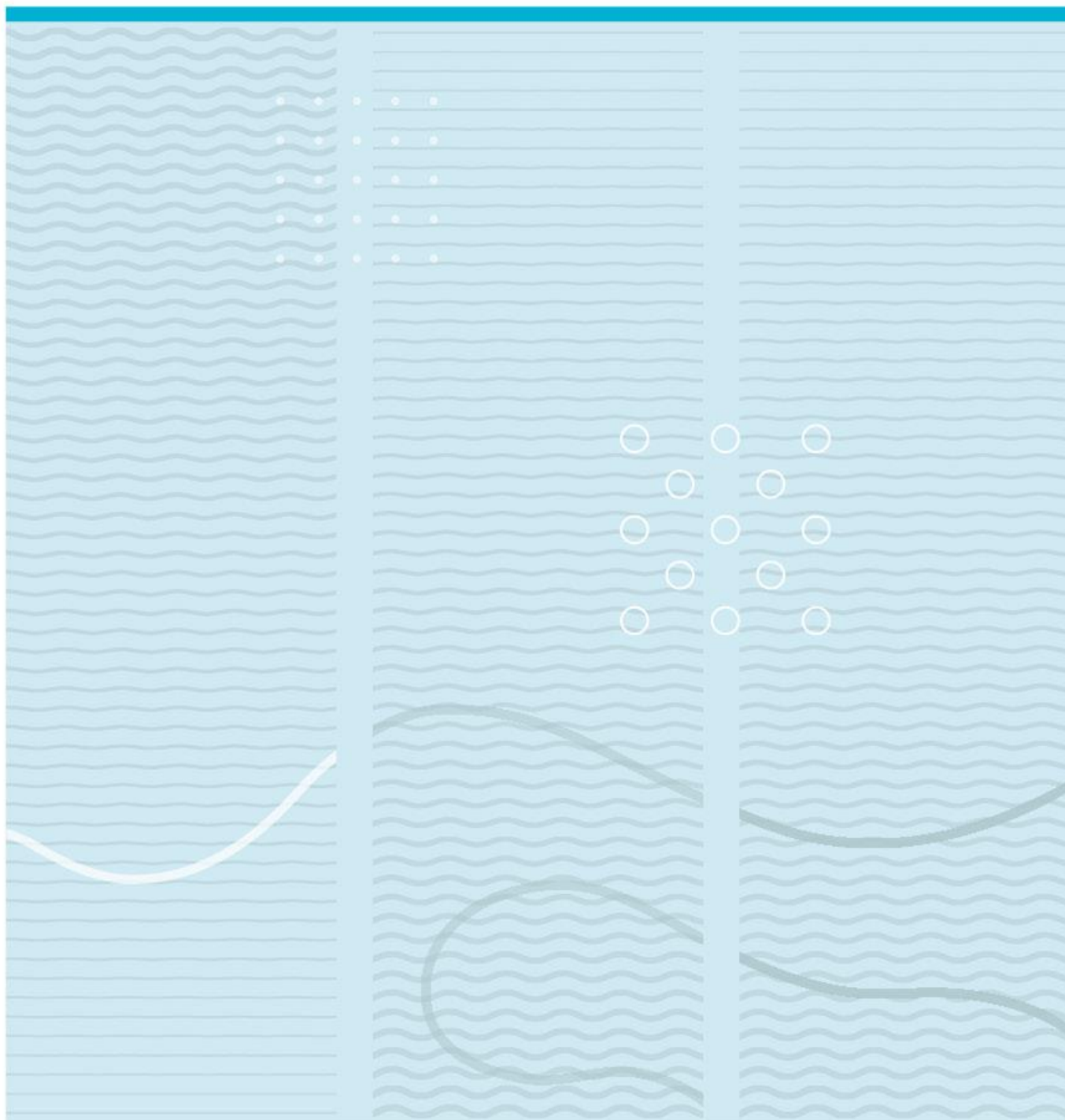


Else Turid Pedersen

«De holder ikke kunnskapen for seg selv»!

En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med den pedagogiske funksjonen til avanserte kliniske allmennsykepleiere.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Else Turid Pedersen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Utvikling av avanserte sykepleieroller er et av myndighetenes tiltak for å styrke kompetanse i kommunehelsetjenesten, for å imøtekomme utfordringer relatert til befolkningsvekst, demografiske endringer og samtidig mangel på kompetent helsepersonell. I tillegg til klinisk pasientrettet virksomhet skal avanserte kliniske allmennsykepleiere (AKS) kunne utøve en pedagogisk funksjon rettet mot helsepersonell. Det er imidlertid lite forsket på hvordan sykepleiere som jobber med avanserte kliniske sykepleiere erfarer dette.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive sykepleieres erfaringer av den pedagogiske funksjonen til AKS i form av undervisning, veiledning eller rådgivning.

Metode: Studien hadde kvalitativt design og inkluderte åtte semistrukturerte intervjuer av sykepleiere i hjemmetjenesten som datainnsamlingsmetode. Tematisk analyse ble anvendt som analysemetode.

Resultat: AKS'ere delte kunnskap med sykepleiere både formelt og uformelt, men det var betydelig flere situasjoner og kontekster hvor det foregikk uformell kunnskapsdeling. Tilrettelegging fra ledere, AKS' tilgjengelighet, relasjon og samarbeid var en forutsetning for at kunnskapsdelingen skulle skje. Kunnskapsdelingen ga individuelle og kollektive verdier. De individuelle verdiene representerte individuell faglig utvikling, trygghet og tidsbesparende effekt i en travel hverdag. De kollektive verdiene så ut til å erfares som positiv innvirkning på arbeidsmiljøet.

Konklusjon: AKS'ere hadde en pedagogisk funksjon hvor de delte sine kunnskaper med sykepleiere i det daglige arbeidet, noe som ga positive individuelle og kollektive verdier. Ledere i kommunehelsetjenesten hadde en viktig rolle ved å tilrettelegge for at AKS ble tilgjengelig slik at kunnskapsdeling i det daglige arbeidet kunne skje.

Abstract

Background: The development of advanced nursing roles is one of the authorities' measures to strengthen competence in the municipal health service, to meet challenges related to population growth, demographic changes and at the same time a lack of competent health personnel. In addition to clinical patient-oriented activities, nurse practitioners (NPs) should be able to perform an educational function aimed at healthcare personnel. However, little is explored about how registered nurses (RNs) working with NPs experience this.

Purpose: The aim of this study was to explore and describe RN's experiences of the educational function of the NPs related to teaching, supervision or counseling.

Method: The study had qualitative design and included eight semi-structured interviews of registered nurses in the home-care services. Thematic analysis was used as an analytical method.

Results: NPs shared knowledge with RNs both formally and informally, but there were significantly more situations and contexts where informal knowledge sharing took place. Prerequisites such as managers' facilitation, NP's accessibility, relationship and cooperation were required for knowledge sharing to take place. The knowledge sharing provided individual and collective values. Individual values were individual professional development, safety and timesaving effect in a busy everyday life. The collective values seemed to have a positive impact on the working environment

Conclusion: NPs had an educational function where they shared their knowledge with RNs in their daily work, which gave individual and collective values. Municipal health service leaders have played an important role in facilitating the availability of NPs so that knowledge sharing in daily work could take place.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	8
1 Innledning	11
2 Bakgrunn	12
2.1 Kommunehelsetjenestens utfordringer	12
2.2 Satsing på avanserte sykepleieroller i kommunene	14
2.2.1 AKS' bidrag i møte med kommunenes utfordringer	15
2.2.2 AKS' pedagogiske funksjon	16
2.3 Hensikt og problemstilling	17
3 Metode	19
3.1 Design	19
3.2 Utvalg	19
3.3 Rekruttering	20
3.4 Datainnsamling	21
3.5 Dataanalyse	22
3.5.1 Analysens første fase	23
3.5.2 Analysens andre fase	24
3.5.3 Analysens tredje fase	24
3.5.4 Analysens fjerde fase	25
3.6 Forskningsetiske vurderinger	25
3.6.1 Risiko- og nytteverdi	26
4 Resultater	27
4.1 Formell og uformell kunnskapsdeling i hverdagen	27
4.1.1 Formell undervisning	28
4.1.1.1 Planlagt undervisning	28
4.1.1.2 Virtuell lærings situasjon	28
4.1.2 Uformell kunnskapsdeling	29
4.1.2.1 Kunnskapsdeling via samtale- og drøftingssituasjoner	29
4.1.2.2 Kunnskapsdeling i pasient- og praksisnære situasjoner ...	30

4.1.2.3	Taus kunnskapsdeling.....	31
4.2	Viktige forutsetninger for kunnskapsdeling.....	32
4.2.1	Lederes tilrettelegging av AKS' tilgjengelighet er en viktig forutsetning for kunnskapsdeling	32
4.2.2	AKS' tilgjengelighet er forutsetning for kunnskapsdeling	33
4.2.3	Gode relasjoner er forutsetninger for kunnskapsdeling.....	34
4.2.4	Samarbeid er en forutsetning for kunnskapsdeling.....	35
4.3	Verdien av kunnskapsdeling	36
4.3.1	Individuell verdi av kunnskapsdeling	37
4.3.1.1	Individuell faglig utvikling	37
4.3.1.2	Trygghet i sykepleierollen	38
4.3.1.3	Kunnskapsdelingen har gitt en tidsbesparende effekt i en travel hverdag	38
4.3.2	Kollektive verdier av kunnskapsdeling	39
4.3.2.1	Kunnskapsdeling har en positiv virkning på arbeidsmiljøet	39
4.3.2.2	Bedre helsetjenester og økt forsvarlighet	39
5	Diskusjon	41
5.1	Det foregår mest læring i den uformelle kunnskapsdelingen	41
5.1.1	Å jobbe sammen i hverdagen gir uttelling for læring	43
5.2	Lederes viktige rolle for kunnskapsdeling og for tilgangen til AKS	45
5.3	Kunnskapsutvikling er viktig for det enkelte individ og for helsetjenesten ..	48
5.3.1	Kunnskapsutvikling er viktig for forsvarlig helsetjeneste.....	50
5.4	Diskusjon av metode	52
5.4.1	Studiens troverdighet.....	52
5.4.2	Studiens overførbarhet	54
6	Konklusjon	55
	Referanser	56

Forord

Det er med blandede følelser jeg sitter her i dag og skriver de siste ord i denne oppgaven. Arbeidet med denne oppgaven har vært en krevende prosess, men også veldig spennende, morsomt og lærerikt.

Det er mange som fortjener en stor takk for bidrag som denne oppgaven har krevd. Først ønsker jeg å takke deltageren som stilte opp i et pilot-intervju. Du bidro til en viktig startprosess i denne oppgaven.

Jeg må selvfølgelig få takke alle lederne som bidro med å rekruttere deltagere til denne oppgaven. Tusen takk for deres engasjement som hjalp meg med rekrutteringsprosessen..

Jeg ønsker også å takke alle deltagerne som har deltatt i denne studien. Gjennomføring av denne studien ville ikke vært mulig uten dere. Tusen takk for alle historier og all informasjon dere har bidratt med.

Jeg må også rette en takk til min lille familie, Frode og Lisa, som har vært en ekstra ressurs for meg gjennom denne tiden. Dere har vært tålmodige, men også gitt meg mye motivasjon gjennom denne prosessen.

Til slutt må jeg få takke min veileder gjennom denne prosessen, Linn Hege Førsvund, ved Universitetet i Sørøst- Norge. Du har vært en fantastisk støttespiller gjennom hele denne prosessen. Dine konstruktive tilbakemeldinger, innspill og forslag i prosessen har vært svært lærerike og betydningsfulle for meg. Tusen takk!

Sandefjord, 14.09.2021

Else Turid Pedersen

1 Innledning

Kommunehelsetjenesten i Norge har utfordringer relatert til økende andel av eldre mennesker, hvor mange har behov av helsehjelp, samtidig som det er mangel på kompetanse i helsetjenesten, spesielt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartement, 2013, s. 14 og 15; Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 14). Et tiltak for å møte disse utfordringene er opprettelsen av masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie, og innføring av avanserte kliniske allmennsykepleiere (AKS) i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019, s. 6). AKS har avansert og bred kunnskap og vil sannsynligvis være en ressurs i kommunehelsetjenesten og for annet helsepersonell. AKS har også en pedagogisk funksjon (Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere, 2020), men den er lite utforsket her i Norge. Dette er derfor tema for denne studien.

Denne studien utforsker AKS' pedagogiske funksjon i kommunehelsetjenesten. I neste kapittel vil studiens bakgrunn, relevant teori og hensikt presenteres. Deretter etterfølges metodekapittelet hvor studiens design, framgangsmåte, etiske vurderinger og analyse blir presentert. I resultatdelen blir resultatene fra semistrukturerte intervjuer presentert, før hovedfunnene og metode blir diskutert.

2 Bakgrunn

I dette kapitlet presenteres studiens bakgrunn. I første del beskrives kommunehelsetjenestens utfordringer. Deretter blir satsing på avanserte sykepleieroller i kommunen og AKS' bidrag i møte med kommunens utfordringer, og AKS' pedagogiske funksjon presentert. Hensikt og problemstilling blir avslutningsvis presentert i dette kapitlet.

2.1 Kommunehelsetjenestens utfordringer

Helse- og omsorgsdepartementet (2015, s. 14, 2019, s. 14, 2021, s. 3) hevder den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge står ovenfor utfordringer knyttet til flere ulike områder, deriblant kompetanse, endret sykdomspanorama og økende befolkningsvekst av eldre mennesker. Disse utfordringene har pågått over tid og bærer preg av knapphet på ressurser og mangel på nødvendig kompetanse til ivaretagelse av pasienter som bor i kommunene. Dette gjelder spesielt pasienter med kroniske sykdommer som KOLS, hjerte-kar sykdommer, kreft, diabetes, muskel-skjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens. I tillegg gjør endringene i befolkningssammensetningen at flere eldre med komplekse og sammensatte sykdomsbilder må ivaretas i kommunen der de bor. Politiske føringer har lenge tilsagt at det er ønskelig at eldre personer skal kunne bo hjemme lenge som mulig og motta bistand fra hjemmetjenesten (Sosial- og helsedepartement, 1997, s. 5).

En annen utfordring er at hjemmetjenesten er lite avgrensbar, siden kommunehelsetjenesten har ansvar for helse- og omsorgstjenester for alle personer som oppholder seg i kommunen, og innbyggerne har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester tilknyttet både somatisk og psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer og nedsatt funksjonsevne (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2018, § 3-1). Helsepersonell som skal møte innbyggernes behov må ha bred kompetanse og være forberedt på å yte helsehjelp til en sammensatt pasientpopulasjon. Kortere liggetider på sykehusene og overgang til en stor grad av poliklinisk behandling er ytterligere med på å komplisere bildet i de kommunale helsetjenestene. Dette medfører økt behov for avansert kompetanse

(Helsedirektoratet, 2015, s. 14; Norheim & Thoresen, 2015, s. 19) hvor det stilles store krav til sykepleieres kliniske kompetanse (Johansen & Fagerström, 2010, s. 501; Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016, s. 5).

I riksrevisjonens rapport fra 2016 hevdes det at kompetansenivået til helsepersonell i kommunehelsetjenesten ikke er tilstrekkelig for ivaretagelse av de eldre, skrøpelige pasientene. Kompetansen til helsepersonellet er ulik i forhold til hvilket felt helsepersonellet arbeider, og alderen på sykepleierne har også en betydning for kompetansenivået (Helsedirektoratet, 2015, s. 14; Helsedirektoratet, 2021, s. 4).

Det er på mange måter krevende å arbeide som sykepleier i hjemmetjenesten. Et element som bærer preg av utfordring er mangel på sykepleiere (Gautun, Øien & Bratt, 2016, s. 45; Norheim & Thoresen, 2015, s. 19). Mangel på sykepleiere gir ofte større arbeidsbelastninger til de ansatte og medfører dårligere kvalitet på sykepleieutøvelsen, samt både samhandling med sykehus og helsetilbudet til pasientene svekkes.

Sykepleiere i hjemmetjenesten opplever også et stort tidspress og må stadig gjøre tøffe prioriteringer overfor pasientene (Gautun, 2020, s. 39). Denne store arbeidsbelastningen og tidspresset for sykepleierne, er elementer som mange sykepleierne vurderer å slutte i sine stillinger (Gautun et al., 2016, s. 84). I tillegg opplever sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien at den individuelle kompetansen blant sykepleiere ikke er tilstrekkelig for ivaretagelse av pasientene på en forsvarlig og etisk måte. De har imidlertid stor interesse av å øke sin kompetanse (Norheim & Thoresen, 2015, s. 19).

I en skandinavisk studie viser det seg at helsepersonell har spesiell mangelfull kunnskap om de eldre, skrøpelige pasientene, og det kreves en høyere kompetanse for å ivare ta disse. Denne pasientgruppen trenger oppfølging av helsepersonell som har en mer avansert kompetanse og disse bør ha en autonom rolle (Bomann, Glasberg, Levy-Malmberg & Fagerstöm, 2019, s.4).

2.2 Satsing på avanserte sykepleieroller i kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet (2021, s. 7) lanserte «Kompetanseløft 2025» som tar utgangspunkt i blant annet manglende kompetanse hvor det presenteres et mål om en faglig sterk helsetjeneste med tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Masterutdanningen av avansert klinisk allmennsykepleie er et av satsningsområdene i kompetanseløft 2025, blant annet gjennom tilskuddsordningen for kommuner som utdanner AKS.

Utviklingen av nye og avanserte sykepleieroller, samt satsning på masterutdanning av avansert klinisk allmennsykepleie er et av flere tiltak som nasjonale myndigheter har initiert for å møte utfordringene med kompetanse- og ressursmangel (European Commission, 2019, s. 15). Denne utdanningen skal bidra til å styrke kvaliteten på helse- og omsorgstjenester i kommunene ved at sykepleierne får en avansert breddekompetanse (Helsedirektoratet, 2019, s. 6). I tillegg til breddekompetanse har AKS en omfattende klinisk kunnskap for et utvidet selvstendig faglig ansvar (Fagerström, 2019, s. 46).

AKS har tilegnet seg kunnskap på et avansert nivå, og utfører selvstendige og omfattende vurderinger av både akutt- og kronisk syke pasienter. Dermed har de en god evne til å fastslå hvilke tiltak som pasienten har behov av (Fagerström, 2019, s. 40). Sett fra et internasjonalt perspektiv har ICN- Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network (2002) utarbeidet denne definisjon av AKS:

“A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master degree is recommended for entry level” (ICN- Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network, 2002).

Ljungbeck & Forss (2017, s. 4) presenterer i sin svenske studie at med AKS anses å kunne være en verdifull ressurs i møte med de eldre skrøpelige pasientene og med sin

avanserte og brede kompetanse. De anser dermed også at AKS trolig vil kunne være en ressurs for sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

I februar 2020 ble en ny forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie iverksatt (Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere, 2020). Det legges særlig vekt på AKS sin breddekompetanse.

Kompetanseområdene gjelder følgende: «Klinisk vurderings- og behandlingskompetanse, helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning, faglig ledelse og koordinering, kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon».

Forskriften tillater AKS å søke om spesialistgodkjenning (Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere, 2020). Helsedirektoratet (2019, s. 28) fremhever at AKS'ere med en beskyttet tittel, vil ha en bestemt kompetanse hvor de kan bidra med kvalitet og sikkerhet slik at pasienten blir ivaretatt på en forsvarlig måte. AKS'enes kompetanse vil også ha en positiv innvirkning på annet helsepersonell som arbeider sammen med dem, ved at AKS vil trolig vil spre sin kompetanse videre. Dette er imidlertid lite utforsket.

2.2.1 AKS' bidrag i møte med kommunenes utfordringer

Opprettelsen av mastergradutdanning i AKS i Norge startet for 7-8 år siden, og man er derfor i en tidlig fase av implementering av rollen i de norske kommunene. Dette er også årsaken til at det foreløpig eksisterer sparsommelig med forskning på betydningen av denne rollen i kommunehelsetjenesten.

Utvikling og etablering av AKS' rolle og funksjon i Norge er under utvikling (Boman, Egilsdottir, Levy-Malberg & Fagerstr'om, 2018, s. 47; Hansen, Boman, Bing-Jonsson & Fagerstr'om, 2020, s. 21). Det er derfor store variasjoner i hvordan de kommunene som har utdannet AKS'ere bruker disse i tjenestene. Som følge av dette har også AKS forskjellige oppgaver, men oppgaver som regnes som relevant, er nært samarbeid med andre profesjoner, utføre inkomstvurderinger, brede geriatriske vurderinger, kartlegginger av ustabile og uavklarte pasienter, vurderinger av hjemmeboende pasienter med komplekse lidelser, bidrar til å styrke helse, funksjon, egenomsorg og livskvalitet til kronisk syke og eldre for å hindre sykdomsutvikling og redusere unødige

innleggelse i sykehus, veiledning til pasienter og pårørende, fagutvikling, samt veiledning og undervisning av annet helsepersonell (Helsedirektorater, 2019 s. 10).

Et av AKS kompetanseområde er undervisning og veiledning. Dette er derfor også svært aktuelle arbeidsoppgaver for AKS knyttet til en undervisende og veiledende rolle overfor annet helsepersonell. Det er imidlertid lite utforsket i Norge (Helsedirektoratet, 2019, s. 10).

2.2.2 AKS' pedagogiske funksjon

Pedagogikk er et stort og omfattende begrep og handler om oppdragelse, undervisning og sosialisering i alle aldre og på alle livets områder (Heldal & Witter, 2021, s. 16; Imsen, 2011, s. 7). Derimot er det noen sentrale temaer i pedagogikk, deriblant rådgivning, veiledning og undervisning. Rådgivning kan forstås som formidling av fakta og foregår ofte enveis, som for eksempel å gi råd på hvordan noe skal utføres og hvordan man tenker i bestemte situasjoner (Vågan, 2020, s. 80). Veiledning kan ses på som en istandsettelsesprosess hvor informasjon og instruksjon gir en styrket mestringskompetanse (Vågan, 2020, s. 79). Undervisning er et stort begrep og handler om hvordan kunnskap settes i spill mellom mennesker (Heldal & Wittek, 2021, s. 173). Undervisning kan forekomme overalt i samfunnet, mellom voksne og mellom voksne og barn i alle aldre (Imsen, 2011, s. 40). Det som er helt sentralt ved pedagogikk, og dermed også fellestegn innenfor rådgivning, veiledning og undervisning, er at det må foregå en prosess for læring (Vågan, 2020, s. 81).

Det er kjent at AKS har en pedagogisk funksjon mot pasienter og pårørende. Dette blir tydelig framhevet både i Helsedirektoratets rapport (2019, s. 18) og i Kunnskapsdepartementets forskrift (2020). Masterutdanningen av AKS har fokus på relevante helsepedagogiske metoder for å undervise og veilede pasienter og pårørende. Undervisningen og veiledningen skal være tilpasset pasienters og pårørendes helsekompetanse slik at de kan oppleve mestring. Det er også viktig at det kan bidra til at de kan bedre funksjon og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2019, s. 19).

AKS kan også utøve en pedagogisk funksjon mot annet helsepersonell. AKS kan undervise, veilede og gi rådgivning til helsepersonell i komplekse pasientsituasjoner, spesielt i akutte og ustabile situasjoner. Med en pedagogisk funksjon mener man i dette tilfelle undervisning i store eller mindre grupper, veiledning i grupper eller enkeltvis, eller direkte rådgivning- både formell og uformell. Dette handler om AKS' evne til dele med seg av sin kunnskap, slik at kunnskapen kan komme andre til gode, som i dette tilfellet er annet helsepersonell (Helsedirektoratet, 2019, s. 19).

Det er sparsommelig med forskning rettet direkte mot den pedagogiske funksjonen til AKS både nasjonalt og internasjonalt. Halliday, Hunter & McMillan (2017, s. 95) kan imidlertid bekrefte at AKS har en pedagogisk funksjon som omfatter både formell og uformell rådgivning og veiledning. Det viste resultatene i deres britiske studie ved et akuttmottak da de studerte AKS-rollen sett fra sykepleiers og turnusleges perspektiv. Det var lagt vekt på at undervisning var en del av AKS' funksjon i det daglige arbeidet i akuttmottaket.

En norsk studie som var utviklet gjennom møter med ledere, fastleger og politikere i kommunehelsetjenesten, ble det anslått at AKS vil kunne være en ressurs for andre sykepleiere. Det ble spesielt pekt på at AKS vil kunne være en god ressurs ved å veilede, undervise og rådgi andre sykepleiere. Dette ble ansett til å kunne bidra til økt kompetanse blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten (Hansen, Bomann, Bing-Jonsson & Fagerstrøm, 2020, s. 26).

2.3 Hensikt og problemstilling

Den pedagogiske funksjonen til AKS er noe vag og lite belyst i Norge. Hensikten med denne studien er å utforske den pedagogiske funksjonen til AKS, sett fra perspektivet til sykepleiere som arbeider sammen med dem. Ved å møte sykepleiere som har erfaring med AKS i kollegiet får man utforsket og beskrevet hvordan de erfarer den pedagogiske funksjonen til AKS. Forskning rundt dette vil bidra til å belyse hvilken nytteverdi AKS har som en pedagogisk funksjon, men også hvilke utfordringer som finnes der ute i feltet. Problemstillingen er dermed: «Hvilke erfaringer har sykepleiere av den pedagogiske funksjonen til AKS i form av rådgivning, veiledning eller undervisning?»

3 Metode

I denne delen blir studiens design, utvalg, rekruttering, og datainnsamling presentert. Deretter beskrives studiens analyse og forskningsetiske vurderinger.

3.1 Design

Denne studien har et kvalitativ design med en hermeneutisk tilnærming¹. Kvalitativ metode ble valgt fordi man i denne studien ønsket å få en dybdeforståelse for sykepleieres erfaringer. Designet innebar også mulighet til å oppnå en dypere forståelse av sosiale fenomener som i denne studien var den pedagogiske funksjonen til AKS i form av undervisning, veiledning eller rådgivning. Det ble utført semi-strukturerte dybdeintervjuer av til sammen åtte sykepleiere, og deretter tematisk analyse for prosessen videre fram til resultatet.

3.2 Utvalg

Denne studien satt søkelyset på sykepleiernes perspektiv. En forutsetning for deltagelse i studien var derfor at deltagerne var sykepleiere og hadde erfaring relatert til problemstillingen. Det vil si at sykepleiere som ble inkludert i denne studien jobbet i kommunehelsetjenesten, og hadde erfaring med rådgivning, veiledning eller undervisning gitt av en AKS. Ingen av sykepleierne som ble intervjuet hadde tilknytning eller bekjentskap til intervjueren. Dette var viktig fordi personlige samspill mellom intervjueren og deltagerne kan påvirke resultatet i begge retninger. Det er vanskeligere å opprettholde en profesjonell avstand dersom det er en tilknytning eller bekjentskap mellom intervjueren og deltagerne (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 108).

Utvalget hadde tilhørighet i to kommuner på Østlandet, slik at datamaterialet dekket undervisning, veiledning eller rådgivning gitt av flere AKS'ere. Utvalget bestod av til sammen åtte deltagere. De hadde alle ulik arbeidserfaring; fra nyutdannet til opp mot 20 års arbeidserfarenhet. Flere av deltagerne hadde også videreutdannelser. Alderen på

¹ Hermeneutikk: «Læren om fortolkninger av tekster innen humaniora; hermeneutisk fortolkning søker å nå fram til gyldige fortolkninger av en teksts mening» (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 355).

deltagerne hadde også et sprik på begynnelsen av 20- årene til opp mot 60-årene. Utvalget hadde også ulik erfaring av AKS. Noen samarbeidet tett med AKS daglig og noen hadde aldri vært i direkte samarbeid med AKS. Disse ulikhetene på deltagerne vil kunne gi et rikere datamateriale og ulike perspektiver på fenomenet som skal undersøkes (Polit & Beck, 2017, s. 493).

3.3 Rekruttering

Rekrutteringen av deltagerne startet i en tidlig fase ved at en representant fra AKS' faggruppe i Norsk Sykepleieforbund ble kontaktet. Representanten hadde god oversikt over hvilke kommuner som hadde etablerte AKS'ere i arbeid. Siden det var ønskelig å være mest mulig nøytral i forskerrollen, og heller ikke ønsket at AKS'ene skulle være hjelpelige med å rekruttere deltagerne, ble sykepleieledere i til sammen fire ulike kommuner kontaktet. Kontaktinformasjonen til sykepleierlederne lå på kommunenes hjemmeside. Sykepleielederne var ledere både i hjemmesykepleien og sykehjem og hadde oversikt over sykepleiere som hadde en AKS i kollegiet. I første omgang ble 18 sykepleielederne kontaktet via mail hvor også info-skrivet om studien ble tilsendt. Tanken var at sykepleielederne kunne rekruttere deltagere som var aktuelle, samtidig som deltagerne var ukjente for intervjueren. Responsen var varierende. Et par av sykepleielederne ga en rask respons og videresendte mailen til aktuelle deltagere slik at deltagerne selv kunne ta kontakt direkte med meg. Noen sykepleierledere besvarte aldri mailen og noen svarte at sykepleierne som arbeidet for dem ikke hadde kapasitet til å delta i studien.

Siden tilbakemeldingen fra flere av sykepleielederne var variert ble det sendt ut purring på henvendelsen etter to uker. Et par av lederne ble også kontaktet på telefonen da de hadde gitt uttrykk for at de hadde rekruttert deltagere, men ikke oversendt kontaktinformasjon til deltagerne. Rekrutteringen av deltagerne opplevdes noe enklere da man var i direkte muntlig dialog med lederne. På denne måten ble det rekruttert til sammen åtte deltagere som arbeidet i hjemmetjenesten.

3.4 Datainnsamling

I denne studien ble semistrukturerte dybdeintervjuer anvendt som datainnsamlingsmetode. Semistrukturerte dybdeintervjuer kjennetegnes ved at intervjueren anvender en skriftlig intervjuguide med spørsmål som lar deltakerne snakke fritt og fortelle historier med egne ord (Malterud, 2018, s. 134). Intervjueren vil nødvendigvis ikke følge intervjuguiden i rekkefølge, men vil sikre å få med alle spørsmålene. Denne datainnsamlingsmetoden var relevant fordi man gjennom kvalitative studier ønsker å utforske fenomener slik menneskene selv erfarer dem (Polit & Beck, 2017, s. 510). I denne forbindelse var det ønskelig å få en dybdeforståelse ovenfor hvilke erfaringer deltagerne hadde av AKS' pedagogiske funksjon i form av undervisning, veiledning eller rådgivning. For å kunne lage rike beskrivelser som kan reflektere mangfoldet i menneskenes erfaringer må man ha tilstrekkelig med datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 20).

Som et ledd i oppstartfasen til intervjuene ble et pilot-intervju utført. Dette var nyttig fordi dette ga intervjuer lærdom som ble tatt med videre, og nødvendige endringer på intervju-guiden ble utført, samtidig som intervjuer fikk kjenne på følelsen av å utføre et intervju. Et eksempel på dette var at det aldri ble utført mer enn et intervju på samme dag. Dette ble ansett som viktig siden deltagerne beskrev så mange viktige beskrivelser og informasjon, at det måtte reflekteres litt rundt dette før neste intervju ble utført. Deltageren i pilot-intervjuet ble ikke inkludert i denne studien siden deltageren falt utenfor inklusjonskriteriene.

Alle deltagerne fikk ønsket seg intervjusted og tidspunkt. Dette ble ansett som viktig for at deltagerne skulle føle seg mest mulig komfortable i selve intervjusituasjonen, både når det gjaldt stedet, men også når det gjaldt tidspunkt. Besvarelsene i intervjuet kunne blitt påvirket dersom deltagerne hadde det travelt med å komme seg videre til andre gjøremål (Polit & Beck, 2017, s. 514). Intervjuene foregikk hovedsakelig på deltagerens arbeidsplass. Et av intervjuene foregikk på intervjuers arbeidsplass etter deltagerens ønske. Alle intervjuene foregikk under uforstyrrede omstendigheter. Deltagerne ble også informert om forskningsetiske problemer, og hvordan personopplysningene ville bli behandlet.

Som en innledning i intervjuene ble det stilt et åpent spørsmål om hvilke erfaringer deltagerne hadde av rådgivning, veiledning eller undervisning de hadde fått av en AKS. Dette førte til en naturlig samtale og deltagerne kunne beskrive fritt om sine erfaringer. Det var blitt utviklet en intervjuguide (se vedlegg 1) i forkant. Denne intervjuguiden ble anvendt som et hjelpemiddel, men ikke i en og samme rekkefølge. Intervjuguiden ble for det meste anvendt mot slutten av intervjuene for å sikre at alle spørsmålene var tatt med. Intervjuguiden ble redigert underveis i intervjuprosessen på grunn av viktig informasjon en av deltagerne som var ønskelig å undersøke nærmere. Dette omhandlet «hvordan deltagerne opplevde terskelen med å ta kontakt med en AKS». Dette var i tråd med studiens utforskende design, og viser hvordan studien utvikles underveis på bakgrunn av egne refleksjoner over virkeligheten og synspunktene til deltagerne som ikke var kjent fra tidligere (Polit & Beck, 2017, s. 463).

Under intervjuet var intervjuer spesielt bevisst på å ikke avbryte, men lot deltagerne fortelle om sine egne erfaringer. På den måten var intervjuer også påpasselig på å tåle stillhet under intervjuet. Denne stillheten opplevdes som betydningsfull i form av at deltagerne satte i gang sine egne tankeprosesser rundt samtalen og temaet. På denne måten oppnåddes enda rikere beskrivelser og det ble lagt opp til mer åpenhet i intervjuet og lot deltageren prate selv (Polit & Beck, 2017, s. 510).

Etter å ha utført flere intervjuer ble det bemerket at visse temaer begynte å gjenta seg; gjenkjenning av det som deltagerne i de forriggående intervjuene tok opp. Dette ble veid rundt det praktiske rundt rammene for masteroppgaven og ønsket om å bli ferdig til tiden, mot verdien av å gjennomføre enda flere intervjuer. Intervjuene ble avsluttet etter intervjuer av åtte deltagere.

3.5 Dataanalyse

Johannessen, Rafoss & Rasmussens (2018, s. 278) tematisk analyse er anvendt som analysemetode av datamaterialet. Tematisk analyse slik Johannessen et al. (2018, s. 278) beskriver den, består av fire faser: forberedelse, koding, kategorisering og rapportering. Disse fasene blir presentert steg for steg i kapitlene under, og hvordan

metoden har tatt intervjuer fram til resultatet i denne studien. Denne analysemetoden har vært en inspirasjonskilde ved dens enkle, men samtidig grundig hjelpemiddel til å komme fram til deltagerens erfaringer, for å utforme og beskrive et fenomen. Det er viktig å presisere at denne analysen har vært en inspirasjonskilde til å få fram deltagerens egne og frie beskrivelser av deres egne erfaringer til det ferdige materialet. Selv om dette analyse-verktøyet ble anvendt i analysens fire faser, så har intervjuer reflektert over egen rolle gjennom hele analyseprosessen, både egen for forståelse og tolkning av deltagerens beskrivelser. Derfor har intervjuer hatt stunder hvor hun har stoppet opp, reflektert og skrevet notater underveis i hele prosessen. Dette har vært tidkrevende, men også nyttig i studien. Allikevel kan det ikke utelukkes at intervjuer kan ha hatt ubevisste tolkninger som har vært med gjennom analysen av materialet.

3.5.1 Analysens første fase

Den første fasen, forberedelse, innebærer fasen hvor man transkriberer intervjuene (Johannessen et al., 2018, s. 284). Intervjuene ble transkribert ordrett og fortløpende etter hvert intervju. Dette var bevisst handling fra intervjuers side; for det første var intervjuet «ferskt i minnet» og for det andre ble det en bedre kontinuitet i selve studien. Det ville vært ekstra tidkrevende å vente med transkripsjonene til alle intervjuene var utført, siden det var flere uker mellom første til siste intervju var utført. Selv om det ble transkribert etter hvert intervju, startet ikke den påfølgende analyseprosessen før alle intervjuer var transkribert. Intervjuer begynte allikevel å reflektere over det som kom fram i transkripsjonen. Nøkkelord over disse refleksjonene ble notert underveis.

I denne studien ble det transkribert til sammen 58 sider med datamateriale. Selv etter transkripsjonen ble det brukt mye tid på å lytte til intervjuene; hvert intervju har blitt lyttet til i flere omganger. Dette ble gjort for å fange opp detaljer som hadde kunnet blitt utelatt ved transkripsjon, samtidig opplevdes det å få en god oversikt over materialet. I samme prosess ble intervjuers refleksjoner skrevet ned, hvor refleksjon over hvem deltagerne var og viktige poeng deltageren delte med seg. Mange av disse poengene ble skrevet ned i refleksjonene som direkte sitat. Disse refleksjonene fikk en viktig betydning for den videre analyseprosessen. Dette opplevdes enklere å tolke

transkripsjonene på tvers som var en del av neste fase i analyseprosessen. Da all transkripsjon var ferdig, ble disse skrevet ut sammen med egne refleksjoner.

3.5.2 Analysens andre fase

Den andre fasen består av «koding» (Johannessen et al., 2018, s. 284). Dette gjøres for å få en oversikt over innholdet i dataene, generere nye og dypere innsikter i dataene, og tilrettelegge dataene for neste del i prosessen; kategorisering. Man bryter ned teksten i håndterlige avsnitt og kan eksempelvis angi et tema som avsnittet dreier seg om, eller noe som omtales i avsnittet. Koder kan både være deskriptive, fortolkende eller forklarende (Johannessen et al., 2018, s. 284).

Denne fasen var tidkrevende og ble gjennomgått i flere omganger. Intervjuer stilte ofte seg spørsmål om «hva er det teksten egentlig handler om»? og «hva er det som foregår her»? Ved at disse spørsmålene fikk intervjuer distansert seg noe fra de konkrete beskrivelsene som deltagerne uttrykte, slik at teksten ikke skulle tolkes for konkretisert. Veksling mellom nærhet og distanse av materialet ble derfor viktig for å kunne belyse problemstillingen. Transkripsjonene var rike med detaljert informasjon, men alt av informasjonen skulle ikke bli presentert (Malterud, 2018, s. 120). Gjennom prosessen med å kode materialet fikk intervjuer et mer overordnet blikk på materialet, samtidig som meningsfulle og konkrete setninger ble markert og stikkord om hva disse setningene omhandlet, ble skrevet i margin. På denne måten ble viktige poeng fra materialet satt ord på og fremhevet.

3.5.3 Analysens tredje fase

Neste steg i analyseprosessen var «kategorisering». Ved å kategorisere, sorterer man de kodede dataene inn i mer overordnede kategorier. Dette er funnene i studien og kommer fra dataen som har viktige ting til felles. Underkategorier vil også komme fram i denne fasen (Johannessen et al., 2018, s. 294).

Denne prosessen var også tidkrevende og handlet mye om å se materialet på tvers, slik at materialet ble en samlet enhet. Intervjuer brukte et utgangspunkt ved å stille spørsmålet: «Hva handler dette egentlig om»? Intervjuer prøvde å distansere seg noe

fra teksten, samtidig som man var bevisst på å ikke miste nødvendig og detaljert informasjon. Spørsmål intervjuer stilte seg selv under denne prosessen var ofte «Hva er det som foregår her»? «Hvilke situasjoner er det som beskrives»? «Hvem er det som deltar»? og «Hva er utfallet»? Disse spørsmålene intervjuer stilte seg selv sammen med refleksjonene som var nedskrevet, ga nye ideer og viktig inspirasjon videre i analyseprosessen og så de ulike kategoriene på tvers av hvert intervju. Denne prosessen utgjorde at intervjuer jobbet ut ifra tre ulike hovedkategorier, men flere underkategorier.

3.5.4 Analysens fjerde fase

Den fjerde fasen kaller Johannesen et al. (2018, s. 301) for rapportering. Denne fasen er selve skrivefasen av resultatdelen. I rapporteringen vil man skrive fram temaene i resultatdelen. Mye av arbeidet gikk også ut på bearbeidelse av materialet. Det må presiseres at selv i denne fasen, foregikk det en analyseprosess som resulterte i at det ble oppdaget at noen underkategorier handlet egentlig om det samme, men i en annen betydning. Derfor ble noen underkategorier flyttet inn i en annen hovedkategori og noen ble sammenslåtte. Det endelige resultatet falt til slutt på tre hovedtemaer: «Formell- og uformell kunnskapsdeling i hverdagen», «viktige forutsetninger for kunnskapsdeling» og «verdien av kunnskapsdeling». Disse tre hovedtemaene hadde flere undertemaer.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Deltagerne i denne studien fikk skriftlig informasjon både via mail og utlevert rett i forkant av selve intervjuet. På den måten ble deltagerne informert om de formelle sidene av studien. Før selve intervjuet ble hovedtrekkene i studien gjentatt muntlig spesielt med vekt på at det var frivillig å delta og at deltagerne når som helst kunne trekke seg ut av studien. Samtidig ble det lagt vekt på å påminne om taushetsbelagt informasjon som måtte unngås i intervjuet. Det ble utlevert skriftlig samtykke om at deltagerne ønsket å være med. Samtykket ble signert rett i forkant da intervjuet fant sted. Det skriftlige samtykket ga prinsipper som respekt for deltagerens evne til å fatte beslutninger og passe på at deltagerne ikke skades, ved å bli gjenkjent i studien (Kvale & Brinkman, 2019, s. 104).

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) om behandling av personopplysninger (Meldeskjema 974296). Oppbevaring av alt datamaterialet har foregått i henhold til Universitetet i Sør-Øst Norges retningslinjer. Etter hvert intervju ble alle lydbånd som spiltes inn under intervjuene anonymisert og transkribert før de ble skrevet ut. Transkripsjonene ble oppbevart på kryptert minnepenn, mens samtykkeerklæringer ble innelåst i safe. Lydopptakene ble lagret på USN sitt «Nettskjema Diktafon» (Universitetet i Sørøst- Norge, 2020).

3.6.1 Risiko- og nytteverdi

Det har blitt lagt stor vekt på deltageres integritet ved å ta hensyn til anonymitet. Det har blitt overveiet med varhet hvordan teksten har blitt fremstilt i analysen og resultatet, spesielt i forbindelse med direkte sitat som kan gi uttrykk for gjenkjennelse. Dessuten har det i størst mulig grad blitt lagt vekt på at intervjuer ikke har bekjentskap eller nær relasjon til deltagerne, noe som har blitt bevisst og kritisk vurdert i en tidlig fase for at intervjuer skulle ha en tilegnet nøytral rolle under intervjuene. Denne studien har heller ikke bidratt til noe substansielt ut over finansiering, karrieremuligheter eller fremming av karriere for deltagerne. Det kan imidlertid ikke utelukkes at deltagelse kan ha medført ulempe for deltagerne når det gjelder tid og konsentrasjon. Det er viktig å presisere at deltagerne har fått tydelig informasjon at de når som helst kunne trekke seg ut av studien.

Intervjuer har også reflektert rundt nytteverdien for den enkelte, for dagens- og fremtidige AKS, fremtidig nytte for samfunnet og forbedret vitenskapelig kunnskap og forståelse (Ruyter, Førde & Solbakk, 2018, s. 221). Denne nytteverdien kan gi ny kunnskap og læring som tidligere ikke var avdekket. De forskningsetiske refleksjonene til intervjuer har vært tilstede under hele forskningsprosessen, helt fra planleggingsfasen, gjennomføringsfasen og etterarbeidsfasen.

4 Resultater

Analysen viste at deltagerne erfarte ulike situasjoner der kunnskapsutveksling mellom AKS og deltagerne skjedde i form av rådgivning, veiledning og undervisning. Denne utvekslingen ble gjennom analysene forstått som kunnskapsdeling². Kunnskapsdelingen i denne sammenheng så ut til å være en enveisprosess som i stor grad gikk fra AKS til sykepleier. Dette kan skyldes at det var sykepleiernes erfaringer som ble studert i denne studien, derfor ble det ikke avdekket om AKS hadde utbytte ved kunnskapsdelingen.

Kunnskapsdelingen hadde ulike dimensjoner slik deltagerne uttrykte det, og gjennom analysen ble disse dimensjonene utforsket gjennom tre hovedtemaer. Det første hovedtemaet var «formell og uformell kunnskapsdeling i hverdagen». Den uformelle kunnskapsdelingen var imidlertid en større del enn den formelle kunnskapsdelingen og foregikk i det daglige arbeidet. Det andre hovedtemaet; «viktige forutsetninger for kunnskapsdeling», viste at det var ulike forutsetninger som måtte på plass for at kunnskapsdelingen skulle kunne finne sted. Dette var forutsetninger som lederes tilrettelegging for kunnskapsdeling, AKS` tilgjengelighet, relasjon og samarbeid. Til sist presenteres det siste hovedtemaet, «verdien av kunnskapsdelingen». Dette temaet viste hvilken betydning kunnskapsdelingen hadde både for deltagerne som enkeltindivider og som kollektive verdier.

4.1 Formell og uformell kunnskapsdeling i hverdagen

Resultatet viste at sykepleierne anså at AKS hadde en pedagogisk funksjon hvor de delte med seg av sin kunnskap. Denne kunnskapsdelingen foregikk både formelt og uformelt. Den formelle kunnskapsdelingen var planlagt undervisning hvor både tema og tid var forutbestemt. Deltagerne erfarte derimot at kunnskapsdelingen som foregikk uformelt i det daglige arbeidet var en betydelig større del av kunnskapsdelingen. Den uformelle kunnskapsdelingen bar preg av uplanlagte situasjoner som foregikk via rådgivning, drøfting, veiledning og samarbeid. Den uformelle kunnskapsdelingen ble derfor forstått som viktig i det daglige arbeidet.

² Kunnskapsdeling: «The provision of task information and knowhow to collaborate and help others to solve problems, develop new ideas, or implement policies» (Noe, Clark & Klein, 2014, s. 248).

4.1.1 Formell undervisning

Da deltagerne beskrev den formelle kunnskapsdelingen la de hovedsakelig vekt på situasjoner der undervisning foregikk som planlagt aktivitet på et gitt sted til et gitt tidspunkt og med en planlagt agenda.

4.1.1.1 Planlagt undervisning

Endel av kunnskapsdelingen fant sted i typiske undervisningssituasjoner, som for eksempel i et lunsjmøte eller i et undervisningsrom. Dette var planlagt undervisning av en AKS hvor tema og tidspunkt for undervisningen var forutbestemt. Temaene handlet typisk om situasjoner som personalet i hjemmesykepleien ofte kommer ut for. Dette var temaer som blodtrykk, blodtrykksmåling, NEWS, sepsis, Q-SOFA, anatomi og fysiologi, eller det å se «sammenhenger mellom sykdom og symptomer», cornea-testing, ABCDE, og om sår. Temaene om sår kunne både være generelle, men også omhandle sårproblematikk tilhørende avdelingens pasienter.

Det ble også uttrykt at deltagerne selv fikk være med å velge agenda for ulike temaer som de ønsket undervisning i. Disse temaene var ofte aktuelle problemstillinger fra avdelingens pasienter som ble brukt som utgangspunkt for undervisning. Det gikk ofte ut på hvordan personale hadde håndtert en situasjon, og hva som kunne vært gjort annerledes. I disse situasjonene ble det ikke bare overført kunnskap, men deltagerne fikk også hjelp til refleksjon rundt egne handlinger.

«Det var en case hvor det skulle ha vært tatt en NEWS- score, og scoren ble veldig høy. Det ble ikke kontakta lege og heller ingen innleggelse med en gang. Vi gikk gjennom hva vi gjorde da og hva vi kunne gjort annerledes. Vi så hva utfallet ble på en måte».

4.1.1.2 Virtuell læringssituasjon

Deltagerne erfarte også at planlagt og formell kunnskapsdeling kunne foregå i virtuell form. Kunnskapsdeling i samhandling og samarbeid mellom flere parter var eksempler på dette. Et eksempel på dette var samarbeid med AKS og spesialisthelsetjenesten, hvor kunnskapsdelingen skjedde i en undervisningssituasjon hjemme hos en pasient via direkte videooverføring. Pårørende, AKS, sykepleiere fra hjemmetjenesten og

representanter fra spesialist- og kommunehelsetjeneste var tilstede i denne situasjonen. AKS ble en viktig nøkkelrolle for kunnskapsdeling som en del av samhandling mellom pasientarenaene, i tillegg til den interne kunnskapsdelingen som deltagerne ellers fortalte om. Det så ut som at dette gjaldt pasienter som var i en rehabiliteringsfase hvor det ble lagt en målsetting for rehabiliteringen. Denne virtuelle formen for undervisning ble et godt tverrfaglig samarbeid hvor også pårørende og pasient ble inkludert med i planen for å nå målsettingen.

4.1.2 Uformell kunnskapsdeling

Den uformelle kunnskapsdelingen var kjennetegnet av uplanlagte situasjoner og hadde ingen spesiell tilknytning til tid og sted. Dette kunne for eksempel være situasjoner hvor veiledning og rådgivning foregikk via samtale og drøftinger, i pasient- og praksisnære situasjoner, ofte spontant og uplanlagt. Deltagerne hadde en oppfatning om at den uformelle kunnskapsdelingen foregikk oftere enn den formelle kunnskapsdelingen.

4.1.2.1 Kunnskapsdeling via samtale- og drøftingssituasjoner

Deltagerne erfarte at det å ha AKS som samtale- og drøftingspartner bidro til en viktig kilde til veiledning og rådgivning i utfordrende situasjoner. Dette så ut til å være en viktig del av den uformelle kunnskapsdelingen. En av deltagerne fortalte at hun brukte AKS mest som en samtalepartner og rådgiver ved å drøfte pasientcaser. Drøftingen foregikk både via telefonen eller i direkte kontakt. Ofte omhandlet drøftingen om pasienter som deltageren og AKS hadde samarbeidet om tidligere, og gjaldt ofte eldre pasienter som hadde et komplekst sykdomsbilde. Det var alltid pasienten som sto sentralt i drøftingen; drøftingen var for at man skulle gjøre det best mulig for pasienten. Deltageren opplevde drøftingen som en form for rådgivning og var betydningsfulle læringssituasjoner for henne. Deltageren fortalte at ulike pasientcase ble drøftet nesten daglig og at disse for det meste omhandlet situasjoner som deltageren hadde følt seg usikker, samtidig som AKS ønsket å spre sin kunnskap.

«AKS er en god drøftingspartner. Man kan alltid ringe om det er noe man er usikker på. De er jo flinke og sprer kunnskap. De holder ikke kunnskapen for seg selv. De prøver å gjøre oss andre gode også!»

4.1.2.2 Kunnskapsdeling i pasient- og praksisnære situasjoner

Mye av den uformelle kunnskapsdelingen så ut til å foregå i sammenheng med at deltager og AKS arbeidet sammen i dirkete pasientkontakt. Tilstedeværelse av AKS hjemme hos pasienter, så ut til å være viktige og lærerike situasjoner for flere av deltagerne. Deltagerne beskrev at dette var noe de ønsket mer av for at de skulle øke sine ferdigheter. De utrykte at disse situasjonene ga en fortløpende kunnskapsheving. Disse situasjonene var ofte knyttet til kompliserte pasientcaser hvor pasientene var eldre og hadde flere diagnoser. I tillegg erfarte deltagerne at selv om de i utgangspunktet opplevde at de mestret pasientsituasjonen, så lærte de alltid noe nytt da de var sammen med AKS. Dette omhandlet også mye av måten AKS fulgte opp pasientcasen videre sammen med deltagerne.

Uformell kunnskapsdeling så også ut til å foregå hjemme hos pasienter som var døende. Deltagerne beskrev hvordan AKS delte kunnskap om lindrende medikasjon til døende pasienter. I tillegg erfarte deltagerne at AKS hadde en spesiell trygghet og ro i slike situasjoner, som de selv kunne lære av. Enkelte av deltagerne hadde tidligere opplevd situasjoner hos døende pasienten som utrygge, men situasjonen ble heller opplevd som både lærerik, trygg og fin.

«Jeg følte meg så trygg på grunn av hvordan AKS er, og hun har mye erfaringer med denne pasientgruppen. Hun visste når man skal begynne med medisiner og hva man skal gi. Det følte så trygt, fordi hun har så mye kunnskap. Jeg føler at jeg har blitt tryggere selv i slike situasjoner også».

En av deltagerne fortalte at hun gjennom hele livet hadde opplevd det som utfordrende å lære via vanlig tradisjonell formell undervisning. Derfor opplevde hun det som svært betydningsfullt å være med AKS hjem til pasientene. Deltageren beskrev at en mer praksis-nær tilpasset undervisning med AKS i hjemmet til pasienten, var en god løsning for at hun skulle utvikle seg faglig. Deltageren forklarte det slik: *«Jeg synes teori er veldig vanskelig, men jeg kan godt forstå teorien hvis det jeg har erfart det i praksis først!»*

4.1.2.3 Taus kunnskapsdeling

Flere av deltagerne fortalte om situasjoner som de ikke så på som læringssituasjoner, men som gjennom analysen ble tolket som taus kunnskapsdeling. Dette omhandlet spesielt deltagerne som ikke hadde et veldig nært samarbeid med AKS. Disse deltagerne fortalte at de for det meste henvendte seg til AKS ved å sende henvisninger.

Tilbakemeldingene på henvisningene var imidlertid informative og ga lærdom til deltagerne. *«AKS skriver hva vi skal følge opp videre for å fange opp dårligere perioder hos kroniske pasienter, og hva vi skal se etter. Jeg lærer av disse tilfellene!»*

Det å være en «observatør på sidelinjen» i pasientens hjem ved utvikling av akutt sykdom, så ut til å være lærerikt for flere av deltagerne. Disse situasjonene ble tolket som taus kunnskapsdeling. I disse situasjonene så det ut som at det «å være med litt på siden», gjorde man gode refleksjoner.

«Når AKS har blitt tilkalt til en dårlig pasient og en sykepleier får være med å se når AKS gjør sine undersøkelser og vurderinger, så gjør sykepleierne sine egne refleksjoner over situasjonen. Dette er veldig lærerikt for den sykepleieren som er med.»

Ulike tiltak i tiltaksplaner som AKS hadde skrevet ble også tolket som en form for taus kunnskapsdeling. Deltagerne erfarte de beskrivende tiltakene i tiltaksplan som lærerike. Det gjaldt spesielt tiltaksplaner hos eldre pasienter med kronisk sykdom, som blant annet hjertesvikt, KOLS eller nyresvikt. Tiltaksplanene var veldig konkrete med tydelige beskrivelser over hva som skulle observeres for å finne tegn på mulig forverring hos disse pasientene. Dette fungerte som veiledende for deltagerens videre arbeid med pasientene.

Et annet eksempel ved taus kunnskapsdeling var deltagerne som ikke hadde et nært samarbeid med AKS, slet med å komme med konkrete eksempler på situasjoner hvor de hadde vært i kontakt med en AKS. Disse deltagerne var allikevel tydelige på at de fikk fortløpende økt kunnskap av AKS. Dette ble tolket som læringssituasjoner som var ubevisste for deltagerne og kunne være via samtaler i «korridoren», i «lunsjpausen»

eller andre ubevisste arenaer. Selv disse deltagerne fortalte det slik: *«Jeg føler at jeg lærer mye av AKS hele tiden. Og AKS er jo alltid tilgjengelig for spørsmål og råd!*

4.2 Viktige forutsetninger for kunnskapsdeling

Analysen viste at det var noen viktige forutsetninger som lå til grunn for at kunnskapsdeling kunne skje. Tilrettelegging fra ledere så ut til å være en spesiell viktig forutsetning for kunnskapsdeling i form av tilrettelegging slik at AKS'enes kunne være tilgjengelige for sykepleierne. I tillegg uttrykte deltagerne at både relasjoner og samarbeid kunne påvirke forutsetningen for at det skulle utveksles en kunnskapsdeling.

4.2.1 Lederes tilrettelegging av AKS' tilgjengelighet er en viktig forutsetning for kunnskapsdeling

Siden det gjennom analysene kom frem til at den uformelle kunnskapsdelingen utgjorde en større andel enn den formelle kunnskapsdelingen, ble det forstått at en viktig forutsetning for kunnskapsdeling, var lederes tilrettelegging av AKS' tilgjengelighet. Dette omhandlet om de organisatoriske forholdene som lederne hadde mulighet til å tilrettelegge, og innebar tilrettelegging av AKS' rolle og funksjon i hjemmetjenesten. I sammenhenger der ledere hadde tilrettelagt AKS-rollen som en selvstendig funksjon, erfarte deltagerne at AKS var svært tilgjengelige. Dette ble forstått å være spesielt viktig for uformell kunnskapsdeling.

Selv om lederes tilrettelegging ble vektlagt som særlig viktig for den uformelle kunnskapsdelingen, viste resultatet likevel at tilrettelegging fra ledere også var en viktig forutsetning for kunnskapsdeling i de formelle situasjonene. Et eksempel på dette var i forbindelse med formell kunnskapsdeling som foregikk i lunsjpauser. En av deltagerne fortalte at mange av hennes kollegaer opplevde det som ugreit at undervisning foregikk i lunsjmøter dersom helsepersonellet ikke fikk betalt i lunsjpausen. Dette ble ofte diskutert innad i arbeidsgruppa, men deltageren selv tenkte litt anderles på dette siden hun så disse lunsjmøtene som svært lærerike. Økt kunnskap hadde større betydning for henne enn at hun skulle ha betalt.

«Vi sitter jo sammen og spiser og det er vanskelig å ikke snakke om jobb!

Uansett hvem du sitter med, så blir det jobbprat! Da kunne vi liksom godt hatt

undervisning halvparten av tida et par ganger i uka. Det trenger ikke å være en gang i måneden, vi kan ha det oftere! Det hadde jeg satt pris på. Og det er jo greit at når man har undervisning, så skal vi ha betalt for matpausa, men det kunne de bare droppa for min del. Jeg trenger ikke å få penger for den læringa»!

4.2.2 AKS' tilgjengelighet er forutsetning for kunnskapsdeling

Gjennom analysen ble det tolket som at AKS' tilgjengelighet var en viktig forutsetning for sykepleierne for å muliggjøre kunnskapsdeling. Tilgjengeligheten i denne sammenhengen handlet både om tilgjengelighet i konkrete pasientsituasjoner, men også mer udefinert tilgjengelighet som at deltagerne kunne ta kontakt ved behov. Denne kontakten skjedde både via direkte kontakt, personlig kontakt, og mer formell kontakt i form av henvisning og e-meldinger. Resultatet viste at forutsetningen for at AKS skulle kunne bidra med kunnskapsdeling var tilgjengelighet helt sentralt og nødvendig.

Samtlige av deltagerne beskrev at de opplevde at AKS var tilgjengelige på en eller annen måte når de trengte bistand fra dem. Typiske eksempler var situasjoner som omhandlet de skrøpelige eldre med mer diffuse symptomer, i situasjoner hvor de hadde opprettet et samarbeid med fastlege, men ikke lyktes «å komme i mål», eller i vanskelige situasjoner som oppsto akutt. I disse situasjonene følte deltagerne, slik de beskrev det, at de ikke strakk til med sine ferdigheter og ble derfor usikre i situasjonen. Derfor ble det tolket at det å ha tilgang på AKS, hadde stor og viktig betydning for deltagerne.

Det ble også forstått at deltagerne som hadde mest erfaring og et tett samarbeid med AKS, hadde lav terskel for å kontakte AKS. Deltagerne fortalte at de ofte kontaktet AKS via telefon for å rådføre seg eller drøfte en problemstilling. Spesielt under coronatiden har AKS' tilgjengelighet via telefon vært betydningsfullt for mulighet til kunnskapsdeling. Deltagerne hadde anvendt AKS'ere mye til rådføring via telefon og telefonkontakten ble dermed også en form for kunnskapsdeling. Deltagerne fortalte at AKS oftest hadde lik arbeidstid som dem. Dette ble tolket som at det var enklere å holde en løpende kontakt. Samtidig ble det hevdet at AKS'ere hadde en spesiell lidenskap og drivkraft for

sitt arbeid hvor de ønsket å bli involvert, selv etter arbeidstid, slik eksempelet under viser.

«AKS er alltid tilgjengelige når jeg kontakter dem, men jeg jobber jo bare på dagen da, så de gangene jeg har vært i kontakt med en AKS så har det vært på dagtid. Nå har det jo hent at pasienter har blitt dårlige i vaktskifte og jeg har jobbet overtid. Også da har jeg hatt muligheten til å ringe og rådføre meg selv om det er etter arbeidstid. Så jeg vil jo si at jeg opplever de som veldig tilgjengelig, også har de en sånn lidenskap da; de vil gjerne involveres også!»

4.2.3 Gode relasjoner er forutsetninger for kunnskapsdeling

Gode relasjoner ble gjennom analysene tolket som å være en viktig forutsetning for kunnskapsdeling Dette gjaldt relasjonene menneskene hadde til hverandre, både personlig og profesjonelt. Det ble også antydnet hvorvidt deltagerne kunne identifisere seg med AKS som en likeverdig kollega, også innvirket på i hvilken grad de tok initiativ til kontakt. Dette så ut til å omhandle likeverd og tillitt mellom fagpersonene. Med likeverd så fagpersonene ut til å mene at det var enklere å kontakte en AKS framfor en lege. Dette handlet også om at deltagerne gjenspeilet seg selv med AKS. Deltagerne følte seg ikke mindreverdige selv om at det var et kunnskapssprik mellom deltagerne og AKS. Dette kom tydelig fram i et av intervjuene hvor deltageren fortalte at det var vanskelig å skille mellom AKS og sykepleier. På denne måten gjenspeilet deltageren seg selv med en AKS hvor hun følte seg likeverdig.

«Det er så vanskelig å skille på AKS og sykepleier på en måte, fordi AKS er en veldig flink sykepleier, og om det er noen jeg trenger å ringe, få råd eller ha med meg noen, for eksempel hjemdød, så er det jo absolutt henne, fordi hun har jo veldig mye erfaring. Men, er det liksom AKS eller er det min sykepleierkollega? Det er vanskelig å skille på det».

Et annet eksempel hvor relasjonene mellom profesjonene gjenspeilte seg var ved at de aller fleste deltagerne ikke hadde en opplevelse av at det var en høy terskel for å kontakte AKS. Det hadde heller ingen betydning for hvem av AKSene som deltagerne kontaktet.

«Det er absolutt ingen høy terskel for å kontakte en AKS. Det er helt fantastisk at vi kan hjelpe hverandre sånn og gjøre hverandre gode på den måten. Så det er heller en trygghet, synes jeg! Det har heller ingen betydning av hvilken AKS jeg kontakter».

Relasjonen ble også tolket til å bli påvirket av en viss maktfordeling, noe som preget innvirkningen på kunnskapsdelingen. Selv om de aller fleste deltagerne opplevde at det ikke var en høy terskel med å kontakte AKS, var det en av deltagerne som opplevde nettopp dette. Denne deltageren beskrev at dette skyltes deltagerens skamfullhet og en følelse av at hun burde ordne opp i vanskelige pasientsituasjoner og problemstillinger selv. I tillegg var hun usikker på hva en sykepleier burde kunne, for at hun ikke skulle behøve å be om hjelp. Dette forsterket også terskelen med å ta kontakt med AKS negativt.

«Det er en terskel å ringe AKS fordi det er litt skamfullt, fordi jeg er redd for at det jeg ikke kan, burde en sykepleier kunne! Og da er det kipt og skulle ringe dem, også viste det seg at det burde jeg vite! Også gjør jeg ikke det! Også må de på en måte komme «og redde» meg!»

Gjennom analysene ble det forstått at det foregikk en ubevisst maktfordeling som kan påvirke innvirkningen på kunnskapsdeling. Det så ut til å gjelde terskelen med å ta kontakt med en AKS mellom ulike fagpersoner. Et eksempel på dette var at det følte unaturlig for ufaglærte og faglærte å kontakte en AKS. Disse ville kontakte sine egne sykepleiere først.

«Sykepleierne vet hvem AKS er at AKS kan ringes til og de vet jo hvem de er. Jeg tror at faglærte og hjelpepleierne går til våre sykepleiere først, så det skal nok litt til for at de tar direkte kontakt med AKS videre ut fra avdelinga».

4.2.4 Samarbeid er en forutsetning for kunnskapsdeling

Et nært og tett samarbeid med AKS ble gjennom analysene forstått som å være en viktig forutsetning for kunnskapsdeling. Deltagerne som hadde erfaring med et tett og hyppig samarbeid med AKS fortalte at de anslo at de anvendte AKS mest fordi de satt igjen med en positiv og lærerik opplevelse av samarbeidet. Deltagerne beskrev samarbeid med

AKS gav dem økt kunnskap, og at de ofte erfarte at AKS ga dem rådgivning, veiledning og undervisning i en og samme situasjon. Ofte delte AKS sine tanker om sine vurderinger, hvordan hun ser sammenhenger og hvordan hun håndterer situasjonen videre med fastlege eller sykehus.

Et godt samarbeid med AKS ble også forstått til å ha en betydning for å få en fortløpende kunnskapsheving for deltagerne. Dette gjaldt spesielt situasjoner med eldre pasienter med komplekse helsetilstander som deltagerne opplevde å få en fortløpende kompetanseheving av samarbeid med AKS. Dette omhandlet også måten AKS fulgte opp pasientcasen videre sammen med deltageren.

«Jeg lærer veldig mye hver gang jeg samarbeider med AKS, selv i situasjoner hvor jeg vet hva jeg skal gjøre, så lærer jeg noe nytt! Så jeg opplever at vi har et godt samarbeid. Det er jo sånn at AKS alltid ringer i etterkant de har gjort vurderinger og forteller hva de har gjort. I tillegg sier de hva vi burde følge opp videre!»

Et annet eksempel viste at samarbeidet med AKS var en viktig forutsetning for kunnskapsdeling, var måten deltagerne erfarte at de og AKS samarbeidet på. En av deltagerne beskrev at samarbeidet foregikk ofte ved at de gjorde vurderingene sammen, og AKS lot deltageren være delaktig i de kliniske undersøkelsene og videre prosess. Disse samarbeidssituasjonene ble viktig for kunnskapsdelingen, hvor deltageren hadde erfart nytteverdien med å ikke overlate alt til AKS, men å bli med AKS inn i situasjonen.

«Samarbeidet med AKS blir en fortløpende kompetanseheving for oss sykepleiere ute i feltet, men det er også viktig å være bevisst på å ikke overlate alt til AKS'en. Når man får være med i hele prosessen husker og erfarer man mye mer enn hvis man bare hadde stått på sidelinja! Når man samarbeider tett så gir dette en gradvis kompetanseheving!»

4.3 Verdien av kunnskapsdeling

Gjennom analysen ble det tolket at kunnskapsdelingen var verdifull for den enkelte deltager, men også for kollektivet. Deltagerne beskrev individuelle verdier som økt

faglig utvikling, trygghet i sykepleierollen, og at det har gitt dem en tidsbesparende effekt i en travel hverdag. Deltagerne beskrev også at kunnskapsdelingen hadde gitt kollektive verdier som positiv virkning på arbeidsmiljøet, samt bedre tilgang på helsetjenester og økt forsvarlighet.

4.3.1 Individuell verdi av kunnskapsdeling

Gjennom analysen kom det frem at kunnskapsdelingen hadde individuelle verdier. Disse verdiene omhandlet økt faglig utvikling, trygghet i sykepleierollen, samt det har gitt en tidsbesparende effekt i en travel hverdag.

4.3.1.1 *Individuell faglig utvikling*

Deltagerne beskrev at kunnskapsdelingen hadde gitt dem økt faglig utvikling. Den faglige utviklingen ble forstått til å være individuell og det så ut som at det hadde liten betydning i hvilken grad arbeidserfaring betydde. Selv de mest erfarne deltagerne med videreutdanning erfarte at kunnskapsdelingen hadde gitt dem et kompetanseløft. Allikevel ble det forstått at det fantes et fellestrekk som var sentralt; den nye kunnskapen deltagerne hadde etablert ble anvendt i det daglige arbeidet.

Den faglige utviklingen gjenspeilte seg i vurdering av eldre, skrøpelig pasienter med komplekse sykdomsbilder, slik deltagerne selv erfarte dette. Deltagerne erfarte at de var blitt bedre på observasjon, se sammenhenger, se helheten/totalbilde, og de hadde lært å stole på egne observasjoner og vurderinger. «Totalbilde» og «sammenhenger» i dette resultatet omhandlet pasienten som en helhet. Deltagerne så derfor situasjon, pasientens diagnoser, symptomer og medisinbruk som en helhet, og utførte egne vurderinger ut i fra dette hele bildet.

Flere av deltagerne uttrykte at en stor vekt av den faglige utvikling dreide seg om medikamenter og vurdering av disse. Det var spesielt i forhold til symptomer på bivirkninger hos eldre pasienter og på legemidler som var blitt uhensiktsmessig for pasienten. Flere av deltagerne fortalte at det var denne kunnskapen som de anvendte mest i det daglige.

4.3.1.2 Trygghet i sykepleierollen

Deltagerne uttrykte at kunnskapsdelingen hadde gitt dem en trygghetsskapende følelse samtidig som de kjente på en mestringsfølelse. Trygghet var et viktig og gjentakende begrep som kom fram i nesten alle intervjuene. En av deltagerne sa det så enket som: «Desto mer jeg kan, desto tryggere blir jeg»! Samtidig erfarte deltagerne at de følte seg mer selvstendig i sykepleierollen. Deltagerne beskrev at de vurderte pasientene mer helhetlig og hadde blitt grundigere med karlegging av medikamenter. Denne totalheten utgjorde det lettere for deltagerne å kommunisere med annet helsepersonell på legevakt og sykehus, siden de nå kunne komme med mer konkrete beskrivelser. Dette ga deltagerne en mer trygghet i sin sykepleierolle hvor de utviklet sin selvstendighet.

4.3.1.3 Kunnskapsdelingen har gitt en tidsbesparende effekt i en travel hverdag

Deltagerne erfarte at verdien av kunnskapsdelingen så ut til å ha en tidsbesparende effekt. I et av intervjuene hvor deltageren hadde et nært og hyppig samarbeid med AKS, ble det uttrykt at deltageren opplevde samarbeidet med AKS hjemme hos pasienten som unike læringssituasjoner, og utfallet av kunnskapshevingen var tidsbesparende. Deltageren forklarte dette med at ved å øke kunnskapsnivået, vil man spare tid i det lengre løp.

«Det kan jo kanskje ta litt lengre tid i akkurat de øyeblikkene man står i læringssituasjoner for at man skal få en kompetanseheving selv. Det er klart at da sparer ikke jeg noe tid på det. Men, jeg sparer jo tid på det i det lengre løpet. At man kanskje har en pasient som kanskje ikke blir så dårlig og at man kan «snappe opp» problematikken mye tidligere».

Flere av deltagerne sammenlignet tidligere situasjoner hvor de hadde anvendt mye og unødvendig tid. Dette gjaldt situasjoner som omhandlet e- meldinger til fastlegene, kontakt med legevakts-personell og kontakt med sykehuspersonell. Deltagerne erfarte at verdien av kunnskapsdelingen utgjorde en tidsbesparende effekt i disse situasjonene, hvor både e-meldingene til fastlegene og dialogen med legevakt har blitt mer konkrete og utfyllende. Dette så ut til at deltagerne fikk en bedre og raskere responderende respons. Deltagerne erfarte at de sparte tid ved at de i mindre grad trengte å purre på fastlegene, og fastlegene fikk mer tydelige og konkrete situasjoner å forholde seg til.

Det gjaldt også besparelse av tid deltagerne var i kontakt med legevakt. Det var spesielt i de tilfellene hvor de eldre skrøpelige pasientene som hadde utviklet diffuse symptomer. Henvendelse til legevakt i disse tilfellene hadde vist seg å være svært tidkrevende. Deltagerne erfarte at siden de hadde noe mer konkret å tilføre i dialogen med legevakt, opplevde deltagerne at de ble hørt på en bedre måte.

4.3.2 Kollektive verdier av kunnskapsdeling

Da deltagerne beskrev de kollektive verdiene av kunnskapsdelingen la de vekt på en positiv innvirkning på arbeidsmiljø, bedre helsetjenester og økt forsvarlighet.

4.3.2.1 *Kunnskapsdeling har en positiv virkning på arbeidsmiljøet*

Flere deltagere uttrykte at kunnskapen AKS delte ga en inspirerende og motiverende effekt på en hel personalgruppe. De kalte kunnskapsdelingen for en «smitteeffekt» på hele personalgruppa. Denne «smitteeffekten» berørte arbeidsmiljøet på en positiv måte, slik deltagerne erfarte det. «Smitteeffekten» medførte at personalet utviklet seg både som person og fagperson, slik deltagerne beskrev det. Det medførte at det ble mer spennende å jobbe; personalgruppa ble mer engasjert og fikk økt motivasjon. I denne forbindelse, slik deltagerne erfarte det, ble det også skapt en positiv sirkel hvor personalet fortsatte å etterspørre kunnskap og de fikk en kontinuerlig faglig dialog i hele personalgruppa. Helsefagarbeidere og annet helsepersonell hadde også tydelig vist glede av å få lære nye ting. Nytteverdien av kunnskapsdelingen så ut til å berøre en hel avdeling.

«Det skapes en «kunnskapstørsthet» i personalgruppa. Dette får en positiv innvirkning på miljøet og kulturen i avdelingen. Å få hjelp til å vokse, både som person og fagperson gjør at du føler at det blir mer spennende. Også blir du glad for tilbakemeldinger på at du er flink på noe. Jeg tror at det gjør at man blir motivert og det skaper en nysgjerrighet. Man vil vite mer, undersøke mer, også er det en positiv sirkel at hvor man går rundt og fortsetter og etterspørre kunnskap»!

4.3.2.2 *Bedre helsetjenester og økt forsvarlighet*

Gjennom analysene så det ut som at kunnskapsdelingen kunne ha en positiv innvirkning på helsetjenesten til pasientene, spesielt ved at det hadde blitt bedre saksgang, slik

deltagerne erfarte det. Dette dreide seg om at deltagerne ofte fikk forhindret innleggelse på sykehus, eller at pasientene ble innlagt sykehus i et tidligere stadium, slik deltagerne beskrev det. Dette så ut til å medføre en positiv effekt på pasientforløpet, spesielt pasientforløpene til eldre pasienter med komplekse sykdomsbilder.

En deltager erfarte at økt kunnskap om de skrøpelige eldre pasientene som hadde et komplekst sykdomsbilde, ofte fikk bedre vurderinger i hjemmet. Deltageren erfarte at ved grundige totalvurderinger i hjemmet på et tidlig tidspunkt, samtidig som det er et godt samarbeid med sykepleierne, AKS og fastlege, kunne pasienten slippe «turen» til fastlegekontoret, hindre innleggelse på sykehus og pasientforløpet ble kortere.

«Jeg føler at vi totalt sett kan gi pasientene et bedre helsetilbud, fordi man kan gi veldig god oppfølging i hjemmet. Når AKS sprer kunnskap blir det veldig lett for oss andre å følge etter og prøve å gjøre en like god jobb».

I likhet med pasientforløpene, fortalte flere av deltagerne at de erfarte at pasientforsvarligheten hadde økt, noe som igjen bidro til at tjenestetilbudet var bedre. Deltagerne fortalte at AKS bidro med sin kompetanse på å vurdere pasienter, men de bidro også til at sykepleiere og annet helsepersonell også hevet sin kompetanse. Dermed økte også den faglige forsvarligheten til å yte helsehjelp, slik deltagerne erfarte. Deltagerne erfarte også at forbedrede og konkrete behandlingsplaner hadde også bidratt til økt forsvarlighet. Behandlingsplanene var veldig konkrete og lette å forstå. Det betydde at alle yrkesgrupper forstod hvilke tiltak som skulle gjøres ved behov.

5 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive sykepleieres erfaringer med AKS' pedagogiske funksjon i form av undervisning, veiledning eller rådgivning. Gjennom sykepleiernes erfaringer viste det seg at AKS delte kunnskap i det daglige arbeidet, og at analysen viste hvordan det var i de uformelle situasjonene hvor det foregikk mest kunnskapsdeling. Resultatet viste også at det så ut som at lederne hadde en viktig rolle for å legge til rette for kunnskapsdeling og for tilgangen til AKS. Som et resultat av kunnskapsdelingen erfarte sykepleierne at de fikk økt sine faglige ferdigheter. Disse elementene blir diskutert nærmere i denne delen av oppgaven. Avslutningsvis blir metoden for denne studien diskutert.

5.1 Det foregår mest læring i den uformelle kunnskapsdelingen

Resultatet i denne studien viser gjennom analysene at AKS hadde en pedagogisk funksjon hvor de delte kunnskap både formelt og uformelt. Det som særpreger denne studien i stor grad var at hovedvekten av kunnskapsdelingen foregikk uformelt, slik deltagerne beskrev dette. Den uformelle kunnskapsdelingen foregikk uformalisert og var tilsynelatende tilfeldig i det daglige arbeidet uten at man var bevisst på å lære noe (Filstad, 2016, s. 183). Filstad (2016, s. 128) hevder at kunnskapsdeling forstås som to ulike ledd som må bli anvendt for at det skal muliggjøres. I denne sammenheng var disse leddene AKS og sykepleier. Kunnskapsdelingen handler om å anvende den kunnskapen som allerede eksisterer og det å gjøre hverandre gode. Dette handler om å utnytte kunnskapen som det enkelte individet har, å mobilisere den videre for å dele den med hverandre. På denne måten vil man skape muligheter for refleksjon, skape og videreutvikle kunnskap.

Resultatet i denne studien viste gjennom analysen at sykepleierne så ut til å erfare den uformelle kunnskapsdelingen som en form for læring, slik at de ulike situasjonene ble sett på som gode læringssituasjoner. Illeris (2012, s. 260) kaller slike uformelle læringssituasjoner for hverdagslæring. Hverdagslæring er den læringen som finner sted uformalisert og tilsynelatende tilfeldig i hverdagslivet. Disse uformelle

lærings situasjonene påvirkes av en rekke impulser som påvirker oss i form av læring, uten at det foregår en bevisst bearbeidelse. Dette kan sees i sammenheng i den uformelle kunnskapsdelingen i denne studien hvor det ikke var noe mål om å utvikle kunnskap, men allikevel viste seg å være betydningsfulle situasjoner hvor sykepleierne fikk hevet sitt faglige nivå. Disse situasjonene så ut til å være tilfeldige i sykepleiernes hverdag og handlet mer om dagligdagse rutiner de hadde på arbeidsplassen som for eksempel lese AKS' tilbakemeldinger på henvisninger, lese tiltaksplaner, kontakte en AKS for rådgivning eller veiledning, eller være sammen med AKS hjemme hos pasienter. Filstad (2016, s. 183) hevder det oppstår læresituasjoner i slike hverdagslige rutiner, men det har ofte ikke et mål om at man skal utvikle kunnskap, men heller om å løse daglige arbeidsoppgaver og utfordringer.

I denne studien så det ut som at AKS kunne bidra som en veileder og rådgiver. Det ble spesielt synlig i den uformelle kunnskapsdelingen. Fagerstrøm (2019, s. 101) hevder at AKS kan være en coach for annet helsepersonell. I denne sammenheng ses coaching som samarbeid, støtte, veilede og utvikle, men også oppdagelse av hva som kan hindre en positiv utvikling i livet. Denne studien viser tydelig AKS' evne til dette, gjennom samarbeid, sin pedagogiske funksjon og en inspirerende kilde til å spre kunnskap. Spross & Babine (209, s. 211) ser seg enig i at AKS har en god veletablert funksjon som en coach. Det kommer imidlertid ikke tydelig fram at AKS anses som en coach for annet helsepersonell. AKS' coaching-funksjon blir oftere nevnt rettet direkte mot pasienter.

Sykepleierne i denne studien hadde ulik arbeidserfaring og var i ulike stadier i livet, men de var alle voksne individer. Illeris (2009, s. 16) hevder det å være voksen kan være en gunstig forutsetning for selve læringsprosessen. Læring kommer først og fremst av refleksjon. Voksne mennesker har mer erfaring med livet og dermed også et bedre utgangspunkt for refleksjon enn barn. Kan dette være en fordel ved læring hos voksne mennesker? Filstad (2016, s. 57) presiserer at refleksjon er et viktig begrep i voksenlæring og dermed også viktig for sykepleierne i denne studien. Refleksjon er nødvendig for å forstå hvordan og hvorfor de ulike forholdene påvirker læring og kunnskapsutvikling. Det betyr at refleksjon gjør mennesker i større grad i stand til å skape mening og å gjenkjenne handlinger som blir viktige for utviklingen av

læringsmønstre. Refleksjon er derfor viktig for at det skal skje læring (Filstad, 2016, s. 57). Selv om refleksjon skjer i alle situasjoner for læring, kom dette tydelig fram i denne studien hvor situasjonene ble forstått som taus kunnskapsdeling. Ved at sykepleierne får læringsutbytte av sine refleksjoner som for eksempel å være observatør eller lese tilbakemeldinger på henvisninger. Illeris (2012, s. 34) hevder at man er i stand til å lære selv om man ikke er bevisst på at man lærer noe. Det er vanlig at dette skjer hver dag og dermed gjenkjennelig som hverdagslæring.

5.1.1 Å jobbe sammen i hverdagen gir uttelling for læring

Selv om den uformelle kunnskapsdelingen i denne studien så ut til å foregå uplanlagt og ikke hadde et uttalt mål om kunnskapsutvikling, viste det seg at det å jobbe sammen var en viktig forutsetning for den uformelle kunnskapsdeling. Det kan ha sammenheng med at sykepleierne så ut til å øke sine faglige ferdigheter kontinuerlig ved å jobbe sammen med AKS, og at kunnskapsdelingen ofte foregikk i ulike situasjoner. Illeris (2009, s. 16) hevder at når man jobber sammen foregår det et samspill som er viktig for at man skal oppnå et læringsresultat. Samspill er en betegnelse på deltagelse av to eller flere individer som kommuniserer med hverandre. I samspillet vil man også befinne seg i en bestemt situasjon (Illeris, 2012, s. 39). All læring finner sted i en bestemt situasjon, og situasjonen har igjen betydning for læringens karakter og resultat (Illeris, 2012, s. 140). Læringsituasjonen vil allikevel ha ulikt læringsresultat på grunn av psykologiske og biologiske læringsmuligheter (Illeris, 2009, s. 16).

Det viktige samspillet kan ses i sammenheng med sykepleiernes erfaring med å jobbe sammen i tilknytning til læring, og dermed en viktig forutsetning for uformell kunnskapsdeling. Kan dette også ha betydning for hvordan sykepleierne arbeider i det daglige? Kan sykepleierne arbeide på andre måter i hverdagen for at det skal foregå en løpende kunnskapsutvikling? Filstad (2016, s. 178) presiserer at når man jobber sammen foregår det kommunikasjon og nye muligheter. Derfor er det å praktisere sammen med kollegaer, høyt vektlagt når det gjelder læring. Når kollegaer jobber sammen gir det et stort potensial for å bli bedre på læring gjennom praksis. Uformell kunnskapsdeling i praksis burde derfor være høyere vektlagt enn formell undervisning som for eksempel kurs. Dette harmonerer med deltagerne i denne studien sine

erfaringer, de fortalte at det å jobbe sammen med AKS ga en fortløpende kunnskapsutvikling, og dermed ble det viktigere for disse deltagerne å være med AKS hjem til pasientene, enn å overlate hele situasjonen til AKS.

Det er kjent med at sykepleiere i hjemmebaserte tjenester arbeider mye selvstendig og står alene med mye ansvar, slik også sykepleierne i denne studien beskrev det. Gautun (2020, s. 36) hevder at det ikke er gunstig for sykepleierne å jobbe så mye alene og heller ikke stå med så mye ansvar alene. Ved å tilstrebe nye rutiner i det daglige arbeidet hvor sykepleierne i hjemmetjeneste jobber mer sammen, vil også ha betydning for å beholde sykepleiere i hjemmesykepleien. 50 % av sykepleiere ønsker å avslutte sin jobb i hjemmesykepleien siden de jobber så mye alene (Gautun, 2020, s. 36).

Denne studien viser at kunnskapsdelingen så ut til å være en enveisprosess hvor det var AKS som delte sine kunnskaper, men det kommer ikke frem om sykepleierne også delte kunnskap. Kan AKS også ha hatt utbytte av kunnskapsdeling? Hva med annet helsepersonell? Det er rimelig å anta at det foregår uformell kunnskapsdeling mellom annet helsepersonell også, dersom det meste av kunnskapsdelingen foregår uformelt i det daglige arbeidet, slik deltagerne i denne studien så ut til å erfare det. Dette kan tenkes at dette kan ha ringvirkninger for en hel organisasjon dersom det tilrettelegges for at personalet jobber mer sammen. En australsk studie viser at AKS'ere og leger har et høyt tilfredsstillende samarbeid i kommunehelsetjenesten, men både AKS'ene og legene ønsket enda mer tid til å jobbe sammen for drøftinger rundt pasientcase, men det var ikke tilrettelagt for dette (Schadewaldt, McInnes, Hiller & Gardner, 2016, s. 7). Egen erfaring viser at kunnskapsdeling foregår også mellom sykepleiere, men også mellom sykepleiere og andre profesjoner, som for eksempel helsefagarbeidere, fysioterapeuter eller ergoterapeuter.

Med tanke på at resultatene viste at det foregikk mye kunnskapsdeling uformelt, så kan man undres over hvorfor det ikke legges til rette for at helsepersonell jobber mer sammen i hjemmesykepleien. Slik tendensene er i denne studien, vil man ikke kunne gå glipp av mye læring og kunnskapsutvikling dersom man jobber mye alene? Tveiten (2019, s. 133) presiserer at i tillegg til at det å jobbe sammen skaper lærings situasjoner,

kan det også lettere fange opp misforståelser. Ved at man jobber sammen kan man raskere oppklare misforståelsen. Dette handler både om at det foregår nonverbal og verbal kommunikasjon kontinuerlig. Budskap kan formidles på ulike måter. Dette får betydning for hvordan budskapet oppfattes og det kan også lett oppstå misforståelser, gale tolkninger og uheldige situasjoner. Når vi jobber sammen oppdages derfor misforståelser raskere og muligheten for å klare opp i misforståelser kan gjøres direkte ved å kommunisere. Dette kan ses på som en stor fordel når man jobber med pasienter, slik sykepleierne i denne studien gjør.

Styhre (2016, s. 152) hevder også at kollegaer som jobber sammen har en helt spesiell betydning. Det handler ofte om elementer kollegaene allerede har lært, men allikevel utfører elementene forskjellig. Dette var synlig i denne studien hvor en av sykepleierne erfarte at selv i de tilfellene hun visste hva hun skulle gjøre hos en pasient, var det alltid noe nytt hun lærte når hun jobbet sammen med AKS. På denne måten vises det at man kan lære av hverandre og snakke sammen om hvorfor man gjør ting forskjellig. Da vil man se ting fra andre perspektiver og lære ting man ikke har tenkt på før. Dette handler i større grad om «å bli bedre sammen», enn at kunnskapsdelingen begrenses til personlige eiendeler. Kunnskapsdelingen må være en del av positive og dynamiske, men også bevisste og meningsskapende kvaliteter i sosiale relasjoner som er basert på tillitt (Filstad, 2016, s. 178).

5.2 Lederes viktige rolle for kunnskapsdeling og for tilgangen til AKS

Denne studien viser at sykepleierne så ut til å ha stor tilgang til AKS i det daglige arbeidet. Det ble gjennom analysene tolket som at lederne hadde tilrettelagt tilgjengeligheten til AKS slik at sykepleierne hadde mulighet til å kontakte AKS, enten for rådgivning eller veiledning. Derfor ble AKS' tilgjengelighet tolket som en viktig forutsetning for kunnskapsdeling.

Filstad (2016, s. 136), Ayatollahi og Zeraatkar (2019, s. 109) hevder at ledere har en sterk innflytelse for å skape betingelser for kunnskapsdeling ved å ha fokus på, støtte, være tilstede og tilrettelegge for kunnskapsdeling. Ledere har en sterk påvirkningskraft

til å skape en organisasjonskultur på arbeidsplassen, både ved å legge til rette praktisk for at kunnskapsdeling skal skje, men også ved å påvirke ved å være støttende og oppmuntrende til kunnskapsdeling. Dette vil skape muligheter for kunnskapsdeling, og de ansatte vil selv kunne se verdien og viktigheten av kunnskapsdelingen. Dette gjenspeiler seg også i denne studien hvor sykepleierne opplevde en økende trivsel og en sterk motivasjon til å lære mer, slik de selv fortalte det. Ayatollahi & Zeraatkar (2019, s. 109) ser seg enig i dette og mener at dersom det er tilrettelagt for en god organisasjonskultur hvor kunnskapsdelingen er integrert som en del av organisasjonens kjerneverdier, vil antagelser, verdier, holdninger og motivasjon oppmuntre de ansatte. Larsen (2010, s. 380) mener dette handler om kompetanseutvikling, hvor kompetanseutviklingen i størst grad foregår som læring på arbeidsplassen. Filstad (2019, s. 629) hevder at uformell læring ofte er knyttet til et positivt arbeidsmiljø. Siden resultatene i denne studien viste at det foregikk mye uformell læring kan det tenkes at dette kan ha positiv innvirkning på sykepleiernes arbeidsplass. Lindblad, Hallmann, Gillsjö, Lindblad & Fagerstöm (2010, s. 72) hevder at AKS som rollemodell bidrar til høy arbeidstilfredshet blant andre sykepleiere. Ledernes tilrettelegging for kunnskapsdeling kan i denne sammenheng omhandle en positiv effekt på arbeidsmiljøet.

En organisasjonskultur som legger til rette for kunnskapsdeling handler om å gjøre hverandre gode til det beste for organisasjonen (Filstad, 2016, s. 136). I denne forbindelse handler det også om å gjøre det beste for pasientene. Et mer betinget læringsklima vil oppmuntre til nye ideer og er opptatt av å lære av erfaringer og feil gjennom kunnskapsdeling. Dette kom tydelig fram i denne studien hvor planlagt undervisning ofte hadde fokus på tidligere hendelser i hjemmesykepleien, og hva som kunne ha blitt gjort annerledes. Dette fokuset mener Filstad (2016, s. 136) handler om at kunnskapsdelingen har blitt tilrettelagt for å lære av hverandre gjennom samarbeid og interaksjon, og at det i slike tilfeller oppmuntres for at de ansatte tar initiativ og ansvar for kunnskapsdeling. Avdelingene i hjemmesykepleien er en organisasjon som utvikler muligheter gjennom bevisst bruk av organisatoriske strukturer.

I denne studien viste det seg at sykepleierne arbeidet samtidig med AKS'ene. Hvordan ville resultatet ha blitt presentert dersom for eksempel AKS'ene hadde andre

arbeidstider? Det vil sannsynligvis ha påvirket tilgjengeligheten og tilgangen til AKS, spesielt siden den foregikk så mye kunnskapsdeling uformelt. Denne studien viste at lederne sannsynligvis hadde organisert deres organisasjon ved å skape muligheter for at AKS kunne dele kunnskap i det daglige arbeidet gjennom deres tilgjengelighet. Hvordan ville det vært dersom ledere ikke hadde lagt til rette for dette? Filstad (2016, s. 136) hevder at det kan oppstå barrierer når det gjelder tilrettelegging for kunnskapsdeling. Den største barrieren handler om at ledere ofte mangler både kunnskap og drivkraft til å skape en god kultur for kunnskapsdeling (Ayatollahi & Zeraatkart (2019, s. 109). Fagerstøm (2019, s. 219) hevder også at det å lede kompetanseutvikling og personalintensive helseorganisasjoner er en krevende oppgave. Det kan ofte preges av hierarki mellom faggruppene. Derfor vil det også kreves mye av lederne med endring i tenkning, handlinger, kultur og verdier. Ledere trenger derfor en sterk vilje og visjon til å gjennomføre dem (Fagerstöm, 2019, s. 109).

Ayatollahi & Zeraatkart (2019, s. 109) hevder tilstedeværelse av lederne også er viktig for å skape en god organisasjonskultur for kunnskapsdeling, siden ledere har en eksepsjonell rolle til å forbedre og formidle en arbeidskultur. Hvordan vil kunnskapsdelingen påvirkes av uteblitt tilstedeværelse av ledere? Helse- og omsorgsdepartementet (2021, s. 12) hevder at tilstedeværelse av ledere kan være mangelfull. Dette kan ha sammenheng med at ledere i helse- og omsorgstjenestene er ledere for betydelige flere ansatte pr. leder. Dette medfører at ledernes oppgaver øker i volum både til administrative oppgaver og formelle krav som stilles (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 12). Dette er også gjenkjennelig i praksis, hvor man hører om dårlig arbeidsmiljø og lite muligheter for fagutvikling. I disse tilfellene er lederne lite tilstede og man kan tenke seg at det også blir vanskeligere å legge til rette for kunnskapsdeling.

Selv om AKS'ene i denne sammenheng hadde implementerte roller, så erfares det at flere som er utdannet til AKS går tilbake til vanlige sykepleierstillinger og får heller ingen nye arbeidsbeskrivelser som AKS har kompetanse til. Resultatene i en norsk studie studerte implementering av «avanserte geriatriske sykepleiere» (AGS) i kommunehelsetjenesten. Denne studien viste at rollen var ønskelig blant kollegaer og

ledere, men rollen var allikevel vanskelig å integrere i helsetjenesten. Dette medførte at AGS'ene ikke fikk anvendt sine kunnskaper og ferdigheter i det daglige arbeidet (Henni, Kirkevold & Foss, 2019, s. 2917). Fagerstrøm (2019, s. 20) hevder at selv om andre ansatte er generelt positive til AKS-rollen, så har man sett at i de sammenhenger hvor AKS-rollen ikke er tydelig, kan det oppstå ambivalent holdning blant arbeidskolleger innad i organisasjonen. Dette fremhever viktigheten med å implementere AKS' rolle og funksjon i primærhelsetjenesten og at arbeidsgiver tilrettelegger for dette. Dette hevder Larsen (2010, s. 220) handler om organisasjonsutvikling som handler om metoder for å endre en organisatorisk tilstand.

5.3 Kunnskapsutvikling er viktig for det enkelte individ og for helsetjenesten

Resultatet i denne studien viste at det så ut som at kunnskapsdelingen hadde gitt sykepleierne økt individuell fagutvikling, og at den opplevdes verdifull for den enkelte. Kunnskapsdelingen i denne studien så ut til å omhandle situasjoner hvor det oppsto læring. I følge Illeris (2012, s.12) er læring meget omfattende og kompliserte prosesser som påvirkes av forhold som betinger, påvirker og påvirkes av læringen. Illeris' (2009, s. 12) definisjon av læring er åpen: *«Enhver prosess, der hos levende organismer fører til en varig kapasitetsendring, og som ikke kun skyldes glemsel, biologisk modning eller aldring».*

De indre betingelser handler om det enkelte individs medfødte anlegg og ytre påvirkninger; arv og miljø (Illeris, 2009, s. 23). Samtidig så har samspillet en stor betydning. Individets forutsetninger i sammenheng med læring er individuelle siden de individuelle disposisjonene gjennom interaksjon utvikler seg gjennom hele livet (Illeris, 2009, s. 23). Dette kan forklare at sykepleierne i denne studien kan ha svært ulike forutsetninger for å lære. Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie (2007, s. 132) hevder at forutsetningene for læring handler om hvilke tidligere erfaringer individet har. Dermed er også hukommelsen en forutsetning for læring. Hukommelsen har en helt spesiell betydning i denne studien siden deltagerne så ut til å erfare mange konkrete situasjoner og kontekster der veiledningen kom til uttrykk. Disse konkrete situasjonene og kontekstene gjorde at sykepleierne kunne huske dette og lære av det. Den nye

kunnskapen som sykepleierne får, blir først lagret i korttidshukommelsen før kunnskapen enten går tapt eller overført til langtidshukommelsen. Dette er imidlertid svært individuelt og påvirkes av oppmerksomhet og motivasjon. Kan dette handle om at det faglige utviklingen til sykepleierne i denne studien framsto som individuell? Illeris (2009, s. 24) beskriver at senteret i hjernen for korttidsminnet koordinerer forståelser og følelser som utløses av forskjellige påvirkninger og setter dem i relasjon til resultatene av tidligere erfaringer. Dette kan derfor være bakgrunnen for de individuelle funksjoner i forhold til læring og tenking, og dermed også årsak til at sykepleierne i studien hadde en individuell faglig utvikling (Illeris, 2009, s. 24).

Dersom man skal oppnå en individuell faglig utvikling, må det også være en motivasjon til å lære tilstede (Bjørnebekk, 2021, s. 131). Egede-Nilssen & Skommevsvik (2018, s. 43) og Imsen (2011, s. 52) presiserer at motivasjon er selve drivkraften for læring og er sentralt i læring. Denne studien viste at den individuelle faglige utviklingen kan også ha påvirket sykepleiernes motivasjon til å lære. Dette er svært gjenkjennelig. Som student og som sykepleier erfarer man at når man får ny kunnskap, skapes det en nysgjerrighet og man blir inspirert til å lære mer. En slik fagutvikling berører også trivsel på arbeidsplassen. Dette harmonerer også med resultatet i denne studien, som viste at sykepleierne viste glede og motivasjon til å lære mer. Denne motivasjonen kan også ha en betydning for at AKS har motivert sykepleierne gjennom å ha delt kunnskap. Fagerström (2019 s. 25) hevder at AKS kan motivere unge sykepleiere til kontinuerlig kompetanseutvikling. Denne studien viser ikke bare at AKS kan motivere de unge sykepleierne, men også eldre og erfarne sykepleiere hvor noen også har en videreutdanning.

Individuell faglig utvikling handler også om å befinne seg i «flytsonen» for å bevare motivasjonen. Flytsonen er området hvor balansen mellom utfordringer og ferdigheter er intakt (Orvik, 2015, s. 336). Egede-Nilssen & Skommevsvik (2018, s. 43) hevder å befinne seg i flytsonen gir dette god balanse mellom personlige ferdigheter og de aktuelle utfordringene man står overfor. Dette skaper indre motivasjon, trygghet og mestring, noe som harmonerer med resultatene i denne studien, hvor den individuelle faglige utviklingen så ut til å ha skapt trygghet i sykepleierrollen. Dersom man befinner

seg i området over flytsonen, blir utfordringene for høye og sykepleierne kan oppleve engstelse og uro. Sykepleierne kan derimot oppleve kjedsomhet ved utfordringer som ligger betydelige lavere enn ferdighetene. Dersom sykepleierne gjør mer av det sykepleieren allerede mestrer, på «autopilot», og uten refleksjon, skjer det ingen læring. Dersom sykepleieren befinner seg enten under eller over flytsonen, kan i verste fall motivasjonen avta (Egede-Nilssen & Skommevsvik, 2018, s. 43). Kan dette ha betydning for at mange sykepleiere slutter i sine sykepleiestillinger? Egen erfaring viser at mange sykepleiere uttrykker at de utfører arbeid som «hvem som helst» kan utføre. Dette innebærer mange tilleggsoppgaver som ligger utenfor sykepleieoppgaver. Gautun (2020, s. 36) er enig i at mange sykepleiere ikke får anvendt den kompetansen de har og dette har stor betydning for deres motivasjon til å arbeide som sykepleiere. Et godt fagmiljø hvor sykepleiere får anvendt sin kompetanse, stiller i lik grad som lønn for sykepleiere. Dette vil også kunne rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene.

5.3.1 Kunnskapsutvikling er viktig for forsvarlig helsetjeneste

Filosofen Aristoteles mente at kunnskap er en pågående prosess og har et tredimensjonalt syn; episteme, techne og fronesis. Techne omhandler praktiske ferdigheter og kyndighet. Det betyr at man har evne til å gjøre noe samtidig som man forstår hva man gjør. Fronesis omhandler all den kunnskapen som trengs for å utvikle dømmekraft. Dette handler også om etikk og moral, noe som gjenspeiles i de holdningene – og dømmekraften man har. Dette tredimensjonale synet er en evig prosess som sirkulerer. Dette forklarer at som en yrkesaktiv sykepleier, er man aldri utlært, men er stadig i en kunnskapsutviklende prosess (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 170). Filstad (2019, s. 56) hevder at det forventes mye av en arbeidstager på en arbeidsplass i henhold til nye krav og utfordringer innenfor et kunnskapssamfunn, noe som er spesielt tydelig innenfor helsesektoren. Derfor er også arbeidsplassen en av de viktigste læringsarenaene for voksnes livslange læring. I følge forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, plikter sykepleiere til å kunne vise evne og vilje til å utvikle seg faglig gjennom hele tiden som yrkesaktiv sykepleier (Kunnskapsdepartementet, 2019, § 2). Dette betyr at sykepleiere må stadig ta i bruk ny kunnskap gjennom forskning som foregår innenfor fagområdet, både nasjonalt og

internasjonalt. Dette viser at mennesker har behov for å lære gjennom hele livet og er klar for å lære når de er i en livssituasjon der de trenger å lære noe nytt. Som i profesjonsyrkene i helsesektoren har praktisk læring vært helt avgjørende for utførelsen på arbeidsplassen (Filstad, 2016, s. 56).

I følge Kunnskapsdepartementet (2019, s. 13) handler kunnskapsutviklende prosess om «livslang læring». Kunnskap er en evig prosess som ikke må stanses den dagen man forlater skolen og starter arbeidslivet. Samfunnet byr på problemstillinger og utfordringer som krever fornyet kompetanse. Samfunnsutviklingen vi erfarer i dag, forsterker behovet for livslang læring. Dette betyr også at læring på arbeidsplassen, som i denne studien er i hjemmesykepleien, er en viktig prosess som bør foregå kontinuerlig (NOU 2019:12, s. 13).

Samtlige sykepleierne som deltok i denne studien opplevde at de har fått en økt individuell fagutvikling. Derfor opplever de også at de kunne tilby pasientene et bedre helsetilbud med økt forsvarlighet. Helse- og omsorgsdepartementet (2021, s. 3) presenterer i sin plan, «Kompetanseløft 2025» at økt kompetanse blant sykepleiere bidrar til en faglig sterk helsetjeneste og et økt forsvarlig helsetilbud til pasientene. Orvik (2015, s. 71) mener at sykepleiernes økte faglig utvikling handler om kvalitet og verdighet. Med riktig kompetanse øker pasientsikkerheten og kvaliteten. Kvaliteten omhandler i denne forbindelse en form for verdi, hvor kunnskapsdeling gir både individuelle og kollektive verdier. Verdi rommer flere sider ved kvalitet i en klinisk hverdag; blant annet verdi som innhold, og verdi som handling (Orvik, 2015, s. 75). I følge Tveiten (2019, s. 48) handler verdi også om etikk. Verdier kan også være bra eller dårlige, og godt eller vondt, men verdi er alltid noe som betyr noe. I denne sammenheng gir kunnskapsdelingen verdier både til den enkelte sykepleier og til tjenestetilbudet i Kommunehelsetjenesten.

Orvik (2015, s. 77) mener visse spesifikke kvalitetsegenskaper bør oppfylle bestemte krav ved helsetjenester. Disse egenskapene omhandler at helsetjenester skal være trygge og sikre, være virkningsfulle, har god utnyttelse av ressursene, være tilgjengelige og rettferdig fordelt, samt å involvere pasienter slik at de får innflytelse. Denne studien

viser imidlertid bare sykepleiernes beskrivelser om deres erfaringer av å få økt faglig utvikling, men den viser ikke noe om pasienters erfaringer som kan ha betydning i forhold til pasientforløp og forsvarlighet. Fagerstrøm (2019, s. 23) hevder imidlertid at AKS kan være et viktig bindeledd mellom ulike profesjoner. Dersom tilgangen på kompetente sykepleiere og leger er fraværende i kommunehelsetjenesten kan AKS bidra til å minske unødvendige sykehusinnleggelse. I denne sammenheng kan AKS' bindeledd ses som en bidragsyter ved å øke kunnskapsnivået til sykepleierne, men det betyr sannsynligvis ikke at økt kunnskap er tilstrekkelig for å øke forsvarligheten. Orvik (2015, s. 80) poengterer at dersom bemanningen av personale ikke er tilstrekkelig, vil økt kunnskap ikke bidra til forsvarlighet alene. Gautun (2020, s. 36) ser seg enig i at dårlig bemanning utgjør konsekvenser for god kvalitet. Dette gjenspeiler seg i praksis hvor mangel på personale utgjør andre oppgaver for sykepleiere.

5.4 Diskusjon av metode

I denne delen av oppgaven blir metoden diskutert i form av studiens troverdighet og overførbarhet.

5.4.1 Studiens troverdighet

Planen ved denne studien var å utforske og beskrive sykepleieres erfaring med den pedagogiske funksjonen til AKS i form av undervisning, veiledning eller rådgivning. Siden jeg ønsket å gå i dybden på dette temaet, anså jeg at kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer som design, var egnet for å harmonere med studiens problemstilling.

Utvalget er viktig i kvalitativ forskning, og vil ha stor innvirkning på de resultater som presenteres (Malterud, 2018, s. 57). Jeg anså det som hensiktsmessig å anvende sykepleiere som utvalget i denne studien, siden jeg anså at det var sykepleiere som hadde mest erfaring av AKS'ene ved at de jobbet tett sammen. I utgangspunktet ønsket jeg å rekruttere sykepleiere som arbeidet både innenfor institusjon og hjemmetjenesten, men jeg klarte bare å rekruttere sykepleiere som arbeidet i hjemmesykepleien. Dersom utvalget hadde bestått av sykepleiere fra institusjoner i tillegg til hjemmetjenesten, kan man ikke se bort ifra at dette kunne ha påvirket

resultatet i denne studien, fordi AKS'ere som arbeider innenfor institusjon kan ha andre funksjoner enn AKS'ere i hjemmetjenesten. De er for eksempel tettere på sine kolleger, noe som kan gi andre muligheter for kunnskapsdeling. Likevel er utfordringene som gjelder kompetansemangel gjeldende i begge settinger, og slik sett kan resultatene i denne studien også ha relevanse for arbeid i sykehjem. Sykepleierne som representerte utvalget arbeidet i to ulike kommuner i Norge. På den måten fikk jeg avdekket erfaringer rundt flere AKS'ere. Dette kan muligens ha bidratt til variasjon i studien.

Et viktig element i kvalitativ forskning er forskerens rolle i forskningsprosessen. Refleksjon over min forforståelse og påvirkningskraft har vært tilstede under hele forsker-prosessen; fra prosjektbeskrivelse til sluttprosessen. Dette var spesielt viktig siden jeg selv var masterstudent i avansert klinisk allmennsykepleie og har av den grunn egen forforståelse og påvirkningskraft. Utvalget kan også ha vært bevisst på at jeg var masterstudent i avansert klinisk allmennsykepleie. Dette kan også ha påvirket utvalgets beskrivelser. Min veileder og jeg har hatt diskusjoner rundt hele prosessen som har hjulpet meg og gitt meg ideer, samt bevisstgjøring på min rolle som forsker. Dette omhandlet diskusjon rundt tema, problemstilling, intervjuguide, framgangsmåte ved rekrutteringen av deltagere og den rollen man har når man sitter i selve intervjuet. I tillegg har deltagelse på masterseminarer gjennom hele høst- og vårhalvåret blitt en styrkende del i studien, fordi dette ga riktig god, men kritisk veiledning fra egen veileder, annen veileder fra Universitetet i sør-øst Norge, samt mine medstudenter. I disse seminarene fikk jeg også innspill til nye ideer til videreutvikling av studien. Denne prosessen har dermed vært tilgjengelig for innsyn og utfordring; intersubjektivitet eller transparens (Malterud, 2018, s. 66).

Intervjuguiden var aldri tilgjengelig for deltagerne. Dette hadde jeg både reflektert over selv og diskutert med veileder. Jeg antok at resultatet kunne ha blitt annerledes dersom deltagerne hadde fått utlevert intervjuguiden på forhånd. Da hadde de på forhånd kunnet reflektert over hva de ville svare. Samtidig ville deltagerne ha kunnet diskutert spørsmålene med hverandre i forkant. Jeg ønsket ærlige svar som kom fra det enkelte individ, derfor gjorde jeg dette valget.

I selve intervjuprosessen så det ut som jeg mestret å berolige engstelige deltagere, ved å informere om at spørsmålene bare var knyttet til deltagerens erfaringer. Noen av deltagerne viste engstelse for at jeg skulle stille spørsmål som de ikke kunne besvare. På denne måten fikk jeg en naturlig samtale. Dette gjenspeilet seg i de rike beskrivelsene deltagerne beskrev. Dette kan skyldes at jeg selv er sykepleier og har erfaring med å prate med mennesker, drive en samtale og skape rammer for dette. Dette bidro også til transparens i forhold til hvordan studien ble utført og grunnlaget for hvordan dataene ble skapt. På en induktiv måte bidro analysemetoden til å legge vekt på det deltagerne ga uttrykk for som viktig i intervjuene, og som harmonerer med problemstillingen.

5.4.2 Studiens overførbarhet

Siden denne studien er bygget opp med kvalitativ metode er den heller ikke generaliserbar. Studien kan likevel være overførbar til settinger hvor resultatene kan gi ny innsikt som andre kan ha nytte av (Malterud, 2018, s. 66). Utvalget som er presentert i denne studien ga detaljrike beskrivelser om konkrete situasjoner og kontekster. Dette ga god informasjonsstyrke som er viktig i kvalitativ metode for å åpne for alternative tolkinger og mønstre (Materud, 2018, s. 66). Beskrivelsene om de konkrete situasjonene og kontekstene var for meg lett å gjenkjenne. Dette kan skyldes at jeg selv er sykepleier og kan dermed lett sette meg inn i hvilke situasjoner og kontekster som ble beskrevet i resultatene. Det er dermed rimelig å anta at andre sykepleiere også gjenkjenner situasjonene og kontekstene som beskrives i resultatet. Resultatene viser også elementer som er kjent fra tidligere studier.

6 Konklusjon

Sykepleierne i denne studien erfarer at AKS har en pedagogisk funksjon hvor de deler sin kunnskap formelt og uformelt. Den uformelle kunnskapsdelingen er imidlertid en betydelig større del enn den formelle. Den uformelle kunnskapsdelingen foregår hyppig og tilfeldig. Det er imidlertid forutsetninger som må på plass for at AKS skal kunne dele kunnskap og utøve sin pedagogiske funksjon. Det gjelder tilrettelegging fra ledere for at sykepleiere skal ha tilgang på AKS, gode relasjoner mellom sykepleiere og AKS, og et godt samarbeid mellom sykepleiere og AKS. Kunnskapsdelingen ser ut til å gi både individuelle og kollektive verdier i form av økt individuell faglig utvikling, bedre arbeidsmiljø, og bedre tjenestetilbud med økt forsvarlighet, slik sykepleierne erfarte det.

Det er ønskelig mer med forskning rundt den pedagogiske funksjonen til AKS i Norge, da den er lite utforsket. Denne studien baseres på sykepleiere som har tilhørighet i hjemmetjenesten sine erfaringer av AKS' pedagogiske funksjon. Resultater viser tendenser som bør utforskes videre. Det vil også være interessant å inkludere erfaringer fra andre grupper helsepersonell, fra andre kontekster innen helsetjenestene eller fra AKS'ene selv. Lederes erfaringer med tanke på tilrettelegging, og studier som ser mer på effekt av pedagogiske tiltak er også aktuelt.

Referanser

- Behrens, S. A. (2018). International Nursing: Constructing an Advanced Practice Registered Nurse Practice Model in the UAE: Using Innovation to Address Cultural Implications and Challenges in an International Enterprise. *Nursing Administration Quarterly*, 42 (1), 83-90.
<https://doi.org/10.1097/naq.0000000000000273>
- Bing-Jonsson, P.C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Result from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15(5),
<https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bjørnbekk, G. (2021). Motivasjon- motive, læringsmiljø og orientering mot mål. I J. Heldal & L. Wittek (Red.), *Pedagogikk. En grunnbok* (2. utg., s. 131-149). Oslo: Cappelen Damm.
- Boman, E., Egilsdottir, H. Ö., Levy- Malmberg, R. & Fagerström, L. (2019). Nurses' understanding of developing nurse practitioner role in the Norwegian emergency care context: A qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39 (1), 47-54, <https://doi.org/10.1177/2057158518783166>
- Boman, E., Glasberg, A.-L., Levy-Malmberg, R. & Fagerström, L. (2019). 'Thinking outside the box': advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. Hentet fra <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-019-0350-2>
- Egede-Nilssen, V. & Skommessvik, S. (2018). Veiledning som grunnlag for kompetanseutvikling. I S. Tveiten & A. Iversen (Red), *Veiledning i høyere utdanning* (s. 36-47). Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. (Red.) (2019). *Avansert klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fatemi, M., Benjamin, K., Johnson, J. & O'Dwyer, R. (2020). Barriers to the Implementation of the Advanced Practice Nursing. *Middle East Journal of Nursing*, 14(2), 16-37, <https://doi.org/10.5742/MEJN2020.93794>
- Filstad, C. (2016). *Organisasjonslæring: fra kunnskap til kompetanse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Folkehelseinstituttet (2019). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere. (2020). Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere (LOV-1999-07-02-64-§51). Hentet fra <https://lovdata.no/static/lovtidend/ltavd1/2020/sf-20191119-2206.pdf>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. (NOVA Rapport 14/2020). Hentet fra <https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20%20.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Gautun, H. Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. (NOVA Rapport 6/2016). Hentet fra https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf
- Halliday, S., Hunter, D.J. & McMillan, L. (2018). Ward staff perceptions of the role of the advanced nurse practitioner in a "hospital at day" setting. *British Journal of Nursing*, 27(2) 92-97, Hentet fra <https://web-a-ebSCOhost-com.ezproxy1.usn.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=fc472a91-069d-48b0-ba25-9397c02f7a92%40sdc-v-sessmgr01>
- Hansen, E. H., Bomann, E., Bing-Jonsson, P. & Fagerström, L. M. (2020). Introducing Nurse Practitioners Into Norwegian Primary Healthcare—Experiences and Learning. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 34(1), 21-34. <http://dx.doi.org/10.1891/1541.6577.34.1.21>
- Hauge, S., Hestetun, M. & Kirkevold, M. (2011). *Avansert geriatrisk sykepleie- hva er det og hvorfor trenger vi det i Norge*. I M. Kirkevold (red.), K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff, H. M. Siegert & A. Langdalen. *Geriatrisk sykepleie* (s.20-23). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Heldal, J. & Wittek, L. (2021). Pedagogikk. I J. Heldal & L. Wittek (Red.), *Pedagogikk- En lærebok* (2. utg., s. 15-22). Oslo: Gyldendal Damm AS.
- Helsedirektoratet (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste -nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 2014-2015). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet (2019). *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie.*

Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen.

(Rapport IS-2822). Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf/_attachment/inline/19d6487b-fa54-41b3-9b61-f8b3473b4990:3edff8b86bbd81d710ca0484b9a026518d1c2ade/IS-2822Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2021). *Kompetanseløft 2025. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021-2025.* Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/sartrykk-kompetanseloft-2025-002.pdf>

Helse- og omsorgsdepartement (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.*

Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf

Henni, S. H., Kirkevold, M. & Foss, C. (2019). The integration of new nurse practitioners into care of older adults: A survey study. *Journal of Clinical Nursing* (28) 2911-2923. <https://doi-org.ezproxy1.usn.no/10.1111/jocn.14889>

ICN- Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network (2002). *Definition and Characteristics the Role.* Hentet fra

<https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>

Illeris, K. (2012). *Læring.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Illeris, K. (Red.) (2009). *Læringsteoriens elementer- hvordan hænger det hele sammen?* I Y. Engerström, P. Jarvis, J. Mezirow, E. Wenger, T. Ziehe & K. Illeris (Red.), *Læringsteorier*. København: Roskilde Universitetsforlag.
- Imsen, G. (2011). *Hva er pedagogikk?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttig verktøy i kvalitativ metode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, E. & Fagerström, L. (2010). An investigation of the role nurses play in Norwegian home care. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 497-502. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.10.78742>
- Kraus, E. & DuBois, J. M. (2016). Knowing your limits: A qualitative study of physician and nurse practitioner perspectives on NP independence in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 32 (3), 284-920, <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3896-7>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2019). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialutdanninger*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353?q=livslang%20%C3%A6ring>
- Larsen, H. H. (2010). *Human resource management: licence to work, arbeidslivets tryllestøv eller håndjern?* (2.utg.). Holte: Valmuen.
- Lindblad, E., Hallmann, E.-B., Gillsjø, C., Lindblad, U. & Fagerström, L. (2010). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care—A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 16 (1), 69-74. <https://doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01810.x>
- Ljunbeck, B. & Forss, K. S. (2017). Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BMC Nursing* 16(1). Hentet fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5689167/pdf/12912_2017_Article_258.pdf
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- McKenna, L., Halcomb, E., Lane, R., Zwar, N. & Russel, G. (2015). Investigation of barriers and enablers to advanced nursing roles in Australian general practice. *Collegian*, 22 (2), 183-189. <https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000085>
- NOKUT- Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen. (2021). *Begreper og termer i NKR*. Hentet fra <https://www.nokut.no/siteassets/nkr/begreper-og-termer-i-nkr---tabell-1.pdf>
- Norheim, K. H. & Thorsen, L. (2015). Sykepleiekompetanse I hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10 (1), 14-22. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon- Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2019:12. (2019). *Lærekraftig utvikling- Livslang læring for omstilling og konkurranseevne*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Orvik, A. (2015) (2.utg.) *Organisatorisk Kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research. Generating and assessing Evidence for Nursing Practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Riksrevisjonen (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i hjemmetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015-2016)*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Ruyter, K. W. Førde, R. & Solbakk, J. H. (2018). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2007). *Menneskekroppen- Fysiologi og anatomi* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schadenwaldt, V., McInnes, E., Hiller, J.E. & Gardner, A. (2016). Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia- a multiple case study using mixed methods. *BMC Family Practice*, 17(99), 1471-2296. Hentet fra https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966821/pdf/12875_2016_Article_503.pdf

- Sosial- og helsedirektoratet. (1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet- respekt- kvalitet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/0a9dcdeb5dc473eb8fdef01e0b5125d/no/pdfs/stm199619970050000dddpdfs.pdf>
- Spross, J. A. & Babine, R. L. (2013). Guidance and coaching. (5. Utgave). I C. M. Hanson (Red), A. B. Hamric, M. F. Tracy, E. T. O`Grady. *Advanced Practice Nursing- E-Book, An Integrative Approach*. (s. 210-214). Hentet fra <https://play.google.com/books/reader?id=leADAQAAQBAJ&pg=GBS.PA186.w.17.0.74>
- Steinke, M., Rogers, M., Lehwaldt, D. & Lamarche, K. (2017). An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally. *International Nursing Review*, 65 (2), 162-172. <https://doi-org.ezproxy.lib.ucalgary.ca/10.1111/inr.12389>
- Styhre, A. (2016). *Knowledge Sharing in Professions- Roles and Identity in Expert Community* (2.utg.) New York, USA: Routledge.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)(2019). *State of Health in the EU- Norge- Landprofil*. Hentet fra https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_no_norwegian.pdf?fbclid=IwAR3LCImsuGLP-JhGovFiL-R2iK4F-653OY2CEQCQxuKcqWBsGHOpUjm0xn0
- Universitetet i Sørøst-Norge (2020). *Innsamling, lagring og arkivering av forskningsdata*. Hentet fra <https://bibliotek.usn.no/forskerstotte/forskningsdata/innsamling-lagring-og-arkivering-av-forskningsdata/>
- Vågan, A. (Red.). (2020). *Helsepedagogiske metoder. Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aadland, E. (2020). *Organisasjonsetikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

