

# Klinisk spesialist – en ressurs i intensivavdelingen?

*En kvalitativ studie av intensivsykepleieres erfaringer som kliniske spesialister.*

**Inger Marie Tradin**



Hovedoppgave

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

21. mars 2007





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

**Navn: Inger Marie Tradin**

**Dato: Mars 2007**

**Tittel og undertittel:**

**Klinisk spesialist – en ressurs i intensivavdelingen?**

**En kvalitativ studie av intensivsykepleieres erfaringer som kliniske spesialister.**

*Bakgrunn*

Helsevesenets økte muligheter for å gi behandling til pasienter med livstruende sykdommer, har resultert i at pasienter som ligger på intensivavdelingen i dag, er sykere enn tidligere. Det stilles krav fra det offentlige om de ansattes ansvar til å holde seg faglig á jour innen enheten de arbeider. Samtidig er det arbeidsgivers ansvar å legge forholdene til rette for fagutvikling. Som en videreføring av dette, er det mange sykehus her i landet tilbyr sykepleiere med og uten spesialutdanning, kompetanse utvikling til klinisk spesialist innen den spesialenheten de arbeider.

*Hensikt*

Hensikten var å få innsikt i den virkelighet kliniske spesialister i intensivsykepleie erfarer med å kunne anvende sine kunnskaper i klinisk praksis, og deres muligheter til videre fagutvikling.

*Metode*

Studien er kvalitativ i sin natur. Det er benyttet en hermeneutisk fortolkningsramme. Det ble gjennomført kvalitative forskningsintervju av ti intensivsykepleiere, som er klinisk spesialist i klinisk praksis. Analyse av meningsinnholdet i denne studien ligger under ”personsentrerte tilnærminger”.

*Resultater*

Funn fra intervjuene sentrerte seg om fem punkter: 1. Mulighet til å utvikle sine fagkunnskaper. 2. Kvalitet i pleie og omsorg. 3. Spredning av kunnskap. 4. Anerkjennelse som fagperson. 5. Ønske om at ledelsen har økt fokus på fagutvikling. Funnet viser også at ytre påvirkninger som økonomi, effektivisering og antall faglig dyktige personale, har innvirkning på hvordan informantene erfarte å anvende sine kunnskaper og muligheter for videre fagutvikling.

**Nøkkelord: Kvalitet over pleie og omsorg, kunnskapsspredning, faglig dyktige kollegaer, kvantitet, økonomi, effektivisering, fagutvikling.**





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

<b>Name: Inger Marie Tradin</b>	<b>Date: March 2007</b>
<b>Title and subtitle: Clinical Specialists – a resource in intensive care?</b>	
<b>A qualitative study of intensive care nurses' experiences as clinical specialists</b>	
<i>Background</i> The increasing ability to provide treatment to patients with life threatening conditions has resulted in those in intensive care departments often being sicker today than was previously the case. The public take the view that it is the employee's responsibility to keep up-to-date with developments within the professional environment they work in. At the same time it is the responsibility of employers to provide facilities for appropriate professional development. As a result of this, there are many hospitals in this country which offer nurses, both with and without prior special training, the opportunity to expend their competence into the area of clinical specialisation.	
<i>Purpose:</i> The objective of the research was to obtain an insight into the experiences of clinical specialists in intensive care nursing and to examine the degree to which they are able to make use of their expertise in clinical practice, and the possibilities open to them for further professional development.	
<i>Method</i> This study is qualitative in its approach. It makes use of a hermeneutic interpretive framework. This was carried out through qualitative research interviews with ten intensive care nurses who are clinical specialists working in clinical practice. Analysis of the material obtained through this study calls the "person-centred approach".	
<i>Result</i> The findings of the interviews centred on five points. (1) The possibilities for developing professional expertise; (2) The quality of nursing and care; (3) The dissemination of knowledge; (4) Professional recognition by colleagues ; (5) A desire to see management placing a greater emphasis on professional development. The results also show that external influences such as economic effectiveness and the activities of a number of other professionally capable personnel have an influence over how the interviewees experienced making use of their expertise and what possibilities there were for further professional development.	
<b>Key words: Quality of nursing and care, dissemination of knowledge, professionally experienced colleagues, quantity, economy, effectiveness, professional development.</b>	

## Innhold

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2 PROBLEMSTILLINGEN.....	6
1.3 STUDIENS MÅL OG HENSIKT .....	6
1.4 AVGRENSNINGER .....	6
1.5 INTENSIVSYKEPLEIE OG TEKNOLOGI .....	7
1.6 INTENSIVSYKEPLEIEREN.....	7
1.6.1 Kvalitetsarbeid i intensivsykepleien .....	9
1.6.2 Klinisk spesialist i intensivsykepleie.....	10
1.7 STUDIENS AVGRENSINGER.....	11
1.8 OPPGAVENS OPPBYGNING .....	11
<b>2. TIDLIGERE FORSKNING .....</b>	<b>13</b>
2.1 INTERNASJONAL FORSKNING SOM BELYSER TEMAET EKSPERTSYKEPLEIER	13
2.1.1 Oppsummering.....	16
2.2 INTERNASJONAL FORSKNING SOM BELYSER TEMAET EKSPERTSYKEPLEIER MED UNIVERSITETSUTDANNELSE .....	16
2.2.1 Oppsummering.....	18
2.3 NASJONAL FORSKNING SOM BELYSER TEMAET I PROBLEMSTILLINGEN OG FORSKNINGSSPØRSMÅLENE .....	18
2.3.1 Oppsummering.....	21
2.4 FORSKNING SOM TAR OPP EKSPERT SYKEPLEIERNES UTØVELSE AV SYKEPLEIE	21
2.4.1 Oppsummering.....	22
2.5 FORSKNING FRA ANNET FAGMILJØ .....	22
2.5.1 Oppsummering.....	22
<b>3. INTENSIVSYKEPLEIERENS ANSVARSOMRÅDER.....</b>	<b>23</b>
3.1 INTENSIVSYKEPLEIERENS ANSVAR .....	23
3.2 INTENSIVSYKEPLEIERENS FUNKSJONER I PASIENTBEHANDLINGEN .....	25

3.2.1	<i>Intensivsykepleierens behandlende og forebyggende funksjon</i> .....	25
3.3	FORSKNING I INTENSIVSYKEPLEIE .....	27
3.4	INTENSIVSYKEPLEIERENS ADMINISTRERENDE FUNKSJON .....	28
3.5	OPPSUMMERING .....	29
<b>4.</b>	<b>INTENSIVSYKEPLEIEFAGLIG KUNNSKAPSOMRÅDER</b> .....	<b>30</b>
4.1	KUNNSKAPSFORMER I SYKEPLEIE .....	30
4.1.1	<i>Teoretisk kunnskap</i> .....	30
4.1.2	<i>Praktisk kunnskap</i> .....	31
4.2	KOMPETANSE.....	33
4.2.1	<i>Intensivsykepleierens kompetanse</i> .....	34
4.3	OPPSUMMERING .....	37
<b>5.</b>	<b>METODE</b> .....	<b>38</b>
5.1	VITENSKAPSTEORETISK Plassering .....	38
5.2	KVALITATIV ELLER KVANTITATIV METODE.....	40
5.2.1	<i>Utvalg</i> .....	41
5.3	DATAINNSAMLING .....	42
5.3.1	<i>Det kvalitative forskningsintervjuet</i> .....	42
5.3.2	<i>Utvikling av intervjuguide, planlegging av og forberedelse til intervjuene</i> 43	
5.3.3	<i>Tilgang til feltet</i> .....	44
5.3.4	<i>Tidspunkt for gjennomføring av intervjuene og innpass til feltet</i> .....	44
5.3.5	<i>Erfaringer fra intervjusituasjonen</i> .....	45
5.3.6	<i>Kritiske betraktninger</i> .....	45
5.3.7	<i>Transkribering av intervjuene</i> .....	46
5.4	ANALYSE .....	46
5.4.1	<i>Gjennomføring av analysen</i> .....	47
5.4.2	<i>Etiske dilemmaer ved personsentrerte tilnærminger</i> .....	54
5.5	VURDERING AV STUDIENS LEGITIMITET .....	55

5.5.1	<i>Studiens troverdighet</i> .....	56
5.5.2	<i>Studiens bekreftbarhet</i> .....	57
5.5.3	<i>Studiens overførbarhet</i> .....	59
5.6	OPPSUMMERING.....	60
<b>6.</b>	<b>PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>61</b>
6.1	FUNN FRA INTERVJUENE.....	61
6.2	REFLEKSJONER OMKRING HVORFOR DE ØNSKET Å BLI KLINISK SPESIALIST	61
6.2.1	<i>Fagutvikling</i> .....	62
6.2.2	<i>Ønske om bedring av praksis</i> .....	62
6.2.3	<i>Lønn</i> .....	63
6.3	ANVENDELSE AV NY FAGKUNNSKAP I PRAKSIS .....	63
6.3.1	<i>Direkte spredning og indirekte spredning av kunnskap</i> .....	64
6.3.2	<i>Ønske om anerkjennelse som fagperson</i> .....	68
6.4	HINDRINGER I ANVENDELSE AV FAGKUNNSKAP I PRAKSIS .....	71
6.4.1	<i>Kvalitet versus kvantitet</i> .....	71
6.4.2	<i>Hvordan kommer de over hindringene?</i> .....	74
6.5	HVORDAN VIDEREUTVIKLER DE SINE FAGKUNNSKAPER? .....	76
6.5.1	<i>Tid og nytten av annen faggruppe</i> .....	76
6.5.2	<i>Indre driv</i> .....	77
6.6	HINDRINGER FOR FAGUTVIKLING .....	78
6.6.1	<i>Tid</i> .....	78
6.6.2	<i>Økonomi</i> .....	79
6.6.3	<i>Tid til å utføre "side arbeid"</i> .....	80
6.6.4	<i>Miljø</i> .....	80
6.7	POSITIVT FOR FAGUTVIKLING.....	81
<b>7.</b>	<b>DRØFTING AV FUNN</b> .....	<b>82</b>
7.1	ANVENDELSE AV NY KUNNSKAP I PRAKSIS.....	82



7.2	ANERKJENNELSE SOM FAGPERSON .....	86
7.3	UTVIKLING AV NYE FAGKUNNSKAPER.....	89
<b>8.</b>	<b>KONKLUSJON OG VIDERE ANBEFALINGER .....</b>	<b>92</b>
8.1	BETRAKTNINGER KNYTTET TIL PROBLEMSTILLINGEN .....	92
8.2	METODE KRITIKK.....	92
8.3	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....	93
8.4	KONKLUDERENDE BETRAKTNINGER.....	93
VEDLEGG NR. 1	NSD Melding om behandling av personopplysninger	
VEDLEGG NR. 2	Søknad til forskningsfeltet om tillatelse til å gjennomføre en empirisk studie.	
VEDLEGG NR. 3	Svar fra forskningsfelt (1) om tillatelse til å gjøre en empirisk studie.	
VEDLEGG NR. 4	Svar fra forskningsfelt (1) om tillatelse til å gjøre en empirisk studie.	
VEDLEGG NR. 5	Svar fra forskningsfelt (2) om tillatelse til å gjøre en empirisk studie.	
VEDLEGG NR 6	Invitasjon til å delta personlig intervju.	
VEDLEGG NR 7	Innformert samtykke.	
VEDLEGG NR 8	Intervjuguiden.	

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleien og spesielt intensivsykepleie har vokst frem i takt med samfunnets utvikling og forventninger. Det stilles forventninger til intensivprofesjonen og intensivsykepleiere om at de innehar den kunnskap som forventes og at kunnskap oppdateres. Dette til sammen er med på å utvikle kompetansen i praksis.

De siste års reformer i helsevesenet har fått innflytelse på flere faktorer. Dette inkluderer blant annet bruk av høyteknologi. Det har ført til muligheter for å gi behandling som tidligere ikke var mulig til pasienter med livstruende sykdommer. Det resulterer i pasienter som ligger på intensivavdelingene i dag er sykere enn tidligere, og har behov for et arbeidsteam rundt seg med høy faglig kompetanse innen intensivmedisin og intensivsykepleie. Den økende effektivisering av sykehusene har ført til at pasienter skrives ut tidligere, som igjen i noen tilfeller har ført til reinnleggelser (Lorensen, Jones, Hamilton 1998). Det stilles krav fra det offentlige til de statlige sykehusene om omstilling og kostnadseffektivisering. Dette kan sees på som en av flere grunner til at både samfunn, organisasjonen og intensivsykepleierne ser behovet av kunnskapsrike intensivsykepleiere. Men det er det offentlige som er hovedansvarlig for velferdstjenester som helse og utdanning, hvor målsettingen er å gi et likeverdig tilbud av tjenester av høy kvalitet, (NOU 1997:25, Ny kompetanse, s. 12). For å oppnå dette presiseres det at kompetanseutvikling av de ansatte er viktig for å nå det mål som samfunnet setter (ibid). Med denne bakgrunn er sykehusene tjent med fagligdyktige intensivsykepleiere med evne til handling, kreativitet, selvstendighet og omstilling. Den vitenskaplige utviklingen i teknologisk og medisinsk behandling stiller krav om å holde seg faglig à jour (Nordtvedt og Hansen 2001, Helsetilsynet 2002, Helse- og Sosialdepartementet 2003). Videreføringen av dette er at mange sykehus her i landet tilbyr sykepleiere med og uten spesialutdanning kompetanseutvikling til klinisk spesialist innen den spesialiteten de arbeider.

Denne undersøkelsen ser på kliniske spesialister i intensivsykepleie muligheter til å anvende sine kunnskaper i praksis og deres muligheter til videre fagutvikling. Yrkesgruppen som undersøkes er intensivsykepleiere som arbeider på intensivavdeling for voksne, på to ulike

universitetssykehus. Det er brukt kvalitativ metode hvor til sammen 10 intensivsykepleiere som alle er kliniske spesialister er blitt intervjuet.

## 1.2 Problemstillingen

Problemstillingen er: "Hvordan erfarer intensivsykepleiere som er kliniske spesialister deres muligheter til å anvende sine kunnskaper i praksis, og muligheter for videre fagutvikling."

## 1.3 Studiens mål og hensikt

Studien søker å få innsikt i hvordan kliniske spesialister erfarer å anvende sine fagkunnskaper i praksis og utviklingen av disse. Studien ønsker også å kunne bidra med ny kunnskap om hvordan kliniske spesialister anvender og videre formidler sine kunnskaper, samt deres muligheter for videreutvikling av sine fagkunnskaper. Følgende forskningsspørsmålene har vært styrende for studien:

1. Hvorfor ønsker de å bli klinisk spesialist?
2. Hvilke forventninger hadde de til bruk av kunnskaper i praksis?
3. I hvilken grad får de brukt sine kunnskaper i praksis?
4. Hvordan videreutvikler de sine kunnskaper?

## 1.4 Avgrensninger

Begrepet praksis brukes her om den arbeidsplass intensivsykepleierne utøver sin virksomhet. Intensivsykepleier blir i noen tilfeller omtalt som hun, og pasienten som han. Intensivsykepleier og klinisk spesialist brukes i noen tilfeller om hverandre.

Oppgaven søker å redegjøre for begrepet "kunnskap" gjennom den teoretisk forståelse, og i forhold til begrepet "kompetanse". Dette sees i sammenheng med det ansvar som intensivsykepleieren har i utøvelsen av intensivsykepleie. Den empiriske delen av oppgaven søker å beskrive hvordan kliniske spesialister i intensivsykepleie, anvender sine kunnskaper i praksis og hvordan de holder seg faglig oppdatert innen intensivfaget. Den teoretiske forståelsen av Funksjonsbeskrivelsen (NSFLIS, 2002) og Lov om helsepersonell som

pålegger den enkelte sykepleier og oppdatere sine fagteoretiske kunnskaper, gav føringer for spørsmålene jeg ønsket intensivsykepleierne skulle belyse i intervjuene.

## 1.5 Intensivsykepleie og teknologi

Intensivsykepleie kan defineres som den spesialitet innen sykepleie som spesifikt forholder seg til menneskets respons på livs truende sykdommer. Denne definisjonen bygger på American Nurses Association (ANA) Social Policy Statment (Hudak, Gallo and Morton, 1998).

Den europeiske sammenslutningen av organisasjonen for intensivsykepleiere (EfCCNa) definerer intensivsykepleie slik:

*“Critical care nursing is specialized nursing care of critical ill patients who have manifest or potential disturbances of vital organ functions. Critical care nursing means assisting, supporting and restoring the patient towards health, or to ease the patients’ pain and prepare them for a dignified death. The aim of critical care nursing is to establish a therapeutic relationship with the patients and their relatives and to empower the individual’s physical, psychological, sociological and spiritual capabilities by preventive, curative and rehabilitative interventions. “ (Constitution of EfCCNa, Article 2, 1999).*

I engelsk og spesielt amerikansk litteratur brukes betegnelsen “critical care nursing”, og omfatter sykepleie til kritisk syke pasienter i både prehospitalt arbeid, akuttmottak, operasjonsavdelinger og intensivavdelinger for både voksne og barn. Begrepet ”Intensive care nursing” kan sammenlignes med det norske begrepet intensivsykepleie. ”Critical care” brukes ofte i engelskspråklig litteratur som et samlebegrep for medisinsk behandling og pleie av kritisk syke.

## 1.6 Intensivsykepleieren

Intensivsykepleiere er offentlige godkjente sykepleiere med videreutdanning i intensivsykepleie, i overensstemmelse med nasjonal rammeplan vedtatt av Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet. Intensivsykepleiere er spesialsykepleiere med høyt kunnskapsnivå for klinisk vurdering av intensivpasientene. Sykepleiens fagkunnskap går i to retninger, den teoretiske og den praktiske. Det fagteoretiske har elementer fra

naturvitenskapen og humanistisk vitenskap. Den fagpraktiske retningen er hvor sykepleierne anvender sine teoretiske kunnskaper, i arbeid med konkrete og spesielle problemstillinger.

Hun handler selvstendig ut i fra kontinuerlig observasjon og vurdering av pasienten. Handlingene utføres med forankring innen teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og etiske prinsipper. Intensivsykepleiernes selvstendige funksjon innebærer at de ved hjelp av observasjoner og klinisk kompetanse kartlegger og vurderer den akutt/kritisk syke pasients behov for intensivsykepleie. På bakgrunn av observasjoner og vurderinger gjør intensivsykepleieren prioriteringer og iverksettelse av sykepleietiltak, som kontinuerlig evalueres og dokumenteres (Rammeverk for kvalitetsmål i intensivsykepleie).

Intensivsykepleieren må kunne etter instruks fra ansvarlig lege administrere medisinsk teknisk utstyr som til en hver tid er i avdelingen, samt utføre medisinsk behandling og undersøkelser. Likeledes bør intensivsykepleieren være i stand til å ivareta pasientens autonomi. Dette omhandler å behandle pasienten med respekt som han selv ha gjort det, og ønsket å bli behandlet innenfor den kontekst om han hadde vært i stand til å ytre sin mening. Intensivsykepleieren er også ansvarlig for å skape tillitt og trygghet hos både pasienten og pårørende. Intensivsykepleiernes ansvarsområder omfatter blant annet: behandelende funksjon, lindrende funksjon, undervisningsfunksjon, forskning og utvikling og administrerende funksjon. Disse ansvarsområdene er nedfelt i Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier.

Intensivsykepleiernes kvalifikasjoner, holdninger og adferd er avgjørende for resultat av pasientbehandlingen, og pasienter og pårørendes opplevelse av kvalitet på tjenesten. Kvaliteten på virksomheten som finner sted i sykehus taes opp i flere offentlige dokumenter (NOU 1997:2). For å ha akutt medisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten må en del sykehus oppgradere personell og utstyr (NOU 1997:2). Videre understrekes det viktigheten av å øke tilgangen på intensivsykepleiere som et ledd i kvalitetssikringen av arbeidet som utføres overfor intensivpasienten. For at intensivsykepleieren skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig, fremheves nødvendigheten av at de gis opplæring, og muligheter for videreutdanning (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999, nr. 61).

Teknologi er en del av intensivsykepleierens hverdag. I denne oppgaven er teknologi relatert til den kunnskap som omfatter de praktiske gjøremål i behandlingen av intensivpasienten. Kunnskapen er omsatt til praktiske formål som inkluderer teknikk, kunnskap, organisasjon

og produkt. I denne sammenheng er produkt resultatet av behandlingen gitt til pasienten (Moesmand og Kjøllesdal, 2004). Denne forklaringen kan oppfattes litt generell og ordene ”resultat” og ”produkt” bære i seg komponenter av effektivisering og tingliggjøring, som ikke harmonerer med den omsorg og behandling intensivsykepleieren ønsker å gi pasienter og pårørende. I Lønningsutvalget II blir teknologi definert som: ”Med teknologi menes ikke bare anvendelse av utstyr og apparatur. Begrepet omfatter også legemidler og andre behandlingsmetoder, diagnostiske prosedyrer, pleie og forbyggende metoder” (NOU, 1997). Denne beskrivelsen av teknologi har elementer i seg som trekker den nærmere intensivpasienten og pårørende. En annen definisjon av teknologi som inkluderer de psykiske og sosiale prosessene er:

*”Teknologi er målrettede inngrep i og styring av prosesser og begivenhetsforløp (fysiske, kjemiske, biologiske, sosiale, psykologiske, økonomiske, historiske og kulturelle) på basis av vitenskapelig kunnskap om lovmessige sammenhenger i prosessene. Naturvitenskapelig teknologi er styring av og inngrep i naturprosesser; maskiner, apparater, instrumenter og mekanismer kan være styringsredskaper” (Tranøy, 1986).*

Tranøys definisjon forteller at teknologi ikke bare er maskiner og apparater, men omfatter også handling i en systematisk sammenheng. Naturvitenskapelig teknologi er den teknologien som befinner seg i intensivavdelingen og som en tenker på når begrepet brukes (Tranøy, 1986). Her i denne undersøkelsen forstås teknologi som inkluderende behandling, omsorg og pleie i et humanistisk perspektiv. Hendene og ”blikket” og er intensivsykepleierens viktigste arbeidsredskap. I tillegg til unike tekniske ferdighet, må hun også kunne identifisere og takle den psykiske påvirkningen som intensivmiljøet har på pasient og pårørende (Dybwik, 2000).

### **1.6.1 Kvalitetsarbeid i intensivsykepleien**

Godkjenningen som ligger til grunn for å bli intensivsykepleier, er et offentlig styringsmiddel som sørger for nødvendig kunnskap og kvalitet i intensivsykepleien. Tittelen som intensivsykepleier er også ment å fremme sikkerhet og forutsigbarhet for pasienten og pårørende. Godkjenningen forteller videre at den utdannede intensivsykepleier har bestemte kvalifikasjoner. Rammeplanen (1999) er laget etter kriterier fra Nasjonal Helseplan for videreutdanning (1987-88), der målsettingen er å sikre sykepleieren nye kunnskaper i tråd med nye behov og målsettinger som samfunnet forventer (St.meld. nr. 41, 1987-88). Rammeplanen (1999) fastsetter de grunnleggende krav til intensivsykepleierens kompetanseområder, for å kunne yte faglig forsvarlig intensivsykepleie overfor

intensivpasienten og dens pårørende. Intensivsykepleierens formellekompetanse kommer således til uttrykk i utdanningens fagplan og pensumlitteratur. Den enkeltes real kompetanse vil variere litt ut i fra de erfaringer hun har ervervet seg gjennom sitt arbeid som intensivsykepleier. Kvaliteten på arbeidet i intensivsykepleie er utarbeidet i et prosjekt som utgjør dokumentet ”Kvalitetsmål i intensivsykepleie” (NSFLIS, 1998). Utformingen av kvalitetsmålene er basert på tidligere dokumenter om kvalitetssikring i intensivsykepleie og yrkes etiske retningslinjer (NSFLIS, 1998). Dokumentet er også ment for myndigheter og brukere som beskriver de generelle kvalitetskriterier som ligger til grunn for intensivsykepleien ved en intensivavdeling (NSFLIS, 1998). Rammeverket for kvalitetsmål i intensivsykepleie (NSFLIS, 1998) tar ikke opp kvalitetsutvikling spesifikt, som det er beskrevet i Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (2003). I forarbeidet til Rapport om Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten er det blant annet fokusert på kvalitetsutvikling i helsefaglig utdanning og økonomisk og faglig støtte til og oppfølging av Kvalitetsutviklingsprosjekter i helsetjenesten (2002). Om kvalitetsutvikling sier rapporten:

*”Kvalitetsutvikling kan beskrives som en ledelsesfilosofi som gjennom strategi og metode sikrer kontinuerlige forbedringer av alle sentrale prosesser i en organisasjons virksomhet. Filosofien bygger på kontinuerlig og systematisk forbedring gjennom brukerfokus, prosessorientering og aktiv medvirkning fra alle ansatte. Det er også sentralt at kvalitetsutvikling skal være en integrert del av virksomhetens aktiviteter og ikke noe som kommer i tillegg til andre strukturer eller systemer”.*

### **1.6.2 Klinisk spesialist i intensivsykepleie**

Intensivsykepleiere har mulighet, etter to år i klinisk praksis til å starte på kompetanse programmet klinisk stige, som er utfiklet ved det enkelte sykehus. Det er et kompetanse program godkjent som er av NSF, og som står for godkjenningen til den enkelte intensivsykepleier, etter at hun fullført programmet og skrevet en klinisk oppgave i tilknytning til den enheten hun arbeider. Programmet Klinisk stige bygger på læring i praksis, og i følge NSF sine kriterier går de over fem år.

- ”- sikre at pasienten får sykepleie av høy kvalitet
- bidra til kreativitet og faglig stimulerende miljø på arbeidsplassen
- stimulere arbeidstager og arbeidsgiver til kompetanseutvikling
- dokumentere realkompetanse i klinisk praksis
- gi sykepleierne anerkjennelse for sin samlede realkompetanse

- *gi sykepleiere en karrieremulighet uten å måtte fjerne seg fra klinisk praksis*
- *gi sykepleierne lønnsmessig uttelling”*  
(Norsk Sykepleierforbund, 2004: *Klinisk spesialist i Sykepleie/spesialsykepleie, godkjenningsordning*).

Klinisk stige bygger i hovedsak på læring i praksis. Det er imidlertid stor variasjon i det enkelte programsteoretiske rammeverk (Buchan 1999). Den klassiske argumentasjonen for etablering av klinisk av kliniske stige er ønsket om differensiering av sykepleieres ulike kompetansenivå (ANA ref i Benner 1995; Buchan 1999). Buchan (1999 s 1) definerer klinisk stige som:

*”a grading system which facilitate career progression and associated differentiation of pay by defining different levels of clinical and professional practice in nursing. Progression up the clinical career structure is dependent upon the individual nurse meeting defined criteria of clinical excellence, skills and competence, professional expertise and educational attainment”.*

## 1.7 Studiens avgrensinger

Studien baseres på en kvalitativ undersøkelse og kan derfor ikke generaliseres til alle sider av hvordan intensivsykepleiere anvender sin kliniske spesialitet i intensivavdelingen. Informantene kommer fra to ulike universitetssykehus med intensivavdelinger for voksne pasienter. Hvordan kliniske spesialister i intensivsykepleie ved andre sykehus uten universitetsstatus anvender sine kunnskaper i praksis blir ikke beskrevet. Således er heller ikke sykepleiere uten spesialutdanning i intensivsykepleie blitt beskrevet.

## 1.8 Oppgavens oppbygning

Kapitel 2, omhandler tidligere forskning som belyser problemstillingen og forsknings spørsmålene.

Kapitel 3, beskriver intensivsykepleierens kunnskapsområde. Det er også gjort en redegjørelse for de ulike kunnskapsområdene i sykepleien.

Kapitel 4, er en redegjørelse for intensivsykepleierens ansvarsområde, med utgangspunkt i Rammeplanen til intensivsykepleie (1999) og Funksjonsbeskrivelsen til intensivsykepleiere (2002)



Kapitel 5, er en redegjør for valg av metode og metode, samt en beskrivelse av analysen og analyseprosessen fram til funn. Kapitlet vurderer også etiske dilemmaer forbundet til analyseprosessen, og en redegjørelse for studiens troverdighet.

Kapitel 6, Presentasjon av funn

Kapitel 7, Drøfting. Her drøftes funn opp mot blant annet tidligere forskning og sykepleieteori.

Kapitel 8, Konklusjon og videre anbefalinger.

## 2. TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapitlet presenteres forskning og annet litteratur som er relevant for studien. Det ble gjort litteratursøk i flere databaser, deriblant Cinahl, Medline og Bibsys, i nettstedet Blackwell-Synergy.com. Det viste seg å være lite forskning som går direkte på tema: ”hvordan kliniske spesialister anvendte sine nye kunnskaper i praksis og hvilke muligheter de har til videre kunnskapsutvikling innen intensivsykepleie til kritisk syke pasienter”. Det var derfor nødvendig å være åpen for kunnskap med et videre perspektiv. Litteratursøkene var knyttet opp mot perioden fra 1999 – 2005, noen unntak fra 1992 og 1995. Først gjaldt litteratursøket ”klinisk stige” og ”klinisk spesialist” som kompetanse utvikling knyttet til sykepleie til pasienter i intensivavdelinger og akutt avdelinger både nasjonalt og internasjonalt. Her ble søkeordene ”clinical ladder” kombinert med ordene, ”critical care” og ”acute care”. Det viste seg å være å være lite forskning knyttet til temaet ”klinisk stige”, men flere av forsknings artiklene refererer til ”From Novice to Expert”, (Benner, P. 1984). Deretter ble resultatene kombinert med ”clinical expert nurse”, ”clinical specialist nurse” og ”advance nursing practice”. For å favne anvendelse av kunnskap og kunnskapsutvikling ble ordene ”knowledge” og ”update” brukt. Resultat av disse søkene viste sykepleiere som hadde utviklet eller forbedret ulike prosedyrer knyttet til behandling av intensivpasienten, knyttet til temaet ”evidence based nursing”. Relevant litteratur ble også funnet gjennom referanser i lærebøker og artikler. Begrensninger i tilgjengeligheten til forskningslitteratur var annet språk enn engelsk og ”skandinavisk”, og der forskningsartikkelen bare fremkom som ”abstract”.

Med bakgrunn i funn fra litteratur, blir det i dette kapitlet presentert utvalgte forskningsresultater knyttet til problemstillingen og forskningsspørsmålene. I litteraturen blir det ofte brukt begrepet ”ekspert sykepleier”, i denne oppgaven er det synonymt med begrepet ”klinisk spesialist”.

### 2.1 Internasjonal forskning som belyser temaet ekspertsykepleier

Benner P., Tanner C. og Chesla C. (1992) gjorde en studie der hensikten var å gi en nærmere forklaring på ”Dreyfus modellen” i praksis og utvikling av intensivsykepleie blant 105 sykepleiere på voksen, barn og nyfødt intensivavdeling på åtte ulike sykehus på tre ulike

steder i USA. Første del av funn beskriver den praktiserende sykepleier på ulike nivå. Avstanden mellom gruppene "advanced beginner" og "expert" beskriver Benner et. al. (1992) som to ulike verdener, og hvordan disse gruppene responderer ulikt på direktiver for handling overfor pasienten. Det andre viser sykepleiere som viser en forståelse for den kliniske verden de arbeider i som gir seg uttrykk i ansvarlighet for hva som skjer med pasienten.

I 1995 gjorde K. Cash, en engelsk professor i sykepleieforskning, en studie som omhandler kritikk av Benners teori "from novice to expert". I kritikken trekker forfatteren fram at Benners modell ignorerer sykepleierens makt og deres innflytelse på sykepleie epistemologi, som en metode der praksis hele tiden blir validert. Cash legger vekt på at Benners vektlegging av at ekspert sykepleierens handler etter intuisjon, ikke øker sykepleierens status om sykepleiers krav til kunnskap og kompetanse, men heller forelder sykepleie praksisen. Benner, Hooper-Kyriakidis og Stannard gav i 1999 utboken "clinical wisdom and interventions in critical care". Denne boken tar opp temaer som omhandler kritiske situasjoner, hvor både pasient og pårørende er involvert, og intensivsykepleierens refleksjoner over hvordan de handlet i den kritiske situasjonen. Om denne boken er et svar på den kritikken som oppsto etter boken "From novice to expert" kommer ikke frem i boken.

Undersøkelse av tidligere forskning om klinisk stige gav funn av to artikler (Buchan, 1999, og Shapiro, 1998), som er en internasjonal litteraturstudie over evaluering av klinisk stige. Begge artiklene gir en definisjon av klinisk stige etter Benners teori "from novice to expert". Og trekker frem hensikten med klinisk stige var å gi status og økonomisk påskjønnelse til sykepleiere som ønsket å jobbe ved sengen. Studien av artiklene viser også at de i svært liten grad tangerer hverandre i referanser.

Buchan, J. (1999) har gjort en litteraturgjennomgang av studier fra USA, Australia, New Zealand og England. Omfanget av litteraturundersøkelsen går tilbake til 1982. Hovedkonklusjonen derfra er at klinisk stige brukes som et middel for å holde på sykepleierne i avdelingene, i en periode da det var stor "turn over". Det ble også hevdet at årsaken til å innføre klinisk stige var det viktigere å belønne sykepleierne for "klinisk adferd", mer enn å se de ulike nivå av praksis i forhold til pasient omsorg. Hva som menes med "klinisk adferd" kommer ikke klart frem i studien. Men han trekker fram at tidlige studier viser at innføring av klinisk stige vektlegger profesjonell og kvalifisering av sykepleierne. Høye score for jobbtilfredshet sammen med bedret kvalitet på omsorg, som gir

utslag i økt pasienttilfredshet trekkes fram som viktige argument for videreutvikling av klinisk stige. Som resultat av de høye scor i undersøkelsene kan det også trekke den konklusjon at sykepleierne på bakgrunn av ny kunnskap har mulighet til å gi bedre behandling, pleie og omsorg til pasientene og pårørende. Han viser også til studier som legger vekt på kostnadsreduksjon ved innføring av klinisk stige. Det har gitt utslag i mindre utgifter på grunn av mindre "turnover" over en åtteårs periode. Det er tre eller fire nivåer i klinisk stige som blir bruk, men det kommer ikke frem i Buchans undersøkelse hvilke trinn dette omfatter. Det kommer heller ikke fram i studien om sykepleiernes videre kompetanse utvikling. Hovedreferansen til studien er fra USA, men England, Australia og New Zealand fremheves det også at klinisk stige gir en bedre kvalitet på pleie og omsorg. Dette har gitt utslag i pasienttilfredshet og stabilt personale.

Shapiro, M. (1998) litteratur studie om klinisk stige kan ut i fra referansene se ut til å være bygget på forskningsartikler fra USA og England, noe annet er ikke spesifisert. I likhet med Buchan (1999) studie, trekker også denne studien frem personalets tilfredshet, mindre "turnover" og pasienttilfredsheten som hovedpoeng. Shapiro (1998) fremhever at mye av forskningen diskuterer komponentene i fenomenet "arbeidstilfredsstillelse" og trekker frem : utførelsen av omsorg, teknisk kvalitet av omsorg, sykepleierens tilgjengelighet over for pasient og pårørende, kontinuitet på pleie og omsorg, resultat av pleien og økonomi. Artikkelen litteratur undersøkelse viser at sykepleierne har tilegnet seg en bedre kompetanse, som også gir resultat i form av mer fornøyde pasienter og pårørende. Forfatteren trekker også frem profesjonsutvikling innen sykepleie, som kontinuerlig fagutvikling, presentasjoner og publikasjoner innenfor sykepleiefaget. Økonomi blir i begge undersøkelsene (Buchan, 1999 og Shapiro, 1998) tillagt stor betydning.

Sett i forhold til at hovedtyngden er amerikanske forskningsartikler, som er med i litteratur undersøkelsen, blir derfor også pasientenes syn vektlagt angående færre liggedøgn ved sykehusene. Økonomi blir i trukket inn i henhold til økt lønn til sykepleierne og reduksjon i bruk av innleide sykepleiere. Men noen sykepleiere opplevde hindringer til gjennomføringen av klinisk stige programmet. Eksempler som ble trukket frem var blant annet: høyt arbeidstempo, overtid, for få personale, lite tid til studiene og følge programmet alene.

### 2.1.1 Oppsummering

Utenlandsk forskning viser til at sykepleierne på bakgrunn av ny kunnskap ga bedre pasientomsorg og pasienttilfredshet. Studiene vektlegger også kostnadsreduksjon pga mindre "turnover" over en åtteårsperiode. Økonomi ble også trukket inn i forhold til økt lønn til sykepleierne og reduksjon i bruk av innleide sykepleiere. Det ble også poengtert at innføring av klinisk stige var et virkemiddel for å holde sykepleierne i avdelingen.

## 2.2 Internasjonal forskning som belyser temaet ekspertsykepleier med universitetsutdanning

Resultat av disse studiene kan refereres til norske forhold angående gjennomføring av klinisk stige program. Her er ekspert sykepleieren fått sin anerkjennelse på bakgrunn av gjennomføring av kompetanse trinnene i Benners teori "from novice to expert" (1984). I videre søk på forskningsartikler om ekspertsykepleie viste det seg en stor forskjell når det gjaldt utdanning. I USA utdannes det ekspertsykepleiere ved ulike "school of nursing" som er knyttet til ulike universitet. Det gir en mastergrad på universitets nivå, med muligheter til å ta doktorgrad. Utdanningene ga blant annet "acute care nurse practitioner" og "critical care/trauma" (University of California, San Francisco, hjemmeside). I forskningsartikler blir betegnelsen "expert"/"specialist"/"advance nurse practice" og "nurse practitioner" brukt uavhengig av om sykepleieren har eksamen fra et universitet eller fra et kurs, som ikke gir mastergrad (Åberg og Fagerström, 2005), (Daly og Carnwell, 2003), (Hardy, Garbett, Titchen, Manley, 2002), (Mick og Ackerman, 2000), (Borbasi, 1999), (Lorensen, Jones, Hamilton, 1998). Felles for alle forskningsartiklene er at de vektlegger høyere utdanning av sykepleiere som jobber direkte med pasienten. Utdanning som fremmer kvalitet og pasienttilfredshet, og samtidig gir mulighet til å utføre sykepleieforskning i praksis, har vist seg å gi en bedre behandling til pasientene.

Mick og Ackerman (2000) har i sin pilot undersøkelse av kliniske sykepleiespesialister (clinical nurse specialists) og akutt sykepleie praktiker (acute care nurse practitioners), i en intensivavdeling, funnet at de som er med i studien rangerer sin praksis høyere på bakgrunn av sin master utdanning, og vektlegger både naturvitenskaplige og humanvitenskaplige fag. De utfører også diagnostiske prosedyrer, uten at det ble spesifisert. Begge gruppene ser på sin utdanning som en retning for profesjonell forfremmelse for sykepleiere, som heller

ønsket å jobbe i klinisk praksis ved pasienten, enn i en administrativ eller akademisk stilling. Men ut i fra undersøkelsen ser det ut til at de som er utdannet kliniske sykepleiespesialist, i større grad utpeker seg med oppgaver relatert til utdanning, forskning og ledelse. Denne utdanningen legger under universitet på masternivå, og kan ikke sammenlignes med den norske godkjenningen til klinisk spesialist. Men taes med her da det her i landet har vært diskutert å gjøre godkjenning til klinisk spesialist om til et master studie.

Sykepleieforskerne J. Åberg og L. Fagerström (2005) gjorde en kartlegging av nødvendigheten av å utdanne ekspertsykepleiere i Finland. Forfatterne fant at det var behov for ekspert sykepleierne innen ulike organisasjoner og spesialområder. Forfatterne legger vekt på at denne utdanningen må skje på mastergrad nivå, med fordypning i kunnskaper innen klinisk sykepleievitenskap og medisinsk vitenskap, med tyngde på akuttsykepleie og sykepleie i oppfølging av kroniske lidelser (Åber og Fagerström, 2005). I artikkelen henviser de utdanningen av "Nurse practitioner" i Sverige som et forbilde for å starte lignende utdanning i Finland, de henviser til ICNs definisjon av "Nurse practitioner". Hensikten med en slik utdanning er i følge Åberg og Fagerström (2005) å kunne møte samfunnets krav til effektivisering og høy kvalitet på omsorg og behandling. Det legges også vekt på i undersøkelsen at dette er mulighet for sykepleierne til å få mer ansvar for pasienten og dermed også mer teorikunnskaplig tyngde bak argumentene om å gi en bedre pleie, omsorg og behandling til pasientene. Til forskjell fra den norske "klinisk spesialist" godkjenningen, kan det se ut som den finske "expertsjukskötare" liksom den internasjonale "nurse practitioner" og "advance nursing", skal inneha noen av legenes oppgaver: "Expertsjukskötaren har kompetens för att ta eget ansvar för medicinska beslut och hon kan fungera som den första kontaktlänken för patientens akuta problem och utgöra en viktig del av vårdkjedan" (Åberg og Fagerström, 2005). Det kan se som, slik som det blir fremstilt i artikkelen, at dette er en type "mini leger", som skal overta noe av legenes arbeidsoppgaver. Forfatterne fremhever at det ikke er tilfelle, men at pasientens helhetsbilde av pleie, omsorg og behandling er fokus. Ut fra denne artikkelen kan det også leses at forskningsbasert sykepleie er i fokus. Det fokuseres også på at det er på grunn av mangel på leger og nye nasjonale lovendringer til helsetjenesten, at det utdannes "ekspertsykepleiere". Det kan stilles spørsmål om det er veien å gå og utdanne ekspert sykepleiere som i denne kartleggingen. Det kommer også frem i artikkelen at hensikten med utdanning av ekspert sykepleiere er å bedre kunnskapene blant sykepleierne på avdelingene, og intensiv/akutt avdelingen spesielt. Forskning innen intensivsykepleie kan også være med på å gi større

tyngde bak intensivsykepleierne argumentasjon for om en pasient og /eller pårørende har behov for ytterligere pleie, omsorg og behandling eller om pasienten er "frisk" nok til å overflyttes til for eksempel en sengepost.

### **2.2.1 Oppsummering**

Hovedtrekkene i forskningsartiklene som omhandler ekspert sykepleiere med mastergrad, er at sykepleierne har en definert rolle uti fra sin nye kompetanse, og hvordan de utfører behandling og omsorg til pasientene. Det ser ut til at de har overtatt mer av legenes rolle i forhold til undersøkelse, og i noen tilfeller diagnostisering av pasienten.

## **2.3 Nasjonal forskning som belyser temaet i problemstillingen og forskningsspørsmålene**

På bakgrunn av Norsk Sykepleierforbund' (NSF) ønske om å kartlegge hva som var samfunnets behov for etter-/videreutdanning for sykepleiere, ble det utarbeidet en rapport av Inger Lise Wang og Asgeir Heimly (NF-rapport nr. 9/98). Rapporten tar opp temaene om samfunnets behov for etter-/videreutdanning av sykepleiere, og hvilke krav om kompetanse samfunnet stiller til sykepleierne. Rundt disse temaene konkluderer de med at den kontinuerlige utvikling og endring helsetjenesten er i, om det er innen spesialisthelsetjenesten eller mer generelle tjenester, medfører det for arbeidsgiver og sykepleiere et kontinuerlig behov for å oppdatere- og øke kompetansen. Rapporten konkluderer med at mer enn trefjedredeler av sykepleierne ønsker mer etter-/videreutdanning. Mange av sykepleierne dekker kostnadene selv. Av sykepleierne var det mer enn trefjedredeler som oppgir personlig økonomi som en hindring, nærmere halvparten av de spurte mente at det var et hinder at ikke institusjonen/kommunen hadde avsatt tilstrekkelig med midler.

I 2001 kom det en rapport fra SINTEF (Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. Vareide, P.K m.fl.). Oppdragsgiver var også her Norsk Sykepleierforbund. Hensikten med undersøkelsen var å se på sykepleierne rolle i dagens sykehus hvor helsetjenesten og deriblant også sykehusene gjennomgår organisatoriske endringer, og mange sykehus har problemer med å rekruttere sykepleiere, og organisasjonenes effektivitet og kvalitet står på den politiske dagsorden. For å oppnå

formålet med undersøkelsen, ble blant annet følgende hovedproblemstillinger: Hvordan brukes sykepleiernes kompetanse i sykehus? Hva er viktige kjennetegn ved sykepleieres yrkesidentitet i sykehus, og hvordan påvirker sykehusorganisasjonen denne identiteten? Er det samsvar mellom sykepleiernes forventninger til arbeidsoppgaver og deres faktiske arbeidsinnhold? Rapporten trekker frem at sykepleiernes generelt er opptatt å utvikle sin kompetanse. Faglig dyktighet utgjør en viktig side av sykepleiernes identitet. I undersøkelsen var det de erfarne sykepleierne som var minst fornøyd med å få brukt sin kompetanse i praksis. Mange hadde de samme arbeidsoppgavene uavhengig av hvor lenge de hadde vært i avdelingen. Høyt arbeidspress er oppgitt som årsak til at de ikke får tid til å fordype seg i sykepleiefaglige problemstillinger. Undersøkelsen trekker frem dilemma sykepleierne møter når det er et misforhold mellom forventninger og reelle arbeidsbetingelser. Dilemma er knyttet til helhetsfokuset innen sykepleieryrket spesielt og mer generelt innen organisasjonen. De ulike forventningene til sykepleierne innen organisasjonen og fra brukere kan bli vanskelig å oppfylle samtidig. Sykepleierne hadde ulike strategier for dette: 1. Oppsigelse. 2. Redusere kravene til hva de har lært er god sykepleie. 3. Finne jobber med avgrensede arbeidsområder. Dette er noe som også kommer fram i senere forskning (Kvamme og Bjerke, 2003).

I 2003 (Kvamme og Bjerke) ble det utarbeidet en rapport på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet, for å kartlegge klinisk fagstige av sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Informantene i denne undersøkelsen var alle godkjente kliniske spesialister av sine fagorganisasjoner. Det viser seg at godkjenningsordningen ved mange sykehus er godt innarbeidet. Det har ført til en styrkning og systematisering av arbeidet med fagutvikling. Denne videreutdanningen er forpliktende for både arbeidstager og arbeidsgiver, der den første part formelt forplikter seg til deltagelse, og den andre som ansvarlig for opplæringen. Når et program er i verksatt og implementert i en travel hverdag, kan det ikke neste halvår strykes pga penge- eller personalmangel. Undersøkelsen viser at dokumentasjon og formalisering av realkompetanse i klinisk praksis er en viktig drivkraft for å bli godkjent som klinisk spesialist. For alle i undersøkelsen gav godkjenning som klinisk spesialist utslag i at de ble stoltere, fikk større faglig trygghet og mer selvtillit. Og dermed stiller de også større krav til hvordan de utfører sitt arbeid, og hvordan de som kliniske spesialister blir utnyttet i avdelingen. Halvparten av de kliniske spesialistene har fått økt anerkjennelse fra sine ledere og økt status blant kollegaene etter at de ble godkjent.



Rapporten trekker også fram i sin konklusjon de kliniske spesialisters muligheter til å etablere en karriere vei ved sengen. De trekker den konklusjonen at virksomhetene og de kliniske spesialistene har samme felles interesser. Virksomhetene ønkser å beholde de kliniske spesialistene og de kliniske spesialistene selv har et ønske om å bli værende nær pasienten. Rapporten deler de kliniske spesialistene inn i tre grupper: 1. De fornøyde, som har fått organisatorisk uttelling for sin nye kompetanse. 2. De avventende, som føler at deres kompetanse er blitt verdsatt, men som har et håp om at det blir bedre. 3. De frustrerte, de får ingen organisatorisk uttelling, verken i form av lønn eller å benytte den nye kompetansen de nå har dokumentert at de har. Godkjenningen som klinisk spesialist gav en forventning om å fordype seg i ulike faglige problemstillinger. Rapporten fant at det var en avstand mellom den nye kompetansen og det å ha mulighet til å anvende den i praksis. Forfatterne henviser til Vareide m.fl. 2001, der de viser til at det er lite trolig at de kliniske spesialistene vil redusere på kravene til hva som de har lært er god sykepleie, fordi de er blitt så bevisst sin egen sykepleierolle, og der faglig dyktighet er sentralt. Et annet element som trekkes frem i denne kartleggingen er likhetstanken. Det viser seg at der likhetstanken står sterkt, er det vanskelig å markedsføre seg som "spesialist" for å utnytte den nye kompetansen (Kvamme og Bjerke, 2003).

Hovedfagstudent i sykepleievitenskap, Gro Beate Samdal, leverte sin hovedoppgave i 2004, ved Universitetet i Bergen. Temaet for hovedfagsoppgaven var blant annet å belyse hvordan sykepleiere og avdelingssykepleiere mener kompetanseprogrammet klinisk stige kommer praksis til gode. Hun gjorde en kvalitativ undersøkelse basert på fokusintervjuer. Det ser ut til at hun har sykepleiere og avdelingssykepleiere i ulike grupper. I presentasjon av funn kommer det frem konkrete forbedringstiltak knyttet til direkte sykepleie, som for eksempel bedre smertebehandling og interesse for ulike pasientgruppers ernæringsproblem. Noen sykepleiere fikk også nye jobbtillbud etter fullført klinisk stige. Samlet ønsket de fleste sykepleierne nye utfordringer etter å ha mottatt godkjenning som klinisk spesialist. Disse funn kom også fram i tidligere forskning (Vareide, P.K m.fl. 2001, Kvamme og Bjerke, 2003). Denne undersøkelsen trekker også fram avdelingssykepleiernes syn på forbedringspotensialet til Klinisk stige. Det innebærer blant annet et økende krav om å evidensbasere sykepleien.

### 2.3.1 Oppsummering

Norsk forskning viser at sykepleiere er opptatt av å utvikle sin kompetanse. Undersøkelsene viser også at de sykepleiere som har lengst erfaring, er minst fornøyd med å få brukt sin kompetanse i praksis. Det viser seg at de sykepleiere som har gjennomgått kompetanse programmet klinisk stige gir en bedre pasient pleie. Disse stiller også større krav til hvordan de utfører sitt arbeid. Sykepleiere med lang og eller klinisk spesialist var det entredjedel som hadde fått nye arbeidsoppgaver i avdelingen. Forskningen viser også at det er ulikt hvordan kliniske spesialister får anerkjennelse fra ledelse og kollegaer.

## 2.4 Forskning som tar opp ekspert sykepleiernes utøvelse av sykepleie

Sykepleierforskerne Youngblut og Brooten, ved Florida International University gjorde en undersøkelse om "evidence-based nursing practice". Undersøkelsen var en litteraturstudie på datamateriale hentet fra ulike databaser og linker, og www. om forskningsbasert sykepleie. De stilte spørsmål om hvorfor forskningsbasert sykepleie er viktig. Et av funnene til Youngblut og Brooten (2001) var at for å kunne gi den best mulig tilgjengelige sykepleie til pasienten, er forskningsbasert sykepleiepraksis nødvendig for også å kunne følge med i teknologi og kunnskapsutviklingen. Forskningsbasert sykepleie er en av flere metoder å skaffe seg ny kunnskap, denne kunnskapen er ikke individuelt tilpasset den enkelte pasient.

Flere forskere innen sykepleievitenskap (Fawcett, J., Watson, J., Neumann, B., Fitzpatrick, J.J., 2001) ser på sykepleieteori og forskning. De tar utgangspunkt i Carpers fire punkter for sykepleiekunnskap, og ser "evidence-based nursing practice" som en teori guide, og argumenterer for at hvert punkt om viten kan bli sett ut fra en type teori, og at ulike former for spørsmål blir brukt til å utvikle diverse type teorier, som fører til forskjellige typer av forskning, som er nødvendig for "evidence-based nursing practice". Forfatterne konkluderer med at teori er grunnen til, og verdien i forskning. Forskning i seg selv refererer til forskning om teorier, og teori og forskning er lenket sammen (Fawcett, J. et.al, 2001), og avslutter med å stille spørsmål om pasienten er i sentrum ved "evidence-based nursing practice", og oppfordrer sykepleiere å være kritiske til at all sykepleie skal være basert på forskning.

### **2.4.1 Oppsummering**

Undersøkelsene ser i hovedtrekk på hvorfor forskningsbasert sykepleie er viktig, for å utvikle ny kunnskap, og dermed også kunne tilby best mulig tilgjengelige sykepleie til pasienten. Det poengteres at denne kunnskap ikke gir individuell pleie og omsorg, og det oppfordres til å være kritisk til forskning.

## **2.5 Forskning fra annet fagmiljø**

Vinnes og Kvalheim (2002) gjorde en undersøkelse blant i organisasjonen Vesta, for blant annet å belyse om kvinner med ambisjoner møter hindringer, og eventuelt hvilke? De har intervjuet seks kvinner og to menn, og gjort en sammenligning. Utvalget er skjevt fordelt mellom kjønnene. Det som er interessant i forhold til denne studien, er de hindringene kvinnene trekker frem i undersøkelsen. Hindringene som trekkes frem er blant annet; Tidsforbruk, kvinnene legger vekt på at lederrollene krever tid utover en vanlig arbeidsdag, og det kan komme i konflikt med tid til familien. Nettverk er et annet tema som de trekker frem. Her viser det seg at menn er flinkere enn kvinner å bruke nettverk av kollegaer og andre resurspersoner, for å få gjennom sine ideer. Det tredje tema som trekkes frem her er, kvinners synliggjøring i arbeidssituasjonen. Undersøkelsen viser til at kvinner i alt for liten grad uttaler seg om hva de ønsker med sin karriereutvikling, og de hevder videre at kvinner må bli flinkere til å gi beskjed om hva de vil.

### **2.5.1 Oppsummering**

Funn fra denne undersøkelsen viser til at kvinner med fordel kan bli flinkere til å uttrykke hva de vil, og bruke kollegaer og andre resurspersoner for å få økt anerkjennelse.

### 3. INTENSIVSYKEPLEIERENS ANSVARSOMRÅDER

Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2002) og Rammeplanen for intensivsykepleiere (1999), sammen med Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2003) ligger til grunn for å kunne beskrive intensivsykepleierens arbeidsområde i dette kapitlet. De til sammen omfatter intensivsykepleierens ansvar i intensivavdelingen overfor egen fagutvikling og veiledning, samt omsorg og behandling av pasienter. Alle elementene i de nevnte direktivene er ikke tatt med, da det vil bli for omfattende for denne oppgaven.

#### 3.1 Intensivsykepleierens ansvar

Gjennom lover og retningslinjer har samfunnet lagt føringer for hva som er intensivsykepleierens ansvar i det gitte arbeidsområdet. Dette grunnleggende ansvar og arbeidsområde er utformet i forarbeidet til helsepersonelloven og omtaler sykepleierens generelle ansvar: ”Sykepleieren har et selvstendig ansvar for sykepleiefunksjonen i helsetjenesten. Sykepleietjenesten består av helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak overfor syke pasienter eller pasienter som har behov for pleie og omsorg” (Ot. Prp. nr. 13 1998-99). Det grunnleggende fundament i sykepleien er pleie og omsorg. Dette videreutvikles og utdypes i Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleierne, der det blant annet legges vekt på intensivsykepleierens behandlende funksjon (Norsk sykepleierforbundslandsforening for intensivsykepleiere, 2002) (Heretter NSFLIS). Sykepleieren, her også intensivsykepleieren er imidlertid underlagt legens beslutningsmyndighet i medisinsk behandling, jf. hsp. § 4, 3. ledd. Det betyr imidlertid ikke at intensivsykepleieren ikke har et selvstendig ansvar når hun deltar i en slik behandling. Intensivsykepleieren har gjennomgått videreutdanning i intensivsykepleie og har et selvstendig ansvar i behandling og omsorg av pasienter. I Rammeplanen for intensivsykepleiere (1999) står det blant annet: ”Intensivsykepleieren skal behandle og forebygge komplikasjoner og lindre lidelse, smerter og ubehag”.

Det stilles med andre ord store krav til intensivsykepleierens selvstendighet og kompetanse i en intensivavdeling. I Rammeplanen for intensivsykepleiere (1999) legges det vekt på ulike temaer innenfor intensivsykepleierens ansvar: ”medisinske ansvar”, ”medisinske kunnskaper”, og ”bruk av medisinsk teknisk utstyr og utførelse av medisinske prosedyrer”.

Innen nevnte temaer kan det trekkes fram begrep som: ”kunnskap”, ”behandle”, ”forebygge”, ”lindre”, ”kvalitet”, ”sikkerhet”, ”kommunikasjon”, ”etikk” og ”faglig utvikling”. I teorien legges det vekt på at den teoretiske kunnskap i intensivsykepleie er ikke nok, den må også kunne anvendes i praksis.

Klinisk bedømming kommer gjennom erfaring. En klinisk spesialist forståelse av en pasients opplevelsen av sin sykdom, og derved også hans reaksjon på den, bygger ikke på abstrakte etiketter som omsorgsdiagnoser (Benner, Tanner og Chesla, 1996). Denne forståelse bygger også på kunnskap om den aktuelle pasient medisinske diagnose, hans typiske reaksjonsmønster, hans historie og hvordan den påvirker sykdommen. Denne kliniske bedømmingen oppstår på bakgrunn av omfattende kliniske kunnskaper, som er opparbeidet gjennom erfaring i arbeidet med mange ulike pasienter med likende diagnoser (Benner, Tanner og Chelsea, 1996). Den teoretiske og erfaringsbaserte kunnskapen gjør at ekspert sykepleieren handler i konkrete og livstruende situasjoner, samtidig som de er oppmerksom og lydhør til pasientens og familiens reaksjoner. Det er ikke bare de åpenbare sidene av intensivsykepleierens funksjoner, som å håndtere raskt i situasjonsforandringer, og å forstå pasientens medisinske skjørhet, samtidig med å håndtere respiratoren og de andre medisinske tekniske hjelpemidlene, men samtidig med handlinger relatert til disse situasjonsforandringene, ytes det også bedømmelsen av pasienten og pårørende i den kritiske situasjonen. Dette til sammen er med i ekspertsykepleierens refleksjoner rundt ulike situasjoner og handlinger, som kan oppstå i forhold til en intensivpasient (Benner, Tanner og Chelsea, 1996). Denne bedømmelsen av pasienten står også sentralt i Rammeplanen for intensivsykepleiere (1999): ”Intensivsykepleieren må kunne formidle tillit og ha moralsk vurdering i forhold til hvilken nytte pasienten har av utstyr/behandling. Evne til å kommunisere og samtale med mennesker i krise er sentralt”. Den naturvitenskaplige, medisintekniske og sykepleiefaglige kompetansen ligger i bunn og gir trygghet til intensivsykepleieren som er med på å yte omsorg til pasient og pårørende.

Den kliniske yrkeserfaringen er også med på å gjøre etiske vurderinger. Økonomiske prioriteringer og retningslinjer, er et politisk administrativt hensyn som tar utgangspunkt i fordeling av ressurser på en slik måte at alle som har et relevant behov får del i hjelpen som tilbys (Nortvedt, 2000). I NOU 18, 1997 legges det vekt på denne fordelingen av ressurser skal være kostnadseffektiv. Det vil at flest mulig pasienter får behandling til minst mulig kostnad. Det legges derfor vekt på høy effektivitet og lavt forbruk av tid for å gi hjelp til

flest mulige pasienter. Dette kan ses på som økonomisk styring på makro nivå, som for intensivsykepleieren blir upersonlig og tinglig gjøring av pasienten, og dens behov for behandling og omsorg. Den økonomiske fokuseringen virker likevel inn på intensivsykepleierens arbeid. Etske dilemmaer når helsearbeidere eller terapeuter daglig må prioritere beinhardt mellom ulike konkurrerende forpliktelser, som er et direkte resultat av prioriteringer på politisk-administrativt nivå (Nortvedt, 2000). Når intensivsykepleieren må flytte en pasient fra intensivavdelingen til sengeavdelingen, som hun vet er helt på grensen eller utover grensen for hva som er både faglig og moralsk forsvarlig oppleves det som et dilemma. Dette dilemma består av etikk og tilgang på helseressurser. Nortvedt (2000) trekker frem på den ene siden nødvendigheten av å våkne helsearbeidere og terapeuter, våkne overfor helsepolitiske og økonomiske realiteter som er nødvendige og moralsk legitime. Men bevissthet om problemet er ikke nok (Nortvedt, 2000), og han sier videre at kunnskap om problemstillinger som genereres ved etisk hensyn er forskjellig på ulike nivå er ikke nok, og henviser til de reelle etiske konflikter som daglig har direkte kliniske implikasjoner. De kliniske implikasjonene kan stå mellom hvilke pasienter som ikke kan bli operert som planlagt. Årsaken kan være at det ikke er intensivsykepleiere til å gi den behandling og pleie i intensivavdelingen, som denne pasienten har krav på etter en operasjon.

## 3.2 Intensivsykepleierens funksjoner i pasientbehandlingen

Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (2002) legger blant annet vekt på intensivsykepleierens behandlende og forebyggende funksjon.

### 3.2.1 Intensivsykepleierens behandlende og forebyggende funksjon

Intensivsykepleierens behandlende funksjon er både av generell og spesiell art. Den innebefatter følgende:

*”Intensivsykepleieren har en behandlende funksjon kan være av generell eller spesiell art ut ifra hvilken klinisk status pasienten befinner seg i. Spesiell art kan være å opprette holde pasientens livsviktige funksjoner på bakgrunn av delegerte oppgaver fra legen. Den generelle arten kan være å forebygge ved å gi sykepleiebehandling for å hindre komplikasjoner som sykdommen kan gi” (Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere, 2002).*

Intensivsykepleierens behandlende og forebyggende funksjon overlapper til en viss grad hverandre. Intensivsykepleieren forebygger når hun under kontinuerlig overvåkning og identifisering av pasientens status, yter behandling på bakgrunn av delegerte oppgaver for at pasientens tilstand skal bli bedre, og hindrer at han bli dårligere. Intensivsykepleieren yter ytterligere behandling når pasientens tilstand blir forverret, og tilkaller om nødvendig hjelp fra ansvarlig lege.

Forebyggende funksjon er også å yte sykepleiebehandling, som motvirker eller forkorter blant annet pasientens behov for foreksempel medisinsk teknisk utstyr, deriblant respirator. I tillegg til å utføre delegerte oppgaver skal intensivsykepleieren også vurdere behandlingens virkning på pasienten. Kirkevold (1997) beskriver fire ulike sykepleiesituasjoner, som også kan være betegnende for intensivsykepleien i en intensivavdeling: ” - akuttsituasjoner, - problematiske situasjoner, - ikke problematiske situasjoner, - problemidentifiserende situasjoner”. Disse ulike sykepleiesituasjonene er ikke blitt nummerert i den rekkefølge Kirkevold (1997) har gjort det. Årsaken er at intensivsykepleierens praksis kan være preget av glidende overganger mellom de ulike situasjonene. Med bakgrunn i Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (2002) og Rammeplanen for intensivsykepleiere (1999), kan ”problemidentifiserende situasjon” utvikle seg til akuttsituasjon. Bakenforliggende årsak kan være at en eventuell grunn sykdom, reagerer uventet negativt på en behandling. Dette innebærer at intensivsykepleieren som har kontinuerlig overvåkning av intensivpasienten, utfører delegerte oppgaver, for om mulig å gjenopprette den ikke problematiske situasjonen. Benner (1984) fremhever at denne delen av sykepleiepraksisen er blitt oversett, fordi den til dels overlappes med medisinsk praksis. Denne delen av sykepleiepraksis er kanskje i vektlagt i like stor grad i sykepleielitteraturen generelt. Årsaken kan være at den fremhever viktigheten av medisinsk kunnskap og forskningsbasert kunnskap i sykepleien.

I en akutt situasjon er det ikke tid til å stoppe opp og reflektere over hva som skal gjøres. Det stilles derfor krav til rask handling samtidig som intensivsykepleieren tyder situasjonen. Det bør ligge i ryggmargen. Kirkevold (1997) og Benner (1984) trekker frem ekspert sykepleierens evne til raskt å tyde en akuttsituasjon samtidig som de handler. Intensivsykepleieren skal også tilkalle hjelp fra kollegaer og eventuelt lege når det er nødvendig. Dette innebærer at hun i kraft av sine fagkunnskaper, skal kunne vurdere den

medisinske behandlingen av pasienten og formidle pasienten status videre til behandlingsansvarlige lege.

I tillegg til sin egen yrkesgruppe samarbeider intensivsykepleieren også med ulike spesialister i medisinske fag og andre yrkesgrupper som er knyttet til teamet rundt pasienten. Disse yrkesgruppene omfatter blant annet, fysioterapeuter, bioingeniører og radiografer. I følge ICN' etiske regler fjerde hovedelement skal sykepleieren "skape bevissthet om spesifikke og overlappende funksjoner og om mulighetene for tverrfaglige spenninger" (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, NSF 2003). Dette er med på å sette føringer for hvordan intensivsykepleieren administrerer arbeidet sitt, som en del av en større arbeidsgruppe.

For at intensivsykepleieren skal kunne opprettholde sin ekspertise i behandlende og forebyggende funksjon, oppgrader hun sine faglige kunnskaper kontinuerlig. Dette er også et ansvar som er pålagt sykepleieren, da også intensivsykepleieren, som er nedtegnet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2001). Ut i fra hva samfunnet forventer er også sykepleieren pålagt å inneha kunnskaper som innebærer å arbeide innenfor den gitte kontekst. Med kontekst mener jeg innenfor den spesialitet som en intensivavdeling innehar.

### 3.3 Forskning i intensivsykepleie

Forskning i sykepleie oppleves for mange praktikere som en uoverstigelig kløft. Språket og temaene som blir fokusert kan være temmelig fjernt fra det en kjenner til i praksis. Kirkevold (1996) ser på sammenhengen mellom sykepleievitenskap og sykepleiepraksis, der hensikten er å forbedre praksis for at den skal bedre skal nå de mål som er grunnlaget i sykepleien.

Intensivsykepleierens funksjon innen fag og forskning er også et samfunnskrav til intensivsykepleieren om faglig oppdatering og fagutvikling. Dette kravet er omtalt i helsepersonell loven § 4 om forsvarlighetskravet, som setter krav om helsepersonells kvalifikasjoner, utførelse av arbeid og arbeidets karakter for å opprettholde pasientsikkerheten. I henhold til spesialist helsetjenesteloven har pasienten krav på behandling og pleie som omhandler denne lov § 4.2., som blant annet vektlegger at helsepersonell skal søke samarbeid og hjelp fra andre og se sine faglige begrensninger. Utviklingen av klinisk stige og godkjenning som klinisk spesialist, på bakgrunn av Benner (1984) fremstilling av "fra novise til ekspert", kan ses på som et bidrag fra arbeidsgiver til



blant annet intensivsykepleiere, for at de skal ha mulighet til fagutvikling og en karriere ved ”sengen”.

### 3.4 Intensivsykepleierens administrerende funksjon

Under dette punktet i Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2002), legges det blant annet vekt intensivsykepleierens selvstendige krav om hele tiden å oppdatere sine kunnskaper teoretisk og praktisk, for at avdelingen skal oppnå de kvalitetsmål som er nedtegnet. Med kvalitetsmål menes en angivelse av egenskaper og kjennetegn ved tjenesten, basert på brukers behov og anerkjente faglige, juridiske og etiske krav (NSFLIS, 2002). Dette omfattende kompetanseområdet som omhandler intensivsykepleiernes arbeids- og ansvarsområde, og intensivsykepleierens muligheter til å yte den kvalitet på intensivsykepleien som det forventes, kan også ha en sammenheng med organisasjonens kompetanse. Organisasjonens hovedoppgave er å fremme helse og gi behandling og omsorg til syke mennesker. I tillegg er organisasjonen pliktig til å verne om personalet og til rette legge for kunnskapsutvikling (NOU 1997:18). Det kan se ut som sykehusene i dag blir sett på som økonomiske bedrifter, de har også strenge krav til effektivisering. Dette kan medføre et sprik mellom verdier og mål som er fastsatt av offentlige organer. Intensivsykepleieren kan oppleve etiske dilemmaer mellom organisasjonens forventning om effektivisering, og pasienten og pårørendes krav og behov for pleie og omsorg.

Organisasjonens virkelighet kan gjøre at normen om helhetlig pasientomsorg og tilstrekkelig tid til et urealistisk ideal (Orvik, 2004). Intensivsykepleiere står hele arbeidsvakten hos den kritisk syke og har kontinuerlig pårørende omsorg. Omsorgens idealer og virkelighetens realiteter kan gi en følelse av avmakt. Orvik (2004) argumenterer i sin bok for nødvendigheten av at sykepleierne har ”organisatorisk kompetanse” og henviser til en dansk intervjuundersøkelsen (Krøll og Hansen, 2000) av sykepleiere, ledere, lærere og studenter deltok. Funn fra denne undersøkelsen viser forventninger til sykepleierne om å forstå hvordan helseorganisasjoner virker og om å handle organisatorisk. ”Organisasjonsinnsikt og handlekraft er nødvendig for å takle rollen som koordinerende, helsefaglig person i tverrprofesjonelle team” (Orvik, 2004). Kvamme og Bjerke (2003) viser i sin undersøkelse at økt kompetanse også medfører en organisatorisk forståelse, som gir utslag problemløsende tiltak hos de kliniske spesialistene.

### 3.5 Oppsummering

Intensivsykepleieres ansvarsområder som det er beskrevet i Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere er omfattende. Områdene; behandlende og forebyggende funksjon omhandler intensivsykepleierens omsorg til intensivpasienten og det delegerte ansvar i behandlingen. Områdene forskning og administrerende funksjon omfatter utvikling pleie og behandling til intensivpasienten, og den selvstendige funksjon i administrering av sitt arbeid. Intensivsykepleiere er også pliktige til å kjenne til de lover og regler som er samfunnets forventninger om ansvarlig pleie, behandling omsorg.

## **4. INTENSIVSYKEPLEIEFAGLIG KUNNSKAPSOMRÅDER**

For å kunne utdype hva som er intensivsykepleiefaglig kompetanse, må grunnlaget for kunnskap i sykepleie og innen for spesialiteten intensivsykepleie klargjøres. Det trekkes da frem ulike teorier innen kunnskapsformene i sykepleie, som også danner grunnlaget for kompetansen innen intensivsykepleiefaget. For å bli utdannet intensivsykepleier er norsk autorisasjon som sykepleier i bunn (Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere, 2002, heretter NSFLIS).

### **4.1 Kunnskapsformer i sykepleie**

Sykepleiens teoretiske kunnskapsgrunnlag har referanser fra andre fagfelt innen natur- og samfunnsvitenskapelige fag. Denne kunnskapen gir grunnlag for de beslutninger som utgjør handlinger sykepleieren utfører overfor pasienten. Sykepleiekunnskap utgjør tre ulike kunnskapsformer, som omhandler teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringskunnskap (Fagermoen, 1993).

#### **4.1.1 Teoretisk kunnskap**

Teoretisk kunnskap er hovedsakelig utviklet fra empirisk og teoretisk forskning, og tilegnes hovedsakelig ved selvstudier, forelesninger, gruppeoppgaver og diskusjoner (Fagermoen, 1993).

Praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap står ikke i motsetning til hverandre hevder Kirkevold (1997), men de går over i hverandre. Denne prosessen kan knyttes til hvordan sykepleieren og intensivsykepleieren, bruker sine teoretiske og erfaringsbaserte kunnskaper ved observasjon av intensivpasientene. Slik en kan forstå Kirkevold bearbeides den teoretiske kunnskapen gjennom gjenkjennelse over erfaringer, slik at den blir integrert i sykepleierens praksis. Teoretisk kunnskap forstås vanligvis som abstrakt, generell og intersubjektiv kunnskap. Slik kunnskap gjør at en kan forklare forholdet mellom fenomener. I utgangspunktet er den teoretiske kunnskapen person uavhengig, men den er ikke verdifri eller nøytral. Verdimeslige antakelser og forutsetninger påvirker alle faser i teoriutviklingen (Tranøy, 1993).

Fagermoen (1995) har et videre perspektiv på teoretisk kunnskap når hun bruker begrepet sykepleierens vitensreservoar, selv om det innholdmessig skiller seg lite fra Kirkevold' begrep. Vitensreservoar kan forstås som at sykepleieren må ha den nødvendige kunnskap, forståelse og innsikt som gir grunnlag for vurdering av pasienters problemer, og relevante handlinger som kan løse problemene. Det er altså ikke nok bare å ha kunnskap, den må mobiliseres inn i situasjonen. Sykepleieren og intensivsykepleieren må forstå situasjonen, og handle på bakgrunn av teoretisk og praktisk kunnskap, som gir en optimal løsning. Det gjør hun ved å identifisere ressurser, prioritere og velger handlingsalternativer.

Carper (1978) var en av de første sykepleieteoretikerne som systematiserte de ulike kunnskapstypene i sykepleien. Hun delte sykepleiekunnskapen inn i fire punkter; erfaring fra praksis, etikk, personlig, estetikk. Carper kalte denne kunnskapstypen for empirisk kunnskap. Etter hennes oppfatning, kjennetegnes den ved at den er systematisert og har karakter av å beskrive, planlegge og forutsi fenomen innenfor disiplinen. Slik kunnskap regnes som relativt sikker kunnskap. Carper' (1978) redegjørelse av empirisk kunnskap faller godt overens med Kirkevold' (1997) begrep "teoretisk kunnskap". Fawcett et al (2001) stiller spørsmål om det er mulig å utvikle kunnskap på bakgrunn av Carper' fire punkter i en studie om EBNP (evidence based Nursing Practice). Forfatterne mener teori er grunnen til, og verdien i forskning. Forskning i seg selv refererer til forskning om teorier. Teori og forskning kan sies å være lenket sammen.

#### **4.1.2 Praktisk kunnskap**

Praktisk kunnskap omfatter rasjonelle ferdigheter som for eksempel identifisering helsesvikt eller risiko for helsesvikt hos kritisk syke pasienter, og deretter sette inn tiltak for å forebygge utviklingen (Fagermoen, 1993). Det innebærer også refleksjon og konsekvensanalyse i en etisk situasjon. I Martinsens sykepleieteori legges det vekt på sykepleiens natur, hvor en kan betrakte hennes arbeid som en filosofisk teori (Kirkevold, 2001). I boken "Fra Marx til Løgstrup" trekker Martinsen blant annet frem "phronesis" som en "praktisk kunnskapsform hvor vi lærer å kjenne det riktige og det gode, og hvor vi forholder oss til det foranderlige, mangfoldige, kompliserte og nyanserte i situasjonen" (1997 s. 92). Det ser ut til at Martinsen (1997) ikke tar utgangspunkt i individet alene, men i forholdet som eksisterer mellom personene, når hun også legger vekt på at den praktiske kunnskapen er "situasjonsbundet og konkret, lært i mellommenneskelige situasjoner".

Erfaringskunnskap er individuell og opplevd, og den er personlig. Martinsen (1997) trekker også inne praktisk kunnskap når hun fremlegger erfaringsbasert kunnskap, som når en person spiller seg selv følelsesmessig inn i en situasjon. Denne kunnskapen ivaretar gode sykepleieholdninger som er lært på en slik måte at sykepleiefaget er integrert i sykepleierens person og kropp (Martinsen, 1997). Erfaringskunnskap er resultat av den enkeltes personlige møte med lærestoff, materiale og personer, og det dreier seg om å føle og bli berørt som menneske (Fagermoen, 1993). Ut ifra disse teoriene kan erfaringskunnskap sees på som kunnskap, som omfatter anvendelsen av all teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap i sykepleie og yrker med mellom menneskelig samspill. Denne kunnskapen er personlig og den enkelte persons eiendom. Rolf (1991) henviser til Polanyi og skriver blant annet om personlig kunnskap, hvor det også finnes et subjektivt element for eksempel gjennom opplevelsen av samvittighet. Han sier videre at personlig kunnskap går utover det subjektive. Kunnskap henviser ikke bare til egoets opplevelser, men også til en virkelighet som er tilgjengelig for alle (Rolf, 1991). Personlig kunnskap kan innholde elementer fra en tradisjon og en kulturs virkelighets bilde, som i noen situasjoner brukes som redskap for handling. I vitenskapen trekkes fram blant annet to former for viten som er "vite at" og "vite hvordan". Teorien fremhever at "å vite hvordan" (knowhow) har vi tilegnet oss uten "å vite at" det ligger en vitenskapelig teori bak (Kuhn, 1970; Polanyi, 1958, her i Rolf, 1991) og videre at "Knowhow" kan utfordre vitenskaplige teorier eller utvikle eksisterende teori. Utvikling av kunnskap innen for en disiplin består derfor av utvikling av den praktiske viten (knowhow) gjennom teoretisk basert, vitenskaplig forskning og gjennom kartlegging av den eksisterende knowhow, som er oppstått av klinisk erfaring under utøvelse av disiplinen (Benner, 1995). Forskning er kommet sterkt inn i sykepleien de siste tiår. Intensivsykepleieren utvikler sin ekspertise når hun ved bruk av sin erfaring avklarer antakelser, hypoteser og reflekterer gjennom sitt praktiske arbeid.

Teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringer er med på å forme en ekspertise, og dens problemløsninger skiller seg fra en nybegynner eller kompetent sykepleier. Ekspert sykepleieren oppfatter situasjonen som en helhet og anvender tidligere, konkrete opplevelser som paradigmer og beveger seg mot problemets kjerne uten å bruke tid på overveielser av andre irrelevante muligheter (Benner, 1995). Der ekspert sykepleieren går direkte til kjernen, må den kompetente eller kyndige sykepleier holde seg til den samvittighetsfulle, veloverveide, analytiske problemløsningen (Benner, 1995). Dette kan sees i sammenheng

med de kunnskaper, holdninger og ferdigheter som intensivsykepleieren har tilegnet seg gjennom teoretisk kunnskap og flere års praksis erfaring.

Kunnskapsformene i sykepleien fremstår også som vitenskapsbasert kunnskap. Nordtvedt og Hanssen (2001) trekker fram forskningsbasert kunnskap i sykepleien som et sentralt ledd i kvalitetsforbedring og kvalitetsutvikling. Denne kunnskapen dreier seg om ”å vite hvordan” og at ekspertsykepleieren har tilegnet seg kunnskap ved ”å vite at” det ligger en vitenskaplig teori bak. Dette trekker jeg fram fordi Kuhn (1970) og Polanyi (1958) her i Rolf (1991) sin definisjon av ”å vite hvordan” (knowhow) også er tilegnet ved ”å vite at” det ligger en vitenskaplig teori bak sykepleieren handling. Kunnskapen oppstår ikke i et vakuum, det er grunner for det man gjør ved for eksempel samle data for å skape ny kunnskap både teoretisk og praktisk.

## 4.2 Kompetanse

I Bokmålsordboka (1993) er begrepet kompetanse definert som kvalifikasjon eller dyktighet til noe, og begrepet tillegges myndighetsområde for en stilling.

I teorien snakkes det både om sykepleierkompetanse (Fagermoen, 1993), personlig kompetanse (Skau, 2002) og organisatorisk kompetanse (Orvik, 2004). Sykepleierkompetanse oppnåes etter endt sykepleierutdanning. Denne utdanningen er profesjonell og kvalifiserer til kompetanse i et yrke der hensikten er å gi profesjonell hjelp til mennesker som av ulik årsak ikke er i stand til å hjelpe seg selv. ”Denne spesifikke kompetansen innebærer selvstendighet i beslutninger, etisk ansvarlighet og dugelighet i grunnleggende ferdigheter i yrket” (Fagermoen, 1993). Fagermoen (1993) trekker frem grunnelementene ”verdier”, ”viten” og ”handling”, og legger vekt på at sykepleierkompetanse innebærer utvikling innen alle tre områdene for å bli en kompetent sykepleier.

Sosiolog og forsker Skau (2002) trekker frem personlig kompetanse som en av aspektene i samlet profesjonell kompetanse, de andre aspektene utgjør ”teoretisk kunnskap” og ”yrkesspesifikke ferdigheter”. Personlig kompetanse innebærer personens menneskelige kvaliteter og væremåte i forhold til seg selv og andre. I begrepet personlig kompetanse trekker Skau (2002) frem flere elementene, som kan trekkes inn som en del av sykepleie kompetansen. Disse elementene består av, personens evne til å tenke og handle på i nye

situasjoner, deres følsomhet for samspill, deres intuitive viten og ansvarsfølelse, sammen med egenskaper som varme og empati (Skau, 2002). Elementene som trekkes frem i personlig kompetanse er avgjørende for utførelsen av god sykepleie og behandling av kritisk syke pasienter. Disse elementene kan også trekkes som sammenligning til Benner' (1995) definisjon av en ekspert sykepleier og dennes handlingsmønster og refleksjoner.

Organisatorisk kompetanse er et område som vanligvis blir knyttet til ulike lederutdannelser. Cand.polit. Orvik (2004) vektlegger en for ny organisatorisk kompetanse der det er sterk klinisk kompetanse, som bygger på selvstendighet og likeverdighet i samarbeid med andre faggrupper. Han fremhever behovet for ledere som kan synliggjøre sykepleie som fag, tjeneste og bidra til verdiskapning, og sykepleiere som forstår organisatoriske roller i en kompleks organisasjon og som kan på en konkret måte håndtere pasientforløpet. Dette til sammen vil være med å bidra til å heve kvaliteten i sykepleien. I sin begrunnelse for viktigheten av at sykepleiere har organisatorisk kompetanse trekker Orvik (2004) fram "Pasienten først" (NOU 1997:2). I dette offentlige dokumentet fremheves blant annet sykepleiernes "kamp om tiden" og organisasjoners forventninger til sykepleierne om medansvar for forvaltning av knappe ressurser i overensstemmelse med samfunnsøkonomisk effektivisering. Men økt faglig kompetanse kan også gi økt organisatorisk kompetanse. I en undersøkelse ut ført av sosiologene Kvamme og Bjerke (2003) om kliniske spesialister, trekker de blant annet frem i sin konklusjon de kliniske spesialisters styrkede organisatoriske kompetanse, som har medført at de er blitt løsningsorienterte. Dette innebærer at der de tidligere så dilemmaer, ser de nå løsninger (Kvamme og Bjerke, 2003).

#### **4.2.1 Intensivsykepleierens kompetanse**

Sykepleie til akutt og kritisk syke er et stort og komplekst område og har endret seg i takt med den medisinske og tekniske utviklingen i behandlingstilbudet. Sentralt med denne utviklingen er også fokuset på den akutt kritisk syke og deres pårørendes psykososiale reaksjoner på pasienten og den behandling han får (Moesmand og Kjøllesdal, 2004). Intensivsykepleieren ser hele pasienten og trekker fram sine praktiske og teoretiske kunnskaper for å yte den beste pleie og behandling. Personlig kompetanse er i følge Kirkevold (1996): etisk, praktisk og teoretisk kunnskap og erfaring, intuisjon og refleksjon. Teoretisk og praktisk kunnskap er viktig i sykepleie til pasienter og pårørende, men uten etisk kunnskap og personlig involvering fra spesialsykepleieren blir det for snevert

(Moesmand og Kjøllesdal, 2004). Trygghetsfølelsen intensivsykepleieren viser gjennom hva hun gjør og hvordan hun gjør det har betydning for pasientens og pårørendes mestring, og påvirker hennes utvikling som spesialsykepleier (Moesmand og Kjøllesdal, 2004). Men for å skape trygghetsfølelse hos pasienten, innebærer det også at intensivsykepleieren er i besittelse av bred teoretisk og praktisk kompetanse.

Steine utvalget (NOU 1997:2) fremhever sykepleierens faglige forsvarlighet og ansvarlighet i praksis i relasjon til pasientens behov for hjelp og ressurser, som er basert på åpen dialog mellom sykepleier og pasientens medbestemmende. En åpen dialog mellom partene kan hjelpe sykepleieren til å finne fram til den pleien som er til det beste for pasienten. Ny kunnskap i praksis er ikke bare begrenset til fagutvikling og forskning. Det omfatter også anvendelse av forskningsmetoder, i den hensikt kritisk å studere og synliggjøre de kunnskapsmessige ressursene som allerede finnes integrert i klinisk sykepleie (Støvring og Støvring, 1998). Dette er med på å skape en bevisstgjøring og økt ansvarlighet blant sykepleierne i å analysere egen praksis. Klinisk kunnskap blir ofte fremsatt som teoretisk kunnskap (Kirkevold, 1996). Kirkevold (1996) skiller mellom forståelsen av kunnskapsanvendelse og anvendelse av forskningsbasert, eller vitenskaplig kunnskap. Det kan uttrykkes på en annen måte. I praksis utføres en gitt prosedyre overfor pasienten som gir en gunstig effekt ikke fordi den er randomisert, men fordi praksis har vist at prosedyren var gunstig for pasienten. Kunnskapen er personlig og konkret, den er spesiell, subjektiv og historisk (Kirkevold, 1989). Ekspert sykepleieren handler overfor den kritisk syke pasienten ut fra sin kompetanse som omfatter den spesielle pasientens sykdomshistorie, og hun vet ut fra erfaring og kunnskap at pasientens pårørende er i en psykisk krise som har behov for omsorg. ”The expert nurse perceives the situations as paradigms, and moves to the accurate region of the problem without wasteful consideration of a large number of irrelevant options” (Dreyfus, 1979; Dreyfus, 1981 i Benner, 1984).

En intensivsykepleier handling i en akuttsituasjon der pasienten får hjertestans er basert på godt innarbeid teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Ekspert sykepleieren vet blant annet ut fra pasientens diagnose og kliniske tilstand at en akuttsituasjon kan oppstå og har derfor medisinske og tekniske hjelpemidler som beredskap. Hun handler uten å bruke tid på å vurdere hva som var årsaken til hendelsen. Ekspert sykepleieren ser også pårørendes behov for omsorg og kan på bakgrunn av sin praksiserfaring og teoretiske kunnskap skape trygghet hos pårørende.



Kunnskap er personlig gjennom konkrete hendelser og opplevelser, og den er subjektiv og historisk gjennom erfaringer og opplevelser (Kirkevold, 1996). De ulike handlingene som utføres overfor den kritisk syke pasienten er blitt lært gjennom teoretisk kunnskap og kollegaenes praktiske veiledning, sammen med egen praksiserfaring dannes grunnlag for den kompetansen den kliniske spesialist opparbeider seg. Gjennom ny kunnskap er det mulig at prosedyrer må revurderes om det viser seg at det finnes forskningsbaserte ("evidence-based") prosedyrer som gir en bedre behandling av pasienten. Evnen til å se "hva som er mulig" er blant de kjennetegn som skiller den kompetente sykepleiers prestasjoner fra den kyndige og ekspert sykepleieren (Benner, 1995). En godt innarbeidet prosedyre som i mange år har vist til å være til hjelp for pasienten kan i enkelte tilfeller være vanskelig "gi slipp" på til fordel for eksempel nye randomiserte prosedyrer. De refleksjoner som ekspertsykepleieren også gjør er om denne prosedyren er til det beste for denne pasienten. Fawcett et al. (2003) oppfordrer sykepleiere å være "kritiske til at all sykepleie skal være basert på forskning". Den reflekterte ekspert sykepleieren "ser" hva som best individuell sykepleie. Bruken av vitenskaplig arbeid i praksis gjøres gjennom læring og veiledning fra kollegaer og eller andre yrkesgrupper, som for eksempel ved å snu en pasient tilkoblet en respirator fra ryggeleie til mageleie for å få bedre effekt av oksygen behandling (Rowe, 2004). Anvendelsen av vitenskaplig kunnskap er med på å bedre pasient behandling, men det kan også være med på å bedre pasientsikkerheten. Ved å ta utgangspunkt erfaring fra praksis kan forskning også vise til at innarbeidede prosedyrer er riktige og viktige for å bedre pasientens sykdomsbilde.

En vid forståelse av praktiske ferdigheter kan settes i en sirkel med fem elementer, hvor elementet som omhandler substans og sekvens er innerst, og de neste er nøyaktighet, flyt, integrasjon, og det avsluttes omsorg som det altomfattende element (Bjørk, 2003). Omsorg innebærer også å skape trygghet hos pasient og pårørende. Det innebærer at intensivsykepleieren innehar teoretisk og praktisk kunnskap, som hun omdanner i handling som skaper trygghet hos pasienten. Mer konkret er det at intensivsykepleieren har avansert kunnskap innen medisinske fag og medisinsk teknisk utstyr, og ved å vise sin trygghet og kunnskap til pasient og pårørende gir hun dem også trygghet. Når intensivsykepleieren er trygg i sine behandling av pasienten kan hun også gi respekt, aspekt og trøst. Denne modellen kan brukes som en redskap til å evaluere seg selv og som en begrunnelse for hvorfor ting tar tid, og det å utelate noen ferdigheter kan vise seg i kvaliteten på arbeidet som blir utført (Bjørk, 2003). Når ekspert sykepleieren beskriver episoder der innsats har

bedret pasient behandlingen og omsorgen, synliggjøres den teoretiske og praktiske kunnskapen som ligger til grunn for handlingen. Denne synliggjøringen kan være med på å styrke og anerkjenne ekspertisen innen intensivsykepleien.

### 4.3 Oppsummering

Kunnskapsområdene i intensivsykepleie og sykepleie generelt, består av teoretisk, praktisk og erfaringskunnskap. Teoretisk kunnskapsgrunnlaget er i hovedsak empirisk og teoretisk forskning. Praktisk kunnskap omfatter rasjonelle ferdigheter og identifisering av risiko for helsesvikt hos en kritisk syk pasient. Erfaringskunnskap omfatter anvendelse av all teoretisk og praktisk kunnskap.

Kompetanse omhandler sykepleierkompetanse, personlig kompetanse og organisatorisk kompetanse. Sykepleierkompetanse oppnås etter endt utdanning, som sykepleier, intensivsykepleier og videre som klinisk spesialist. Personligkompetanse innebærer personens menneskelige kvaliteter og være måte i forhold til seg selv og til andre. Organisatorisk kompetanse bygger på selvstendighet likeverdighet i samarbeid med andre grupper.

## 5. METODE

I dette kapittelet er hensikten å beskrive metoden som er benyttet ved innhenting og analysing av data. De vitenskapsteoretiske områdene i dette kapitelet omfatter kvalitativ metode, det kvalitative forskningsintervju, hermeneutisk analyse, utvalg, vurdering av studiens legitimitet og etiske overveielser.

### 5.1 Vitenskapsteoretisk plassering

Vitenskaplig kunnskap avviker ikke fra annen viten i selve karakteren som viten, men den avviker der det hevdes at vitenskaplig viten er mer sikker og mer generaliserbar enn annen viten (Holm, S. i Lorensen, red. 1998). Å utvikle vitenskap krever blant annet systematikk og kritisk refleksjon. Innenfor kvalitativ metode er målsetningen å oppnå en relasjon mellom intervjuer og informant, og en forståelse for de personene som intervjues. De kvalitative tilnærmingene knyttes til fortolkende teorier som f.eks. fenomenologi og hermeneutikk. "Den vitenskapsteoretiske fortolkningsrammen danner grunnlaget for den forståelsen forskeren utvikler i løpet av forskningsprosessen" (T. Thagaard, 2004). Hermeneutikk ses på som en metode til å forstå og en filosofi om hva forståelse er. Denne oppgaven plasseres inn under denne fortolkningsrammen. Innen hermeneutikk er det spesielt to hovedtradisjoner som er gjeldene. De omtales som den tradisjonelle hermeneutikken og den ontologiske eller filosofiske hermeneutikken (Eilertsen, 2000). Den tradisjonelle hermeneutikkens måte å oppnå forståelse på, er lite forenlig med valget av meningsfortetting som analysemetode. Forståelsen ut fra et slik perspektiv ses på som evnen til å leve seg inn i den andres situasjon, for deretter å rekonstruere denne situasjonen etter bestemte regler.

Den filosofiske hermeneutikken også kalt den ontologiske hermeneutikk, blir sett på som en filosofi om hva forståelse innebærer. Denne delen av hermeneutikken er spesielt utviklet av filosofene Martin Heidegger (1889 – 1976) og Hans Georg Gadamer (1901-). Gadamer mente at både den juridiske og teologiske hermeneutikken, der tolkning av teksten er oppfattet som forpliktende, burde være et forbilde for all hermeneutikk, ettersom sannheten er å finne i teksten (Eilertsen, 2000).

Thagaard (2004) beskrivelse av hermeneutikken kan forstås som en sammenslåing av både den tradisjonelle og den filosofiske hermeneutikken. En hermeneutisk tilnærming vektlegger

at det ikke er en sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Prinsippet i hermeneutikken bygger på at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng vi studerer en del av, og vi forstår delene i lys av helheten (Thagaard, 2004 og Wormnæs, 1993). Med dette kan hermeneutikken representere en viktig inspirasjonskilde for samfunnsvitenskaplige tilnærminger hvor fortolkning har en sentral plass (Thagaard, 2004). I lys av denne oppgaven og intensivsykepleiernes plass i samfunnet, representerer hermeneutikken en vitenskaplig tilnærming hvor fortolkningen er sentral. Thagaard (2004) trekker også frem at hermeneutikken opprinnelig var knyttet til fortolkning av tekster, men sett ut fra et samfunnsvitenskaplig ståsted kan et hermeneutisk perspektiv knyttes til å lese kultur som tekst. "Målet er å oppnå en gyldig forståelse av meningen i teksten. Tolkning av intervjuetekster kan ses på som en dialog mellom forsker og tekst, hvor forskeren fokuserer på den mening teksten formidler" (Thagaard, 2004 s. 37).

I hermeneutikk legges det også vekt på kritisk teori, deriblant vektlegges også et kritisk standpunkt til samfunnets rådende og etablerte strukturer (Thagaard, 2004). Den kritiske forskningen blir av Alvesson og Sköldbberg (1994) kalt trippelhermeneutikk. Denne tredelingen av hermeneutikk innebærer; enkel hermeneutikk som omhandler individets tolkning av seg selv og sin intersubjektive virkelighet, dobbel hermeneutikk omhandler forskerens fortolkning av denne virkelighet, og den kritiske teoriens trippelhermeneutikk innbefatter dobbelhermeneutikk og i tillegg en kritisk tolkning av de samfunnsforholdene som påvirker både informanten og forskeren (Alvesson og Sköldbberg, 1994). Alvesson og Sköldbberg (1994) vektlegging av kritisk teori i sin definisjon av trippelhermeneutikk, er på bakgrunn av den oppmerksomhet som festes på forskningens politiske dimensjon. Denne oppgaven går ikke inn for å tolke samfunnsforholdene som påvirker informantene og forskeren, men samfunnsforholdene kan likevel ikke isoleres. Kritisk teori har en påvirkning i type spørsmål og forskningsopplegg som forskeren arbeider med (Thagaard, 2004). Forskningsspørsmål som er relevante innenfor kritisk teori kan være av vurderende art, eller av konstruktiv art (Kalleberg, 1996 i Thagaard, 2004). Forskningsspørsmålene i denne oppgaven kan betegnes å være i kategorien; "vurderende art". Dette fordi det stilles spørsmål om muligheter og utviklingen innenfor en sosial kontekst, som i dette tilfellet er avdelingen der informantene har sitt arbeid.

## 5.2 Kvalitativ eller kvantitativ metode

Det har tradisjonelt eksistert et anstrengt forhold mellom kvalitative og kvantitative metoder. Den metodiske konflikten har vært preget av grunnleggende motsetninger og uforsonlighet. Den vedtatte oppfatning av forskning fokuserer på anstrengelsene som gjøres for å bevise eller motbevise en hovedhypotese, mest nyttig angitt som en matematisk (kvantitativ) påstand eller flere påstander som lett kan bli tatt inn i den presise tallmateriale formelen, som uttrykker den funksjonelle sammenheng (Morse, 1994). Ut fra denne positivistiske tankegangen bør samfunnsvitenskapen følge en eksperimentell kvantitativ metode som naturvitenskapen er grunnlegger av. Med utgangspunkt i positivismen bør samfunnsvitenskapen søke nøyaktighet og kontrollert atferd gjennom benyttelse av observerbar data. Vitenskaplige funn er da basert på nøyaktighet og kontrollert atferd gjennom benyttelse av observerbar data. Vitenskapelige funn er da basert på nøytrale og verdiløse fakta. Gallilei skriver: "Measure what is measurable, and make measurable what is not" (i Kvale, 1996 s. 62). Det er likevel mange som nå hevder at kvantitative og kvalitative metodene ikke er så uforenlig som det gis uttrykk for. Grønmo (1996) drøfter forholdet mellom kvantitative og kvalitative tilnærminger og understreker at disse metodene lar seg forene, men at det kan være fruktbart å skille mellom disse metodiske tilnærmingene fordi kvantitative data uttrykkes i mengde termer og kvalitative data uttrykkes i tekst. "Om det er den kvalitative eller den kvantitative metoden som er mest egnet til et konkret forskningsopplegg, avhenger av problemstillingen som skal belyses". (Grønmo, 1996). Valget av metode kan da knyttes direkte til den konkrete problemstillingen. Der tall materialet betegner den objektive kvantitative metoden og gir på mange måter en distanse til informantene, er det grunnleggende materialet i den kvalitative metode en meningsfull relasjon som skal tolkes (Kvale, 2001).

I denne studien søkes det ikke etter generaliserbar viten, men etter å få den enkelte deltakers beskrivelse og tolkning av fenomenet. Studien ser på aspektene omkring intensivsykepleiernes muligheter til innhente ny kunnskap og å anvende sine kunnskaper i praksis etter at de er godkjente kliniske spesialister. Studien søker etter informantenes subjektive erfaringer fra sitt arbeidssted. Det er derfor valgt en kvalitativ metode for å vite mer om deres erfaringer, opplevelser, forventninger, for å få et bedre innblikk og forståelse av intensivsykepleiernes verden. Studiene baserer seg på en beskrivende undersøkelse, hvor

det ble samlet inn data ved hjelp av intervju og hermeneutisk metode for å tolke informantenes utsagn.

### 5.2.1 Utvalg

Når det er små utvalg, stilles det større krav til at respondentene er sentrale i forhold til det fenomenet det fokuseres på, slik at det foretrekkes strategiske utvalg fremfor randomiserte (Knitzek, 1998). Utvalget i denne studien er strategisk ut fra den målsetting om at datamaterialet skal inneholde både bredde og dybde, som har potensiala til å gi mest mulig relevante svar på problemstillingen. Det ble sendt ut seks brev til det ene sykehuset, hvor alle svar var positive, men en melde avbud. Til det andre sykehuset ble det sendt ut ni brev, hvor fem gav positive svar.

Når det er spørsmål om hvem forskeren skal få informasjon fra, innebærer det å definere det utvalget som undersøkelsen baserer seg på. I kvalitativ forskning baserer undersøkelser seg på strategiske utvalg, med det menes at informantene velges etter de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2004). I denne undersøkelsen består utvalget av intensivsykepleiere som også er godkjent som kliniske spesialister. Det ble ikke stilt krav til kjønn eller alder. Informantene skulle også ha jobbet som klinisk spesialist i minimum 6 måneder etter godkjenningen. Av forespørslene som ble sendt til to Universitets sykehus i Østlandsområdet, var det 11 som ga positive svar, men en meldte avbud. Alle som svarte positivt var kvinner. De arbeidet i 100% stilling, unntatt en som arbeidet i 80% stilling. Det var ønskelig at det endelige utvalget reflekterte en bredde i gruppen. Utvalget som består av 10 personer har følgende fellestrekk, hvorav det sistnevnte var et krav jeg stilte:

1. Kvinner.
2. Mer enn 2 år som intensivsykepleier før de startet på kompetanseprogrammet klinisk stige.
3. Mer enn seks måneder siden de mottok godkjenning som klinisk spesialist.

## 5.3 Datainnsamling

Valg av metode skjer dels ved overveielser angående metode som sådan, det vil si vedrørende det kvalitative forskningsintervjuets spesifikke art, dels overveielser vedrørende bruken av intervju til nettopp denne undersøkelsen, som man vil i gang med (Fog, 2004). Det er flere spørsmål som kommer frem ved valg av metode, som søker svar. Hva er det som er som skal undersøkes? Egner kvalitativ metode og intervju seg til den planlagte undersøkelsen? Det kvalitative forskningsintervju er en av flere kvalitative metoder. Det kvalitative forskningsintervju oppfylles gjennom en eller flere samtaler, intervju, som på forskjellig vis er forberedt, gjennom utskrift av disse intervju og endelig gjennom analyse og fortolkning av meningen i dette materialet (Fog, 2004). Valget av kvalitativ intervju er gjort ut i fra at det er den metoden, som best egner seg til denne undersøkelsen. Formålet med et intervju er blant annet å få omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin situasjon. "Denne metoden gir et særlig godt grunnlag for innsikt i informantens erfaringer, tanker og følelser" (Thagaard, 2004 s. 83). Hensikten med intervju er i denne undersøkelsen å få fylldig informasjon fra intensivsykepleierne om hvilke muligheter de har til å anvende ny kunnskap i intensivavdelingen og for videre fagutvikling. Det kvalitative intervju fokuserer på hermeneutisk tolkning av tekstens mening, der det sentrale er erfaring, mening, livsverden, samtale, dialog, fortelling og språk (Kvale, 2001). "Intervjuundersøkelser er særlig egnet til å gi informasjon om personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse" (Thagaard, 2004 s. 12).

### 5.3.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

Hensikten med det kvalitative forskningsintervju er å innhente informantens beskrivelser fra sin arbeidssituasjon. "Denne metoden gir et særlig godt grunnlag for innsikt i informantens erfaringer, tanker og følelser" (Thagaard, 2004). Da med hensyn til å få frem de meningsbærende enhetene som blir beskrevet i intervjuet, som kan sees å bære preg av intensivsykepleierens forståelse av det de har opplevd. Intensivsykepleiere sees på som eksperter med fagkunnskap, som er av interesse for forskningsprosjektet. Det er da opp til forskeren å skape et fortrolig miljø, som gjør at informanten snakker avslappet og uforstyrret. En intervjusamtale er preget av ensidig fortrolighet, det er bare informanten som er åpen og fortrolig, og forskeren til en vis grad styrer intervjusamtalen (Fog, 2004 og Thagaard, 2004). Samtidig er forskeren avhengig av at informanten er åpen og villig til å

dele ut sine synspunkter og erfaringer. Denne avhengigheten og forskerens ansvar til å skape et fortrolig miljø gjør at både forsker og informant har innflytelse på hvordan intervjuet forløper. Det kvalitative forskningsintervju kjennetegnes blant annet ved at det er en metodisk bevissthet om spørreform og en interaksjon mellom partene. For forskeren blir det viktig å være bevisst den kontekstuelle ramme ved innhenting av kvalitative data. Det er her spesielt viktig at forskeren forstår samspillet mellom informant og intervjuer, og hvilken betydning dette har for tolkningen og resultatene av kunnskapsutviklingen (Malterud, 2003). Det er også viktig å være oppmerksom på hvor lett det er å styre samtalen mot det felt der egen eksisterende kunnskap befinner seg. Fokuset må derfor være informantens fortelling.

### **5.3.2 Utvikling av intervjuguide, planlegging av og forberedelse til intervjuene**

De første forberedelsene til planlegging av intervju skjer ofte på det tanke eksperimentelle. Det kan være fenomen i det praktiske virke eller i teorien som kanskje bør belyses. Starten på intervju undersøkelsen er preget av flere viktige usynlige prosesser som er viktig i kraft av deres enkle eksistens, fordi de gjennom deres usynlighet kan få utilsiktet innflytelse på den produserende empiri (Fog, 2004).

Mine forberedelser til intervjuguide foregikk på flere plan. Det var praktisk planlegging og mentale forberedelser. Når det gjelder den praktiske planleggingen, ble det søkt de ulike sykehusene om tillatelse til forskningsfeltet, de reserverte også kontor eller møte rom, i den grad de hadde mulighet. Det ble gjennomført et kontroll intervju før søknaden ble sendt til de ulike sykehusene. Intervjuguiden (vedlegg) ble utarbeidet forankret i det teoretiske rammeverk og min forforståelse fra forskningslitteratur og praksis. Det er en intervjuguide med ni strukturerende spørsmål.

Det ble brukt båndopptaker under intervjuene. Jeg hadde en notisbok med til intervjuene, hvor jeg gjorde noen demografiske nedtegnelser om når informantene hadde fått sin kliniske spesialist godkjenning. Det ble ikke gjort ytterligere nedtegnelser under intervjuet, da jeg så på det som forstyrrende. Umiddelbart etter at intervjuet var avsluttet, skrev jeg ned hvordan intervjuet hadde artet seg. Det ble ikke notert noen navn. Kassetten fra hvert intervju fikk en bokstav. Bånd og disketter, samtykkeskjema og undertegnede svarslipper ble låst ned på to ulike steder, hvor kun jeg hadde tilgang. Intervjuguiden ble i de to første intervjuene fulgt nøye. De senere intervjuene var mer samtale preget, og intervjuguiden ble brukt til å sjekke at alle emnene ble berørt.



I intervjusituasjonen la jeg vekt på å skape en tillitsvekkende atmosfære. Jeg kunne ikke gjøre noe med de fysiske lokalitetene, et vanlig kontor, møte rom og et tomt pasient rom, annet enn å sørge for at vi ikke ble forstyrret og for at vi kunne sitte komfortabelt.

Mine mentale forberedelser gikk ut på å tenke gjennom ulike erfaringer og forhold informantene kanskje ville fortelle meg. Det ville styrke meg å forsøke å håndtere alle mulige utsagn fra informantene på en fordomsfri måte. Det var viktig for meg som intervjuer å oppøve en mental styrke, slik at både informantene og jeg kunne føle trygghet i intervjusituasjonen. Jeg ville verken bifalle eller mislike ytringer fra informantene. Fra mitt flerårige arbeid som intensivsykepleier har jeg sett ulike muligheter ved intensivsykepleierens tilegnelse og formidling av kunnskap. Jeg måtte derfor ikke la mine egne synspunkter komme frem.

### **5.3.3 Tilgang til feltet**

Det er ikke alle sykehus som har godkjente kliniske spesialister ved sin intensivavdeling. Det ble derfor valgt ut to sykehus i Østlandsregionen som har flere intensivsykepleiere som er godkjente kliniske spesialister. Det ble søkt om innpass i forskningsfeltet. Søknad og intervjuguide (fordi det ble poengtert at den måtte følge med) ble sendt helsefaglig direktør på det ene sykehuset, (vedlegg), som igjen sendte den videre til oversykepleier ved avdelingen. På det andre sykehuset ble søknaden sendt direkte til oversykepleier, etter at jeg hadde hatt telefonisk kontakt med avdelingen (vedlegg). Søknaden ble ved begge sykehus positivt imøtekommet (vedlegg). Videre søkte jeg Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS for etisk vurdering, der ble prosjektet anbefalt, og vurdert som ikke meldepliktig (vedlegg).

### **5.3.4 Tidspunkt for gjennomføring av intervjuene og innpass til feltet**

Alle intervjuene ble utført i arbeidstiden og i tilknytning til arbeidsstedet. Jeg var oppmerksom på at respondentene kunne være stresset og slitne når de gikk fra en pasient direkte til et intervju. På grunn av turnus arbeid og bemanning trakk intervjuene seg over tolv uker. Der det var mulig ble det gjort to intervjuer pr dag.

Det ble fra begge universitetssykehus sendt navnlister med telefonnummer på informantene til forskeren, som selv tok kontakt med informantene for å avtale tid.

Av hensyn til avstand og kostnader, ble det valgt to universitets sykehus i Østlandsregionen. Intervjuene ble gjort tidlig på formiddagen.

Det var oversykepleier ved de respektive avdelinger som ga sitt samtykke (vedlegg). I tillegg ga også avdelingssykepleier sitt samtykke til prosjektet (vedlegg). På det ene sykehuset ble det fra oversykepleier sendt intern e-mail til informantene, om invitasjon til å delta i prosjektet til. På det andre sykehuset sendte jeg brev om invitasjon til de kliniske spesialistene om å delta i prosjektet til avdelingssykepleier, som hun delte videre ut. Jeg tok senere kontakt for å avtale tid med dem som hadde gitt positivt svar. De informantene som ønsket å delta signerte en samtykkeerklæring (vedlegg), som jeg mottok før intervjuet.

### **5.3.5 Erfaringer fra intervjusituasjonen**

Intervjuets varighet var fra en time til førti minutter. Det var en god atmosfære rundt intervjuene. Jeg opplevde at informantene hadde tillit til meg og meddelte relativt lett om sine erfaringer og tanker. De var positive og gav uttrykk for at det var viktig at noen skrev en hovedoppgave om kliniske spesialister og muligheter for kunnskaps utvikling ved intensivavdelingen. De opplevde det som meningsfylt å kunne få lov til å bidra med sine kunnskaper til forskningen. Før jeg satte på båndspilleren, klargjorde jeg igjen for deltakerne hva jeg ville spørre om.

### **5.3.6 Kritiske betraktninger**

Det jeg opplevde ved det ene sykehuset var at oversykepleier hadde sendt ut intervjuguiden til informantene. Informantene fortalte at de ikke hadde hatt tid til å se så nøye på den. Jeg opplevde likevel at intervjuene forløp seg uanstrengt og fritt på begge sykehus. Der det var naturlig stilte jeg spørsmål til det informantene fortalte. Intervjuguiden ble brukt som sjekklister. De første samtaler var jeg litt "opphengt" i intervjuguiden, men opplevde likevel at samtalen hadde en bra flyt. De resterende intervjuene forløp seg mer uanstrengt sett fra mitt ståsted, da intervjuguiden ble lagt helt til side og jeg kunne konstatere at vi likevel var innom alle temaene. Informantene fikk bruke den tid de trengte til å følge opp egen tankegang og uttrykksmåte. Jeg var en aktiv lytter og meddelte tilbake om jeg hadde oppfattet informanten riktig.

### 5.3.7 Transkribering av intervjuene

Den viktigste hensikten med transkribering er å klargjøre intervjumaterialet for analyse, noe som her innebærer en overføring fra muntlig tale til skriftlig tekst (Kvale, 1997).

Hvert intervju ble transkribert i sin helhet etter at de var gjennomført. Da hadde jeg fremdeles stemning rundt intervjuet fersk i minne. Transkripsjonen var et møysommelig og tidkrevende arbeid. Jeg valgte allikevel å utføre dette selv. Den viktigste årsaken var av hensynet til konfidensialitet, da det fremkom sensitive opplysninger under intervjuet. Ved å transkribere intervjuene selv blir man også kjent med materialet. I tillegg ga det meg verdifull informasjon om hvordan jeg opptrådte som intervjuer.

## 5.4 Analyse

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er beskrevet som beskrivelse og tolkning av opplevelser og hendelser i informantens livsverden. Analyse og tolkning starter allerede ved første møte med informantene (Thagaard, 2004). Seleksjon av for eksempel om hvilke temaer som utdypes i et intervju kan være basert på forskerens fortolkning av situasjonen (Thagaard, 2004). I kvalitativ forskning skal analysen føre frem til en helhetsforståelse av dataenes meningsinnhold (Thagaard, 2004). Det kan i praksis bety at det er nødvendig å dele opp analysen, men at de enkelte utsnittene likevel studeres i den helhet de er en del av. "Hvis det helhetlige perspektivet i analysen mangler, kan analysen få et positivistisk preg" (Schwandt 1986, i Thagaard, 2004 s. 131). Ved analyse av meningsinnholdet i teksten fra det innsamlede datamaterialet retter Thagaard (2004) blant annet fokuset på to måter å drøfte analyse på; "Personsentrerte tilnærminger" (s. 131) og "Temasentrerte tilnærminger" (s. 153). I den personsentrerte tilnærmingen rettes fokuset i fremstillingen av materialet mot personene. Et eksempel er intervjuundersøkelser hvor fokuset i presentasjonen retter seg mot grupper eller enkeltpersoner, og denne presentasjonene kan være en beskrivelse av hvordan en yrkesgruppen forholder seg til et eller flere temaer (Thagaard, 2004). Analysen på meningsinnholdet i teksten går fra fokus på temaer til fokus på personer (Thagaard, 2004). De sentrale temaene i undersøkelsen er grunnlaget for tolkningene der personene er i fokus. I "temasentrerte tilnærminger" er det temaer som er i fokus. Forskeren sammenligner informasjon fra alle informantene om hvert tema, der hovedtemaet er å gå i dybden på de enkelte temaene (Thagaard, 2004). Denne undersøkelsen baser seg på intervjuer med

intensivsykepleiere som kliniske spesialister. Fokuset i denne undersøkelsen er informantene og deres vurdering av temaene, som fremkommer i forskningsspørsmålene (s.5.). Undersøkelsen beskriver hvordan informantene forholder seg til de ulike temaene, og hvilke mulige strategier de legger til grunn, for om mulig å gjennomføre sine mål. Analyse av meningsinnholdet i denne undersøkelsen legger seg inn under det Thagaard (2004) kaller ”personsentrerte tilnæringer”. Likevel vektlegger Thagaard (2004) utføring av både personsentrerte og temasentrerte analyser, som kombinasjon innenfor samme undersøkelse. Grunnlaget for å gjøre en kombinert analyse er når teksten er klassifisert etter temaer, og forskeren sammenligner informasjon fra hvert tema fra alle informantene (ibid.). I denne undersøkelsen blir analysen utført etter det Thagaard (2004) kaller ”personsentrerte tilnæringer”. Det blir ikke utført en analyse kombinert med temasentrert tilnærming, da utvalget etter forskerens oppfatning, er for lite. Kritikken mot en temasentrert tilnærming er også at denne analysen kan bli generaliserbar og dermed få et positivistisk preg (Thagaard, 2004).

#### **5.4.1 Gjennomføring av analysen**

Analysen er gjennomført etter de prinsipper Thagaard (2004) fremhever i fokuset på meningsinnholdet i teksten til det innsamlede datamaterialet. Denne metoden å analysere teksten på er utført etter ”Personsentrerte tilnæringer” (Thagaard, 2004 s. 131) og utføres i flere trinn, de utgjør; 1. ””Kategoribasert analyse”, 2. ”Fra kategorisering til identifisering av mønstre”, 3. ”Tolkning av en intervjuetekst”, 4. ”Mot en forståelse av materialet”” (Thagaard, 2004).

**5.4.1.1 Kategoribasert analyse.** Dette første trinnet av analysen er delt inn i to trinn, som innebefatter: ”Sammenfatning av meningsinnholdet” og ”Inndeling i kategorier” (Thagaard, 2004). I denne tidlige fasen av analysen utarbeides det en sammenfatning av informasjon om de viktigste temaene i teksten. En sammenfatning av meningsinnholdet i teksten blir konsentrert omkring de ulike temaene og tekstens opprinnelse blir forkortet (Thagaard, 2004). Sammenfatningen av teksten fremhever det forskeren oppfatter som essensen i teksten, og utføres i samsvar med retningslinjer for fortolkning av tekster (Denzin, 1989). Sammenfatning av tekstens meningsinnhold kan sammenlignes med det Kvale (2001) kaller ”meningsfortetting”. Analyseprosessen som gjenspeiles i sammenfatning av mening er orientert om betydningen i tekstens innhold, og kan derfor knyttes til en fenomenologisk

tilnærming (Thagaard, 2004) og (Kvale, 2001). I dette tidlige stadiet av analyseprosessen er fortolkningen av teksten minst mulig preget av forskerens forutinntatthet. Men tolkningen har flere aspekter som forskeren må være klar over. Det ene er fortolkning som innebærer at forskeren tolker den forståelsen informanten har, og det andre er fortolkninger som er knyttet til forskerens teoretiske bakgrunn, og det er viktig å skille mellom disse (Thagaard, 2004). I denne undersøkelsen er det å viktig for forskeren å skille mellom tolkningene av informantenes forforståelse og forskerens teoretiske og praktiske bakgrunn. Den praktiske bakgrunn fordi den ligger nær opp til den informantene representerer.

Samtidig med at meningsinnholdet i analysen sammenfattes, kan teksten inndeles i kategorier med begreper som indikerer innholdet i kategoriene (Thagaard, 2004). Den opprinnelige teksten blir delt opp og knyttet til begreper som beskriver tekstens innhold, og kategoriene fremkommer i stikkord som sammenfatter det som beskrives i de enkelte avsnitt (Thagaard, 2004). Dette poengterer også Kvale (2001), og fremhever at ved å dele inn teksten i kategorier kan store datamengder sammenfattes til oversiktlige enheter. Disse enhetene er med på å bidra til at forskeren lettere kan identifisere sentrale temaer i materialet. Thagaard (2004) henviser til Kvale (1997): ”for å fremhever at meningsinnholdet i teksten er fokus for analysen, kan fremgangsmåten kalles ”kategorisering av mening””. ”Kategorisering av mening” eller ”Meningskategorisering” (Kvale, 2001) er en beskrivelsen av koding av ulike kategorier. Som også blir av Thagaard (2004) beskrevet som en prosess med å utarbeide begreper som beskrives som koding, fordi innholdet i kategoriene markeres med begreper som kalles kodeord.

**5.4.1.2 Fra kategorisering til identifisering av mønstre.** Intervjuene fra denne undersøkelsen er transkribert i sin helhet av forskeren. De ble lest gjennom i sin helhet flere ganger. ”Utgangspunktet for analysen er at forskeren retter oppmerksomheten mot meningsinnholdet i teksten” (Thagaard, 2004 s.136). Forskeren stiller seg spørsmålet: ”Hva er det informanten forteller?” Det kan hjelpe forskeren til å reflektere over og utvikle forståelse for materialet. ”Derfor er det viktig å reflektere over hvordan inndelinger i kategorier kan bidra til å fremheve sentrale temaer i materialet, og hvilke kodebetegnelser som uttrykker kategoriens meningsinnhold” (Thagaard, 2004 s. 136). Denne kategoriseringen av materialet innbærer at informasjon om det samme temaet samles i en kategori. Denne prosessen med å utarbeide begreper til kategoriene beskrives av flere forfattere som koding, fordi innholdet i kategoriene blir betegnet med begreper som kalles

kodeord (Thagaard, 2004, og Kvale, 2001). I analyseprosessen er koding et verktøy som kan endres underveis i samsvar med den forståelsen forskeren utvikler, koding må derfor ikke bli en mekanisk prosess (Thagaard, 2004). I denne undersøkelsen ble tekstmaterialet bearbeidet flere ganger for å komme fram til gjeldende koder. Denne bearbeidingen ble utført på bakgrunn av forskerens utvikling i forståelse og refleksjon av teksten.

De begrepene som er benyttet som kodeord på bakgrunn av forskerens teoretiske og eventuelt praktiske bakgrunn, reflekterer temaene i forståelsen av materialet. Disse kodeordene blir av Miles og Huberman (1994) kalt for deduktive koder. Formidling av kunnskap, og tid, er eksempler på kodeord som er knyttet til intervjuguiden, og er derfor knyttet til deduktive koder. De kodeordene som knyttes til temaer som informanten bringer opp, og til dels reflekterer over, kalles induktive koder (Miles og Huberman, 1994). Et eksempel på det er de vurderinger informanten gir om arbeidet som skal gjøres innenfor en tidsramme. Informantenes vurderinger viste seg å være relevante temaer i løpet av datainnsamlingen.

Intervjuet er inndelt i temaer som er sentrale i forskningsspørsmålene, nemlig hvorfor informantene ønsket å bli godkjent som klinisk spesialist, muligheter for anvendelse av kunnskapen i praksis og informantenes muligheter for videre kunnskapsutvikling. Disse temaene danner også det videre grunnlag, for det som er sentralt i problemstillingen. I boks 1 blir temaene i intervju fremhevet, med undertemaer i intervjuteksten, som er relevante i forhold til tolkning av datamaterialet. Koding av intervjuteksten fra denne undersøkelsen er gjort etter Thagaards "Koding av en intervjutekst" (2004 s. 138).

#### **5.4.1.3 Koding av intervjuteksten**

Intervju med informant E: Ny fagkunnskap og bedre pasient behandling (boks 1)

<p>Vi fikk i verksatt en del, vi lagde spørreskjemaer som vi fikk prøvd ut. Det gikk på smerte behandling og smerte opplevelse for pasientene. Og faktisk har vi fått til et godt system på å sjekke hvordan pasientene har det i etterkant av en operasjon, om de har vært tilstrekkelig smertelindret. Og satte det mye mer i system. Det var veldig morsomt å få lov til å gjøre sånt innenfor feltet. Faglig var at jeg så at det hadde direkte påvirkning på den praktiske hverdagen, og det hadde faktisk direkte påvirkning i forhold til hvordan vi håndterte smertebehandling. Det hadde også en påvirkning i forhold til samarbeidet vi hadde med anestesi. Og anestesi endret rutiner i forhold til premedikasjon. Pluss at vi fikk satt rutiner i system som ble skriftlig gjort, sånn at vi hadde en tydelighet i hvordan vi behandlet smerter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre smertebehandling</li> <li>• Satt smertebehandling i system</li> <li>• Bedre fagkunnskaper</li> <li>• Anestesi endret sine rutiner</li> </ul>
--	---

## Intervju med informant H: Ny fagkunnskap og bedre pasient behandling (boks 2)

<p>Det som var litt av grunnen til at vi skrev, vi mangla en ordentlig prosedyre om mageleie til ARDS pasienter. Det ble på en måte en bestilling fra avdelingen også. Det var et savn i avdelingen, og mange etterspurte en ordentlig prosedyre. Vi hadde gjort det en del ganger med litt sånn, halvhjerta løsninger etter forgott befinnende på en måten, uten at det var noe bakgrunns informasjon, noen skikkelig grunnlag for hvorfor og hvordan vi skal gjøre det. Så da leste vi en del om det, både fordi at det var spennende å jobbe med og fordi at vi følte selv at vi mangla erfaring på området. Så jeg vil ikke akkurat kalle meg ekspert, men jeg vet en del om det for jeg har lest om det og fordi jeg har trent på det, på friske folk. Og akkurat nå så har vi en pasient, som vi legger i mageleie, og vi ser at det fungerer. Så jeg selv er jo på en måte i den fasen at jeg skaffer meg selv litt mer praktisk erfaring, men jeg føler jo at jeg har jo liksom bakgrunnen inne fordi jeg har lest så pass mye om det. Det spennende å se hvordan dette samsvarer med det jeg har lest. Jeg blir jo på en måte henta litt inn av kollegaene, er dette greit og ser dette bra ut, og hvordan skal vi gjøre det. Så jeg føler jo at jeg har ganske god oversikt, selv alle pasientene er forskjellige, du må ta individuelle hensyn og det, du må også da se i praksis, om det går an å gjennom føre det etter den teorien vi har, så vi driver nå å prøver ut prosedyrene, og det skal selvfølgelig da evalueres og eventuelt revurderes etter de erfaringene vi da måtte få.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ønske om ny prosedyre fra kollegaene</li> <li>• Ny teoretisk kunnskap</li> <li>• Legger pasient i mageleie</li> <li>• Skaffer seg erfaring</li> <li>• Individuelle pasienthensyn</li> <li>• Evaluering av prosedyre</li> </ul>
--	---

”Vurderinger av hvor hensiktsmessig inndelingene er, må knyttes til problemstillingen” (Thagaard, 2004 s. 140). Eksemplene som er hentet fra intervjuene med informant E og H, viser en inndeling av kategorier, som har tilknytning til forskningsspørsmålene, som igjen kan knyttes til problemstillingen. Undersøkelsen som eksemplene er hentet fra fokuserer på sammenheng mellom ny kunnskap og bedre pasient behandling. Det utsnittet av kodeprosessen som presenteres her, gir grunnlag for å analysere hvordan ny kunnskap kommer til uttrykk i bedre pasient behandling. Det er informantenes vurderinger av innhentet ny fagkunnskap, som gir et viktig grunnlag for å studere hvordan den nye fagkunnskap kommer pasientene til gode. Koding av teksten søker å skille mellom de beskrivelsene informantene gir om hvordan de praktiserer sine teoretiske kunnskaper, og hvordan de vurderer situasjonen omkring kollegaer holdninger og om kunnskapen gir en bedre pasient behandling. Dette trinnet i analysen viser at kategorisering og koding kan gi oversikt over det innsamlede materialet og bidra til å utvikle en forståelse av tendenser i dataene (Thagaard, 2004).

**5.4.1.4. Fra identifisering av mønstre til tolkning.** I forhold til tolkning av resultatene kan en stille seg spørsmål om hvordan mønstre og sammenhenger i dataene forstås. ”En tidlig analyse av dataene innebærer en dekontekstualisering av teksten, fordi teksten er oppdelt og atskilt fra sin opprinnelige sammenheng” (Thagaard, 2004 s. 142). Dette utsagnet kan trekkes til eksemplene som er hentet fra intervjuene med informantene E og H, der disse tekstene er trukket ut fra materialet som omhandler hele intervjuene med hver av informantene. Thagaard (2004) henviser til Morse (1994): ”Prosessen med å tolke dataene kan beskrive som en rekontekstualisering”. Med menes at teoretiske begreper knyttes til kategorier i datamaterialet (Thagaard, 2004). Dette kan illustreres med henvisning til intervjuene med informantene E og H, der de teoretiske relevante begrepene blant annet kan representere med systematisering av smertebehandling og veiledning av kollegaer. Disse begrepene kan klassifiseres etter det Thagaard, kaller ”tolkende koder” (2004 s. 142). ”Grunnlaget for tolkningen av dataene er at analysen utføres på en måte som bidrar til å fremheve meningen i teksten” (Thagaard, 2004 s. 142). Denne fremhevingen av meningen i teksten fremkommer i utdrag fra intervjuene med informantene E og H i kapitlet om koding av intervjueteksten.

**5.4.1.5 Tolkning av intervjueteksten.** Tolkning av intervjueteksten blir her utført med bakgrunn Thagaards (2004) temabaserte og personbaserte tolkninger.

Intervju med informant E: Ny fagkunnskap og bedre pasient behandling (boks 3)

<p>Vi fikk i verksatt en del, vi lagde spørreskjemaer som vi fikk prøvd ut. Det gikk på smerte behandling og smerte opplevelse for pasienter. Og faktisk har vi fått til et godt system på å sjekke hvordan pasientene har det i etterkant av en operasjon, om de har vært tilstrekkelig smertelindret, og satte det mye mer i system. Det var veldig morsomt å få lov til å gjøre sånt innenfor feltet. Faglige var at jeg så at det hadde direkte påvirkning på den praktiske hverdagen, og det hadde faktisk direkte påvirkning i forhold til hvordan vi håndterte smertebehandling. Det hadde også en påvirkning i forhold til samarbeide vi hadde med anestesi. Og anestesi endret rutiner i forhold til premedikasjon. Pluss at vi fikk satt rutiner i system som ble skriftlig gjort, sånn at vi hadde en tydelighet i hvordan vi behandlet smerter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De undersøkte hvordan pasienten opplevde smerte</li> <li>• Systematisering av smertebehandling</li> <li>• Holdnings endring til smerte behandling</li> <li>• Andre faggrupper bedret sine rutiner.</li> </ul>
---	--



## Intervju med informant H: Ny fagkunnskap og bedre pasient behandling (boks 4)

<p>Det som var litt av grunnen til at vi skrev, vi mangla en ordentlig prosedyre om mageleie til ARDS pasienter. Det ble på en måte en bestilling fra avdelingen også. Det var et savn i avdelingen, og mange etterspurte en ordentlig prosedyre. Vi hadde gjort det en del ganger med litt sånn, halvhjerta løsninger etter forgott befinnende på en måten, uten at det var noe bakgrunns informasjon, noen skikkelig grunnlag for hvorfor og hvordan vi skal gjøre det. Så da leste vi en del om det, både fordi at det var spennende å jobbe med og fordi at vi følte selv at vi mangla erfaring på området. Så jeg vil ikke akkurat kalle meg ekspert, men jeg vet en del om det for jeg har lest om det og fordi jeg har trent på det, på friske folk. Og akkurat nå så har vi en pasient, som vi legger i mageleie, og vi ser at det fungerer. Så jeg selv er jo på en måte i den fasen at jeg skaffer meg selv litt mer praktisk erfaring, men jeg føler jo at jeg har jo liksom bakgrunnen inne fordi jeg har lest så pass mye om det. Det spennende å se hvordan dette samsvarer med det jeg har lest. Jeg blir jo på en måte henta litt inn av kollegaene, er dette greit og ser dette bra ut, og hvordan skal vi gjøre det. Så jeg føler jo at jeg har ganske god oversikt, selv alle pasientene er forskjellige, du må ta individuelle hensyn og det, du må også da se i praksis, om det går an å gjennom føre det etter den teorien vi har, så vi driver nå å prøver ut prosedyrene, og det skal selvfølgelig da evalueres og eventuelt revurderes etter de erfaringene vi da måtte få.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hun oppfyller kollegaenes ønske om nye prosedyrer</li> <li>• Hun skaffer seg teoretisk og praktisk kunnskap om mageleie</li> <li>• Veiledning av kollegaer</li> <li>• Vektlegging av pasientenes særegenhet</li> <li>• Testing og evaluering av ny prosedyrer</li> </ul>
--	---

**5.4.1.6 Temabaserte tolkninger.** Tolkning av intervjuteksten presenteres her med eksempler fra de temaene som er presentert i boksene ovenfor.

Bedre smerte behandling: Informant E har undersøkt pasientens opplevelse av smerte. Pasientens smerter taes på alvor. Det utvikles et bedre tilbud i smertebehandlingen. Beskrivelsene kan tyde på at det ble skapt en holdningsendring til smertebehandlingen hos personalet.

Ny prosedyre om mageleie til intensivpatienten: Avdelingen har behov ny prosedyre om mageleie til intensivpasienter. Informant H skaffer seg teoretisk og praktisk kunnskap. Hun utvikler prosedyre på bakgrunn av ny kunnskap, som hun prøver ut i avdelingen. Hun innfrir avdelingens ønske om å utvikle ny prosedyre om mageleie til intensivpatienten. Kollegaene er positive til å prøve prosedyren i praksis, fordi ny prosedyre var også et ønske fra dem. Dermed unngår informanten konflikter med personalet ved innføring av den ny prosedyren.

Teksten ovenfor er eksempler på første trinn i å fortolke de enkelte kategoriene i materialet. ”På grunnlag av disse tolkningene kan et neste trinn i tolkningsprosessen være å vurdere

sammenhenger mellom tolkninger av de ulike temaene for hver person” (Thagaard, 2004 s, 146). I dette eksemplet vil det si å vurdere hvordan bedre smerte behandling kan knyttes til informantens nye fagkunnskaper og ønske om å fremstå som klinisk spesialist. ”Utvikling av en mer omfattende forståelse innebærer at vi bringer inn noe nytt i forhold til teksten”(Thagaard, 2004 s 147). Og hun sier videre: ”Vi knytter et perspektiv til teksten som representerer vår oppfatning av meningsinnholdet” (Thagaard, 2004 s 147).

**5.4.1.7 Personbaserte tolkninger.** ”En fruktbar tilnærming til å utvikle en nyansert forståelse, er å veksle mellom å ha fokus på fortolkninger av temaer og fokus på fortolkninger av personer” (Thagaard, 2004 s. 147). I denne studien om intensivsykepleiere, som er kliniske spesialister, kan slike fortolkninger knyttes til spørsmål om hva de kliniske spesialistene ønsker å oppnå med sine nye kunnskaper, og om de eventuelt møter noen hindringer. Ved å ta utgangspunkt i hva informant E forteller, og på bakgrunn av refleksjoner omkring disse spørsmålene, kan tolkninger av hvilken påvirkning informant E har på den daglige pleien av pasientene, og hvilken innflytelse hun har på sine kollegaer. Et viktig utgangspunkt for fortolkninger er spørsmålet om hvordan informantene får gjennomslag for sine premisser, og hvor godt de lykkes i sine forsøk (Thagaard, 2004). Dette spørsmålet kan bringes til hvordan informant E lykkes i å få gjennomslag i ønske om å bedre tilbudet om smertebehandling av pasientene, med bakgrunn i en undersøkelsen hun gjorde på forhånd. En direkte innflytelse på dette spørsmålet er når informanten stiller spørsmålstegn ved om pasienten var godt nok smertelindret etter operasjon. Informant E har endret sitt tilbud om smerte lindring av pasientene til det bedre, og dermed også bedret pasient pleien og omsorgen. Informant E’ kollegaer har også forandret sine holdninger i forhold til smertelindring av postoperative pasienter. Dette på bakgrunn av undersøkelsen informant E utførte og som flere av hennes kollegaer var involvert i. Resultatet av informant E’ arbeide og ny kunnskap ble at smertebehandlingen satt i system og det ble utarbeidet nye prosedyrer. ”Et viktig utgangspunkt for fortolkninger er spørsmålet om hvordan hver av partene prøver å få gjennomslag for sine premisser, og hvor godt de lykkes med sine forsøk” (Thagaard, 2004 s 147) Thagaard (2004) tar i sine eksempler utgangspunkt i et ektepar og ser på hvordan de påvirker hverandre. I eksemplene ovenfor, som er hentet fra denne undersøkelsen, ses det på hvilken påvirkning informantene i studien har på sine kollegaer og ledelsen, for å få gjennomslag for sine synspunkter.

”For å få en tolkning som representerer datamaterialet som helhet, må tolkningene av de enkelte enhetene sammenlignes. Det er altså tolkningene som sammenlignes, og ikke egenskaper ved enheten” (Thagaard, 2004 s. 148). Ved å gå tilbake til informant E og H, kan tolkningene av deres nye kunnskaper om henholdsvis smertelindring og mageleie til pasienter med ARDS, utarbeider nye prosedyrer, som kan resultere i en bedre pasientbehandling og dermed også en bedre pasient omsorg. ”Det er imidlertid ingen selvfølge at analysen av de enkelte enhetene til sammen gir en helhetlig forståelse av dataene. Forskeren kan ikke basere seg på at analysen av enkelte enheter vil gi en forståelse av materialet som helhet” (Thagaard, 2004 s. 148). I denne undersøkelsen blir det i kapittel 6, under de forskjellige temaene presentert med kategorier og sitater som underbygger temaet de representerer. Analysen av de ulike temaene har sitt opphav i forskningsspørsmålene, som er stilt på bakgrunn av problemstillingen, som et overordnet perspektiv på denne undersøkelsen. I kvalitativ forskning bør forskeren’ fokus bevege seg mellom del og helhet, da denne vekslingen mellom nivåene i analysen er viktig for å utvikle en forståelse som både er helhetlig og nyansert (Thagaard, 2004). Utviklingen av en helhetsforståelse av informantene E og H, om utvikling av nye prosedyrer og anvendelsen av disse, kan sammenlignes med å tolke det dit hen at de begge ønsker å bli brukt av sine kollegaer og fremstå som kliniske spesialister.

#### **5.4.2 Ethiske dilemmaer ved personsentrerte tilnærminger**

Spørsmålet om hvordan informantene er representert i personsentrerte tilnærminger, er avhengig av om fokuset er rettet mot enkeltpersoner eller en gruppe (Thagaard, 2004). I denne studien retter fokuset seg mot enkeltpersoner, der informantene representerer seg selv, men som er en del av en organisasjon. ”Beskrivelser av persontyper eller enkeltpersoner innebærer at informasjon fra hver enkelt informant blir mer fremtredende” (Thagaard, 2004 s. 150). I denne studien som baserer seg på individuelle intervju, blir teksten knyttet til enkeltpersonene.

”Hvilke etiske dilemmaer er knyttet til forskerens autoritet i forhold til analysen og tolkningen av dataene?” (Thagaard, 2004 s.150). Det rettes her fokus på hvordan forskeren beskytter informantens integritet. I denne studien er det enkelt personers utsagn og meninger som beskrives. Det kan være utsagn fra informanter deres beskrivelse av hvordan de ser seg selv i organisasjonen, som gir utfordringer til forskeren for å kunne bevare informantens

anonymitet. Det er derfor viktig at særegne utsagn, som kan identifisere informanten blir anonymisert. I personsentrerte fremstillinger er også fokuset konsentrert om innholdet i teksten, som bidrar til at det legges mindre vekt på informasjon som kan føre til identifikasjon av informanten.

”Antall informanter har også avgjørende betydning for hvor lett det kan være for informantene å kjenne seg igjen” (Thagaard, 2004 s. 151). I denne studien representerer informantene to universitetssykehus. Det er fem personer fra hvert sykehus, og alle representerer samme avdeling. Antall informanter er ikke stort, men stort nok til å kunne bevare informantenes anonymitet.

## 5.5 Vurdering av studiens legitimitet

I forbindelse med diskusjonen om fortolkningens betydning innenfor kvalitative metoder problematiseres også legitimiteten til den kvalitative forskningen (Thagaard, 2004). Innen kvalitativ forskning er det flere (Kvale, 2001) som bruker begrepene; reliabilitet, validitet og generalisering, og Føg (2004) oversetter begrepene reliabilitet og validitet til henholdsvis pålitelighet og gyldighet. Malterud (1996) bruker begrepet gyldighet når hun argumenterer for undersøkelsens validitet. Thagaard (2004) henviser til blant annet Morses (1994) ved fokusering på at det trenger en nytenkning innen begrepene reliabilitet, validitet og generalisering, som opprinnelig er knyttet til kvantitativforskning og har der en annen betydning enn i kvalitativ forskning. Polit og Hungler (1999) og Morse (1994) bruker begrepene: ”Credibility”, ”Confirmability” og ”Transferability”. ”Credibility” i dette begrepet refererer han til ”believability” av forskningsresultatene, om disse er utført på en tillitsvekkende måte. ”Confirmability” kan blant annet forstås som kvaliteten av tolkningen på dataen i undersøkelsen, og om den forståelsen av undersøkelsen er kommet frem til støttes av annen forskning. ”Transferability” har referanser til at om tolkningene fra studien kan overføres til andre i samme kontekst eller situasjon, og likevel bevare studiens legitimitet. Thagaard (2004 s. 21) referer blant annet til Morse (1994) og har oversatt begrepene til; ”troverdighet”, ”bekreftbarhet” og ”overførbarhet” i vurderingen av grunnlaget for legitimitet av kvantitativ forskning, disse begrepene vil også bli brukt i vurderingen av denne studiens legitimitet.

### 5.5.1 Studiens troverdighet

Studiens troverdighet refererer til om forskningen er utført på en tillitvekkende måte. Troverdighet knyttes blant annet til hvordan forskeren redegjør for hvordan data utvikles. Det innebærer blant annet at forskeren skiller mellom informasjon som er fremkommet under feltarbeidet og egne vurderinger av denne informasjon (Thagaard, 2004).

Thagaard (2004) henviser til Seale (1999) og argumenterer for at troverdighet kan styrkes ved at forskeren under feltarbeidet og i transkribering gjør et skille mellom hva som er forskerens kommentarer og vurderinger. Forskerens troverdighet kan settes i sammenheng med hvordan spørsmålene blir stilt. Kvale (1997) har valgt å se på datainnsamlingsmetode og gjennomføringen av denne i forhold til studiens validitet. Det blir her henvist til Kvale (1997) fordi han trekker inn begrepet troverdighet, når han knytter intervju til validitet. ”Validitet har her å gjøre med intervjupersonens troverdighet, og selve intervjuguidens kvalitet, å gjøre. Intervjuingen bør omfatte en grundig utspørring om meningen med det som blir sagt, og en kontinuerlig kontroll av informasjon som gis – i form av ”på-stedet-kontroll”” (Kvale, 1997 s. 165). Under intervjuet ble informantene tidvis ledende spørsmål, for eksempel: ”Kan du utdype hva som er vanskelig?” og når intervjuer opplevde at informanten satt fast eller stoppet, gjentok intervjuer informanten, der informanten stoppet, for eksempel: ”i forhold til..?” Det ble gjort for å få en bedre utdypning omkring temaet og for å få bekreftet eller avkreftet forskerens forståelse av svarene som respondenten gav. En styrke ved studiens troverdighet er at jeg utførte et kontroll intervju innen for temaet. På den måten fikk jeg testet både intervjuguiden og meg selv som intervjuer.

I kvalitative studier kan ikke forskeren oppfattes som uavhengig i forhold til informanten, da disse personene i forbindelse med innsamling av data forholder seg til hverandre (Thagaard, 2004). Dette fremkommer også tydelig for forskeren i forbindelse med transkriberingen av intervjuene i denne undersøkelsen, der dennes opplever relasjonen til informantene. Kvale (1997) fremhever troverdighet (reliabilitet) knyttet til transkripsjon. I kapittel 5.3.7 redegjøres det for transkriberingsprosessen av intervjuene.

Når det gjelder troverdighet knyttet til dataenes kvalitet fremhever Thagaard (2004) at troverdigheten er basert på forskerens relasjoner til informantene og hvilken betydning erfaringer i felten har for de dataene forskeren får. Thagaard (2004) legger også vekt på at troverdighet både kan knyttes til kvaliteten på dataene undersøkelsen baserer seg på, og

vurderingene om hvordan forskeren anvender og videreutvikler dataene fra felten. I kapitlene 5.3.4 og 5.3.5 redegjøres det for relasjonene til informantene og erfaringer fra feltet.

I følge Thagaard (2004) innebærer troverdighet også at forskeren skiller mellom den informasjon som hun har fått under feltarbeidet, og sine egne vurderinger av denne informasjonen. Det er i denne undersøkelsen forsøk å skille mellom empiriske data og egen forståelse av disse, ved å bevare informantenes valg av ord og beskrivelser, og å vise dette som gjennom illustrerende sitater. I presentasjon av funn gis det også en illustrasjon av hvordan deler av analysen har foregått (kapitel 6.5.1 "Kvalitet versus kvantitet").

### **5.5.2 Studiens bekreftbarhet**

Med bekreftbarhet menes det hvorvidt en studie undersøker det den er ment å skulle undersøke og kan da knyttes til dens gyldighet og troverdighet. Thagaard (2004) hevder at i denne prosessen av studiens legitimitet innebærer at forskeren forholder seg kritisk både til egne tolkninger og at prosjektets resultater kan bekreftes av annen forskning. For å vurdere egen tolkning er det viktig at forskeren går kritisk gjennom analyseprosessen. En metode å gjøre det på er å få en kollega eller venn med forskerkompetanse til å vurdere forskerens analyse (Thagaard, 2004). Det ble gått kritisk gjennom analysen i denne undersøkelsen av en forsker som ikke er innen samme fagfelt, som forskeren i denne undersøkelsen. Kvale (1997) går direkte på intervjuguiden når han søker å validere analyseringen: "Dette har å gjøre med hvorvidt spørsmålene som stilles intervjuteksten er gyldige, og hvorvidt tolkningene er logiske" (s. 165). Analysen er knyttet til formelle prosedyrer, der også tolkning kommer inn. I valget av hermeneutisk tilnærming er målet å oppnå en gyldig forståelse av meningen i teksten. Thagaard (2004) henviser til Geertz (1973) i beskrivelsen av hermeneutisk tilnærming, og fremhever at "et mål for forskeren må være å presentere en "tykke" eller "tett" beskrivelse" (s. 37). En "tykk" beskrivelse inneholder både utsagn om hva informanten kan ha sagt om sine handlinger og hvilke fortolkninger personen selv gir, og til sist den fortolkningen forskeren har (Thagaard, 2004). I denne beskrivelsen av hermeneutisk tilnærming, omfatter meningsaspektet eller meningsinnholdet i teksten. En kombinasjon av Thagaard' (2004) beskrivelsen av analyse prosessen i kvalitativmetode, spesifisert i "Personsentrerte tilnærminger", og Kvale' (1997) "Meningsfortetning" (s. 126) og "Meningskategorisering" (s.129), fremkommer som svært systematisk og hvert stadium

innenfor metoden har medvirket til en omfattende gjennomgang av datamaterialet. Inndeling av kategorier og koding av intervjueteksten ble utført etter Thagaard' (2004) og Kvale' (1997) beskrivelse. I analyse prosessen ble det lagt vekt på å være bevisst på at inndeling av kategorier kan redusere studiens bekræftbarhet, og det fremkom da også et nytt temaområde som ikke var tatt med i intervjuguiden.

Analyseprosessen bygger også på en kunnskapsteoretisk forankring. Dette kommer ikke tydelig nok frem i Thagaards (2004) redegjørelse i studiens bekræftbarhet. Malterud (1996) hevder at når man benytter kvalitative metoder, så bygger man på en kunnskapsteoretisk erkjennelse av at det eksisterer ulike versjoner av virkeligheten som samtidig kan være gyldige. Derfor er ikke målet med bekræftbarhet eller validitet å bevise at man har funnet fram til den endelige sannheten. Målet er å vise at man har overveid rekkevidden av funnenes gyldighet og at man kan gi en begrunnet anvisning av hva funnene sier noe om. Kvale (1997) sier at god validitet er avhengig av et forskningsmessig godt håndverk gjennom hele forskningsprosessen, og at valideringsarbeidet bør fungere som en kvalitetskontroll gjennom alle trinnene i kunnskapsproduksjonen. "En undersøkelses gyldighet avhenger av hvor solide studiens teoretiske forutsetninger er, og av hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmålene er" (Kvale, 1997 s. 165). Det finnes både nasjonale og internasjonale studier som omhandler forskningsspørsmålene i denne undersøkelsen. De nasjonale fungerer som et verktøy sett i relasjon til den begrepsmessige klargjøringen og som et teoretisk forberedelse til undersøkelsen. Samtidig ga de en bekreftelse på at dette var et område som var av betydning å sette fokus på. I tillegg kan funnene fra den foreliggende forskningslitteraturen vurderes opp mot funnene i denne studien. Det forsterker bekræftbarheten til denne studien. Likevel er det ønskelig med replikasjonsstudier, fordi det ikke eksisterer tilstrekkelig forskning innenfor temaet. De internasjonale studiene tar utgangspunkt i kliniske spesialister der utdanningen bygger på et master studie på universitets nivå, og er derfor ikke direkte kan sammenlignes med kliniske spesialisters utdannelse her i landet. De utenlandske studiene viser derimot at informantene i studiene uttrykker en tilfredshet hva angår utnyttelse av deres kompetanse og selvstendighet i deres arbeid. En annen side ved vurdering av grunnlaget ved tolkning er forskerens tilknytning til miljøet. Tilknytningen til miljøet som studeres kan både være en styrke og en begrensning. "På den ene siden kan forskeren forstå informantens situasjon, og forskerens erfaringer kan bidra til å bekrefte den forståelsen hun eller han utvikler. På den andre siden kan forskeren overse nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer" (Thagaard, 2004 s.

181). Forskeren bak dette datamaterialet har en bakgrunn som er svært lik den informantene har. Forskeren mener likevel at hun har fått frem nyansene i det informantene forteller. Informantenes opptreden under intervjuet opplevdes av forskeren som uanstrengt og avslappet, samtidig som de utrykte tillit til prosjektet. Det kunne ha bakgrunn i at forskeren har en yrkes bakgrunn som er svært lik den informantene har, og har derfor kjennskap til miljøet. Dette ble tolket av forskeren en medvirkende årsak til at informantene hadde tillit til intervjuer og prosjektet.

### 5.5.3 Studiens overførbarhet

”I kvalitative studier gir fortolkningen grunnlag for overførbarhet, og ikke beskrivelser av mønstre i dataene” (Thagaard, 2004 s. 184). Spørsmålet er om tolkningen som er utviklet innenfor dette prosjektet, også kan være relevante i andre sammenhenger. Med relevans til tidligere forskning som berører samme tema, kan det være flere aspekter som er gjenkjennbare ut fra tolkninger i undersøkelsen. ”Overførbarhet innebærer en rekontekstualisering, ved at den teoretiske forståelsen som er knyttet til et enkelt prosjekt, settes inn i den videre sammenheng. På den måten kan en enkelt undersøkelse bidra til en mer generell teoretisk forståelse” (Thagaard, 2004 s.184). Funn fra denne undersøkelsen bekrefter på mange måter tidligere forskning, som berører samme tema, som blant annet (Samdal, 2004), (Kvamme og Bjerke, 2003) og (Vareide, P.K m.fl. 2001). Dette kan bidra til å gi en mer generell teoretisk forståelse av denne undersøkelsen.

Tolkninger fra enkelt stående studier, som denne undersøkelsen, er det forskeren som argumenterer for dens relevans i en større sammenheng. Ved å relatere til juristen, der hun eller han trekker slutninger fra tidligere saker til den nåværende sak, under forutsetning av at situasjonen og betingelsene er like, kan det trekke paralleller til forskningsprosessen, der forskeren argumenterer for at den forståelsen hun har kommet fram til kan være relevant i andre sammenhenger (Thagaard, 2004). Med utgangspunkt i denne studien og de sentrale trekk ved ulike fenomen som for eksempel; anvendelse av kunnskap i praksis og muligheter for fornyet kunnskap, kan relateres til andre fagområder innen sykepleien. Denne påstanden settes på bak grunn av at når fenomenene trekkes ut av sin kontekst i denne undersøkelsen, kan den etter forskerens forståelsen relateres til andre fagområder innen sykepleie som er like viktige. Dette kan eventuelt bekreftes ved videre forskning. Ved spørsmål om overførbarhet kan knyttes til gjenkjennelse, kan personer som med erfaring fra de



fenomenene som studeres, kjenne seg igjen i tolkningene som fremkommer i undersøkelsen (Thagaard, 2004). En generell leser kan også ha kjennskap til fenomenet i studien, såfremt tolkningen i teksten gir en dypere mening til tidligere kunnskaper og erfaringer, som gir en forståelse for leseren (Thagaard, 2004). Tolkningene i denne undersøkelsen kan gi intensivsykepleiere som representerer andre sykehus, som ikke er med i undersøkelsen en opplevelse av gjenkjennelse i teksten de leser. En gjenkjennelse kan det også gi andre sykepleiere innenfor andre fagfelt i sykepleien, da fenomenene kan oppleves generelle når de trekkes ut av sin kontekst. En leser med som har kjennskap til fenomenene som studeres kan også oppleve en gjenkjennelse, fordi fenomenene; muligheter til anvendelse av kunnskap i praksis og muligheter til å fornye kunnskap er sentrale temaer innen mange sektorer i dagen samfunn.

## 5.6 Oppsummering

I denne undersøkelsen er det benyttet kvalitativ metode, med en hermeneutisk tilnærming. Det ble valt kvalitativt intervju for blant annet å få innsikt i informantenes erfaringer og tanker. Analyse av teksten er utført etter Thagaards (2004) ”Personsentrerte tilnærminger”.

## 6. PRESENTASJON AV FUNN

Intervjuene som det refereres til ble gjort i 2004. Informantene har jobbet mer enn 15 år totalt som sykepleiere. De har sitt syn på utviklingen i intensivavdelingen. Informantene forteller om hvordan fokuset ved sykehuset generelt og intensivavdelingen spesielt, etter deres mening har flyttet seg fra, å ha pasienten i sentrum, til økonomi og effektivisering. Informantene' beretninger forteller om at fokuset i intensivavdelingen i dag, blant annet er å ha mulighet til å behandle flest mulige pasienter innenfor en økonomisk ramme.

Informantene oppgav noe ulike årsaker om hvilken betydning godkjenning som klinisk spesialist i intensivsykepleie har for dem. De fremlegger et stort engasjement for intensivfaget generelt og for intensivpasienten spesielt. Ønske om å bli godkjent som klinisk spesialist var en måte å utvikle seg som intensivsykepleier.

Informantene var forholdsvis samstemte i sin uttalelse om denne undersøkelsen. De så det som viktig at deres syns punkter om intensivfaget og intensivpasienten ble satt på dagsorden, og derfor ønsket de også være med i undersøkelsen.

### 6.1 Funn fra intervjuene

I intervjuene kom det frem fortellinger som kan knyttes ulike temaer. Disse temaene er også sentrale i forskningsspørsmålene.

1. Mulighet til utvikling, både i forhold til fagkunnskapene og som fagperson.
2. Kvalitet i pleie og omsorg av intensivpasienten.
3. Videre formidle sine nye fagkunnskaper.
4. Anerkjennelse som fagperson fra ledelsen og kollegaene.
5. Ønske om at ledelsen setter økt fokus på fagutvikling.

### 6.2 Refleksjoner omkring hvorfor de ønsket å bli klinisk spesialist

I undersøkelsen forteller informantene at de ønsker å jobbe sentralt rundt pasienten, og de ønsker å gjøre en god jobb. De forteller at de ønsket nye faglige utfordringer som gjør at de fortsetter i praksis. Derfor var godkjenning som klinisk spesialist en formell godkjenning av

deres faglige kompetanse, som også stilte krav til den enkelte. Det informantene vektlegger her kan deles inn i flere stadier: fagutvikling, ønske om bedring av praksis, lønn.

### 6.2.1 Fagutvikling

Informantene forteller at fagutvikling var noe de hadde etterlyst lenge. De gir under intervjuet et inntrykk av faglig tyngde og trygghet, og er bevist sine ønsker om å fordype seg i et tema innen intensivfaget som de har stor interesse av. En informant forteller:

*”Jeg vet at jeg gjør en god jobb når jeg holder på med pasientene, og jeg har prøvd andre ting som er mer vekk fra pasienten. Og motivasjonen er at du ser noen ting du vil sette mer fokus på. Det å bli klinisk spesialist ga en mulighet til å gå i dybden på noen områder som var viktig for meg. Det handlet om å få lov til å gjøre det og samtidig være i et system hvor du fikk med deg fagutvikling”. (Informant E).*

Informantene så også på kursene de måtte gjennom i spesialiseringen, som en mulighet til å utvikle sine kunnskaper ved å hospitere ved andre sykehus. Det var noen av informantene som benyttet denne muligheten, i forbindelse med temaet de skulle skrive om i fordypningsoppgave. En informant forteller om hvordan hun ble inspirert av en artikkel hun fant i søk etter litteratur på Internett. Hun kom i kontakt med forfatteren av artikkelen, og det ble mulighet for å hospitere på dennes sykehus for å lære mer om det valgte temaet.

Andre informanter fremhever muligheten til å utveksle kunnskap med kollegaer fra andre lignende institusjoner, som udelt positivt og faglig engasjerende. Mange opplevde at arbeidsgiver vektla høy faglig kompetanse hos intensivsykepleierne.

### 6.2.2 Ønske om bedring av praksis

Informantene forteller at de ulike fagkursene, sykepleiefaglig veiledning og faglige diskusjoner med kollegaer fra andre avdelinger og sykehus, gjorde at de reflekterte over sin egen praksis. Denne refleksjonen gav dem ønsker om å kunne formidle ny kunnskap tilbake til avdelingen. Informantene forteller også om kollegaer som trakk fram konkrete temaer innen sykepleie til pasientene hvor de ønsket faglig dokumenterte prosedyrer satt i system. For mange var det innspill fra kollegaene i praksis, eller fagartikler om sykepleiefaglige temaer som de fant på Internett, som gav forventninger om å starte prosjektarbeid i praksis. Informantene mente at deres kunnskaper kunne være med på å heve fagnivået i avdelingen. Det de vektla, var blant annet faglige diskusjoner og veiledning i praksis. Alle informantene

stiller spørsmål ved egen praksis og et genuint ønske om å bedre omsorg og pleie til pasientene.

### 6.2.3 Lønn

Et annet fenomen som kom frem under intervjuene var lønn. De fleste informantene trakk det fram som et element i tillegg til ny kunnskap, som en pådriver til ønsket om å bli klinisk spesialist. De forteller at som intensivsykepleier mange år i en avdeling på samme sykehus, er det ikke annen videreutdanning som gir lønnskompensasjon. Det de forteller, er at det stopper som intensivsykepleier. En informant sier: *”Økt lønn var jo motiverende selvfølgelig. Og så syns jeg at jeg har jobba så lenge at jeg syns det var på tide å gå videre, og så blir man prioritert på kurs.” (Informant J)*

Under intervjuene var ikke lønn noe som ble uthevet hos de fleste informantene. Deres fokus på hvorfor de ønsket å bli godkjent som klinisk spesialist var i all hovedsak sykepleiefaglig vurdering. Lønn trakk informantene fram på slutten av intervjuet. En informant fremlegger det slik:

*”...ønske om å lære mer og gå i et system istedenfor å holde på for meg selv, var motiverende, for jeg har alltid vært aktiv. Og det var en mulighet for oss som ønsket å stå ved pasientsengen. Også var det en lønnskompensasjon til det.” (Informant C).*

For noen av informantene var lønn hovedårsak til at de ønsket å få godkjenningen som klinisk spesialist. Årsaken var i følge informantene, at sykehuset ikke vektla deres videreutdanning, som var en master, samme betydning som klinisk spesialist.

## 6.3 Anvendelse av ny fagkunnskap i praksis

De fleste av informantene fortalte at de har spesialoppgaver i avdelingen. Deres oppgave var blant annet å oppgradere fagkunnskapen hos sine kollegaer både internt i avdelingen, men de ble også spurt om å utføre fagutvikling i andre avdelinger i sykehuset. Denne faglige oppgradering kunne være innenfor det spesialtema som de skrev om i sin oppgave, eller om et tema som det var behov for i den aktuelle avdelingen. Metodene som ble brukt til videreformidling av kunnskap var noe ulikt. De blir lagt inn under kategoriene: direkte, og indirekte spredning av kunnskap.

### 6.3.1 Direkte spredning og indirekte spredning av kunnskap

De har ansvar for at kollegaene ved avdelingen får den nødvendige opplæringen i det aktuelle temaet. Metodene de bruker for å spre kunnskap er både gruppeveiledning (to eller flere personer) og personlig veiledning (en person) ved teoretisk og praktisk undervisning. Hjelpemidler til å i undervisning er blant annet teknologi, som video og Internett, og foredrag. Sammenfattet kan direkte spredning av kunnskap beskrives i metodene: personlig veiledning, gruppeveiledning, undervisning, foredrag, bedret pasientbehandling og omsorg. I fenomenet indirekte spredning av kunnskap beskrives informantenes ønske om å være en rollemodell i praksis og en faglig på driver.

**6.3.1.1 Personlig veiledning.** Informantene i undersøkelsen forteller at de har et ønske om at alle kollegaene skal få tilgang til den samme kunnskapen som dem selv. De ønsker å være tilgjengelig for veiledning. Noen informanter forteller at de har vært på hospitering ved en intensivavdeling ved et universitetssykehus i Europa. Det de ønsket fra oppholdet, var å se på dennes intensivavdeling' opplæring av de ansatte, i bruk av elektronisk pasientjournal (heretter betegnes som; EPJ), som var det samme systemet som de har ved deres avdeling. Informantene forteller hvor engasjerte de ble da de så hva de der hadde fått utviklet. De forteller at avdelingen hadde ansatt to personer i full stilling. Deres oppgave var å lære opp de ansatte ved avdelingen og oppdatere og utvikle EPJ systemet. Informantene sier de opplever at ledelsen i avdelingen ser på dem som ressurspersoner angående EPJ. De har fått i oppgave å lære opp kollegaene ved avdelingen og forbedre systemet. En av informantene forteller at hun daglig for spørsmål om EPJ fra kollegaene:

*”... så å si hver dag på jobb, så får jeg spørsmål om i forbindelse med det kliniske informasjonssystemet. Og det er veldig ålreit holdt jeg på å si, for jeg er ressurs person i forhold til dette her.” (Informant G)*

**6.3.1.2 Gruppeveiledning.** Informantene forteller når de veileder kollegaene i praksis om et konkret tema, ser de det som positivt om flest mulig har mulighet til å være med. En slik veileder situasjon kan f. eks. være når en intensivpasient skal snues fra ryggeleie til mageleie. En annen veileder situasjon kan være av kollegaer ved en annen avdeling. En informant forteller hvordan hun i kraft av sine nye kunnskaper fikk ansvaret for å undervise og veilede sykepleiere ved en sengepost, da det skulle opprettes en ”intermediær” stue ved avdelingen:

*”...nå er jeg med på å planlegge undervisning som skal være for personalet, som skal opprette en intermediær stue på lunge posten, samtidig blir det en del veiledning både av bruk av utstyr og i forhold til pasientene ” (Informant I).*

Informantene møtte også nye utfordringer som de spesielt så på som positivt, og de trakk fram hvordan de spredte sine kunnskaper ved å undervise kollegaer ved intensivavdelinger på andre sykehus.

**6.3.1.3 Undervisning, foredrag.** En informant forteller hvordan hun ved bruk av ulike metoder fikk mulighet til å spre sine kunnskaper både nasjonalt og internasjonalt. Samtidig brukte hun teknologien som et hjelpemiddel for å spre sine kunnskaper nasjonalt.

*”Ja, nå hadde jeg seinest en video konferanse med intensiv i Haugesund, det var litt morsomt, det er vel en måned tid siden, tenker jeg, så det var litt, det har jeg aldri gjort før. Også bruker jeg å ha undervisning på høgskolen, for intensivkullet, og vi hadde og foredrag forskjellige steder i Norge og i utlandet og fortalt om det. Så hadde jeg en "poster" på intensivforum på XX (navnet på sykehuset) sykehus for 3 –4 år siden. (Informant I)*

En informant fremhever også hvordan hun har prosedert over sitt prosjektarbeid ved nasjonale og internasjonale kongresser. Tema hun legger frem er fra prosjektarbeidene og hvilken strategi hun har lagt til grunn for å utarbeide nye prosedyrer ved avdelingen:

*”Jeg hadde et innlegg på studie dagene på NOKIA seminaret, men det var jeg som ønsker å legge fram arbeide mitt, det var ikke avdelingen som ba meg; kan du legge fram noe av det du gjør i avdelingen, det var en frivillighet i det, det skal det selvfølgelig være, men det hadde vært ok hvis avdelingen hadde oppfordret oss til å gjøre det, litt mer aktivt enn hva som har blitt gjort til nå.” (Informant A)*

Som klinisk spesialist ser informantene på seg selv som en større pådriver til å øke de faglige kunnskapene på avdelingen. Informantene forteller at det er lettere å implementere nye og utarbeidede rutiner, når det er flere kliniske spesialister ved avdelingen. De tar også selv initiativ til å gjøre forbedringer i systemet.

**6.3.1.4 Undervisning og veiledning om nye prosedyrer i praksis.** Informantene trekker frem konkrete eksempler på hvordan de bruker sine kunnskaper i praksis. På bakgrunn av oppgaven de har skrevet prøver de ut ny teori i praksis, som senere skal evalueres. De kjører gruppeundervisning av kollegaer når de har pasienter som fyller kriteriene til å få den behandlingen som er beskrevet i de nye prosedyrene. En informant trekker frem et konkret eksempel fra praksis. Hun forteller om hvordan de tilrettelegger for undervisning av kollegaer når de har en pasient som er koblet til respirator skal legges i mageleie:

*”Og akkurat nå så har vi en pasient som vi driver å legge i mageleie, og vi ser at det fungerer. Så jeg selv er jo på en måte i den fasen at jeg skaffer meg selv litt mer praktisk erfaring, men jeg føler jo at jeg har bakgrunnen inne, fordi jeg har lest så pass mye om det. Det er litt spennende å se hvordan dette samsvarer med det jeg har lest. Jeg blir jo henta litt inn av kollegaene, er dette greit og ser dette bra ut, og hvordan skal vi gjøre det. Så jeg føler jo at jeg har ganske god oversikt. Alle pasientene er forskjellige, du må ta individuelle hensyn og du må også da se i praksis, om det går an å gjennomføre det, etter den teorien vi har. Så vi driver nå og prøver ut prosedyrene, og det skal selvfølgelig da evalueres og eventuelt revurderes etter de erfaringene vi da måtte få.” ( Informant H).*

Informanten forteller også at de pasientene som de har vært med på å behandle med mageleie, har gitt positive resultater. De forteller også at nå er legene mer positive til behandlingen, og det de som må gi tillatelse til at den blir utført.

**6.3.1.5 Bruk av andres fagkunnskap i undervisning.** Ny kunnskap innebærer også å kunne trekke fram kunnskaper hos sine kollegaer, som kan supplementeres med sine egne, for å anvende dem i praksis. Det å se kunnskapene hos sine kollegaer og den ressursen mange bærer på fremstilles av en klinisk spesialist på denne måten:

*”Det lærte vi gjennom veiledningen, det tverrfaglige. Jeg fikk sånn, hvilke egenskaper har du? Det ble veldig sånn positiv tankegang, og det henter vi også fram på tema dagene når vi har refleksjon over klinisk praksis. Og når vi er samlet, så ser vi veldig at den som jeg aldri kunne tenke skulle komme med noe som helst, kommer med så mye vettug, og så mye faglig bra, som du får synlig gjort i den gruppa. Du oppdager kollegaer som sitter med mye som du ikke har oppdaget i praksis, men du gjør det gjennom å diskutere felles temaer.” ( Informant F).*

**6.3.1.6 Bedret pasient behandling og omsorg.** Informantene trekker frem ny kunnskap innen ulike temaer i sykepleie generelt og intensivsykepleie spesielt, som har bidratt til å bedre pasientbehandlingen og pasientpleien. De forteller om entusiasmen ved å bruke sine kunnskaper til å gjøre undersøkelser for å bedre tilbudet til pasientene. Alle informantene vektlegger den personlig gevinsten i ny kunnskap likeså mye som de påberoper gevinsten til pasientene, i form av bedre pleie og omsorg. Dette kan illustreres ved å trekke frem et konkret eksempel fra en av informantene:

*”...faktisk har vi fått til et godt system på å sjekke hvordan pasientene har det i etterkant av en operasjon, om de har vært tilstrekkelig smertelindret, og satte det mye mer i system. Det var veldig morsomt å få lov til å gjøre sånt innenfor feltet. Faglig, var at jeg så at det hadde direkte påvirkning på den praktiske hverdagen, og det hadde faktisk direkte påvirkning i forhold til hvordan vi håndterte smertebehandling.” (Informant E)*

Overnevnte sitat er et eksempel på hvordan informantene’ undersøkelser og ny kunnskap hadde innflytelse på kollegaer endring av pasient omsorgen. Bakgrunnen for deres nye viten kan relateres til den kunnskapen de søker. Denne nye viten som her nevnes har sitt utgangspunkt i empirien, som informantene ønsket å gjøre en undersøkelse på.

**6.3.1.7 Rolle modell i praksis.** Informantene forteller at i kraft av ny viten ser de med mer kritiske øyne på sin og kollegaers praksis. De trekker frem hvordan de aktivt bruker sine kunnskaper i praksis. Deres beskrivelse av å være en rollemodell kan sammenlignes med ”mester-svenn” læring. Der mesteren er den som er klinisk spesialist, og gjennom sitt arbeid med pasienten viser hvordan arbeidet bør utføres. Informantene forteller hvordan de på bakgrunn av teoretisk og praktisk kunnskap aktivt bruker seg selv, og sine sanser for å få kunnskap om pasientens tilstand. En informant vektlegger hvordan hun bruker sine hender ved å ta på pasienten. Hun trekker frem hendene som de viktigste arbeidsredskapene vi har. Hun prøver også å formidle dette til sine kollegaer. Og hun presiserer videre at det hjelper ikke hvor dyktig man er innen det medisinsktekniske, hvis man ikke ser pasienten.

Ved hjelp av undervisning kan informantene også bidra til å forandre sine kollegaers praksis. For noen av informantene ble mulighetene til å forandre kollegaers praksis sett på som en prosess som kunne ta tid. Gjennom sine handlinger i praksis og gruppeundervisning, markedsførte informantene både indirekte og direkte spredning av ny kunnskap. En informant sier:

*”Det jeg har skrevet om, gjør at jeg har mer kunnskap. Jeg kan gjøre endringer i min praksis og forhåpentligvis i mine kollegaers praksis. Når jeg får spredt det, altså via undervisning så gjør jo det at pasient behandlingen forhåpentligvis blir bedre.” (Informant D).*

I intervjuene legger informantene vekt på at de i kraft av sin posisjon som klinisk spesialist også bør være til hjelp som en faglig pådriver for sine kollegaer. Arbeidspresset og dermed også tidspresset er for mange intensivsykepleiere en hindring til å søke etter faglitteratur for eksempel på Internett. De kliniske spesialistene ser at tidspresset er en utfordring til å



”klemme” inn tid, som en kan bruke til å søk av faglitteratur på Internett. En informant beskriver:

*”Som klinisk spesialist er man kanskje en større pådriver, sånn faglig, til at andre også burde kunne gå og finne litteratur. Oppfordre andre til å søke etter litteratur, men det blir veldig tids begrenset av de rammene og tiden i avdelingen. Så det er vel noe man må jobbe med, og klare på en måte å prioritere det.” (Informant E).*

### 6.3.2 Ønske om anerkjennelse som fagperson

I intervjuene kommer det frem at informantene ønsker at avdelingsledelsen, og også kollegaene skal vektlegge deres kompetanse mer, nå som de også har en større faglig kompetanse. Noen av informantene forteller at de er usikre på om kollegaene ser på dem som kliniske spesialister, eller som kollegaer med lang klinisk erfaring. Noen har også de samme oppgavene som før de ble klinisk spesialist, men nå i utvidet form. Disse oppgavene kommer i tillegg til pasientansvaret de har på jobben. Informantene forteller at de har fremlagt problemet for ledelsen uten at det blir tatt opp til vurdering. Det kommer også frem i intervjuet at informantene ønsker at ledelsen skal se de nye kunnskapene de besitter, og dermed også bli til delt mer ansvar i avdelingen. En informant sier det slik:

*”Jeg kunne ønske, at vi på en måte ble tildelt, kanskje litt mer ansvar for ting, at du får litt tiltro, at ledelsen har en større tiltro til deg på en måte. At du fikk ansvar for det, det tar du og tar ansvar for, også får du på en måte tid til å jobbe med det. Og at når jeg har gjort det så er det på en måte tillit til at det håndterer jeg.” (Informant H)*

Det å få tillitt, kom til uttrykk hos informantene i deres beskrivelse av hvordan de opplevde kollegaer og ledelsen anvendelse av deres kunnskap. Når informantene forteller at de tror ikke at kollegaene ser på dem som kliniske spesialister, kan det også ha sammenheng med ledelsens syn på deres nye kunnskaper. Informantene fremhever tillit og ansvar på bakgrunn av økte kunnskaper, men presiserer ikke hva de legger i mer ansvar.

Informantene forteller i intervjuene at de skulle ønske de ble brukt mer, og er usikre på sin posisjon i avdelingen og blant kollegaene. Videre i intervjuet forteller de også at de opplever at de blir brukt av både kollegaer og av ledelsen. De opplever sågar anerkjennelse av sin nye kunnskap fra begge grupper. Likevel legger de vekt på; ”å bli brukt mer” og ”vet ikke om kollegaene ser på meg som klinisk spesialist”.

Informantene forteller at de har et ønske om å ha en faglig posisjon i avdelingen. De forteller også at de har sine faglige spesialfelt i avdelingen, som hos de fleste er knyttet opp mot spesialoppgaven de skrev for å bli klinisk spesialist. En informant trekker frem et eksempel, da det ved en avdeling skulle starte en ny behandlings metode til en pasientgruppe. Hun forteller at de jobbet mye med å lage nye prosedyrer og undervisningsprogram for hele personalgruppen. Informantene forteller at kollegene stort sett er positive til nye prosedyrer og positiv kritikk. Det blir også fremhevet at det er en økning i faglige diskusjoner ved avdelingene.

En informant trekker fram hvordan hun opplever anerkjennelsen fra kollegaer. Den positive holdningen som kollegaene viser henne, gir også en personlig vekst og motivasjon til å drive fagligutvikling ved avdelingen:

*”Alle var jo ikke like begeistra, noen var mer skeptiske enn andre, det var naturlig, men det var ingen som motarbeidet det. Folk stilte med åpent sinn. Sånn at det har egentlig gått bra. For min del har det klart en veldig positivt erfaring å jobbe med dette temaet. Det har gitt meg en litt sånn personlig, jeg føler at jeg har vokst en del på det. Jeg har måttet, i forhold til det med undervisning å foredrag og det å være en ressurs person, være synlig i avdelingen. Det har vært noe som gir både faglig og personlig vekst på en måte, som er positivt, og så gir det på en måte en positiv ”feed back” også, det er noe du mestrer, som er veldig positivt.” (Informant G).*

Det fremkommer også i undersøkelsen at informantene ønsker å bli tatt på alvor når de fremlegger konkrete planer, om forbedring av tekniske systemer som de anvender i pleien av pasientene i avdelingen. I denne sammenheng trekker informanten frem viktigheten av en kontinuerlig oppdatering av personalet som anvender systemet. Eksempelet her legges til det en informant forteller om forbedring av elektronisk pasient journal. Hun forteller at det tar tid å få forbedre et systemet. Det tok også tid både for informantene selv å lære systemet, og å undervise og veilede kollegaene. Det var heller ikke helt uproblematisk overgang fra papir journaler til elektroniske journaler, der alle pasientenes data blir lagt inn. Informantene er eksperter på temaet elektronisk pasientjournal (forkortet til EPJ). De har fått i oppgave å følge opp sine kollegaer med veiledning innen dette temaet. Dette skal utføres samtidig som de skal tilpasse og forbedre systemet til dagens pasientgruppe. En informant forteller at hun ønsker mer tid til å forbedre EPJ systemet og gjennomføre opplæring av kollegaene:

*”Jeg har egentlig flere ganger tatt initiativet sjøl, og bedt om å få fri gitt tid til å jobbe mer med dette, for å forbedre systemet, og en bedre opplæring av folk, og det har jeg enda ikke fått. Så det blir veldig tungt, fordi nå føler jeg at jeg må stadig gå og mase, og det er ikke det at jeg ber ikke om å få fri eller noe sånt. Men jeg ber om å få avsatt tid sånn at vi kan få systemet best mulig, og det er veldig vanskelig. Vi har vært i utlandet på en intensiv avdeling der, og de har to personer som jobber med det hele tiden. Og det er klart da får de utvikla det mye bedre, og kan gjøre seg mye mer nytte av det. Det kommer alle til gode, ikke minst pasienten, som vi faktisk er her for, det må huske på av og til.” (Informant I).*

Informanten forteller at de er to personer som har delt ansvar for opplæring av ansatte og forbedring av systemet, og at de begge går i full stilling med pasientansvar. Informanten forteller også hvordan hun etter for eksempel en kveldsvakt må gå inn å rette opp feil kollegaer har gjort i den elektroniske pasientjournalen. Hun forteller videre at kollegaene stort sett er flinke til å spørre om hjelp når de har et problem. Problemet da for informanten, er at hun kanskje ikke har tid og mulighet til å veilede, på grunn av at hun er opptatt med pasienten hun har ansvaret for. Informanten forteller også om hvilke utfordring det i opplæringen om EPJ, når kollegaer som er usikre i bruken av elektroniske pasientjournal ikke spør om råd, men gjør det de antar er riktig. Informanten ser at det er et problem at de ikke er mer tilstede når de trengs i avdelingen, og bakgrunnen er at de går i vakter og har pasient ansvar. Hun forteller også at den kompetansetiden som de har til rådighet ikke er nok. I kompetansetiden er det også et fast antall timer som fast lagt til undervisning i programmet klinisk stige. Informanten trekker også inn eksempel fra utlandet om opplæring av personalet. Hvor det er to personer i 100 % stilling, som konsentrerer seg om kun om EPJ. I det eksempelet hun trekker frem har personene ansvar for kontinuerlige forbedringen av EPJ, samtidig med opplæringen og oppdatering av personalet.

Det kom frem i undersøkelsen at samtidig som informantene ønsket å bli brukt mer, ønsket de også at forholdene skal legges mer til rette, for å kunne starte med f. eks. prosjektarbeid. I sammenhengen, med at de opplever at ledelsen ikke vektlegger deres kunnskaper i særlig grad. En informant uttrykker liten tillit til ledelsen om deres intensjoner om å gi intensivsykepleiere mulighet til videre utdanning. Informanten trekker den konklusjon, at bakgrunn for at arbeidsgiver ønsker at intensivsykepleiere skal bli godkjenning som klinisk spesialist, er at da er det stopp i maset om videre fagutvikling for en stund:

*”Noen ganger har jeg tenkt på at det der er et prosjekt til sykepleiere som maser, da er du beskjefliget litt, en stund, noen år. Så blir det ikke så mye mas om mye annet.” (Informant J)*

Informantene uttrykker at de opplever anerkjennelse fra ledelse og kollegaer om deres nye kunnskaper, og som fagperson. Samtidig forteller de at de ønsker å få mer tillitt og bli brukt mer, av både ledelse og sine kollegaer i kraft av den fagpersonen, som de nå er som klinisk spesialist.

## 6.4 Hindringer i anvendelse av fagkunnskap i praksis

Som tidligere nevnt, fremlegger informantene den nye kunnskapen som noe positivt, for dermed å kunne se kritisk på egen praksis. Informantene forteller at med økt kunnskap stiller de også strengere krav til egen praksis. Informantene forteller at de møter et dilemma mellom sine egne krav til kvalitet på pasient pleien, og den kvaliteten de opplever er mulig å gjennomføre på grunn av tidspress eller ressursmangel, ved at det er for få personale. Det fremkommer også i undersøkelsen at det for enkelte informanter var vanskelig å gjennomslag for endringer i praksis. Hindringene for å realisere kunnskap i praksis kan deles opp i flere stadier: faglig kvalitet og tid, økonomi og økt arbeidsmengde, økonomi og effektivisering, motarbeidelse fra ledelsen.

### 6.4.1 Kvalitet versus kvantitet

Informantene forteller om mange arbeidsoppgaver som skal utføres samtidig innen for et antall timer, som innebærer en vakt. Det fremkommer i undersøkelsen at mengden arbeidsoppgaver hindrer dem i å heve kvaliteten på arbeidet til pasienten, og i opplæring av kollegaene. Undersøkelsen viser også at informantene har den oppfatning at kvaliteten på pleien og behandlingen av pasientene, også relateres til høy fagkunnskap og kompetanse hos kollegaene. Noen av informantene stiller spørsmål om ledelsen er av samme oppfatning. Informantene forteller at ledelsen er opptatt av at det skal være nok antall personale og de setter et spørsmålstegn ved ledelsens vurdering av disses kompetanse. Økonomi nevnes også ofte i undersøkelsen. Temaet trekkes også frem i forhold til at det koster å ha personalet på kurs. Flere av informantene påpeker faren for at det kan bli slutt på intensivsykepleiernes mulighet for videre fagutvikling, som i den form det er organisert i dag. Etter deres mening er det pasienten som til sist vil tape på at personalet ikke har fagligoppdaterte kunnskaper.

**6.4.1.1 Faglig kvalitet og tid.** Realisering av fagkunnskapen i praksis fremstår for informantene som en forutsetning for å forbedre kvaliteten på praksis. Informantene trekker fram lang erfaring sammen med ny kunnskap, som positivt i bedringen av kvaliteten på pasientpleien. Flere informanter vektlegger sin faglige tyngde i forhold til å raskere kunne mobilisere pasientene. De forteller at de er kanskje ikke så ”forsiktige” og tørr å være litt tøffere med pasientene, ved å starte en tidligere mobilisering av dem. En annen informant forteller at hun ser at det ikke er tid til å utføre den ønskede behandling og pleie til pasienter på respirator:

*”Det blir et dilemma hele tiden, fordi du føler at du ikke gjør en god nok jobb, fordi resursene er færre og mindre, vi har flere pasienter på færre sykepleieresurser, og da er det et problem at man setter store faglige krav, fordi at det er ikke tid til det, det er ikke muligheter til det. Og det å gå i den skvisen, tenke egentlig så gjør jeg ikke en god nok jobb i forhold til den kvaliteten som jeg mener, og som jeg har lært er viktig. Alt skal ligge på et nivå som er godt nok. Eksempelvis; en pasienten trenger å bli snudd mer enn to ganger på en vakt, er det godt nok eller? Ville jeg hatt som mål at denne pasienten krever så mye, oksygenmessig, at det er viktig å snu han annen hver time, men det kan vi ikke, for det har vi ikke resurser til.” (Informant E)*

Tid og kvalitet er viktige ressurser for informantene. Det fremkommer i undersøkelsen at med økt faglig kompetanse stiller de også høyere krav til kvaliteten til sitt arbeid. De opplever et dilemma når de vet at jobben kunne vært bedre utført, men har ikke muligheter til det på bakgrunn av alt arbeidet som skal presses inn i en gitt tid. I situasjoner hvor det er behov for mer resurser i form av personell, der en ikke er nok, kan det skje at arbeidsoppgaver ikke blir utført, som hadde tjent pasienten.

**6.4.1.2 Økonomi og økt arbeidsmengde.** I tillegg til tid trekker de frem flere ytre påvirkninger, som virker direkte inn på deres muligheter til fullt ut å utnytte sine kunnskaper i praksis. Informantene spesielt vektlegger i sine uttalelser, økonomi og større arbeidsmengde. De legger vekt på viktigheten av deres arbeid med pasientene, samtidig som de vurderer sine stillinger i forhold til dagens arbeidssituasjon. Informantene trekker fram mulighetene de har for å opprettholde det de mener er god kvalitet på pleie og omsorg til pasientene. Informantene forteller at det til tider er vanskelig når de står i dilemmaet mellom kvalitet på pleie og omsorg og å øke kvantiteten på antall behandlede pasienter. De forteller at det er flere sykere pasienter i intensivavdelingen enn tidligere, og sykdomsbildet er også mer kompleks. En informant legger det frem på denne måten:

*”Pasientene er stort sett veldig mye dårligere, og det er kompleksiteten, den tekniske biten den raser av gårde, vi har muligheten til å gjøre det meste omtrent, ... ikke alt selvfølgelig, men veldig mye mer, man starter å behandle på mye, som man kanskje aldri skulle ha gjort, så er det et dilemma også. Men det er sånne diskusjoner som man må leve med fra dag til dag. Det er positivt å være klinisk spesialist. Men sett utenifra, koster det kroner å ha god kvalitet, det gjør det. Det er ikke alltid man ønsker det tror jeg. Det blir sånn ja takk begge deler, vi vil ha god kvalitet, hvis det koster minst mulig.” (Informant E).*

Flere informanter sier at ledelsen ikke er interessert i kvaliteten på arbeidet som utføres, men i ”antall hoder” som kan dekke de aktuelle stillingene, og hvor store utgiftene blir. Informantene vektlegger at sykepleierne har et problem med å tydeliggjøre hva kvalitet betyr. De mener at det er et problem at det ikke er mulig å gradere kvaliteten på pleie og omsorg, som kan bevise at kvalitet lønner seg. Et betegnende utsagn er: *”Vi har et formidlingsproblem, at den kvaliteten vi faktisk yter, at det lønner seg økonomisk”.*

**6.4.1.3 Økonomi og effektivisering.** Informantene forteller at sykehusenes vektlegging av økonomi virker inn på deres arbeid med pasientene. De er blitt tildelt flere arbeidsoppgaver og det behandles dårligere pasienter enn tidligere. Informantene forteller at de opplever at det er pasientflyt som er nummer en. De trekker frem at det er vanskelig å opprettholde den kvalitet på pleien som de mener er riktig. Samtidig fremholder de at det er en styrke og trygghet å ha faglige dyktige kollegaer, både for dem selv i utførelsen av arbeidet og for pasienten som mottager av pleie og omsorg. En informant forteller at hun søkte seg til natt arbeid da frustrasjonene ble for store:

*”Jeg kjenner at jeg er ganske privilegert når det gjelder nivå på fag, og dyktighet hos kollegaer. Det er tøffe tider nå, fordi vi har økt pasient antallet. Vi har mange ekstra vakter, og det går litt stakk over stein. Nå har jeg valgt å trekke meg tilbake og bare jobbe natt og da er frustrasjonen mindre, for det er mer ro om natten i forhold til at mulig. Det er ikke så mange pårørende, og ikke så mange undersøkelser som vi må av gårde på. Vi har en del faste personale som er flinke, så jeg driver hele tiden å vurdere hva jeg skal gjøre men, jeg ser at mitt frustrasjons nivå har nok godt av at jeg jobber på natten. Jeg ser at mange andre sliter og at det er tøft ved økonomiske er det tøft. Vi har dyktige folk med lang erfaring og med spesial utdanning. Men det er jo mye som kan bli bedre, det er helt sikkert.” ( Informant C).*

Det informantene forteller er i samsvar med det mange av de andre informantene forteller i undersøkelsen. Mange har de tatt sin stilling opp til vurdering. Informantene trekker ikke

frem konkrete planer om hva de ønsker å gjøre. Noen sier de har vurdert å søke seg til andre sykehus, men blir værende i sin avdeling.

**6.4.1.4 Motarbeidelse fra ledelsen.** Noen informanter forteller at de møter motstand når de kommer med ulike forslag til ledelsen. Det kan være vanskelig å få gjennomslag for endringer i praksis. Det kom fram under intervjuet at noen informanter hadde problemer med å få gjennomført endringer i praksis. Med økt faglig tyngde komme de med ulike forslag om endring av rutiner i praksis. Det ble ikke trukket frem hva disse endringene konkret besto i. En informant forteller:

*"...uten at jeg kan komme på noe sånn konkret her og nå. Men det er veldig vanskelig. (Intervjuer: "vanskelig?") "Ja, det er vanskelig å få endret på noe som helst, for å si det enkelt. (Intervjuer: "Kollegaer, ledelsen?") "Ledelsen". (Intervjuer: "Kan du utdype hva som er vanskelig?") "Det kan være alt. Det er veldig lite gehør for å forandre på noe som helst, og du skal på en måte ikke komme med ideer sjøl." (Informant I).*

Det fremkom også under intervjuet, at når det ble lagt frem forslag om endringer i avdelingen, av informanten eller av andre intensivsykepleiere, og det ble vedtatt, opplevde informanten at det ofte var ledelsen som fikk krediteringen.

**6.4.1.5 Motarbeidelse fra kollegaene.** Det kom frem i undersøkelsen at noen informanter opplevde en motarbeidelse fra kollegaene. De ble motarbeidet når de ønsket å forbedre og systematisere spesifikke prosedyrer. Noen ønsket å sette i gang med prosjekter, som et ledd i forbedringen av praksis. Det var kollegaer ved avdelingen som ikke ønsket eller så nytten av prosjektarbeid, også fordi var av den oppfatning at arbeidet de gjord var bra nok. Det ble ikke utdypet hva "bra nok" innbar. Det kom også frem at ledelsen støttet heller ikke opp om disses prosjekt arbeid. En informant opplevde å få spørsmål om hun kunne kalle seg klinisk spesialist, når hun hadde behov for mer fagkunnskap omkring en gruppe intensivpasienter.

## **6.4.2 Hvordan kommer de over hindringene?**

Under intervjuet trekker informantene frem, at det er også opp til dem selv å være aktiv i å reklamere for seg selv som fagperson. De legger vekt på at de kanskje bør være mer aktive i å tilby sin ekspertise til ledelsen. Informantene trekker frem at de forventer ikke at ledelsen

skal ta initiativet. De forteller at de kanskje bør være mer aktive i å legge frem forslag, for eksempel om prosjekt arbeid de ønsker å starte, som både pasientene og avdelingen kan ha nytte av. Noen informanter trekker også frem kurs og utdanning, hvor de er borte fra avdelingen for en periode og kommer tilbake med nye ideer og kunnskaper.

**6.4.2.1 Fremheve seg som fagperson.** Informantene problematiserer hvordan de kan hevde seg som fagpersoner. De påpeker at de burde legge mer vekt på at de burde være mer frempå og mer konkret i sitt tilbud til ledelsen. En informant legger det frem slik:

*”Jeg tror man må være litt frempå selv, det tror jeg nesten er en forutsetting. Jeg kan sykepleiefaglig veiledning, så prioriterer jeg det, på tross av at jeg har hørt masse, om at det ikke bare går an å gå på kurs, som dreier seg om sykepleiefaglig veileder og kommunikasjon. Så vet jeg at det er meg, som kan det på disse avdelingene, og da er det meg, som må gå på de kursene, sånn tenker jeg, for å effektivisere det og kunnskap. Så der har jeg funnet meg en bit, som jeg kommer til holde på med. Så er det prosjektarbeid, som er spennende, jeg ønsker å greier det meste.” (Informant B).*

Informantene trekker frem mange temaer de synes er interessante. Det kan se ut som de ønsker å gjøre alt til det beste for pasienten, samtidig som de ser nye spennende områder innen intensivfaget, som de ønsker å få mer kunnskap om.

Informantene fremhever at de opplever en faglig styrke og personlig trygghet, nå som de er på nivå som klinisk spesialist. Det å formidle sine kunnskaper til kollegaer som er organisert i mindre grupper, er tryggere og mindre skremmende enn til større grupper. En informant forteller her at hun endelig har kommet over terskelen, og tørr å stå foran en større forsamling og formidle sine fagkunnskaper fagmiljøet både internt og eksternt:

*”Det er jo veldig morsomt å se, og jeg som har aldri turt å stå foran en forsamling før, har jo greid, altså det er noe med å tøyne de grensene der også, og være bevist i forhold til det. Og tørre og gjøre disse tingene hadde jeg nok ikke gjort, hadde jeg ikke vært bevist på at dette vet jeg er faglig viktig. For det første har jeg det faglige, jeg har mye erfaring og er veldig sikker på det jeg gjør, men samtidig så vet jeg jo at ting kan gjøres på en annen måte.” (Informant F).*

**6.4.2.2 Utdanning.** Noen av informantene snakker om mer utdanning for å komme bort fra avdelingen for en periode, og dermed også komme tilbake med ny giv. En informant forteller:



*”Jeg har fortsatt mye kompetansetid. Nå skal jeg delta på en etterutdannings uke og det er spennende, man kommer tilbake med ekstra giv. Jeg har bestemt meg for at hvis jeg skal holde ut så må man ikke ha for mye forventninger, og særlig ikke i den derre heftige tiden nå, hvor det er så press på økonomi.” (Informant C).*

Kurs og utdanning ble fremstilt som positivt for egen læring og å se praksis med nye øyne. I en arbeidssituasjon hvor en hele tiden må være på ”alerten”, og er presset på tid i forhold til arbeidet som skal utføres, ble fagutviklings kurs verdsatt høyt av informantene. De opplevde at ledelsen også samtidig verdsatte et høyt kunnskapsnivå ved avdelingen. Noen trekker frem at de opplever at ledelsen verdsetter kunnskapen til de ansatte, men at de er i dilemma når det ikke er avsatt nok økonomiske midler til det formålet.

## 6.5 Hvordan videreutvikler de sine fagkunnskaper?

Informantene trakk frem hva avdelingene har gjort som et ledd i å tilrette legge for videre kunnskapsutvikling. Alle informantene, bortsett fra en, hadde kompetanse tid i sin turnus. Denne tiden er på 10% av arbeidstiden, og skal brukes til studie omkring et fagtema knyttet til intensivpasienten. Informantene forteller at det er viktig at de ikke pr dato må dokumentere bruken av kompetanse dagen. Det fremkommer i intervjuet at kompetanse tiden er hele tiden under diskusjon hos ledelsen. Informantene forteller at de leser faglitteratur, og ser fordelen av å ha et eget fagblad, som Sykepleien. De trekker også frem andre faggrupper som viktige i hjelpe å finne faglitteratur. Mange vektlegger også at de har et eget ønske og behov for å utvikle sine kunnskaper, i tillegg til å bedre pasient behandlingen.

### 6.5.1 Tid og nytten av annen faggruppe.

Informantene trekker frem andre faggrupper, som bibliotekarene som viktige hjelpere til å finne frem til faglitteratur. For mange av informantene er søk etter faglitteratur på Internett en vanskelighet som de ønsker mer kunnskap om, samtidig som de finner det vanskelig å vurdere kvaliteten på fagartiklene. I tillegg er det interne og eksterne kurs som de kan søke på, og da også bruke kompetansetiden til det. Når det gjaldt de eksterne kursene og økonomisk kompensasjon var det for de fleste et problem. Noen av informantene forteller at de har betalt eksterne kurs av egen lomme, men det er ikke alle som er interessert i det eller har økonomisk mulighet til det.

Informantene trekker frem kompetansetiden som et gode for å lese faglitteratur, samtidig som de bruker biblioteket for hjelp til å søke etter litteratur. En informant sier det slik:

*”Vi har jo kompetanse dagene, som vi selvfølgelig skal bruke aktivt, og det prøver jeg faktisk og gjøre også. Nå jobber slik at jeg kan sjonglere litt med disse dagene, om jeg tar fri den dagen og leser en annen dag, enn det som akkurat er oppsatt i turnusen min. Det er jo et veldig bra tiltak at vi har den muligheten til å ha kompetanse dager, hvor du kan sette deg å lese fag. For biblioteket her er veldig velvillig når du skal hente ut artikler, og de får lånt det du ikke finner her, det henter de fra andre steder. Så jeg syns at muligheter til å lese fag den er absolutt til stede” (Informant H).*

Selv om det kan være stille stunder i avdelingen, forteller informantene også at det kan være vanskelig å finne et sted hvor de kan konsentrere seg med lesestoffet. Mange trekker frem at det er vanskelig også å søke på Internett når de har tid til det. De vektlegger også det er et område som de trenger mer kunnskap og veiledning. De forteller at det er godtatt av ledelsen at de går på biblioteket når det er rolig i avdelingen. Biblioteket blir også trukket frem som en viktig ressurs av informantene.

Alle informantene vektlegger kompetansetiden som et viktig ledd for å utvikle kunnskapene sine. De er også oppmerksom på at kompetansetiden diskuteres av ledelsen, om den skal fjernes. Denne tiden blir også lagt til når de skal på interne eller eksterne kurs. En informant forteller:

*”Det at kompetansetiden står i fare, den er under stadig diskusjon. Vi er jo bekymret for det, og hele avdelingen har jo kompetansetid, selv om en del av det er bundet opp. Så min nysgjerrighet og lyst er der, til å gå på kurs. Men det er klart kurs koster penger, så vil jeg nok måtte betale selv, det er ikke noe penger å hente fra avdelingen. Men tid til å holde på er ikke noe problem” (Informant C).*

Informantene trekker frem kompetanse tiden som er tildelt som et gode som de skal bruke til å lese fag. De forteller at de er redd ledelsen skal fjerne tilbudet, som et ledd i et innsparings program. Informantene kommer ikke med noen konkrete forslag om hvordan de kan hindre denne innstammingen.

## 6.5.2 Indre driv

Flere av informantene forteller at de har et behov for å komme videre. Det kan være innenfor et nytt temaområde innenfor intensivsykepleie eller mer kunnskap innen et område de allerede har spisskompetanse på. Den faglige nysgjerrigheten og behov for nye utfordringer

er for dem en drivkraft til å videre utvikle sine kunnskaper. Informantene forteller om flere temaområder de har en genuin interesse for, og som gir større utfordring til kunnskap. En informant forteller:

*”Jeg merker at jeg er helt avhengig av og komme videre på noe front. Om det gjelder utdanning eller en liten bit av faget, som jeg kan godt. Det er vel noe jeg kunne ha ønsket meg, at det var sånn de tenkte framover også, at det ikke stopper med klinisk spesialist. Men at det er muligheter for, at kan en bli veldig god på prosjekt arbeid. Men da i kombinasjon med det kliniske arbeid på full tid. Og at man for eksempel kunne bli veldig god på organisasjons tenkning, kultur tenkning, parallelt med at man jobber” (Informant B).*

Informanten trekker frem at de ønsker at ledelsen ser nytten av at de har en utvidet kunnskap utover deres praktiske arbeid med pasienten. Dette støttes av flere av informanter, som vektlegger også andre sider av intensivsykepleiefaget som de ønsker mer kunnskap om. De legger frem et bredt interessefelt, som de mener har innflytelse på dem som fagperson, og deres arbeid som intensivsykepleier.

Indre driv for mer fagutvikling, ble også trukket frem der miljøet i avdelingen opplevdes som negativ til å forbedre praksis. En informant ønsket blant annet mer kunnskap innen konfliktløsning, med den hensikt å skaper et mer positivt miljø, som kunne styrke fagutviklingen i avdelingen.

## 6.6 Hindringer for fagutvikling

De hindringer informantene forteller om, er komplekse. Det sentrale er tid og økonomi. Tid kan være i forhold til avdelingen, eller av private årsaker. Økonomi er det mest fokus på. Det som fremheves i undersøkelsen er avdelingens økonomiske situasjon og om det er penger til kursvirksomhet. De fleste informantene trekker frem privat økonomien som et hinder for fagutvikling. Miljøet i avdelingen blir også fremhevet i undersøkelsen som et hinder til fagutvikling i praksis. Hindringene for fagutvikling kan deles opp i koder: Tid, økonomi, miljø.

### 6.6.1 Tid

Da de fleste har kompetanse tid, forteller de at de har tid til å lese fag. Tid er utgangspunktet ikke problem pga kompetansetiden. De blir fra avdelingen oppfordret til å søke. Samtidig forteller de at det kan være et problem å sentrere kompetansedagene til kurs, og spesielt

eksterne kurs de ønsker å gå på. Dette fordi turnusen allerede er fastsatt før tilbudene om kurs er tilgjengelig. Mange av informantene forteller at de bytter med avdelingen når det er mulig, eller kollegaer, når de skal på kurs. Alle informantene har ikke kompetansetid. Tid kan bli et problem, og når det kommer i tillegg til økonomi, angående muligheter til å gå på kurs. En informant som ikke har kompetanse tid sier det slik:

*”Hele tiden blir du mer klar over alle de områdene hvor du ikke kan nok om når du begynner å jobbe med det, og ønsker å vite mer. Det er klart det blir alltid en type begrensninger i forhold til kapasitet og tid, som jeg opplever i den praktiske hverdagen. Så veldig mye er lagt opp til at dette her skal du gjøre på fritiden din. Og det er det jo ikke alltid som har mulighet til. Men motivasjonen og lysten til å finne ut mer, undersøkelser, gå på litteratur søk, gjøre mer kartlegging, det har jeg” (Informant E).*

Noen av informantene forteller at de ikke ønsker å bruke mye tid til å lese faglitteratur utover det de har til rådighet som kompetansetid. Ikke alle ønsker å gå på kurs når de ser at de ikke har tid til å sette seg inn i temaene og referere tilbake til avdelingen. Dette begrunner de med at de har familie og ønsker å prioritere den. Andre igjen forteller at de har brukt mye fritid på kompetanseutvikling og kurs, og ønsker nå å prioritere familien eller privatlivet. En informant sier:

*”Jeg føler også at det er veldig lett å melde seg på mange kurs, men jeg syns, at skal en først gå på et kurs, så må jeg på en måte sette meg litt inn i det. Og jeg må ha tid til å gi noe tilbake til avdelingen. Jeg har også familie, så jeg må på en måte prioritere litt der.” (Informant G)*

Andre informanter trekker frem at de også har et liv utenfor avdelingen, det være seg familie og små barn, som er krevende. Det å ha tid til å fagutvikling oppleves for enkelte som et problem. Noen informanter trekker frem at de har støtte både av tid og økonomi av mannen til å gå på kurs. Dette var noe de færreste hadde muligheten til.

## 6.6.2 Økonomi

Når det gjelder eksterne kurs viser undersøkelsen at det i tillegg til tid, også er det også et økonomisk spørsmål. På grunn av lite eller ingen økonomiske midler i avdelingen til kurs, forteller noen av informantene at de bruker av egne midler til å dekke kursavgift og eventuelt opphold. Andre igjen ønsket ikke å bruke egne penger til å dekke kursutgifter.

Enkelte informanter forteller at de ikke har økonomiske muligheter til å dekke de finansielle utgiftene, for å delta på eksterne kurs, selv om de hadde ønsket det.

En informant forteller at det er mange tilbud om eksterne kurs. Informanten forteller også at det er de eksterne kursene som har størst faglig interesse. Det er flere av kursene som hun ønsker å delta på, men blir stoppet av økonomiske årsaker, fordi hun må betale utgiftene av egne penger:

*”Det er en del eksterne kurs, men det begrenses jo, den kurskassa er tom, sånn at det, hvis jeg vil, så kan jeg gå, men da må jeg betale det selv. Og det er jo en begrensende faktor. Sånn at vi blir jo oppfordret til å bruke, eventuelt til å bruke studie dagene til å gå på kurs. Tilbudene er jo der. Det er jo mange spennende kurs som man egentlig skulle ha lyst til å gå på. Men du har ikke så lyst til å bruke så mye av egne penger til å dekke opp kurs avgifter. Så når jeg ser på en del kurs, så tenker jeg det kunne jeg tenkt meg og gått på, men jeg reserverer meg når jeg må betale det selv og så.”*  
(Informant H)

Alle informantene forteller om en ”tom kurskasse” i avdelingen. Det blir derfor lagt vekt på at de dekker det meste av utgiftene selv. Det fremkommer ikke i undersøkelsen om hvorvidt informantene søker andre instanser enn avdelingen om økonomisk støtte til kursvirksomhet.

### 6.6.3 Tid til å utføre ”side arbeid”

I undersøkelsen er det noen av informantene som forteller om arbeidsoppgaver som blir pålagt dem i avdelingen. Det er oppgaver som de mener er sløsing med intensivsykepleierens faglige ressurser og tid. Eksempler på ”side arbeid”, som blir trukket fram er: 1. Stryking og oppheng av gardiner på kjøkkenet. 2. Når tre intensivsykepleiere må bruke flere timer på å smittevaske et pasient rom. Tiden de bruker til dette arbeidet, mener de er tid som kunne bli brukt til å undervise kollegaer eller å besøke biblioteket for søk etter faglitteratur. Informantene trekker også frem at det burde være lov å trekke pusten når det er rolig i avdelingen, spesielt etter en hektisk og krevende periode.

### 6.6.4 Miljø

Informantene har et engasjement når de forteller om de ulike temaområdene som de brenner for i behandling og omsorg til intensivpasienten. Likevel er det noen som opplever miljøet som en hindring til videre kunnskap utvikling. Det informantene her snakker om er kollegaer som stiller spørsmål om nødvendigheten av informantenes faglige engasjement, og

nødvendigheten av en strategi for utarbeiding av for eksempel nye prosedyrer. Noen informanter setter også spørsmål ved miljøet når det er kollegaer som har problemer med å dra nytte av andres kunnskap, og når noen opplever at det er problematisk å undervise om sine spesialkunnskaper. En informant trekker frem Janteloven som en hemsko for videre fagutvikling:

*”Jeg tror at vi må glemme Janteloven, for den hemmer oss. Jeg tror mange kunne kommet mye lengre, hvis vi ikke var så opptatt av Janteloven. Og så tror jeg at vi burde være mye flinkere til å dele kunnskapen vi sitter med, ikke se på det som skryt, men vise det til andre. Om ikke de tar det der og da, så kanskje de tar det neste gang. Og få opp en dialog, og glemme den Janteloven, se mer positivt på sine kunnskaper?” (Informant F)*

Informanten ønsker en tettere dialog om deling av fagkunnskap mellom intensivsykepleierne generelt og de kliniske spesialistene spesielt. Trygghet til kunnskap og kollegaer vises også i utveksling av kunnskap i diskusjoner, for eksempel i forhold til pleie og omsorg av intensivpatienten. En informant forteller at selv om man jobber i et team på intensivavdelingen, kan det likevel være en ensom jobb.

## 6.7 Positivt for fagutvikling

Informantene forteller om at det er positivt med at flere av kollegaene er kliniske spesialister. Det resulterer i mer faglige diskusjoner. Diskusjonene blir også sett på som inspirasjon til å lære mer som også gi dem inspirasjon til å utforske nye temaer.

Informantene legger også frem ideen, om at det hadde vært positivt for fagutviklingen, om det hadde vært mulig med et møte med kliniske spesialister i intensivsykepleie fra andre sykehus. De ser på det som faglig fruktbart, og komme sammen og ført diskusjoner om forskjellige temaer. Det fremkommer at informantene ønsker seg et miljø bestående av intensivsykepleiere med samme faglige bakgrunn som dem selv. De så for seg en sentral organisering, men utdypet ikke hvordan det skulle sentraliseres.

## 7. DRØFTING AV FUNN

Studien har hatt til intensjon å synliggjøre hvilke muligheter intensivsykepleiere som er godkjente kliniske spesialister, har til å bruke sine fagkunnskaper i praksis og til å videre utvikle av disse, og belyse sentrale dimensjoner som er med på å påvirke deres muligheter. Hensikten med å benytte en hermeneutisk tilnærming er å få frem informantens subjektive oppfatningen av hvordan de opplever den kliniske hverdagen. Deres subjektive og individuelle erfaringer representerer datamaterialet, og resultatene er de individuelle beskrivelsene omstrukturert til mer generelle meninger, slik de beskrives av forskeren. Funnene drøftes opp mot andre studier og annen relevant litteratur innenfor samme tema, og funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere. Det vil drøftes og klargjøres hvorvidt funnene fra denne studien underbygger, utfyller eller avviker fra resultater av tidligere studier. Alle temaene blir ikke repetert, men noen sentrale temaer er trukket ut. Enkelte sider ved disse funnene vil bli diskutert, for å vise deres betydning og for å forstå kunnskapen som ligger i disse funnene.

Temaene som vil bli drøftet her er:

1. Anvendelse av ny kunnskap i praksis
2. Anerkjennelse som fagperson
3. Utvikling av nye fagkunnskaper

### 7.1 Anvendelse av ny kunnskap i praksis

Funn fra undersøkelsen viser at de kliniske spesialistene opplevde at den behandling og omsorg de ytet til intensivpatienten burde kunne gjøres bedre. Av denne årsak søkte de ny kunnskap med begrunnelse i å utvikle en bedre praksis. I sykepleielitteraturen legger Martinsen (1997) blant annet vekt på at i praktisk sykepleie forholder vi oss til det foranderlige, mangfoldige, kompliserte og nyanserte i en situasjon. Den nye viten som ligger bak informantenes handlinger i pasient omsorgen, bygger både på teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap. Den nye viten kan utfordre eksisterende kunnskap. Funnene i denne undersøkelsen, viser at de kliniske spesialistene på bakgrunn av ny viten, ønsker å bedre praksis. Benner (1999) trekker frem ekspert sykepleierens handlinger på bakgrunn av teoretisk viten, og praktiske ferdigheter gjennom mange år. Benner (1999) legger også vekt på ekspert sykepleierens refleksjoner i intensivavdelingen. Forfatteren argumenter ikke for

viktigheten av, om hvorvidt ekspert sykepleieren bør kontinuerlig holder seg faglig oppdatert, for å opprettholde sin posisjon som ekspert sykepleier. Men på den annen side er det intensivsykepleierens plikt, å holde seg faglig oppdatert innenfor den fagenheten som personen har sitt virke, noe som også blir fremhevet i Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2002).

Nordtvedt og Hansen (2001) trekker frem forskningsbasert kunnskap i sykepleien, som et ledd i kvalitetsforbedring og utvikling av omsorgen til pasientene. Denne kunnskapen trenger nødvendigvis ikke å gå på tvers av hva sykepleie teoretikere, oppfatning av forskningsbasert kunnskap i praksis. Martinsen (1997) stiller spørsmål om hvor omsorgen til pasienten er, når ny viten i sykepleiekompetanse baseres på randomisering. Det kan også stille spørsmål om ikke unnlatelse av forskningsbasert viten slik de kliniske spesialistene i denne undersøkelsen har utviklet sin kunnskap, kanskje ville være å unnlate å gi den beste omsorg for disse pasienter. Kirkevold (1996) skiller mellom forståelse av kunnskapsanvendelse og anvendelse av forskningsbasert, eller vitenskaplig kunnskap. En klinisk spesialist forteller om en gitt sykepleieprosedyre, som har hatt gunstig effekt på en pasient gruppe over tid. Denne kunnskapen er personlig og konkret, den er spesiell, subjektiv og historisk (Kirkevold, 1996). Det kan stille spørsmål om denne kunnskapen kanskje også må revurderes. De kliniske spesialistene i denne undersøkelsen ønsket å bedre omsorgstilbudet til pasientene. Det var på områder de så det var muligheter for et forbedringspotensiale. Men det kan stille spørsmål om ny viten alltid er til det beste for pasienten. Dette spørsmål kan også ha et etisk perspektiv, i forhold til hva som er den beste behandling og pleie for en kritisk syk intensivpasient, der det er usikkert om pasienten vil overleve behandlingen. Dette er et viktig spørsmål, men det blir ikke tatt med i drøftingen her, da det er et tema som kanskje bør drøftes ut fra en egen undersøkelse. Det som trekkes frem her, kan være at godt innarbeidede rutiner som kan være riktig for en pasient, men ikke for en annen. I et ønske om å gi den beste behandling og pleie til pasientene, er det kanskje muligheter for at den individuelle pleie ikke blir opprettholdt. Den individuelle omsorgen blir også fremhevet av de kliniske spesialistene. Den individuelle omsorgen blir også fremhevet i litteraturen, der det settes spørsmålstegn ved dagen sykepleie, om den kanskje kan oppleves som fri for omsorg (Martinsen 1997). På den annen side kan kanskje en forståelse av kunnskapsanvendelse, om mulig bli så personlig at den kan være vanskelig å slippe, til fordel for ny viten. Funn fra denne undersøkelsen viser at praksisfeltet stort sett stilte seg positive til å revurdering av utførelsen av pleien til pasienten, på bakgrunn av ny



kunnskap. Det kan kanskje bli et problem å gjøre endringer i praksis når det ikke er flertall hos kollegaene for endring av for eksempel rutiner.

Et eksempel fra funn i denne undersøkelsen er der en klinisk spesialist forteller om kollegaer som var imot å revurdere dagens praksis. Etter hennes mening var de i mot all form for forandring, selv om hun kunne dokumentere at dagens praksis ikke var forenlig med ny viten. Det kan kanskje være en sammenheng mellom der sykepleierne ikke har spesialutdanning og de som har spesialutdanning, i hvordan de ser på kvaliteten av arbeidet de utfører. I undersøkelsen til Kvamme og Bjerke (2003), fremkommer det også at mer kunnskap også resulterte i at de kliniske spesialistene ønsker å opprettholde god kvalitet på pleien til pasientene, og går ikke tilbake på det. Kvamme og Bjerke (2003), poengterer at de kliniske spesialistene heller går på akkord med seg selv, eller søker seg over i andre stillinger, enn å redusere på kvaliteten av pleie til pasientene.

Informantene var aktive i de ulike metodene de brukte for å spre sine kunnskaper til kollegaene, både internt innen sitt eget sykehus og eksternt. Den positive mottagelsen de stort sett fikk fra sine kollegaer, kan kanskje ha en sammenheng med at de fleste i avdelingen har en spesialutdanning, og at det er flere kliniske spesialister ved disse intensivavdelingene. I følge funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2002), stilles det blant annet forventninger om undervisning av kollegaer. Informantene forteller at kollegaene stort sett var innstilt på å være med på å utvikle og bedre ulike prosedyrer ved avdelingen. Dette ble gjort på bakgrunn av ny kunnskap informantene hadde tilegnet seg gjennom ulike prosjekt arbeid til sine spesialoppgaver. Men før en vet om den aktuelle praksisen er den beste må en kanskje gå til forskningslitteraturen eller kanskje gjøre noen undersøkelser i praksis. Et av temaene som informantene fremlegger, er blant annet mageleie. Det er kanskje ikke hver dag eller uke at avdelingen har pasienter som har behov for mageleie. Hva da med den praktiske kunnskapen? Hvordan kan de holde disse ferdighetene ved like? Det er kanskje behov for å sette av tid til trening med friske personer, ved for eksempel å bruke hverandre på avdelingen. Hvilke muligheter har de til en slik trening i en hektisk hverdag? Det er kanskje spørsmål om hvor mye ledelsen er med på å organisere arbeidsbelastningene til de ansatte, slik at det blir satt av nødvendig tid. Det er også et medisinsk spørsmål om en intensivpasient skal legges i mageleie, dette er underlagt legene avgjørelse. Er legene like innstilt på behandlingen og ser noen nødvendighet i å trene?

Funn fra denne undersøkelsen forteller om bedring av praksis, og om informantenes ønske om å sette spørsmålsteget ved rutiner som har vært praktisert over tid. Kvamme og Bjerke (2003), konkluderer også i sin undersøkelse at kompetanse heving kan forhindre at arbeidet med pasientene blir en rutine. Kvamme og Bjerke (2003), konkluderer med at årsaken kan være at kliniske spesialister tar flere faglige initiativer enn tidligere, og ser nye løsninger. Med henvisning til denne studien søker informantene i større grad begrunnelse for utføringen av vedtatte prosedyrer. Dette kan også hjelpe til å sette spørsmålsteget ved egen og kollegaene praksis.

Fra funnene trekkes det her eksempelet med behov for kontinuerlig oppdatering av personalet på EPJ (elektronisk pasientjournal), og blir etterlyst tid til å utføre denne oppgaven. Det er kanskje et organisatorisk spørsmål, der ledelsen ikke har definert dette arbeidet som et eget arbeidsområde, eller er det intensivsykepleieren som er for dårlig til å organisere egen tid? I følge Kvamme og Bjerke (2003) får de kliniske spesialistene en organisatorisk kompetanse i kraft av sin videreutdanning, de kan se løsninger der de tidligere så problemer. Denne økt kompetansen kan kanskje bidra til å se sin egen begrensning i mulighet til å utføre alle arbeidsoppgavene som er tildelt dem innenfor en gitt tid. Kvamme og Bjerke (2003) viser til funn i sin undersøkelsen, når de kliniske spesialistene blir klemmt mellom å utføre en jobb som de opplever ikke er bra nok, og hva arbeidsgiver forlanger, søker mange seg over i andre jobber, hvor de ikke møter det samme dilemma. Funn fra denne undersøkelsen viser til et eksempel fra en intensivavdeling i utlandet, der det var to personer i full stilling som hadde kun med arbeidet omkrig EPJ (elektronisk pasientjournal). Hvorfor blir dette området mer vektlagt i utlandet ved dette sykehus' intensivavdeling og ikke ved informantens sykehus? I følge funn fra denne undersøkelsen kan det se ut som de kliniske spesialistene kanskje har det inntrykk, at ledelsen og organisasjonen ikke vektlegger deres arbeidsoppgaver i vesentlig grad. Eller er kanskje ledelsen av den oppfatning at tilleggs oppgaver, bør kunne utføres i tillegg til å ha pasientansvar. På den annen side, har de kliniske spesialistene kanskje ikke vært flinke nok overfor ledelsen, til å begrunne viktigheten av dette arbeidet, og for eksempel legge frem dokumentasjon på hvor mye tid, som går med til denne arbeidsoppgaven.

I undersøkelsen til Kvamme og Bjerke (2003), er flere av de kliniske spesialistene et lite mindre tall, om å ha denne posisjonen ved sitt arbeidssted. Det kan sammenheng med at mindre enn halvparten svarte at arbeidsplassen la mer vekt på fagutvikling nå, enn tidligere

(Kvamme og Bjerke, 2003). De som var mest misfornøyd i undersøkelsen, var de som hadde spesialutdanning før de ble godkjent som klinisk spesialist, det gikk på tid til fagutvikling, anerkjennelse og lønn (Kvamme og Bjerke, 2003). Forskjell fra Kvamme og Bjerke (2003) viser funn fra denne undersøkelsen at det er et økende antall kliniske spesialister ved intensivavdelingene. Sammenfallende med Kvamme og Bjerkes (2003) var at funn fra denne undersøkelsen viser at de kliniske spesialistene la vekt på å bli mer utnyttet av ledelsen og kollegaer i forbindelse med fagutvikling, både internt og eksternt. Samtidig fremhever de kliniske spesialistene at de må være mer frempå selv å markere sin fagkompetanse, og hva de kan tilby avdelingen og pasientene.

## 7.2 Anerkjennelse som fagperson

Tidligere undersøkelser viser at pleiepersonell opplever at de i liten grad blir sett eller anerkjent av sine ledere (Vike, 2001). Funn fra denne undersøkelsen, viser at de kliniske spesialistene har en ambivalent holdning til hvordan de ser på ledelsen og kollegaers verdsettelse av deres kunnskaper. På den ene siden forteller de kliniske spesialistene at de opplever at ledelsen, både internt og eksternt, bruker dem mer etter at de er blitt godkjente som kliniske spesialister. På den annen side viser funn, at de ønsker å bli brukt mer og få tildelt mer tillit til å utføre for mer utfordrende arbeidsoppgaver utover det de har i dag. Tidligere undersøkelser (Kvamme og Bjerke, 2003) og (Vareide, et.al., 2001), viser til utfordringer for sykehusene om å gi de erfarne sykepleierne mer utfordringer utover det de har i dag, for eksempel ved å endre utformingen av sykepleierrollen i avdelingen. Uti fra funn fra denne undersøkelsen kan det se ut som de kliniske spesialistene har fått tildelt ny arbeidsoppgaver, som de skal gjøre i tillegg oppgaver de allerede har i avdelingen. Det kan kanskje være uklart for ledelsen hva de skal bruke de kliniske spesialistene til. I følge tidligere undersøkelser (Kvamme og Bjerke, 2003) og (Vareide, et.al., 2001), kan det kanskje være en utfordring for ledelsen ved de ulike avdelingene, å konkretisere hvordan de ønsker å anvende kunnskapen til de som er kliniske spesialister.

Funn i denne undersøkelsen viser at de kliniske spesialistene ønsker å bli sett som fagperson i kraft av sine økte fagkunnskaper, sammen med lang erfaring. Deres ønske om å bli anerkjent og fremstå som ekspert, blir kanskje ikke møtt hos deres ledelse eller kollegaer. De kliniske spesialistene ser på seg selv, på bakgrunn av sin ekspertise, at de er kommet på et høyere faglig nivå enn sine kollegaer, som bare har spesialutdanning i intensivsykepleie.

Likevel kan det se ut som de har den samme posisjonen i avdelingen, som før de ble kliniske spesialister. Det kan kanskje ha en sammenheng med at det i all hovedsak er kvinner som arbeider innen dette yrket, og som er representert i denne undersøkelsen. Undersøkelse fra andre yrkesgrupper og organisasjoner (Vinnest og Kvalheim, 2002), viser til at kvinner i organisasjonen Vesta, angående deres synliggjøring, viser til at kvinner i altfor liten grad tør å uttale hva de ønsker med sin karriereutvikling. Undersøkelsen konkluderer blant annet med, at kvinner må bli mye flinkere til å gi beskjed om hva de vil (Vinnest og Kvalheim, 2002). Med henvisning til denne undersøkelsen kan det se ut som de kliniske spesialistene i likhet med kvinnene i Vesta, har et problem med å fremheve seg selv, og være tydelige på hva de ønsker med sin karriere, og å markedsføre seg som kliniske spesialister. Det kan kanskje ha en sammenheng med at de opplever at ledelsen er utydelig og lite konkret i sine planer. Det er kanskje en organisatorisk utfordring, å kartlegge hvilken rolle de kliniske spesialistene skal ha i avdelingen.

Den negative anerkjennelse kan være når de kliniske spesialistene, forteller at ledelsen kun ser viktigheten av det er nok personalet på vaktene, uten å vektlegge disse kvalifikasjoner i særlig grad. Det kan blant annet redusere på kvaliteten i arbeidet som utføres overfor pasienten. Det kan kanskje også ses på som negativt overfor de kliniske spesialistene, og deres ønske om å yte den beste kvalitet i sitt arbeide overfor pasientene. Dette kan kanskje være med å bidra til en negativ stemning, spesielt hos de som har oppnådd den faglig godkjenningen som klinisk spesialist. Tranøy (1993) fremhever blant annet, at enkelt mennesket har et behov for kvalitet i utførelsen av sine arbeidsoppdrag, noe som også blir en kilde til glede og lyst. Tranøy (1993) skiller blant annet mellom "høyere" og "lavere" behov, som han knytter til den enkeltes opplevelse av kvalitetsforskjeller. Det kan stille spørsmål om de kliniske spesialistene og ledelsen kanskje ikke er sammenfalle i sine syn på kvaliteten av pleie? På den annen side er det kanskje slik, at det ikke er godt nok dokumentert hvor mye arbeidsinnsats det er behov for overfor en intensivpasient. Temaet da som kom frem i funn; dokumentasjon av resurser som trengs i forhold til å oppretthold god kvalitet på pleien til en intensivpasient. Spørsmålene informantene da stilte var blant annet; hva er god kvalitet på pleie, og hvordan mål disse, og da uti fra hvilke kriterier? Noen av de kliniske spesialistene i undersøkelsen etterlyste også dokumentasjon på effekten av å ha personale med høy faglig kunnskap, hvilken virkning det har på effektivitet, om pasienter kom seg fortere ut av intensivavdelingen? Det kan kanskje være en utfordring for ledelsen at det er utdannes høyt kvalifiserte sykepleiere, som stiller krav til kvalitet på pleien, med

begrunnelse fra litteraturen. Det kan også resultere i at de stiller nye krav til sine ledere. Funn fra denne undersøkelsen og tidligere undersøkelser (Kvamme og Bjerke, 2003 og Vareide et.al.), viser at de kliniske spesialistene opplever at kvalitet på pleie må vike for økonomiske hensyn. Funn fra internasjonale undersøkelser blant annet Mick og Ackerman (2000), viser til at de kliniske spesialistene har en mer selvstendig funksjon i kraft av sin utdanning. Da disses utdanning er et masterstudie, kan det kanskje være årsaken til at opplevelsen av anerkjennelse som fagperson ikke er et tema. Det kan derfor stilles spørsmål om hvor langt ledelsen ved ulike sykehusavdelinger og ved sykehusene generelt, ønsker å gå i la sykepleiere og spesialsykepleiere utvikle sin faglige kompetanse. Høyt faglig personell stiller også krav om høy faglig kvalitet av sitt arbeid. Det kan kanskje bli en utfordring for ledelsen på ulike trinn i systemet om det blir satt en grense for kvalitet, og hvem skal vurdere den. Har det innflytelse på anerkjennelse av sykepleien som utføres, og sykepleieren som fagperson, at det er en enhetlig ledelse ved sykehusene i dag?

På den annen side har kanskje de kliniske spesialistene, som også kvinnene i Vinnes og Kvalheims (2002) undersøkelse problemer med å synliggjøring. Det er kanskje et problem for de kliniske spesialistene å legge frem for ledelsen hva de ønsker. Det å gjøre bruk av nettverk, som også kvinnene i Vinnes og Kvalheims (2002) undersøkelsen har problemer med, for å få vise hvem de er som fagperson, er kanskje ukjent informantene. Det er kanskje en metode som ikke er særlig kjent blant sykepleiere generelt, og derfor heller ikke hos de kliniske spesialistene. På den annen siden er det kanskje et nytt fenomen eller skremmende at en person skal fremheve seg som fagperson, og redegjøre for hva de kan tilby avdelingen av sin ekspertise. Å fremheve seg som fagperson er kjent fra privat sektor, men kanskje ikke brukt i like mye grad i det offentlige, og da spesielt innen sykepleien. På den annen side kan det stilles spørsmål om hvordan miljøet stiller seg til at informantene, ønsker å fremheve seg som fagperson. Blir det ønsket velkommen, og de blir sett på som forbilder, eller bli de møtt med negative holdninger fra kollegaene?

Likhetstanken er et annet fenomen som kan oppleves som et hinder i å bli anerkjent som fagperson, noe som også fremkommer i undersøkelsen til Kvamme og Bjerke (2003). Det kan kanskje bli et problem å få anerkjennelse fra kollegaer, hvis det opplevelse fra disse at kunnskapen informantene har tilegnet seg ikke har noen verdi for avdelingen. Og da er spørsmålet hvorfor oppstår en slik holdning? Kanskje blir informantene sett på som personer, som har utdannet seg ut av gruppen av kollegaer? Likehetstanken som problem er

at det ikke er rom for individuell anerkjennelse. Dette blir også fremhevet i undersøkelsen til Kvamme og Bjerke (2003). Det kan kanskje være et problem for ledelsen at alle ansatte skal behandles likt, uansett faglige kvalifikasjoner? Funn fra denne undersøkelsen viser også at Janteloven kan være et hinder både for anerkjennelse som fagperson og i anvendelse av ny kunnskap i praksis. Kanskje bør både ledelsen og kollegene, utfordre Janteloven der den har slått rot.

### 7.3 Utvikling av nye fagkunnskaper

I motsetning til Kvamme og Bjerke (2003) fant i sin undersøkelse, viser funn fra denne undersøkelsen at de kliniske spesialistene har tid til å drive fagutvikling, pga kompetansetiden som er innbakt i turnusen. Spørsmålet er om kompetansetiden blir anvendt etter de intensjoner som er for denne tildelingen, nemlig fagutvikling? De kliniske spesialistene måtte ikke dokumentere hva de brukte tiden til, men de er samtidig redd for at kompetansetiden skal bli fjernet, på grunn av den økonomiske situasjonen ved avdelingen spesielt og sykehuset generelt. De kliniske spesialistene kom ikke selv med forslag om hvordan kompetansetiden kunne bli opprettholdt. Samtidig som arbeidsgiver har et ansvar å tilrettelegge for de ansatte, for fagutvikling (Helsetilsynet, 2003), har også sykepleierne innenfor alle fagområdene i sykepleien, et ansvar for å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2003; NSFLIS, 2002). Spørsmålet er om ledelsen gir en annen begrunnelse enn økonomi for å fjerne kompetansetiden? Er det slik at ledelsen ikke får tilbake det som var forventet ved tildelingen av kompetanse tid? På den ene siden er det kjent at arbeidsdagen på en intensivavdeling ofte er hektisk uforutsigbar. Av den grunn kan kompetansetiden kanskje kan bli sett på som fritid. På den annen side, bør kanskje informantene komme med argumenter og forslag, om hvordan de kan arbeide for å beholde kompetansetiden.

Av utenlandsforskning om kliniske spesialister, refereres det til kliniske spesialister som har universitetsutdannelse. De finske sykepleieforskerne Åberg og Fagerström (2005), har gjort en kartlegging over behovet for å utdanne kliniske spesialister på et master nivå, også i Finland. De argumenterer med utviklingen i samfunnet og samfunnets behov for denne spesialiteten innen sykepleie. Høyere utdanning og mer faglig tyngde, kan kanskje også gi utslag for argumentasjon om tid til kontinuerlig faglig oppdatering, og de møter de samme hindringene i forhold til å finne forskningsbasert faglitteratur, informantene i denne studien. Men de kliniske spesialistene i Åberg og Fagerström' (2005) kartlegging, sammen med

undersøkelsene til (Daly og Carnwell, 2003), (Hardy, Garbett, Titchen, Manley, 2002), (Mick og Ackerman, 2000), (Borbasi, 1999), (Lorentsen, Jones, Hamilton, 1998), har også et utvidet behandlingsansvar for pasienten, sett i forhold til kliniske sykepleiere ved norske sykehus (NSF; 2004). Dette vil ikke bli drøftet her, men taes med da det er interessant å trekke frem diskusjonen, som pågår i internasjonal forskning angående utdanning av klinisk spesialist i sykepleie generelt.

Informantene var knyttet til sine avdelinger når de fulgte kriteriene om klinisk spesialist til NSF, eller klinisk stige kompetanseprogram ved de ulike sykehusene. I denne tiden utførte de oppgaver på lik linje med andre intensivsykepleiere i avdelingen. Det kan se ut som det kan være vanskelig for avdelingen å tildele de kliniske spesialistene en annen eller utvidet definisjon på sitt arbeid knyttet til pasienten. Den ene dagen jobber de side om side ved sine kollegaer som intensivsykepleiere, den neste dag har de sin godkjenning som kliniske spesialist. Der avdelingen ikke har noen politikk for å fremheve disse kunnskaper, og gi dem nye utfordringer, kan det se ut som de kliniske spesialisters rolle i intensivavdelingen forblir uforandret. Spørsmålet er om ledelsen, kanskje sammen med de kliniske spesialistene tar utfordringen, med kanskje å utforme og definere de kliniske spesialisters rolle i avdelingen?

Funn fra denne undersøkelsen viser at flere av informantene har et ønske og et behov for å komme videre, enten innen temaet de har ansvaret for i avdelingen eller innenfor et nytt tema. Informantene trekker også frem at de har behov for å bruke tid på sitt sosiale liv også. Funn viser at informantene har store ambisjoner om å tilengen seg mer kunnskap, og trekker frem mange felt innen intensivsykepleie og intensivmedisin som interesserer dem. På grunn av deres oppgaver i avdelingen, som for mange av informantene var den samme som før de ble godkjent som klinisk spesialist, var det ikke tid til å utforske nye temaer. Sykepleiernes behov og ønske om kontinuerlig å oppdatere sine fagkunnskaper, viser også funn fra tidligere forskning (Wang og Heimly 1998; Vareide et al 2001; Kvamme og Bjerke 2003; Samdal 2004)

Det er som kjent fokus på økonomi og effektivisering i helsesektoren, og da også i intensivavdelingen. I den forbindelse er det kanskje spesielt viktig for informantene å være synlig og argumentere for hvor viktig det er med fagutvikling for å beholde den faglige tyngden i arbeidet de utfører. Det kan kanskje også være en organisatorisk utfordring i hvordan etterkomme informantenes ønske om videre fagutvikling. Funn fra undersøkelsen

viser også at informantene trekker frem at de bør være flinkere til å komme med forslag, om hvordan de best kan videreutvikle seg faglig, og ikke bare forvente ledelsen skal komme med forslag. Sett i lys av behovet en intensivavdeling for resurser, både i form av personell, tid og økonomi, kan det kanskje være en utfordring for ledelsen å hjelpe de kliniske spesialistene til å ikke miste sin faglige appetitt og nysgjerrighet.

Informantene i undersøkelsen ga uttrykk for at flere kliniske spesialister i avdelingen resulterer i mer faglige diskusjoner. I undersøkelsene til Kvamme og Bjerke 2003; Samdal 2004, blir argumentert med at økt antall kliniske spesialister i en avdeling gir en økt interesse for både faglige diskusjoner og fagutviklingen.



## 8. KONKLUSJON OG VIDERE ANBEFALINGER

I dette kapitlet gis det noen kritiske betraktninger til problemstillingen. I tillegg fremlegges det ideer til videre forskning. Det avsluttes med noen konkluderende betraktninger over de mest sentrale funnene i studien.

### 8.1 Betraktninger knyttet til problemstillingen

Problemstillingen: Hvordan erfarer intensivsykepleiere som er kliniske spesialister deres muligheter til å anvende sine kunnskaper i praksis, og muligheter for videre fagutvikling? Problemstillingen er omfattende og tar opp to hovedtemaer, 1. Kliniske spesialisters erfaring med å anvende sine kunnskaper i praksis, og 2. Kliniske spesialisters muligheter til videre fagutvikling. Problemet med en altomfattende problemstilling av denne dimensjon, kan bli at undersøkelsen ikke får presentert alle funnene på grunn av oppgaven blir for stor. Eller at man allerede i intervjusituasjonen ikke hadde fokus på kun et hovedtema, for da å kunne stilte flere utdypende spørsmål. Forskeren er av den oppfatning at problemstillingen til denne undersøkelsen, kunne vært problemstillinger knyttet til to ulike undersøkelser.

### 8.2 Metode kritikk

Den nærhet til informanten som oppstår i kvalitative forskningsintervju, kan ha både positiv og negativ innvirkning på materialet som skal samles inn. Informanten kan føle seg utilpass i intervjusituasjonen, og det er derfor viktig at forskeren prøver å tilkjempe en rolig og avslappet atmosfære.

I denne undersøkelsen har forskeren kjennskap til felt fordi hun jobber ved en lignede enhet som informantene. Det ble ikke gjort intervjuer ved forskerens sykehus, da hun var kjent i det miljøet. Det ble utført intervjuer ved andre Universitetssykehus, og informantene var kjent med at forskeren jobbet i en liknede enhet ved et annet sykehus. Det er mulig at en kvantitativ undersøkelse, ville skape mer avstand til feltet som skulle undersøkes. Men på den annen side var det de meningsbærende enhetene til informantene som var interessant, og de ville ikke kommet frem ved en kvantitativ undersøkelse.

Data innsamlingen ble utført høsten 2004. Det tok lang tid å utføre analysearbeidet. Det er en mulighet for at funnene i denne undersøkelsen kanskje ikke er helt relevante i dag. Men på den annen side kan det ikke vises til nyere på dette området.

### 8.3 Forslag til videre forskning

Studier gir ofte inspirasjon og ideer til nye spørsmål og problemstillinger, og slik er det også med denne studien. Litteraturstudien i denne undersøkelsen viser at det er publisert lite undersøkelser om hvordan kliniske spesialister anvender sine kunnskaper i praksis og hvilke muligheter de har for videre fagutvikling. Min studie var i stor grad sammenfallende med tidligere studier. På noen områder viste det seg å være forskjeller. Dette gjelder blant annet kompetansetiden og hvilken virkning den har på fagutviklingen.

Fokuset i oppgaven er godkjente kliniske spesialister i intensivsykepleie. De har alle hatt denne godkjenningen i noen år. Videre forskning vil vise om de fremdeles jobber ved pasientsengen. Et sentralt spørsmål er også hva gjør organisasjonen for å beholde kliniske spesialister i intensivavdelingen. Andre aktuelle innfallsvinkler ville være å undersøke hvilke syn ledelsen har på at mange i avdelingen er godkjente kliniske spesialister, både fordeler og ulemper. Denne studien kan eventuelt benyttes som grunnlag for en videre kartlegging i en større kvantitativ studie, omkring de samme temaene som problemstillingen tar opp.

Jeg ser det som viktig å bygge videre på studiens funn, og å videreføre forskning på dette området. Økt kunnskap om dette temaet, kan bidra til å sette fokus på avansert faglig kunnskap og kvalitet på pleie, omsorg og behandling i intensivavdelingen.

### 8.4 Konkluderende betraktninger

Hensikten med studien har vært å synliggjøre hvordan intensivsykepleiere som er kliniske spesialister opplever å kunne anvende sine kunnskaper i praksis, og sine muligheter til videre fagutvikling, ved å trekke ut meningen i deres utsagn, og belyse disse i kraft av den helhetlige sammenhengen.

Funnene i studien gir en beskrivelse av ti informanternes erfaringer knyttet til anvendelse av kunnskap i praksis og fagutvikling. Disse beskrivelsene viser at kliniske spesialister i intensivsykepleie med sine høye faglige kunnskaper har fokuset på å gi en best mulig pleie, behandling og omsorg til pasientene. Funn fra undersøkelsen viser at informantene er opptatt av å spre både sine praktiske og teoretiske kunnskaper videre til kollegaer, både i internt og eksternt. De ser på seg selv som en ressurs i avdelingen, og vektlegger det å bli tatt på alvor i kraft av sine høye fagkunnskaper og lang erfaring. Informantenes tvetydige beskrivelse av å bli tatt på alvor fra både ledelsen og kollegaer, der de forteller at både ledelse og kollegaer ofte benytter seg av deres kunnskaper, men de ønsker mer utfordrende oppgaver, og bli hørt når de kommer med ulike forslag.

De tema som var fremtredende gjennom intervjuene var; tid, økonomi og antall personell. Disse begrepene brukes av informantene med glidende overganger, når de snakker om muligheten til å anvende sine kunnskaper i praksis. De forstår avdelingens fokus på økonomi, med bakgrunn i at avdelingsledelsen handler på direktiver fra sykehusledelsen. Samtidig konkluderer de med at når fokuset er på økonomi, går det utover kvaliteten på pleien til pasientene. Graden av anerkjennelse og å bli tatt på alvor, henger også sammen med fokus på økonomi i vid forstand. Økt fokus på økonomi og effektivisering i avdelingen, kan forklare konflikten informantene erfarer ved ikke å få anvendt sin formelle og uformelle anerkjennelse etter godkjenning. Funn viser at informantenes erfaring er at kvalitet og kvantitet blir satt opp mot hverandre, og at kvantiteten har føringen.

Økonomien styrer til en viss grad antall personell i avdelingen, men ikke alltid tilgjengeligheten av kvalifisert fagpersonell. Funn fra undersøkelsen viser at informantenes syn på ledelsens dekning av kvalifisert personell på ulike vakter, ikke var det samme som informantene legger i begrepet kvalifisert personell. I undersøkelsen fremkommer uttrykk som ”nok hoder”, som er en betegnelse for informantenes frustrasjon over at det ikke alltid er den beste fagkunnskapen og kompetansen blant kollegaer.

Kompetansetid og muligheter for videre fagutvikling kan være elementer som kan hjelpe på å beholde de kliniske spesialistene i avdelingen. Fjerning av kompetansetid, og mindre økonomiske midler til å drive fagutvikling, vil kanskje ha en kortvarig økonomisk effekt, men på sikt vil det kunne gi en motsatt virkning, som kan resultere i liten tilgang på kvalifisert personell. Det kan også gi negative signaler både på stabiliteten blant

intensivsykepleiere og de kliniske spesialistene, og på muligheten til å opprettholde kvaliteten på pleie, omsorg og behandling av intensivpatienten.

## Referanseliste

- Alvesson, M. og Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion – Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P.L, Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care : a thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14 (3) 13-28.
- Borbasi, S.A.(1999) Advanced practice/expert nurses: hospital can't live without them. *Australian Journal of Advanc Nursing*. 16 (3) 21-9.
- Buchan, J. (1999). Evaluating the benefits of a clinical ladder for nursing staff: an international review. *International Journal of Nursing Studies*, 36 (2),137-144.
- Carper, B. A. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Sciences*. 1 (1).
- Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing: a critique. *International Journal of Nursing Studies*, 32, (6) 527-534.
- Castledine,G. og Mcgee,P. (1998). *Nursing Practice*. United Kingdom: Blackwell Science Ltd..
- Daly, W. M. og Carnwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12. 158-167.
- Den norske lægeforening. (2001). *Standard for intensivmedisin*. Den norske lægeforening.
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive Interaction*. London: Sage.

Dybwik, K. (2000). *Respirator behandling – lærebok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Akademiske

EfCCN (European federation of Critical Care Nursing Associations). (1999). *Constitution, Article 2*. European federation of Critical Care Nursing Associations.

Eilertsen, G. (2000). Forståelse i et hermeneutisk perspektiv. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 3 (2), 136-159.

Fagermoen, M:S: (1985). *Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Fagermoen, MS. (1998). *Sykepleierens grunnkompetanse – å være, å tenke og handle. I: På sykepleiefagets vegne*. Oslo: HiO-rapport, 13, 5-16.

Fagermoen, MS. (1998). I Fagermoen, M. S., Nord, R. Hanestad, B. R., Bjørnsborg, E. (red.). *Fra kunst til kolikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P.H, Fitzpatrick, J.J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (2), 115 – 119.

Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt – Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag, København.

Gordon, S. Benner, P. Noddeings, N. (1996). *Caregiving : readings in knowledge, practice, ethics, and politics*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Grønmo, S. (1996). I Holter H. og Kalleberg, R. (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget

Guldbrannsen, A. (1997). Et praksisperspektiv på teori og praksis. I: Bergland, A. m. fl. *Praksis – velferdsyrkenes kunnskapsgrunnlag* (s. 23-47). Oslo: Tano Aschehaug.

Hamric, A.B., Spross, J.A. og Hanson, C.M. (1996). *Advanced Nursing Practice An Integrative Approach*. Philadelphia:W.B. Saunders Company

Havn, V. og Vedi, C (1997). *På dypt vann – om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost*. Trondheim: SINTEF rapport

Harady, Garbett, Titchen, Manley (2002). Exploring nursing expertise: nurses talk nursing. *Nursing Inquiry*. 9 (3) 196-202.

Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli nr. 64 om helsepersonell m.v.* Oslo: Cappelen akademisk forl. Lovdata.

Helsetilsynet. (2002). *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Rapport til Helsedepartementet. Statens helsetilsyn.

Hudak, CM., Gallo, BM. og Morton, PC. (1998). *Critical Care Nursing A Holistic approach*. Philadelphia: Lippincott

Humphris, D. Editor (1994). *The Clinical Nurse Specialist: issues in practice*. Hampshire and London: The Macmillan Press Ltd

Johannessen, G (1997). *Stabilitet for intensivsykepleieren i intensivavdelingen*. Publikasjonsserie . Institutt for sykepleievitenskap

Kirkevold, M. (1992). *SYKEPLEIETEORIER – analyse og vurdering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kirkevold, M., Nordtvedt, F. og Alvsvåg, H. (red). (1993). *Klokskap og kyndighet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Knizek, B.L. (1998). I: Lorensen, M. (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden*: Oslo: Universitetsforlaget AS.

Krøll, V og Hansen, H (2000). Den nyuddannede sygeplejerskes kompetence nu og om fem år – set fra et empirisk og fagprofessionelt perspektiv. *Vård i Norden* 55 (20) 10-16.

Kvamme, E. og Bjerke, P. (2003). *Kliniske Spesialister – En kartlegging*. Oslo: DE FAKCTO. Kunnskapssenter for fagorganiserte

Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Lorensen, M., Jones, D.E., Hamilton, G.A. (1998). Advanced practice nursing in the Nordic countries. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 257 – 264.

- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring*. Oslo: Tano Aschehaug.
- Martinsen, K (1997). *Fra Marx til Løgstrup*. Otta: Tano A.S
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Historisk- filosofiske Essays. Oslo: Universitetsforlaget
- Mick og Ackerman (2000). Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: Application of the Strong Modell of Advanced Practice. *HEART & LUNG*, 29, (3) 210 – 221.
- Miles, M. B. og Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis - An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Moesmand, A. M og Kjøllesdal, A (2004). *Å være akutt kritisk syk: om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk (2.utg.)
- Morse, J. M. (1994). I Morse, J. M. (edit). *Critical Issues in Qualitative Rerearch Methods*. California: Sage
- Nielsen, K. og Kvale, S. (red). (1999). *Mesterlære – læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam.
- Nordhaug, O. (1998). *Kompetansestyring i arbeidslivet - Utvalgte emner*. Oslo: Tano Aschehaug
- Nortvedt, P. (2000). Nærhetsetikk og prioriteringsansvar – Ansatser til en prioriteringsetikk i sykepleien. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* , (2) 3, 123- 135.
- Nordtvedt, M. W. og Hanssen, T. A. (2001). Evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*. 16
- Norsk Sykepleierforbund. (2002) *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund/NSFLIS
- Norsk Sykepleierforbund. (2004). *Klinisk spesialist i Sykepleie/spesialsykepleie, godkjenningsordning*. Norsk Sykepleierforbund



Norsk Sykepleierforbund. (1998). *Rammeverk for kvalitetsmål i intensivsykepleie*. Norsk Sykepleierforbund/NSFLIS.

Norsk Sykepleierforbund. (2003). *Yrkesetiske etiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, P. (2000). *Nærhetsetikk og prioriteringsansvar – Ansatser til en prioriteringsetikk i sykepleien*. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. 123 – 135.

NOU 1993:33. *Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov om motiver*. Sosial- og helsedepartementet.

NOU 1997:25. *Ny kompetanse. Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk*. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

NOU 1997:2 *Pasienten først!: ledelse og organisering i sykehus*. Helsedepartementet.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag a.s

Odelstingsproposisjon. nr. 13 (1998-1999). *Om lov om helsepersonell m.v.* Sosial og Helsedepartementet.

Rammeplan og forskrift for videre utdanning i intensivsykepleie. (1999). Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Rolf, B. (1991). *Profession, tradisjon och tyst kunnskap : en studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. (Gyttorp): Nya Doxa.

Rowe, C. (2004). Development of clinical guidelines for prone positioning in critically ill adults. *Nursing in Critical Care*. 9 (2), 50-60.

Samdal, G . B. (2004). *Kompetanseprogrammet klinisk stige som virkemiddel for strategisk kompetanseutvikling*. Hovedfagsoppgave. Seksjon for Sykepleievitenskap, Universitet i Bergen.

Shapiro, M. (1998): A Career Ladder Based on Beniner's Modell An Analysis of Expected Outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 28 (3) 13-19.

Schmidt, Lee A. Nelson, D. Godfrey, L. (2003). A Clinical Ladder Program Based on Carper`s Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Journal of Nursing Administration*. 33 (3), 146-152.

Snyder, M. og Mirr, M. P. Editors (1995). *Advanced Practice Nursing A guide to Professional Development*. Springer Publishing Company, Inc. New York.

Statens helsetilsyn (2002:5). *Nasjonalstrategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Statens helsetilsyn.

Støvring, T og Støvring, J (1998). *Pasientobservasjon: en lærebok for sykepleiestudenter*. Bergen – Sandviken: Fagbokforlag.

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og Innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Tranøy, K. E. (1993). *Vitenskap – samfunnsmakt og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget. 4. Opplag.

Tveit, B. *En studie av sykepleies motivasjon, identitet og legitimeringsforsøk i det senmoderne samfunnet*. HIO-rapport 2001 nr.11.

Universitetsforlaget (1993)*Bokmålsordboka* Oslo: Avdeling for leksikografi, Norsk språkråd og Universitetsforlaget AS. (2.utg. 2.oppl.)

Youngblut, J. M. og Brooten, D. (2001). Evidence-based Nursing Practice: Why Is It Important? *AACN Clinical Issues* 12 (4) 468-476.

Vareide, P. K., Hofseth, C., Norvoll, R.,Røhme, K. (2001) *Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: SINTEF Rapport.

Vinnes, M. og Kvalheim, J. (2002). *Møter kvinner med ambisjoner hindringer i Vesta? Og eventuelt hvile?* Bergen: Diplomoppgave ved Handelshøyskolen BI

Wackerhausen, S. (1996). Apprenticeship, knowledge and representation. *Nordisk Pedagogikk*, 16, (4), 194-202.

Wackerhausen, S. (1996). Den gode vilje og magtens empati. *Dansk Selskap for Sygepleieforskning*, 1, 5-30.

Wackerhausen, S. (1999). Det skolistiske paradigmet og mesterlære. I: Nielsen, K. og Kvale, S. (red). *Mesterlære – læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam.

Wang, I.L og Heimly, A., (1998). *Etter-/Videreutdanning for sykepleiere*. Bodø: Nordlands Forskning.

Åberg, J. og Fagerström (2005). EXPERTSJUKÖTARE – EN FINLÄNSK VERSION AV ”NURSE PRACTITIONER” – En möjlighet för sjukskötare och hälsovårdare att utveckla sin kliniska kompetens. *Vård i Norden* 77 (25) 3, 84 – 87.

## Vedlegg 1

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Holmboes gate 22  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47/ 55 58 21 17  
Fax: +47/ 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Bodil Ellefsen  
Institutt for sykepleievitenskap  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 01.11.2004

Vår ref: 200401329 SS / RH

Deres dato:

Deres ref:

### MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.10.2004. Meldingen gjelder prosjektet:

11657

*Hvilke muligheter har intensivsykepleiere etter godkjenning som klinisk spesialist til å bruke sine kunnskaper og til videre faglig utvikling*

Behandlingsansvarlig

Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Bodil Ellefsen

Student

Inger Marie Tradin

Meldingen er behandlet av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører behandling av personopplysninger i henhold til personopplysningsloven §§ 1 til 3, og følgelig ikke utløser meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Vedlagt følger vår vurdering. Prosjektet kan settes igang.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen

Synnøve Serigstad

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse

Kopi: Inger Marie Tradin  
Eventyrveien 22  
0851 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

## Vedlegg 2

Inger M. Tradin  
Eventyrveien 22  
0851 Oslo

Oversykepleier

Oslo, 14.10.04

### Søknad om tillatelse til å gjennomføre en empirisk studie

Jeg er student ved Universitet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, der jeg arbeider med min hovedoppgave som har følgende arbeidstittel: *Hvilke muligheter har intensivsykepleiere etter godkjenning som klinisk spesialist, til å bruke sine kunnskaper og til videre faglig utvikling?*

Hensikten med studien er å belyse og beskrive hvordan kliniske spesialister innen intensivsykepleie, anvender den nyervervede kunnskapen, og hvilke mulighet de har til fortsatt å tilegne seg ny kunnskap.

I denne forbindelse søker jeg om tillatelse til å intervju intensivsykepleiere som er godkjent klinisk spesialist ved intensivavdelingen ved Akershus Universitetssykehus. Min veileder på UIO, Institutt for sykepleievitenskap er førsteamanuensis Bodil Ellefsen. Tillatelse for undersøkelsen fra Datatilsynet vil bli ettersendt.

Klinisk spesialist i intensivsykepleie som gir sitt samtykke til å delta, vil ikke kunne gjenkjennes når resultat av studien foreligger. Det vil ikke bli innhentet personlige opplysninger i studien, intervjuene vil bli tatt opp på bånd, og oppbevart forskriftsmessig. Dersom jeg innvilges adgang ønsker jeg å gjennomføre intervjuene i løpet av oktober/november dette år. Jeg søker samtidig om tillatelse til å kontakte sykepleierne med klinisk spesialist i intensivsykepleie direkte. I den hensikt ber jeg om en navnlister over intensivsykepleiere som er godkjente kliniske spesialister.

Jeg søker også om at intervjuene kan få gjennomføres i arbeidstiden for de respektive i et egnet lokale inne på sykehusets område. Jeg er ansatt som intensivsykepleier ved barneintensivsenhet, Rikshospitalet, og kan kontaktes på telefon: 23 07 37 04, mobil: 911 29 156, e-mail: intrad@frisurf.no  
Jeg håper på positivt svar.

Vennlig hilsen

Inger M. Tradin

Vedlegg: intervjuguide

Kopi:

## Vedlegg 3

Inger M Tradin  
Eventyrveien 22  
0851 Oslo

21.10.04

**Ang. Søknad om å gjennomføre en empirisk studie på Anestesiavdelingens intensivseksjon**

Du er hjertelig velkommen til å gjennomføre en empirisk studie ved vår intensivseksjon. Når det gjelder gjennomføringen må du ta direkte kontakt med avdelingssykepleier

Vedrørende intervjuene må den enkelte forbeholde seg retten til å kunne si at de ikke ønsker å være med.

Liste er vedlagt.

Med vennlig hilsen

## Vedlegg 4

Side 1 av 2

**Inger Tradin**

**Fra:**  
**Til:** <intrad@frisurf.no>  
**Sendt:** 24. august 2004 10:50  
**Legg ved:** 838522427-00009125.PDF; 838522427-NOARK.htm  
**Emne:** VS: 200403938-1 Søknad iom tillatelse til å gjennomføre en empirisk studie

Hei

Du er hjertelig velkommen til å utføre undersøkelsen i vår avdeling, men at det er opp til den enkelte intensivsykepleier selv å delta.

Jeg tillater meg å gi deg tlf.nr. til de som er kliniske spesialister, jeg har ikke fått snakket med alle på forhånd. Men jeg tror de fleste er interessert i din arbeidstittel på undersøkelsen og vil bidra.

Vi vil tilrettelegge for at dette gjennomføres i arbeidstiden, men en jobber nattstilling. Egnert møtelokale er en utfordring. Men vi får snakke mer om disse praktiske tingene etterhvert.

Jeg gir også kopi av denne e-posten til de kliniske spesialistene vi har i avdelingen

mvh

Intensiv/postoperativ/nevro po

IKKE SENSITIVT INNHOLD

>  
 >  
 > -----Opprinnelig melding-----  
 >   
 > Sentt: 10. august  
 > Til:  
 > Emne: 200403938-1 Søknad iom tillatelse til å gjennomføre en empirisk studie

>  
 >  
 > kan du vurdere denne søknaden om tilgang til feltet og svare henne direkte?

21.03.2005

## Vedlegg 5

Avdelingssykepleier  
Intensivavdelingen

Orientering om en intervjuundersøkelse

Jeg er i gang med et forskningsprosjekt som skal presenteres i min hovedfagsoppgave ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Arbeidstitelen for prosjektet er: *Hvilke muligheter har intensivsykepleiere etter godkjenning som klinisk spesialist, til å bruke sine kunnskaper og til videre faglig utvikling?* I denne forbindelse ønsker jeg å se nærmere på intensivsykepleiernes mulighet til å videreføre sin spisskompetanse etter endt utdanning som klinisk spesialist og holde seg faglig oppdatert. Jeg ønsker å intervju intensivsykepleiere ved din avdeling, som har arbeidet minimum 6 måneder etter endt utdanning som klinisk spesialist.

Jeg søker om å få gjennomføre dette intervjuet i arbeidstiden, og håper gjennom dette bedre å danne grunnlag for rekrutteringen til intervjuene. Dersom du godkjenner dette, vil angjeldende intensivsykepleiere få tilsendt et invitasjonsbrev.

Jeg håper på et positivt svar.

Med hilsen

Inger M. Tradin

Vedlegg: Kopi av tillatelse til å gjennomføre studien

.....klipp her.....

RETURSLIPP

Sett kryss

Jeg gir min tillatelse til å intervju intensivsykepleiere, klinisk spesialist i arbeidstiden: .....

Jeg gir ikke min tillatelse til å intervju intensivsykepleiere, klinisk spesialist i arbeidstiden: ....

Avdelingssykepleier \_\_\_\_\_

Vennligst returner i vedlagt konvolutt. Ved spørsmål treffes jeg på mobil nr.: 91129156.



## Vedlegg 6

Intensivsykepleier med klinisk spesialist  
Intensivavdelingen

**Invitasjon til å delta personlig intervju**

Jeg heter Inger Marie Tradin, og er intensivsykepleier ved barneintensivenhet på Rikshospitalet. For tiden er jeg også student ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Jeg arbeider med min hovedoppgave, og i den forbindelse ønsker jeg å intervjuer intensivsykepleiere som er utdannet klinisk spesialist. Hovedoppgaven har fokus på intensivsykepleiernes mulighet til å videreføre sin spisskompetanse etter endt utdanning som klinisk spesialist og mulighetene til å holde seg faglig oppdatert.

Intervjuet vil ta ca. 1,5 time og blir tatt opp på lydbånd. Jeg vil komme til å gjøre skriftlige notater underveis i intervjuet. Din anonymitet vil bli sikret. Dataene som fremkommer gjennom intervjuene vil bli behandlet konfidensielt og kun være tilgjengelig for meg og min veileder førsteamanuensis Bodil Ellefsen. Uttalelser vil bli anonymisert, slik at de ikke kan føres tilbake til den enkelte person. Når hovedoppgaven innleveres vil lydbåndene bli makulert. Deltakelse i undersøkelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg fra intervjuet. Alle data som gjelder deg vil da bli slettet.

På dette grunnlag håper jeg du vil delta i intervjuet. Vi kan avtale nærmere tidspunkt for intervjuet. Vedlagte skriv om informert samtykke må underskrives og taes med. Hvis det er noe du lurer på ring meg på telefon: 91129156 / 22606650, eller send e-post: [intrad@frisurf.no](mailto:intrad@frisurf.no)

Med vennlig hilsen

Inger M. Tradin

Vedlegg: Erklæring om informert samtykke

## Vedlegg 7

## INFORMERT SAMTYKKE

Jeg er blitt spurt om å delta i intervju i forbindelse med Inger Marie Tradins hovedoppgave ved UIO, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Jeg er informert om at intervjuet skal omhandle spørsmål om intensivsykepleierens mulighet til å videreføre sin spisskompetanse etter endt utdanning som klinisk spesialist og holde seg faglig oppdatert. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og det refereres ikke til mitt navn. Lydbåndene vil bli oppbevart og nedlåst, og bare Inger Marie Tradin har nøkkel. Fra intervjuet foreligger på bånd til det makuleres, vil båndet/intervjuet få en bokstav etter hvor i rekken intervjuet blir tatt. Det vil si, det knytter seg ingen manuell navneliste til lydbåndet eller notatene. Lydbåndene og bokstavrekken vil bli slettet når hovedoppgaven leveres, seinest 2005.

Intervjuet er frivillig, og jeg kan når som helst trekke meg fra undersøkelsen uten at det får følger for meg.

De opplysninger som jeg gir skal ikke kunne føres til meg som person i hovedoppgaven.

Hvis jeg har kommentar etter intervjuet kan jeg kontakte Inger Marie Tradin eller hennes veileder førsteamanuensis Bodil Ellefsen ved UIO Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, tlf. 22850567.

Min underskrift her viser at jeg ønsker å delta i intervjuet på disse premisser.

Dato: 7/10-04

ca  
Intervjuperson

\_\_\_\_\_  
Inger M. Tradin

## INTERVJUGUIDE

1. **Klinisk spesialist innen intensivsykepleie, kan du kort beskrive hva du legger i det?**
2. **Fortell om din begrunnelse for å utdanne deg til klinisk spesialist.**
  - motivasjon
  - viktigste argumenter for å søke
  - hvor kom initiativet til å søke fra?
3. **Fortell om hvilken betydning programmet har hatt for deg.**
  - personlige virkninger?
  - faglige virkninger?
4. **Fortell om de faglige effektene programmet / godkjenningen innen generell fagkompetanse og spesiell fagkompetanse.**
  - generell fagkompetanse, det "å kunne faget". Gir det mer lyst til å lese mer fag?
  - spesialisert fagkompetanse, utvikling av spisskompetanse på ett område, har det gitt interesse for å vedlikeholde spisskompetansen, eller utvikle ny spisskompetanse innen et annet område?
5. **Fortell om dine forventninger som godkjent klinisk spesialist innen intensivsykepleie.**
  - tid til fagutvikling – hvordan holde deg à jour – og hvordan går du videre.
  - anledning til å gå på kurs
  - hvilke muligheter/tilbud er det til å gå på kurs, videreutdanning, prosjekt arbeid, lese faglitteratur.
  - forhold til kollegaer – forventinger
  - hva vil du ha hatt annerledes
6. **Den spisskompetansen som du har opparbeidet deg. Fortell om hvordan den i jobben, endringer/om det var mulig å gjøre endringer i praksis.**
  - ga det mulighet til å bedre pasient behandlingen?
  - hva har hindret deg til å gjøre det?
7. **Fortell hvordan du opplever at din kompetanse blir anerkjent og utnyttet i avdelingen.**
  - blir du brukt/sett på som en ressurs av kolleganene og ledelsen?
  - hvordan opplever du at kompetansen din blir sett på av kollegaer og ledelsen?
  - nye arbeidsoppgaver?
8. **Fortell om forventninger før du startet på programmet.**
  - forventninger du har nå
  - tid
  - hvorfor ikke
9. **Hvis du i dag har ett ønske om oppgradere spisskompetansen/ny spisskompetanse innen kurs / utdanning. Fortell hvordan du ønsker at arbeidsgiver skal tilrettelegge forholdene for utdanningen.**