

Kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse hos sykepleiere på sengeposter

En kvantitativ studie om hvilke former for kompetanseutvikling sykepleiere på sengeposter deltar i, og hvorvidt kompetansen deres kommer til anvendelse

Hege Lund Rasmussen



Mastergradsoppgave

Medisinsk fakultet, Institutt for Helse og Samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

August 2011



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Hege Lund Rasmussen	Dato: 26.08.2011
Tittel og undertittel: Kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse hos sykepleiere på sengeposter	

Formål: Hensikten med studien er å beskrive formelle og uformelle kompetanseutviklingstiltak sykepleiere på sengeposter deltar i. Videre er hensikten å beskrive om sykepleierne opplever at kompetansen deres kommer til anvendelse. Å bidra til en økt forståelse av disse to områdene er viktig da sykepleiere er aktive deltakere i forhold til deltakelse i kompetanseutvikling.

Teoretisk forankring: Studien forankres i tidligere forskning og litteratur som tematiserer samspill av ulike kunnskapsformer og ulike former for kompetanse. Litteraturen belyser ulike arenaer for kompetanseutvikling og for anvendelse av kompetanse. Videre hvilken rolle dette har i forhold til generelle overordnede mål om å bidra til kvalitet i helsetjenesten.

Metode: Studien er deskriptiv. Det er benyttet kvantitativ metode. Det ble utarbeidet et spørreskjema som er benyttet til datainnsamling. Spørreskjemaet er utviklet med forankring i oppgavens litteratur og tidligere forskning.

Resultater: Det ble distribuert 76 spørreskjemaer til sykepleiere på to medisinske og to kirurgiske sengeposter ved et universitetssykehus. Totalt 60 sykepleiere besvarte spørreskjemaene. Disse utgjør til sammen en svarprosent på 79%. Resultatene viser at et fåtall av sykepleiere på sengepostene har videreutdanning. Mye av kompetanseutviklingen skjer "ad hoc" gjennom samhandling med kolleger. Sykepleierne har en opplevelse av at kompetansen deres kommer til anvendelse. Resultatene peker mot at avdelingssykepleierne er oppmerksomme på sykepleiernes kompetanse, halvparten av sykepleierne sier de opplever at avdelingssykepleier bruker kompetansen deres bevisst. Resultatene peker mot at liten tid i arbeidsdagen er en faktor som påvirker kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse, funnene gir også inntrykk av at det enten mangler strategisk plan for utvikling og anvendelse av kompetanse, eller så er en slik plan lite synlig blant sykepleierne.

Konklusjon: I denne studien er det få respondenter som har formell videreutdanning, samtidig legges det lite til rette for videreutdanning på arbeidsplassen. Kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse foregår i stor grad gjennom samhandling med kolleger, fortløpende under arbeid og skjer ofte "ad hoc" når et behov oppstår.

Nøkkelord: Kompetanse, kompetanseutvikling, anvendelse av kompetanse, erfaring, videreutdanning, læring på arbeidsplassen



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Hege Lund Rasmussen	Date: 26.08.2011
Title and subtitle: Competency development and use of competency among bed unit nurses	
Purpose: The purpose of this study is to assess informal and formal initiatives for competency development nurses at bed units participate in. The purpose is also to describe whether the nurses find that their competency is being used. Better understanding of these two areas is important since nurses participate frequently in competency development programs.	
Literature Review: The study is anchored in previous research and literature examining interaction of different forms of knowledge and different forms of competency. The literature illuminates areas of competency development, areas where competency can be used, and the role it has in relation to the general overall aim of contributing to improve healthcare quality.	
Method: The study is descriptive. A quantitative method has been used. The questionnaire used for data collection was developed based on findings in the studys literature and previous research.	
Results: 76 questionnaires were distributed to RNs in two medical and two surgical bed units in a University Hospital. 60 nurses answered the questionnaires, making the response rate of 79%. The results shows that a small number of the nurses had participated in Continuing Education. Most of the competency development happens in an “ad hoc” interaction with colleagues. The results shows that nurses experience that their competency is being used to a certain extent. The nurseleaders are aware of the nurses skills and competensies, but only half of them experience that their leader actively use their competency. The results also leaves an impression that lack of time during the workday influences competency development and use of competency, and gives the impression that either there is a lack of a strategic plan for competency development and use of competence, or such plan is not apparent among the nurses.	
Conclusion: Only a few respondents have participated in formalized Continuing Education programs. The workplace did not facilitate for Continuing Education. Competency development and use of competency takes place mostly through interaction with colleagues. Nurses new competency are to a large extent acquired, and used, on an ongoing basis during work, most often on an “ad hoc” basis.	
Key words: Competency, Competency development, use of competence, experience, Continuing Education, work place learning	

FORORD

Arbeidet med denne oppgaven har vært en utrolig lærerik og spennende prosess, og ikke minst synes jeg det har vært gøy å få fordype seg i et interessant tema som jeg har lært mye om. Ikke minst har jeg fått et innblikk i forskningsprosessen som har vært utrolig engasjerende. Dette har gitt mersmak!

Først vil jeg takke alle de fantastiske sykepleierne som har stilt opp og tatt seg tid til å besvare spørreskjemaet. Takk til kontaktpersoner på sykehuset som har tatt meg godt imot og vært til utrolig god hjelp. Uten dere hadde denne oppgaven aldri blitt til.

Jeg vil takke min veileder Anne Moen for all hjelp og støtte underveis. Når alt har sett mørkt ut og jeg har stanget i veggen har jeg alltid kommet ut fra veiledning med nytt mot og engasjement til å stå på videre. Du har vært en stor motivasjonskilde, og jeg setter utrolig stor pris på din tilgjengelighet og dine konstruktive tilbakemeldinger.

Kjære Magnus og Kaia. Nå er mamma ferdig med oppgaven, nå er det mer tid til lek og moro i helgene igjen. De gode klemmene deres har varmet så godt i en stresset hverdag, det har vært godt å senke skuldrene sammen med dere.

Kjære Eivind. Takk for tålmodigheten din, det har vært til utrolig støtte for meg. Takk for all den tiden du har brukt på å være ”konsulent” for meg og alle gangene du med kritisk blikk har lest gjennom oppgaven min.

Nå er jeg i mål!

Hege Lund Rasmussen
August 2011

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	11
1.1	Studiens hensikt og forskningsspørsmål	12
1.2	Bakgrunn og betydning	13
1.2.1	Kvalitet	14
1.2.2	Politiske føringer	15
1.2.3	Helseorganisasjoner og ledelse	15
1.2.4	Sykepleierprofesjonen	16
1.3	Oppbygging av oppgaven	17
2.0	TEORETISK RAMMEVERK	18
2.1	Litteratursøk	18
2.2	Kunnskap	19
2.2.1	Kunnskapsformer	19
2.2.2	Teoretisk og praktisk kunnskapstradisjon	22
2.3	Kompetanse	24
2.4	Kompetanse som en kontinuerlig kjede	26
2.4.1	Planlegging av kompetanse	27
2.4.2	Anskaffelse av kompetanse	32
2.4.3	Kompetanseutvikling	33
2.4.4	Anvendelse av kompetanse	39
2.5	Oppsummering	42
3.0	DESIGN OG METODE	44
3.1	Design	44
3.2	Metode	44
3.3	Setting for studien	44
3.4	Utvalg	45
3.5	Utvikling av datainnsamlingsinstrument	46
3.5.1	Utforming av spørsmål	47
3.5.2	Svaralternativer	48
3.5.3	Ekspertpanel	49
3.5.4	Reliabilitet og validitet	49
3.6	Forskningsetiske overveielser	50
3.8	Analyser	51
4.0	PRESENTASJON AV RESULTATER	52

4.1	Presentasjon av utvalget	52
4.1.1	Kjønn og Alder	52
4.1.2	Utdanning og stilling	53
4.1.3	Arbeidserfaring	55
4.2	Ervervelse av kompetanse	55
4.3	Praksisfellesskap	56
4.3.1	Aktiviteter i praksisfellesskap	56
4.3.2	Opplevelse av kompetanseutvikling innen praksisfellesskap	58
4.4	Individuelle erfaringer	59
4.5	Formelle og uformelle kompetanseutviklingstiltak	60
4.6	Ledelse	63
4.7	Oppsummering av ervervelse av kompetanse	65
4.8	Anvendelse av kompetanse	66
4.8.1	Anvendelse av kompetanse i praksisfellesskap	66
4.8.2	Individuell anvendelse	68
4.8.3	Arbeidsoppgaver etter kompetanseheving og relevans for posten	69
4.8.4	Ledelse	71
4.9	Påvirkningsfaktorer for utvikling og anvendelse av kompetanse	73
4.9.2	Arbeidsmotivasjon	74
5.0	DISKUSJON AV RESULTATER	77
5.1	Utvalget	77
5.2	Formell videreutdanning	78
5.2.1	Tilrettelegging og fokus på videreutdanning	80
5.3	Uformell kompetanseutvikling	82
5.3.1	Praksisfellesskap	82
5.3.2	Strukturerte uformelle kompetanseutviklingstiltak	84
5.4	Anvendelse av kompetanse	85
5.4.1	Praksisfellesskap	86
5.4.2	Arbeidsoppgaver etter kompetanseheving og relevans for sengeposten	87
5.4.3	Anvendelse av kompetanse fra ledelsens side	87
5.4.4	Motivasjonsfaktorer og arbeidsoppgaver etter kompetanseheving	88
6.0	BEGRENSNINGER VED STUDIEN	89
7.0	KONKLUSJON	91
7.1	Deltakelse i formelle kompetanseutviklingstiltak	91
7.2	Deltakelse i uformell kompetanseutvikling	91
7.2.1	Strukturerte former for uformell kompetanseutvikling	91

7.2.2	Kompetanseutvikling gjennom læring på arbeidsplassen	92
7.2	Anvendelse av kompetanse	92
7.2.1	Områder hvor kompetanse kommer til anvendelse	93
7.2.2	Avdelingssykepleiernes anvendelse av kompetanse	93
7.3	Videre forskning.....	94

VEDLEGG:

- Vedlegg 1: Formell søknad om tilgang til feltet
- Vedlegg 2: Svar på formell søknad
- Vedlegg 3: Invitasjonsbrev til sykepleiere om deltakelse i spørreundersøkelse
- Vedlegg 4: Spørreskjema
- Vedlegg 5: Svaroversikt over samtlige spørsmål i spørreskjema

Oversikt over figurer

Figur 1:	Hvordan oppnå personlig kompetanse	s.25
Figur 2:	Kompetanse i en kontinuerlig kjede	s.26
Figur 3:	Antall sykepleiere med videreutdanning i Norge i 2008	s.35
Figur 4:	Faser i utvikling av spørreskjema	s.46
Figur 5:	Sykepleiernes stillingstitler	s.54
Figur 6:	Avsatt tid til kompetanseutviklingstiltak	s.61
Figur 7:	Antall sykepleiere med videreutdanning i Norge i 2008	s.79

Oversikt over tabeller

Tabell 1:	Kjønnsfordeling i de ulike aldersgruppene	s.53
Tabell 2:	Respondentenes fullførte utdanning, og pågående utdanning	s.53
Tabell 3:	Ansettelsesforhold	s.54
Tabell 4:	Aktiviteter i praksisfellesskap	s.55
Tabell 5:	Rådføring mellom kolleger i forhold til erfaring	s.57
Tabell 6:	Opplevd utvikling av kompetanse i praksisfellesskap	s.59
Tabell 7:	Kompetanseutvikling gjennom egne erfaringer	s.60
Tabell 8:	Opplevd kompetanseutvikling gjennom internundervisning og kurs	s.62
Tabell 9:	Avsatt tid til kompetanseutvikling blant erfaringsgruppene	s.62
Tabell 10:	Tilrettelegging for kompetanseutvikling	s.63
Tabell 11:	Fokus på kompetanseutvikling	s.64
Tabell 12:	Oppmuntring til kompetanseutvikling	s.64
Tabell 13:	Anvendelse av kompetanse i praksisfellesskap	s.66
Tabell 14:	Anvendelse av kompetanse i samhandling mellom kolleger	s.67
Tabell 15:	Opplevd individuell anvendelse	s.68
Tabell 16:	Deltakelse i ledelsesprosessen	s.69
Tabell 17:	Arbeidsoppgaver etter kompetanseheving	s.69
Tabell 18:	Arbeidsoppgaver etter videreutdanning og erfaring	s.70
Tabell 19:	Samarbeid med avdelingssykepleier	s.72

Tabell 20:	Sykehusets forhold til kompetanseanvendelse	s.73
Tabell 21:	Tid	s.74
Tabell 22:	Faktorer for arbeidsmotivasjon	s.75
Tabell 23:	Økende kompetanse i forhold til erfaring	s.76

1.0 INNLEDNING

Sykehus er kunnskapsintensive organisasjoner, og det stilles stadig høyere krav til de ansattes kompetanse i forhold til at sykehusene skal levere helsetjenester av høy kvalitet (Blåka, Filstad 2007). I løpet av de siste årene har kompetanseutvikling blitt et stadig større satsingsområde på norske sykehus (Bjørk 2007). Blant yrkesgruppene som arbeider innen helsetjenesteorganisasjoner er sykepleiere den yrkesgruppen som i størst grad deltar i videreutdanning. Flere sykepleiere med videreutdanning har dessuten minst to forskjellige videreutdanninger eller spesialiseringer. I tillegg til videreutdanninger og spesialiseringer er det også høy aktivitet når det gjelder kurs og opplæringsaktiviteter blant sykepleierne på arbeidsplassen (Dæhlen, Seip 2009). Til tross for denne høye aktiviteten innen kompetanseutvikling finnes det i dag ingen helhetlig oversikt over hvilke ressurser som er knyttet til dette i helseforetakene. Det mangler oversikt over hvilke ressurser som blir brukt på kompetanseutvikling, hvor ressursene brukes og hvilken effekt ressursbruk gir på kompetanseutvikling. Nøkkelpetanse er dessuten i liten grad definert (Mc Kinsey 2011).

Kompetanse regnes å være en av de viktigste driverne i forhold til å oppnå økt kvalitet i helsetjenesteorganisasjoner. Dette medfører at helsetjenesteorganisasjonene er avhengige av medarbeidere som er faglig oppdaterte, og som har mulighet for å utvikle og vedlikeholde sin kompetanse. Sykepleierne møter mennesker i alle mulige livssituasjoner gjennom sitt daglige arbeid, og det kommer dessuten stadig ny kunnskap, nye behandlingsformer, nye sykdommer og lidelser som krever at sykepleierne har kompetanse og profesjonalitet. Dette er med på å gjøre det nødvendig med en kontinuerlig kunnskapsutvikling hos sykepleierprofesjonen (McKinsey 2011, Blåka et. al 2007, Lai 2004, Kaasa 2004). Det finnes ulike tilbud om kompetanseutvikling for sykepleiere, i form av formelle videreutdanninger og uformelle spesialiseringsordninger. Blant annet har Norsk sykepleierforbund en egen spesialiseringsordning for klinisk spesialist hvor sykepleierne kan spesialisere seg innen et bestemt fagfelt (Christiansen, Abrahamsen, Karseth, Jensen 2005). Når det gjelder sykepleiere som har klinisk spesialistgodkjenning var det i 2009 totalt 1492 sykepleiere i landet som hadde fullført dette (Norsk Sykepleierforbund 2009). Samtidig som det er høy aktivitet innen videreutdanninger og spesialiseringer øker også sykepleierens kompetanse som følge av erfaring i yrket. Innen sykepleiefaget blir kunnskap som tilegnes gjennom samhandling og erfaring høyt vektlagt. Det foregår dessuten en stor del opplæring via kurs eller veiledning som ikke er formelt studieprogram i norske sykehus (Dæhlen, Seip 2009).

Kompetanseutvikling og kvalitet er satsingsområder fra politisk hold. Det er høye ambisjoner for helsetjenestene i landet, i form av at disse skal være av høy kvalitet, tilgjengelige innenfor en akseptabel ventetid, samt at tilbud om helsetjenester skal være tilgjengelig for alle (Helse og omsorgsdepartementet 2008). Fra regjeringen er det utformet en Nasjonal Helseplan (2007-2010) som belyser hvordan ulike deler av helsetjenesten er avhengige av hverandre for at brukere og pårørende skal få hjelp på en god måte. Forventningene til helsetjenester i årene fremover kommer fortsatt til å være høye, noe som krever at helsetjenesten må organiseres og ledes på en god måte, og sørge for at den kunnskapen helsepersonell opparbeider seg også kommer til anvendelse (Helse og omsorgsdepartementet 2006-2007). Kompetanseutvikling av sykepleiere og ikke minst anvendelse av sykepleiernes kompetanse er en viktig bidragsfaktor for økt kvalitet på helsetjenestene i form av forbedret pasientpleie (Bjørk, Hansen, Samdal, Tørstad, Hamilton 2007; Larsen og Mørch 2010; Thidemann 2005). På bakgrunn av at det stilles høye krav til kvalitet i helseforetakene, viktigheten av at sykepleiernes kompetanse utvikles og anvendes i forhold til økt kvalitet og bedre pasientpleie, samt at sykepleiere er spesielt aktive i forhold til kompetanseutvikling er det interessant å se på hvilke former for kompetanseutviklingstiltak de deltar i og ikke minst om kompetansen deres blir anvendt.

1.1 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne oppgaven er å få en oversikt over hvilke former for kompetanseutvikling sykepleierne deltar i, og om de opplever at kompetansen deres kommer til anvendelse. Formålet med studien er å bidra til å øke fokus på faktisk anvendelse av kompetanse – og ikke bare utvikling av kompetanse. Per i dag finnes det ingen total oversikt over ressursbruk knyttet til kompetanseutvikling når det gjelder nivå eller hvilke områder som er prioritert. En styrking av dette området vil kunne føre til en forbedring av helsemessige resultater, pasientsikkerhet, pasienttilfredshet og effektiv ressursbruk (McKinsey&Company 2011). Sykepleierne er som nevnt den yrkesgruppen innen helsesektoren som tar mest videreutdanning, og kompetanseutvikling har vært et satsingsområde fra regjeringen de siste årene. Det er et bredt utvalg av etter- og videreutdanningstilbud innen sykepleie noe som gjenspeiler at det er et behov for videre spesialisert kvalifisering innen ulike felt i sykepleien. Samtidig foregår det uformelle kompetanseutviklingstiltak og opplæring rundt om i sykehusene (Dæhlen et.al 2009). Gitt omfanget av kompetanseutviklingstiltak og den uttalte viktigheten av dette i forhold til kvalitet og gevinster i forhold til behandlingsresultater og

pasientsikkerhet er hensikten med denne oppgaven å se på hva slags kompetanseutviklingstiltak sykepleiere på sengeposter deltar i, og ikke minst om sykepleierne opplever at kompetansen deres blir anvendt.

Mer spesifikt er forskningsspørsmålene i denne oppgaven:

- 1: *Hvilke former for kompetanseutvikling deltar sykepleierne på sengeposter i?*
- 2: *Hvordan opplever sykepleierne at kompetansen deres blir anvendt?*

Når det gjelder kompetansebegrepet kan dette forstås som;

”de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål”.

(Lai 2004, s.48)

Hva som ligger i denne definisjonen vil jeg komme nærmere innpå i oppgavens kapittel 2 hvor jeg skriver mer inngående om kompetanse.

1.2 Bakgrunn og betydning

Kompetanse er en av de viktigste driverne når det kommer til kvalitet, pasientsikkerhet, tilgjengelighet, arbeidsmiljø, og effektiv ressursbruk i helsesektoren. Krav til kompetanseutvikling og kvalitet kommer fra flere hold, og det er gitt politiske føringer for kompetanseutvikling i sykehus med forventninger om at kvaliteten på tjenestene skal øke (McKinsey&Company 2011, Helse og Omsorgsdepartementet 2006-2007). Videre er det lovfestet at virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Sykepleierne har et ansvar for å holde seg faglig oppdatert om forskningsresultater, utvikling og dokumentert praksis innen sitt eget funksjonsområde (Lov om spesialisthelsetjenesten 1999, NSF's yrkesetiske retningslinjer 2007). Det er derfor av betydning å se på hvilke kompetanseutviklingsaktiviteter sykepleierne deltar i for å skaffe en oversikt over hva som vanligvis foregår av kompetanseutvikling på sengeposter og utenfor

sykehuset. Dette med bakgrunn i det stadig økende fokuset på kompetanseutvikling, og stadig flere opprettede videreutdanningstilbud. Bakgrunnen for at jeg vil se på om sykepleierne opplever at kompetansen deres blir anvendt er med utgangspunkt i det økende fokuset på kompetanseutvikling og at kompetanse først gir en verdi når den omsettes i praksis og blir anvendt. I de følgende avsnittene beskrives det hvordan kvalitet knyttes opp mot kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse, samt hvilke politiske føringer som gjelder for dette. Videre beskrives hvilken rolle helseorganisasjoner, ledelse og sykepleieprofesjonen har i forhold til kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse.

1.2.1 Kvalitet

De politiske føringene for kompetanseutvikling i sykehus bygger på forventinger om at kvaliteten på tjenestene øker. Utvikling, opprettholdelse og anvendelse av kompetanse blir i flere sammenhenger knyttet til kvalitet, kvalitetsutvikling og forbedring og fører til at organisasjoner har potensiale til å utvikles og dermed også øke kvaliteten på tjenestene (Lai 2004). Kvalitet er det som kjennetegner om innholdet i et produkt eller tjeneste lever opp til de krav eller forventninger som stilles. Når en snakker om *kvalitetsutvikling* knyttes kvalitet opp mot de behovene mottakeren av et produkt eller en tjeneste har. Kvaliteten på helsetjenester kan måles ut i fra ulike perspektiver. Disse kan for eksempel være; Brukerperspektivet, hvor kvaliteten blir sett fra den enkelte brukers perspektiv. Det omfatter hver enkelt brukers forventninger til at han skal få den behandlingen han trenger, og når han trenger den. Brukerperspektivet omhandler også befolkningens forventninger til helsetjenesten som helhet. Det andre perspektivet er det faglige perspektivet som omfatter de kvalitetskravene som settes av fagfolk. Her er forskning en sentral del da forskning bidrar til kvalitetsutvikling av helsetjenesten. Det tredje perspektivet omhandler ledelse, om å kvalitetssikre organisasjonsstruktur, ledelse og administrative rutiner slik at man får gode, effektive tjenester og best mulig ressursutnyttelse (Øvretveit i Kaasa 2004).

Som nevnt blir kompetanse ansett å være en av de viktigste driverne for kvalitet, pasientsikkerhet, tilgjengelighet, arbeidsmiljø, og effektiv ressursbruk i helsesektoren. De ansattes kompetanse har en direkte påvirkning på kvaliteten av tjenestene som tilbys da de kontinuerlig gjør vurderinger basert på sin kompetanse. En systematisk utbredelse av beste praksis er et eksempel på hvordan helsemessige resultater kan forbedres. Investeringer i kompetanse som bidrag til beste praksis vil også påvirke pasientsikkerheten. En god praksis

vil ha økonomiske fordeler da undersøkelser og behandlingstid kan reduseres som følge av gode vurderinger. En god medisinsk praksis kan dessuten øke pasienttilfredsheten. En investering i kompetanse gir ansatte mulighet til å bli bedre i jobben sin, noe som igjen kan påvirke arbeidslyst, og bedre arbeidsmiljøet (McKinsey&Company 2011). Som man ser er kvalitet og kompetanse tilknyttet hverandre noe som gjør det interessant å se på hva sykepleiere faktisk deltar i av kompetanseutvikling og om kompetansen deres kommer til anvendelse.

1.2.2 Politiske føringer

Det er gitt strategiske føringer fra politisk hold i forhold til kompetanseutvikling i helsetjenesten der kompetanseutvikling knyttes til å opprettholde eller øke kvaliteten på helsetjenestene (Helse og Omsorgsdepartementet 2006-2007).

Regjeringen har i Nasjonal Helseplan (2007-2010) satt opp strategier og tiltak som skal sikre at det er søkelys på forbedrings og utviklingstiltak i helsetjenesten. Det er satt opp seks verdier som skal være førende for det helsepolitiske arbeidet i denne tidsperioden. Disse er *helhet og samhandling, demokrati og legitimitet, nærhet og trygghet, sterk brukerrolle, faglighet og kvalitet, arbeid og helse* (Helse og Omsorgsdepartementet 2006-2007). Dette viser at det er fokus på utvikling av kompetanse og at det foreligger en nasjonal plan for kompetanseutvikling i forhold til en forbedring av helsetjenestene fra politisk hold. Det er derfor aktuelt å se på hvilke former for kompetanseutvikling sykepleierne faktisk deltar i og om kompetansen deres kommer til anvendelse.

1.2.3 Helseorganisasjoner og ledelse

De ulike ledernivåene i helseorganisasjoner har ansvaret for å skape gode effektive tjenester og best mulig ressursutnyttelse, og har igjennom dette også ansvaret for at riktig kompetanse utvikles. For at kompetansen skal ha en verdi avhenger det av organisasjonens krav og i hvilken grad organisasjonen bruker kompetansen. En persons kompetanse gir uttrykk for et potensial til handling og en snakker om personens *handlingspotensial*, ikke faktisk handling. To personer med samme kompetanse vil for eksempel ha ulik tilnæringsmåte til å utøve den samme oppgaven på. En person kan ha verdifull og nyttig kompetanse uten at kompetansen

kommer til uttrykk gjennom handling og atferd. Ledelsen har ofte et ansvar for å gi mulighetsrom for å utnytte kompetanse, og for forvaltningen av kompetansen til de ansatte (Lai 2004). Avdelingssykepleiere og ledelse høyere opp i organisasjonen tillegges mesteparten av ansvaret for at kompetansen til hver enkelt medarbeider blir anvendt (Thidemann 2005; Tørstad, Bjørk 2007; Bjørk 2001, 2007; Vareide 2001; Sosial og helsedirektoratet 2005-2015). Det er nyttig både for medarbeidernes jobbtilfredshet og for organisasjonens fremtid at ledere på alle nivåer i organisasjonen tilrettelegger for utnyttelse av kompetanse. Fra medarbeiderens side ligger det ofte en forventning om at de skal kunne bruke og videreutvikle kompetansen sin. Det er i stor grad behov for medarbeidere som tilbyr kompetanse som er av god kvalitet (Pfeiffer 2002, Blåka et.al 2007). For at kompetansen skal bli utnyttet må det sørges for at den utviklede kompetansen kommer til anvendelse og nyttiggjøres på best mulig måte. Den kompetansen som er opparbeidet må mobiliseres da kompetanse i seg selv gir liten verdi hvis den ikke blir mobilisert, for å få til dette er både individuelle og organisasjonelle faktorer avgjørende (Lai 2004).

1.2.4 Sykepleierprofesjonen

Sykepleiere utgjør en stor andel av fagpersonalet på en sengepost, og de er som regel tett på pasientene i pleie og behandlingsforløpet. De møter pasienter i ulike livssituasjoner med ulike, ofte komplekse problemstillinger som krever kompetanse og profesjonalitet (Holter 2005). Ifølge lov om spesialisthelsetjenesten stilles det krav til opprettholdelse og vedlikehold av kompetanse hos sykepleie som profesjon. Det skal sørges for at nødvendig opplæring, videre og etterutdanning blir gitt slik at hver enkelt utøver yrket sitt forsvarlig (Lov om spesialisthelsetjenesten 1999). Det er hver enkelt sykepleiers ansvar å holde seg oppdatert på den faglige utviklingen som foregår innen ”sitt” område, og sykepleieren skal utøve sitt yrke forsvarlig. Sykepleieren har ansvar for å opprettholde og utvikle sin kompetanse gjennom kontinuerlig læring, bidra til utvikling av sykepleiefaget og forskning, og skal blant annet bidra til at ny kunnskap anvendes og innarbeides i praksis (NSFs yrkesetiske retningslinjer 2007). For å sikre faglighet og kvalitet på sykepleien forutsetter det at sykepleierne er kompetente til å gjøre arbeidet sitt. Sykepleien som utøves skal være av god kvalitet slik at pleien skal gi best mulig pasientresultater. Det finnes flere eksempler på at sykepleiernes kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse har hatt en positiv virkning i form av

forbedring av selve pleien og dermed også forbedring av pasientresultater (Bjørk 2007, Thidemann 2005, Larsen et.al 2010).

Med bakgrunn i viktigheten av kompetanseutvikling og anvendelse av denne fra ulike hold som blir omtalt ovenfor er det av betydning å gjøre en beskrivelse av hvilke kompetanseutviklingstiltak sykepleiere på sengeposter har deltatt i og deres opplevelse av hvorvidt kompetansen anvendes. Som nevnt ovenfor får kompetansen en verdi først når den blir anvendt, hvilket aktualiserer problemstillingen til min oppgave i forhold til å belyse hvorvidt sykepleiernes kompetanse kommer til anvendelse. Kompetanse som blir planlagt og anvendt viser seg også å gi god kvalitet, bedre helsemessige resultater og god pasientsikkerhet. Dette viser viktigheten av å skaffe informasjon i forhold til kompetanse i dagens sykehus, og jeg har valgt å se på utvikling og anvendelse av kompetanse hos sykepleiere som jobber på sykehus.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er inndelt i flere kapitler. I kapittel 1 er det innledning, en beskrivelse av oppgavens hensikt og presentasjon av oppgavens forskningsspørsmål samt bakgrunn og betydning av oppgaven. Kapittel 2 består av en presentasjon av litteratur og tidligere forskning hvor hovedemnene i kapitlet er kunnskap og kompetanse. Basert på problemstillingen vil jeg vil se på ulike kunnskapsformer, kunnskapstradisjoner og begrepet kompetanse, herunder utvikling av kompetanse og anvendelse av kompetanse, samt hvilke faktorer som påvirker at kompetanseutvikling og anvendelse skal skje. For å gå nærmere inn på kompetanse har jeg valgt å ta utgangspunkt i Nordhaug (1998)s kompetansekjede som illustrerer hvordan kompetanse har flere stadier hvor man tilegner seg, planlegger og anvender kompetanse. Kapittel 3 er metodekapitlet. Her presenteres valg av metode og design samt en beskrivelse av hvordan instrumentutviklingen har foregått. Kapittel 4 består av en presentasjon av resultatene fra spørreundersøkelsen jeg har foretatt. Videre i kapittel 5 blir resultatene diskutert i forhold til eksisterende litteratur og forskning fra kapittel 2. I kapittel 6 blir det gjort en kritikk av spørreskjemaet. Til slutt, i kapittel 7, kommer konklusjon og anbefalinger for videre forskning.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Flere studier og eksisterende litteratur har sett på kompetanseutvikling hos sykepleiere. De fleste har fokusert på forhold som hemmer og/eller fremmer kompetanseutvikling i norske sykehus. Økonomi, politikk, organisasjonssystemet, ledelse og menneskelige forhold pekes på som påvirkningsfaktorer for kompetanseutvikling. Ledelse og viktigheten av samarbeid mellom de ulike leddene i sykehuset som organisasjon pekes på som en viktig faktor for å fremme kompetanseutvikling (Blåka et.al 2007; Bjørk et.al 2007). Flere studier, rapporter, og annen litteratur peker også på viktigheten av at kompetansen anvendes for å skape gode resultater og dermed god kvalitet på arbeidet (Bjørk et.al 2007; Lai 2004; McKinsey & Company 2011; Sosial og helsedirektoratet 2005). Når det kommer til hvilke kompetanseutviklingstiltak sykepleiere deltar i og hvorvidt sykepleierne opplever at kompetansen deres blir anvendt er det gjort få studier i Norge på dette området.

2.1 Litteratursøk

Det er gjort systematiske søk på forskningsartikler i databasene Cinahl, Medline, Swemed. Det er også gjort litteratursøk i google scholar og i Bibsys Ask, samt i elektroniske journaler som sykepleien.no, vård i norden, British Journal of Nursing og The American Journal of Nursing. Nøkkelordene som er brukt i søk, enten i kombinasjoner eller hver for seg, har vært; “competency”, “competency development”, “continuing education”, “nursing, education”, “clinical ladder”, “expert nurses”, “use of competency”, “on job training”, “workplace learning”.

Mine kriterier når jeg gjorde søk etter litteratur var at artiklene først og fremst skulle være relevante i forhold til mitt tema. Litteraturen måtte være lett tilgjengelig via internett eller på bibliotek, og det er etterstrebet å finne primærkilder. Det har til tider vært vanskelig å finne litteratur som er direkte knyttet til sykepleie, og det er brukt litteratur som primært er skrevet innen andre fag som jeg mener har overføringsverdi til sykehus, sykepleie og ledelse. Når det gjelder kvalitet på artikler er det et mål at artiklene er hyppig referert til, samtidig som jeg har sett på dette har jeg vært selektiv i forhold til relevans for mitt tema.

Noe av litteraturen som er brukt er noe eldre, jeg har for eksempel brukt Nordhaug (1998)s teori om kompetanse i en kontinuerlig kjede. Selv om dette er fra 1998 har jeg allikevel valgt

å bruke denne da jeg mener at denne gir en god illustrasjon av hvordan kompetanse har ulike faser som avhenger av hverandre som fortsatt er like aktuelle per dags dato. Noen av de eldre kildene det er henvist til ansees å være klassikere innen sykepleieteori slik som Carper (1978) og Benner (1982), og det har derfor vært hensiktsmessig å bruke disse.

Noen av kildene er rapporter fra McKinsey, Sintef og Fafo, og disse har vært av relevans for å belyse ulike problemstillinger i oppgaven.

2.2 Kunnskap

Kunnskap kan defineres som det å ha innsikt, viten og lærdom om noe (Bokmålsordboka 2010). Sykehus omtales som kunnskapsintensive virksomheter med spesialiserte arbeidsoppgaver som er komplekse og sammensatte. Kunnskapen i organisasjonen ligger hos hver enkelt ansatt, og de ansatte har et høyt kunnskapsnivå (Blåka et.al 2007; Holter 2005). Når det gjelder hvilken kunnskap som skal være gjeldende i sykepleiefaget har dette vært diskutert i flere tiår. Jeg vil i neste avsnitt presentere litteratur rundt hvilke kunnskapstradisjoner sykepleiefaget har lent seg på.

2.2.1 Kunnskapsformer

Kunnskap og hvilken kunnskap som skal være gjeldende i sykepleiefaget er som nevnt en diskusjon som har pågått i flere tiår, og det er fortsatt per i dag pågående diskusjoner rundt dette. Det trekkes vanligvis et skille mellom praktisk og teoretisk kunnskap (Christiansen, Heggen, Karseth 2004 ; Austgard 2010).

Frem til 70 tallet hadde sykepleiefaget hatt et teorivitenskapelig fokus, hvor leger stort sett stod for produksjon av faglitteratur og innlegg i tidsskriftet ”*Sykepleien*”. På midten av 70-tallet fikk omsorg en viktig posisjon i sykepleiefaget, dette som et ”korrektiv” til den mer teorivitenskapelige sykepleien som til da hadde vært dominerende. Kunnskap ble knyttet til dagliglivet, dagligspråket, og yrkeskompetanse lært gjennom praktisk ferdighetslæring. Det oppsto nå en spenning mellom teori og praksis (Austgard 2010). På slutten av 70 tallet laget Carper (1978) en kunnskapsmodell med tanke på å skape en felles kunnskapsbase for alle sykepleiere. Dette med hensikt å rette oppmerksomhet mot hva det betyr å kunne og hva slags

kunnskap som holdes som mest verdifull innen sykepleiedisiplinen. Hennes strukturering av sykepleierens kunnskapsformer favner ”*empiri*”, ”*estetikk*”, ”*personlig kunnskap*” og ”*etikk*”. Med *empiri* menes kunnskap om den empiriske verden hvor kunnskapen er systematisk teoretisk organisert med hensikt å beskrive fenomener innen sykepleien. Kunnskapsformen er empirisk og beskrivende med formål å utvikle modeller og teorier. *Estetikk* knyttes til at sykepleie er en kunst. Estetisk kunnskap er subjektiv, individuell og unik. Carper (1978) beskriver at det er en kunst å gjenkjenne god sykepleie og å kunne utføre det selv. Det handler om at en selv må føle erfaringer på kroppen da erfaringer er personlig og vanskelig å artikulere. *Personlig kunnskap* er den kunnskapsformen som er mest vanskelig å mestre og å lære seg, samtidig som det er det mest essensielle for å forstå meningen i individets helse og velbefinnende. Det handler om å møte og aktualisere det konkrete individuelle selvet. Man bruker selvet ved respons og refleksjoner, noe som forutsetter terapeutisk bruk av selvet som igjen forutsetter åpenhet og sentring og kan oppnås gjennom å bruke historier og genuin bruk av selvet ved respons og refleksjoner. Den siste kunnskapsformen *etikk* innebærer fundamentale spørsmål om hva som er rett og galt i forbindelse med pleie og behandling. Kunnskap og moral er mer enn bare å kunne de etiske kodene i sykepleiefaget. Det inkluderer også alle selvstendige handlinger som tas subjektivt for å bedømme hva som er rett og galt.

Carper (1978)s modell har vært omdiskutert. Det pekes blant annet på at de fire kunnskapsformene kan virke vilkårlige og kunstige og ha liten sammenheng i det daglige kliniske arbeidet, og vanskelig å knytte direkte til klinisk praksis. Men de fire komponentene representerer et behov for å undersøke hvilke typer kunnskap som tilfører disiplinen de spesielle perspektivene og signifikans. En forståelse av de fire komponentene kan bidra til en økt bevissthet over kompleksiteten og mangfoldet i sykepleiefaget. Komponentene til sammen kan sees som nødvendig for å mestre disiplinen, de regnes ikke som tilstrekkelig å stå alene (Meleis 2007). Carper (1978)s modell sier altså noe om ulike former for kunnskap i sykepleiefaget, men de sier ikke noe om hvordan kunnskap anvendes i praksis.

Empiri er en av kunnskapsformene i modellen til Carper (1978). Denne formen for kunnskap er som nevnt knyttet til systematisk organisert kunnskap med hensikt å beskrive fenomener. De siste årene har man sett en voksende trend innen sykepleiefaget som er at praksis skal være evidensbasert og er inspirert av evidensbasert medisin. Dette innebærer at praksis skal baseres på kunnskap som er frembrakt gjennom systematiske studier, dette kan knyttes til kunnskapsformen *empiri* i Carper (1978)s modell. Å ha evidens for noe vil si noe vi har

visshet om eller bevis for. Å ha bevis peker mot det absolutte og høyst sannsynlige og innebærer å ha rimelig sikkerhet for at for eksempel behandlingseffekt er klar og tydelig. Hensikten med evidensbasert praksis er å skape en forskningsbasert praksis (Heggen 2004; Austgard 2010). Allerede under sykepleierutdanningen forventes det at sykepleierstudentene skal lære seg å lese forskningsrapporter og anvende forskningsresultater i praksis (Rammeplan for sykepleierutdanning 2008). Det er dessuten nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at sykepleieren skal holde seg oppdatert innen forskning på sitt eget arbeidsområde, og bidra til fagutvikling og forskning, samt sørge for at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksisfeltet (NSFs yrkesetiske retningslinjer).

Når det gjelder evidensbasert praksis innebærer det at forskningen kommer før praksis, og fungerer veiledende for sykepleiernes handlinger. Trenden man har sett de siste årene i forhold til evidensbasert praksis har blitt begrunnet med to hovedargumenter. Det ene er at det er et behov for en ”medisin” som kan forene teori og praksis. En intensivering av forskningsaktivitet er begrunnet med hensyn til pasientens helse og velferd. Implementering av kunnskap til praksis har vært et omdiskutert gjengangerproblem. Det andre hovedargumentet for en evidensbasert praksis går på at det er behov for en effektivisering av pleie og behandling, og at det foreligger et lønnsomhetskrav. Evidensbasert praksis har vært et omdiskutert tema både internt i, og mellom helseprofesjonene. Diskusjonene har gått på at økonomiske preferanser kobles sammen med kunnskapsinteresser og hvilken maktallianse dette medfører. Myndighetene og finansieringssystem krever at behandling og pleie skal dokumenteres, ressurser skal beregnes og styres. Dette forutsetter en standardisering av prosedyrer og at normering av behandling baseres på bestemte kriterier. Ved å gjøre dette kan man forbedre helsetjenester og forbedre tilbud som har dokumenterte effekter, samtidig som en kan kvitte seg med ineffektive tilbud. En av konsekvensene man er redd for er at andre innsiktsformer nedvurderes og at det blir en konservering av klinisk praksis som kan medføre en innsnevring av rommet for kreativ utprøving av nye praksisformer. Det kan også være fare for at profesjonens autonomi svekkes (Heggen 2004; Martinsen, Boge 2004). Martinsen og Boge (2004) kritiserer en rendyrket evidensbasert praksis. Deres argumentasjon er at helsefagene best tjent med at ulike kunnskapsformer blir sett på som likeverdige og gjensidig utfyllende alt etter hvilke problemstillinger som stilles. De mener at ren evidensbasert praksis har noen klare begrensninger i den forstand at den i liten grad gir innsikt i livsfilosofiske spørsmål. Livsfilosofi handler om de erfaringer en gjør seg i livet, eksistensielle om hva som er et godt liv og hvordan det kan realiseres. Det handler blant annet om hvorvidt livet lykkes ut i fra hvordan vi dannes sammen med andre. Det er dessuten bestemte former for målbar

kunnskap som belønnes med høyeste evidens. Det er kun en avgrenset del av sykepleieforskningen som får høy evidens i databaser som publiserer evidensbasert kunnskap. De fleste sykepleiestudiene blir vurdert til å ha en lavere evidens noe som kan være uttrykk for at mange sykepleiefaglige problemstillinger er vanskelige å måle, og at disse best belyses ved hjelp av andre fremgangsmåter. Det at kunnskapstenkningen i sykepleiefaget tilpasses EBP tenkning innebærer et kunnskapshierarki som nedvurderer mye forskning og kunnskap som har vært tradisjonelt viktig i sykepleiefaget, blant annet erfaringskunnskap. En hierarkisk rangering av kunnskap som evidensbasert praksis støtter seg til innebærer en nedvurdering av humanistisk forskning og erfaringskunnskap (Martinsen, Boge 2004). Sykepleiefaget som er et komplekst og sammensatt fag der det må tas hensyn til hvert enkelt individ. Det er derfor behov for å bli sett på med flere øyne enn hva ren forskning kan bidra med. En annen trend man har sett de siste årene er at praksis bør være kunnskapsbasert. Dette innebærer at en skal ta faglige beslutninger basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, *i tillegg* til kunnskap basert på erfaringer og pasienters behov i en gitt situasjon (Kunnskapssenteret 2011). Man har altså en praksis som inkluderer både det evidensbaserte, samtidig som en ser viktigheten av å utnytte kunnskap som kommer fra sykepleiernes erfaringer.

2.2.2 Teoretisk og praktisk kunnskapstradisjon

Molander (2004) omtaler at kunnskap ikke er noe helhetlig, at det i vid forstand omfatter å være kunnskapsrik, ha innsikt, godt omdømme og mye mer. Kunnskap har et bredt mangfold med mange former og uttrykk, og det finnes ulike kunnskapstradisjoner som profesjoner har basert seg på (Molander 2004). Diskusjonen om hvilke former for kunnskap som skal være gjeldende har pågått i flere tiår. Man trekker et skille mellom *teoretisk kunnskapstradisjon* og *praktisk kunnskapstradisjon*. Den teoretiske kunnskapstradisjonen preges av dualisme; subjekt-objekt, hvor kunnskap er kunnskap *om* noe og adskilt fra subjektet. Innen denne kunnskapstradisjonen kan man ha kunnskap om noe uten å anvende den, kunnskapen avspeiler virkeligheten og det er en overbevisning om at kunnskapen er formulerbar i ord og matematisk språk. Det er også en evig søken etter en evig gyldig sannhet samtidig som man vet at sannheten forandrer seg (Alsvåg 2009; Molander 2004).

Motsetningen til den teoretiske kunnskapstradisjonen er praktisk kunnskapstradisjon. Den preges av å ta avstand fra dualismen, og bygger på deltakelse og dialog med andre mennesker. I kunnskapen inngår det å leve med material, verktøy osv. Det er enhet mellom kunnskap og

anvendelse og en overbevisning om at kunnskap er kunnskap i handling, kunnskap avbilder ikke, men leder fra spørsmål til svar, og oppgave til fullførelse innen ulike aktiviteter. Kunnskapen er taus (Molander 2004) som vil si at individet har mer kunnskap enn det har mulighet til å uttrykke gjennom bruk av språk. Den tause kunnskapen kan knyttes til Carper (1978) s kunnskapsområde *estetisk kunnskap* som handler om at sykepleieren selv må føle erfaringer på kroppen da erfaringer er personlige og vanskelige og artikulere. Individet har mer kunnskap enn det har mulighet til å uttrykke gjennom språk. Dette tause elementet som ikke kan gis et språk er avgjørende for kyndig profesjonsutøvelse (Blåka et.al 2007). Ord og matematisk språk kan allikevel fungere som nyttige hjelpemiddel i formidling av den tause kunnskapen.

Praktisk kunnskapstradisjon er forankret i levende kunnskapstradisjoner. Med levende kunnskap mener Molander (2004) den kunnskapen som er i aktivitet og stadig i forandring, i beste fall forbedres. At man er et oppmerksomt menneske som reflekterer over sine erfaringer, og kan endre/fornye sin kunnskap, utover dette (Molander 2004). Refleksjon innebærer at man stopper opp og ser noe på avstand og er en handling som man gjør bevisst. Det innebærer at man distanserer seg til den konkrete handlingen som man reflekterer over (Kirkevold 1996). Når det gjelder teoretisk og praktisk kunnskap har man vanligvis satt et skarpt skille mellom disse. For å kunne utøve sykepleie trenger sykepleieren delvis teoretisk og delvis praktisk kunnskap (Kirkevold 1996). Profesjonelle yrker er et uttrykk for teori i praksis, kunnskap i handling, eller "teoretisert praksis". Teoretisert praksis er kun en av flere likeverdige kunnskapsformer. En profesjon hviler seg på noen kunnskapssøyler som har noen formidlende instanser; De tre kunnskapsøylene er; "*erfaringsbasert kunnskap*", "*teoretisert praksis/profesjonell praksis*" og "*vitenskaplig kunnskap*" (Alsvåg 2009). Erfaringsbasert kunnskap er praktisk og situasjonsnær. Her læres det som kun kan læres av erfaringer, trening og øvelse. Denne type kunnskap tilegner vi oss både i livet generelt og i profesjonen. Gjennom erfaring oppøves det et faglig blikk som kombinert med teoretisk innsikt skaper en forståelse av hva inntrykk og erfaringer kan være et uttrykk for. Teoretisert praksis/profesjonell praksis er på den andre siden kun faglig teoretisk kunnskap. Sykepleieren trenger teoretiske kunnskaper for å kunne opptre faglig og handle profesjonelt. Den teoretiske kunnskapen kaster lys over og bidrar til at sykepleieren kan forstå ulike situasjoner som oppstår i arbeidet. Den teoretiske kunnskapen og refleksjonen gjør handlingene til teoretisert praksis. Pasient og pårørendesituasjoner er komplekse og det finnes flere måter og forstå disse situasjonene og å handle på. Teoretisert praksis hjelper sykepleierne å se situasjonene med faglige øyne. Å lytte til situasjonen og avveie faglige normer og regler læres både gjennom

erfaring og teoretisert praksis. En profesjon bruker også vitenskapelig kunnskap. Den vitenskapelige kunnskapen utvikles innenfor oversiktlige og systematiske situasjoner. En får kunnskap om årsak og virkning og det beviselige sanne uansett situasjon. Den vitenskapelige kunnskapen utvinnes gjennom forsøk hvor forskeren har oversikt og kontroll og utvinner sikker kunnskap innen et begrenset område.

Disse tre kunnskapssøylene som er beskrevet er formidlende instanser for å skape en sammenheng mellom kunnskapssøylene. For at de kan relateres til konkrete situasjoner må en bruke faglig skjønn og dannelse. Det eksisterer relasjoner og spenninger mellom kunnskapssøylene. Det å jobbe med pasienter og pårørende innebærer at man jobber med sammensatte situasjoner og ulike innfallsvinkle til disse, man kan ikke ha som mål at teori og praksis skal stemme overens da pasient og pårørendesituasjoner ofte er sammensatte og hører til det som kan være annerledes (Alsvåg 2009).

Jeg har nå gjennomgått litteratur om ulike kunnskapsformer og kunnskapstradisjoner som finnes i sykepleiefaget. Litteraturen viser at det er flere former for kunnskap, og at det stadig diskuteres hva som skal være gjeldende i sykepleiefaget. Videre i neste avsnitt vil jeg se nærmere på kompetanse og kompetansebegrepet.

2.3 Kompetanse

Kompetansebegrepet ble definert i kapittel 1 i denne oppgaven. Jeg vil nå gå nærmere inn på hva denne definisjonen innebærer, og bakgrunnen for valg av definisjonen.

”Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål”

(Lai 2004, s.48)

Som definisjonen sier innebærer kompetanse at en har kunnskap om noe. Definisjonen knytter videre kunnskap og ferdigheter til det å utføre funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål. Altså knyttes det å ha kompetanse til handling, dermed forstår jeg det slik at det kan knyttes til anvendelse. Dette er også i tråd med Kirkevold (1996) som knytter kompetanse til ferdighet eller utførelse av handlinger. Ut i fra oppgavens hensikt vil jeg se på hvilke

kompetanseutviklingstiltak sykepleierne har deltatt i, og om kompetansen deres anvendes i praksis. På bakgrunn av dette har jeg valgt å støtte meg til denne definisjonen i oppgaven.

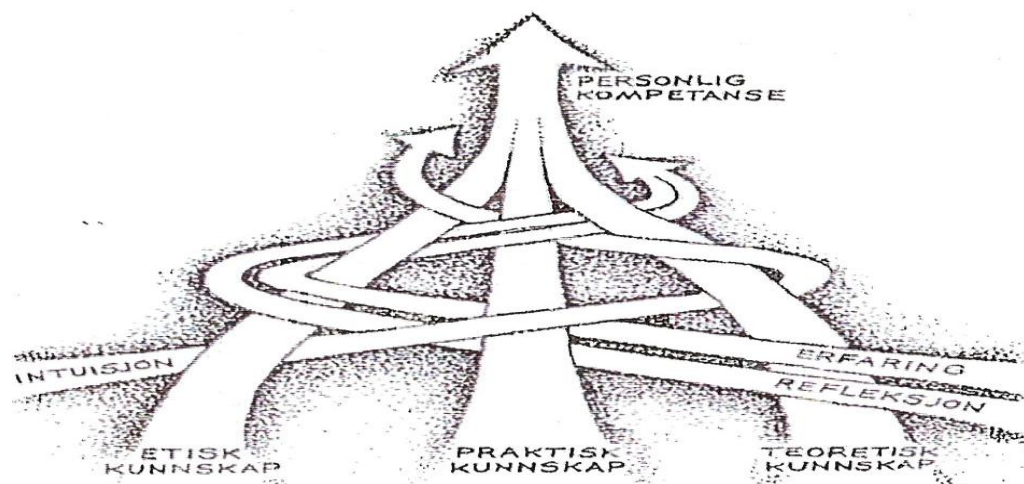


Fig 1: Hvordan oppnå personlig kompetanse. Fra Kirkevold 1996

Figuren til Kirkevold (1996) illustrerer hvordan ulike typer kunnskap som gjennom en langvarig prosess med intuisjon, refleksjon og erfaring fører til at en oppnår personlig kompetanse. For at teoretisk og praktisk kunnskap skal kunne føre til praktiske handlinger må den integreres i utøverens personlige kompetanse (Kirkevold 1996). Det er en forutsetning at sykepleieren har visse kunnskaper og ferdigheter for å kunne utøve sykepleie på en kyndig måte. Man har teoretisk, praktisk og etisk kunnskap som gjennom en langvarig prosess med intuisjon, refleksjon og erfaring gradvis integreres i praktiske handlinger. Anvendelse av kunnskap i praksis innebærer at en har integrert kunnskapen, at kunnskapen har blitt personlig. Kompetanse knyttes til en bestemt type oppgaver og situasjoner og må utvikles i forhold til dette. Kompetanse kan ikke sees adskilt fra oppgaven som skal utføres eller situasjonen utøveren befinner seg i og selve utøveren. Den er en evne som kontinuerlig utvikler seg. Det er et skille mellom det å ha kunnskap om noe og det å ha evnen til å bruke den, kompetansebegrepet knyttes til å kunne bruke kunnskap og ferdigheter på en god måte i konkrete situasjoner (Kirkevold 1996).

Når det gjelder kompetanse og kunnskap er dette begreper som ofte brukes synonymt. Sosial- og helsedirektoratet bygger på et bredere kompetansebegrep hvor den enkeltes kompetanse forstås som å gi mer kunnskap. Med dette menes at for å være en kompetent utøver som har kunnskap, holdninger og ferdigheter – må utøveren ha evner til å omsette disse i praksis. Det er ikke tilstrekkelig at utøvere får kunnskap om det de trenger å vite, men at en kompetent utøver også må kunne omsette kunnskapen i praksis (Sosial- og helsedirektoratet 2005-2015).

Litteraturen viser slik jeg har drøftet her at når ulike typer kunnskap gradvis integreres i en persons handlinger fører det til at en oppnår personlig kompetanse. Kompetanse knyttes til handling og innebærer at en person er kompetent når kunnskapen kommer til anvendelse i praksis. Innen sykepleiefaget har en praktiske og teoretiske kunnskapstradisjoner, og det påpekes i litteraturen at en persons samlede kunnskap må omsettes til handling for at personen skal kalles en kompetent utøver. Det påpekes dessuten at det først er når kunnskapen kommer til anvendelse at den gir verdi. Dette er noe av kjernen i det jeg er interessert i å få frem med denne oppgaven. Altså hvilke kompetanseutviklingstiltak deltar sykepleiere i, og om kompetansen deres kommer til anvendelse i praksis.

2.4 Kompetanse som en kontinuerlig kjede

Kompetanse må kunne føre til anvendelse for at den skal ha en verdi, det er derfor ikke tilstrekkelig og se på utvikling av kompetanse alene. For at kompetansen skal fungere som en ressurs for organisasjoner må kompetansen planlegges, anskaffes og utnyttes i tillegg til at den utvikles (Nordhaug 1998, Lai 2004). Nordhaug (1998) har satt sammen en modell hvor kompetanse settes i system og danner en kontinuerlig kjede. Denne kompetansekjeden danner grunnlaget for litteraturen som presenteres videre i kapitlet.

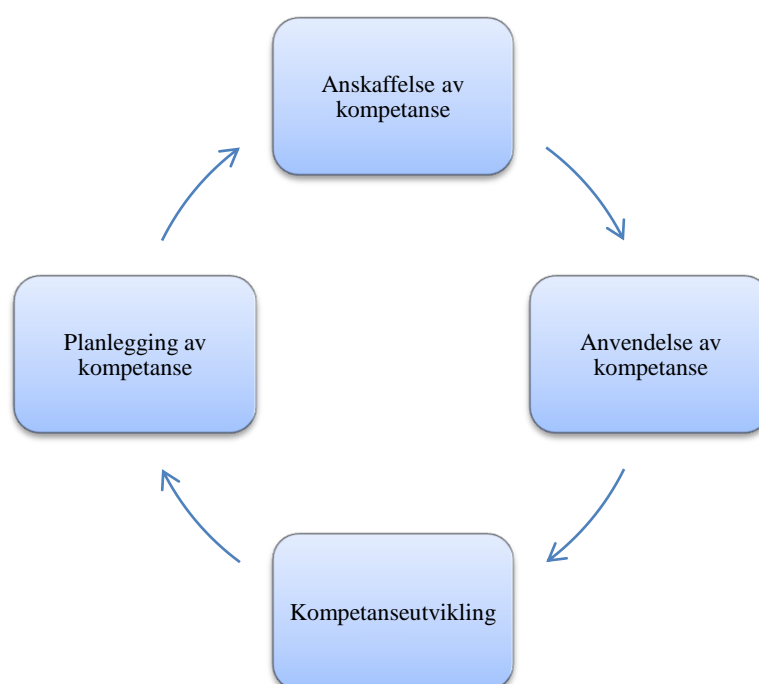


Fig. 2: Kompetanse satt i en kontinuerlig kjede (Fra Nordhaug 1998)

Elementene i denne figuren ”Anskaffelse av kompetanse”, ”anvendelse av kompetanse”, ”kompetanseutvikling”, og ”planlegging av kompetanse” henger tett sammen. De enkelte elementene kan ses på som faser i en kompetanseprosess som bygger på hverandre, og evalueringer som blir gjort i den enkelte fasen kan ifølge Nordhaug (1998) få konsekvenser for hvordan oppgavene utføres i de øvrige fasene.

Først en avklaring i forhold til bruk av begrep i kompetansekjeden. Når Nordhaug (1998) snakker om anskaffelse av kompetanse kaller han denne ekstern anskaffelse av kompetanse. I forhold til min oppgave er det relevant og også se på anskaffelse av kompetanse som skjer internt på arbeidsplassen, enten via strukturerte tiltak som kurs og internundervisning eller læring som foregår i praksisfellesskap. Kompetanseutvikling som skjer gjennom samhandling tillegges stor vekt innen sykepleiefaget og mye av sykepleiernes kompetanse utvikles på denne måten (Dæhlen et.al 2009). På bakgrunn av dette har jeg tatt et valg om å la Nordhaug (1998)s område ”ekstern anskaffelse” omhandle anskaffelse av kompetanse generelt, altså både ekstern og intern anskaffelse av kompetanse. Videre har Nordhaug (1998) brukt begrepet *utnyttelse* av kompetanse. I min oppgave snakker jeg om *anvendelse* av kompetanse, og har derfor valgt å bruke dette ordet i stedet.

Videre i kapittelet er avsnittene delt inn etter kompetansekjedens fire områder.

2.4.1 Planlegging av kompetanse

En vesentlig del av planleggingsfasen består av å bestemme hvilken kompetanse som skal anskaffes i en organisasjon, altså hvilken kompetanse som skal bygges gjennom å utvikle dagens ansatte. Her ligger ofte avveininger knyttet til økonomi, utvikling av organisasjonskultur og vurderinger av den ulike kompetansens kvalitet. Det må planlegges tiltak og usystematiserte avtaler i planleggingen av tiltak som former for ubevisst læring på individnivå, og utvikling gjennom formell og uformell læring (Nordhaug 1998).

Når det gjelder sykehus er dette sammensatte og komplekse organisasjoner som fungerer innenfor gitte rammevilkår som kompetanse planlegges utifra. En sykehusorganisasjon består av ulike subsystemer og subkulturer. Avdelinger og poster kan variere med hensyn til kultur og struktur, og utformingen av sykepleierrollen vil dermed være forskjellig innenfor ulike

delers av sykehuset. Organiseringen av sykehuset som helhet, den enkelte avdeling, og sykehustjenesten påvirker sykepleiernes arbeid og bruk av den sykepleiefaglige kompetansen (Vareide 2001). Sykehus er kunnskapsintensive organisasjoner hvor kunnskapen ligger hos den enkelte medarbeider. Det er den enkelte medarbeider som eier kunnskapen og kompetansen, ikke organisasjonen. Organisasjonen er derfor avhengig av å "leie inn" kompetansen av medarbeideren og sørge for at den mobiliseres gjennom å motivere til å delta og gjerne yte noe ekstra. Den individuelle kompetansen som en "innleid" ressurs gjør at organisasjonen har en sårbarhet. For å minske sårbarheten en organisasjon har i forhold til dyktige medarbeidere er det en lederoppgave å bidra til at den enkeltes kompetanse overføres til organisasjonen, ved at den blir anvendt. Sengepostene i et sykehus er kunnskapsintensive tjenestebedrifter og kompetansestyring er meget aktuelt og viktig. En sengepost bør ha som mål å være en profesjonell i en organisasjon hvor nivået både for den profesjonelle kunnskapen, pasientpleien, ledelse, og organisasjonenes kunnskap er høy. Dette forutsetter at alle på posten deltar i ledelsesprosessen når det gjelder daglig drift og utvikling. Jo mer sengeposten nærmer seg en kunnskapsorganisasjon desto mer bør personalet ha av frihet og mulighet til å ta egne beslutninger og kontroll i arbeidet sitt. Hvis dette ikke skjer utnyttes heller ikke den enkeltes kompetanse fullt ut (Holter 2005).

Det understrekes fra flere studier at avdelingssykepleiere spiller en viktig rolle når det gjelder kompetanseutvikling og å utnytte og anvende kompetanse. Ifølge Norsk sykepleieforbunds dokument *"Sykepleierleder – god på fag og ledelse"* er sykepleierlederens ansvar å opprettholde faglig kvalitet, utvikling av sykepleiefaget, undervisning og igangsettelse av forskning samt anvendelse av forskningsresultater, prioritering og ressurser. Videre har sykepleieleder ansvar for å sørge for at sykepleierne utvikler ny kunnskap og at denne kommer til praktisk anvendelse (NSF 2005). Avdelingssykepleieren kan ansees å være en nøkkelperson i forhold til kompetanseutvikling og vedlikehold av sykepleiernes kompetanse. Samtidig som avdelingssykepleier har et ansvar for å skape et miljø for kompetanseutvikling og fungere som støtte i forhold til det, er det også opp til hver enkelt sykepleier å være åpen for å utvikle sin kompetanse. Det avhenger også av om det er et kollegialt godt faglig miljø hvor sykepleierne er interesserte i å utvikle sin kompetanse (Beal, Riley, Lancaster 2008).

Det er viktig med støtte fra alle nivåer i sykehuset for at læring og kunnskapsbygging skal bli en suksess (Tørstad, Bjørk 2007; Beal et.al 2008). Sykepleielederne er blant annet avhengig av støtte fra høyere ledelse i organisasjonen og har et ansvar for å argumentere med

sykepleiefaglig argumentasjon når det gjelder grunnlag for beslutninger i helsetjenesten (NSF 2005).

En studie gjennomført av Tørstad og Bjørk (2007) har vist at mange sykepleieledere oppfatter det å få støtte til kompetanseutvikling fra høyere ledelse som krevende. Flere avdelingssykepleiere opplever å ha liten innflytelse oppover i organisasjonen, og liten innsikt i budsjettene og sykehusets strategiske planer. Økonomi og omstruktureringer i sykehuset kan vanskeliggjøre prioritering av kompetanseutviklingsprogrammer, som for eksempel klinisk spesialistprogram (Tørstad et.al 2007). Nært samarbeid mellom ledere og de som deltar i kompetanseutviklingstiltak, som klinisk spesialistprogram, spiller en viktig rolle i forhold til dette med å ta tak i kliniske udekkede behov eller neglisjerte områder av praksis i avdelingen (Bjørk et.al 2007). Flere studier sier noe om at det er viktig med støtte og tilrettelegging fra ledelsen for å få anvendt og brukt sin kompetanse. Lederen spiller som nevnt en viktig rolle når det gjelder støtte og tilrettelegging for kompetanseutvikling (Bjørk et.al 2007; Beal et.al 2008; Lai 2004). I Bjørk et.al (2007)s studie viser det seg at flere av deltakerne i klinisk spesialist program opplever at det er manglende engasjement fra lederens side. En konsekvens av mangel på samarbeid mellom avdelingssykepleier og sykepleier, samt manglende engasjement hos avdelingssykepleier kan være at de mister muligheten til å ta tak i de kliniske udekkede behovene på avdelingen (Bjørk et.al 2007; Dæhlen et.al 2009). Kompetansen til en person har verdi såfremt den blir mobilisert, kompetansen må komme til uttrykk gjennom handling og atferd (Lai 2004). Kompetanseutvikling er viktig i forhold til at lederen kan styre kompetansepersoner inn på områder i avdelinger hvor det er behov for ekstrakompetanse, dette kan bidra til å ”tette huller i sykepleieomsorgen” (Bjørk et. al 2007).

Litteraturen peker på at avdelingssykepleier i første omgang kan planlegge hvilke kompetanseutviklingstiltak det er behov for å sette i gang på sin avdeling. Når en sykepleier har deltatt i kompetanseutviklingstiltak bør avdelingssykepleieren bidra til å styre kompetansen inn på bestemte områder ved å vise engasjement til å anvende kompetansen og samarbeide med sykepleierne om å anvende den. Avdelingssykepleieren kan bidra til å styre kompetansen inn på bestemte områder og på den måten tilføre verdi til avdelingen og sykehuset som organisasjon i form av bedre pasientpleie, pasientsikkerhet, og dermed økt kvalitet.

Når det gjelder kompetanseutvikling har det ifølge Lai (2004) utviklet seg en myte om at dette er et ubetinget gode og at all kompetanseutvikling gir positive effekter for organisasjonen og det enkelte individ. Med dette peker Lai (2004) på at det ikke holder at organisasjonen sier at

kompetanseutvikling skal være et satsingsområde i sine budsjetter og setter opp en rekke tiltak for at kompetanseutvikling skal skje dersom dette ikke følges opp. Til tross for at mange organisasjoner investerer ressurser i kompetanse blir det sjelden formulert konkrete mål for de iverksatte tiltakene. Det kreves en systematisk oppfølging av hvilke effekter disse tiltakene faktisk gir. Satsing på kompetanse innebærer store muligheter til å enten sløse bort, eller spare organisatoriske ressurser. Dette tvinger frem et press om at kostnader knyttet til kompetanseutvikling og dokumentasjon av effekten det har må legitimeres (Lai 2004). Begrensninger i økonomi i økonomiske nedgangstider kan vanskeliggjøre iverksetting av organiserte og uorganiserte kompetanseutviklingstiltak. For eksempel er klinisk stige programmet en kostbar utgiftspost for sykehusene. Det har blitt stilt spørsmål ved kompetanseutviklingsprogrammets effekt i forhold til dets kostnad. Mange avdelingssykepleiere har opplevd at kompetanseutvikling har blitt en salderingspost i økonomiske nedgangstider. Noen sykehus har dessuten kommet frem til å legge ned klinisk stige programmet da det ikke har vist seg å være lønnsomt (Bjørk, Tørstad, Hansen, Samdal 2009; Voldhuset 2007). Andre problemer med klinisk stige programmet har vært at lederne ikke har brukt programmet godt nok som middel for strategisk kompetansestyring. Det har dessuten vært problemer i forhold til oppfølging av deltakerne, samt at den ervervede kompetansen i liten grad har blitt anvendt. Et fåtall av avdelingssykepleierne opplever også å i liten grad ha innflytelse og styre hvilke emner sykepleierne skal fordype seg i. Dermed mister de muligheten til å møte avdelingens kompetansebehov (Voldhuset 2007).

For å sikre tilstrekkelige ressurser til nødvendige investeringer i kompetanse er det avgjørende å kunne vise til eller sannsynliggjøre betydningsfulle positive effekter det har for organisasjonen, noe som kan være en stor utfordring for ledere med personalansvar (Lai 2004). Dette samsvarer med noen av funnene i en studie om klinisk spesialistprogram fra Norge som viser at avdelingssykepleierne måtte tenke strategisk og jobbe for at klinisk stige programmet skulle få anerkjennelse oppover i sykehussystemet for å få økonomisk støtte. I denne prosessen ble avdelingssykepleierne ofte møtt med en ignorant holdning av høyere ledelse. Avdelingssykepleiere jobbet for å øke statusen til klinisk spesialist program og måtte tenke strategisk i hvordan de la dette frem. Noen avdelingssykepleiere understreket hvor essensielt det er for avdelingssykepleiere å argumentere for klinisk stige ved å vise til resultater og effekter av å ha sykepleiere i klinisk stige. Ved å vise til resultater fikk de lettere påvirke planer og budsjett for sykehuset. Et problem som flere av avdelingssykepleierne opplevde var at de hadde mangelfullt innsyn i sykehusets budsjetter og strategiske planer. De opplevde å ha liten innvirkning på bruken av penger på kompetanseutvikling. Omorganisering

i sykehusene og nye toppledere som ikke hadde stor kjennskap til klinisk stige førte til at dette heller ikke ble prioritert. Dette til tross for at sykehuset hadde satt opp program for klinisk stige i sin strategiske plan. Noen av avdelingssykepleierne følte seg maktesløse og opplevde å ha liten innflytelse på sykehusets strategiske planer (Tørstad et.al 2007).

Avdelingssykepleieren spiller en viktig rolle når det kommer til å være pådriver oppover i organisasjonen for å støtte utvikling og bruk av utviklet kompetanse (Tørstad et.al 2007). Tørstad et.al (2007)s studie indikerer at avdelingssykepleierne jobber mot alle nivå i organisasjonen for å overbevise høyere ledelse om den positive effekten av å ha kliniske spesialister i avdelingen. Videre viser studien at avdelingssykepleierne hadde fokus på kompetanseutvikling og sykepleiekvalitet gjennom engasjement i spesialiseringen av kliniske spesialister. Avdelingssykepleierne hadde fokus på de individuelle sykepleiernes behov til å delta i kompetanseutvikling, men klarte allikevel ikke å utnytte individuell ervervet kompetanse systematisk for å sikre og forbedre kvaliteten av sykepleien i avdelingen. Avdelingssykepleiere er i en unik posisjon i forhold til ledelse høyere opp i organisasjonen, på tross av deres unike posisjon klarte de ikke å bruke denne til å sikre økonomisk støtte. Det viste seg at kun et fåtall av avdelingssykepleierne i studien hadde en strategisk plan for kompetanseutviklingen i avdelingen, og om behovet for kliniske spesialister eller sykepleiere med videreutdanning skulle satses på. På grunn av liten strategisk planlegging ble heller ikke avdelingssykepleierens fordel som påvirker oppover i organisasjonen utnyttet til å bygge nødvendig kompetanse i avdelingen. Avdelingssykepleierne ble ikke anerkjent som viktige bidragsytere i settinger der strategiske planer for utvikling av sykehuset ble bestemt. Deres posisjon ble dårlig utnyttet. Dette påvirket deres muligheter til å få oppmerksomhet rundt ressurser for kompetanseutvikling. Ifølge Tørstad et.al (2007) trenger avdelingssykepleiere mer støtte fra ledelse høyere opp i systemet og økonomisk støtte og mer erfaring i å utnytte sykepleiernes individuelle kompetanse til utvikling av sykepleie av høy kvalitet (Tørstad et. al 2007). Når det gjaldt hvorvidt kvaliteten på sykepleien ble økt av de kliniske spesialistene viser Tørstad et.al (2007)s studie at sykepleierne gjennom programmet hadde satt seg inn i ulike redskaper for å øke kvaliteten på sykepleien. De hadde også utviklet evne til å reflektere og stille spørsmål til egen praksis. En bi effekt av dette var at det utviklet seg et voksende faglig engasjement i avdelingen. Dette viser at på avdelinger som har kliniske spesialister kan deres kunnskap og kompetanse gi ringvirkninger i form av faglig engasjement til kolleger. Når det gjaldt hvordan de kliniske spesialistene var i interaksjon med pasienter hadde de fleste avdelingssykepleiere ikke så mye innsyn i dette. De kunne dermed heller ikke si noe om

kvaliteten på pleien ble bedre. Noen avdelingssykepleiere hadde derimot fått positive tilbakemeldinger fra pasienter om kunnskapsrike sykepleiere (Tørstad et.al 2007).

Ut ifra litteraturen ser det ut til at det er liten strategisk styring av kompetanse. Og det ser ut som det er mangler i forhold til avdelingssykepleiernes oversikt over hvordan kompetansen til sykepleierne blir anvendt. Dermed mister de også oversikt over hvilke effekter kompetanseanvendelse gir. Det er viktig å ha en oversikt over effekten for å kunne vise til eventuelle positive effekter anvendelse av den utviklede kompetansen tilfører avdelingen. Avdelingssykepleiere kan overfor høyere ledelse vise til positive effekter kompetanseutvikling og anvendt kompetanse gir. På denne måten kan avdelingssykepleierne forsøke å sikre seg tilstrekkelige ressurser for videre kompetanseutvikling.

2.4.2 Anskaffelse av kompetanse

Om fasen som vedgår anskaffelse av kompetanse snakker Nordhaug (1998) ut fra bedriftsperspektiv som innebærer rekruttering av nye ansatte, leie av arbeidsassistanse ved for eksempel samarbeid med andre bedrifter eller organisasjoner som forsknings og utviklingsenheter, offentlige etater og utdanningsinstitusjoner (Nordhaug 1998). Denne fasen omhandler altså hvordan bedrifter/organisasjoner anskaffer kompetansen.

Når det gjelder anskaffelse av formell kompetanse, i form av videreutdanning for sykepleiere i sykehus, skjer dette blant annet ved samarbeid mellom sykehusene og utdanningsinstitusjonene i form av at sykehusene finansierer videreutdanningen med utdanningsstipend til den enkelte sykepleier. Dette innebærer at sykepleieren som regel har en bindingstid hos det aktuelle sykehuset etter fullført videreutdanning. På denne måten sikrer sykehusene seg beholde å den kompetansen de anskaffer seg, bindingstiden kan variere fra de ulike helseregionene (Kunnskapsdepartementet 2001). Sykepleiere kan delta i formell videreutdanning uavhengig av arbeidsplassen også, da står sykepleieren selv for de kostnadene dette medfører.

Frem til slutten av 90-tallet foregikk videreutdanning av sykepleiere innen anestesi, intensiv og operasjon, samt kreftsykepleie og barnesykepleie internt i sykehusene. Det var ulik praksis ved det faglige innholdet, og lengden på videreutdanningene fra de ulike sykehusene. I 1998 ble det slutt på slike interne videreutdanninger i sykehusene, og det ble startet videreutdanninger i samarbeid med høyskolene rundt om i landet. Formålet med dette

samarbeidet var å sikre at disse videreutdanningene hadde et ensartet faglig nivå og felles rammer. Det var fylkeskommunene som finansierte videreutdanningstilbudene frem til 2002. Etter 2002 gikk sykehusene over til å bli eid av staten, og det ble inndelt i fem helseregioner. I dag er det de ulike helseregionenes ansvar å finansiere og opprettholde tilgangen på spesialsykepleiere i forhold til blant annet opptakskapasitet (Kunnskapsdepartementet 2001).

Sykehusene kan tilrettelegge for internundervisning, kurs og andre kompetanseutviklende tiltak for å anskaffe uformell kompetanse. Det foregår dessuten en stor del læring på arbeidsplassen som skjer fortløpende under arbeid, eller i mer planlagte strukturerte former (Eraut 2007, 2010). Ulike former for formell og uformell kompetanseutvikling vil jeg gå nærmere inn på i neste avsnitt.

2.4.3 Kompetanseutvikling

Fasen om kompetanseutvikling vil her dreie seg om hvilke former for kompetanseutvikling som finnes. Grovt sett deles kompetanseutvikling inn i uformell og formell kompetanseutvikling, dette vil jeg beskrive nærmere i de neste avsnittene.

Kompetanse knyttes til en bestemt type oppgaver og situasjoner, og kompetansen må utvikles i forhold til dem (Kirkevold 1996). Det foregår en stor aktivitet av både formell og uformell kompetanseutvikling hos sykepleiere og mange sykepleiere har flere enn en spesialistutdanning. Ved å sammenligne sykepleiere med andre yrkesgrupper innen helse og omsorgssektoren er sykepleiere den gruppen som i størst grad tar videreutdanning (Dæhlen et.al 2009). Kompetanse er ikke en uforanderlig egenskap en person har, det er en evne som utvikler seg. Det er et klart skille mellom det å ha kunnskap om noe og det å mestre konkrete ferdigheter og ha evnen til å bruke de på en god måte. Begrepet kompetanse er knyttet til å kunne bruke kunnskap og ferdigheter på en effektiv og god måte i konkrete situasjoner. Kompetanse blir utviklet gjennom øvelse der kunnskap og isolerte ferdigheter blir integrert gjennom målrettet handling i konkrete situasjoner. Det å *ha kompetanse* innebærer at en kan handle på en fleksibel måte og tilpasse sine handlinger ut i fra det situasjonen krever (Kirkevold 1996). En persons kompetanse kommer derfor til syne i utførelse av bestemte handlinger med bestemte hensikter med et ønskelig resultat.

Det er som nevnt flere måter å tilegne seg eller anskaffe kompetanse på, og man skiller mellom de tre kompetanseformene; ”formell”, ”uformell” og ”realkompetanse”. Disse tre

formene er basert på hvordan kompetanse tilegnes eller anskaffes. Med formell kompetanse menes vanligvis kompetanse som kan dokumenteres gjennom utdanningssystemet eller godkjente sertifiseringsordninger. For eksempel stilles det ofte spesifikke krav til formell kompetanse for å kunne utføre bestemte funksjoner eller oppgaver. Formell kompetanse kan bestå av både kunnskaper og ferdigheter, hovedtyngden varierer på tvers av yrker og utdanninger. Uformell kompetanse er kompetanse som er utviklet gjennom fortløpende og ustandardisert erfaringslæring i arbeidslivet og på andre arenaer. Den samlede kompetansen en person har ervervet seg gjennom formell utdanning, arbeidserfaring og erfaring gjennom privatliv og familieliv kalles realkompetanse. Denne kompetanseformen er sammensatt av formell og uformell kompetanse og sees som den samlede kompetansen en person har (Lai 2004). Videreutdanning er et formelt kompetanseutviklingstiltak som sykepleiere kan delta i. Når det kommer til uformelle kompetanseutviklingstiltak er klinisk spesialistprogram et av disse. Videre er læring på arbeidsplassen en del av uformell kompetanseutvikling. Læring kan foregå kontinuerlig gjennom daglig arbeid i praksisfellesskap, eller via strukturerte tiltak som internundervisning og ulike kurs. I de neste avsnittene vil jeg kort beskrive videreutdanning, klinisk spesialist og læring på arbeidsplassen.

Videreutdanning

Sykepleierutdanningen i Norge består av en treårig grunnutdanning, og man sitter igjen med en bachelorgrad i sykepleie etter endt utdanning. Utdannelsen tilbys på en rekke høyskoler og finner sted gjennom teoretisk undervisning, observasjon og praksis. Etter endt grunnutdanning, ofte etter å ha vært ute i arbeidslivet i 1-2 år kan man søke seg inn på videreutdanninger (Dæhlen et.al 2009). Videreutdanning er en formalisert tilleggsutdanning som man kan ta ved høyskoler, universitet eller fagskoler. Videreutdanning er et av leddene i kompetanseutvikling, og gjennomføres ofte som et tiltak i et arbeidsgiver/arbeidstaker forhold (Helse og Omsorgsdepartementet 2006-2007).

Høyskoler og Universitet rundt om i landet tilbyr en rekke ulike type videreutdanninger for sykepleiere. Disse bygger på nasjonale rammeplaner og studieplaner som er utarbeidet ved norske høyskoler og universitet (Dæhlen et.al 2009). Man kan for eksempel fordype seg i forskjellige fagområder som kardiologisk sykepleie, psykiatrisk sykepleier, stomisykepleier, kreftsykepleier, personalledelse og mange flere (Høgskolen i Bergen 2011, Høgskolen i Oslo 2011).

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det er et høyt antall sykepleiere i arbeid som har en form for formell videreutdanning, og at andelen sykepleier med videreutdanning er økende.

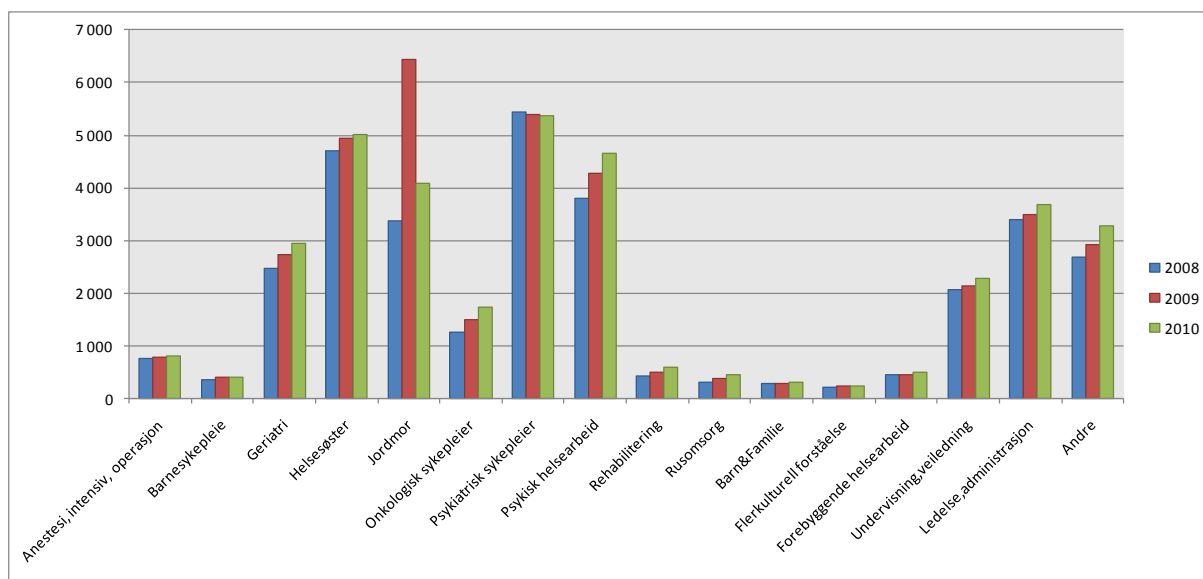


Fig. 3: Oversikt over antall sykepleiere med videreutdanning i Norge 2008 (SSB 2010)

Tabellen viser en oversikt over sykepleiere i Norge som er i arbeid med videreutdanning fra høyskoler og universitet. I 2008 arbeidet det til sammen 32052 sykepleiere med videreutdanning i helsevesenet, enten som ansatt i sykehus, eldreomsorg eller hjemmesykepleie. I 2010 hadde andelen økt til 36371 sykepleiere med videreutdanning som var i arbeid (SSB 2010). Disse tallene sett i sammenheng med at det i 2010 var ca 87000 sykepleiere i arbeid, (SSB 2010), viser at det er høy aktivitet blant sykepleiere i forhold til å delta i videreutdanningsaktiviteter, og at mange av sykepleierne i arbeid har en videreutdanning.

Klinisk spesialist

Siden midten av 1980- tallet har Norsk sykepleierforbund (NSF 2004) hatt godkjenningsordning for kliniske spesialister. Godkjenningsordningen bygger på en modell for systematisk etter- og videreutdanning som er nært knyttet til klinisk praksis. Modellen skisserer hvordan sykepleiere kan videreutvikle sin kompetanse i praksis, og beskriver også hvordan spesialsykepleiere, som er sykepleiere som har tatt en formell klinisk videreutdanning, kan videreutvikle sin kompetanse. Kliniske spesialister skal ha høy grad av funksjonsdyktighet i utøvelse av klinisk sykepleie innen sitt område. Under programmet skal sykepleieren fordype seg innen et bestemt område i det kliniske feltet og bygge seg opp en spisskompetanse på området.

NSF ønsker med sin godkjenningsordning å bidra til at sykepleiere kan utvikle sin kompetanse i tråd med gjeldende behov for kompetanse og kvalitetskrav den enkelte virksomhet eller arbeidsgiver har. Dette vil bidra til å sikre at pasientene får sykepleie av høy kvalitet. Målet med godkjenningsordningen er å stimulere arbeidstaker og arbeidsgiver til kompetanseutvikling. Ved å ha et systematisk og målrettet program for utvikling av kompetanse er målet å bidra til et faglig stimulerende og kreativt arbeidsmiljø. For å delta stilles det krav til minimum 5 års klinisk praksis som er perioden programmet tar, det er ønskelig at dette vil bidra til stabilitet i bemanningen (NOSF 2004).

Norsk sykepleierforbund arbeidet våren 2011 med å fornye et felles kompetanseprogram for klinisk stige med formål om å danne et systematisk og godt fagutviklingsprogram. Det fornyede kompetanseprogrammet planlegges å starte opp høsten 2011 (NOSF 2011).

Læring på arbeidsplassen

I tillegg til videreutdanninger og klinisk stige som kompetanseutviklingsprogram er det høy kurs og opplæringsaktivitet ved sykehusavdelingene (Dæhlen et.al 2009). Det foregår en stor del opplæring i arbeidslivet og mesteparten av denne opplæringen foregår via kurs eller veiledning fremfor formelle studieprogram. Når en er ute i arbeidslivet foregår det en kontinuerlig læring. Man kan ta utgangspunkt i at utvikling av kompetanse har med læring å gjøre. Læring er en kontinuerlig prosess som skjer under arbeid og i fellesskap med kolleger fortløpende i det daglige arbeidet, og fører til endringer i en eller flere av dimensjonene kunnskap, ferdigheter, kognitive emner, holdninger og andre personlighetsrelaterte faktorer. Kompetansen øker i takt med erfaringen en tilegner seg (Dæhlen 2009; Eraut 2007; Lai 2004; Wenger 1998). Læring er en form for utvikling av uformell kompetanse og blir en viktig del i organisasjonen, i strategiske prosesser og beslutningstaking. Læringsprosesser er avgjørende for utvikling av kunnskap og ferdigheter, noe som har ført til et økt fokus blant arbeidsgivere og forskere på hva læring er og hva som kjennetegner læring på arbeidsplassen (Blåka et.al 2007).

En studie som har sett på flere arbeidsgrupper, deriblant sykepleiere slår fast at mesteparten av læring skjer ute i klinisk praksis. Læringen skjer fortløpende under arbeid og samarbeid med kolleger, og læringen er ikke en separat handling. Når kollegene jobber sammen observerer de og er deltakende i aktiviteter. På denne måten skaffer de seg erfaringer og ekspertise. Eraut (2007) trekker frem åtte punkter som har læring som ”bi-produkt”. Disse er;

deltakelse i en gruppe, jobbe sammen med andre, konsultasjoner, å få utfordrende oppgaver, problemløsning, utvide og fornye sine ferdigheter, i arbeid med klienter og under utprøving av nye ting (Eraut 2007). Eraut peker på at læring er noe som foregår i et arbeidsmiljø (Eraut 2007). Det er flere studier som understøtter dette. Studier viser at for sykepleierne på sengeposter har arbeidsmiljø og kolleger hatt størst betydning for deres læring og kompetanseutvikling (Eraut 2007; Thidemann 2005).

Sykepleie er et profesjonsfag og innen faget har kunnskapen som tilegnes gjennom samhandling blitt tillagt stor vekt. (Dæhlen et.al 2009). Samhandlingen i arbeidsmiljøet mellom kollegene skjer i praksisfellesskap. Praksisfellesskapet kan defineres slik:

”en gruppe mennesker som deler en bekymring, et sett av problemer eller entusiasme for et tema, og som utvikler kunnskap og ekspertise på dette området ved vedvarende samhandling”

(Blåka et.al 2007, s.61)

Praksisfellesskapet betraktes som en arena for læring, hvor hovedsakelig all læring og kunnskapsutvikling i en organisasjon foregår. En organisasjon vil ha flere forskjellige praksisfellesskap. Praksisfellesskapet er en fleksibel, uformell gruppe av profesjonelle som er uformelt sammenkoblet gjennom felles interesser (Blåka et.al 2007), slik man kan si at sykepleiere på sengepost er. Innenfor praksisfellesskapet skapes mening, felles tolkninger og refleksjoner. Medlemmene av praksisfellesskapet føler en tilhørighet. En deltakelse i praksisfellesskapet er med på å forme hva en gjør, hvem en er og hvordan en tolker det en gjør (Blåka et.al 2007, Wenger 1998). I praksisfellesskap skjer det en kollektiv læring hvor medlemmene fungerer som ressurser for hverandre. Innen praksisfellesskapet deles informasjon, ny kunnskap, og ideer samtidig som tilhørigheten er med å skape en trivelig arbeidshverdag (Wenger 1998). For at praksisfellesskapet skal være kompetanseutviklende, en læringsarena, avhenger det av at praksisfellesskapet har tilgang på erfarne sykepleiere og har tilstrekkelig bemanning og tid (Blåka et.al 2007). Erfarne kolleger har stor betydning for læring og utvikling av kompetanse, og for stabiliteten i personalgruppen (Thidemann 2005). Det er karakteristisk for de sykepleierne med mindre erfaring å søke råd hos mer erfarne kolleger, og den vanligste fremgangsmåten dette skjer på er å resonnerer høyt over sine faglige vurderinger og handlingsalternativer. Læring og konsolidering av kunnskap skjer i stor grad i konkrete situasjoner som når noe skjer plutselig med pasienten, eller det oppstår behov for å søke råd og veiledning, eller diskutere med erfarne kolleger i ”der og da” situasjoner. Det fremkommer en fellesstruktur der læring og kompetanseutvikling ofte skjer når muligheten

byr seg. *Mulighet* knyttes til menneskelige, organisatoriske og økonomiske ressurser og prioriteringer. Dette er med å synliggjøre at sykepleierne står overfor en sårbar læringsarena da læringen og konsolideringen av kunnskap i stor grad er knyttet til de konkrete, ofte uforutsigbare situasjoner som involverer pasienter (Thidemann 2005).

Når det gjelder tilbakemeldinger i arbeidet er dette viktig for opplevelsen av egen kompetanse og for generell jobbtilfredshet. Tilbakemeldinger er dessuten et viktig element i kompetanseutvikling og kvalitetssikring av behandling og pleie. Det mest vanlige og viktigste kilden til tilbakemeldinger er pasienter og pårørende. En annen viktig kilde er tilbakemeldinger som kolleger mottar fra hverandre og gir hverandre (Vareide 2001). Det å kunne spørre kolleger og å diskutere med hverandre inngår som en viktig del av tilbakemeldingssystemet. Mange sykepleiere er opptatt av å gi hverandre tilbakemeldinger, og mener dette er viktig i forhold til deres faglige og personlige utvikling. Å gi hverandre tilbakemeldinger kan være med å stimulere til refleksjoner over sine handlinger (Gran 2002). Å reflektere over egne handlinger, selvrefleksjon, fremmer utvikling av sykepleiekompetanse i praksis. Ved en bevisst bruk av selvrefleksjon er dette med på å fremme utvikling av sykepleiekompetanse som igjen er med på å styrke dermed kvaliteten på arbeidet. Ved å fokusere på den typen selvrefleksjon som fokuserer på å bygge opp selvrespekt og selvtillit hos den enkelte fremfor å fokusere på kritikk og feil kan føre til at den enkelte selv tar mer ansvar for å utvikle og forbedre sin kompetanse. Dette krever igjen planlegging og tilrettelegging for at dette skal kunne skje systematisk (Lenburg 2000). Ifølge Vareide (2001) etterlyses konkrete tilbakemeldinger fra ledelsen vedrørende jobben sykepleierne gjør. Det er ønske om mer ros og systematisk evaluering av arbeidet for å ivareta muligheten til forbedringer (Vareide 2001).

Praksisfellesskapet er slik jeg ser det bærer av den ”tradisjonelle” kompetanseutviklingen, hvor kompetanse utvikles gjennom erfaring og øvelser i situasjoner. Utvikling av kompetanse i praksisfellesskap er noe som foregår fortløpende under arbeid, enten bevisst eller ubevisst. Andre uformelle læringsarenaer som kurs og internundervisning kommer i tillegg til det som foregår i praksisfellesskapene. I min oppgave vil jeg undersøke og beskrive hvilke kompetanseutviklingstiltak sykepleierne deltar i. Herunder læring gjennom praksisfellesskap og ulike kurs og internundervisning. Jeg vil også undersøke om sykepleierne opplever at kompetansen deres blir anvendt.

2.4.4 Anvendelse av kompetanse

Det er viktig at kompetansen til sykepleierne blir utnyttet og anvendt. Ved å utnytte kompetansen deres kan målene om økt kvalitet og høy kvalitet på tjenestene innfris. Ved at kompetansen i praksisfellesskapet blir anvendt, og det er muligheter for læring og faglig utvikling gir dette dermed resultater i form av høy kvalitet på arbeidet som utføres (Sosial og helsedirektoratet 2005; Thidemann 2005) Når jeg i denne oppgaven snakker om anvendelse av kompetanse mener jeg anvendelse av sykepleiernes kunnskap og kompetanse i forhold til ulike prosedyrer eller andre klinisk pasientrettede oppgaver og anvendelse i forhold til å dele kompetanse med kolleger på ulike arenaer.

Det er flere forhold som er påvirkningsfaktorer når det gjelder kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse. Som nevnt har flere studier vist at avdelingssykepleiere spiller en viktig rolle som støttespillere og tilretteleggere når det gjelder kompetanseutvikling (Beal et.al 2008; Bjørk et.al 2007; Munro 2008). Avdelingssykepleiere og ledelse høyere opp i organisasjonen tillegges mesteparten av ansvaret for at kompetansen til hver enkelt medarbeider/sykepleier blir anvendt (Bjørk 2001, 2007; Sosial og helsedirektoratet 2008; Thidemann 2005, Tørstad et.al 2007, Vareide 2001). I fasen som gjelder anvendelse av kompetanse kan organisasjonen høste fruktene av arbeidet med å skaffe og utvikle kompetansen. En viktig dimensjon når det gjelder utnyttelse av kompetanse er hvordan den er organisert. Kunnskap og ferdigheter kan ikke anvendes uavhengig av de strukturer og prosesser de fungerer innenfor, de legger *føringer* for kompetanseutnyttelse. Dette er et stort område og fundamentalt et spørsmål om hvordan arbeidsdelingen i organisasjonen er. I utgangspunktet dreier all organisasjon seg om å anvende menneskelig kompetanse best mulig i forhold til ett eller flere mål. Sett fra et perspektiv på betydning av organisasjonsutforming, jobbrotasjon og medbestemmelse er områdene overførbarhet, organisasjonsutforming, stabilitet eller endring, spesialisering og despesialisering, involvering, medvirkning og motivasjon sentrale emner. Hvordan organisasjonen er oppbygd har betydning for utnyttelsen av kompetanse. En måte å utnytte kompetanse på er rotasjon, det å la medarbeidernes kompetanse flyte mellom forskjellige deler av organisasjonen er en måte å utnytte den på. Nye personer med erfaring fra andre områder, og med andre måter å se situasjoner på vil ofte være et verdifullt supplement til en avdeling, stab eller arbeidsgruppe kan resultere i at den samlede kompetansen utnyttes bedre og at evnen til å mestre endring styrkes. Et ytterligere aspekt ved organisasjonen som kan påvirke utnyttelse av kompetanse er graden av involvering og medvirkning fra de ansatte i arbeidet og beslutningsprosessene.

Anvendelse av kompetanse avhenger også av personalets motivasjon til å arbeide, drivkraften til å utføre jobben best mulig. Insentiver eller belønninger betraktes som viktige forklaringsfaktorer for individuell arbeidsmotivasjon. Det er også snakk om ytre og indre belønninger, hvor indre belønninger går på følelsen av å lykkes eller mislykkes med noe de ønsker å oppnå, bedre mestring av arbeidet, økt personlig kompetanse, høyere selvtillit, selvrealisering, følelse av felleskap med andre. De ytre belønningne går på økt lønn, frynsegoder, status og anerkjennelse for arbeidsutførelsen (Nordhaug 1998). Funn fra Dæhlen et.al (2009)s studie viser at mange sykepleiere med videreutdanning går i vanlige sykepleierstillinger, og mange sykepleiere har ikke endringer i arbeidsoppgaver eller lønn etter endt videreutdanning. På bakgrunn av dette kan man spørre seg om arbeidsgiver er flink nok til å ta i bruk kompetansen sykepleiere får gjennom videreutdanning (Dæhlen et.al 2009), og hva som er motivasjonen til sykepleierne til å ta videreutdanning eller andre former for kompetanseutvikling.

Omfanget av arbeidsoppgaver på en sykehusavdeling og travelhet på avdelingen er en faktor som påvirker hvorvidt denne kompetansedelingen finner sted. En studie av Thidemann (2005) viser at rutineoppgaver og andre nødvendige oppgaver må prioriteres når det er hektisk på avdelingen, dermed faller kompetansedelingen bort. Hektiske perioder i avdelingene gjør at sykepleierne må holde fokus på å utføre det nødvendigste knyttet til pasienten. At kompetansedelingen faller bort innebærer at sykepleierne ikke får anvendt sin individuelle kompetanse fullt ut og heller ikke får tid til å dra nytte av kollegers kompetanse. Når det er for mange pasienter på avdelingen og omfanget av arbeidsoppgaver som må gjøres blir for omfattende fokuseres det på å bli ferdig med det som absolutt må gjøres i løpet av dagen. Det blir ikke tid til å fokusere på kompetanseutvikling og utnyttelse (Thidemann 2005, Dæhlen et.al 2009). Studien til Thidemann (2005) synliggjør tre sentrale komponenter som gjensidig påvirker hverandre når det gjelder læring og utvikling av kompetanse i praksisfellesskapet; Pasientkomponent, kompetansekompoment og lederskapskomponent. Pasientkomponenten omfatter antall pasienter, kompleksiteten i pasientsituasjoner og endringer i pasientsituasjonene og er ofte en uforutsigbar faktor. Kompetansekompomenten omfatter den totale kompetansen som finnes i praksisfellesskapet på den enkelte vakt, blant sykepleierne og den generelle bemanningssituasjonen. Lederskapskomponenten er tilstedeværelsen av lederskapet i praksisfellesskapet. Tilstedeværelse handler om at virksomhetsledere må gjøre kontinuerlige analyser av pasientkomponenten og sammenholde denne med kompetansekompomenten. Deretter må analysene legges til grunn når det fattes beslutninger om nødvendige ressurser og effektivering av beslutningene. Unnlattelse av å gjøre dette

medfører at læring og utvikling av kompetanse oppleves som tilfeldig, når muligheten byr seg. Når omfanget av arbeidsoppgaver blir for omfattende deaktiveres mye av den kompetansen som finnes i praksisfellesskapet. Den er der, men benyttes i liten grad. Studien viser at de avdelingene som unnlater å gjøre de nødvendige analysene kan "surfe" på et godt miljø i en god stund. Når kompetansen i praksisfellesskapet i liten grad benyttes og mulighetene for læring og utvikling forblir marginale, får dette konsekvenser i form av dårligere kvalitet på arbeidet og sykepleierne sier opp stillingen. Studien viser at når virksomhetslederne unnlater å gjøre kontinuerlige og faglige analyser av pasientkomponenten og kompetansekompenten, men vurderer virksomheten ut fra kontekstløse abstraksjoner i form av begreper, tall, skjema og prosedyrer får dette ringvirkninger for praksisfellesskapet. I hektiske perioder tvinges sykepleierne til å endre fokus som en mental beskyttelse. Fokusendringen innebærer en dreining i oppmerksomhet fra pasienten og til å utføre det nødvendige knyttet til pasienten. De kaller det "å handle etter skjema". Skjemaet blir det sentrale kognitive og instrumentelle verktøyet i samhandling med pasienten, og medfører at de ikke får brukt sin individuelle kompetanse fullt ut eller drar nytte av den totale kompetansen som er tilstede i praksisfellesskapet. Studien viser at mulighet for læring og kompetanseutvikling er sterkt influert av politiske, menneskelige, organisatoriske og økonomiske beslutninger og tiltak. Det reelle ressursbehovet kamufleres og hindrer sykepleierne i å nyttiggjøre seg de mange og potensielle mulighetene for læring og kompetanseutvikling som bestandig er tilstede som følge av arbeid og læring i praksisfellesskap (Thidemann 2005). Dette peker i retning av at tid og hektiske dager er en faktor som ser ut til å påvirke hvorvidt kompetansen til sykepleierne kommer til anvendelse, og at det ofte kun er tid til å gjøre rutinearbeidet knyttet til pasientene.

Vareide (2001) nevner også hektiske dager som påvirkningsfaktor for anvendelse og utvikling av kompetanse. Samtidig brukes det dessuten mye tid på oppgaver som andre yrkesgrupper kunne ha utført. Rydding, oppfylling av utstyr, portør oppgaver, sekretær oppgaver og kjøkken oppgaver blir nevnt. Ifølge Vareide (2001) opplever flere sykepleiere en økt arbeidsmengde av forefallende arbeid de siste årene, som for eksempel mer matlaging og rengjøring. Dette kan sees i sammenheng med nedbemanning som følge av dårlig økonomi ved sykehusene. Yrkesgrupper som rengjøringspersonale, hjelpepleiere, kjøkken og portørtjenester reduseres noe som øker spennvidden i sykepleierrollen og gir økt arbeidsmengde. Flere sykepleiere hevder også at de må overta stadig flere oppgaver fra legene. For eksempel ulike former for papirarbeid og rekvirering av prøver. Flere sykepleiere mener å ha en mer helhetlig kompetanse enn andre yrkesgrupper i sykehus ved at de skal

kunne gjøre litt av alt (Vareide 2001). Funn fra disse ovennevnte studiene gjør det interessant å videre i min oppgave se på i hvilke situasjoner og i hvilken grad sykepleierne opplever at kompetansen deres blir anvendt. Videre å se om de opplever at faktorer som tid, motivasjon og ledelse påvirker deres anvendelse av kompetanse.

En studie gjort på klinisk spesialistprogram viser at deltakerne i programmet opplevde økt bruk av kompetansen de utviklet under programmet. Det var en felles opplevelse for sykepleierne at kompetansen deres spesielt ble utnyttet i det kliniske pasientarbeidet, og at kompetansen ble mindre eller ingenting benyttet som ressurs for sine kolleger (Bjørk et.al 2007). Samtidig som sykepleierne opplever å bli lite eller ikke brukt som ressurser for kollegene sine sier studien at avdelingssykepleierne hadde forventninger om at de kliniske spesialistene på avdelingen skulle være rollemodeller, dele sin kunnskap, og lære bort til kollegene sine. For eksempel ble det forventet at de kunne bruke den nyervervede kunnskapen om forskning og annen kunnskap i faglige diskusjoner. Dette kan tyde på at det ikke foreligger en strategisk plan for anvendelse av kompetanse. Sykepleierne opplever at kompetansen deres blir lite anvendt som ressurs for kollegene sine samtidig som det ligger forventninger fra avdelingssykepleier at sykepleierne deler kunnskapen med kollegene (Tørstad et.al 2007).

I praksisfellesskap kan kolleger dele sin kompetanse med hverandre. Kompetansedelingen er en faktor som fører til kompetanseutvikling (Thidemann 2005). Slik jeg ser det innebærer kompetansedeling også at den som deler kompetansen dermed anvender sin kompetanse i form av opplæring eller veiledning av kolleger.

2.5 Oppsummering

Litteraturen viser at ledelsen tillegges mye ansvar i forhold til utvikling og anvendelse av kompetanse. En strategisk planlegging av kompetanse, og styring av kompetanse er viktig. Det er viktig at avdelingssykepleier og sykepleier samarbeider om kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse. Konsekvensene av dårlig samarbeid mellom disse kan være at de mister de muligheten til å forbedre kliniske behov og neglisjerte områder på sine avdelinger.

Ut fra kompetansekjeden ser man at det er flere faktorer som er viktig å se på når det gjelder kompetanse. Elementene i kompetansekjeden er nært knyttet til hverandre og påvirker

hverandre. Litteraturen viser at kompetanse alene ikke gir noen verdi, men at det er først når den kommer til anvendelse at den kan tilføre organisasjonen verdi. Kompetanse er noe som krever strategisk planlegging i forhold til utvikling og anvendelse. Det kreves at organisasjonen har en oversikt over hva slags kompetanse den besitter slik at spisskompetanse kan anvendes.

Litteraturen som er gjennomgått viser at det er nødvendig at sykepleiere vedlikeholder og utvikler sin kompetanse slik at kvaliteten på arbeidet i sengeposten forbedres og opprettholdes. Dette har betydning for hver enkelt sykepleier, for sykehuset som organisasjon og ikke minst for pasientene.

Ifølge litteraturen ser det ut til at sykepleierne ofte har en opplevelse av at hektiske dager gjør at de kun har tid til å gjøre det aller viktigste arbeidet i forhold til pasientene. Dette medfører at sykepleierne ikke får utnyttet sin individuelle kompetanse fullt ut og heller ikke får tid til å dra nytte av kollegers kompetanse. De hektiske arbeidsdagene fører til at omfanget av arbeidsoppgaver blir omfattende. Konsekvensen av dette er at sykepleierne må fokusere på å bli ferdig med det som absolutt må gjøres i løpet av dagen, og det blir ikke tid til å fokusere på kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse.

3.0 DESIGN OG METODE

Dette kapittelet omhandler studiens design og forskningsmetode. Jeg vil redegjøre for valg av design og metode, spørreskjema som metode, utvalg, datainnsamling og gjennomføringen av spørreundersøkelsen.

3.1 Design

Forskningsdesignet er den overordnede planen for å utvikle et forskningsspørsmål i en studie. Jeg har valgt å benytte deskriptivt forskningsdesign som har som formål å observere, beskrive og dokumentere aspekter i situasjoner som bidrag til hypotesegenerering eller teoriutvikling (Polit, Beck 2008). Denne type design passer godt til mine forskningsspørsmål hvor formålet er å beskrive hvilke kompetanseutviklingstiltak sykepleiere på sengepost deltar i og hvordan de opplever at kompetansen deres blir anvendt.

3.2 Metode

Forskningsmetoden vil si hvordan man innhenter og analyserer data til en studie på en systematisk måte (Polit et.al 2008). Jeg har valgt å benytte kvantitativ metode med spørreskjema som datainnsamlingsinstrument, som er en strukturert form for innhenting av data. Bakgrunnen for valget av metode var et ønske om å gå bredt ut og få en oversikt over ulike kompetanseutviklingstiltak sykepleierne har deltatt i, og om sykepleiere opplever at kompetansen deres bli anvendt.

3.3 Setting for studien

Studien er utført på et større sykehus på Østlandet. Det første som ble gjort var å sende en formell forespørsel til det aktuelle sykehuset om tilgang til å få gjennomføre en spørreundersøkelse. Sammen med søknaden ble det sendt en prosjektbeskrivelse. Da forespørselen ble godkjent fikk jeg oppnevnt to kontaktpersoner som fungerte som døråpnere i det videre arbeidet med å komme inn på fire sengeposter, henholdsvis to medisinske og to kirurgiske. For å rekruttere respondenter ble det sendt ut informasjon om spørreundersøkelsen

på e-post til alle sykepleierne på sengepostene. For å opprettholde anonymitet ble informasjonen på e-post sendt via kontaktsykepleierne til de fire seksjonssykepleierne, som igjen sendte ut e-post til alle sine sykepleiere.

På to av postene ble det delt ut spørreskjemaer og satt av tid til å besvare disse på personalmøter. Resten av spørreskjemaene ble satt ut på egnet sted hvor alle sykepleierne lett kunne finne frem til skjemaene. Til alle fire postene laget jeg en eske tydelig merket spørreskjemaer, og en lukket eske til besvarelser. Sammen med eskene ble det satt frem en bolle med twist sjokolade, med hensikt å fange oppmerksomheten til sykepleierne. I tillegg til at det i forkant av spørreundersøkelsen ble sendt ut e-post med informasjon om spørreundersøkelsen til samtlige sykepleiere fulgte det et utfyllende informasjonsskriv på spørreskjemaets første side.

3.4 Utvalg

En populasjon består av individer som har de samme karakteristikkene, og er den gruppen individer en vil generalisere funnene til (Lund 2002, Polit et.al 2008). Populasjonen i denne studien er alle sykepleiere i Norge som jobber på sengeposter i sykehus.

Utvalget er en mindre gruppe av populasjonen, og er den gruppen som representerer populasjonen (Lund 2002, Polit et.al 2008). I denne studien ble det foretatt et bekvemmelighetsutvalg som innebærer at det er gjort en selektiv rekruttering av respondenter som fungerer som utvalg for studien. Bakgrunnen til at denne utvalgsmetoden er benyttet var pågående omorganiseringsprosesser i sykehuset i den aktuelle tidsperioden spørreundersøkelsen ville foregå. En omorganiseringsprosess som denne medfører ustabilitet i organisasjonen som direkte ville påvirket den aktuelle problemstillingen til studien. For at utvalget skulle være minst mulig berørt av omorganiseringsprosessen ble utvalget trukket fra to medisinske og to kirurgiske sengeposter som ikke var direkte involvert.

Inklusjonskriterier for studien er alle sykepleiere, både de som kun har grunnutdanning og sykepleiere med videreutdanning eller har deltatt i andre kompetanseutviklingstiltak, som jobber på medisinske eller kirurgiske sengeposter. Eksklusjonskriterier for studien er sykepleiere med lederansvar (avdelingssykepleiere), sykepleiere som jobber ved spesialiserte avdelinger som anestesi, operasjon, poliklinikk, psykiatriske avdelinger, barsel og fødeavdelinger.

3.5 Utvikling av datainnsamlingsinstrument

Jeg har utformet mesteparten av spørsmålene i spørreskjemaet på egenhånd. Dette på bakgrunn av at jeg ikke har funnet eksisterende spørreskjemaer som passet til problemstillingen min. Spørreskjemaet er forankret i litteraturen som er presentert i kapittel 2. I tillegg har jeg latt meg inspirere av ulike spørreskjemaer jeg har funnet hvor noen av spørsmålene har vært relevante å bruke (Bjørk 2001, 2007; Hardwick, Jordan 2002; Dæhlen et.al 2009; Tørstad 2007; Vareide 2001; Voldhuset 2007).

Utviklingen av spørreskjemaet har vært en prosess med flere faser. I den første fasen av instrumentutviklingen har jeg gått systematisk gjennom oppgavens litteraturgjennomgang. Under en systematisk gjennomgang har jeg funnet hvilke temaer som skal berøres og dannet et bilde og en oversikt over hva det er jeg trenger og hva jeg ønsker å finne ut mer om. Ved å forankre spørreskjemaets innhold i litteraturgjennomgangen sikrer jeg meg et godt grunnlag for at spørsmålene berører de områdene jeg er opptatt av å finne mer om, og dermed et grunnlag for diskusjons kapitlet. I neste fase ble temaene jeg ønsket å berøre delt inn i tre kategorier. Jeg hadde i tillegg en fjerde kategori hvor jeg valgte å ha med bakgrunn, med demografiske variabler om kjønn, utdanning og arbeidsforhold. Hovedkategoriene ble følgende:

- I Bakgrunn
- II Ervervelse av kompetanse
- III Anvendelse av kompetanse
- IV Påvirkningsfaktorer for utvikling og anvendelse av kompetanse

Faser i utvikling av spørreskjema	Bakgrunn
1) Systematisk gjennomgang av litteratur	Finne hovedtemaer som skulle inkluderes i spørreskjema
2) Dele hovedtemaene inn i mindre kategorier i spørreskjema	Kategoriene ervervelse av kompetanse, anvendelse av kompetanse og påvirkningsfaktorer for utvikling og anvendelse av kompetanse. Tillegskategori: Bakgrunn
3) Fremlegg av spørreskjema for medstudenter	For innspill på spørsmålsformuleringer, relevans av spørsmål og målenivåer
4) Revidering av spørreskjema	På bakgrunn av innspill fra medstudenter
5) Spørreskjemaet vurdert av ekspertpanel	For å få innspill på spørsmålsformulering, tid o.l
6) Revidering av spørreskjema	På bakgrunn av tilbakemeldinger fra ekspertpanelet
7) Endelig spørreskjema ferdigstilt	Spørreskjema sendes ut

Fig. 4: Faser i utvikling av spørreskjema

3.5.1 Utforming av spørsmål

To viktige elementer i en spørreskjemaundersøkelse er *hvem vi skal spørre*, og *hvordan spørsmålene bør stilles* for at man skal få svar på det man er ute etter (Haraldsen 1999). Utvalget i min studie er sykepleiere som alle har høyere utdanning i form av grunnutdanning i sykepleie. Noen av respondentene forventes også å ha utdanning utover dette. Jeg har derfor vurdert det slik at respondentene er personer som er ressurssterke, har gode leseferdigheter og gode evner til å være i stand til å fylle ut spørreskjema (Polit et.al 2008).

Spørsmålene ble systematisk utviklet ut i fra de ulike kategoriene i spørreskjemaet. Etter en gjennomgang av tidligere forskning og teori, som er presentert i kapittel 2, ble det skrevet ned alle mulige spørsmål jeg ønsket å få svar på innen de ulike kategoriene. Det ble lagt mye jobb i å sikre at spørsmålene skulle være tydelige, og spørre om en ting av gangen. Underveis i spørsmålsutviklingen ble det kontinuerlig vurdert spørsmålets relevans for tema og forskningsspørsmål. Spørsmål som falt utenfor studiens tema og problemstilling ble luket ut etter systematisk gjennomgang i forhold til relevans for studien. Under hele prosessen hadde jeg i bakhodet hvilke mål de forskjellige dimensjonene skulle ha. Denne formen for spørsmålsutvikling er teoristyrte og kalles dimensjonsanalyse. En dimensjonsanalyse er en vanlig form for spørsmålsutvikling og består av tre faser. I den første fasen avklares hvordan en forholder seg til relevant teori på det området spørreskjemaet skal gjelde. I den andre fasen gjelder det å skille fra hverandre de aspektene som faller innenfor studieområdet og temaer som faller utenfor. Den tredje fasen består av å finne frem til mål for de ulike dimensjonene (Haraldsen 1999).

Når det gjelder utvikling av kompetanse foregår dette på forskjellige arenaer, både formelle og uformelle. Formålet med oppgaven min er å beskrive hvilke kompetanseutviklingstiltak sykepleierne deltar i. For å finne ut av dette har jeg i første omgang av spørreskjema utviklingen gått til litteraturen for å finne ut i hvilke situasjoner kompetanseutvikling forekommer. En stor del av den uformelle læringen foregår på arbeidsplassen og skjer ofte fortløpende under arbeid og gjennom samarbeid med kolleger. Respondentene har blitt bedt om å oppgi i hvilken grad og hvor ofte ulike aktiviteter på arbeidsplassen foregår med hensikt å finne kompetanseutvikling som foregår under arbeid. Det er også spurt om hvor ofte det er avsatt tid til konkrete strukturerte uformelle kompetanseutviklingstiltak på arbeidsplassen og eksternt. Videre er respondentene spurt om i hvilke situasjoner de opplever at kompetansen deres utvikles, for å finne ut hvilken

kompetanseutviklende effekt ulike kompetanseutviklingstiltak gir. Den samme strategien er brukt i forhold til den delen av spørreskjemaet som omhandler sykepleieres opplevelse av hvorvidt kompetansen deres anvendes. Her blir de spurt om i hvilke ulike situasjoner de opplever at kompetansen deres kommer til anvendelse og spørsmål om ledelse i forhold til kompetanseanvendelse. Siste del av spørreskjemaet omhandler påvirkningsfaktorer til utvikling og anvendelse av kompetanse.

3.5.2 Svaralternativer

Det er hovedsakelig benyttet lukkede spørsmål i spørreskjemaet. Hovedsakelig er dette valgt for å forenkle analysearbeidet da spørreskjemaet inneholder mange spørsmål. Svakheter ved å bruke lukkede spørsmål kan være at de vanskelig fanger opp viktige svar som ikke lar seg standardisere i et lukket format, og respondenten tvinges til å svare et alternativ som ikke er rett for vedkommende (Polit et.al 2008). For å forsøke å minske faren for at dette skjer er det brukt Likert skala med kategoriske svaralternativer i mesteparten av spørreskjemaet. Det er valgt å bruke fem graderingsmuligheter fra ”I svært stor grad/svært ofte” til ”Ingen grad/Aldri”. Grunnen til at fem svaralternativer er brukt er for å gi respondentene mulighet til å svare nøytralt, og dermed sikre at spørsmålet blir besvart slik at en unngår å få mange ubesvarte spørsmål. Ved å bruke fire kategorier tvinges respondenten til å ta et standpunkt, og det er en viss risiko for at respondenten velger å ikke besvare dersom han ikke har en bestemt mening om spørsmålet (Haraldsen 1999, Polit et.al 2008). Mulighet for en gradering av svaralternativene vil dessuten sørge for at spørsmålet ikke er ledende. Det er også etterstrebet å lage detaljerte spørsmål og svaralternativer for å sikre å få svar på det jeg søker å finne svar på. Det er riktignok i tillegg benyttet noen åpne spørsmål som er ment å fungere som ”krydder” til presentasjon av resultatene. Åpne spørsmål har vært tilknyttet lukkede spørsmål hvor for eksempel respondenten har hatt mulighet til å krysse ”Annet”, hvor respondenten kan spesifisere dette hvis ønskelig. Spørreskjemaets siste spørsmål ”*Har du noen forslag og erfaringer om hvordan din spesifikke kompetanse kan anvendes?* ”er åpent spørsmål som kun ment å fungere som ”tilleggs-krydder”. De åpne spørsmålene vil ikke bli systematisk analysert med mindre de gir oppsiktsvekkende funn, og det er temaer som gjentar seg.

3.5.3 Ekspertpanel

Når første utkast av et utformet spørreskjema er ferdig bør det vurderes av et ekspertpanel (Polit et.al 2008). Første utkast av spørreskjema ble vurdert av et ekspertpanel, samt medstudenter på seminardag. På bakgrunn av tilbakemeldingene som kom fra ekspertpanelet og medstudentene ble spørreskjemaet revidert. Ekspertpanelet som har vurdert spørreskjema hadde visse kriterier for hvilke egenskaper ekspertene skulle ha. Det var viktig at de var sykepleiere med arbeidserfaring som sykepleier, og dersom de ikke for tiden jobbet i sykehus måtte de ha kjennskap til hvordan en sengepost vanligvis fungerer da spørsmålene er tilpasset sykepleiere som arbeider på sengepost. Ekspertpanelet bestod opprinnelig av seks personer hvorav to trakk seg. Alle ekspertene hadde sykepleie som grunnutdanning og bred arbeidserfaring, en hadde i tillegg doktorgrad, to hadde mastergrad i sykepleievitenskap, og en hadde videreutdanning i anestesisykepleie. Følgende kriterier ble vurdert av ekspertpanelet; hvor lang tid det tok å fylle ut spørreskjemaet, om spørsmålsformuleringene var klare og forståelige, om det var noen spørsmål som virket irrelevante, eventuelt om de mente det var noe som manglet, spørsmål som gjentar seg og formulering av begreper.

Spørreskjemaet ble revidert ut ifra tilbakemeldingene, deretter ferdigstilt og utsendt til sykehuset for godkjenning.

3.5.4 Reliabilitet og validitet

Det er viktig å sørge for at spørreskjemaet er av høy reliabilitet og validitet når kvaliteten på spørreskjemaet vurderes (Lund 2002; Polit et.al 2008). En spørreundersøkelses reliabilitet avhenger av at instrumentet gir konsistente og nøyaktige målinger av de kjennetegn en er mest opptatt av. Reliabilitet er et hovedkriterie når det gjelder å bestemme instrumentets kvalitet og nøyaktighet. Det går ut på at instrumentet skal være pålitelig til å måle den eller de egenskapene som skal måles. Når en skal vurdere reliabiliteten i instrumentet kan en se på hvordan spørsmålene er stilt, om de er laget slik at flere spørsmål søker svar på det samme. Jo mindre variasjon et instrument måler desto høyere reliabilitet (Polit et.al 2008). Reliabilitet og validitet er avhengige av hverandre, det vil si at et måleinstrument som ikke er reliabelt kan heller ikke være valid. Validitet er et viktig kriterie for å vurdere instrumentet og det sier noe om i hvilken grad instrumentet måler *det* det skal måle (Polit et.al 2008). Spørreskjemaets validitet refererer til i hvilken grad slutninger i en studie er nøyaktige og velbegrunnede (Polit

et.al 2008). En måte å sikre validitet i spørsmålene som stilles er å sørge for begrepsvaliditet. Når det gjelder bruk av begrep som ikke er direkte observerbare blir disse operasjonalisert til empirisk observerbare indikatorer (Kleven, Hjørdemaal, Tveit 2002). Som et eksempel på dette har jeg operasjonalisert begrepet arbeidsmotivasjon. Da det kan være ulike oppfatninger av begrepets betydning har jeg etterstrebet å operasjonalisere begrepet til indikatorer slik det defineres i litteraturen. Dette er gjort for å unngå ulike tolkninger av begrepet og for å forsikre meg at jeg får svar på det jeg spør om. Ved å gå til litteraturen fant jeg hvordan arbeidsmotivasjon ble definert, dermed ble begrepet operasjonalisert til observerbare fenomen som fungerte som indikatorer i spørsmålsformuleringen. (Kleven et.al 2002). For eksempel blir insentiver eller belønninger betraktet som viktige forklaringsfaktorer for opplevelsen av arbeidsmotivasjon (Nordhaug 1998). Indikatorene på indre og ytre belønninger ble brukt i spørsmålet for å måle arbeidsmotivasjon. Det ble listet opp hva som går på ytre og hva som går på indre belønninger, respondenten ble bedt om å gradere opplevelsen av disse. De indre og ytre belønningene som er nevnt her ble begrepsindikatorer i spørsmålet. Resultatene jeg får på dette spørsmålet vil dermed fortelle meg noe om hvordan respondenten opplever indre og ytre belønninger, som jeg kan knytte opp mot operasjonaliseringsbegrepet motivasjon. Dermed kan jeg si noe om respondentenes motivasjon.

3.6 Forskningsetiske overveielser

På spørreskjemaets forside ble det vedlagt et informasjonsbrev til sykepleierne som ble tilbudt å delta i spørreundersøkelsen hvor de blir informert om hva undersøkelsen gikk ut på og hvilke rettigheter de hadde som respondenter. Spørreundersøkelsen har foregått anonymt, det er ikke innhentet noen opplysninger som kan føre funn direkte tilbake til respondenten, heller ikke bruk av kodesystem som kan føre tilbake til respondenten. Dette ble respondentene informert om i informasjonsbrevet. Med mange potensielle respondenter i undersøkelsen ble det i informasjonsbrevet informert om at dersom respondenten svarer på spørreskjemaet og sender det tilbake ansees dette som samtykke til å delta.

Da personlige opplysninger eller sensitive opplysninger ikke skulle innhentes var det ikke nødvendig å søke personvernombudet (NSD AS 2011). Undersøkelsen er gjort anonymt, det vil si at respondentene ikke er identifiserbare. Det er heller ikke et beskyttelsesbehov tilstede som skulle utløse plikt til å legge frem studien for regional etisk forskningskomite (REK 2009).

Det ble i forkant av spørreundersøkelsen innhentet formell tillatelse av sykehuset.

3.8 Analyser

Arbeidet med å analysere dataene fra spørreskjemaet har foregått i flere faser. Først ble det gjort frekvensanalyser av samtlige spørsmål i spørreskjemaet, en komplett oversikt over disse finnes i vedlegg til oppgaven.

Datamaterialet er analysert i statistikkprogrammet "Predictive Analytics Software (PASW)". I kapittel 4, Presentasjon av funn, har jeg har valgt å slå sammen verdiene "I svært stor grad" og "I stor grad" da det er lite som skiller mellom disse. På samme måte er verdiene "I noen grad" og "I liten grad" slått sammen. Det er gjort frekvensanalyser av samtlige av disse spørsmålene.

I tillegg til frekvensanalyser er det gjort noen analyser i krysstabell på spørsmål hvor det har vært relevant for å finne ulike sammenhenger. For å undersøke om sammenhengene er signifikante er det gjort kji-kvadrat test. Signifikansnivået som benyttes i testene er på 0,05 (5%) som innebærer at resultat fra kji-kvadrattest som viser mer enn dette regnes ikke å være signifikante, dermed forkastes hypotese om sammenheng mellom variablene (Pallant 2007).

4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen som ble gjort i forbindelse med studien. Spørreskjemaene ble utdelt på et større sykehus i Østlandsområdet til fire sengeposter, henholdsvis to medisinske og to kirurgiske sengeposter. Antall spørreskjemaer som ble levert ut var totalt 76 stykker. Av disse fikk jeg tilbake 60 spørreskjemaer, dette utgjør til sammen en svarprosent på 79%.

Funnene presenteres i dette kapitlet i tabeller, grafer og tekst der frekvensen/forekomsten vises i prosent og antall. En komplett oversikt over funn hvor resultat fra samtlige spørsmål og hvordan de er scoret er presentert i tabeller som finnes i vedlegg til oppgaven.

Først i dette kapitlet presenteres utvalget, deretter presenteres funn som er gjort innen kategoriene; *”ervervelse av kompetanse”*, *”anvendelse av kompetanse”* og *”påvirkningsfaktorer for utvikling og anvendelse av kompetanse”*.

4.1 Presentasjon av utvalget

De demografiske funnene beskriver utvalget, og inkluderer respondentenes alder og kjønn, videre hva slags utdanning de har, om de er under videreutdanning, type stilling de arbeider i, og hva slags sengepost de jobber på. Ved å innhente disse opplysningene har jeg skaffet et bilde av hvem respondentene mine er. I presentasjonen av funn videre vil utvalget bli presentert som henholdsvis respondenter og sykepleiere.

4.1.1 Kjønn og Alder

For å vise utvalgets alder og hvordan kjønnsfordelingen i utvalget fordeler seg er det satt opp en tabell med begge variablene.

Tabell 1

Kjønnsfordeling i de ulike aldersgruppene vist i antall

	20 til 30 år	31 til 40 år	41 til 50 år	51 til 60 år	Totalt
Menn	3	2	1	0	6 (10%)
Kvinner	20	15	12	4	51 (90%)
Totalt	23	17	13	4	N=57

Utvalget består av hele 90% kvinner og 10% menn (N=57), dette var ikke helt uventet da sykepleieryrket generelt har et flertall av kvinner. Andelen mannlige sykepleiere i Norge har vært rundt 10% siden 80-tallet (Løvstad 2011). Når det gjelder gjennomsnittsalderen til utvalget (N=57) er denne på 35 år.

4.1.2 Utdanning og stilling

I tabellen nedenfor presenteres funn som viser hva slags utdanning respondentene har.

Tabell 2

Respondentenes fullførte utdanning, og pågående utdanning

Type utdanning	Fullført utdanning	Pågående utdanning
Grunnutdanning	60 (100%)	-
Videreutdanning	5 (8.3%)	4 (6.7%)
Mastergrad	-	-
Klinisk stige	2 (3.3%)	1 (1.7%)
Andre	5 (8.3%)	5 (8.3%)
N=60		

Samtlige av respondentene hadde grunnutdanning i sykepleie, noe som var inklusjonskriterie for deltakelse i spørreundersøkelsen. 8.3% (N=60) av utvalget har formell videreutdanning i sykepleie, 3.3% (N=60) var kliniske spesialister og 8.3% (N=60) har videreutdanning som ikke er sykepleierelatert, ingen har mastergrad (N=60). 6.7% (N=60) av utvalget var under videreutdanning da spørreundersøkelsen pågikk. 1.7% (N=60) var under klinisk spesialist godkjenningsprogram, og 8.3% (N=60) var under deltakelse i andre kompetanseutviklingstiltak.

Dette viser at kun en liten andel av utvalget hadde videreutdanning, og enda færre var kliniske spesialister. Funnene viser også at det var flere av respondentene som var under videreutdanning og andre kompetanseutviklingstiltak da spørreundersøkelsen pågikk. Med tanke på hva litteratur viser i forhold til at sykepleiere i stor grad tar videreutdanning var det overraskende å finne at en så liten andel av utvalget hadde videreutdanning.

Tabell 3

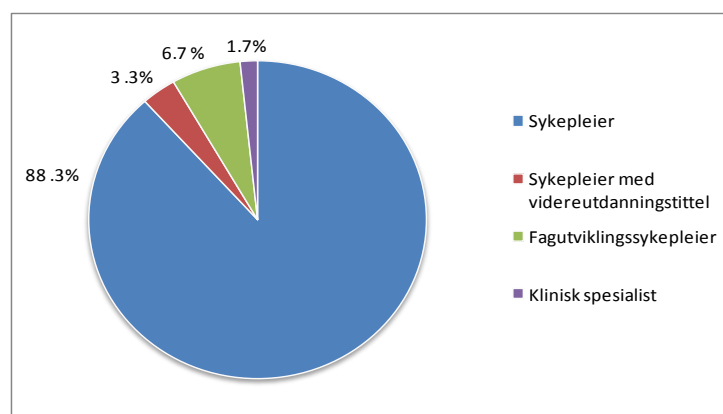
Ansettelsesforhold

	Alle respondenter (N=60)	Respondenter med videreutdanning (n=5)
Fast ansatt	(75%)	100%
Vikariat	25%	-
Medisinsk avdeling	53.3%	
Kirurgisk avdeling	46.7%	

Tabellen viser at av samtlige (N=60) respondenter var de fleste fast ansatt på sengeposten. Ved å kun se på de som hadde videreutdanning var samtlige (N=5) av disse respondentene fast ansatt. Antall respondenter fra medisinsk og kirurgisk avdeling fordeler seg med cirka like høy andel.

Fig. 5: Sykepleiernes stillingstitler

Diagrammet viser hvilken stillingstittel sykepleierne hadde. Det største området i blåfarge representerer de som



hadde tittelen ”*Sykepleier*” som gjelder de fleste respondentene med hele 88.3% (N=60). Det røde området med 3.3% (N=60) representerer sykepleierne med tittel som refererer til at de har en ”*formell videreutdanning i sykepleie*”. Grønt område består av sykepleiere med tittelen ”*Fagutviklingsykepleier*”, disse utgjør 6.7% (N=60) av respondentene. Området som er merket med lilla er det minste av alle områdene, her er sykepleiere med tittelen ”*Klinisk spesialist*” representert med kun 1.7% (N=60). Disse funnene viser at de fleste sykepleierne har tittel sykepleier. Det er få som har tittel i form av at de har videreutdanning, noe som er representativt i forhold til at det faktisk er en lav andel som hadde videreutdanning. Sammenlignet med de som har videreutdanning og de som har tittel som er relatert til videreutdanning ser man at ikke alle med videreutdanning har en stillingstittel som representerer videreutdanningen de har deltatt i.

4.1.3 Arbeidserfaring

For å se på utvalgets arbeidserfaring ble utvalget dikotomisert i de to gruppene ”Mindre enn 5 års erfaring”, og ”5 års erfaring eller mer”. Bakgrunnen for at det er satt et skille etter 5 år er gjort med utgangspunkt i Benner (1982)’s beskrivelser av kjennetegn ved erfaringsnivåene noviser til eksperter. Dermed regnes de sykepleierne som har mer enn fem års erfaring i denne oppgaven for å være erfarne sykepleiere, mens de resterende sykepleierne som mindre erfarne.

Funnene viser at 45% (N=49) er mindre erfarne med under fem års erfaring, mens 36.7% (N=49) har erfarne sykepleiere med minst fem års erfaring.

4.2 Ervervelse av kompetanse

I denne delen av oppgaven presenteres funnene fra delen av spørreskjemaet som omhandlet ervervelse av kompetanse. Kompetanse erverves både gjennom formell utdanning og uformell opplæring. I tillegg erverves kompetanse gjennom læring og arbeidserfaring. Funnene er delt inn i de tre hovedområdene; utvikling av kompetanse innen praksisfellesskap, individuelle erfaringer, formelle og uformelle kompetanseutviklingstiltak, samt oppmuntring fra ledelse.

4.3 Praksisfellesskap

Læring i arbeidslivet foregår i stor grad gjennom samhandling i praksisfellesskap. I praksisfellesskap kan det skapes rom for refleksjoner, faglige diskusjoner, og rådføring med erfarne kolleger og kolleger med spisskompetanse. Læring er en form for kompetanseutvikling som skjer fortløpende under arbeid og samarbeid mellom kolleger (Dæhlen et.al 2009; Eraut 2010; Lai 2004; Wenger 1998). Respondentene ble spurt i hvilken grad ulike aktiviteter som kan være kompetanseutviklende foregikk i praksisfellesskapet og i hvilke situasjoner de opplevde at kompetansen deres ble utviklet.

4.3.1 Aktiviteter i praksisfellesskap

På spørsmål om i hvilken grad respondentene opplever å ha et godt faglig praksisfellesskap har 83.3% (N=59) oppgitt at de i stor grad opplever dette. Respondentene ble spurt om i hvilken grad ulike aktiviteter foregikk i praksisfellesskapet.

Tabell 4

Aktiviteter i praksisfellesskap

	Stor grad	Liten grad	Ingen grad	N
Refleksjoner med kolleger	43 (71.7%)	16 (26.7%)	1 1.7%	60
Søker råd hos mer erfarne kolleger	53 (88.3%)	4 (6.7%)	3 (5%)	60
Søker råd hos kolleger med spisskompetanse	48 (80%)	12 (20%)	-	60
Faglige diskusjoner i ”her og nå situasjoner”	38 (63.3%)	22 (36.7%)	-	60
Planlagte faglige diskusjoner	26 (43.3%)	30 (50%)	2 (3.3%)	58
Faglige diskusjoner under veiledning	22 (36.7%)	34 (56.7%)	2 (3.3%)	58
Faglige diskusjoner på internundervisning	21 (35%)	35 (58.3%)	2 (3.3%)	58
Faglige diskusjoner på fagdager	27 (45%)	29 (48.3%)	2 (3.3%)	58

Over halvparten har oppgitt at det i stor grad foregår refleksjoner med kolleger, rådføring med kolleger, både som har mer erfaring og spisskompetanse innen bestemte områder. Når det gjelder funnene angående rådføring med kolleger med mer erfaring og spisskompetanse utpeker disse seg da flesteparten oppgir at dette er noe de ofte gjør. Hele 88.3% (N=60) har svart at de i stor grad søker råd hos erfarne kolleger, og 80% (N=60) søker ofte råd hos kolleger med spisskompetanse. De erfarne kollegene sitter på kompetanse som er utviklet gjennom erfaring som de kan dele med kollegene sine, erfaringskompetansen deres blir dermed brukt som en form for uformell opplæring.

Funnene peker i retning av at rådføring er en aktivitet som ofte forekommer i praksisfellesskapet. Ut ifra dette kan man si at rådføring er en kompetanseutviklende aktivitet, eller læringsform, som sykepleierne ofte deltar i.

Ved å se på utvalgets erfaring ser man at det er en liten overvekt av sykepleiere med mindre enn 5 års erfaring. Fra tidligere forskning (Thidemann 2005) vet man at det er naturlig at sykepleiere med lav erfaring drar nytte av mer erfarne kolleger ved å spørre om råd og hjelp. For å undersøke om det var slik at de med mindre erfaring rådførte seg med mer erfarne kolleger, og kolleger med spisskompetanse ble det foretatt en analyse i krysstabell hvor de dikotomiserte gruppene ”5 års erfaring eller mer”, og ”Mindre enn 5 års erfaring” ble krysstabulert med rådføring av kolleger med mer erfaring og kolleger med spisskompetanse.

Tabell 5

Rådføring mellom kolleger i forhold til erfaring

	Mindre enn 5 års erfaring (n=27)		5 års erfaring eller mer (n=22)	
	I stor grad	I liten grad	I stor grad	I liten grad
Søker råd hos kolleger med mer erfaring	26	1	17	5
Søker råd hos kolleger med spisskompetanse	20	7	18	4

Kji kvadrat test: P-verdi = 0.009

Tallene i tabellen representerer *antall* respondenter. Funnene gjort ut i fra krysstabuleringen peker i retning av at sykepleierne som er mindre erfarne oftere rådfører seg med kolleger med mer erfaring. Når det gjelder rådføring med kolleger med spisskompetanse peker funnene i

retning av at det ikke er store forskjeller mellom de to erfaringsgruppene. Kji kvadrat testen viste at p -verdi = 0.009, resultatet fra krysstabellen er derfor signifikant.

Faglige diskusjoner i løpet av arbeidsdagen er aktiviteter som potensielt kan være kompetanseutviklende. Under faglige diskusjoner blir det både utviklet ny kunnskap og kunnskapen blir anvendt av de som formidler den (Thidemann 2005). Faglige diskusjoner kan finne sted i ulike situasjoner. Respondentene ble spurt i hvilken grad de opplever at det er muligheter for faglige diskusjoner på ulike arenaer på arbeidsplassen. Ved å se på tabell nr. 4 ser man at faglige diskusjoner i ”her og nå” situasjoner utpeker seg da flest respondenter har oppgitt at faglige diskusjoner finner sted i disse situasjonene. I faglige diskusjoner blir det både utviklet ny kunnskap, og kunnskapen blir anvendt av de som formidler den (Thidemann 2005). Videre peker funnene i retning av at også *planlagte* ”faglige diskusjoner” foregår i stor grad.

Når det gjelder faglige diskusjoner under internundervisning, på fagdager og under veiledning peker funnene i retning av at dette forekommer i mindre grad.

4.3.2 Opplevelse av kompetanseutvikling innen praksisfellesskap

Det foregår flere former for kunnskapsdeling mellom kolleger, og på denne måten utvikles kompetanse. Situasjoner hvor kompetanseutvikling i praksisfellesskap forekommer kan være å observere kolleger for innblikk i forskjellige måter å utføre for eksempel prosedyrer på, få råd og hjelp av kolleger til å løse kliniske problem, og gi hverandre tilbakemeldinger. Tilbakemeldinger er en viktig kilde til utvikling av kompetanse, og viktig i forhold til faglig og personlig utvikling. Tilbakemeldinger kan dessuten stimulere til refleksjoner over egne handlinger (Gran 2002; Vareide 2001). Respondentene ble spurt i hvilke situasjoner de selv opplever at kompetansen deres utvikles.

Tabell 6

Opplevd utvikling av kompetanse i praksisfellesskap

	Ofte	Av og til	Aldri	N
I praksisfellesskap (generelt)	50 (83.3%)	10 (16.7%)	-	60
Observasjon av kolleger	33 (55%)	27 (45%)	-	60
Får hjelp og råd av kolleger til å løse problem	45 (75%)	15 (25%)	-	60
Får tilbakemeldinger fra kolleger	32 (53%)	28 (46.7%)	-	60

Hele 83.3% (N=59) svarer at de ofte opplever at det er et godt faglig praksisfellesskap, noe som kan være et godt utgangspunkt for kompetanseutvikling innen fellesskapet. Ut fra tabellen ser man at det i stor grad er en opplevelse av at kompetanse utvikles i de ulike situasjonene. Over halvparten har oppgitt at det å observere kolleger, få råd og hjelp i ulike situasjoner og få tilbakemeldinger i stor grad oppleves kompetanseutviklende. Det å få hjelp og råd til å løse problem gir størst utslag da 75% (N=60) har oppgitt at kompetansen deres utvikles i stor grad.

4.4 Individuelle erfaringer

Kompetanseutvikling skjer fortløpende under arbeid. Foruten at det foregår kompetanseutvikling gjennom formell og uformell læring foregår det kompetanseutvikling gjennom egne erfaringer. På bakgrunn av dette har jeg spurt respondentene om de opplever utvikling av kompetanse ved gjøre seg egne erfaringer, refleksjoner, prøve seg frem på nye ting, direkte arbeid med pasienter, selvstudier, få utfordrende arbeidsoppgaver og ved å løse kliniske problem.

Tabell 7

Kompetanseutvikling gjennom egne erfaringer

	Ofte	Av og til	Aldri	N
Refleksjoner over eget arbeid	50 (83.3%)	10 (16.7%)	-	60
Gjennom egne erfaringer	49 (81.7%)	11 (18.3%)	-	60
Prøve seg frem på ting	32 (53.3%)	28 (46.7%)	-	60
I direkte arbeid med pasienter	48 (80%)	12 (20%)	-	60
Selvstudier	33 (55%)	27 (45%)	-	
Får utfordrende arbeidsoppgaver	47 (78.3%)	13 (21.7%)	-	60
Løser et klinisk problem	38 (63.3%)	21 (35%)	-	59

Funnene viser at de fleste av respondentene i stor grad opplever at kompetansen deres utvikles gjennom refleksjoner over eget arbeid. Områder som utpeker seg er *refleksjoner over eget arbeid* hvor hele 83.3% (N=60) har svart ofte, *gjennom egne erfaringer* hvor 81.7% (N=60) har oppgitt ofte, samt *direkte arbeid med pasienter* hvor 80% (N=60) har svart ofte. Gjennomgående for alle spørsmålene er at over halvparten oppgitt at de opplever at kompetansen deres utvikles gjennom egne erfaringer. Funnene peker dermed i retning av at egne erfaringer er viktig i forhold til utvikling av kompetanse.

4.5 Formelle og uformelle kompetanseutviklingstiltak

Videreutdanning går under formelle kompetanseutviklingstiltak. Uformelle kompetanseutviklingstiltak som internundervisning, kurs, konferanser, seminar, e-læring har

jeg her kalt *uformelle strukturerte kompetanseutviklingstiltak* da disse foregår i strukturerte planlagte former. En stor del av opplæringen i arbeidslivet foregår dessuten via kurs, internundervisning eller veiledning fremfor formelle studieprogram (Dæhlen et.al 2009, Vareide 2001). Respondentene ble spurt om hvor ofte det ble satt av tid til ulike kurs, internundervisning og lignende.

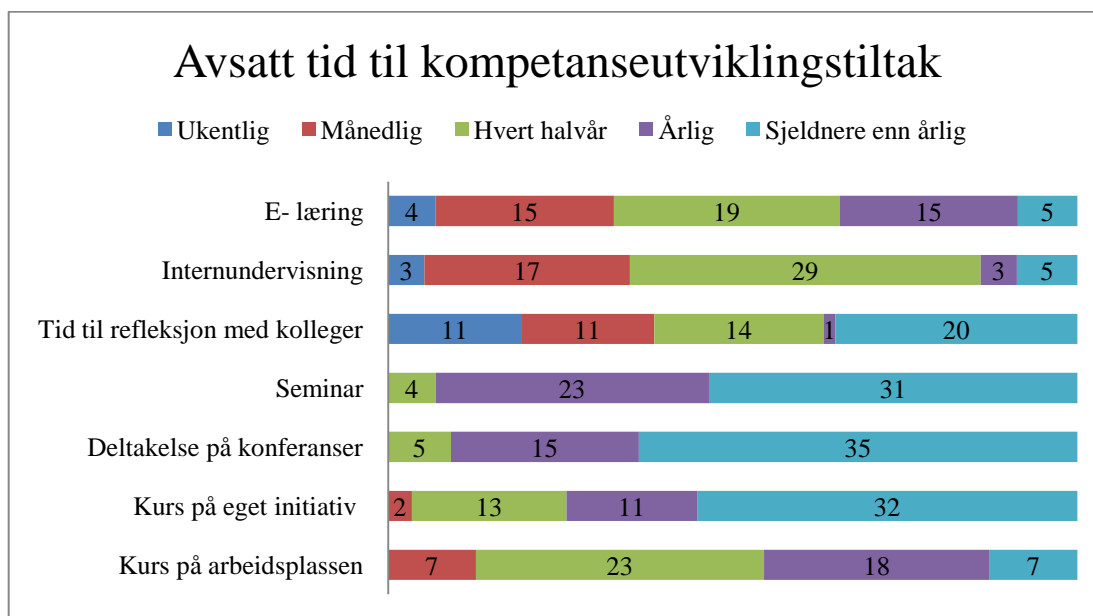


Fig 6 : Avsatt tid til kompetanseutvikling

Ut fra grafen ser man at det settes av relativt mye tid til strukturerte uformelle kompetanseutviklingstiltak. Hyppigst settes det av tid til refleksjoner med kolleger, da flest har oppgitt at dette settes av tid til ukentlig. Videre peker funnene i retning av at det settes av tid til kurs, internundervisning og e-læring cirka hvert halvår. Dette indikerer at det generelt settes av relativt mye tid til strukturerte uformelle kompetanseutviklingstiltak.

Det er videre interessant å se om respondentene opplever å få utbytte av de uformelle kompetanseutviklingstiltakene. Respondentene ble derfor spurt i hvilken grad de opplevde at kompetansen deres ble utviklet ved å delta på kurs og internundervisning.

Tabell 8

Opplevd kompetanseutvikling gjennom internundervisning og kurs

	Stor grad	Liten grad	N
Internundervisning	20 (33.3%)	39 (65%)	59
Kurs	24 (40%)	36 (60%)	60

Som tabellen viser oppgir et flertall av respondentene at de i liten grad opplever at kompetansen deres utvikles gjennom deltakelse på internundervisning og kurs.

For å se om det fremkommer forskjeller i avsatt tid til uformelle kompetanseutviklingstiltak blant de erfarne og uerfarne sykepleierne ble det gjort en analyse i krysstabell med de to gruppene.

Tabell 9

Avsatt tid til kompetanseutvikling blant erfaringsgruppene

	Mindre enn 5 år			Mer enn 5 år		
	Ukentlig/månedlig	Halvår/årlig	Sjeldne re	Ukentlig/månedlig	Halvår/årlig	Sjeldne re
Kurs internt ¹	3	19	3	1	16	3
Kurs eget initiativ fritiden ²	0	12	13	1	7	14
Konferanser ³	-	9	14	-	6	15
Seminar ⁴	-	14	11	-	7	15
Internundervisning ⁵	7	15	3	5	14	2
E-læring ⁶	12	11	2	4	15	3

(1)Kji-kvadrat=0.701, (2)Kji-kvadrat=0.338, (3)Kji-kvadrat=0.460, (4)Kji-kvadrat=0.096, (5)Kji-kvadrat=0.991, (6)Kji-kvadrat=0.895, (7)Kji-kvadrat=0.098

Funnene viser at det stort sett oppgis at det settes av like mye tid til de ulike kompetanseutviklingstiltakene blant de to gruppene. Bortsett fra kurs på eget initiativ og seminar hvor nesten dobbelt så mange av de uerfarne oppgir at det oftere er avsatt tid til disse aktivitetene. Kji-kvadrat test fra samtlige av spørsmålene viser at de ikke er signifikante, og at det dermed ikke foreligger systematiske forskjeller mellom gruppene.

4.6 Ledelse

Lederen, organisasjonen som helhet og hver enkelt sykepleier spiller alle en viktig rolle når det gjelder kompetanseutvikling. Tidligere forskning og litteratur sier at det er viktig at avdelingssykepleiere og ledere høyere opp i organisasjonen støtter og tilrettelegger for at kompetanseutvikling skal skje. Tilrettelegging kan skje i form av permisjoner til å delta i videreutdanning (Munro 2008). Respondentene ble spurt i hvilken grad de opplever at det tilrettelegges for kompetanseutvikling, om det er fokus på kompetanseutvikling og i hvilken grad de opplever oppmuntring til kompetanseutvikling fra ulike hold.

En av rollene til ledelse i forhold til kompetanseutvikling er som nevnt å tilrettelegge for at sykepleierne får deltatt. Respondentene ble spurt i hvilken grad det tilrettelegges for ulike formelle og uformelle kompetanseutviklingstiltak.

Tabell 10

Tilrettelegging for kompetanseutvikling

	Stor grad	Liten grad	Ingen grad
Videreutdanning	11	46	3
(N=60)	(18.3%)	(76.7%)	(5%)
Klinisk stige	12	46	2
(N=60)	(20%)	(76.7%)	(3.3%)
Kurs på arbeidsplassen	18	42	
(N=60)	(30%)	(70%)	
Kurs utenfor arbeidsplassen	4	50	5
(N=59)	(6.7%)	(83.3%)	(8.3%)

Funnene gir et inntrykk av at de fleste har en opplevelse av at det i liten grad tilrettelegges for både formelle og uformelle kompetanseutviklingstiltak. Med tanke på at avdelingssykepleiere spiller en viktig rolle når det kommer til å støtte og tilrettelegge for kompetanseutvikling (Bjørk et.al 2007; Munro 2008), samt fokuset på at kompetanseutvikling av sykepleiere vil øke kvaliteten på pasientpleie og gi bedre helsemessige resultater er det viktig at ledelse sørger for tilrettelegging for at dette kan finne sted. Det er dermed et oppsiktsvekkende funn at sykepleierne opplever liten grad av tilrettelegging til kompetanseutvikling.

Respondentene ble spurt i hvilken grad de opplevde at det var fokus på kompetanseutvikling fra ulike hold.

Tabell 11

Fokus på kompetanseutvikling

	Stor grad	Liten grad	Ingen grad
Avdelingssykepleier (N=59)	37 (61.7%)	22 (36.7%)	-
Kolleger (N=59)	24 (40%)	34 (56.7%)	1 (1.7%)
Seg selv (N=59)	39 (65%)	20 (33.3%)	-
Organisasjonen (N=58)	13 (21.7%)	44 (73.3%)	1 (1.7%)

De fleste respondentene har oppgitt at de i stor grad opplevde at det var fokus på utvikling hos kompetanse hos avdelingssykepleier og hos seg selv. Når det gjelder fokus på kompetanseutvikling blant kolleger har oppimot halvparten oppgitt i stor grad, 40% (N=59).

Hele 73.3% (N=58) har oppgitt at de i liten grad opplever at sykehuset som organisasjon har fokus på kompetanseutvikling. Dette viser at det er en markant forskjell fra opplevd fokus på kompetanseutvikling fra avdelingssykepleierens side og sykehusets side.

Tabell 12

Oppmuntring til kompetanseutvikling

	Ofte	Av og til	Aldri
Avdelingssykepleier (N=60)	37 (61.7%)	21 (35%)	2 (3.3%)
Kolleger (N=60)	22 (36.7%)	35 (58.3%)	3 (5%)
Sykehuset som organisasjon (N=60)	-	42 (70%)	18 (30%)

Funnene viser at flesteparten har oppgitt at avdelingssykepleier ofte oppmuntrer til utvikling av kompetanse. Når det gjelder oppmuntring fra sykehuset som organisasjon til

kompetanseutvikling svarer hele 70% (N=60) at de sjelden eller av og til opplever dette og resterende 30% (N=60) opplever aldri oppmuntring fra sykehuset som organisasjon.

4.7 Oppsummering av ervervelse av kompetanse

Oppsummert peker funnene i retning av at det foregår kompetanseutvikling i praksisfellesskapet, over halvparten oppgir også at de i stor grad opplever praksisfellesskap som kompetanseutviklende. Av aktiviteter som foregår i praksisfellesskapet er det rådføring med mer erfarne kolleger som utpeker seg å forekomme i størst grad. Også faglige diskusjoner i ”her og nå” situasjoner utpeker seg å forekomme i større grad enn faglige diskusjoner i planlagte former. Det scores høyt på at det er en opplevelse av godt faglig fellesskap, noe som er et godt utgangspunkt for at sykepleierne kan dra nytte av hverandres kompetanse, og dermed skape et godt grunnlag for læring på arbeidsplassen.

Det er i stor grad en opplevelse blant respondentene at kompetansen deres utvikles generelt i praksisfellesskap. Funnene peker i retning av at flesteparten med 75% (N=60) opplever at kompetansen i stor grad utvikles når de får råd og hjelp fra andre kolleger. Samtidig sier over halvparten at de i stor grad opplever utvikling av kompetanse ved å observere kolleger i arbeidet og ved at de får tilbakemeldinger fra kolleger.

Videre viser funnene at de fleste av respondentene i liten grad opplever deltakelse på internundervisning og kurs som kompetanseutviklende.

Når det gjelder tid som settes av til kompetanseutvikling er det refleksjoner med kolleger som viser seg å være den aktiviteten det oftest settes av tid til med en frekvens på ukentlig til månedlig. Samtidig viser funnene at det relativt ofte settes tid til strukturerte uformelle kompetanseutviklingstiltak generelt.

De fleste oppgir at det fra sykehuset som organisasjon i liten grad legges til rette for videreutdanning, klinisk stige og kurs både på arbeidsplassen og utenfor arbeidsplassen.

4.8 Anvendelse av kompetanse

I dette kapittelet presenteres resultater fra den delen av spørreskjemaet som omhandler anvendelse av kompetanse. Funnene er delt inn i; praksisfellesskap, individuelle erfaringer, arbeidsoppgaver i forhold til kompetanseheving og ledelse.

4.8.1 Anvendelse av kompetanse i praksisfellesskap

Praksisfellesskapet er en arena for kollektiv læring. Kollegene kan anvendes som ressurser for hverandre på flere måter. Det foregår en kunnskapsdeling av informasjon, ny kunnskap, og ideer (Wenger 1998). Deling av kunnskap, informasjon og ideer kan foregå gjennom internundervisning og kurs, ved å hjelpe hverandre med arbeidsoppgaver som for eksempel prosedyrer, veiledning av kolleger, ved å gi hverandre tilbakemeldinger og under faglige diskusjoner. Tilbakemeldinger i arbeidet er viktig for opplevelsen av egen kompetanse og generell jobbtilfredshet. Det å kunne spørre kolleger og diskutere med hverandre inngår som en del av tilbakemeldingssystemet. Å gi hverandre tilbakemeldinger kan videre stimulere til refleksjoner over sine handlinger (Gran 2002). Som nevnt tidligere er det først når kompetanse kommer til anvendelse at den kan tilføre organisasjonen verdi. Ved at kompetansen blir anvendt i praksisfellesskapet gir det muligheter for læring og faglig utvikling som igjen kan resultere i økt kvalitet på arbeidet (Lai 2004; Sosial og helsedirektoratet 2005; Thidemann 2005). Respondentene ble spurt om når de opplevde at kompetansen deres ble anvendt. Resultatene presenteres i tabellen nedenfor.

Tabell 13 Anvendelse av kompetanse i praksisfellesskap

	Ofte	Av og til	Aldri
Generelt i praksisfellesskap (N=60)	47 (78.3%)	13 (21.7%)	-
Hjelper kolleger med feks prosedyrer (N=60)	35 (58.3%)	25 (41.7%)	-
I faglige diskusjoner (N=60)	38 (63.3%)	21 (35%)	1 (1.7%)
Ved å lære bort noe til kolleger (N=59)	38 (63.3%)	21 (35%)	-
Ved veiledning av kolleger (N=59)	30 (50%)	28 (46.7%)	1 (1.7%)

Funnene viser at de fleste ofte opplever at de anvender sin kompetanse generelt i praksisfellesskapet da hele 78.3% (N=60) har oppgitt dette. Over halvparten opplever ofte at kompetansen deres blir anvendt når de hjelper kolleger, lærer bort noe til sine kolleger, og i faglige diskusjoner. Dette peker i retning av at respondentene ofte har en opplevelse av at kompetansen deres blir anvendt gjennom ulike typer samhandling med kolleger i praksisfellesskapet.

Anvendelse av kompetanse foregår som nevnt gjennom samhandling mellom kolleger i praksisfellesskapet. Respondentene ble spurt om de opplever at kollegene etterspør kompetansen deres, om kompetansen anvendes som en ressurs for kollegene og om de opplever å få oppmuntring fra kolleger til å anvende kompetansen.

Tabell 14

Anvendelse av kompetanse i samhandling mellom kolleger

	Ofte	Av og til	Aldri
Kompetansen etterspørres av kolleger (N=60)	22 (36.7%)	37 (61.7%)	1 (1.7%)
Kompetansen anvendes som en ressurs for kolleger (N=60)	37 (61.7%)	21 (35%)	2 (3.3%)
Kollegene anvender min kompetanse (N=60)	37 (61.7%)	21 (35%)	2 (3.3%)
Får oppmuntring av kolleger til å anvende kompetanse (N=60)	28 (46.7%)	29 (48.3%)	3 (5%)
Faglig engasjement blant kollegene (N=60)	42 (70%)	18 (30%)	-

70% (N=60) oppgir at det ofte er faglig engasjement blant kollegene. Faglig engasjement blant kollegene i praksisfellesskapet kan ha en smitteeffekt (Tørstad et.al 2007), og skape større rom for og fokus på at kompetanse blir anvendt. Funnene peker i retning av at kollegene anvender kompetansen som en ressurs for hverandre. Over halvparten har oppgitt at de ofte opplever dette. Videre viser funnene at respondentene kun av og til opplever at kolleger etterspør kompetansen deres, og gir oppmuntring til å anvende kompetansen.

4.8.2 Individuell anvendelse

Avdelingssykepleier og organisasjon er tillagt mye ansvar for at kompetanse skal anvendes. De kan legge forholdene til rette og sikre gode rammer rundt anvendelse av kompetanse. Samtidig er det også et individuelt ansvar for å anvende kompetansen en har ervervet. Respondentene ble spurt om hvorvidt de opplevde at de anvendte kompetansen sin i ulike situasjoner.

Tabell 15

Opplevd individuell anvendelse

	Ofte	Av og til	Aldri
Jeg anvender min kompetanse (N=59)	45 (75%)	13 (21.7%)	1 (1.7%)
Gjennom refleksjoner over eget arbeid (N=60)	34 (56.7%)	26 (43.3%)	-
Når jeg blir spurt om å gjøre bestemte oppgaver (N=60)	42 (70%)	18 (30%)	-
Når jeg holder kurs (N=60)	6 (10%)	21 (35%)	33 (55%)
Når jeg holder internundervisning (N=60)	6 (10%)	25 (41.7%)	29 (48.3%)

Hele 75% (N=59) oppgir at de i stor grad opplever at de anvender kompetansen sin. Funnene peker i retning av at det er når sykepleierne blir spurt om å gjøre bestemte oppgaver de i størst grad opplever at deres individuelle kompetanse blir anvendt. Videre peker funnene i retning av at flesteparten av de av og til eller aldri opplever å anvende kompetansen deres når de holder kurs og internundervisning.

En av forutsetningene for at sengeposten skal være en profesjonell organisasjon med høyt nivå av kunnskap, pasientpleie, ledelse og høy kunnskap hos organisasjonen er at alle på sengepostene deltar i ledelsesprosessen. Det innebærer deltakelse i postens daglige drift og utvikling. Personalet bør ha frihet og mulighet til å ta egne beslutninger og kontroll i arbeidet sitt, og på denne måten nærme seg en kunnskapsorganisasjon. Ved å la dette skje utnyttes også den enkeltes kompetanse (Holter 2005). På bakgrunn av dette ble respondentene ble

spurt hvor ofte de opplevde å ha innflytelse på daglig drift og utvikling av sengeposten, samt om de opplevde frihet til å ta selvstendige beslutninger på jobb.

Tabell 16

Deltakelse i ledelsesprosessen

	Ofte	Av og til	Aldri
Innflytelse på daglig drift av sengeposten (N=60)	23 (38.3%)	36 (60%)	1 (1.7%)
Innflytelse på utvikling av sengeposten (N=60)	21 (35%)	37 (61.7%)	2 (3.3%)
Frihet til å ta selvstendige beslutninger på jobb (N=59)	29 (48.3%)	30 (50%)	-

Funnene viser at respondentene har scoret høyest på at de av og til har innflytelse på utvikling og daglig drift av sengeposten. Når det gjelder frihet til å ta selvstendige beslutninger på jobb fordeler svarene seg relativt likt med ca halvparten som oppgir ofte og ca halvparten oppgir av og til. Her peker funnene i retning av at respondentene har en viss innflytelse på den daglige driften av sengeposten, og på utvikling. Samt frihet til å ta selvstendige beslutninger på jobb. Funnene indikerer at det kan være et potensial for forbedring i forhold til deltakelse i ledelsesprosessen.

4.8.3 Arbeidsoppgaver etter kompetanseheving og relevans for posten

Et av spørsmålene i spørreskjemaet omhandlet om arbeidsoppgavene til respondentene ble endret etter hvert som kompetansen deres utviklet seg.

Tabell 17 Arbeidsoppgaver etter kompetanseheving (N=53)

Noen tilleggsoppgaver tilpasset kompetanse utover rutinearbeid	12 (20%)
Stort sett arbeidsoppgaver tilpasset kompetanse, gjør i tillegg noe rutinearbeid	30 (50%)
Kun arbeidsoppgaver tilpasset kompetanse	6 (10%)
Ingen forskjell fra før kompetanseheving	5 (8.3%)

Funnene viser at halvparten av sykepleierne stort sett har arbeidsoppgaver som er tilpasset kompetansen deres etter kompetanseheving. 20% (N=53) oppgir å ha noen tilleggsoppgaver som er tilpasset kompetansen deres. Funnene peker dermed i retning av at sykepleierne utfører noen oppgaver som er tilknyttet kompetansen deres etter kompetanseheving, samtidig som de utfører de ”vanlige” rutineoppgavene.

Tabellen ovenfor viser alle som har besvart spørsmålet uavhengig av erfaring og videreutdanning. For å studere sykepleierne som har oppgitt å ha en kompetanseheving nærmere har jeg valgt å se på to grupper av sykepleierne. De med mer 5 års erfaring eller mer, og de som har tatt videreutdanning. Sykepleiere med mer enn fem års erfaring har hatt en kompetanseheving i form av erfaringskompetanse. Sykepleiere som har deltatt i videreutdanning har hatt en formell kompetanseheving. Funnene er analysert ved bruk av krysstabell. Tallene oppgis i antall.

Tabell 18

Arbeidsoppgaver etter videreutdanning og erfaring

	Sykepleiere med videreutdanning (n=5)	Sykepleiere med > 5 års erfaring (n=22)
Noen andre tilleggsoppgaver tilpasset kompetanse utover rutinearbeid	2	5
Stort sett arbeidsoppgaver tilpasset kompetanse, gjør i tillegg noe rutinearbeid	2	11
Kun arbeidsoppgaver tilpasset kompetanse	0	0
Ingen forskjell fra før kompetanseheving	1	3

Tabellen viser at de fleste erfarne sykepleierne stort sett opplever å ha arbeidsoppgaver tilpasset kompetansen deres utover rutinearbeid. Man ser at blant sykepleierne med videreutdanning har disse noen andre oppgaver og stort sett arbeidsoppgaver tilpasset kompetansen deres. En av sykepleierne har oppgitt at det ikke er noen forskjell fra før kompetanseheving. Funnene peker i retning av at sykepleierne med videreutdanning har noen tilleggsoppgaver tilpasset kompetansen deres, noe som indikerer at kompetansen deres kommer til anvendelse. At en av sykepleierne med videreutdanning har oppgitt at det ikke er

noen forskjell fra før kan indikere at videreutdanningskompetansen ikke kommer til anvendelse. Når det gjelder sykepleierne med mer enn fem års erfaring peker funnene i retning av at kompetansen deres i stor grad kommer til anvendelse, da flesteparten oppgir å stort sett ha arbeidsoppgaver tilpasset kompetansen deres, utover rutinearbeid.

Når det gjelder spørsmål om respondentene opplever at kompetansen deres er relevant for posten de jobber på har hele 86.7% (N=60) oppgitt å oppleve dette. Mot 13.3% (N=60) som har oppgitt at kompetansen deres er relevant for posten av og til.

4.8.4 Ledelse

Både individuelle og organisasjonelle faktorer er avgjørende for at anvendelse av kompetanse skal skje (Lai 2004). Avdelingssykepleier spiller en viktig rolle når det gjelder støtte og tilrettelegging for kompetanseutvikling. Støtte kan vises i form av engasjement og oppmuntring fra lederen. Det er viktig at det foregår en form for samarbeid mellom leder og sykepleier slik at kompetansen kan komme til anvendelse. Ved å anvende sykepleiernes kompetanse bevisst kan dette muliggjøre å ta tak i kliniske behov eller praksisområder i avdelingen (Bjørk et. al 2007, Dæhlen et.al 2009). På bakgrunn av dette ble respondentene spurt om de opplever å få oppmuntring til å anvende kompetansen sin av avdelingssykepleier, kolleger og fra høyere ledelse i organisasjonen. Videre spørsmål i forhold til avdelingssykepleiers anvendelse av sykepleiernes kompetanse.

Tabell 19

Samarbeid med avdelingssykepleier

	Ofte	Av og til	Aldri
Oppmuntring fra avdelingssykepleier (N=60)	28 (46.7%)	30 (50%)	2 (3.3%)
Kompetansen anvendes av avdelingssykepleier (N=59)	26 (43.3%)	32 (53.3%)	-
Kompetansen blir sett av avdelingssykepleier (N=60)	37 (61.7%)	23 (38.3%)	-
Kompetansen brukes bevisst av avdelingssykepleier (N=60)	31 (51.7%)	29 (48,3%)	-
Mottar tilbakemeldinger fra avdelingssykepleier (N=60)	30 (50%)	28 (46.7%)	2 (3.3%)
Vet hva avdelingssykepleier forventer av meg (N=60)	57 (95%)	3 (5%)	-
Samarbeider med avdelingssykepleier om å anvende kompetansen (N=59)	29 (48%)	30 (50%)	-
Kompetansen etterspørres av avdelingssykepleier (N=59)	20 (33%)	39 (65%)	-
Avdelingssykepleier har engasjement til å anvende kompetansen (N=60)	28 (46.7%)	30 (50%)	2 (3.3%)
Avdelingssykepleier har et faglig engasjement generelt (N=59)	53 (88.3%)	6 (10%)	-

Som man ser ut fra tabellen opplever hele 95% (N=60) at de vet hva avdelingssykepleier forventer av dem. Over halvparten med 61.7% (N=60) har oppgitt at de ofte føler at kompetansen deres blir sett av avdelingssykepleier. Når det kommer til det konkrete som faktisk anvendelse av kompetansen som at avdelingssykepleier gir tilbakemeldinger til sykepleierne, har engasjement til å anvende kompetansen, samarbeid med sykepleierne for å anvende kompetansen og å bevisst bruke kompetansen deres fordeler svarene seg på cirka halvparten som oppgir ofte og halvparten oppgir av og til. Dette peker i retning av at avdelingssykepleierne i stor grad er bevisste på hvilken kompetanse som finnes blant sykepleierne, og sykepleierne på sin side opplever at de vet hva avdelingssykepleierne forventer av dem. Men det kan se ut som det er et gap mellom det å være bevisst på

sykepleierne kompetanse, hva som forventes av sykepleierne og den konkrete anvendelsen av kompetansen.

I tillegg til at avdelingssykepleiere tillegges mye av ansvaret for at kompetanse blir anvendt har også ledelse høyre opp i organisasjonen et ansvar for dette.

Tabell 20

Sykehusets forhold til kompetanseanvendelse

	Ofte	Av og til	Aldri
Oppmuntring fra sykehuset som organisasjon (N=60)	3 (5%)	36 (60%)	21 (35%)
Kompetansen anvendes av sykehuset som organisasjon (N=59)	8 (13.3%)	39 (65%)	12 (20%)

Trenden i disse funnene peker i retning av at sykepleierne opplever sykehuset som organisasjon som fraværende både i forhold til oppmuntring til kompetanseanvendelse, og anvendelse av kompetanse generelt.

I neste kapittel vil funn fra delen av spørreskjemaet som omhandler hvilke faktorer som påvirker utvikling og anvendelse av kompetanse bli presentert.

4.9 Påvirkningsfaktorer for utvikling og anvendelse av kompetanse

Mulighet for læring og kompetanseutvikling er influert av blant annet menneskelige, organisatoriske beslutninger og tiltak. Mangler på ressurser kan hindre sykepleierne i å dra nytte av de mange potensielle mulighetene for læring og kompetanseutvikling som alltid er tilstede som følge av arbeid og læring i praksisfellesskap (Thidemann 2005). Hektiske dager i sengeposten kan påvirke hvorvidt kompetansen anvendes. På bakgrunn av dette er respondentene spurt om hvordan de opplever at tiden deres blir brukt.

4.9.1 Tid

Tabell 21

Tid

	Ofte	Av og til	Aldri
Tid til å dele kompetanse med kolleger (N=60)	17 (28.3%)	43 (71.7%)	-
Tid til pasientene utover rutinearbeidet (N=60)	14 (23.3%)	45 (75%)	1 (1.7%)
Kun tid til å gjøre rutinearbeidet som må utføres (N=58)	36 (60%)	20 (33.3%)	2 (3.3%)
Tid til å gå sammen med kolleger å lære av hverandre (N=60)	7 (11.7%)	51 (85%)	2 (3.3%)
Det er tid til internundervisning (N=60)	3 (5%)	56 (93.3%)	1 (1.7%)
Det er tid til selvstudier (N=60)	1 (1.7%)	48 (80%)	11 (18.3%)
Dagene er hektiske (N=59)	51 (85%)	8 (13.3%)	-

85% (N=59) oppgir at de generelt ofte har hektiske dager. Funnene peker i retning av at det ofte kun er tid til å gjøre ”rutinearbeidet” og kun av og til tid til pasientene utover rutinearbeidet. Videre oppgir hele 85% (N=60) det kun av og til er tid til å gå sammen med kolleger og lære av hverandre. Respondentene oppgir at det sjelden er tid til internundervisning og selvstudier. Disse funnene peker i retning av at tiden påvirker anvendelse av kompetanse når det kommer til kompetansedeling og å delta på strukturerte kompetanseutviklingstiltak som internundervisning og kurs.

4.9.2 Arbeidsmotivasjon

Anvendelse av kompetanse avhenger også av personalets motivasjon til å arbeide og drivkraften til å utføre jobben best mulig. Incentiver eller belønninger betraktes som viktige forklaringsfaktorer for individuell arbeidsmotivasjon. Man snakker om ytre og indre belønninger, hvor indre belønninger går på følelsen av å lykkes eller mislykkes med noe de

ønsker å oppnå, bedre mestring av arbeidet, økt personlig kompetanse, høyere selvtillit, selvrealisering, følelse av fellesskap med andre. De ytre belønningne går på økt lønn, frynsegoder, status og anerkjennelse for arbeidsutførelsen (Nordhaug 1998). Respondentene ble spurt i hvilken grad de opplevde indre og ytre belønninger.

Tabell 22

Faktorer for arbeidsmotivasjon

	Stor grad	Liten grad	Ingen grad
Lykkes med det du ønsker å oppnå på jobb	33	27	-
(N=60)	(55%)	(45%)	
Mestrer arbeidet	50	10	-
(N=60)	(83.3%)	(16.7%)	
Kompetansen er økende	41	19	-
(N=60)	(68.3%)	(31.7%)	
Har god selvtillitt til eget arbeid	44	16	-
(N=60)	(73.3%)	(26.7%)	
Mulighet for selvrealisering på arbeidsplassen	27	32	-
(N=60)	(45%)	(53.3%)	
Opplever godt fellesskap med kolleger	54	6	-
(N=60)	(90%)	(10%)	
Har frynsegoder på arbeidsplassen	8	34	17
(N=59)	(13.3%)	(56.7%)	(28.3%)
Får anerkjennelse for jobben en gjør	31	27	2
(N=60)	(51.7%)	(45%)	(3.3%)

Funnene peker i retning av at de fleste opplever å mestre arbeidet, at kompetansen deres er økende, de har god selvtillit i arbeidet de gjør og at de opplever et godt kollegialt fellesskap. Dissen funnene taler for at når det kommer til indre belønninger er respondentene tilfredse med dette, noe som er et godt grunnlag for arbeidsmotivasjon. Når det gjelder å ha frynsegoder på arbeidsplassen har de fleste oppgitt å ha det i liten grad, samt at det er en høy score på at de aldri har frynsegoder på arbeidsplassen.

Funnene viser at flestparten i stor grad opplever at kompetansen deres er økende. For å studere utvalgets erfaring nærmere i forhold til økende kompetanse ble det gjort analyser i

krysstabell for å se om det var forskjell mellom de med mindre erfaring og de erfarne sykepleierne.

Tabell 23

Økende kompetanse i forhold til erfaring

	Stor grad	Liten grad
Mindre enn fem års erfaring (n=27)	20	7
5 års erfaring eller mer (n=22)	13	16

Ut fra denne krysstabellen ser man at de som er mindre erfarne sykepleiere i større grad enn de erfarne sykepleierne opplever økende kompetanse. Dette var ikke et uventet funn da man kan anta at som nyutdannet er det en høy læringskurve når man kommer ut i praksis.

Funnene peker i retning av at de fleste sykepleierne som har mer enn fem års erfaring opplever at kompetansen deres i liten grad er økende.

På spørsmål om lønnen økte etter hvert som respondentene fikk mer erfaring svarte 33.3% (N=59) at de har fått økt lønn etter hvert som de har fått mer arbeidserfaring. Av de som har videreutdanning oppgir kun 1 av de 5 respondentene at lønnen har økt etter fullført videreutdanning.

5.0 DISKUSJON AV RESULTATER

I diskusjonskapitlet vil jeg forholde meg til de samme temaene som ble presentert i kapittel 4, og diskutere de empiriske funnene jeg anser som sentrale opp mot tidligere forskning og litteratur. Alle funn vil derfor ikke bli diskutert. Først i dette kapitlet vil jeg se på utvalget, deretter hva de empiriske funnene fra spørreundersøkelsen viser i forhold til tidligere forskning og litteratur vedrørende formell videreutdanning, uformell kompetanseutvikling og til slutt anvendelse av kompetanse. Underveis vil det bli diskutert hvilke eventuelle faktorer som påvirker kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse.

5.1 Utvalget

Det viser seg at det er et lite mindretall av sykepleiere med mer enn 5 års erfaring blant utvalget, årsakene til dette kan være flere. Studien til Vareide (2001) viser at flere av de erfarne sykepleierne oppgir å savne utfordringer i arbeidet sitt. Dette kan innebære at sykepleierne søker seg til andre arbeidssteder etter å ha jobbet i noen år på sengepost. Videre nevnes det i Vareide (2001)s studie at kurs og lignende ofte er forbehold de nyansatte som ofte er sykepleiere med lav eller ingen erfaring (Vareide 2001). Når det gjelder ulike kompetanseutviklingstiltak det settes av tid til, viser de empiriske funnene fra min spørreundersøkelse at det er ganske lik aktivitet blant sykepleiere med mer enn 5 års erfaring og sykepleierne med mindre erfaring. Men det er to typer kompetanseutviklingstiltak som utpeker seg hvor det er en forskjell mellom disse to erfaringsgruppene. Omtrent dobbelt så mange av de mindre erfarne sykepleierne deltar på seminar, og kurs på eget initiativ på fritiden i forhold til sykepleierne med mer erfaring. Det er altså en høyere aktivitet blant de mindre erfarne sykepleierne når det gjelder kurs på fritiden og deltakelse på seminar. Disse resultatene viser seg derimot å ikke være signifikante, men jeg har allikevel valgt å ta det frem da det gir et visst inntrykk av forskjellene mellom sykepleiere med lang erfaring og mindre erfaring.

5.2 Formell videreutdanning

Det finnes en rekke videreutdanningstilbud for sykepleiere på høyskoler og universitet rundt om i landet, og sykepleiere er aktive deltakere i videreutdanning (Dæhlen et.al 2009, SSB 2011). Ifølge tidligere forskning er sykepleiere den yrkesgruppen innen helsesektoren som i størst grad tar videreutdanning, og mange sykepleiere har mer enn én videreutdanning. Som følge av økende fokus på kompetanseutvikling i helsetjenesten som et virkemiddel for økt kvalitet på helsetjenestene, har det i løpet av de siste årene blitt opprettet stadig flere formelle videreutdanningstilbud. Det er dessuten fokus på at det skal tilrettelegges for videreutdanning fra politisk hold (Bjørk et.al 2007; Dæhlen et.al 2009; Helse og omsorgsdepartementet 2006-2007; Larsen et. al 2010, McKinsey 2011; Thidemann 2005).

Tall fra SSB (2008) og tidsskriftet Kommunal Rapport (2010) viser at det på landsbasis i 2008 var 36000 sykepleiere som hadde videreutdanning av totalt 85620 sykepleiere, alle i arbeid. Dette utgjør en prosent på 42% (N=85620) sykepleiere i landet som har videreutdanning i sykepleie (NTB 2010, SSB 2008). På bakgrunn av disse tallene var det forventet å finne at flere av sykepleierne i utvalget hadde videreutdanning. De empiriske funnene fra spørreundersøkelsen viser at kun var et fåtall av respondentene hadde fullført formell videreutdanning da 8.3% (N=60) av sykepleierne har oppgitt å ha dette.

Man kan spørre seg om hva som er årsaken til at de empiriske funnene fra spørreundersøkelsen viser at et stort mindretall av respondentene oppga å ha videreutdanning. En av grunnene kan være at det generelt er færre sykepleiere med videreutdanning på sengeposter, og at sykepleiere med videreutdanning jobber på mer spesialiserte avdelinger. Jeg har bare spurt sykepleiere som jobber på kirurgiske og medisinske sengeposter. Sykepleiere med videreutdanning innen operasjon, anestesi, jordmor, psykiatri vil man nok ofte finne på mer spesialiserte avdelinger fremfor sengeposter. Til tross for dette var allikevel forventningene at jeg ville finne flere med videreutdanning på sengepost, da flere videreutdanninger retter seg mot kliniske spesialiseringer som kan anvendes på "vanlige" sengeposter. Eksempler på dette er; karidologisk sykepleier, gastrosykepleier, kreftsykepleier og lignende.

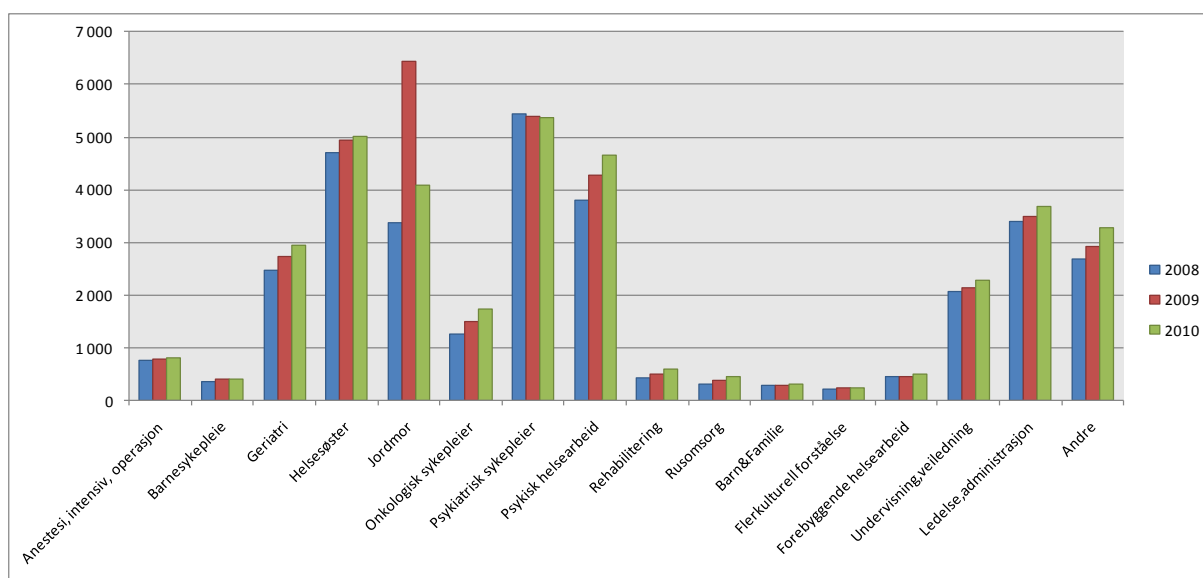


Fig. 7: Oversikt over antall sykepleiere med videreutdanning i Norge i 2008

Grafen fra SSB, som også ble presentert i kapittel 2, viser at en stor andel sykepleiere som er i arbeid har deltatt i videreutdanninger som man kan finne ved flere spesialiserte avdelinger, som helsesøster, jordmor, psykiatriske videreutdanninger. Samtidig er det en relativt høy andel sykepleiere som har deltatt i onkologisk sykepleie (kreftsykepleie), og ikke minst i andre typer videreutdanninger som ikke er spesifisert her. Andre videreutdanninger kan inneholde for eksempel stomisykepleie, kardiologisk sykepleie med flere som man kan forvente å finne på vanlige sengeposter. Dette støtter opp om at det kunne forventes at flere av respondentene i spørreundersøkelsen hadde videreutdanning.

Det kan være flere mulige forklaringer på at det ble funnet så få sykepleiere med videreutdanning blant respondentene. En av forklaringene kan være at sykepleiere som jobber på sengepost typisk ikke tar videreutdanning. Dette er imidlertid en lite sannsynlig hypotese, ved å se på mine funn viser det seg at 6.7% (N=60) av respondentene var under videreutdanning da spørreundersøkelsen pågikk. Derfor kan svaret heller peke i retning av at sykepleiere på sengepost tar videreutdanning, men at de etter fullført videreutdanning søker seg til andre type jobber. Da jeg ikke har spurt inngående etter type videreutdanning respondentene var i har det ikke vært mulighet for å undersøke dette nærmere.

Dersom det er slik at sykepleiere på sengepost som tar videreutdanning søker seg til andre type stillinger etter fullført videreutdanning kan man spørre seg hva som er årsaken til dette. Under spørsmål om arbeidsmotivasjon ble sykepleierne spurt om de opplevde økt lønn etter fullført videreutdanning. Kun en av de fem respondentene med videreutdanning oppga å ha fått økt lønn. Dette kan være en indikasjon på at videreutdanningen sykepleierne har tatt ikke

gir avkastning i form av lønn, noe som videre kan indikere at lønn ikke er en motivasjonsfaktor for å fortsette på sengepost etter endt videreutdanning. Etter endt videreutdanning kan sykepleieren dessuten brukes til spesialiserte, mer avanserte oppgaver som krever spesielle kvalifikasjoner. Ifølge en studie av Vareide (2001) uttrykker noen av avdelingssykepleierne at de har problemer med å anvende den spesialkompetansen sykepleierne erverver etter videreutdanning. Dette ser de som et problem, da de erkjenner viktigheten av at slik spesialkompetanse kommer til anvendelse både i forhold til sengeposten og for sykepleierne selv (Vareide 2001).

Dersom det er slik at sykepleieren får mer utbytte av sin økte kompetanse, kvalifikasjoner, samt økt lønn ved andre type arbeidsplasser kan det være sannsynlig at sykepleierne søker seg til steder hvor lønn og arbeidsoppgaver tilpasses økt utdanning. Når det gjelder lønn er dette en form for ytre belønning som kan påvirke arbeidstakerens arbeidsmotivasjon (Nordhaug 1998). Dersom lønn ikke øker i takt med utdanning kan det virke demotiverende å fortsette på samme arbeidssted. En hypotese kan være at sykepleiere på sengepost som tar videreutdanning ser dette som en utgangsport fra sengepost og en inngangsport til andre typer stillinger hvor lønn og eventuelle frynsegoder øker i takt med utdanning. Det kan også være tilfelle at sykepleierne med videreutdanning ønsker å jobbe med mer spesialiserte oppgaver hvor arbeidsoppgavene i større grad er tilpasset kompetansen deres.

5.2.1 Tilrettelegging og fokus på videreutdanning

Når det gjelder tilrettelegging for kompetanseutvikling generelt spiller sykehuset som organisasjon og avdelingssykepleier en viktig rolle. I forhold til videreutdanning kan ledelsen bidra med å tilrettelegge for at sykepleieren kan delta i dette som for eksempel ved å skape fleksibilitet på arbeidsplassen, og gi permisjon slik at sykepleieren kan delta i videreutdanning. (Munro 2008). Dette krever en form for planlegging av kompetanse og at det er satt opp strategier og planer for kompetanseutvikling i organisasjonen (Lai 2004). De empiriske funnene fra spørreundersøkelsen viser som nevnt i forrige kapittel at det er få sykepleiere med videreutdanning, samtidig som det oppgis at det er lite tilrettelagt for videreutdanning på arbeidsplassen. Litteraturen peker på at arbeidsmotivasjon, tilrettelegging og strukturert planlegging er viktig i forhold til blant annet videreutdanning (Lai 2004; Nordhaug 1998). Lite tilrettelegging for videreutdanning kan dermed tenkes å ha en medvirkende årsak til at det finnes få sykepleiere på sengepostene med videreutdanning. Hvis

det da er slik at det i liten grad legges til rette for deltakelse i videreutdanning kan man spørre seg hva som er årsaken til dette. Dersom avdelingssykepleier av erfaring vet at sykepleiere som tar videreutdanning sjelden kommer tilbake til sengeposten har hun kanskje ingen intensiver om å tilrettelegge for videreutdanning. Dersom sykepleierne ikke kommer tilbake til sengepost etter endt videreutdanning innebærer dette at sengeposten mister relativt erfarne og kyndige medarbeidere. Hvis dette er tilfelle kan det være aktuelt å rette fokus mot strategier for å beholde sykepleierne som har videreutdanning.

De empiriske funnene viser at de fleste respondentene med hele 76.7% (N=60) har oppgitt at det i liten grad er tilrettelagt for videreutdanning på arbeidsplassen. På spørsmål om det er fokus på videreutdanning på arbeidsplassen viser funnene at 61.7% (N=59) opplever at *avdelingssykepleier* i stor grad har fokus på kompetanseutvikling. Mot hele 73.3% (N=58) som har oppgitt at de i liten grad opplever at *sykehuset som organisasjon* har fokus på kompetanseutvikling. Dette viser at sykepleierne opplever stor forskjell i avdelingssykepleiers og sykehuset som organisasjons fokus på kompetanseutvikling. Flere tidligere studier har påpekt viktigheten av ledere på alle nivåer tilrettelegger for både utvikling og anvendelse av kompetanse (Beal et.al 2008; Bjørk et.al 2007). Avdelingssykepleiere er viktige i forhold til å kunne bruke sin rolle som pådriver for kompetanseutvikling oppover i organisasjonen. Studien til Tørstad et.al (2007) avdekker at avdelingssykepleierne ofte opplevde det som vanskelig å få støtte til kompetanseutvikling høyere opp i organisasjonen. De hadde liten innflytelse oppover i organisasjonen, og liten innsikt i sykehusets budsjetter og strategiske planer. Dette kan bidra til at avdelingssykepleierne ikke får i gang kompetanseutviklingstiltak, og dermed ikke mulighet til å styrke kvaliteten på det sykepleiefaglige arbeidet i avdelingen (Tørstad et.al 2007). Som nevnt ovenfor viser de empiriske funnene fra spørreundersøkelsen at det er store forskjeller i sykepleiernes opplevelse av fokus på kompetanseutvikling fra avdelingssykepleier og fra sykehuset som organisasjon. På bakgrunn av dette kan man sette spørsmålstegn ved samarbeidet mellom de ulike nivåene i sykehuset. Ifølge Hofstad (2011) avdekker rapporten fra McKinsey (2011) at sykehusene i landet ikke har noen oversikt over hvor mye ressurser som brukes på kompetanseutvikling eller hva de ansatte faktisk har av kompetanse, ei heller hvilke kompetanseområder som prioriteres (Hofstad 2011). Dette sett i sammenheng med de empiriske funnene som er nevnt her kan indikere at det ikke foreligger strategiske planer for kompetanseutvikling, eller at en slik plan er lite i bruk, og lite synlig for sykepleierne. Man kan også stille spørsmålstegn ved samarbeidet mellom de ulike ledernivåene i sykehuset.

Oppsummert peker funnene i retning av at det er få sykepleiere på sengepostene som har videreutdanning. Dette er sett i sammenheng med funn knyttet til lønn, tilrettelegging for utdanning og eventuell manglende strategiske planer for kompetanseutvikling.

5.3 Uformell kompetanseutvikling

Tidligere forskning har vist at en stor del av introduksjonen og opplæringen i arbeidslivet foregår på uformelle arenaer som ved kurs eller veiledning, og at det foregår en høy grad av læring på arbeidsplassen (Blåka et.al 2007; Dæhlen et.al 2009; Eraut 2010). Læring på arbeidsplassen som foregår i praksisfellesskap samt uformell kompetanseutvikling i strukturerte former som kurs, internundervisning med mer er blant de uformelle arenaene jeg vil se nærmere på i forhold til hva sykepleierne deltar i.

5.3.1 Praksisfellesskap

Sykepleierket er et profesjonsfag hvor samhandlingen mellom kolleger tillegges avgjørende vekt. Samhandling og kompetansedeling mellom kolleger foregår innad i praksisfellesskapet, som er en arena for læring og kompetanseutvikling (Dæhlen et.al 2009; Blåka et.al 2007). Det er fra tidligere forskning og litteratur slått fast at læring er noe som skjer fortløpende i løpet av arbeidsdagen under arbeid og samarbeid med kolleger. Kompetansen utvikles i takt med den erfaringen en tilegner seg (Eraut 2010; Dæhlen et.al 2009; Lai 2004; Thidemann 2005; Wenger 1998).

De empiriske funnene fra spørreundersøkelsen viser at sykepleierne i stor grad opplever å ha et godt faglig fellesskap noe som er et godt grunnlag for kompetanseutvikling innen praksisfellesskapet. Når det gjelder hvilke aktiviteter som foregår i praksisfellesskapene viser de empiriske funnene at det i stor grad foregår aktiviteter i praksisfellesskapet hvor kollegene deler kompetanse, og det foregår læring. Funnene peker i retning av at kollegene i stor grad rådfører seg med hverandre, spesielt mindre erfarne sykepleiere rådfører seg med sykepleiere med mer erfaring. Tidligere forskning har vist at det er av stor betydning for læring og utvikling av kompetanse å ha erfarne kolleger. Sykepleiere med mindre erfaring søker ofte råd hos kolleger med mer erfaring. På denne måten fungerer kollegene som ressurser for hverandre, tilfører ny kunnskap, nye ideer og informasjon (Eraut 2010; Wenger 1998). En

analyse i krysstabell presentert i kapittel 4 (tabell nr. 5) viser at den delen av utvalget med mindre erfaring i stor grad rådfører seg med mer erfarne kolleger. En forklaring på at *rådføring med mer erfarne kolleger* har scoret så høyt kan være at flertallet i utvalget har mindre erfaring.

En fersk rapport fra McKinsey (2011) viser at kompetanseutvikling i sykehuset ofte skjer "ad hoc", og at det ikke er noen overordnet plan, eller kartlagt hva de ansatte kan utover det som kreves for den profesjonen de har (Hofstad 2011). Tidligere forskning viser også til at når det gjelder læring er dette noe som ofte skjer i konkrete situasjoner som når noe skjer plutselig med pasienten, eller det oppstår behov for å søke råd hos kolleger med mer erfaring (Eraut 2010; Thidemann 2005; Wenger 1998). Dette ser ut til å samsvare med de empiriske funnene fra spørreundersøkelsen som peker i retning av at det nettopp er aktiviteter i forbindelse med kompetansedeling som skjer i "her nå situasjoner" har høyere forekomst enn aktiviteter som krever mer planlegging. Sammen med aktiviteten "*rådføring av erfarne kolleger*", er aktiviteter som "*refleksjoner med kolleger*" og "*faglige diskusjoner i her og nå situasjoner*" noe som forekommer i stor grad. Når det kommer til aktiviteter som krever mer planlegging, altså aktiviteter som man må sette av tid til, viser funnene at dette forekommer i mindre grad enn det som skjer fortløpende i arbeid. Det viser seg at sykepleierne i mindre grad utfører veiledning av kolleger og har planlagte faglige diskusjoner i ulike settinger.

Ved å se disse funnene i sammenheng med hva sykepleierne har oppgitt i forhold til hvordan de opplever å ha tid i arbeidsdagen virker det naturlig å finne at aktiviteter som skjer fortløpende foregår i større grad enn aktiviteter som krever mer planlegging. 85% (N=59) har oppgitt at de opplever å ha hektiske arbeidsdager. Videre oppgir de fleste 71.7% (N=60) at det kun av og til er tid til å dele kompetanse med kolleger. 85% (N=60) oppgir at det kun av og til er tid til å gå sammen med kolleger å lære av hverandre. Flesteparten oppgir dessuten at det stort sett kun er tid til å gjøre rutinearbeidet som "må gjøres". Dette peker dermed i retning av at tid er en faktor som i stor grad påvirker hvordan, eller gjennom hvilke aktiviteter, sykepleierne deler kompetanse innen praksisfellesskapet. Ved å se på tidligere forskning understøtter dette at et av problemene med hektiske arbeidsdager på sykehusavdelingene er at kompetansedelingen ofte faller bort da andre, og absolutt nødvendige arbeidsoppgaver må prioriteres (Thidemann 2005; Vareide 2001).

5.3.2 Strukturerte uformelle kompetanseutviklingstiltak

Ifølge McKinsey (2011)s rapport finnes det per i dag ingen helhetlig oversikt over hvilke ressurser som blir brukt på kompetanseutvikling, hvor ressursene brukes og hvilken effekt ressursbruk gir på kompetanseutvikling hos helseregionene og helseforetakene (Mc Kinsey 2011). Norsk sykepleierforbund har referert til denne rapporten ved å peke på det de kaller ”kompetansekaos” på sykehusene (Hofstad 2011). Med dette viser de til at spesialisthelsetjenesten ikke aner hvor mye den bruker på kompetanseutvikling eller hva de ansatte faktisk har av kompetanse. Man vet ikke hvor mye ressurser som brukes på kompetanseutvikling ei heller hvilke områder som prioriteres. Det påpekes fra flere studier og litteratur hvordan kompetanseutvikling og ikke minst anvendelse av kompetanse spiller en viktig rolle i forhold til blant annet kvalitet. Leder, organisasjonen som helhet og hver enkelt sykepleier spiller alle en viktig rolle når det gjelder utvikling av kompetanse. Ifølge tidligere forskning og litteratur er det viktig at avdelingssykepleiere og ledere høyere opp i organisasjonen støtter og tilrettelegger for at kompetanseutvikling skal finne sted (Beal et.al 2008; Bjørk et.al 2007; Lai 2004; NSF 2005). Empiriske funn fra spørreundersøkelsen viser at de fleste respondentene i liten grad opplever at det tilrettelegges for kompetanseutviklingstiltak som klinisk stige, kurs både internt og utenfor arbeidsplassen. Dette funnet sett i sammenheng med at det kun er 3.3% (N=60) med klinisk stige er interessant da man kan trekke noen paralleller mellom lite tilrettelegging og støtte og få som er kliniske spesialister. Det kan være flere årsaker til at det er slik. Blant annet at klinisk stige ikke ansees å være et hensiktsmessig tiltak i forhold til kompetanseutvikling, og at det derfor ikke tilrettelegges for dette, og som følge av dette er få sykepleiere som deltar (Voldhuset 2007).

De empiriske funnene viser videre at lite tilrettelegging for uformelle kompetanseutviklingstiltak ikke bare gjelder klinisk stige, men også kurs både internt og utenfor arbeidsplassen. En mulig årsak til at respondentene opplever lite tilrettelegging kan være, som rapporten til McKinsey (2011) avdekker, en manglende strategisk planlegging for kompetanseutvikling fra ledelsens side. Videre at man ikke har oversikt over hva slags kompetanse sykepleierne besitter og eventuelt kompetansebehovet på sengeposten. Som nevnt peker tidligere forskning og teori på at avdelingssykepleiere og sykehuset som organisasjon har et ansvar for å tilrettelegge og fasilitere for kompetanseutvikling (NSF 2005).

Til tross for at det oppgis at det i liten grad tilrettelegges for uformelle kompetanseutviklingstiltak peker funnene i retning av at det faktisk er satt av relativt mye tid til kurs, seminar, internundervisning og lignende. Det viser seg altså å være et gap mellom hvor mye tid som er satt av til denne type strukturerte uformelle kompetanseutviklingstiltak, og sykepleiernes opplevelse av tilrettelegging for deltakelse i disse. En hypotese på hvorfor det er et gap mellom disse kan være at det i utgangspunktet er satt av tid til deltakelse i slike kompetanseutviklingstiltak fra ledelsen, men at sykepleierne ikke opplever at det videre er tilrettelagt for at de skal ha mulighet til å delta. Selv om det i utgangspunktet er satt av tid er det ikke sikkert at de har tid til å delta allikevel. 85% (N=59) oppgir at arbeidsdagene ofte er hektiske. Samtidig har hele 93.3% (N=60) oppgitt at de kun av og til opplever å ha tid til å delta i internundervisning. Dette kan indikere at respondentene ikke opplever mulighet til å delta på grunn av liten tid i arbeidsdagen. En annen hypotese kan være at sykepleierne ønsker å delta i andre typer tiltak for kompetanseutvikling enn de som det er avsatt tid til. De fleste respondentene oppgir at de i liten grad opplever at deltakelse på internundervisning og kurs er kompetanseutviklende.

Spørsmålsformuleringen i spørreskjemaet var som følger; *”Hvilke former for kompetanseutvikling settes det av tid til?”*. Dette spørsmålet kan ha blitt tolket på ulike måter da det kan virke uklart i forhold til *hvem* som setter av denne tiden. Det kommer ikke klart frem om det menes at det er avsatt tid fra ledelse, eller om sykepleierne *tar seg tid*. Analysen som er gjort i krysstabell for å undersøke systematiske forskjeller på avsatt tid mellom sykepleierne med over fem års erfaring og sykepleierne med mindre erfaring viser at disse resultatene ikke er signifikante. Dette kan indikere at spørsmålet er uklart, eller det kan bety at det faktisk ikke er noen systematiske forskjeller mellom de to erfaringsgruppene. Intensjonen med dette spørsmålet var å finne ut om det var satt av tid fra ledelsen til å delta på kurs, internundervisning og lignende. Resultatene som er diskutert her angående avsatt tid til kurs, internundervisning og så videre er tolket etter intensjonen med spørsmålet.

5.4 Anvendelse av kompetanse

Kompetanse alene gir liten verdi, og det er først når den mobiliseres og kommer til anvendelse den kan tilføre verdi i praksis i form av bedre pasientpleie, pasientsikkerhet og dermed økt kvalitet. Kompetansen til sykepleierne kan anvendes i form av at den kan styres inn på bestemte områder i sengeposten bidra til å tette huller i sykepleieomsorgen (Bjørk et.al

2007; Lai 2004). Samarbeid mellom den enkelte sykepleieren og lederen i forhold til hva slags kompetanse som utvikles, og hvordan kompetanse kan anvendes i avdelingen er viktig i forhold til å styre kompetansen inn på områdene hvor det er behov for den (Bjørk et.al 2007). Jeg vil nå ta for meg anvendelse i praksisfellesskap, arbeidsoppgaver etter kompetanseheving og leders ansvar i forhold til å sørge for at kompetansen kommer til anvendelse.

5.4.1 Praksisfellesskap

I et praksisfellesskap foregår det en deling av kompetanse som er både kompetanseutviklende, samt at kompetanse kommer til anvendelse ved opplæring, veiledning eller faglige diskusjoner med kolleger (Blåka et.al 2007; Thidemann 2005). De fleste av respondentene oppgitt at de ofte opplever at kompetansen deres blir anvendt generelt i praksisfellesskapet, hele 78.3% (N=60) har scoret at kompetansen anvendes ofte. Mer konkret har over halvparten av respondentene oppgitt at kompetansen deres kommer til anvendelse i situasjoner hvor de hjelper kolleger, når de lærer bort til kolleger, i faglige diskusjoner og ved veiledning av kolleger. Disse konkrete situasjonene som nevnes her er former for kompetansedeling, som innebærer at kompetansen kommer til anvendelse. På spørsmål om hvor ofte respondentene opplever å ha tid til å dele kompetanse med kolleger har de fleste, med 71.7% (N=60) oppgitt at de kun av og til har tid til dette i løpet av arbeidsdagen. På den ene siden oppgis det altså at det er i situasjoner hvor respondentene deler sin kompetanse med kolleger de opplever at kompetansen deres kommer til anvendelse, mens på den andre siden oppgis det at det sjelden er tid til nettopp disse situasjonene. Dette kan peke i retning av at kompetansen til sykepleierne kommer til anvendelse, men allikevel ikke fullt ut da det sjelden er tid til dette. Det kan også være at sykepleierne faktisk deler sin kompetanse mer enn de er bevisste på, og at kompetansen derfor anvendes mer enn de er seg bevisste. Det å hjelpe kolleger og lære bort til kolleger er sannsynligvis noe som skjer "ad hoc", det er mulig at sykepleierne ikke er bevisst på at det som skjer "ad hoc" er en deling av kompetanse. Tidligere studier har vist at sykepleierne ikke alltid er bevisst på betydningen av å observere hverandre og lære av hverandre i forhold til at dette er kompetansedeling (Bjørk 2001).

De empiriske funnene fra spørreundersøkelsen viser at flesteparten av respondentene opplever arbeidsdagene som hektiske. Ifølge tidligere forskning kan hektiske arbeidsdager medføre at omfanget av arbeidsoppgaver blir så omfattende at fokus på kompetansedeling faller bort. Med tidspress og omfattende arbeidsoppgaver må sykepleierne prioritere de

arbeidsoppgavene som ”må” utføres i løpet av dagen. Som følge av at sykepleieren kun fokuserer på det aller viktigste som må gjøres hos pasientene kan det resultere i at sykepleierne ikke får anvendt kompetansen sin fullt ut (Thidemann 2005; Vareide 2001). De fleste respondentene i spørreundersøkelsen har oppgitt at det ofte kun er tid til å gjøre rutinearbeidet som må utføres i løpet av en arbeidsdag. Sett i sammenheng med den tidligere forskningen kan dette kan dermed peke i retning av at sykepleierne ikke får anvendt sin kompetanse fullt ut.

5.4.2 Arbeidsoppgaver etter kompetanseheving og relevans for sengeposten

Ifølge en studie av Vareide (2001) uttrykker noen av avdelingssykepleierne i studien at de har problemer med å anvende den spesialkompetansen sykepleierne erverver etter videreutdanning. Dette ser de som et problem, da de innser viktigheten av at slik spesialkompetanse kommer til anvendelse både i forhold til sengeposten og for sykepleierne selv (Vareide 2001). De empiriske funnene fra spørreundersøkelsen om sykepleiernes arbeidsoppgaver i forhold til kompetansen de har ervervet etter videreutdanning viser at sykepleierne har fått noen andre tilleggsoppgaver som er tilpasset kompetansen deres utover rutinearbeidet. Dette peker i retning av at noe av spesialkompetansen til disse sykepleierne kommer til anvendelse i en viss grad, men at den ikke utnyttes fullt ut.

5.4.3 Anvendelse av kompetanse fra ledelsens side

Hele 95% (N=60) har oppgitt at de vet hva avdelingssykepleier forventer av dem. 61.7% (N=60) har oppgitt at de ofte føler at kompetansen deres blir sett av avdelingssykepleier. At sykepleierne vet hva avdelingssykepleier forventer av dem peker i retning av at avdelingssykepleierne er oppmerksomme på kompetansen til sine sykepleiere. Når det gjelder funn som går på avdelingssykepleiernes engasjement til å anvende kompetansen til sykepleierne, samarbeid med sykepleierne om anvendelse av kompetanse og å bevisst bruke kompetansen deres fordeler svarene seg på rundt halvparten som oppgir at dette ofte oppleves, og rundt halvparten oppgir av og til (viser til tabell nr.19 for nøyaktige tall).

Det er et gap mellom det å være oppmerksom på sykepleiernes kompetanse i forhold til hva som forventes av sykepleierne og engasjement, samarbeid og bevisst bruk av kompetanse.

Igjen kan man spørre seg om en årsak til dette er at det mangler en strategisk plan for anvendelse av kompetanse, eller dersom en slik plan eksisterer, at den ikke kommer til tilstrekkelig bruk. En hypotese på eventuelle mangelfulle strategiske planer kan igjen være tidspress, og at andre områder prioriteres isteden. Svært mange, 85% (N=59), har oppgitt at det ofte er hektiske dager. Det er derfor nærliggende å tro at en forklaring kan være at dette rett og slett ikke er en prioriteringssak i en hektisk hverdag.

Involvering og medvirkning i arbeidet og beslutningsprosesser fra de ansatte er med på å påvirke hvorvidt områder av sykepleiernes kompetanse kommer til anvendelse. Den enkeltes kompetanse kommer til anvendelse ved at de deltar i ledelsesprosessen når det gjelder daglig drift og utvikling av sengeposten (Holter 2005). Det er en avdelingssykepleier oppgave å sørge for at sykepleierne er aktive medspillere på alle nivå i helsetjenesten (NSF 2005). Mine funn peker i retning av at respondentene har en viss innflytelse på daglig drift og utvikling av sengeposten. Svarene fordeler seg ved at omkring halvparten av respondentene av og til opplever dette. Dette kan dermed tyde på at sykepleiernes kompetanse ikke anvendes fullt ut når det kommer til deltakelse i ledelsesprosessen.

5.4.4 Motivasjonsfaktorer og arbeidsoppgaver etter kompetanseheving

Anvendelse av kompetanse avhenger av flere faktorer, blant annet arbeidsmotivasjon og drivkraften til å utføre jobben best mulig. Insentiver eller belønninger betraktes som viktige forklaringsfaktorer for individuell arbeidsmotivasjon. Man snakker om ytre og indre belønninger, hvor indre belønninger går på følelsen av å lykkes eller mislykkes med noe de ønsker å oppnå, bedre mestring av arbeidet, økt personlig kompetanse, høyere selvtillit, selvrealisering, følelse av felleskap med andre. De ytre belønningne går på økt lønn, frynsegoder, status og anerkjennelse for arbeidsutførelsen (Nordhaug 1998). Respondentene ble spurt om arbeidsoppgavene endret seg etter endt videreutdanning, funnene peker i retning av at sykepleierne med videreutdanning har arbeidsoppgaver som er tilpasset kompetansen deres i tillegg til vanlig ”sykepleie – rutinearbeid”. En av respondentene oppga at det ikke var noen forskjell i arbeidsoppgavene etter fullført videreutdanning. Dette peker i retning av at kompetansen i denne situasjonen ikke kommer til anvendelse.

Dæhlen et.al (2009)s studie viser at mange sykepleiere med videreutdanning går i vanlige sykepleierstillinger, og mange sykepleiere har ikke endringer i arbeidsoppgaver eller lønn.

(Dæhlen 2009). Til sammenligning med empiriske funn fra spørreundersøkelsen viser disse at kun en av respondentene oppgir å ha fått økt lønn etter videreutdanning. Man kan på bakgrunn av dette spørre seg om det da er motiverende for sykepleierne å ta videreutdanning. Og om dette indikerer at arbeidsgiver er flink nok til å ta i bruk kompetansen fullt ut. Det stilles spørsmålstegn ved om det kan være vanskelig å beholde sykepleierne som har tatt videreutdanning dersom de kommer tilbake til en stilling hvor man ikke får lønn eller arbeidsoppgaver i forhold til utdanning.

6.0 BEGRENSNINGER VED STUDIEN

Som utvalgsmetode er det gjort et bekvemmelighetsutvalg. Dette innebærer at begrensninger i studien i forhold til at det tilgjengelige utvalget ikke nødvendigvis representerer populasjonen (Polit et.al 2008). Resultatene som fremkommer av denne spørreskjemaundersøkelsen kan ikke uten videre generaliseres da styrken på resultatene blant annet avhenger av størrelsen på utvalget. Jeg har et relativt lite utvalg. Allikevel kan resultatene gi indikasjoner på hvordan sykepleierne opplever at kompetansen deres blir anvendt, og hvilke kompetanseutviklingstiltak sykepleiere på sengeposter deltar i. Resultatene kan med sine indikasjoner stimulere til videre forskningsspørsmål og generering av hypoteser.

Utvalget er dessuten trukket fra ett sykehus. Man kan anta at ulike sykehus har ulike rammevilkår og ulik ledelse, derfor er det ikke sikkert bekvemmelighetsutvalget speiler hele populasjonen. Det antas at ved å trekke utvalget fra ulike typer sykehus, i ulike deler av landet, samt et høyere antall respondenter bedre ville speilet populasjonen (Hofoss 2004). I litteraturen støttes det opp om at ledelse spiller en viktig rolle i forhold til anvendelse av de enkelte sykepleiernes kompetanse. Praksisfellesskap og hvordan det tilrettelegges på avdelingene viser seg også å være av betydning (Bjørk 2001, 2007; Sosial og helsedirektoratet 2008; Thidemann 2005; Tørstad et.al 2007, Vareide 2001). Med bakgrunn i dette kan det tenkes at det kan være variasjon i hvordan kompetansen blir anvendt og hvilke kompetanseutviklingstiltak det er fokus på i ulike avdelinger på sykehuset som alle har ulike avdelingsledere. Avdelingene kan ha ulike arbeidsoppgaver, ulike arbeidskulturer og rammer sykepleierne jobber innenfor (Dæhlen et.al 2009). Det er grunn til å tro at er forskjeller også fra sykehus til sykehus. Det kan være forskjell på for eksempel et Universitetssykehus og et mindre lokalsykehus, hvor i landet sykehusene ligger, antall ansatte sykepleiere og så videre.

Når det gjelder spørreskjemaet er dette selvutviklet med forankring i tidligere litteratur og forskning. Spørreskjemaet er kvalitetssikret både ved medstudenters tilbakemeldinger og fra ekspertpanel. Til tross for dette har jeg under bearbeidelsen av data sett at noen spørsmål har fungert som noe uklare. Dette er med å vanskeliggjøre og trekke sikre konklusjoner ut fra funnene, og er en svakhet i instrumentet. Et eksempel er spørsmålet om hvor mye tid det er satt av til ulike kompetanseutviklingstiltak som kurs og internundervisning, her kommer det ikke klart frem hvem det er som setter av denne tiden. Spørsmålene kan tolkes som det er satt av tid fra organisasjonens eller lederens side eller hvor mye tid hver enkelt sykepleier setter av til å delta. Jeg har valgt å tolke funnene ut ifra hvordan jeg har ment spørsmålet skal finne svar. Et annet eksempel på uklar spørsmålsformulering er på spørsmål om respondentene opplever at kompetansen deres blir anvendt når de holder kurs. Her har få oppgitt at de opplever at kompetansen deres kommer til anvendelse, noe som synes noe unaturlig svar da man kan tenke seg at dette er situasjoner hvor kompetanse typisk kommer til anvendelse. Spørsmålet er uklart i forhold til at det kan være få som faktisk holder kurs for kollegene sine, og at det er dette jeg har fått svar på.

Når det gjelder bruk av begreper er det etterstrebet å operasjonalisere disse slik at de skal være forståelige og ha samme betydning for respondentene som det er ment fra min side. Allikevel har jeg sett at enkelte begrep kan ha vært uklare. Begrep som *tilrettelegging*, *fokus* og *oppmuntring* til å anvende kompetanse kan ha ulik betydning og tolkes ulikt for den som leser det. Hva som ligger i begrepene kan derfor være uklart. Dette kan føre til svakheter i resultatene som fremkommer av dataanalysen.

7.0 KONKLUSJON

I dette kapitlet presenteres funn knyttet opp mot en konklusjon i forhold til forskningsspørsmålene; *Hvilke former for kompetanseutvikling deltar sykepleierne på sengeposter i?* og *Hvordan opplever sykepleierne at kompetansen deres blir anvendt?*

7.1 Deltakelse i formelle kompetanseutviklingstiltak

De empiriske funnene viser at det er få sykepleiere med videreutdanning blant utvalget. Sett i forhold til antall sykepleiere med videreutdanning på landsbasis kan dette indikere at sykepleiere med videreutdanning arbeider på andre typer avdelinger fremfor sengeposter. Videre viser funnene at det er lite tilrettelagt for videreutdanning på de respektive sengepostene som er med i spørreundersøkelsen. Dette pekes på som en mulig årsak til den lave andelen sykepleiere med videreutdanning.

7.2 Deltakelse i uformell kompetanseutvikling

Jeg har undersøkt hvilke former for uformell kompetanseutvikling sykepleierne deltar i. Herunder det jeg i denne oppgaven har kalt uformelle strukturerte kompetanseutviklingstiltak, som er: kurs både på og utenfor arbeidsplassen, seminar, konferanser, E-læring og avsatt tid til refleksjoner med kolleger. Andre arenaer for uformell kompetanseutvikling er læring på arbeidsplassen, hvor både læring gjennom egne erfaringer, og læring i samhandling med kolleger i praksisfellesskap er undersøkt. Nedenfor presenteres konklusjonen fra funn knyttet til de ulike formene for uformell kompetanseutvikling.

7.2.1 Strukturerte former for uformell kompetanseutvikling

Det settes av godt med tid til denne type uformelle kompetanseutviklingstiltak. Det settes av mest tid til refleksjoner med kolleger da flest oppgir at dette foregår ukentlig. Etter dette

kommer E-læring, internundervisning og kurs, som det settes av tid til cirka hvert halvår. Et flertall av sykepleierne oppgir at tiltak som *kurs* og *internundervisning* i liten grad oppleves som kompetanseutviklende.

7.2.2 Kompetanseutvikling gjennom læring på arbeidsplassen

Mesteparten av kompetanseutviklingen blant sykepleierne foregår gjennom egne erfaringer, og erfaringer gjennom samhandling med kolleger i praksisfellesskap. Praksisfellesskapet virker å ha stor betydning for kompetanseutvikling, her foregår det en høy aktivitet av en rekke aktiviteter som er kompetanseutviklende. Spesielle områder som har utmerket som spesielt kompetanseutviklende er *rådgøring med kolleger som har mer erfaring, refleksjoner med kolleger, og faglige diskusjoner som foregår i "her og nå" situasjoner*. Altså er det en høy forekomst av kompetanseutviklende aktiviteter som foregår fortløpende i det daglige arbeidet. Kompetanseutviklingen skjer "ad hoc". Når det gjelder aktiviteter i praksisfellesskapet som krever mer planlegging, som faglige diskusjoner som er planlagte som foregår på internundervisning, fagdager eller under veiledning viser funnene at dette forekommer, men i mindre grad.

Lite tid i arbeidsdagen og hektiske arbeidsdager pekes på som en mulig forklaring på at kompetanseutviklingen i størst grad foregår fortløpende. Samtidig ser det ut til å være mangel på tilrettelegging for kompetanseutvikling på arbeidsplassen, og det er indikasjoner på manglende strategiske planer for dette.

7.2 Anvendelse av kompetanse

Anvendelse av kompetanse kan komme til uttrykk på ulike måter. Gjennom direkte pasientrettet arbeid, kompetansedeling med kolleger i praksisfellesskap og deltakelse i ledelsesprosessen på sengeposten.

7.2.1 Områder hvor kompetanse kommer til anvendelse

Sykepleierne med videreutdanning har noen tilleggsoppgaver som er tilpasset kompetansen deres utover rutinearbeidet på sengeposten. De sykepleierne som har mer enn 5 års erfaring oppgir at de stort sett har arbeidsoppgaver som er tilpasset kompetansen deres. Det kan dermed se ut til at erfaringskompetanse kommer mer til anvendelse enn videreutdanningskompetanse.

Sykepleiernes kompetanse kommer i størst grad til anvendelse i situasjoner som skjer ”ad hoc”. Situasjoner som utpeker seg er *når sykepleierne hjelper kolleger, veileder kolleger og i faglige diskusjoner som foregår i ”her og nå” situasjoner.*

Når det gjelder anvendelse av kompetanse i forhold til deltakelse i daglig drift av sengeposten viser det seg at sykepleierne opplever å kun ha en viss innflytelse på dette. Dette betyr at sykepleiernes kompetanse ikke kommer fullt til anvendelse på dette området, og at det er rom for forbedringer på dette området.

7.2.2 Avdelingssykepleiernes anvendelse av kompetanse

Avdelingssykepleierne er oppmerksomme på sykepleiernes kompetanse, men allikevel brukes ikke kompetansen bevisst. Kun halvparten av sykepleierne oppgir at avdelingssykepleier bruker kompetansen deres bevisst.

Oppsummert kan det se ut til at sykepleiernes kompetanse generelt kommer til anvendelse til en viss grad. Det er indikasjoner på at det ligger rom for forbedring på dette området, spesielt i forhold til kompetanse som erverves gjennom videreutdanning. Tid ser ut til å være en påvirkningsfaktor i forhold til hvorvidt kompetansen kommer til anvendelse. Det er dessuten indikasjoner på at det mangler en strategisk plan, og/eller at en slik plan kommer lite til syne i forhold til anvendelse av kompetanse.

7.3 Videre forskning

I løpet av arbeidet med denne studien har flere områder utpekt seg som interessante for videre forskning. Jeg har sett på hvilke former for kompetanseutvikling sykepleierne deltar i, og om de opplever at kompetansen deres kommer til anvendelse. Det kunne vært interessant å se nærmere på i hvilken grad de ulike kompetanseutviklingstiltakene faktisk bidrar til økt kompetanse og hvilke tiltak som gir mest effekt pleiemessig i forhold til økt kvalitet. Videre hvilke typer kompetanseutviklingstiltak som i størst grad fører til anvendelse av kompetanse, og i hvilke spesifikke situasjoner sykepleierne anvender kompetanse både i forhold til pasientrettet arbeid og opplæring av kolleger.

I denne studien har det vist seg at få sykepleiere i utvalget hadde videreutdanning. I forhold til tidligere litteratur viser det seg at sykepleiere faktisk er aktive i forhold til å ta videreutdanning. Det kunne vært interessant å studere nærmere hvem sykepleierne som tar videreutdanning er, hva som er motivasjonen til å ta videreutdanning og hvor de arbeider etter endt videreutdanning. En annen innfallsvinkel kan være å undersøke hvilke tiltak sykehusledelse på forskjellige nivå kan gjøre for å bidra til at sykepleierne tar videreutdanning, og videre hvordan de kan sørge for at videreutdanningskompetansen deres kommer til anvendelse. Ikke minst hvilke tiltak som kan settes inn for å beholde sykepleiere med relevant videreutdanningskompetanse på sengepost.

Flere funn gir inntrykk av at det er manglende strategiske planer for kompetanseutvikling og kompetanseanvendelse blant avdelingslederne. Dermed kan det være aktuelt å studere videre hvorvidt slike planer finnes, og hvordan de blir brukt, eventuelt hva som påvirker bruk eller manglende bruk av disse.

Når det gjelder dimensjonene i spørreskjemaet har jeg spurt etter kompetanseutvikling og anvendelse av kompetanse i forhold til erfaring, formelle og uformelle kompetanseutviklingstiltak, og hvordan kompetanse som er ervervet gjennom disse kommer til anvendelse. I etterkant av spørreundersøkelsen ser jeg at det er interessant å også se på forhold som angår evidensbasert og/eller kunnskapsbasert praksis da dette er en voksende trend innen sykepleiefaget. Dette kan med fordel utforskes videre for å se hvilken innflytelse det evidensbaserte eller kunnskapsbaserte faktisk har i sykepleiernes daglige virke.

LITTERATURLISTE

- Alsvåg, H (2009) *Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt*. Sykepleien Forskning 2009, 4 (3): 216-220
- Austgard, K (2010) *Profesjonalitet og faglig skjønn*. Sykepleien Forskning 2010 5(1):65-65
- Beal J.A, Riley J.M, Lancaster D.R (2008) *Essential Elements of an Optimal Clinical Practice Enviroment*. JONA, Volume 38, Number 11, pp 488-493
- Benner, P. (1982) *From novice to expert*. The American Journal of Nursing. Vol. 82, No. 32. Mars 1982
- Bjørk I.T. (2001). *Practical skill development in new nurses*. Nursing Inquiry, 6, 34-47.
- Bjørk I.T, Hansen B.S, Samdal G.B, Tørstad S., Hamilton G.A (2007) *Evaluation of Clinical Ladder Participation in Norway*. Journal of Nursing Scholarship; First Quarter 2007; 39, 1; ProQuest Medical Library pg. 88 2007
- Bjørk I.T, Tørstad S., Hansen B.S., Samdal G.B. (2009). *Estimating the Cost of Professional Development Activities in Health Organizations*. Nursing Economic\$ 27(4) s.239-44.
- Blåka G., Filstad C. (2007) *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: J.W. Cappelens forlag AS, 1.utgave
- Bokmålsordboka (2010) Universitetet i Oslo i samarbeid med språkrådet. URL: <http://www.nob-ordbok.uio.no>
- Carper B.A (1978) *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. Aspen Systems Corporation
- Christiansen, B., Abrahamsen, B., Karseth B., Jensen K. *Utredning om motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse i pleie- og omsorgssektoren*. Universitetet i Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt 2005. 91 s.
- Christiansen, B., Heggen, K., Karseth B. *Klinikk og akademia, reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Universitetsforlaget 2004
- Dæhlen M., Seip Å.A (2009) *Sykepleiernes kompetanse. Etter- og videreutdanning, verdsetting og motivasjon*. Allkopi AS; Fafo-rapport 2009:36

- Eraut M. (2007) *Learning from other people in the workplace*. Oxford Review of Education, Vol. 33, No.4, Sep.2007, pp. 403-422
- Eraut M. (2010) *Knowledge Through Practice*. I Billett, S. (2010) *Learning Through Practice, Professional and Practice-based Learning*. Kap. 3. Springer Science+Business Media B.V
- Gran S.V (2002) *Kollegial tilbakemelding*. Sykepleien 2002 90 (14) 38-42
- Haraldsen G (1999) *Spørreskjemametodikk. Etter kokebokmetoden*. Ad. Notam Gyldendal 1. utgave, 1. opplag 1999
- Hardwick S, Jordan S (2002) *The impact of part-time-postregistration degrees on practice*. Blackwell Science Ltd., Journal of advanced Nursing, 38 (5), 524-535 2002
- Heggen K. (2004) *Akademisk arbeid og roller* I Christiansen B, Heggen K, Karseth B *Klinikk og akademia. Reformen, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Universitetsforlaget, Kap. 3 (s.37-58)
- Helse og omsorgsdepartementet (2006-2007) *Nasjonal Helseplan 2007-2010*. St.prp. nr 1, kapittel 6
- Helse og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* LOV 1999-07-02 nr. 61. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>
- Hill, K (2010) *Improving Quality and Patient Safety by Retaining Nursing Expertise*. Online Journal of Issues in Nursing, 15(3)
- Hofoss D (2004) *Statistikk for helse og sosialfagene*. Gyldendal Akademisk
- Hofstad, E. (2011) *Kompetansekao på sykehusene*. Sykepleien, 2, 2011, 99.årgang
- Holter, E. (2005) *Ledelse og ledere i sykehus: administrasjon av sengeposter*. Oslo, TANO, 2. utgave
- Høgskolen i Bergen (2011) URL: <http://www.hib.no/studier/evu/>
- Høgskolen i Oslo (2011) URL:<http://www.hio.no/Studietilbud>
- Kirkevold, M (1996) *Vitenskap for praksis?* Gyldendal Norsk forlag AS

Kleven T, Hjordemaal F, Tveit K (2002) *Innføring i pedagogisk forskningsmetode, en hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. Unipub forlag

Kunnskapsdepartementet (2001) *Overføring av de bedriftsinterne videreutdanningene i sykepleie til høgskolesystemet*. URL:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporter_planer/rapporter/2001/overforing-av-de-bedriftsinterne-videreu.html?id=105660

Kunnskapscenteret (2011) *Kunnskapsbasert praksis*. URL:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=6>

Lai, L. (2004) *Strategisk kompetansestyring*. Fagbokforlaget 2. opplag

Larsen M, Mørch S (2010) *En modell for bedre sykepleie*. Sykepleien 98 (07):58-60

Lenburg, C.B. (2000) *Promoting Competence through critical self-reflection and portfolio development: The inside evaluator and the outside context*. Tennessee Nurse; 63 (3) : 11

Lund, T (2002) *Innføring i forskningsmetodologi*. Unipub Forlag

Løvstad, M. (2011) *Ikke så utradisjonelle likevel?* Tidsskriftet Arbeidsmiljø. Utgave 02/2011

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

McKinsey & Company Inc. (2011) *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge*. URL:

https://www.sykepleierforbundet.no/Content/598840/Investeringer_i_spesialisthelsetjenesten_i_Norge_pdf.PDF

Meleis, A.I (2007) *Theoretical Nursing. Development & Progress*. Lippincott Williams & Wilkins, Fourth Edition

Molander, B (2004) *Kunnskapsmangfold och ulika kunskapstraditioner*. I Alsvåg H, Norman A, Gjengedal E, Råheim M. *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Kap. 5 (s.124-145)

Munro K.M (2008) *Continuing professional development and the charity paradigm: Interrelated individual, collective and organisational issues about continuing professional development*. Nurse Education today (2008) 28, 953-961

Nordhaug, O (1998) *Kompetansestyring*. TANO, 1998

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) URL: <http://www.nsd.uib.no/personvern/>

Norsk sykepleierforbund (2004) *Klinisk spesialist i sykepleie eller spesialsykepleie. Basert på praksisnær etter- og videreutdanning*. NSF's godkjenningsordning

Norsk sykepleierforbund (2005) *Sykepleier med lederansvar – god på fag og ledelse*

Norsk sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*.

URL:

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>

Norsk sykepleierforbund (2009) Mail fra Norsk sykepleierforbund, motatt 10.06.2009

Norsk sykepleierforbund (2011) *Klinisk stige*. URL:<https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/682605/Klinisk-stige>

Norsk Telegram Byrå (NTB) (2010) *Slår alarm om få sykepleiere*. Kommunal Rapport, 29/04-2010. URL: <http://www.kommunal-rapport.no/node/76987>

Pallant J (2007) *SPSS, Survival Manual*. The Mc Graw Hill Companies, Open University Press

Pfeiffer, R (2002) *Sykepleier og leder: Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen, Fagbokforlaget

Polit D.F, Beck C.T (2008) *Nursing Research. Generating and assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) URL:

<http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?lan=2>

Kunnskapsdepartementet(2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*.

URL:http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf 2008, kunnskapsdepartementet

Sosial og helsedirektoratet (2005-2015) *Nasjonalt strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten....og bedre skal det bli!* Nasjonalt råd for kvalitet og kvalitetsutvikling av helsetjenesten,1.opplag.URL:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2010) *Statistikkbanken*. URL:

http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilsid=selectvarval/define.asp&Tabellid=05888;

<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/11/tab-2011-05-02-01.html>

Thidemann I.J. (2005) *Den sårbare læringsarenaen - om praksisfelleskapets implikasjoner for læring og kompetanseutvikling*. *Vård i Norden* 1/2005. Publ. No. 1pp 10-15

Tørstad S., Bjørk IT. (2007) *Nurse leaders' views on clinical ladders as a strategy in professional development*. *Journal of Nursing Management*, 2007, 15, 18-824

Vareide P.K, Hofseth C, Norvoll R, Røhme K. (2001) *Stykkevis og helt. Sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning

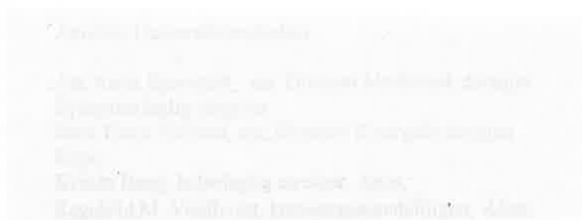
Voldhuset R (2007) *En karrierevei ved sykesengen*. Masteroppgave fra Høgskolen i Akershus. Upublisert materiale

Wenger, E (1998) *Communities of Practice, learning, meaning and identity*.

Øvretveit, J. I; Kaasa K. (2004) *Kvalitet i helse- og sosialtjenesten: Det er menneskene det kommer an på*. Oslo, Gyldendal Akademisk



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET



Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag
Postboks 1153 Blindern
0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 60

Telefaks: 22 85 05 70

E-post: postmottak@ish.uio.no

Nettadresse: www.med.uio.no/ish

Dato: 15. november, 2010

Deres ref.:

Vår ref.:

Forespørsel om å utføre en spørreskjemaundersøkelse om anvendelse av sykepleierens kompetanse i sengeenheter

Vi retter denne henvendelsen til dere med forespørsel om å gjennomføre en spørreundersøkelse hos dere fordi det har vært stort fokus på utvikling av kompetanse hos sykepleiere gjennom formell videreutdanning og ved kompetanseutviklingstiltak arbeidsplassen. Undersøkelser viser at sykepleierne er den gruppen blant helsearbeidere som i størst grad deltar i videreutdanning, og det har de siste årene blitt opprettet stadig nye videreutdanninger på høyskoler og universitet. Det vi i dag ikke vet så mye om er hvorvidt kompetansen som utvikles blir anvendt i pasientnært arbeid.

Målet med denne studien er å gjøre en kartlegging av hva slags kompetanse som finnes hos sykepleiere på medisinske og kirurgiske sengeposter, og sykepleierens opplevelse av hvorvidt kompetansen deres blir anvendt.

Spørreundersøkelsen er en del av Hege Lund Rasmussens mastergradsstudie i sykepleievitenskap. Hun er sykepleier og mastergradsstudent ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. Arbeidstitel for oppgaven er: *Hvordan opplever sykepleiere på sengeenheter at kompetansen deres blir anvendt?*

Konkret bes det om tillatelse til å dele ut spørreskjemaer til alle sykepleiere som er ansatt ved kirurgiske og medisinske sengeposter på [redacted]. Det er frivillig å delta i spørreundersøkelsen, men vi håper så mange som mulig vil være med å bidra. Spørreskjemaene besvares anonymt, og det innhentes ikke personidentifiserende opplysninger. Retur av ferdigutfylte skjemaer ansees å være samtykke til å delta i studien.

Vi håper en slik undersøkelse kan være interessant for dere også, og at vi får anledning til å gjennomføre undersøkelsen ved [redacted]. Spørreskjemaet ligger ved, men det er fortsatt mulig å legge til spesielle spørsmål dere ønsker svar på. Spørreskjemaene vil komme i papirform. Det vil forenkles arbeidet om dere kan være behjelpelige i forhold til utlevering og innsamling av spørreskjemaene.

UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET


Side 2 av 2


Veileder for mastergradsstudenten er førsteamanuensis Anne Moen ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap og helsefag og InterMedia ved Universitetet i Oslo. E-post; anne.moen@intermedia.uio.no, telefon 90971904.

Ta gjerne kontakt med oss for ytterligere informasjon og avklaring omkring prosjektet og denne henvendelsen.

Vi håper på positivt svar, og ser frem til å høre fra dere.

Med vennlig hilsen


Anne Moen
Førsteamanuensis og prosjektansvarlig


Hege Lund Rasmussen

Kontakt informasjon for mastergradsstudent,
Hege Lund Rasmussen
Nils Bays vei 70
0855 Oslo
E-post: h.l.lund@studmed.uio.no
Telefon: 95 13 10 28

VEDLEGG 2

Hei.

Da er de formelle avklaringer gjort ifht gjennomføring av

spørreundersøkelsen du ønsker å gjennomføre på [REDACTED]

Det er etablert to kontaktpersoner som vil bistå koordinering, de er kopiert inn som mottakere i denne mailen:

- [REDACTED] fag- og forskningssykepleier i Medisinsk divisjon
- [REDACTED] sykepleier ved ortopedisk avdeling i Kirurgisk divisjon

Disse vil samarbeide ifht koordineringen internt.

Det påpekes at det må gjøres noen endringer i spørreskjemaet i forhold til ny organisasjonsstruktur ved [REDACTED]. Dette kan gjøres i samarbeid med de etablerte kontaktpersoner.

Lykke til med gjennomføringen.

Med vennlig hilsen

[REDACTED]

ASSISTERENDE DIREKTØR, MEDISINSK DIVISJON

SYKEPLEIEFAGLIG RÅDGIVER [REDACTED]

VEDLEGG 3

Kjære sykepleier!

Jeg er sykepleier og mastergradsstudent ved institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. I forbindelse med mastergradsoppgaven min skal jeg gjøre en spørreundersøkelse som handler om hvordan sykepleiere på sengeposter opplever at kompetansen deres blir anvendt. Med kompetanse mener jeg du som har erfaring fra sengepost, videreutdanning, har deltatt på kurs eller intern opplæring og har kompetanse i en eller annen form.

Jeg vil gjerne vite hva akkurat du mener om dette og inviterer deg til å svare på spørreskjema.

Spørreskjemaene blir lagt frem i en eske som du finner på avdelingen. Besvarte spørreskjemaer legges i esken merket besvarte spørreskjemaer. Spørreundersøkelsen er helt anonym, det vil ikke være mulig å føre svarene direkte tilbake til deg som svarer. Resultatene av spørreundersøkelsen vil bli fremstilt i mastergradsoppgaven min.

Mer utfyllende informasjon om spørreundersøkelsen finner du på spørreskjemaets forside. Det er bare å kontakte meg hvis du har noen spørsmål.

Jeg setter stor pris på at du tar deg tid til å bidra til mastergradsoppgaven min ved å besvare spørreskjema 😊

Vennlig hilsen

Hege Lund Rasmussen



UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

VEDLEGG 4

Invitasjon til deltakelse i spørreskjemaundersøkelse om sykepleiernes anvendelse av kompetanse i sengeposter

Dette er en spørreundersøkelse om hva slags kompetanse som finnes hos sykepleiere på medisinske og kirurgiske sengeposter, og sykepleiernes opplevelse av hvorvidt kompetansen deres blir anvendt. Undersøkelsen er en del av Hege Lund Rasmussens mastergradsoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

Bakgrunn og hensikt

Vi vet i dag at det har vært stort fokus på utvikling av kompetanse hos sykepleiere både gjennom arbeidserfaring, uformell opplæring og kurs, eller via formell videreutdanning. Sykepleierne er den gruppen blant helsearbeidere som i størst grad deltar i videreutdanning, og det har de siste årene blitt opprettet stadig nye videreutdanninger på høyskoler og universitet. Det vi i dag ikke vet så mye om er i hvilken grad kompetansen som sykepleierne utvikler blir anvendt.

Hva innebærer studien?

Det tar ca 10-15 minutter å besvare alle spørsmålene. Det er frivillig å delta i spørreundersøkelsen, men jeg håper så mange som mulig vil være med å bidra. Spørreskjemaene besvares anonymt og opplysningene som kommer frem i undersøkelsen vil ikke kunne knyttes til enkeltpersoner. Resultatene av undersøkelsen vil bli presentert i mastergradsoppgaven min.

Retur av ferdigutfylte skjemaer ansees å være samtykke til å delta i studien. Fristen for innlevering er 14 dager fra spørreskjemaet blir utlevert.

Har du noen spørsmål til studien?

Hvis du lurer på noe kan jeg kontaktes på e-post: h.l.lund@studmed.uio.no, eller på telefon 95131028.

Min veileder er førsteamanuensis Anne Moen ved Institutt for helse og samfunn, seksjon for sykepleievitenskap og helsefag og InterMedia ved Universitetet i Oslo. E-post: anne.moen@intermedia.uio.no, telefon 90971904.

Tusen takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Hege Lund Rasmussen

Anne Moen

A: Bakgrunn – litt om deg selv**VEDLEGG 5****1. Persondata**

Kjønn: Mann Kvinne

Fødselsår: 19

2. Hva slags utdanning har du?

(Sett gjerne flere kryss)

3-årig grunnutdanning i sykepleie Ferdig år:.....

Mastergrad; Spesifiser..... Ferdig år:.....

Videreutdanning Spesifiser :..... Ferdig år:.....

Klinisk Stige Ferdig år:

Annet

Hvis du har svart annet, spesifiser.....

3. Er du for tiden i følgende..

(Sett gjerne flere kryss)

Videreutdanning

Klinisk spesialistprogram

Annet

Hvis du har svart annet, spesifiser.....

4. Hva er din stillingstittel?

(Sett gjerne flere kryss)

Sykepleier

Sykepleier med videreutdanningstittel (For eksempel; kreftsykepleier)

Fagutviklingssykepleier

Klinisk Spesialist

Annet

Hvis du har svart annet spesifiser.....

5. Hvilken type stilling har du?

Fast ansatt

Vikar

Din stillingsprosent.....

6. Hvordan jobber du?

3 delt turnus

Kun natt

Kun dag

Kun kveld

Dag og kveld

7. Hvilken type enhet jobber du på?

Medisinsk

Kirurgisk

8. Hvis du har en formell videreutdanning, hvem tok initiativ til at du skulle gjøre dette?

Har ikke videreutdanning

Arbeidsgiver

Meg selv

Andre

Hvis du har svart andre; spesifiser.....

B: Ervervelse av kompetanse

Denne delen av spørreskjemaet tar for seg *utvikling* av kompetanse som har foregått via arbeidserfaring, uformell opplæring og kurs, eller via formell videreutdanning. Med kompetanse menes de kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål.

9. Gradèr disse påstandene etter hvordan de passer for deg

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ingen grad
Jeg opplever et godt faglig fellesskap med kollegene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg reflekterer med kolleger over situasjoner som oppstår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg søker råd hos kolleger med mer erfaring enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg rådfører meg med kolleger med spisskompetanse innen et bestemt område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Når opplever du muligheter for å diskutere faglige tilnæringsmåter til situasjoner som oppstår i løpet av arbeidsdagen?

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
I "her og nå" situasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I planlagte faglige diskusjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under veiledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På internundervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På fagdager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. I hvilken grad opplever du at det er fokus på utvikling av kompetanse hos følgende...?

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Aldri
Avdelingssykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dine arbeidskolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehuset som organisasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hvilke former for kompetanseutvikling settes det av tid til?

(Kurs innen for eksempel; HLR, prosedyrer, legemidler, smerte e.l)

	Ukentlig	Månedlig	Hvert halvår	Årlig	Sjeldnere enn årlig
Kurs på arbeidsplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs på eget initiativ (i fritiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltakelse på konferanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tid til refleksjon med kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internundervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E- læring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. I hvilke situasjoner opplever du at din kompetanse utvikles på arbeidsplassen?

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
I praksisfellesskap med kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved internundervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennom egne erfaringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennom refleksjoner over eget arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennom kurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gjennom selvstudier (lese faglitteratur el.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observere kollegaer for innblikk i flere måter å utføre noe på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg får hjelp og råd av kollegene mine til å løse et problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg får utfordrende oppgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg må løse et klinisk problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved å prøve meg frem på ting (lærer av feil etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg får tilbakemeldinger fra kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I direkte arbeid med pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. I hvilken grad opplever du at det på din arbeidsplass er lagt til rette for...

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ingen grad
Videreutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisk stige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs internt på arbeidsplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs utenfor arbeidsplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hvor ofte opplever du følgende?

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
Å få opplæring av kolleger når du ber om det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å få oppmuntring fra avdelingssykepleier til å utvikle din kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å få oppmuntring fra kolleger til å utvikle din kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å få oppmuntring fra sykehuset som organisasjon til å utvikle din kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C: Anvendelse av kompetanse

Denne delen av spørreskjemaet går på hvorvidt kompetansen blir anvendt. Du vil oppleve at noen av spørsmålene fra kategori B går igjen. Spørsmål som i kategori B går på *utvikling* av kompetanse vil i denne delen bli spurt etter i forhold til *anvendelse*.

16. Hvor ofte opplever du følgende..

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
At du utfører veiledning av kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmuntring fra avdelingssykepleier til å utnytte din kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmuntring fra kolleger til å utnytte din kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmuntring fra høyere ledelse til å utnytte din kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Opplever du at din spesifikke kompetanse blir anvendt?

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Aldri
Av avdelingssykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av dine arbeidskolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av sykehuset som organisasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. I hvilke situasjoner opplever du at din spesifikke kompetanse anvendes?

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
I praksisfellesskap med kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har internundervisning for kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennom refleksjoner over eget arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennom å holde kurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg hjelper mine kolleger med for eksempel prosedyrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg blir spurt om å gjøre bestemte oppgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Når jeg veileder mine kolleger

19. Opplever du at du har...

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
Innflytelse på daglig drift av sengeposten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innflytelse på utvikling av posten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frihet til å ta selvstendige beslutninger på jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Føler du deg mer kompetent til å utføre spesifikke arbeidsoppgaver etter kompetanseheving?

- Har noen andre tilleggsoppgaver tilpasset min kompetanse utover ”vanlig rutinearbeid”
- Har stort sett arbeidsoppgaver tilpasset min kompetanse, men gjør i tillegg noe ”rutinearbeid”
- Har kun arbeidsoppgaver tilpasset min kompetanse
- Ingen forskjell fra før kompetanseheving

Forklar gjerne:

21. Hvor ofte opplever du.....

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
Kompetansen din er relevant for posten du jobber på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avdelingssykepleier ser din kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avdelingssykepleier anvender din kompetanse bevisst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faglig engasjement blant kollegene dine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avdelingssykepleier er faglig engasjert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å få tilbakemeldinger fra kolleger på ditt arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å få tilbakemeldinger fra avdelingssykepleier på din kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Vurder følgende utsagn.....

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
Jeg vet hva min nærmeste leder forventer av meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avd. sykepleier og jeg samarbeider om å anvende min kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetansen min anvendes som en ressurs for mine kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker min kompetanse i faglige diskusjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min kompetanse etterspørres av mine kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min kompetanse etterpørres av avdelingssykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min avdelingssykepleier har et engasjement til å anvende min kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan lære bort noe til mine kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D: Påvirkningsfaktorer for anvendelse og utvikling av kompetanse**23. Gradèr følgende utsagn etter hvordan de passer for deg....**

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
Jeg har tid til å dele kompetansen min med kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tid til pasientene utover rutinearbeidet som ”må utføres”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har kun tid til å gjøre rutinearbeidet som ”må utføres”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at dagene er hektiske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er tid til å gå sammen med annen arbeidskollega og lære av hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er tid til å gjøre selvstudier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er tid til internundervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Hvordan er kompetanse fordelt på vaktene

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
God spredning av kompetanse på dagvakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
God spredning av kompetanse på aftenvakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det tas hensyn til at det skal være en spredt kompetanse på vaktene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lederen er tilstedeværende i posten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. I hvilken grad opplever du..

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ingen grad
Å lykkes med det du ønsker å oppnå på jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å mestre ditt arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetansen min er økende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har god selvtillit i forhold til mitt arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har mulighet til selvrealisering på arbeidsplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av fellesskap med kollegene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har frynsegoder på arbeidsplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får anerkjennelse for jobben jeg gjør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Lønn i forhold til kompetanse

Har lønnen din økt etter hvert som du har fått mer arbeidserfaring? Ja Nei

Har lønnen din økt etter fullført formell videreutdanning? Ja Nei

Har du noen forslag og erfaringer om hvordan din spesifikke kompetanse kan anvendes? *(skriv gjerne på baksiden av arket hvis du trenger mer plass)*

.....

.....

.....

VEDLEGG 6

A: Demografiske data

1. Persondata

Kjønn	Antall	Prosent
Mann	6	10.0
Kvinne	54	90.0
Total	60	100.0

Alder i grupper	Antall	Prosent
20 til 30 år	23	38.3
31 til 40 år	17	28.3
41 til 50 år	13	21.7
51 til 60 år	4	6.7
Total	57	95.0
Ikke besvart	3	5.0
Totalt	60	100

2. Hva slags utdanning har du?

Type utdanning	Antall	Prosent
Grunnutdanning	60	100
Videreutdanning	5	8.3
Mastergrad	0	0
Klinisk Stige	2	3.3
Andre typer utdanning	5	8.3
Totalt besvarte	60	100

3. Er du for tiden i følgende

Kompetanseutviklingstiltak	Antall	Prosent
Videreutdanning	4	6.7
Klinisk spesialistprogram	1	1.7
Annet	5	8.3
Totalt besvarte	60	100

4. Hva er din stillingstittel?

Stillingstittel	Antall	Prosent
Sykepleier	53	88.3
Videreutd.tittel	2	3.3
Fagutviklingssykepleier	4	6.7
Klinisk Spesialist	1	1.7
Totalt besvarte	60	100

5. Hvilken type stilling har du?

Type	Antall	Prosent
Fast ansatt	45	75
Vikariat	15	25
Totalt besvarte	60	100

6. Hvordan jobber du?

Turnustype	Antall	Prosent
3 delt turnus	48	80
Kun natt	3	5
Kun dag	1	1.7
Dag og kveld	8	13.3
Totalt besvarte	60	100

7. Hvilken type enhet jobber på?

Enhet	Antall	Prosent
Medisinsk	32	53.3
Kirurgisk	28	46.7
Totalt besvarte	60	100

8. Hvis du har en formell videreutdanning, hvem tok initiativ til at du skulle gjøre dette?

Initiativtaker	Antall	Prosent
Har ikke v.utdanning	50	83.3
Arbeidsgiver	2	3.3
Meg selv	6	10
Ikke besvart	2	3.3
Totalt	60	100

B: Ervervelse av kompetanse

9. Gradèr disse påstandene etter hvordan de passer for deg

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ingen grad	Totalt besvarte
Jeg opplever et godt faglig fellesskap med kollegene mine	21.7% (13)	61.7% (37)	11.7% (7)	1.7% (1)	1.7% (1)	59
Jeg reflekterer med kolleger over situasjoner som oppstår	20% (12)	51.7% (31)	21.7% (13)	5% (3)	1.7% (1)	60
Jeg søker råd hos kolleger med mer erfaring enn meg	41.7% (25)	46.7% (28)	6.7% (4)	5% (3)	0	60
Jeg rådfører meg med kolleger med spisskompetanse innen et bestemt område	18 (30%)	30 (50%)	9 (15%)	3 (5%)	0	60

10. Når opplever du muligheter for å diskutere faglige tilnæringsmåter til situasjoner som oppstår i løpet av arbeidsdagen?

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvarte
I "her og nå" situasjoner	13 (21.7%)	25 (41.7%)	0	16 (26.7%)	6 (10%)	60
I planlagte faglige diskusjoner	5 (8.3%)	21 (35%)	12 (20%)	18 (30%)	2 (3.3%)	58
Under veiledning	6 (10%)	16 (26.7%)	16 (26.7%)	18 (30%)	2 (3.3%)	58
På internundervisning	6 (10%)	15 (25%)	26 (43.3%)	9 (15%)	2 (3.3%)	58
På fagdager	8 (13.3%)	19 (31.7%)	19 (31.7%)	10 (16.7%)	2 (3.3%)	58

11. I hvilken grad opplever du at det er fokus på *utvikling* av kompetanse hos følgende...?

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Aldri	Totalt besvarte
Avdelingssykepleier	7 (11.7%)	30 (50%)	0	19 (31.7%)	3 (5%)	59/60
Dine arbeidskolleger	3 (5%)	21 (3.5%)	30 (50%)	4 (6.7%)	1 (1.7%)	59/60
Deg selv	8 (13.3%)	31 (51.7%)	18 (30%)	2 (3.3%)	0	59/60
Sykehuset som organisasjon	1 (1.7%)	12 (20%)	24 (40%)	20 (33.3%)	1 (1.7%)	58/60

12. Hvilke former for kompetanseutvikling settes det av tid til?

	Ukentlig	Månedlig	Hvert halvår	Årlig	Sjeldnere enn årlig	Antall besvarte
Kurs på arbeidsplassen	0	7 (12.7%)	23 (38.3%)	18 (30%)	7 (11.7%)	55/60
Kurs på eget initiativ (i fritiden)	0	2 (3.3%)	13 (21.7%)	11 (18.3%)	32 (53.3%)	58/60
Deltakelse på konferanser			5 (8.3%)	15 (25%)	35 (58.3%)	55/60
Seminar	0	0	4 (6.7%)	23 (38.3%)	31 (51.7%)	58/60
Tid til refleksjon med kolleger	11 (18.3%)	11 (18.3%)	14 (23.3%)	1 (1.7%)	20 (33.3%)	57/60
Internundervisning	3 (5%)	17 (28.3%)	29 (48.3%)	3 (5%)	5 (8.3%)	57/60
E- læring	4 (6.7%)	15 (25%)	19 (31.7%)	15 (25%)	5 (8.3%)	58/60

13. I hvilke situasjoner opplever du at din kompetanse *utvikles* på arbeidsplassen?

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvarte
I praksisfellesskap med kolleger	17 (28.3%)	33 (55%)	6 (10%)	4 (6.7%)	0	60/60
Ved internundervisning	6 (10%)	14 (23.3%)	31 (51.7%)	8 (13.3%)	0	59/60
Gjennom egne erfaringer	17 (28.3%)	32 (60%)	10 (15%)	1 (1.7%)	0	60/60
Gjennom refleksjoner over eget arbeid	14 (23.3%)	36 (60%)	9 (15%)	1 (1.7%)	0	60/60
Gjennom kurs	5 (8.3%)	19 (31.7%)	26 (43.3%)	10 (16.7%)	0	60/60
Gjennom selvstudier (lese faglitteratur el.)	7 (11.7%)	26 (43.3%)	19 (31.7%)	8 (13.3%)	0	60/60
Observere kollegaer for innblikk i flere måter å utføre noe på	8 (13.3%)	25 (41.7%)	25 (41.7%)	2 (3.3%)	0	60/60
Når jeg får hjelp og råd av kollegene mine til å løse et problem	9 (15%)	36 (60%)	11 (18.3%)	4 (6.7%)	0	60/60
Når jeg får utfordrende oppgaver	12 (20%)	35 (58.3%)	11 (18.3%)	2 (3.3%)	0	60/60
Når jeg må løse et klinisk problem	10 (16.7%)	28 (46.7%)	15 (25%)	6 (10%)	0	59/60
Ved å prøve meg frem på ting (lærer av feil etc)	8 (13.3%)	24 (40%)	14 (23.3%)	14 (23.3%)	0	60/60
Når jeg får tilbakemeldinger fra kolleger	8 (13.3%)	24 (40%)	20 (33.3%)	8 (13.3%)	0	60/60
I direkte arbeid med pasienter	13 (21.7%)	35 (58.3%)	10 (16.7%)	2 (3.3%)	0	60/60

14. I hvilken grad opplever du at det på din arbeidsplass er lagt til rette for....

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ingen grad	Antall besvarte
Videreutdanning	1 (1.7%)	10 (16.7%)	28 (46.7%)	18 (30%)	3 (5%)	60/60
Klinisk stige	3 (5%)	9 (15%)	26 (43.3%)	20 (33.3%)	2 (3.3%)	60/60
Kurs internt på arbeidsplassen	2 (3.3%)	16 (26.7%)	24 (40%)	18 (30%)	0	60/60
Kurs utenfor arbeidsplassen	0	4 (6.7%)	21 (35%)	29 (48.3%)	5 (8.3%)	59/60

15. Hvor ofte opplever du følgende?

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvarte
Å få opplæring av kolleger når du ber om det	15 (25%)	30 (50%)	13 (21.7%)	1 (1.7%)	1 (1.7%)	60/60
Å få oppmuntring fra avdelingssykepleier til å utvikle din kompetanse	9 (15%)	28 (46.7%)	14 (23.3%)	7 (11.7%)	2 (3.3%)	60/60
Å få oppmuntring fra kolleger til å utvikle din kompetanse	3 (5%)	19 (31.7%)	23 (38.3%)	12 (20%)	3 (5%)	60/60
Å få oppmuntring fra sykehuset som organisasjon til å utvikle din kompetanse	0	0	11 (8.3%)	31 (51.7%)	18 (30%)	60/60

C: Anvendelse av kompetanse**16. Hvor ofte opplever du følgende....**

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvarte
At du utfører veiledning av kolleger	5 (8.3%)	24 (40%)	23 (38.3%)	6 (10%)	2 (3.3%)	60/60
Oppmuntring fra avdelingssykepleier til å utnytte din kompetanse	3 (5%)	25 (41.7%)	23 (38.3%)	7 (11.7%)	2 (3.3%)	60/60
Oppmuntring fra kolleger til å utnytte din kompetanse	0	28 (46.7%)	22 (36.7%)	7 (11.7%)	3 (5%)	60/60
Oppmuntring fra høyere ledelse til å utnytte din kompetanse	0	3 (5%)	12 (20%)	24 (40%)	21 (35%)	60/60

17. Opplever du at din spesifikke kompetanse blir anvendt

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Aldri	Antall besvarte
Av avdelingssykepleier	4 (6.7%)	22 (36.7%)	26 (43.3%)	6 (10%)	1 (1.7%)	59/60
Av dine arbeidskolleger	5 (8.3%)	32 (53.3%)	17 (28.3%)	4 (6.7%)	1 (1.7%)	59/60
Av deg selv	6 (10%)	39 (65%)	0	13 (21.7%)	1 (1.7%)	59/60
Av sykehuset som organisasjon	2 (3.3%)	6 (10%)	22 (36.7%)	17 (28.3%)	12 (20%)	59/60

18. I hvilke situasjoner opplever du at din spesifikke kompetanse anvendes?

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvarte
I praksisfellesskap med kolleger	17 (28.3%)	30 (50%)	11 (18.3%)	2 (3.3%)	0	60/60
Jeg har internundervisning for kolleger	4 (6.7%)	2 (3.3%)	11 (18.3%)	14 (23.3%)	29 (48.3%)	60/60
Gjennom refleksjoner over eget arbeid	5 (8.3%)	29 (48.3%)	4 (40%)	2 (3.3%)	0	60/60
Gjennom å holde kurs	4 (6.7%)	2 (3.3%)	9 (15%)	12 (20%)	33 (55%)	60/60
Når jeg hjelper mine kolleger med for eksempel prosedyrer	9 (15%)	26 (43.3%)	21 (35%)	4 (6.7%)	0	60/60
Når jeg blir spurt om å gjøre bestemte oppgaver	9 (15%)	33 (55%)	15 (25%)	3 (5%)	0	60/60
Når jeg veileder mine kolleger	7 (11.7%)	23 (38.3%)	24 (40%)	4 (6.7%)	1 (1.7%)	60/60

19. Opplever du at du har...

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvarte
Innflytelse på daglig drift av sengeposten	8 (13.3%)	15 (25%)	23 (38.3%)	13 (21.7%)	1 (1.7%)	60/60
Innflytelse på utvikling av posten	3 (5%)	18 (30%)	25 (41.7%)	12 (20%)	2 (3.3%)	60/60
Frihet til å ta selvstendige beslutninger på jobb	9 (15%)	20 (33.3%)	24 (40%)	6 (10%)	0	59/60

20. Føler du deg mer kompetent til å utføre spesifikke arbeidsoppgaver etter kompetanseheving?

Har noen andre tilleggsoppgaver tilpasset min kompetanse utover "vanlig rutinearbeid"	12 (20%)
Har stort sett arbeidsoppgaver tilpasset min kompetanse, men gjør i tillegg noe "rutinearbeid"	30 (50%)
Har <u>kun</u> arbeidsoppgaver tilpasset min kompetanse	6 (10%)
Ingen forskjell fra før kompetanseheving	5 (8.3%)
Totalt besvarte	53/60

21. Hvor ofte opplever du....

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvarte
Kompetansen din er relevant for posten du jobber på	21 (35%)	31 (51.7%)	7 (11.7%)	1 (1.7%)	0	60/60
Avdelingssykepleier ser din kompetanse	10 (16.7%)	27 (45%)	16 (26.7%)	7 (11.7%)	0	60/60
Avdelingssykepleier anvender din kompetanse bevisst	7 (11.7%)	24 (40%)	22 (36.7%)	7 (11.7%)	0	60/60
Faglig engasjement blant kollegene dine	4 (6.7%)	38 (63.3%)	14 (23.3%)	4 (6.7%)	0	60/60
Avdelingssykepleier er faglig engasjert	25 (41.7%)	28 (46.7%)	3 (5%)	3 (5%)	0	59/60
Å få tilbakemeldinger fra kolleger på ditt arbeid	2 (3.3%)	24 (40%)	26 (43.3%)	8 (13.3%)	0	60/60
Å få tilbakemeldinger fra avdelingssykepleier på din kompetanse	3 (5%)	27 (45%)	20 (33.3%)	8 (13.3%)	2 (3.3%)	60/60

22. Vurder følgende utsagn.....

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvarte
Jeg vet hva min nærmeste leder forventer av meg	21 (35%)	36 (60%)	2 (3.3%)	1 (1.7%)	0	60/60
Avd. sykepleier og jeg samarbeider om å anvende min kompetanse	9 (15%)	20 (33.3%)	22 (36.7%)	8 (13.3%)	0	59/60
Kompetansen min anvendes som en ressurs for mine kolleger	9 (15%)	28 (46.7%)	17 (28.3%)	4 (6.7%)	2 (3.3%)	60/60
Jeg bruker min kompetanse i faglige diskusjoner	10 (16.7%)	28 (46.7%)	17 (28.3%)	4 (6.7%)	1 (1.7%)	60/60
Min kompetanse etterspørres av mine kolleger	3 (5%)	19 (31.7%)	34 (56.7%)	3 (5%)	1 (1.7%)	60/60
Min kompetanse etterspørres av avdelingssykepleier	3 (5%)	17 (28.3%)	30 (50%)	9 (15%)	1 (1.7%)	59/60
Min avdelingssykepleier har et engasjement til å anvende min kompetanse	6 (10%)	22 (36.7%)	21 (35%)	9 (15%)	2 (3.3%)	60/60
Jeg kan lære bort noe til mine kolleger	8 (13.3%)	30 (50%)	18 (30%)	3 (5%)	0	59/60

D: Påvirkningsfaktorer for anvendelse og utvikling av kompetanse**23. Gradèr følgende utsagn etter hvordan de passer for deg....**

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvart
Jeg har tid til å dele kompetansen min med kolleger	1 (1.7%)	16 (26.7%)	34 (56.7%)	9 (15%)	0	60/60
Jeg har tid til pasientene utover rutinearbeidet som ”må utføres”	1 (1.7%)	13 (21.7%)	32 (53.3%)	13 (21.7%)	1 (1.7%)	60/60
Jeg har kun tid til å gjøre rutinearbeidet som ”må utføres”	3 (5%)	33 (55%)	13 (21.7%)	7 (11.7%)	2 (3.3%)	58/60
Jeg opplever at dagene er hektiske	26 (43.3%)	25 (41.7%)	8 (13.3%)	0	0	59/60
Det er tid til å gå sammen med annen arbeidskollega og lære av hverandre	0	7 (11.7%)	28 (46.7%)	23 (38.3%)	2 (3.3%)	60/60
Det er tid til å gjøre selvstudier	0	1 (1.7%)	11 (18.3%)	37 (61.7%)	11 (18.3%)	60/60
Det er tid til internundervisning	0	3 (5%)	21 (35%)	35 (58.3%)	1 (1.7%)	60/60

24. Hvordan er kompetanse fordelt på vaktene

	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Antall besvarte
God spredning av kompetanse på dagvakt	10 (16.7%)	34 (56.7%)	12 (20%)	3 (5%)	1 (1.7%)	60/60
God spredning av kompetanse på aftenvakt	7 (11.7%)	30 (50%)	18 (30%)	4 (6.7%)	1 (1.7%)	60/60
Det tas hensyn til at det skal være en spredt kompetanse på vaktene	7 (11.7%)	35 (58.3%)	14 (23.3%)	3 (5%)	1 (1.7%)	60/60
Lederen er tilstedeværende i posten	26 (43.3%)	23 (38.3%)	8 (13.3%)	3 (5%)	0	60/60

25. Lønn i forhold til kompetanse

	Ja	Nei	Ikke videreutdanning	Antall besvarte
Har lønnen din økt etter hvert som du har fått mer arbeidserfaring?	20 (33.3%)	39 (65%)		59/60
Har lønnen din økt etter fullført formell videreutdanning?	1 (1.7%)	5 (8.3%)	53 (88.3%)	59/60

26. I hvilke grad opplever du...

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ingen grad	Antall besvarte
Å lykkes med det du ønsker å oppnå på jobb	1 (1.7%)	32 (53.3%)	25 (41.7%)	2 (3.3%)	0	60/60
Å mestre ditt arbeid	3 (5%)	47 (78.3%)	10 (16.7%)	0	0	60/60
Kompetansen min er økende	2 (3.3%)	39 (65%)	18 (30%)	1 (1.7%)	0	60/60
Har god selvtrillit i forhold til mitt arbeid	5 (8.3%)	39 (65%)	15 (25%)	1 (1.7%)	0	60/60
Jeg har mulighet til selvrealisering på arbeidsplassen	2 (3.3%)	25 (41.7%)	25 (41.7%)	7 (11.7%)	0	59/60
Følelse av fellesskap med kollegene	14 (23.3%)	40 (66.7%)	5 (8.3%)	1 (1.7%)	0	60/60
Har frynsegoder på arbeidsplassen	0	8 (13.3%)	9 (15%)	25 (41.7%)	17 (28.3%)	59/60
Får anerkjennelse for jobben jeg gjør	3 (5%)	28 (46.7%)	23 (38.3%)	4 (6.7%)	2 (3.3%)	60/60