



HØGSKULEN I VOLDA

Masteroppgave i samfunnsplanlegging og ledelse

Sykepleierkompetanse og kvalifisering for sykepleie – mellomlederens perspektiv

Studiepoeng (30)

Britt Valderhaug Tyrholm

12/2013

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å få innsikt i kompetansebehov i sykepleie og kvalifisering for sykepleie i Norge etter at samhandlingsreformen er innført. Denne kunnskapen er viktig for de som har ansvar for å planlegge, gjennomføre og evaluere sykepleierutdanning og kvalifisering for sykepleie. Samhandlingsreformen peker på tre utfordringer: Pasientens behov for koordinerte tjenester, mer fokus på å forebygge og begrense sykdom og at den demografiske utvikling vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Det er valgt et hermeneutisk fenomenologisk design. Det er gjennomført tre fokusgruppeintervju med sykepleiere i posisjoner som mellomledere i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten våren 2013.

Fire hovedtema vart analysert fram: (1) Kunnskap, ferdigheter og holdninger hos en dyktig sykepleier, (2) avansert klinisk kompetanse, (3) forventninger til utdanningen og (4) samarbeid mellom utdanning og yrkesfelt. Kravet om omfattende medisinsk behandling i kommunene krever at sykepleierutdanningen forbereder studentene på dette.

Forebyggende helsearbeid og rehabilitering er også områder som vart vurdert som viktig for å møte fremtidige utfordringer i helsesektoren. Holdninger og danning vart vektlagt av mellomlederne. Et særlig viktig funn er behovet for avansert klinisk kompetanse.

Mellomlederne uttrykte behov for et tettere samarbeid mellom utdanningen og yrkesfeltet om kvalifisering av sykepleiere på ulike nivå.

Funnene fra denne studien kan benyttes i planlegging av sykepleierkompetanse for å imøtekomme framtidige utfordringer i helsesektoren. Å etablere stillinger som avansert klinisk sykepleier kan tenkes å være et slikt tiltak for å levere framtidige helsetjenester på en kvalitativ god og kostnadseffektiv måte.

Abstract

The purpose of this study is to gain knowledge about the needs for competence in nursing and in the qualification for nursing in Norway after the introduction of the Coordination Reform in 2012. To gain knowledge in this field is important for those with responsibility to plan, implement and evaluate nurse education and qualification for nursing. The Coordination Reform indicates three challenges: The patient's need for coordinated services, a stronger focus on preventive measures to reduce illness, and a demographic development that may threaten society's financial capacity.

The study has a hermeneutical and phenomenological design. During spring 2013 three focus group interviews were conducted with nurses holding mid-level manager positions in the primary health services and the special health services on a local government level.

Four main themes were found: (1) knowledge, skills and attitudes, (2) advanced practice nursing, (3) expectations to education and (4) cooperation between education and working life. The challenge of giving extensive medical treatment on a local primary care level requires that the nursing education prepares its students for this. Preventive health work and rehabilitation represent additional fields that were assessed as important in order to meet future challenges in the health service sector. Attitudes and formation were emphasized by the mid-level managers. They especially highlighted the need for advanced clinical competencies with broadened knowledge and the competence to act and implement. They expressed a need for closer cooperation between the nursing education and working life in order to qualify nurses in various fields of work.

This study can be used in planning nurse competence. A formalized advanced clinical nurse position should be included among the measures to be considered when discussing how to deliver future health services in a qualitative good and cost-effective way.

Førord

Kompetanse og kompetanseutvikling i sykepleie er et felt som har interessert meg i de ulike stillinger jeg har hatt i helsesektoren. Jeg har derfor opplevd det som svært inspirerende og lærerikt å gjennomføre denne mastergradsstudien som har gitt meg ny innsikt på området.

En stor takk til min veileder Randi Bergem, som tålmodig har gitt sine grundige og relevante kommentarer i skriveprosessen. Jeg vil også særlig takke informantene som har bidratt med nyttig kunnskap og erfaringer. Takk til Helseforetaket i Møre og Romsdal HF som har latt meg få bruke tid til dette arbeidet.

Og sist, men ikke minst, en stor takk til min entusiastiske ektemann, Per Otto, som har støttet meg undervegs i prosessen.

Vigra, november 2013

Britt Valderhaug Tyrholm

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	4
1 Innledning.....	7
1.1 Oppbygging av oppgaven	8
1.2 Offentlig politikk for helse- og omsorgssektoren	8
1.3 Samspill mellom utdanning og arbeidsliv	12
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	13
2 Forskning om sykepleierutdanning og sykepleierkompetanse	14
3 Teoretisk perspektiv	18
3.1 Kompetanse.....	18
3.2 Utdanning, danning og kvalifisering	18
3.3 Mellomledere sitt ansvar	21
3.4 Kompetanse i et planleggingsperspektiv.....	22
3.5 Kommunikativ og instrumentell planlegging.....	25
4 Metode.....	27
4.1 Forskningsdesign	27
4.2 Valg av mellomledere som informanter.....	28
4.2.1 Fokusgrupper.....	29
4.2.2 Kontakt med informantene	30
4.2.3 Organisering av fokusgruppene.....	32
4.3 Intervjuguiden - datainnsamling.....	33
4.3.1 Gjennomføring av intervjuene.....	34
4.4 Analyse av intervjuene	35

4.5	Validitet og reliabilitet.....	39
4.6	Verdi for andre	41
4.7	Etiske refleksjoner	41
5	Funn – mellomlederes syn på kompetansebehov og kvalifisering.....	43
5.1	Kunnskap, ferdigheter og holdninger hos en dyktig sykepleier	43
5.2	Avansert klinisk kompetanse i sykepleie	48
5.3	Forventninger til utdanning.....	50
5.4	Samarbeid mellom yrkesfeltet og utdanning	52
5.5	Oppsummering av funn.....	55
6	Diskusjon av funn	56
6.1	Å vite, å kunne, å ha evne	56
6.2	Kvalifisering til sykepleie	62
6.3	Sykepleierkompetanse i et planleggingsperspektiv	66
7	Konklusjon	69
	Litteraturliste:.....	71
	Vedlegg 1 Kort beskrivelse av prosjektet	
	Vedlegg 2 Intervjuguide	
	Vedlegg 3 Tilbakemelding fra NSD	

1 Innledning

Dette er en studie av mellomleders vurdering av behov for sykepleierkompetanse og kvalifisering for sykepleie etter innføringen av samhandlingsreformen (St. Meld. nr. 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*). Med mellomleder forstår jeg sykepleiere i lederposisjoner i mellomsjiktet innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utgangspunktet mitt er at en slik studie kan gi verdifull kunnskap om hvordan yrkesfeltet vurderer behov for sykepleierkompetanse og kvalifisering for å møte de faglige utfordringer som helsesektoren står overfor. Omfattende reformer preger helsesektoren både nasjonalt og internasjonalt. I Norge ble samhandlingsreformen iverksatt fra 1. januar 2012. Samhandlingsreformen peker på tre utfordringer i helsesektoren. Det er pasientens behov for koordinerte tjenester, mer fokus på å forebygge og begrense sykdom og at den demografiske utvikling vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (ibid.: 21). Oppgaver blir overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette har konsekvenser for kompetansebehov og kvalifisering av helsepersonell.

Sykepleierne utgjør den største yrkesgruppen i helsesektoren, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten (Statisk Sentralbyrå 2013). I og med at sykepleierne er sentrale i implementeringen av samhandlingsreformen, så er det av stor interesse å få mer kunnskap om hvordan praksisfeltet vurderer kompetansebehov og vilkår for å kvalifisere sykepleiere. Denne studien kan forstås som en kommunikativ planleggingsprosess (Amdam 2005) der yrkesfeltet har blitt intervjuet om kompetansebehov og forventninger til utdanning i sykepleie. De mellomlederne som er intervjuet representerer kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og det er deres vurderinger som utgjør empirien. Mellomlederne har kunnskap om behandlings- og omsorgsbehov hos pasienter. Et annet perspektiv er at mellomlederne medvirker i planlegging og gjennomføring av praksisstudier i sykepleierutdanningen på bachelornivå. Mellomlederne har derfor også god kjennskap til og innsikt i kravene til praksisstudiene som utgjør 50% av grunnutdanningen i sykepleie.

1.1 Oppbygging av oppgaven

Opgaven består av sju kapitler. I innledningskapitlet blir studien presentert i en samfunnskontekst. Offentlig politikk innenfor helse- og omsorgssektoren blir presentert. Tidligere forskning om sykepleierutdanning og sykepleierkompetanse blir framstilt i kapittel to. I kapittel tre blir oppgavens teoretiske perspektiv omtalt. Metode er tema for kapittel fire. Funnene blir presentert i kapittel fem. I kapittel seks blir funnene diskutert i lys av teori og tidligere forskning på feltet. I tillegg vil jeg diskutere hvilke konsekvenser funnene kan ha for planlegging av sykepleiekompetanse. Studiets konklusjon presenteres i kapittel syv.

1.2 Offentlig politikk for helse- og omsorgssektoren

Det sentrale dokument er samhandlingsreformen (St. Meld. nr. 47 (2008 – 2009)). Fra ikrafttredelsesdatoen ble det vedtatt en ny *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (LOV 2011-06-24 nr 30) og en ny *Lov om folkehelsearbeid* (Lov 2011-06-24-29). I tillegg er det vedtatt en rekke nye forskrifter og det er utarbeidet flere meldinger til Stortinget for å understøtte og medvirke til realiseringen av samhandlingsreformen. De mest sentrale dokumenter i denne sammenheng er *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015)*, Meld. St.16 (2010-2011), *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* Meld. St. 13 (2011-2012) og *Morgendagens omsorg* Meld. St. 29 (2012–2013). Samtlige dokumenter er innholdsrike og har mange perspektiv. I denne sammenheng blir det satt fokus på de tema som er mest relevante for min studie om kompetansebehov etter at samhandlingsreformen er innført.

Samhandlingens problemforståelse er at tilgjengelige ressurser må brukes annerledes i framtiden enn i dag. Antall eldre over 80 år øker fra 190 000 i 2000, til nesten 320 000 i 2030 og til over 500 000 i 2050 (St. Meld. nr 47 (2008-2009):24). Den demografiske utvikling i tillegg til utfordringer knyttet til livsstil og helsevaner nødvendiggjør endringer i helsesektoren. Det overordnede målet for samhandlingsreformen er mer helhetlige tjenester med vektlegging på forebygging og tidlig innsats. En vesentlig intensjon med reformen er at folk i størst mulig grad skal få hjelp der de bor, det vil si gjennom tjenester i kommunene, ved at kommunene skal ta et større ansvar for behandlingen av pasienter. Samtidig som den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og videreutvikles, skal spesialisthelsetjenesten omstilles slik at den får utnyttet sin kompetanse på en effektiv

måte. Samhandlingsreformen vektlegger helhetlige pasientforløp med overføring av behandlings- og oppfølgingsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Når det er mulig, skal utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander foregå i kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen peker på betydningen av å sikre at kompetansebehovene som vokser fram i kommunehelsetjenesten blir ivaretatt. Det blir framhevet at god bruk av tilgjengelige helsepersonellressurser er en forutsetning for å oppnå en bærekraftig utvikling. I den sammenhengen blir det vist til at en rekke land, som England, Danmark, Finland, Australia og USA har sett betydningen av å tilrettelegge for nye og utvidede roller for helsepersonell og endringer i oppgavefordelingen mellom leger, sykepleiere og annet helsepersonell (ibid.: 125-130). Som eksempel trekkes det fram at i de nevnte land har en etablert rollen, eller i ferd med å etablere rollen (Danmark), som klinisk ekspertsykepleier, også omtalt som avansert klinisk sykepleier.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV 2011-06-24 nr. 30) erstatter den gamle kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Den nye loven innebærer økt ansvar for pasientbehandling til kommunene. Et sentralt mål i samhandlingsreformen er å bedre pasientforløpet og å gi tjenester nærmere der pasienten bor. I helse- og omsorgstjenesteloven pålegges kommunene et utvidet ansvar for øyeblikkelig hjelp tilbud på døgnbasis, jf. § 3-5:

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til (Lov 2011 nr 30, § 3-5 Øyeblikkelig hjelp).

Bestemmelsen om kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold trår i kraft 1. januar 2016. Tilbudet blir faset inn i alle landets kommuner i løpet av fireårsperioden 2012-2015. Per dags dato er tilbudet etablert i 48% av landets kommuner (Helsedirektoratets 2013). Intensjonen er at det nye tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp-innleggelses i spesialisthelsetjenesten (ibid.: § 4-1 c). Målgruppen for dette tilbudet er pasienter kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Det vil i hovedsak være pasienter med kjente sykdommer, eksempelvis ved forverring av kols,

diabetes, hjerte- og karlidelser og kreft. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at virksomheten har forsvarlig bemanning og at personalet har nødvendige kvalifikasjoner for å utføre de oppgaver de blir tildelt. Det er stilt krav om at pasienter som legges inn i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold alltid skal være vurdert av lege og at det skal være sykepleier tilstede 24 timer i døgnet (ibid.: § 4-1 c). I Helsedirektoratets veileder om *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold* blir det pekt på at tilbudet som etableres må være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2012). Det er Helsedirektoratet som utarbeider faglige veiledere som skal gi presise beskrivelser om krav til kompetanse, organisering, utstyr med videre på konkrete områder i tilknytning til oppfølging og implementering av samhandlingsreformen.

Kommunen har også fått et større ansvar for folkehelsen gjennom *Lov om folkehelsearbeid* (Lov 2011-06-24-29), som ble behandlet i Stortinget som en del av samhandlingsreformen. Ett av målene med reformen er at det blir arbeidet mer målrettet med å fremme helse og forebygge sykdom sammenlignet med i dag. Loven bygger på fem gjennomgående prinsipper som er en konkretisering av samhandlingsreformens intensjon om at forebyggende og helsefremmende tiltak skal prege politikk, planarbeid og samfunnsutvikling (St.meld.47 (2008-2009): 79). De fem prinsippene er: (1) "utjevning", som innebærer arbeid for å motvirke helseforskjeller og bidra til rettferdig tilgang til helsehjelp, (2) tenke "helse i alt vi gjør" i en kommune, (3) "bærekraftig utvikling" om sammenhengen mellom befolkningens helse og kapasiteten i et livskraftig samfunn, (4) "føre var"- holdning skal prege tiltakene både før og etter at helseproblem oppstår, (5) "medvirkning" ved mobilisering av innbyggernes egne ressurser både som individ og samfunn i beslutninger som angår egen helse (<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/beskrivelse-av>).

Formålet med *Nasjonal helse- og omsorgsplan* er å tydeliggjøre pasientens posisjon i fremtidens helse- og omsorgstjeneste og videre å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester og å styrke pasienter og pårørende sine rettigheter til informasjon og medvirkning i egen behandling. Brukere og pårørende skal ha større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. I *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* blir også behovet for forskning og utdanning vektlagt når det gjelder rekruttering og kvalifisering av personell og bygging av gode fagmiljøer. Det blir

videre pekt på at kommunene vil kunne tape i konkurransen om personell med spesialisthelsetjenesten, hvis de ikke deltar i forskning og undervisning. Det blir også hevdet at kommunene må få plikt til å drive forskning på linje med spesialisthelsetjenesten. Kommunens ansvar for gode praksisstudieplasser blir framhevet. Gjennom praksisstudieplasser medvirker kommunene til utdanning og kvalifisering av helsepersonell. På det viset legger kommunene også til rette for framtidig rekruttering av helsepersonell (Meld. St.16 (2010-2011)).

Behovet for utvikling, forskning og innovasjon både i utforming av og innhold i tjenestetilbudet blir tatt videre i Meld. St. 29 (2012–2013)): *Morgendagens omsorg*. Denne melding er en mulighetsmelding om omsorg som bygger på samhandlingsreformens grunnlag for å tenke nytt. Meldingen kommer i forlengelsen av *Innovasjon i omsorg* som har sitt utgangspunkt i behovet for utvikling og innovasjon i omsorgssektoren for å møte utfordringer knyttet til både nye yngre brukergrupper og flere eldre med hjelpebehov. Innovasjonsmeldingen peker på at de kommunale omsorgstjenestene er en virksomhet med brutto driftsutgifter på om lag 70 milliarder. I utredningen blir det hevdet at til tross for denne størrelsen har sektoren i svært liten grad vært gjenstand for systematisk forskning og utviklingsarbeid (NOU:2011: 11). I oppfølgeren til innovasjonsmeldingen, *Morgendagens omsorg*, blir det vist til at det er store omsorgsoppgaver framover, befolkningssammensetningen endres og kompleksiteten i omsorgsutfordringen vil øke (Meld. St. 29 (2012–2013)). Det blir pekt på betydningen av å kunne ta i bruk og nyttiggjøre seg velferdsteknologi som hjelpemiddel for at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal få mulighet til å mestre sine liv og bo i egne hjem. Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse, som skal bygge under og styrke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å gjøre det mulig med økt fysisk og kulturell aktivitet. I meldingen blir det lagt vekt på behovet for forebyggende tiltak og tidlig intervensjon når sykdom oppstår for å støtte under den enkeltes ressurser. Det blir mellom annet trukket fram betydningen av hverdagsrehabilitering. Det blir pekt på at for å sikre en bærekraftig omsorgstjeneste med god kvalitet er det nødvendig med en faglig omstilling i helse- omsorgstjenesten (ibid.: 19). Meld. St. 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* er det utdanningspolitiske verktøyet for å realisere målsetningen i samhandlingsreformen. Meldingen ble lansert våren 2012. Hovedbudskapet er at endringer i samfunnet og helsereformer gjør det nødvendig å

videreutvikle de helse- og sosialfaglige utdanningene på alle nivå. Utdanningene skal styrkes og utvikles for å møte framtidens behov for kompetanse. Det blir pekt på at når det oppstår nye behov for kompetanse, så bør en i stedet for å etablere nye utdanninger, tilstrebe å tilpasse og videreutvikle de eksisterende utdanningene (ibid.: 9). Det blir hevdet at utdanningene må endres for å sette yrkesutøverne i stand til å jobbe på nye måter og møte de endringene som er beskrevet:

Vi må utdanne kandidater som ikke bare kan gå inn i yrket i dag, men som kan utvikle seg videre, reflektere over egen yrkespraksis og dermed også bidra til kunnskapsutviklingen på sitt fagområde i årene framover (ibid.: 92).

Meldingen viser til en rekke endringsbehov i velferdsutdanningene uten at det fremkommer så mange konkrete forslag, men det blir pekt på nødvendigheten av at helse- og velferdstjenestene får større innflytelse på utdanningene. Det blir hevdet at det er et fellestrekk at tjenestestedene etterlyser behov for ny og styrket kompetanse. Blant annet blir medarbeidere med bedre evne til å kommunisere og samarbeide på tvers av nivåer og sektorer etterlyst. Videre blir det pekt på behov for en felles kunnskapsbase på områder som ikke er fagspesifikke, eksempelvis flerkulturell forståelse, brukerorientering, lov- og regelverk, system- og organisasjonskunnskap, juridisk grunnkompetanse og IKT-kunnskaper (ibid.: 80-81). Samtidig blir det vist til at det trengs mer kompetanse på de områder som representerer de største utfordringene i tjenestene. Disse ligger i følge meldingen innenfor forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, omsorgssvikt, vold og overgrep, fattigdom, psykisk helse og rus, habilitering og rehabilitering. Det blir også vist til at det er behov for at medarbeiderne fortsatt må ha en sterk profesjonsfaglig kompetanse og at det generelt er et ønske om et høyere utdanningsnivå i tjenestene, slik at en samlet sett kan møte fremtidens utfordringer på en god måte (ibid.: 9). Tiltakene som beskrives i meldingen er av meget generell karakter.

1.3 Samspill mellom utdanning og arbeidsliv

Helsepolitiske styringsdokument gir utviklingen i helsesektoren en ny retning.

Helsetjenester skal utbygges og utvikles nærmere der folk bor, det vil si i kommunene. Det skal legges mer vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og

rehabilitering og på økt brukerinnflytelse. Behandlings- og oppfølgingsoppgaver for eldre og kronisk syke skal overføres til kommunene. I helse- og utdanningspolitiske styringsdokument blir det i liten grad vist til konkrete kompetanseområder, men det vises til at kompleksiteten i behandlingsoppgavene i kommunehelsetjenesten vil vokse. Det sies lite eksplisitt om hvilke konsekvenser omstillingene har for kompetansebehov og for endring av utdanningene. Det er vektlagt at samspeillet mellom utdanning og arbeidsliv må styrkes for å sikre at innhold i utdanningene samsvarer med yrkeslivets kompetansebehov. Denne studien har til hensikt å utvikle kunnskap om yrkesfeltet sin vurdering av kompetansebehov og kompetanseutvikling i sykepleie.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Sykepleierne utgjør den største yrkesgruppen i helsesektoren (SSB 2013 *Helse og sosialpersonell*). Slik sett er kompetansen innenfor sykepleierprofesjonen helt sentral for å lykkes med å realisere samhandlingsreformens mål og intensjoner. Jeg har valgt mellomledere som informanter fordi jeg mener at de har god oversikt over hvilke type teoretisk kunnskap og kliniske ferdigheter som praksisfeltet har behov for. Problemstillingen handler om å få kunnskap om hvordan praksisfeltet vurderer behovet for sykepleierkompetanse og kvalifisering til sykepleie etter innføring av samhandlingsreformen. Som masterstudent i samfunnsplanlegging og ledelse er det relevant å diskutere hvilke konsekvenser funnene kan ha i planlegging av sykepleierkompetanse. Disse forskningsspørsmålene er formulert:

- Hvilke type sykepleierkompetanse vurderer mellomlederne som viktig etter samhandlingsreformen?
- Hvilke forventninger har mellomlederne til utdanningen?
- Hvordan planlegge sykepleierkompetanse for framtiden?

2 Forskning om sykepleierutdanning og sykepleierkompetanse

I boken *Educating Nurses. A Call for Radical Transformation*, dokumenterer forskerne et betydelig gap mellom utdanningens innhold og dagens krav til sykepleierutøvelse (Benner et al 2010 a). Debatten om utdanning og kompetansebehov i helsesektoren er på ingen måte ny. Heggen sier i forordet til den norske utgaven av boken: *Å utdanne sykepleiere – Behov for radikale endringer*, at sykepleierutdanningen skal tjene to herrer (Benner et al 2010 b). Utdanningen skal innrettes etter helsepolitiske ambisjoner og skape motivasjon og kompetanse hos framtidens sykepleiere for å imøtekomme innbyggernes behov for helsetjenester. Det blir hevdet at sykepleierutdanningen ikke har tilpasset seg samfunnsendringene. Selv om det refereres til forskning på amerikansk sykepleierutdanning, som er ulik den norske, så finner en de prinsipielt samme svakheter og styrker ved den norske utdanningen (ibid.: 17). Forskerne etterlyser grunnleggende forandringer i sykepleierutdanningen. Det fokuseres på behov for endringer for å heve kvaliteten i utdanningen og styrke studentenes læringsutbytte. Det oppfordres til å styrke utdanningens kliniske tilknytning og utvikle pedagogiske strategier som lærer studenten å ha fokus på pasienterfaringer. Boken beskriver temmelig presist hvilke kunnskaps-, holdnings- og ferdighetskrav som stilles til dagens sykepleiere i et helsevesen som er preget av høyt omstillingstempo, faglige og teknologiske nyvinninger. Kunnskapskravene kan kort beskrives som omfattende sykepleiekunnskaper, kunnskap om normalfysiologi, patofysiologi (læren om sykdommer og behandling) og kunnskap om medikamenter og laboratoriemedisin (kunnskap om blodprøvesvar). Videre skal studenten forstå menneskets opplevelse av sykdom og studenten skal også lære å håndtere relasjonelle utfordringer. Studentene skal forberedes til yrkesutøvelse i denne virkeligheten, i og utenfor sykehus, i hjem og i sykehjem. Det er store krav til teoretisk kompetanse og kliniske ferdigheter som møter den nyutdannede sykepleieren (Benner et al 2010b).

Integrering av teoretisk kunnskap i praksis, er - og har i mange år vært - et sentralt forskningsområde for sykepleierutdanningen som i dag består av 50% praksisstudier. Det er gjort en undersøkelse om hva som skjer i praksisstudier i en somatisk sengeavdeling (Kvangarsnes et al 2010). I denne studien framhever sykepleierstudentene det læringsutbyttet som skjer i praksisstudiet og som fører til en endret og dypere forståelse av

den teoretiske kunnskapen. Studentene trekker fram samhandlingen med pasientene som viktig for forståelse av hvordan sykdommer kan arte seg og hvordan en kan gi sykepleie. Forskerne viser til at omfattende helsereformer har endret sykehusene som læringsarena, noe som igjen endrer rammevilkårene for å kvalifisere for sykepleierprofesjonen. Det er derfor behov for å utvikle nye læringsarenaer og for mer kunnskap om hvordan studentene lærer i praksis.

Bjerknes og Bjørk (2012) har med artikkelen *Entry into Nursing* om overgangen fra rollen som student med meget begrenset ansvar til å inneha rollen som ansvarlig sykepleier, pekt på behovet de nyutdannede sykepleierne har for oppfølging i denne overgangsfasen. Forskernes funn viser at de nyutdannede har empati med pasientene, entusiasme for yrket og motivasjon for å lære. Videre viser funnene at de nyutdannede sykepleierne erfarer et større faglig ansvar, høyere krav til ferdigheter, men også at de arbeider mer alene enn de hadde forventet. Forfatterne peker på at et innholdsrikt støtteprogram og tilgang til gode rollemodeller er nødvendig for å få en overgang til yrkeslivet der den nyutdannede sykepleieren kan oppleve seg trygg og kompetent i sin nye yrkesrolle. En god overgang fra studentrollen til arbeidslivet antas å ha betydning for den enkeltes faglige utvikling og motivasjon for en framtidig karriere i sykepleieryrket (ibid.).

Reformer i helsesektoren, innenfor høyere utdanning og i samfunnet for øvrig utfordrer både sykepleierrollen og planlegging av sykepleierkompetanse for framtiden. Kravet til sykepleierkompetanse er ikke beskrevet verken i utdanningsmeldingen (Meld. St. 13 (2011-2012)) eller i samhandlingsreformen (St. meld. nr 47 (2008-2009)). Det er gjort en tekstanalyse av samhandlingsreformen der en ser denne i forhold til sykepleiernes profesjonskompetanse (Opdahl et al 2012). Her blir det mellom annet hevdet at det mangler en helhetlig vurdering i reformteksten av de ulike helseprofesjonenes rolle og kompetanse i framtidens helsetjeneste, både i spesialisthelsetjenesten så vel som i kommunehelsetjenesten. Behovet for forskning relatert til utvikling av profesjonskompetanse i sykepleie framheves.

Både Lerdal og Kirkevold som er professorer i sykepleiervitenskap, peker på behovet for sykepleiere med utvidet kompetanse (Lerdal 2012, Kirkevold 2012). Begge begrunner

behovet for slik kompetanse med de utfordringer som helsesektoren står overfor i framtiden. Internasjonalt foregår det en debatt om "Advanced Practice Nursing". I litteraturen blir det brukt litt ulike begrep om denne kompetansen, men det er en felles forståelse av at denne kompetansen bør være på masternivå. Funksjonen som "Advanced Practice Nursing" ble først etablert i USA som følge av mangel på leger på 1960 – og 1970 – tallet (Dowling et al 2013). Behovet for sykepleiere med utvidet klinisk kompetanse blir framhevet. Dette er nødvendig for å imøtekomme kravene til pasientbehandling i helsesektoren på en tilfredsstillende måte. Duffield et al (2009) hevder at det i global sammenheng er mangel på sykepleiere med utvidete ferdigheter som kan mestre komplekse og akutt syke. De viser til at en funksjon som "Advanced Practice Nursing" kan gi sykepleie til økt antall pasienter som er komplekst og akutt syke som krever omfattende medisinsk behandling og oppfølging. Det blir pekt på at de avanserte kliniske sykepleierne gir økt tilgang til kvalifiserte helsetjenester og kortere ventetid for kronisk syke. Det er også påvist at sykepleiere med avanserte kliniske kompetanse kan gi kortere liggetid i sykehus. (Newhouse et al 2011, Kleinpell et al 2008). Den avanserte kliniske sykepleier blir høyt verdsatt av pasientene. Det blir også vist til at disse sykepleierne er kostnadseffektive (Newhouse et al 2011, Duffield et al. 2009, Kleinpell et al 2008).

Sykepleiere med avansert klinisk kompetanse har vokst fram internasjonalt som følge av helsepolitiske reformer, utfordringer i samfunnet, behov for tilførsel av utvidet kompetanse blant helsepersonell og utviklingen innen sykepleieryrket, -forskning og utdanning. Kompetansen avansert klinisk sykepleie er beskrevet som sju generelle ferdigheter og nøkkelkompetanser (Dowling et al. 2013). Disse **ferdighetene** blir omtalt som (1) bruk av kunnskap i praksis, (2) kritisk tenkning og analytiske ferdigheter, (3) klinisk vurdering og ferdigheter i å kunne ta beslutninger, (4) profesjonelt lederskap og klinisk undersøkelse, (5) veiledning, (6) ferdigheter i forskning, (7) endringskompetanse. De syv **nøkkelkompetanser** er beskrevet som (1) klinisk kompetanse, (2) samhandling, (3) veiledning, (4) forskning, (5) etisk beslutningskompetanse, (6) konsultasjoner, (7) lederskap.

Kirkevold (2012) mener at vi i framtiden trenger sykepleiere med utvidet avansert kompetanse på alle de omtalte områdene. Det blir pekt på betydningen av at denne sykepleierfunksjonens arbeidsområde avklares og at de formelle kvalifikasjonene og

kompetanse tydeliggjøres opp i mot spesialsykepleierrollen og andre videreutdanninger innenfor sykepleierprofesjonen (Daly & Carnwell 2003, Duffield et al. 2009). International Council of Nurses har beskrevet disse fellestrekkene ved "Advanced Practice Nurses" (APN) (2003): Rett til å diagnostisere, autorisasjon til å foreskrive medisin, autorisasjon til å henvise pasienter til andre profesjonelle, autorisasjon til å henvise til sykehus, lovregulerte oppgaver, lovregulert vern av tittel og arbeid i rollen som sykepleier i offentlige "Advanced Practice Nurses" roller. Mange norske sykepleiere har mye av denne kompetansen allerede, gjennom spesialutdanninger og uformell læring i klinisk praksis (Kirkevold 2012). Funksjonen som avansert klinisk sykepleier er ikke formelt etablert i Norge.

I dette kapittel er relevant tidligere forskning om sykepleierutdanning og kvalifisering for yrket presentert. Mitt bidrag til dette feltet blir å belyse mellomlederens vurderinger av behovet for sykepleierkompetanse og kvalifisering for yrket etter samhandlingsreformen.

3 Teoretisk perspektiv

I dette kapittel vil jeg presentere de teoretiske innfallsvinkler til arbeidet. Tilnærminger er kompetanse, utdanning, kvalifisering, mellomlederrollen og planlegging blir omtalt fordi de er benyttet som en teoretisk referanseramme for studien.

3.1 Kompetanse

Kompetanse er et komplekst og sammensatt begrep som angår oss alle (Lai 2010). Lai gir i sin bok *Strategisk kompetansestyring* en slik definisjon av kompetanse: "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 2010: 48). Forfatteren peker på at termen kompetansekomponeanter handler om hvilke elementer som inngår i kompetansebegrepet. Hun sier at det er enighet om at komponenter som kunnskap, som er "å vite", ferdigheter som er "å kunne gjøre", og evner som viser til grunnleggende egenskaper og forutsetninger, utgjør kjernekomponenter i kompetansebegrepet. Hun hevder at det er uenighet om hvorvidt **holdninger** bør betraktes som en integrert del av kompetansebegrepet. Lai betrakter ikke holdninger som en av hovedkomponentene i kompetansebegrepet, men hun peker på at i yrker med utstrakt grad av menneskebehandling vil holdninger inngå som en viktig indikator på hvorvidt en person er kompetent eller ikke. Hun sier videre at komponentene er nært relaterte til hverandre og kan være vanskelig å skille mellom, når disse til sammen skal gi et samlet inntrykk av en persons kompetanse. Når det gjelder strategisk kompetansestyring, kan det være avgjørende å vurdere de ulike kunnskapskomponenter i forhold til definerte krav og behov på en slik måte at dette danner grunnlag for planlegging med etterfølgende valg og oppfølging av tiltak (ibid.: 48-50).

3.2 Utdanning, danning og kvalifisering

Profesjonskvalifisering skjer gjennom formell utdanning ved høyskole/universitet og gjennom uformell og formell kvalifisering i yrkesfeltet (Heggen 2010). Begrepet profesjon har vært knyttet til formell utdanning og tilegning av vitenskapelig kunnskap og bare de som har gått gjennom slik formell og spesialisert utdanning er en del av en profesjonen (Torgersen 1972 og Abbot 1988 i Heggen 2010). Heggen definerer profesjon som

kunnskapsbasert yrke og peker på at profesjonen representerer ei form for yrkesmessig spesialisering, der god praksis forutsetter evne til å kombinere formalisert kunnskap med utøvelse av skjønn. Denne studien handler om profesjonskompetanse hos den største yrkesgruppen i helsesektoren (Statistisk Sentralbyrå 2013). Endringer i sykepleiernes yrkeshverdag som følge av samhandlingsreformen kan føre til behov for å se på sykepleierkompetansen på en ny måte. Rammeplanen for sykepleierutdanning er fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet. Rammeplanen gir en oversikt over hvilke forventninger samfunnet har til sykepleiere og hva som er krav til og formålet med sykepleierutdanning.

Formålet med sykepleierutdanningen er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner. Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Sykepleieren forholder seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, og ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose. En sykepleier skal også ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse. De skal ha kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen. Utdanningen skal fremme en yrkesetisk holdning og en flerkulturell forståelse av helse og sykdom. Fullført studium gir graden bachelor i sykepleie og gir grunnlag for å søke autorisasjon som sykepleier i henhold til lov om helsepersonell (KD 2008: 4-5)

I boken *Kvalifisering for profesjonsutøvelse* blir det stilt spørsmål om hvorvidt det i det hele tatt er mulig etter noen års studier ved høyskole eller universitet å bli uteksamineres som fullverdig og velkvalifisert yrkesutøver (Heggen 2010). Heggen hevder at de utfordringer profesjonsutdanningen står overfor er i spennet mellom utdannings- og yrkesarena og mellom teoretisk kunnskap og praktisk yrkesutøving. Disse utfordringer kan komme til uttrykk ved at det kan være vanskelig for studenten å oppfatte hvilken verdi innholdet i utdanningen kan ha for senere yrkesutøvelse. Et annet moment er hvorvidt yrkesfeltet er opptatt av det samme som blir formidlet i utdanningen. I likhet med de to sentrale stortingsmeldingene, samhandlingsreformen og utdanningsmeldingen, etterspør han et mer forpliktende samarbeid mellom utdanning og yrkesfelt for å utvikle bedre profesjonskvalifisering (Heggen 2010 Meld. St. 13 (2011-2012) St. meld. nr 47 (2008-2009)).

I litteraturen er det vanlig å skille mellom **danning** og **utdanning** (Hellesnes 1966). Utdanning blir knyttet til yrkesretting, mens dannelsingsbegrepet blir forbundet med personlig vekst og generell utdanning. Det er en økt interesse både nasjonalt og internasjonalt for begrepet dannelse i høyere utdanning ifølge *Dannelsesutvalget for høyere utdanning* (2009). I Dannelsesutvalgets rapport heter det at innenfor all utdanning er dannelsen en utfordring. Studenten skal ikke bare bli i stand til å reprodusere kunnskap, eksempelvis i eksamenssituasjoner, "men også tilegne seg et personlig, reflektert, og (så langt modenheten rekker) kritisk forhold til disse kunnskapene" (*Dannelsesutvalget for høyere utdanning* 2009: 21). Forfatterne av boken *Educating nurses – A Call for Radical Transformation* sier om danning i sykepleierutdanning at: "Formation occurs when students acquire and learn to use knowledge and when changes occur in their perceptual capacities to act with skilled know-how" (Benner et al 2010a: 166). Dannelsen skjer både direkte slik lærebøker og undervisning foreskriver, og indirekte i det en lærer mens en lærer på alle læringsarenaer. I boken blir det derfor lagt vekt på betydningen av at undervisningen har et pedagogisk og faglig opplegg som fokuserer på studentens etiske holdninger for slik å utvikle mellommenneskelige og relasjonelle ferdigheter. Dannelsen skjer som et resultat av ferdigheter, kunnskaper og etiske holdninger som en har tilegnet seg gjennom en rekke konkrete situasjoner over tid (Benner et al 2010 a). Alsvåg (2010) sier: "Dannelse dreier seg om å gjøre mennesket til en person" (ibid.: 19). Hun mener videre at utfordringen ligger i å integrere allmenndannelsen i yrkesutdannelsen. Kvangarsnes peker på at det derfor er behov for lærere som er opptatt av utdanning som en dannelsingsprosess i livslang læring. Kvalitet i sykepleie er avhengig av yrkesutøvere som er i stand til å utøve faglig skjønn i en helsesektor og utdanningssektor som blir stadig mer standardisert, med lite rom for variasjon (Kvangarsnes 2011). Det er derfor viktig at lærerne ser det pedagogiske handlingsrommet i rammeplanene for å skape meningsfylte sammenhenger både i utvikling av lokale fagplaner og i implementeringen av disse. Slike sammenheng stimulerer dannelsingsprosesser som gjør studenten forberedt til å møte reformer og standardiseringer både med et historisk og kritisk blikk (ibid.).

Michael Eraut har i sin bok "Developing Professional Knowledge and Competence" gitt kompetansebegrepet dette innhold:

The pathway to competence is characterized mainly by the ability to recognize features of practical situations and to discriminate between them, to carry out routine procedures under pressure and to plan ahead. Competence is the climax of rule-guided learning and discovering how to cope in crowded pressurised contexts. (Eraut 1994:125)

Eraut har basert mye av sin forskning på å undersøke på hvilken måte - og hva som skjer når studenter integrerer teoretisk kunnskap i praksis. Han hevder at: "Learning takes place during use" (1994: 125). Eraut tar utgangspunkt i Dreyfus sin modell om utviklingsprosessen fra novise til ekspert, der studenten starter som novise, fortsetter som avansert nybegynner, blir kompetent, deretter kyndig og kan etter hvert framstå som ekspert. Prosessen fra novise til ekspert omfatter hovedsakelig tre former for endringer, endring fra å bruke teoretiske prinsipp til å kunne anvende konkrete erfaringer, endring fra å forstå en situasjon fragmentert til en mer helhetlig forståelse og endring fra å være observatør til eksperten som handler ut fra en omfattende og integrert kunnskaps- og erfaringsbakgrunn. Eraut viser også til Benner som har satt Dreyfus sin modell inn i en kontekst for kvalifisering til sykepleie (Benner 1984). Med utgangspunkt i forskningen sin, har Benner definert syv områder for sykepleie: hjelperollen, undervisnings- og veilederrollen, den diagnostiserende og overvåkende funksjonen, effektiv mestring av hurtige endringer, å administrere og overvåke medisinsk behandling, kvalitetssikringsarbeid og organisatorisk kompetanse (ibid.: 46). Hennes forskning viser at en sykepleier må arbeide i samme eller tilsvarende kontekst i to til tre år, før de rutiniserte arbeidsoppgaver er integrert og sykepleieren har utviklet kompetanse til å håndtere mange ulike og sammensatte kliniske situasjoner. Dette understøttes også av Eraut, som i artikkelen "How professionals Learn through Work" peker på at kompetanse må sees i en bredere sammenheng, konteksten må være livslang læring (Eraut 2008). Han har forsket på hvordan mennesket lærer og utvikler seg gjennom sitt arbeid og han viser til at det må pågå en kontinuerlig kvalifisering.

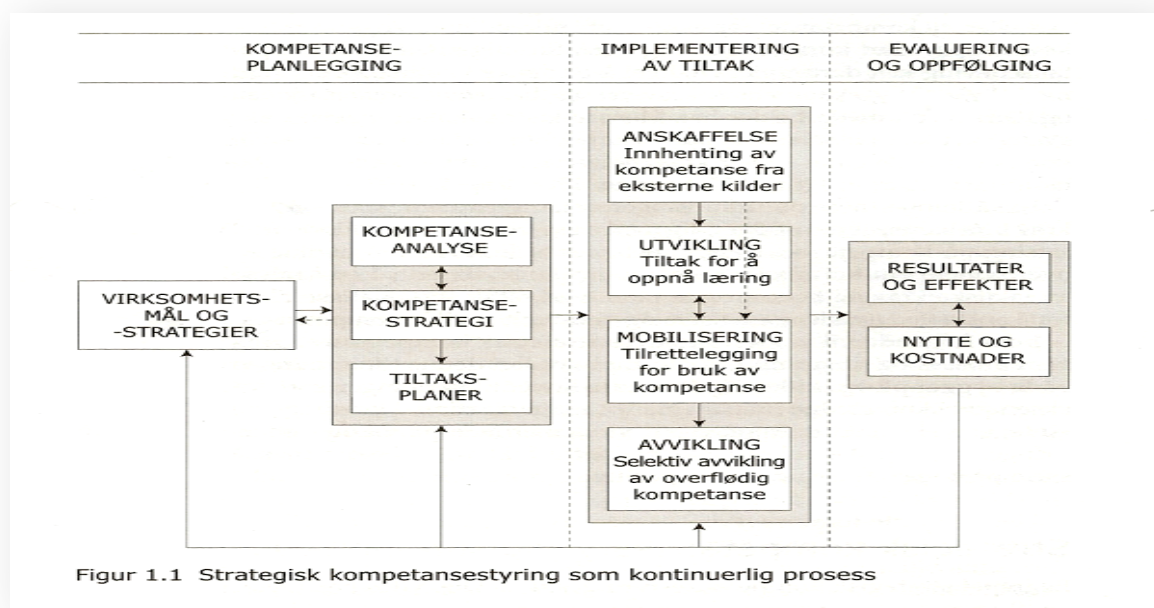
3.3 Mellomledere sitt ansvar

Peter G. Northouse definerer i sin bok: *Leadership – fifth edition*, ledelse slik: "Leadership is a process whereby an individual influences a group of individuals to achieve a common goal" (Northouse 2010: 3). Han sier videre at ved å definere ledelse som en prosess, så får han fram at ledelse i større grad handler om samhandling mellom en leder og medarbeidere enn

en knippe egenskaper hos lederen. Ledelse som prosess innebærer at leder og medarbeiderne gjensidig påvirker hverandre. Det vil si at ledelse ikke er en enveis, men en interaktiv relasjon. Ledelse er innflytelse og oppmerksomhet for å oppnå felles mål. Ledelse er også å sørge for at virksomheten har en retning å navigere etter og skape konsensus om retningen (Northouse 2010). Aadland hevder at lederen er i en mellomposisjon der han eller hun sammenhengende vurderer saker, personer, tendenser ut fra et overordnet helhetsperspektiv (Aadland 2011). Han hevder også at "alle leiarar er djupast sett mellomleiarar" (ibid.: 198). Han sier dette fordi alle alltid har noen over seg og noen under seg og at en slik har lojalitetsforpliktelser i flere retninger samtidig. Mellomlederne defineres i henhold til Røvik som en strategisk viktig aktørgruppe i arbeidet med omstilling og effektivisering. Helsesektoren er og har lenge vært en arena for omstilling (Røvik 1998). Mellomlederne har på grunn av sin strategiske plassering i organisasjonen god oversikt over hvilke oppgaver og behov som det skal tas hånd om innenfor sine ansvarsområder. I følge Poulsen (2009) er mellomledernes betydning sterkt undervurdert i et arbeidsliv preget av kontinuerlige endringer. Det gjelder både i privat næringsliv og i offentlig sektor, og legger særlig vekt på utdanningssektoren og helsesektoren. Han peker på at alle organisasjoner har både et strategisk og et operativt nivå. Den sentrale ledelsen og administrasjon utgjøre det strategiske nivået. Det operative nivået er den daglige kjernevirksomheten innenfor den enkelte avdeling og virksomhet. Mellomlederens misjon blir å koordinere og planlegge denne operative virksomheten (ibid.).

3.4 Kompetanse i et planleggingsperspektiv

Lai presenterer i sin bok om *Strategisk kompetansestyring* (2010) metoder for planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre organisasjonen og den enkelte medarbeider nødvendig kompetanse. Forfatteren peker på at det å være kompetent ikke nødvendigvis er likt med det å ha høy kompetanse, men det betyr at man har anvendbar og riktig kompetanse for de oppgaver man skal håndtere. Det blir framhevet at det må være et overordnet mål for all kompetanseplanlegging at det skal være en god sammenheng mellom kompetansenivå og oppgaver, det hun kaller en kompetansekongruens (ibid.: 12). Lai illustrer strategisk kompetansestyring som en målrettet og helhetlig satsing på kompetanse, med denne modellen:



(Lai 2010:14)

Figuren gir en oversikt over rekkefølgen og sammenhengen mellom de ulike faktorene når en skal styre kompetanseutviklingen mot en ny tidshorisont. Hun sier videre at både forskning og praktiske erfaringer viser at en rekke forsøk på å oppnå bedre ytelse gjennom utvikling av kompetanse har vært mislykket på grunn av mangelfull behovsanalyse. Hovedaktiviteter i strategisk kompetansestyring består etter modellen av disse tre hovedaktivitetene: kompetanseplanlegging, implementering av tiltak og evaluering og oppfølging av iverksatte tiltak.

Det enkelte element i modellen hennes blir presentert slik: **Virksomhetens mål og strategier:** Mål og strategier må være avklart (ibid.: 15-16). **Kompetanseanalyse:** Forfatteren hevder at for at kompetansestyringen skal være reelt strategisk, må den være basert på strategiske analyser, både på virksomhetsnivå, og på kompetansenivå, og det må være definerte mål en styrer etter. Hun sier at formålet med en slik analyse er å kunne definere sentrale kompetansekrav i forhold til mål og strategier og lage et grunnlag for å utforme en helhetlig kompetansestrategi med tiltaksplaner. Forfatteren viser til nødvendigheten av å avdekke organisasjonens beholdning av verdifull kompetanse i en slik sammenheng. Til sammen danner dette grunnlaget for en helhetlig kompetansestrategi.

Kompetansestrategi: Organisasjonens overordnede plan for satsingen på kompetanse skal angi mål for satsingen på kompetanse og vise hvordan kompetanse skal bidra til å nå organisasjonens overordnede mål. I tillegg bør en kompetansestrategi angi prioriterte tiltaksområder, samt retningslinjer og mål for iverksetting av tiltak innenfor de ulike områder. **Konkrete tiltaksplaner:** Tiltaksplaner kan utvikles for organisasjonen som helhet og for den enkelte gruppe eller avdeling. Planen bør utformes slik at det er konkrete mål som skal realiseres og som kan danne grunnlag for evaluering og oppfølging. **Anskaffelse av kompetanse:** Anskaffelse av kompetanse kan i følge forfatteren skje på flere måter, blant annet gjennom rekruttering av nye medarbeidere, samarbeid om eksisterende kompetanseutviklingstiltak og utdanning.

Når det gjelder **kompetanseutvikling** skiller forfatteren mellom to former: Enten gjelder det betydningen av formell læring eller tiltak for å tilrettelegge for mobilisering av kompetanse og uformell læring. Hun hevder at ved kompetanseutvikling er det viktig å vurdere alternative læringsformer og metoder i lys av hva en vil oppnå. **Mobilisering av kompetanse** er et tiltak som har til hensikt å sikre best mulig betingelser for at den kompetansen som er utviklet eller anskaffet blir brukt og kommer til nytte på en optimal måte. Avvikling av kompetanse er også omtalt som et mulig nødvendig tiltak i en kompetansestrategi. Det blir samtidig pekt på at dette sjelden er relevant. **Evaluering og oppfølging** av strategi for å utvikle kompetanse er helt avgjørende for å vurdere hvorvidt effekten av de ulike tiltak står i forhold til intensjoner og mål. Det pekes på at i en slik sammenheng er det fire nivå for evaluering. Disse som omfatter *reaksjoner* (deltakernes tilfredshet), *læring* (tilegnelse av kompetanse), *anvendelse* (adferdsendringer) og *organisatorisk nytte* (endringer i organisatorisk måloppnåelse). Forfatteren framhever at kompetansetiltak også bør evalueres i et økonomisk perspektiv. Hun peker på at det ikke kun er snakk om å etterspørre en ren økonomisk gevinst, men samtidig positive nytteeffekter for den enkelte tilsatte, for et bedret arbeids- og læringsmiljø, økt lojalitet og sterkere jobbtfredshet. I tillegg vil det være naturlig å vurdere spredningsmuligheter ved at aktuelle tiltak kan være relevante for andre tilsvarende virksomheter og organisasjoner (Lai 2010: 17-18).

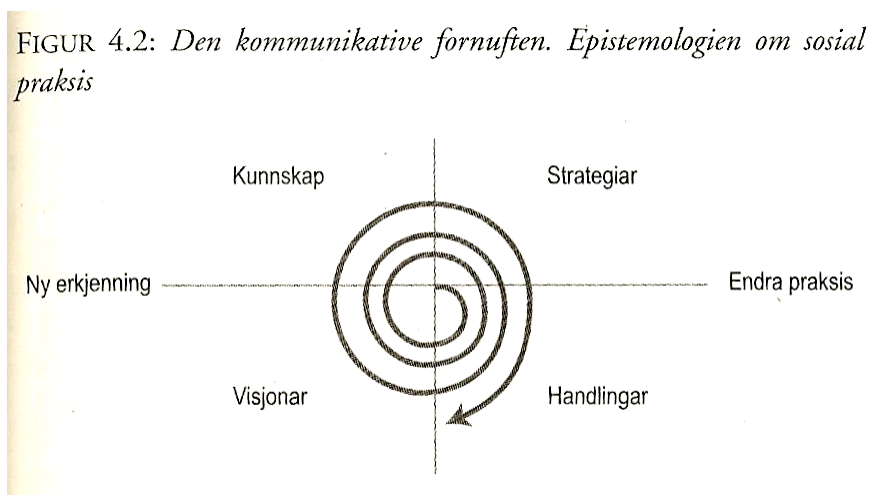
I tillegg til Lai sin modell om strategisk kompetanseplanlegging har jeg valgt å bruke Amdam sin teori om kommunikativ og instrumentell planlegging. Dette fordi at Amdam (2011) i større grad går inn i de relasjonelle sidene ved planlegging.

3.5 Kommunikativ og instrumentell planlegging

”Planlegging er å knytte kunnskap til handling” (Amdam 2005: 28). I følge Amdam er planlegging et begrep som blir diskutert fordi det blir definert som omfattende og angir et lite presist innhold. Forfatteren viser til Allmendinger (2009) som hevder at planlegging er lettere å definere når en relaterer det til en kontekst. Allmendinger sier at planlegging kan defineres som programmering dersom hensikten er å gjennomføre delaktiviteter mot et bestemt mål, forutsatt at en har gjennomføringsmakt. Amdam peker på at dette er en annen form for planlegging enn den en bruker i utviklingsarbeid for å skape kollektiv vilje til endring i samfunn og virksomheter. Han henviser til Friedmann som tar utgangspunkt i hvordan en i planleggingssammenheng kan bidra til å knytte kunnskap til handling (Friedmann 1987 i Amdam 2011) .

Friedmann skiller mellom samfunnsplanlegging som *samfunnsstyring* og *samfunnsendring*. Som samfunnsstyrende blir det lagt vekt på objektivitet og faktasammenheng mellom årsak og virkning. En forstår sammenhengen mellom kunnskap og handling som instrumentell og at det er enighet mellom partene slik at en har tilstrekkelig kontroll til å realisere beslutninger. Dette samsvarer med den planleggingsform Allmendinger (2009) kaller programmering. Dette synet står i motsetning til samfunnsendring, der kunnskap blir forstått som en integrert del av handling. I denne form for samfunnsendring blir det lagt vekt på kommunikasjon. Det er videre en oppfatning at læring skjer gjennom praksis og at adferd kan endres (Amdam 2011). Amdam mener at det går an å tolke Friedmann slik at en kan realisere samfunnsplanlegging som samfunnsstyring gjennom instrumentell rasjonalitet når målene er avklart, når en har nok kunnskap til å beregne seg fram til de mest effektive tiltak og tilstrekkelig makt til å kontrollere gjennomføringen. Dette innebærer at planlegging og handling er adskilte aktiviteter. I den andre situasjonen må den som planlegger hele tiden forholde seg til endringer i omgivelsen, det vil si at planlegging og handling er integrerte prosesser. Friedmann er en av dem som argumenterer sterkt for den kommunikative planleggingsmodellen ved at den kollektive handlingskapasiteten øker gjennom at personer deler visjoner, kunnskap, strategier og deltar i handlingene (Friedmann 1987 i Amdam 2005). Habermas argumenterer i sine arbeid

om kommunikatív handling at det å tale også er å betrakte som en handling (Habermas 1995). Den kommunikative rasjonaliteten framhever at den som ytrer seg språklig, formidler gjennom talehandlingen en emosjonell tilknytning til, erfaring med og kunnskap om et tema. Tilhørerne skal ha mulighet til å si imot med en ny talehandling og på denne måten oppstår det en dialog mellom likeverdige partnere. Amdam viser til at de som vektlegger det kommunikative synet på planlegging, argumenterer for en sterkere integrering av planlegging og handling og understreker at framtidens utfordringer best kan møtes ved at ny kunnskap og innsikt får vokse fram av en planleggingspraksis med bred deltakelse av de berørte samfunnsmedlemmer (Amdam 2005). Planlegging blir slik han ser det, en læringsprosess som veksler mellom radikal praksis og ny erkjennelse. Dette vil i sin tur føre til at den kollektive handlingskapasiteten øker med antall av personer som deler visjoner, kunnskap, strategier og som deltar i handlingene. Amdam illustrerer dialogmåten å arbeide slik:



(Amdam 2005: 117)

Amdam hevder at den kommunikative måten å drive planlegging og utviklingsarbeid på har stor overføringsverdi til mange samfunnsområder (Amdam 2011).

4 Metode

Formålet med denne masterstudien er å få fram ny kunnskap om kompetansebehovet i helsesektoren etter innføring av samhandlingsreformen. Studien er basert på fokusgruppeintervju med mellomledere i helsesektoren. I metodekapitlet beskriver jeg hvordan jeg har gått fram for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene, hva jeg har gjort for å innhente data til studien, hvilke data som er innhentet og hvordan jeg har analysert dem. Valg av forskningsmetode avhenger av hva en vil finne ut (Kvale & Brinkmann 2010). En problemformulering kan beskrives som: "en formulering av avstanden mellom det vi vet, og det vi ønsker å vite" (Grønmo 2007:76). Han sier videre at målet i vitenskapelig virksomhet er å bygge opp kunnskap om bestemte fenomener og å utvikle en teoretisk forståelse av denne kunnskapen. Metodene angir på hvilken måte vi skal framskaffe kunnskapen og hvordan vi skal sikre at kunnskapen og teoriene oppfyller kravene til vitenskapelig kvalitet og relevans på det aktuelle fagområdet (ibid.:27).

4.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign er en plan for undersøkelsen som viser nøkkelkomponentene som inngår, beskriver disse og hvordan de passer sammen og gir svar på forskningsspørsmålene (Denscombe 2010). I denne studien er det valgt et kvalitativt forskningsdesign. Kvalitative metoder kan innebære bruk av et bredt spekter av ulike strategier for innsamling av data og bygger i hovedsak på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud 2011: 26). Innenfor en fenomenologisk referanseramme er det kvalitative forskningsintervjuet en vanlig metode for datainnsamling (ibid.). Det kvalitative forskningsintervjuet er beskrevet som en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess. Det er de intervjuede og intervjueren som i fellesskap skaper kunnskap. I følge de samme forfatterne finnes det mange forskjellige intervjuformer som er hensiktsmessige for ulike forskningsformål (Kvale & Brinkmann 2010: 37).

På bakgrunn av temaet for denne studien, har jeg valgt å bruke fokusgruppeintervju som metode. Fokusgruppeintervju er en rasjonell metode for innhenting av kvalitative data (Malterud 2011). Fokusgrupper framskaffer data gjennom gruppedynamiske interaksjonsprosesser, der gruppen kan sammenligne erfaringer og også drøfte områder der

oppfatningen er ulike. Malterud sier videre at det er den levende virkeligheten som er vår viktigste kilde til kunnskap, og at fokusgruppeintervju er spesielt godt egnet når vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. Det er nettopp denne virkeligheten som byr på sine innsikter, tolkninger og observasjoner fra ulike vinkler.

Jeg tror at individuelle intervju også kunne ha gitt verdifull kunnskap i min studie. Men jeg erfarte at fokusgruppeintervjuene ga et rikt og interessant materialet. Jeg vurderer det derfor slik at dette var en god strategi for å besvare mine forskningsspørsmål.

4.2 Valg av mellomledere som informanter

Det er ikke likegyldig hvem som velges som informanter når en ønsker ny kunnskap over et gitt tema. Jeg har innehatt forskjellige lederstillinger på ulike nivå i arbeidslivet og kjenner meg igjen når Poulsen peker på at flere tiår med ledelsesforskning viser at mellomlederrollen er avgjørende for både endring, tilpasning og utvikling av profesjonsbaserte organisasjoner (Poulsen 2009). Aadland (2011) hevder at lederen er i en mellomposisjon der han eller hun sammenhengende vurderer saker, personer, tendenser under et overordnet helhetsperspektiv. Alle organisasjoner har både et strategisk og et operativt nivå (ibid.: 26). I denne studien vil det operative nivået dreie seg om å ivareta ulike pasientrelaterte behandlings- og omsorgsoppgaver på en faglig forsvarlig måte, og sørge for at en har kvalifisert personell med kompetanse samsvarende med pasientbehovene. Et annet viktig perspektiv er at mellomlederen er i en posisjon der en skal forsøke å forutse og å tilpasse virksomheten til nye oppgaver som følge av endringer i sektoren og eller samfunnet for øvrig.

Et *strategisk* utvalg er sammensatt ut fra den målsetting å få belyst studiens problemstilling på en best mulig måte (Malterud 2011). Jeg ønsket informanter fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fordi det er på disse arenaer at samhandlingsreformens intensjoner skal realiseres. Mellomlederne arbeider sentralt i samhandlingens kjerneområde i og med at bedre samhandling mellom tjenestenivåene er pekt på som en av reformens intensjoner. Det er rimelig grunn til å forvente at mellomlederne uti fra sin strategiske

posisjon har god innsikt i og kunnskap om hvilke kompetansebehov helsesektoren står overfor etter innføring av reformen. I tillegg vil de også kunne ha verdifull innsikt i kvalifisering av sykepleierstudenter i og med at mellomlederne ofte vil være sentral i planlegging og gjennomføring av praksisstudier.

4.2.1 Fokusgrupper

Jeg planla å organisere informantene i tre fokusgrupper à fem-seks deltakere, to grupper fra kommunehelsetjenesten og én gruppe fra spesialisthelsetjenesten. Hvor mange fokusgruppeintervju som er nødvendig for å få tilstrekkelig empirisk materialet må vurderes grundig i forkant av studien. Malterud (2012) peker på at anbefalingene og praksis kan variere betydelig og viser til at hennes erfaringer tilsier at alt fra én til fire grupper kan være et passelig antall. Det er studiens problemstilling som avgjør hva som er tilstrekkelig antall fokusgrupper og hvorvidt det skal gjennomføres en komparativ analyse, der sammenligning mellom grupper er et sentralt formål. Det er det ikke i denne studien, selv om det er interessant og relevant å få fram om og eventuelt hvor det er forskjeller i empirien fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Malterud viser til at hennes erfaring er at det vanligvis er tilstrekkelig med to fokusgrupper for å få etablert empirisk materialet (ibid.:38). Dersom det ikke er tilstrekkelig for å få belyst problemstillingen, så kan en supplere med en gruppe til. Når det gjelder størrelsen på den enkelte fokusgruppen tilrår Malterud at gruppene har fem-åtte deltakere. For at en gruppe skal kunne kalles fokusgruppe, så må samtalen kjennetegnes ved en aktiv interaksjon mellom deltakerne. Det må være så mange deltakere at det gir grunnlag for å belyse problemstillingen på en god måte. Dersom antall deltakere i en fokusgruppe er høyt, kan det gi god og variert empiri, men det kan bli vanskeligere for moderator å holde gruppen til tema. Et annet aspekt er at mange deltakere gir avgrenset taletid til hver person, noe som begrenser tilgangen til data fordi den enkelte ikke får formidlet sine oppfatninger og vurderinger til aktuelle tema (Malterud 2012).

Kommunesektoren er den arena som står overfor de største omstillinger i oppgavetilfang både med hensyn til pasientbehandling, og som arena for praksisstudier. Jeg ønsket derfor to fokusgrupper fra kommunehelsesektoren for å få fram materialet fra ulike kommuner og

mellomledere i ulike posisjoner. Jeg undersøkte hvilke kommuner som kunne være relevante for studien. Jeg var opptatt av at kommunene skulle være noenlunde jamnstore og representere mellomstore kommuner, det vil si kommuner med innbyggertall mellom fem og ti tusen og at kommunene var i geografisk nærhet av hverandre. Det at de skulle ligge i nærheten av hverandre var av hensyn til den praktisk gjennomføringen av intervjuene. Jeg ønsket også at aktuelle kommuner skulle ha et stabilt lederskap på mellomledernivå. Dette fordi kontinuitet innebærer oversikt over og innsikt i utviklingstrekkene over tid. Det er en viktig bakgrunn når en skal vurdere kompetansebehov.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, så representerte deltakerne ulike avdelinger som kirurgisk, medisinsk og psykiatrisk avdeling som har ulike funksjoner og oppgaver. Slik sett representerte mellomlederne bred innsikt i studiens problemstilling. Jeg valgte å bruke mellomledere ved ett sykehus fordi det forenklet gjennomføringen av intervjuet med denne fokusgruppen.

4.2.2 Kontakt med informantene

Etablering av kontakt med informanter ble et spennende arbeid som bød på overraskelser. Det var uventet at flere av de potensielle informantene ikke kommuniserte på mail. Jeg startet arbeidet med å ta kontakt med aktuelle informanter i slutten av november/ tidlig i desember 2012. Jeg forhørte meg med en kollega tilknyttet sykepleierutdanningen om hvilke kommuner som kunne være egnet til en studie som denne. Jeg fortalte at jeg ønsket to mellomstore kommuner med stabilt lederskap på mellomledernivå. De ville da ha et noenlunde likt utgangspunkt både for å være sammenligning og fordi materialet samtidig ville bli rikt nok til å se både felles og forskjellige utfordringer. Jeg fikk forslag på flere kommuner og tok umiddelbart kontakt med lederne for helse- og omsorgsektoren i de to jeg valgte. Årsaken til at jeg valgte nettopp de to var at de var jevnstore, var rimelig tilgjengelig med hensyn til reisetid og lå geografisk i nærheten av hverandre. Videre hadde de innbyggertall mellom åtte og ti tusen. Mellomledernivået representerte stabilitet og kontinuitet. Den geografiske nærhet forenklet gjennomføringen av intervjuene. Første kontakt ble gjort på mail i uke 48 (2012). Jeg fikk positivt svar fra den ene lederen på mail. Jeg ringte den andre som også stilte seg positiv til prosjektet. I kommunene hadde jeg

direkte kontakt kun med de to lederne i forkant av intervjuene. Jeg la noen føringer på hvem jeg ville ha med i fokusgruppeintervju. Det skulle være mellomledere som hadde sine hovedoppgaver knyttet til å ivareta ulike pasientrelaterte behandlings- og omsorgsoppgaver og sørge for personell med kompetanse samsvarende med pasientbehov. De to lederne avklarte selv med sine mellomledere om deltakelse i fokusgruppeintervju. Når det gjaldt tidspunkt og sted for intervjuene, ble dette avtalt med de to lederne både muntlig og bekreftet på mail. Jeg var selvsagt spent på hvordan dette ville fungere i praksis fordi jeg hadde en opplevelse av å ikke ha full kontroll. Dette fordi det var de to lederne som organiserte selve intervjusituasjonen med sine kollegaer. Det må også bemerkes at jeg hadde den samme usikkerhet overfor den fokusgruppen (spesialisthelsetjenesten), der det var jeg selv som hadde gjort alle avtaler direkte med de jeg skulle møte.

I november 2012 kontaktet jeg en rådgiver i Møre og Romsdal Helseforetak for å få hjelp til å rekruttere informanter fra spesialisthelsetjenesten. Jeg orienterte rådgiveren om min planlagte studie og ba om forslag til informanter fra helseforetaket for å få spesialisthelsetjenestens perspektiv. Jeg ønsket en fokusgruppe bestående av fem-syv mellomledere og ba om å få åtte navn. Denne rådgiveren har arbeidet hele sin yrkeskarriere i ulike roller ved helseforetaket. Hun er erfaren og har god innsikt i den kliniske lederstaben ved sykehuset. Jeg ga tilsvarende føringer som overfor kommunene om hvem jeg ville ha med. Føringene gikk i korthet ut på at jeg ønsket navn på faglig engasjerte avdelingssykepleiere. Videre at avdelingssykepleierne skulle ha som oppgave å bruke personalets samlede ressurser best mulig for ivareta behandlings- og omsorgsoppgaver i avdelingen. Jeg fikk umiddelbart seks navn. Jeg kontaktet de foreslåtte kandidater på mail i løpet av uke 48 og la ved informasjon om prosjektet (vedlegg 1). I løpet av noen uker fikk jeg positiv bekreftelse fra fire kandidater. Jeg kontaktet rådgiveren på ny og ba om to nye navn. I tillegg tok jeg selv kontakt med ytterligere en person som jeg hadde fått anbefalt fra en kollega. Disse tre svarte ja. På dette tidspunkt hadde jeg syv informanter fra Helseforetaket som hadde takket ja til å delta i studien. Jeg hadde direkte kontakt med alle informantene. Jeg informerte om tid og sted for intervjuet og ba om en bekreftelse på at tidspunktet passet. Fire av informantene bekreftet på mail at de kom. Jeg ringte derfor en av personene som hadde sagt ja, men som ikke bekreftet på mail, for å sikre at jeg hadde fem informanter

i intervjuet. På dette tidspunkt var det to personer som ikke hadde bekreftet at de kom til avtalt sted og tid for intervjuet.

Det at jeg ikke fikk bekreftelser på mail om utsendt informasjon var mottatt og klarert, gjorde at jeg valgte å ta noen telefoner undervegs. Dette gjaldt informasjon om at en når som helst kunne trekke seg fra studiet, om tid og sted passet, osv. Jeg var også litt usikker på om potensielle informanter som ikke besvarte denne type mail kanskje hadde trukket seg uten å gi beskjed. Jeg valgte allikevel å være usikker og småbekymra framfor å kontakte informantene nok en gang. Dette fordi jeg var redd for at enda en henvendelse fra meg, ville bli oppfattet som "mas", og at det å bli forstått som "masete" kunne påvirke vår relasjon negativt i en nært forestående intervjusituasjon.

Mine bekymringer viste seg å være nesten ubegrunnet, kun en av de som hadde takket ja, trakk seg fra studiet. I tillegg var det en som på grunn av sykdom, ikke møtte til avtalt fokusgruppeintervju. Jeg satt igjen med totalt femten informanter fordelt på tre grupper, med henholdsvis fem i den ene kommunegruppe, fire i den andre og seks informanter i den fokusgruppe som representerte spesialisthelsetjenesten.

4.2.3 Organisering av fokusgruppene

Informantene ble organisert i tre fokusgrupper som besto av mellomledere i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, tretten kvinner og to menn, alle sykepleiere:

- Fokusgruppe 1 med fem informanter (FG1) og fokusgruppe 2 med fire informanter (FG2) gjelder mellomledere i kommunehelsetjenesten i to kommuner. Alle mellomledere har lederstillinger innenfor den kommunale helse- og omsorgstjeneste. En av informantene, var på intervjutidspunktet ikke i en mellomlederstilling, men hadde arbeidet i en slik stilling i samme kommune til sommeren 2012.
- Fokusgruppe 3 med seks informanter (FG3) består av mellomledere i spesialisthelsetjenesten. Disse har sine lederstillinger i medisinske, kirurgiske og psykiatriske avdelinger.

Kommunene som er representerte i undersøkelsen har en noe ulik organisering av helse- og omsorgstjenestene. Den ene kommunen har flat struktur, der pleie- og omsorgstjenesten med egen pleie- og omsorgsleder utgjør en av fire virksomhetsledere i helse- og omsorgsavdelingen. I den andre kommunen er avdelingen organisert i større enheter, der alle helse – og omsorgstjenestene er organisert i en avdeling med kommunalsjef. Denne forskjellen i organisering har i liten grad preget mellomlederne sin vurdering av kompetansebehov.

Informantene utgjorde til sammen femten mellomledere i alderen 37 – 64 år. De hadde vært i sine lederstillinger fra ett til tjuen år, gjennomsnittet er åtte år. Det at det var såpass variasjon i arbeidserfaringen som leder kunne komme til uttrykk ved at de som hadde vært lengst i sine stillinger i større grad hadde oversikt over endringer innen helsesektoren over tid. Tre av informantene hadde ingen videreutdanninger, seks av informantene hadde en videreutdanning, fire informanter hadde to videreutdanninger og en informant hadde tre videreutdanninger. En av informantene hadde mastergrad. Dette viser at mine informanter har relativ høy kompetanse.

4.3 Intervjuguiden - datainnsamling

Arbeidet med intervjuguiden (vedlegg 3) pågikk høsten 2012. Intervjuguiden var inndelt i fire hovedtema i tillegg til et innledende kartleggingsspørsmål om hvordan det ble jobbet med kompetanse på det enkelte arbeidssted.

- Tema 1 Sykepleieren – hvilke kunnskaper, holdninger og ferdigheter en sykepleier skal ha
- Tema 2 Utdanning – innhold i sykepleierutdanningen, hvilke kunnskaper og ferdigheter læres i undervisningen ved høgskolen og hva lærer de i praksisfeltet
- Tema 3 Den avanserte kompetanse – mellomledere sitt syn på og vurdering av den avanserte kompetanse
- Tema 4 Samspill med utdanningen – på hvilke områder kan en samarbeide om å utvikle kunnskap, kompetanse og studietilbud

Temaene skapte stort engasjement hos informantene. Jeg erfarte at intervjuguiden fungerte godt i samtlige grupper. Intervjuguiden ble sendt ut til informantene to dager før intervjuet slik at dette også ble en anledning til å minne på avtalen vår. Videre hadde de mulighet til å forberede seg ved å tenke igjennom spørsmålene. Jeg fikk inntrykk av at informantene verdsatte å ha oversikt over hva det ville bli spurt om. Jeg hadde ikke inntrykk av at noen av informantene hadde forberedt seg konkret på hva de ville si til det enkelte tema.

4.3.1 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i to kommuner i Vest-Norge våren 2013. De to fokusgruppeintervjuene i kommunene ble gjennomført samme dag, med henholdsvis fem og fire deltakere. Gruppen med fire deltakere hadde fått en melding om sykdom rett i forkant av intervjuet, slik at det ikke lot seg gjøre å rekruttere ny informant. Intervjuet med informantene i spesialisthelsetjenesten, seks personer, ble gjennomført samme uke. Samtlige intervju varte totalt om lag to timer. Det å gjennomføre intervjuene så tett førte til at det var lettere å holde fokus på temaene og ha en rød tråd i intervjusituasjonen. Det var spennende å høre på diskusjonen og lytte til meningene som framkom på de samme spørsmål.

Det var forskjell på stemningen i intervjuene. I kommunene kjente de hverandre, mens de i helseforetaket var de mer ukjente for hverandre. Dette skapte litt ulik framdrift under intervjuene fordi de som ikke kjente hverandre så godt fra før, trengte noe mer tid til å bli "varm i trøya". Jeg hadde ikke gjort noen prøveintervju i forkant, og var spent på hvordan det ville fungere å møtes på denne måten. Jeg hadde med meg en forsker med erfaring fra tilsvarende studier. Hennes rolle var å være sekretær og å notere stikkord underveis som resulterte i en oppsummering som ble gjort til slutt. Denne oppsummeringen ble lest opp mens båndspilleren gikk, slik at også informantene kunne gi sin tilslutning, eller komme med tilføyelser, justeringer og presiseringer. Min rolle var å holde samtalen mest mulig forankret til spørsmålene mine og følge med på prosessene i gruppen. Forståelsen min var at det kollegiale fellesskapet i intervjusituasjonen skapte refleksjon og gode diskusjoner. Kanskje handlet det mest om at det var engasjerte mellomledere som gjennom intervjusituasjonen hadde faglige diskusjoner, assosiasjoner og delte tanker og erfaringer som det vanligvis ikke

er anledning til i en travel hverdag. Det er at også slik at ved et forskningsintervjuet går en dypere enn det som ofte er mulig i den spontane meningsutvekslingen i hverdagen (Kvale & Brinkmann 2010). Et annet perspektiv er at det i følge Kjølstad og Høverstad gjerne gir best resultat at en fokusgruppe settes sammen av deltakere fra omtrent samme nivå i organisasjonen (Kjølstad og Høverstad 1991 i Malterud 2012) . Det skaper en situasjon preget av likeverdighet og fellesskap som kan være viktig, især når deltakerne ikke kjenner hverandre så godt.

Selv om jeg hadde med meg en erfaren forsker, så var jeg personlig svært spent og noe usikker på hvordan en opptrådte i en slik sammenheng. Når jeg lytter til intervjuene, så kom denne usikkerheten tydelig frem ved noen anledninger, især ved det første intervjuet. Jeg opplevde situasjonen som intens og spennende. Jeg var forsiktig med å ta noe initiativ som kunne forstyrre samtalen som forløp sammenhengende inntil det virket som om informantene hadde fått diskutert spørsmålene uttømmende. I ettertid har jeg tenkt at det er mulig jeg kanskje kunne ha stilt noen oppfølgingsspørsmål. Dersom noen kom for langt unna det aktuelle tema, så styrte jeg samtalen tilbake til det aktuelle spørsmålet.

4.4 Analyse av intervjuene

I denne studien undersøker jeg hvordan mellomledere vurderer kompetansebehov etter at samhandlingsreformen er innført. Jeg tilstreber å bruke en hermeneutisk fenomenologisk analyseform som er beskrevet av Kvale og Brinkmann (2010). De oppsummerer denne tilnærming slik: "Mens fenomenologer er typisk interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, er hermeneutikere opptatt av fortolkning av mening" (ibid.: 33). Jeg vil også støtte meg til Malteruds fenomenologiske analyse, som igjen er inspirert av Giorgi (Giorgi 1985 i Malterud 2011). Giorgi sier at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantens livsverden og erfaringer innenfor et bestemt område. Det grunnleggende utgangspunktet i fenomenologisk analyse er at virkeligheten er slik vi mennesker oppfatter den (Malterud 2011). Hermeneutikk betyr fortolkningslære eller fortolkningskunst. Formålet med hermeneutisk fortolkning å oppnå en gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale & Brinkmann 2010). Forfatterne peker videre på at enhver tekst får mening ut i fra en kontekst. I følge de samme forfatterne

kan hermeneutikken lære forskere å analysere intervjuene sine som tekster og eksempelvis kunne se utover her og nå i intervjusituasjonen og være oppmerksomme på at den kontekstuelle fortolkningshorisonten er betinget av historie og tradisjon.

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultat ved at det innsamlede materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet på en slik måte at leseren kan følge den prosessen som er gjort (Malterud 2012). I analysen skal en som forsker finne ut hva dette materialet kan fortelle ved å lete etter essenser og vesentlige kjennetegn ved de fenomen som studeres. Problemstillingen kan i følge Malterud bli tydeligere gjennom analysen. Hun peker på at forskeren ikke skal være redd for å lære av sin innsikt, og eventuelt endre problemstillingen. Rådata representerer et utgangspunkt. Malterud (2011) hevder at en gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det som skiller den veldokumenterte vitenskapelige tilnærming fra overflatisk "synsing" (ibid.: 91). Det skal være en identifiserbar systematikk som jeg selv som forsker forstår før jeg kan dele med andre. De fem trinn i analysen er etter Kvale og Brinkmann (2010) følgende: Første trinn er å lese hele intervjuteksten for å få en følelse av helheten. Deretter skal en forsøke å fastsette de naturlige "meningsenheterne" slik de uttrykkes av intervjupersonene og kode disse. Det tredje trinnet er å formulere temaet som dominerer den naturlige meningsenheten så klart som mulig. Her skal en tematisere uttalelsene fra intervjupersonenes synsvinkel, slik de kan fortolkes. Denne prosessen omtales også som "meningsfortetning". I det fjerde trinnet skal en undersøke meningsenheterne i lys av studiens konkrete formål. Trinnet omtales også som "meningsfortolkning". I det femte og siste trinnet skal en som forsker sammenfatte betydningen av dette (ibid.: 212-213).

Materialet mitt består av 83 sider transkribert tekst. En kollega av meg har transkribert intervjuene. Dette ga meg den fordel at jeg sparte den tiden det tar å gjøre muntlig tekst til skriftlig tekst. I og med at jeg i tillegg til å ha lest det transkriberte materialet grundig gjentatte gange og også har lyttet gjennom intervjuene mine, så mener jeg at jeg er godt inne i datamaterialet mitt.

Når materialet skal inndeles i fem analysetrinn, blir det slik:

Trinn 1 – Å få et helhetlig inntrykk av materialet.

Malterud kaller dette stadiet en overgang fra "villnis til temaer". Hun sier videre at på dette trinnet skal vi i samsvar med det fenomenologiske perspektivet, sette vår forforståelse og teoretiske ramme til side og stille oss helt åpne for de inntrykk materialet formidler (Malterud 2011: 98). Etter å ha lest gjennom materialet flere ganger, skal jeg si noe om hvilke foreløpige temaer jeg finner i teksten. Det blir pekt på at i denne sorteringsfasen er det fint å gjør analysearbeidet sammen med en annen forsker. Det har ikke jeg hatt anledning til. Det helhetlige inntrykket av materialet er at temaet kompetansebehov og samhandlingsreform skapte stort engasjement hos informantene. Informantene hadde tydelige krav til sykepleierkompetanse og kvalifisering for framtiden.

Trinn 2 – De meningsbærende enheter, fra tekst til kode

"Codes are simply a way of organizing your thinking about the text and your research notes." Gibbs, 2007, s. 39.

Det er på dette trinnet en skal finne de naturlige meningsenhetene slik de uttrykkes av intervjupersonene (Kvale & Brinkman 2010). Den transkriberte teksten er gjennomlest flere ganger, samtidig som jeg har hatt øye på min problemformulering og mine forskningsspørsmål. Informantenes svar og refleksjoner rundt de samme tema er sammenlignet. Videre har jeg notert, streket under og lest om igjen. Jeg har fargekodet meningsenhetene. Samtidig har jeg stilt spørsmål til meg selv om jeg har funnet de relevante utsagn til denne studien og vurdert hvorvidt jeg har klart å hente ut det som skal til for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Trinn 3 - Fra kode til mening. Meningsfortetning.

I dette trinnet av analysearbeidet skal en benytte meningsfortetning (Kvale & Brinkmann 2010). Dette innebærer en reduksjon av lengre intervjutekster til kortere meningsbærende formuleringer. Jeg har lokalisert relevante utsagn knyttet til studiens formål og problemstilling.

Tabell 1: Glimt fra analysen, eksempel på meningsfortetning.

Tema: Utdanning	Sentralt tema
<p>Pasientfokus, etikk og holdninger</p> <p>Så jeg fokuserer veldig mye på ydmykhet, veldig mye på ydmykhet i møte med den andre. Det med å lytte, vise empati, altså relasjon, så jeg sier det, det er så viktig den praksisen dere har her, for her skal dere lære om dere selv og dere skal lære hvor dere er i et møte med ett annet menneske. Hvordan tilnærmer du deg det, hvordan klarer du på en måte å la den andre være i fokus og ikke du selv. Og den tryggheten du kan lære å påføre din neste, den skal du bruke hele veien i ditt yrke som sykepleier, enten du blir intensivsykepleier eller psykiatrisk sykepleier eller du går i hjemmetjenesten, samme. Du har den unike, liksom muligheten når du er hos oss til å møte alle i dem dårlige fasene som dem er i. Og bruke, altså det er det som er fokuset her, ikke det tekniske, for det får man senere. Og det er, det er ikke alltid enkelt, det ser jeg når de kommer. Unge, nye, har ikke noe erfaring, kommer rett fra videregående og tjo og hei og fest og alt er bare festlig.</p>	<p>Jeg fokuserer veldig på ydmykhet når jeg veileder studentene. Jeg vektlegger betydningen av det å kunne lytte og ha empati. Jeg understreker at i denne praksisen har de en unik mulighet til både å lære seg selv å kjenne og å lære hvordan en møter et menneske i en svært sårbar situasjon. Det er en sentral kompetanse i sykepleieryrket. De tekniske utfordringene i yrket vil de lære etter hvert.</p>

I venstre kolonne har jeg brukt uhevet skrift som viser til det som er oppsummert i høyre kolonne.

Trinn 4 og trinn 5 – meningsfortolkning og sammenfatning

I trinn fire skal jeg undersøke meningsinnholdet sett i lys av formålet med min studie og mine forskningsspørsmål. Her vil jeg anvende den hermeneutiske sirkel, der jeg vil bevege meg fra deler til helhet. Hensikten er å få en stadig dypere forståelse av meningen inntil jeg har nådd frem til "en indre enhet i teksten" (Kvale & Brinkmann 2010). Analysearbeidets femte og siste trinn er å ende opp med en sammenfatning av de viktigste emnene i intervjuene som utgangspunkt for å kunne besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål (ibid.). På denne måten har jeg fått fram hovedinntrykkene og kjernen fra de viktige temaene i mitt materialet.

4.5 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er begrep som opprinnelig er brukt i kvantitative undersøkelser, men er også en viktig del av vurderingen i kvalitative undersøkelser. I de foregående avsnitt har jeg gjort rede for arbeidsprosessen i denne studien og forsøkt å få fram at både validiteten og reliabiliteten skal være ivaretatt på en best mulig måte. En studies **reliabilitet** handler med andre ord om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann 2010). I denne studien er det brukt en kvalitativ metode, der data innsamlet ved hjelp av tre fokusgruppeintervju gjennomført i to kommuner og i ett helseforetak. Kvalitative metoder egner seg godt for utforskning av erfaring og mening. Gjennom gruppesamtale kan en utvikle vitenskapelig kunnskap preget av mangfold og nyanser (Malterud 2012: 18). En test på en studies reliabilitet er hvorvidt et resultat som er fremkommet i en kontekst kan reproduseres av andre forskere i en tilsvarende kontekst, på et annet tidspunkt og gi samme svar (Kvale & Brinkmann 2010:250). Når det gjelder denne studien, er det rimelig grunn til å tro at ved å gjenta en tilsvarende studie et annet sted i landet med samme kommunestørrelse ville gitt et lignende resultat.

Det er ulike nyanser i **validitetsbegrepet** (Denscombe 2010, Malterud 2011 og Kvale & Brinkmann 2010). Den interne validiteten går på hva studiet handler om og hvorvidt man har lyktes i å måle og registrere det en ønsker å måle på en tilfredsstillende måte. Validitet handler etter til Skog om det å unngå forskningsmessige fallgruver (Skog 2010: 87). Han hevder at en ekspert ikke nødvendigvis er en person som kan alt på et temaområde, men at en ekspert har slik innsikt og kunnskap at en styrer unna fallgruvene. En slik fallgruve kan være forforståelsen som er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet (Malterud 2011:40). Malterud peker på at denne bagasjen består av de erfaringer, hypoteser, teoretiske referanserammer og faglige perspektiv vi har med ved prosjektets innledning. Jeg mener at jeg har tenkt nøye igjennom det som i denne sammenheng er min "bagasje", nemlig det at jeg selv er sykepleier. Videre at jeg etter hvert har en lang yrkesmessige bakgrunn preget av en ulike lederposisjoner innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Jeg har tidvis arbeidet som sykepleier slik at jeg også har noe innsikt i den kliniske virkeligheten. Jeg har i tillegg vært leder i en høgskoleavdeling der sykepleierutdanning, en rekke videreutdanninger og etter hvert et masterstudium inngikk i studieporteføljen. Egne erfaringer, synspunkt og kunnskap om forskningsfeltet kan ha både

positive og negative sider. Det kan bli negativt dersom jeg som forsker blir forutinntatt når jeg tolker informantene sine utsagn. Den positive innfallsvinkelen er at god innsikt i og kunnskap om forskningsfeltet har vært nødvendig for å kunne utvikle grunnlaget for denne studien. Videre må det være en fordel at jeg som følge av min faglige bakgrunn er spesielt interessert og engasjert i temaet for denne studien. I den sammenheng blir det hevdet at den vanligste feil er å tillate at forforståelsen overdøver den kunnskap som det empiriske materialet kunne ha levert (ibid.: 41).

Denne studien dreier seg om behov for sykepleierkompetanse og kvalifisering etter innføring av samhandlingsreformen. Informantene er mellomledere, alle sykepleiere. En refleksjon kan være knyttet til hvorvidt det at det bare er sykepleiere som er informanter kan påvirke studiets validitet. En annen refleksjon er at det vanligvis er sykepleiere som leder utøvelsen av sykepleieryrket og dermed innehar posisjonen som mellomledere. Informantene er valgt ut fra sin strategiske posisjon som mellomledere i helsesektoren. Det er deres perspektiv som er studiets sentrale tema. Validitet skal gjennomsyre hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann 2010). Jeg mener at jeg som uerfaren forsker, i mitt arbeid med å planlegge og gjennomføre denne studien, har tilstrebet å følge normer for god praksis i denne sammenheng. Studien er gjennomført som følge av behov for ny kunnskap om kompetanse i en sektor som angår de fleste innbyggerne i større eller mindre grad, det være seg som pasient, pårørende, bruker, samarbeidspart eller helsepersonell.

Samhandlingsreformen er innført og omstillingsprosessen med overføring av behandlingsoppgaver til kommunehelsetjenesten er godt i gang. Forebyggende helsearbeid skal vektlegges i større grad. De sentrale føringene sier lite om hvilken kompetanse som trengs for å imøtekomme denne endring i helsesektoren. Utdanningen og yrkesfeltet er anmodet om å samarbeide for å utvikle kunnskap om kompetansebehov og hvordan en best skal kvalifisere helsepersonell for framtiden. I denne studien har jeg spurt yrkesfeltet, ved mellomledere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, om hva de mener er viktig sykepleierkompetanse og kvalifisering for å møte krav til og behov for kompetanse både i dag og i framtiden. Jeg har fått et rikt materialet med ny og oppdatert kunnskap om sykepleierkompetanse og kvalifisering for å kunne realisere samhandlingsreformens

intensjoner. Jeg har også hatt tett oppfølging og god veiledning underveis, noe som jeg mener styrker denne studiens troverdighet.

4.6 Verdi for andre

Et viktig spørsmål for meg er i hvilken grad funnene i denne studien kan gjenkjennes og ha relevans for andre som arbeider med kompetansebehov og kvalifisering i helsesektoren. Utvalget mitt er tre fokusgrupper. Det kunne ha vært flere, men inntrykket er at temaene er godt belyst. Flere av informantene i de ulike fokusgruppene formidlet samme meninger og ga unisone svar innenfor flere av temaene. Dette styrker inntrykket om at kravet til metning i funnene er oppfylgt. Med begrepet metning (engelsk: saturation) menes at når ytterligere data ikke vil tilføre noe nytt (Malterud 2011: 110). Jeg mener derfor at funnene i denne studien kan ha verdi for andre som er engasjert i og opptatt av hvordan en skal kunne imøtekomme behov for sykepleierkompetanse og kvalifisering i framtidens helsesektor.

4.7 Ethiske refleksjoner

En forsker skal ivareta interessene til de som deltar i en undersøkelse og følge de etiske koder med profesjonell integritet. (Denscombe 2010: 59 -61). Ethiske spørsmål omfatter alle fasene i en studie fra planlegging, via datainnsamling, metode til studiets ferdigstilling (Kvale & Brinkmann 2010: 79-81). Informantene ble via mail i desember 2012 informert om at prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD har som oppgave å veilede forskere og studenter i forhold til datainnsamling, dataanalyse, metode, personvern og forskningsetikk. Informantene ble også informert om at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt og at prosjektet skal være avsluttet senest i juni 2014. Data fra prosjektet vil etter det bli arkivert i anonymisert form. Det innebærer blant annet at datagrunnlag som indirekte kan identifisere personer blir slettet. Videre ble informantene orientert om at de når som helst kunne trekke seg fra studiet, uten å måtte begrunne en slik avgjørelse. Etter hvert fikk jeg tilbakemelding fra NSD (vedlegg 2) om at det ikke var meldeplikt på dette prosjektet. Personvernombudet for forskning hadde i sin vurdering lagt til grunn at alle opplysninger som behandles elektronisk (lydopptak/transkribert) er anonyme. I svarbrevet fra NSD heter det i begrunnelsen:

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i datamateriale, verken direkte gjennom navn, indirekte gjennom kombinasjon av bakgrunnsvariabler og stemme, eller gjennom kode og koblingsnøkkel (som navneliste).

(NSD 15.01.2013)

Overstående bekrefter at jeg hadde planlagt gjennomføring av min studie i tråd med personvernreglene i forskning. Informantene mine fikk formidlet tilbakemeldingen fra NSD på mail i tilknytning til dialogen rundt planlegging av intervjuene. Jeg mener at jeg også har praktisert etiske prinsipper både i forbindelse med kontakt med informantene før og i selve intervjusituasjonen. Eksempelvis tok jeg ikke ytterligere kontakt med informantene før intervjuet fordi jeg var redd for å bli oppfattet som masete. Dette var et bevisst valg, selv om jeg var usikker på om de ville møte til intervjuet fordi noen av dem ikke hadde bekreftet at de kom. I intervjusituasjonen opptrådte jeg respektfullt ved at jeg la til rette for en god situasjon for den enkelte. Møterommene var skjermet, det ble servert kaffe og den enkelte fikk komme til ordet på det tidspunkt og i det omfang den enkelte ønsket.

5 Funn – mellomlederes syn på kompetansebehov og kvalifisering

I dette kapittel blir funnene fra intervjuene med de tre fokusgruppene som var sammensatt av mellomledere i kommune- og spesialisthelsetjenesten presentert. Funnene er organisert i fire tema med undertema: (1) kunnskap, ferdigheter og holdninger hos en dyktig sykepleier, (2) avansert klinisk kompetanse, (3) forventning til utdanning og (4) samhandling mellom yrkesfeltet og utdanning.

5.1 Kunnskap, ferdigheter og holdninger hos en dyktig sykepleier

Informantene pekte på at kravene til yrkesutøvelsen har endret seg i samsvar med økte krav om faglige og teoretiske ferdigheter som følge av den medisinske og teknologiske utvikling. En av informantene fra en kommunegruppe uttrykte det slik: "Jeg tenker på hvordan sykepleieryrket har forandret seg siden jeg tok min sykepleierutdanning. Det er en helt utrolig utvikling". Informantene skilte på noen områder mellom teoretisk og praktisk kunnskap, samtidig som det ble vektlagt at det er like store krav både til teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Dette skillet gjaldt de områder der informantene diskuterte og differensierte mellom det som studentene lærer i teori og det de lærer i praktiske studier.

Hovedsynet på hva en sykepleier skal ha kunnskap om ble spissformulert slik av flere informanter: "Sykepleieren skal vite stort sett alt". De begrunnet det med at sykepleiere må ha **grunnleggende og generell kunnskap** om og forståelse for hvordan sykdom griper inn i menneskers liv. Denne kunnskapen må sykepleiere ha for å kunne imøtekomme pasientens behov for hjelp i forskjellige situasjoner fra det å sørge for at pasienten får rett medisin til det å ivareta grunnleggende behov. Det var noe forskjell mellom informantene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten her. Informantene fra kommunehelsetjenesten la vekt på betydningen av det å ha tilstrekkelig **generell faglig kompetanse**, slik at en kan fungere alene som sykepleier. En av informantene sa det slik: "Skal du jobbe i hjemmetjenesten, så må du være generalist og kunne noe om alt. Du må kunne både vurdere og vite hva du skal gjør i enhver situasjon". I denne sammenheng viste informantene fra begge kommunegruppene til at en i spesialisthelsetjenesten sjelden var alene. Vanligvis vil det være noen andre i tilgjengelig nærhet som en kan rådføre seg med.

Informantene i spesialisthelsetjenesten vektla betydningen av god generell kunnskap slik at en kan ivareta grunnleggende behov. En informant sa det slik: "Jeg forventer ikke at den nyutdannede sykepleier har den fagspesifikk kompetanse som kreves i min avdeling, men jeg forventer at en nyutdannet sykepleier kan ta seg av en pasient som er utskrivingsklar og kunne utføre et godt stell". Informantene mente at det er nødvendig å kunne vurdere pasientens tilstand og være i stand til å iverksette sykepleietiltak. De pekte på at slike ferdigheter forutsetter god **klinisk kompetanse**. Klinisk kompetanse og kliniske tiltak omfatter de typer aktiviteter og handlinger som er direkte rettet mot pasienten og eller inngår i samarbeid med pasienten. Videre mente de at en sykepleier skal beherske medikamentelle prosedyrer, som det å blande antibiotika for intravenøs infusjon. Sykepleieren må fungere selvstendig, kunne se hele mennesket og gi individualisert oppmerksomhet og behandling. Det ble også pekt på at det er en vesentlig ferdighet at en som sykepleier ser begrensningene sine og vet hvor en kan søke kunnskap når en trenger det.

En informant kom med dette utsagnet om hva som blir forventet av en dyktig sykepleier: "En dyktig sykepleier har ikke bare fokus på sykdomstilstanden, men en ser hele mennesket". Informantene pekte på at det å møte og behandle pasienten først og fremst som en person er sentralt for å kunne utøve sykepleie på en måte som bevarer pasientens menneskelige integritet og verdighet. I alle fokusgruppene ble betydningen av at en som sykepleier er oppmerksom på at måten en opptrer og oppfører seg på i møte med pasienter og pårørende, vektlagt for tilliten i relasjonen. I en av fokusgruppene ble det sagt slik: "Det er avgjørende for at behandlingen og tjenestene skal bli oppfattet som gode". Informantene var tydelige på at sykepleiere må utvise **etiske holdninger** i det daglige arbeid med pasienter, pårørende og i kommunikasjon med kollegaer.

Ett av samhandlingsreformens sentrale satsningsområder er at det forebyggende og helsefremmende perspektivet skal styrkes og integreres i alle deler av helsesektoren, så vel som i samfunnet for øvrig (St.meld.47 (2008-2009)). Det var informantene i en av fokusgruppene i kommunehelsetjenesten som hadde et særskilt fokus på at det forebyggende perspektivet må integreres i alle tjenesteområder, også etter at sykdom har oppstått. Det ble pekt på at det i sykepleierutdanningen trengs mer kompetanse om

forebygging og helsefremmende tiltak slik at sykepleiere har kunnskaper og ferdigheter i å hjelpe andre å styrke egne helseressurser og fremme gode vaner. **Hverdagsrehabilitering** er et sentralt begrep i den sammenhengen og det ble hevdet at det er nødvendig at sykepleiere har mer kunnskap om dette tema. Det ble vist til at det relativt nye begrepet ble lansert i en statlig utredning og innebærer en ny måte å tenke behandling på (NOU 2011:11).

Informantene i en kommune forklarte at hverdagsrehabilitering innebærer at istedenfor å sette inn kompensierende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar, settes det inn mer ressurser med det siktemål å snu en negativ utvikling i helsetilstanden.

Samtlige informanter mente at utviklingen i helsesektoren er preget av endringer. Det ble vist til en rekke eksempler på endringer som skjer, enten knyttet til overføring av oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, forandringer i behandlingsformer, nye pasientgrupper og eller endringer i de økonomiske rammebetingelser. Det ble pekt på at endringstempoet er ganske høyt og forutsetter at sykepleieren har **evne og vilje til å forandre** sin yrkespraksis. Det ble også vist til meldingen *Innovasjon i Omsorg* som peker på muligheter og behov for innovative grep og nyskapning i de kommunale omsorgstjenestene (ibid.). Informantene mente at en som sykepleier skal være opptatt av å utvikle tjenestetilbudet til beste for pasienten, innenfor rammebetingelser som er i kontinuerlig endring.

Informantene framhevet betydningen av at sykepleiere har **observasjonskompetanse**. Observasjonskompetanse innebærer å kunne oppfatte og reagere på endringer i pasientens tilstand. Det ble pekt på at det kunne virke som slik kompetanse av og til kan mangle hos en som er nyutdannet. Informantene forventet ikke at det kliniske blikket og faglige skjønnet er fullt utviklet hos den nyutdannede sykepleier, men de forventet at grunnlaget er lagt. En informantgruppe uttrykker seg slik: "Vi vet at det tar mer enn tre år å utvikle seg fra novise til ekspert". Her kom det fram noe ulike vurderinger mellom informantene i de ulike gruppene. Informantene fra kommunehelsetjenesten la vekt på at det er spesielt viktig å ha observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten, fordi en arbeider ofte alene og selvstendig. Det blir vist til at en som sykepleier står med et stort ansvar, der det blir forventet at en kan observere, bruke skjønn og iverksette nødvendige tiltak. Dette ansvaret

blir vurdert å ha økt og kravet til observasjonskompetansen har vokst som følge av at pasientene kommer tidligere tilbake til kommunehelsetjenesten etter sykehusopphold.

Fokusgruppene som representerer kommunene vektla betydningen av denne kompetanse.

Klinisk lederskap er en sentral oppgave i mange sykepleierposisjoner i kommunehelsetjenesten, også der sykepleieren ikke innehar en faglig lederstilling. Denne type lederrolle er ofte knyttet til det å være "alene sykepleier på vakt" og innebærer at en som sykepleier må kunne håndtere komplekse, uforutsette og sammensatte situasjoner på en god måte. En skal kunne forstå kliniske situasjoner, reagere og prioritere mellom ulike behov. I en av fokusgruppene ble sykepleierrollen sett i dette perspektiv: "En sykepleier har et ansvar for å være et godt forbilde". Det blir siktet særskilt til hvordan en som sykepleier håndterer de ulike situasjoner og menneskelige problemstillinger som kan oppstå i løpet av en arbeidsdag og hvordan en i slike sammenhenger blir oppfattet av samarbeidspartnere og studenter. Betydningen av å være et godt forbilde og en god rollemodell ble særskilt vektlagt fordi informantene mente at en sykepleier oppfattes som en leder i kraft av sin funksjon.

Informantene pekte på at pasient- og brukerrollen er i utvikling. I Intervjuene ble det diskutert at pasienter og brukere vil ha mer innflytelse over innholdet i de tjenestene de mottar og over egen behandling. Informantene mente at det var viktig at sykepleieren kan samarbeide både med pasienter og pårørende på en slik måte at en ivaretar pasientens selvbestemmelse og integritet. Videre mente informantene at en sykepleier skal kunne **samhandle** med et tydelig **pasientfokus**, det vil si planlegge, koordinere og gjennomføre aktiviteter med kollegaer i og utenfor egen profesjon, slik at pasienten får tilgang til best mulig behandling, pleie og omsorg. Det ble hevdet at det er først og fremst legene det er størst behov for å samarbeide med for å ivareta tjenestebehov og behandlingsoppgaver i dag og i fremtiden. Informantene mente også at samarbeidet med fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre er viktig uti fra ulike pasientbehov og situasjoner.

I intervjuene ble evne til **kommunikasjon** omtalt som en nødvendig ferdighet for en sykepleier. Sykepleieren skal kunne kommunisere muntlig med pasienter og deres pårørende på en hensiktsmessig måte. Informantene formidlet betydningen av at sykepleieren kan kommunisere muntlig og skriftlig med kollegaer i og utenfor profesjonen.

Det er klare krav til at sykepleieren skal kunne dokumentere arbeidet sitt på en mer omfattende måte sammenlignet med tidligere. En informant uttrykker det på denne måten: "Det er ikke nok å være faglig sterk. Det er samtidig betydelig krav til faglig riktig og nødvendig dokumentasjon". Samtlige informanter pekte på denne utviklingen. Økt krav til dokumentasjon ble omtalt i negative ordelag. Det ble lagt vekt på at for å kunne fungere som en god sykepleier, så må en også ha kunnskap om den organisasjon og det lovverk som utgjør helsesektorens rammebetingelser. Eksempelvis hvilke oppgaver og funksjon fylkeslegen og fylkesmannen har, knyttet til relevante lover, forskrifter, utforming av vedtak og klagebehandling. Informantene mente at formelle krav til å dokumentere faglig forsvarlighet vokser uten at en har mer ressurser tilgjengelig som kan styrke den kliniske virksomheten. Det blir uttrykt usikkerhet om og bekymring for at de juridiske og formelle kravene knyttet til saksbehandling og dokumentasjon legger såpass store beslag på ressurser at det går utover kapasiteten til faglige gjøremål. Informantene i kommunehelsetjenesten mente at det er viktig at en sykepleier både har tilstrekkelig kunnskap og innsikt til å arbeide faglig godt, samtidig som en kan håndtere regelverket relatert til den behandling og hjelp som ytes på en hensiktsmessig måte.

Det ble pekt på at en dyktig sykepleier må håndtere den teknologiske utvikling både når det gjelder **IKT** for å kunne **kommunisere elektronisk**, og ha kunnskap om **teknologiske hjelpemidler** som gjør hverdagen bedre for pasientene. En av informantene i spesialisthelsetjenesten sa dette: "Helsepersonell er generelt forsiktige og gruer seg for å ta i bruk ny teknologi. En må lære seg å se på teknologi som en venn som en må bruke på en etisk forsvarlig måte". Det å lære seg å utnytte de muligheter som teknologien kan gi, ble framholdt som en nødvendighet. En informant ga uttrykk for at en i framtiden må akseptere at det ikke vil være nok personale til å ivareta alle oppgavene. Det vil derfor bli behov for teknologi som hjelpemiddel. Det ble pekt på at brukerne er også mer vant til å bruke teknologi i sin hverdag. En informant sa det slik: "En åttiåring er ikke som før". Flere av informantene mente at de unge har et fortrinn fordi de er langt mer familiære med å bruke teknologi i sin hverdag enn de mer eldre kollegaene i helsesektoren. Et annet aspekt som ble trukket fram er at det nødvendigvis ikke er sykepleierne som skal utvikle den største ferdighet når det gjelder velferdsteknologi. Flere av informantene mente at velferdsteknologi kanskje burde bli et nytt ansvarsområde for helsefagarbeideren i

framtidig. Dette ble begrunnet både med erfaringer fra bruk av ny teknologi innenfor den kommunale helse- og omsorgstjeneste, og det at velferdsteknologi kan være et tema for overføring av arbeidsoppgaver og implementering av nye oppgaver mellom yrkesgrupper.

5.2 Avansert klinisk kompetanse i sykepleie

Samtlige informanter omtalte oppgaveoverføringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Flere oppgaver som tidligere ble tatt hånd om av spesialisthelsetjenesten, blir nå utført i kommunehelsetjenesten. Dette har konsekvenser for kompetansebehov i form av større behov for klinisk kompetanse.

Informantene i spesialisthelsetjenesten mente at det er behov for den avanserte kompetansen overalt i helsesektoren og begrunnet det med at det nå gis avansert behandling både i og utenfor spesialisthelsetjenesten. Et eksempel som ble trukket fram av samme informanter er at kommunene tar over veldig mye mer enn det de gjorde før når det gjelder lungesyke og **respiratorpasienter**. Informantene i kommunehelsetjenesten knyttet behovet for avansert klinisk kompetanse særlig til den korte liggetiden i sykehus og uttrykte seg slik: "Det er helt innlysende at vi trenger avansert klinisk sykepleier, fordi nå ligger en nesten ikke på sykehus. Behandlingsoppgavene er flyttet ut til kommunen". Samtlige fokusgrupper viste til at ulike former for komplekse behandlings- og omsorgsoppgaver allerede er overført til kommunehelsetjenesten. Det ble blant annet vist til at kommunene har flere **krevende kreftpasienter**, det er mange unge som ønsker å dø hjemme. Andre nye oppgaver er håndtering av **hjemmedialyse og CVK** (sentralt venekateter). Det ble pekt på at flere sykepleiere har mye av den avanserte kompetanse allerede, enten tilegnet gjennom læring i praksis og eller gjennom spesialutdanninger. Det blir også vist til at en ut fra erfaringer fra samarbeid med legene vet hva disse vil spørre etter, og derfor gjennomfører en rekke undersøkelser, som CRP (blodprøve som påviser infeksjon) og O₂-metning (måling av oksygenivået i blodet), basert på kliniske vurderinger fra sykepleierne sin side. I dialog med legen blir det vurdert om det er behov for ytterligere behandling. Informantene formidlet at en prøver, innenfor tilgjengelig kompetanse, så langt det er mulig å gi nødvendig behandling i kommunen. "Dersom en ikke kommer i mål, så bruker en spesialisthelsetjenesten". Eksempel på at en ikke kommer i mål kan være at en ikke lykkes i

smertelindring eller at en intravenøs antibiotikabehandling ikke gir forventet bedring i pasientens tilstand.

Det ble formidlet behov både for **den spesialiserte kompetansen**, som er en faglig fordypning innenfor spesialiserte fagområder som intensiv, anestesi, psykiatri, helsesøster og kreft, og for **den avanserte kompetansen**. Fra fokusgruppen i spesialisthelsetjenesten ble det også uttrykt behov for nye videreutdanninger knyttet til de generelle sengepostene. I den sammenheng ble det sagt at de generelle kirurgiske og medisinske sengeavdelingene mister faglige kompetanse fordi sykepleiere som ønsker faglig utvikling søker seg til helsesøster-, jordmor- kreft-, anestesi- og intensivutdanninger. En informant viste til at denne tradisjon for klinisk karriere gir både tap av kompetanse og liten stabilitet i de generelle kliniske avdelinger. Forslaget ble etterfulgt av en diskusjon med sterkt engasjement i fokusgruppen der det ble foreslått at en istedenfor å etablere nye fagspesifikke videreutdanninger kunne la sykepleiere som ønsket mer utdanning på generelle kliniske områder benytte det nyetablerte kliniske masterstudiet. En informant uttrykte: "Jeg tror en må begynne å tenke nytt om videreutdanninger". Denne informanten pekte på mulighetene som ligger i det nye tilbudet om masterutdanning i avansert klinisk sykepleie, der en i tillegg til å øke sin generelle kliniske kompetanse på en rekke relevante områder, kan velge faglig fordypning, eksempelvis innenfor ortopedi.

Informantene i kommunehelsetjenesten var opptatt av at kompetanse kan gi god **omdømmebygging** og styrke rekrutteringsarbeidet. Et annet aspekt er at kompetanse bidrar til å **effektivisere tjenestene**. Dette ble begrunnet med at høy kompetanse styrker kapasiteten og effektiviteten i tjenestene fordi en og samme person kan ivareta flere typer oppgaver og kan anvende sin kompetanse på flere relevante områder. Videre ble det pekt på at økt kompetanse også gjør det mulig med **overføring av arbeidsoppgaver mellom helseprofesjoner**. Det vil si at sykepleiere kunne ta over oppgaver for leger og at helsefagarbeidere tar over oppgaver for sykepleiere. Informantene, og særlig de som jobber i kommunen, var engasjert i at videreutdanninger må være praktisk rettet og ikke fjerne sykepleiere fra klinisk arbeid. Det blir også pekt på at videreutdanninger må være teoretisk relevante. De var også opptatt av betydningen av at sykepleiere som tok master beholdt det kliniske fokuset. En informant uttrykte seg slik:

Vi er redde for at dersom sykepleiere tar en masterutdanning så vil de ha seg et skrivebord, de vil vekk fra pasientene. Vi vil ikke utdanne folk vekk fra pasientene. Vi vil at de skal bruke kompetansen sin hos pasientene. Utdanningen må derfor være veldig praktisk retta.

Det ble understreket at det må skje en kompetanseheving på flere områder for å kunne ta hånd om det mangfold av oppgaver som skal ivaretas. Det ble pekt spesielt på behovet for kompetanse knyttet til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp sengene i kommunene. Som en del av samhandlingsreformen skal kommunene ha etablert tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp fra januar 2016. Tilbudet utvikles i løpet av årene 2012-2015 og er allerede etablert i de kommuner der informantene arbeider. I henhold til veileder om etablering av døgntilbud, så krever et faglig forsvarlig tilbud om øyeblikkelig hjelp blant annet et tilgjengelig personell med observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Det vises til at basiskompetansen skal være en kvalifisert sykepleietjeneste på 24 timers basis (Helsedirektoratets 2012).

5.3 Forventninger til utdanning

Informantene pekte på at en vesentlig oppgave for utdanningsinstitusjonene er å forberede studentene på praksis. Grunnlaget skal være **gode teoretiske kunnskaper**. Informantene vektla at høyskolene må lære studentene basiskompetanse i teori, anatomi og sykdomslære. Det blir pekt på at det også er viktig at skolene arbeider med **holdninger og respekt**. Samtlige informanter gir tydelig uttrykk for at det er i **praksisstudiene**, det vil si i arbeidssammenheng, en lærer hvordan en blir en dyktig sykepleier. I praksisfeltet skal den teoretiske kunnskapen komme til anvendelse. Informantene mente at det er viktig at praksisstudiene er organisert slik at det innebærer aktiv deltakelse for studenten fordi slike læresituasjoner skaper **engasjement og ansvarsfølelse**. Det ble vist til eksempler på organisering av praksisperioder som innebar at studentene fikk konkrete oppgaver med ansvar. Flere av informantene refererte til veiledningssamtaler med sykepleierstudenter, der studenter hadde beskrevet gode læresituasjoner ut fra at de hadde fått ansvar for pasienter. Informantene hevdet at ansvar for pasientoppgaver førte til at studentene ble **selvstendige og aktive** i sin egen læringsprosess.

Viktigheten av at det er tilgang til **gode veiledere** i praksis med avsatt tid til å følge opp studentene, ble understreket i alle fokusgruppene. Behovet for samarbeid i form av faglige seminar og dialog mellom høgskolene og praksisfeltet for å øke kompetansen for praksisveilederne ble vektlagt. Det ble også pekt på at høgskolene må forberede studentene på gapet mellom den hverdag studentene møter på skolen, som ble omtalt som den ideelle situasjon, og den virkeligheten studenten møter i yrkesfeltet med de tidsrammene som er der. Informantene mente at denne forskjellen må tydeliggjøres for studentene ved at de blir gjort kjent med forskjellen på det å være i en læresituasjon og det å være en ordinær arbeidssituasjon før praksisstudiene begynte. Informantene, og særlig de som jobber i spesialisthelsetjenesten, pekte også på at studentene må bli bedre forberedt på vanlige normer og krav i arbeidslivet, som det å møte presist eller å gi beskjed om en ikke kan møte, før de kommer ut i praksis. Det ble pekt på at en del unge studenter uten yrkeserfaring har et særskilt behov for slik type kunnskap.

Danning er et sentralt tema i sykepleierutdanning. Informantene var spesielt engasjert i betydningen av det at sykepleierstudentene utvikler og beholder **gode holdninger** i løpet av sykepleierutdanningen. Det ble pekt på viktigheten av at både utdanning og praksisfeltet arbeider med holdninger. Det ble vektlagt at det er nødvendig med noe "oppdragelse" overfor et økende antall sykepleiestudenter der fokuset er klesstil, bruk av tekniske "duppeditter" og allminnelig folkeskikk i møte med pasienten. Det ble hevdet at de unge ikke har samme holdninger til pasienter, især gamle mennesker, sammenlignet med de mer voksne sykepleierne. Flere av informantene ga uttrykk for at de unge i dag behøver lenger tid for å lære og møte pasienten på en profesjonell måte. Informantene var opptatt av at det er viktig å snakke med studentene om **relasjonelle ferdigheter** som det å **lytte** og **vise empati**. De begrunnet det med at det er i praksisstudiet sykepleierstudentene lærer hvordan de møter et annet menneske som er i en sårbar situasjon. Denne kunnskapen og ferdigheten må en ha for å kunne fungere som sykepleier. Samtlige informanter la vekt på betydningen av at det å være sykepleier krever evne til **etisk refleksjon** i møte med pasient og pårørende. Videre at det å være sykepleier forutsetter at en er mentalt og engasjert til stede i møte med pasienter. I den sammenheng ble bruken av sosiale medier i arbeidstiden omtalt spesielt som en etisk utfordring fordi det tar oppmerksomhet bort fra pasienten og

pasientrelaterte oppgaver. Bruk av sosiale medier i arbeidstiden hadde derfor blitt et viktig og gjentakende tema i tilslutning til etisk refleksjon. Informantene understreket betydningen av at det blir undervist i og om holdninger både ved høyskolene og i praksisstudiene, og begrunner dette med behovet for å utdanne studentene slik at de kan utøve en medmenneskelig og etisk forsvarlig sykepleie.

5.4 Samarbeid mellom yrkesfeltet og utdanning

Flere av informantene mente at en må være særskilt oppmerksom på hvordan en utdanner og videreutdanner sykepleiere for å imøtekomme de kompetansebehov som etterspørres. En informant sa det slik: "Det er viktig at utdanningen endrer seg for å møte dagens behov". Det er særlig følgende områder som ble tydeliggjort med hensyn til behov for samarbeid mellom utdanning og yrkesfelt: Det er samarbeid om bachelorutdanning, samarbeid om overgangen fra utdanning til yrkesliv og samarbeid om videreutdanninger og mastergrad.

Mellomlederne knyttet betydelige forventninger og **framtidskrav til sykepleierrollen** for at helsesektoren skal kunne innfri samhandlingsreformens intensjoner. Det ble pekt på at forutsetningen for at sykepleierutdanningen skal kunne utvikle seg ligger i et nært samarbeid med yrkesfeltet. Forventninger og krav til innhold i kunnskapskomponentene i basisutdanningen er presentert før i dette kapittelet. Det ble også sagt at lærekrefter må i større grad bli hentet fra klinikken. Det er en tydelig oppfatning hos samtlige informantene at **det er i praksis at sykepleierstudentene utvikler sin kompetanse**. Derfor er gode og relevante praksisstudieplasser nødvendig for at sykepleierstudenter skal kunne utvikle sine ferdigheter som sykepleiere.

En av samhandlingsreformens intensjoner er at kommunen får en ny posisjon med hensyn til helse- og omsorgstjenester, der kommunen har et større ansvar for innbyggernes helse gjennom hele livsløpet. Dette ansvaret vil bli utvidet til å omfatte tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnplasser fra 1. januar 2016. I begge kommunegruppene ble tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnplasser omtalt fordi det allerede var etablert. Informantene formidlet at kommunene tar i mot pasientene i en tidligere fase i pasientforløpet, noe som også skaper **andre læresituasjoner**. En av informantene uttrykker det slik: "Kommunen er ikke et B-lag.

Store utfordringer og oppgaver i tilknytning til pasientbehandling blir nå tatt hånd om i og av kommunehelsetjenesten". Informantene mente at det er et stort ansvar å jobbe i kommunen fordi en der jobber mer alene sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Det blir også vist til at det er i kommunen en lever og bor. Det ble formidlet at det vanlige liv innebærer at du er født inn i en kommune og mottar helsetjenester der fra livets spede begynnelse, via helsestasjon og skolehelsetjeneste. Videre ble det vist til at ettersom en blir eldre vil en kanskje få behov for mer spesialiserte helsetjenester. Som pasient er en vanligvis på sykehuset bare en kort periode, for så å motta nødvendige og tidvis spesialiserte helse- og omsorgstjenester i kommunen. Det ble sagt at grunnutdanningen i sykepleie er organisert med et annet fokus. Det ble pekt på at det sitter igjen en noe utdatert oppfatning om at hovedaktiviteten ved sykehjemmene er stell og pleie. Det blir vist til flere eksempler der unge har behandlingstilbud i sykehjem. En informant sier det slik: "...det er viktig å formidle til studentene at et sykehjem ikke er gamlehjem lenger". Videre ble det pekt på at det utføres **avanserte behandlingsoppgaver** som er **faglig utfordrende** på flere arenaer i **kommunehelsetjenesten**. Informantene uttrykker at utdanningen ikke har tatt opp i seg de endringer som nå skjer innenfor kommunehelsetjenesten. Informantene i spesialisthelsetjenesten mente at lærerne ved høyskolene må være mer ute i klinikken, slik at de er à jour med den faglige og behandlingmessige utvikling i helsetjenesten. Informantene pekte også på at utdanningen i større grad må integrere de endringer som skjer i pasientgruppene og sykdomsutviklingen i undervisningen. Informantene i kommunehelsetjenesten formidlet at de erfarer at det er brukergruppen under 67 år som vokser mer enn forutsett. Det siktes til at det er nye brukergrupper med problematikk innenfor rus/psykiatri og sykdommer relatert til livsstil som skaper nye utfordringer. En informant sier dette om den endringen som nå registreres: "Dette er nytt for oss, dette er noe vi ikke kan. Eldreomsorgen går på skinner". Samtidig vektlegger de samme informantene at også kunnskapen om **forebyggende og helsefremmede arbeid** og arbeidsformer må få en større plass i utdanningen.

Lengden på utdanningen er jevnlig debattert. Noen av informantene er i likhet med en rekke forskere og utdanningsledere opptatt av at det er veldig mye en som student skal igjennom på tre år. Det blir pekt på at det har skjedd og skjer store endringer i helsesektoren, mye har endret seg og det er store krav som venter deg når du kommer på jobb som nyutdannet

sykepleier. Det ble også sagt at det er en **stor overgang** fra den ene dagen, der en skal observere og dagen etter skal en stå der som ferdig sykepleier og kunne utføre oppgavene på egen hånd. Det er forventninger om nytt innhold i utdanningen og flere nye læringsarenaer. En av informantene viser til at : ”Det er mye kunnskap og mange ferdigheter som skal på plass, så tre år er kanskje litt lite”. Det ble pekt på behov for særlig tilrettelegging i forbindelse med overgangen fra rollen som student til rollen som sykepleier.

Informantene mente at det er viktig at de **videreutdanningene** og **mastergrad** som tilbys må være **relevante for framtidig kompetansebehov**. Det er en rekke videreutdanninger som tilbys i dag, især informantene i kommunehelsesektoren gav uttrykk for at de har en generalistfilosofi når det gjelder å spesialisere seg på noen områder. Det ble vist til eksempel om behov for mer kunnskap om palliasjon (smertelindring), samtidig som hun uttrykte at: ”Det trengs ikke flere med en hel videreutdanning i kreftsykepleie. Det blir for voldsomt”. Informantene i begge fokusgruppene for kommunene mente at masterutdanning er for teoretisk og kan føre til at sykepleieren fjerner seg fra klinikken. Det ble vist til at en trenger **mer klinisk kompetanse** rettet mot pasientene. En informant sa det slik: ”Vi vil ikke utdanne folk vekk fra pasientene. Denne forståelse av masterutdanning står i motsetning til fokusgruppen fra spesialisthelsestjenesten som i større grad var opptatt av det faglige potensialet som lå i kliniske mastergradsutdanninger og stilte seg positiv til en slik form for faglig fordypning og kvalifisering. Samtlige fokusgrupper mente at det er behov for mer klinisk kompetanse hos sykepleiere i alle deler av helsesektoren. Forskning var ikke et tema i intervjuene og ingen av informantene kommenterte forskning.

Kompetanse i egen organisasjon

Det overordnede inntrykket er at tema *kompetanse* skapte stort engasjement. Informantene uttrykte bevissthet om og engasjement i kompetansebehov. Samtlige informanter viste til at det gjennomføres regelmessig fag- og temadager i alle fagmiljøene som informantene representerte. Slike fag- og temadager inngikk i årsplanene og skal sikre kompetanse relatert til de arbeidsoppgaver som ble ivaretatt på det enkelte tjenesteområdet. Enkelte kompetansehevende tiltak ble organisert og finansiert som prosjekt i samarbeid med fylkesmannen, høyskoler og andre. Det er etablert faglige nettverk innenfor en rekke

kommuner, der en samarbeider kommunene seg imellom og mellom kommunene og Helseforetaket om kompetansehevede og kompetanseoverførende tiltak.

5.5 Oppsummering av funn

Informantene formidlet at utdanningen ikke holder tritt med utviklingen i yrkesfeltet. Informantene formidlet at samhandlingsreformen, utviklingen innen medisin og teknologi har ført til at kommunehelsetjenesten har fått komplekse behandlingsoppgaver. Dette medfører behov for å styrke den medisinske kunnskapen inkludert legemiddelhåndtering i sykepleierutdanningen. Betydningen av kunnskap om forebyggende helsearbeid, teknologi og rehabilitering ble også vektlagt. Behovet for å arbeide med danning og holdning på alle læringsarenaer gjennom hele studiet ble formidlet av samtlige informanter.

Det ble pekt på behovet helsesektoren har for spesialutdanninger på en rekke områder som for eksempel intensiv, anestesi, operasjon og psykiatri. Et særlig interessant funn var at informantene sa det var behov for kompetanse i avansert klinisk sykepleie.

Informantene mente at innholdet i praksisstudiene må utvikles i samarbeid med yrkesfeltet slik at studentene erfarer relevante kliniske læresituasjoner. Studentene må møte kvalifiserte praksisveiledere og høgskolene må bidra til slik kvalifisering. Informantene mente også at det er mye som skal inn i sykepleierutdanningen i løpet av tre år. Informantene utrykte at overgangen mellom rollen som sykepleierstudent og nyutdannet sykepleier er utfordrende.

6 Diskusjon av funn

Intervjuene ble gjennomført vel 14 måneder etter at samhandlingsreformen var trådt i kraft. Samtlige femten informanter, tretten kvinner og to menn, viste stort engasjement i diskusjonene om kompetansebehov og sykepleierutdanning knyttet til samhandlingsreformen. Funnene er presentert i fire tema: (1) Kunnskap, ferdigheter og holdninger hos en dyktig sykepleier, (2) avansert klinisk kompetanse, (3) forventninger til utdanning og (4) samarbeid mellom yrke og utdanning. De to første tema presenterer mellomledernes syn på kompetansebehovet, mens tredje og fjerde tema handler om kvalifisering til sykepleie og hvilke forventninger mellomlederne har til utdanningsinstitusjonene. I diskusjonen ønsker jeg å løfte fram sentrale funn og diskutere disse opp i mot tidligere forskning, de teoretiske perspektivene for arbeidet, helse- og utdanningspolitiske styringsdokument og samfunnets behov for helsetjenester. Først diskuterer jeg de sentrale funn i forhold til bachelorutdanningen i sykepleie. Deretter blir videreutdanninger og spesialutdanninger diskutert. Så vil den avanserte klinisk kompetanse bli diskutert. Videre vil jeg diskutere sykepleiekompetanse i et danningsperspektiv. Tilslutt vil konsekvensene av mellomledere sin vurdering av kompetansebehov for utdanning bli diskutert i et planleggingsperspektiv.

6.1 Å vite, å kunne, å ha evne

I funnene ble det formidlet at en god sykepleier må ha store kunnskaper, kliniske ferdigheter og generell faglig kompetanse. Betydningen av å kunne fungere selvstendig, se hele mennesket og kunne gi individuell omsorg ble vektlagt. Krav til grunnleggende kompetanse samsvarer med de klassiske kunnskapskomponentene i teorien til Lai, der det å vite, å kunne gjøre og det å ha evner inngår som kjernekomponenter i kompetansebegrepet og uttrykker hva kompetanse består av (Lai 2010: 48-49).

Betydningen av at sykepleierne har gode medisinske kunnskaper ble vektlagt i alle gruppene. Informantene pekte på at den demografiske utviklingen med stor økning i antall eldre også vil føre til endret sykdomsbilde. Det vil bli mange eldre med flere og sammensatte diagnoser (St.meld.47 (2008-2009), Meld. St.16 (2010-2011), NOU:2011:11, Meld. St. 13 (2011-2012))

og Meld. St. 29 (2012–2013)). Det er også en økning i antall yngre med sammensatte hjelpebehov (NOU 2011:11). Det medisinske perspektivet er lite vektlagt i utdanningsmeldingen. Det blir pekt på at det er nødvendig å videreutvikle de helse- og sosialfaglige utdanningene på alle nivå for å sikre samsvar mellom innhold i utdanning og helsesektorens behov for kompetanse (Meld. til St.13 (2011-2012)). I denne melding som skal være det "utdanningspolitiske verktøyet" for å realisere samhandlingsreformen, er behovet for den medisinske kompetanse lite synlig. I lys av at det er forventet en betydelig økning i de store sykdomsgruppene som: hjerte-kar sykdommer, kreft, diabetes og kols så kan mangel på vektlegging av medisinsk kompetanse i utdanningsmeldingen synes uheldig. Bestemmelsene i den nye helse- og omsorgsloven om at alle kommuner innen 2016, skal ha etablert tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, vil også stille krav om økte medisinske kvalifikasjoner hos sykepleiere (LOV 2011-06-24 nr 30: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* § 4-1 c). Loven legger ikke opp til at det er bestemte pasientgrupper som skal få et kommunalt tilbud. Det blir vist til at pasienter som kan være aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud, vil i stor grad være de samme som hyppig blir innlagt i sykehus. Gjennomføring av forsvarlig observasjon og behandling i øyeblikkelig hjelp døgnopphold forutsetter tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i døgnet (Helsedirektoratets veileder 02/12 4.3). For at kommunene skal kunne ivareta disse oppgavene, vil det være behov for sykepleiere med de ferdigheter som blir omtalt som ekspertsykepleier (Benner 1984). En ekspertsykepleier er i stand til å observere og tidlig oppdage forandringer i pasientens tilstand. Ekspertssykepleieren kan også prioritere og har en økt analytisk kompetanse i forhold til å tolke sykdomsbildet og situasjon. En ekspertsykepleier handler intuitivt ut fra en helhetlig forståelse av pasientens tilstand og situasjon (ibid.: 48). En slik kompetanse vil være særlig viktig for sykepleiere i kommunehelsetjenesten som ofte mangler det faglige fellesskapet som fagpersoner i spesialisthelsetjenesten har tilgang til. Grundige medisinske kunnskaper i bachelorutdanningen kan være et godt grunnlag for raskere å kunne utvikle seg til bli ekspertsykepleier.

Mellomlederne i kommunehelsetjenesten hadde et særskilt fokus på betydningen av at helsefremming og forebyggende kunnskap får en større plass i bachelorutdanningen. Dette samsvarer med politiske føringer i ulike dokument (St. Meld. Nr 47 (2008-2009)). I samhandlingsreformen er både primærforebygging, sekundærforebygging og

tertiærforebygging vektlagt. Utjevning, bærekraftig utvikling, føre var, "helse i alt vi gjør" og medvirkning er grunnleggende ideer i den nye folkehelseloven (Lov 2011: *Lov om folkehelsearbeid*). For å realisere intensjonene om å styrke forebyggingsarbeidet, bør utdanningen samarbeide med yrkesfeltet om dette temaet. Det er behov for en helhetlig tenkning der både utdanning og yrkesfeltet har dette perspektivet. I samhandlingsreformen blir det diskutert hvordan plan-, og bygningsloven og samfunnsplanlegging kan bli sentrale virkemidler i folkehelsearbeidet. Jeg ser behov for at studentene får presentert en tverrfaglig tilnærming til dette tema i utdanningen fordi det ikke er tilstrekkelig med bare et individuelt og helsefaglig perspektiv. Et tettere samarbeid om utvikling og implementering av læreplaner i forhold til forebyggende kunnskap kan være en måte å styrke utdanningen på dette feltet.

Det var forskjell i vektlegging av betydningen av rehabilitering mellom mellomlederne i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Forskjellen besto i at mellomledere i kommunehelsetjenesten var mer opptatt av rehabilitering og anvendte begrepet "hverdagsrehabilitering". Mellomlederne i kommunehelsetjenesten sa at de var opptatt av å integrere disse tankene i sin yrkespraksis. Dette kan tolkes som et uttrykk for at mellomlederne er godt kjent med politiske dokument og føringer. I flere dokument er hverdagsrehabilitering løftet fram som en viktig satsing (NOU 2011:11, Meld. St. 29 (2012–2013)).

Det ble vektlagt at en dyktig sykepleier må ha god kliniske kompetanse. Pasientene blir utskrevet i en tidligere fase i sykdomsforløpet og dette krever at behandlingen blir oppfulgt og presist rapportert. Benner et al peker på at den kliniske kompetansen innebærer evne til hurtig å oppfatte og kunne skille mellom det som er vesentlig og det som er mindre vesentlig. En stadig mer kompleks arbeidsdag vil kreve at sykepleiere kan arbeide selvstendig og ha en helhetlig analytisk forståelse av pasientens situasjon og behov (Benner et al 2010a). En del av oppfølgingen er også knyttet til legemidler. Forskning viser at det store feil og avvik i legemiddelhåndtering både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Myhr & Kimsås 1999). Det oppstår flest feil i overgangen mellom behandlingsnivåene. Dette underbygger at kunnskap om legemidler og legemiddelhåndtering må være et viktig område i bachelorutdanningen.

Alle mellomlederne er opptatt av at sykepleiere må kunne håndtere relevante teknologiske hjelpemiddel. En av mellomlederne i spesialisthelsetjenesten pekte i likhet med innovasjonsmeldingen på at helse- og omsorgssektoren tradisjonelt har vært konservativ i å ta i bruk ny teknologi (NOU 2011:11: 9). Mellomlederne, især i kommunehelsetjenesten, viste til at en dyktig sykepleier må håndtere den teknologiske utvikling når det gjelder IKT for å kunne kommunisere elektronisk. I og med at mye avansert medisinsk behandling som tidligere foregikk i intensivavdelinger nå foregår i pasientens hjem, så forutsetter det at sykepleieren behersker slik teknologi. Derfor må sykepleiere ha tilstrekkelig kompetanse slik at de håndterer teknologi med små feilmarginer (Benner et al 2010b: 35). Videre må en sykepleier ha kunnskap om teknologiske hjelpemidler som gjør hverdagen bedre for pasientene. I meldingen *Morgendagens omsorg* blir det pekt på behovet for at det blir skapt et tjenestetilbud sammen med brukeren, der en samhandler med pårørende og tar i bruk ny teknologi (Meld.St.29 (2012-2013): 23). Det er nødvendig at sykepleiere er utdannet til å takle det kontinuerlige omstillingsarbeid som den teknologiske utvikling krever.

Utviklingen i antall personer med demens er omtalt i flere meldinger, blant annet i *Morgendagens omsorg* og *Innovasjon i omsorg* (Meld.St.29 (2012-2013) NOU 2011:11). Dette temaet påpekte også mellomlederne i kommunehelsetjenesten som en betydelig utfordring. Både i kommunehelsetjenesten og i meldingene blir det vist til behov for innovasjon for å utvikle gode tilbud til denne pasientgruppen som en forventer øker i antall som følge av den demografiske utvikling.

I helsepolitiske dokument blir behovet for den tverrprofesjonelle kompetanse tydeliggjort (St.meld.47 (2008-2009), Meld. St. 13 (2011-2012)). Behovet for den tverrprofesjonelle kompetanse kom også fram av mellomlederne i kommunehelsetjenesten. Behovet for denne kompetanse ble vektlagt med tanke på arbeidet med funksjonshemmede i de situasjoner som krevde samhandling mellom flere forskjellige helse- og sosialprofesjoner. Mine funn viser at sykepleierne vektla samarbeidet med legene. Det er først og fremst dette samarbeidet som ble erfart som viktig i behandling og oppfølging av syke mennesker. I tillegg ble det pekt på behov for samarbeidet med fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Videreutdanning/spesialisering

Sykepleiere kan ta videreutdanning og spesialisere seg i ulike retninger. Mellomlederne pekte på at det er behov for videreutdanninger på ulike områder. Helsesøstre, jordmødre og spesialutdannede sykepleiere innen kreft, psykiatri, anestesi, intensiv og operasjon ble omtalt. Mellomlederne mente at det også i framtiden vil være behov for den spesialiserte kompetanse på mange områder. Nasjonalt og internasjonalt forgår det en diskusjon om mangel på spesialsykepleiere og behovet for spesialisert kompetanse. (Duffield et al 2009). Det vil være behov for sykepleiere som kan arbeide selvstendig på spesialiserte felt slik som omtalt.

En av mellomlederne i spesialisthelsetjenesten problematiserte at sykepleiere slutter i ordinær sengepost, for å gjøre en klinisk karriere. Det vil si for å ta en videreutdanning/spesialutdanning. Det ble vist til at det ikke er noen klinisk karriereveg knyttet til de generelle avdelingene i spesialisthelsetjenesten, samtidig som det er behov for mer klinisk kompetanse. Mellomlederne i kommunehelsetjenesten peker på behovet for mer kompetanse for eksempel i palliasjon, men gir uttrykk for at en videreutdanning i kreftsykepleie blir for spesialisert i forhold til behovet for mer generell klinisk kompetanse. Det kan også være en utfordring i yrkesfeltet at spesialisert kompetanse samsvarer bare med en avgrenset del av kompetansebehovet hos pasientene. Det ble derfor understreket av mellomlederne i kommunehelsetjenesten at det er viktig at videreutdanninger og spesialisering samsvarer med de kliniske kompetansebehov som nå vokser fram i kommunehelsetjenesten.

Den avanserte kliniske kompetanse

I funnene mine beskriver mellomlederne behovet for avansert klinisk kompetanse. De beskriver en yrkeshverdag der de har ansvar for pasienter med kompliserte og ofte flere diagnoser. De peker på at endringer i helsesektoren som følge av samhandlingsreformen, den medisinske og teknologiske utviklingen har skapt behov for avansert klinisk kompetanse på mange områder. De viser til at de oppgaver som er i ferd med å bli overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten har skapt nye kompetansebehov i kommunehelsetjenesten. Det ble omtalt flere typer behandlingsoppgaver som tidligere ble tatt hånd om ved intensivavdelinger som nå blir overført til kommunene. Eksempelvis

respiratorbehandling og håndtering av CVK (sentralt venekateter). Det ble også vist til dialysebehandling i hjemmet. Dialyse er en behandling som vanligvis blir gitt i spesialavdelinger. Andre avanserte oppgaver innenfor pasientbehandling er palliasjon (lindrende behandling), intravenøs væsketerapi, maskebehandling og vurdering av laboratorieprøver. Informantene, især de i kommunen, la vekt på behovet for mer generell klinisk kompetanse for å møte de behov som en ser vokser fram i kommunehelsetjenesten. Kompetansen som blir etterspurt samsvarer i høy grad med den avanserte kliniske sykepleier (Advanced Practic Nurses). **Nøkkelferdigheter** er beskrevet slik: (1) bruk av kunnskap i praksis, (2) kritisk tenkning og analytiske ferdigheter, (3) klinisk vurdering og ferdigheter i å kunne ta beslutninger, (4) profesjonelt lederskap og klinisk undersøkelse, (5) veiledning, (6) ferdigheter i forskning, (7) endringskompetanse. De syv **nøkkelkompetanser** er beskrevet som (1) klinisk kompetanse, (2) samhandling, (3) veiledning, (4) forskning, (5) etisk beslutningskompetanse, (6) konsultasjoner, (7) lederskap. Både ferdighetene og nøkkelkompetansene som beskriver den avansert kliniske sykepleier, ble etterspurt av mellomlederne i fokusgruppene. Særlig tydelig i mitt materialet er evner til å kunne handle kunnskapsbasert og kunne gjennomføre avanserte kliniske vurderinger. I tillegg la mellomlederne vekt på god kompetanse i veiledning. Videre ble behovet for å kunne gjøre etiske vurderinger i komplekse situasjoner fremhevet. Kliniske lederskap ble også vektlagt, i sær av kommunehelsetjenesten. Det å kunne vurdere selvstendig i forhold til ulike vurderinger knytt til behandling og oppfølging av pasienter. Et annet perspektiv som ble særskilt vektlagt av alle mellomlederne, var å inneha endringskompetanse. Samtlige begrunnet at det med at dette er en sentral kompetanse i et yrkesfelt som stadig utfordrer vilje og evne til endring.

En av nøkkelkompetansene ble ikke nevnt i intervjuene, sykepleieren som forsker. Dette kan ha sammenheng med at det til nå har skjedd svært lite forskning i kommunehelsetjenesten. Behovet for forskning i kommunehelse- og omsorgstjenesten er omtalt både i *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015* (Meld. St. 16 (2010–2011)) og i *Innovasjon i omsorg* (NOU:2011:11). Både nasjonalt og internasjonalt blir behovet for at sykepleiere forsker på kommunehelsetjenesten omtalt som viktig for innovasjon og utvikling av helse- og omsorgstjenestene (Rokne 2012). En avansert klinisk sykepleier på masternivå, vil kunne bidra med forskning og fagutvikling under veiledning.

I intervjuene kommer det tydelig fram at dersom reformen skal gjennomføres etter intensjonen, må kompetansen styrkes hos sykepleierne. Internasjonalt er det etablert stillinger for avansert kliniske sykepleiere (Advanced Practice Nurses) (Dowling et al 2013, Duffield et al 2009, Daly 2003). Et aktuelt spørsmål er om det også i Norge bør etableres stillinger og flere utdanninger for den avansert kliniske sykepleier. Det pågår en interessant utvikling ved at utdanningstilbudet i avansert klinisk sykepleie på masternivå er etablert ved tre høgskoler. En diskusjon om behovet for å etablere rollen som avansert klinisk sykepleier er også i gang i Norge (Lerdal 2012, Kirkevold 2012, Opsahl et al 2013).

God bruk av tilgjengelig helsepersonellressurser er en forutsetning for en effektiv og kvalitativ god utvikling i helsetjenesten. Dette har ført til at flere land har sett betydningen av å etablere nye og utvidede roller for helsepersonell og har gjennomført endringer i oppgavefordelingen mellom leger, sykepleiere og annet helsepersonell (St. Meld. nr 47 (2008-2009)). Dette blir i dag også omtalt som *jobbglidning*. Jobbglidning innebærer at oppgaver som tidligere ble gjort av en bestemt yrkesgruppe, kan overføres til andre på måter som gjør at oppgaven/oppgavene blir gjort like godt som før (Helse-Midt 2013 *Jobbglidning*). Det blir i den sammenheng vist til sykepleier som etter videreutdanning overtar undersøkelses- og oppfølgingsoppgaver fra legene. Det kan også være fysioterapeuter som overtar kontrollen av pasienter etter operasjoner. Mellomlederne både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten viste til at erfaringer fra overføring av oppgaver mellom profesjonene også kunne være en måte både å effektivisere og øke tilgjengeligheten til helsetjenester på. Internasjonal forskning viser til at kompetansen som avansert klinisk sykepleier øker tilgangen til helsetjenester for pasientene og har en gunstig effekt på kostnadsutviklingen i helsesektoren. Studier viser også at pasientbehandlingen innenfor de store sykdomsgruppene holder et likt nivå med legene. Pasienter med kroniske sykdommer gir uttrykk for å være fornøyd fordi de erfarer en bedre tilgang til kvalifiserte helsetjenester (Dowling et al 2013, Daly & Carnwell 2003).

6.2 Kvalifisering til sykepleie

Arbeidslivet spiller en viktig rolle som læringsarena for helse- og sosialutdanningene, først og fremst gjennom praksisdelen av utdanningene (Meld. St. 13 (2011-2012)). Et av de

interessante funn er at utdanningen ikke holder tritt med de raske endringer som skjer i yrkesfeltet. Slik sett klarer heller ikke utdanningsinstitusjonene å nyttiggjøre seg det de nye læringsarenaer som eksempelvis har oppstått i kommunehelsetjenesten.

Funnene mine viser at mellomlederne er opptatt av at høgskolene må gi studentene et godt teoretisk grunnlag som utgangspunkt for praksis. Det framgår også av mine funn at mellomlederne peker på at det er mye kunnskap som skal inn på mange områder på tre år. Benner peker på det samme og sier at derfor er det særlig viktig å være oppmerksom mot de områder der en kan heve kvaliteten på grunnutdanningen (Benner et al 2010a). Forskerne peker på sentrale områder det er viktig å utvikle undervisningen. Området for utvikling er å endre fra dekontekstualisert formidling til en undervisning med vekt på at studentene skal utvikle evne til relevansvurdering, situert kognisjon og handling. Hun viser til at mange lærere gjennomfører for abstrakt undervisning som ikke forteller studentene hvordan denne kunnskapen skal tas i bruk i kliniske situasjoner. Dette framgår også av mine funn, der mellomlederne etterlyser at det studentene lærer må sees i sammenheng med den kunnskap de trenger i praktiske kliniske situasjoner. Undervisningen må gjennomføres slik at lærerne hjelper studenten å ta i bruk forskningsbasert sykepleiekunnskap. Benner et al viser til at verdifull undervisningstid må brukes til å utvikle studentenes evne til relevansvurdering, slik at studenten lærer seg å oppfatte hva som er viktig og hva som er mindre viktig i ustrukturerte kliniske situasjoner. De pedagogiske muligheter som ligger i den kliniske virkeligheten i studiene må brukes bedre (ibid.). Dette er det Eraut kaller en produktiv kunnskapsanvendelse. Forskeren peker på at det er først når en kunnskap blir tatt i bruk at det skjer læring (Eraut 1994). Dette var samtlige mellomlederne opptatt av og formidlet at det er i møte med pasientene at studentene utvikler sine kliniske ferdigheter og sin sykepleieridentitet. Betydningen av at studentene gis ansvar for pasienter, tilpasset sitt faglige nivå for å utvikle sine faglige ferdigheter, ble også understreket av mellomlederne. Dette blir også bekreftet av forskningen på feltet som viser at situasjonstilpasset veiledning er nødvendig for at studenten skal oppfatte relevante endringer og pasientbehov, ressurser og begrensninger (Kvangarsnes et al 2010, Benner et al 2010). Mellomlederne var også opptatt av at det må bli et nære samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet om innholdet i praksisstudiene. De mente også at høgskolene burde bruke flere undervisningskrefter fra det kliniske felt for å styrke relevansen i den kliniske

undervisningen. Det var også vektlagt at høyskolene måtte ta et ansvar for kvalifisering av praksisveiledere. Disse synspunkt understøttes av en rapport som er utarbeidd av Caspersen og Kårstein (NIFU 2013). På oppdrag fra Helsedirektoratet er det gjennomført en undersøkelse av kvalitet og omfang på praksisstudiene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten i helseutdanningene. Der blir det pekt på en rekke utfordringer, blant annet at organisering og innhold i praksisstudiene blir tilfeldig. Det er også et gjennomgående synspunkt i undersøkelsen at praksisfeltet ikke i tilstrekkelig grad er involvert i planlegging og utforming av utdanningen. Det er også pekt på at i og med at helsesektoren er i endring som læringsarena så trengs det mer kunnskap om hva som fungerer godt og hva som ikke gjør det i praksisstudiene i utdanningen (ibid.). Behovet for mer forskning relatert til praksisstudier i utdanningen når læringsarenaen er gjenstand for omfattende i endring, blir også pekt på av Kvangarsnes et al (2010).

Eraut (2004) sier at slik han ser det, så må utdanningen settes inn i en kontekst der målet er å motivere for kontinuerlig kvalifisering. Han peker på at det er et lederansvar å legge til rette for slik utvikling. Dette er et særlig relevant perspektiv i en helsesektor som er gjenstand for en kontinuerlig endring.

Sykepleierkompetanse i dannelsesperspektiv

I de senere år har det pågått en debatt om danning i høyere utdanning og i sykepleierutdanning. Alle mellomlederne mente at det å utvise etisk holdning er en sentral kvalitet for å fungere som sykepleier. Lai sin modell for kartlegging av kompetansebehov inngår som teoretisk tilnærming i denne studie (Lai 2010). Når hun presenterer kompetansekomponeentene viser hun til at det er enighet om at elementene å vite, å kunne, og ha evne, inngår i begrepet kompetanse. Forfatteren sier at det er uenighet om hvorvidt holdninger bør betraktes som en integrert del av kompetansebegrepet (ibid.: 49). Hun peker på at i yrker der med utstrakt grad av menneskebehandling, så vil holdninger inngå som en viktig indikator på om et menneske er kompetent eller ikke. Dette er jeg helt enig i. Alle mellomlederne understreker betydningen av at sykepleiere har utviklet etiske holdninger. Mellomlederne var svært engasjert i behovet for å utvikle holdninger hos studentene. Det var mellom annet vist til at flere studenter kunne være opptatt av sosiale medier og "tekniske duppeditter" i kliniske undervisningssituasjoner. Det ble også pekt på at noen

studenter kunne ha negative holdninger til eldre pasienter. Det ble videre vist til at pasientfokuset kunne være svakt utviklet hos en del studenter. Det ble understreket at det var nødvendig å arbeide med holdninger og etikk på alle læringsarenaer som inngår i utdanningen. Alsvåg (2010) vurderer det å lytte til pasienter og pårørendes erfaringer som en viktig kilde til dannelse i sykepleie. I samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008 – 2009): 128) pekes det på at utdanning er identitetsskapende. Når Benner et al (2010) snakker om dannelse dreier det seg om de endringer i identitet og selvforståelse som skjer når studentene går fra å være legpersoner til å bli profesjonelle fagutøvere. Benner sier videre at det å bli sykepleier kan best framstå som *dannelse* (ibid.: 17b). Alsvåg (2010) hevder at personorientert profesjonalitet innebærer at den profesjonelle kombinerer fagkunnskap og etisk holdning og handling i møte med pasienter og pårørende. Hun sier at dannelse omfatter aller sider av mennesket; hode, hånd og hjerte. Alsvåg peker på at et sentralt dannelsesspørsmål handler om hva et menneske må vite og kunne for å klare seg i den moderne verden, i arbeid og for å oppfylle sine samfunnsplikter (ibid.: 19). Mellomlederne var i den sammenheng opptatt av at studentene må møte gode rollemodeller som veiledere i praksis. Det ble også vektlagt at arbeidet med holdninger og danning må bli en del av et nærere samarbeid mellom høgskolene og praksisfeltet for å stimulere praksisveilederne til denne del av undervisningen i praksisstudiene. Kvangarsnes (leder 2011) understreker hvor viktig det er å stimulere til dannelsesprosesser slik at studenten er rustet til å møte reformer og standardiseringer både med et historisk og et kritisk blikk. Dette er et svært viktig perspektiv når en skal kvalifisere sykepleiere for framtidige utfordringer.

Overgangen mellom utdanning og yrkesliv

Mellomlederne gav uttrykk for at det er svært mye som skal læres i en treårig sykepleierutdanning. En mellomleder sa det slik: "Vi vet at det tar mer enn tre år å utvikle seg fra novise til ekspert". Det blir også påpekt at det er en stor overgang fra den ene dagen å være sykepleierstudent til den neste dag og skulle ha et fullstendig ansvar som sykepleier. Denne utfordrende overgangen fra det å være sykepleierstudent til å bli sykepleier er gjenstand for forskning (Bjerknes & Bjørk 2012). Studien viser hvordan nyutdannede sykepleiere har det og at de nyutdannede sykepleiere erfarer at arbeidsdagen er overraskende krevende og utfordrende med liten støtte og veiledning fra det faglige

kollegiale miljøet. Heggen (2010) stiller spørsmål om hvorvidt det i det hele tatt er mulig etter tre års studier ved høyskole eller universitet å bli uteksamineres som en fullverdig og velkvalifisert yrkesutøver. I utdanningsmeldingen (Meld.St.13 (2011-2012): 39) blir det vist til ”praksissjokk” for nyutdannede lærere, sykepleiere, sosionomer og andre yrkesgrupper. I denne meldingen blir det sagt at praksissjokk er en nødvendig opplevelse av at det er krevende å oversette det som blir lært i studiet til det kandidatene skal gjøre som ansvarlige yrkesutøvere. Det konkluderes med at det er arbeidsgivers selvfølgelige plikt å legge til rette for en god overgang for de nyutdannede. Det legges ingen føringer for hvordan en slik overgang bør tilrettelegges. Benner (*From Novice to Expert* 1984) har satt Dreyfus sin modell om utviklingsprosessen fra novise til ekspert inn i en kontekst for kvalifisering til sykepleie. Hennes forskning viser at en sykepleier må arbeide i samme eller tilsvarende kontekst i to til tre år, før de rutiniserte arbeidsoppgaver er integrert og sykepleieren har utviklet kompetanse til å håndtere mange ulike og sammensatte kliniske situasjoner. Forskning viser til behovet for at det blir utviklet program som støtter studentenes overgang til yrkeslivet og som innbefatter veiledning på utfordrende oppgaver (Bjerknes & Bjørk 2012). Overgangen slik den fremstår i dag, der oppfølging og veiledning kan være fraværende, samsvarer lite med det betydelig ansvaret en har som nyutdannet sykepleier. Det bør derfor utvikles en modell for oppfølging slik at studentene skal få bedre forutsetninger for å ta det ansvaret som forventes. Videre for å sikre at sykepleierne forblir i yrket og har ønske om å kvalifisere seg videre.

6.3 Sykepleierkompetanse i et planleggingsperspektiv

Lai sin modell for kartlegging av kompetansebehov er brukt i denne undersøkelsen (Lai 2010: 14). Jeg har gjennomført en kartlegging av mellomledernes vurdering av behov for sykepleierkompetanse etter innføring av samhandlingsreformen. Med begrepet *kompetansekongruens* peker Lai på at hensikten med strategisk arbeid og kompetanseutvikling er å sørge for at det er en god sammenheng mellom *riktig* kompetanse og organisasjonens *mål* og oppgaver (ibid.: 13). I en samhandlingskontekst kan eksempelvis en god kompetansekongruens bety at helsepersonell i kommunehelsetjenesten har den riktige kompetanse til å ivareta behandlings- og oppfølgingsoppgaver som overføres fra spesialisthelsetjenesten. Videre sier Lai at en kompetanseanalyse innebærer å dra en kobling mellom overordnede strategier på den ene side og kompetansetiltak på den annen. Det blir

pekt på at i arbeidet med å identifisere kompetansebehov, så er det viktig å skille mellom anskaffelsesbehov, læringsbehov og mobiliseringsbehov. Hun sier blant annet at når kompetansebehovet er kartlagt, så er det viktig å avdekke hvilken kompetanse som faktisk mangler og samt hvordan "kompetansegapet" kan dekkes. Hun peker på flere muligheter som eksempelvis rekruttering eller kompetanseutvikling (ibid.: 67-68).

Amdam peker på betydningen av god planlegging og sier at : "Planlegging kan definerast som det å knyte kunnskap og handling saman i ein målretta aktivitet" (Amdam 2011:29). En planleggingsmodell kan gi innfallsvinkler til kompetanseutvikling i sykepleie. Arbeidet kan seest på som kommunikativ planleggingsmodell, der praksisfeltet har blitt spurt om behov for sykepleierkompetanse. De funn som er framkommet kan representere et grunnlag for en endret praksis. Kunnskapen har tilført en utvidet og mer konkret forståelse av behovet for kompetanse enn det som er uttrykt i rammeplaner og offentlige styringsdokument.

Ny erkjening

Et særlig interessant funn er behovet for den avansert kliniske kompetanse. Denne kompetansen er lite beskrevet i de offentlige styringsdokumentene som skal understøtte implementeringen av samhandlingsreformen. I samhandlingsreformen, som eneste sted, er det beskrevet en utvidet sykepleierrolle (Meld. nr 47 (2008-2009):130). Det vises til at landene USA, Finland, Nederland, Danmark og England har etablert en sykepleierrolle med utvidet handlingskompetanse rettet mot kommunehelsetjenesten. Denne sykepleieren blir omtalt som ekspertsykepleier og jobber særlig mot lidelser som kols, astma, diabetes, epilepsi og hjertelidelser. Det blir pekt på at ekspertsykepleieren arbeider hos fastlegen, i eldresenter og i oppsøkende virksomhet. Det synes som om "Advanced Practice Nurses" har mer kompetanse på flere områder. Internasjonalt er det en felles forståelse for at "Advanced Practice Nurses" bør minimum ha en mastergrad i tillegg til klinisk kompetanse. I Innovasjonsmeldingen (NOU2011:11) blir det behovet for en kunnskapsbasert omsorgssektor framhevet. Det blir for eksempel pekt på behovet for medisinsk og sykepleierfaglig forskning som kan gjøre forebyggende helsearbeid mer effektivt (ibid.:129) . Det blir videre pekt på behovet for tverrfaglig tilnærming til forskning. I meldingen blir også sagt at ny kunnskap kommer ikke bare fra de akademiske miljøene. Det blir hevdet at helse- og omsorgssektorens ledere må være offensive og utviklingsorienterte. En avansert klinisk

sykepleier med mastergrad vil kunne være en viktig aktør i tverrfaglige team som arbeider med praksisnær og kunnskapsbasert innovasjon (ibid.: 131).

Strategier

Kunnskapen som er kommet fram i denne studien bør kommuniseres til sentrale myndigheter som Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. På dette fagfeltet kan en mobilisere Norsk Sykepleierforbund, ledere i sentrale posisjoner i helsesektoren og politikere for å formidle behovet for at kompetansen som avansert klinisk sykepleier blir etablert og formalisert også i Norge. Det kan opprettes stillinger for avansert klinisk sykepleier på masternivå. Slik kan kvalitet i helsetjenester utvikles og bli kostnadseffektive (Dawling et al 2013). Fra 2026 kommer det en betydelig økning i antall eldre (fredsbarna fyller 80 år). Selv om mange er friske, så forventes det en betydelig vekst i etterspørselen av helse- og omsorgstjenester i årene fra 2026 og utover. Kommunene må møte dette med en kraftig økning i tjenesteproduksjonen og nok folk med tilpasset kompetanse (NOU 2011:11: 143). Det er viktig å benytte tiden til å forberede og kvalifisere for de forventede oppgaver.

Det blir nødvendig å skape arenaer, der kunnskapen om behovet for etablering av den avansert kliniske sykepleier blir diskutert. I planleggingsarbeid er det viktig å stimulere slike prosesser ved å arrangere møteplasser eller læringsarenaer der folk gjennom interaksjon med hverandre kan lære gjennom meningsbryting og samhandling og slik få større innsikt i situasjonen for samfunnet (Amdam 2011: 92). Det er nødvendig å mobilisere sentrale aktører dersom en skal oppnå en felles forståelse om behov for avansert klinisk kompetanse. For å lykkes i dette arbeidet, så er det avgjørende i hvilken grad en får til et samspill mellom de eksterne makrokraftene i storsamfunnet og de indre kreftene i lokalsamfunnet (Amdam 2011: 93). Det vil i denne sammenheng si at det blir dannet arenaer der de ansvarlige for å utvikle sykepleierkompetanse for framtiden, gjennom meningsbryting får en felles forståelse for hva som trengs for å levere framtidige helsetjenester på en kvalitativ god og kostnadseffektiv måte. En formalisert avansert klinisk sykepleier kan tenkes å være et slikt tiltak.

7 Konklusjon

Samhandlingsreformen vil ha store konsekvenser for kompetansebehov og kompetanseplanlegging i sykepleie. Reformen gir lite konkrete tilrådinger om hvilke sykepleiekompetanse som behøves for å realisere intensjonene i reformen.

Utdanningsmeldingen er også lite konkret i forhold til sykepleierkompetanse og kvalifisering av sykepleiere. I utdanningsmeldingen blir det sagt at yrkesfeltet og utdanningene må samarbeide om å finne fram til hvilke kompetanse som kreves for å realisere reformens intensjoner (Meld. til St. nr 13 (2011-2012)). Jeg har kartlagt kompetansebehovet ved å spørre mellomlederne om hva de mener er nødvendig sykepleierkompetanse for å møte de endringer som helsesektoren står overfor. Slik gir denne studien ny kunnskap om praksisfeltet sin vurdering av hvilke behov for sykepleiekompetanse som trengs for å møte framtidige kompetansebehov i helsesektoren.

Kravet om omfattende medisinsk behandling i kommunene krever at sykepleierutdanningen forbereder studentene på dette. Forebyggende helsearbeid og rehabilitering er også områder som bør sterkere vektlegges for å møte fremtidige utfordringer i helsesektoren. Holdninger og danning bør være et viktig tema både i teori og praksisstudier i sykepleierutdanning. Et særlig viktig funn er behovet for den avanserte kliniske kompetansen.

Samfunnsutviklingen og omfattende helsereformer har skapt behov både for den spesialiserte og avanserte kompetanse i sykepleie i nye kontekster. Fram til nå har det vært spesialisthelsetjenesten som har hatt tilgang til den spesialiserte kompetanse i sykepleie. Dette med unntak av sykepleiere med videreutdanning i kreft og psykisk helsearbeid. I tillegg har kommunene hatt helsesøstre, og noen plasser jordmødre. Utviklingen i behandlings- og oppfølgingsoppgaver i kommunehelsetjenesten tilsier at det er behov for mer kvalifiserte sykepleiere som kan ta et større ansvar. Dette reiser behov for at en også i Norge må diskutere om det bør etableres stillinger for avanserte klinisk sykepleiere med et utvidet ansvarsområde, særlig i forhold til medisinsk behandling. Også når det gjelder forskning og utviklingsarbeid, kan det tenkes at en avansert klinisk sykepleier kan ha et særlig ansvar.

Det bør etableres flere møtesteder mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonene som samarbeider om tilretting for læring og forskning om å kvalifisere for sykepleie på ulike læringsarenaer. Forskning om behovet for sykepleierkompetanse og kvalifisering må kommuniseres til de som har ansvar for å planlegge, gjennomføre og utvikle sykepleierutdanning på ulike nivå.

I denne undersøkelsen har jeg empiri fra mellomledere. Det kunne også vært interessant å få for eksempel pasienter og pårørende, andre samarbeidende profesjoner og studenters synspunkt på kompetansebehov og kvalifisering til sykepleie. Dette kunne gitt en mer helhetlig forståelse av problemstillingen. Forskning om kompetansebehov og kvalifisering i helsesektoren bør være et framtidig satsingsområde.

Litteraturliste:

Allmendinger, P. (2009): *Planning Theory*. Houndds mills UK: Palgrave Macmillian

Alsvåg, H. (2010): *På sporet av et dannet helsevesen*. Akribe AS, Oslo

Amdam, R. (2005): *Planlegging som handling*. Oslo: Universitetsforlaget

Amdam, R. (2011): *Planlegging og prosessleing*. Det Norske Samlaget, Oslo

Benner, P. (1984): *From Novice to Epert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Westly Publishing Company, USA

Benner, P. Sutphen, M. Leonard, V. & Day L. (2010)a: *Educating Nurses. A Call for Radical Transformation* JOSSEY-BASS A Wiley Imprint San Francisco USA

Benner, P. Sutphen, M. Leonard, V. & Day L. (2010)b: *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*. Akribe AS Oslo

Bjørk, I.T. og Bjørkås, M.S.(2012): Entry into nursing. Artikkel i *Nursing Research and Practice*. Volum 2012 (2012). Article ID: 690348

Caspersen, J. & Kårstein, A. (2013): *Kvalitet i praksis. Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere* NIFU rapport 14

Daly,W. Carnwell, R.(2003): Nursing roles and levels of practice: a framwork for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. Artikkel i *Journal of Clinical Nursing*, 12:158-167

Denscombe, M. (2010): *Ground Rules for Social Research . Guidelines for Good practice*. Open University Press

- Dowling, M. Beauchesne, M. Farrelly, F. Murphy, K. (2013): Advanced practice nursing: A concept analysis. Artikkel i *International Journal of Nursing Practice* , 19: 131 - 140
- Duffield, C. Gardner, G. Chang, A.M., Catling-Pauull, C. (2009): Advanced nursing practice: Artikkel i *Collegian* 16, 55-62
- Eraut, M. (1994): *Developing Professional Knowledge and Competence*, The Falmer Press
- Eraut, M. (2004): Transfer of knowledge between education and workplace settings. I Rainbird, H., A.Fuller og A.Munro(red.): *Workplace learning in context*. London, Routledge
- Eraut, M. (2008): *How professionals Learn through Work*, Draft 1 22/04/08 1-29
University of Surrey
- Friedmann, J. (1987): *Planning in the Public Domain. From Knowledge to action*.
Princeton NJ: Princeton University Press
- Gibbs, G. (2007): *Analyzing qualitative data*. London: Sage Publications
- Grønmo, S. (2007): *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Fagbokforlaget
- Habermans, J (1995): *Between fact and norms: Contributions to a discourse theory of law and democracy*. Cambridge: Polity Press
- Heggen, Kåre. (2010): *Kvalifisering for profesjonsutøving*, Abstrakt forlag AS
- Hellesnes, J. (1966): *Ein utdanna mann og eit dana menneske*. Essysamling
- Helsedirektoratet (2012): *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. Utgitt 02/2012

Helsedirektoratet *Beskrivelse av folkehelseloven* (2012 8.okt) Hentet 12. november 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/beskrivelse-av-folkehelseloven/Sider/beskrivelse.aspx>

Helsedirektoratet (2012): *Status for samhandlingsreformen*. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet november 2012

Helsedirektoratet (2013): *Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp*. Notat 08.11.2013

Helsedirektoratets veileder 02/2012: *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold* Revidert 01/2013

Helse-Midt Norge (2013 30.oktober) *Jobbgliding* hentet 28. november 2013 fra http://www.helse-midt.no/no/Aktuelt/Tema/Jobbglidning/125416/#.Up9f_ChqOMk

Kirkevold Marit (2012): *Trenger sterke kvinner* (Sykepleien, 10-100)

Kleinpell, RM. Ely, EW, Grabenkort, R (2008): Nurse practitioners and physician assistants in the Intensive care unit: an evidenced based review. *Crit Care Med* 2008; 36: 2888-2897.

Kunnskapsdepartementet Faktablad utarbeidet om Meld.St.13 (2011-2012)

Kunnskapsdepartementet. *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Fastsatt 25. januar 2008

Kvale, S. & Brinkmann S. (2010): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvangarsnes, M. Hagen, B. Fylling, G. (2010): Kva skjer i praksisstudiet i somatiske sengeavdelingar? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* - nr. 1, 6. årgang

Kvangarsnes, M. (2011): *Sjuepleiarutdanninga under debatt*. Leder av fagredaktør i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, nr 1, 7.årgang

Lai, L. (2010): *Strategisk kompetansestyring*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Lerdal, A. (2012): Lær av England *Sykepleien*, 10/100

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Lov 2011-06-24-29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Malterud, K. (2003): *Kvalitative forskningsmetoder innen medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, Oslo Universitetsforlaget

Malterud, K. (2012): *Fokusgrupper som forskningsmetode i medisin og helsefag*, Oslo Universitetsforlaget

Melding til Stortinget 13 (2011-2012): *Utdanning for velferd Samspill i praksis*.

Meld. St. 29 (2012–2013): Melding til Stortinget Morgendagens omsorg

Meld. St. 16 (2010–2011): *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*

Myhr R, Kimsås A. Feilmedisinering ved skifte av behandlingsnivå. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1999;119(8):1087-91.

Newhouse, RP. Stanik-Hutt, J. White, K.M. Johantgen, M. Bass, E. Zangaro, G. Wilson, R. Foutain, L. Steinwachs, D. Heindel, L. Weiner, JP. (2011) : Advanced Practice Nurse Outcomes 1990 -2008: A Systematic Review. *Nursing Economics* , 29:1-21

Northouse, P. (2010): *Leadership. Theory and practice in fifth edition*. London: Sage publications.

NOU 2011:11 *Innovasjon i Omsorg*

Opsahl, G. Granum, V. Sollvoll B-A (2012): Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien* 3/100.

Poulsen, J.M. (2009): Mellomlederen - den undervurderte endringsagenten. Kronikk i *Bioingeniøren* 12 Tidsskrift for NITO Bioingeniørfaglig institutt

Rokne, B. (2013): *Sykepleien Forskning* 8 (2):104-105 Sykepleierne bør forske på kommunehelsetjenesten.

Rørvik, K.A. (1998): *Moderne organisasjoner –Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*, Fagbokforlaget

Skog, O-J. (2010): *Å forklare sosiale fenomener*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Statistisk Sentralbyrå SSB (2013, 12. Juni) *Helse og sosialpersonell*. Hentet 1. november 2013 fra <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2013-06-12?fane=tabell&sort=nummer&tabell=117531>

St.meld.nr. 47 (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Aadland, E. (2011): *Den truverdige leiaren*. Det Norske Samlaget

Britt Valderhaug Tyrholm
Budafjellveien 2
6040 Vigra
Tlf 90028146

Ålesund, 19.desember 2012

Til avdelingssykepleier

Spørsmål om deltakelse i en studie av kompetansebehov i helsesektoren.

Kort beskrivelse av prosjektet

Jeg er dekan ved Avdeling for helsefag, Høgskolen i Ålesund. Avdelingens hovedoppgave er å kvalifisere sykepleiere til yrkesutøvelse på ulike områder innenfor helsesektoren. Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), som trådte i kraft 01.01.2012, er starten på en mer langsiktig og omfattende endring enn de helsepolitiske reformer en tidligere har sett. Meld. St. 13 (2011-2012) "Utdanning for velferd. Samspill i praksis" (Samspillmeldingen) er det utdanningspolitiske verktøyet for å realisere målsetningen i Samhandlingsreformen. Hovedbudskapet i Samspillmeldingen er at endringer i samfunnet og reformer gjør det nødvendig å videreutvikle de helse- og sosialfaglige utdanningene på alle nivå. Samspillmeldingen har et tydelig fokus på at utdanningsinstitusjonene skal ha et tett samarbeid med yrkesfeltet for å sikre at det er samsvar mellom innhold i utdanning og det kompetansebehov som finnes i helsesektoren.

Denne masteroppgaven er en studie av hvordan mellomledere i helsesektoren vurderer kompetansebehov hos sykepleiere. Mellomlederne defineres i henhold til K.A. Røvik (1998) som en strategisk viktig aktørgruppe i arbeidet med omstilling og effektivisering. Mellomlederne har på grunn av sin strategiske plassering i organisasjonen, god oversikt over hvilke oppgaver og behov som skal taes hånd om innenfor sine ansvarsområder og anses å være relevante informanter i denne sammenheng.

Design og metode

Studiet skal ha et kvalitativt forskningsdesign og gjennomføres ved bruk av fokusgruppeintervju. Jeg planlegger 3 fokusgrupper a 5-6 medlemmer, der to fokusgrupper skal være innenfor kommunehelsetjenesten og en fokusgruppe i spesialisthelsetjenesten. Gjennomføring av intervju er planlagt til februar/mars 2013. Det skal gjennomføres ett intervju med hver fokusgruppe. Intervjuet vil ta fra 1 ½ time til 2 timer.

Jeg håper at du har lyst og anledning å delta i dette studiet. Mer informasjon vil følge.

Vennlig hilsen
Britt Valderhaug Tyrholm

En studie av mellomledere sitt syn på kompetansebehov i helsesektoren etter samhandlingsreformen.**Kartleggingsspørsmål:**

- Hvordan blir det jobbet med kompetanse på arbeidsplassen din?
- Hvilke type utfordringer blir det jobba med? Hvorfor?
- Hvordan erfarer dere tilgangen på kvalifisert personalet?
- Har samhandlingsreformen ført til noen endringer i oppgaver og funksjoner som har innvirkning på kompetansebehov?

Tema 1: Sykepleieren – hva skal de kunne?

1. Hvilken kunnskap og kompetanse har en dyktig sykepleier ?
2. På hvilke områder er det viktig at sykepleiere har kunnskap?
3. Hvilke ferdigheter skal sykepleiere ha - hva skal sykepleiere kunne utføre av oppgaver?
4. Hvilke holdninger bør sykepleiere ha til pasienter og pårørende?
5. Har dere tanker om hva som kan være sykepleiernes kompetanse relatert til velferdsteknologi? (Det vil bli gitt eksempler på områder for velferdsteknologi fra NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg)

Eksempel på kunnskap: *Sykepleieren kan raskt reagere på forandringer i pasientens fysiske tilstand.*

Eksempel på ferdigheter: *Det å kunne observere og presist rapportere pasientens tilstand*

Tema 2 Utdanning.

1. Hva er det viktig at sykepleiere lærer på skolen? Hvorfor?
2. Og hva er viktig at sykepleiere lærer i praksisstudiene? Hvorfor?
3. Danningsbegrepet – hvilken forståelse har dere av begrepet danning hos sykepleiere?
4. Er danning en viktig del av sykepleieutdanningen? Hvorfor/hvorfor ikke?
Definisjon: ”Dannelse dreier seg om det som gjør mennesket til en person”. (Herdis Alsvåg 2010)

Tema 3 Den avanserte kompetanse

1. På hvilke områder er det behov for mer avansert eller spesialisert kunnskap enn det grunnutdanningen representerer?
2. I enkelte land har de innført ”klinisk ekspertsykepleier”. Hva tenker dere om behovet i Norge og hva mener dere at en slik utvidet kompetanse konkret bør innebære?

Tema 4 Samspill med utdanningen

1. Har dere tanker om hvordan sykepleieutdanningene kan utvikle sykepleierkompetanse for framtida?
2. Hvordan kan høyskoler samarbeide med praksis/yrkesfeltet for å utvikle utdanningen i samsvar med framtidig kompetansebehov?
3. Når fokuset er kompetansebehov - kan dere si noe om på hvilke områder høyskolen bør utvikle kompetanse /studietilbud?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Randi Bergem
Institutt for planlegging, administrasjon og samfunnsfag
Høgskulen i Volda
Postboks 500
6101 VOLDA

Vår dato: 15.01.2013

Vår ref:32498 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.12.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32498	<i>Utforming og planlegging av sykepleierutdanning sett i lys av mellomledere sin vurdering av kompetansebehov</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Volda, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Randi Bergem</i>
<i>Student</i>	<i>Britt Valderhaug Tyrholm</i>

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

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

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Britt Valderhaug Tyrholm, Budafjellveien 2, 6040 VIGRA



Basert på de opplysninger vi har fått om prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det skal gjennomføres tre fokusgruppeintervju med grupper fra hhv. kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det skal ikke registreres navn, verken på deltagere, helseforetak, institusjoner eller kommuner. Deltagerne skal kun snakke generelt om hvordan de som mellomledere vurderer kompetansebehov hos sykepleiere.

Personvernombudet legger til grunn at alle opplysninger som behandles elektronisk (lydopptak/transkripsjoner) i forbindelse med prosjektet er anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn, indirekte gjennom kombinasjonen av bakgrunnsvariabler og stemme, eller gjennom kode og koblingsnøkkel (som navneliste).