

# Klinisk fagring som ein kompetanseutviklande metode i kommunehelsetenesta – sjukepleiarar og leiarar sine erfaringar

Astrid Bjørnerheim Hynne, Kirsti Torjuul og Bente Paulsen

*Astrid Bjørnerheim Hynne, Cand.polit., førstelektor, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim, [astrid.b.hynne@ntnu.no](mailto:astrid.b.hynne@ntnu.no)*

*Kirsti Torjuul, Ph.D, førsteamanuensis, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim*

*Bente Paulsen, Cand.san., universitetslektor, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim*

## Abstract

### Clinical circle as a competence developing method in municipal health services – experiences of registered nurses and managers

*The purpose of this study was to investigate the experiences of nurses and managers of a clinical circle as a method of competence development, and the way working conditions and contextual factors in the municipality affected the process of learning and cooperation between nurses and managers. Focus group interviews were conducted with five nurses and five managers. The interviews that were analyzed using qualitative content analysis resulted in three main categories: cooperation across different units, shared clinical theme, and contextual factors. The findings indicate that participating in a clinical circle provide nurses with opportunities to develop their clinical competence through sharing knowledge and experiences, and by searching, assessing and implementing research findings into practice. In order to establish and sustain a clinical circle, the findings indicate that it may be useful to prearrange contextual factors, such as leadership expectancy, and time reserved for clinical circle work.*

## Keyword/Nøkkelord

*competence development; knowledge; evidence-based practice; qualitative study; focus group interviews, municipal health care*

*kompetanseutvikling; kunnskap; kunnskapsbasert praksis; kvalitativ studie; fokusgruppeintervju; kommunehelseteneste*

## Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4231>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Introduksjon

Kontinuerleg læring og utvikling av helsepersonell sin kompetanse i kunnskaps-handtering, systematisk erfaringsutveksling og refleksjon over praksis blir sett på som føresetnad for å tilby pasientar og pårørande gode helse- og sosialtenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I kommunehelsetenesta i Norge har kompleksiteten i dei sjukepleiefaglege oppgåvene auka, og fleire sjukepleiarar etterspør fagleg oppdatering (Gautun & Syse, 2013). Mange sjukepleiarar opplever manglande balanse mellom jobbkrav og kontroll i jobbsituasjonen (Bing-Jonsson, Foss & Bjørk, 2015).

Utdannings- og forskingsdepartementet (2012) viser til at det må bli større utveksling av fagpersonalet mellom utdanning og arbeidsliv, og skapast ein betre samanheng mellom teori og praksis i høgre utdanning. Det blir også peika på at det er nødvendig å få til eit betre kunnskapsgrunnlag, strategiar for spreining av erfaringar og modellar for kompetanseutvikling.

På bakgrunn av overnemnde føringar blei det satt i gang eit samarbeidsprosjekt mellom sjukepleiarutdanninga ved NTNU (tidlegare Høgskulen i Sør-Trøndelag, HiST) og ein kommune i Midt-Norge om oppstart av ein klinisk fagring samansett av sjukepleiarar frå heimesjukepleien og sjukeheim, og eit kurs i kunnskapsbasert praksis (KBP) hausten 2012. Eitt av måla for kurset var å auke deltakarane sin kompetanse i å søkje og vurdere forskning. Denne artikkelen presenterer bakgrunn for prosjektet, gjennomføringa og resultat av fokusgruppeintervju med sjukepleiarar og leiarar om deira erfaring med fagringen si betyding for kompetanseutvikling.

## Bakgrunn

Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk og Foss (2016) fann i sin studie av sjukepleiekompetansen i eldreomsorga i kommunane, at uklare roller og mangel på standard for vurdering av kompetanse og kompetanseutvikling kan vere ei forklaring på kvifor sjukepleiarar i nokre deler av tenesta skårar dårlegare på kvalitet enn andre. Spesielt sjukepleiarar i heimesjukepleien arbeider mykje åleine og kan i mindre grad stole på kollektiv kompetanse. Pasientgrunlaget har endra seg i retning av at fleire sjuke pasientar med samansette lidningar blir utskrive til heimen tidlegare enn før (Gautun & Syse, 2013). Difor er det eit spørsmål korleis personalet greier å vere oppdatert på ny kunnskap. Faktorar som kan true kvaliteten i tenesta kan vere stort tidspress, knappe ressursar og problem med å planlegge turnus (Bing-Jonsson et al., 2016). Ein studie (Brenden, Storheil, Grov & Ytrehus, 2011) tyder også på manglande systematikk og plan for kompetanseutvikling i sjukeheim. Hovland, Kyrkjebø og Råholm (2015) fann at faget kom i skuggen av organisatoriske forhold der læring blei ein einsam prosess og den einskilde sjukepleiar sitt ansvar.

Sjukepleiarar har fortalt at læring er forbunde med å kunne dele og reflektere over eigne erfaringar ilag med kollegaer (Bekkhuis, Kristoffersen & Lillemoen, 2012). Men å dele erfaringar fører ikkje nødvendigvis til auka kompetanse eller betre praksis. Det kan like gjerne repeterer og konservere dårleg praksis, i følgje Bjørk (1999). Å forankre diskusjonar om praksis i teori og/eller forskning, kan føre til nye standardar for kvalitet og stimulere til læring og fagutvikling. Å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis er ein kompleks prosess, og det kan mangle ein kultur i avdelinga for å søkje opp og bruke ny forskning (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary, Profetto-McGrath, Milner, Levers & Scott-Findlay, 2005). Studiar tyder på at sjukepleiarar har ei positiv holdning til teori og forskning, men manglar organisatoriske rammer og kompetanse til å søkje, vurdere og bruke forskingsresultat i praksis (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2016).

### ***Kompetanseutvikling***

Det er eit overordna mål at norske helsetenester skal vere kunnskapsbaserte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Kunnskapsbasert praksis (KBP) blir definert som det å ta avgjersler basert på forskning, erfaring og brukarkunnskap i ein gitt situasjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2012). Omgrepet KBP blir brukt for å imøtegå kritikken mot evidensbasert praksis (EBP), som blant anna handlar om epistemologi og vitskapsteori, kunnskapsmakt og mangel på vitskapeleg belegg for at evidenssystemet fører til god praksis (Martinsen & Boge, 2004; Ekeland, 2009). Omgrepet KBP forsøker i større grad å vektleggje brukar/pasientkunnskap og erfaringskunnskap (Undheim et al., 2011). Grimen (2009, s. 213-219) hevdar at KBP-modellen må supplerast med klinisk skjønn når kliniske avgjersler skal takast. Eraut (1985, s. 124-125) hevdar at praktisk resonnering og vurdering, inkludert fortolking og assosiasjon er nødvendig for å ta i bruk teori og/ eller forskingsresultat i praksis. Denne fortolkinga kan føregå både individuelt og i ei kollegagruppe.

Sjukepleiepraksis føreset ein kompleks kombinasjon av kunnskap, ferdigheter, kyndighet, verdiar og holdningar. Ein holistisk definisjon på kompetanse som inkluderer desse dimensjonane er difor nødvendig (Yanhua & Watson, 2011). Det opnar opp for eit vidt kunnskapsomgrep der det å innsjå, sjå til, kjenne og erfare i tillegg til å grunngi det målbare, blir viktig i kunnskapsutvikling (Martinsen, 2005). Det vil seie at kunnskap utvikla innanfor både human- og naturvitskapelege forskningstradisjonar er relevant for å imøtekomme sjukepleie-faglege utfordringar.

I lys av dei mange dimensjonane ved kompetanse og kunnskap, forstår vi fortsatt lite om korleis kunnskap blir utvikla og handtert i organisasjonar, i fylgje Nonaka, Ryoko og Konno (2000). Om holistisk kompetanse blir sett på som eit utviklande, dynamisk og relasjonelt omgrep i stadig utvikling mellom utøvar, handling og kultur (McMullan, Endacott, Gray, Jasper, Miller, Scholes & Webb,

2003), er det ikkje tilstrekkeleg å studera den einskilde utøvar. Det blir difor viktig å inkludere fleire av dei som deltar i det daglege arbeidsfellesskapet for å få innsikt i korleis utvikling av kompetanse går føre seg.

### ***Klinisk fagring***

Utgangspunktet for å bruke omgrepet klinisk fagring er inspirert av eit tidlegare prosjekt om KBP (Graverholt, Nortvedt & Ruud, 2007). Intensjonen med ein fagring er at ei gruppe kan vere ein stad å reflektere, dele erfaringar og stille spørsmål ved etablert praksis. Å søkje forskningslitteratur, vurdere den grundig, ta den i bruk og evaluere resultatet i ettertid er ein del av arbeidsprosessen (Nortvedt et al., 2012).

Både individuell læring og læringskultur er avgjerande for at læring skal føregå i ein organisasjon og eit praksisfelt (Eraut, 2004). I vår studie blir kompetanseutvikling sett på som ein kompleks læringsprosess med samspel mellom individ og omgivnader, og har både eit kognitivt- og sosialt læringsperspektiv. Læring omfattar både innhald og drivkraft; det vil seie at læring har ein innhalds-, drivkrafts- og samspeleddimensjon (Illeris, 2013). I eit slikt perspektiv vil både einskildpersonar og arbeidsplassen ta del i læringsprosessen. For å få innsikt i dei ulike dimensjonane ved kompetanseutvikling blei det viktig å undersøkje korleis både sjukepleiarane sjølve og deira leiarar erfarte betydinga av fagringen.

Prosjektet starta i september 2012 med etablering av ein fagring med seks sjukepleiarar i kommunen, med avslutning i april 2013. Samarbeidsmidlar vart innvilga for å dekke deltaking for sjukepleiarane i eit kurs i KBP (tre samlingar à tre dagar) og til oppstart av fagringen. Fagringen vart etablert før kurset i KBP for å motivere sjukepleiarane til å relatere innhaldet i kurset og søkjing av litteratur til sjølvalgte problemstillingar i eigen praksis.

I prosjektperioden fekk kvar deltakar avsett to timar til fagringarbeid anna kvar veke, dekkja av prosjektmidlar. Ein av deltakarane i fagringen blei valt som leiar av gruppa, og ernæring blei valt som temaet dei ynskte å arbeide med. Frå sjukepleiarutdanninga deltok to prosjektleiarar på fire av fagringmøta og ein bibliotekar på to. Ved avslutninga av prosjektet, var intensjonen at deltakarane skulle fortsetje arbeidet i fagringen.

### **Formål**

Formålet med prosjektet var å undersøkje sjukepleiarane og leiarane sine erfaringar med ein klinisk fagring som kompetanseutviklande metode i kommunehelsetenesta og faktorar i arbeidssituasjonen som påverka samarbeidet i fagringen.

## **Metode**

For å få innsikt i erfaringane til sjukepleiarar og leiarar med fagringarbeidet, blei det nytta kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2012).

### ***Utvål***

Vi ønskte å rekruttere sjukepleiarar både frå heimesjukepleien og sjukeheimen i kommunen, grunna offentlege føringar om å få til eit større samarbeid mellom desse tenestetilboda (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For å styrke samarbeidet mellom utdanning og praksisfelt, blei ein kommune som var arena for studentpraksis valt. Øvste leiar blei invitert til å samarbeide med sjukepleiarutdanninga om eit prosjekt med etablering av ein klinisk fagring. To sjukepleiarar frå ulike soner i heimesjukepleien og fire sjukepleiarar ved ulike postar i sjukeheimen fekk tilbod om å delta. Seks sjukepleiarar meldte si interesse, alle kvinner med arbeidserfaring som sjukepleiar frå to til 25 år. Ein av sjukepleiarane flytta til anna arbeidsplass i løpet av prosjektperioden, og fagringen hadde fem deltakarar i siste del av prosjektet. I tillegg blei leiarane for sjukepleiarane spurt om å delta i eit fokusgruppeintervju for å evaluere prosjektet. To leiarar hadde arbeidserfaring frå null til to år, og dei tre andre frå tre til 20 år eller meir på noverande arbeidsplass. Ein leiar var sjuk på tidspunktet for fokusgruppeintervjuet. Til saman besto utvalet av fem sjukepleiararar og fem leiarar.

### ***Fokusgrupper***

Fokusgruppeintervju blei valt som metode fordi det er eigna til å få fram eit mangfald av erfaringar og opplevingar frå ein arbeidsprosess med fleire involverte. Diskusjonar og samhandling i ei gruppe kan gi innspel på betydinga av både fellesskap og det å vere ulike, og slike gruppesamtaler kan lede til nytenking og ny kunnskap (Barbour, 2007; Malterud, 2012). Fokusgruppene blei gjennomført i lokalar i kommunen etter ynskje frå deltakarane. Det å vere på heimebane kunne medverke til meir jamvekt i maktforholdet mellom deltakarar og forskarar (Malterud, 2012). To av deltakarane frå sjukepleiarutdanninga var moderator og komoderator under intervjuet, som tok utgangspunkt i same temaguide. I fylgje Barbour (2007) er det viktig å notere ned om det er spenningar, dilemma, polarisering av synspunkt eller utvikling av noko vedvarande og felles i gruppa. Komoderator hadde eit særleg ansvar for å notere nonverbale uttrykk som kunne vere viktig i analysen. Tema som vart tatt opp var erfaringar med: kompetanseutvikling, fagringen, kunnskapsbasert praksis, og forutsetningar for å lukkast med kompetanseutvikling og fagringarbeid. Temaguiden var eit resultat av litteraturgjennomgang og teoretiske perspektiv som blei valt i prosjektet. Tema var notert på ein flippover under begge fokusgruppeintervjuet.

Dei to fokusgruppeintervjua med fagringdeltakarane og leiarane blei gjennomført cirka åtte månader etter at sjukepleiarutdanninga hadde avslutta si deltaking i gruppa. Det var eit bevisst val å skilje leiarar og fagringdeltakarar i ulike fokusgrupper. Vi antok at leiarane og sjukepleiarane hadde ulike erfaringar med- og perspektiv på kompetanseutvikling. Dessutan kunne det bli vanskeleg for deltagarane å snakke opent saman om leiarar og fagringdeltakarar vart samla i same gruppe (Malterud, 2012). Under intervjua vart sjukepleiarane og leiarane sine oppfatningar og erfaringar oppsummert undervegs av moderator. Fokusgruppeintervjua varte frå 1,5-2 timar og føregjekk i arbeidstida. Etter samtykke frå informantane, vart det nytta bandopptak.

### ***Analyse***

Analysen av fokusgruppeintervjua var bygd på meiningskoding, meiningsfortetting og meiningsfortolking (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjua blei transkribert ordrett av moderator og komoderator. Data vart analysert ved først å lese gjennom heile teksten. Det gav grunnlag for meiningskoding der vi identifiserte relevante setningar og nyansar i informantane sine erfaringar og synspunkt. I vidare meiningsfortetting vart informantane sine utsegn korta ned i lys av studien sitt formål. Fellestrekk og variasjonar ved ulike utsegn vart samla tematisk. Under meiningsfortolking vart tema med likt eller tilnærma same meiningsinnhald grunnlag for vidare analyse og samla i kategoriar og underkategoriar. Alle forfattarar av denne artikkelen har uavhengig av kvarandre lest gjennom det transkriberte materialet. Kategoriar og tolkingar er diskutert og formulert i fellesskap.

### ***Etiske vurderingar***

Alle deltakarar gav skriftleg informert samtykke og data er anonymisert. Norsk samfunnsvitskapelege datateneste vart konsultert, og vurderte prosjektet som ikkje meldepliktig.

### **Funn**

På spørsmål om kva erfaringar sjukepleiarar og leiarar hadde med fagringen, var «samarbeid på tvers», «felles fagleg tema» og «rammefaktorar» hovед-kategoriar.

Tabell 1: Oversikt over kategoriar og underkategoriar

Kategori	Underkategori
Samarbeid på tvers	Å bli kjent Kunnskapsdeling
Felles fagleg tema	Motivasjon Felles prosedyrar
Rammefaktorar	Å setje av tid Leiarskap

### ***Samarbeid på tvers***

#### Å bli kjent

Medan sjukepleiarane i fagringen deltok på kurset i KBP, møttest dei utenom dei oppsatte møta der representantar frå sjukepleiarutdanninga deltok. Ein av sjukepleiarane sa det slik: «*Vi ble betre kjent med hverandres arbeidsplasser og det er kjempebra*». Dette vart opplevd som ein styrke i det vidare samarbeidet. Sjølv om dei tilsette i heimesjukepleien hadde kontor like ved sjukeheimen, var arbeidet og personalet adskilt i det daglege.

Leiargruppa gav uttrykk for at fagringen var viktig for kompetanseutvikling ved at fleire var ilag og blei kjent på tvers av avdelingane. Å kjenne til kvarandre sin kompetanse gjorde det lettare å ta den i bruk, og det vart lettare å samarbeide.

#### Kunnskapsdeling

Sjukepleiarane fortalde at dei som fylgje av arbeidet med ernæring, gjennomførte fleire tiltak som involverte alle tilsette i heimesjukepleien og sjukeheimen. Ressursgruppemøte med undervisning frå apoteket om ernæring, vart opplevd som nyttig. Ein sjukepleiar frå sjukeheimen sa: «*Kjøkkenet var med på ressursdagen. Det var de kjempepositive til og det er de fortsatt. Og vi har laget en prosedyre på ernæringskartlegging*». Fleire deltakarar gav uttrykk for at arbeidet i fagringen hadde vakt interesse for ernæring når personalet etterspurde korleis arbeidet gjekk vidare. Leiarane gav uttrykk for at det var lettare å dele kunnskapen når der var fleire ilag om eit fagområde, og deltakarane var trygge på kunnskapen.

Enkelte sjukepleiarar gav uttrykk for at det var utfordrande å undervise ansatte på fagdagar, og såg helst at fagpersonar med spesialkompetanse på ernæring gjennomførte denne undervisninga.

## ***Felles fagleg tema***

### Motivasjon

Sjukepleiarane var opptatt av at ulike prosjekt - også fagringprosjektet - skulle gi resultat i praksis. Ein sa: *«Poenget er at det skal komme alle ansatte til gode, komme pasientene til gode. Det må være formålet med prosjektet»*. Sjukepleiarane var motivert for å betre praksis med utgangspunkt i forskning og diskusjon om ernæring. Ein sjukepleiar sa: *«Jeg tenker at både prosjekt og engasjement må til for å utvikle faget. Tror ikke det er nok å gå i den daglige tralten»*.

Leiarane var opptatt av at sjukepleiarane som deltok i fagringen fekk ei «vitamininnsprøyting» som gjorde dei meir engasjert i både fag og jobb. Dei sa at det var behov for auka kompetanse om ernæring fordi det var eit område som gav personalet utfordringar til dagleg. Dei gav eksempel på pasientar som fekk væskebehandling eller sondeernæring, og at mange pasientar ikkje var ferdigbehandla på sjukehus. Kompleksiteten i prosedyrar med teknisk utstyr hadde auka dei siste ti åra. Samtidig vart det sagt at pasientane var mykje dårlegare enn tidlegare, og at mange dør i kortidsavdelingane.

Om erfaringar med bruk av KBP som arbeidsmodell, sa ein sjukepleiar at erfaringskunnskap blei for lite vektlagt i forhold til forskningsbasert kunnskap. Ho hadde funne eit kartleggingsskjema for ernæringsstatus basert på forskning og erfart at det ikkje var lett å bruke eit standardisert skjema til pasientar. Ho sa: *«Jeg tenkte forskning og beste praksis, men det fungerte ikke»*. Deltakarane fortalde om pasientar som hadde vore innom både heimesjukepleien og sjukeheimen, noko som førte til at dei utveksla erfaringar og moglege tiltak. Leiargruppa gav uttrykk for at det var behov for å innhente forskningskunnskap, men ein av dei sa fylgjande: *«Det høres veldig teoretisk ut (KBP). Skal en praktisere ernæring i hjemmet når du skal gå i matskapet til en som har brukervedvirkning. Det er utfordrende»*.

Ein leiar fortalde at det kunne oppstå diskusjonar i etterkant av at sjukepleiarane hadde lest artiklar: *«Se her. Her står det sånn og sånn. Det er artig»*. Fleire sa at det var eit stykke igjen før ein tok seg tid til å søkje og lese forskning om eit klinisk tema. Det kom fram at kjennskap til forskning også kunne føre til at ein oppdaga at det ein gjorde i praksis av gammal vane, var godt nok. Leiarane hadde vore med på eit møte i fagringen og blei klar over at det å søkje etter litteratur, var eit omfattande arbeid. Nokre gav uttrykk for at dei ikkje hadde nok kunnskap om å søkje etter forskning. Leiargruppa sa også at det var utfordrande å prioritere mellom arbeidsplassen sitt behov og den einskilde sjukepleiar sitt ynsker om kompetanseutvikling. Ein leiar sa: *«Vi har jobbet litt med strategiplaner for kompetanse, men vi har ikke vært tydelig på hva vi trenger av kompetanse»*.



### Felles prosedyrar

Sjukepleiarane uttrykte at dei ville fortsetje å arbeide med temaet ernæring. Etter diskusjonar i gruppa sa ein sjukepleiar: «*Jeg liker denne måten å jobbe på – å få til felles retningslinjer*». Ein annan følgde opp:

*Felles prosedyrer er jo målet for pleie og omsorg. Det skal gjennomleses, godkjennes og legges ut til alle på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Vi må tenke sånn fremover, at vi skal utarbeide noe felles. Og det blir enda mer og tettere samarbeid etter hvert.*

Sjukepleiarane hadde ulik oppfatning om ernæringsprosedyren dei hadde utvikla i fellesskap var klar til å gjennomførast i praksis eller ikkje, og korleis innføringa av prosedyren burde skje. Sjukepleiarane frå sjukeheimen foreslo å arrangere separate fagdagar i heimesjukepleien og på sjukeheimen fordi det var vanskeleg å samle alle. Sjukepleiarane frå heimesjukepleien oppfatta dette som lite samlande og var usamde. Likevel var dei samde om at det måtte vere ein felles prosedyre for både sjukeheimen og heimesjukepleien.

### **Rammefaktorar**

#### Å setje av tid

Det gjekk fram av diskusjonane at mykje hadde føregått samtidig i kommunen. Ein sjukepleiar sa: «*Det er for mange prosjekt som føregår parallelt*». Det vart kommentert at det oppsto forsinkelsar både ved oppstart og avslutning av ulike prosjekt, og dette kunne gi frustrasjonar. Når nokre personar var involvert i fleire prosjekt, vart det sårbart og prosjektet kunne stoppe opp.

Sjukepleiarane gav uttrykk for at fagringen ikkje hadde fungert etter intensjonen siste månadane av fleire grunnar. Det var vanskeleg å finne tidspunkt til å samle alle deltakarane. Ein av dei seks deltakarane skifta arbeidsplass, og det blei tre igjen frå sjukeheimen og to frå heimesjukepleien. Det blei også sjukemeldingar i fagringgruppa. At planer stadig måtte endrast, blei oppgitt som grunn til at nokre av deltakarane miste litt motivasjon. Ein sjukepleiar sa: «*Poenget er at vi må komme i gang igjen*».

Til tross for ynskje om å delta i fagringarbeidet, var det heile tida ei avveging mellom tida det tok og tid til pasientarbeid. Ein sjukepleiar sa: «*Når det foregår mye, så blir en mye borte fra pasientene*». Ein annan uttrykte: «*Den som er engasjert, er med på det meste. Men den som er med på mye, burde vært i avdelinga*».

Leiarane gav uttrykk for at det var ei utfordring, men også ein føresetnad for kompetanseheving, at det var aksept i kollegiet for at nokon brukte tid på det. Det blei meir å gjere for dei andre når nokon gjekk frå avdelinga eller sona til fagringarbeid. Å få turnusen til å gå opp var også ei utfordring.

### Leiarskap

I fokusgruppa med sjukepleiarar var det ulike forventningar til leiaren av fagringen. Leiaren meinte at ho berre hadde ansvar for å ivareta kommunikasjonen mellom deltakarane og avtale tid og stad for møta i fagringen. Ho meinte framdrifta i gruppearbeidet var eit felles ansvar. Fleire uttrykte at det hadde vore misforståingar med innkalling til møte. Dei meinte at skulle fagringen fungere, måtte det vere felles engasjement, nok ressursar, god informasjonsflyt og leiarforankring. Dette førte likevel til spenningar i gruppa.

Sjukepleiarane opplevde frustrasjon over at dei ikkje hadde oppnådd så mykje som dei hadde planlagt. Ein sa: *«Vi skulle ha en fagdag i oktober. Den var planlagt og bestemt, men ble ikke noe av. Per dags dato er det ingen fra hjemmesykepleien som kan følge opp. Da bestemte vi å utsette fagdagen».*

Ein vanskeleg bemanningssituasjon med sjukemeldingar og lite folk på arbeid både i sjukeheimen og i heimesjukepleien medførte at planlegginga stoppa opp, sjølv om det gjensto meir undervisning og opplæring for å setje ernæringsprosedyren ut i praksis. Sjukepleiarane var avhengige av sine leiarar i planlegginga, men skifte av to leiarar i prosjektperioden skapte utfordringar i kommunikasjon og utveksling av informasjon. Ein sjukepleiar uttrykte: *«Det kommer ikke til å bli bedre fremover. Hele tiden vil vi ha det travelt. Jeg tror vi er nødt til å prøve å finne løsninger likevel. Men de som må se først at dette er viktig, er fagledere og enhetsledere».*

Sjukepleiarane fortalde at det kunne vore gunstig å ha snakka meir saman undervegs då prosessen stoppa opp. Ein sjukepleiar hevda at tettare oppfølging frå sjukepleiarutdanninga hadde vore ein fordel. Ein annan viste til at dei arbeidde godt i fagringen så lenge det var samlingar på utdanninga.

### **Diskusjon**

Formålet med prosjektet var å undersøkje sjukepleiarar og leiarar sine erfaringar med ein klinisk fagring som kompetanseutviklande metode i kommunehelsetenesta og faktorar i arbeidssituasjonen som påverka samarbeidet i fagringen. I analysen av fokusgruppeintervjua fant vi tre hovedkategoriar som var viktige i etablering og vedlikehald av arbeidet i fagringen: samarbeid på tvers, felles fagleg tema og rammefaktorar.

Funna i studien tyder på at sjukepleiarane og leiarane erfarte at det å bli kjent på tvers og ha eit felles fagleg tema var positive erfaringar med fagringen. Arbeidet i fagringen gav sjukepleiarane høve til læring om ernæring som dei opplevde som relevant i kvardagen. For det første kunne samarbeidet om eit felles faglig tema imøtekome behovet for meir kompetanse hjå den einskilde sjukepleiar. For det andre kunne sjukepleiarane i fellesskap arbeide med eit krav til kvalitet i tenesta som offentlege føringar legg opp til. Dette såg ut til å gi motivasjon til å

delta i fagringen og drivkraft i samarbeidet. Å utøve eit arbeid som kom pasientane til gode var viktig for sjukepleiarane i fagringen. Dette er også funne i andre studiar (Hynne & Kvangarsnes, 2014). Verdiar og holdningar er vesentlege aspekt ved profesjonsutøving og har betydning for prioriteringar sjukepleiarane gjer i sitt daglege arbeid (Yanhua & Watson, 2011).

Offentlege føringar vektlegg det å samarbeide på tvers innanfor den einskilde kommune for å ivareta kontinuitet og samanhengande tenester for enkeltbrukarar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Når pasientar kan vere mottakarar av både heimesjukepleie og helsetenester i sjukeheim, kan ein fagring med sjukepleiarar frå begge tenestene fungere som ein stad å diskutere og dele ulike typar kunnskap, i denne samanhengen forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap om ernæring. I fylgje D`Eredita og Barreto (2006) er det skilnad på å dele hendingar og erfaringskunnskap. Det siste krev eit overføringsarbeid der gruppa har fokus på eit felles tema som dei kan relatere handlingar til, og setje ord på. Mykje tyder på at det å fokusere på eitt tema over tid, gav sjukepleiarane i fagringen høve til å dele erfaringar og utvikle ei felles forståing for korleis fylgje opp pasientar og arbeide med ernæring på tvers av tenestetilboda.

At det å dele og ta i bruk ulike typar kunnskap kan vere utfordrande, var ei erfaring hjå sjukepleiarane i studien. Ein gav uttrykk for at forskingskunnskap ikkje kunne takast i bruk utan vidare. Også leiarane viste til eksempel der dei måtte ta omsyn til både kontekst og brukarmedverknad i arbeidet med planlegging og gjennomføring av ernæring. I fylgje Grimen (2009) er utøving av skjønn ein føresetnad for at teori og forskning skal kunne takast i bruk i praksis. Skjønn er ei form for klinisk resonnering som kan ha ulike konsekvensar. Bruk av skjønn kan gjere individuell behandling og behovsprøving mogeleg. Dersom utøving av skjønn er basert på lite erfaring, kan det føre til handlingar som ikkje er formålstenlege i praksis (Grimen, 2009). Richter Sundberg (2016) peikar på at bruk av forskingskunnskap saman med erfaringskunnskap og verdiar, er forbunde med spenning og tilbakevendande dilemma. Det å ha vurderingsstrategiar og ta nødvendige forholdsreglar i integrering av ulike typar kunnskap, er difor ei sentral utfordring for profesjonsutøvarar. Det fordrar også etisk kompetanse der pasient og sjukepleiar ilag finn ut av kva som er til pasienten sitt beste. Då er ikkje standardiserte prosedyrar og retningslinjer åleine tilstrekkeleg. Sjukepleiaren må ta i bruk både relasjonelle, praktiske og moralske kunnskapar og erfaringar i utøving av omsorg, i fylgje Martinsen (1989).

Vi fann at arbeidet i fagringen førte til diskusjonar etter at sjukepleiarane hadde innhenta forskingsartiklar og nasjonale retningslinjer. Dette kan tyde på at erfaring ikkje var einaste utgangspunkt for diskusjonen om god ernæringspraksis, men at også forskingskunnskap ga vesentlege bidrag i fagutviklingsarbeidet. Vidare kan fagringen ha gitt sjukepleiarane høve til å diskutere

erfaringar, som dei i kvardagen elles ikkje hadde tid til å setje ord på. Nonaka, Ryoko og Konno (2000) hevdar at ei gruppe kan vere ein stad å setje ord på taus kunnskap gjennom å dele erfaringar, noko som er eit kritisk steg i kunnskapsutvikling. Tidligare studiar av korleis sjukepleiarar utviklar kompetanse har funne at det å dele og reflektere over utfordrande situasjonar i fellesskap var ei kjelde til læring (Bekkhuis et al., 2012; Hynne & Kvangarsnes, 2014).

Vi fann at rammefaktorar knytt til leiarskap og det å setje av tid, blei ei utfordring for arbeidet i fagringen. Organisasjons- og kontekstfaktorar samt leiarskap har fått større vektlegging som barrierar for å ta i bruk forskingsbasert kunnskap i praksis (Sandström, Borglin, Nilsson & Willman, 2011). Sjukepleiarane i vår studie hadde ulike forventningar til leiarskap og leiaren av fagringen, noko som førte til spenningar i gruppa. I kva grad dette kan ha hemma samarbeid og fagutvikling, kan ikkje denne studien gi noko eintydig svar på. Funn i ein tidlegare studie kan tyde på at ein fasilitator eller tilretteleggar kan fungere som ei drivkraft i gjennomføringa av fagutvikling og KBP (Bekkhuis et al., 2012). Honey og Baker (2011) har undersøkt litteraturgrupper i praksis, som har fellestrekk med fagringarbeid, og fant at ein tilretteleggar var avgjerande for å holde gruppene i gang. Dei hevdar også at erfaring og kompetanse i analytisk og kritisk tenking er ein føresetnad for at ei gruppe kan omsetje forskning til praktisk handling. Ein tilretteleggar kan vere relevant å vurdere i fagringarbeid og andre utviklingsprosjekt i kommunane. Å tilsetje ein sjukepleiar med masterkompetanse i denne rolla, kan styrke kunnskapen hos personalet om forskingsmetodar, søk- og vurdering av litteratur, og bidra til integrering av forskning i praksis. Å møtast i ei gruppe til refleksjon omkring konkrete problemstillingar kan også bidra til større merksemd om etiske utfordringar i praksis og større forståing for samhandlinga mellom pasientar og kollegaer (Söderhamn, Kjølsvold & Slettebø, 2015).

Sjukepleiarane i fagringen gav uttrykk for at tid var ein avgrensa ressurs, der dei ofte måtte prioritere mellom å vere hjå pasientane eller delta i fagringen. I prosjektperioden var det satt av tid kvar veke til fagringarbeid, og sjukepleiarane erfarte at fagringen gav dei høve til læring. Etter at prosjektperioden var over, var det ikkje klart kor mykje tid sjukepleiarane kunne bruke til arbeid i fagringen og forbetringstiltak i praksis. Det å møtast på tvers av soner i heimesjukepleien og postar i sjukeheimen tok tid og kravde mykje koordinering og prioritering. Det same fant Norheim og Thoresen (2015) i ein studie av helsetenester i kommunane. Når rammene rundt fagringarbeidet ikkje gjorde det mogeleg for sjukepleiarane å holde framdrifta, vart motivasjonen påverka, fordi dei ville at fagringarbeidet skulle kome både pasientar og kollegaer til gode. Når arbeidet av ulike grunner stoppa opp, tyder det på at det som Illeris (2013) har beskrive som drivkraft- og samspeldimensjonen i kompetanseutviklinga, blei påverka.

Funna tyder på at det ville vore ein fordel om rammevilkåra hadde blitt klargjort med leiarane på førehand, blant anna om tid og ressursar til gjennomføring av tiltak og undervisning. Sjukepleiarane sa at personalet etterspurte oppfylging av ernæringsarbeidet. Dette tyder på at personalet i heimesjukepleien og på sjukeheimen var motivert for å lære meir om ernæring og drive fagutvikling på området. Om dette var eit resultat av arbeidet i fagringen eller ikkje, kan ikkje denne studien gi eit eintydig svar på.

Både sjukepleiarar og leiarar i denne studien såg behovet for å utvikle kompetansen i ernæring. For leiarane var det ei utfordring å prioritere mellom behovet for kompetanseutvikling hjå einskildpersonar og hjå heile avdelinga eller sonen. Alstveit, Halvorsen, Willumsen og Ødegård (2016) fann at leiarane erfarte seg sjølv som både innovatørar og balansekunstnarar i utviklinga av eigen teneste. I vår studie såg leiarane utviklingspotensialet i å arbeide kunnskapsbasert, og at ein fagring var ein måte å utvikle denne kompetansen på. Samtidig måtte dei balansere mellom behova for kompetanseutvikling i personalgruppa og offentlege krav til kvalitet i kommunehelsetenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Sjukepleiarane i heimesjukepleien arbeider mykje åleine. Det gir leiarar av tenesta ei utfordring med å legge til rette for eit lærande miljø. Å møtast i ei gruppe med kollegaer i ein fagring som i dette prosjektet, kan fremje samarbeid på tvers i kommunen og gi sjukepleiarar høve til å utveksle og diskutere pasienterfaringar i lys av forskingsresultat og nasjonale retningslinjer. Fagringen kan på denne måten verte ein arena for kompetanseutvikling og kvalitetsforbetring i praksis, om ein tar omsyn til å klargjere viktige rammefaktorar.

Funna i denne studien må lesast og nyttast med varsemd. Eit lite utval med berre fem sjukepleiarar og fem leiarar i ein kommune i Noreg gjer at funna ikkje kan overførast til kompetanseutviklingsprosjekt i andre kommunar. At dei to som gjennomførte fokusgruppeintervjua, også var leiarar av prosjektet og deltok på fire av møta i fagringen, kan ha påverka funna ved at deltakarane var meir positive enn dei elles kunne ha vore. På den andre sida hadde sjukepleiarane arbeidd på eigen hand det meste av tida. I intervjua kom det dessutan fram fleire kritiske merknader til prosjektet og samarbeidsprosessen i fagringen. Vi ser likevel ikkje bort frå at individuelle intervjuar kunne ha fått fram fleire og meir nyanserte erfaringar om fagringen og kompetanseutvikling på tvers i kommunehelsetenesta.

## **Konklusjon**

Funna i prosjektet kan ikkje generaliserast, men tyder på at ein klinisk fagring kan fungere som ein arena for kompetanseutvikling gjennom samarbeid om eit felles fagleg tema. Fagringen kan gje sjukepleiarane høve til å utveksle kunnskap og erfaring på tvers, samt søkje, vurdere og bruke forskingsresultat i

praksis. For å etablere- og oppretthalde ein fagring, tyder funna også på at det nødvendig å klargjere ulike rammefaktorar på førehand, som til dømes forventningar til leiarskap og tidsbruk til arbeidet. Å utprøve kliniske fagringar i fleire kommunar vil kunne gi meir kunnskap om metoden og korleis dei nemnde rammefaktorane knytt til fagringarbeidet kan ivaretakas.

## Litteratur

- Alstveit, M, Halvorsen, A., Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). Lederen som innovatør og balansekunstner: en kvalitativ studie av ledes erfaringer fra forskningssamarbeid mellom helse- og velferdstjenestene og høyere utdanning. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 12(2), 1-20. <http://dx.doi.org/10.7557/14.4051>
- Barbour, R. (2007). *Doing Focus Groups*. (1.utg.) London: Sage Publications
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA-Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport nr. 8, 2013. <https://doi.org/10.7577/nova/rapporter/2013/8>
- Bekkehus, E., Kristoffersen, N.J. & Lillemoen, L. (2012). Kollegagrupper som læringsarena i klinikken – stimulering til kritisk refleksjon. *Vård i Norden* 32(3), 31-35. <https://doi.org/10.1177/010740831203200307>
- Bing-Jonsson, P.C, Foss, C. & Bjørk, I.T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research* 36(1), 27-37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>
- Bing-Jonsson, P., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk I. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing* 15(5), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bjørk, I.T. (1999). Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry* 6(1), 34-47. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00005.x>
- Brenden, T.K., Storheil, A.J., Grov, E.K. & Ytrehus, S. (2011). Kompetansutvikling i sykehjem. Ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 7(1), 61-75. <https://doi.org/10.7557/14.1827>
- D'Eredita, M.A. & Barreto, C. (2006). How does Tacit Knowledge Proliferate? An Episode- Based Perspective. *Organization Studies* 27(12), 1821-1841. <https://doi.org/10.1177/0170840606067666>
- Ekeland, T.J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I Grimen, H. & Terum. L.I. (Red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.145-168). Oslo: Abstrakt forlag
- Eraut, M. (1985). Knowledge creation and knowledge use in professional contexts. *Studies in Higher Education* 10 (2), 117-133. <https://doi.org/10.1080/03075078512331378549>

- Eraut, M. (2004). Transfer of knowledge between education and workplace settings, I H.Rainbird, A.Fuller, A. Munroe (Eds.). *Workplace Learning in Context* (s.201-221). London: Routledge
- Estabrooks, C.A., Rutakumwa, W., O'Leary, K.A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M.J. & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of practice knowledges among nurses. *Qualitative Health Research* 15(4), 460-476. <https://doi.org/1049732304273702>
- Graverholt, B., Nortvedt, M.W. & Ruud, L.I. (2007). *Evalueringsrapport. Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis» -et samarbeidsprosjekt mellom Helse-Bergen og HIB-Senter for kunnskapsbasert praksis og institutt for sykepleie*. Senter for kunnskapsbasert praksis. Høgskolen i Bergen
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering – noen utfordringer. I Grimen, H. & L.I. Terum (Red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.191-222). Oslo: Abstrakt forlag
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen*. Meld.St.47 (2008-2009) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Meld.St.11 (2014-2015) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Honey, C.P. & Baker, J.A. (2011). Exploring the impact of journal clubs: A systematic review. *Nurse Education Today* 31(8), 825-831. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.020>
- Hovland, G., Kyrkjebø, D. & Råholm, M.B. (2015). Sjukepleiarar si kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta; samspel mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsplass. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 11(1), 4-19. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3475>
- Hynne Bjørnerheim, A. & Kvangarsnes, M. (2014). Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 10(2), 4-19. <https://doi.org/10.7557/14.3324>
- Illeris, K. (2013). *Transformativ læring og identitet*. (1.utg.) Gylling: Samfundslitteratur
- Kvale, S. & Brinckmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. (1.utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, Sykepleie, Medisin* (1.utg.) Oslo: Tano
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien* 92(13), 58-61. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0010>
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, Skjønnnet og Evidensen*. (1.utg.) Oslo: Akribe
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M.A., Jasper, M., Miller, C.M.L., Scholes, J. & Webb, C. (2003). Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 41(3), 283-294. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02528.x>

- Nonaka, I., Ryoko, T. & Konno, N. (2000). SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. *Long Range planning* 33(1), 5-34. <https://doi.org/10.4135/9781446217573.n2>
- Norheim, K.H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien-på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning* 10(1), 14-22. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.53343>
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe forlag.
- Richter Sundberg, L. (2016). *Mind the Gap: exploring evidence-based policymaking for improved preventive and mental health services in the Swedish health system*. Doctoral thesis, Umeå University, Faculty of Medicine.  
<http://www.divaportal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A911802&dsid=1876>. Lasta ned: 3.mars 2017.
- Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R. & Willman, A. (2011). Promoting the Implementation of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing on the Role of Nursing Leadership. *Worldviews Evid Based Nurs* 8(4), 212-223. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00216.x>
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 56, 128-140.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018>
- Söderhamn, U., Kjøstvedt, H.T. & Slettebø, Å. (2015). Evaluation of ethical reflections in community healthcare: A mixed-methods study. *Nursing Ethics* 22 (2), 194-204. <https://doi.org/10.1177/0969733014524762>
- Undheim, L.T., Smestad Wisløff, E., Ruud Rønning, E. (2011). Økt informasjonskompetanse hos sykepleiere og studenter, *Sykepleien forskning* 6(1), 54-60. <https://doi.org/10.4220/sykepleienn.2011.0063>
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Meld.St.13 (2012-2013) Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet
- Yanhua, A. & Watson, R. (2011). A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today* 31(8), 832-836.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.05.003>