



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Klinisk stige er ett av flere virkemiddel for systematisk kompetanse- og fagutvikling. Ledere, kollegaer og kontekstuelle forhold påvirker i hvor stor grad deltakere opplever at de anvender sin faglige kompetanse.

Hensikt: Hensikten med studien var å få systematisk kunnskap om hvordan kliniske spesialister opplevde at de vedlikeholdt, videreutviklet og brukte kompetansen til fagutvikling.

Metode: En spørreundersøkelse inkluderte kliniske spesialister i

Norge med mer enn to års erfaring. Et strukturert spørreskjema ble utarbeidet på bakgrunn av teori omkring begrepene kompetanse- og fagutvikling.

Resultat: De fleste respondentene opplevde at de hadde bevart spisskompetansen som klinisk spesialist og at de fortsatt brukte sin kompetanse. Et sentralt funn var at de kliniske spesialistene i stor grad vedlikeholdt, videreutviklet og brukte kompetansen gjennom uformelle aktiviteter i klinisk praksis, mens de sjeldnere utviklet og

brukte kompetansen til teoretiske orienterte aktiviteter som krevde organisatorisk tilrettelegging.

Konklusjon: For å øke kliniske spesialisters muligheter til å bruke sin kompetanse på arbeidsplassen, er et overordnet fokus på kompetanse- og fagutvikling på arbeidsplassen sentralt. Det innebærer et samarbeid mellom leder og sykepleier om spesialiseringsområde og planlagt bruk av kompetansen, og at arbeidsgiver stiller krav til og legger til rette for vedlikehold og bruk av kompetanse.

ENGLISH SUMMARY

The Clinical Specialist Education-Best Suited to Enhance Learning Through Informal Activities?

Background: The clinical ladder is one of several tools in the advancement of competence and practise improvement. Leaders, colleagues and contextual factors influence how participants experience use of their professional competence.

Objective: The purpose of the study was to acquire systematic knowledge about the perception of clinical specialists concerning how they maintained, developed and used competence in practise development.

Method: A survey included clinical specialists in Norway with at least two years of experience. A structured questionnaire was developed based on concepts of competence and practise development.

Results: Most of the respondents expressed that they had maintained their expertise as clinical specialists and still used their competence. A central finding was that the clinical specialists to a large degree maintained, developed and used their competence in informal activities in clinical practise. Theoretically-oriented activities requiring organizational

facilitation were less used.

Conclusion: An overarching focus on the development of competence and practise development is necessary in order to increase clinical specialists' use of their competence at work. This entails collaboration between leaders and nurses in the choice of specialization and in planning the use of acquired competence. Employers should command and facilitate an environment where clinical specialists can maintain and develop their competence.

Key words: Survey, education, nursing role

» Klinisk spesialister styrker læring gjennom uformelle aktiviteter

Forfattere: Anne Grethe Knutheim,
Ida Torunn Bjørk

NØKKELORD

- Spørreundersøkelse
- Utdanning
- Sykepleierolle

INTRODUKSJON

Sykepleieres plikt til å holde seg faglig oppdatert og til å utøve yrket forsvarlig blir understreket fra flere hold (1–3). Kompetanse ervervet gjennom formell utdanning er bare et fundament å bygge videre på (1,4–6). Kontinuerlig kompetanseutvikling er derfor nødvendig (7–11). I Nasjonal helseplan understrekes betydningen av helsetjenestens kompetansestrategi for å få et kompetent helsepersonell, og at innhold i etterutdanninger er i samsvar med utfordringene i helsetjenesten (12,13). Kompetanseutvikling omhandler det yrkesutøveren gjør for å holde seg oppdatert til å møte pasientens, helsevesenets og eget behov for kompetanse. Det inkluderer kontinuerlig tilegning av ny kunnskap, ferdigheter og verdier (14). Kompetanse kan utvikles gjennom formidling av kunnskap på kurs og etterutdanning, eller gjennom refleksjon sammen med andre yrkesutøvere i praksis (6,15), faglig diskusjon,

fordypning i litteratur, veiledning i praksis, studiebesøk og gjennomføring av faglige prosjekt (4).

Klinisk stige er ett virkemiddel for systematisk kompetanseutvikling (10,16) der deltakerne utvikler kompetanse innen et område i det kliniske feltet gjennom en kombinasjon av klinisk praksis, systematisk veiledning, teoretisk fordypning og gjennomføring av et faglig prosjektarbeid (10). Klinisk stige kombinerer dermed teoretiske og praktiske læringsformer. Gjennomføring av klinisk stige gir godkjenning som klinisk spesialist. Godkjenning kan også oppnås ved å gjennomføre et individuelt løp, eller som en kombinasjon av et individuelt løp, og et arbeidsgiverorganisert program (10,16). Uansett må sykepleieren dokumentere fem års relevant klinisk praksis (10). Deltakere i kliniske stiger har rapportert at de utviklet sin faglige kompetanse mens de deltok i stigen (16–19), og at de anvendte den faglige kompetansen som rollemodell, i veiledning og annet fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen (18,19).

Fagutvikling er en kontinuerlig forbedringsprosess der utvikling av individuell og kollektiv kunnskap og ferdigheter bidrar til forbedring og endring av kulturen og kvaliteten av sykepleien på arbeidsplassen (20, 21). Forny-

ing og endring av praksis krever systematisk og helhetlig utvikling og evaluering (4,22,23). Tidligere studier om klinisk stige har vist at ledere, kollegaer og kontekstuelle forhold påvirket hvordan deltakerne opplevde at de anvendte den faglige kompetansen (18,19,24). Flere nyere studier evaluerer lokale kliniske stiger i USA (25,26,27), men vi har ikke funnet studier med fokus på hvordan kliniske spesialister vedlikeholder og utvikler sin kompetanse over tid. Hensikten med denne studien var derfor å få systematisk kunnskap om hvordan kliniske spesialister selv erfarte sin kompetanse, hvordan de vedlikeholdt og videreutviklet kompetansen og

Hva tilfører studien?

Undersøkelsen viser at sykepleiere med klinisk kompetanse erfarte at de fortsatt hadde spisskompetanse som klinisk spesialist, og at de fortsatt brukte kompetansen sin.

Mer om forfatterne:

Anne Grethe Knutheim er intensivsykepleier med master i sykepleievitenskap og praktisk pedagogisk utdanning. Hun arbeider ved Akuttmottaket, Sykehuset i Drammen. Ida Torunn Bjørk er professor ved avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Kontakt: anne.grethe.knutheim@gmail.com

hvordan de brukte kompetansen til fagutviklingsarbeid.

METODE

Studien var en landsomfattende tverrsnittundersøkelse gjennomført i Norge fra desember 2009 til januar 2010. Designet var deskriptivt med en kvantitativ tilnærming.

Utvalg

Kliniske spesialister i sykepleie og spesialsykepleie registrert i Norsk Sykepleierforbund (NSF) ble invitert til å delta i studien. Inklusjonskriteriet var minimum to års erfaring som klinisk spesialist. Svarprosenten var 66,8 (n= 748).

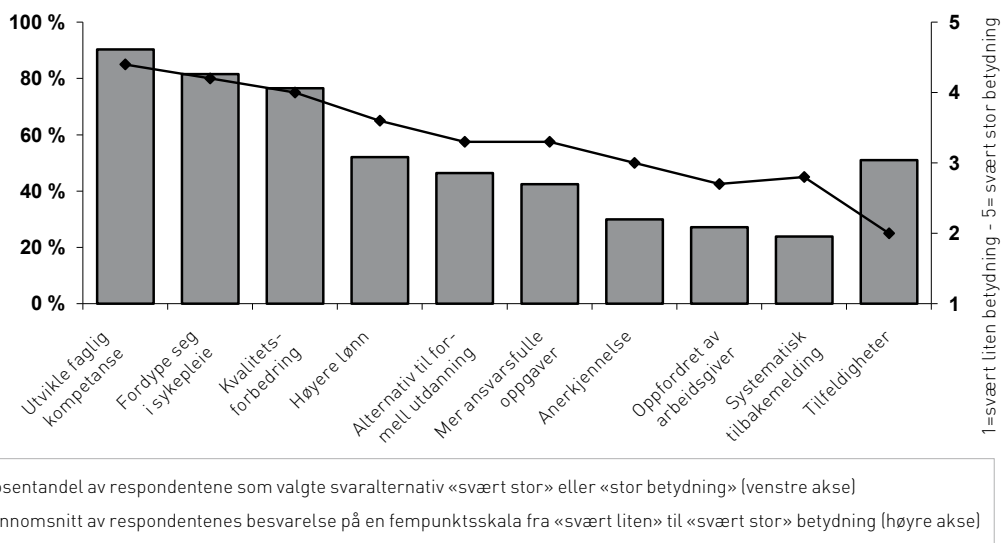
Utvikling av spørreskjema

Data ble samlet inn med et strukturert spørreskjema, med 30 hovedspørsmål, utviklet spesielt for denne studien. Spørsmålene bygget på: Nygrens (6) teori om handlingskompetanse hos profesjonelle personer, perspektiver på kompetanseutvikling (5,6, 28), fagutvikling (4,20–23) og tidligere spørreskjemaundersøkelser blant kliniske spesialister (16,18). Skjemaet besto av: 1. Respondentenes utdannings- og arbeidsstedsbakgrunn, 2. Vedlikehold og utvikling av kompetanse som klinisk spesialist, 3. Faglige og personlige nytteeffekter av utdanningen, og bruk av kompetansen i fagutviklingsarbeid, 4. Muligheter for å vedlikeholde, videreutvikle og bruke kompetansen som klinisk spesialist. Spørsmålene i del 2 ble delt inn i to kategorier: teoretisk orienterte og praktisk orienterte aktiviteter. I del 3 ble fagutviklingsaktiviteter delt inn i tre kategorier: fremme endring av praksis, personalutvikling, og kvalitetsforbedring og forskning. Spørsmålene i del 2, 3 og 4 hadde underspørsmål formulert som påstander. De fleste spørsmålene hadde fem svaralternativer med endepunktene helt enig og helt

TABELL 1: Bakgrunnsdata om respondentene knyttet til utdanning, arbeidsplass og stillingstittel

Vei til godkjenning som klinisk spesialist	n (%)	
Jeg samlet dokumentasjon om praksis, veiledning, kurs, litteratur jeg hadde fra før	268 (35,8 %)	
Jeg planla og gjennomførte mitt eget program	123 (16,4 %)	
Jeg gjennomførte program organisert av arbeidsgiver	313 (41,9 %)	
Ikke besvart spørsmålet	44 (5,9 %)	
Tilleggsutdanning relevant for sykepleie		
Ingen tilleggsutdanning	165 (22,1 %)	
Utdanning før eller etter godkjenning som klinisk spesialist	280 (37,4 %)	
Utdanning både før og etter godkjenning som klinisk spesialist	234 (31,3 %)	
Ikke besvart spørsmålet	69 (9,2 %)	
Stillingstittel ved innsamling av data		
Sykepleier	139 (18,6 %)	
Spesialsykepleier	300 (40,1 %)	
Fagutviklingssykepleier	61 (8,2 %)	
Annen stilling	211 (28,2 %)	
Ikke besvart spørsmålet	37 (4,9 %)	
	Ved godkjenning som klinisk spesialist	Ved utdeling av spørreskjema
Ansettelsessted	n (%)	n (%)
Somatisk sykehus	363 (48,5 %)	311 (41,6 %)
Sykehjem, hjemmetjeneste eller forebyggende helsetjeneste	74 (9,9 %)	76 (10,2 %)
Psykisk helsevern	182 (24,3 %)	169 (22,6 %)
Annet	107 (14,3 %)	167 (22,3 %)
Ikke besvart	22 (2,9 %)	25 (3,3 %)

FIGUR 1: Sykepleiernes begrunnelser for å utdanne seg til klinisk spesialist (N= 713–740)



uenig/svært sjelden og svært ofte. Denne artikkelen behandler data fra delene 1–3 i spørreskjemaet.

Validitet og reliabilitet

Spørreskjemaet ble pilottestet av seks sykepleiere i målgruppen. Pilottesten resulterte i endring og fjerning av noen spørsmål. I prosessen ga faglig ansvarlige representanter for NSF's godkjenningsordning for klinisk spesialist tilbakemelding på spørreskjemaets tematiske områder.

Praktisk gjennomføring

NSF ga tilgang til navn- og adresseregister over godkjente kliniske spesialister. Et datafangstfirma gjennomførte utsending, innsamling og optisk lesing av spørreskjemaene. Skjema ble sendt ut i posten sammen med en frankert svarkonvolutt og informasjonsbrev i november 2009. En purrerunde ble gjennomført i januar 2010.

Etiske overveielser

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Navn- og adresselisten ble brukt for å merke utsendingskonvolutt med navn og adresse, og for å gjennomføre en purrerunde. Forskerne

” Kompetanseutvikling omhandler det yrkesutøveren gjør for å holde seg oppdatert til å møte pasientens, helsevesenets og eget behov for kompetanse.

var ikke i direkte kontakt med personopplysninger. Det ble skrevet databehandlingsavtale mellom NSF og databehandlingsfirmaet.

Statistisk analyse

Statistiske analyser av data ble utført i SPSS versjon 16.01. Det ble gjennomført beskrivende statistikk, Kji Kvadrat test og ANOVA. I artikkelens figurer presenteres spørsmål med fem svaralternativ på følgende måte: i figurene 1, 4 a og b og 5 a, b og c vises søyler der de to beste svaralternativene er sammen slått, samt gjennomsnitt av alle svaralternativene og i figur 3 er de fem svaralternativene grup-

pert i tre verdier. I noen analyser er respondentene gruppert ut fra godkjenningstidspunkt som klinisk spesialist: gruppe 1 (før

2000), gruppe 2 (mellom 2000–2003), gruppe 3 (etter 2003).

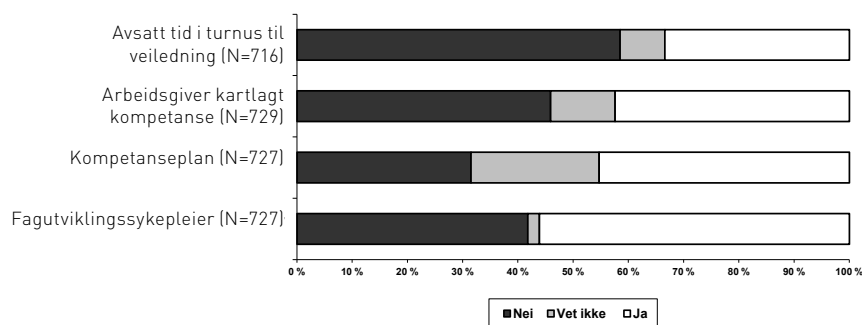
RESULTAT

Demografiske og kontekstuelle data

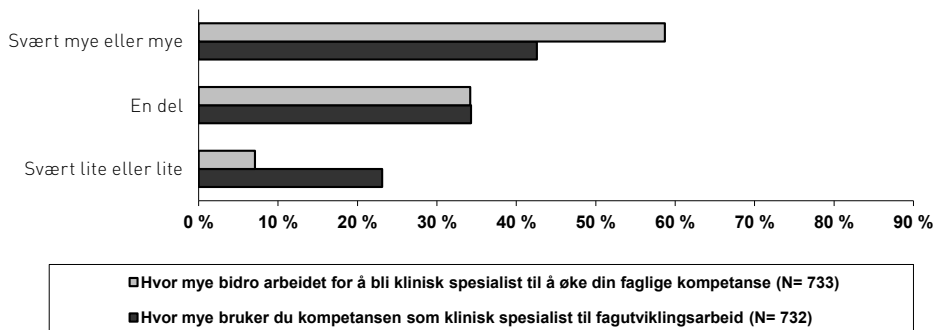
Kjønnsfordelingen var 5,9 prosent (n= 44) menn og 94,1 prosent (n=699) kvinner. Gjennomsnittlig tid som autorisert sykepleier var 24,7 år, (SD= 9,0) og klinisk spesialist i 6,3 år (SD= 3,6). I tabell 1 presenteres data om veien til klinisk spesialist, utdanningsnivå og yrkesbakgrunn.

Tabell 1 viser at en høy andel respondenter hadde tatt annen utdanning relevant for sykepleie. Mange hadde stillingstittel «spe-

FIGUR 2: Kontekstuelle forhold av betydning for kompetanse- og fagutvikling som var til stede i sykepleiernes praksisfelt



FIGUR 3: Opplevelse av faglige effekter av utdanningen til klinisk spesialist



sialsykepleier», mens få hadde stillingstittel «fagutviklingssykepleier». Analyser viste at et mindretall (n=165, 22,9 prosent) hadde fått ny stillingstittel på bakgrunn av godkjenning som klinisk spesialist.

Respondentene kunne velge mellom ti alternativer for hvilket sted de var ansatt ved godkjenning som klinisk spesialist og ved tidspunktet for datainnsamlingen. Før analyse ble svaralternativene kategorisert i fire typer ansettelsessteder. Tabell 1 viser at flest respondenter var ansatt på somatisk sykehus på begge tidspunkter. Analyser viste at et mindretall av respondentene hadde byttet til annen type arbeidsplass eller avdeling siden godkjenningen (n=145, 19,9 prosent).

Tabell 1 viser at flest ble klinisk spesialist gjennom arbeidsgiverorganiserte programmer som klinisk stige. Analyser viste at før år 2000 ble flest godkjent som klinisk spesialist gjennom å samle dokumentasjon, mens fra og med år 2000 ble flest godkjent gjennom å delta i program organisert av arbeidsgiver (Kji Kvadrat test p mindre enn 0,001).

Begrunnelser for å bli klinisk spesialist

Respondentene ble spurt om hvilken betydning ti ulike begrunnelser for å utdanne seg til klinisk spesialist hadde på en fempunkts skala fra 1= ingen betydning til 5= svært stor betydning (Figur 1).

Respondentene la mest vekt

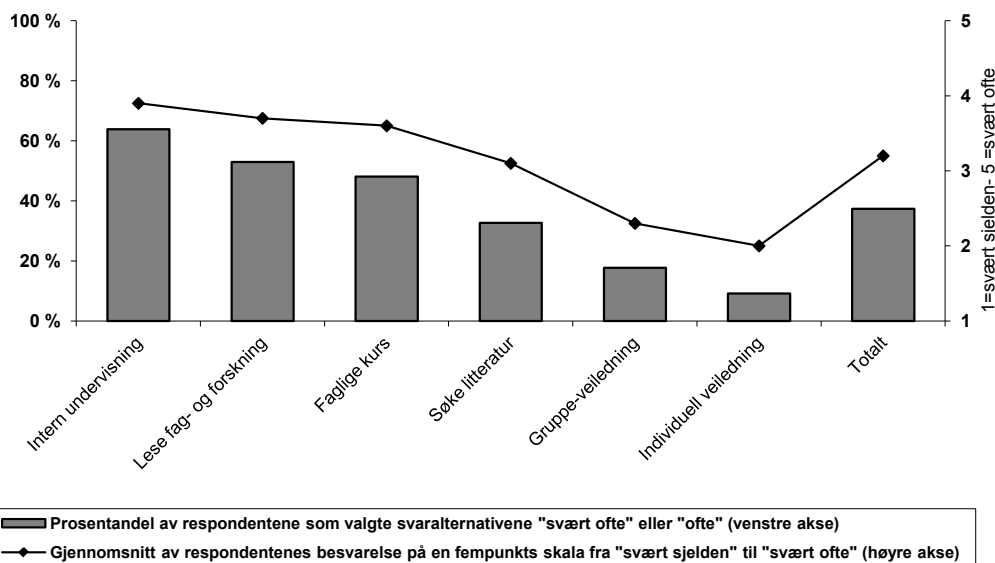
på indre faglige motivasjonsfaktorer. Arbeidsgivers oppfordring hadde relativt lav skår (Figur 1).

Betydning for kompetanse- og fagutvikling

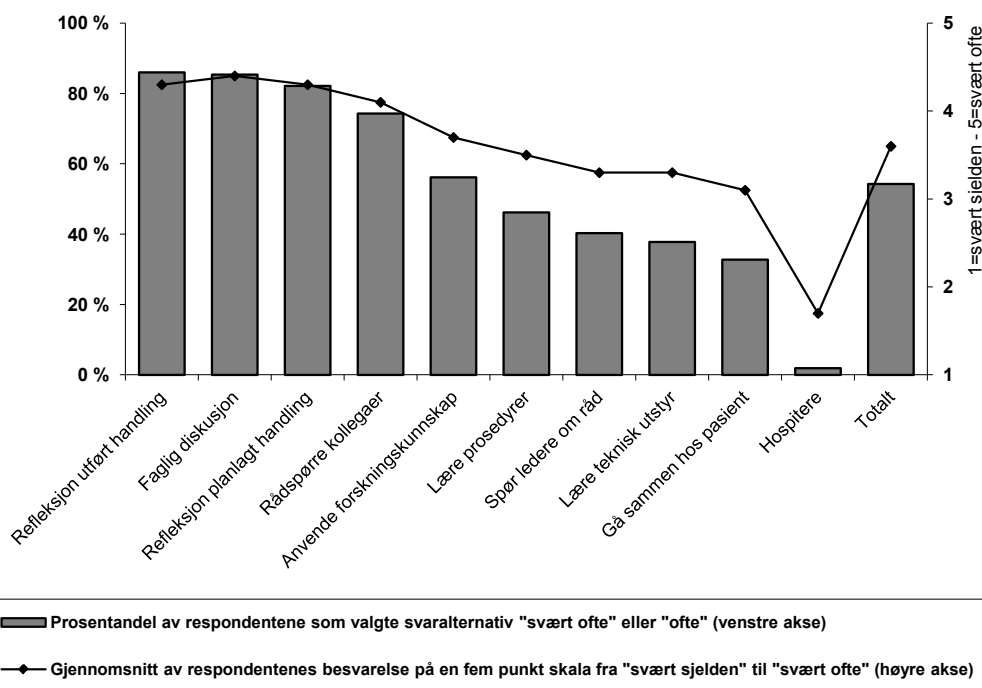
Respondentene svarte på spørsmål om kontekstuelle forhold på arbeidsplassen med betydning for personlig kompetanseutvikling og bruk av kompetanse til fagutvikling (Figur 2).

Figur 2 viser at det var en betydelig andel respondenter som ikke hadde avsatt tid til veiledning og som ikke visste om det forelå kompetanseplan på arbeidsplassen eller om arbeidsgiver hadde kartlagt deres kompetanse. Analysene viste også at 43 prosent (n=305) av respondentene ikke hadde avsatt tid til faglig ajourhold,

FIGUR 4A: Kliniske spesialisters oppfatning av hvor hyppig de engasjerte seg i teoretisk orienterte aktiviteter (N= 723-730)



FIGUR 4B: Kliniske spesialisters oppfatning av hvor hyppig de engasjerte seg i praktisk orientert aktiviteter (N= 711-730)



mens 18 prosent (n=127) hadde avsatt mer enn en dag per måned.

Nytteeffekter av utdanningen til klinisk spesialist

Respondentene ble bedt om å ta stilling til i hvilken grad utdanningen til klinisk spesialist hadde bidratt til deres kompetanseutvikling og til bruk av kompetansen i

og sykepleiere med godkjenning mellom 2004–2007 hadde også signifikant høyere gjennomsnittsskår enn sykepleiere med godkjenning mellom 2000–2003 (ANOVA $p=0,011$). Mellom 88–96 prosent av respondentene var enig i at kompetansen som klinisk spesialist påvirket faglig trygghet, hadde positiv effekt på

” Ønsker om kompetanse og fagutvikling, og om høyere lønn, var respondentenes hovedbegrunnelser for å bli klinisk spesialist.

fagutviklingsarbeid (Figur 3).

Figur 3 viser at flertallet av respondentene mente at arbeidet for å bli klinisk spesialist bidro til å øke deres faglige kompetanse, mens færre rapporterte at de fortsatt brukte kompetansen til fagutviklingsarbeid. De som skåret høyt på at klinisk stige hadde gitt økt kompetanse brukte den også signifikant mer enn sykepleiere som i mindre grad mente de hadde fått økt kompetanse (Kji-kvadrat test p mindre enn 0,000). Godkjenningstidspunkt påvirket ikke rapportert bruk av kompetanse i fagutviklingsarbeid. Sykepleiere som ønsket å bidra til kvalitetsforbedring som en viktig motivasjonsfaktor for å bli klinisk spesialist, opplevde også i signifikant større grad at de økte sin faglige kompetanse i ettertid enn de som skåret lavt på denne motivasjonsfaktoren. Samtidig hadde ikke denne motivasjonsfaktoren betydning for om de brukte sin fagkompetanse i ettertid.

Svært mange (n= 626, 85 prosent) var enig i at de hadde bevart spisskompetansen innenfor området de hadde fordypet seg i. Sykepleiere med godkjenning før 2000 hadde signifikant høyere gjennomsnittsskår enn sykepleiere med godkjenning mellom 2000–2003 (ANOVA $p=0,008$),

fagmiljøet, at de tok flere faglige initiativ, var dyktigere i praktisk sykepleie, ivaretok pasient/pårørende bedre, og var flinkere til å kommunisere med kollegaer og pasienter. Et flertall av respondentene oppga at de var enige i at det var bakgrunnen som klinisk spesialist som bidro til egen utvikling og bruk av kompetansen i fagutvikling, n= 398 (56,2 prosent), mens n=210 (29,7 prosent) var usikre og n=100 (14,1 prosent) mente at deres bakgrunn som klinisk spesialist ikke bidro.

Vedlikehold og videreutvikling av kompetanse

Respondentene ble bedt om å angi hvor ofte de engasjerte seg i 16 ulike aktiviteter for å vedlikeholde og videreutvikle sin faglige kompetanse. Svaralternativene ble kategorisert i teoretisk og praktisk orienterte aktiviteter (Figur 4a og 4b).

Figur 4a viser at veiledning og litteratursøk var av de aktivitetene færrest engasjerte seg i. Analyser viste i tillegg at veiledning var uaktuell på manges arbeidsplass (gruppeveiledning n= 152 (21,0 prosent), individuell veiledning n= 101 (13,9 prosent)). Kliniske spesialister i gruppe 1 var signifikant mer engasjert i teoretisk orienterte aktiviteter enn

sykepleiere i gruppe 2 (ANOVA $p=0,027$).

Praktisk orienterte aktiviteter hadde generelt høyere total gjennomsnittsskår enn teoretisk orienterte aktiviteter (Figur 4a og 4b). Flest respondenter oppfattet at de ofte engasjerte seg i aktiviteter knyttet til refleksjon og faglig diskusjon eller rådføring med kollegaer, mens de sjeldnere konsulterte sine ledere i faglige spørsmål (Figur 4b). Kliniske spesialister i gruppe 2 hadde signifikant høyere skåre enn sykepleiere i gruppe 1 på engasjement i praktisk orienterte aktiviteter (ANOVA $p=0,049$).

Bruk av kompetanse

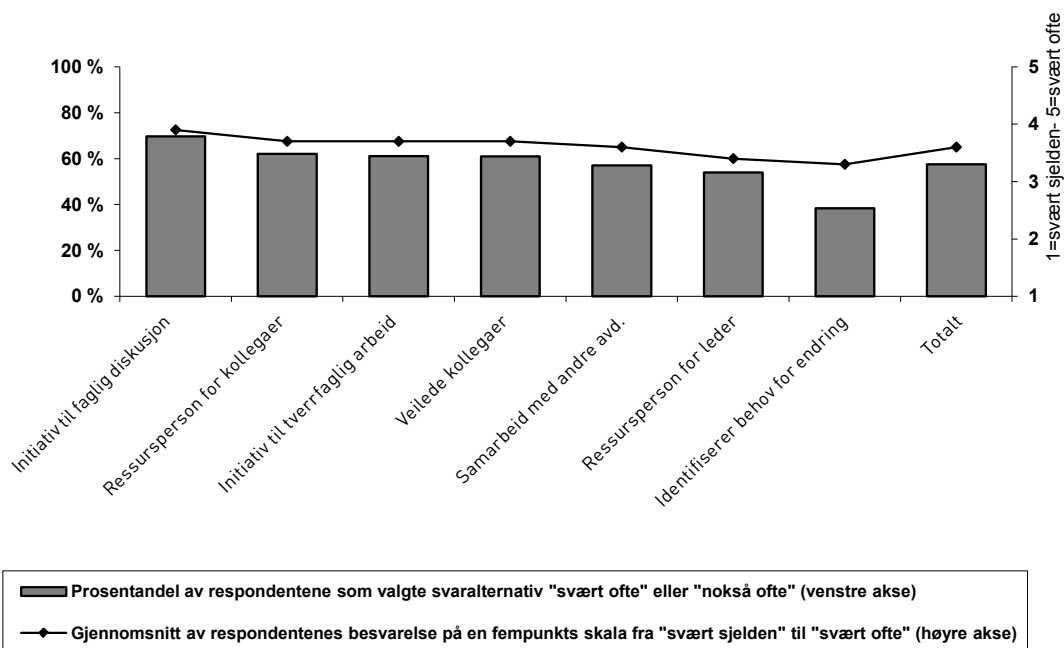
Respondentene fikk også spørsmål om hvor ofte de brukte sin faglige kompetanse til 18 ulike fagutviklingsaktiviteter. Aktivitetene ble tematisk kategorisert i tre typer fagutviklingsaktiviteter (figur 5a, b og c).

Figur 5a viser at respondentene relativt hyppig mente at de brukte kompetansen sin til uformelle aktiviteter, som å ta initiativ til faglig diskusjon, tverrfaglig arbeid, og til å veilede kollegaer. Kliniske spesialister i gruppe 1 oppga at de brukte sin kompetanse til å fremme endring i praksis i signifikant høyere grad enn sykepleiere i gruppe 3 (ANOVA $p=0,049$).

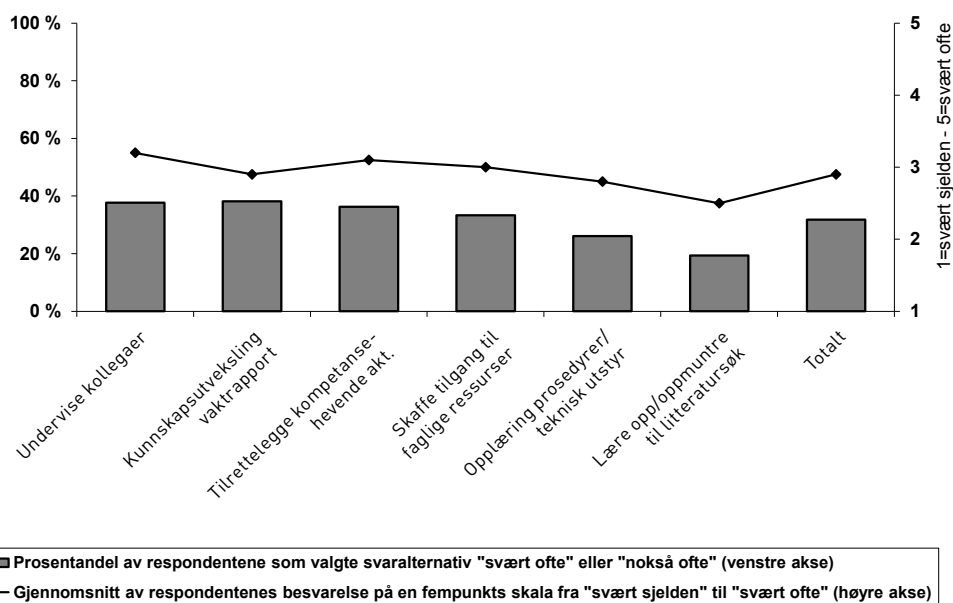
Et mindretall av respondentene oppfattet at de hyppig brukte kompetansen sin til å utvikle sine kollegaers kompetanse gjennom undervisning, opplæring og tilrettelegging for kompetansehevende aktiviteter (Figur 5b).

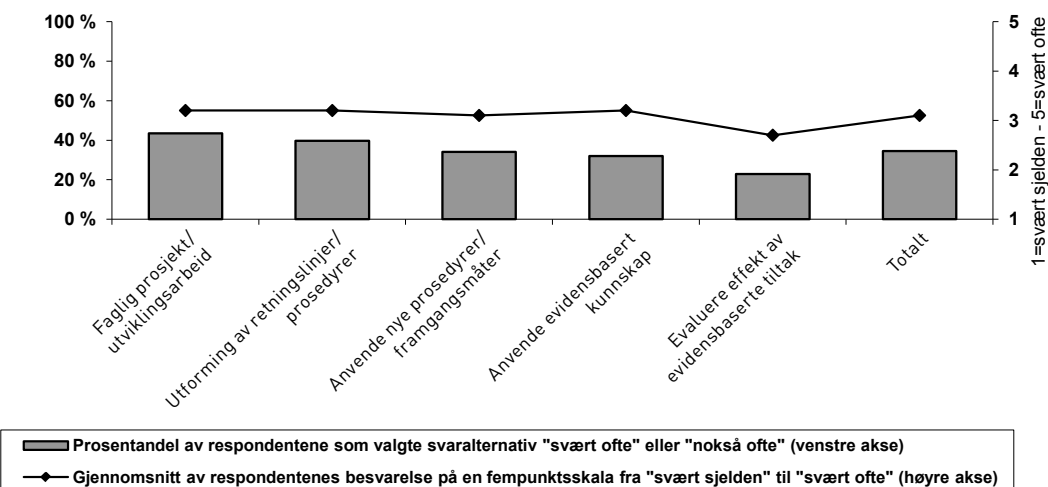
Figur 5c viser at et mindretall av respondentene opplevde at de hyppig brukte kompetansen sin i faglige prosjekter og utviklingsarbeid. De brukte også sjelden evidensbasert kunnskap for å utvikle praksis, og evaluere effekt av slike tiltak. Det var ingen signifikante

FIGUR 5A: Kliniske spesialisters bruk av kompetanse til aktiviteter forbundet med å fremme endring i praksis (N= 713-736)



FIGUR 5B: Kliniske spesialisters bruk av kompetanse til aktiviteter forbundet med personalutvikling (N= 676-732)



FIGUR 5C: Kliniske spesialisters bruk av kompetanse til implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutviklingsarbeid i praksis (N= 698-729)

forskjeller mellom noen grupper når det gjaldt kompetanse brukt til Personalutvikling og Kompetanse til implementering av fag og forskningskunnskap. De som hadde høy skåre på indre motivasjonsfaktorer for å begynne i klinisk stige var ikke signifikant mer aktive i noen av de tre typene fagutviklingsaktiviteter.

DISKUSJON

Ønsker om kompetanse og fagutvikling, og om høyere lønn, var respondentenes hovedbegrunnelser for å bli klinisk spesialist. Mange mente også at utdanningen hadde gitt økt faglig trygghet og spisskompetanse innenfor feltet deres. Denne oppfatningen av individuelle faglige effekter er dermed sammenfallende med tidligere studier på kliniske spesialister (16,18,29). En vedvarende erfaring av spisskompetanse kan tyde på at arbeidet for å bli klinisk spesialist ikke bare ga deltakerne konkret kompetanse, men også redskaper og stimuli til å vedlikeholde kompetansen. Et mindretall opplevde at de i liten grad fikk brukt sin kompetanse på arbeids-

plassen. Hvorvidt kompetanse blir en operativ handlingskompetanse avhenger av yrkesutøverens evne til å vedlikeholde, tilpasse og anvende de delene av kompetansen som er relevant i arbeidssituasjon (5, 6). Bytte av arbeidsplass kan medføre at kompetanse ikke lenger er relevant (4). Funnene viste imidlertid også at de kliniske spesialistene oppfattet at de hadde utviklet generelle faglige og personlige effekter på individnivå, og disse burde potensielt også kunne brukes innenfor andre fagfelt. Ledere har et stort ansvar for styrking og bruk av personalets kompetanse. Tidligere studier har vist at lederne ikke tar dette ansvaret (16,19,24,29). Kliniske spesialister i denne studien rapporterte at de i stor grad vedlikeholdt, videreutviklet og anvendte sin kompetanse gjennom uformelle aktiviteter i klinisk praksis, og i mindre grad gjennom mer formelle og teoretisk orienterte aktiviteter som krever mer tilrettelegging fra arbeidsgiver.

Respondenter godkjent før år 2000, skilte seg fra de andre ved at de i større grad opplevde at de

fortsatt hadde spisskompetanse, og de engasjerte seg oftere i teoretisk orienterte aktiviteter og i aktiviteter knyttet til å fremme og endre praksis. Flertallet av disse respondentene ble kliniske spesialister på eget initiativ. Drivkraften til å oppdatere og bruke spisskompetansen i andre aktiviteter enn de som finner sted i daglig praksis kan derfor være større enn hos respondenter som ble kliniske spesialister gjennom et program organisert av arbeidsgiver. Et forbehold om denne tolkningen må tas da denne gruppen sykepleiere ikke oppga at de brukte kompetansen mer enn andre sykepleiere. Læring gjennom deltakelse i praksis er en viktig måte å lære på (6,28,30,31). Samtidig er teoretisk kunnskap og refleksjon essensielt for å utvikle personlig kompetanse som kan føre faget framover (5,8). Systematisk veiledning framheves som en viktig kilde til bevisstgjøring og refleksjon, både av deltakere i kliniske stiger (16,17) og av sykepleiere generelt (32-34), men formalisert veiledning var en av læringsformene respondentene hadde minst

tilgang til. Refleksjon kan selvsagt skje i konkrete situasjoner som krever overveieelse, men muligheten til å få tilbakemelding på seg selv som fagperson er mindre ved ad hoc refleksjon i praksis enn i en formell veiledningssituasjon. For å kunne se sin praksis og sine handlinger i nytt lys fordrer intensjonell refleksjon i større grad distanse til den konkrete situasjonen (5,15).

En fjerdedel av respondentene søkte sjelden etter litteratur i databaser. Tilsvarende brukte de relativt sjelden sin kompetanse til implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutvikling i praksis. Hurtige endringer i helsevesenet og krav om forsknings- og evidensbasert praksis fordrer at sykepleierne holder seg oppdatert i eget felt (12,35,36). Kliniske spesialister er i en særstilling i forhold til sykepleiere generelt, fordi de skal være eksperter innenfor et avgrenset felt i praksis. Når de i liten grad søker etter litteratur mister de en viktig mulighet til oppdatering, og til å vurdere om litteraturen og retningslinjene på arbeidsplassen faktisk er nyeste viten på området. Dette kan sees i sammenheng med at et flertall av sykepleierne hadde mindre enn én dag per måned til faglig ajourhold og fordypning. For å utvikle kompetanse til å lese, vurdere fag- og forskningskunnskap, og for å kunne bruke kunnskapen aktivt i praksis, er tid, tilgjengelighet og muligheter essensielt (23,37,38). Kliniske spesialister (29) og sykepleiere (39) har hevdet at kompetansetid i turnus var betydningsfullt for muligheten til å fordype seg i teoretisk kunnskap. Uten avsatt tid til faglig ajourhold må disse oppgavene enten skje imellom alle de andre oppgavene i praksis, eller på fritiden. Det blir dermed ikke en systematisk aktivitet, men en aktivitet som i stor grad avhenger av den enkeltes

kapasitet og indre motivasjon.

Etter år 2000 var det en økende andel sykepleiere som ble klinisk spesialist gjennom program organisert av arbeidsgiver. Det kan tyde på at klinisk stige har vært et tiltak som institusjonene satset på. Samtidig hadde under halvparten av de kliniske spesialistene fått kartlagt sin kompetanse av arbeidsgiver og like få hadde en kompetanseplan på arbeidsplassen. I tråd med

” Et flertall av sykepleierne hadde mindre enn én dag per måned til faglig ajourhold og fordypning.

annen forskning kan dette tyde på at arbeidsgivere har liten oppmerksomhet på spesialkompetansen til kliniske spesialister og i liten grad gjør bruk av denne (16,19,24,40). Ytre faktorer som arbeidsplassens målsettinger og ideologier har betydning for utvikling og bruk av kompetanse (6), og lederen er svært sentral (4,9,24,41). Ledelsens ansvar for forvaltning av kompetanse og kontinuerlig kartlegging av arbeidsplassens kompetansebehov, samt utarbeiding av mål- og behovsorienterte kompetanse- og læringsplaner, understrekes i offentlige dokumenter (12,42). Klinisk stige gir arbeidsgiver mulighet til å påvirke hvilket område sykepleieren skal fordype seg i (42). Arbeidsgiver har dermed mulighet til å få skreddersydd kompetanse ut fra arbeidsplassens behov. Ifølge Manley og McCormack (43) kan arbeidsgiverstyrte kompetanseprogram føre til enkeltstående «tekniske fagutviklingstiltak» dersom ikke kompetansen til de ansatte sees som ledd i en større utviklingsplan. For at kompetanseutviklingsprogram skal gi nytteeffekter for individ, organisasjon og fag er det nødvendig med klare organisatoriske mål og evaluering av resultat (44).

Metodiske overveielser

Svarprosenten viser at det var stor interesse for studien. Funnene har gitt detaljert informasjon om i hvilken grad de kliniske spesialistene utviklet og anvendte sin kompetanse på arbeidsplassen. Det var imidlertid utfordrende å tolke om variasjonene var naturlige, eller om de representerte et gap i forhold til en ideell situasjon. Spørreskjemaundersøkelser har

begrensninger som informasjonskilde da de er basert på selvrapportering. Spørsmål kan misforstås og respondenters uttrykte oppfatninger er ikke alltid i tråd med reelle følelser og handlinger.

KONKLUSJON

Respondentene erfarte i stor grad at de fortsatt hadde spisskompetanse som klinisk spesialist, og relativt mange erfarte at de fortsatt brukte kompetansen sin. Vedlikehold, videreutvikling og bruk av kompetanse skjedde i all hovedsak gjennom uformelle aktiviteter i klinisk praksis. En forutsetning for at arbeidstakerens kompetanse skal bli brukt er et overordnet fokus på kompetanse- og fagutvikling på arbeidsplassen. Kartlegging av kompetansen på arbeidsplassen, og av hvilke områder det er behov for kompetanseøkning, er essensielt. For at kliniske spesialisters kompetanse skal kunne møte arbeidsplassens behov er det nødvendig med tett samarbeid mellom leder og sykepleier i valg av spesialiseringsområde og planlagt bruk av kompetansen. Kontekstuelle forhold var lite tilrettelagt og dette kan tyde på en manglende bevissthet om og strategisk tenkning rundt forvalt-

ning av personalets kompetanse. Studien har avdekket at det er behov for å få mer kunnskap om hvordan arbeidsgiver og nærmeste leder konkret følger opp og bruker de kliniske spesialistenes kompetanse.

REFERANSER

1. Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 25. april 2008.
2. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer. Revidert 18. desember 2007.
3. Lovdata. Lov om helsepersonell 2. juli 1999; nr. 4 [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 03.01.2013).
4. Englund C. Kompetenceudvikling. I: Bydam J. (red). Organisering og ledelse af sygeplejen. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København. 2003 (s 78–91).
5. Kirkevold M. Vitenskap for Praksis? Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 1996.
6. Nygren P. Handlingskompetanse, – om Profesjonelle Personer. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 2004.
7. Bjørk IT, Tørstad S, Hansen BS, Samdal GB. Estimating the cost of professional development activities in health organizations. *Nurs Econ*. 2009; 27: 239–44.
8. Gustavsen C, Fagerberg I. Reflection, the way to professional development? *J Clin Nurs*. 2004;13: 271–80.
9. Naustdal AG. Kompetanseutvikling under press– erfaringer til sjukepleieleiarar etter omorganisering av sjukehusa. *Sykepleien Forskning*. 2010;4:286–92.
10. Norsk Sykepleierforbund. Klinisk spesialist i sykepleie eller spesielsykepleie. Basert på praksisnær etter- og videreutdanning. Norsk Sykepleierforbunds godkjenningsordning. Upublisert materiale. Norsk Sykepleierforbund, Oslo. 2005.
11. Ryan J. Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. *Nurs Educ Today*. 2003;23:498–508.
12. Helse og omsorgsdepartementet. St.prp. nr. 1. Nasjonal helseplan [2007–2010]. Kapittel 6. 2006–7.
13. Helse og omsorgsdepartementet. St.meld. 16. Nasjonal helseplan [2011–2015]. 2010–11.
14. Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*. 2000;320:432–35.
15. Gjerberg E, Amble N. »Train the trainer«–refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgssektoren. *Sykepleien Forskning*. 2011;2:134–41.
16. Kvamme E, Bjerke P. Kliniske spesialister. En kartlegging. Defacto Kunnskaps-senter for fagorganiserte, Oslo. 2003.
17. Andersen H. Klinisk stige. Et program for kompetanseheving og anerkjennelse av sykepleiere i klinisk praksis. Diatext, Oslo. 1997.
18. Bjørk IT, Hansen BS, Samdal GB, Tørstad S, Hamilton GA. Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *J Nurs Scholarship*. 2007;39: 88–94.
19. Samdal GB. Kompetanseprogrammet klinisk stige som virkemiddel for strategisk kompetanseutvikling. Masteroppgave. Seksjon for sykepleievitenskap, Medisinsk fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen. 2004.
20. Garbett R, McCormack B. A concept analysis of practice development. *J Res Nurs*. 2002;7(2): 87–100.
21. Bjørk IT, Solhaug M. Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok. Akribe, Oslo. 2008.
22. McSherry R, Warr J. Practice development: confirming the existence of a knowledge and evidence base. *Pract DevHealth Care*. 2006;5: 55–79.
23. Granum V, Solvoll B-A. Sykepleieren – den forskende praktiker. Tano Aschehoug, Oslo 2006.
24. Tørstad S, Bjørk IT. Nurse leaders' views on clinical ladders as a strategy in professional development. *J Nurs Manage*. 2007;15:817–24.
25. Korman C, Eliades AB. Evaluation through research of a three-track career ladder program for registered nurses. *JNSD*. 2010; 26(6): 260–6.
26. Nelson JM, Cook PF. Evaluation of a career ladder program in an ambulatory care environment. *Nurs Econ*. 2008;26(6): 353–60.
27. Riley JK, Rolband DH. Clinical ladder: Nurses' perceptions and satisfiers. *J Nurs Adm*. 2009; 39(4): 182–8.
28. Eraut M. Developing professional knowledge and competence. The Falmer Press, London. 1994.
29. Tradin IM. Klinisk spesialist- en ressurs i intensivavdelingen? Masteroppgave, Institutt for sykepleievitenskap og Helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo 2007.
30. Hunter CL, Spence K, McKenna K, ledema R. Learning how we learn: an ethnographic study in a neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2008;62:657–64.
31. Ferguson LM. From the perspective of new nurses: what do effective mentors look like in practice? *Nurse Educ Pract*. 2011;11:119–23.
32. Thidemann IJ. Vi bare tar oss av hverandre. *Sykepleien*. 2002;90 (19): 42–6.
33. Ryan A, Goldberg L, Evans J. Wise women: mentoring as relational learning in perinatal nursing practice. *J Clin Nurs*. 2010;19:183–91.
34. Forneris SG, Peden-McAlpine C. Creating context for critical thinking in practice: the role of the preceptor. *J Adv Nurs*. 2009;65:1715–24.
35. Christensen B, Carlsen TC, Jensen K. Fagutviklingsykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*. 2009;4:100–6.
36. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus. *Sykepleien Forskning*. 2011;6:160–67.
37. Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *J Adv Nurs*. 2009; 65:371–81.
38. Gerrish K, McDonnell A, Nolan M, Guillaume L, Kirshbaum M, Tod A. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *J Adv Nurs*. 2011;67:2004–14.
39. Fagerjord B. Fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis. Masteroppgave. Institutt for klinisk medisin, Medisinsk fakultet, Universitetet i Tromsø, Tromsø. 2009.
40. Solli H. Nyutdannete sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien Forskning*. 2009;1:52–60.
41. Lai L. Strategisk kompetansestyring. 2.utg. Fagbokforlaget, Oslo. 2004.
42. Norsk Sykepleierforbund. Klinisk spesialist i sykepleie. Godkjenningsordning. Upublisert materiale. Norsk Sykepleierforbund, Oslo. 2004.
43. Manley K, McCormack B. Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nurs Crit Care*. 2003; 8:22–29.
44. Ellis L, Nolan M. Illuminating continuing professional education: unpacking the black box. *Int J Nurs Stud*. 2005; 42:97–106.