

# Tilnærminger anvendt i nettverksgrupper for kompetanseutvikling i det palliative fagfeltet

Kristin Valen, Høgskolelektor, Siri Ytrehus, Professor, Ellen Karine Grov, Professor

APPROACHES USED FOR COMPETENCE DEVELOPMENT WITHIN NETWORK GROUPS IN PALLIATIVE CARE

## ABSTRACT

**Background of the study:** Palliative nursing requires specialized knowledge and skills to enable nurses facing complicated conditions and symptoms. Norwegian white papers recommend health services to take place close to the home, which necessitates specialized nursing competence at all levels of nursing care. In Norway, The Center for Competence in Palliative Care coordinates the regional palliative care service, while community employees coordinate the patient-oriented palliative care.

**Aim:** Palliative Care Network of nurses with special competence in palliative care provides the nurses' training. This study describes how nurses develop competence through participation in this Network.

**Method:** By means of two focus groups ten self-selected nurses have been interviewed.

**Result:** The Network is referred as arena for socialization and learning, where nurses share their experience as a source of knowledge. Case discussion from the clinical field is preferred learning approach. Integration of theory and research in practice is highlighted however it seems challenging to implement research into practice-discussions. Therefore, such focus is to be contained in lectures, web presentations, and daily communication between participants within the Network.

**Conclusion:** Case-based learning has been emphasized as an important approach for nursing competence development. The Network strengthens the nurses' competence and enhances their professional confidence.

*Keywords:* palliative care, focus group interviews, competence development, network, nurses

## INNLEDNING

Lindrende behandling, pleie og omsorg (palliasjon) har som fagfelt fått økt fokus de siste tiårene både i helsetjenesten generelt og i sykepleietjenesten spesielt (1,2,3,4). I denne studien defineres palliasjon som «... an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual» (5). Som sitatet fastslår er palliasjon en tilnærming til den enkelte pasient og dennes pårørende for å optimalisere livskvalitet og lindre symptomer av fysisk, psykososial og åndelig karakter. Selv om palliasjon forbindes mest med omsorg overfor kreftpasienter, omfatter fagfeltet også personer med andre livstruende tilstander, som for eksempel degenerative nervesykdommer, kronisk hjerte- og lungesyke (6,7).

### Organisering og oppbygging av palliativ kompetanse

Det er utarbeidet politiske føringer for organisering og prioritering av den palliative tjenesten i Norge (4,8). Her legges det vekt på at palliasjon skal integreres i det offentlige helsevesenet, med målsetning om behandling nær hjemmet. I 2000-2001 ble det opprettet regionale kompetansesentra ved de norske universitetssykehusene i alle helseregioner, og disse har hatt stor betydning for formidling av kunnskap om palliasjon (9). Helse- og omsorgsdepartementet har tillagt kompetansesentrene følgende oppgaver: Forskning og fagutvikling, undervisning og opplæring samt å fremme og koordinere palliativt arbeid i helseregionene (10). I tråd med anbefalinger i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (4) etablerte Helse Vest i 2001 «Nettverk av ressursnyttende» gjennom Kompetansesenteret i lindrende behandling. Tilsvarende nettverk etableres i 2011 i to av de tre andre helseforetakene i Norge.

Ressursnyttende-nettverket er sammensatt av sykepleiere som jobber i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og drives av lokale medar-

beidere i de enkelte helseforetak. Ressursnyttende er å forstå som oppnevnte fagpersoner med særlig kompetanse og interesse i kreftomsorg og lindrende behandling. Noen har videreutdanning i palliasjon eller kreftsykepleie, men det er ikke et krav for å delta i nettverket. Ressursnyttende har ansvar for palliasjon på egen arbeidsplass, og deltar på nettverkssamlinger 3-4 ganger i året (11). Målet med nettverksarbeidet er «kompetanseheving, samhandling og samarbeid mellom ressurspersoner slik at kreftpasienter og andre med behov for lindrende behandling samt deres pårørende opplever god kvalitet og trygghet på alle nivåer i helsetjenesten» (11).

### Kunnskap og kompetanseoppbygging – nettverkslæring som metode innen palliasjon

Stortingsmelding nr. 27 (2001) retter fokus på økt kvalitet i utdanning og forskning (12). Begreper som livslang læring og lærende organisasjoner (13) henspiller på at kunnskap må oppdateres. Sykepleiere har plikt og selvstendig ansvar for faglig oppdatering, jmf. Helsepersonelloven § 4, og yrkesetiske retningslinjer (14,15). Plikten til faglig oppdatering kan tolkes mot både faglig oppdatering av direkte pasientrettet arbeid og mot integrering av oppdatert forskningsbasert kunnskap. Læringens grunnleggende strukturer omfatter to prosesser og tre dimensjoner. Dimensjonene er meningsinnholdet i det som læres, drivkraft beskrevet som motivasjon og vilje, samt samspill med sosiale og materielle omgivelser. Læring skjer ved en prosess i den som lærer, gjennom mening og drivkraft, samt en prosess mellom den som lærer og de omgivelser han/hun er del av. For at kompetanseutvikling skal skje, må alle dimensjonene inngå (16). Stålsett (17) beskriver kompetanse som evne og vilje til å ta i bruk de ferdigheter og holdninger vi til en hver tid har. Kunnskap er en forutsetning for kompetanse og deles ofte inn i teoretisk og praktisk kunnskap. Den teoretiske kunnskapen er presis og korrekt kunnskap om fenomener. Den praktiske kunnskapen deles gjerne inn i ferdighetskunnskap som tilegnes gjennom handling, og fortrolighetskunnskap som læres over tid etter som man blir fortrolig med personer og situasjoner (18).

Litteraturen beskriver lærende organisasjoner, men fokuset har i liten grad vært rettet mot læring i nettverk og nettverk som lærer. Med tanke på hvordan kunnskap stadig må fornyes og utvikles, kan nettverk være en god arena for læring (19). Nettverklæring defineres som «... a formally or informally set up for the primary purpose of enabling any kind of learning to take place over time for building capabilities, managing change, gain competitive advantage in the perspective of learning organization, eventually supported by the information and communication technologies» (ibid, s.5).

Nettverklæring kan antas ulike former. En form er e-læring med bruk av elektroniske Informasjons-, Kommunikasjons- og Teknologisystemer (IKT), fellesskapssystemer som web-portaler og e-post kommunikasjon (20). En annen form er samlæring i fellesskap i form av tilstedeværelse i møter, også kalt partielle nettverk, der partene er koblet sammen på grunn av bestemte typer aktiviteter, kunnskaper eller interesser (21). For sykepleierne i ressursnettverket er det den sistnevnte formen som benyttes som læringsarena. Hensikten med nettverksmodellen er å tilføre informasjon, være ressurspersoner for hverandre og utveksle erfaringer og ferdigheter (17).

En kunnskapsoppsummering om palliasjon i sykehjem viser at det er få studier som omhandler virkninger av opplæringstiltak, og at det er behov for mer forskning (22). Idéen om å dele kunnskap og ekspertise framkommer i ulike modeller, Arnaert og Wainwright (2009) (23) beskriver hvordan spesialsykepleiere bistår hjemmesykepleiere og familier ved ivaretagelse av hjemmeboende pasienter i palliativ fase, mens innføring av rammer og standarder for palliasjon med konsekvenser for arbeidsplass blant sykepleiere, er fokus for en annen studie (24). En norsk studie samt en evaluering av ressursnettverk for sykepleiere, konkluderer med at kompetansen hos deltakerne økte noe. Tryggheten som kompetansen gir, fremheves. Ressurssykepleiernettverkets strukturelle oppbygging gir grunnlag for kompetanseoverføring og samhandling mellom tjenestenivå (25,11). En nederlandsk studie (26) konkluderer med at deltagelse i nettverk i palliativ behandling ga mindre barrierer for personlig kontakt og mer effektivt samarbeid med utveksling av kunnskaper og ferdigheter mellom tjenestenivå. Planlegging av forbedringstiltak og organisering av case-diskusjoner tjente som retningslinjer, og var grunnlaget for felles læring. Deltakelsen ga sterkere samhold, økt selvfølelse og samhandling både mellom deltakerne og organisasjonene.

Analyse av deltagelse i nettverk og av den betydningen deltagelsen har for medlemmene, vil gi innsyn i om og hvordan læring og erfaringsutveksling skjer i nettverk (21). Hensikten med denne studien er å belyse hvordan erfarne sykepleiere beskriver kunnskapsutvikling i ressursnettverk for sykepleiere innen palliasjon og kreftomsorg.

**Problemstilling:** Hva kjennetegner læring og kompetanseutvikling innen palliasjon hos sykepleiere som deltar i et nettverk av ressurssykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling? Forsknings spørsmål: Hvilke tilnærminger brukes for kompetanseutvikling i nettverket? Hvilken betydning har deltagelsen i nettverket hatt for ressurssykepleierne?

## METODE

### Forskningsdesign

En åpen, kvalitativ tilnærming er godt egnet når målet er å få fram kunnskap om et område man har lite kjennskap til fra før. Vi valgte å bruke denne tilnærmingen fordi det er lite kunnskap om bruken av nettverksgrupper for kompetanseutvikling innen palliasjonsfeltet i Norge. Fokusgruppeintervju er valgt fordi metoden egner seg godt til å få frem holdninger og erfaringer, samt ulike synspunkter der mennesker samhandler (27,28). Hensikten var å framskaffe kunnskap om holdninger, vurderinger og handlemåter som var felles for nettverksdeltakerne. Gjennom intervju i fokusgrupper kan normer, synspunkt og verdier som er felles, avdekkes.

Ressurssykepleierne i nettverket er vant til å møtes og diskutere ulike problemstillinger. Ved at deltakerne snakker om sine erfaringer og forholder seg til hverandres meninger, er målet å få frem mer informasjon enn ved å intervju en og en. Målet var både å få frem mangfold og nyanserte beskrivelser, ikke nødvendigvis enighet. For øvrig

var hensikten en fokusert diskusjon omkring studiens tema (27,28). Anbefalt deltagerantall i fokusgrupper er 5-8 (27,29,30).

### Rekruttering og utvalg

Kompetansesenteret i Lindrende Behandling (KLB) i Helse-Vest driver fire kompetansenettverk innen kreftomsorg og palliasjon. 386 ressursykepleiere fra kommune – og spesialisthelsetjenesten deltar i disse nettverkene. De er inndelt i 21 lokale nettverksgrupper som driftes av lokalt ansatte medarbeidere i KLB.

Ressurssykepleierne i studien er strategisk utvalgt fra nettverksgruppene ved hjelp av lokale medarbeidere fra KLB. Inklusjonskriteriet var deltagelse i nettverket minimum to, fortrinnsvis tre år. I valgte nettverk deltok kun en mann. Han ble ekskludert som deltaker til studien for å unngå gjenkjenning.

Rekrutteringen foregikk i to ledd. To av 21 nettverksgrupper ble valgt ut, og det ble så sendt en forespørsel om deltagelse i undersøkelsen til de medlemmene i disse to gruppene som hadde deltatt i tre år eller mer. Tjue ressurssykepleiere fra to ulike nettverksgrupper ble forespurt via brev, e-post og ved henvendelse fra førsteforfatter på nettverksmøte og av lokal medarbeider. Ti ønsket å delta. Seks av informantene jobber i sykehjem og/eller hjemmesykepleien, fire jobber på sykehus. Fem av sykepleierne har videreutdanning/spesialisering i palliasjon, og fem har videreutdanning i kreftsykepleie. De har fra 2-8 års erfaring som ressursykepleier, og fra 10-40 års erfaring som sykepleier.

### Gjennomføring

Kvalitative metoder gir rom for tilpasninger i intervjusituasjonen (31). To fokusgruppeintervju med fem informanter i hver gruppe ble gjennomført i mai/juni 2010. Det ble brukt intervjuguide. Det betyr at intervjuene ikke fulgte faste spørsmål, men guiden sikret at på forhånd utvalgte tema ble dekket i alle intervjuene. To hovedtema ble dekket i guiden. Disse var *beskrivelse og vurdering av metoder i arbeidet med kompetanseoppbygging, og beskrivelse og vurdering av betydningen deltagelsen i nettverket har hatt for deltakerne*. Det er viktig at antallet deltakere i fokusgruppen ikke er for mange slik at alle får si sin mening (30). Inntrykket fra intervjuene var at gruppestørrelsen ikke var til hinder for at alle kom til orde. I intervjuet relaterte vi problemstillingene til konteksten som deltakerne var i, og fikk på den måten fram utfyllende og rike beskrivelser av kompetansenettverket som læringsarena.

Intervjuene varte i overkant av en time. De ble tatt opp på bånd og transkribert etter at begge intervjuene var gjennomført. Ved bruk av fokusgrupper skal man være bevisst på at gruppens kjennskap til hverandre og etablerte roller kan påvirke utfallet av intervjuet og dermed resultatene (29). I denne studien kjente informantene hverandre fra før gjennom nettverksgruppen, og noen via jobb og studier.

### Dataanalyse

Analyseprosessen er inspirert av Miles og Hubermans tre-trinns prosess med datareduksjon, datavisning og konklusjon (31). Sentrale temaer i teksten er kodet og samlet i kategorier. I hvert intervju er sitater som representerer kategoriene, samlet i en matrise for å gi en bedre oversikt over datasettet. Denne datavisningen gjorde det mulig å identifisere sammenhenger, og mønster, samt vise forskjeller som fremkom i intervjuene. Målet var å finne frem til meningsstrukturer og betydningsrelasjoner utover det uttalte (31). Analyse og tolkning av kvalitative data betraktes som gjennomgående og samtidige prosesser gjennom hele arbeidet (32). I analysen ble det vekslet mellom å lese matrisene og den transkriberte teksten i sin helhet. I tillegg har to forskere lest datamatrixene og diskutert kategorier og temaområder ut fra datasettet. Analysen ga tre overordnede tema. Den viste at case-basert læring var sentralt og gjennomgående som virkemiddel for kompetanseutvikling i gruppene. Det å være sammen om læring og lære av hverandre som tilnærming i kompetanseutvikling, var et annet sentralt gjennomgående tema. Det tredje temaet var betegnet med metaforen «mellom barken og veden». Dette temaet viser at deltakerne vurderer relevansen av læringen som skjer i nettverksgruppene, og at de både er ressurs på egen arbeidsplass, og samtidig selv trenger ny kunnskap.

### Etiske overveielser/personvern

Før informantene ble kontaktet og for å sikre deltageres rettigheter samt kravene i Personvernloven og Helseregisterloven, ble prosjektet meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) som anbefalte studien.

Informantene fikk et informasjonsbrev om studiens mål, publiseringsmåte og muligheten for deltakerne til å trekke seg når som helst. Gjennom hele forskningsprosessen har målet vært å behandle deltakerne med respekt og å søke deres kunnskap (29). Forskningsetiske retningslinjer gitt i Helsinki-deklarasjonen er fulgt (33). Førsteforfatteren, som har ledet fokusgruppeintervjuene, har hatt et spesielt kritisk blikk for at egen kjennskap til personer i nettverket, kan påvirke deres ønske om å delta. Denne kjennskap til nettverket kan også ha påvirket tolkningen av data, og derfor har det vært positivt med andre forskeres deltakelse i analyse og fortolkning.

## RESULTATER

### Case-basert læring

Intervjuene viser at bruk av case fra praksis er sentralt i læringen som foregikk i nettverket. Informantene sier de gjennom den case-baserte kunnskapsformidlingen ikke er på jakt etter en fasit. At situasjonen aldri er lik, gir grunnlag for diskusjon og refleksjon. Informant 10 som jobber i kommunehelsetjenesten sier: «Spesielt når vi har de diskusjonene rundt casene, så har det en veiledningsfunksjon. Sant – du treffer kollegaer som står i samme situasjon som deg selv, og ute i kommunene så kan i alle fall det være en veldig ensom jobb.» Case-diskusjonene beskrives også som positiv feedback på jobben de utfører.

Gjennom å diskutere pasienthistorier med fagpersoner som kjenner lignende situasjoner, får de bekreftet sin forståelse av situasjonen. I materialet kommer det frem at case-diskusjonene i hovedsak dreier seg om de situasjoner der en har lykket. Informant 2 beskriver dette som «solskinshistorier»: «Vi forteller jo ofte historier som har gjort et inntrykk, eller som du husker på en eller annen måte. Det kan jo være noe som har gjort inntrykk på negativ måte..... men det er jo veldig kjekt når det er slike solskinshistorier da.»

Ressurssykepleierne argumenterer for at case-diskusjonene er med å utvikle deres trygghet og faglige identitet som gir styrke i møte med komplekse pasientsituasjoner.

### Å lære og å være i fellesskapet

Fellesskapet er arena for faglig støtte. Informantene beskriver oftest bekræftelser på eksisterende kunnskap formidlet gjennom uttalelser om støtte for å ha gjort noe rett. Informantene søker fellesskapets råd, og informant 9 som jobber i kommunehelsetjenesten, beskriver at ved å diskutere løsninger i fellesskap «kan du føle at avgjørelsen din veier litt tyngre fordi du har fått diskutert det med noen som forstår hva du står overfor. Så du ikke føler deg så alene.» På denne måten utvikles kunnskap og erfaringer, og kan brukes i lignende situasjoner senere.

Informantene uttrykker at de gjennom fellesskapet oppnår økt kompetanse som trygghet i yrkesutøvelsen i møte med pasient/pårørende. De jobber mer systematisk og har fått en ny posisjon i møte med andre yrkesgrupper. Evnen til å kunne argumentere i det tverrfaglige teamet er av særlig betydning for dem som jobber i kommunehelsetjenesten, og når avstanden til sykehus er stor.

I forhold til kjennskap til hvilket tilbud som finnes i regionen, kunnskap om nasjonale retningslinjer og føringer sier informant 10: «... der har jeg fått kunnskaper om liksom å skille mellom det. Altså hva som er hva. Hva er vi forpliktet til å ha i kommunen og i sykehusene, og hva blir anbefalt av fagmiljøene.» Denne innsikten bruker de til å søke økonomisk støtte og stille krav til egen arbeidsplass.

Informantene trekker i flere sammenhenger frem at det er av stor betydning å kunne treffe fagpersoner fra andre arbeidsplasser til kompetanseutveksling og faglig påfyll. De påpeker at dette er et tilbud som kollegaene på arbeidsplassen ikke får. De bruker nettverket som en kanal, og sier de har lav terskel for personlig kontakt. De har opplevelse av å være en del av en større helhet. Informant 9 beskriver nytten av denne kontakten: «Jeg opplever det veldig mange ganger at jeg står alene, altså – du har veldig mange rundt deg, men det er ingen som

kan svare deg på noen ting. Derfor er det veldig viktig å ha nettverksgruppen, for da kan du ta en telefon og snakke med en som faktisk kan sette seg inn i situasjonen og hjelpe deg og gi deg et råd.»

De gir uttrykk for at de utvikler fellesskap som går på tvers av arbeidsplassene deres. Slik sett kan fellesskapet i nettverket representere en trygghet. Treffene i nettverket kan, i seg selv, være en formidlingskanal for personlige kontakter. Informant 2 forteller: «Vi samles jo ikke mer enn to-tre ganger i året, så det blir jo ikke så forferdelig mye. Men du er jo på en måte en del av en gruppe på en måte. Du vet at du er en av flere, så du vet hvor du kan søke kunnskaper hvis du har behov.»

### Mellom barken og veden

På møtene i nettverket kommer det eksterne foredragsholdere fra blant annet kompetansesenteret. I intervjuene fremkommer det at informantene er lite kritiske til disse foredragsholderne og det de formidler. Uttalelser kan gi inntrykk av at de forholder seg autoritetstro mot kompetansesenteret. Informant 10 sier: «Og så er de ansatt i kompetansesenteret, og det har mye å si. Altså; er det nye ting som kompetansesenteret har, så blir det formidlet til oss. Jeg stoler i alle fall på at den undervisningen de gir, er det som du sa, oppdatert.» De oppfatter at det er foredragsholder som besitter kompetansen og ikke de selv. De ser i mindre grad på seg selv som kompetanseberere, selv om det er denne rollen de skal ha i hjemkommunene. Derfor kan intervjuene gi inntrykk at de blir stående kompetansemessig mellom barken og veden.

Sykepleierne sier det er vanskelig å skille mellom kunnskap tilegnet gjennom nettverket, videreutdanning og erfaring. Informant 1 sier i denne forbindelse til en av de andre «... Ja, men er det her du får det eller? Du har videreutdanning, kanskje er det der du har fått det?» De gir i liten grad uttrykk for å ta egne initiativ mellom møtene for å fremskaffe og videreutvikle ny kunnskap. Informant 9 henviser til manglende tid: «...så etter et nettverksmøte kommer du på jobb og skal gjøre sånn og sånn. Ja det er ikke måte på, og så kommer du på jobb og så har du faktisk ikke tid til det, og da detter det litt i fisk – og så har du glemt det helt til neste gang du skal på et møte.» Samtidig som det etterlyses mer avansert undervisning, er det ingen som nevner at de selv har tatt initiativ til undervisning for hverandre i nettverket.

Informantene mener at faginnholdet og kunnskapsnivået som formidles, ligger på samme nivå som videreutdanningene de tidligere har tatt. De savner kunnskapsformidling utover grunnleggende palliasjon, og uttrykker at dette er et fagfelt som de ikke blir ferdig utlært i. Det fremkommer ikke av intervjuene om nettverkssamlingene har fokus på forskning, men intervjuene tyder på at dette ikke er et prioritert område på nettverkssamlingene.

## DISKUSJON

Målet med denne studien var å få økt innsikt i sykepleieres erfaringer med utvikling av kompetanse innen palliasjon ved å delta i Nettverk av ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling. I likhet med tidligere studier av nettverk av ressursykepleiere gir informantene uttrykk for at de har utviklet sin kompetanse innen palliasjon ved å delta i kompetansenettverket. Hovedfunnet er at sykepleierne vektlegger case-basert læring som viktigste tilnærming for kompetanseutvikling i nettverket. Videre mener informantene at kompetansen styrkes av det fagfellesskapet som nettverket gir, og at deltakelsen er av betydning fordi den skaper trygghet, funn som samsvarer med studien fra Nederland (26). Ressurssykepleierne mener deltakelsen har bidratt til at de i økende grad brukes som en ressurs blant kollegaer og at de videreformidler sin kunnskap i form av internundervisning og kollegaveiledning. De mener også at deltakelsen i nettverket har bidratt til økt anseelse.

### Nettverk og fellesskap – en sosialiseringarena til ressursykepleierrollen

Deltakelsen i nettverket bidrar til trygghet i rollen som ressursykepleier. Nettverksmøtene er ikke hyppige, men uttalelser som «du vet at du er en av flere...hvor du kan søke råd» kan kanskje sees på som en

referanse til opplevelsen av tryggheten av å være en del av en større helhet. Dette er en opplevelse de tar med seg inn i egen arbeidshverdag. Informantene nevner de positive hendelsene og bekreftelsene som er tilført dem i denne sammenheng.

Vi kan dermed forstå nettverksdeltakelsen ikke bare som en opplæringsarena for tilegnelse av spesifikk kunnskap, men også som en arena for sosialisering til rollen som ressurspsykeleier. Lysgaard beskrev at kollektivdanning var avhengig av tre grunnleggende forhold: opplevelsen av likeartede problemer, de gjensidige identifiseringsprosessene samt mulighet for uformell interaksjon (34), begreper som Bø og Schiefloe (21) mener kan overføres til nettverksterminologi. Gjennom sosialisering i grupper internaliseres det som fellesskapet står for, og en oppnår dermed trygghet, forutsigbarhet og aksept. Normer og verdier som fellesskapet representerer blir imitert, og en identifiserer seg med idealene som nettverket representerer (21). Det er gjensidig avhengighet mellom den som lærer og de sosiokulturelle omgivelsene. Omgivelsene kan påvirke både innholdet i de profesjonelles erfaringer og måten de responderer på og bearbeider disse erfaringene (35). Når kunnskapen omsettes til handling, representeres de kollektive verdiene fordi gruppen er en del av utøveren.

Det spesielle med nettverk er at det fungerer på de premissene deltagerne blir enige om, der formålet er å utvikle evner, håndtere endringer og kunne trekke veksler på hverandre, gjerne støttet av IKT (17,19). Nettverk skal bidra til å utvikle kjernekompetanse inklusiv ny kunnskap innen fagfeltet. Samtidig skal nettverket bidra til langsiktig utvikling og forbedring av organisasjonen som ledd i den lærende organisasjonen (19). Informantene trekker flere ganger frem at det er så kjekt å treffe hverandre. En fallgrube med faglige nettverk kan være at det sosiale samværet blir viktigere enn det faglige utbyttet (17).

### Case-basert læring

Det er metoden med bruk av case eller eksempler fra praksis som først og fremst trekkes fram når sykepleierne beskriver hvordan de lærer i fellesskapet. I andre sammenhenger beskrives dette som sykepleieres foretrukne læringsmåte (13), og kan ses i lys av sykepleiefagets tradisjon med muntlige overleveringer. Benner (36) beskriver en metode for utvikling av klinisk kunnskap gjennom paradigme-case, altså forbilledlige situasjoner som inkluderer personlig kunnskap om hvordan situasjoner i klinisk praksis er blitt håndtert, og refleksjoner rundt dette.

Casene som sykepleierne bringer inn til nettverksgruppen, kan kanskje relateres til Benners beskrivelse av paradigme-case. Slike kliniske situasjoner fra praksis er alltid mer komplekse og byr på langt flere realiteter enn teori alene kan romme, fordi de inneholder sykepleierens situasjonsforståelse og intuisjon (36). I tillegg kan vi anta at casene som sykepleierne diskuterer i nettverksgruppen, er med på å forsterke deres rolle og holdning innen palliasjon (37). Kanskje er det ikke så overraskende at case-diskusjonen brukes som metode i dette nettverket, for definisjonen av palliasjon er nettopp rettet mot den individuelle pasient (det enkelte case) og ivaretagelse av den enkelte pasient og dennes pårørendes helseproblemer og utfordringer. En forklaring på at case-basert læring er fremtredende metode kan derfor tillegges det substansielle fokus innen palliasjon (5). Ved å dele erfaring fra kliniske situasjoner bygges kunnskap i form av et repertoar av mange case. Ved å dele av sine repertoar oppnår medlemmene i nettverket en gjenkjenning til egen klinisk praksis, noe som gir en bekreftelse på egen funksjon og rolle, i tillegg til bidrag av case fra andre som et tillegg til egen erfaring.

Når informantene beskriver at case-diskusjonene har en veiledningsfunksjon, kan det ses på som en type kollegaveiledning. Stålsett (17) påpeker at i kollegaveiledning lytter deltakerne spesielt til hverandres erfaringer fordi de jobber under samme rammer. En utfordring ved bruk av case som referanseramme i nettverksgrupper der deltakere kommer fra ulike arbeidsplasser, kan være at deltakerne har begrenset kunnskap om rammen for omsorgen og de kontekstuelle sidene ved pasientens situasjon. En av årsakene til at paradigme-case foretrekkes, kan også være fortellingens evne til å skape umiddelbar kontakt mellom budskap og tilhører og dermed rom for engasjement og forståelse. Kunnskap oppdages og begrepssettes gjennom analyseringen. På den måten kan opplevelser bearbeides og historien leder frem til erkjennelser og relateres til fag (38).

Becker (2) bekrefter at omsorg for pasienter i palliativ fase er kompleks og beskriver at sykepleiere som jobber innen palliasjon, trenger kompetanse innen kommunikasjon. De må kunne møte pasientens psykososiale behov, lindre fysiske plager, jobbe i team, og bevare pasientens verdighet i overgangen mellom liv og død. Komplekse situasjoner der det ikke er enkle svar som gjelder, kan være nyttige å drøfte med andre. Det er grunn til å stille spørsmål om sykepleiere som jobber i spenningsfeltet mellom liv og død, i større grad enn andre trenger denne type refleksjonsfora. I møte med alvorlig sykdom og død utfordres sykepleierens egne følelser. Kanskje er det derfor det er viktig å «samsnakke», å ha personlig kontakt i nettverket, og ha et fellesskap med andre med samme utfordringer? Er treffene og den personlige samtale en nødvendighet for tryggheten som trengs innen palliasjon? Becker påpeker at det er viktig at sykepleierne gjenkjenner og forsøker å forstå personlige reaksjoner som oppstår. Dette er en naturlig konsekvens av å jobbe med denne pasientgruppen. Evnen til å kunne reflektere over hvordan det påvirker, er opphavet til erfaring og læring (2). Informantene påpeker at de først og fremst trekker fram case som de har lykkes med. I mindre grad bruker de pasienteksempler i nettverket som de ikke lyktes med. Paradigme-case blir referert til noe som både kan være konstituerende eksempler på god praksis og korrigerende situasjoner der en lærer av sine feil (39). Det er grunn til å stille spørsmål om hvor lett det er å være kritisk, åpne opp for motstridende erfaringer og innrømme ting en strever med, når det er «solskinshistoriene» som blir presentert.

Et praksisfellesskap kan også virke konserverende dersom det hindrer deltakerne til nytenking. Derfor er det viktig med veiledning som bidrar til kritisk tenking og refleksjon rundt kunnskapen som blir produsert (40). Dersom nettverket ikke gir rom for å artikulere sin frykt for å gjøre feil, fratras deltakerne en mulighet for støtte i særlig vanskelige situasjoner. Det er viktig å skape bevissthet rundt hva som har gått galt, og hva som kan gjøres annerledes.

### Manglende forankring i teori og forskning

Resultatene tyder på at case-diskusjonene i nettverket først og fremst innebærer erfaringsutveksling og i mindre grad relateres til teori. Alvsvåg (41) beskriver at erfaring kombinert med teoretisk innsikt kan lære oss å skjelne hva disse erfaringene og inntrykkene kan være uttrykk for. Den teoretiske kunnskapen og refleksjonen kan gjøre handlingene til teoretisert praksis (41). En fare ved diskusjoner som bare baserer seg på case og ikke relaterer disse til nyere forskning og teori, vil være at diskusjonene kan komme til å repetere en avleggs eller feil praksis, slik Bjørk beskriver ferdighetslæring (42). Å forankre erfaringene i teorien er viktig for å unngå at sykepleierne lærer malpraksis av hverandre.

Illeris (16) sitt kompetansebegrep inkluderer ferdighetskompetanse til å ta kvalifiserte faglige og hensiktsmessige avgjørelser i fremtidige uforutsette situasjoner. I denne sammenheng vil det gi ressurspsykeleierne et større potensiale dersom de var opplært og motivert til å gå til litteratur og forskning – samt stole på egne vurderinger – i tillegg til å ringe en kollega. Kompetanseutvikling forutsetter i betydelig grad læring med nye synspunkter.

Barrierer for å ta i bruk forskningsresultater er av flere beskrevet som manglende tid til å lese og iverksette endringer, manglende dyktighet til å vurdere studier og forstå statistiske analyser, samt manglende tid og autoritet til å sette i verk endringer (18,43,44). Bratberg og Haugdahl (43) fant at manglende engelskkunnskap var en barriere for norske sykepleiere, og trekker frem at der en har lykkes i å øke bruken av forskning, var rom og tid til kollegiale diskusjoner og samarbeid helt nødvendig. Det kan være mulighet for en kollegial diskusjon og samarbeid gjennom ressursnettverket, men nettverket for læring kan også stimuleres via andre kanaler enn samtalen i fellesskapet, slik det er beskrevet om e-læring (20). Ved å legge ut aktuelle retningslinjer og oppgaver på en web-side, sende hverandre aktuell litteratur, oppmuntre til kritisk refleksjon, blogg via nettportal eller andre former for kommunikasjonskontakt, kan relevant forskning diskuteres og implementeres i klinisk praksis. «Samsnaking» i nettverk kan derfor utvides til fellesskap via en elektronisk læringsarena. Tilgjengeligheten blir enklere, bare et tastetrykk unna, noe som kan være avgjørende for sykepleiere som jobber langt unna hverandre og av mange hensyn ikke har muligheter til å treffes så ofte.

Informantene gir uttrykk for at de i liten grad tar initiativ til å vedlikeholde og innhente ny kunnskap mellom møtene på grunn av liten tid og mangel på tilrettelegging i jobben. Dermed får de heller ikke mulighet til å bringe noe tilbake til nettverket, selv om det er flere som nevner ansvar for egen faglig oppdatering. Disse resultatene kan tyde på at informantene overlater læring til det som skjer når de er samlet i fellesskapet.

### Videreutvikling av kompetansenettverkene

Kunnskap er ikke noe en får, læring krever egeninnsats, fordypning, tid og vilje. Dagens kompetansekrav krever kombinasjon mellom teori og erfaring for å oppnå hva som forventes. Her har nettverket en unik sjans til nettopp å kombinere paradigme-case fra praksis med teori og forskningsfunn. Det er en utfordring å finne egnede tilnæringsmåter for læring, spesielt for personer i faggrupper som bor langt fra hverandre, og heller ikke har gjensidig formell forpliktelse overfor hverandre. Et forslag til videreutvikling av ressursnettverket er å ansvarliggjøre deltakerne gjennom forventning om deling av kunnskap i form av artikler, retningslinjer og aktuelle problemstillinger gjennom en elektronisk informasjonskanal, gjerne en web-side med bloggmulighet, eller en e-postliste med fordelingsmulighet til alle. Nettverk av ressursnykepleiere kan være en viktig referansegruppe dersom det skal implementeres internasjonale «gullstandarder for palliasjon» (24) og innføres eller revideres nasjonale retningslinjer innen palliasjon, både fordi mange personer kan nås raskt og effektivt, og at det gir mulighet for å belyse spenningsfeltet mellom erfaringsbasert og teori-basert kunnskap i en slik gruppe.

### Bergrensinger

Deltakerne er rekruttert ved selvseleksjon. Antall deltakere er begrenset. De er rekruttert fra et begrenset geografisk område i Norge, og alle har videreutdanning/spesialutdanning i kreftsykepleie eller palliasjon. Det er ikke mulig å generalisere fra kvalitative undersøkelser. Vi kan ikke se bort fra at dersom utvalget hadde vært annerledes sammensatt, så kunne det gitt andre resultater. Men det at de samme temaene gikk igjen i begge gruppene, gjør at vi kan anta at disse kan være felles også for andre nettverksgrupper. Siden intervjuer (førsteforfatter) er kjent for mange av informantene, ville en annen intervjuer muligens ha trukket fram andre forhold eller fått fram andre perspektiv.

### Konklusjon

Funn fra denne studien viser at nettverk og fellesskap er en sosialiseringsarena til ressursnykepleierrollen, at case fra praksis er læringsrammen, og at nettverket i liten grad anvender teori og forskning som referanseramme for læring, refleksjon og diskusjon. Case-basert læring sikrer nærhet til klinisk praksis og er en kunnskapsbank med paradigme-case som sikrer videreføring av kunnskap til liknende situasjoner. Det kan tyde på at den største utfordringen for ressursnettverket er integrering av teori og forskning til praksis. Dette må gjenspeiles i kompetanseplaner for nettverket og systematiseres som innholds-komponenter i de formelle møtene, i web-baserte presentasjoner og i den daglige kommunikasjon mellom deltakerne i nettverket.

Godkjent for publisering 10.10.2011

Kristin Valen<sup>1</sup>, Siri Ytrehus<sup>2</sup>, Ellen Karine Grov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kristin Valen, Høgskolelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling for helsefag Haugesund/ master i klinisk helsearbeid fra Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Drammen.

<sup>2</sup> Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Drammen.

Korresponderende forfatter: Professor Ellen Karine Grov, Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Postboks 7053, NO – 3019 DRAMMEN, Telefon: +47 32 20 64 60, Fax: +47 32 20 64 10, E-post: [Ellen.karine.grov@hibu.no](mailto:Ellen.karine.grov@hibu.no)

### Referanser:

- Slåtten K. Kompetanse til å gi palliasjon – kjennetegn og utfordringer. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2008;(1):78-85.
- Becker R. Palliative care 2: Exploring the skills that nurses need to deliver high-quality care. *Nursing Times* 2009;Apr105(14):18-20.
- NOU 1999: 2 Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
- Kaasa S. Palliasjon: Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
- Kaasa S, Haugen DF. Fagfeltet palliativ medisin. *Tidsskriftet Den norske legeforening* 2006;3(126):326-8.
- Andersen IH, Ytrehus S, Grov EK. Palliativ sykepleie til pasienter med Kronisk Obstruktiv Lunge Sykdom (KOLS). *Klinisk Sygepleje* 2011;25(1):48-56.
- Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
- Kaasa S, Haugen DF, Rossland JH. Palliativ medisin – forskning og undervisning i et nytt fagfelt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2006; 3(126):333-6.
- NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Eriksson S. Faktorer som påvirker ressursnykepleierens rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg: erfaringer hos ressursnykepleiere og sykepleiere i små kommuner i Helseregion Vest. Masteroppgave Bergen: UiB 2009.
- St.meld.nr. 27: Gjør din plikt – krev din rett: kvalitetsreform av høyere utdanning. Kunnskapsdepartementet, 2001.
- Karseth B, Christiansen B. Utredning om motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse i pleie- og omsorgssektoren. Rapport, Pedagogisk forskningsinstitutt. Oslo; 2005.
- Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell1999-07-02-64.
- Norsk sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Oslo; 2007.
- Illeris K. Competence, læring og utdanning. *Nordisk pedagogik*. 2009; 29 (2):194-09.
- Stålsett UE. Veiledning i en lærende organisasjon. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
- Bjørk IT, Solhaug M. Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok. Oslo: Akribes; 2008.
- Secundo G, Romano A. *Dynamic Learning Networks: Models and Cases in Action*. Boston, MA: Springer-Verlag US; 2009.
- Hystad EØ. *Nettforum: et verktøy for kunnskaps- og kompetanseutvikling? Masteroppgave Hønefoss: HiBu*; 2010.
- Bø I, Schiefloe PM. *Sosiale landskap og sosial kapital: innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.
- Gjerberg E, Bjørndal A, Forsetlund L. Har opplæringsiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase? *Kunnskapssenteret*. 2009;1.
- Arnaert A, Wainwright M. Providing care and sharing expertise: Reflections of nurse-specialists in palliative home care. *Palliative and Supportive Care*. 2009; 7:357-364.
- Walshe C, Caress A, Chew-Graham C, Todd C. Implementation and impact of the Gold Standards Framework in community palliative care: a qualitative study of three primary care trusts. *Palliative Medicine*. 2008; 22:736-743.
- Hauken MA. *Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde: rapport fra evaluering*. Bergen: Betanien diakonale høgskole; 2009.
- Nikbakht-Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, ten Voorde MA, Prun JF. Function of local networks in palliative care: a Dutch view. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 8(4):808-16.
- Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
- Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage; 2009.

30. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Newbury Park, Calif: Sage; 1988.
31. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded source-book. Thousand Oaks. Calif: Sage; 1994.
32. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
33. Ruyter KW. Forskningsetikk: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. Oslo: Gyldendal akademisk; 2003.
34. Lysgaard S. Arbeiderkollektivet: en studie i de underordnedes sosiologi. Oslo: Universitetsforlaget; 1961.
35. Skår R. Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse: en studie av sykepleieres læringsferfaringer. Doktorgradsavhandling UiB ; 2010.
36. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: Tano; 1995.
37. Pavlish C, Ceronsky L. Oncology nurses' perspectives on nursing roles and professional attributes in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13(4):404-412.
38. Tveiten S. Veiledning: mer enn ord. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
39. Kirkevold M. Fortellingenes plass i sykepleiefaget. I: Kirkevold M, Nortvedt F, Alvsvåg H. Klokskap og kyndighet: Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Oslo: Ad notam Gyldendal; 2002.
40. Boge M, Markhus G, Moe R, Ødegaard EE. Læring gjennom veiledning: meningssskaping i grupper. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
41. Alvsvåg H. På sporet av et dannet helsevesen: om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet. Oslo: Akribe; 2010.
42. Bjork IT. Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry* 1999; 6(1):34-7.
43. Bratberg GH, Haugdahl HS. Opplæring i kunnskapshåndtering – nytter det? *Sykepleien Forskning* 2010; 5(3):192-99.
44. Oranta O, Routasalo P, Hupli M. Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2002 11(2):205-13.

**Ny bok!**

# Kroppsvask i sjukepleie

Eit politisk og historisk perspektiv  
*Jeanne Boge*



Den franske filosofen Michel Foucault har vist korleis maktthavarane i moderne industrisamfunn har utnytta ulike teoriar og kunnskapar politisk til å disiplinere innbyggjarane inn i bestemte kroppselege praksisar. Medan styresmaktene har prøvd å skape inntrykk av at disiplineringa har vore kunnskapsbasert, argumenterer Foucault for at motiva har vore politiske og økonomiske. Med denne argumentasjonen som bakteppe har Boge analysert tilhøvet mellom kroppsvask i sjukepleie, hygiene og behovsteori.

Boka er aktuell for bachelorstudentar innan helsefaga og for alle som interesserer seg for norsk sosialhistorie.

ISBN 978-82-7950-150-3 Pris kr. 198,- 103 sider

 **Akribe**

[www.akribe.no](http://www.akribe.no)