

Hva tilfører denne artikkelen?

Arbeidsgivere forventer at nyutdannede sykepleiere skal fungere optimalt i jobb fra dag en, men studien viser at dette er urealistisk.

Mer om forfatteren:

Hilde Solli, Høgskolelektor, Institutt for helsefag, Høgskolen i Telemark, Porsgrunn.

Kontaktperson: hilde.solli@hit.no

Dobbeltpublisering:

Artikkelen har tidligere vært publisert i Klinisk Sykepleie nr. 3, 2008, s. 4-13.



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: Overgangen fra student til nyutdannet sykepleier blir av mange beskrevet som et realitetssjokk og 35–60 prosent av disse skifter arbeidsplass allerede i løpet av det første året.

Hensikt: Hensikten med studien er å få kunnskap om nyutdannede sykepleiere utvikler sin handlingsberedskap til handlingskompetanse innenfor den administrative-, veiledende/undervisende- og forskning/fagutviklende funksjon i løpet av de første fem år etter endt utdanning. Det undersøkes også om sykepleierne opplever at arbeidsgiver legger forhold-ene til rette for kompetanseheving.

Metode: Studiens design er beskrivende og utforskende med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Fokusgruppeintervju er benyttet som metode.

Funn: Funnene viser at nyutdannede sykepleiere kan sies å ha oppnådd handlingskompetanse i den administrative sykepleiefunksjonen etter nærmere tre år, men at arbeidsgivere forventer denne kompetansen allerede ved nyansettelse. Handlingskompetansen innen funksjonene veiledning/undervisning og fagutvikling/forskning har i liten grad vært gjenstand for utvikling. Organisert veiledning av sykepleierne viser seg å være tilstede i ulik grad og er

avhengig av arbeidsgiver.

Studien viser at nyutdannede sykepleiere bare har oppnådd handlingskompetanse innenfor den administrative sykepleiefunksjonen i løpet av fem år. Innenfor funksjonene veiledning/undervisning og fagutvikling/forskning mangler de organisert støtte og veiledning fra arbeidsgiverne, slik at handlingsberedskapen de hadde ved utdanningens slutt, ikke er nevneverdig utviklet i løpet av fem år.

>> Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse

Forfatter: **Hilde Solli**

Nøkkelord:

- Administrasjon
- Sykepleier
- Veiledning
- Fokusgruppeintervju

BAKGRUNN

Overgangen fra student til nyutdannet sykepleier blir av mange beskrevet som et realitetssjokk. Travelhet, stort ansvar for pasienter, personalkonflikter, daglig ledelse og organisering av avdelingen oppleves som skremmende og overveldende (1-4). Forskning viser at 35–60 prosent av de nyutdannede sykepleierne skifter arbeidsplass allerede i løpet av det første året. Noe av årsaken viser seg å være opplevelsen av at teamjobbing er tungt, vanskeligheter med å organisere arbeidet og å kunne se pasientens familie som ansvar og ressurs, samt dårlige utviklingsmuligheter på grunn av ressursmangel (3-5). Thidemann (4) beskriver at nyutdannede sykepleiere fikk minimal opplæring ved ansettelse, stort sett bare to til fem «bli-kjent-vakter» og 25 prosent hadde ingen opplæring. 85 prosent av disse informantene oppga at erfarne kolleger og

godt arbeidsmiljø var de viktigste faktorene for læring og kompetanseutvikling i de første tre årene etter avsluttet utdanning. Nedd m.fl. (6) fremhever at forutsetninger for at arbeidstakeren skal ha et arbeidsmiljø som stimulerer til praktisk og teoretisk kompetanseheving, er at det er tilgang på informasjon, støtte, oppmuntring, tilstrekkelige ressurser for å kunne utføre jobben og mulighet til vekst og utvikling. Arbeidstakerne som ikke har slike forutsetninger vil kunne oppleve utbrenthet og makteløshet, noe som hindrer vekst og utvikling.

For å kunne imøtekomme behovet for kompetanseheving har det i løpet av de seinere år blitt igangsatt systematiske kompetansehevingsprogrammer for sykepleiere både i Norge og andre steder. Etterutdanningsprogrammene er institusjonelle og kommer ikke inn under universitetenes og høyskolenes gradsstruktur (7-9). Norsk forskning viser at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten som fullfører programmet, er misfornøyde med organiseringen og ledernes engasjement i kompetansehevingen, men at de forblir lenger i jobben sin (10).

Med bakgrunn i kunnskap om nyutdannede sykepleieres

møte med arbeidslivet og deres behov for videre opplæring underveis i yrkeslivet, tar prosjektet utgangspunkt i «Rammeplan for sykepleierutdanningen» (11-13). Planene beskriver nyutdannede sykepleieres behov for kompetanseutvikling innen sykepleiefunksjonene: administrasjon, veiledning/undervisning og forskning/fagutvikling (FoU), og arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om nyutdannede sykepleieres opplevelse og vurderinger av egen mestring i forhold til arbeidslivets krav til fungeringsnivå innen ovennevnte funksjoner. Videre ønskes det innsikt i sykepleiernes erfaringer med arbeidsgivers oppfølging av deres behov for kompetanseheving i de første fem år etter avsluttet utdanning.

TEORETISK RAMME

Handlingsberedskap og handlingskompetanse

Gjennom flere rammeplaner for sykepleierutdanningen går det fram at det ikke kan forventes at den nyutdannede sykepleier skal ha fullt utviklet kompetanse innen alle områder etter avsluttet utdanning (11-13). Rammeplan av 1992 (11) sier at sykepleieren skal ha generelle og grunnleggende kunnskaper, og

at spesialkunnskaper må være en «kontinuerlig opplæring i arbeidssituasjonen» (s.2) samt at sykepleierens lederskapsfunksjoner er et område hvor «studentene oppnår et handlingspotensial som utvikles til dyktighet gjennom erfaring og praksis» (s.13).

Rammeplan av 2000 og 2004 (12,13) konkretiserer kompetansekravet for nyutdannede sykepleiere. Begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap beskriver hvilken forventning arbeidsgiverne skal ha til nyutdannede sykepleieres fundering.

Handlingskompetansen knyttes til områdene hvor utdanningen gis ansvar for at nyutdannede sykepleiere kan fungere selvstendig, spesielt i forhold til ivaretagelse av grunnleggende sykepleiefunksjoner til pasienter og pårørende. Det innebærer å kunne planlegge og evaluere eget arbeid, samt kunne administrere sykepleie til en eller flere pasienter. Innenfor undervisning og veiledning skal sykepleieren kunne utføre dette innen sitt fagområde ut fra situasjonsbestemte problemer og behov. Fag- og kvalitetsutvikling skal ivaretas ved dokumentasjon

å utføre bestemte oppgaver som hører til profesjonen. I uttrykket «mestring av oppgave» ligger det en forståelse av at dette innebærer å mestre oppgaver i en gitt situasjon i forhold til spesielle krav, som på forhånd er tillagt fagfeltet. Slike krav kan være prosedyrer, kvalitetskrav, etiske standarder og så videre. Dette er kvalifikasjoner som går på personens indre ressurser, mens begrepet «å ha myndighet» leder videre til ytre ressurser. I enhver arbeidsprosess er det avgjørende med en viss grad av myndighet over ressurser og arbeidsforhold som personalressurser, tid, teknologi og så videre, som dermed vil kunne sette personen i stand til å sette kvalifikasjoner og arbeidskapasitet ut i praksis. Når de indre og ytre vilkårene er til stede for utøvelse av arbeidsoppgavene, vil legitimiteten eller anerkjennelsen fra øvrige kolleger være viktige for å kunne få gjennomslagskraft.

Begrepet handlingsberedskap, blir i Rammeplan for sykepleierutdanningen (12,13) beskrevet som at sykepleieren mangler tilstrekkelig arbeids erfaring og mer spesialisert opplæring for å kunne handle selvstendig. Arbeidsgiver kan

lede grupper av pasienter og medarbeidere, forskning og fagutvikling (FoU), samt utførelse av avanserte sykepleieroppgaver. Det kan ikke forventes at nyutdannede sykepleiere skal kunne lede og administrere sykepleie til mer enn enkelt-pasienter og deres pårørende. Også innenfor undervisning og veiledning av medarbeidere og studenter vil det kreves at den nyutdannede får mer kunnskap og veiledning for å kunne bli en kompetent endringsagent. Beredskapen innenfor FoU innebærer at sykepleieren har behov for EVU innen disse områdene. Arbeidsgiveren bør tilrettelegge for systematisk deltagelse i klinisk utviklingsarbeid og/eller klinisk forskning for at beredskapen skal utvikles til handlingskompetanse(12,13).

Den formelle kompetansen nyutdannede sykepleiere har ved avsluttet utdanning danner grunnlaget for utvikling av den profesjonelle handlingskompetansen hver enkelt vil utvikle i møte med kravene på den fremtidige arbeidsplassen. Det er i møte med den profesjonelle, kontekstspesifikke praksiskulturen at yrkesutøveren kan ta del i refleksjoner som er relatert til handlingskonteksten, og dermed utgjøre en form for situert læring (14).

” Gjennom det første året gir sykepleierne på somatisk avdeling tilbakemelding om stor frustrasjon i forhold til å mestre de administrative oppgavene

og vurderinger ut fra lover og forskrifter (12,13).

Nygren (14) sier at profesjonell handlingskompetanse innbefatter å kunne mestre forskriftsmessige profesjonsoppgaver, å ha myndighet til å ta beslutninger og ha legitimitet til

bare forvente at den nyutdannede sykepleier tar selvstendig ansvar etter at det har blitt tilrettelagt for opplæring, etter- og videreutdanning (EVU). Beredskap omfatter undervisning og veiledning til studenter og medarbeidere, administrere og

Kompetanseutvikling

Utvikling av sykepleierens handlingsberedskap frem til handlingskompetanse vil gå gjennom ulike nivåer i tiden etter avsluttet utdanning. Benner (15) har utviklet teorien «Fra novise til ekspert» med fem utviklingsstrinn innen klinisk sykepleie. Utviklingsstrinnene karakteriseres slik: Novisen har lite erfaring i å bygge på og vil være avhengig av regler og prosedyrer for å

kunne utføre ferdigheter på en tilfredsstillende måte. Bundet-heten innskrenker muligheten til å kunne reflektere over og prioritere situasjonsbestemte oppgaver. Enhver som begynner på et nytt sted må gjennomgå novisettrinnet for en kortere eller lengre periode.

- **Avansert nybegynner** vil gjenkjenne tilbakevendende faktorer som meningsfulle etter hvert som man utfører oppgaver og er i situasjoner gjentatte ganger. Fremdeles er man avhengig av retningslinjer og veiledning for å kunne prioritere det viktigste i de situasjonene man er i.

- **Kompetent utøver** kan man være når man har arbeidet med noenlunde det samme området i to–tre år. Sykepleieren kan planlegge mål og tiltak frem i tid og begrunne dette ut fra en bevisst, abstrakt og analytisk vurdering av situasjonen eller problemet. Personen kan også i større grad enn tidligere lede de mer eller mindre forutsigbare omstendigheter som oppstår og har opparbeidet seg en mer effektiv arbeidsmetode enn tidligere.

- **Kyndig utøver** er ikke noe særlig bundet av spesifikke teorier eller regler, men ser helheten i situasjonen og kan raskt fokusere på det viktigste og ta beslutninger ut fra en nyansert og helhetlig forståelse. Erfaringer fra tidligere gjør at en vet hva som er forventet forløp, og raskt kan se og forstå når forløpet avviker fra det normale. Intuisjon og antagelser vil være med på å styre observasjoner og handlinger før de synlige tegnene kan vise seg hos pasienten. Kyndigheten i praksis utvikler seg gjerne hos sykepleiere som har

hatt omtrent den samme jobben i tre–fem år.

- **Eksperten** har en dyp, intuitiv, forståelse av situasjonen, slik at passende tiltak raskt kan velges. Stor erfaringsbakgrunn gjør at sykepleieren er selvstendig, rask og sikker på sin vurdering. Det tar omtrent fem år med analytisk jobbing innenfor samme område for å fungere på ekspertnivå.

DESIGN OG METODE

Designet er utforskende og beskrivende med en hermeneutisk tilnærming (16). Det benyttes kvalitativ metode og strategisk utvalg av informanter.

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode, siden informanter og tidligere lærer hadde en naturlig relasjon til hverandre etter å ha vært sammen i refleksjonsgruppe gjennom tre praksisperioder i andre og tredje studieår i sykepleierutdanningen. Brandth (17) hevder at det er viktig at det skapes et godt klima i gruppen med en aksepterende atmosfære, og at det utvikles et tillitsforhold til forskeren. Metoden åpner for å få mangfoldige data som utvikles, vurderes og settes under diskusjon gjennom samspelet i gruppen. «Den spontane samhandlingen som oppstår blant gruppedeltakere, produserer inn-sikt som sjelden eller aldri kan oppnås gjennom andre metoder», sier Brandth (17).

Delvis strukturert intervjuguide ble utarbeidet etter inspirasjon fra nivåene i teorien «fra novise til ekspert» (15). Som eksempel kan nevnes at ekspertkompetansen kjennetegnes ved at sykepleieren anvender intensjon og analyse som medvirkende i sin forståelse av situasjonen. Aktuelle spørsmål knyttet til dette var: «Hva legger dere i intuisjon, og i hvil-

ken grad er dette noe som dere benytter i det daglige arbeidet med pasientene?» Og: I hvilken grad benytter/gir dere rom for refleksjon etter at dere har utført jobben deres?»

Første året var fokusgruppeintervjuene relatert til begrepet «novise» med temaene: Møte med sykepleieryrket, yrkeskompetanse, tilbakeblikk på utdanning, praksis og kontakt med tidligere medstudenter. Fokusgruppeintervju etter to år, relatert til begrepet «avansert nybegynner», hadde samme tema som første år. Etter tre år var fokusgruppeintervjuet knyttet til «kompetent utøver» med temaene: arbeidsopplevelse, arbeidsmestring, ansvar, veiledning/oppfølging i praksis. Fokusgruppeintervjuet etter fire år var tilknyttet begrepet «kyndig utøver» med fokus på: arbeidsoppgaver, arbeidsmestring, personlig/formell kompetanseutvikling. Det siste fokusgruppeintervjuet etter fem år var knyttet til «ekspert»: helhetsforståelse, arbeidsoppgaver, arbeidsmestring, personlig/formell kompetanseutvikling.

Utvalg

Som lærer på grunnutdanning i sykepleie hadde jeg praksisoppfølging og refleksjonsgruppesamlinger med en gruppe på syv studenter gjennom tre praksisperioder. Da studentene ble uteksaminert sommeren 2001, ønsket seks av dem å fortsette med refleksjonssamlinger. Disse seks sykepleierne ble inkludert i studien. I tiden studien varte jobbet sykepleierne slik:

- Fem år kommunehelsetjeneste – hjemmetjeneste
- Fem år i spesialisthelsetjenesten – psykiatri (to svangerskapspermisjoner)

- Fire og et halvt år i spesialisthelsetjenesten – medisin deretter et halvt år privat psykiatrisk institusjon
- Fire år kommunehelsetjenesten – pleiehjem, sluttet så å arbeide som sykepleier og ble derfor ikke invitert til siste fokusgruppeintervju
- Ett år spesialisthelsetjenesten – kirurgi, fire år operasjonsavdeling (inkludert ett og et halvt år videreutdanning i operasjons-sykepleie)
- Ett år spesialisthelsetjeneste – kirurgi og fire år kommunehelsetjeneste – legevakt (en svanekapspermisjon).

Gjennomføring

Prosjektet var etterspurt av informantene og basert på frivillighet. I utgangspunktet var det enighet om å ha kontakt i to år. Etter to år ønsket informantene å utvide med tre år, slik at prosjektperioden ble på fem år og avsluttet sommeren 2006.

I forkant av hver fokusgruppe tok forskeren initiativ til møtedato. Første år var det to fokusgruppeintervjuer hvorav tre og fire informanter møtte. Andre året møtte fire av seks informanter, tredje året fem av seks, fjerde året kom seks av seks, og det femte året møtte fem av fem informanter til intervju.

Analysemetode

Som analysemetode benyttes nivåene: meningsfortetning, meningskategorisering, menings-tolkning og ad hoc meningsgenerering (18). Meningen ble kategorisert etter Benners kompetansenivåer (15). Tolkning av beredskap kontra kompetanse er gjort ut fra Nygrens beskrivelse (14) og rammeplanenes beskrivelse (12,13). Ad hoc meningsgenerering, som kvantifisering av fenomen og utdypende tolkning,

har blitt brukt der mening og sammenhenger ikke har fremkommet klart ved gjennomlesning av intervjuene.

Forskningsmessige overveielser

Prosjektet startet opp etter ønske fra informantene og skriftlig samtykkeskjema ble derfor ikke benyttet. Det var enighet om at alle hadde taushetsplikt i forhold til opplysninger som fremkom i gruppen, og det ble innhentet muntlig samtykke til å kunne bruke data i utarbeidelse av et skriftlig arbeide. Informantene ble gjort kjent med at de når som helst kunne trekke seg, at dataene ville bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Da prosjektet, etter ønske fra informantene, ble utvidet til fem år ble det innhentet tillatelse fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste til innsamling og registrering av data.

Begrepet «kontekst» kan forstås på to plan; området for det som er tema for forskningen, for eksempel helsevesenet, og stedet hvor intervjuene foregår. Sykepleierne hadde fått jobber innenfor offentlig sektor i helsevesenet, fordelt på spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Sykepleierrollen var derfor felles kontekst og målet for forskerspørsmålene. For å kunne analysere data er det en forutsetning for forskeren at konteksten er kjent (17). Både helsevesenet og sykepleierrollen var kjent for forsker gjennom flere år som sykepleier/spesialsykepleier i spesialisthelsetjenesten og flere år som lærere for sykepleiestudenter med praksis i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Forskeren hadde derfor mulighet til å ta informantenes perspektiv og stille utfyllende spørsmål underveis.

I metodelitteratur (16,19) anbefales det å bruke lydopptak, slik at det skal være mulig å kunne gå tilbake til opptaket i tilfelle de nedskrevne data skulle vise seg å være mangelfulle. Fokusgruppeintervjuer uten lydopptak beskrives også som en mulighet der forskeren er rask til å notere (19). Forskeren besluttet derimot å utelate bruk av lydopptak, men var forberedt på å kunne ta dette i bruk hvis det skulle vise seg påkrevd. En fortløpende vurdering etter hvert intervju resulterte i en avgjørelse om at notatene syntes å være tilstrekkelig dekkende.

FUNN

Handlingskompetanse

Administrasjon og ledelse. Det første året var preget av stress og følelsen av ikke å strekke til, spesielt knyttet til somatisk spesialisthelsetjeneste. En informant uttrykte: «Det er begrenset hvor mye en kan ha i hodet på en gang! Det kommer nye pasienter og pasienter fra intensivavdelingen som du får rapport på, den ene etter den andre i så tett rekkefølge at du rekker ikke å få hilst på pasienten, få han inn på et rom eller ordne papirene. Tilslutt vet du ikke hvem pasienten var, hvor han ligger eller hvilke papirer som hører til hvem!»

I begynnelsen var det redsel for å være alene om ikke å mestre oppgavene som hindret informanten i å dele problemet med kollegene. Arbeidspresset var så stort at flere informanter våknet om natten og måtte ringe til avdelingen for å fortelle ting de hadde glemt. En informant sa etter fire måneder: «Det er grusomt, jeg gruer meg til hver dag! Det er altfor mye å gjøre, for mye som skjer på en gang. Jeg vil bare være 'Kari' jeg, ikke si at jeg er sykepleier engang, det blir

så alvorlig!» Etter elleve måneder syntes hun det var greit å si at hun var sykepleier. På slutten av året var det legitimt å snakke om arbeidspresset, fordi erfarne sykepleiere sa ifra.

Etter det andre året opplevde de fortsatt at det var flere sykepleieoppgaver enn de kunne overkomme og at delegering av arbeidsoppgaver var vanskelig. En, som tidligere hadde vært hjelpepleier, opplevde det vanskelig å delegere oppgaver til denne gruppen, fordi hun var redd for å bli omtalt som en som bare «delegerte bort oppgaver». På sykehjem opplevde en at det hadde vært vanskelig å bli godtatt av hjelpepleiere og assistenter. Som eneste sykepleier på skiftet hadde hun vært redd for at hun ikke skulle ha tilstrekkelig fagkunnskap eller ikke kunne etterkomme deres forventning om at hun skulle være med på alt stell av pasienter samtidig som spesifikke sykepleieoppgaver skulle dekkes.

Mestring av ledelsesfunksjonen gikk lettere etter tredje året. De var tryggere på seg selv og sykepleieridentiteten og brukte mindre energi. En som tidligere ikke sov godt, sov nå bra enten det var noe som var glemt eller ikke. Det var mer bevissthet rundt hva som var sykepleieoppgaver og ikke. En tidligere hjelpepleier kunne berette om mot til å irettesette en hjelpepleier.

Etter det fjerde året opplevde de større ansvar, hadde mer oversikt og prioriterte oppgaver annerledes. De så viktigheten av å reflektere over det de gjorde og brukte også magefølelsen eller intuisjon som begrunnelse for handling. De var opptatt av å synliggjøre mangelen på ressurser, dokumentere avvik og å verne om sykepleieoppgavene.

De hadde mer ro i seg etter

det femte året og kjente ikke så mye på stress. Administrasjon av oppgaver gikk greit, de var ikke så opptatt av å tenke på det. Enkelte hadde blitt mer direkte i å ta opp konflikter med ledelsen: «Jeg har argumentert faglig så godt jeg kunne og sto i det!»

Veiledning/undervisning. De fleste hadde hatt veiledning av sykepleiestudenter en eller flere ganger, noe de synes var ganske

” I løpet av det tredje året skjedde det en merkbar modning av sykepleieridentiteten

greit. En sykepleier hadde hatt opplæring/veiledning av nyansett. I løpet av fem år var det en som hadde hatt planlagt undervisning/forelesning for kolleger eller studenter. Kollegaveiledningen hadde vært ustrukturert og fungert med kjappe spørsmål til hverandre i forbifarten: «Vi møtes i gangen, – kan du hjelpe meg med det? – Det er slik det fungerer. Det er alltid noen du kan spørre ... noen som kan noe ...»

FoU. Noen av sykepleierne brukte en del tid hjemme til å lese seg opp på temaer de følte de trengte i jobben.

To sykepleiere hadde jobbet med fagutvikling i avdelingen i løpet av det fjerde året: Den ene hadde fått 20 prosent arbeidstid til fagutvikling, og den andre hadde fått fagdager til å formidle aktuell kunnskap til kolleger i forbindelse med et prosjekt hun deltok i. I løpet av fem år hadde et par av dem deltatt i utarbeidelse av avdelingsinterne prosedyrer.

Ingen hadde vært trukket inn i forskningsoppgaver i forbindelse med enten egne eller andres prosjekter på arbeidsplassen. Det var heller ingen av sykepleierne som aktivt gikk inn for å oppsøke forskningsartikler, men et par leste Tidsskriftet Sykepleien og MSIS-rapport fra Folkehelseinstituttet. En uttalte: «Har ikke vært opptatt av det ... Feil å si at jeg ikke har vært opptatt av forskning, – for prosedyrene er jo basert på forskning.»

EVU/oppfølging. Fire av sykepleierne i spesialisthelsetjenesten hadde tilbud om Klinisk Stige første året de var i arbeid. Tre pleiere på somatisk avdeling benyttet seg av første nivå, og en fullførte andre trinnet. Evalueringen av nivå én var at det var for likt det de hadde gjennomgått i utdanningen. Dessuten var det vanskelig å forlate jobb når kursene ble arrangert i arbeidstiden, og vikarer ikke ble satt inn. På den annen side var det belastende å gå på kursene når de falt på fridager. På psykiatrisk avdeling vurderte sykepleieren at hun hadde tilstrekkelig støtte i den etablerte sykepleiefaglige veiledningen på avdelingen. Denne veiledningen hadde hun gjennom alle fem årene.

Tre informanter jobbet fire- fem år i kommunehelsetjenesten, men ingen fikk noe tilbud om strukturert opplæring eller sykepleiefaglig veiledning. Savnet var spesielt stort knyttet til pleiehjem hvor sykepleier som oftest jobbet med personer med

lavere kompetanse. Etter tredje året uttalte hun: «Vi er overlatt til oss selv ... vi må ordne selv ... får ikke noe ... Jeg orker ikke ta opp noen ting, – alt blir bare skjøvet fremover og ingenting blir gjort. Jeg føler meg ikke ivaretatt!»

I løpet av andre året hadde en sykepleier begynt på etterutdanning 30 studiepoeng, i løpet av tredje året hadde en begynt på sykehusintern videreutdanning, og i løpet av fjerde året hadde to begynt på videreutdanning 60 og 30 studiepoeng. Arbeidsgiverne viste større eller mindre grad av villighet til å tilrettelegge arbeidstiden for de tre som tok EVU i tillegg til jobben.

DISKUSJON

Handlingskompetanse

Administrasjon og ledelse. Nygren (14) sier at profesjonell handlingskompetanse innebærer å kunne mestre forskriftsmessige profesjonsoppgaver, å ha myndighet til å ta beslutninger og ha legitimitet til å utføre bestemte oppgaver som hører til profesjonen. Studien viser at gjennom det første året gir sykepleierne på somatisk avdeling tilbakemelding om stor frustrasjon i forhold til å mestre de administrative oppgavene. Disse sykepleierens erfaring sto i kontrast til en sykepleier i hjemmetjenesten som hadde en roligere hverdag med fokus på færre pasienter og som gjennom dette hadde en følelse av å mestre utfordrende oppgaver. Relatert til rammeplanene (11-13) som beskriver begynnerkompetansen, viser studien at sykepleieren som fikk oversiktlige og få oppgaver ad gangen hadde den kompetansen hun trengte for å utføre jobben tilfredsstillende. Sykepleierne som hadde høyt tempo og fikk mange pasienter

og oppgaver samtidig, viste at de ikke mestret dette, og at de opplevde utilstrekkelighet, stress og nedsatt livskvalitet. Deres arbeidskrav kunne ikke sies å være i samsvar med rammeplanene. Erfaringer fra annen sykepleierforskning (20,21) viser at det er viktig å ha et arbeidsmiljø som lar en være ny i den forstand at en har oppgavemengde avpasset etter kompetansen og har mulighet til å få veiledning i situasjonene. Travelhetene i en produktiv sykehusavdeling fører til at det er vanskelig å få refleksjonstid, til tross for at det er refleksjon som fremmer læring og ivaretar novisenens muligheter til å oppleve mestring av profesjonsoppgavene (22,23). Stort tempo og redsel for å glemme informasjon og oppgaver fulgte informantene hjem og påvirket nattesøvnen, førte til stress, motløshet og skuffelse. Resultatet av dette var at to av tre sykepleiere som begynte i spesialisthelsetjenesten, sluttet etter ett år. Stor turnover blant sykepleiere er et kjent problem og fører til at personalsammensetningen ofte er relativ ung i arbeidserfaring, noe som fører til liten mulighet for å tilegne seg kunnskap fra ekspertisykepleiere (24,25).

Kompetanseutviklingen etter to år merkes i positiv retning ved at de hadde bedre oversikt over pasienter og oppgaver. Det gikk lettere å delegerer oppgaver, men flere opplevde dette problematisk overfor hjelpepleiere. De opplevde at det ikke var samsvar mellom indre og ytre ressurser, og at de manglet nødvendig legitimitet spesielt fra hjelpepleiere.

I løpet av det tredje året skjedde det en merkbar modning av sykepleieridentiteten og deres følelse av å mestre ledelse av pasientomsorgen og arbeids-

fordeling. Ingen av informantene gav uttrykk for at delegering og ledelse var problematisk. De hadde blitt bevisste på hva som tilfalt deres jobb og lot være å ta på seg det de mente ikke tilfalt dem. De kunne vise til episoder som viste større grad av oversikt, forståelse for hva som burde gjøres før de fikk beskjed fra legen og til selvstendighet i å igangsette tiltak. På dette tidspunkt kan fortolkningen være at de hadde utviklet sitt kompetansenivå på linje med «kompetent utøver» (15) og kunne da ha mestret arbeidstempoet og mengden som enkelte av informantene ble utsatt for på novisenivå. Dette viser stor grad av misforhold mellom hvilke krav sykepleierne ble utsatt for i oppstarten av sin karriere og hvor lang tid det tok før de faktisk hadde utviklet tilstrekkelig kompetanse til å kunne oppleve mestring.

Undervisning og veiledning.

Studien avdekker at det hadde vært lite fokus på utviklingen av handlingskompetanse innen disse funksjonene. Undervisning som en planlagt handling, hadde kun en av dem blitt utfordret på. De hadde ingen opplevelse av at denne kompetansen ble etterspurt. En av sykepleierne hadde fått sykepleiefaglig veiledning jevnlig, de andre hadde ikke det. Kompetanse som veileder for studenter eller hvordan de mestret dette, hadde heller ikke vært gjenstand for diskusjon eller evaluering.

I løpet av det første året på somatisk avdeling opplevde sykepleierne at det var lite snakk om hvordan hver av dem opplevde arbeidsmiljø og samarbeid. Etter hvert fikk de innsyn i at de mer erfarne også strevde med å strekke til på alle oppgavene og

tempoet på avdelingen. Dette lettet presset på dem ved at de da visste at arbeidspresset var stort for alle. Eksemplet viser at det er viktig med åpenhet blant kolleger om hvordan man opplever jobben. Studier viser at kollegial veiledning har betydning for sykepleieres faglige og personlige utvikling. Tilbakemelding fra kolleger viser at det får sykepleiere til å reflektere, noe som er viktig for å utvikle seg videre (24,26,27). Informantene sa at kollegaveiledning for det meste skjedde i forbiarten i korridoren hvor de spurte om kjenner råd eller hjelp til noe. Dette vitner om at det sjelden skjer i rolige former hvor man gir hverandre konkret tilbakemelding og hvor fokuset er å veilede hverandre.

FoU. Fagutvikling var ikke noe som flertallet av sykepleierne var opptatt av, det var lite fokus fra arbeidsgivers side og ikke prioritert innenfor arbeidstiden. Ingen av sykepleierne var blitt invitert med i forskningsprosjekter som hadde gitt dem mer kunnskap og kompetanse innen dette feltet. Gjennom sitt arbeid hadde de ikke erfaring med å lese forskningsartikler eller søke etter forskningsresultater. De opplever at den kunnskap som ble etterspurt var den «konkrete fagkunnskapen», som de for det meste fant svar på i oppslagsverk.

Utviklingen fra beredskap til kompetanse innen fagområdet syntes derfor å ha ligget i bero. De hadde i liten grad fått økt erfaring, og det er derfor ikke grunnlag for å kunne si at de da hadde oppnådd den handlingskompetanse som skisseres i rammeplanene: «arbeide systematisk med fag- og kvalitetsutvikling og bidra til å videreutvikle egen yrkesrolle, delta i klinisk fors-

kning og formidle resultater» (12,13). Bjørø m.fl. (28) viser til at sykepleiere selv har ansvar for å tilføre anvendbar forskning til praksis. Utfordringen for sykepleiere er imidlertid at de ikke har noen tradisjon for å drive frem slikt arbeid og derfor vil være avhengig av at ledere tilrettelegger og støtter en forskningsbasert praksis. Det vil igjen avhenge av at sykepleiere får støtte til kompetanseheving innen forskning, og at praksis endres slik at forskning blir en integrert del av sykepleiernes arbeide.

EVU/oppfølging

Studien viser at arbeidsgivere ivaretar ansvar for kompetanseheving ulikt. I spesialisthelsetjenesten fikk sykepleierne tilbud om Klinisk Stige, men erfarte at den praktiske organiseringen av kurset var dårlig samkjørt med turnus og arbeidsbelastning. En sykepleier på sykehjem fikk ingen tilbud om kompetanseheving eller veiledning i de fire årene hun jobbet der. Opplevelsen var at hun ikke ble ivaretatt, ble motløs og tilslutt gav opp sykepleierjobben. Viktigheten av å bli ivaretatt, at ledelsen engasjerer seg i hvilken kompetanse arbeidsplassen trenger og praktisk tilrettelegger dette, viser seg å være grunnleggende for at sykepleiere skal fullføre opplæringen. Likeledes viser det seg at økt kompetanse fører til mer trivsel og stabilitet i arbeidstokken (29).

Rammeplanene (12-13) forutsetter at arbeidsgivere må tilrettelegge for systematisk arbeid med fag- og kvalitetsutvikling som kan bidra til klinisk utvikling og forskning. Dette vil så bidra til utvikling av et tidsaktuelt helsevesen. Ingen av informantene kunne opplyse om

systematikk innen forskningsarbeid eller fagutvikling. De fortalte at fagutviklingsarbeid ofte ble salderingspost, og at forskning ble sett på som ekstraarbeid for legene. Studien tyder på at arbeidsgiver i liten grad setter inn krefter og ressurser for å sikre at sykepleierne utvikler sin handlingsberedskap til handlingskompetanse, slik som departementet presiserer. Det ser ut til at kompetanseutvikling er mest opp til hver enkelt sykepleier og at arbeidsgiver i liten grad er bevisste på hvilket nivå sykepleierne har oppnådd. Det ser også ut til at arbeidsgivere i liten grad skiller på hvilke oppgaver nyutdannede sykepleiere skal ha, gir dem oppfølging eller sikrer seg at de har tilstrekkelig faglig støtte rundt seg. Bjørk (21) kan vise til lignende tendens i sin studie hvor sykepleiere uttaler at oppgavene blir fordelt i forhold til antall og hoder og ikke i forhold til kompetanse. Dette fører til at de blir kastet ut i oppgaver enten de kan dem eller ei. Thidemann (4) kan vise til at de fleste sykepleierne fikk to-fem «bli-kjent-vakter», hvor fokus var å orientere seg om arbeidsstedet. Sykepleierne får på denne måten en presset og belastende inntrreden på arbeidsarenaen som i stor grad er energitappende og i noen tilfeller fører til at sykepleiere slutter i yrket. Når vi vet at det er sykepleiermangel burde det settes alt inn på å ivareta novisene på en slik måte at de føler seg verdifulle og ettertraktede.

KONKLUSJON OG BETYDNING FOR PRAKSIS

Studien viser at nyutdannede sykepleiere som var inkludert i studien, ikke kan sies å ha oppnådd handlingskompetanse i den administrative sykepleierfunksjonen før etter nærmere tre

år, men at arbeidsgivere forventet denne kompetansen allerede ved nyansettelse. Undersøkelsen viste også at i løpet av fem år hadde det vært minimal fokus på utvikling av sykepleierens kompetanse innen veiledning/undervisning og FoU. Det kan tyde på at sykepleierne etter fem år ikke hadde utviklet handlingskompetanse innen funksjonene. Årsaken til dette kan være at det har vært for lite fokus på denne kompetanseutviklingen fra arbeidsgivers side. Systematisk kompetanseutvikling for sykepleierne kan ikke sies å ha fungert tilfredsstillende etter de formål som rammeplanene (11-13) beskriver og setter som premiss for en fullendelse av sykepleierens utdanning.

Mange nyutdannede sykepleiere møter en arbeidsdag som er så krevende at enkelte forlater yrket før de har oppnådd den kompetanse de har forutsetninger for å tilegne seg. Tilbud om Klinisk Stige i spesialisthelsetjenesten er et godt tiltak, men den praktiske arbeidsbelastningen må også tilpasses sykepleierens kompetansenivå i de første årene inntil erfaringen har resultert i tilstrekkelig kompetanse. Med hensyn til kommunehelsetjenesten så viser studien at Klinisk Stige eller annen form for kompetanseheving var fraværende og at arbeidslederne ikke tok departementets pålegg om oppfølging av nyutdannede sykepleiere på alvor. En måte å ansvarliggjøre sykepleietjenestens arbeidsle-

delse på, kan være å opprette et organ for godkjenning av kvalitets- og kompetanseutviklingsprogram for sykepleiere – slik det er gjennomført for sykepleierutdanningene med NOKUT (Nasjonal Organ for Kvalitet i Utdanningen). Med det fokus som det i dag er på kunnskapsbasert praksis (28), er det mye som tyder på at mange institusjoner har lang vei å gå før de får etablert en praksis hvor det er fokus på at den vanlige sykepleier skal arbeide kunnskapsbasert.

REFERANSER

1. Orvik A. Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. Tidsskriftet Sykepleien. 2000; 42-46.
2. Alsvåg H, Førland O. Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. Vård i Norden. 2006;25:34-38.
3. Schoessler M, Waldo M. The First 18 Months in Practice. A Developmental Transition Model for the Newly Graduated Nurse. Journal of Nurses in Staff Development. 2006;22(2):47-52.
4. Thidemann I-J. Den sårbare læringsarenaen - om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. Vård i Norden. 2005;25:10-15.
5. Førland O. Yrkesdeltagelse og jobbpreferanser blant nyutdannede sykepleiere ett år etter endt sykepleierutdanning. FoU-rapport. Diakonissehjemmets Høgskole. 2004(4).
6. Nedd N, Gailindo-Cicon D, Belgrave G. Guided Growth Intervention. From Novice to Expert Trough a Mentoring Program. Journal of Nursing Care Quality. 2006;21:20-23.
7. Davis R, Turner E, Hicks D, Tipson M. Developing and integrated career and competency framework for diabetes nursing. Journal of Clinical Nursing. 2007;(17):168-174.
8. Robinson K, Eck C, Keck B, Wells N. The Vanderbilt Professional Nursing Practice Program. JONA. 2003;33:441-450.
9. Hofstad E. Ensom i trinnene på klinisk stige. Sykepleien. 2007;(17):50-51.
10. Bjørk IT, Hansen BS, Samdal GB, Tørstad S. Gir ny giv. Sykepleien. 2007:52-55.
11. Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag. Rammepan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie. August 1987, ajourført 1992,17.juli.
12. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Rammepan for sykepleierutdanning. Norgesnett-rådet. 7.januar 2000.
13. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammepan for sykepleierutdanning. Fastsatt 1.juli 2004.
14. Nygren P. Handlingskompetanse - Om profesjonelle personer. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2004.
15. Benner P, Tanner C.A, Chesla CA. Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgement, and Ethics. New York: Spring Publishing Company. 1996.
16. Polit DF, Beck CT. Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
17. Brandt B. Gruppeintervju: perspektiv, relasjon og kontekst. I: Holter H, Kalleberg R.(red) Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo:Universitetsforlagets Metodebibliotek. 1996.
18. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag AS. 1997.
19. Krueger RA. Moderating Focus Groups. Kit.4. London: SAGE Publications
20. Steed K. «Eating Our Young» isn't practiced here. Nursing. 2004;34:43.
21. Bjørk I.T. Sykehusavdelingen - et miljø for læring? Vård i Norden. 2001;21(4):4-9.
22. Bégat I, Ellefsen B, Severinson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. Journal of Nursing Management. 2005:221-230.
23. Kaupang T, Næss T, Søndena AE. Å lære i et stressfylt arbeidsmiljø. Fagocopet. 2000(2):19-22.
24. Gran SV. Kollegial tilbakemelding. Tidsskriftet Sykepleien. 2002:38-42.
25. Krogstad U, Veenstra M, Sjetne IS, Østhus R, Røttingen J-A. Sykehusorganisasjoner sett med personalets øyne. Tidsskrift Norsk Lægeforening. 2002;122:1890-4.
26. Kvamme E. Gir økt kompetanse anerkjennelse? Tidsskriftet Sykepleien. 2004:42-45.
27. Severinson EL, Borgenhammar EV. Expert views on clinical supervision: a study based on interviews. Journal of Nursing Management. 1997:175-183.
28. Bjørk K, Schou I, Smeby N.A. Kunnskap for praksis. Tidsskriftet Sykepleien. 2001:48-52.
29. Bjørk IT, Hansen BS, Samdal GB, Tørstad S. Hva skal klinisk stige være? Tidsskriftet Sykepleien. 2005:44-47.