avgrensning av tema

Opgaven vil handle om operasjonssykepleieres funksjon i en operasjonsavdeling med ett eller flere fagfelt, og hvordan operasjonssykepleiere der utvikler sin faglige kompetanse. Studiepopulasjonen var åtte operasjonssykepleiere fra tre forskjellige sykehus – to avdelinger med flere fagfelt og to avdelinger med ett fagfelt. Fire informanter arbeidet som operasjonssykepleier og fire arbeidet som fagutviklingssykepleier. Dette skulle gi bredde i erfaring til informantene og blant annet belyse om det er sammenheng mellom antall år som operasjonssykepleier, faglig engasjement og behov for å holde seg faglig oppdatert.

Inklusjonskriterier:

Operasjonssykepleiere, fagutviklingssykepleiere i operasjonsavdeling med et eller flere fagfelt.

Denne avgrensningen ble valgt for å oppnå en relativt homogen informantgruppe i et så vidt lite utvalg. Likeledes ønsket jeg å finne ut om synspunkter fra fagutviklingssykepleiere i en operasjonsavdeling samsvarer med operasjonssykepleiernes tanker om ivaretagelse og utvikling av egen kompetanse, samt hvordan avdelingens organisering innvirker på dette. Jeg

ønsket å intervju operasjonssykepleiere med ulik arbeidserfaring hva gjaldt lengde og type avdeling fordi dette kan reflektere ulike innfallsvinkler i forhold til problemstillingen.

Eksklusjonskriterier:

Ledere, kirurgisk poliklinikk, dagkirurgi, steriltforsyningsenhet og eget arbeidssted.

Ledernes synspunkter og erfaringer ble ikke belyst fordi jeg ønsket de klinisk utøvende operasjonssykepleiernes meninger. Operasjonssykepleiere fra andre avdelinger, som kirurgisk poliklinikk, dagkirurgi og steriltforsyningsenhet ble ikke inkludert idet gruppen informanter da hadde blitt vesentlig mer heterogen. Operasjonssykepleiere fra eget arbeidssted ble ikke inkludert da dette kunne påvirket intervjusituasjonen.

1.4 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis presenteres bakgrunn og inspirasjon for studien. I kapittel to presenteres relevante teorier og forskning jeg har funnet aktuell for å beskrive og forstå hovedtemaene i studien. Teorien omhandler sykepleie/operasjonssykepleie, holdninger, fagutvikling, kompetanse, roller og læring i et sosiokulturelt perspektiv. Kapittel tre beskriver metoden oppgaven er bygget på. I kapittel fire presenteres studiens funn. I kapittel fem diskuteres og fortolkes studiens funn i lys av relevant teori og forskning. I kapittel seks oppsummeres hovedfunn og antyder hva som kan forskes på videre.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapitlet vil jeg presentere teoretiske perspektiver og forskning jeg mener er relevant rundt begrepene sykepleie og kompetanse for studiens problemstilling.

2.1 Sykepleie – operasjonssykepleie

Sykepleien er preget av et holistisk kunnskapssyn der man er opptatt av hele mennesket. Sykepleiens grunnleggende verdier baseres på faglig og etisk ansvar. Det etiske grunnlaget i sykepleie beskriver overordnede verdier der fagkunnskap og handlingene har en moralsk basis. En helhetlig omsorg omhandler den enkelte pasients verdighet og integritet, rett til medbestemmelse og rett til ikke å bli krenket (NSF, 2011). Omsorg er grunnleggende i sykepleie og menneskelig eksistens og har med hvordan vi forholder oss til hverandre (Martinsen, 2003a).

Den amerikanske sykepleieteoretikeren Patricia Benner er opptatt av sykepleieres utvikling og kompetanse. I boken «Fra novise til ekspert» (1995) anvender hun Dreyfus brødrenes modell for kompetanse. Inspirert av denne modellen hevder Benner utvikling av sykepleieres kliniske kompetanse skjer hovedsakelig ved endring på følgende områder: - fra regler/prinsipp til bruk av intuisjon, fra detaljoppfatning til helhetsforståelse/klinisk blikk og fra å være utenforstående observatør til å bli aktiv deltaker i en situasjon (Benner, 1995). Trinnene i klinisk kompetanse beskrives som en stige som omfatter fem nivåer der laveste nivå kalles novisenivå og det øverste ekspertnivå. Denne teorien omhandler at ferdigheter utvikles gjennom situasjonsbetinget erfaring, og at læringen skjer via nivåer som trinn i en trapp der Benner beskriver sykepleiernes kompetanseutvikling over tid. Utviklingstrinnene omhandler:

- Første trinn er nybegynneren som novise med liten erfaring, men med avhengighet av regler og prosedyrer. Novisen ser ikke så lett sammenhenger og har vanskelig med å prioritere.
- Trinn to er en avansert nybegynner som gjenkjenner tilbakevendende faktorer, men er avhengig av veiledning og retningslinjer. Her begynner sykepleieren å gjenkjenne trekk utfra

tidligere situasjoner, men har fremdeles behov for hjelp til å prioritere og mangler evne til helhetsvurdering.

-I det tredje trinnet er man kompetent utøver og har jobbet innenfor samme felt i to –tre år. Handlinger og prioriteringer styres av refleksjon over praksis og langsiktige mål, men mangler fleksibilitet og hurtighet.

-Fjerde trinn er en kyndig utøver som ser helheten og kan ta beslutninger ut fra en nyansert og helhetlig forståelse. Sykepleieren tenker her hovedsakelig analytisk, selv om hun gjør bruk av intuitiv forståelse.

-Trinn fem – ekspertnivå - kan oppnås etter om lag fem år innenfor samme område, der en dyp og intuitiv forståelse av situasjonen er fremtredende. Videre beskriver Benner et gjensidig forhold mellom teori og praksis. Dersom for eksempel ekspertsykepleieren ikke har mulighet for utvikling vil hun/han ikke forbli på dette nivået (Benner, 1995).

Den norske sykepleieren Kari Martinsen definerer sykepleie som et praktisk fag der grunnleggende kvaliteter i omsorgen skal praktiseres i hverdagen: «omsorg i nestekjærlighet for det lidende mennesket der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk» (Martinsen, 2003b). Martinsen beskriver følgende tre dimensjoner i omsorgsbegrepet som viktige;

-en relasjonell side-,

-en praktisk side

-en moralsk side.

Disse tre fenomenene opptrer samtidig i samhandling med andre (Martinsen, 2005).

Moralen er overordnet og viser seg i måten omsorgen utøves på, samtidig er det umulig å skille disse dimensjonene fra hverandre. Pasienter som skal opereres befinner seg i en særdeles sårbar situasjon. Ved å la seg bedøve overlater pasienten kroppen og livet til operasjonsteamet. I denne situasjonen handler sykepleieren ut fra faglig merforståelse der omsorgen omfatter personlig engasjement, innlevelse og moralsk skjønn (Martinsen, 2005).

I den praktiske delen av omsorgsbegrepet fremhever Martinsen den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen der faglig skjønn er et viktig arbeidsredskap i den praktiske

hverdag. Dette er kunnskap som uttrykkes kroppslig gjennom handling, men ikke alltid beskrives med ord (Martinsen, 2005). I operasjonssykepleie kan omsorg vises gjennom praktisk handling basert på teoretisk kunnskap i blant annet kirurgi, hygiene, mikrobiologi, praktisk kunnskap og erfaring. Her nevnes i varetakelse av operasjonspasienten på operasjonsbordet og tilrettelegging før inngrepet kan starte, på fagspråk kalt leiring. En erfaren operasjonssykepleier kan "se" når pasienten ligger godt på operasjonsbordet, en vurdering hvor faglig skjønn og såkalt taus kunnskap inngår. I denne situasjonen identifiserer og planlegger operasjonssykepleieren pasientens behov, for så å prioritere og iverksette tiltak som bidrar til et faglig forsvarlig pasientforløp. Det faglige er integrert i det omsorgsfulle der kunnskap om anatomi, fysiologiske prosesser og pasientens sårbare situasjon der og da blir ivaretatt.

Den relasjonelle dimensjonen omhandler forholdet til andre mennesker der vi innehar en viss avhengighet. En grunnleggende menneskelig verdi er at vi er henvist til å ta vare på hverandre der tillit også er sentralt i sykepleierens omsorg (Martinsen, 2005). Slik jeg forstår Martinsen innbefatter sykepleierens omsorg personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering.

Kari Martinsen refererer til den greske filosofen Aristoteles (384 f.Kr-322 f.Kr). Aristoteles skilte mellom episteme, techne og fronesis (Aristoteles, 1999). Episteme beskrives som kunnskap om det evige, det som ikke forandrer seg, viten og faglig dømmekraft eller høy klinisk kompetanse. Techne er opphavet til ordet teknologi. Techne kan forstås som fagkompetanse, praktisk kunnskap som krever erfaring samt kunnskap som ikke kan uttrykkes med ord, altså taus kunnskap. Fronesis er handlingskunnskap som kan innebære intuitiv handling i kjente situasjoner (Kristoffersen, 2011). I operasjonssykepleie kan dette eksempelvis illustreres med en situasjon der pasienten er urolig, hvorpå operasjonssykepleieren etter vurdering tenker en mulighet for at pasienten kan ha full urinblære (fronesis- holdning og viten som ligger til grunn for handlingen). Dersom pasientens uro reduseres ved å utføre blærescanning og eventuelt blærekatetrising på en måte som er minst mulig plagsom for pasienten, får hun svar på om dette var en riktig vurdering (techne-kvaliteten på handlingen). Kompetansen viser seg i handlingen.

Allerede for mer enn 150 år siden var utvikling i medisin og samfunn slik at et behov for operasjonssykepleie som spesialitet oppsto. Så tidlig som på slutten av 1800 tallet bisto oversykepleiere kirurger under operasjoner. I starten var opplæringen dårlig systematisert og foregikk ved å lære gjennom arbeidet (Høiland, 1996). På grunnlag av faglige retningslinjer

fra Norsk sykepleierforbund (NSF) ble det i 1952 utarbeidet bedriftsinterne utdanningsplaner for operasjonssykepleie. Denne planen innebar en toårig læretid med teoretisk og praktisk undervisning. I de første årene ga operasjonssykepleiere også narkose, men fra 1958 ble Operasjons- og Anestesisykepleierutdanningen adskilte spesialiteter. Siden utdanningen var drevet av sykehusene kunne innhold og lengde være noe forskjellig (Høiland, 1996).

I 1998 vedtok Stortinget at også videreutdanningen i operasjonssykepleie skulle overføres til høyskolesystemet og bygge på nasjonale rammeplaner (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Således ble det sikret en felles standard og kvalitet av utdanningens innhold, kvalifikasjonskrav til undervisningspersonell og eksamensbestemmelser. Innholdet i videreutdanningen for operasjonssykepleiere har endret seg mye opp gjennom årene. Det er først i de senere årene at kunnskap og implementering om systematiske litteratursøk, lesning og vurdering av forskning har kommet inn i studiet. Størrelse på avdeling, organisering av drift og antall seksjoner kan ha sammenheng med hvor inngående kunnskap det er mulig å ha som operasjonssykepleier i de ulike fagfelt. I forhold til tema kompetanse og fagutvikling beskriver fagplanen fra de ulike høyskolene (utgått fra Rammeplan, Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) at operasjonssykepleiere skal ha kunnskap om ulike vitenskapssyn og metoder for forskning og fagutvikling, samt inneha sykepleieteori og erfaringskunnskap knyttet til akutt og/eller kritisk syke pasienter dessuten kunne anvende forskningsresultater i klinisk praksis (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Etter endringen av videreutdanningene i 1998 utførte Taraldsen Valeberg (2009) og medarbeidere en studie for å evaluere krav til spesialsykepleieres kompetanse og om målet til funksjonsdyktighet ble fastholdt. Studien er kvantitativ og omfatter 473 anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleiere samt 22 studenter under videreutdanning (Taraldsen Valeberg, Grønseth & Fagermoen, 2009). Spørsmålene i undersøkelsen innbefattet holdninger, kunnskaper og ferdigheter, hvilket beskrives av Kirkevold (1996) som tre grunn dimensjoner i sykepleierkompetanse. Både spesialsykepleierne og studentene under videreutdanning skåret relativt høyt på spørsmålet om opplevd kompetanse. Studiens svarprosent var imidlertid noe lav og omhandlet flest intensivsykepleiere (Taraldsen Valeberg et al., 2009).

Videreutdanning i operasjonssykepleie varer 1,5 år og bygger på minst 2 års klinisk praksis etter Bachelor-utdanning i sykepleie. Videreutdanningen i operasjonssykepleie innebærer en

fordypning i sykepleie der målgruppen er akutt og/eller kritisk syke. Pasientene skal gjennomgå kirurgisk undersøkelse og/eller behandling. Operasjonssykepleiere må forholde seg til pasienter i alle aldre og deres pårørende. Operasjonssykepleier arbeider på ulike områder innen spesialisthelsetjenesten med kirurgisk behandling- og undersøkelse av varierende kompleksitet. Pasientgruppene er dermed forskjellige i forhold til behov for operasjonssykepleie. Pasientene som gjennomgår kirurgiske inngrep er i en svært sårbar situasjon der de er overlatt operasjonssykepleieren og de andre i teamet (NSFLOS, 2014).

Funksjonsansvar og myndighetsområde i operasjonssykepleie viser til en helhet som kan deles i fire kompetanseområder; det terapeutiske, det pedagogiske, det administrative samt en fag- og forskningsfunksjon (NSFLOS, 2014). Dette er knyttet til faglige kvalifikasjoner og synliggjøres gjennom kunnskaper, ferdigheter og holdninger i utøvelsen av yrket.

Operasjonssykepleierens terapeutiske ansvar innebærer direkte pasientkontakt og består av en forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende del. Den forebyggende del innebærer å forhindre eller redusere helsesvikt/komplikasjoner. Den behandlende del omhandler kunnskap om den akutt/kritisk syke pasienten gjennom det perioperative forløp, koordinering og rapportering. Den lindrende delen er selve sykepleien – omsorgen for pasienten. Habiliterings-/rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, utvikling av et felles tjenestetilbud utfra prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå, eksempelvis poliklinikk og dagbehandling (NSFLOS, 2014; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Operasjonssykepleierens tre andre ansvarsområder innebærer arbeid der den pedagogiske funksjonen omhandler informasjon, veiledning og undervisning til medarbeidere, studenter, pasienter og pårørende (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Aktuelle områder under det administrative ansvaret er forsvarlig bruk av ressurser, samarbeid, planlegging, organisering og delegering av arbeidsoppgaver.

I arbeidet inne på operasjonsstuen jobber vanligvis to operasjonssykepleiere sammen med de andre i det kirurgiske teamet. Den ene «operasjonssykepleierrollen» innebærer å ha «den sterilt utøvende assistanse – funksjonen», der en assisterer kirurgene i det sterile operasjonsfelt. I tillegg skal operasjonssykepleieren i steril assistanse ha kontroll på det hygieniske feltet, innbefattet instrumenter og annet sterilt utstyr. Dessuten skal vedkommende ha oversikt over det som skjer i det sterile feltet og være forberedt på det som eventuelt kan komme til å skje mens inngrepet pågår. Ved inngrepets slutt skal det dokumenteres at alt utstyr som er benyttet under operasjonen er overensstemmende med det man har ved

sluttkontroll. Den andre rollen er «den koordinerende funksjonen» som er bindeledd mot det usterile området. I «den koordinerende funksjonen» skal operasjonssykepleieren være med å ta imot pasienten, og i løpet av «det korte møte» etablere en så god kontakt som mulig med pasienten. Gjennom planlegging, koordinering og organisering før, under og etter inngrepet fungerer operasjonssykepleieren i den «koordinerende rollen» som en administrator for sin stue i samarbeid med de andre i teamet. Dette innbefatter forebygging av nedkjøling av pasienten under inngrepet (hypotermi), infeksjonsforebyggende tiltak og forebygging av leiringsskader på operasjonsbordet (Dåvøy, Eide & Hansen, 2009; NSFLOS, 2014).

I henhold til «Faghefte Operasjonssykepleie-ansvar og funksjonsbeskrivelse» utarbeidet/revidert av NSFLOS (NSF Landsgruppe for operasjonssykepleiere) er fagutvikling og forskning et selvstendig funksjonsansvar rettet mot kvalitetsforbedring og ny kunnskap i operasjonssykepleie. I kraft av yrkesrollen er operasjonssykepleiernes funksjonsansvar tillagt ansvar bygd på kvalifikasjoner, ansvar i forhold til fagutvikling og ansvar i relasjon til faglige krav (NSFLOS, 2014). Yrkesetiske retningslinjer (2011) og Helsepersonell-loven (1999) fastslår at operasjonssykepleiere har en plikt til faglig forsvarlig yrkesutøvelse i overenstemmelse med juridiske og etiske krav (Helsepersonelloven, 1999; NSF, 2011; NSFLOS, 2014). Dette innebærer en plikt til å være faglig oppdatert, samt bidra til forskning og fagutvikling i operasjonssykepleie og implementere ny kunnskap i praksis (NSF, 2011). I lov om helsepersonell (1999) heter det også at helsepersonell må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente hjelp dersom nødvendig. Dette innebærer bevissthet rundt egen kompetanse og eventuelt begrensninger.

For å sikre et best mulig helsetilbud er det et overordnet politisk mål å fremme kunnskapsbasert praksis blant annet i sykehus, og at dette er implementert innen 2015 (St.meld. nr. 13 (2011–2012), 2012). I sykepleielitteratur brukes begrepene evidensbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap noe om hverandre. Evidensbasert sykepleie blir nå ofte omtalt som kunnskapsbasert sykepleie. Kunnskapsbasert praksis er faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (M. W. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

2.2 Holdninger

Holdninger er ofte knyttet til en persons innstilling, der ord, uttrykk og håndlag kjennetegner menneskelig væremåte. Holdninger uttrykker viktige verdier og baseres på personlige egenskaper, erfaring og kunnskap. Herunder hører selvbestemmelse og sosial tilhørighet fordi dette er faktorer som har påvirkning på indre motivasjon. Holdninger er ikke noe vi kan observere direkte, men framkommer i forhold personens adferd, det som sies og gjøres (P. Nortvedt, 2012). I sykepleie kommer holdninger til uttrykk i situasjoner der vi for eksempel unnlater å hilse på en ny pasient eller pårørende. For å beskrive holdningsbegrepet benyttes Milton Rokeach's (1968) teori. Han definerer holdning som: "An attitude is a relatively enduring organization of beliefs around an object or situation predisposing one to respond in some preferential manner" (Rokeach, 1968). Rokeach deler holdningsbegrepet inn i tre komponenter:

kognitiv

affektiv

adferd

Den kognitive holdningskomponenten handler om en persons kunnskap, og kommer til uttrykk gjennom hva vi hører, ser og oppfatter rundt oss (Rokeach, 1968). Holdningen kan være påvirket av operasjonssykepleierens kunnskap til for eksempel forskning.

Den affektive delen innebærer det emosjonelle aspektet og består av de følelsene som blir utløst av en viss handling. Et eksempel kan være når operasjonssykepleieren tydelig viser glede ved et akutt keisersnitt der det ser ut til at barnet har det fint etter forløsningen.

Det atferdsmessige aspektet består av hvordan vi handler og har sammenheng med tro. Det er her holdningene viser seg ved det vi har til hensikt å gjøre eventuelt ikke gjøre.

En holdning er et stabilt fenomen dannet på bakgrunn av tro og mening (belief) der mange ulike deler arbeider sammen. Av den grunn kan det være svært vanskelig å påvirke en holdning (Rokeach, 1968).

2.3 Fagutvikling og kompetanse

Landsgruppen av Operasjonssykepleiere (NSFLOS) beskriver fagutvikling som en kontinuerlig prosess, der utvikling av kunnskaper og ferdigheter som er felles for operasjonssykepleiere kan knyttes til yrkesidentitet (NSFLOS, 2014).

For operasjonssykepleiere bør fagutvikling innebære tilegnelse av ny teoretisk kunnskap, forskning på klinisk praksis samt forbedring av rutiner, metoder og prosedyrer. Fagutvikling i sykepleiepraksis er ikke alltid planlagt, systematisert eller dokumentert. I dagligtale kan fagutvikling være forbedring av prosedyrer, undervisning, endring av rutiner eller opplæring i nye behandlingsmetoder. Bjørk og Solhaug (2008) beskriver både likheter og forskjeller mellom forskning og fagutvikling. Kort oppsummert utvikler forskning ny viten, mens fagutvikling er bruk av eksisterende viten satt i system. Kompetanseutvikling innebærer ny kunnskap, erfaringer, ferdigheter, holdninger og oppfriskning/justering av eksisterende kunnskap. Det handler om livslang læring betinget av motivasjon, ansvar og plikt til å holde seg faglig oppdatert (Bjørk & Solhaug, 2008). Ordet utvikling forstås som en samlebetegnelse på læring og modning (Illeris, 2012). Kompetanseutvikling og fagutvikling brukes ofte om det samme.

Kompetanse er et mangesidig begrep og kommer fra det latinske ordet «competentia». «Competentia» viser til ferdigheter - å gjøre, tilstrekkelig kunnskap - å vite, evner - mentale ressurser og personlighet og holdninger slik at oppgaver og ønskede resultater oppnås (Lai, 2004; Skau, 2011).

Kunnskapskomponenten i kompetanse handler om «det man tror at man vet»-, og deles av Lai i faktakunnskap, prosedyrekunnskap og kausalkunnskap (Lai, 2004).

Kunnskap kan formidles via bevisst uttrykk eller via taushet. Taus kunnskap erverves ofte gjennom ubevisste mekanismer, men er likevel et fundament for læring og handling. Ifølge Lai er det ved å anvende taus kunnskap at kompetansen kommer til uttrykk (Lai, 2004).

En amerikansk filosof ved navn Donald Schön (1930-1997) referer til filosofen Michael Polanyi (1891-1976) som lanserte begrepet taus kunnskap (tacit knowledge). Polanyi hevder at all kunnskap hviler på innforstått eller taus kunnskap som det er vanskelig å sette ord på (Schön, 2013). Taus kunnskap læres eksempelvis gjennom øvelse og personlig erfaring-, der det kroppslige er i sentrum. I operasjonssykepleie snakkes det om å «ha det rette håndlaget» og blikket for hva som skal gjøres og når det skal gjøres.

Ferdigheter er en kompetansekomponeent knyttet til praktisk handling. Lai (2004) definerer ferdigheter som evnen til å utføre komplekse, velorganiserte adferdsmønstre på en tilpasningsdyktig måte for å nå definerte mål (Lai, 2004). Som eksempel er utvikling av praktiske ferdigheter i det kliniske feltet viktig for handlingskompetanse i operasjonssykepleie.

2.3.1 Kompetanseutvikling gjennom refleksjon

Refleksjon betyr ettertanke og kan knyttes til kritisk tenkning (Kirkevold, 1996). Veiledning og tid til refleksjon over praksis er nødvendig for at læringen skal bli konstruktiv (Skår, 2010). Operasjonssykepleiere bør ha mulighet til å reflektere over pasientsituasjoner og praksis med kolleger, slik kan klinisk praksis bevisstgjøres og fremme forståelse. Ved å stille kritiske spørsmål til egne handlinger og avdelingens prosedyrer kan praksis forbedres i reflekterte handlinger og forståelse. Refleksjon kan således gi kunnskap både underveis i praksisutøvelsen og i begrunnelse for valgte handlinger (Kirkevold, 1996).

Donald Schön (2013) argumenterer i boken «Uddannelse af den reflekterende praktiker» for at utdanning av profesjonelle praktikerer bør omhandle praktikerens mulighet for å reflektere i handling, det vil si «learning by doing». Schön hevder dessuten at evne til kontinuerlig læring skjer gjennom den profesjonelles arbeidskarriere. Praktiske situasjoner kan ofte være preget av kompleksitet, usikkerhet, ustabilitet og av den årsak kreve unike løsninger (Schön, 2013). Operasjonssykepleiere kommer ofte opp i akutte og vanskelige situasjoner i sitt arbeid. Pasienter er ulike, noe som krever individuelle tilpasninger. Schön (2013) poengterer at teoretisk kunnskap i fagutvikling ikke er tilstrekkelig. Han mener derimot at gjennom refleksjon i og etter handling vil praktikerer opparbeide seg erfaring og forberedhet. Gjennom en vekselvirkning mellom teoretisk kunnskap og praktiske erfaringer kan praktisk kunnskap og klinisk kompetanse utvikles (Schön, 2013).

Schön (2013) hevder viten kan sammenfattes i to grunnbegreper: refleksjon i handling og refleksjon over handling. Handlingskunnskap «å vite i handling» er situasjoner der sykepleieren handler intuitivt. Handlingen gjennomføres uten at sykepleieren kan sette ord på den kunnskapen som handlingen gjenspeiler, altså kan sykepleieren mer enn hun er i stand til å sette ord på. Dette er intuitiv handling i kjente situasjoner. Dersom det derimot skulle oppstå

uventede situasjoner, kreves en bevisst refleksjon-, noe Schön (2013) beskriver som «handlingsrefleksjon» eller «å reflektere i handling». Den kunnskap som en erfaren sykepleier utvikler gjennom handlingsrefleksjon er individuell forståelse oppøvd gjennom gjentatte erfaringer. Videre beskriver Schön begrepet «Reflection-on-reflection-in-action» som handler om å reflektere over handlingen i ettertid. Ved å reflektere over tidligere erfaringer og se på resultatet av en konkret handling kan dette føre til en bekreftelse av en forståelse, eller at en finner en ny måte å tilnærme seg situasjonen på (Schön, 2013).

2.3.2 Personlig kompetanse

Måten en oppgave utføres på påvirkes av holdninger (Lai, 2004). På den måten kan det vise om en person er kompetent til oppgaven eller ikke. Personlig kompetanse består av verdier, holdninger, erfaringskunnskap, personlighetstrekk og personlige væremåter. Personlig kompetanse beskrives også som handlingskompetanse. Handlingskompetanse er målet gjennom læring i yrkesutøvelsen (Kristoffersen, 2011). I operasjonssykepleie er et positivt, nyansert menneskesyn og en medmenneskelig innstilling nødvendig for å jobbe i team. Denne samarbeidsevnen kalles også sosial kompetanse. Samlet sett kan funksjonsdyktighet, tilstrekkelig kunnskap, å være kvalifisert og inneha holdninger og ferdigheter i relasjon til hverandre ses på som personlig kompetanse (Lai, 2004).

2.3.3 Profesjonell kompetanse

Profesjonell kompetanse defineres av Skau (2011) som nødvendige eller hensiktsmessige kvalifikasjoner for å utøve et yrke. I operasjonssykepleie er ikke teoretisk kunnskap alene tilstrekkelig for å utføre praktiske oppgaver. Teoretisk kunnskap er faktakunnskap, generaliserbar og forskningsbasert, som bygger på faglige teorier, begreper, modeller, lover og regler. Gjennom en vekselvirkning mellom teoretisk kunnskap og praktiske erfaringer utvikles praktisk kunnskap og klinisk kompetanse. Gjennom refleksjon og bearbeiding omdannes erfaringer til praktisk kunnskap og utvikling av personlig kompetanse (Schön, 2013; Skau, 2011). Denne kompetansen skal videreutvikles i yrkesutøvelsen, der engasjement og motivasjon for å fortsette og lære er vesentlig (Skau, 2011).

Pedersen (2013) beskriver en sammenheng mellom deltakelse i fagutvikling og det å anvende forskningsresultater. Sykepleiere som deltar i fagutvikling angir at vitenskapsteori har relevans for pasient nær sykepleie (Pedersen, 2013). Flere studier bekrefter at målrettet arbeid med kompetanseoppbyggende tiltak bør være integrert i avdelingens rutiner og prioriteres av både ledere og personalet (Knutheim & Bjørk, 2013; Løvsetten, 2013; Oppheim, 2010; Solli, 2008). Pasientsikkerhet og krav til faglig kompetanse er sentralt i operasjonssykepleie. Dette innebærer blant annet innsikt i pasientens helsetilstand og den kirurgiske behandling, «det som innen yrkesgruppen anses for å være god utøvelse av yrket» (Helsepersonelloven, 1999) § 4). Fagerjord (2009) framhever i en masteroppgave om fagutvikling for kreftsykepleiere at sykepleierne ønsker flere formelle og forutsigbare areaer for fagutvikling. Kreftsykepleierne opplevde arbeidshverdagen hektisk, der det ble lite tid til organisert fagutvikling. Deres ønske var en bedre plan og organisering der det var mulig å jobbe med fagutviklende tiltak som prosjekter, kurs og andre tiltak til beste for personalet, avdeling og pasienter (Fagerjord, 2009).

Nortvedt og Grimen (2004) belyser den praktiske kunnskapens problem. «Hva en person vet og kan, former hans måte å oppfatte verden på.» Kunnskapen er personlig og kan ikke løsrives fra personen som har den, eller fra situasjoner hvor form og innhold blir lært og anvendt (P. Nortvedt & Grimen, 2004). Således mener forfatterne at praktisk kunnskap kan opptre med merker som angir hvor den kommer fra, og at praksis kan utføres godt eller dårlig. Tidligere hadde eksempelvis sykehusene sin måte å re pasientsengene på der «Aker-hjørnet» indikerte hvilket sykehus den praksisen kom fra. I operasjonssykepleie kan avdelinger ha noe ulik ordbruk for omtale av de samme instrumentene og ulik kultur for prosedyrer selv om målet er det samme. Praktisk kunnskap kommer til uttrykk i handlinger utført av personer der handlingen blir utført noe forskjellig, selv om den kan overlappes. Hensikten med handlingen må forstås (P. Nortvedt & Grimen, 2004). I helsefag beskriver Nortvedt & Grimen (2004) at praktisk kunnskap må læres og erfares i første person der mennesker ikke er utskiftbare. For operasjonssykepleiere kan dette for eksempel innebære å gjøre egne erfaringer med å leire pasientene korrekt og på en god måte på operasjonsbordet. Ved at en annen operasjonssykepleier utfører samme leiring vil den bli omtrent lik, men ikke helt. Med en annen utøver har man skiftet noe av kunnskapen (P. Nortvedt & Grimen, 2004).

En svensk systematisk reviewstudie beskriver helsetjenestenes behov for modeller i hvordan organisere arbeidet. Sykepleieres ulike kompetansenivåer benyttes på en strukturert måte slik

at pasientene og det faglige blir ivaretatt (Islamoska, Nilsson, Sjøstrøm & Willman, 2009). Gjennom en formalisering av sykepleierkompetansen utfra kompetanse- og erfaring hevder forfatterne at kompetansenivåene synliggjøres i kliniske prestasjoner og ansvar. Islamoska (2009) og medarbeidere hevder en stadig mer avansert- og spesialisert helsetjeneste krever ledelse og god planlegging, der kompetansestiger for sykepleiere og bedre organisasjonsmodeller kan kartlegge variasjonen i kompetanse og erfaring. Studien beskriver en arbeidsmodell der teamet rundt pasienten er sammensatt med en erfaren sykepleier som leder, mens de andre i teamet kan ha ulik erfaring. På denne måten jobber sykepleiere med høy kompetanse pasientnært, personalressursene utnyttes best mulig og de andre i teamet kan få veiledning (Islamoska et al., 2009). Det poengteres at formell utdanning, klinisk erfaring og personlig egnethet er faktorer som til sist kan gi seg utslag i pasientsikkerhet og pasienttilfredshet. Forfatterne fremhever at individuelle- og systematiske kompetanseutviklingstiltak for personalet, samt hvordan sykepleiernes arbeid er organisert, er viktige tiltak som et mål i god pasientomsorg (Islamoska et al., 2009). I de fleste operasjonsavdelinger jeg kjenner til benyttes også tanken om å sette sammen operasjonssykepleier-ressursene i team med ulik erfaring og kompetanse for på den måten å sikre faglig forsvarlighet. Dessuten har flere operasjonsavdelinger klinisk stige som et kompetansefremmende tiltak for sine ansatte. Klinisk stige ble formalisert av NSF i 1996 som et middel for å rekruttere og beholde sykepleiere, samt å fremme spesialisert klinisk kompetanse for den enkelte sykepleier rettet mot et begrenset fagområde (Bjørk, Sætre Hansen, Samdal & Tørstad, 2005). Ved å delta i klinisk stige kan kompetanse fremmes med innhold tilpasset den enkelte avdeling eller institusjon (Bjørk et al., 2005; NSF, 2007). Med utgangspunkt i egen praksis kan alle sykepleiere som er medlem av NSF søke om å bli klinisk spesialist etter å ha fullført dette programmet. En evaluering av hvordan kliniske spesialister opplevde at de vedlikeholdt, videreutviklet og brukte kompetansen til fagutvikling viser til uformelle aktiviteter i klinisk praksis. Derimot brukte de sjelden kompetansen til teoretiske tiltak som krevde organisatorisk tilrettelegging (Knutheim & Bjørk, 2013). En Cochrane-oversikt fra 2009, med oppdatering i 2014, inkluderer 81 studier der de har sett på effekten av etterutdanning av helsepersonell. Hovedfunnene i publikasjonen er at etterutdanningstiltak som seminarer, kurs, konferanser og arbeidsgrupper kan gi bedret praksis og positive utfall for pasientene. De fleste studiene omhandlet leger, tre studier var om farmasøyter. Kun to studier var om sykepleiere, mens 18 studier omhandlet en blanding av helsepersonell. I følge Cochrane-oversikten gir denne form for etterutdanning alene trolig liten effekt, men det kan bety noe der målet er å endre utfall som oppfattes som alvorlige, for eksempel adferd

(Forsetlund et al., 2009). Eksempelvis har operasjonssykepleiere simuleringsøvelser, kurs og trening i teamarbeid med andre faggrupper der etablering av nød luftvei eller mottak av traumepasienter kan være tema, og målet er forbedring av praksis som igjen skal gi bedring i helserelaterte utfall for pasienten.

En norsk studie beskriver hvordan barnesykepleiere videreutvikler praktisk kompetanse i klinisk praksis. Gjennom praktisk handling og refleksjon videreutvikles kompetanse, ofte i samarbeid med kolleger (Jonassen & Slettebø, 2013). Forfatterne mener et spesialisert praksisfelt, krever sammensatte kunnskaper og ferdigheter, der erfaring og kompetanse bygges gradvis over tid. Dette er overførbart til operasjonssykepleie. Sentrale verktøy for kompetanseutvikling hevdes å være refleksjon og sykepleiefaglig diskusjon, veiledning, personlig engasjement, teamarbeid som styrke og trygghet samt organisatoriske faktorer (Jonassen & Slettebø, 2013). Eksempel på organisatoriske faktorer kan være turnusplanlegging som sikrer bredde og erfaring i teamet.

2.4 Læring og læringsmiljø

Russeren Lev Vygotsky (1896-1934) var psykolog og blir sett på som den første til å anerkjenne kulturen og miljøets betydning for læring. Han mente blant annet at læring er avhengig av samspillet med menneskene rundt, slik at læring kan skje gjennom bruk av språk og deltakelse i sosial praksis. Ved å nyttiggjøre oss kompetansen rundt oss kan vi strekke oss lenger enn vi klarer alene. Slik kan læring av hverandre i praksis foregå i samspill med menneskene rundt oss. Dette beskrives av flere som et sosiokulturelt perspektiv på læring (Dysthe, 1996; Lave & Wenger, 2003; Säljö, 2001).

Roger Säljö, svensk pedagog og forsker beskriver at læring i praksis kan foregå i en kultur der menneskets evne til å tenke og lære er ressurser brukt i sosialt samspill og i en materiell omverden. Mennesket legger nye kunnskaper og ferdigheter til de man allerede innehar. Kultur i denne sammenheng definerer Säljö (2001) som en samling av ideer, holdninger, kunnskaper og andre ressurser som individet tilegner seg gjennom samhandling med andre. Kulturen er både materiell og immateriell, idet alle fysiske redskaper som vi omgir oss med inngår (Säljö, 2001).

Læring har stor betydning og relevans i mange ulike fagdisipliner, og foregår både på individuelt og organisatorisk nivå. Lai (2004) knytter læring til behaviorisme (adferd), kognitivism (innsikt i egen rolle) og sosiokognitivism (læring i sosial sammenheng). Kognitivism og behaviorism gjør et skille mellom kropp og sinn, tanke og handling. Det sosiokulturelle perspektivet avviser dette skillet (Lai, 2004). Læring skjer ikke bare i profesjonelle settinger, men i alle relasjonelle kontekster. Lai (2004) beskriver en sammenheng mellom læring og adferd der «læring er tilegnelse av ny eller endret kompetanse i form av kunnskaper, ferdigheter eller holdninger som gir relativt varige endringer i en persons adferds potensial». Bruk av kompetanse avhenger både av individuelle og organisatoriske betingelser. Det individuelle går blant annet på motivasjon, mestringsevne og selvbilde, mens i organisatorisk sammenheng er endringene av mer varig karakter (Lai, 2004). I operasjonssykepleie lærer både studenter og uerfarne av de med mer erfaring i praksis, der praksisfellesskapet er en forutsetning for læring. Nielsen & Kvale (1999) beskriver dette som mesterlære som finner sted ved å delta i praksisfellesskapet. Faglig identitet kan oppnås dersom læringen leder til at faget beherskes. Ved å kombinere observasjon og egen praksis skjer læring gjennom handling. Evaluering er nødvendig for å synliggjøre fagets standard, fordi den enkeltes læring kan få konsekvenser for praksisfellesskapet. Et ansvar for andres læring blir derfor viktig (Nielsen & Kvale, 1999). Michael Eraut (2007) har forsket mye på kompetanse og læring i arbeidslivet og bekrefter i en artikkel at læring skjer fra kolleger i ulike kontekster på arbeidsplassen. For å legge til rette for læring kreves blant annet oppfølging og støtte, arbeid i team med utfordringer svarende til det nivå arbeidstakeren befinner seg og lederen har en vesentlig rolle (Eraut, 2007).

Etienne Wenger, sveitsisk-amerikansk forsker definerer læring som å være i konstant endring. Videre hevder han læring er en del av vår identitet og vårt indre. Ved å bidra med egen erfaring og kunnskap i praksisfellesskapet foregår uformell læring som kan føre til videreutvikling av kunnskap (Wenger, 1998). Dersom arbeidsplassen greier å tilrettelegge slik at det sosiale fellesskapet skaper betingelser for engasjerte medarbeidere som deltar med sin kompetanse kan det utvikles en kultur for livslang læring (Wenger, 1998). I 1991 fremsatte Wenger og hans tidligere kollega Jean Lave en teori om at læring må sees i sammenheng med den konteksten den blir anvendt i. De beskriver begrepet «situert læring», og relaterer det til at læring skjer i bestemte situasjoner der det er plassert og den som lærer skal utvikle en selvstendig kompetanse (Lave & Wenger, 2003). Eksempelvis kan en situasjon der en nyutdannet operasjonssykepleier leierer pasienten i samarbeid med en erfaren beskrives som

situert læring. Her kan den nyutdannede lære både om leiring og bruk av operasjonsbord. Av dette ser en læringsaktiviteten i sammenheng med den konteksten det inngår i.

Paul Moxnes, norsk forsker og professor i organisasjonspsykologi introduserte begrepet erfaringslæring. Han beskriver det som en prosess i fire trinn. Trinn en omhandler en erfart situasjon med grundig beskrivelse. Trinn to er refleksjon og analyse, det neste innebærer å vurdere og generalisere erfaringen (trinn tre). Det fjerde trinnet vil si en bevisstgjøring av hva man har lært og hvorledes det kan brukes i nye situasjoner. På denne måten kan kunnskapsgrunnlaget utvides (Moxnes, 2000).

Daley (2001) beskriver i en kvalitativ studie av 40 sykepleiere at læring foregår på ulike arenaer. I artikkelen fremkommer at sykepleierne blant annet lærer gjennom samhandling med kolleger og som enkelt individ, samt ved det å være en del av en institusjon. Videre er erfaringslæring og refleksjon over praksis med på å utvikle kunnskap hos sykepleiere i klinisk praksis. Studien beskriver sykepleierens opplevelse av personlig og faglig modning gjennom klinisk praksis, ikke bare det å bli bedre på praktiske ferdigheter. Klinisk praksis som sykepleier øker også deres forståelse for fenomener som håp, selvrespekt, kontroll, sårbarhet, akseptering, tap og utholdenhet (Daley, 2001).

2.5 Operasjonssykepleierens rolle i teamarbeidet

Operasjonssykepleiere arbeider selvstendig, men i nært samarbeid med andre yrkesgrupper i det kirurgiske team. I direkte pasientrettet arbeid inne på operasjonsstuen avhenger teamsammensetningen og antall personer av type inngrep. Vanligvis består det kirurgiske teamet av en sterilt utøvende operasjonssykepleier, en koordinerende operasjonssykepleier, kirurg, anestesisykepleier og anestesilege (NSFLOS, 2014). Øvrig samarbeidspersonell for operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen kan være hjelpepleiere, kontorpersonell og renholdere.

Førsteamanuensis Kirsti Lauvås og professor Per Lauvås (2004) beskriver tverrfaglig samarbeid som en arbeidsform mellom personer fra ulike fag der ett formål er å sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede fagkompetansen utnyttes maksimalt. Det andre formålet i tverrfaglig samarbeid innebærer å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og inspirere til faglig utvikling i samarbeidet (Lauvås & Lauvås, 2004). I teamarbeid bestående av sykepleiere og leger integreres kunnskap og ferdigheter i samarbeid, kommunikasjon,

koordinering, ledelse og overvåkning (Healey, Undre & Vincent, 2006). Dette samarbeidet innebærer hvordan team-medlemmene forholder seg til hverandre i arbeidet, kommunikasjon omhandler deling av informasjon, koordinering går på informasjonsformidling og utstyr, ledelse er kontroll av teamet og overvåkning vil si å vurdere hverandres arbeid og situasjon. I følge Healey et al (2006) består teamarbeid av sammenhengen mellom en felles og en individuell adferd. Vanligvis er arbeidsoppgavene i operasjonsteamet standardisert gjennom funksjonsbeskrivelser og prosedyrer. Anerkjennelse av kompetanse og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver gir økt selvtillit og mestringfølelse slik at teamsamarbeidet styrkes (Gillespie, Chaboyer, Wallis, Chang & Werder, 2009; Healey et al., 2006).

Ofte kan operasjonssykepleiernes forberedelser med pasienten inne på operasjonsstuen være tidkrevende og det kan vises liten forståelse fra de andre teammedlemmene for at dette arbeidet tar tid. Et eksempel er pasient med benbrudd der det etter at pasienten har fått bedøvelse skal fjernes gips, leires korrekt og utføres pre-operativ huddesinfeksjon før operasjonsfeltet kan dekkes sterilt. Først da kan operasjonen starte.

Kommunikasjon påvirker samarbeidet i teamet. Kunnskap, forståelse for situasjonen, respekt, tillit, anerkjennelse og forståelse for betydningen av å dele informasjon er faktorer vesentlig for teamarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004). Mangelfull kommunikasjon kan gi ulik forståelse av situasjoner slik at det oppstår misforståelser, forsinkelser og være årsak til at det oppstår feil på operasjonsstuen. Teamarbeid preget av negativ oppførsel som surhet, arroganse og særhet påvirker de andre teammedlemmene. Lauvås og Lauvås (2004) poengterer relevant informasjon og riktig adressat som to elementer i kommunikasjonsprosessen av betydning for vellykket teamarbeid. For å nå et mål er det nødvendig med relevant informasjon adressert til rette personer slik at fagkunnskap integreres. Eksempelvis må kirurgene ha kommunisert i påmeldingen av pasient til operasjon hva som skal gjøres, behov for utstyr og korrekt leie. Ut fra disse opplysningene kan operasjonssykepleierne gjøre korrekte forberedelser og ha utstyr i beredskap for eventualiteter i forhold til inngrepet. Kommunikasjon bidrar til en sosial samhandling i teamet ved å formidle en tilpasning av holdninger, normer og adferd. Teamet fungerer således som en sosial enhet (Lauvås & Lauvås, 2004). En studie av Gillespie (2010) og medarbeidere bekrefter dette. Artikkelen beskriver at både organisatoriske og individuelle faktorer innvirker på kommunikasjonen i det tverrfaglige teamet. Mellommenneskelige relasjoner, organisering og utdanning/kunnskap fremheves som tre faktorer med betydning for godt tverrfaglig samarbeid (Gillespie, Chaboyer, Longbottom & Wallis, 2010).

Operasjonsavdelingens ledelse og mål betyr noe for fellesskap og tilhørighet som igjen virker inn på teamsamarbeidet.

En studie fra to store norske sykehus beskriver fagutviklingssykepleierens rolle som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. Funnene i studien tyder på at fagutviklingssykepleierne er pådrivere for å fremme kunnskapsbasering i det daglige arbeidet samtidig som rollen byr på pedagogiske og administrative utfordringer (Christiansen, Carlsten & Jensen, 2009). Ulike pedagogiske virkemidler som for eksempel fagdager, benyttes for fremme interesse for læring og kunnskap. Som ressursperson er fagutviklingssykepleieren tilrettelegger ved å gjøre ulike kunnskapskilder tilgjengelige (Christiansen et al., 2009). Likevel avdekker denne og flere andre studier at sykepleiere kan oppleve barrierer i forhold til forskningsbaserte kunnskapskilder (Christiansen et al., 2009; Hjelen, 2013; Hommelstad & Ruland, 2004; Schoonover, 2009). Videre fremkommer hvordan fagutviklingssykepleierne var tilretteleggere i grupper der sykepleierne deltok med eksempelvis revisjon og utvikling av prosedyrer. På denne måten finner de beste praksis begrunnet i erfaringer og forskning som er dekkende for det aktuelle tema slik at resultatet blir best mulig. Fagutviklingssykepleierrollen kan være organisert forskjellig, gjerne avhengig størrelse på avdeling og sykehus. Likeledes kan tilgjengelighet på bistand fra bibliotekar være noe ulik (Christiansen et al., 2009).

Lauvås og Lauvås (2004) definerer rolle som et sett av forventninger tilhørende en bestemt stilling eller funksjon. Operasjonssykepleierne som innehar fagutviklingssykepleierrollen er en slik funksjon det knyttes forventninger til (Christiansen et al., 2009). Både fagutviklingssykepleieren og omgivelsene er normsendere og normmottakere. Rolleforventningene skapes for det meste fra omgivelsene, men også fra rolle innehaveren selv (Lauvås & Lauvås, 2004). Likeledes er operasjonssykepleierens koordinerende- og sterilt utøvendefunksjoner roller det knyttes forventninger til.

Erving Goffman (1922-1982), kanadisk-amerikansk samfunnsforsker som arbeidet særlig med rolleteori og samhandlingens symbolske aspekter. Han utviklet metaforer for å belyse ulike sosiale sammenhenger, der våre relasjoner til andre er vesentlig for å forme samfunn og samfunnsendring. I disse sosiale sammenhenger konstrueres roller som gir føringer for hvordan man bør oppføre seg (Goffman, 1992). Rolletilknytning er den rollen man egentlig ønsker å spille. Rolleomfavning er en rolle som vi selv synes er interessant og tar på oss fordi

vi ønsker det. Rolledistanse innebærer forskjellen mellom det sanne jeg og den rollen man befinner seg i sosialt (Goffman, 1992). Goffman (1992) beskriver at vi tilpasser vår adferd og væremåte til den situasjonen vi til enhver tid befinner oss i, og at det kan være ulike normer for adferd på forskjellige områder i en og samme organisasjon. Språk og oppførsel kan for eksempel være annerledes på pauserommet enn i møtet med pasienter. Likeledes tilpasser medlemmene i operasjonsteamet sin oppførsel og adferd inne på operasjonsstuen i situasjoner der teamets fulle oppmerksomhet er påkrevet. I følge Goffman innehar teamet her roller som både forplikter og har tilknytning. Dette kan forstås som at man i denne situasjonen både ønsker å spille og er forpliktet til å ha denne rollen (Goffman, 1992).

Operasjonssykepleiere møter ulike rolleforventninger i yrkesutøvelsen. I tillegg til klinisk kompetanse er det behov for kompetanse om organisasjonen der de arbeider og kompetanse i å organisere eget arbeid. Klinisk kompetanse handler om å yte faglig forsvarlig og direkte pasientomsorg (Orvik, 2015). Innsikt i verdier og mål for egen organisasjon, forståelse av hvordan sykehuset fungerer som system samt kompetanse om hvordan organisere pasientarbeidet skal sikre god sykepleie. Av dette ser en at organisatorisk kompetanse kommer til uttrykk på ulike måter i klinisk arbeid. For at tilbudet til pasientene skal fungere best mulig må helsepersonell kunne samhandle (Orvik, 2015). For operasjonssykepleiere innebærer det her samarbeid i det kirurgiske team. I den koordinerende rollen administrerer operasjonssykepleieren den aktuelle operasjonsstuen i samarbeid med de andre i teamet. Oppgavene innebærer å bistå teamet i den pågående operasjonen samtidig som man skal tenke på og planlegge for neste operasjon, slik at det blir «flyt» i operasjonsprogrammet.

En Cochrane oversikt fra 2012 har sett på effekten av organisatoriske tiltak for å fremme kunnskapsbasert sykepleiepraksis. Både organisatoriske tiltak, mer forskning om hvordan veilede praksis og økonomiske ressurser kreves for å utvikle kunnskapsbasert sykepleie. Ferdigheter hos de ansatte, kliniske veiledningsprogrammer, ulike støttesystemer, kunnskapsbaserte retningslinjer for klinisk praksis og implementering av disse kan være medvirkende faktorer til endring i praksis (Flodgren, Rojas-Reyes, Cole & Foxcroft, 2012).

2.6 Litteratursøk

Initialt i oppgaveprosessen ble det gjort søk i Bibsys, nå Oria for å finne litteratur som kunne bidra til å danne et teoretisk grunnlag for det videre arbeidet med oppgaven. Systematiske søk ble utført i samarbeid med bibliotekar ved min arbeidsplass. Nye søk ble foretatt gjennom

hele perioden i arbeidet med oppgaven. Databaser som Cinahl, Cochrane Library, Medline, Pubmed og SveMed+ ble benyttet. For å presisere søkeord brukte jeg SveMed+ Mesh og ordnett.no. Følgende søkeord ble benyttet: Perioperative nursing, scrub nurse, operating room nurse, professional competence, clinical competence, professional development, qualification skill performance, updating knowledge og evidence-based practice. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner, alene eller med «and» og «or». Inklusjonskriterier for søkene var engelsk eller skandinavisk språk, med publikasjoner ikke eldre enn 20 år. Utfra søkene kan det synes som om det finnes få studier på operasjonssykepleiere og deres fagutvikling, spesielt studier som kan relateres til norske forhold. Endel litteratur om sykepleierstudenter, sykepleiere og utdanning ble identifisert. Kvantitative og kvalitative studier som omhandler kompetanseutvikling hos sykepleiere generelt er funnet relevante for problemstillingen. Jeg har vurdert litteraturvalget egnet til å kunne belyse ulike sider relatert til min valgte problemstilling. For søkestrategi; se vedlegg nr. I. Relevant litteratur er også valgt på bakgrunn av referanselister fra bøker og artikler jeg har funnet underveis i arbeidet.

2.7 Litteratormatrise

Litteratur som belyser kunnskap på området:

Forfatter/år	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
Christiansen, B., Carlsten, T., C., Jensen, K. (2009)	Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis.	Hva kjennetegner fagutviklingssykepleierens formidlende og tilretteleggende virksomhet mellom forskning og klinisk praksis?	Eksplorativ kvalitativ studie. Intervju med 5 fagutviklings-Sykepleiere fra to sykehus. Oppfølging av funn fra ProLearn studie, UiO.	Fagutviklingssykepleieren viktig rolle: brobygger mellom forskning og klinisk praksis. Tilrettelegger og stimulerer til økt kunnskap, fremmer kunnskapsbasering.
Daley, B. J. (2001)	Learning in clinical nursing practice.	Hvordan tilegner sykepleiere seg kunnskap i klinisk praksis?	Kvalitativ studie, Delstudie utgått fra 80 semistrukturerte intervju sosialarbeidere, advokater, voksenopplærere, sykepleiere	Læring foregår på ulike arenaer, samhandling med kolleger og som enkelt individ ved å være en del av en institusjon, erfaringslæring og refleksjon i og etter handling.
Islamoska J, Nilsson R, Sjøstrøm K, Willman A. (2009)	Arbetsmodeller som sikrer sjukskøterkekompetensen - en systematisk litteratursammanstilling.	Identifisere eksisterende modeller for hvordan sykepleiernes arbeid er organisert i forhold til kompetanse der hensikten er å forbedre pasient sikkerhet og pasient tilfredshet	Systematisk review i Cinahl, Cochrane, Medline. Av 397 artikler ble 31 lest i fulltekst, kun 3 artikler ble funnet der det var fokus på sykepleiernes kompetanse og hvordan arbeidet var organisert	For lite materiale til å komme med anbefalinger, lite forskning på dette området. «Lagoppstillingen» rundt pasienten er viktig, sykepleiere med lang erfaring bør jobbe nær pasienten i samarbeid og veilede de med mindre erfaring.
Skår, R (2010)	Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer.	En studie i sykepleieres læringserfaringer.	Doktoravhandling. 3 studier, Kvalitativ metode med dybdeintervju og fokusgruppeintervju.	Avhandlingen belyser spørsmål om hvilken rolle den personlige dimensjonen har i læringsprosesser i profesjonelt arbeid. Dette er i tråd med nyere forskning om profesjonell læring som fremhever betydningen av helhetlige læringsprosesser gjennom utdanning og yrkesliv.
Rasmussen, G. (2009)	Å være beredt på det uventede- en fokusgruppestudie om operasjonssykepleieres videreutvikling av handlingskompetanse.	Innsikt i hvordan operasjonssykepleiere videreutvikler handlingskompetanse i yrkespraksis	Kvalitativ studie, fokusgruppeintervju, 4 grupper- 21 operasjonssykepleiere	Formidling av kunnskap fra erfarne til nyutdannede-elementer i samarbeidet som er til hinder læring. I hvilken grad kan de nyutdannede påvirke eksisterende kunnskap og praksis? Relasjonelle forhold i det tverrfaglige team påvirker arbeidsmiljø og dermed kompetanseutviklingen.

Litteratur som belyser kunnskap på området:

Forfatter/år	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
Forsetlund, L Bjørndal, A Rashidian, A Jamtvedt, G O'Brien, M. A. Wolf, F Davis, D Odgaard-Jensen, J Oxman, A. D. (2009)	Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes	Se på effektene av etterutdanningstiltak hos helsepersonell som kurs, konferanser, arbeidsgrupper eller seminarer. Fører det til forbedring av profesjonell praksis?	Cochrane systematic review Inkluderer 81 studier	Etterutdanningstiltak som kurs, konferanser, arbeidsgrupper eller seminarer kan føre til forbedring av profesjonell praksis og bedre helserelaterte utfall for pasientene, men denne form for etterutdanning alene er ikke nok i en profesjonell praksis i en kompleks organisatorisk sammenheng.
Fagerjord, B (2009)	Fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis	Kartlegge kreftsykepleieres oppfatning av fagutvikling	Kvalitativ studie, semistrukturerte intervju med 6 kreftsykepleiere med mer enn 10 års erfaring	Sykepleiere ønsker flere formelle og forutsigbare arenaer for fagutvikling. Utfordringer er tid og krav. Mangel på plan og organisering gjør at fagutvikling ikke er godt nok ivaretatt.
Vareide PK, Hofseth C, Norvoll R, Røhme K (2001) SINTEF Rapport (på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund)	Stykkevis og helt - Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus	Gi et bilde av sykepleierrollen i sykehus, helsetjenesten og sykehusene gjennomgår organisatoriske endringer, hvordan rekruttere og beholde sykepleiere, kvalitet og effektivitet er høyt på dagsorden	3 delstudier, -1 kvantitativ studie, tids- og oppgaveregistrering av sykepleiernes arbeidsoppgaver gjennom 763 vakter + observasjon 1 kvantitativ studie, spørreskjema, 104 sykepleiere 1 kvalitativ studie- 20 intervjuer	Sykepleierrollen i sykehus er «vid» og krever ulike former for kompetanse. Gir variasjon i arbeid, tidspress. Funksjon som koordinator og bindeledd i sykehusvirksomheten er sentral. Lite tid til faglig fordypning, savner mer tilrettelagt, spesielt de erfarne. De organisatoriske arbeidsbetingelsene bør vurderes.
Thidemann, I. J. (2005)	Den sårbare læringsarenaen – om praksisfellesskapets Implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling	Kunnskap om: Hvordan læring og kompetanse-utvikling skjer blant sykepleiere de første årene etter avsluttet grunnutdanning. Hva hindrer læring og kompetanse-utvikling blant sykepleiere?	Basert på 3 studier: 1. Kvantitativ: 62 studenter under sykepleierstudiet 2. Kvantitativ: 52 sykepleiere (svarprosent 84) 3 år etter avsluttet grunnutdanning 3. Kvalitativ: 9 sykepleiere dybdeintervju 5 år etter avsluttet grunnutdanning i sykepleie.	Læring og kompetanseutvikling er sterkt influert av politiske, menneskelige, organisatoriske og økonomiske beslutninger og tiltak. Er grensen for å være effektiv, å handle etter «skjema» nådd? Kan det bli en trussel mot sykepleiens innhold?

Litteratur som belyser kunnskap på området:

Forfatter/år	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
Naustdal, A.G. (2010)	Kompetanseutvikling under press	Belyse hvordan sykepleieledere beskriver betydningen av faglig ledelse, og hvilke faktorer som har betydning for framtidig arbeid med kompetanse-utvikling i sykepleietjenesten	Kvalitativ, intervju med 8 sykepleieledere med ansvar for kompetanseutvikling for pleiepersonalet ved sengeavdelinger i sykehus.	Sykepleielederen ser på seg selv som sentral i utviklingen av kompetansen til de ansatte. Tidspress, omstillingsprosesser og administrative oppgaver gjør arbeidet vanskelig. Helseforetakene bør vurdere det faglige innholdet i sykepleielederen sitt arbeid og rolle.
Valeberg, B.Taraldsen Grønseth,R. Fagermoen, M. S. (2009)	Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning	Validere spørreskjema utviklet for evaluering av anestesi-, barne-, intensiv og operasjonssykepleieres opplevde kompetanse i forhold til jobbkrav.	Kvantitativ undersøkelse, survey 1999-2005. Faktoranalyse, sammenligne 473 nyutdannede spesialsykepleieres opplevde kompetanse og 22 studenter under spesialutdanning.	Omfatter omsorg-, medisinsk-, samarbeids-, pedagogisk/utvikling-, valg og improvisasjons- og pårørende kompetanse. Pårørende kompetanse gjenspeiler ikke operasjonssykepleiers opplevde kompetanse. (Skjema bør endres noe).
Oppheim,A.,E. (2010)	Fagutvikling må prioriteres		Innspill i tidsskriftet Sykepleien	Sykepleieledere sliter med å prioriterer kompetanse- og fagutvikling, søkelys på oppgaven med å ivareta kompetanseutvikling for sykepleiepersonale. Kompetanseutvikling må prioriteres, til beste for pasienten er god fagligkvalitet som igjen bidrar til god økonomi.
Hommelstad, J. Ruland, C. M. (2004)	Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use	Undersøke operasjonssykepleieres oppfatning om hva som hemmer og hva som fremmer bruk av forskning.	Kvantitativ 159 operasjonssykepleiere, deskriptivt-design, survey. 51% svar	Operasjonssykepleiere er positive til forskning, men mangler kompetanse til å vurdere forskningsartikler. Studie dager, utdanningsprogrammer og forsknings sykepleiere i klinisk praksis er anbefalt for å fjerne disse hindringene.
Flodgren, G Rojas-Reyes, M, X Cole, N Foxcroft, D.R. (2012)	Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice	Å vurdere effekten av organisatoriske tiltak for å fremme kunnskapsbasert sykepleie.	Cochrane systematic review Kun en studie-tidsserieanalyse fra USA 2010 ble inkludert.	Oversikt over studier som har sett på effekt av organisatoriske tiltak for å fremme kunnskapsbasert praksis. Inkludert studie: effekt av tiltak mot risiko for trykksår.

Litteratur som belyser kunnskap på området:

Forfatter/år	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
Solli, H (2008)	Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse.	Få kunnskap om hvordan nyutdannede sykepleiere utvikler sin handlingsberedskap til handlingskompetanse innenfor den administrative-, veiledende/undervisende- og forskning/fagutviklende funksjon i løpet av de første fem år etter endt utdanning. Hvordan opplever sykepleierne at arbeidsgiver legger forholdene til rette for kompetanseheving?	Kvalitativ. Studiens design er beskrivende og utforskende med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Fokusgruppeintervju	Nyutdannede sykepleiere: mulig oppnådd handlingskompetanse i den administrative sykepleiefunksjonen etter ca tre år, arbeidsgivere forventer denne kompetansen allerede ved nyansettelse. Veiledning/undervisning og fagutvikling/forskning i liten grad utvikling. Organisert veiledning av sykepleierne: er tilstede i ulik grad, avhengig av arbeidsgiver. Oppnådd handlingskompetanse innenfor den administrative sykepleiefunksjonen i løpet av fem år. Veiledning/undervisning og fagutvikling/forskning mangler de organisert støtte og veiledning fra arbeidsgiverne, handlingsberedskapen de hadde ved utdanningens slutt, ikke nevneverdig utviklet i løpet av fem år.
Gillespie, B. M. Chaboyer, W. Wallis, M. Chang, H. Y. Werder, H. (2009)	Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study	Undersøke oppfatninger av hva som er viktige komponenter i operasjonssykepleieres kompetanse i operasjonssalen.	Kvalitativ studie fra Australia, 3 fokusgrupper med til sammen 27 operasjonssykepleiere	Teoretisk og praktisk kunnskap i et teknologisk miljø- helhetlig forståelse, ferdigheter i kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid, kompetanse i å administrere operasjonsprogrammet. Organisatorisk tilretteleggelse og forståelse for disse momentene er av betydning.
Gran, S, V. (2002)	«I hvilken grad sykepleiere på en kirurgisk post gir og mottar kollegial tilbakemelding på sitt arbeid». Kollegial tilbakemelding	Øke bevissthet om betydning av kollegial tilbakemelding og refleksjon, innvirker det på kunnskapsutvikling i praksis?	Liten studie gjennomført på en kirurgisk post, spørreskjema med åpne og lukkede svaralternativer. Svarprosent 63,5.	De fleste sykepleiere både gir og mottar kollegiale tilbakemeldinger på sitt arbeid. Ros gis for godt utført arbeid. Positiv tilbakemelding til dem som viser initiativ og engasjement, til dem som viser faglig dyktighet, til dem som takler vanskelige situasjoner bra. Negative tilbakemeldinger gis der oppgaver ikke var utført, og generelt for dårlig utført arbeid.

Litteratur som belyser kunnskap på området:

Forfatter/år	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
Knutheim, A, G. Bjørk, I, T. (2013)	Klinisk spesialister styrker læring gjennom uformelle aktiviteter	Få systematisk kunnskap om hvordan kliniske spesialister opplevde at de vedlikeholdt, videreutviklet og brukte kompetansen til fagutvikling	Kvantitativ. Spørreskjema til kliniske spesialister i Norge med mer enn to års erfaring, utarbeidet på bakgrunn av teori om begrepene kompetanse og fagutvikling.	Et overordnet fokus på kompetanse- og fagutvikling på arbeidsplassen er sentralt. Innebærer et samarbeid mellom leder og sykepleier om spesialiserings-område og planlagt bruk av kompetansen, og at arbeidsgiver stiller krav til og legger til rette for vedlikehold og bruk av kompetanse.
Jonassen, K Slettebø, Å (2013)	Hvordan videreutvikler barnesykepleiere praktisk kompetanse i klinisk praksis?	Beskrive hvordan barnesykepleiere opplever utvikling av praktisk kompetanse i klinisk praksis. Finne ny kunnskap om det å utvikle praktisk kompetanse	Kvalitativ, semistrukturerte intervjuer med 7 barnesykepleiere fra ett lokalsykehus og ett universitetssykehus.	Pediatrike sykepleiere utvikler praktisk kompetanse ved; refleksjon, faglige diskusjoner, personlig engasjement, teamarbeid eller veiledning. Det er viktig å være nær praksis og arbeide med pasienter. Organisatoriske faktorer som erfarne og uerfarne sykepleiere som arbeider sammen synes viktig.
Healey, A. N. Undre, S. Vincent, C. A. (2006)	Defining the technical skills of teamwork in surgery	Hvordan bedre teamarbeid og øke pasientsikkerheten	Fagartikkel om utdanning og trening	Teamarbeidet på operasjonsstua har ikke utviklet seg i takt med den kirurgiske utvikling. Uklare roller/arbeidsoppgaver og tekniske ferdigheter kan trenes i simulering avhengig av behov for teamsammensetning. Samarbeid, kommunikasjon koordinering, lederskap og overvåking i form av å vurdere hverandres arbeid og situasjonen er viktige elementer i teamarbeid.
Gillespie, B. M. Chaboyer, W. Longbottom, P. Wallis, M. (2010)	The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study	Øke forståelsen av de organisatoriske og individuelle faktorer som påvirker teamarbeid i kirurgi.	Kvalitativ studie fra Australia, 16 semistrukturerte intervju, kirurger-, anestesileger og sykepleiere, grounded theory,	Mellommenneskelige relasjoner, organisering av teamsammensetning/kompetanse og utdanning er universalmiddel for å forbedre teamsamarbeid og kommunikasjon
Eason, T. (2010)	Lifelong learning: fostering a culture of curiosity	Fremme en kultur der pedagogisk vekst støttes og fremmes er avgjørende for utvikling av sykepleiefaget.	fagartikkel	Kompetanse i sykepleie er solid forankret i kunnskapsbasert praksis. Forskning, utdanning og erfaring i sykepleiepraksis er knyttet til kunnskapsbasert praksis og livslang læring. Tilrettelegging og deling av kunnskap er viktig

Litteratur som belyser kunnskap på området:

Forfatter/år	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
Gillespie, B, M Hamlin, L (2009)	A Synthesis of the Literature on "Competence" as It Applies to Perioperative Nursing	Utforske begrepet kompetanse i operasjonssykepleie	Litteraturreview 2000-2008: søk i CINAHL, PubMed og ProQuest, Søkeord: kompetanse, sykepleier, operasjonstuen. 21 studier inkludert, fra ulike land	Viktige faktorer i operasjonssykepleier kompetanse: Praktisk kompetanse, mellommenneskelig kunnskap, kommunikasjon, samarbeid, koordinering, og ledelse
Christiansen, B. (2008)	Good work - how is it recognised by the nurse?	Belyse hvordan sykepleiere beskriver situasjoner som gjenspeiler prestasjon, bekreftelse på at de har gjort godt arbeid.	Kvalitativ, del av ProLearn studie UiO, semistrukturerte intervju 10 sykepleiere	Viktig:- å sikre grunnleggende behov hos pasienter og pårørende, -med positive tilbakemeldinger, mestringsfølelse, bevisstgjøring av faglig kompetanse
Rycroft-maloe, J Harvey, G Seers, K Kitson, A McCormack, B Titchen, A (2004)	An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice	Hva må til for å implementere kunnskapsbasert praksis?	Kvalitativ. 2 Fokusgrupper + 17 semistrukturerte intervju	Barrierer for forskning: holdninger til forskning, tid, manglende kunnskap i å lese forskning, manglende innflytelse Organisatoriske problem, tverrfaglige relasjoner og samarbeid, rolle i prosjektet, ressurser.
Larsen, K Adamsen, L Bjerregaard, L Madsen, J. K. (2002)	There is no gap 'per se' between theory and practice: Research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic	Belyse relasjon mellom teori og praksis, dannelse av profesjonell handling i klinisk sykepleie og hos forskere	Kvalitativ. Sosilogisk, empirisk tilnærming, intervju med 10 sykepleieforskere og 79 danske sykepleiere	Teori og praksis eksisterer som 2 typer kunnskap, teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap. "Gap" mellom teori og praksis er sosialt konstruert-årsaket av historie og kultur.
Hjelen, W (2013)	Operasjonssykepleiere og fagutvikling: en fokusgruppestudie om hvordan fagutvikling skjer blant operasjonssykepleiere i en operasjonsavdeling	Innsikt i hvordan fagutvikling forstås og skjer blant operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen	Kvalitativ: 4 fokusgrupper-til sammen 21 operasjonssykepleiere	Fagutvikling skjer: læring av hverandre i det kirurgiske team, erfaringsbasert kunnskap. Manglende holdninger til forskningsbasert kunnskap. Organisatoriske, utdanningsmessige og personlige forhold.

Litteratur som belyser kunnskap på området:

Forfatter/år	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
Pedersen, K.L. (2013)	Etter kvalitetsreformen: Sykepleieres vurdering av relevansen av vitenskapsteori etter to års yrkespraksis	Innsikt i vurdering av relevansen av vitenskapsteori i yrkesutøvelsen: Påvirker deltakelse i fagutvikling? I hvilken grad anvendes forskning?	Kvantitativ, Lite utvalg, studie fra en høyskole, Likert skala, deskriptiv analyse og korrelasjonsanalyse.	Sykepleiere som deltar i fagutvikling, i større grad enn sykepleiere som ikke deltar, opplever vitenskapsteori i yrkesutøvelsen som relevant.
Pupkiewicz, J Kitson, A Perry, J (2015)	What factors within the peri-operative environment influence the training of scrub nurses?	Undersøke hvilke erfaringer til noviseoperasjonssykepleiere som påvirker deres læring i det peri-operative miljø.	Kvalitativ, 6 semistrukturerte intervju med novisesykepleiere, 1 fokusgruppe med 7 senior sykepleiere	Viktig er: Teamtrening, samarbeid, kommunikasjon, kontinuitet, trygge strukturerte rammer for læring, god veiledning
Christiansen, B (2012)	Knowledge-seeking practices of competent nurses	Hvordan deltar sykepleiere som hverken er nybegynnere eller eksperter i kompetanse utvikling?	Kvalitativ, 9 dybdeintervju, 1 fokusgruppe intervju.	Begrenset erfarne sykepleiere søker ulike kunnskapskilder som prosedyrer, litteratur, erfarne kolleger. Drevet av usikkerhet (frykt for å gjøre feil) og av interesse for faget.
Epstein, R, M. Hundert, E, M (2002)	Defining and assessing professional competence	Forsøke å komme med en definisjon på profesjonell kompetanse, og hvordan utvikle faglig kompetanse	Review artikkel, søk i MEDLINE databasen 1966 til 2001 og referanse lister over relevante artikler for engelskspråklige studier (=195), pålitelighet eller gyldigheten av kompetansefremmende tiltak til leger, medisinstudenter	Individuelle planer, systematisere opplæring, standarder for kompetanse på ulike nivåer, Utvikle felles pedagogiske verdier = utvikling på individ-, gruppe- og systemnivå.
Eraut, M (2007)	Learning from other people in the workplace	å utforske læring i praksis, tidlig yrkeskarriere, <3år. Hva læres? Hvordan? Hva påvirker læring?	Longitudinal studie, lærere, sykepleiere, ingeniører, regnskapsførere.	Feedback i jobbsituasjonen viktig. Sykepleierne følte for store utfordringer pga stort ansvar og arbeidsbelastning. Verdien av jobben veide opp for dette, støtte i teamarbeid. Læring foregår på arbeidsplassen i tidlig karriere.

3.0 DESIGN OG METODE

3.1 Design

Design beskriver den overordnede metoden for hvordan et prosjekt gjennomføres (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). I denne oppgaven velger jeg å bruke et beskrivende og utforskende design; et design som karakteriseres ved en relativ åpen struktur og tilnærming. Utforskende design kan være hensiktsmessig når litteraturen på området er mangelfull. I et utforskende intervju presenterer intervjueren åpne spørsmål relatert til problemstillingen eller et problemkompleks som skal avdekkes. Likeledes benyttes et beskrivende design for å videreutvikle og få ny innsikt i eksisterende fenomen (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2008). Gjennom et planlagt og fleksibelt semistrukturert intervju med operasjonssykepleierne, søker jeg å innhente beskrivelser om begrepet fagutvikling samt hvordan operasjonssykepleiere ivaretar og utvikler sin fagkompetanse. Ved å fortolke data fra intervjuene om informantenes meninger, kunnskaper, erfaringer og holdninger går jeg utover det som direkte blir sagt. Jeg vil forsøke å finne meningsstrukturer og betydninger som ikke fremkommer umiddelbart i teksten fra intervjuene. Forståelsen av enkeltdelene virker tilbake på forståelsen av helheten (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.2 Metode

I denne studien anvendes kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring, holdninger og fortolkning, der både forsker og informant påvirker forskningsprosessen. Slik kan metoden bidra til å presentere mangfold og nyanser (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Studien må sies å ha en hermeneutisk tilnærming idet hermeneutikk betyr å fortolke (Thornquist, 2003). For å kunne tolke må jeg som forsker lete etter en helhet i det som kommer frem. Som operasjonssykepleier er det enklere for meg å forstå og sette meg inn i hva operasjonssykepleierne ønsket å fortelle. Uten inngående kjennskap til feltet jeg skal forske på ville min tolkning kanskje vært en annen. I møte med de jeg intervjuer forstås og formidles budskapet ut fra den personen jeg er. Gjennom

forforståelse og ny erfaring utvikles ny forståelse som etter hvert gir dypere forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009; Thornquist, 2003).

Materialet er transkribert tekst fra semistrukturerte dybdeintervju der målet er å presentere nyanser og mangfold relatert til studiens problemstilling (Malterud, 2011). Semistrukturert dybdeintervju er en kvalitativ metode egnet til å besvare studiens problemstilling. Intervju i denne sammenheng kan klassifiseres som deskriptivt/beskrivende, det vil si med åpne og nyanserte beskrivelser av ulike sider ved operasjonssykepleiernes utvikling av faglig kompetanse. Målet med det kvalitative forskningsintervju er å forstå verden fra den intervjuede operasjonssykepleierens side slik at intervjueren får tilgang til informantens menneskelige erfaringer, meninger, opplevelser og beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). I et semistrukturert intervju trenger ikke rekkefølgen på spørsmålene være helt fastlagt på forhånd, men tema er noe styrende for spørsmålsstillingen. Gjennom dybdeintervju ønsker jeg å få innsikt i operasjonssykepleieres holdninger til og opplevelse av fagutvikling, trivsel i arbeidet og faktorer som fremmer fagutvikling, samt om organisering av avdelingen kan ha betydning for kompetanseutvikling hos operasjonssykepleiere. Det semistrukturerte intervjuet åpner for spontane ytringer, synspunkt og meninger fra informanten, samt mulighet for oppfølgingsspørsmål fra intervjuer. Problemstillingen og forskningsspørsmålene skal besvares ved hjelp av datamaterialet fra de individuelle semistrukturerte dybdeintervjuene. Disse opplevelsene og erfaringene fra virkeligheten danner grunnlag for å få fram sammenhenger, helheter og forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Individuelle intervju beskrives av Malterud (2011) som en spesiell form for mellommenneskelig situasjon som på nokså kort tid genererer mye informasjon.

3.3 Utvalg

Utvalget av informanter kan karakteriseres som strategisk siden informantene ikke ble valgt tilfeldig. Målet med et strategisk utvalg er at informantene skal gi beste mulighet for å belyse problemstillingen. I praksis vil det si at informantene innehar bestemte egenskaper og kvaliteter som er strategisk i forhold til problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det kan for eksempel være deltakere med ulik alder der det er grunn til å anta at erfaring kan ha en betydning for det som skal undersøkes. For å samle data fra relevante kilder er kunnskap om operasjonssykepleie, operasjonsavdelinger og teoretisk bakgrunn viktige forutsetninger (Malterud, 2011). Utvalget består av åtte operasjonssykepleiere fra tre forskjellige sykehus –

to avdelinger med flere fagfelt og to avdelinger med ett fagfelt. Sykehusene har område- og universitetssykehusfunksjoner. Alder på informantene var fra tretti til seksti år. Erfaring som operasjonssykepleier varierte fra omtrent to til trettito år. Informantene ble rekruttert via sine ledere, som igjen ga meg beskjed om tid og sted for intervju. Til sammen ble det åtte intervjuer med fire operasjonssykepleiere i tredelt turnus og 100% stilling, og fire fagutviklingssykepleiere. I innledningskapitlet har jeg beskrevet inklusjonskriteriene. Samtlige informanter er kvinner hvilket var utilsiktet. Utvalget gjenspeiler imidlertid den ekstreme skjevheten det er i kjønnsfordeling i operasjonssykepleierpopulasjonen og kan derfor forsvares å være representativ tross mangel på mannlige informanter.

3.4 Forskerens rolle

I det kvalitative forskningsintervjuet skal forskeren være i dialog med informantene om deres erfaringer og deretter i dialog med det transkriberte materialet (Kvale & Brinkmann, 2009). For meg som intervjuet krevde det at jeg i best mulig grad lyttet forutsetningsløst, slik at egen forforståelse ikke påvirket valg og fortolkninger. I studien brukte jeg meg selv som instrument og jeg innehar en nærhet til miljøet det forskes på. Samtidig var det viktig å være oppmerksom på at jeg som forsker og vedkommende som blir intervjuet ikke kan være likeverdige deltakere idet tema/problemstilling er definert av meg og jeg som forsker kontrollerer intervjuet. En refleksiv holdning og forhånds-klargjøring av egne verdier og meninger kan styrke min objektivitet som forsker. Således kan jeg unngå i for stor grad å identifisere meg med de personene som inngår i studien; informantene (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011).

3.5 Utarbeidelse av intervjuguide

Oppgavens problemstilling, det teoretiske grunnlaget og en redegjørelse av sentrale begreper som skal studeres legger føringer for utforming av intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009). En intervjuguide skal være et hjelpemiddel for å holde fokus på det som skal utforskes. Oppbygging av intervjuet er av betydning for å få belyst temaet/problemstillingen fra ulike perspektiv. I denne oppgaven er de sentrale begrepene operasjonssykepleie, fagutvikling og kompetanse samt organisering av operasjonsavdeling. Jeg tilstrebet å utarbeide åpne

stikkordsmessige spørsmål som favnet disse begrepene. Spørsmålene skulle være åpne og startet med; «Hva- spørsmål, «Fortell om ...», «Hva mener du om ...», «Kan du si litt mer om...» (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011).

Før jeg gjennomførte de åtte dybdeintervjuene gjorde jeg en pilotstudie der jeg ønsket å prøve ut intervjuguiden, det tekniske utstyret og skaffe erfaring fra selve intervjusituasjonen.

Materialet fra dette intervjuet er ikke tatt med i studien. Intervjuobjektet var fagutviklingssykepleier og jeg hadde selv rekruttert henne. Ved avslutningen av intervjuet snakket vi om hvordan det var å besvare spørsmålene. Hun gjorde meg oppmerksom på at det ikke var sikkert alle informanter ville være like ordrike som henne i sine svar. Etter intervjuet vurderte jeg intervjuguiden som relevant for studiens hensikt og den forble derfor tilnærmet uforandret.

3.6 Gjennomføring av intervju

Semistrukturert intervju innebærer individuelle intervjuer der forskeren innhenter kvalitative data gjennom samtale. Semistrukturert intervju betegnes også som dybdeintervjuer eller delvis strukturerte intervjuer, der jeg som forsker skal søke fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011).

Intervjuene foregikk over en periode fra 5.februar 2015 til 4.mars 2015. Informantene jobbet i avdelinger ved tre ulike sykehus som var ulike med hensyn til størrelse på avdeling. Likeledes var organisering av personalet, antall fagfelt, drift på vakttid, pasientmangfold og etablerte kompetansefremmende tiltak i avdelingene noe forskjellig. To avdelinger hadde tilrettelegging for klinisk stige og mulighet for å delta i veiledningsgrupper. Ressurser til kurs og mulighet for etterutdanning var også ulikt. Felles for alle avdelingene var en hektisk arbeidshverdag med både elektive- og øyeblikkelig hjelp pasienter.

Intervjusituasjonen behøver ikke være standardisert, det vil si at intervjuguide og rekkefølge på spørsmål kan tilpasses den enkelte deltager (Malterud, 2011). Intervjuene med operasjonssykepleierne ble styrt av meg som forsker der mitt mål var å få fram opplysninger om deres erfaringer og opplevelser av hvordan fagutvikling foregår på deres arbeidsplass. Semistrukturert intervju skal ligge nær opp til en samtale i dagliglivet, men har det formål at vi ønsker å vite noe vi ikke visste fra før. Jeg forsøkte å tenke på dette ved at min forforståelse ikke skulle være framtrødende. Likeledes var det viktig å skape en god og tillitsfull

intervjusituasjon hvor målet var en positiv opplevelse for forsker og informant (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg forsøkte å holde meg til en kort og enkel spørsmålsstilling, ikke spørre om flere momenter eller temaer samtidig. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver at tematiske spørsmål kan bidra til en dynamisk og god samtale. En introduksjon der jeg ønsket en beskrivelse av en vanlig arbeidsdag og hva de la i god operasjonssykepleie, bidro til at informantene var aktive. Dette var ment som en forsiktig tilnærming til tema. Underveis i intervjuet sjekket jeg min egen oppfatning av om jeg undersøkte det jeg skulle. Ved å stille spørsmål som: «Har jeg forstått deg rett når du sier at...?» (Kvale & Brinkmann, 2009). Slik gjentakelse av viktige ord i svaret kan også invitere til en fordypning i temaet. Denne fordypningen kan gjøre det mulig å løfte frem nyanser og variasjoner (Drageset & Ellingsen, 2010). Bevissthet om min rolle i intervjusituasjonen var viktig slik at jeg ikke framprovoserte svar/resultater jeg hadde håpet å finne. Båndopptaker med god lyd kvalitet ble brukt i intervjuene. Intervjuguiden er vedlagt, vedlegg nr. VI.

Intervjuene foregikk i møterom og «kontor» på sykehusene der informantene jobbet bortsett fra et intervju som ble gjennomført inne på en operasjonsstue. Tid og sted for intervju ble valgt av informantene i samarbeid med deres leder. Selve gjennomføringen av intervjuene ble for noen på dagvakt, en etter dagvakt og en etter nattevakt. Jeg opplevde intervjuene nokså forskjellige, utfra hvor de arbeidet, deres erfaringer og opplevelser. Alle informantene hadde på forhånd lest informasjonsskrivet om studien, noen også prosjektbeskrivelsen. Ingen anga behov for ytterligere muntlig informasjon før vi startet. Jeg har hørt igjennom intervjuene flere ganger og noterte umiddelbare refleksjoner/uttalelser. Det korteste intervjuet varte i 24,35 minutter, mens det lengste intervjuet varte i 63,56 minutter. Under noen intervju var det greit å følge intervjuguiden, andre ganger snakket informanten uoppfordret slik at vi var gjennom alle tema og spørsmål uten at jeg hadde stilt selve spørsmålene. Jeg avsluttet alle intervjuene med å spørre om det var noe de syntes var viktig som jeg ikke hadde spurt om. De fleste synes vi hadde vært gjennom mange og viktige temaer; flere presiserte og oppsummerte hva som var viktig for dem.

Etter hvert intervju reflekterte jeg over gjennomføring og hvordan samtalen hadde forløpt; en slags selvevaluering. Således kunne jeg gjøre justeringer til neste intervju. For eksempel ble jeg flinkere til å be dem utdype svar og jeg følte meg etterhvert tryggere i intervjusituasjonen. Jeg vurderte antall informanter etter at de planlagte åtte intervjuene var utført og mente at det var oppnådd et metningspunkt idet ny informasjon ikke kom fram.

Intervjusamtalene med operasjonssykepleierne og fagutviklingssykepleierne ble transskribert fra muntlig til skriftlig form slik at de bedre ble egnet for analyse. Datamaterialet strukturert i tekstform gir lettere oversikt og er i seg selv en begynnelse på analysen (Kvale & Brinkmann, 2009). Lydbåndopptakene var av god kvalitet, det var lett å oppfatte hva informantene sa. Kun ved et par anledninger var noen ord litt uklare, men det forstyrret ikke meningen i samtalen. Jeg utførte selv transkriberingen for å sikre at det opprinnelige materialet ble gjengitt slik det ble formidlet og oppfattet av meg i intervjuene. Dette var en tidkrevende prosess, men ga meg inngående kjennskap til materialet. Jeg valgte bevisst å gjengi talespråket i intervjuene og skrev tilnærmet ordrett hva informantene sa, uten å true ivaretagelsen av konfidensialitet. Under transkriberingen var det enkelt for meg å huske igjen hvert enkelt intervju, kontekst og informasjon som ikke kan formidles gjennom å høre på lydbånd.

3.7 Forforståelse

Forforståelse er en viktig faktor i motivasjon for å gå i gang med et prosjekt, samtidig som det hele veien påvirker måten vi samler data og evnen til å lære av materialet (Malterud, 2011). Min forforståelse i forhold til tema fagutvikling og kompetanse hos operasjonssykepleiere er preget av flere innfallsvinkler. Jeg har bred erfaringsbakgrunn som operasjonssykepleier. Lang arbeidserfaring fra klinisk praksis og i ulike roller som lærer og praksisveileder for studenter i videreutdanning. Likeledes har jeg innehatt roller som driftskoordinator og fagutviklingssykepleier. Faglig perspektiv, erfaringer og den teoretiske referanserammen ved prosjektets begynnelse er ifølge Malterud (2011) vesentlige elementer i forforståelsen, og er gjeldende uansett hvilken forskningsmetode som brukes. Gjennom hele prosjektet er det viktig å være bevisst på dette, slik at forforståelsen ikke dominerer og ny kunnskap fra det empiriske materialet uteblir. Dette presiseres særlig ved kvalitativ forskning der forskeren bruker seg selv som forskningsredskap (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.8 Analyse og fortolkning

I analysen søker jeg å finne ut hva intervjuet har å fortelle og i fortolkningen søker jeg meningen i det informantene har fortalt. Ved å organisere, fortolke og sammenfatte datamaterialet skal analysen foregå fra rådata til resultat. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det følgende tre fortolkningskontekster: selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.

3.8.1 Selvforståelsesnivået – den intervjuedes selvforståelse

Første fortolkningsnivå er selvforståelse. I denne fasen er det viktig å bli kjent med materialet og å danne seg et helhetsbilde (Malterud, 2011). Her skal jeg som forsker sette min forforståelse til side, og i stedet sette meg inn i den intervjuedes forståelse. Etter transkriberingen leste jeg gjennom hele materialet sammenhengende flere ganger. Først ble det samlede transskriptet grovkategorisert for hver av deltakerne, og det ble gjort en meningsfortetning og kategorisering. Videre ble meningsbærende enheter indentifisert i teksten basert på intervjuguiden. Disse meningsbærende enhetene inneholdt kunnskap relatert til tema der det kom fram mulige ideer som kunne belyse problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne meningsfortetningen medførte at teksten ble komprimert i korte setninger, samtidig som det var viktig å være tro mot teksten slik at viktig informasjon ikke forsvant eller ble fordreid. I denne fasen skulle intervjumaterialet ses fra informantens synsvinkel i en fortettet form. Denne fortolkningen var en tydeliggjøring av den intervjuedes synspunkter slik jeg som forsker forsto dem. Tekst som gav liten mening i forhold til problemstillingen ble utelatt.

3.8.2 Kritisk forståelse basert på sunn fornuft

Fortolkningen på dette nivået kan ha en bredere forståelsesramme enn den intervjuedes egen forståelse. Den kan fokusere på uttalelsens innhold eller på personen som står bak. Allmenn kunnskap om uttalelsens innhold kan presisere og berike fortolkningen i materialet (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er av betydning at jeg som forsker forsøker å forholde meg kritisk til informantens uttalelser og nøye vurderer innholdet i informantens utsagn og personen bak utsagnet. I analysearbeidet stilte jeg følgende spørsmål som kunne være til hjelp i fortolkningen; - hva går igjen i materialet?, -hva sier operasjonssykepleierne egentlig om fagutvikling?, hva har de kunnskap om?, -hva mangler de kunnskap om?, -hva er utsagnene positive til?, -hva er utsagnene negative til? Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene forsøkte jeg å identifisere relevant tekst fra hvert enkelt intervju for så å organisere teksten under tema. Jeg søkte etter mønstre på tvers av alle intervjuene som kunne gi grunnlag for sammenligning mellom ulike fenomener (Malterud, 2011). Tekstens meningsinnhold ble kodet, det vil si at jeg forkortet intervjupersonenes uttalelser og så hvor

mange ganger tekstens meningsinnhold ble nevnt i en tekst. Denne kodingen innebar refleksjon over innholdet i datamaterialet og var en samhandling mellom min forforståelse og datamaterialet. Disse fortolkningene av informantenes utsagn danner subtema og sentrale temaer som representerer studiens funn (Kvale & Brinkmann, 2009).

Figur 1. Eksempel på tematisering og struktur:

Meningsbærende enhet	Meningsfortetning/koding	Subtema	Sentralt tema
Ofte har vi også studenter under videreutdanning i operasjonssykepleie, og da synes jeg det er viktig at de får si hva de ønsker skal være deres fokus	Operasjonssykepleiere veileder studenter i videreutdanning ut fra studentenes ønsker og behov	Planlegge, samarbeide, kommunisere med studenter	Studentveiledning, refleksjon
Jobber jeg med fagutvikling så har jeg da gjerne oppgaver som jeg har fått tildelt eller at det har vært kolleger som har spurt om ting som jeg må finne ut av eller at jeg har prosedyrer som må oppdateres	Fagutviklingssykepleieren har ulike arbeidsoppgaver avhengig av hvordan rollen er definert i avdelingen, ulik fordeling av fag/drift	Fagutviklings-sykepleieren har mange ulike oppgaver	Fagutviklings-sykepleieren har en viktig rolle
Vi snakker sammen på stuen, med anestesisykepleier og alle for vi leirer jo sammen. Vi må vite når anestesen er klar så vi kan starte opp, vi jobber jo tett.	Anestesi- og operasjonssykepleiere (og andre i teamet den dagen) samarbeider om pasienten	Samarbeid med kolleger	teamsamarbeid og kommunikasjon

3.8.3 Teoretisk forståelse – å sammenfatte betydning

Dette er Kvale & Brinkmanns 3. fortolkningskontekst og kommer i diskusjonskapitlet. På dette nivået benyttes den teoretiske rammen jeg har valgt i fortolkningen og diskusjon. Her skal jeg gjenfortelle innholdet i funnene, samtidig skal jeg være lojal mot informantenes stemme. Fortolkningen gjøres i forhold til teori om sykepleie/operasjonssykepleie, kompetanse, holdninger, sosiokulturell læring og roller.

3.9 Troverdighet og gyldighet

Jeg har valgt å bruke begrepene troverdighet og gyldighet slik det er anbefalt i intervjuforskning av Kvale & Brinkmann. Troverdighet og gyldighet brukes for å vurdere kvaliteten av en kvalitativ studie (Kvale & Brinkmann, 2009). Videre beskriver de sju stadier i en undersøkelses gyldighet: tematisering, planlegging, intervju, transkribering, analysing, validering og rapportering. Dette til forskjell fra kvantitativ forskning der begrepene validitet, og reliabilitet som ofte blir brukt i kvalitetsvurdering av en studie. Troverdighet beskrives også som et overordnet begrep forbundet med gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Polit & Beck, 2008).

En klar fremstilling av datainnsamling og analyse styrker påliteligheten av studien gjennom detaljert rapportering. Gyldighet dreier seg om hvorvidt studien faktisk undersøker det fenomenet man ønsker å studere, samt om resultatene har gyldighet for eller er overførbare til andre (Malterud, 2011). Gjennom presentasjon av funn i masterseminar, for veileder og kolleger mener jeg å sikre at det jeg formidler gjenkjennes og ligger nær virkeligheten. Valg av metode er vesentlig for veien til kunnskap som skal belyse problemstillingen. Formulering av problemstilling, utvalg, datainnsamling og den teoretiske referanserammen skal ha en synlig rød tråd slik at det er en logisk forbindelse i det prosjektet skal undersøke og data som fører fram til kunnskapen (Malterud, 2011).

Kvalitativ metode var aktuell for min problemstilling fordi jeg ønsket å utforske operasjonssykepleiernes erfaringer, opplevelser, holdninger og samhandlinger i relasjon til om

og hvordan fagutvikling foregår. Ved å beskrive metode og analyse for så å presentere funn er studien etterprøvbart for andre og slik mener jeg oppgavens troverdighet kommer til uttrykk.

3.10 Etiske overveielser og søknader

Etiske overveielser vedrørende informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og egen forskerrolle er rammen for etisk protokoll i en kvalitativ undersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2009). I min studie er Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, NSD, søkt og har godkjent prosjektet (prosjektnr: 41281, vedlegg nr. II). Likeledes er det innhentet godkjenning fra Helseforetakenes forskning- og utviklingsavdeling og/eller lokalt personvernombud ved de aktuelle sykehus. Tillatelse fra avdelingsledelse ved de ulike operasjonsavdelinger der jeg gjennomførte intervju foreligger også. Informantene og deres ledere fikk informasjon om studien både skriftlig og muntlig, samt om hvordan opplysninger skulle brukes og når de skal slettes. Det ble opplyst om informantenes rett til frivillig deltakelse og mulighet for å trekke seg når som helst (World Medical Association [WMA], 2013). Skriftlig informert samtykke fra informantene ble innhentet ved intervjuet.

Anonymisering av datamaterialet innebærer å bearbeide materialet slik at ingen enkeltpersoner eller avdelinger kan gjenkjennes (Malterud, 2011). Dette er gjort ved at ingen av informantene er registrert med personopplysninger som navn eller andre identifiserbare bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted. Her er det av betydning at jeg som forsker er bevisst utfordringen med å kamuflere informasjon uten at meningen endres, idet jeg har mulighet til å tolke informantenes utsagn uten å bli motsagt (Kvale & Brinkmann, 2009). Lydfiler er oppbevart på PC med personlig kode og i låsbart skap, disse vil bli slettet ved studiens slutt, juni 2016.

4.0 RESULTATER

Studiens forskningsspørsmål er:

Hvordan erfarer operasjonssykepleiere at utvikling av egen kompetanse som utøvende operasjonssykepleier ivaretas?

Operasjonssykepleierne og fagutviklingssykepleierne beskriver hvordan videreutdanningen forberedte dem på jobben. Videre beskriver de hva de legger i god operasjonssykepleie, og hva som fremmer og hemmer muligheter for utvikling av kunnskap i avdelingen (selvforståelsesnivået).

Funnene presenteres med relevans for problemstilling og forskningsspørsmål. Ut fra analysen fremkommer ulike temaer som belyser operasjonssykepleiernes opplevelse og erfaring av hvordan fagutvikling foregår (tolkningskontekst 2; kritisk selvforståelse, forskerens «stemme»). Deskriptive data om informantene fremkommer i Tabell 1.

Tabell 1. Deskriptiv oversikt over studiens informanter - egen alder og antall år som henholdsvis sykepleier og operasjonssykepleier:

	Alder	Antall år som sykepleier	Antall år som operasjonssykepleier
Operasjonssykepleier	30	8	2
Operasjonssykepleier	60	34	27
Operasjonssykepleier	50	25	20
Operasjonssykepleier	59	36	32
Fagutviklingssykepleier	54	31	26
Fagutviklingssykepleier	38	15	11
Fagutviklingssykepleier	45	21	16
Fagutviklingssykepleier	58	32	17

Tabellen viser at en operasjonssykepleier var relativt nyutdannet, mens de øvrige var erfarne og svært erfarne. En nyutdannet som ble forespurt ønsket likevel ikke å delta. Alle var kvinner.

Den teoretiske referanserammen og betydningen av begrepet fagutvikling er en del av min forståelse gjennom analyseprosessen. For å fremheve resultatene brukes utvalgte sitater fra informantene. Dette er ment å representere kritisk selvforståelse basert på sunn fornuft.

4.1 Videreutdanningen forberedte

Videreutdanningen i operasjonssykepleie er ment å være en grunnmur og reisverk i utformingen av operasjonssykepleierkompetansen. Utdanningen skal sikre velkvalifiserte yrkesutøvere som skal gi faglig forsvarlig operasjonssykepleie til pasienter som gjennomgår kirurgiske undersøkelser og/eller inngrep (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Alle informantene mente utdanningen hadde vært relevant, og de var godt forberedt på å komme ut i arbeid etter endt utdanning. Samtidig var det flere som påpekte at utdanningen var mer omfattende enn de trodde, dessuten var de ikke helt forberedt på hva operasjonssykepleie var da de startet på utdanningen. Alle informantene bemerket at et grunnleggende teoretisk fundament med blant annet etikk, hygiene og kirurgi er nødvendig for utvikling av praktiske ferdigheter. Eksempelvis er infeksjonsforebyggende tiltak i forhold til pre-operativ huddesinfeksjon hos pasienten, steril påkledning og sikring av sterilitet i operasjonsfeltet viktig grunnleggende kompetanse for operasjonssykepleierne.

Praksis i utdanningen, der målet var å oppøve basisferdigheter i operasjonssykepleie, anså de som de «beste» periodene i utdanningen. Det var fint å være innom flere fagfelt, det ga nok kontinuitet i praksis til å lære de grunnleggende prinsippene og samtidig forstå at oppgaver kan løses på litt ulike måter. Flere beskriver det med å følge en eller to kontaktsykepleiere i praksis på videreutdanningen som trygt og fint, slik at en gradvis økende selvstendighet vises. Likeledes erfarer de som ferdigutdannet at det er lærerikt og skjerpende å ha med studenter i praksis.

Informantene mener dessuten at deres store sprik i alder og tid fra fullført videreutdanning medfører at de har noe ulikt teoretisk kunnskapsgrunnlag. En som var utdannet for 26 år siden beskriver fra sin videreutdanning:

Når det gjaldt teori så var det ikke så stort fokus på det. Vi hadde selvfølgelig kirurgi, anatomi, hygiene, fysiologi og alt det grunnleggende. Det hadde vi, men dette med å søke i databaser og sånn, det var det ikke den gangen. Det var ikke det fokuset på forskning kan du si. Så det er vel den store forskjellen til sånn det er i dag.

For de med eldre utdanning er noe fremdeles likt selv om dagens utdanning bygger på Rammeplan fra 2005 der all høyere utdanning skal være forankret i forskning og systematisert erfaringskunnskap.

En som var utdannet i overgangen til høgskolesystemet sa det slik (1998: Stortinget vedtar at bedriftsinterne videreutdanninger skal overføres til høgskolene):

Jeg må gjøre ting selv for å kunne det, særlig og det er det praktiske som jeg må lære på den måten. Det andre er mer holdninger og ja, verdier og det er noe som er viktig at utdanningen har mye av. Selve det praktiske det må vi lære i praksis ved å gjøre det selv, og det tar på en måte aldri slutt heller. Det er jo nesten like mye nå som da jeg var ny.

Dette bekrefter nødvendigheten av å ha både teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter, og at læring i faget er en kontinuerlig prosess. Samtidig påpeker operasjonssykepleierne at det er viktig å være godt forberedt: «- at du har satt deg inn i ting på forhånd» hvilket innebærer innsikt og kunnskap om det man skal gjøre. Videre må man lære det spesielle der man skal jobbe og at kompetanse kommer med erfaring. En sier:

Jeg visste hva jeg skulle gå til og følte ut fra den gangen at jeg ble godt forberedt. Jeg synes utdanningen og metoder og sånne ting, det har nå fulgt en. Men, så er det jo videre opplæring på de stedene du jobber etterpå selvfølgelig.

En felles holdning blant informantene er altså at grunnleggende ferdigheter i operasjonssykepleie bygger på teori og praksis der kompetanse kommer til uttrykk gjennom forsvarlig utøvelse og kunnskap. Teoretiske kunnskaper i operasjonssykepleie omhandler blant annet sykepleiefaglig fordypning som etikk samt opplevelser og reaksjoner knyttet til akutt og kritisk sykdom. Medisinske og naturvitenskaplige emner som mikrobiologi og infeksjonsmedisin, intensivmedisin og anatomi og fysiologi er også viktig teori. Etter videreutdanningen utvikles handlingskompetanse og det spesielle videre der operasjonssykepleierne arbeider.

4.2 Organisering av arbeidet

4.2.1 Koordinering

Operasjonssykepleierne beskriver den koordinerende rollen inne på operasjonsstua som det å ha ansvar for helheten, der målet er en mest mulig effektiv drift. Dette innebærer blant annet å ha oversikt over de andre teammedlemmenes arbeidsoppgaver, slik at de kan bidra der det er behov. Videre beskriver operasjonssykepleierne at man i den koordinerende rollen har «øyne og ører rettet mot» det som skjer i det sterile feltet slik at det er mulig å være «litt i forkant», samt være forberedt dersom noe uforutsett skulle inntreffe. Slik kan det helhetlige overblikket inne på stuen ivaretas, noe som krever fagkunnskap og erfaring. En informant beskriver:

I den koordinerende rollen er det operasjonssykepleieren som har ansvaret på en måte. Som koordinerer driften av hele operasjonsstuen, det er det jo. Og som har det helhetlige overblikket.

Operasjonssykepleie innebærer å være en sentral medspiller i arbeidet med å organisere og koordinere driften av den operative virksomheten også i hele avdelingen. I de fleste avdelinger koordinerer operasjonssykepleiere hele operasjonsvirksomheten i samarbeid med anesthesi- og kirurgiresurser slik at de samlede ressurser er oversiktlige og kan utnyttes best mulig. Operasjonssykepleierne beskriver tilrettelegging som vesentlig for godt teamarbeid hvilket kommer pasienten til gode, for eksempel ved å sikre at de har sterile instrumenter og utstyr til leiring, samt god kommunikasjon.

Fagutviklingssykepleierne beskrev arbeidsoppgavene sine nokså forskjellig, idet noen jobbet mer mot drift. Det kan synes som om arbeidsgivers vilje til å tilrettelegge for eller prioritere fagutvikling og styrke de ansattes kunnskap er ulik.

En fagutviklingssykepleier hadde koordineringsoppgaver av drift i sin stilling:

Min hverdag består også i god dialog med hele operasjonsteamet på den enkelte stue hvor jeg er tilknyttet. Også kirurgene selvfølgelig, mye kommunikasjon med dem i forhold til utstyr og implantater. Jeg vil også nevne sterilsentralen som en sentral samarbeidspartner, de gjør en veldig stor jobb for oss for at ting skal fungere.

Sterilsentralen hjalp til med klargjøring av utstyr etter planlagt program fram i tid. Denne informanten beskrev sin kontakt med ulike firmaer som en kilde til kunnskap. Denne

kunnskapen videreformidlet hun til det personalet hun hadde ansvar for gjennom arbeidet som ressursperson inne på stue. Det kan synes som at informantenes opplevelse av hvordan avdelingen er organisert virker inn på mulighet for utvikling av faglig kompetanse. Alle informantene vektla operasjonssykepleiernes arbeid med å ivareta pasientens behov for sykepleie før, under og umiddelbart etter inngrepet. De mente det totale overblikket og å være en «katalysator» i teamet var en viktig operasjonssykepleieroppgave. Funnene viser at det i arbeidet som operasjonssykepleier er behov for bred kompetanse. Mangfoldige arbeidsoppgaver gir variasjon i arbeidet, noe informantene mente bidrar til læring. Bruk av fagutviklingsykepleiere i systematisk fagutviklingsarbeid synes å være viktig der balanse mellom arbeid med fag og klinikk er med på å vedlikeholde og utvikle sykepleien, både faglig og kvalitetsmessig.

4.2.2 Seksjonering - behov for trygghet og kunnskap

Flere informanter peker på at kirurgien har blitt så spesialisert. I avdelingene med flere fagfelt sliter operasjonssykepleierne fordi man må kunne så mange fagfelt. Dette skaper en del stress og utrygghet idet det er umulig å ha tilstrekkelig kompetanse på alle felt. Informantene forteller at de operasjonsavdelingene som har flere fagfelt har forsøkt å løse dette med å «seksjonere» operasjonssykepleierne, det vil i praksis si at de har faglig tilhørighet til ett fagfelt på dagtid. For eksempel arbeider en operasjonssykepleier på gastroseksjonen på dagtid, men på vakter må hun/han likevel beherske inngrep og situasjoner fra flere fagfelt siden vaktene ikke er seksjonert. Akutte situasjoner og komplikasjoner til inngrep fra annet fagfelt enn det vante må håndteres av vaktteamet som kan ha ulik sammensetning og derav ulik kompetanse. Informantene fra disse avdelingene bemerker at avdelingene tilstreber å ha personale fra ulike fagfelt på jobb, slik at vaktteamet samlet sett er rustet. Det positive med seksjoneringen var at det ga mulighet for i noen grad å mestre og bli «ekspert» på det fagfeltet, samtidig kan det være sårbart for avdelingen ved for eksempel sykdom. En avdeling hadde løst seksjonering ved å la operasjonssykepleierne ha tilhørighet til to seksjoner. Selv om de måtte veksle mellom to fagfelt følte de det var bedre enn å være på «alle» steder. En beskriver seksjonering:

Det er greit egentlig også at det er sånn seksjonering for det er så veldig sprikende fagområder.

Seksjoneringen var gjerne organisert for et visst tidsrom, for eksempel fra tre måneder til ett år, deretter var det mulig å ønske seg til en ny seksjon. Dette kalte informantene å «rullere» til en ny seksjon. Denne rulleringen hevdet operasjonssykepleierne ga mulighet for å opparbeide kompetanse og erfaring innen flere fagfelt.

En fagutviklingssykepleier beskriver problemer med å favne mange fagfelt som «stressfylt» og at det skaper interessekonflikt fordi noen operasjonssykepleiere bare er «delvis seksjonert» og blir brukt litt som «potet». En operasjonssykepleier føler dette veldig slitsomt og mener det er behov for å være ekspert på noe:

Det er vanskelig å «hoppe inn» her og der selv for erfarne sykepleiere. Da er man i hvert fall avhengig av å være sammen med en kollega som er ekspert. Jeg har behov for kontinuitet og trygghet via gode kolleger.

Slik beskriver informantene hvordan organiseringen av arbeidet kan gi utslag i faglig utrygghet og mangel på kompetanse. I organiseringen av arbeidet nevnes avdelingens rammer og ledere som viktige for å legge til rette, hvilket i denne sammenheng innebærer å skape forutsigbarhet i arbeidssituasjonen. Arbeidsgiver har ansvar for å ivareta sine medarbeidere slik at kvaliteten i tilbudet til pasienten er best mulig. Opplæring og kontinuitet er en viktig faktor slik det beskrives i sitatet over. Funnene bekrefter dessuten at muligheten for å få bli ekspert kan ses i sammenheng med trivsel, arbeidsmiljø og motivasjon. En informant uttrykker det slik:

Hvis du «svømmer» litt over alt så er det lite tilfredsstillende og veldig slitsomt. Den forankringa til et sted du er ordentlig god, tror jeg er viktig. Lederne må legge til rette for rett og slett, hvis ikke så tror jeg vi blir for slitne.

4.2.3 Å lære av hverandre

I alle intervjuene fremkommer betydningen av å jobbe på stue sammen med en kollega, og aller helst en erfaren operasjonssykepleier. Det gir mulighet for å diskutere løsninger og spørre hverandre om ting man lurer på. En god løsning er gjerne der hvor en erfaren eller ekspert på for eksempel ett fagfelt jobber sammen med en med mindre erfaring:

Og selvfølgelig, de som kan ting godt at de tar med seg de som er litt yngre og ikke kan tingene så godt.

En erfaren informant sier det er fint å dele kunnskap med kolleger, særlig kan det være inngrep og utstyr man ikke kommer borti så ofte. Da er det mulig å søke veiledning hos kolleger ved å innhente informasjon fra de kildene som du vet nettopp har hatt erfaring med det inngrepet eller det utstyret.

Flere operasjonssykepleiere forteller at de forbereder seg ved å lese om pasientene og operasjonsprogrammet dagen i forveien dersom de har mulighet.

Du må egentlig kunne, du kan ikke stå der å...Jeg liker ikke og ikke være forberedt.

Forberedelser innebærer også god tverrfaglig jobb slik en informant beskriver:

-at du innhenter de opplysningene du kan om pasienten både fra sengepost og hele teamet.

Hyppige endringer i for eksempel medisinsk teknologi legger press på arbeidstakere slik at de må oppdatere seg. En operasjonssykepleier beskriver dette slik:

Det at du hele tiden må holde deg oppdatert. Du kan ikke «slumse» unna det. Vi får hele tiden nytt utstyr, teknologien går fremover og du må holde deg oppdatert hele tiden og det blir mer og mer avansert utstyr som brukes. Vi skal nesten være ingeniører til tider også. Det stilles store krav til oss, av tekniske ferdigheter også. Ikke bare sykepleiefaglige kunnskaper, du skal kunne, du skal være hendig og teknisk også – og rask og effektiv.

Alle operasjonssykepleierne fremhevet nødvendigheten av å holde seg oppdatert på medisinsk - teknisk utstyr og at det stadig kom nytt utstyr. Det å «være teknisk» inngår i en helhet av kunnskap om leiring, kirurgisk utstyr og selve inngrepet. Dette er sykepleiefaglig kunnskap relatert til operasjonssykepleie. I følge informantene bidrar dette til trygg og forsvarlig operasjonssykepleie.

4.2.4 Den gode flyten- å føle seg forberedt i arbeidet

Når operasjonssykepleierne jobbet med elektiv kirurgi (planlagte operasjoner) var det av betydning å planlegge arbeidsdagen sammen med anestesisykepleieren de skulle være på stue med den dagen. Det kunne innebære at de gikk gjennom pasientene og programmet på morgenen og fordelte hvem som skulle starte i rollen som sterilt utøvende og koordinerende

operasjonssykepleier. I følge informantene hadde de ofte ansvar for studenter under videreutdanning, og da var de også med i planleggingen slik at studentene kunne få gode og relevante læresituasjoner:

Det er viktig at de (studentene) får bestemme hva de ønsker skal være deres fokus. For det er veldig fort gjort at man bare begynner å gjøre ting og hvis da studenten ikke er veldig offensiv kan det være litt vanskelig å slippe til. Vi har det tempojaget at vi skal i gang med første operasjon, noen ganger kan det være at de ønsker å gjøre mer enn det som er realistisk. Da får de veiledning på det og at de må velge mellom det eller det. Selv om de skal få bruke tid kan vi ikke la operasjonen forsinkes. Av og til ønsker de å gjøre flere ting enn det som er riktig på det nivået de er.

En gjensidig læring av studenter i avdelingen ble framhevet av flere, idet operasjonssykepleierne måtte sette seg inn i studentenes mål og fagplaner. Dette bidrar til utveksling av ny teori og praktiske ferdigheter. Operasjonssykepleierne beskriver hvordan studentene skal lære å analysere, vurdere og utføre faglig begrunnede tiltak i kliniske situasjoner.

I flere avdelinger var utstyr funnet fram til første pasient, og ofte var det en ekstra operasjonssykepleier i oppstart av inngrepet slik at operasjonen kom raskere i gang. Det kan være samarbeide med å leire pasienten eller å pakke opp sterilt utstyr, noe som kan være tidkrevende dersom det er mye utstyr. I følge operasjonssykepleierne er noen avdelinger organisert slik at de på vakttid må rengjøre instrumentene og utstyret selv etter at inngrepet er ferdig. Dette arbeidet innebærer vask, pakking og sterilisering av utstyr. Ved stor pågang av øyeblikkelig hjelp beskriver de arbeidskrevende vakter der kommunikasjon er vesentlig. Evne til å prioritere blir beskrevet som en god egenskap. Eksempelvis er kommunikasjon innad i teamet viktig for koordineringen av arbeidet, slik at man forbereder samme stue til øyeblikkelig hjelp. Mange inngrep krever mye utstyr, og med lite personale tar forberedelser lenger tid. En informant forteller at alt går veldig greit på dagvakt. Da er det mer personale tilstede (kan være ufaglærte eller hjelpepleiere som er opplært på stedet) som hjelper både med spesielt krevende leiringer av pasienten og vask av instrumenter.

Operasjonssykepleierne forteller også om at det for noen pasientgrupper med definerte diagnoser eller type inngrep er såkalte akselererte pasientforløp. Dette er ment å være et tverrfaglig standardisert pasientforløp der målet for organisering og gjennomføring av kirurgisk behandling er bedre kvalitet og økt pasientsikkerhet. To informanter beskriver slike forløp fra sin avdeling:

På noen av seksjonene har de kjørt sånn prosjekt. Da er faktisk også kirurgene mye mer deltagende, kommer av seg selv, er med triller senger..det synes jeg er en mye mer morsom måte å jobbe på. Hele teamet deltar i alt.

Fra en annen avdeling beskriver en operasjonssykepleier et tilsvarende forløp slik:

Vi har det veldig høyt oppe som mål hos oss, dette her med å jobbe etter «lean»¹. Jeg synes det er morsomt. Men da er det jo som operasjonssykepleier, anestesisykepleier og...Altså «lean» handler jo om helt fra pasienten kommer i mottak og gjennom hele systemet egentlig. Men inne hos oss også det med at vi jobber, det er jo nesten som et musikkstykke eller at man, tonene skal falle på plass. Det er veldig gøy de dagene.

Informantene beskrev disse dagene som hektiske, samtidig som de mente det var berikende å jobbe på denne måten fordi hele teamet deltar i alle gjøremål. Det kan synes som dette er en individuell og kollektiv prosess hvor både operasjonssykepleierne og hele teamet lærer i det daglige arbeidet. Dessuten virker det som engasjement, trivsel og godt arbeidsmiljø blir positive faktorer av denne arbeidsmåten.

4.3 God operasjonssykepleie - å se hele pasienten

Forutsetninger for god pasientbehandling handler om overordnede lover, regler og krav ned til kompetanse i alle ledd der pasienten er involvert. Alle operasjonssykepleierne beskriver det å se hele pasienten – og pasientens behov som god operasjonssykepleie. En beskriver det på denne måten i fasen før pasienten sover:

At du viser at du kan forstå litt hvordan den personen har det, bare kanskje være noen ord du sier eller kanskje bare blikket eller det at du tar pasienten i hånda til han sover.

Alle informantene vektlegger det med «å se hele pasienten» og være pasientens talsmann i en svært sårbar situasjon der den overlater sitt liv til operasjonsteamet. Helhetlig sykepleie kan

¹ Lean: ledelsesfilosofi opprinnelig fra bilprodusenten Toyota. I helsevesenet innebærer denne måten å jobbe på et godt tverrfaglig teamsamarbeid. Målet er bedre kvalitet på pasientforløp, effektiv verdiskaping, en organisasjon som stadig lærer og forbedrer seg, en arbeidsplass preget av ansvar, medvirkning og respekt samt positiv innvirkning på arbeidsmiljø og sykefravær. Pasienten skal være i sentrum med fokus på momenter som forhindrer forsinkelser, ventelister, feiltakelser og unødvendige prosedyrer slik at kvalitet og kostnader faller positivt ut (Torgersen, 2011).

være i mottak av pasient til operasjon å observere om pasienten er nervøs og engstelig, har smerter eller har behov for informasjon. I alle avdelinger fant jeg at anesthesi- og operasjonssykepleierne er sammen om å møte/hente pasientene til operasjonsstuen. Selv om tiden er kort og gjøremålene mange før operasjonen starter er det viktig å være seg bevisst hvorledes pasienten blir tatt imot. En informant understreker betydningen av å ha kompetanse som sykepleier og spesialsykepleier for å utføre arbeidet, idet omsorg og pasientsikkerhet skal være førende. Operasjonssykepleiernes kompetanse i teamet ivaretar behovet for å se, forstå og handle riktig under kirurgiske inngrep. Hun uttrykker det på denne måten:

Jeg er utrolig glad for at jeg har sykepleiere med spesialutdannelse som jeg jobber sammen med, den tryggheten, og sterke flotte team da selvfølgelig. Det føler jeg er helt nødvendig, det er noe av den kunnskapen det er vanskelig å sette ord på, men det er noe med den erfaringen og alt det vi har vært innom som gjør at vi kan skjønne det språket og de tingene vi driver med, som du ikke bare kan lære, og det er jo forferdelig skummelt også. Nå ble jeg så opptatt av dette her å ta inn folk som ikke sitter på den kunnskapen. De er ofte mye mer uredde for de vet ikke.

Informanten meddeler at dette handler om debatten som har kommet opp fra tid til annen om å benytte «operasjonsteknikere». Operasjonsteknikere i denne sammenheng er personale som har et begrenset kunnskapsområde, men er opplært til dedikerte arbeidsoppgaver i operasjonsavdelingen. Særlig i perioder ved mangel på operasjonssykepleiere har dette vært en debatt som er trukket frem av helsemyndighetene.

Et annet funn i studien er at det i operasjonssykepleie er viktig å kunne handle raskt i akutte situasjoner, likeledes poengteres kompetanse i forhold til samhandling/kommunikasjon i operasjonsteamet. Informantene beskriver egenskaper som ordenssans, systematikk, bevissthet rundt etikk og holdninger relatert til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, evne til å bevare roen og overblikk for det som foregår som god operasjonssykepleie. I dette mener de det ligger et godt faglig skjønn der praksis læres gjennom erfaring. I det helhetlige overblikket vektla flere det som skjer til enhver tid inne på stuen, ikke bare egne oppgaver men andres også. En uttrykte dette slik:

Du må kunne jobbe i team. Du skal være der for pasienten, få den fort eller greit og skånsomt gjennom inngrepet. Vi blir jo veldig gode til å sense pasienter også, snakke de i riktig modus så de føler trygghet.

Funnene tyder på at det å «sense» pasienten kan knyttes til taus kunnskap og er noe som kommer med trening og erfaring, idet de som er relativt nyutdannet mer er opptatt av enkeltdelene. Informantene poengterte betydningen av at teamet samarbeidet om kommunikasjon dersom pasienten var våken under et inngrep slik at pasienten følte seg godt ivaretatt. Flere nevnte også det helhetlige overblikket i forhold til infeksjonsforebyggende tiltak. Operasjonssykepleieren må ha et våkent øye så alt som er sterilt forblir sterilt eller iverksetter tiltak dersom noe er blitt usterilt. Således kan de være forberedt på eventualiteter og bistå der det er behov. De beskriver den koordinerende rollen (tidligere ble rollen betegnet som «gå til hånd») som en arbeidsoppgave som krever erfaring og kompetanse:

De er mye med det til hånd og leiring og alt det der som egentlig er mange små detaljer som du må få inn under huden. Det er der den største utfordringen er, tror jeg da. Det å gå til hånd. Altså å leire og tilrettelegge og sånn da.

Leiring ble nevnt av alle som en viktig og utfordrende operasjonssykepleieroppgave i samarbeid med de andre i teamet. Leiring av pasienten krever kompetanse og erfaring, men handler mye om taus kunnskap. Ingen pasient er lik, slik at individuelle tilpasninger må gjøres og gode leiringstiltak opparbeides, ifølge informantene gjennom trening og erfaring. Fagutviklingssykepleierne hevdet også at kunnskap om forskning og hvordan søke ny forskning var av betydning for å utøve god operasjonssykepleie, en beskriver det slik;

En riktig god operasjonssykepleier bør kunne sette seg inn i forskning og kunne gjøre søk. En god operasjonssykepleier må kunne snu seg veldig fort til det akutte og ha kompetanse i forhold til samhandling i operasjonsteamet.

Det kan synes som om det for fagutviklingssykepleierne er naturlig å integrere forskningsbasert kunnskap i praksis, slik at kunnskap fra forskning, erfaring fra praksis og pasientens behov kan bidra til å forbedre operasjonssykepleien til pasientene.

4.4 Kommunikasjon og samarbeid i det tverrfaglige team

Funnene viser at evne til å samarbeide med andre yrkesgrupper er viktig som operasjonssykepleier. Flere påpeker at «*mye er opptil en selv*», der holdninger og ferdigheter i samhandling og teamarbeid kommer til uttrykk, men at alle i teamet har et ansvar. Det hevdes av flere informanter at tverrfaglig jobbing også bidrar til muligheter for å utvikle kunnskap og ferdigheter i kommunikasjon og samarbeid. Eksempelvis krever alle forberedelser med pasienten inne på stua før operasjonen er i gang et godt samarbeid. Funnene viser betydningen av god kommunikasjon og samarbeid i teamet og hvordan det kan innvirke på arbeidsmiljøet, en informant beskriver det slik:

Jeg har brukt mye tid på menneskene, arbeidskollegaene, det mellommenneskelige samspillet med god kjemi som selve jobben for å trives og gjøre en god jobb. Det er utrolig mye energi som går til menneskene du omgir deg med, hvor mye de tar eller gir deg energi.

Informanten gir inntrykk av at teamsamarbeid kan være krevende og er personavhengig fordi noen jobber man lettere sammen enn andre. En annen uttrykker det på denne måten, og bekrefter at et godt arbeidsmiljø gir faglig utvikling:

Arbeidsmiljøet må være støttende og trygt, og at man deler (forstått som kunnskap) og at man prøver å gjøre hverandre gode da, ikke det motsatte.

Dette viser betydningen av arbeidsgivers tilrettelegging og den enkeltes bidrag for et godt arbeidsmiljø. Blant annet er tilstrekkelig personale og medarbeideres omsorg for hverandre vesentlig slik at ansatte får mulighet til å utvikle seg. Mistrivsel kan resultere i dårligere arbeidsevne. Vaktarbeid kan være særlig utfordrende da det er begrenset med personale utenom ordinær arbeidstid. Alle informantene opplevde at de hadde mye ansvar. Evne til å prioritere er viktig, for eksempel rekkefølge på arbeidsoppgaver. Det oppleves ugreit når forståelsen for hverandres arbeidsoppgaver er manglende. Samtidig mente alle operasjonssykepleierne at det å ha innsikt og kunnskap i de andre team-medlemmenes arbeidsoppgaver er viktig, og at det er kunnskap som kommer med erfaring. Man kan da bistå de andre teamet dersom det eksempelvis er lenge siden anestesipersonalet har vært på den seksjonen. Videre er nøyaktig og tilstrekkelig informasjon fra kirurg ved påmelding av pasient til operasjon nødvendig for korrekte forberedelser fra operasjonssykepleierens side. Dette kan være vanskelig, særlig for øyeblikkelig hjelp pasienter;

I dag hadde vi en øyeblikkelig hjelp pasient hvor det ikke var meldt smitte, og så får operasjonssykepleierne tilfeldigvis vite det fra anestesi legen som da også hadde fått meldt pasienten..

En annen informant beskriver følgende;

Det vanskeligste er å få gode beskjeder. Det med informasjon er veldig vanskelig av og til. De (kirurgene) er for kjappe, de synes det er nok (informasjon) med det vi har fått. Etter hvert finner vi ut at det var behov for noe mer og noe annet fordi vi ikke visste.

I situasjoner som beskrevet ovenfor kan erfaring være av betydning idet det kan se ut som de med lang erfaring mestrer komplekse situasjoner bedre. Det er ikke alltid det kan planlegges for alle eventualiteter, særlig ikke i akutte situasjoner. Livreddende akutte situasjoner krever mye trening, kompetanse og erfaring idet du som operasjonssykepleier kan komme i konflikt mellom å følge prosedyre eller redde liv. For eksempel prioriteres det ikke å desinfisere operasjonsfelt dersom det står om liv. Kommunikasjon i teamet nevnes da som nødvendig for rekkefølge på arbeidsoppgaver, men kunnskap og erfaring fra lignende situasjoner kommer godt med. Et annet eksempel som kom frem i forhold til samarbeid med kirurgene var manglende respekt for hygieniske prinsipper. Om avdelingens rutiner for implantatkirurgi og smitteoperasjoner sier en informant;

Jo mer erfaren kirurgen er, jo lettere er det å glemme smitteregime og regler for implantatkirurgi, det ser jeg. Det er litt lettere å jobbe med yngre kirurger, de hører mer på oss. Mens de mer erfarne fokuserer på avanserte ting og da er det lettere å glemme at sånne regler er der og det gjelder for alle?

Dette kan jo oppfattes som manglende respekt for operasjonssykepleiernes kunnskap og ansvar, og det er ikke alle som tør si fra om ting selv om man vet det er til beste for pasienten. Dette har et etisk aspekt dersom operasjonssykepleieren unnlater å si fra fordi det tillates en handling som normalt sett ikke er lov. Ved implantatkirurgi er hygiene spesielt viktig, og blant annet må antall døråpninger til operasjonsstuen begrenses til et minimum. Informanten mener kirurgene har en annen oppfatning av teamarbeid og at det fungerer bra i deres avdeling. En annen informant beskriver derimot at hun føler operasjonssykepleiere har fått litt mer respekt etterhvert og at gruppen spiller en viktig rolle for at operasjonen skal forløpe til pasientens beste. Operasjonssykepleiere er stolte av jobben sin og vil gjerne gjøre en god jobb;

Det er bare at du engasjerer deg, bare du kan det du holder på med og du jobber sammen med noen som også vil, så er det gøy.

Flere av operasjonssykepleierne peker på at det er viktig å gjøre en god jobb i steril assistanse, også der hvor kirurgen jobber alene i feltet. Da utfører operasjonssykepleieren egentlig to roller, både steril assistanse og er hovedoperatørens assistent. Informantene mente derfor at kunnskap om kirurgien er spesielt viktig og at det er mye læring gjennom steril assistanse. Flere informanter mener godt teamsamarbeid bør gi rom for refleksjon, at det er mulig å komme med ros og konstruktive tilbakemeldinger. På denne måten kan man lære dersom det er noe som bør forandres, forbedres og det inviterer til et klima der man ikke er redd for å stille spørsmål. Videre hevder de at samtidig som man ser hverandre i teamet og hjelper hverandre, ser en sine begrensninger, og hva som er egne oppgaver og hva som er andres. Det er viktig å holde fokus på at vi er der for pasienten. En god atmosfære gir god pasientsikkerhet og mulighet for læring.

Pasientsikkerhetstiltak som «trygg kirurgi» ble poengtert av flere informanter som et viktig tiltak for god kontakt og kommunikasjon i operasjonsteamet, likeså mellom helsepersonell og pasient. «Trygg kirurgi» er en sjekkliste utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO) og ment som et hjelpemiddel for å redusere forekomst av skader og komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep. Sjekklisten er ment som et hjelpemiddel for å sikre god kommunikasjon i operasjonsteamet. Sjekklisten har spørsmål som går på at rett pasient blir operert, at riktig inngrep gjøres på riktig sted og at anestesen er trygg².

I noen avdelinger var det operasjonssykepleieren som hadde ansvar for at «Trygg kirurgi» ble gjennomført, de fremhevet at dette utviklet kommunikasjon- og samarbeidsferdigheter.

Videre mente informantene at med erfaring kommer refleksjon, vurderingsevne og trygghet, slik at det integreres i konkrete samhandlingssituasjoner.

² <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>

4.5 Hva fremmer mulighet for faglig utvikling?

Samtlige informanter fremhever eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert og mener behov for oppdatert og ny fagkunnskap alltid er tilstede. En sier det slik:

Ja, hvordan vedlikeholde kunnskap? Ja da er det er veldig fint at vi deler kunnskap. Og så er det jo et eget ansvar da. Og det føler jeg veldig sterkt. Hvis det er veldig lenge siden det er noe jeg har vært borti, eller det er noe jeg savner å kunne, så prøver jeg å finne ut av det da.

En annen betegner dette som; *at man må ofre litt tid på privaten også*, det vil si bruke noe fritid for å opprettholde eller utvikle kunnskapen sin. Flere informanter mener også det bør være mulig å lese faglitteratur på rolige vakter. Det kan nok variere fra avdeling til avdeling om det er rom for dette eller ikke, dessuten bemerkes det at i ledige stunder på vakter er det hyggelig å være litt sosial. Noen informanter mener lett tilgang på ny og oppdatert litteratur, tilgjengelige PCer med mulighet for å søke artikler eller ta E-læringskurs i læringsportalen legger forholdene til rette dersom det er en rolig senvakt. E-læring er en form for opplæring som kan tilpasses den enkelte avdeling og utføres i ledige stunder, eller ved noen sykehus er det mulig å ta kurset hjemmefra.

Et godt samarbeid med de sykepleierne som jobber sammen på stue kan bidra til godt arbeidsmiljø og trivsel. Flere beskriver at det er trygt å kjenne kollegaene godt fordi;

Vi jobber ofte ganske tett, vi jobber ofte uten ord.

Operasjonssykepleierne beskriver at travle arbeidsdager er greit dersom trivselen med arbeidet og i avdelingen er tilstede. Den enkeltes innstilling og engasjement er avgjørende idet ikke alle jobber like godt med alle.

Funnene viser at tilstrekkelig med personalressurser i en avdeling er av betydning. Det bidrar til at planlagt undervisning ikke trenger å bli avlyst ved sykdom, således kan noen ha undervisning uten at det virker inn på planlagt drift.

Flere operasjonssykepleiere beskriver refleksjon over egen praksis som et viktig tiltak for å være i en engasjert utviklingsprosess. Ved å «ta ett skritt tilbake» og betrakte dagen i refleksjon med kollegaen lærer de sammen. En sier dette slik:

Selv om arbeidsdagen er travel snakker vi sammen underveis, prøver å løse ting underveis. Ved dagens slutt har jeg som vane å reflektere over hvordan dagen har

vært. Det synes jeg er et viktig verktøy, at jeg får snakket sammen med den operasjonssykepleieren jeg har gått sammen med. At vi får satt ord på hvordan dagen har vært, ikke bare det som har vært bra, men vis det var noe vi kunne gjort annerledes.

Dersom refleksjon også omfatter systemer og rammer i avdelingen kan det synes som at etiske- og holdningsmessige aspekter innbefattes, og at informantene viser faglig engasjement i tråd med etiske verdier. Flere informanter bekrefter at avdelingen har en kultur der operasjonssykepleierne benytter refleksjon over ulike situasjoner i praksis. Det kan være diskusjoner i løpet av arbeidsdagen kolleger i mellom eller traumatiske situasjoner som tas opp i ettertid.

Noen informanter fremhever avdelingens tilbud om veiledning i grupper som positivt for faglig og personlig utvikling. Veiledningen foregår hver 14.dag og gir den enkelte operasjonssykepleieren anledning til; *«refleksjon, det går på fag, vi tar opp caser, helt på deltakernes premisser rett og slett.»*

Det å mestre de praktiske oppgavene er viktig som operasjonssykepleier. Særlig fremhever informantene praksis og mer erfaring i praksis som viktig for dem som er relativt nyutdannet. Det er likeledes viktig å opprettholde praktiske ferdigheter. En ung operasjonssykepleier ønsket å starte på klinisk stige, men mente hun hadde behov for kontinuitet og trening i praktiske ferdigheter før hun tok mer utdanning.

Fordeling av oppgaver i avdelingen, som det å være superbruker på en type utstyr, bidrar til ansvar og økt innsikt. Dette beskrives av informantene som positivt og lærerikt. Funnene henger sammen med egeninteresse. Ved å utfordre hverandre, gi positive tilbakemeldinger og oppmuntre kolleger som har lyst til å gjøre noe for å bedre kvaliteten i avdelingen fremmes en kultur med mulighet for faglig utvikling.

En operasjonssykepleier fra en avdeling med ett fagfelt beskriver nødvendigheten av å ha mye kunnskap rundt operasjonen:

Og utstyret er det viktigste, vi må være trygge på det.

Hun forteller at kunnskap om operasjonsbord er utfordrende og avdelingen bruker mye tid på opplæring av det. Er det en rolig vakt, trener de på bruk av operasjonsbord eller går gjennom annet utstyr de ikke har brukt på en stund.

Operasjonssykepleierne nevner også individuelle kompetanseplaner og avdelingens innstilling til å tilrettelegge dersom noen har ønske om å gå på kurs. Samtidig bemerker de at det er lite midler avsatt til kursvirksomhet. Kurs kan ifølge informantene være interne eller eksterne og omfatter ulike seminarer og kongresser. Som positivt på sin arbeidsplass kommenterer en informant muligheten for å bytte vakter dersom de vil gå på kurs. I følge informantene brukes også personalmøter i avdelingen til fagrelaterte temaer. Alle nevnte at de leste aktuelle artikler i bladet «Sykepleien», men at det ikke var så mye som omhandlet operasjonssykepleie. Når det gjaldt elektroniske søk etter fagrelatert litteratur omtalte noen av informantene det som å søke på nettet eller at de «googlet». Kun fagutviklingssykepleierne og den operasjonssykepleieren som var relativt nyutdannet anga at de brukte søkedatabaser for faglitteratur.

Flere informanter beskriver hospitering i andre operasjonsavdelinger som lærerikt. Ved å se og erfare hvordan ulike arbeidsoppgaver løses i andre avdelinger, særlig avdelinger med like pasientgrupper, kan man ta med seg praksisforbedrende tiltak «hjem».

Alle som benytter kritisk medisinsk - teknisk utstyr som røntgen utstyr og diatermi har lovpålagte krav om å må holde seg oppdatert i bruken av slikt utstyr. Dette medfører behov for undervisning og brukergodkjenning i definerte intervaller. Operasjonssykepleierne mener dette gir trygghet og er utviklende i arbeidet. Informantene fremhever også at en balanse i faglige utfordringer kan gi rom for utvikling og gjøre arbeidsdagen interessant, slik at man ikke stagnerer der man er.

Undervisning fra firmakontakter som leverer utstyr til de ulike avdelingene er et område som informantene mener er av betydning i forhold til kompetanse. Eksempelvis kan det være firmaer som produserer medisinteknisk utstyr som operasjonsbord eller instrumenter som er krevende å sette sammen eller rengjøre. Flere informanter tillegger denne undervisningen betydning i forhold til fagutvikling fordi kombinasjonen av teori og øvelse i praktiske ferdigheter er verdifull. Likeledes vektlegger informantene undervisning fra legene;

Vi får mye nyttig viten av de firmaene vi har kontakt med og også kirurgene som er tilknyttet avdelingen.

En annen uttrykker det slik;

Vi bruker mye legene her til å ta opp forskjellige temaer. Det er doktorgrader og sånn som de går gjennom.

Det bemerkes av informanter fra en avdeling med ett fagfelt at de har vaksamarbeid med en annen avdeling/fagfelt hvilket innebærer at det på vakter er nødvendig med tett samarbeid. Dog er det blitt så spesialisert at kirurgen foretrekker å ha med seg sin «egen» operasjonssykepleier. Informantene mener det er best at kirurgen får hjelp av en som kan fagområdet, slik at pasientsikkerheten ivaretas best mulig. Operasjonssykepleierne hadde erfaring med å måtte ha med eget utstyr, som kirurgiske instrumenter for sitt fagfelt, dersom de skulle bistå andre avdelinger;

Vi lærer også at når vi skal et annet sted (forstått som å bistå i annen avdeling/seksjon) og vi trenger vårt utstyr, hva vi må ta med og hvor mye ekstra som er nødvendig.

Informantene mener fagutviklingssykepleierne og ekstra ressurser på hver seksjon, som «løse operasjonssykepleiere» på gangen, bidrar til trygge arbeidsforhold. Det gir mulighet for å stille spørsmål, utveksle erfaringer i leiringssituasjoner og få hjelp med tunge arbeidsoppgaver. Operasjonssykepleierne vektlegger det å få lov til å bli virkelig god på noe som viktig for faglig trygghet, og trygghet betegnes som viktig i arbeidet. En fagutviklingssykepleier påpekte derimot frustrasjoner og utfordringer relatert til seksjonering i avdelingen med mange spesialiteter fordi behov og tema for fellesundervisning var da ulikt;

Ja, her hos oss synes jeg det er utfordrende at det er så mange spesialiteter. Og det ser jeg at operasjonssykepleierne sliter med, fordi at man skal kunne så veldig mange felt. Og det skaper en del stress. Og det å skulle sette opp veiledning eller undervisning i forhold til så mange felt også som skal favne så mange. Og hvor det kanskje er litt forskjellig interesse fordi at man er sånn litt ikke riktig seksjonert, men delvis seksjonert.

Undervisningsdager planlagt i turnus samt at man deler kunnskap med hverandre fremheves som en positiv kultur av en informant med lang erfaring. Hun opplevde vel mer tidligere at operasjonssykepleiere holdt på egen kunnskap. Nå mener hun fagutvikling har blitt litt mer kultur og en del av organisasjonen.

Samtlige avdelinger hvor jeg var hadde to til tre fagdager i året for alle operasjonssykepleierne. Det faglig programmet var lagt opp etter avdelingens behov, og tema kunne for eksempel være utsjekk på medisinsk - teknisk utstyr der de benyttet interne eller eksterne forelesere. Alle informanter betegner disse dagene som svært utbytterike i forhold til faglig påfyll.

I alle avdelinger hvor jeg gjorde intervju hadde de faste møtetidspunkt på dagvakt hver uke som var avsatt til internundervisning. Tiden kunne variere fra en halv time en dag, to timer en dag til en time to dager i uken.

Flere informanter fremhevet en positiv kultur på ledernivå i arbeid med kompetanseutvikling der en god balanse mellom drift og avdelingens muligheter og tilbud for fagutviklende tiltak var viktig.

4.6 «Produksjonskrav»

Mangel på tid og personalressurser var de mest fremtredende faktorene i spørsmålet om hva som oppleves som hinder for fagutvikling. En informant sier det slik:

Det kan være når vi blir for slitne, for «forstrukne» på en måte, flere av oss, alle eller. Når det er for tøft. Da prøver vi bare å komme oss gjennom arbeidet på måte.

Dette har sammenheng med et annet tema som også kom opp i spørsmålet om hva som kan være til hinder for fagutvikling, nemlig det som har med «produksjonskrav» å gjøre. Flere nevner effektivitet. Selvfølgelig er det bra at det behandles størst mulig antall pasienter, men de mener «produksjon» ikke passer sammen med pasientbehandling idet uttrykket/begrepet kan gi lite rom for refleksjon. Informantene mener det bør være mulig å stoppe opp og spørre:

« har vi gjort dette godt nok i dag? »

En annen beskriver at mangel på tid og effektivitet som negativt fordi det går utover helheten;

«noen ganger blir det du gjør litt overfladisk, en utfordring er tidspresset og mangel på ressurser. Det er jo en utfordring for hele operasjonsteamet».

Høyt tempo kan medføre utfordringer for hele teamet, og operasjonssykepleiernes oppgaver kan bli stilt på prøve fordi en må komme raskt i gang med operasjonen. Kanskje føler de seg ikke godt nok forberedt selv om det ikke handler om kunnskap eller mangel på kunnskap, bare tidspress. Mye utstyr skal være på plass og i oppstart av operasjonen skal koordinerende operasjonssykepleier helst være flere steder samtidig, både bidra til å trygge pasienten før han får bedøvelse og pakke opp sterilt utstyr for sterilt utøvende operasjonssykepleier.

Alle informantene bemerket at driften i avdelingen er førende ved mangel på personalressurser. Dersom det er mye sykdom blant personalet kan fagdager bli avlyst.

Ovennevnte faktorer kan være til hinder for fagutvikling og informantene antyder at dette har sammenheng med avdelingens rammer og hvordan ledelsen prioriterer.

4.7 Fagutviklingssykepleierens rolle- inspirator og motivator

Fagutviklingssykepleierens rolle var ulikt definert i de fire avdelingene jeg utførte intervjuer. Samtidig virket det som om det var knyttet store forventninger og oppgaver til rollen i alle fire avdelingene. For noen innebar det å være fagutviklingssykepleier at de ikke var i klinisk drift, for andre var det avgjørende med en deling av drift og fagarbeid. Klinisk drift vil i denne sammenheng si å være i vanlig pasientrettet arbeid inne på operasjonsstue. En som har stillingen delt mellom å være i klinisk drift og fagutviklingsarbeid beskriver det slik:

Folk spør mye, da må jeg prøve å finne ut av ting. Det krever at jeg holder meg oppdatert. Jeg føler også det er viktig for meg å ha begge rollene. Både som fagansvarlig og å jobbe i drift. For det ene forutsetter det andre. Skal jeg jobbe med fag så må jeg også vite hva som foregår i en operasjonsavdeling og da kan jeg ikke bare være en observatør, jeg må være i miljøet føler jeg.

Deltakelse i klinisk drift er viktig for denne fagutviklingssykepleieren, således holder hun seg oppdatert på det praktiske arbeidet og hva som foregår inne på operasjonsstuen. Videre er hun tilgjengelig for sine kolleger og kan få et inntrykk av «hvor skoen trykker» i forhold til kompetanse i sin avdeling. En fagutviklingssykepleier som ikke er med i klinisk drift beskriver sin arbeidsdag mer som en «rådgiver», selv om hun skulle ønske det hadde vært mulig å delta i drift minst en dag uken. Som eneste fagutviklingssykepleier i en avdeling med flere fagfelt strekker ikke tiden til. Hun bistår på stue unntaksvis; ved PC problemer eller der det er problem med medisinsk - teknisk utstyr og i leiringssituasjoner, samtidig skulle hun ønske det hadde vært noe tid for å veilede kolleger i klinisk arbeid inne på stue.

Funnene viser at fagutviklingssykepleierne var spesielt opptatt av holde seg oppdatert på fag. De mente det var nødvendig i den jobben de hadde for å være en ressurs i avdelingen. Alle bemerket at det stadig kom nytt avansert utstyr som krevde god opplæring, innbefattet her var IT- kunnskaper. En beskriver noe av sitt behov:

Mitt behov som fagutviklingssykepleier er å kunne lære å bruke forskningslitteratur.

En annen sier:

Jeg føler at jeg må holde meg oppdatert, som fagansvarlig stilles det krav til meg.

Arbeid med prosedyrer beskrives av alle fagutviklingssykepleierne som en viktig oppgave. Noen forteller de involverer de andre operasjonssykepleierne i avdelingen i dette arbeidet slik at flere bidrar med erfaringer og innspill i forbedringsarbeidet, siden det er de som er mest på «stue». Prosedyrearbeid beskrives som en kontinuerlig oppgave og prosedyrer er nå tilgjengelig elektronisk i de fleste avdelinger. Det bemerkes at prosedyrearbeid i denne sammenheng dreier seg om prosedyrer på avdelingsnivå. Dette kan omfatte skriftlige lokale prosedyrer relatert til fag og praksis tilpasset hver enkelt operasjon, kliniske retningslinjer eller det kan handle om rutiner for skriftlig dokumentasjon. Fagutviklingssykepleierne beskriver videre arbeidsoppgaver som tilrettelegging for kurs og undervisning samt litteratursøk for å finne ut av ulike oppdrag de har fått. Når det gjelder kompetanse i stillingen som fagutviklingssykepleier forteller to at de går en masterutdanning og en har ønsket å begynne, men ikke fått mulighet av avdelingsledelsen. En informant deler stillingen med en kollega som tar master, men ønsker ikke selv å gå på det. Hun har derimot tatt utdanning i veiledning, slik at operasjonssykepleierne i denne avdelingen har tilbud om veiledning hver 14.dag. Tema for veiledningen var ut fra deltakernes behov; eksempelvis refleksjon, faglig veiledning eller de kunne ta opp ulike pasientcase.

Alle informantene hevder fagutviklingssykepleierens rolle blant annet innebærer å være motivator for fagutvikling blant kollegene; en beskriver dette slik:

Jeg tenker ofte over; hva er det jeg egentlig gjør som fagutvikling, men jeg mener jo jeg er ganske flink til å få folk motivert. Det som motiverer meg er å motivere andre rett og slett.

Faglig engasjement og det å vise fram faget fremheves av informantene som viktig.

Operasjonssykepleie blir mer spennende med erfaring.

To fagutviklingssykepleiere nevner sykehusbibliotekets hjelp med å lage kurs i litteratursøk som et fint tiltak, dessuten fremhever de nyutdannede kolleger som en ressurs i avdelingen i forhold til det å søke litteratur. En annen mener de får lite hjelp fra biblioteket, det er tungvint og tidkrevende å søke litteratur.

To avdelinger har ifølge fagutviklingssykepleierne tilbud om klinisk stige, med mulighet for å bli klinisk spesialist, som kompetansefremmende tiltak for sine operasjonssykepleiere. Dette

er et program i systematisk videreutvikling av kompetanse gjennom praksis, veiledning, teoretiske studier og kurs som fagutviklingssykepleierne i avdelingen har ansvar for.

En operasjonssykepleier fremhever betydningen av fagutviklingssykepleierens rolle slik:

Til hinder for fagutvikling er det dersom det er en elendig fagutviklingssykepleier eller ingen, men vi har det ikke sånn.

I dette kapitlet har jeg fortolket intervjuenes innhold i den hensikt at fortolkningen har gitt en bredere forståelsesramme. Gjennom denne fortolkningen finner jeg betydningen av teamarbeid og vilkår for utvikling av faglig kompetanse som hovedfunn vedrørende hvordan operasjonssykepleiere utvikler sin faglige kompetanse.

5.0 DISKUSJON OG FORTOLKNING KNYTTET TIL TEORETISK REFERANSERAMME

I denne studien om hvordan operasjonssykepleiere utvikler sin faglige kompetanse etter fullført videreutdanning fremkommer to hovedfunn 1): Betydningen av teamarbeid og 2): Vilkår for utvikling av faglig kompetanse.

Hovedfunnene drøftes og fortolkes opp mot relevant teori og empiri. Teori om læring i et sosiokulturelt perspektiv, sykepleieteori som beskriver utvikling av klinisk sykepleiekompetanse og rolleteori er ment å belyse hvordan operasjonssykepleierne erfarer at egen fagkompetanse utvikles og ivaretas.

5.1 Betydningen av teamarbeid

Mitt ene hovedfunn er betydningen av team arbeid. Dette utdypes i underpunktene «Teamsammensetningen rundt pasienten», «Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon», «Kollegial støtte-læring i praksisfellesskapet» og «Å reflektere».

5.1.1 Teamsammensetning rundt pasienten

Et av mine hovedfunn er at operasjonssykepleiere utvikler sin kompetanse etter endt videreutdanning gjennom å arbeide i team. Gjennom utøvelsen av yrket i teamarbeidet oppøves og videreutvikles ulike typer av kunnskap og praktiske ferdigheter. Thidemann (2005) hevder i sin studie at læring og bekreftelse på kunnskap skjer i konkrete praksissituasjoner når noe plutselig skjer. Faglige diskusjoner, veiledning eller refleksjon foregår også i «der og da situasjoner», men er vanligst i etterkant av akutte hendelser. Dette fordi det krever tid og oppmerksomhet som man ikke kan prioritere i en akutt situasjon. Sykepleiere med manglende erfaring søker råd hos de med mer erfaring, mens de erfarne henvender seg til andre erfarne kolleger (Thidemann, 2005). Dette samsvarer med mine funn og bekreftes i flere andre studier (Christiansen, 2012; Daley, 2001; Hjelen, 2013; Jonassen & Slettebø, 2013). Kulturen og miljøets betydning for læring på arbeidsplassen omhandler at

læring er avhengig av samspillet med menneskene rundt oss. Benner (1996) hevder kunnskap produseres i dialog med andre med ulikt utgangspunkt og perspektiv. Dette kan forklares i Benner's kompetansesliste der det fremheves at den erfarne sykepleieren spiller en viktig rolle i «ekspertsykepleie» og videre fagutvikling (Benner, 1995; Benner, Tanner & Chesla, 1996).

I avdelingene med flere fagfelt poengterte informantene at det var betryggende å være på stue med en som hadde spesialkompetanse på fagfeltet, selv for operasjonssykepleierne med lang erfaring. I en amerikansk review artikkel beskrives det at kompetanse er kontekstavhengig og forbigående (Epstein & Hundert, 2002). Jeg forstår dette som at klinisk kompetanse utvikles innenfor en bestemt praksissammenheng. Benner (1995) hevder klinisk kunnskap viser seg i handling hos sykepleierne.

Intervjuene avdekker at seksjonering av operasjonssykepleierne var ment som et kompetanserefremmende tiltak, samt å sikre kontinuitet og faglig forsvarlighet. De samme argumentene fremføres for å beskrive betydningen av å sette sammen teamene på vakter slik at avdelingens samlede behov for faglig kompetanse dekkes. En norsk studie fra 2013 bekrefter at organisatoriske tiltak som bevisst teamsammensetning i forhold til personalets kompetanse sikrer faglig trygghet (Jonassen & Slettebø, 2013). Også andre studier fremhever betydningen av «lagoppstillingen» rundt pasienten. Sykepleiere med lang erfaring bør jobbe nær pasienten og veilede de med mindre erfaring (Islamoska et al., 2009). Mine funn som viser at operasjonssykepleierne ønsket å være på samme seksjon/fagfelt over tid, ble begrunnet i kontinuitet og mer inngående kompetanse i ett fagfelt. Høyland (2013) bekrefter at seksjonstilhørighet over tid gir kompetanse på planlegging og gjennomføring av operasjoner, samt at operasjonssykepleierne blir flinkere til å vurdere behov for utstyr og eventuelt «back-up» utstyr til hver enkelt operasjon. «Back-up» utstyr i denne sammenheng innebærer instrumenter og utstyr for eventuelt å måtte gjøre noe mer enn det som opprinnelig var planlagt, eksempelvis ved å konvertere fra kikkeshullsoperasjon til åpen operasjon. Videre beskriver Høyland at slik kompetanse gir medlemmene i teamet større grad av selvtillit (Høyland, 2013). Når mine informanter viste til at de må være på «alle» seksjoner/fagfelt på vakttid, kan det skje at de vil fungere på et lavere nivå av klinisk kompetanse på de fagfeltene de ikke har seksjonstilhørighet til. Selv den erfarne operasjonssykepleieren opplever å ikke være kompetent. Dette er i tråd med Benner's kompetansesliste som angir at man på grunn av praksiskonteksten ikke automatisk befinner seg på ekspertnivå, selv ikke med lang erfaring.

I sosial læringsteori er faglig kompetanse innvevd i lokale sammenhenger. Praksisfellesskapet beskrives av Etienne Wenger (1998) som viktig for uformelle og lærende samarbeidsgrupper,

og som grunnlag for kompetanseutvikling. Kompetansen er ikke bare personlig eller individuell. En sykepleiers kompetanse består av personlig kunnskap, felles kunnskap og ferdigheter. Således er kompetansen forankret i intellektet og kroppen, i organisasjonsstrukturen og i hjelpemidler. Ved å være en del av dette praksisfellesskapet gir det muligheter for læring (Lai, 2004; Orvik, 2015).

Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at ikke all erfaring fører til ny kunnskap i betydningen av at den er nyansert og begrunnet. Erfaring kan også gi seg utslag i at man ser fenomener i for snever betydning eller er fordomsfull (Säljö, 2001). Siden erfaringslæring ikke er kunnskap i vitenskapelig forstand er det ikke nødvendigvis sann kunnskap (Moxnes, 2000). Goffman (1992) viser til at fordommer utvikles for å skape en systematisk forståelse av verden. En informant refererte til sine erfaringer om å bli satt i «bås» på arbeidsplassen av hensyn til hva man kan og hvordan man er. Operasjonssykepleieren opplevde å få en «merkelapp» der det allerede var bestemt hva hun hadde kunnskap om og hvordan hun var som person. Dette resulterte i at hun byttet arbeidsplass for å få et miljøskifte og nye faglige utfordringer. En forutsetning for at erfaringen skal føre til læring er at den bevisstgjøres og reflekteres over (Moxnes, 2000). Ved å være forutinntatt eller generalisere utfra enkelt tilfeller blir «ny kunnskap» oppfattet feil eller på mangelfullt grunnlag. I operasjonssykepleie er egen erfaring vesentlig for å kunne tolke og handle adekvat i klinisk kompliserte situasjoner, som eksempelvis ved akutt keisersnitt. Det er viktig å skille mellom opplevelsen i seg selv og en tankemessig bearbeiding av opplevelsen som ved gjensidig påvirkning i teamarbeid.

En informant vektla betydningen av å ha helhetlig kunnskap om pasientens totale behov for omsorg og pleie, fordi det kirurgiske teamet samarbeider ut fra medlemmenes kunnskap og kompetanse. Hun mente bakgrunnen med generell sykepleie og spisskompetanse som spesialsykepleier ivaretok dette behovet for helhetlig kompetanse og uttrykte bekymring for en eventuell oppgavedeling med andre profesjoner. Basert på omsorg og pasientsikkerhet i de pasientnære oppgavene er det kompetanse som gir trygghet i pasientbehandlingen. Mangel på operasjonssykepleiere kan medføre at tid til fag- og kompetanseutvikling reduseres som følge av andre prioriterte oppgaver for å sikre drift og pasientbehandling. Spørsmålet om bruk av eksempelvis «operasjonsteknikere» for å utføre visse operasjonssykepleieroppgaver fremkommer som oftest i perioder med mangel på operasjonssykepleiere. En slik oppgavedeling med bruk av «operasjonsteknikere» innebærer at arbeidsoppgaver gjøres av andre med lavere kompetanse for å opprettholde tilsynelatende samme drift. I en nasjonal rapport vurderes en

slik oppgavedeling i operasjonsavdelinger for å imøtekomme et fremtidig behov for operasjonssykepleiere uten at det fremkommer en entydig konklusjon (Helsedirektoratet, 2014). En svensk studie fra 2015 beskriver oppgavedeling i form av legemiddeladministrering til hjemmeboende eldre av pleiepersonell uten sykepleieutdanning. Studien avdekket at en slik organisering medførte feil som kunne true pasientsikkerheten (Gransjon Craftman, Hammar, von Strauss, Hilleras & Westerbotn, 2015). Oppgavedeling med lavere kompetansenivå forutsetter følgelig at det høyeste kompetansenivået likevel må være ansvarlig for å opprettholde kvaliteten på utførelsen av oppgavene. Derved vil den avlastende effekten ved oppgavedeling gjennom bruk av «operasjonsteknikere» kunne være mer beskjeden enn antatt.

5.1.2 Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon

Informantene fremhevet sterilt utøvende rolle og usterilt koordinerende rolle som viktige roller i teamsamarbeidet. Operasjonssykepleieren i koordinerende rolle ble av en informant beskrevet som selve «limet» i teamet. For å forstå samhandlingen i teamarbeidet mener jeg det kan relateres til Goffmans rolleteori der gitte roller blir tillært i forhold til hva som er relevant for rollen og situasjonen. Den koordinerende rollen er synlig for de andre i teamet. Operasjonssykepleierne handler etter det som er passende i forhold til rollen og situasjonen i teamarbeidet. Goffmans metafor om å opptre «frontstage» og «backstage» kan beskrive variasjoner i operasjonssykepleierens koordinerende rolle under operasjonen. Den koordinerende operasjonssykepleieren er tilgjengelig i teamet for å bistå kirurger og operasjonssykepleier i det sterile felt, altså «frontstage». I rollen «frontstage» er koordinerende operasjonssykepleier konsentrert om det som foregår rundt pasienten mens operasjonen pågår. Operasjonssykepleieren i koordinerende rolle samarbeider også med anestesipersonell under operasjonen. Teamet handler i et samspill der arbeidet (rollene) i teamet blir det viktigste, ikke individene i seg selv. «Backstage» kan referere til de forberedelser som foregår før operasjonen kan starte. Operasjonssykepleieren kan være litt mer avslappet, forberede seg og utvikle strategier for å kunne «stå på scenen» ved neste pasient og inngrep. De gitte rollene blir tillært gjennom arbeidsbeskrivelser, men det kan være individuelle forskjeller i utøvelsen utfra hvordan situasjonen oppfattes og defineres. Dersom kunnskap skal utvikles i samhandling må situasjonen erfares (Goffman, 1992).

Basert på intervjuene fant jeg at operasjonssykepleiere i den koordinerende rollen i teamarbeidet bør inneha stor grad av organisatorisk dyktighet og faglig kompetanse.

Kommunikasjon og felles forståelse for arbeidet i teamet og med pasienten ble av informantene fremhevet som vesentlig. Benner (1995) påpeker at organisatorisk dyktighet er en viktig del av pasientarbeidet, noe som også blant sykepleierne selv har fått liten oppmerksomhet. Sykepleierne er sentrale i pasientbehandlingen der deres organisatoriske roller er lite tydeliggjort (Benner, 1995). Manglende organisatorisk kompetanse for sykepleiere beskrives i en SINTEF- rapport fra 2001 som et problemområde, videre at det er et gap mellom krav og utdanning (Vareide et al., 2001). Mange nyutdannede får dermed et realitetssjokk og strever med ledelse av arbeidet. Rapporten omhandler sykepleiere, ikke spesialsykepleiere. Gjennom utdanningen i operasjonssykepleie vektlegges det administrative ansvaret der organisatorisk trening omhandler forsvarlig bruk av ressurser, samarbeid, planlegging, organisering og delegering av arbeidsoppgaver. I rollen som operasjonssykepleier kreves evne til å organisere egne og teamets oppgaver. Operasjonssykepleierens organisatoriske kompetanse utvikles dessuten gjennom teamarbeid, koordinering og kommunikasjon i teamet over tid med økende erfaring. Understøttet av informantenes utsagn mener jeg derfor at operasjonssykepleiere har større organisatorisk kompetanse enn det som beskrives om sykepleiere i SINTEF rapporten.

Flere av mine informanter nevnte sterilt utøvende rolle som en viktig arena for å lære ulike typer av kirurgisk behandling/teknikk, instrumenter, anatomi eller patologi. En informant med lang erfaring på samme praksissted fortalte at hun hele tiden prøvde ut nye måter å legge opp instrumenter på assistansebordet. Til tross for sin lange erfaring gjør hun overveielser i utøvelsen der faglig skjønn kommer til uttrykk gjennom ønsket om å bli bedre, basert på personlig engasjement og faglig vurdering. Den aktuelle situasjonen var ikke ukjent for min informant, likevel brukte hun en analytisk tilnærming for å utvikle seg faglig. Ifølge Benner tilhører en med mer enn 5 års erfaring ekspertnivå, men selv sykepleiere på dette nivået kan gjøre analyse og overveie alternative handlinger (Benner, 1995).

Mine informanter mente det også foregår tverrfaglig læring ved at mange kirurger er flinke til å forklare under inngrepene. Jeg oppfatter dette som at fagmiljøet er åpent og stimulerende hvilket er en viktig premisse for at læring kan skje. Dette samsvarer med en doktoravhandling om læringsprosesser i sykepleierens profesjonsutøvelse, der man mener læring har nær sammenheng med sykepleierens delaktighet i handlinger og i arbeidsfellesskapet (Skår, 2010).

Uklar eller mangelfull kommunikasjon ble av flere beskrevet som utfordrende for teamarbeidet. Imidlertid kan det synes som om det kan være ulik forståelse av hva som er god informasjon og kommunikasjon blant de ulike profesjonene i teamet. En informant bemerket at kirurgene selv mente de kommuniserte godt nok. I følge en amerikansk studie om teamarbeid og kommunikasjon oppfatter kirurger kommunikasjon og samarbeid annerledes enn anestesileger og sykepleiere. Kirurgene opplever en sterkere sikkerhetskultur og et bedre teamsamarbeid. Videre avdekker studien at sykepleiere og leger har ulik oppfatning av kvalitet på kommunikasjon (Mills, Neily & Dunn, 2008).

Operasjonssykepleierne ønsket et best mulig samarbeid med kirurgene. I utgangspunktet er det kirurgens ansvar at operasjonen som skal utføres er meldt korrekt i operasjonsprogrammet. Operasjonsprogrammet skal være et verktøy for å sikre «flyt» i avviklingen av programmet. Informantene opplevde at mangelfulle opplysninger om pasienten i operasjonsprogrammet regelmessig skapte problemer for operasjonssykepleierne i forhold til planlegging av operasjonen. En australsk studie fremhever gode ferdigheter i kommunikasjon og kompetanse i å administrere operasjonsprogrammet som viktige elementer i operasjonssykepleierkompetanse relatert til tverrfaglig samarbeid (Gillespie et al., 2009).

Informantene opplevde imidlertid at det var lett å be kirurgene om hjelp til utfordrende leiringer på operasjonsbordet. Godt samarbeid er vesentlig for utvikling av holdninger, ferdigheter og kunnskap i arbeidsfellesskapet. Healey (2006) og medarbeidere bekrefter at samarbeid, kommunikasjon, koordinering, lederskap og overvåking i form av å vurdere hverandres arbeid er viktige elementer i teamarbeid. Roller og ferdigheter i teamarbeidet bør trenes (Healey et al., 2006). Dette gjelder spesielt for akutte situasjoner, men ulik forståelse av hva som er god kommunikasjon indikerer behov for trening av teamkommunikasjon generelt.

Mine informanter hevdet at teamtilhørighet og arbeid mot felles mål, nemlig et best mulig resultat for pasienten, også ga muligheter for læring. Lauvås og Lauvås (2004) påpeker at i samarbeid som er tverrfaglig søker de ulike medlemmene å lage et felles «produkt».

Kunnskapsutviklingen er forankret i situasjonen og i teamarbeidet slik Lave og Wenger (2003) beskriver. Læringen er relasjonell og forbundet med en følelse av tilhørighet og felles mål (Lave & Wenger, 2003). Jeg forstår dette som at læring skjer i teamarbeidet ved å være en del av teamet. Imidlertid vil de ytre rammene, der organisering av team inngår, kunne påvirke hvordan læring skjer. Ved akutte inngrep vil teamarbeidet kunne påvirkes av tilleggsfaktorer som stress, mestring eller manglende mestring. Flere av informantene hadde opplevd teamarbeidet som ubehagelig og vanskelig. Eksempelvis var det flere som hadde

opplevd «*høylytte kirurger*». Goffman (1992) beskriver at rolledistanse kan benyttes som eksistensiell beskyttelse, og sosial status kan ha innvirkning (Goffman, 1992). Rolledistanse forstås som en distansering mellom operasjonssykepleierens rolle og hennes egentlige jeg. Rollen forkastes ikke, men operasjonssykepleieren «holder en viss avstand». Når operasjonssykepleieren benytter rolledistanse i situasjoner der kirurgene opptrer utilbørlig, foretar andre i teamet en bedømmelse av operasjonssykepleieren som ikke stemmer overens med hvordan hun selv ønsker å bli oppfattet. I teamarbeidet der noen opplever ubehagelige situasjoner som ovennevnt kan rolledistanse ses på som negativt for samarbeidet og muligheten for læring, idet man i en slik kontekst kan føle seg underlegen.

I en avdeling jeg utførte intervju hadde de jobbet med å forbedre samarbeidet blant alle yrkesgrupper i operasjonsavdelingen. Spesielt hadde de hatt fokus på kommunikasjon og kunnskap om hverandres arbeid. En britisk undersøkelse har vurdert opplevelsen av samhörighet i teamarbeidet med vekt på teamstruktur, roller og kommunikasjon i fire ulike operasjonsavdelinger. De fant at spesialsykepleierne oppfattet teamarbeidet som mer enhetlig enn kirurger og anestesileger. Studien konkluderer med at teamarbeidet i operasjonsavdelingene ikke er så «sammensveiset» som tidligere antatt, samt at teamtrening i ikke-tekniske ferdigheter er nødvendig for bedret samarbeid. Kommunikasjon og betydningen av å kjenne hverandre i teamet anses som viktig (Undre, Sevdalis, Healey, Darzi & Vincent, 2006).

Mine funn bekrefter betydningen av å kjenne hverandres arbeidsoppgaver og at det å kjenne de andre i teamet gir økt faglig trygghet. Videre nevnte mine informanter konstruktive tilbakemeldinger, at det råder en hyggelig tone i teamet og relevante utfordringer i arbeidet som utviklende i arbeidet. En litteratur gjennomgang fra 2009 om operasjonssykepleierkompetanse støtter at viktige faktorer i teamarbeidet er kommunikasjon, mellommenneskelig kunnskap, praktisk kompetanse, koordinering og ledelse (Gillespie & Hamlin, 2009). Eraut (2007) bekrefter også at sykepleiere synes «feedback» i jobbsituasjonen er viktig for læring. Selv om arbeidet innebar store utfordringer og arbeidsbelastninger, veide betydningen av jobben og et støttende teamsamarbeid opp for dette (Eraut, 2007). Rasmussen (2009) fant også at relasjonelle forhold i det tverrfaglige team påvirker arbeidsmiljø og dermed kompetanseutviklingen. Hun fant at forhold i kommunikasjonen mellom kirurg og operasjonssykepleier i flere sammenhenger ble omtalt som mindre bra (Rasmussen, 2009). Til tross for at flere av mine informanter beskrev erfaringer med «høylytte» kirurger fant jeg også at operasjonssykepleierne i en avdeling opplevde økende anerkjennelse av sin yrkesgruppe.

Kirurgene i teamet så oftere enn før betydningen av operasjonssykepleiernes arbeidsoppgaver. Det må her bemerkes at de fleste informantene var erfarne, siden dette av enkelte hevdes å ha betydning for hvordan man oppfattes av omgivelsene. Ekspertene opplever mer respekt i samarbeidet med kirurgene enn det novisene gjør; nyutdannede i praksisfellesskapet er ikke fullverdige deltakere (Benner, 1995). Mangel på respekt kan føre til utrygghet.

Mine informanter fremhevet bruk av sjekklister for «Trygg kirurgi» pre- og postoperativt i det tverrfaglige teamarbeidet. De mente sjekklister bidro til økt grad av involvering for operasjonssykepleierne. En bedret opplevelse av teamtilhørighet fremsto når alle i teamet ble presentert og hadde fokus på operasjon, prosedyre og utstyr. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler bruk av «Trygg kirurgi» for å ha fokus på pasientsikkerheten i teamarbeidet (Kunnskapscenteret, 2014). En strukturert og formell kommunikasjon før anestesistart, før operasjonsstart samt ved operasjonsslutt skal sikre en felles forståelse av situasjonen og utveksling av kritisk informasjon der økt pasientsikkerhet er målet (NSFLOS, 2014). Informantenes utsagn om bruk av sjekklister for «Trygg kirurgi» er i tråd med en studie som hevder sjekklister samler hele operasjonsteamet og gir en ramme for informasjonsutveksling. Betydning av kunnskap og trygg arbeidspraksis understrekes og innbefatter eksterne strukturer som stabilitet i organisasjon, personlig engasjement og evne til kommunikasjon (Høyland, 2013). Således kan sjekklister som «Trygg kirurgi» bidra til gode forutsetninger for læring og kompetanseutvikling for teamet samlet og for enkeltmedlemmene.

I tre avdelinger der jeg gjennomførte intervju vektla informantene de akselererte pasientforløpene - «lean» eller «fast track» - som positivt for teamarbeidet³. Det kan synes som arbeidsmåten med akselererte pasientforløp legger til rette for at alle medlemmene i teamet opplever seg likeverdige, slik at arbeidsmiljøet oppleves positivt. Goffman (1992) hevder det i hver samhandlingssituasjon skapes en felles virkelighetsforståelse gjennom individenes fortolkning av situasjonen. Ved at legene deltar i alle gjøremål på lik linje med de andre i teamet tar de oppgaver som er tillagt roller med «lavere rang». På denne måten fremstiller de seg mer tilgjengelig og folkelig enn kirurgrollen tidligere har vært. Dette bidrar til godt samarbeid, og i fellesskap kommer teamet frem til de mest gunstige løsningene i hver enkelt situasjon. En britisk studie hevder at integrering av

³ Fast track: Standardisert behandlingslinje for en definert pasientgruppe basert på kunnskapsbasert praksis og målbare resultat (Kehlet & Wilmore, 2008)

teammedlemmenes kompetanse gir mer enn bare hver enkelt sin kompetanse (Healey et al., 2006). Lauvås og Lauvås (2004) beskriver kunnskap som mer enn faglig viten der personlig kunnskap, taus og artikulert kunnskap innbefattes. De ulike medlemmene i teamet bidrar fordi ulike faggrupper blant annet bringer inn ulik taus kunnskap. Mulighetene øker for at taus kunnskap kan verbaliseres i tverrfaglig samarbeid. Trygghet i egen funksjon der faglig identitet kommer til uttrykk, samt respekt for de andre faggruppene, bidrar til godt samarbeidsklima og muligheter for læring (Lauvås & Lauvås, 2004). Imidlertid hevder Lauvås og Lauvås (2004) at en hindring for tverrfaglig samarbeid kan være maktkamp mellom profesjoner. Et «våpen» i en slik profesjonskamp er vitenskapelig fundert kunnskap. Hensikten med tverrfaglig samarbeid er ikke å viske ut forskjellene mellom profesjonene, snarere er ulik kunnskap og spisskompetanse styrkende (Lauvås & Lauvås, 2004).

5.1.3 Kollegial støtte – læring i praksisfellesskapet

Betydningen av kollegial støtte i form av gode rollemodeller og tilbakemelding på egen sykepleiepraksis ble fremhevet av flere informanter. Ved å søke kunnskap i hverandres erfaringer, få konstruktive tilbakemeldinger på egen adferd og ferdigheter samt lære av gode rollemodeller kan den faglige kompetansen utvikles. Flere studier om kollegial tilbakemelding blant sykepleiere bekrefter dette (Daley, 2001; Gran, 2002 ; Hjelen, 2013; Jonassen & Slettebø, 2013; Rasmussen, 2009; Solli, 2008). Kari Martinsen (2003) framhever mesterlære og eksempellære som de beste måtene å lære sykepleie på.

Menneskelige relasjoner og det menneskelige fellesskapet har en sentral plass for læring i praksisfeltet (Martinsen, 2003a). Jeg forstår det å være en god rollemodell som en form for mesterlære der de mindre erfarne lærer regler og fakta gjennom instruksjon. Ved å forholde seg til flere personer i praksisfellesskapet kan læring skje gjennom veiledning ved deltagelse eller observasjon (Lave & Wenger, 2003). Læring skjer for den enkelte gjennom å plukke tips fra flere kolleger. På de mer avanserte nivåene for kompetanseutvikling er «øvelse gjør mester» gjeldende, det vil si at utvikling av faglig ekspertise kan skje ved gjentatt praksis i konkrete situasjoner (Benner, 1995, 2004).

Ifølge yrkesetiske retningslinjer har ikke sykepleiere bare ansvar for egen kompetanse, men også faglig og veiledende ansvar overfor sykepleiekolleger (NSF, 2011). Gran (2002) beskriver at kollegiale tilbakemeldinger kan ses på som utvikling av personlig og profesjonell kompetanse der samspillet i møtet med andre står sentralt. Ved å knytte tilbakemeldingen til

kriterier, teoretiske perspektiver og standarder for hva avdelingen definerer som god operasjonssykepleie, gjenspeiler det avdelingens mål og kultur. Avdelingsledelsen blir da viktig for faglig utvikling der leders nærhet og kunnskap til fagfeltet, kompetanse og ressurser til å gjennomføre fagutviklingstiltak kan ha betydning (Løvsletten, 2013; Naustdal, 2010; Vrenne, 2007). Gjennom intervjuene avdekket jeg at faglige diskusjoner i ulike arbeidssituasjoner oppleves positivt for kunnskapsutvikling, dette bekreftes av andre (Gran, 2002 ; Jonassen & Slettebø, 2013; Kirkevold, 1996). Informantene beskrev faglige diskusjoner innad i teamet der utfallet av diskusjonen var til pasientenes beste. Kirkevold (1996) beskriver faglige diskusjoner som en metode for å unngå vanetenkning (Kirkevold, 1996). Jeg forstår dette som at læring foregår hos den enkelte og i interaksjon innad i teamet.

Ved en avdeling fant jeg et tilbud om organisert sykepleiefaglig veiledning i grupper. Veiledning satt i system hvor operasjonssykepleierne kunne reflektere og «ta opp det de måtte ha på hjertet», ble av deltakerne opplevd som positivt og bidro til faglig trygghet. Dette samsvarer med andre studier som hevder at læring både er en individuell og sosial prosess (Daley, 2001; Säljö, 2001; Wenger, 1998).

5.1.4 Å reflektere

Flere informanter understreket viktigheten av refleksjon knyttet til ulike situasjoner i løpet av arbeidsdagen, eksempelvis øyeblikkelig hjelp situasjoner der det må handles raskt. Donald Schön (2013) beskriver viten i handling som situasjoner der sykepleieren handler intuitivt, det vil si en umiddelbar forståelse av sammenheng uten bevisst vurdering eller begrunnelse. Handlingen avslører at sykepleieren kan mer enn det hun kan sette ord på (Schön, 2013). Jeg forstår dette som en kunnskapsrik operasjonssykepleier som gjennom erfaring handler spontant og refleksivt. Hun vurderer situasjonen der og da, til forskjell fra en uerfaren uten samme bakgrunn for å handle intuitivt. Dersom en situasjon plutselig endrer seg uventet, slik det kan gjøre under en operasjon, kreves en bevisst refleksjon. Schön (2013) uttrykker dette som å reflektere i handling. Sykepleieren må stille seg kritisk reflekterende i situasjonen, konstruere sin forståelse der den erfarne bruker erfaring og teoretisk kunnskap. Ved at den erfarne reflekterer i handlingen oppøves det nye erfaringer og ferdigheter (Schön, 2013). Benner & Wrubel (1989) mener derimot at det ikke kreves refleksjon i den konkrete situasjonen fordi «kroppslig kunnskap» befinner seg på det ubevisste plan. Kroppslig

kunnskap definerer de som å handle hensiktsmessig i kjente situasjoner uten bevisst refleksjon i situasjonen (Benner & Wrubel, 1989).

Alle mine informanter hadde veileder-ansvar for sykepleiere under videreutdanning i operasjonssykepleie. Alle mente dette var berikende for deres egen faglige utvikling ved at studentene «utfordret» deres kunnskaper og valg. I følge fagplan for studenter under videreutdanning i operasjonssykepleie (utgått fra Rammeplan, 2005, tilpasset hver enkelt høyskole) vektlegges refleksjon over kunnskapsinnhold og praksiserfaringer slik at læring kan gi faglig og personlig vekst (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Refleksjon i denne sammenheng kan være nødvendig fordi situasjonene i praksis ofte inneholder et mangfold av muligheter og løsninger. Schöns teori er at det kreves en reflektert tilnærming hos praktikerne. Gjennom refleksjon og bearbeiding omdannes erfaringer til praktisk kunnskap og utvikling av personlig kompetanse. Refleksjon og veiledning gir muligheter for å tenke gjennom og over de erfaringene man har gjort, samt oppgaver man har foran seg (Schön, 2013). Operasjonssykepleierne planlegger arbeidsdagen sammen med studentene og de andre i teamet samsvarer med dette. En bevisstgjøring i møtet med andre mennesker gir den enkelte også mulighet for å bli bedre kjent med seg selv, sine holdninger og væremåte. Ved å reflektere over erfaringer og planlagte oppgaver i praksissituasjoner og i møtet med pasienter kan man finne løsninger og tiltak som bidrar til økt innsikt, forståelse og kunnskap.

En informant fortalte at hun etter hver arbeidsdag oppsummerte og evaluerte dagen med den operasjonssykepleieren hun hadde jobbet sammen med. Jeg forstår dette som en bevisst handling der operasjonssykepleierne søker å «stoppe opp» for å se dagen litt på avstand. Dette tilbakeblikket har til hensikt å forstå og tolke situasjoner som allerede er erfart. I litteratur beskrives dette som «reflection-on-action» og knyttes til situasjoner som både kan være fremtidsorientert og ha tilbakeblikks-fokus (Schön, 2013). Ny kunnskap kan utvikles ved å tenke gjennom hvordan handlingen har foregått, hvilke kunnskaper som ble brukt og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes. Dersom informanten hadde benyttet Kari Martinsens omsorgsteori kunne hun sjekket ut om den praksis hun er en del av stemmer overens med Martinsens omsorgsverdier (Martinsen, 2003a). Kirkevold (1996) hevder at refleksjon kan ses på som en form for begynnende teoretisering, og at slik kritisk tenkning er nødvendig for at man skal kunne lære av erfaringer. Hensikten med refleksjon er å prøve å finne en god løsning eller forklaring på en situasjon. Ved å innta holdningen om at «vi pleier å gjøre det slik», eller som erfaren sykepleier unndra seg begrunnelse for handlinger, mangler den kritiske

vurderingen. Manglende begrunnelser og uholdbare rutiner kan reduseres ved å forsøke å sette ord på taus kunnskap (Kirkevold, 1996). Slik mener jeg systematisering av erfaringsbasert kunnskap fra praksissituasjoner i operasjonsavdelingen kan bidra til faglig utvikling.

Flere av mine informanter mente det i operasjonssykepleie er nødvendig med livslang læring for å opprettholde og utvikle egen kompetanse. Eason (2010) belyser i en artikkel at sykepleie omhandler livslang læring der det bør fremmes en kultur for faglig nysgjerrighet. Profesjonell sykepleie bygger på anerkjente faglige ferdigheter der kritisk tenkning – altså refleksjon - er en av faktorene i faglig utvikling (Eason, 2010). Gjennom en arbeidshverdag i stadig utvikling gir tverrfaglig samarbeid, teamarbeid, kollegial støtte-læring i praksisfellesskapet og refleksjon muligheter for ny kunnskap og livslang læring.

5.2 Vilkår for utvikling av faglig kompetanse

Mitt andre hovedfunn i denne studien er betydningen av vilkårene for utvikling av faglig kompetanse. Dette kapitlet er delt i underpunktene; «Organisering av arbeidet», «Fagutviklingstiltak», «Fagutviklingssykepleierens rolle», «Utvikling og ivaretagelse av kompetanse etter fullført videreutdanning» og «Kunnskapsbasert sykepleie».

5.2.1 Organisering av arbeidet

De fire avdelingene som var inkludert i denne studien hadde noe ulik ledelsesstruktur. Tre av lederne var operasjonssykepleiere, den fjerde var sykepleier uten videreutdanning i operasjonssykepleie. Operasjonsavdelinger i Norge er organisert ulikt, som regel avhengig av størrelse og fagfelt. Det er ikke et formelt krav at leder av operasjonsavdelingen har utdanning som operasjonssykepleier. Leder på det pasientnære nivået er som regel operasjonssykepleier. Ytre rammer for organisering av en avdeling styres av nasjonale og regionale helsepolitiske føringer som blant annet innbefatter lovverk og økonomi (Helsepersonelloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Helseforetakenes fire hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende (Helseforetaksloven, 2001). Jeg forstår dette som at læring og

fagutvikling derfor må betraktes som kontinuerlige prosesser i sykehusets kjernevirksomhet. Dette arbeidet bør være en integrert del av daglig drift og forutsetter ledelsesforankring. Sykehusarkitektur, medisinske behov, kultur og sosiale forhold virker inn på organisering. Det kan knyttes ulike utfordringer til fagutvikling avhengig av hvordan operasjonsavdelinger er organisert. Naustdal (2010) bekrefter at sykepleielederen ser på seg selv som sentral i utviklingen av kompetansen til de ansatte.

I operasjonsavdelinger med flere fagfelt oppga informantene at personalet var organisert ved å ha en primær- og sekundær tilhørighet til to fagområder. Ordningen gjaldt for lengre perioder, og så kunne operasjonssykepleierne ønske seg til nytt fagområde. Informantene ga uttrykk for at denne kontinuiteten ga mulighet for styrket faglig kompetanse og derved tilførte faglig trygghet. Utenom ordinært arbeid på dagtid måtte derimot operasjonssykepleierne beherske det som oppsto av øyeblikkelig hjelp; være såkalte «generalister». De beskrev følelse av utilstrekkelighet og hvor krevende det er "å hoppe inn" på inngrep som til daglig ikke sorterer under deres «seksjon». I andre profesjoner, spesielt blant legene, er det økende grad av spesialisering og subspecialisering der fagområdet konsentreres om et begrenset felt, men der kompetansen til gjengjeld er stor. I en kronikk i Aftenposten i 2015 hevder helseminister Bent Høie at fagfolk må brukes klokere og tjenestene organiseres bedre. Han mener dette innebærer at kirurgien blir mer spesialisert. Dette igjen nødvendiggjør større pasientgrunnlag slik at de medisinske fagmiljøenes erfaringsgrunnlag og ferdigheter blir bedre, dermed også kvaliteten på pasientbehandlingen (Høie, 2015, 20. november). I avdelingene med kun ett fagfelt anga informantene behov for ytterligere spesialisering i sitt fagfelt. Ingen anga behov for eller ønske om mer generalistkompetanse. Fra en avdeling med kun ett fagfelt beskrev informantene at inngrep med involvering av andre spesialiteter var organisert slik at kirurgene hadde med seg sin «egen operasjonssykepleier». Jeg tolker dette som spesialisering av kunnskap til pasientens beste, fordi det her var behov for kirurgisk og operasjonssykepleiekompetanse som denne avdelingen ikke hadde til vanlig. «Å kunne litt om alt» slik mine informanter fra avdelingene med flere fagfelt beskrev, virker dermed som en krevende måte å organisere virksomheten på sett opp mot dagens krav til faglig forsvarlighet (Kunnskapscenteret; 2014, NSF; 2011). Ut fra informantenes utsagn om økende spesialisering av kirurgien vil jeg hevde at operasjonsavdelinger med flere fagfelt har organisatoriske utfordringer relatert til hvordan fagutvikling foregår. Denne spesialiseringen medfører at også operasjonssykepleierne bør ha anledning til å utvikle mer spesialkompetanse for å henge med i faglig utvikling, om nødvendig på bekostning av deres breddekompetanse. Økt kompetanse i

alle ledd medfører bedre kvalitet til beste for pasientene. Mer spesialiserte operasjonssykepleiere kan dog gi andre organisatoriske utfordringer som at fleksibiliteten i driftsplanlegging reduseres ved mindre generell kompetanse blant personalet.

Informantene vektla betydningen av tilstrekkelig med personale og «hvem man jobber sammen med» for å etablere en arena der læring kan skje. Flere beskrev at de «jobbet» for at arbeidsmiljøet skulle være best mulig, der samarbeidet i operasjonsteamet var det sentrale. Jeg tolker dette som et eget initiativ der den atferdsmessige delen i holdningsbegrepet kommer til uttrykk. Operasjonssykepleiernes ønske om et godt arbeidsmiljø var her påvirket av en indre motivasjon. Det var altså sammenheng mellom det de tenkte og hvordan de handlet. Rokeach beskriver at holdningen er avgjørende for sosial adferd og hvordan vi handler er diktet av troen. Tro, mening, «beliefs» refererer til subjektive vurderinger og forståelse av seg selv i sitt miljø (Rokeach, 1968).

Mine informanter beskrev en trygghet i å ha ekstra personellressurser tilgjengelig i operasjonsavdelingen. Dette samsvarer med et norsk doktorgradsarbeid som fant betydning av ledelsens rolle i det å tilrettelegge for optimal kunnskapsutnyttelse teammedlemmene imellom. Her beskriver forfatterne at avdelingen med innføring av en «bemanningsbuffer» på to operasjonssykepleiere hver dag kunne demme opp for sykdomsfravær. Gjennom dette tiltaket ble arbeidsbelastningen mer forutsigbar med bedre arbeidsmiljø som resultat (Høyland, 2013). Summen av operasjonssykepleiernes kompetanse i en operasjonsavdeling defineres av Lai (2004) som den kompetanse organisasjonen disponerer gjennom sine medarbeidere, følgelig er det av betydning hvordan personalet disponeres og organiseres (Lai, 2004).

Samtlige av mine informanter beskrev mangel på tid og personalressurser som et fremtredende hinder for at fagutvikling kunne foregå. I denne sammenheng handlet det om prioritering av driftsrelaterte «produksjonskrav», det vil si effektivitet målt ved antall gjennomførte operasjoner eller prosedyrer. Effektivitet måles blant annet i hvor mye tid som går med til en pasient. Finansieringen av aktiviteten er delvis innsatsstyrt og overordnede føringer om kostnadseffektiv drift gjør at ledere må prioritere drift (Vrenne, 2007). Fagdager og kurs måtte ofte vike til fordel for pasientbehandling når det var sykdom eller annet fravær blant personalet i avdelingene jeg undersøkte.

Informantene fremhevet at tid til organiserte fagutviklende tiltak bør planlegges og integreres i avdelingens rutiner. Dette bekreftes i flere studier der det fremheves at mangel på tid er et

hinder for fagutvikling og at organiserte fagutviklingstiltak bør vektlegges for å sikre faglig forsvarlighet og god pasientsikkerhet (Fagerjord, 2009; Hjelen, 2013; Vareide et al., 2001). I en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet som inkluderer praksisfeltets egne anbefalinger for hvordan oppnå god kvalitet på helsetjenestene, beskrives tid og ressurser til kontinuerlig forbedringsarbeid som vesentlig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dersom det ikke gis tid til fagutvikling, kan dette over tid føre til redusert kvalitet på sykepleietjenestene og dermed pasientbehandlingen.

5.2.2 Fagutviklingstiltak

Flere formelle tiltak for fagutvikling var iverksatt ved de ulike avdelingene jeg studerte. Ukentlig internundervisning, fagdager, sykepleiefaglig veiledning, muligheter for hospitering, «rettferdig fordeling» av kurs samt tilbud om «klinisk stige» inngikk i dette. Dessuten hadde sykehusene flere E-læringskurs med ulike emner, også emner spesielt for operasjonssykepleie. En av mine informanter fortalte fra sin avdeling at anestesikolleger med en annen leder fikk ta etterutdanning som eksempelvis masterutdanning. Operasjonssykepleierne opplevde at de ikke fikk samme muligheter av sin leder. I en studie om «Ledelse av sykepleiefaglig kompetanseutvikling i sykehus» hevdes det at faktorer som leders nærhet til sykepleieutøvelsen og kunnskap om fagfeltet er av betydning (Vrenne, 2007). I min informants tilfelle kan det synes som om avdelingens ledelse har negativ innvirkning på operasjonssykepleiernes muligheter for faglig utvikling til tross for at lederen selv var operasjonssykepleier. Løvsletten (2013) mener fagutvikling i sykepleie er en av kjerneoppgavene til spesialisthelsetjenesten der ledelsen har et stort ansvar.

Et Cochrane review som inkluderte 81 studier vurderte effektene av etterutdanningstiltak hos helsepersonell. Spørsmålet var om etterutdanning som kurs, konferanser og arbeidsgrupper fører til forbedring av profesjonell praksis og pasientbehandling. Konklusjonen var at denne form for etterutdanning alene ikke er tilstrekkelig i en kompleks organisasjon (Forsetlund et al., 2009).

Informantene påpekte avdelingenes lave kursbudsjett. Dette bør likevel ikke være et hinder for å drive fagutvikling. Mine funn bekrefter nettopp at fagutvikling foregår ved å bruke mange ulike kilder til kunnskap, herunder flere som ikke nødvendigvis er kostnadskrevende.

Av mer uformelle måter å drive fagutvikling på fremhevet informantene blant annet den enkeltes søken etter kompetanse. Engasjement, refleksjon og læring av hverandre i teamsammenheng var også av betydning. Christiansen (2012) beskriver i en studie med sykepleiere som verken er nybegynnere eller eksperter hvordan de deltar i kunnskapsøkende prosesser. Funnene i hennes studie indikerer viktigheten av å beholde en fleksibel bruk av ulike kunnskapskilder i det daglige arbeidet for å oppnå fagutvikling. Kunnskapskilder var blant annet prosedyrer, litteratur, erfarne kolleger og forskningsresultater (Christiansen, 2012).

Informantene mine var opptatt av fagutvikling, der ny innsikt innebar både ny kunnskap i teori og praksis. Foruten teoretisk og praktisk kunnskap er en god moralsk og etisk forankring vesentlig i utøvelse av sykepleie (P. Nortvedt, 2012). Videre påpekte informantene behovet for å lære og videreutvikle sin kompetanse på det stedet de skulle arbeide. Likeledes poengterte alle informantene den etiske plikten til å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2011). Egen interesse og engasjement for å gjøre en god jobb ble trukket frem og at dette kunne innebære noe bruk av fritid til å gjøre faglig oppdatering. Etienne Wenger (1998) hevder læring er en del av vår identitet og vårt indre. I sosiokulturell læringsteori vektlegges at man selv må være aktiv i læreprosessen for å lære (Wenger, 1998). Videre er språket og de sosiale rammene rundt vesentlig for læring (Lave & Wenger, 2003).

Flere av mine informanter beskrev at det var fullt mulig å ønske seg tema for undervisning, gode muligheter for å gå på kurs og oppsøke læresituasjoner i det daglige arbeidet. I kontrast til mine funn finner Stenberg Rasmussen (2011) og Hjelen (2013) manglende engasjement og ansvar for egen faglig utvikling hos anesthesi- og operasjonssykepleiere i Norge. Studiene beskriver blant annet oppfatninger om at det i hovedsak var avdelingens ansvar å legge til rette for fagutvikling (Hjelen, 2013; Stenberg Rasmussen, 2011).

I to av avdelingene der jeg utførte intervju, hadde operasjonssykepleierne tilbud om «klinisk stige» som kompetanse- og fagutviklende tiltak. «Klinisk stige» bidrar til at den enkelte sykepleier utvikler de ulike sidene av sin yrkeskompetanse gjennom teoretisk fordypning, klinisk erfaring, faglig veiledning og et skriftlig prosjekt. En fagutviklingssykepleier hadde fulgt dette programmet. I den andre avdelingen hadde fagutviklingssykepleieren ansvar for oppfølging og tilrettelegging av «klinisk stige» tilpasset deres avdeling. Her var «klinisk stige» et av tiltakene i avdelingens mål og handlingsplan for medarbeidernes fagutvikling. I denne avdelingen hadde nesten alle operasjonssykepleierne gjennomført to av tre trinn i «klinisk stige». Tre operasjonssykepleiere var allerede godkjente kliniske spesialister. Av

dette forstår jeg at denne avdelingsledelsen prioriterer kontinuerlig faglig utvikling av sine ansatte. I følge en norsk studie fra 2005 kan det positive ved at mange i en avdeling deltar i et slikt kompetanseutviklingsprogram fungere selv om de økonomiske rammene endres (Bjørk et al., 2005). Tiltak som er tilgjengelig for alle operasjonssykepleiere i en avdeling kan dessuten bidra til godt arbeidsmiljø og stabilitet i personalgruppen. På denne måten kan avdelingens mål for fagutvikling forankres i organisasjonen og utvikles i samsvar med avdelingens behov. Imidlertid krever deltagelse i «klinisk stige» program god planlegging og oppfølging fra avdelingsledelsen siden deltagerne i perioder med kurs og veiledning må skjermes fra driftsoppgaver. To av mine informanter poengterte balansen mellom hva som kan forventes av egen innsats på fritiden og hva det kan tilrettelegges for i arbeidstiden. En annen fordel av å ha ansatte i «klinisk stige» kan være effekten av «faglige drypp» på resten av personalet siden læringen legges nært opp til den kliniske virkeligheten. Avdelingens behov for fagutvikling bør imidlertid styre operasjonssykepleiernes valg av tema i programmet. I den ene avdelingen var det fagutviklingssykepleieren, mens det i den andre avdelingen var avdelingslederen som hadde ansvaret for tilbudet om «klinisk stige». Benner og medarbeidere (1996) mener relasjonene i praksisfellesskapet er vesentlig for læringen der ekspertene er veiledere og rollemodeller (Benner et al., 1996). Det samme beskrives i en kvantitativ studie fra 2013 som viste at de kliniske spesialistene brukte og videreutviklet sin kompetanse til fagutvikling gjennom uformelle aktiviteter som faglige diskusjoner, tverrfaglig arbeid og ved å veilede kolleger i klinisk praksis. Studien viser til en indre faglig motivasjonsfaktor som den viktigste begrunnelsen for å bli klinisk spesialist (Knutheim & Bjørk, 2013). Også mine informanter påpekte eget ansvar og motivasjon som vesentlig for å fremme faglig utvikling.

5.2.3 Fagutviklingssykepleierens rolle

I min studie fremkommer det at fagutviklingssykepleierne opplever å ha viktige roller i sine avdelinger, og at stillingen innebærer behov for at de må holde seg faglig oppdatert. Fagutviklingssykepleierne var selv opptatt av å jobbe kunnskapsbasert samt av å kunne søke og bruke forskningslitteratur. Imidlertid bemerket de at det var tidkrevende å søke etter litteratur, hvilket det ikke alltid var forståelse for blant de andre i avdelingen. Mitt inntrykk er at operasjonssykepleierne så på fagutviklingssykepleierne som en viktig faglig ressurs i

avdelingen og hadde forventninger om at de bidro til et utviklende fagmiljø. Alle mine informanter vektla betydningen fagutviklingssykepleieren hadde som motivator og kunnskapskilde for de ansatte.

Av de fire fagutviklingssykepleierne jeg intervjuet var to deltidsstudenter på masterstudiet i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling. En ønsket å starte på samme studiet og en delte stillingen med kollega som tok masterutdanning. Jeg oppfatter det som at fagutviklingssykepleierne så behovet for økt kunnskap for å inneha stillingen. Denne kunnskapen er viktig i arbeidet med å tilrettelegge for avdelingens kompetanseutvikling. Christiansen og medarbeidere (2009) hevder at fagutviklingssykepleieren har en viktig rolle som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. Med ulike tilnærminger tilpasset avdelingene bidrar fagutviklingssykepleieren som tilrettelegger og stimulerer til økt kunnskap i arbeidet med å fremme kunnskapsbasering (Christiansen et al., 2009).

En fagutviklingssykepleier ønsket å styrke sin rolle ved å starte på masterutdanning. I dette tilfellet var det snakk om et deltidstudium der hun kun ville være borte fra arbeidet i korte perioder av gangen. Likevel hadde hun fått avslag fra avdelingsledelsen. Gjennom å avslå masterutdanning, det vil si kompetanseutvikling for fagutviklingssykepleieren, forstår jeg at denne ledelsen nedprioriterte et fagutviklende tiltak. Vrenne (2007) og Løvsletten (2013) påpeker at kompetanseutvikling er et lederansvar der økonomiske rammer og den enkelte sykepleiers erfaring, motivasjon og engasjement virker inn. Personalets fagkompetanse pekes på som helsetjenestens viktigste ressurs, og fagutvikling innebærer å arbeide systematisk med personalets kompetanse (Løvsletten, 2013; Vrenne, 2007).

Fagutviklingssykepleierne bidro med ulike fagutviklende tiltak som kurs, tilrettelegging for «klinisk stige», ukentlig undervisning, fagdager, organisert sykepleiefaglig veiledning, prosedyrearbeid og ressursstøtte i klinisk praksis. En fagutviklingssykepleier hadde av kapasitetsgrunner ikke anledning til å delta i klinisk drift idet hun var eneste fagutviklingssykepleier i en avdeling med mange fagfelt. En annen fagutviklingssykepleier som delte sin tid mellom klinisk arbeid og fagutviklingsarbeid, mente en slik deling var mest gunstig for hennes funksjon. Jeg forstår her at fagutviklingssykepleiernes roller hadde ulike «rammer», slik at forutsetningene i rollene var ulike. Dette samsvarer med Goffmans rolleteori; fagutviklingssykepleierne «spiller» den rollen som er allment akseptert i forhold til rollens norm og de gitte rammene. Rammen refererer til det som forstås i situasjoner. Identiteten som fagutviklingssykepleier formes i det miljøet rollen utspilles (Goffman, 1992). Fagutviklingssykepleierne veksler mellom å holde fram ulike krav og hensyn i sin rolle. I en

avdeling passer det derfor at fagutviklingssykepleieren deler sitt arbeid mellom klinisk drift og fag, mens i en annen avdeling konsentreres arbeidet kun om fag. Ved å identifisere rammen som passer for sin rolle kan fagutviklingssykepleierne orientere seg mot det som til enhver tid passer i sin rolle. I denne studien var det tydelige ulikheter i fagutviklingssykepleierens roller. Fagutviklingssykepleierne tilpasser sine roller i avdelingene ut fra strategiske valg for hva de ønsket å oppnå i sine avdelinger. Operasjonssykepleierne hadde et bestemt inntrykk av og forventning til hvordan fagutviklingssykepleierne skulle være i sine roller, og fagutviklingssykepleierne hadde en norm for hvordan rollen skulle være på deres arbeidsplass. Jeg mener fagutviklingssykepleierne gjorde rasjonelle avveielser i forhold til sin arbeidssituasjon, derfor vurderte noen operasjonssykepleiere behov for å være endel i klinisk arbeid. Christiansen og medarbeidere (2009) hevder det er lite utforsket hvordan fagutviklingssykepleiere utformer sin rolle. Imidlertid fremkom det i deres studie at fagutviklingssykepleierne var relativt fristilt i måten å utforme sin rolle (Christiansen et al., 2009).

5.2.4 Utvikling og ivaretagelse av kompetanse etter fullført videreutdanning

I denne studien fremkommer det at videreutdanningen i operasjonssykepleie ga en god faglig plattform for å møte arbeidslivet. Til tross for at informantene hadde videreutdanning som varierte fra sykehusintern til høyskole, mente alle å inneha kunnskaper og ferdigheter som gjorde dem klare for å jobbe som operasjonssykepleier ved endt utdanning. Utdanningen i operasjonssykepleie hadde gitt dem grunnleggende kunnskaper som yrkeskarrieren skulle bygge videre på. De anga videre at kunnskapsutviklingen ikke stopper ved endt utdanning. Samtlige informanter mente at praksisperiodene under studiet hadde vært svært lærerike, samtidig uttrykte noen behov for mer teoriundervisning - spesielt i kirurgi. Flere av informantene nevnte at de i starten av yrkeskarrieren ikke var så opptatt av mangfoldet i operasjonssykepleiefaget, men var mer konsentrert om enkeltdelene. Som nyutdannede må det oppfattes at de tilhørte nybegynnernivået i Dreyfus-brødrenes modell slik Benner (1995) beskriver. I følge denne modellen er nybegynneren avhengig av prosedyrer og evner dårlig å se sammenhenger eller gjøre prioriteringer (Benner, 1995, 2004). En annen studie som beskriver spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning, poengterer at det kan være vanskelig å vurdere egen kompetanse og egne svakheter i starten av et arbeidsforhold. Dette fordi forholdene for nyansatte ofte blir lagt til rette (Taraldsen Valeberg et al., 2009). To

andre studier fant imidlertid at arbeidsgiver likevel forventet kompetanse allerede ved nyansettelse (Solli, 2008; Stavseth, 2013). Pupkiewicz, Kitson, & Perry (2015) studerte hvilke erfaringer som påvirker operasjonssykepleieres læring som «noviser» i operasjonsavdelingen. Resultatene viste at team-trening, samarbeid, kommunikasjon, kontinuitet, trygge strukturerte rammer for læring og god veiledning er vesentlig for læring.

Den av mine informanter som var relativt nyutdannet sa at hun nå prioriterte å jobbe i praksis for å få mer praksiserfaring. Hun ønsket å starte på «klinisk stige», men hadde ikke tilstrekkelig klinisk praksis i henhold til kravene fra NSF (2007). Derimot hadde hun meldt seg som «superbruker» der hun fikk mulighet til inngående kunnskap om et lite felt. I operasjonssykepleie kan «superbruker» innebære å ha stor kompetanse på et spesielt medisinsk-teknisk apparat for så å bli en ressurs i avdelingen på det området. Jeg forstår dette som at hun ønsker erfaringskunnskap og handlingskunnskap - «fronesis», ifølge Aristoteles fortrolighetskunnskap og praktisk viten (Aristoteles, 1999). I praksis handler det om å forstå, vurdere, bedømme og handle riktig. Med teori og praksis fra videreutdanningen i operasjonssykepleie ønsket informanten å utvikle seg videre i praksis ved å bruke hodet, hendene og hjertet, samt utvikle faglig blikk ved å bruke sansene. Det er dette Martinsen beskriver som faglig skjønn, der skjønn og dannelse kommer til uttrykk i forholdet til andre personer. Profesjonalitet er å etterspørre fagkunnskaper, kombinert med etisk holdning og handling (Martinsen, 2000). Ved at den nyutdannede informanten ønsket å prioritere det kliniske arbeidet i avdelingen uttrykte hun et initiativ og faglig engasjement. Moxnes (2000) beskriver at erfaringslæring foregår i fire trinn. Den nyutdannede informanten refererte til ulike erfarte situasjoner fra praksis (trinn en). Så reflekterte hun over erfaringene (trinn to). Trinn tre innebærer å generalisere erfaringen, og i fjerde trinn fremkom en bevisstgjøring av hva hun hadde lært. Slik kan kunnskapsgrunnet utvides (Moxnes, 2000).

Den praktiske kunnskapen må læres og erfares av henne selv idet kunnskapen er personlig. For at praktisk kunnskap skal defineres som kunnskap kreves det kritisk refleksjon (P. Nortvedt & Grimen, 2004). Schön`s kunnskapsteori forener kunnskap og handling ved å vise til det dynamiske i kunnskapsforståelsen (Schön, 2013). Praktisk kunnskap blir til ved å utøve yrket, men det er ikke nødvendigvis slik at man lærer av erfaring. Lang arbeidserfaring er ikke ensbetydende med å ha videreutviklet sin kompetanse og kunnskap. Varighet av arbeidserfaring er med andre ord ikke alltid overensstemmende med hvilket kompetansenivå man befinner seg på. Variert erfaring er nødvendig for å utvikle klinisk sykepleiekompetanse,

men ikke tilstrekkelig. Utvikling frem til ekspertnivå krever utvikling av personlig kompetanse (Benner, 1995).

Thidemann (2005) beskriver praksisfellesskapet til sykepleiere som en sårbar læringsarena. Dette fordi det lokale praksisfellesskapet er avhengig av tilgang på erfarne sykepleiere, tilstrekkelig bemanning og tid. Muligheten for læring og kompetanseutvikling avhenger av menneskelige, organisatoriske og økonomiske ressurser og prioriteringer. Arbeidsmiljø og kolleger beskrives å ha stor betydning for læring og kompetanseutvikling (Thidemann, 2005). Riktignok omhandler studien bachelorstudenter i sykepleie og de første åtte årene av deres yrkeskarriere, men resultatene bør likevel kunne være overførbare til operasjonssykepleie.

Oppdatering og vedlikehold av kompetanse i medisinsk-teknisk utstyr ble poengtert av mine informanter som viktig i arbeidshverdagen, også fordi det stadig kom nytt utstyr.

Fagutviklingssykepleierne bidro blant annet i arbeidet med å sertifisere operasjonssykepleierne på medisinsk-teknisk utstyr. Ofte er dette oppgaver delegert fra avdelingsledelsen. Gjennomføring og dokumentasjon av opplæring i medisinsk-teknisk utstyr er lovpålagt (Helsepersonelloven, 1999; Justis- og beredskapsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013 ; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

I følge en rapport om profesjonslæring i endring; ProLearn studien (Professional Learning in a Changing Society, 2008), kan det synes som sykepleiere generelt er opptatt av å anvende vitenskapelig generert kunnskap, som gjennom prosedyrearbeid utviklet via nyere forskning i fagfeltet (Forskningsrådet, 2008). Jeg fant at de fleste av operasjonssykepleierne var engasjert i prosedyrearbeid selv om fagutviklingssykepleierne hadde ansvaret for dette. Ved at flere i avdelingene bidrar med erfaringer og innspill i forbedringsarbeidet kan endring i praksis baseres på ny kunnskap og innsikt. Dette bekreftes i en studie som fremhever betydningen av å stimulere og engasjere sykepleierne i blant annet prosedyrearbeid (Christiansen et al., 2009). Praksisorientert kunnskap har tidligere vært vektlagt i utviklingen av sykepleiefaget. Dette gjenspeiles i operasjonssykepleiens historie og faglige prioriteringer. Utvikling av sykepleievitenskap og organisering av felles teoretiske kunnskapsressurser er nå et felles mål for å styrke sykepleie som fag, herunder spesialsykepleie (Forskningsrådet, 2008; Kirkevold, 1996; NSF, 2012–2015; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

5.2.5 Kunnskapsbasert sykepleie

I de fire avdelingene som var inkludert i studien fremkom det at det var ulike ressurser og kunnskap relatert til det å jobbe kunnskapsbasert. Bruk av erfaringsbasert kunnskap var mer fremtredende enn forskningsbasert kunnskap. I følge Stortingsmelding nr. 13 (2011-2012) skal pasientene møte kompetente helsearbeidere som gir kvalitetssikret og kunnskapsbasert hjelp (St.meld. nr. 13 (2011–2012), 2012). For å kunne yte slik hjelp kreves faktakunnskap og teoretiske rammeverk. Implementering av kunnskapsbasert praksis kan være ett viktig bidrag til at faglig kunnskap blir mer vitenskapelig begrunnet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Informantene fremhevet organisering og tilstrekkelig metodekunnskap som vesentlig for å etablere gode fagutviklingstiltak. Flere studier angir holdninger til forskning som en barriere (Fagerjord, 2009; Hommelstad & Ruland, 2004; Løvsletten, 2013; Naustdal, 2010; Rycroft-Malone et al., 2004; Thidemann, 2005; Vareide et al., 2001; Vrenne, 2007). Andre beskriver operasjonssykepleieres manglende engasjement til å framskaffe forskningsbasert kunnskap (Hjelen, 2013; Hommelstad & Ruland, 2004; Schoonover, 2009). Dersom operasjonssykepleiere skal kunne nyttiggjøre seg resultater fra forskningsartikler, må de ha grunnleggende kunnskap om forskning slik at de kan lese og forstå forskningsartikler og ha et personlig engasjement (Løvsletten, 2013). Dette ble også kommentert av informantene i min studie, spesielt av fagutviklingssykepleierne. Mangel på forskerkompetanse blant operasjonssykepleiere kan således være medvirkende årsak til at enkelte operasjonsavdelinger ikke har kultur for å drive forskning.

Med en gjennomsnittsalder på nesten 52 år blant operasjonssykepleiere i Norge er det grunn til å anta at mange er utdannet før 2005 da «Rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie» ble fastsatt. I denne rammeplanen la Utdannings- og forskningsdepartementet føringer for at studenter i videreutdanning i operasjonssykepleie også skal tilegne seg kunnskap om forskning og fagutvikling. Operasjonssykepleiere utdannet etter 2005 bør derfor inneha grunnleggende fagutviklingskompetanse og således være bedre rustet enn sine eldre kolleger til å anvende forskningsbasert kunnskap i sin praksis.

Stortingsmelding nr 13 (2011-2012) gir klare føringer om at blant annet helsearbeidere i sykehus får innsikt i hva kunnskapsbasert praksis innebærer, samt at de som ønsker gis mulighet for å tilegne seg fagutviklings- og forskerkompetanse (St.meld. nr. 13 (2011–2012), 2012).

I en avdeling fremhevet fagutviklingssykepleieren sitt engasjement for leiringsprosedyrer til de ulike inngrepene. Hun hadde innhentet mye litteratur om leiring av pasienter via systematiske søk i anerkjente databaser. Videre hadde avdelingen hatt en hel fagdag med leiring som tema, der operasjonssykepleierne hadde prøvd ut ulike muligheter i praktiske øvelser. Dette var kommet i stand som følge av et tilfelle der en pasient hadde blitt skadet på grunn av et vanskelig leie. Jeg oppfatter denne situasjonen som et behov for fagutvikling på bakgrunn av avviksmelding der operasjonssykepleierne ønsket å identifisere årsaken til avviket for å hindre at slike skader skjer igjen. Informanten nevnte ikke om de involverte kirurgene i disse vurderingene. Imidlertid skal medisinsk ansvarlig godkjenne eventuelt endring i prosedyren. Operasjonssykepleierne ville utfra sine erfaringer vurdere om det var mulig å endre dette leiet under operasjonen for å bedre pasientens blodsirkulasjon. Etter en felles evaluering fant de det for risikabelt å gjøre leieendring under pågående operasjon idet de ikke hadde nødvendig kontroll med en sterilt tildekket pasient. Her tolker jeg det som at operasjonssykepleierne tok faglige avgjørelser basert på pasientens behov, forskningsbasert litteratur som fagutviklingssykepleieren hadde funnet og egen erfaringskunnskap. Konteksten er kunnskap om leiringer til operasjon, der ulike kunnskapskilder brukes (M. W. Nortvedt et al., 2012).

Pasientenes brukermedvirkning er nokså begrenset i operasjonsavdelingen, likeledes er pårørendes kompetanse noe som i liten grad kan benyttes. En informant prioriterte leiring mens pasienten var våken, i den grad det var mulig. Slik kunne pasienten gi tilbakemelding om «behagelig» leie. I samarbeid med de andre i teamet skal leiringen foregå korrekt og etter avdelingens prosedyrer. Ferdigheter i faglige vurderinger, problemløsning og samarbeid er avgjørende for kvaliteten på sykepleieutøvelsen. Sykepleieforsker Herdis Alsvåg (2009) hevder at kunnskapsbasert praksis ikke er noe nytt. Gjennom flere tiår har sykepleieprofesjonen basert seg på ulike former for kunnskap. Begreper som teoretisk kunnskap, erfaringskunnskap, påstandskunnskap og fortrolighetskunnskap, eksplisitt og artikulert kunnskap, taus kunnskap og kunnskap-i-handling har blitt drøftet av sykepleieforskere (Alsvåg, 2009).

Sosial- og helsedirektoratet skriver i en rapport fra 2007 om «Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten» at kunnskapsbasert praksis er en viktig forutsetning for kvalitet og innebærer at det benyttes ulike kunnskapskilder i praksis, blant annet forskningsbasert kunnskap. Likeledes er det en forutsetning at arbeidsgiver gir de ansatte mulighet til å oppdatere seg på forskjellige måter (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Flere av mine informanter fortalte at de søkte teoretisk fagkunnskap på ulike måter. Noen anga at de «googlet», det vil si søkte svar på faglige spørsmål via søkemotorer som Google. Imidlertid kvalitets sikrer ikke Google sine kilder tilstrekkelig til å utelukke «fakta» av dårlig kvalitet. Ingen av fagutviklingssykepleierne anså Google-søk som adekvat fremgangsmåte for kunnskapssøk. En dansk studie belyser relasjonen mellom teori og praksis og dannelse av profesjonell handling i klinisk sykepleie og hos forskere. Studien beskriver teori og praksis som to typer kunnskap, men at gapet mellom teori og praksis er sosialt konstruert som et resultat av historie og kultur (Larsen, Adamsen, Bjerregaard & Madsen, 2002). Basert på mine funn kan det synes som at det er et «gap» mellom forskning og klinisk praksis siden operasjonssykepleiere i begrenset omfang aktivt søker og kan vurdere forskningsbasert kunnskap.

ProLearn studien (2008) hevder det er et samsvar mellom hvordan kunnskap formidles i utdanningen og hvilke tiltak som benyttes for å søke kunnskap i yrkeslivet (Forskningsrådet, 2008). Mine funn bekrefter dette idet den operasjonssykepleieren som var relativt nyutdannet så behovet for å vedlikeholde og utvikle kunnskapen om databasesøk. Hun så betydningen av en balanse mellom teori og praksis for kunnskapsutvikling. Operasjonssykepleiere utdannet i den senere tid har kjennskap til å arbeide kunnskapsbasert.

Flere av mine informanter ytret et ønske om å finne og lese mer forskning, men mangel på tid og at det var tidkrevende å søke etter litteratur var til hinder. Ingen av mine informanter nevnte mangel på PC tilgang til å gjøre søk som et hinder. Snibsøer, Olsen, Espehaug & Nortvedt (2012) viser en positiv sammenheng mellom holdning til og bruk av kunnskapsbasert praksis. Ingen av informantene nevnte samarbeid mellom praksisfelt og høyskole som viktig for fagutvikling. Høgskolene kan med sin kompetanse og erfaring bidra med vitenskapelige arbeidsmåter. Jeg mener dette vil kunne styrke praksisfeltets forskningsbaserte del av kunnskapsbasert praksis. Denne typen kunnskap vil gi operasjonssykepleiere trening i kritisk og analytisk tenkning med utvikling av deres faglige kompetanse som følge. Et samarbeid mellom praksisfelt og høyskole vil dessuten kunne bidra til gjensidig forståelse og kunnskap om hverandres arbeidssituasjon. Norsk Sykepleierforbund støtter opp om etablering og utvikling av mastergradsutdanninger. Dette skal sikre sykepleiefaglig fordypning gjennom samarbeid mellom helsetjenesten og høyskole/universitet hvilket er viktig for kunnskapsutveksling og kompetanseutvikling i sykepleie (NSF, 2012–2015).

5.3 Studiens styrker og begrensninger

En styrke ved denne studien kan være at jeg ikke hadde forhåndskunnskap om eller relasjoner til avdelingene jeg ønsket å inkludere i studien, bortsett fra hvorvidt de hadde et eller flere fagfelt. Videre er det en styrke at jeg som forsker møtte informantene direkte og derved hadde anledning til å stille oppfølgingsspørsmål. Som operasjonssykepleier kjenner jeg konteksten for denne studien godt hvilket er en styrke både i analyse og intervjusituasjonen. For studiens problemstilling mener jeg også det er en styrke at informantene ikke var ledere, men jobbet pasientnært.

En innvending mot denne studien kan være utvalgsstørrelsen; 8 personer. Det begrensede antall informanter utvalgt til intervju kan således gi usikkerhet omkring hvorvidt funn - og konklusjoner på bakgrunn av funn - er overførbare og gyldige for profesjonen jeg ønsket å studere, operasjonssykepleiere. Siden dette er en studie med beskrivende og utforskende design og semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer som metode, er imidlertid begrensning av antall informanter en anbefalt del av metoden. Dette i motsetning til kvantitativ metode – oftest med bruk av spørreskjemaer - som vanligvis forutsetter større utvalg for å kunne anvendes til å besvare et forskningsspørsmål.

I min oppgave er individuelle semistrukturerte intervju valgt for produksjon av kvalitative data. Dette på grunn av ønske om å gå i dybden, samt begrenset tid. Jeg kunne ha valgt å benytte fokusgruppeintervju alene eller i kombinasjon med individuelle semistrukturerte intervju. Fokusgrupper betegnes som egnet for å lære om erfaringer, holdninger og synspunkter i miljøer der mange personer samhandler. Formålet i fokusgrupper er å få frem ulike syn på en sak uten nødvendigvis å komme til enighet. Gruppesamtaler kunne således gi en annen type kunnskap enn individuelle intervju, idet konteksten er forskjellig (Malterud, 2011). Gruppesamtaler gir likevel ikke like god mulighet for å gå i dybden som individuelle intervju. En tilnærming med både individuelle intervju og fokusgrupper kunne muligens styrket oppgaven.

Utvelgelsen av informanter kan representere en annen begrensning ved denne studien. For at jeg som forsker ikke skulle ha innvirkning på hvem som ble inkludert i studien overlot jeg til lederne å velge ut informanter fra sine avdelinger. Dette kan medføre risiko for seleksjonsskjevhet ved at lederne har ønsket å stille med ansatte de mente var mest positive til

det aktuelle forskningsspørsmålet fagutvikling. På den måten kan man få informanter som enten overestimerer eller underestimerer den viten forskeren er ute etter. En eventuell seleksjonsskjevhet kan ha blitt forsterket ved min «bestilling» om å rekruttere fire fagutviklingssykepleiere som informanter siden disse også skiller seg fra «vanlige» operasjonssykepleiere gjennom sin spesielle fagkompetanse. Ønsket om et antall fagutviklingssykepleiere som informanter var imidlertid nettopp basert på betydningen av deres rolle i fagutvikling og disse intervjuene var ment å sikre kunnskap om dette fra primærkilden. Utfra den grunn at jeg selv er operasjonssykepleier kan egne oppfatninger ha innvirkning på intervjuer, oppfølgingsspørsmål og fortolkning.

Mangelfull balanse av informanter i forhold til kjønn og erfaring som operasjonssykepleiere kan være nok en innvending mot utvalget. Inklusjon av mannlige informanter kunne gitt andre funn og nyanser. Kjønn-ubalansen reflekterer imidlertid den reelle skjevheten som eksisterer i operasjonssykepleier-populasjonen med en fortsatt betydelig overrepresentasjon av kvinner. Vedrørende erfaringsnivå var min «bestilling» av informanter at de skulle ha ulikt erfaringsnivå, likevel bestod det endelige utvalget av kun en nyutdannet. Nok en nyutdannet ble imidlertid rekruttert, men trakk seg av for meg ukjente grunner før intervjuene startet.

Utfra forskningsspørsmålet og tilgjengelige ressurser til å besvare dette, prioriterte jeg ikke å inkludere ledere i operasjonsavdelinger som informanter. For en mer komplett forståelse av spørsmålet må også deres perspektiv utforskes og medregnes. Således er dette også en begrensning ved min studie.

De ovennevnte innvendinger innebærer at det er grunn til forsiktighet vedrørende fortolkning av funn og bastante konklusjoner basert på disse i forhold til operasjonssykepleiere generelt. Kvalitativ metode har heller ikke som mål å generalisere funn. Likevel representerer de individuelle semistrukturerte dybdeintervjuene mine så vidt betydelig informasjonsrikdom at studien kan hevdes å ha overføringsverdi til andre norske operasjonsavdelinger.

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Denne studien viser at operasjonssykepleiere utvikler sin faglige kompetanse etter endt utdanning på flere ulike måter, dels gjennom erfaringsbasert læring i praksisfeltet og dels ved teoretisk kunnskapstilegning. Gjennom intervjuer av operasjonssykepleiere fremkommer at både individuelle og systematiske kompetanseutviklingstiltak er av betydning. Mangel på tid fremheves som det viktigste hinderet for at strukturert kompetanseutvikling som fagdager, kurs og litteratursøk/lesing kan foregå. Ledelsens manglende innarbeidelse av tid til kompetanseutvikling i arbeidsplaner medfører at operasjonssykepleierne ofte må prioritere driftsoppgaver ved bemanningssvikt. Tilrettelegging for forutsigbarhet og tid til fagutvikling må prioriteres og forankres hos lederne.

Det kan synes som om operasjonsavdelinger med flere fagfelt har større utfordringer relatert til organisering av fagutvikling enn avdelinger med bare ett fagfelt. Intervjuene avdekket at operasjonssykepleiere opplever betydelig utfordringer med å erverve og opprettholde kompetanse i flere fagfelt. Alle anga behov for kompetanseutvikling i form av mer kompetanse på færre områder. Ingen anga behov for mer generell kompetanseutvikling. Selv i avdelingene med bare ett fagfelt ble det uttrykt behov for ytterligere spesialkompetanse fremfor generell kompetanse. Dette til tross for at de fleste informantene i denne studien hadde relativt lang og variert/bred erfaring. I kontrast til dette står ledernes prioritering av generalitet fremfor spesialitet og seksjonering; spesielt gjelder dette for virksomheten på vakttid utenom ordinær arbeidstid.

Fagutviklingssykepleieren er en viktig ressurs som tilrettelegger og foregangsperson for fagutviklende tiltak, spesielt for forskningsbasert kunnskapsutvikling. Studien avdekker mangel på forskningskompetanse blant operasjonssykepleiere, men også mangelfull anvendelse av forskningsbasert kunnskap i praksis. Fagutviklingssykepleiernes muligheter til å overføre sin kompetanse i dette begrenses av operasjonssykepleiernes mangel på tid, prioritet og forutsigbarhet til kompetanseutvikling i arbeidsplanleggingen.

6.1 Konklusjon:

- Operasjonssykepleierne i denne studien er positive til og ser eget behov for kompetanseutvikling.
- Uavhengig av erfaringsnivå ønsket alle operasjonssykepleierne mer spesialkompetanse fremfor generell kompetanse.
- Mangel på tid ble av alle informantene angitt som viktigste hinder for fagutvikling.
- Erfaringsbasert læring i praksisfeltet gjennom teamarbeid er vanligere og mer omfattende enn strukturert, kunnskapsbasert læring. En dreining fra erfaringsbasert til kunnskapsbasert kompetanseutvikling er vanskelig å oppnå uten bevisst prioritering og forankring hos lederne på alle nivåer.

6.2 Tanker om videre forskning

Den aktuelle studien inkluderer ikke intervjuer av ledere i operasjonsavdelinger eller deres ledere. Drøftinger og konklusjoner som omhandler ledelse er basert på fortolkning av funn; informantenes tilbakemeldinger. For å bedre forståelsen av premissene og årsakene til hvordan operasjonssykepleiere utvikler sin faglige kompetanse etter endt utdanning, vil videre forskning med fokus på ledelsesfaktorer relatert til dette spørsmålet være nødvendig. Hvordan ledere på ulike nivåer vurderer og prioriterer, samt hvordan de ønsker å sørge for fag- og kompetanseutvikling, vil også kunne berøre spørsmålet om satsing på operasjonssykepleie som spesialitet skal videreføres eller “erstattes” av andre profesjoner. En vurdering av operasjonssykepleie som viktig å videreføre vil måtte stille krav til hvordan denne profesjonens kompetanse skal ivaretas og utvikles, hvilket også kan være et tema for videre forskning.

Litteraturliste:

- Alsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 216-220.
- Aristoteles. (1999). *Den nikomakiske etikk*. Oslo: Bokklubben dagens bøker.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science Technology Society*, 24(3), 188-199. doi:10.1177/0270467604265061
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. (1996). *Expertise in nursing practice : caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bjørk, I. T., Sætre Hansen, B., Samdal, G. B. & Tørstad, S. (2005). Hva skal en klinisk stige være? *Sykepleien Fag*, 93(1), 44-47. doi:DOI:10.4220/sykepleiens.2005.0004
- Christiansen, B. (2012). Knowledge-seeking practices of competent nurses. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(2), 121-132.
- Christiansen, B., Carlsten, T. C. & Jensen, K. (2009). Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*, 2(4), 100-106.
- Daley, B. J. (2001). Learning in clinical nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 43-54.
- Dolonen, K., A. (2013). *Høy alder på operasjonsstuene*. Hentet 4. mai 2016 fra <https://sykepleien.no/2013/03/hoy-alder-pa-operasjonsstuene>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0027
- Dysthe, O. (1996). Ulike perspektiv på læring og læringsforskning : Innleiing. I. [Oslo]: Cappelen akademisk forl., cop. 1996.

- Dåvøy, G. A. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (2009). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eason, T. (2010). Lifelong learning: fostering a culture of curiosity. *Creative Nursing*, 16(4), 155-159.
- Epstein, R. M. & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. (Review). *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226.
- Eraut, M. (2007). Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 33(4), 403-422. doi:10.1080/03054980701425706
- Fagerjord, B. (2009). *Fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis* (Masteroppgave i helsefag, Avdeling for sykepleie og helsefag, Universitet i Tromsø). Hentet fra <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/2024/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Flodgren, G., Rojas-Reyes, M. X., Cole, N. & Foxcroft, D. R. (2012). Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD002212. doi:10.1002/14651858.CD002212.pub2
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., . . . Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*,(2), CD003030. doi:10.1002/14651858.CD003030.pub2
- Forskningsrådet. (2008). *ProLearn: Profesjonslæring i endring* (Kunnskap, utdanning og læring – KUL). Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo i samarbeid med Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo. Hentet fra <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-Disposition%3A%3B+filename%3DProfesjonsl%C3%A6ringJensenKarenweb.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274460384924&ssbinary=true>
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Longbottom, P. & Wallis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 732-741. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. Y. & Werder, H. (2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1019-1028. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x
- Gillespie, B. M. & Hamlin, L. (2009). A Synthesis of the Literature on “Competence” as It Applies to Perioperative Nursing. *AORN Journal*, 90(2), 245,254-252,258. doi:10.1016/j.aorn.2009.07.011

- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax.
- Gran, S. V. (2002). Kollegial tilbakemelding. *Sykepleien Fag*, 90(14), 38-42. doi:10.4220/sykepleiens.2002.0040
- Gransjon Craftman, A., Hammar, L. M., von Strauss, E., Hilleras, P. & Westerbotn, M. (2015). Unlicensed personnel administering medications to older persons living at home: a challenge for social and care services. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 201-210. doi:10.1111/opn.12073
- Healey, A. N., Undre, S. & Vincent, C. A. (2006). Defining the technical skills of teamwork in surgery. *Qual Saf Health Care*, 15(4), 231-234. doi:10.1136/qshc.2005.017517
- Helsedirektoratet. (2014). *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten – utarbeidelse av opplegg for pilotprosjekter*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/790/Oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-opplegg-for-pilotprosjekter-IS-2261.pdf>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak mm (helseforetaksloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hjelen, W. (2013). *Operasjonssykepleiere og fagutvikling : en fokusgruppestudie om hvordan fagutvikling skjer blant operasjonssykepleiere i en operasjonsavdeling* (Masteroppgave, Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus). Hentet fra <http://hdl.handle.net/10642/1984>
- Hommelstad, J. & Ruland, C. M. (2004). Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *AORN Journal*, 79(3), 621-634.
- Høie, B. (2015, 20. november). Ta grep. Eller mist grepet. *Aftenposten morgen* , del 2, s. 12.
- Høiland, M. (1996). *Operasjonssykepleie i over 40 år*. Oslo: Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere.
- Høyland, S. (2013). *Safe work practices in interdisciplinary surgical teamwork – model development and validation* (PhD, Faculty of Social Sciences, University of Stavanger).
- Illeris, K. (2012). *Læring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Islamoska, J., Nilsson, R., Sjøstrøm, K. & Willman, A. (2009). Arbeidsmodeller som sikrer sjukskøterkekompetensen - en systematisk litteratursammenstilling. *Vård i Norden.*, 29, 44-47.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Jonassen, K. & Slettebø, Å. (2013). Hvordan videreutvikler barnesykepleiere praktisk kompetanse i klinisk praksis? *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(1), 14-19. doi:10.1177/010740831303300104
- Justis- og beredskapsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-11-29-1373>
- Kehlet, H. & Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery*, 248(2), 189-198. doi:10.1097/SLA.0b013e31817f2c1a
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Knutheim, A., G. & Bjørk, I., T. (2013). Klinisk spesialister styrker læring gjennom uformelle aktiviteter. *Sykepleien Forskning*, 1(8), 62-72. doi:doi:10.4220/sykepleienf.2013.0013
- Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie-kunnskap og kompetanse. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 161-195). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for trygg kirurgi (WHO)*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-trygg-kirurgi-who>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Larsen, K., Adamsen, L., Bjerregaard, L. & Madsen, J. K. (2002). There is no gap 'per se' between theory and practice: Research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic. *Nursing Outlook*, 50(5), 204-212. doi:10.1067/mno.2002.127724
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situert læring - og andre tekster*. København: Reitzel.

- Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Sykepleien Fag*, 2, 47-49. doi:10.4220/sykepleiens.2013.0002
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2003b). *Fenomenologi og omsorg : tre dialoger*. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Mills, P., Neily, J. & Dunn, E. (2008). Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *Journal of the American College of Surgeons*, 206(1), 107-112. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.281
- Moxnes, P. (2000). *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. Oslo.
- Naustdal, A.-G. (2010). Kompetanseutvikling under press. *Sykepleien Forskning*, 4(5), 286-292. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0002
- Nielsen, K. & Kvale, S. (1999). *Mesterlære : læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Norsk sykepleierforbund [NSF]. (2007). *Klinisk spesialist i sykepleie eller spesialsykepleie*. Oslo: NSF. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/114807/kriterier%20mars%202007%20som%20heftet.doc>
- Norsk Sykepleierforbund [NSF]. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Norsk sykepleierforbund [NSF]. (2012–2015). *NSFs formål, prinsippprogram, vedtekter mm*. Oslo. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/1139465/NSFs_forml_prinsippprogram_m.m_for_periode_n_2012-2015.PDF
- Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen av Operasjonssykepleiere [NSFLOS]. (2014). *Faghefte 2014: Utdyping av operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse*. Oslo. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/2164930/Faghefte%202014-2015%20\(1\).pdf](https://www.nsf.no/Content/2164930/Faghefte%202014-2015%20(1).pdf)

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Oppheim, A. E. (2010). Fagutvikling må prioriteres. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 293. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0003
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasient-ogbrukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, K. L. (2013). Etter kvalitetsreformen: Sykepleieres vurdering av relevansen av vitenskapsteori etter to års yrkespraksis. *Sykepleien Forskning*, 2(8), 140-147. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0052
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rasmussen, G. (2009). *Å være beredt på det uventede- en fokusgruppestudie om operasjonssykepleieres videreutvikling av handlingskompetanse* (Masteroppgave, Institutt for Sosialt Arbeid og Helsevitenskap, NTNU). Trondheim. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/110797/Masteroppgave_rasmussen_2009.pdf
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes and values : a theory of organization and change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 913-924. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01007.x
- Schoonover, H. (2009). Barriers to research utilization among registered nurses practicing in a community hospital. *Journal for Nurses in Staff Development*, 25(4), 199-212. doi:10.1097/NND.0b013e3181ae145f
- Schön, D. A. (2013). *Uddannelse af den reflekterende praktiker : tiltag til en ny udformning af undervisning og læring for professionelle*. Aarhus: Klim.

- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skår, R. (2010). *Læringsprosesser i sykepleierens profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer* (Doktoravhandling (PhD), Psykologisk fakultet, Universitet i Bergen). Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/3914>
- Solli, H. (2008). Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Klinisk Sygepleje*, 22(3), 4-13.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten* (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015)).
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/645/Hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-IS-1502.pdf>.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten mm* (spesialisthelsetjenesteloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr. 13 (2011–2012). (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
- Stavseth, M. A. (2013). *"Når du er her må du fungere" : nyutdannede operasjonssykepleieres utfordringer* (Masteroppgave Universitet i Nordland). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/141611/1/Stavseth_MA.pdf
- Stenberg Rasmussen, R. (2011). *Anestesisykepleieres holdning til fagutvikling* (Masteroppgave, Avdeling for Sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo). Hentet fra https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/954/2/Rasmussen_Randi_Stenberg.pdf
- Säljö, R. (2001). *Læring i praksis : et sosiokulturelt perspektiv* (S. Moen, Overs.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Taraldsen Valeberg, B., Grønseth, R. & Fagermoen, M. S. (2009). Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 206-213. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0101
- Thidemann, I. J. (2005). Den sårbare læringsarenaen – om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vard i Norden*, 25(1), 10-15.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.

- Torgersen, R. (2011). *Hva er Lean*. Hentet 29. mars 2016 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/ledelse/lean/hva-er-lean>
- Undre, S., Sevdalis, N., Healey, A. N., Darzi, S. A. & Vincent, C. A. (2006). Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(2), 182-189. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00614.x
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf
- Vareide, P. K., Hofseth, C., Norvoll, R. & Røhme, K. (2001). *Stykkevis og helt: - sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus* (SINTEF RAPPORT STF78 A013506). Oslo: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning. Hentet fra <https://www.sintef.no/en/publications/publication/?pubid=SINTEF+A6677>
- Vrenne, Å., B. (2007). Ledelse av sykepleiefaglig kompetanse utvikling i sykehus: Hva skal til? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*,(2), 56-69.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice : learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Medical Association [WMA]. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

VEDLEGG

VEDLEGG I: LITTERATURSØK

**VEDLEGG II: KVITTERING PÅ MELDESKJEMA NORSK
SAMFUNNSVITENSKAPELIG DATATJENESTE (NSD)**

VEDLEGG III: FORESPØRSEL OM TILGANG TIL AVDELINGER

VEDLEGG IV: INFORMASJONSSKRIV DELTAKERE

VEDLEGG V: SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIE

VEDLEGG VI: INTERVJUGUIDE

VEDLEGG I:

LITTERATURSØK

VEDLEGG I A

Search Name: Cochrane

Date Run: 22/01/16 13:09:43.532

Description:

ID	Search	Hits
#1	perioperative nursing:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	194
#2	scrub nurs*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	34
#3	operating room nurs*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	130
#4	#1 or #2 or #3	324
#5	competen*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	4718
#6	skill*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	11997
#7	professional development:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	978
#8	qualification*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	237
#9	#5 or #6 or #7 or #8	16006
#10	#4 and #9	24
#11	evidence-based nursing:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	641
#12	#10 and #11	2

Search Terms	Search Options	Actions	
S1	(MH "Perioperative Nursing")		(11,397)
S2	scrub nurs*		(60)
S3	operating room nurs*		(618)
S4	perioperative nurs*		(11,652)
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4		(11,942)
S6	(MH "Professional Competence+")		(36,621)
S7	(MH "Professional Development")		(17,532)
S8	professional competen*		(9,470)
S9	clinical competen*		(20,515)
S10	professional development		(21,017)
S11	qualification*		(3,211)
S12	skill performance		(292)
S13	nursing skill*		(3,536)
S14	updating knowledge		(17)
S15	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14		(59,306)
S16	S5 AND S15		(474)
S17	S5 AND S15	Limiters - Published Date: 19950101-20151231	(351)
S18	S5 AND S15	Limiters - Published Date: 19950101-20151231 Narrow by Language1: - danish Narrow by Language0: - english	(337)
S19	(MH "Professional Practice, Evidence- Based+")		(44,021)
S20	(MH "Nursing Practice+")		(45,955)
S21	evidence-based practice		(7,638)
S22	evidence-based nursing		(791)
S23	S19 OR S20 OR S21 OR S22		(82,659)
S24	S18 AND S23		(48)

Søkelogg

VEDLEGG II:

KVITTERING PÅ MELDESKJEMA NORSK

SAMFUNNSVITENSKAPELIG DATATJENESTE (NSD)

May Karin Rognstad
Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 15.01.2015

Vår ref: 41281 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.12.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

41281	<i>Hvordan utvikler operasjonssykepleiere sin faglige kompetanse etter fullført videreutdanning?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>May Karin Rognstad</i>
<i>Student</i>	<i>Sisilie Skråmm</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, ombudets 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/meldeplikt/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, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Sisilie Skråmm Sisilieskr@getmail.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 41281

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men må tilføyes sluttdato for prosjektet.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

VEDLEGG III:

FORESPØRSEL OM TILGANG TIL AVDELINGER

Til avdelingsleder ved :

Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre intervjuer ved :

Det søkes om tillatelse til å gjennomføre intervjuer ved avdeling..

Det er operasjonssykepleiere og fagutviklingssykepleiere som skal inkluderes i studien.

Studiens hensikt er å få innsikt i hvordan operasjonssykepleiere utvikler sin faglige kompetanse etter fullført videreutdanning.

Data som samles vil bli brukt i masteroppgave som gjennomføres ved Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for helsefag, institutt for sykepleie.

Vi ber om tillatelse til å gjennomføre studien på følgende avdeling:

Videre kontakt med avdelingen vil bli tatt etter at det er gitt positiv tilbakemelding om at studien kan gjennomføres.

Prosjektet er meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Kontaktperson ved avdelingen er:

Førsteamanuensis May Karin Rognstad er veileder på masteroppgaven. Hun kan kontaktes på tlf.67236237 eller mail: MayKarin.Rognstad@hioa.no ved spørsmål om studien.

Vedlagt følger:

Prosjektbeskrivelse

Intervjuguide

Informasjonsskriv

Samtykke erklæring til informanter



Med vennlig hilsen
masterstudent
Sisilie Havnås Skråmm
Lerdalsgt.48.
2010 STRØMMEN

SSKR@ahus.no

Tlf.92423935

VEDLEGG IV:

INFORMASJONSSKRIV DELTAKERE

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave om fagutvikling og operasjonssykepleie.

Jeg er student på deltid ved masterstudiet i klinisk sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo og Akershus og arbeider nå med den avsluttende masteroppgaven. Jeg har klinisk erfaring som sykepleier, operasjonssykepleier, driftskoordinator og fagutviklingssykepleier ved Ahus.

Jeg ønsker å gjennomføre intervju med til sammen 8 operasjonssykepleiere ved fire ulike operasjonsavdelinger. Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan operasjonssykepleiere ivaretar og utvikler sin faglige kompetanse.

Intervjuet vil vare ca 1 time.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater underveis i intervjuet. Det er frivillig å delta, og du kan trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Alle opplysninger vil bli anonymisert og konfidensielt behandlet. Ingen enkeltpersoner eller avdelinger vil kunne bli gjenkjent i den ferdige masteroppgaven. Alle opptak og notater oppbevares forsvarlig, og vil bli slettet etter at oppgaven er ferdig.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning ved ditt helseforetak og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD. Forventet prosjektslutt er 1/6-2016.

Min veileder er May Karin Rognstad, førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for sykepleie. Hun kan kontaktes dersom det er spørsmål om studien.

Tlf. 67236237. MayKarin.Rognstad@hioa.no

Takk for at du vil delta i undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Sisilie Havnås Skråmm

Lerdalsgt.48.

2010 STRØMMEN

Tlf.92423935

SSKR@ahus.no

VEDLEGG V:

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIE

**Samtykke til deltakelse i studie:
Masteroppgave prosjekt om hvordan operasjonssykepleiere
ivaretar og utvikler sin faglige kompetanse etter fullført
videreutdanning**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

**VEDLEGG VI:
INTERVJUGUIDE**

Semi-strukturert intervjuguide:

Hvordan utvikler operasjonssykepleiere sin faglige kompetanse?

Tema: Operasjonssykepleie:

- 1): - Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag på din arbeidsplass?
 - Hvor mange år har du arbeidet som sykepleier og operasjonssykepleier?
 - Alder?
 - Hvordan oppfatter du at videreutdanningen forberedte deg på å jobbe som operasjonssykepleier?
 - Hva legger du i god operasjonssykepleie? Kan du komme med eksempler
 - Er det noe med yrket du synes er særlig interessant/noe du brenner for?
 - Er det noe med operasjonssykepleie du synes er særlig utfordrende?

Tema: Spørsmål rettet til generalist kompetanse/spesialist kompetanse:

- 2):
 - Hva mener du fremmer muligheten for å kunne utvikle ferdigheter og kunnskaper som operasjonssykepleier her i avdelingen?
Hva er din erfaring? Bruk gjerne et eksempel..
 - Kan du si litt om ditt behov for å ivareta dine kunnskaper innen operasjonssykepleie?
 - Er det noe i praksis du opplever som er til hinder for fagutvikling?

-Dere arbeider i team på operasjonsstua: - Kan du si litt om samarbeidet i teamene hos dere i operasjonsavdelingen?

- Er det viktigst for deg å ha generell eller spesialisert kompetanse som operasjonssykepleier?

Eventuelt: kan du utdype hva du mener...

Tema: Fagutvikling:

3): - Hvordan innhenter du ny kunnskap om operasjonssykepleie?

- Hvilken kunnskap har du mest behov for for at du skal kunne utøve kompetent operasjonssykepleie?

- Hva med ny kunnskap knyttet til direkte pasientkontakt?

- Hva med ny kunnskap om nytt medisinsk-teknisk utstyr, nye instrumenter og operasjonsteknikker?

- Hvordan går du frem for å skaffe deg ny kunnskap?

Spørsmål til fagutviklingsykepleier:

- Har du selv videre utdanning når det gjelder fagutvikling?

- Kan du si litt om din rolle som fagutviklingsykepleier i avdelingen

- Kan du si noe om din rolle når det gjelder oppdatering av dine kollegers kunnskaper innen operasjonssykepleie?

- Hvilke forhold opplever du at bidrar til kompetanseutvikling blant operasjonssykepleierne?