

# **Hvordan videreutvikler anestesisykepleiere sin faglige kompetanse?**

**En kvalitativ studie**



**Universitetet  
i Stavanger**

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i spesialsykepleie, spesialisering i: Anestesisykepleie**

**Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Studenter: Katharina Cecilie Liafjell og Ragnhild Kirstina Kvia**

**Veiledere: Britt Sætre Hansen og Arild Eskeland**

**27. april 2020**

**MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i: Anestesisykepleie**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER: Vår 2020**

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Katharina Cecilie Liafjell og Ragnhild Kirstina Kvia**

**VEILEDER: Britt Sætre Hansen og Arild Eskeland**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel: Hvordan videreutvikler anestesisykepleiere sin faglige kompetanse?**

**Engelsk tittel: How to further develop nurse anaesthetists' professional competence?**

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Anestesisykepleie, faglig kompetanse, videreutvikle, erfaring

---

**ANTALL ORD: 18653**

**STAVANGER, 27. april 2020**

## **Førord**

To år er gått og vi kan snart med stolthet kalle oss anestesisykepleiere. Det har vært en begivenhetsrik, utfordrende, men mest av alt utrolig gøy reise! Takk til dyktige og inspirerende medstudenter, lærere og veiledere, det hadde ikke vært det samme uten dere!

Det er flere som har vært med å gjøre dette prosjektet mulig og som fortjener en stor takk: Våre informanter som stilte seg til disposisjon, uten dere hadde ikke dette vært mulig å gjennomføre! Ledelsen ved anesthesiavdelingen som har utvist stor fleksibilitet og behjelpelighet. Våre veiledere Britt Sætre Hansen og Arild Eskeland som har vært gode støttespillere gjennom hele prosjektet. Spesialbibliotekar Elisabeth Hundstad Molland for å løse oss trygt gjennom jungelen av litteratursøk.

Takk til alle som har stilt opp med korrekturlesing, oversettelser, hurrarop, konstruktiv kritikk, næringstilførsel og blekk: Royan, Vibeke, Sigrid, Annfrid, Rachel, Olaug og Svein. Tony som har vært klar med sine argusøyne og IT-kunnskaper når behovet har meldt seg. Du har spart oss for utallige frustrasjoner! Og sist, men ikke minst, Sissel som har stilt opp i tykt og tynt, og reist skytteltrafikk fra Tromsø for å bistå med barnepass og husarbeid, du er helt enestående! Til Alice og Andreas: Takk for at dere holdt ut med en skrivende mamma!

*Reisen er over, det er nå det begynner ...*

Katharina & Kirstina

Bryne, april 2020

## Sammendrag

Bakgrunn: Anestesisykepleiernes hverdag er hektisk, med stadig mer komplekse arbeidsoppgaver og liten tid mellom operasjoner. De skal gi sykepleie på et avansert nivå, både i rutinepregede og komplekse situasjoner, hvor de ofte jobber alene. Faget er i stadig endring og krever at man henger med på utviklingen både innen teknologi og nye behandlingsmetoder. Med liten tid til rådighet i det daglige er det viktig at den tiden en har brukes på en effektiv og nyttig måte.

Hensikt: Hensikten med studien er å innhente kunnskap om hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse..

Metode: Det ble valgt en kvalitativ utforskende metode basert på en induktiv tilnærming. Datasamlingen besto av seks semistrukturerte intervjuer av anestesisykepleiere med ulik erfaringsbakgrunn fra et universitetssykehus i Norge. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.

Resultater: Gjennom innholdsanalysen av datamaterialet kom det fram to tema: *Å ta personlig ansvar og arenaer for læring må prioriteres og struktureres*. Herunder var det fem kategorier som dannet grunnlaget for diskusjonen: Gjennom engasjement og initiativ, betydning av erfaring, aktiv bruk av forskning og litteratur, strukturerte læringsarenaer og det må settes av tid.

Konklusjon: Anestesisykepleierne videreutvikler sin faglige kompetanse gjennom å oppsøke å være aktiv i læringssituasjoner, gjennom å lære av egne og andres erfaringer og dele disse med fellesskapet. Ved å være kritisk og søke ny kunnskap, lytte og ta del i uformelle diskusjoner. Dette må kombineres med at arbeidsgiver tilrettelegger for strukturerte læringsarenaer. Det må avsettes mer tid til simulering og undervisning på tidspunkt det er mulig å delta. Fellesarenaer for å dele erfaringer må prioriteres.

Nøkkelord: Anestesisykepleier, faglig kompetanse, videreutvikle, erfaring

## Summary

Background: Nurse anaesthetists have busy workdays, with increasingly complex duties and little time between surgeries. The nurses shall provide nursing on an advanced level, as both routine tasks and in complex situations, where they often work alone. The field is ever changing and demands that one follows the technological development and new methods of treatment. With less time to spare, it is even more important that time is spent efficiently and constructive.

Purpose: The purpose with this study is to collect knowledge regarding how to further develop nurse anaesthetist's professional competence.

Method: A qualitative, exploring method was chosen based on an inductive approach. The data collection consisted of six semi-structured interviews of nurse anaesthetists with different experience from a university hospital in Norway. The data-material was analysed with help from Graneheim and Lundman's qualitative content analysis.

Result: Two topics became evident through the content analysis of the data-material: *taking personal responsibility* and *arenas for learning must be prioritized and structured*.

Hereunder, five categories established the foundation for the discussion: Engagement and initiative; the importance of experience; active use of science and research; structured arenas for learning; proper time management.

Conclusion: Nurse anaesthetists develop their professional competence by: seeking and actively participating in a situation with learning potential; learning from their own and others' experiences, as well as sharing these with others in the field; by being critical, searching for new knowledge; listening, and partake in informal discussions. This must be combined with an employer who facilitates structured arenas for learning. Time must be allocated in such way that provides nurses the opportunity to participate in simulations and teaching. In addition, venues appropriate for sharing experiences must be prioritized.

Key words: Nurse anaesthesia, professional expertise, professional development, experience

## **Innhold**

Forord .....	iii
Sammendrag .....	iv
Summary .....	v
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Studiens hensikt.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Oppgavens oppbygning .....	2
2 Teoretisk rammeverk.....	3
2.1 Anestesisykepleie .....	3
2.2 Begrepsavklaring .....	4
2.2.1 Kompetanse .....	5
2.2.2 Læring og erfaring.....	6
2.3 Kunnskapsbasert praksis.....	9
2.4 Patricia Benner .....	11
2.5 Tidligere forskning .....	12
3 Metode.....	15
3.1 Design.....	15
3.2 Vitenskapsteori .....	16
3.3 Forforståelse .....	17
3.4 Utvalg .....	19
3.4.1 Kontekst .....	19
3.4.2 Rekruttering av deltakere .....	19
3.5 Innsamling av data.....	20
3.6 Innholdsanalyse .....	22
3.7 Troverdighet .....	23

3.8	Forskningsetiske overveielser.....	24
3.9	Metodevurdering .....	25
4	Resultat.....	27
4.1	Å ta personlig ansvar .....	27
4.1.1	Engasjement og initiativ .....	28
4.1.2	Betydning av erfaring.....	29
4.1.3	Aktiv bruk av forskning og litteratur.....	32
4.2	Arenaer for læring må prioriteres og struktureres .....	33
4.2.1	Strukturerte læringsarenaer .....	33
4.2.2	Det må settes av tid .....	35
5	Diskusjon.....	38
5.1	Å ta personlig ansvar .....	38
5.1.1	Engasjement og initiativ .....	39
5.1.2	Betydning av erfaring.....	40
5.1.3	Aktiv bruk av forskning og litteratur.....	45
5.2	Arenaer for læring må prioriteres og struktureres .....	46
5.2.1	Strukturerte læringsarenaer .....	47
5.2.2	Det må settes av tid .....	50
5.3	Implikasjon for praksis .....	52
5.4	Videre forskning.....	52
6	Avslutning .....	53
7	Litteraturliste .....	54
	Vedlegg 1: Semistrukturert intervjuguide .....	58
	Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombud .....	59
	Vedlegg 3: Forespørsel til avdelingen.....	60
	Vedlegg 4: Bekreftelse fra avdelingsleder .....	61
	Vedlegg 5: Forespørsel til anestesisykepleierne .....	62

Vedlegg 6: Samtykkeskjema.....	63
Vedlegg 7: Eksempel på litteratursøk i Cinahl.....	66
Cinahl-søk den 14.08.19.....	66
Cinahl-søk den 05.03.2020.....	67
Vedlegg 8: Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag .....	68
Figur 1: Kompetansetrekant (Skau, 2017 s 58).....	5
Figur 2: Five distinct steps in reflection.....	8
Figur 3: Modell for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et. al. 2017, s 16).....	10
Figur 4: Illustrasjon av analyseprosessen (Graneheim et al., 2017 s 30).....	17



# 1 Innledning

«Jeg er så lut lei uttrykket «varme hender». Så føkkings lei! Sjimpanser har varme hender. Det er ikke varme hender sykepleiere skal tilby, det er faglig kompetanse» (Lill Sverresdatter Larsen, 2020).

Sitatet kommer fra forbundslederen i Norsk sykepleierforbund, Lill Sverresdatter Larsen (Klassekampen, 2020). Budskapet er klart, det må fokuseres mer på den faglige kompetansen sykepleierne innehar. Sykepleie er et akademisk fag basert på forsknings- og erfaringskunnskap. Grunnutdanningen gir en bachelorgrad, og stadig flere oppnår master- eller doktorgrad (Gjevjon, 2020). Ifølge yrkesetiske retningslinjer er sykepleiere pliktig til å holde seg oppdatert innen forskning og utvikling innen eget fagområde, og skal bidra til at ny kunnskap blir praktisert (NSF, 2019a). Anestesisykepleieren skal gi sykepleie på et avansert nivå, i rutinepregede eller komplekse situasjoner. Hver situasjon kan ha ulike krav til kompetanse som anestesisykepleieren skal kunne vurdere selvstendig. Det stilles mange krav til anestesisykepleieren, faget er i stadig endring og en må henge på utviklingen med blant annet ny teknologi og nye behandlingsmetoder (Bruun, 2015). Dette håndteres ikke med varme hender, men med faglig kompetanse.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Anestesisykepleiernes hverdag er hektisk og med stadig mer komplekse arbeidsoppgaver (Bruun, 2015). Dette opplevde vi også under praksisperiodene ved anestesiavdelingen. Anestesisykepleierne jobbet mye alene, og det var ofte liten tid mellom hver operasjon. Det var tilsynelatende få læringsarenaer i det daglige, og muligheten til å gå på for eksempel undervisning kunne være utfordrende. Slik vi så det utgjorde erfaring en viktig del av den enkeltes yrkesutøvelse. Vi opplever at anestesisfaget er en kontinuerlig læringsprosess. Det krever videreutvikling av kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren for å blant annet kunne møte samfunnets behov og utfordringer. I skrivende stund synliggjøres dette ved at vi står overfor en global pandemi forårsaket av et koronavirus, som kan gi sykdommen Covid-19. Pandemien har vist hvilke nye og uforutsette utfordringer helsepersonell kan møte. Det krever omstilling til en ny arbeidshverdag rundt eksempelvis smittehåndtering, utstyrmangel, nye arbeidssituasjoner og omdisponering av helsepersonell.

I løpet av utdanningen har vi fattet interesse for hvordan anestesisykepleierne selv opplever at de videreutvikler sin faglige kompetanse. Når det er liten tid til rådighet i hverdagen, er det

viktig at den tiden man har brukes effektivt og er nyttig. For å få til dette mener vi det er viktig å spørre anestesisykepleierne selv hvordan de opplever at de videreutvikler sin faglige kompetanse.

## **1.2 Studiens hensikt**

Hensikten med studien er å innhente kunnskap om hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse. Gjennom å kartlegge anestesisykepleieres subjektive opplevelser ønsker vi å avdekke hva de anser som de viktigste arenaene for videreutvikling av faglig kompetanse.

## **1.3 Problemstilling**

*Hvordan videreutvikler anestesisykepleiere sin faglige kompetanse?*

Forskningsspørsmål:

- Hva skal til for at anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse?
- Hvordan lærer anestesisykepleiere av erfaring?
- Hvordan opplever anestesisykepleiere at arbeidsplassen tilrettelegger for videreutvikling av faglig kompetanse i det daglige?

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

I første kapittel presenterer vi studiens bakgrunn, hensikt og problemstilling. Andre kapittel omhandler anestesisykepleierens funksjon og ansvar, samt teoretisk rammeverk og tidligere forskning. I kapittel tre redegjør vi for studiets metodiske tilnærming. I kapittel fire presenterer vi resultatene fra datasamlingen. Kapittel fem er diskusjonsdelen, her diskuterer vi resultatene i lys av valgte teorier og tidligere forskning. Kapittelet avsluttes med implikasjon for praksis og forslag til videre forskning. Avslutningen kommer i kapittel seks.

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenterer vi det teoretiske rammeverket rundt oppgaven. Den pågående Covid-19 pandemien har gjort det utfordrende å få tak i primærlitteratur grunnet stengte bibliotek. Vi har derfor sett oss nødt til å bruke noen sekundærkilder. Vi starter dette kapitlet med å beskrive anesthesisykepleierens funksjon og ansvar. Deretter kommer vi til å redegjøre for vår forståelse for begrepene kompetanse og læring. Dette er komplekse og utfordrende begreper som krever at vi utdyper disse. Vi har valgt å bruke Skau, Eraut og Dewey som teoretiske forankringer her. Deretter presenterer vi to modeller vi finner relevant oppgaven: kunnskapsbasert praksis og Dreyfusmodellen slik Patricia Benner ser den.

### 2.1 Anesthesisykepleie

En anesthesisykepleier har mastergrad eller videreutdanning i anesthesisykepleie. Anesthesisykepleie som fag er avgrenset og definert. Likevel kan jobben sies å være kompleks. Kunnskap hentes fra ulike fagretninger, det stilles krav til fleksibilitet og faglig kompetanse. Anesthesisykepleieren står ofte som eneste anestesikyndige person hos pasienten og styrer selvstendig anestesiforløpet. Det er nødvendig å kunne forutse og vurdere komplikasjoner, samt iverksette tiltak umiddelbart og begrunne disse (Bruun, 2015). En anesthesisykepleier jobber sammen med anestesilege, samt resten av operasjonsteamet. Selv om anesthesisykepleieren selvstendig kan gjennomføre generell anestesi hos funksjonsfriske pasienter (ASA I og II), er pasientene alltid klarert av en anestesilege først. Under inngrepet skal en alltid kunne tilkalle anestesilege ved behov. Sammen med anestesilege er anesthesisykepleieren trent til å utføre anestesi til mer komplekse pasienter (ASA III og IV), samt til å selvstendig overvåke pasienter under sedasjon og regional anestesi, jfr. Norsk standard for anestesi (ALNSF og NAF, 2016).

Gjennom helsepersonelloven forplikter anesthesisykepleiere seg til å yte faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). I spesialisthelsetjenesteloven heter det at: «Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig» (Spesialisthelsetjenesteloven 1999: §3-10). Gjennom arbeidsmiljøloven skal arbeidsgiver: «Legge til rette for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid» (Arbeidsmiljøloven 2005: §4-2).

«Norsk standard for anestesi» skal ivareta pasientsikkerheten når det gjelder all anesthesiologisk virksomhet i Norge (ALNSF og NAF, 2016). En mer konkretisert beskrivelse av anesthesisykepleierens funksjon og ansvar er nedfelt i «Grunnlagsdokument for anesthesisykepleiere». Dette er retningslinjer for etisk refleksjon og klinisk kompetanse, og inneholder kompetansemål for de ulike rollene en anesthesisykepleier innehar. Blant annet heter det at anesthesisykepleieren som akademiker utviser en forpliktelse for livslang læring. I Grunnlagsdokumentet (ALNSF, 2016) står det at:

*«Anesthesisykepleiere skal som profesjonelle yrkesutøvere bidra til å heve standarden på nasjonale og internasjonale helsetjenester innen sykepleie, undervisning, ledelse, forskning og rådgivning. Overordnet mål er å sikre høy kvalitet innen anesthesisykepleiefaget og i utøvelse av anesthesiologisk virksomhet» (ALNSF 2016, s 5).*

Anesthesisykepleiere forholder seg også til «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» (Bruun, 2015). I disse retningslinjene står det blant annet i paragraf 1.3 at «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig», samt i § 1-4 «Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (NSF, 2019a).

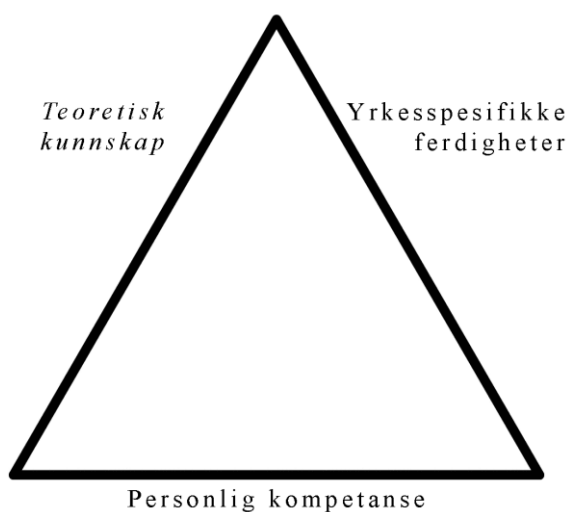
## **2.2 Begrepsavklaring**

Ved søk etter teoretisk forankring innså vi at begrepene kompetanse, læring og erfaring er utfordrende å definere. De er tolket av utallige teoretikere. I intervjuene brukte informantene begrepene kompetanse og læring om hverandre, med hyppigere bruk av læring. Vi antar at dette har sin bakgrunn i at læringsbegrepet er bedre forankret i vårt daglige vokabular. Vår forståelse av begrepene er at de er uløselig knyttet til hverandre. Vi ser på kompetanse som et resultat av læring og erfaring. Gjennom oppgaven kommer vi til å bruke begrepene alt etter konteksten de befinner seg i. Når det gjelder begrepet «videreutvikle» brukes dette bevisst. Vi tar for oss videreutvikling av kompetanse, ikke vedlikehold. Vi anser disse begrepene som å ha ulik betydning, i form av å «være på stedet hvil» eller å «se framover». Informantene vekslet mellom å bruke begrepene ledelse og arbeidsgiver. Gjennom oppgaven vil ledelse bli brukt i betydning ledelsen ved avdelingen, mens arbeidsgiver omfatter sykehuset som institusjon. Vi bruker begreper som «kompetanseutvikling» og «profesjonsutvikling» slik forfattere har brukt dem. I det følgende vil vi presentere den teoretiske forankringen til kompetanse, læring og erfaring.

### 2.2.1 Kompetanse

Under forslag til «Kriterier for spesialistgodkjenning av anestesisykepleiere» defineres kompetanse som «*de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte mål og krav*» (ALNSF, 2012, s 8).

Skau (2017) beskriver profesjonell kompetanse som de kvalifikasjoner man må ha for å mestre et yrke. Hun ser på den samlede profesjonelle kompetansen som noe kontekstuellet som kan deles i tre komponenter: teoretisk kunnskap, personlig kompetanse og yrkesspesifikke ferdigheter. Disse utgjør en gjensidig helhet og gir bare mening i en sammenheng, for eksempel en anestesisykepleier på jobb. Skau bruker det hun kaller for en kompetansetrekant for å illustrere den samlede profesjonelle kompetansen:



Figur 1: Kompetansetrekant (Skau, 2017 s 58)

Med teoretisk kunnskap menes faktakunnskap og allmenn forskningsbasert viten. Tilegnelsen av teoretisk kunnskap kan skje på ulike måter. Den kan inntas passivt, uten kritisk vurdering fordi den eksempelvis presenteres av en autoritet, den kan pugges for å huske noe kortvarig, eller en kan stille seg kritisk til ny kunnskap gjennom å overprøve den. Yrkesspesifikke ferdigheter dreier seg om de praktiske ferdigheter som særpreger et yrke. Personlig kompetanse er den delen av den profesjonelle kompetansen som er vanskeligst å beskrive. Det handler om hvem vi er som personer, men også om hvordan vi lar andre være i nærvær av oss.

Hvor langt en kommer med sin teoretiske og praktiske kompetanse vil være basert på den personlige kompetansen. Personlig kompetanse er tett knyttet til individet, men kan deles med andre (Skau, 2017).

### **2.2.2 Læring og erfaring**

Det finnes mange ulike læringsteorier. Felles for både klassiske læringsteorier og behavioristene var at læring blant annet ble framstilt som en passiv eller mekanisk prosess. (Phillips og Soltis, 2000). De følgende teoriene baserer seg på individuelle- og sosiokulturelle perspektiver som sier at den lærende må gjøre noe aktivt selv.

Michael Eraut definerer læring som:

*“Learning is the process whereby knowledge is acquired. It also occurs when existing knowledge is used in a new context or in new combinations: since this also involves the creation of new personal knowledge, the transfer process remains within this definition of learning” (Eraut, 2000, s 114).*

Eraut (2004, 2007, 2008) sier at læring må ses både i et sosiokulturelt og et individuelt perspektiv. Hvordan læring skjer må ses i sammenheng med det sosiale samspillet med andre, den konteksten læringen befinner seg i og individuell tolkning. Det dreier seg om hva den enkelte bringer med seg inn til situasjonen i form av å være seg selv, den enkeltes evner og forståelse. Ifølge Eraut (2000, 2007) er konteksten sosialt konstruert. Læring foregår alltid i en bestemt kontekst, det innebærer ikke bare sted og hvilken aktivitet det dreier seg om, men også de sosiale relasjonene som ligger til grunn. Mye kunnskap tilegnes uformelt sammen med andre, en er ofte ikke klar over at dette skjer selv og kan derfor undervurdere betydningen det har. Eraut (2007) beskriver hvordan læring kan skje i yrkessammenheng. I starten handler det mye om å følge rutiner og prosedyrer, en akkumulerer svært mye erfaring, hvor ikke alt er bevisst. Gradvis utvikler denne formen for læring seg til taus kunnskap. Dette er kunnskap som kan være vanskelig å forklare for andre. Eraut (2007) viser videre til flere ulike måter en kan lære i arbeidslivet, blant annet ved å håndtere utfordrende situasjoner. Dette kan føre til økt motivasjon og selvtillit. Videre viser han til at å stille spørsmål blir sett på som en proaktiv måte å tilegne seg kunnskap. Han poengterer at å jobbe med nybegynnere kan utfordre den erfarne til å begrunne sine rutiner og handlinger, både når det gjelder å lære fra seg og for selvevaluering.

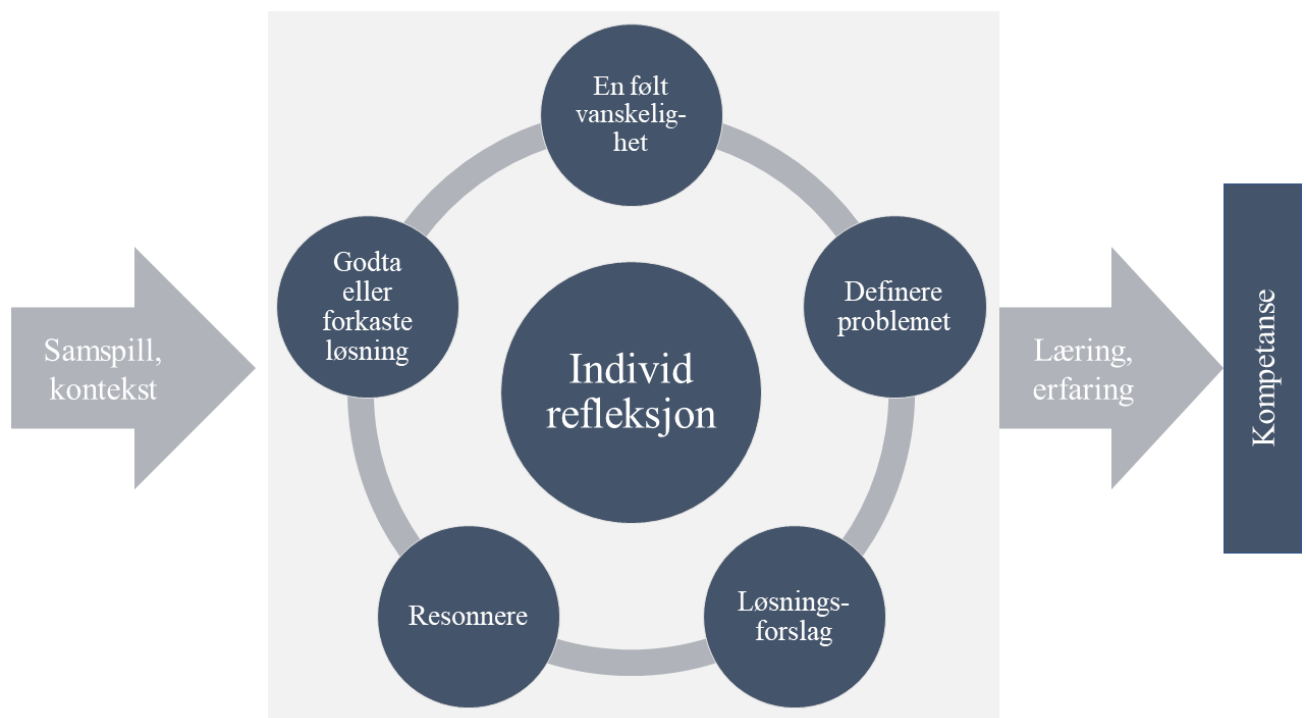
Eraut (2000) skiller mellom bevisst og implisitt læring. Den bevisste læringen dreier seg ofte om planlagte læringssituasjoner som vil kreve en viss grad av bevisst refleksjon. Den implisitte læringen er uformell og ubevisst. Dette fører ofte til «taus kunnskap», dette er en stor og viktig del av den profesjonelle kunnskapen. Situasjonens intensjon er ikke å lære, og det eksisterer ikke bevissthet rundt at læring foregår. Ifølge Eraut (2000) foregår det meste av læring, i yrkessammenheng, i uformelle kontekster. Den formelle læringen bidrar når den blir oppfattet som relevant.

Eraut (2004) ser på overførbarhet som en læringsprosess. Dette handler hvorvidt læring man har gjort i en situasjon er overførbart til en annen. Dette kan være lett, dersom situasjonen ligner situasjoner en tidligere har erfaring med, men kompleks og vanskelig dersom den nye situasjonen er ukjent. Han viser til fire variabler som er viktige for overførbarheten.

- Egenskapene av det som overføres
- Ulikhetene mellom kontekstene
- Personlige egenskaper
- Tiden og innsats som brukes til overføringsprosessen

John Dewey (1859-1952) var en amerikansk filosof og pedagog. Hans teorier er gamle, men vi finner den grunnleggende tenkningen fortsatt relevant i dag og passende for vår studie. Dewey anså tenkning og læring som en aktiv prosess hvor den lærende faktisk måtte gjøre noe selv, «Learning by doing». Man lærer gjennom å være aktiv og gjøre seg erfaringer. Erfaringsbegrepet står sterkt hos Dewey (Phillips og Soltis, 2000). Ifølge Boydston (2008) beskriver Dewey to prinsipper som er viktig for tilegnelse av erfaring: kontinuitet og samspill. Disse må ses i en sammenheng og er en livslang prosess. Erfaring og læring skjer gjennom at man bygger videre på det man allerede har lært og erfart. Gjennom kontinuitet vil tidligere erfaringer legge grunnlaget for og påvirke nye erfaringer. Dette er en del av en prosess Dewey (1910) kaller «Five distinct steps in reflection». Prosessen beskrives i fem trinn: en følt vanskelighet, dens lokalisering og bestemmelse, forslag til mulige løsninger, resonnering over løsningens holdbarhet og videre observasjon og eksperimentering for å godta eller forkaste løsningen (Dewey, 1910, s. 73). Prosessen kan være nyttig når det kommer til å løse problemer og utfordringer rundt et hvilket som helst tema, det være seg hverdagsspørsmål eller forskningsspørsmål. Forenklet sett forstår vi prosessen slik at når en er satt overfor noe som er uklart eller et problem, så begynner sinnet å jobbe frem og tilbake for å vurdere elementer og problemer i situasjonen. Dette settes opp mot det som tidligere er lært og erfart,

for på den måten å resonnerer seg fram til mulige svar eller løsninger. Dette kan føre til læring og erfaring, mens resultatet av prosessen vil kunne være kompetanse. Prosessen påvirkes av kontinuiteten i erfaringen, refleksjon og individet selv, samt det sosiale samspillet og konteksten. Dette gjør at den ikke er en standardoppskrift, men vil kunne arte seg forskjellig avhengig av personer og kontekst (Boydston, 2008). Vi forstår Dewey slik at det kan være varierende grad av refleksjon til stede. Reflekterende tenkning kan være en krevende prosess og det kan være fristende å bestemme seg for første og beste løsning. Dette kaller Dewey ukritisk tenkning med et minimum av refleksjon (Dewey, 1910). Vi er oppmerksomme på at dette er en svært forenklet beskrivelse av «Five distinct steps in reflection», men vi finner den gjenkjennbar, og mener dette er en god beskrivelse av hvordan sinnet jobber for å løse en utfordring, og hva som påvirker dette. Vi har valgt å fremstille prosessen, slik vi tolker den, i følgende modell:



Figur 2: Five distinct steps in reflection

Ifølge Phillips og Soltis (2000) sier Dewey at ved å stå overfor problemer knyttet til noe vi har interesse for eller gjennom å utløpe fra situasjoner vi har erfaring fra, vil sinnet stimuleres til tenkning. Det at man allerede har litt erfaring om noe vil gjøre læringsprosessen enklere og mer interessant for den lærende. Problemene framstår dermed som meningsfylte og løse, dette



stimulerer til aktivitet og engasjement og vil fremme læringen. Dewey avviser ikke teoretisk læring, men kaller det for tyngende kunnskap dersom det mangler meningsfylte problemstillinger å knytte den til. Dewey anser læring som tilfeldig i hverdagslige sammenhenger. Læring kan skje uten at situasjonen er organisert for det (Säljö, 2013).

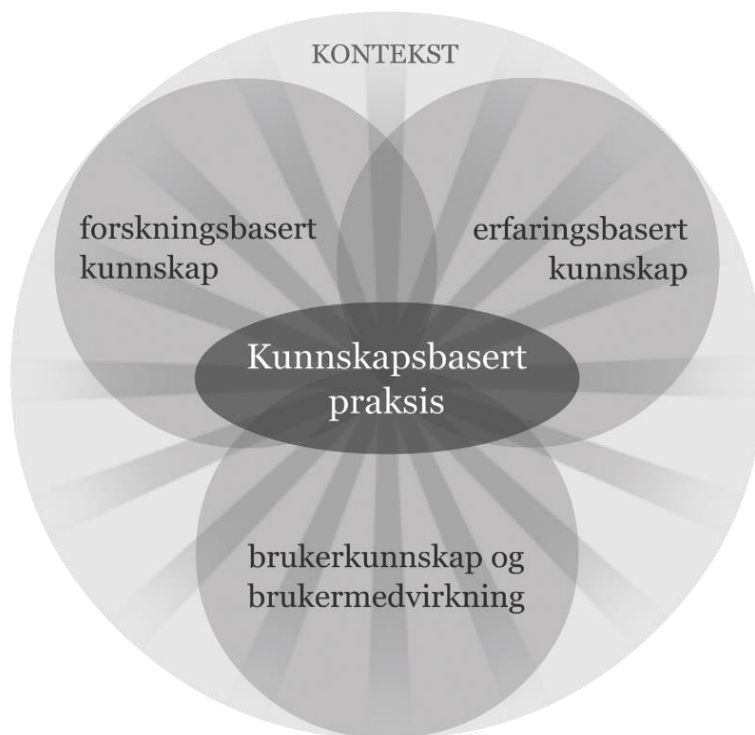
### **2.3 Kunnskapsbasert praksis**

I Norsk sykepleierforbunds prinsippprogram for 2019-2023 heter det om sykepleietjenesten at: «*NSF mener at sykepleiepraksis skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og pasientens/brukerens behov og ønsker*» (NSF, 2019b).

Kunnskapsbasert praksis framheves flere ganger igjennom Grunnlagsdokumentet, blant annet som en del av klinikerrollen, her heter det at: «*Anestesisykepleier skal kunne videreutvikle og fremme kunnskapsbasert anestesisykepleie og bidra til nytenkning og innovasjonsprosesser i klinisk praksis*» (ALNSF, 2016, s. 30).

Som nevnt innledningsvis er anestesisykepleie kompleks. Kunnskap hentes fra ulike fagretninger, og det stilles krav til fleksibilitet og faglig kompetanse (Bruun, 2015).

Kunnskapsbasert praksis innebærer aktiv bruk av flere ulike kunnskapskilder. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Norheim & Reinar (2017, s. 17) definerer kunnskapsbasert praksis på følgende måte: «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen». Kunnskapsbasert praksis tydeliggjøres i følgende modell:



Figur 3: Modell for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et. al. 2017, s 16)

Nortvedt et. al. (2017) beskriver de ulike kunnskapskildene i modellen som at den forskningsbaserte kunnskapen skal være rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser. Den skal kunne fungere som veiviser i praksisnære og pasientnære situasjoner. Den erfaringsbaserte kunnskapen omtales som hjørnesteinen innen sykepleie. Dette er kunnskap man tilegner seg gjennom praksis. Med brukerkunnskap og brukermedvirkning menes at pasientens syn, så langt det lar seg gjøre, skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger tas. I denne oppgaven ser vi på anestesisykepleiernes videreutvikling av faglig kompetanse. Vi velger derfor å ikke diskutere brukerkunnskap og brukermedvirkning i denne omgang. Vi anser pasientens trygghet som det viktigste målet for alt vi gjør i klinisk praksis.

Ifølge Nortvedt et. al. (2017) er kunnskapsbasert praksis viktig for å bygge bro mellom forskning og praksis. De ulike elementene må integreres i praksis, samt settes i sammenheng med den konteksten man er i. Konteksten vil være påvirket av kultur, klinisk erfaring, etiske vurderinger, politikk og ellers de rammene man jobber innenfor. Bruun (2015) sier at kunnskapsbasert praksis er grunnlaget for at anestesisykepleieren kan utøve sitt fag på en forsvarlig måte. For å jobbe kunnskapsbasert forstår vi det slik at anestesisykepleierne må kombinere forskningsbasert- og erfaringsbasert kunnskap i møte med den enkelte pasient.

## 2.4 Patricia Benner

Patricia Benner har gjennom intervju kartlagt sykepleieres erfaringer fra praksis. Hun viser til eksempler hvordan sykepleiere over tid videreutvikler sin erfaring, og dermed gradvis oppnår en større grad av ferdigheter og kompetanse (Benner, 1995).

Benner (1995) bruker brødrene Dreyfus sin modell for å beskrive ferdighetsnivåer i yrket. Gjennom Dreyfusmodellen viser Benner hvordan klinisk utøvelse av sykepleie utvikler seg gjennom økt viten og kunnskap. Modellen har fem ferdighetsnivåer, hvor det illustreres hvordan kompetansen videreutvikles gjennom yrkeslivet. Modellen er situasjonsorientert, og vektlegger i liten grad individets egenskaper. En viktig antagelse i Dreyfusmodellen er at ferdighetene endres med erfaring og mestring. Dette medfører igjen forbedring. Benner beskriver de fem ferdighetsnivåene innen sykepleie slik:

Novisen kjennetegnes ved å ha lite eller ingen erfaring med situasjonen en står ovenfor. Novisen handler ut fra innlærte regler, prosedyrer og den teoretiske kunnskapen en innehar. En er lite fleksibel i å kunne vurdere situasjonen, og tilpasse tiltak og handlinger. Den typiske novisen er sykepleierstudenter, men også sykepleiere som står ovenfor kliniske tilstander en ikke har noe erfaring med.

En avansert nybegynner kan prestere en tilnærmet akseptabel innsats. Den avanserte nybegynner konsentrerer seg i likhet med novisen om å utføre oppgaver ut fra blant annet prosedyrer, men har tilegnet seg noe mer erfaring, og kan dermed kjenne igjen noen faktorer i situasjoner.

Den kompetente sykepleier blir beskrevet som en som har vært i noenlunde samme arbeidsforhold i to-tre år. Sykepleieren lar handlingene styres av langsiktige mål og planer, som denne er bevisst på. Bevisst og veloverveid planlegging kjennetegner dette ferdighetsnivået, og bidrar til organisering og effektivitet i arbeidet.

Den kyndige sykepleier oppfatter situasjoner som en helhet, og fornemmer betydningen av situasjonen i en sammenheng. Sykepleieren vet av erfaring hvilke typiske ting som kan oppstå i en gitt situasjon, og planlegger som en følge av dette. Sykepleieren er ofte i stand til å gjenkjenne tegn på forandring i pasientens tilstand, før det er objektive tegn til stede. Normalt har den kyndige sykepleier jobbet i 3-5 år ved samme arbeidsplass.

Eksperten har ikke behov for å ta i bruk analytiske prinsipper for å omsette sin forståelse i en situasjon til handling. Ekspertsykepleieren har gjennom erfaring fått en intuitiv forståelse av situasjoner, og kan kjennetegne problemer uten å bruke tid på overveielser av alternativer. Sykepleieren handler ut fra en dyp forståelse av totalsituasjonen.

## **2.5 Tidligere forskning**

Etter rådføring med bibliotekar er det utført systematiske søk i Cinahl, Cochrane, Swemed og Medline med utgangspunkt i PS-modellen, utviklet av McMaster university. Metoden tar utgangspunkt i populasjon og situasjon, den er velegnet som søkemetode for kvalitative oppgaver (McMaster university, 2019). Søkene ble utført i august 2019 og mars 2020, ved hjelp av bibliotekar. Søkeresultatet ble begrenset til skandinaviske språk, samt engelsk. I tillegg er det gjort en rekke frisøk. Gjennom artikkelsøkene fant vi lite forskning som omhandlet hvordan anestesisykepleierne selv opplever at de videreutvikler sin faglige kompetanse. Flere studier omhandlet sykepleiere og kompetanseutvikling. Vi fant også en rekke studier som omhandlet sykepleierstudenter på grunnstudiet og under spesialisering, ofte rettet mot simulering. Tidligere forskning er valgt ut på bakgrunn av relevans, for å kunne forstå, forklare og analysere resultatene.

En finsk systematisk oversiktsartikkel tar for seg hvordan arbeidsbasert læring hos sykepleiere foregår. Dette beskrives som uformell læring som skjer i arbeidsmiljøet i interaksjon med andre. Arbeidskulturen har betydning, og en arbeidskultur som støtter arbeids-basert læring sikrer profesjonell kompetanse blant sykepleierne. Studien viser at mye av læringen foregår på arbeidsplassen. Hvordan området er fysisk og hvordan arbeidsoppgaver er fordelt vil ha betydning for læringsmulighetene. Ledelsen har mye ansvar, mangel på støtte fra dem blir sett på som det største hinderet for arbeidsbasert læring. Videre avdekket de at sykepleierens personlighetstrekk vil ha betydning (Nevalainen, Lunkka & Suhonen, 2018). Denne studien tok imidlertid for seg sykepleiere generelt, ikke anestesisykepleiere spesielt. I en amerikansk kvalitativ studie var hensikten å forstå og beskrive hvordan erfarne anestesisykepleiere, alle med mer enn fem års erfaring, opplevde å lære. Også her ser man på erfaringslæringen gjennom praktisk arbeid som viktig. Studien viser at læringen skjer i et mønster på tre nivåer: søke etter grunnleggende informasjon, praktisere og utvikle selvtillit. Den grunnleggende kunnskapen er svært viktig, den opparbeides gradvis og glemmes ikke. Den overføres til klinisk praksis gjennom «å gjøre». Det hjelper ikke med bare teori, det må sitte i hendene. Anestesisykepleierne finner deretter sin måte å gjøre ting på, strukturen rundt praksis er

individualisert. Så utvikles selvtillit, noe som gjør at de fleste klarer å jobbe raskt, effektivt og komfortabelt i de fleste situasjoner. Å lære og å gjøre kan ikke ses separat (Wren, 2001). En kvalitativ studie fra Australia omhandlet anestesisykepleieres opplevelse av å lære gjennom tverrfaglig simulering med operasjonsteamet. Studien viste at de praktiske ferdighetene og det å respondere på akutsituasjoner lot seg overføre til praksis. Dette økte anestesisykepleierens selvtillit og evne til å si ifra. Simuleringen måtte utføres i et miljø så likt som mulig til virkeligheten. Imidlertid var et viktig funn i studien at ikke alle deler av simuleringen lot seg overføre til praksis. Teamsamarbeidet, i form av den enkeltes holdning og oppførsel lot seg vanskelig overføre. Dette ville kreve endring i tankemønster og oppførsel hos teammedlemmene. Studien understreket at dette hadde med sammenheng med rutiner og roller i operasjonsavdelingen å gjøre. Et annet funn i studien var at selv om man simulerte så viste det seg at tilbake i hverdagen var det fortsatt tids- og produksjonspresset som var styrende. Dette var hemmende når det kom til å kunne overføre alle deler av simuleringen til praksis (Armour, Ford & Rasmussen, 2019). Dahlen, Melbybråten og Farmen (2013) har skrevet en artikkel om læring av simulering. I likhet med Armour et al. (2019) understreker de at anestesisykepleiere lærer gjennom å simulere mest mulig virkelighetstro scenarier. Dette innebærer også å ikke kjenne til hva som skal simuleres på forhånd. Avklaring av roller før simulering framheves som viktig. Armour et al. (2019) så på simulering innad i operasjonsteamet. Dahlen et al. (2013) sine informanter påpekte at de ikke hadde behov for å simulere med operasjonssykepleiere og kirurg på kritiske hendelser på operasjonsstua. Dette var fordi de ulike faggruppene hadde egne oppgaver.

Både Nevalainen et. al. (2018), Wren (2001) og Armour et. al. (2019) vektla erfaringsbasert læring. Den forskningsbaserte kunnskapen ble ikke framhevet som en aktiv del av sykepleierens jobb. Averlid (2017) har sett på norske anestesisykepleieres oppfatning av profesjonell utvikling og forskning på arbeidsplassen, samt hvordan produksjonspresset kan påvirke dette. Resultatene viste at høyt produksjonspress var en barriere for profesjonell utvikling. Undervisning ble ofte utsatt til fordel for produksjon. Resultatet viste at anestesisykepleiere ville opprettholde kompetansen for å utføre en jobb av god kvalitet. Studien viste manglende interesse og motivasjon for å videreutvikle kompetansen sin, informantene oppga å være fornøyd med å vedlikeholde denne, dette fant forfatteren bekymringsfullt. Studien fant at det er behov for endringer slik at anestesisykepleiere får mulighet til å utvikle seg profesjonelt, og får den motivasjonen og kompetansen som trengs, også til å jobbe med forskning. Averlid påpeker, som Nevalainen et. al. (2018), at ledelsen har

et viktig ansvar når det gjelder å motivere og tilrettelegge for sykepleierne. Studien avdekket et behov for mer forskning rettet mot hva anestesisykepleierne mener er viktig for dem når det gjelder å bli mer engasjert i å utvikle seg profesjonelt, samt motiveres til å jobbe med forskning. Artikkelen er fra 2017, men studiet ble gjennomført i 2008. Forfatteren påpekte at det ville bli interessant å se om overgangen fra videreutdanning til mastergrad ville bidra til større interesse og motivasjon for profesjonell utvikling og forskning (Averlid, 2017). Hjelen og Sagbakken (2018) har gjennomført en kvalitativ studie av operasjonssykepleiere i Norge. Hensikten var å få innsikt i operasjonssykepleiernes forståelse av konseptet kunnskapsbasert praksis, og hvilke erfaringer de hadde med å jobbe kunnskapsbasert. De fant at operasjonssykepleierne manglet tid og kompetanse til å jobbe kunnskapsbasert. I tråd med Averlid (2017) ble også dette satt i sammenheng med lavt personlig- og organisatorisk engasjement og struktur. I likhet med Armour et. al. (2019) og Averlid (2017) fant også Hjelen og Sagbakken at produksjonspress var en viktig barriere. Dette, samt lite kunnskap rundt det å søke etter og lese fagartikler var hemmende faktorer. Det ble funnet at det kreves holdningsendring for å ivareta elementene kunnskapsbasert praksis består av, samt at det er behov for mer opplæring og oppfølging.

### **3 Metode**

I dette kapittelet ønsker vi å redegjøre for den metodiske tilnærmingen vi har valgt. Vi vil begrunne valget av denne og det vitenskapsteoretiske grunnlaget for oppgaven. Deretter vil vi diskutere vår forforståelse og hvordan dette kunne påvirke arbeidet, samt redegjøre for utvalgsprosessen, innsamling av data og analyseprosessen. Avslutningsvis vil vi presentere forskningsetiske overveielser og metodevurderinger.

#### **3.1 Design**

Det er problemstillingen som avgjør hvilken metode som brukes. Metoden er retningslinjen for hvordan prosjektet skal gjennomføres og vil være studiets design. Dette er grunnlaget for utvalg og analyseopplegg (Thagaard, 2018). Hensikten med prosjektet er å innhente kunnskap om hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse. Vi har valgt å bruke en kvalitativ utforskende metode. Ifølge Malterud (2017) er dette en velegnet metode når en skal forsøke å få fram mangfold, nyanser og subjektive erfaringer hos informantene. Gjennom intervjuer vil man kunne få innsikt i deres opplevelser, synspunkter og selvforståelse (Thagaard, 2018). Prosjektet er basert på en induktiv tilnærming. På denne måten jobber en med å trekke slutninger fra informantenes erfaringer. Virkeligheten kan forstås slik det enkelte mennesket oppfatter og erfarer den (Malterud, 2017).

Thagaard (2018) beskriver kvalitative metoder som fleksible forskningsopplegg. Med dette menes at det kan være nødvendig å revidere prosjektet underveis, både design og problemstilling. Når man innhenter kunnskap som omhandler erfaringer og holdninger må man være åpen for å gjøre endringer underveis. I løpet av analyseprosessen så vi at vår forforståelse ikke var tilstrekkelig med tanke på funnene i datamaterialet. Revurdering av forskningsspørsmål og oppdaterte litteratursøk har derfor vært nødvendig.

Ifølge Thagaard (2018) er det tette bånd mellom vitenskapsteoretisk posisjon og forskningsmetode. Vitenskapsteorien vil danne grunnlaget for den forståelsen vi som forfattere utvikler gjennom forskningsprosessen. Vi finner det derfor nødvendig å begrunne det vitenskapeteoretiske ståstedet for prosjektet.

### 3.2 Vitenskapsteori

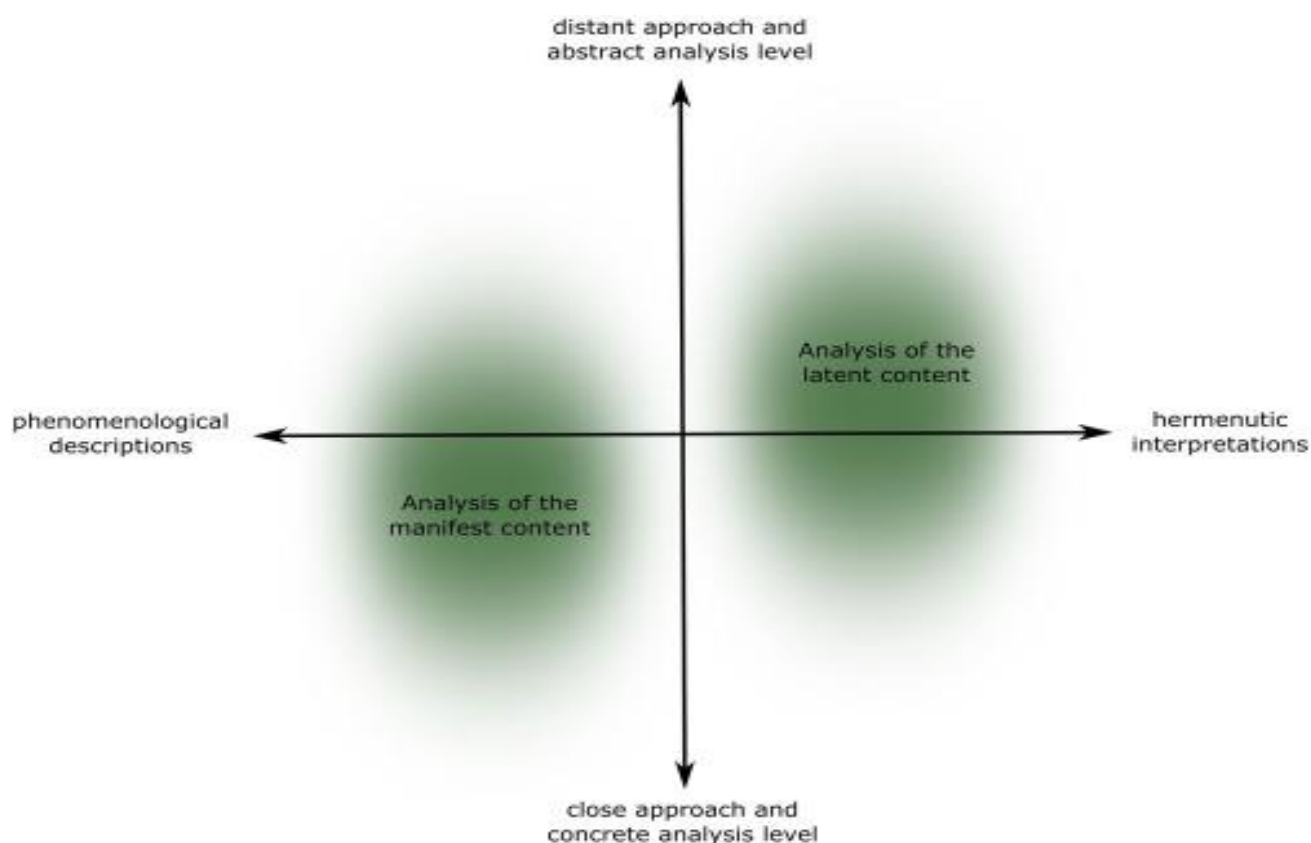
Det vitenskapsteoretiske ståstedet vil ha innvirkning på hvordan vi oppfatter, reflekterer og tolker verden. Det vil kunne ha betydning for hvilken informasjon vi som forfattere leter etter og hvordan vi tolker denne (Thagaard, 2018).

Epistemologi og ontologi er overordnede vitenskapsteoretiske rammer. En epistemologisk hovedantagelse er at virkeligheten er et samspill mellom forsker og den som forskes på. Funnene vil være et resultat av dette samspillet. En ontologisk hovedantagelse er at virkeligheten er subjektiv. Den konstrueres mentalt av individet. Årsak og virkning er ikke avgjørende (Polit & Beck, 2017). Kvalitative studier bygger på ulike fortolkende paradigmer. Subjektet undersøkes med anerkjennelse om at verden kan oppfattes på ulike måter, avhengig av hvilket ståsted en har. Forskeren er sentral og medvirkende i forhold til hva som blir oppfattet, ut fra sitt ståsted (Malterud, 2017).

Fenomenologien er en retning under det naturalistiske paradigmet. En persons erfaringer kan gi subjektive opplevelser en dypere mening. Virkeligheten oppleves forskjellig fordi vi har ulike erfaringer (Polit & Beck, 2017). Fenomenologien har tette bånd til hermeneutikken. Hermeneutikk handler om forståelse og fortolkning (Malterud, 2017). Ifølge Thagaard (2018) legger hermeneutikken vekt på at det ikke finnes en absolutt sannhet, men at fenomener kan tolkes på ulike nivåer, og i den sammenheng vi studerer i. Opprinnelig var hermeneutikken knyttet til fortolkning av tekster. Intervjutekst kan ses på som en dialog mellom forsker og tekst.

I vårt prosjekt har vi valgt å analysere tekst ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, slik Graneheim og Lundman (2004) beskriver den. Metoden er en velegnet når man er ute etter bredde i datamaterialet. Graneheim, Lindgren og Lundman (2017) presenterer en figur som viser ulike epistemologiske tilnærminger til teksten. Figuren illustrerer at et tekstnært og manifest innhold er en fenomenologisk tilnærming, mens tekst som krever større grad av tolkning, er latent og har en hermeneutisk tilnærming. Hvor man befinner seg i modellen vil avhenge av hvor man er i analyseprosessen og hva som er hensikten med studien. Vi velger å være forsiktig med å plassere oss under en bestemt retning i det naturalistiske paradigmet. Slik vi forstår Graneheim et. al. (2017) er analyseprosessen dynamisk og de illustrerer dette gjennom en modell. Vi har jobbet med et manifest datamateriale, hvor det har vært lite behov for tolkning. Dette plasserer oss i nedre sjikt på venstre side av modellen. Prosessen har likevel vært noe dynamisk, det er derfor vanskelig å markere et endelig ståsted.





Figur 4: Illustrasjon av analyseprosessen (Graneheim et al., 2017 s 30)

Ved å intervju anestesisykepleiere ønsket vi å få fram deres erfaringer og opplevelser knyttet til videreutvikling av faglig kompetanse. I møte med informantene har vi forsøkt å være oppmerksomme på at virkeligheten kan oppfattes på ulike måter, både mellom informantene og i samspill med oss som intervjuere. Med bakgrunn i ontologiske og epistemologiske rammer erkjenner vi at vi ikke vil komme fram til en absolutt sannhet gjennom prosjektet vårt. Trolig vil vi heller komme fram til en tolkning basert på samspill og subjektiv virkelighet.

### 3.3 Forforståelse

Malterud (2001) omtaler forforståelse som «forskerens ryggsekk». Forforståelsen viser til tidligere personlige og profesjonelle erfaringer, det dreier seg om den kunnskap og de forestillinger en tar med seg inn i prosjektet. Ifølge Olsson og Sørensen (2009) er det særlig viktig innen kvalitativ forskning at forskerne redegjør og er ryddig med hensyn til sin forforståelse. Personlige erfaringer må ikke overstyre resultater, en må holde seg objektiv.

Utgangspunktet vårt var at vi anså anestesifaget som en kontinuerlig læringsprosess som ville kreve videreutvikling av faglig kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren. Videre hadde vi en ide om at faktorer som tid, komplekse arbeidsoppgaver og at det å jobbe mye alene vil kunne

påvirke dette. Dette var en del av vår forforståelse. Ifølge Malterud (2017) kunne dette både gi oss motivasjon til å starte og gjennomføre prosjektet. Det kunne også begrense oss ved at vi ikke var åpne for å se situasjoner fra en annens perspektiv. Våre tidligere erfaringer ville kunne påvirke hvordan vi samler, leser og tolker data.

Vi har vært nøye med å ha et bevisst forhold til vår forforståelse gjennom hele prosjektet. Som nevnt tidligere har funn i datamaterialet som ikke samsvarte med forforståelsen ført til oppdaterte litteratursøk og revurdering av forskningsspørsmål. Eksempelvis fant vi at det personlige ansvaret som en faktor for videreutvikling av faglig kompetanse ble framhevet i betydelig større grad av informantene enn antatt. Videre har det vært viktig å ha et bevisst forhold til forforståelsen med tanke på at vi har valgt å gjennomføre studiet i en avdeling vi har tilknytning til. Det er her vi har hatt alle praksisperiodene og det er her vi har vår framtidige arbeidsplass. Vi har også begge jobbet noen år som sykepleiere, og på den måten kunne ha med oss forforståelse fra andre avdelinger som kunne ha en viss overførbarhet. Ifølge Thagaard (2018) kan det å ha kjennskap til miljøet på forhånd være både en styrke og en svakhet. Vi kan delvis forstå informantenes situasjon på grunnlag av egne erfaringer. Vi kan også overse det som ikke samsvarer med vår egen erfaring. Det kan ha vært en styrke at vi under prosjektet var nye i avdelingen. Vi kunne forstå konteksten rundt informantenes arbeidshverdag i form av å være sykepleiere, men var ikke preget av innarbeidede rutiner eller sjargonger som var spesielt for avdelingen. Vi har heller ikke hatt inngående kjennskap til de eventuelle utfordringer som måtte ligge under overflaten. Videre har vi hatt lite kjennskap til informantene på forhånd grunnet rulling mellom seksjonene. Det dreier seg ikke om praksisveiledere eller personer vi har hatt mye kontakt med til daglig.

Det har vært viktig å være oppmerksomme på å ikke tillegge informantene meninger basert på hva vi ønsket å finne selv, eller relatert til egne erfaringer. Etter hvert intervju fikk informantene en muntlig oppsummering, på denne måten kunne de bekrefte at innholdet i intervjuet var oppfattet riktig av oss. Vi har lagt fram prosjektet på masterseminar i regi av universitetet to ganger. Vi har da fått konstruktive og verdifulle tilbakemeldinger fra medstudenter og veiledere. Våre to veiledere har også fungert som prosjektets øyne utad og sparringspartnere. De har kommet med viktige innspill underveis.

## **3.4 Utvalg**

### **3.4.1 Kontekst**

Studien er gjennomført på anestesivdelingen ved et universitetssykehus i Norge. Avdelingen består av anestesileger, anestesisykepleiere, assistenter og renholdere. Avdelingen er delt i flere seksjoner, etter fagområde. Eksempel på slik inndeling er seksjon for dagkirurgi og ortopedisk kirurgi. Noen av avdelingene er utposter og ikke lokalisert i umiddelbar nærhet til sentraloperasjonen. Gjennom et kalenderår bruker anestesisykepleierne å rullere på hvilken seksjon de er tilknyttet. Normalt er de da tilknyttet denne i 2-3 måneder. Hver seksjon har fagsykepleier som kun er tilknyttet den enkelte seksjon. Dagvakten starter med et kort morgenmøte, hvor en blir fordelt til operasjonsstuer. Hvor mange operasjoner som gjennomføres i løpet av dagen varierer ut fra varighet på kirurgien, og hvilke operasjoner som er planlagt. Vanligvis vet ikke anestesisykepleierne hvem de skal jobbe i team med før arbeidsdagen starter. På kveldsvakter, nattevakter og helgevakter deles det ikke opp i seksjoner, men anestesisykepleierne er den del av den generelle beredskapen på sykehuset. Da er de i beredskap for øyeblikkelig hjelp. Utenom å bidra med anestesi til operasjon og undersøkelser der narkose er tilrådet, er anestesisykepleierne deltakende i traume og stansteam.

### **3.4.2 Rekruttering av deltakere**

I kvalitative forskningsprosjekter er det ofte hensiktsmessig å bruke strategisk utvalg når en skal rekruttere deltakere. Deltakerne blir valgt ut fra de erfaringer, kvalifikasjoner og egenskaper de har, og som er strategiske for problemstillingen (Thagaard, 2018). For å gjøre et strategisk utvalg valgte vi å ha visse inklusjon- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene var anestesisykepleiere ansatt ved anestesivdelingen ved det aktuelle sykehuset, i minst 80 % stilling og i rulling mellom alle seksjoner. Vi ønsket anestesisykepleiere med ulik arbeidserfaring fra nyutdannet til pensjonsalder, samt begge kjønn. Dette for at de skulle ha inngående kjennskap til avdelingen med tanke på problemstillingen, samt at vi skulle få en variasjon i datamaterialet for å øke troverdigheten. På bakgrunn av at vi ønsket informanter som jobbet med anestesi til daglig i rullerende stilling, ble det naturlig å ekskludere ledelse og fagsykepleiere.

Som informanter ønsket vi personer som kunne representere resten av avdelingen. Vi tok høyde for å gjennomføre 6-8 intervjuer. Vi foretok en formell henvendelse til anestesivdelingen hvor vi presenterte prosjektet og ønske om å intervju anestesisykepleiere.

Vi ble oppfordret av ledelsen til å finne informanter selv, da det kunne være en mulig svakhet for prosjektet dersom disse ble håndplukket av ledelsen. Vi sendte derfor ut en formell forespørsel på e-post til alle anestesisykepleiere tilknyttet avdelingen. Vi fikk svar fra 15 stykker, både kvinner og menn med ulik erfaring. For å få et mest mulig representativt utvalg ønsket vi å intervju to stykker med 0-2 års erfaring, to med 2-4 års erfaring og to med mer enn fire års erfaring. Dette er i tråd med avdelingens inndeling av anestesisykepleierne etter nivå 1-3, man må ha jobbet mer enn 4 år for å nå nivå tre. Dette medfører blant annet at man kan ha ansvarsvakt. Noen av de som meldte seg var lik i kjønn og erfaring, vi valgte da å trekke lodd for å få et mest mulig rettferdig utvalg. Til slutt endte vi opp med en mann med 0-2 års erfaring, en mann og en kvinne med 2-4 års erfaring og to kvinner og en mann med mer enn fire års erfaring. Vi tilstrebet og få en kvinne og en mann i hver kategori, men på grunn utfordringer relatert til å kunne ta personalet ut av drift for intervju gjorde vi til slutt dette utvalget.

### **3.5 Innsamling av data**

Kvalitative forskningsintervju brukes når man ønsker å forstå menneskers livsverden. Man trenger ulike intervjuformer til ulike formål (Kvale og Brinkmann, 2018). Kvale og Brinkmann (2018, s. 357) beskriver semistrukturerte intervju som «en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet».

Semistrukturerte intervjuer kan ligne dagligdagse samtaler. At det kalles semistrukturert handler om at det hverken er en åpen samtale eller et lukket intervju basert på spørreskjema. Det brukes en åpen intervjuguide med forslag til spørsmål som er knyttet til bestemte emner en vil snakke om. Semistrukturerte intervjuer vil derfor kunne gi et særlig godt innblikk i menneskers erfaringer, holdninger og følelser (Kvale og Brinkmann, 2018). Vi anså semistrukturerte intervjuer som aktuelt for vårt prosjekt da vi ønsket å få en nyansert beskrivelse av hvordan anestesisykepleierne videreutviklet sin faglige kompetanse, så tett opp til virkeligheten som mulig.

Før vi gikk i gang med intervjuene gjennomførte vi to pilotintervjuer. Målet med disse var å forberede oss best mulig på eventuelle utfordringer som måtte komme. Vi ønsket å få trent oss i rollen som intervjuer og observatør. Pilotintervjuene ga verdifulle erfaringer når det gjaldt intervjurollen, utprøving av intervjuguiden og testing av båndopptakeren. Erfaringer som at det skulle lite bakgrunnsstøy til for å forringe lyd kvaliteten på intervjuet, gjorde at plassering

av båndopptaker ble nøye vurdert. Videre fant vi at intervjuguiden fungerte godt og ga en fin flyt i samtalen. Noen spørsmål måtte imidlertid omformuleres da de var uklare for informantene. Vi så viktigheten av stillhet for å gi informantene betegnningstid. Ved å gå for raskt videre på neste spørsmål kunne verdifull informasjon gå tapt. Vi ble også oppmerksom på å følge opp ufullstendige setninger som endte med eksempelvis «... du skjønner hva jeg mener...» eller «.. og sånn..». Dette var setninger som kunne gi mening i intervjusituasjonen, men ga et utydelig meningsinnhold under transkribering og påfølgende koding.

Vi gjennomførte seks intervjuer, men hadde mulighet til å utvide til åtte ved behov.

Intervjuene ble foretatt fra november 2019 til januar 2020, og foregikk i arbeidstiden på informantenes arbeidsplass. Intervjuene varte mellom 40 og 55 minutter. Fire av intervjuene foregikk på et egnet kontor, uten bakgrunnsstøy eller andre forstyrrelser. To fant sted på et lite kontor med betydelig bakgrunnsstøy og med preg av et noe større tidspress i avdelingen. Vi tror likevel ikke at dette har påvirket resultatet i særlig grad, da vi kom igjennom alle spørsmål uten å måtte forhaste oss og transkriberingen i etterkant var uproblematisk. Under intervjuene brukte vi båndopptaker. Dette anbefales også av Polit og Beck (2017). De fraråder å bruke notater og intervjuers hukommelse da viktige opplysninger kan gå tapt. Videre kan intervjueren bli distraheret grunnet skriving. I vårt tilfelle hadde observatør mulighet til å ta notater underveis.

Intervjuene utløp som en muntlig samtale, gjennom transkripsjon ble det overført til skriftlig form. Ifølge Kvale og Brinkmann (2018) er det flere hensyn som er viktige å ta når en overfører muntlig intervju til skrift. Transkripsjon er en fortolkningsprosess der ulikheter mellom muntlig og skriftlig språk kan gjøre ting problematisk. Ved bearbeidelsen av data er det viktig å ivareta meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte. Transkriberingen ble gjennomført kort tid etter intervjuene. Vi valgte å transkribere ordrett hva informantene sa, dette medførte at det nonverbale språket, kroppsholdning og lignende ikke ble tolket. Alt informantene sa ble nedskrevet. Videre ble det transkribert på bokmål, dette kunne medføre at nyanser ved dialekt gikk tapt. Ved noen intervju ble navn på personell nevnt, disse ble aidentifisert ved å bruke tittel allerede i transkriberingen. Alle de transkriberte intervjuene ble gjennomlest flere ganger av oss begge. Ved å transkribere intervjuene klargjorde vi intervjuene for analysen.

### 3.6 Innholdsanalyse

I arbeidet med analysen valgte vi å bruke Graneheim & Lundmans (2004) beskrivelse av den kvalitative analyseprosessen. Prosessen omfatter en systematisk bearbeidelse av de transkriberte intervjuene, og er i tråd med vår valgte forskningsmetode og vitenskapsteoretiske posisjon. Ved datasamling gjennom intervju kreves det felles forståelse og samarbeid mellom forsker og informant. Tekst basert på intervju skal være preget av en gjensidig kontekst. Ut fra dette antyder Graneheim & Lundman (2004) at en tekst har flere meningsenheter, og at det videre alltid er en viss grad av tolkning når en tekst blir undersøkt. Etter intervjuene var transkribert ble de delt inn i meningsbærende enheter. Dette beskriver Graneheim & Lundman (2004) som ord, setninger eller avsnitt som er relatert til hverandre gjennom innhold og kontekst. Videre i analyseprosessen ble de meningsbærende enhetene redusert til kondensert tekst. Kondensert tekst refererer til bearbeidelsen der de meningsbærende enhetene blir håndtert, uten at innholdet i meningen blir endret. Neste steget i analyseprosessen var å lage koder fra de kondenserte meningsenhetene. Koden er merkelapp for hva den meningsbærende enheten inneholder. Teksten ble videre bearbeidet gjennom å sortere inn i subkategori, kategori og tema. Dette var en tidkrevende prosess, hvor vi jobbet oss frem og tilbake utallige ganger, før vi til slutt sto igjen med fem kategorier og to tema. Under viser deler av analyseprosessen. Her har vi illustrert eksempler på hvordan kondensert tekst ble til subkategorier, kategorier og til slutt tema.

Kondensert meningsenhet	Subkategori	Kategori	Tema
Det blir sett på som positivt å spørre, alle lurer på noe, om du har jobbet i 2 eller 30 år.	Lærer gjennom å spørre	Engasjement og initiativ	Å ta personlig ansvar
Jeg lærer mye ved å spørre, jeg spør kirurger og operasjonssykepleiere for lære mer om inngrepet.			
Det du har gjort mye gjør deg trygg. Det er erfaringen som har lært meg det. Det er mye du ikke kan lese deg til, du må gjøre det mange nok ganger	Egen erfaring	Betydning av erfaring	
Å lære av egne erfaringer må en i dette yrket. Hvis ikke så gjør en samme feilene gjentatte ganger, da tenker jeg at du ikke har noe i yrket å gjøre			

### 3.7 Troverdighet

Hvordan en bedømmer en studie varierer ut fra hvilken metode som har blitt brukt for å komme fram til resultatet. Ifølge Graneheim & Lundman (2004) varierer dette blant annet mellom kvantitative og kvalitative studier. Begrepene validitet, reliabilitet og generalisering er knyttet til kvantitative studier, men er også brukt i kvalitativ forskning. Tradisjonelt har spørsmål om validitet, reliabilitet og generalisering blitt kritisert innen deler av den kvalitative forskningen. Bakgrunnen for dette er at den er blitt ansett for å være hemmende for den kvalitative forskningens behov for fleksibilitet (Kvale og Brinkmann, 2018). Det er forskernes oppgave å presentere studien slik at leseren oppfatter den som troverdig. Graneheim et al. (2017) viser til Rolfe (2006) som poengterer at det er leseren som bedømmer kvaliteten på en studie, og at troverdighet må prege hele studien i alle stadier. Forskeren må derfor være nøyaktig i alle ledd, og tydeliggjør for leseren begrunnelse for beslutninger som bør gjøres gjennom studien. I sin artikkel presenterer Graneheim og Lundman (2004) «trustworthiness», som er sammensatt av begrepene gyldighet (eng: credibility), pålitelighet (eng: dependability) og overførbarhet (eng: transferability) som et alternativ til å bedømme kvalitative studier. Disse tre begrepene må sees i sammenheng med hverandre. Ordet trustworthiness har vi videre valgt å oversette til troverdighet.

Gyldighet er et av begrepene som Graneheim & Lundman (2004) viser til. For at en studie skal oppleves troverdig må leseren kunne stole på at det som forskeren presenterer er gyldig. Dette omfatter tillit til valg av datasamling og analysemetode, og hvordan denne samsvarer med formålet til studien. Spørsmålet om gyldighet er derfor gjennomgående i hele studien. Hensikten med studien var å innhente kunnskap om hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse. Her beskriver og utforsker vi den enkelte anestesisykepleiers opplevelser og erfaringer. I rekrutteringen av informanter var det derfor viktig å få variasjon i kjønn og erfaring hos informantene. Troverdigheten styrkes ved at det er variasjon i utvalget, og denne variasjonen fører til mulighet for at studien blir belyst fra flere synspunkt. Hvor mye data som blir samlet inn har også betydning for om studien blir oppfattet som gyldig.

Pålitelighet omfatter at data skal oppfattes troverdig må det være de være konsistente og holdbar over tid. Endringer i forskerens oppfattelse, og endring gjennom tid kan påvirke studien. I denne studien ble intervjuene gjennomført over en begrenset tidsperiode på tre

måneder, og intervjuene ble fortløpende transkribert. Fra første intervju ble gjennomført til studien var ferdig gikk det fem måneder. Gjennom analysen jobbet vi manifest, med liten grad av tolkning. I intervjuene gjorde vi oss erfaringer, som ga oss ny innsikt i temaet og gjorde oss mer komfortable i intervjusituasjonene. Dette kan ha påvirket gjennomførelsen av de siste intervjuene (Granheim & Lundman, 2004).

Overførbarhet handler om resultatet vil være gjeldende i andre sammenhenger. Det er leseren som avgjør om studien lar seg overføre til andre sammenhenger og kontekster. Forskeren kan lette overførbarhet med å gi en detaljert og tydelig beskrivelse av kontekst, kultur, utvalg og egenskaper hos informantene. Dette i tillegg til å gi en detaljert beskrivelse av datainnsamlingen og analyseprosessen. En detaljert beskrivelse, sammen med direkte sitat fra informantene kan styrke overførbarheten (Granheim & Lundman, 2004). Dette ivaretar vi gjennom å beskrive konteksten anesthesisykepleierne er i til daglig og hele prosessen vi har vært igjennom med dette prosjektet fra begynnelse til slutt. Videre bruker vi sitater fra informantene i resultatet for å tydeliggjøre deres tilstedeværelse i materialet.

### **3.8    Forskningsetiske overveielser**

Ved oppstart av studiet søkte vi om tillatelse hos personvernombudet ved det gjeldende sykehuset om å få gjennomføre intervju med anesthesisykepleiere. Da tillatelsen forelå kontaktet vi ledelsen ved anesthesiavdelingen for å innhente tillatelse der for å gjennomføre intervjuene.

Ifølge Thagaard (2018) er det et vurderingsspørsmål hvor mye informasjon man kan gi på forhånd. Vi valgte å ikke dele ut intervjuguiden i forkant, dette kunne kanskje ført til mindre spontane og oppriktige svar. Informantene fikk i stedet generell informasjon om studien både skriftlig og muntlig. Ved rekruttering av deltakere ble det sendt ut e-post til alle anesthesisykepleierne ved avdelingen med generell informasjon om studien, hvor de som var interessert i å delta ble oppfordret til å ta kontakt med forfatterne. Før gjennomførelsen av intervjuene fikk informantene muntlig informasjon om studien, samt en gjennomgang av samtykkeskjemaet som var utarbeidet. De fikk både muntlig og skriftlig beskjed om sine rettigheter, fra retten til å trekke seg på ethvert tidspunkt, til hvordan data skulle oppbevares.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, og slettet så fort de var transkribert. Allerede ved transkriberingen ble all data om informantene avidentifisert, og hver informant ble kodet med en tilfeldig bokstav.



### 3.9 Metodevurdering

Å delta i studien var frivillig. Forespørselen ble sendt ut på e-post til alle anestesisykepleierne ved avdelingen. Ulempen med dette kan være at en kun fanget informanter som var fortrolige med å ytre sine synspunkter, samt hadde spesiell interesse for temaet. En har dermed ikke fått med seg de øvrige ansattes opplevelser og meninger. Å dele sine meninger om kompetanseutvikling kan kanskje oppleves invaderende og personlig for noen. Hvilken informasjon en eventuelt da går glipp av, og som kan føre til skjevheter i datasamlingen må ses i sammenheng med resultatet.

Ledelsen var behjelpelig med å legge til rette for intervjuene og derfor kjent med hvem som ble plukket ut som informanter. Hvorvidt dette, samt at intervjuene foregikk på informantenes egen, og vår framtidige, arbeidsplass kan ha påvirket datamaterialet er vanskelig å si. Vi opplevde ikke at det påvirket deltakerne. Temaet engasjerte og samtalen fløt fritt. Deltakerne hadde mye på hjertet og pratet seg naturlig fra emne til emne uten for mye innblanding fra intervjuer.

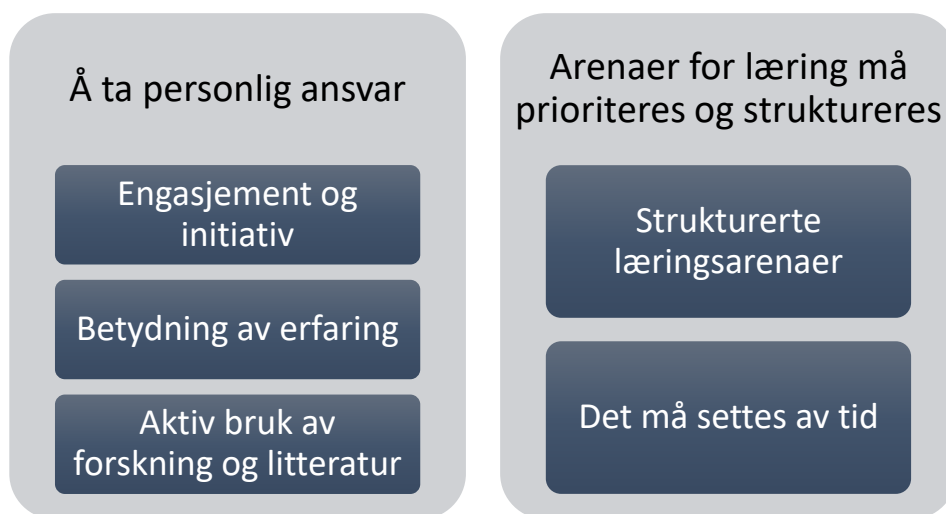
Siden emnet er stort og vi ønsket synspunkter fra flest mulig kunne det vært aktuelt å bruke fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju har en fri struktur og hovedpoenget vil være å få mange ulike synspunkter om emnet (Kvale og Brinkmann, 2018). Dette lot seg imidlertid vanskelig gjennomføre i praksis, da det ville kreve å ta ut flere anestesisykepleiere av drift på en gang. Vi gjennomførte derfor seks individuelle intervjuer. Hvorvidt dette var tilstrekkelig ville avhenge av det datamaterialet som kom ut av intervjuene. Ifølge Malterud (2017) er man kommet til et metningspunkt i datasamlingen når man opplever at det ikke tilføres mer ny kunnskap. Det kan være flere grunner til at dette skjer, blant annet dårlig intervjueteknikk eller at man ikke kjenner forskningsfeltet godt nok. Vi kan ikke si med sikkerhet at det ikke ville tilkommet ny kunnskap om vi hadde gjennomført flere intervjuer, men vi fikk et innholdsrikt datamateriale som vi anså som tilstrekkelig i denne studien.

Som uerfarne forskere tror vi at det har vært en fordel å være to. Under intervjuene har begge vært til stede, vi har byttet på å intervjuer og observere annen hver gang. Det har trolig vært med på å sikre at viktig informasjon ikke er gått tapt. Observatør har hatt mulighet til å bryte inn dersom intervjuer ikke har gått videre inn på tema som kunne være relevant. Det er brukt få, men vide spørsmål i intervjuguiden. Noen av disse ble støttet av underspørsmål, dersom vi

opplevde at intervjuet stoppet opp. De fleste informantene hadde mye å si om hvert emne og forhindret at det ble behov for å spisse spørsmålene ytterligere, noe som kunne ført til ledende svar. Datamaterialet viste seg å være preget av et manifest innhold, følgelig med behov for liten grad av tolkning. Vi erfarte imidlertid at også et manifest innhold innpakket i en ufullstendig setning kunne føre til tolkning dersom det ble tatt ut av kontekst.

## 4 Resultat

Hensikten med studiet var å innhente kunnskap om hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse. Gjennom intervjuene kom det fram at anestesisykepleierne så på dette som et gjensidig tillitsforhold mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Plikten en som arbeidstaker hadde til å videreutvikle sin faglige kompetanse, samt at arbeidsgiver skulle tilrettelegge for dette ble poengtert og gjentatt. Gjennom analysen av datamaterialet kunne vi enes om to felles tema: *Å ta personlig ansvar og arenaer for læring må prioriteres og struktureres*. Vi opplevde at disse samlet de fem kategoriene. Dette illustreres i følgende tabell:



I det følgende vil resultatene presenteres gjennom de tema og kategorier slik de framsto i datasamlingen. Sitater fra informantene vil bli brukt for å tydeliggjøre deres tilstedeværelse i materialet.

### 4.1 Å ta personlig ansvar

Gjennom intervjuene kom det fram at alle anestesisykepleierne så på videreutvikling av faglige kompetanse som et personlig ansvar. Flere av informantene henviste til at de var pålagt å holde seg oppdatert. Informant F sa:

*«Læring handler mye om personlig ansvar, det må det være»*

Informantene beskrev at de tar personlig ansvar gjennom følgende kategorier:

- Engasjement og initiativ
- Betydning av erfaring

- Aktiv bruk av forskning og litteratur

#### 4.1.1 Engasjement og initiativ

Informantene poengterte det å ta initiativ og være engasjert som avgjørende for å videreutvikle sin faglige kompetanse. Ønsket om å føle seg trygg og komfortabel i jobben førte til engasjement og initiativ; de ønsket å gjøre en god jobb. Informantene opplevde at de jobbet mye alene, og dermed hadde mye ansvar. Selv om de alltid hadde mulighet til å kontakte anestesilege, så kunne endringer i anestesi skje fort. De måtte dermed ha kunnskap og handlekraft til å håndtere endringene. Dette innebar også kunnskap om medisinteknisk utstyr. Som informant A sa:

*«Ting skjer veldig fort innen anestesi, plutselig er det fint også blir det rødt lys og blå lys og alt lyser alle veier om noe ikke går fint».*

Å føle seg trygg i den rollen som anestesisykepleier ble sett på som svært viktig. Flere påpekte at det var viktig å kunne det en holder på med, en måtte ikke bli akterutseilt. Dette tok de ansvar for selv gjennom å aktivt oppsøke læringssituasjoner. Å være frampå og ta initiativ var viktig for å få slippe til. På den måten fikk de innarbeidet de praktiske ferdighetene slik at de «fikk det i hendene». Det kunne være mange om beinet når det kom til praksissituasjoner, hvor både anestesilege og anestesisykepleier hadde behov for å øve på det samme. Informant A sa det på denne måten:

*«Det er mange nye leger, de har førsterett på intubering og vi blir skjøvet litt i bakgrunnen, men en får bare bruke albuen. Den som intuberer en gang i halvåret, blir ikke akkurat så veldig god på det».*

Flere av informantene beskrev at man ikke måtte være beskjeden, men ta sin plass gjennom blant annet å «bruke albuen» og «være på hugget». Dette gjaldt også når det kom til å spørre. Informantene forklarte at dersom de lurte på noe om inngrepet, hvis de så noen gjøre noe de ikke hadde sett før eller lignende så spurte de. Det ble påpekt at man ikke måtte spørre i tid og utid da det kunne forstyrre andres jobb, eksempelvis kirurgen som måtte konsentrere seg under operasjonen. Man måtte vite når det passet. De opplevde at det ble sett på som positivt å spørre. Som informant F sa:

*«Det blir sett på som positivt å spørre, for alle lurte på noe, enten de har jobbet i 2 eller 30 år».*

Informantene oppga å spørre både anestesileger og anestesisykepleiere alt etter hvem de mente hadde mest kunnskap rundt det de lurte på. Dersom anestesisykepleieren var mer erfaren enn anestesilegen var det naturlig å spørre anestesisykepleieren. Her må det understrekes at dette ikke gjaldt akutsituasjoner hvor ansvarlig lege alltid ble tilkalt. På operasjonsstua jobbet man sjelden sammen med en annen sykepleier, der oppga informantene at det var mest naturlig å spørre legen. Andre yrkesgrupper, som operasjonssykepleiere og kirurger ble nevnt som viktige kilder for kunnskap. Informant C sa det på denne måten:

*«Jeg prøver å være aktiv der jeg er. Ikke bare dumpe ned borti hjørnet og vente til operasjonen er over».*

#### **4.1.2 Betydning av erfaring**

Å videreutvikle den faglige kompetansen gjennom erfaringer ble sett på som svært viktig av alle informantene. Herunder ble det å lære av egne og andres erfaringer, samt lære av feil beskrevet.

Å lære av egne erfaringer ble framhevet av alle informantene, både av nyutdannede og erfarne. Det kom fram at situasjoner kunne oppleves ulikt alt etter erfaringsnivå. Flere av de som var nyutdannet poengterte at det var en bratt læringskurve, men at de opplevde å bruke mer tid på eksempelvis prosedyrer og vurdere teori. En med mindre erfaring brukte gjerne lengre tid på for eksempel vurdering av luftvei. Informant E beskrev dette:

*«De som har jobbet veldig lenge har sett mange pasienter og trenger bare å kaste et blikk for å se om dette er en mulig vanskelig luftvei. Som ny har man fått vite på skolen alt man skal sjekke, så da gjør du jo det».*

En av informantene fortalte at som nyutdannet var skrekken å komme opp i noe akutt på nattevakt. Da er en kun tre stykker på jobb, og hvis de to andre var opptatt så sto du alene som anestesisykepleier. Flere informanter sa at det var når du måtte stå alene at du virkelig begynte å lære. Anestesi ble beskrevet som et fag hvor en måtte finne sin egen måte å gjøre ting på. Dette måtte gjøres gjennom erfaring. Situasjoner som kunne oppleves som spesielt for de uerfarne, ble ikke nødvendigvis oppfattet som spesielt for de med lengre erfaring som anestesisykepleiere. En informant beskrev en situasjon der en pasient hadde fått larynxspasme. Informanten fikk på forhånd en følelse av dette kom til å skje, uten å kunne sette fingeren på hva som gjorde at denne følelsen oppsto. Vedkommende forberedte seg på at

det kunne skje. Da pasienten fikk larynxspasme sto medikamentene klare og situasjonen løste seg fint. Informant B forklarte:

*«Når du får mer erfaring så går situasjonene inn i hverandre, til slutt så blir det bare «just another day».*

Der anestesisykepleierne med lite erfaring beskrev å lære i svært mange situasjoner, beskrev anestesisykepleiere på høyere nivå at en viktig del av deres kompetanseutvikling skjedde i møte med komplekse pasientgrupper og utfordringer relatert til disse. Informantene sa at med erfaring, så skapes trygghet. Informant F beskrev dette:

*«Jeg tenker på det med barneanestesi, det er jo det at du har gjort det veldig mye som gjør at du er trygg på det du holder på med, gjenkjenner ting, for eksempel spasmer, hva som måtte komme. Du må gjøre det mange nok ganger.»*

Informant F snakket om å ha «taus kunnskap». Dette ble beskrevet som kunnskap du ikke kunne ha eksamen i, men som lå klar det «i skuffene» til man hadde bruk for den. Vi forsto informanten slik at dette dreide seg om grunnleggende kunnskap som for eksempel fysiologi og patofysiologi. Når situasjoner oppstod kunne man raskt gå igjennom de innebygde skuffene og hente fram relevant kunnskap. Flere andre informanter nevnte også den grunnleggende kunnskapen som viktig for å lære av erfaringer.

Anestesisykepleierne beskrev kollegaers erfaringer som svært viktig for videreutvikling av kompetanse. Informant B understreket dette:

*«Vi lever ikke lenge nok til å bare lære av egne erfaringer, man må lære av andre sine og».*

Det kom fram at en viktig del av kompetanseutviklingen skjedde under tilfeldige møter med kollegaer. Det ble framhevet at det var en viktig og akseptert kultur i avdelingen for å diskutere fag i eksempelvis kaffe- og lunsjpauser. Informant E sa:

*«Det er generelt mye fagsnakk, både i pausen og ellers. De fleste som videreutdanner seg innen anestesi har stor interesse for faget».*

Alle informantene beskrev et fagmiljø med engasjerte kollegaer og høyt faglig nivå. Muligheten for å plutselig lære noe nytt i kaffepausen var til stede. Informant D påpekte:

*«Det diskuteres en del fag i kaffepausen. Dersom det går noe på en av stuene som kan være av interesse for andre, så snakkes det gjerne om det».*

Flere beskrev det som svært nyttig å høre på andres erfaringer. Dette ble framhevet av informant D:

*«Du hører noen fortelle om noe, så biter du deg kanskje ikke så mye merke i det der og da, men hvis du står i samme situasjonen går kanskje lyset opp litt før, var det ikke noe krøll med dette en gang...?»*

Slik vi forsto informantene hadde ikke lang erfaring betydning for de uformelle møtene. Informant F, som er en erfaren anestesisykepleier, sa at det å jobbe med «flinke folk» var viktig for egen læring. Det dreide seg ikke nødvendigvis om kollegaer med mer erfaring enn vedkommende. Dette ble beskrevet som kollegaer som satt inne med kunnskap om situasjoner eller utstyr vedkommende ikke hadde kjennskap til. Imidlertid var det å vite at de var på vakt med kollegaer med mye erfaring betryggende for anestesisykepleierne, spesielt med tanke på akutsituasjoner som kunne oppstå.

Informant D beskrev det slik:

*«Erfarne kollegaer betyr mye. Kan ikke bare være nye, det handler om trygghet, du må ha en ryggrad med folk som har stått i kriger før».*

Dette var imidlertid ikke ensbetydende med at det var likegyldig hvem du jobbet sammen med. Flere oppga at de samarbeidet bedre med noen enn med andre.

Å lære av feil ble sett på som viktig. Det ble påpekt at alle kom til å gjøre både en og to og flere feil gjennom karrieren. Man måtte evne å se sine egne feil for på den måten å unngå å gjenta dem, det ble beskrevet som avgjørende for yrket. Viktigheten av å lære av feil ble knyttet til at anestesisykepleiere har et stort ansvar. Informant D beskrev dette:

*«Du blir jo bevisst ditt eget ansvar. Vi står med et stort ansvar som anestesisykepleiere, større enn vanlige sykepleiere vil jeg si fordi vi står plutselig oppi veldig akutte situasjoner og vi håndterer pasienter som ikke puster selv, fallhøyden vår er ganske stor...»*

Flere av informantene beskrev feil de hadde gjort. Alle situasjonene var knyttet opp mot pasientsikkerheten. Dette førte videre til at de ble svært skjerpet i lignende situasjoner i

ettertid. Noen av informantene hadde valgt å dele sine opplevelser med kollegaene i ettertid, slik at andre skulle kunne dra nytte av det. Informant A har jobbet i flere år, erfaringen informantene hadde med å dele feil ble beskrevet på denne måten:

*«Det er mye læring i å dele kunnskap og feil. Det er viktig å stå fram og fortelle om feil. Jeg fikk bare positive tilbakemeldinger da jeg gjorde det, både fra ledelse og kollegaer. Det var læring for meg og forhåpentligvis for kollegaene mine».*

Noen av anestesisykepleierne sa at for å tilegne seg andres erfaring, måtte man reflektere over den. Den måtte ikke tilegnes ukritisk.

### **4.1.3 Aktiv bruk av forskning og litteratur**

Flere av informantene ga uttrykk for å jobbe mer erfaringsbasert enn forskningsbasert, men viktigheten av å kombinere disse ble poengtert. Blant annet kom det fram at selv om en kan lære mye av andre, så måtte en også være frampå med å lese seg opp på ting selv. En kunne ikke alltid stole på at de erfaringene andre hadde gjort seg var den mest fornuftige måten å jobbe på eller løse et problem på. Informant E sa:

*«En skal ikke ta alt for god fisk, det er viktig å lese på ting selv».*

Det kom fram i våre resultater at informantene opplevde å jobbe i et engasjert og våkent fagmiljø. Det var generelt stor interesse for faget og rom for diskusjoner.

Flere oppga at de leste noe faglitteratur sporadisk. Blant annet ble fagbladet til fagforeningen nevnt som kilde til relevant litteratur av flere. Andre kilder til kunnskap var å søke opp forskning på internett. Dette var i hovedsak knyttet til om en lurte på noe spesifikt, eller rundt situasjoner de hadde stått i. Vi forstod at dette ikke handlet om aktive søk i databaser for å implementere forskning i praksis, men for å finne svar på egne interesser.

Informantene med mastergrad framhevet viktigheten av at forskning måtte implementeres i praksis. Informant C beskrev ledelsen som positiv og støttende til at stadig flere tar en mastergrad. Det ble imidlertid sagt at kompetansen en ervervet på forskning gjennom mastergraden ble lite brukt i etterkant. Dette medførte at mye av forskningskompetansen ble glemt. Et ønske var at det ble satt av tid slik at anestesisykepleiere med kompetanse innen forskning kunne lage ulike prosedyrer som kunne blitt anvendt i avdelingen. Informant B sa:



*«Det burde bli satt av mer tid til å bruke kompetanse som vi har på forskning. Jeg har jo glemt nesten alt, jeg bruker det jo ikke. Jeg syns ikke sykehuset investerer i det».*

Det ble påpekt at forskningskunnskapen kunne brukes til å holde avdelingen oppdatert på blant annet fagprosedyrer. Vi forsto dette både som å produsere nye fagprosedyrer, men også at prosedyrene som ble produsert som masterprosjekt ble bedre implementert.

## **4.2 Arenaer for læring må prioriteres og struktureres**

Alle informantene beskrev at videreutviklingen av den faglige kompetansen skjedde gjennom arenaer vi gjenkjente som planlagt, satt i system og tilrettelagt av arbeidsgiver. Videre var det enighet om at det måtte settes av tid. Dette førte til følgende to kategorier:

- Strukturerte læringsarenaer
- Det må settes av tid

### **4.2.1 Strukturerte læringsarenaer**

Informantene beskrev ulike arenaer vi gjenkjente som strukturerte læringsarenaer som viktig for videreutvikling av den faglige kompetansen. Arenaer som gikk igjen var simulering, undervisning, kurs, fagdager og kompetanseprogram. Flere av anestesisykepleierne trakk fram simulering som særlig viktig for videreutviklingen av kompetansen. Det ble framstilt som lett overførbart til praksis og noe som må prioriteres. Informant D sa:

*«Jeg er forferdelig glad i simulering, det gir personlig erfaring uten å gå ut over pasientsikkerheten».*

Flere sa at det simuleres jevnlig, men ikke nok. En del av simuleringen foregår i akuttmottak sammen med et tverrfaglig team som til sammen skal utgjøre traumeteamet. Disse simuleringene ble framhevet som viktige av flere, blant annet når det gjaldt å få definert sin rolle i teamet. Informant F sa at:

*«Øvelsene i mottak har vært nyttige og er blitt bedre de siste årene. Når jeg går ned i akuttmottaket nå vet jeg hva min rolle er, dette var ikke tydelig før».*

De fleste informantene nevnte sectio grad 1, hjertestans, traumemottak og mottak av kritisk sykt barn som viktige caser innen simulering. De fleste av disse foregikk i hovedsak utenfor avdelingen. Noen savnet imidlertid mer simulering med de man hadde et tett samarbeid med, for eksempel operasjonssykepleierne. Informantene fortalte at det i forbindelse med de

årlige fagdage var opplegg rundt både simulering og undervisning. Alle informantene snakket om fagdager som særlig viktig for videreutvikling av den faglige kompetansen.

Informant D påpekte:

*«På fagdager tas det opp forskjellige problemstillinger som vi ikke kommer borti så ofte, men som det er greit å trene på».*

Informant A understreket dette:

*«Fagdager er kjempebra! Det tror jeg alle setter pris på».*

Alle informantene sa at undervisning i form av internundervisning, kurs og fagkongresser/seminarer er viktig for videreutviklingen av kompetansen og at dette er noe som det må tilrettelegges for. Noen informanter ga uttrykk for at det var for lite undervisning. Å kunne reise på kurs, seminarer og kongresser utenfor eget sykehus ble beskrevet som viktig og inspirerende. Informant B understreket at:

*«Det er viktig å komme seg rundt, vi sitter ikke med fasiten her».*

Informant F sa:

*«Man lærer alltid noe på fagkongress. Også får vi jo bekreftet at vi er oppdaterte på det som skjer der ute, det er læring det også».*

Det ble sagt at avdelingen forsøkte å tilrettelegge for undervisning når det kom til eksempelvis nye prosedyrer, nytt utstyr eller framlegg av masteroppgaver. Det var også mulig å komme med ønsker om undervisning. Informantene sa at de opplevde at ledelsen så på videreutvikling av faglig kompetanse som viktig, men at manglende tid kunne være en barriere for dette.

Kompetanseportalen ble beskrevet som ulike tester som omhandler blant annet medikamenter, anesthesiapparat og annet medisinteknisk utstyr som hver ansatt må gjennomføre individuelt på nett en gang i året. Informant F forklarte:

*«Det viktigste for min kompetanseutvikling er kanskje den sertifiseringen på nett. Vi kan gå inn å se på krav til hva vi skal kunne. Jeg føler meg ajour med utstyret når vi har den».*

Noen påpekte at de likte best å jobbe med kompetanseportalen i grupper. At en er god på ulike områder ble sett på som en styrke dersom man jobbet sammen i grupper. Informantene oppga at hver og en hadde ulik erfaring, og ulike ting en hadde spesiell interesse for, og dermed tok dette med inn i situasjoner.

Flere av informantene sa at de savnet en strukturert arena for å dele små og store erfaringer, samt feil med kollegaer. Verdien av å lære sammen ble framhevet som en viktig for videreutvikling av faglige kompetanse. Informant D sa:

*«Vi kan lære av andres feil og erfaringer gjennom undervisning, dette er viktig slik at vi ikke spaserer rett uti samme situasjonen».*

Det ble poengtert at arbeidsgiver og ledelse måtte se til at det ble avsatt tid til dette. Møter med kollegaer var helst tilfeldige i pauser. Selv om disse møtene ofte var preget av fagsnakk, oppfattet vi at informantene ikke syntes dette var nok. Det ble blant annet nevnt at morgenmøtet kun varte noen få minutt. Som informant C sa det:

*«Det er feil å si at jeg misunner det, men det hadde vært kjekt å ha samme mulighet som legene har, de har et ordentlig morgenmøte». Det ble foreslått at med å utvide dette litt, så ville en ha en arena der en kunne fått delt erfaringer, gitt beskjeder i plenum og diskutert saker og ting.»*

#### **4.2.2 Det må settes av tid**

Alle informantene trakk fram «tid» som en viktig faktor for videreutvikling av den faglige kompetansen. Tid til å gå på undervisning, simulering eller kurs, tid til å sette seg ned å lese faglitteratur og forskning, samt tid til å dele erfaringer. Informant C uttalte:

*«Den vanlige arbeidsdagen gir ikke rom for strukturert kompetanseutvikling i form av å lese og sette seg inn i noe på den måten».*

Ord som «produksjon» og «programmet går som hakka møkk» gikk igjen ved beskrivelse av dagvakter. Informant F forklarte:

*«Det er noe med travelheten og måten vi jobber på av og til som du føler er nesten fabrikkpreget».*

Informantene med lang erfaring beskrev at det for noen år tilbake var mindre travle operasjonsprogram. Dette gjorde at det var bedre tid til å samle de ansatte for å eksempelvis gå igjennom nytt utstyr. Gjennom intervjuene kom det fram at videreutvikling av den faglige kompetansen var et tillitsforhold mellom arbeidsgiver og anestesisykepleier. Her ble arbeidsgivers og det personlige ansvaret poengtert. Ifølge informantene var det organisert fagdag en gang i året. Dette opplevde de som for lite, de skulle gjerne hatt mer tid avsatt i turnus. Videre ble det sagt at det var undervisning ukentlig, men ofte på utfordrende tidspunkt. De fleste poengterte at undervisningen måtte legges på tidspunkt der driften tillot at en kunne delta. Som informant E sa:

*«Om det er fullt program, og lite folk i avdelingen, så avlyses ikke operasjoner for at du skal gå på undervisning».*

Informanter sa at de ansatte ble oppfordret av ledelsen til å drive med kompetanseutvikling på rolige vakter. På denne tiden er en i beredskap, og enkelte vakter kunne være veldig rolige, mens andre travle. Dette var det imidlertid ingen struktur på, og det var alltid muligheter for å bli avbrutt underveis. Informantene bekreftet at det innimellom var tid og mulighet til å for eksempel lese eller jobbe med kompetanseprogram på rolige kvelds- og nattevakter. Flere oppga imidlertid at hvis det hadde vært travle vakter, så var det fint å kunne sitte og slappe av litt sammen med kollegaene. Bare være sosial. Dette ble sett på som viktig for arbeidsmiljøet. Flere av informantene sa at arbeidsmiljøet hadde betydning når det kom til ønsket om å videreutvikle seg. Å jobbe i et motiverende fagmiljø som man trivdes i bidro til dette. Informantene trakk fram at på vakter, utenom dagvakter, kunne de ha tid til å sammen gå gjennom utstyr og prosedyrer. Dette ble sett på som nyttig og lærerikt, da en kunne diskutere og snakke seg til løsninger. Informant A sa:

*«Så går vi inn, og gjør det sammen, det er veldig mye kjekkere. Så om du ikke får det til da, om du blir stående fast, så er det en annen som vet det. Det der med grupper, det har jeg veldig stor sans for. Ved å lære noe teknisk, eller å gjøre noe, så du kan dra nytte av det».*

Flere av informantene så et behov for mer avsatt tid til videreutvikling av faglig kompetanse. Enkelte av informantene så blant annet et behov i å lage prosedyrer på utstyr, dette var det ikke tid til. Informant B sa:

*«Når skal vi gjøre det? Det står jo pasienter og klorer på døra hele tiden. Og telefonene ringer i ett».*

Selv om hverdagen ble beskrevet som travel, oppga informantene at det ikke var noe problem å få tak i kollegaer hvis de trengte hjelp. Det var en trygghet å vite at det var folk nok på jobb til at du hadde noen tilgjengelig ved behov. Det var viktig å kunne rådføre seg med kollegaer angående pasientbehandling når man sto som eneste anestesikyndige på operasjonsstua. Hvis noe skulle gå utover anesthesisykepleierens kompetanse oppga alle at det var uproblematisk å kontakte kollegaer. Dette gjaldt ikke bare akutsituasjoner, men også dersom det var situasjoner man var usikre på og var i tvil om ens egen avgjørelse var tilstrekkelig.

## 5 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å innhente kunnskap om hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse. Dette vil vi besvare gjennom følgende tre forskningsspørsmål: «Hva skal til for at anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse?», «Hvordan lærer anestesisykepleiere av erfaring?» og «Hvordan opplever anestesisykepleiere at arbeidsplassen tilrettelegger for videreutvikling av faglig kompetanse i det daglige?»

I det følgende vil vi diskutere resultatene fra datamaterialet i lys av valgt teori og tidligere forskning. Vi velger å dele diskusjonen inn etter de tema og kategorier slik de sto fram under innholdsanalysen. Vi starter med temaet som omhandler «å ta personlig ansvar», herunder vil vi diskutere de tre kategoriene fortløpende. Dette er kategorier som besvarer to av forskningsspørsmålene: «Hva skal til for at anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse?» og «Hvordan lærer anestesisykepleiere av erfaring?». Først tar vi for oss «Engasjement og initiativ», deretter ser vi på «Betydning av erfaring» og til slutt diskuteres «Aktiv bruk av forskning og litteratur». Så går vi over på kategorien «Arenaer for læring må prioriteres og struktureres», deretter kommer vi til å diskutere kategoriene «Strukturerte læringsarenaer» og «Det må settes av tid». Oppgaven settes opp på den måten vi finner mest logisk for å få en flyt i diskusjonen.

### 5.1 Å ta personlig ansvar

Resultatene våre viste at anestesisykepleierne så på kompetanseutvikling som et personlig ansvar. Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene §1-3 som omhandler det personlige ansvaret (NSF, 2019a). At informantene la såpass stor vekt på det personlige ansvar var overraskende for oss. Vi hadde på forhånd ikke forventet at dette ville bli et eget tema. Ansvar som begrep knyttes ofte mot handlingene til den enkelte. Dette medfører et ansvar for handlingene og de eventuelle konsekvensene de måtte påføre andre. Jo større handlingsrom man har i yrket sitt, jo mer ansvar følger det med (Svensson og Karlsson, 2008). Anestesisykepleierne beskrev anestesi som et fag med mye ansvar og hvor fallhøyden kan være stor. Dette var en viktig årsak til at man selv tok ansvar for videreutvikling av den faglige kompetansen.

### 5.1.1 Engasjement og initiativ

Dewey ser på læring som en aktiv prosess, hvor en faktisk må gjøre noe selv. Dette skjer gjennom å engasjere seg (Philips og Soltis, 2000). Alle informantene viste stort engasjement og interesse for faget. Flere viste til at en som sykepleier er pålagt å holde seg oppdatert, det ble sett på som en motivasjon for å ta personlig ansvar. Nevalainen et al. (2018) viser til at når læring og profesjonsutvikling blir forstått som en livslang prosess ved arbeidsplassen, så fører dette til at de ansatte selv tar ansvar for videreutvikling.

Anestesisykepleiere jobber i et høyteknologisk miljø, hvor endringer i pasientens klinikk kan skje fort (Wren, 2001). Bruun (2015) sier at anestesisykepleiere må kunne forutse og vurdere komplikasjoner, samt iverksette tiltak umiddelbart. I intervjuene kom det fram at anestesisykepleierne opplevde å ha et stort ansvar. Wren (2001) sier at feil innen anestesi kan få store konsekvenser. Dette er et ansvar som kan motivere anestesisykepleierne til å holde seg faglig oppdatert. Våre informanter oppga å kjenne på dette ansvaret og ønsket å gjøre en god jobb. Dette kombinert med å ha kjennskap til medisinteknisk utstyr og ha en plan for uforutsette hendelser bidro til at anestesisykepleierne oppga å føle en større trygghet i faget. Skau (2017) snakker om den samlede profesjonelle kompetansen, som består av teoretisk kunnskap, personlig kompetanse og yrkesspesifikke ferdigheter. For å håndtere situasjoner som oppstår kreves det at en kombinerer disse. For informantene var det viktig å vite at de hadde tilstrekkelig med kunnskap til å håndtere ulike situasjoner og handle riktig. Eraut (2007) sier at en kan lære når en takler utfordrende situasjoner, dette mener han fører til økt motivasjon og selvtillit. Tilegnelsen av selvtillit beskrives også av Wren som avgjørende for anestesisykepleiernes læring (2001).

Anestesifaget krever at både praktisk og teoretisk kunnskap er innarbeidet. Informantene var opptatt av at de selv måtte oppsøke og ta initiativ for å få prosedyrer innarbeidet «i hendene». Dette støttes av Wren (2001) som sier at anestesisykepleiere må få prøvd seg for å få lært og innarbeidet den ikke-teoretiske delen av faget. Erfaringsbasert kunnskap blir sett på som viktig innen sykepleie. Denne kunnskapen får en gjennom å praktisere (Nordtvedt et al. 2017). Innen anestesifaget jobber leger og anestesisykepleiere tett, og skal kunne utføre mange av de samme oppgavene. Informantene opplyste at når det var mange nye leger ble de skjøvet litt i bakgrunnen, og prosedyrer som intubasjon ble ofte utført av legene. Det ble poengtert at man ikke blir god på det man gjør sjeldent. Man må gripe mulighetene en har til å få øvd. At den overlappende funksjonen mellom anestesisykepleier og anestesilege kan føre til utfordringer når det gjelder å sikre kompetansen støttes av Bruun (2015). For å få til dette

mente informantene at en måtte ta initiativ, og være på hugget. Dette slik at en selv sikret at en opprettholdt og videreutviklet det vi oppfattet som yrkesspesifikke ferdigheter (Skau, 2017).

Våre informanter sa at de aktivt stilte spørsmål dersom de lurte på noe. De opplevde at det ble sett på som positivt å spørre, og at alle lurte på noe av og til. Averlid (2017) fant i sin studie at anestesisykepleierne ofte spurte anestesilegene dersom de lurte på noe. De oppga at dette var en mulighet til å øke sin kompetanse. Hos våre informanter varierte det hvem de henvendte seg til, alt etter erfaring og kunnskap rundt emnet. Eraut (2007) støtter at å spørre er en nyttig måte å lære på. Han viser imidlertid til at enkelte sykepleierstudenter fryktet at dersom de spurte om noe som kunne oppfattes som enkelt eller dumt, så kunne dette påvirke hvordan andre så på en. De kunne dermed være tilbakeholdne med å stille spørsmål. Informantene våre oppga ikke å oppleve dette, men at de heller opplevde at arbeidskulturen var inkluderende og ingen spørsmål ble oppfattet som «dumme». Det kom fram at en måtte vite når en kunne stille spørsmål og når det ikke passet seg i situasjonen. Dette omtaler Eraut (2007) som å ha sosial kunnskap til å vite når en kan og når en ikke bør stille spørsmål.

Anestesisykepleierne oppga at erfaring hadde betydning for videreutvikling av den faglige kompetansen. I det følgende skal vi diskutere hva de vektla når det kom til å lære av erfaring.

### **5.1.2 Betydning av erfaring**

Å lære av egne og andres erfaringer, inkludert feil, ble framhevet som viktig av alle informantene. Dette ble sett på som såpass viktig at det utgjorde en betydelig del av datamaterialet vårt. Det utgjør følgelig også den lengste delen av diskusjonen og besvarer et eget forskningsspørsmål. Erfaringskunnskap omtales som hjørnesteinen innen sykepleie. Det er en viktig del av den kunnskapsbaserte praksisen (Nortvedt et. al., 2012). I det følgende vil vi diskutere resultatene som kom fram rundt det å lære av egne erfaringer, andres erfaringer og å lære av feil. Ifølge Benner (1995) har ikke alle sykepleiere mulighet til å bli eksperter. Vi antar at dette kan ha sin bakgrunn i den personlige kompetansen, slik Skau (2017) beskriver den. Underveis i diskusjonen velger vi likevel å omtale en del av anestesisykepleierne som eksempelvis «kyndig» og «ekspert» alt etter hvor vi anser at de kan plasseres på ferdighetsnivåene i Dreyfusmodellen slik Benner (1995) ser den.

Alle informantene så på det som viktig å lære av egne erfaringer, uavhengig av erfaringsbakgrunn. Hvordan de lærte ble imidlertid beskrevet ulikt alt etter erfaringsnivå. De



nyutdannede beskrev bratte læringskurver i svært mange situasjoner. Dette er forenelig med Benners forståelse av de fem ferdighetsnivåene i Dreyfusmodell, fra novise til ekspert. Her framkommer det at ferdigheter endres ved erfaring og mestring (Benner, 1995).

En av informantene beskrev det som den store skrekken som nyutdannet at det skulle dukke opp noe akutt på nattevakt som vedkommende ble stående alene med. Ifølge Benner (1995) kjennetegnes noviser ved å ha lite eller ingen erfaring i situasjonen de står overfor. Flere informanter påpekte at det var når du måtte stå alene som nyutdannet at du virkelig begynte å lære. Flere beskrev anestesisykepleie som et fag hvor man måtte finne sin egen måte å gjøre ting på, dette måtte gjøres gjennom erfaring. Dette støttes av Wren (2001) som fant at strukturene rundt praksis var individualisert. Hver fant sin måte å jobbe på. Når man er ny i yrket skjer tilegnelsen av erfaring ofte gjennom å jobbe ut fra rutiner og prosedyrer (Eraut, 2007). Dette støttes av Benner (1995) som også legger teoretisk kunnskap til grunn. En av våre informanter, som kan regnes som avansert nybegynner, beskrev dette gjennom eksempelet med vurdering av luftveier. Vedkommende hadde nok erfaring til å kunne gjøre en akseptabel jobb, men var fortsatt avhengig av rutiner og prosedyrer for å gjennomføre jobben (Benner, 1995). Det er likevel ikke slik at læringen kun skjer bevisst gjennom eksempelvis å vurdere luftveien. Eraut (2000, 2007) sier at som ny i yrket utsettes man for så mye erfaring at en del tilegnes ubevisst. Dette er viktig læring som oppstår uten at man er klar over det. Med tiden vil denne læringen gradvis gå over til å bli taus kunnskap.

En av våre informanter som kan regnes som «kyndig» sa at situasjonene gradvis med økende erfaring gikk over til å bli «just another day». Det du som nyutdannet opplevde som store utfordringer eller skremmende, gikk gradvis over til å bli en del av hverdagen. Informanten som beskrev erfaringen med larynxspasme kunne regnes som en kyndig anestesisykepleier (Benner, 1995). Vedkommende kunne ikke forklare hvorfor det oppsto en følelse om at dette kom til å skje. Ifølge Eraut (2000) kjennetegnes taus kunnskap gjennom at den er vanskelig å beskrive for andre og den er særlig framtrædende hos erfarne arbeidere. En av informantene som kan regnes som ekspert, snakket også om «taus kunnskap». Dette ble beskrevet som grunnleggende kunnskap og ble eksemplifisert med farmakologi og patofysiologi. Dette var kunnskap man ikke kunnet hatt eksamen i, «men som ligger der i den innebygde skuffen til man trenger det». Dette støttes av Wren (2001) som sier at når en erfaren anestesisykepleier konfronteres med en ny situasjon i praksis, vil vedkommende bruke sin iboende grunnleggende kunnskap. Dette er kunnskap som omhandler blant annet patofysiologi, fysiologi og farmakologi og beskrives som «the important basics». Eraut (2004) sier at en

situasjons overførbarhet til en annen vil avhenge av flere faktorer, blant annet om den nye situasjonen har noe kjent ved seg, eller om dette er komplisert og ukjent. Ifølge Benner (1995) vil ekspertene kunne havne på novisenivå dersom vedkommende står over situasjoner hun eller han ikke har noen erfaring med fra før. Eraut (2000) og Wren (2001) beskriver taus- og grunnleggende kunnskap som en kunnskap en alltid har med seg. Vi forstår det derfor slik at en anestesisykepleier på eksempelvis ekspertnivå ikke vil havne på novisenivå ved nye situasjoner i anestesisammenheng. Vedkommende har med seg mye grunnleggende kunnskap og erfaring som vil kunne overføres til den nye situasjonen. For at en erfaren anestesisykepleier skal regnes som novise må vedkommende tas ut av anestesisammenheng og inn i en helt ny setting slik vi ser det. Med utgangspunkt i modellen om «five distinct steps in reflection» (Dewey, 1910) antar vi at en erfaren anestesisykepleier som står i en akutsituasjon vedkommende aldri har stått i, raskt vil kunne reflektere og gå igjennom de «innebygde skuffene». Vedkommende vil hente fram tidligere læring og erfaring som kan settes i sammenheng med den nye situasjonen. Dette vil kunne omsettes raskere til ny læring og erfaring, som videreutvikler den faglige kompetansen. Som novise eller avansert nybegynner vil en trolig bruke mer tid på å vurdere opp mot lært teori og prosedyrer. Gjennom kontinuitet i erfaringen og samspill bygges det videre på det som allerede er lært og erfart. Dette må imidlertid ikke ses isolert fra personlige egenskaper og kontekst, som alltid vil være en viktig del av prosessen (Boydston, 2008).

Som nevnt tidligere regnes det å få de praktiske ferdighetene «i hendene» som viktig. Dette er tett knyttet til den grunnleggende kunnskapen man har med seg. Skau (2017) beskriver yrkesspesifikke ferdigheter som en viktig del av kompetansen. Slik vi forstår Wren (2001) må den grunnleggende kunnskapen komplementeres med erfaring. En leser seg opp og kan mye teori om eksempelvis barneanestesi, men for å bli god på det forutsetter det at en gjør det jevnlig. Dette påpekte også informantene. Der de nyutdannede anestesisykepleierne beskrev bratte læringskurver i svært mange situasjoner, beskrev anestesisykepleiere på høyere nivå at en viktig del av deres kompetanseutvikling skjedde i møte med komplekse pasientgrupper og utfordringer relatert til disse. Det ble beskrevet eksempel med barneanestesi, hvor erfaring ble dratt fram som viktig for tryggheten. Det ble poengtert at man ikke kunne en lese seg til alt, noe måtte erfares mange nok ganger. Denne informanten kan sies å være på ekspertnivå. Vi forstår det slik at gjennom «learning by doing» vil man gradvis kunne forflytte seg oppover på Dreyfusmodellen.

Selv om informantene så det som viktig å lære av egne erfaringer, ble også betydningen av andres erfaring framhevet. Som nevnt ser Dewey på læring som noe som kan skje tilfeldig og vektlegger det sosiale samspillet (Säljö, 2013). Dette støttes av Eraut (2000) som sier at læring i yrkessammenheng oftest skjer i uformelle, sosiale kontekster. Eraut (2008) er kritisk til deler av Dreyfusmodellen i form av at han sier den er for individualistisk. Han mener den tar lite hensyn til rammene rundt, som blant annet dreier seg om det sosiale aspektet ved læringen. Anestesisykepleierne beskrev kollegaers erfaringer som svært viktig for videreutvikling av den faglige kompetansen. Alle informantene beskrev at en viktig del av dette skjedde under tilfeldige møter med kollegaer. Det var generelt mye fagsnakk i avdelingen og man kunne plutselig lære noe nytt i kaffepausen. Nevalainen et al. (2018) viser til Bjørk (2013) som sier at slike møter skaper gode muligheter for spontane diskusjoner og refleksjon. Ifølge Dewey vil sinnet stimuleres til tenkning når man står overfor et problem eller situasjon man har interesse for (Phillips og Soltis, 2000). Informantene påpekte at de fleste som videreutdanner seg innen anestesi har stor interesse for faget. Vi antar derfor at tilfeldige møter med kollegaer vil kunne stimulere til aktivitet, engasjement og på denne måten fremme læringen.

Når det kom til akuttsituasjoner beskrev informantene at det var trygt å vite at man hadde med seg kollegaer som hadde «stått i kriger før». Ifølge Benner (1995) vil ekspertene kunne fungere som rådgivere for andre sykepleiere. Slik vi forstår Eraut (2007) vil det å stå i, eksempelvis, en akuttsituasjon med en ekspert kunne gjøre at en får innsyn i dennes tause kunnskap. Som tidligere nevnt er dette kunnskap som er vanskelig å beskrive for andre (Eraut, 2000). Det vi finner interessant i vårt datamateriale er at informantene under de uformelle møtene ikke automatisk henvendte seg til en med lengre arbeidserfaring. Da handlet det mer om hvem som satt inne med eksempelvis kunnskap om situasjoner eller utstyr en selv ikke hadde kjennskap til. I akuttsituasjoner forsto vi det slik at det var erfarne kollegaer man helst ville ha med seg. Imidlertid ble det sagt at det ikke var det samme som at det var ubetydelig hvem man sto i situasjonen med. Slik vi tolker Dewey vil anestesisykepleiernes påvirkning av situasjonen, i form av å være seg selv, ha betydning (Boydston, 2008). Dette støttes av Skau (2017) som legger til at det også påvirker hvordan vi lar andre være i nærvær av oss. Dette forstår vi som at hvordan den lærende opplever samspillet med den mer erfarne anestesisykepleieren vil kunne ha betydning for læringsutbytte.

Våre informanter framhevet å lære av feil som viktig. Ansvar for anestesisykepleierne står med alene ble påpekt, det ble beskrevet at fallhøyden var stor dersom noe skulle gå galt.

Informantene beskrev feil de hadde gjort. Ifølge Dávøy (2007) er en forutsetning for å kunne forbedre seg gjennom feil, å erkjenne at jobben en har gjort ikke er god nok. Både Eraut (2000) og Dewey (Säljö, 2013) sier at man kan lære uten at situasjonen er lagt opp for det. Graden av refleksjon rundt situasjonen vil imidlertid kunne variere. Ifølge Eraut (2000) vil bevisst læring kreve større grad av refleksjon enn den ubevisste. Flere av informantene beskrev feil som var tett knyttet opp mot pasientens sikkerhet. I en akutsituasjon er det ikke tid til å stoppe opp og drive med bevisst læring slik vi ser det. Vi finner det likevel sannsynlig at man følger «Five distinct steps in reflection» i større eller mindre grad (Dewey, 1910). Hvor lang tid man bruker på dette vil som vi tidligere har vært inne på, kunne variere. Hvorvidt man lærer av situasjonen, vil kunne avhenge av grad av refleksjon. I vår studie så vi ingen forskjell på erfaringsnivå når det kom til å gjøre feil, flere oppga å ha gjort feil uavhengig av hvilket kompetansenivå de var på. Eraut (2004) sier at å overføre læring fra en situasjon til en annen vil kunne være en ukomplisert prosess dersom læringen har overførbarhet og situasjonen er kjent. Å gjøre feil som potensielt kan sette pasienten i fare gjorde inntrykk på anestesisykepleierne. Skau (2018) påpeker at dersom man har gjort feil må man forsøke å finne ut hva som gikk galt. På den måten kan nederlag omformes til læringserfaringer. Dette styrker muligheten for suksess neste gang en tilsvarende situasjon oppstår. Alle informantene oppga at hendelsene hadde gjort dem svært skjerpet i lignende situasjoner i etterkant.

Å dele feil ble sett på som viktig. Det ble framhevet at man burde stå fram og dele egne feil slik at kollegaer kunne lære av dette. Wren (2001) sier at det ikke er nok å bare ha snakket med andre om en situasjon, det må oppleves. Slik vi forstår Eraut (2004) vil det at en har det samme kunnskapsgrunnlaget og til dels også situasjonsforståelsen, kunne gi det å lære av andres feil en overførbarhet. Utfordringen er nettopp det at det dreier seg om situasjoner en ikke har vært i selv slik Wren (2001) påpeker. Ifølge Dewey vil det som gjør situasjonen interessant og motiverer til læring kunne være den grunnleggende interessen man har for anestesifaget (Säljö, 2013). Selv med det samme kunnskapsgrunnlaget og til dels også situasjonsforståelsen, så vil ferdighetsnivået til Benner (1995) kunne spille inn. Jo mer erfaring, jo flere situasjoner er det å sammenligne med. Vi antar imidlertid at når det dreier seg om anestesi som fag så vil kollegaer også med lite erfaring kunne sette seg inn i konteksten slik at den blir meningsfull. Informantene oppga å lære av situasjoner de ble fortalt. De bet seg ikke nødvendigvis merke i det der og da, men dro nytte av dersom de senere sto i en lignende situasjon. Dette beskriver Eraut (2007) som uformell læring som man

ikke nødvendigvis forstår betydningen av der og da, men som er svært viktig i arbeidssammenheng.

Praktisk og teoretisk kunnskap kan ikke erstatte hverandre, men må ses som en helhet (Wren, 2001). Dette er i tråd med den kunnskapsbaserte praksisen slik Nortvedt et al. (2012) beskriver den. Anestesisykepleierne påpekte viktigheten av å holde seg faglig oppdatert gjennom å lese forskning og faglitteratur.

### **5.1.3 Aktiv bruk av forskning og litteratur**

Anestesisykepleierens forpliktelse innen forskning og kunnskapsbasert sykepleie finner vi i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019a) og Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (ALNSF, 2016). Ifølge Nevalainen et al. (2018) har sykepleiere tradisjonelt vært sett på som passive mottakere av informasjon og instruksjon, framsatt av autoriteter. Våre informanter framsto ikke som passive mottakere av kunnskap. Selv om flere oppga å jobbe mer erfaringsbasert enn forskningsbasert, så de viktigheten av å kombinere disse.

Å jobbe kunnskapsbasert forutsetter systematisk innhenting av forskningskunnskap rettet mot bestemte mål i praksis for å forsøke å bygge bro mellom forskning og praksis (Nortvedt et al. 2012). Informantene ga ikke uttrykk for å drive med aktive søk etter forskning for implementering i praksis, som regel dreide det seg om å finne ut av et konkret problem eller utfordring. Flere påpekte at andres erfaring ikke var noe en måtte tilegne seg ukritisk, den måtte reflekteres over. Skau (2017) sier at en kan tilegne seg teoretisk kunnskap gjennom å motta den passivt og ukritisk av en autoritet, eller en kan velge å stille seg kritisk og overprøve den. Noen av anestesisykepleierne oppga å møte andres erfaringskunnskap gjennom å søke etter kunnskap dersom de var usikre på gyldigheten i det som ble gjort eller sagt. Dette tenker vi er en viktig del av prosessen for å tilegne seg nye erfaringer en kan ta med seg i praksis. Gjennom prosessen «Five distinct steps in reflection» vil en kunne lære av å stille seg kritisk og overprøve andres erfaringskunnskap (Dewey, 1910). Dette vil kunne kreve stor grad av refleksjon. Det oppleves som viktig at en reflekterer og er kritisk over praksis. Ukritisk tenkning med et minimum av refleksjon, slik Dewey beskriver det, vil trolig kunne påvirke den kunnskapsbaserte praksisen gjennom å redusere betydningen av forskningsbasert kunnskap (Dewey, 1910). Informantene oppga å søke etter kunnskap eller lese faglitteratur når det gjaldt å finne ut av ting de hadde spesiell interesse for. Dette vil kunne føre til læring og erfaring ifølge Dewey. Dersom anestesisykepleierne ikke hadde

funnet det de søkte etter meningsfullt ville det kunne dreie seg om tyngende kunnskap (Phillips og Soltis, 2000).

Selv om informantene oppga å jobbe i et fagmiljø som var aktivt og engasjerende, vil den personlige kompetanse, slik Skau (2017) beskriver den, kunne påvirke hvor aktive de selv var til å holde seg oppdatert. Averlid (2017) fant i sin studie at flere anestesisykepleiere oppga å være tilfreds med å vedlikeholde kompetansen sin, ikke videreutvikle den. Dette fant hun bekymringsfullt. Datainnsamlingen ble gjennomført i 2008 før anestesisykepleie ble en mastergrad flere steder. Averlid (2017) stilte spørsmål ved om denne holdningen ville endre seg etter at studiet ble en mastergrad. Vår studie er for liten til å kunne gi noe godt svar på dette. Ingen av våre informanter ga uttrykk for å være fornøyd med å vedlikeholde sin kompetanse. Alle framsto aktive og framtidsrettet. Flere av våre informanter med mastergrad framhevet viktigheten av at forskning måtte mer inn i arbeidshverdagen. Kompetansen fra masterutdannelsen, som gikk utover det praktiske arbeidet, måtte brukes før denne kunnskapen gikk i glemmeboken. Dette forsto vi blant annet som kompetanse til å søke etter, lese og vurdere forskningsartikler. Hjelen og Sagbakken (2018) fant i sin studie at operasjonssykepleierne synes det var vanskelig å lese og forstå forskning. Dette var noe de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap rundt eller det var en kunnskap som ikke var ivaretatt. Anestesisykepleiere som sitter på kompetanse rundt det å lese forskning, bør få muligheten til å gjøre dette i jobbsammenheng slik vi ser det. Avdelingen kan nyttiggjøre seg av dette gjennom at eksempelvis ny forskning presenteres i plenum i avdelingen. Videre framhevet informantene at forskningskunnskapen kunne brukes til å holde avdelingen oppdatert på blant annet fagprosedyrer og jobbe for å få ny kunnskap implementert. Dette er i tråd med de Yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4 (NSF, 2019a). Ifølge både Averlid (2017) og Hjelen og Sagbakken (2018) er dette et anliggende for både arbeidsgiver og den enkelte sykepleier. Overgangen til å aktivt søke etter kunnskap selv og ta ansvar for dette forutsetter en kulturell endring i organiseringen. Ledelsen kan i stor grad påvirke det gjennom handlinger og motivasjon. I våre resultater fant vi at anestesisykepleierne framhevet, det vi oppfattet som, strukturerte læringsarenaer og tid som viktige faktorer for videreutvikling av faglig kompetanse. Dette diskuteres i neste kapittel.

## **5.2 Arenaer for læring må prioriteres og struktureres**

Resultatene fra datasamlingen viste at anestesisykepleierne hadde et ønske om at arenaer for læring skulle prioriteres og struktureres. For at dette skulle la seg gjennomføre måtte det

organiseres og settes av tid. Det ble beskrevet ulike læringsarenaer som vi gjenkjente som strukturerte. Hverdagen var organisert slik at operasjonsprogrammet gikk i ett. Det var lite avsatt tid til strukturert læring. De to kategoriene under dette temaet er derfor: «strukturerte læringsarenaer» og «det må settes av tid». Dette besvares av følgende to forskningsspørsmål: «Hva skal til for at anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse» og «Hvordan opplever anestesisykepleiere at arbeidsplassen tilrettelegger for videreutvikling av faglig kompetanse i det daglige»?

### **5.2.1 Strukturerte læringsarenaer**

Informantene oppga at simulering, undervisning, kurs, fagdager og kompetanseprogram på data var viktig. Det ble ytret ønske om en arena der de kunne dele erfaringer, legge fram forskning og diskutere sammen.

Simulering ble framhevet som en viktig arena. Informantene vektla at de kunne få verdifull erfaring, uten at dette gikk utover pasientsikkerheten. Ifølge Averlid (2017) kan simulering føre til økt pasientsikkerhet og samtidig gi anestesisykepleierne mer selvtillit i utfordrende arbeidssituasjoner. Våre informanter oppga å delta jevnlig på simulering, men flere ga uttrykk for at de ønsket mer. Informantene våre opplevde at erfaringer gjort under simulering i stor grad kunne overføres til praksis. Selv om Dahlen et al. (2013) viser til at det er vanskelig å vite hvor mye av simulering som kan overføres til praksis, så hadde deres informanter nytte av erfaring gjort i simulering ved for eksempel AHLR. Armour et al. (2019) fant at anestesisykepleiere kunne oppleve frustrasjon knyttet til roller i simulering, der blant annet enkelte tok over oppgaver og ansvar som ikke var deres. Dahlen et al. (2013) oppga at informantene deres var opptatt av rolleavklaring, og at en holdt seg til den rollen en hadde. Våre informanter oppga at simuleringene hadde bidratt til bedre rolle og ansvarsfordeling i akutte situasjoner.

Armour et al. (2019) fant i sin studie at anestesisykepleierne opplevde den tverrfaglige simuleringen som nyttig. Ferdigheter som å respondere på kriser kunne i stor grad overføres til klinisk praksis. Det som var interessant var deres funn at team-samarbeid vanskelig lot seg overføre grunnet etablerte mønstre og kultur i operasjonsavdelingen. En løsning på dette var at simuleringen måtte speile virkeligheten i størst mulig grad. Dahlen et al. (2013) viser og til at simulering bør foregå i et miljø som er mest mulig lik virkeligheten. Det å simulere med operasjonsteamet var noe flere av våre informanter savnet, da dette i liten grad ble gjort. De så for seg at det kunne være nyttig å simulere med de en jobbet mest med. Dahlen et al. (2013)

fant derimot i sin studie at informantene ikke hadde noe ønske om å simulere med operasjonsteamet. Den enkeltes oppgaver og roller var allerede avklart, selv ved kritiske hendelser på operasjonssalen. Dette finner vi interessant, da vi anser at den personlige kompetansen som Skau (2017) viser til vil ha betydning for hvordan akutte situasjoner håndteres i samarbeid med andre. I et operasjonsteam er det varierende hvor mye erfaring den enkelte har, og dermed innarbeidet kompetanse til å forstå og handle i situasjoner. Dette kan sees i forhold til Patricia Benner (1995) sin tolkning av Dreyfus modellen og vår tidligere diskusjon om betydning av erfaring. Det som, ifølge våre informanter, ble simulert var i hovedsak knyttet til akutte situasjoner utenfor avdelingen. Dette er i henhold til retningslinjene i Norsk standard for anestesi, punkt 2.4, som sier at det kreves årlig ferdighetstrening på akutte hendelser (ALNSF & NAF, 2016). Vi forstår dette som et minstekrav til simulering. Flere av våre informanter ønsket mer simulering. Utover minstekravet virker det fornuftig å tilpasse simuleringen ytterligere etter erfaringsnivå og personlig kompetanse, også når det gjelder innhold og hyppighet. På denne måten vil vi argumentere for at det også kan være nyttig å simulere med operasjonsteamet.

I en simuleringssituasjon er en i et sosialt samspill med andre. Informantene oppga at det på fagdager var opplegg både med simulering og undervisning. De så på det å gå på undervisning, kurs og seminar som viktig for å videreutvikle den faglige kompetansen. Nevalainen et. al. (2018), Eraut (2000) og Dewey (Boydston, 2008) framhever alle erfaringslæringen og ikke-formell læring som viktig. Averlid (2017) fant imidlertid i sin studie at mye av kompetanseutviklingen kunne knyttes til formell læring i form av planlagte aktiviteter. Ifølge Eraut (2000) vil denne typen organisert læring kreve større grad av bevisst refleksjon enn ved uformell og ubevisst læring. Noen av våre informanter påpekte at de så på simulering og annen erfaringslæring som viktigst, andre ga uttrykk for å ønske mer undervisning, eksempelvis gjennom undervisning utenfor eget sykehus. Da kunne de få innblikk i hvordan ting ble gjort andre steder. Dette kunne få dem til å stille spørsmål rundt praksis ved eget sykehus, om denne var oppdatert og ble utført hensiktsmessig. Selv om Dewey vektlegger det sosiale samspillet som en viktig del av erfaringskunnskapen, avviser han likevel ikke teoretisk læring. Han poengterer imidlertid at denne må være meningsfull og relevant (Boydston, 2008 og Säljö, 2013). Dette støttes av Eraut (2007) som sier at den formelle læringen bidrar når den oppfattes som relevant.

Informantene fortalte at avdelingen forsøkte å tilrettelegge for undervisning. Dette er i tråd med Spesialisthelsetjenesteloven §3-10 (1999) og Arbeidsmiljøloven §4-2 (2005) som sier at



virksomheten skal sørge for at helsepersonell gis den opplæring som er påkrevet for å kunne utføre sitt arbeid forsvarlig, og at arbeidsgiver skal legge til rette for at faglig og personlig utvikling.

Averlid (2017) sier at ledelsen bør motivere til, samt etterspørre og bruke ny kunnskap. Ifølge våre informanter hadde de mulighet til å komme med ønsker om undervisning. Dette mener vi er viktig, da den enkeltes behov vil kunne variere. Vi forstår det derfor slik at gjennom å legge til rette for undervisning og oppmuntre til framlegg av for eksempel forskningsartikler og prosjekter, samt komme med ønsker til undervisning vil ledelsen kunne være med på å redusere gapet mellom forskning og praksis. Gjennom intervjuene kom det fram at informantene opplevde at ledelsen var opptatt av videreutvikling av faglig kompetanse, men at det var ulike ting som hindret dette. En barriere for dette var mangel på tid, samt produksjonspress. Dette kommer vi tilbake til i del 5.2.2.

Det kom fram at anestesisykepleierne skulle gjennom ulike kompetanseprogram i løpet av året, blant annet på medisinsk teknisk utstyr. Dette er en del av kompetansemålene som beskrevet i Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (ALNSF, 2016). Testene beskrev de som viktig for videreutviklingen av den faglige kompetansen, det var en bekreftelse på at de var oppdatert på utstyret. Dette er ifølge Averlid (2017) en vanlig ordning ved sykehus, da den gir ledelsen internkontroll på at de ansatte behersker utstyret, samt at dette igjen bidrar til pasientsikkerhet. Informantene la vekt på at disse testene krevde at de tok personlig ansvar ved gjennomførelse og registrering, dette er i likhet med hva Averlid (2017) fant i sin studie. Slik vi forstår Skaus (2017) beskrivelse av yrkesspesifikke ferdigheter, vil slike tester kunne være med å sikre at anestesisykepleierne innehar denne delen av kompetansen som trengs for å mestre yrket.

Det ble ytret ønske om en mer strukturert arena der en kunne dele erfaringer, feil og lære sammen. Å ha mulighet til å drive med videreutvikling av faglig kompetanse i fellesskap kom fram da informantene snakket om sertifisering. Flere ønsket at det ble satt av tid til å gjøre dette sammen i grupper, da de oppga at det var læring i å kunne snakke seg gjennom, og diskutere de ulike komponentene. Eraut (2004, 2007) legger vekt både på det sosio-kulturelle og individuelle perspektivet om læring. I det individuelle perspektivet så han blant annet på hva den enkelte personen tok med inn i situasjonen, som fikk en til å tenke, handle og prestere. I det sosio-kulturelle vektlegger han at kunnskap blir til gjennom en sosial prosess. Han mener at mye av kunnskapen som blir ervervet gjennom å være aktiv i sosiale

sammenhenger ofte blir oversett, da en ikke er klar over dens innflytelse på egen opptreden. På bakgrunn av dette er det interessant at våre informanter oppga å se verdien av å gjøre ting sammen. Informantene oppga at hver og en hadde ulik erfaring, og ulike ting en hadde spesiell interesse for, og dermed tok dette med inn i situasjoner. I en gruppesammenheng kan en da tenke seg at ved å kombinere de ulikes ferdigheter kan bidra til videreutvikling av kompetanse hos anestesisykepleiere. Nevalainen et al. (2018) viser til Bjørk et al. (2013) når de sier at det å ha forskjellige eller motsatte meninger kan ha en betydelig effekt på læringen og bidra til en positiv læringskultur. Dewey så på diskusjon og utveksling av argumenter som en måte å gradvis komme fram til kunnskap på (Säljö, 2013). På bakgrunn av den overnevnte diskusjonen kan det argumenteres for at formelle arenaer for å dele bør prioriteres. Anestesisykepleierens hverdag er organisert slik at de jobber mye alene, dette kommer en ikke utenom. Dette kan, slik vi ser det, styrke argumentet for at arenaer for å dele erfaring, feil og kunnskap bør struktureres og prioriteres.

### **5.2.2 Det må settes av tid**

At det ble satt av tid til å videreutvikle den faglige kompetansen ble sett på som viktig for anestesisykepleierne. Informantene beskrev operasjonsprogrammet som travelt. De med lang erfaring oppga at for noen år siden var det mindre program, og dermed mer tid til å blant annet snakke og diskutere med kollegaer. En finsk studie viser at økning i produktiviteten kan føre til barrierer for læring i jobben. Blant annet ble det vist til at interaksjoner mellom de ansatte ville bli nedprioritert, da en i større grad ville bli opptatt med et økt antall oppgaver (Nevalainen et al. 2018). Ifølge våre informanter skjedde mye av læringen i interaksjon med andre. Tid ble ikke sett på som et problem dersom man hadde behov for hjelp eller trengte noen å rådføre seg med på operasjonsstua. Det ble imidlertid sett på som en utfordring når det kom til interaksjon gjennom strukturerte møter og fora.

Det ble sagt av informantene at det var både avdelingens og den enkeltes ansvar å legge til rette for læring. Dette ble sett på som et tillitsforhold mellom arbeidsgiver og den enkelte arbeidstaker. Slik vi forstod informantene var det satt av lite tid i turnus til dette. Hjelen og Sagbakken (2018) foreslo i sin studie at det burde bli satt av tid i turnus til kompetanseutvikling. På den måten kunne muligens den enkelte oppleve å identifisere seg med sitt personlig ansvar. Dette støttes av Averlid (2017) som viser til at anestesisykepleiere var opptatt av kompetanseutvikling, men for å muliggjøre det måtte det settes av tid. De fleste av våre informanter poengterte at undervisningen måtte legges på tidspunkt der driften tillot at en kunne gå fra. Operasjoner ble ikke avlyst til fordel for undervisning. Dette viser også

Averlids (2017) studie. Hennes informanter oppga en konflikt mellom profesjonell utvikling og kravet om produksjon. Her måtte ofte den profesjonelle utviklingen vike. Amour et al. (2019) viser i likhet med Averlid (2017) til at tidspresset i en operasjonsavdeling kan være hemmende.

Våre informanter ble oppfordret til å drive med fagutvikling på rolige vakter. Da var en i beredskap og kunne ha tid til dette. Et poeng som kom fram, var viktigheten av å kunne være sosial med sine kollegaer når det var rolig på jobb. Det var det som regel ikke på dagvakter. Å kunne bruke noe tid på å være sosial med kollegaer bidro til godt arbeidsmiljø.

Jobbtilfredsheten påvirkes av forholdet til kollegaene og det kollegiale arbeidsmiljøet (Førland, Haukom & Kristoffersen, 2007). Alle informantene våre snakket i varierende grad om viktigheten av å trives i arbeidet. Vi forsto det som at ved å trives i arbeidsmiljøet motiveres en til å videreutvikle seg. Ifølge Hjelen og Sagbakken (2018) har alle et personlig ansvar for å benytte seg av de mulighetene som finnes av tid til kompetanseutvikling. Våre informanter oppga at de på rolige vakter kunne gå sammen, og gå gjennom for eksempel utstyr, dette igjen ga verdifull læring da de sammen kunne diskutere og gi hverandre feedback. Eraut (2007) vektlegger i stor grad læring i grupper, samt å jobbe sammen med andre som en måte å lære på. Han legger og til grunn verdien av å kunne gi og få feedback som viktig.

Hjelen og Sagbakken (2018) fant i sin studie av operasjonssykepleierne at de oppga mangel på tid som en barriere for å jobbe kunnskapsbasert. Gjennom intervjuene spurte ikke vi informantene direkte om kunnskapsbasert praksis, men alle var inne på elementer som kunne knyttes til dette. Våre informanter beskrev at det var lite avsatt tid til å videreutvikle den faglige kompetansen, men de framsto som bevisste sitt ansvar rundt dette. Kunnskapsbasert praksis forutsetter blant annet systematisk innhenting av forskningskunnskap (Nortvedt et al. 2017). Dette er i samsvar med, som tidligere beskrevet, Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (2016). Å skulle søke etter relevant forskningskunnskap og jobbe for å implementere denne i praksis antar vi kan være en krevende prosess. En prosess som vi tror vil kreve spesifikk avsatt tid til dette, hvor det kan jobbes uforstyrret. Dette ble også støttet av de informantene som ønsket å implementere mer forskning i praksis.

Anestesifaget er i stadig endring, dette krever som tidligere nevnt at en holder seg oppdatert (Bruun, 2015). Man må, som Hjelen og Sagbakken (2018) beskriver det, benytte seg av den ledige tiden. Dette oppfattet vi at våre informanter til dels gjorde, ofte gjennom å øve med

andre, men at de også brukte tiden på å være sosial. Vi tror det er begrenset hvor mye anestesisykepleierne har mulighet til å videreutvikle sin faglige kompetanse når det er ledig tid på vakt. Dette antar vi er tid som må ses på som et tillegg til, ikke en erstatning for, strukturert kompetanseutvikling.

### **5.3 Implikasjon for praksis**

Kunnskapsbasert anestesisykepleie krever livslang læring. Hverdagen er preget av tidspress hvor arenaer for læring ofte kan begrenses av krav om produksjon og effektivitet. Vi har derfor gått til «kilden», altså anestesisykepleierne selv, for å få vite hvordan de mener at de videreutvikler sin faglige kompetanse. På den måten kan arbeidsgiver, ledelse og andre som jobber med kompetanseutvikling få et innblikk i dette, og ta det med i betraktningen når arenaer for læring skal planlegges og organiseres. Vi håper også at anestesisykepleierne kan finne studien interessant i form av å få nye ideer og bli inspirert når det kommer til videreutvikling av faglig kompetanse.

### **5.4 Videre forskning**

Vi fant få studier som omhandlet hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse. Vår studie er liten, vi ser behov for mer utfyllende forskning rundt dette. Det kan være interessant med en større studie som omhandler hvordan anestesisykepleierne sikrer kontinuitet i den livslange læringsprosessen vi anser faget for å være. Stadig flere anestesisykepleiere har forskningskompetanse gjennom å ha fullført en mastergrad. Det kan være aktuelt med en studie for å avdekke om denne kunnskapen etter hvert vil være mer framtreddende i det kliniske arbeidet som følge av dette. Våre informanter sa at de videreutvikler sin faglige kompetanse gjennom ulike arenaer. Simulering ble beskrevet som en av de viktigste strukturerte arenaene. Vi fant imidlertid få studier som omhandlet anestesisykepleieres opplevelse av å lære av simulering. Vi forslår derfor mer forskning rundt dette, rettet mot situasjoner som er aktuelle og som ser på hvilken overførbarhet dette har til den praktiske hverdagen.

## 6 Avslutning

Hensikten med studien var å innhente kunnskap om hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse. Studien viser to tema som er viktig for dette: å ta personlig ansvar og arenaer for læring må prioriteres og struktureres.

Anestesisykepleierne i vår studie er interessert og engasjert i jobben sin, og er sitt ansvar bevisst. Dette, samt ønske om trygghet og selvtillit i jobben, er et viktig grunnlag for at den faglige kompetansen videreutvikles. Gjennom å stå i og oppsøke læringssituasjoner tilegnes yrkesspesifikke ferdigheter som gradvis videreutvikler den tause kunnskapen. Hvordan anestesisykepleierne lærer av disse situasjonene vil avhenge av erfaringsnivå, personlig kompetanse og kontekst. Anestesisykepleierne lærer i møte med kollegaer, både i jobbsituasjoner og i pauser. Den uformelle læringen som skjer gjennom tilfeldige møter, er viktig. Den ivaretas gjennom et trygt og solid fagmiljø som stimulerer til aktivitet, engasjement og diskusjon. Studien viser at kontinuitet i erfaringen og refleksjon i samspill med andre vil kunne føre til læring og erfaring med videreutvikling av faglig kompetanse som resultat.

Arbeidsgiver og ledelse kan bidra med strukturerte arenaer for læring, samt sette av tid. Anestesisykepleierne sier at de lærer gjennom undervisning, dele erfaringer og feil, diskutere, øve og simulere. Vi foreslår at dette settes i et strukturert system. Da vil den ledige tiden som brukes på vakter til å videreutvikle den faglige kompetansen komme som et tillegg til, ikke en erstatning for, strukturerte læringsarenaer.

Anestesisykepleierne i studien har interesse for forskningskunnskap, men på grunn av mangel på tid og strukturerte arenaer er ikke dette en del av den daglige jobben. Anestesisykepleiere med forskningskunnskap bør brukes for å gjøre denne kunnskapen mer synlig i hverdagen. Slik vil en være et steg nærmere å videreutvikle og fremme kunnskapsbasert anestesisykepleie.

## 7 Litteraturliste

ALNSF (2012). Kriterier for spesialistgodkjenning av anestesisykepleiere. Hentet fra:

<https://alnsf.no/dokumenter-anestesisykepleierene-nsf/fag-og-utdanning/kompetanseprogram/144-krav-til-spesialistgodkjenning-av-anestesisykepleiere-pr-2012/file>

ALNSF (2016). Grunnlagsdokument for anestesisykepleie. Hentet fra:

<https://www.alnsf.no/alnsf/grunnlagsdokument/grunnlagsdokument>

ALNSF og NAF (2016). Norsk standard for anestesi. Hentet fra: <https://www.alsnf.no>

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv (LOV-2019-06-21-25). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmiljøloven>

Armour, T., Ford, R. & Rasmussen, B. (2019). Anaesthetic nurses 'perceptions of learning during interprofessional simulation education. *Clinical simulation in nursing*, Vol. 35 (C) (5-9). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.06.001>

Averlid, G. (2017). Norwegian nurse anesthetist perceptions of professional development and the influence of production pressure. *AANA journal*, 85 (5), 345-351 Hentet fra:

[https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/norwegian-nurse-anesthetist-1017-pp345-351.pdf?sfvrsn=182c45b1\\_6](https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/norwegian-nurse-anesthetist-1017-pp345-351.pdf?sfvrsn=182c45b1_6)

Benner, P. (1995). Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo, København: Tano I samarbeid med Munksgaard.

Bruun, A., M., G. (2015). Anestesisykepleierens kompetanse. I: Hovind, I. L. (Red.), *Anestesisykepleie* (s19-39) Oslo: Akribe.

Boydston, Jo Ann (2008). *John Dewey. Volume 13: 1938-1939. Experience and education, freedom and culture. Theory of valuation and essays*. Carbondale: Southern Illinois university press.

Dahlen, S.S, Melbybråten, G. & Farnen, G. (2013). Læring av simulering. *Inspira*, 2013 (4), s 13-18. Hentet fra: <https://www.alnsf.no/inspira/2013/30-inspira-2013-4-1/file>

Dewey, J. (1910). *How we think*. DC HEATH & co., publisher. USA. Hentet fra:

[www.gutenberg.org/files/37423/37423-h/37423-h.htm](http://www.gutenberg.org/files/37423/37423-h/37423-h.htm)

Dåvøy, Grethe M. (2007). Stå ikke med hendene i lomma! Faglighet er personavhengig. I: Alvsvåg, H. og Førland, O. (Red.). *Engasjement og læring* (s 233-249). Oslo: Akribe.

Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70(1), s 113-136.

Eraut M (2004) Transfer of knowledge between education and workplace setting. I H.

Rainbird, A. Fuller & H. Munro (Red.) *Workplace learning in context* (s. 201-221). London: Routledge.

Eraut, M. (2007). Learning from Other People in the Workplace. *Oxford Review of Education*, 33, 403-422. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03054980701425706>

Eraut, M. (2008). How professionals learn through work. I Jackson, N (Red.), *Learning to be Professional through a Higher Education*. Hentet fra:

<http://learningtobeprofessional.pbworks.com/How-professionals-learn-through-work>

Førland, O., Haukom, M. & Kristoffersen, I. (2007). Jobbtilfreds og jobbtrivsel blant sykepleiere – refleksjoner og utfordringer I: H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring: Fagets perspektiver på sykepleie* (s. 251-269). Oslo: Akribe.

Gjevjon, E. R. (2020, 16. januar). Hadde Florence varme hender?

<https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien-forskning/2020/01/hadde-florence-varme-hender>

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56 (2017), 29-34. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven). (LOV-1999-0702-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hjelen, W. & Sagbakken, M. (2018). Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleien forskning* 13 (e-69422). DOI:

<https://doi.org/tid.4220/sykepleief.2018.69422>

Kvale S. & Brinkmann S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Larsen, Lill Sverresdatter (2020). Klassekampen 04.01.20.

<https://dagens.klassekampen.no/2020-01-04/stolthet-og-forbund>

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet*, 11, 483-488. 5s. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlag.

McMaster university (2019, 7 aug.). Nursing: forming questions. Hentet 21.08.19 fra

<https://hslmcmaster.libguides.com/nursing/questions>

Nevalainen, M., Lunkka, N. & Suhonen, M. (2018). Work-based learning in health care organisations experienced by nursing staff: A systematic review of qualitative studies. *Nurse education in practice* 29, 21-29 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.004>

Norsk sykepleierforbund (2019a). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:

[www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere](http://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere)

Norsk sykepleierforbund (2019b). NSF's prinsippprogram perioden 2019-2023. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/4735466/17105/Prinsippprogram>

Nordtvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart L. M. (2017). *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Cappelen Damm AS.

Olsson, H. & Sørensen, S. (2009). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo. Gyldendal akademisk.

Phillips, D. C. & Soltis, J. F. (2000). *Læring. Teorier og prinsipper for læring*. Oslo: Abstrakt forlag.



Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Säljö, R. (2013). Støtte til læring – tradisjoner og perspektiver. I R. J. Krumsvik & R. Säljö (Red.), *Praktisk-pedagogisk utdanning: En antologi* (s. 53-78). Bergen: Fagbokforlaget.

Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjenester>

Svensson, L. G. & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I A. Molander & L-I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 261-275). Oslo: Universitetsforlaget.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Wren, K. R. (2001). Learning from a nurse anesthetist perspective: A qualitative study. *AANA journal* 69 (4), 273-278 Hentet fra: [https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/learning\\_crnaperspective0801\\_p273-278.pdf?sfvrsn=78a455b1\\_6](https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/learning_crnaperspective0801_p273-278.pdf?sfvrsn=78a455b1_6)

## Vedlegg 1: Semistrukturert intervjuguide

Ønske informant velkommen og takke for deltakelsen. Presentere tema og hensikt.

Gjennomgå skriftlig samtykke, taushetsplikt/anonymisering og bruk av lydopptak.

- Hva skal til for at du videreutvikler din faglige kompetanse?
- På hvilken måte gir arbeidsdagen rom videreutvikling av faglig kompetanse?
  - *Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag?*
  - *Kan du beskrive læringsmuligheter du møter i løpet av en arbeidsdag?*
  - *Kan du beskrive hvordan det tilrettelegges for dette i avdelingen?*
- Hva tenker du om å lære av egne erfaringer?
  - *Hvordan lærer du av egne erfaringer?*
  - *Kan du beskrive en situasjon du lærte av?*
- Hva tenker du om å lære av andres erfaringer?
  - *Har du mulighet til å dra nytte av andres erfaringer?*
  - *Hva betyr dine kollegaer for din kompetanseutvikling?*
- Hvordan opplever du at mulighetene til å diskutere sammen med kollegaer gjennom arbeidsdagen?
  - *Er det naturlige samlingspunkter gjennom dagen?*
  - *Er det tilfeldige møter?*
- Har du eksempel på tverrfaglige læringsarenaer?
- Hva gjør du hvis du står i en situasjon der din kompetanse ikke strekker til?
- Har du noe å tilføye?

Oppsummering av intervju. Spør informantene om vi har forstått alt riktig.

## Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombud



# Notat

**Til:**

Katharina Cecilie Liafjell, Ragnhild Kirstina Kvia **Fra:**  
Fagsjef Kirsten Lode/mv

**Kopimottakere:**

Klinikksjef, Juridisk rådgiver Ina Trane

**Dato:** 28.10.2019

**Arkivref:** 2019/16934 - 136373/2019

---

### Godkjent masterprosjekt - MA205

Masterprosjektet: «Om anestesisykepleiere og kompetanseutvikling. Problemstilling: Hvordan videreutvikler anestesisykepleier sin faglige kompetanse?»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA205.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

1. ved endringer må endringsmelding sendes
2. dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
3. data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

### **Vedlegg 3: Forespørsel til avdelingen**

Stavanger 28. oktober 2019

#### **Forespørsel om å få gjennomføre intervjuer av anestesisykepleiere**

Vi er mastergradsstudenter i anestesisykepleie ved UIS. Tema for prosjektet vårt er hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse. Det overordnede formålet vil være ivaretagelse av pasientsikkerheten. Hensikten er å bidra til å fremme kompetanseutvikling ved anesthesiavdelingen gjennom å innhente kunnskap om hvordan anestesisykepleiere opplever å videreutvikle sin faglige kompetanse.

Dette vil være en kvalitativ studie. I den anledning ønsker vi å gjennomføre 6-8 individuelle semi-strukturerte intervjuer av anestesisykepleiere som jobber ved anesthesiavdelingen. Informasjonen vi får gjennom intervjuene vil være data i masteroppgaven. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, disse vil senere bli destruert ved prosjektets slutt. All data vil aidentifiseres. Informantene må signere et samtykkeskjema, dette vil ikke kunne spores tilbake til intervjuet av den enkelte. Alle informanter står fritt til å trekke seg underveis. Vi håper å få gjennomført intervjuene i løpet av november/desember 2019. Våre veiledere er Arild Eskeland og Britt Sætre Hansen. Prosjektet er godkjent av PVO ved [REDACTED].

Vi vil med dette be om tillatelse til å intervju 6-8 anestesisykepleiere ved anesthesiavdelingen. Vi ønsker informanter av begge kjønn, ulik alder og med ulik erfaringsbakgrunn fra nyutdannet til mange års erfaring. Hvert intervju vil ta ca. 1 time og vil bli gjennomført ved [REDACTED]. Vi ber også om tillatelse til å sende ut en felles forespørsel på e-post til alle anestesisykepleiere ved avdelingen og ut fra eventuell respons her plukke ut aktuelle informanter.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Kirstina Kvia og Katharina Cecilie Liafjell

## Vedlegg 4: Bekreftelse fra avdelingsleder

██████████, 28.10.2019

Hei.

Dette er en spennende masteroppgave.

Vi vil legge til rette så godt vi kan, slik at dere får gjennomføre intervjuene.

██████████ og jeg ønsker dere lykke til!

Vennlig hilsen

████████████████████

Oversykepleier (konst.). (spes.avd.)

████████████████████

████████████████████

██████████

## Vedlegg 5: Forespørsel til anestesisykepleierne

Hei!

Stavanger 29. oktober 2019

Vi er masterstudenter i anestesisykepleie ved Universitetet i Stavanger. Vi er nå i gang med masterprosjektet vårt hvor vi ønsker å se på hvordan anestesisykepleiere videreutvikler sin faglige kompetanse. Målet med dette er å fremme kompetanseutvikling i anesthesiavdelingen på bakgrunn av anestesisykepleierens egne erfaringer og holdninger, dette som et ledd i pasientsikkerheten.

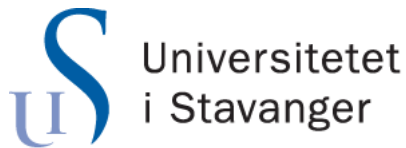
Dette er en kvalitativ studie hvor vi ønsker å gjennomføre 6-8 individuelle intervjuer av anestesisykepleiere som jobber i avdelingen. Informasjonen vi får gjennom intervjuene vil være data i masteroppgaven. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, disse vil bli destruert ved prosjektets slutt. Alle data vil bli aidentifisert og vil ikke kunne spores tilbake til informantene. Det vil kun være oss og informant til stede under intervjuene. Deltakelse i studien skal ikke være forbundet med ulempe av noe slag og dere står fritt til å trekke dere når som helst. Vi ønsker informanter av begge kjønn, med ulik alder og erfaringsbakgrunn fra nyutdannet til mange års erfaring. Hvert intervju vil vare ca. 40-60 minutt og vil bli gjennomført ved [REDACTED]. Vi vil tilstrebe å gjennomføre intervjuene mens dere er på jobb. Dette har vi fått godkjent fra ledelsen.

Ta kontakt på e-post dersom dette kan være av interesse. Vi håper på rask tilbakemelding da vi ønsker å gjennomføre intervjuene i løpet av november.

Mvh

Ragnhild Kirstina Kvia og Katharina Liafjell

## Vedlegg 6: Samtykkeskjema



### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

# HVORDAN VIDEREUTVIKLER ANESTESISYKEPLEIERE SIN FAGLIGE KOMPETANSE?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å kartlegge hvordan anestesisykepleier videreutvikler sin faglige kompetanse. Du er valgt ut til studien grunnet din videreutdanning/masterutdanning i anestesisykepleie, og at du jobber ved [REDACTED]

### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Studien vil innebære at en innhenter informasjon gjennom individuelle intervju. For hver deltaker vil dette innebære en semistrukturert samtale/intervju, med varighet på ca. 1 time. Intervjuet vil foregå ved universitetssjkehuset i [REDACTED]. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd.

Av personopplysninger vil det ikke bli registrert identifiserbare opplysninger om deg. De opplysningene du kommer med vil ikke bli knyttet til ditt samtykke, og vil ikke kunne spores tilbake til deg.

### Mulige fordeler og ulemper

Deltakelse i studien skal ikke være forbundet med ulemper av noen slag. Du står fritt til å trekke deg før, under eller etter intervjuet dersom du ønsker det uten at det får noen konsekvenser for deg. Data fra deg vil da bli slettet og ikke brukt i prosjektet.

### Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Ragnhild Kirstina Kvia, tlf. 45449137, [rk.kvia@stud.uis.no](mailto:rk.kvia@stud.uis.no) eller Katharina Cecilie Liafjell, 91610176, [kc.liafjell@stud.uis.no](mailto:kc.liafjell@stud.uis.no)

## HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, disse vil bli fortløpende transkribert, lydfilene blir deretter slettet. Transkribert intervju vil bli lagret på kryptert minnepinne. Denne vil sammen med samtykkeskjemaene lagres bak to låsbare enheter ved Universitetet i Stavanger. En koblingsnøkkel vil bli oppbevart på en egen kryptert minnepinne og slettet innen prosjektslutt 01.08.20.

Opplysningene om deg vil bli aidentifisert 01.08.20 etter prosjektslutt og slettet innen 01.08.25.

## Godkjenning

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk trenger ikke vurdere dette prosjektet, i og med at prosjektet har helsetjenesteforskning som formål, og ikke å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom (Helseforskningsloven §4).

Prosjektet ble godkjent av personvernombudet ved Helse Stavanger 28.10.19.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Universitetet i Stavanger og prosjektledere Ragnhild Kirstina Kvia og Katharina Cecilie Liafjell et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.



Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

### **KONTAKTOPPLYSNINGER**

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Ragnhild Kirstina Kvia, tlf. 45449137, [rk.kvia@stud.uis.no](mailto:rk.kvia@stud.uis.no) eller Katharina Liafjell, 91610176, [kc.liafjell@stud.uis.no](mailto:kc.liafjell@stud.uis.no)

Personvernombud ved institusjonen kan kontaktes ved e-post: [forskning@sus.no](mailto:forskning@sus.no).

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

.....

Dato

signatur

## Vedlegg 7: Eksempel på litteratursøk i Cinahl

### Cinahl-søk den 14.08.19

Interface - EBSCOhost Research Databases

Search Screen - Advanced Search

Database - CINAHL with Full Text

Search modes - Boolean/Phrase

Search ID#	Search Terms	Results
S10	S4 AND S8 Limiters - Clinical Queries: Review - High Sensitivity, Qualitative - High Sensitivity; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	131
S9	S4 AND S8	578
S8	S5 OR S6 OR S7	153,404
S7	reflection or "reflective practice" or learning or "knowledge acquisition"	153,404
S6	(MH "Learning")	21,621
S5	(MH "Reflection")	11,101
S4	S1 OR S2 OR S3	20,975
S3	"anesthe* nurs*" or "anaesthe* nurs*" or "perianesthe* nurs*" or "perianaesthe* nurs*" or "perioperative nurs*" or "nurse anesthe*" or "nurse anaesthe*"	20,975
S2	(MH "Nurse Anesthetists")	1,921
S1	(MH "Perianesthesia Nursing") OR (MH "Anesthesia Nursing") OR (MH "Perioperative Nursing")	17,354

Strukturerede læringsarenaer	
Continuing education Professional development Clinical competence Skills Learning Simulation	(MH "Education, Continuing") OR (MH "Education, Nursing, Continuing") OR (MH "Professional Development") OR (MH "Clinical Competence") OR (MH "Lifelong Learning") OR (MH "Learning") OR (MH "Skill Acquisition")
	"lifelong learning" or "continuing education" or "clinical competence*" or "skill* acquisition" or "knowledge acquisition" or ((develop* or improv*))

	N1 (skill* or knowledge or competence*)
--	---

**Cinahl-søk den 05.03.2020**

Interface - EBSCOhost Research Databases

Search Screen - Advanced Search

Database - CINAHL with Full Text

Search modes - Boolean/Phrase

#	Query	Results
S5	S1 AND S4 Limiters - Clinical Queries: Review - High Sensitivity, Qualitative - High Sensitivity	209
S4	S2 OR S3	139,222
S3	"lifelong learning" or "continuing education" or "clinical competence*" or "skill* acquisition" or "knowledge acquisition" or ((develop* or improv*) N1 (skill* or knowledge or competence*))	78,091
S2	(MH "Education, Continuing") OR (MH "Education, Nursing, Continuing") OR (MH "Professional Development") OR (MH "Clinical Competence") OR (MH "Lifelong Learning") OR (MH "Learning") OR (MH "Skill Acquisition")	112,424
S1	(MH "Perianesthesia Nursing") OR (MH "Anesthesia Nursing") OR (MH "Perioperative Nursing") OR (MH "Nurse Anesthetists") OR "anesthe* nurs*" or "anaesthe* nurs*" or "perianesthe* nurs*" or "perianaesthe* nurs*" or "perioperative nurs*" or "nurse anesthe*" or "nurse anaesthe*"	21,343

## Vedlegg 8: Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag

### UNIVERSITETET I STAVANGER

Studentene som skriver sammen forplikter seg til å bidra likt. Den enkeltes bidrag skal spesifiseres, og signeres av studentene og veileder ved innlevering av masteroppgave.

#### STUDENT 1

Navn Katharina Cecilie Liafjell

Spesialisering i: Master i anestesisykepleie

Bidrag: Transkribert tre av seks intervju. Analyse av transkribert intervju utført sammen med medforfatter. Har hatt hovedansvar for teorien som omhandler John Dewey, kunnskapsbasert praksis og Skau. Metoden fra start til innholdsanalysen. Har samarbeidet tett med medforfatter gjennom hele prosessen. Vi har sittet sammen det meste av tiden og skrevet på storskjerm i det samme dokumentet, det er derfor vanskelig å gi en eksakt beskrivelse av hvem som har gjort hva.

#### STUDENT 2

Navn: Ragnhild Kirstina Kvaa

Spesialisering i: Master i anestesisykepleie

Bidrag: Transkribert tre av seks intervju. Analysen av transkribert intervju utført sammen med medforfatter. Har hatt hovedansvar for teorien som omhandler Michael Eraut og Patricia Benner. Metoden fra innholdsanalysen og ut kapittelet. Har samarbeidet tett med medforfatter gjennom hele prosessen. Vi har sittet sammen det meste av tiden og skrevet på storskjerm i det samme dokumentet, det er derfor vanskelig å gi en eksakt beskrivelse av hvem som har gjort hva.

#### Signatur:

Student 1 *Katharina Liafjell* Student 2 *Ragnhild Kirstina Kvaa*

Veileder: *Britt Sævre Harsvei*  
*Arild Eskeland*