



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse og omsorgsfag

Barnesykepleieres kompetanseutvikling i klinisk praksis

En kvalitativ studie om barnesykepleieres erfaringer med kompetanseutvikling etter endt utdanning

Gunhild J Njålla Pedersen og Hanna-Lisa Rothfuchs

Masteroppgave i sykepleie, studieretning barnesykepleie

SYP-3902, juni 2024

Antall ord: 15786

Forord

Vi er to studenter i barnesykepleie som har skrevet masteroppgave sammen. Nå vil vi med glede og ydmykhet presentere denne oppgaven med tittelen: “Barnesykepleieres kompetanseutvikling i klinisk praksis”. Å skrive denne oppgaven har vært en utfordrende, men også dypt berikende reise over to år, som har tillatt oss å utforske et emne som vi brenner for.

Barnesykepleie favner en livsfase som dekker barn mellom 0 til 18 år. Det er derfor avgjørende å forstå dybden og bredden av utfordringene fagfeltet står overfor, samt å utforske mulige løsninger til kompetanseutvikling og veier til fremtidig utvikling av den. Gjennom denne oppgaven har vi forsøkt å bidra til denne forståelsen, ved å undersøke hvilke erfaringer barnesykepleiere har med kompetanseutvikling i klinisk praksis.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder, Inger J. Danielsen, for uvurderlige veiledning, støtte og faglig innsikt gjennom hele prosessen. Hun har med sin lange erfaring gitt oss kyndig veiledning. Denne oppgaven ville ikke vært mulig uten en slik hjelp og støtte. Vi sender også en takk til Håkon Endal som har vært veileder på prosjektbeskrivelsen, og Jorunn J Ingilæ som har gitt oss god hjelp med korrekturlesning og viktige innspill. Vår nærmeste familie vil vi også takke for deres ubetingede støtte og oppmuntring gjennom denne reisen. Til slutt vil vi rette en takk til alle informantene som deltok i studien vår, samt kollegaer som har bidratt på ulike måter slik at denne oppgaven nå er et ferdig produkt. Vi håper denne oppgaven vil bidra til en dypere forståelse av kompetanseutviklingen til barnesykepleiere.

Vi ønsker at denne oppgaven kan inspirere alle som er interessert i kompetanseutvikling til barnesykepleiere. Videre håper vi den vil bidra til diskusjon, forskning og handling for å møte de utfordringene vi står overfor i denne tematikken.

Tromsø, juni 2024

Gunhild J Njålla Pedersen og Hanna-Lisa Rothfuchs

Sammendrag

| | |
|------------------------|---|
| Bakgrunn | I 2023 var det 360 218 barn som var i kontakt med de 22 somatiske barneavdelingene som finnes i Norge. Her behandles barn fra 0 til 18 år med et bredt spekter av sykdoms- og skadetilstander. På grunn av barns umodenhet gjennom vekst og utvikling, trenger sykepleiere spesifikk kompetanse i møte med syke og skadde barn. Denne kompetansen oppøves både under barnesykepleierutdanningen og i klinisk praksis etter utdanningen. Majoriteten av ansatte ved barneavdelinger er sykepleiere uten barnesykepleierutdanning. Økte krav til pasientsikkerhet og avanserte behandlingsmetoder krever sykepleiefaglig spesialkompetanse, og nasjonale anbefalinger går derfor ut på å øke innsatsen på kompetanseutvikling. Derfor har vi utforsket barnesykepleieres erfaringer med egen kompetanseutvikling. |
| Problemstilling | Hvilke erfaringer har barnesykepleiere med kompetanseutvikling på en barneavdeling etter endt utdanning? |
| Metode | Kvalitativ studie der vi utførte tre semistrukturerte intervju av barnesykepleiere i klinisk arbeid ved barneavdelinger. Analysemetoden som er brukt er refleksiv tematiske analyse. |
| Funn | Funnene presenteres gjennom fire hovedtemaer: 1) Barnesykepleierutdanningen gir god barnesykepleiefaglig basiskompetanse, 2) arbeidsoppgaver og ansvar i barneavdelinger gir kompetanseutvikling, 3) utfordringer knyttet til kompetanseutvikling i klinisk praksis og 4) faglig engasjement fremmer kompetanseutvikling. Funnene viser at barnesykepleierutdanningen gir bred basiskunnskap, men at det er behov for kompetanseutvikling i klinisk praksis for å videreutvikle dybdekunnskap. |
| Konklusjon | Barnesykepleieres kompetanseutvikling bør bygge på den individuelle faktiske oppnådde kompetansen under utdanning, og rettes mot fagspesifikke områder i respektiv avdeling. Faglig engasjement og samarbeid fremmer kompetanseutvikling, og bør anerkjennes og fremmes som viktige faktorer for kompetanseutvikling, både individuelt og kollektivt. |
| Nøkkelord | Barnesykepleiere, erfaringer, kompetanseutvikling og klinisk praksis |

Summary

| | |
|--------------------------|---|
| Background | <p>In 2023, there were 360,218 children who were in contact with the 22 somatic children's wards in Norway. Here, children from 0 to 18 years of age are treated with a wide range of illnesses and injuries. Due to children's immaturity through growth and development, nurses need specific competence when dealing with sick and injured children. This competence is practiced both during the pediatric nurse education and in clinical practice after the education. The majority of employees in pediatric wards are nurses without pediatric nurse education. Increased requirements for patient safety and advanced treatment methods require specialist nursing competence, and national recommendations therefore aim to increase the effort on competence development. Therefore, we have explored pediatric nurses' experiences with their own competence development.</p> |
| Research question | <p>How do pediatric nurses experience competence development in a children's ward after completing their education?</p> |
| Method | <p>Qualitative study performed through three semi-structured interviews of pediatric nurses from work in a general pediatric ward. The analysis method used is reflexive thematic analysis.</p> |
| Results | <p>The results are presented through four main themes: 1) The pediatric nurse education provides good basic competence in pediatric nursing, 2) work tasks and responsibility in pediatric wards provide competence development, 3) challenges related to competence development in clinical practice and 4) engagement promotes development of competence. The results show that the pediatric nurse education provides broad basic knowledge, but there is a need for competence development in clinical practice, to develop in depth knowledge.</p> |
| Conclusion | <p>Further competence development should be based on the actual acquired clinical competence, during specialization, and be adjusted to the subject fields in the respective ward. Professional engagement and teamwork promote competence development and should be recognized and encouraged as important qualities in developmental work both individually and collectively.</p> |
| Keywords | <p>Pediatric nurse, experience, competence development and clinical practice</p> |

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 2 |
| 1.2 | Hensikt og problemstilling | 2 |
| 1.3 | Begrepsavklaring..... | 3 |
| 2 | Tidligere forskning | 5 |
| 3 | Teoretisk tilnærming | 10 |
| 3.1 | Benners kompetansenivåer..... | 10 |
| 3.2 | Barnesykepleiers kompetanse, ansvar og oppgaver | 12 |
| 4 | Metode | 14 |
| 4.1 | Forforståelse | 14 |
| 4.2 | Forskningsetiske vurderinger og personvern | 15 |
| 4.3 | Rekruttering og utvalg..... | 15 |
| 4.4 | Forberedelser og gjennomføring av intervjuene | 16 |
| 4.5 | Analysen..... | 18 |
| 4.5.1 | Gjennomføring av analysetrinnene | 19 |
| 4.6 | Refleksjon over metoden..... | 21 |
| 4.7 | Styrker og svakheter med metoden og studien..... | 22 |
| 5 | Funn | 24 |
| 5.1 | Utdanningen gir god barnesykepleiefaglig basiskompetanse | 24 |
| 5.1.1 | Bredt fagområde med behov for dybdekunnskap | 25 |
| 5.1.2 | Barnesykepleiefaglig kjernekompetanse..... | 26 |
| 5.2 | Arbeidsoppgaver og ansvar gir kompetanseutvikling..... | 26 |
| 5.2.1 | Pasientnært arbeid og simulering | 26 |
| 5.2.2 | Ansvar for bestemte pasientgrupper..... | 27 |
| 5.2.3 | Ansvar for opplæring av kollegaer..... | 28 |
| 5.3 | Utfordringer knyttet til kompetanseutvikling i klinisk praksis | 28 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.3.1 | Kompetansemangel på vakter | 28 |
| 5.3.2 | Tidspress..... | 29 |
| 5.3.3 | Organisert kompetanseutvikling bygger på bachelorstudiet | 30 |
| 5.4 | Engasjement fremmer kompetanseutvikling..... | 31 |
| 5.4.1 | Samarbeid..... | 32 |
| 5.4.2 | Kontinuerlig vurdering av egen kompetanse | 32 |
| 6 | Diskusjon..... | 34 |
| 6.1 | Kompetanseutvikling er nødvendig etter endt barnesykepleierutdanning | 34 |
| 6.2 | Utfordringer knyttet til kompetanseutvikling i klinisk praksis | 38 |
| 6.3 | Faglig engasjement og motivasjon for kontinuerlige forbedringer fremmer kompetanseutvikling | 43 |
| 7 | Avslutning og implikasjoner for praksis..... | 47 |
| | Referanseliste | 49 |
| | Vedlegg 1: Kartlegging av kompetanseutviklingsprogram på barneavdelinger | I |
| | Vedlegg 2: Pediatric Nursing Excellence..... | II |
| | Vedlegg 3: Concept Definitions | III |
| | Vedlegg 4: Søknad om rekruttering av barnesykepleiere til intervjustudie | IV |
| | Vedlegg 5: Forespørsel og samtykke til deltakelse | V |
| | Vedlegg 6: Intervjuguide..... | VII |
| | Vedlegg 7: Godkjenning fra SIKT | IX |

Tabelliste

| | |
|---|----|
| Tabell 1: Fremstilling av utvalg | 16 |
| Tabell 2: Eksempel på koding og temautvikling fra transkriberte intervju..... | 20 |
| Tabell 3: Tema og undertema..... | 24 |

1 Innledning

I 2023 var det 360 218 barn som var i kontakt med de 22 somatiske barneavdelingene som finnes i Norge (Helsenorge, u.å; Statistisk sentralbyrå, 2024). På disse barneavdelingene behandles barn i aldersgruppen 0-18 år med et bredt spekter av sykdoms- og skadetilstander (Grønseth & Markestad, 2022). På grunn av deres umodenhet samt kontinuerlige vekst og utvikling, er de særlig sårbare ved sykdom og sykehusinnleggelse (Tveiten et al., 2012). For å kunne gi helhetlig omsorg, har barnet og familien, derfor behov for å bli møtt med høy grad av kompetanse (Barnesykepleierforbundet NSF, 2021). Denne kompetansen utvikles i liten grad under sykepleierutdanningen (Dolonen & Hernæs, 2021b), men kan i større grad oppnås under barnesykepleieutdanningen ifølge Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning (2021), heretter kalt Forskriften. I «Rapport ABIO ressurs» framkom det imidlertid at 54% av ledere på barneavdelinger har for få barnesykepleiere for å opprettholde en tilfredsstillende kompetanse (Seierstad & Eimot, 2015). Mangelen på barnesykepleiere gir flere utfordringer. En av dem er at det ikke er tilstrekkelig med kompetanse til å utføre avansert pleie og behandling, noe som utfordrer pasientsikkerheten (Barnesykepleierforbundet NSF, 2021). Ressursknapphet og rekrutteringsvansker som helsevesenet står overfor i dag begrenser imidlertid handlingsrom for å øke antall barnesykepleiere, og nasjonale anbefalinger har derfor poengtert innsats på kompetanseutvikling som nødvendig (NOU 2023: 4, 2023).

Forskriften (2021) setter krav til barnesykepleieres kompetanse og handlingsevne i klinisk praksis etter gjennomført utdanning. Disse kravene er blant annet kunnskap om barns fysiske, psykiske og sosiale utvikling. Denne kunnskapen må ligge til grunn for å forstå, skape tillit, kommunisere og samhandle med barn, ungdom og deres foreldre. Utdanningens mål er at barnesykepleiere etter endt utdanning har en etablert kompetanse til å kunne utøve avansert sykepleie til akutt kritisk syke og skadde barn, i alle aldre, med behov for kontinuerlig behandling, overvåkning og pleie. I tillegg skal utdanningen ifølge Forskriften (2021) gi kompetanse om pleie og behandling av barn med langvarige og palliative sykdomsforløp. Studien til Lee et al. (2017) og Benner (1984) sin kompetansebeskrivelse samstemmer ikke med kravene til Forskriften (2021), og viser til at klinisk kompetanse er noe som tar tid å utvikle og som må opparbeides gjennom erfaring i klinisk praksis ikke bare gjennom barnesykepleieutdanningen. Selv om Benner i sin kompetansebeskrivelse skriver om

kompetansenivå til sykepleiere generelt, mener vi beskrivelsen har overføringsverdi til barnesykepleiere.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I vår arbeidshverdag, ved to barneavdelinger på et universitetssykehus, har vi opplevd svært ulike praksis med kompetanseutvikling. Ved den ene avdelingen var det et kompetanseutviklingsprogram som var forankret i ledelsen, som tok hensyn til barnesykepleierens kompetanse og behov for videreutvikling. På den andre avdelingen var det ikke noe program, og opplevdes i større grad tilfeldig hvordan ansatte utviklet sin kompetanse.

Et av forslagene for å kvalitetssikre systematisk kompetanseutvikling er ifølge Stubberud (2018) å utvikle et kompetanseutviklingsprogram. Med bakgrunn i egne erfaringer, anbefalinger fra NOU og forslag fra Stubberud, ønsket vi i starten å undersøke barnesykepleieres erfaring med kompetanseutviklingsprogram. I søkeprosessen ble klinisk stige et sentralt begrep for oss, i likhet med begrepet kompetanseutviklingsprogram. Klinisk stige er en form for systematisk opplæringsprogram, som har vært i bruk internasjonalt i sykepleierfaget siden 1970, og i Norge siden 1996, men med store variasjoner i implementering og struktur (Bjørk et al., 2009; Slagle et al., 2023). Hensikten med klinisk stige er å stimulere til fagutvikling, gi trygg pasientbehandling, samt rekruttere og beholde kompetansen i det kliniske arbeidet. Etter en uformell kartlegging på 11 av de 22 barneavdelingene vi har i Norge, fikk vi til svar at seks av disse hadde en eller annen form for kompetanseutviklingsprogram (vedlegg 1). Underveis i kartleggingen kom det frem at programmene ikke var spesielt tilpasset barnesykepleiere, men var beregnet på sykepleiere uten spesialistkompetanse. Dette gjorde at vi gikk bort fra temaet kompetanseutviklingsprogram, og istedenfor bestemte oss for å undersøke barnesykepleieres mer generelle erfaringer med kompetanseutvikling. Denne masteroppgaven bygger på godkjent prosjektbeskrivelse av Pedersen og Rothfuchs (2023).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å utforske barnesykepleieres erfaringer med kompetanseutvikling på barneavdelinger etter endt utdanning. Vi ønsker å finne ut om barnesykepleiere får kompetanseutvikling som er tilpasset deres faglige nivå og behov. Den

kunnskapen vår studie frembringer kan inspirere til barnesykepleieres kompetanseutvikling, som beskrives i den tidligere nevnte NOU rapporten.

Vår problemstilling er:

Hvilke erfaringer har barnesykepleiere med kompetanseutvikling på en barneavdeling etter endt utdanning?

Forskningsspørsmål:

Får barnesykepleiere kompetanseutvikling som er tilpasset deres faglige nivå og behov?

Vi har valgt å gjøre en kvalitativ intervjustudie, hvor vi intervjuet tre barnesykepleiere om temaet. Formuleringen av problemstillingen er med hensikt holdt noe åpen for å kunne utforske bredden i tematikken, og på en slik måte få fram ulike aspekter ved kompetanseutvikling innen barnesykepleie. I tillegg kan det gi anledning til å inkludere nye og uventede oppdagelser om temaet som oppstår underveis. Dette kan bidra til en mer helhetlig forståelse av barnesykepleieres erfaringer med kompetanseutvikling. Ulempen kan være at man ikke får nok dybde i tematikken.

1.3 Begrepsavklaring

Når vi bruker begrepet kompetanseutvikling, så mener vi den kompetansen som utvikles under arbeidstid og som er tilrettelagt av avdelingen.

Med barnesykepleiere mener vi sykepleiere som har mastergrad eller videreutdanning i barnesykepleie.

Når vi skriver om erfarne sykepleiere mener vi sykepleiere som har lang erfaring fra klinisk arbeid og mestrer de fleste arbeidsoppgavene selvstendig, men som ikke har tatt barnesykepleierutdanning.

Med barn mener vi aldersgruppen 0-18 år, inkludert premature.

Deltakerne jobber på en barne- og ungdomsavdeling, noe som vi i oppgaven har valgt å kalle barneavdeling.

2 Tidligere forskning

For å finne aktuell forskningslitteratur gjorde vi grove oversiktssøk i Google Scholar, fritekstsøk samt ustrukturerte søk i PubMed og Cinahl. Gjennom aktuelle treff plukket vi ut nøkkelord og satte dem opp i ulike kombinasjoner som mer strukturerte søk. Nøkkelordene vi brukte var: *pediatric nurse* (barnesykepleier), *clinical ladder* (klinisk stige), *competence building* (kompetansebygging), *clinical competence* (klinisk kompetanse), *skill development* (ferdighets utvikling), *evidence-based practice* (evidensbasert praksis) og *pediatric hospital* (barnesykehus). Deretter gjorde vi foroversøk i funksjonen ”cited by” (sitert av), og bakoversøk i relevante artiklers referanseliste, og fant på denne måten nye artikler. Senere har vi utført ett nytt søk ved bruk av noen av nøkkelordene fra første søk, og fant da to nye artikler. Ved hjelp av helsebibliotekets sjekklister har vi kvalitetssikret artiklene som her presenteres. Forskningen er i noen av de inkluderte studiene gjort på sykepleiere, og ikke barnesykepleiere eksplisitt, men vi mener likevel at de har relevans for problemstillingen.

I en sørkoreansk studie av Lee et al. (2017) undersøkte de hva de spesifikke kliniske kompetanseområdene til barnesykepleiere er. De gjennomførte to fokusgruppeintervju, ett med fem barnesykepleierstudenter og ett med fire barnesykepleiere. Studien identifiserte seks kompetanseområder som er nødvendig å opparbeide seg som barnesykepleier: 1) Avansert pediatrik kunnskap og kliniske ferdigheter, 2) undervisnings- og veiledningskompetanse, 3) kompetanse til å jobbe kunnskapsbasert, 4) profesjonell identitetsutvikling, 5) ledelses- og samarbeidskompetanse og 6) kompetanse til å gi familiesentrert omsorg. Disse kompetanseområdene var noe studien indikerte måtte opparbeides både gjennom videreutdanning og i klinisk praksis etter endt utdanning. Videre viser studien at den teoretiske kompetansen utvikles særlig gjennom videreutdanning, og erfarings kompetansen utvikles delvis gjennom videreutdanning og mest i klinisk praksis etter utdanning (Lee et al., 2017).

I den amerikanske studien til McDowell et al. (2023) var hensikten å definere pediatrik sykepleierekspertise (PNE), samt utvikle en modell for PNE som kan brukes til å identifisere pediatrik ekspertkompetanse, forbedre pediatrik omsorg og utvikle utdannings- og opplæringsprogrammer (vedlegg 2). Modellen beskriver ulike begreper som inngår i barnesykepleieres kompetanse, og gir definisjoner til disse begrepene (vedlegg 3). Kjernekompetansen i barnesykepleie er utviklingsmessig tilpasset omsorg og pleie, noe som

synliggjøres som kjernen i modellen. Modellen er sirkulær, og har til sammen seks domener. Fem av domenene har tre konsepter hver, og er avbildet som kiler med spissen inn i sirkelen. Hvert av de fem domenene har sin egen farge. Den sjette kilen er hvit og ligger i bunnen av sirkelen. Denne kilen er større enn de andre og beskrives som ekspertsykepleie, og spissen i kilen overlapper kjernen i modellen. Overlappingen i modellen indikerer en toveis relasjon mellom domenene, det vil si mellom den sentrale kjernekompetansen og innholdet i og utviklingen av ekspertsykepleie. Modellen for ekspertsykepleie knytter blant annet begrepene samarbeid, profesjonell utvikling og profesjonalitet til engasjement, eller til det å være faglig engasjert i arbeidet. Et annet av domenene, som har relevans for vår studie, er det som handler om kontinuerlige forbedringer. Dette domenet handler både om å innlemme kunnskapsbasert praksis i klinisk arbeid, samt imøtekomme barns og foreldres verdier når de trenger omsorg og pleie. Dette gjøres ved å tilby sykepleiefaglig kunnskap som er i samsvar med dagens standard. Målet med modellen er at den skal kunne brukes for å sikre at pediatrike sykepleiere har de ferdighetene og den kunnskapen de trenger, for å gi best mulig omsorg til barnet og familien. Modellen kan også brukes for å lage programmer for videreutvikling av pediatrik sykepleiekompetanse (McDowell et al., 2023).

I den systematiske litteraturstudien til Moore et al. (2019), utført i USA, undersøkte de faktorer som bidrar til et vellykket klinisk stige-program. Klinisk stige har til hensikt å fremme sykepleiernes utvikling, øke jobbtilfredshet samt hindre turnover. De har i stor grad vært utviklet med bakgrunn i Patricia Benners kompetanseteori, fra novise til ekspert. I denne studien ble avdelingens organisasjonskultur identifisert som den viktigste suksessfaktoren for kunnskapsutvikling. Herunder var det avgjørende hvordan en leder aktivt involverer og engasjerer seg i utforming, implementering, oppfølging og gjennomføring av kompetanseutviklingsprogrammet. Den kliniske sykepleiers behov for anerkjennelse, innflytelse og kompensasjon var også avgjørende, og hadde en økt effekt på motivasjon for programmet. Studien konkluderte med at det er mange faktorer som påvirker suksessen, og at disse kan variere fra program og avdelinger (Moore et al., 2019).

I den amerikanske studien til Slagle et al. (2023), var hensikten å kartlegge effekten av og mulighetene for en global standardisering av kliniske stige-programmer, med bakgrunn i den globale sykepleiermangelen. Studien ble utført gjennom en systematisk litteraturgjennomgang av ulike kliniske stige-programmer i USA, Libanon og Ghana. 79 artikler ble gjennomgått, og av dem ble 30 studier inkludert, samt 20 programmer fra amerikanske og internasjonale

sykehus. Alle inkluderte studiene, unntatt en, rapporterte at de kliniske stige-programmene var bygd på Benners ekspertmodell. Den ene studien brukte sykepleieforskeren Carpers modell, Fundamental Patterns of Knowing in Nursing, som beskriver mønstre i sykepleiekunnskap og kunnskapsutvikling. Resultatene viste at de kliniske stige-programmene manglet fellestrekk, og var derfor vanskelig å standardisere og måle effekten av (Slagle et al., 2023).

I Jonassen og Slettebø (2013) sin norske studie var hensikten å kartlegge barnesykepleiernes erfaringer og opplevelser med kompetanseutvikling. De utførte en kvalitativ studie med intervju som studiedesign. Resultater viser at refleksjon i praksis, sykepleiefaglige diskusjoner samt pasientnært arbeid øker kompetansen til sykepleierne. Herunder viser studien at barnesykepleiekompetansen avhenger av konteksten man står i. En barnesykepleier kan føle seg kompetent på ett område, men mindre kompetent på ett annet. Teamarbeid rapporteres også som kilde til kompetanseheving, og er en arena der sykepleiere kan lære av hverandre. Utover dette finner studien at kompetanse bygges over tid, og at simulering er en viktig bidragsyter til kompetanseheving. Studien viser at egenmotivasjon må ligge til grunn for all kompetanseheving. Basert på disse funnene anbefales det at avdelingen fordeler kompetansen i turnusplanlegging, slik at riktig kompetanse sikres på alle vakter. Det anbefales også at avdelingen iverksetter stimulerende tiltak som kurs, samt fora for faglige diskusjoner og refleksjoner for å holde på erfarne barnesykepleiere (Jonassen & Slettebø, 2013).

I det norske forskningsprosjektet til Thidemann et al. (2020) var hensikten å undersøke hva som har betydning for sykepleieres læring og kompetanseutvikling over en tidsperiode på 20 år. Dette var en longitudinell studie som inneholdt fire selvstendige studier. I første studie svarte 62 sykepleierstudenter på ett spørreskjema om hvordan utdanningen bør tilrettelegge for læringsprogresjon. I det andre studie, tre år etter avsluttet grunnutdanning, svarte 52 av de tidligere sykepleierstudentene på et spørreskjema om hvilke faktorer som hadde hatt betydning for kompetanseutvikling etter endt utdanning. Det tredje studiet ble utført fem år etter avsluttet grunnutdanning, og hadde dybdeintervju som metodedesign med ni sykepleiere fra det foregående studie, med samme problemstilling. I det siste studiet, 20 år etter avsluttet utdanning, brukte de både spørreskjema, hvor 41 av sykepleierne deltok, og dybdeintervju hvor åtte av sykepleierne ble intervjuet om faktorer som hadde betydning for læring og kompetanseutvikling over en periode på 20 år. Studien viser at erfarne sykepleiere lærer og utvikler kompetansen sin først og fremst i klinisk praksis, i fellesskap med kolleger, og gjennom refleksjon av praksis. Herunder ble et engasjerende og støttende arbeidsmiljø

vektlagt. Studien konkluderer også med at veiledning i refleksjonsgrupper bør være et tiltak for å heve kompetansen (Thidemann et al., 2020).

I studien til Tariga et al. (2022), utført i De forente arabiske emirater, undersøkte de om fire ulike læringsmoduler ville øke kompetansenivået til sykepleiere som var uerfarne i pediatrien. De brukte en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode for å innhente data. Læringsmodulene var simulering, tavlepresentasjoner, teori og tester. Studien beskriver sykepleierkompetanse som dynamisk, og bestående av erfaringer og ferdigheter. Konklusjonen viser at læringsmoduler i klinisk praksis er en effektiv måte for å øke sykepleierkompetansen, men effekten påvirkes av den tiden som settes av for gjennomføring av slike moduler, samt tid til å praktisere og anvende nye ferdigheter i klinisk praksis (Tariga et al., 2022).

I en studie fra Taiwan av Hsieh og Chen (2020), undersøkte de effekten av et 18 timers opplæringsprogram om evidensbasert praksis (EBP). Bakgrunnen for studien bygger på at evidensbasert praksis bidrar til bedre pasientbehandling, lavere kostnader og møter samfunnets krav til helsetjenesten. De ønsket derfor å se om et slikt program forbedret helsesykepleieres kunnskap, mestringstro og ferdigheter. Det ble brukt kvantitativ metode med spørreskjema, som ble sendt ut til 193 deltakere før opplæringsprogrammet startet, rett etter gjennomføringen og etter tre måneder ved oppfølging av effekten av programmet. Resultatet av studien viste at kunnskap og mestringstro forbedret seg betydelig etter programmet, men at opparbeidet ferdigheter i programmet avtok med tiden. Svakheten i studien, hevder forfatterne, er at det ikke var noen kontrollgruppe, og man vet derfor ikke om andre faktorer har påvirket resultatet (Hsieh & Chen, 2020).

I en pågående europeisk intervensjonsstudie “Magnet4Europe”, som undersøker om omorganisering av sykehus kan forbedre jobbtilfredshet og mental helse hos sykepleiere og leger, deltar Lovisenberg diakonale sykehus (Sermeus et al., 2022). For å gjøre arbeidsplassen mer attraktiv å jobbe på, har Lovisenberg diakonale sykehus innført noen tiltak for å bedre arbeidsmiljø og pasientresultater. Ett av tiltakene var å kartlegge arbeidsbelastning og jobbstress på ulike avdelinger på sykehuset. På denne måten kunne de, på avdelinger hvor arbeidsbelastningen og jobbstresset var spesielt høyt, argumentere for behovet for økt bemanning i budsjettmøter. Slik fikk relevante avdelinger tildelt midler til økt grunnbemanning og flere utdanningsstillinger. Det var også en avdeling som gjennomførte et

mentorprogram, hvor nyansatte i løpet av det første året fikk tett oppfølging via møter med mentor, fagutviklingssykepleier og leder. Målet med omorganiseringen var også at ansatte som hadde jobbet en stund skulle få muligheten til kontinuerlig utvikling (Lerdal et al., 2023).

3 Teoretisk tilnærming

Den teoretiske referanserammen skal bidra til forståelse og nyansering av det innhentede datamaterialet (Malterud, 2017). Vår teoretiske tilnærming bygger på: 1) Patricia Benners teori om sykepleiers kompetanseutvikling og kjennetegnene til ekspertsykepleiere, og 2) barnesykepleiers kompetansebeskrivelse, som legger grunnlaget for barnesykepleiers ansvar og oppgaver.

3.1 Benners kompetansenivåer

Patricia Benner (1995) skriver, i boken *Fra Novise til ekspert*, om sykepleieferdigheter og videreutvikling av disse. Ved hjelp av Dreyfus-brødrenes modell om hvordan ferdigheter kan tilegnes, forklarer Benner hvordan sykepleieres kompetansenivå kan forstås gjennom fem ulike stadier. Modellen forklarer hvordan sykepleiere går fra å være nybegynner uten erfaring, til å stegvis bli ekspert. Kompetanseutviklingen skjer ifølge henne gjennom kontinuerlig læring og erfaring i praksis (Benner, 1995).

De fem ulike stadiene i kompetanseutviklingen er; *novise*, *avansert nybegynner*, *kompetent*, *kyndig* og til slutt *ekspert*. Benner påpeker at stadiene kan gå over i hverandre, og at sykepleieren kan bevege seg mellom flere stadier, avhengig av den kompetansen sykepleieren har på ulike fagområder. Ettersom sykepleieren får mere erfaring innenfor et fagområde beveger hen seg over til neste nivå. Benner legger også vekt på betydningen av sykepleierens emosjonelle evne, forståelse og omsorg i ulike situasjoner. Hun argumenterer for at ekspertise i sykepleie ikke bare handler om tekniske ferdigheter, men også om å forstå pasientens behov og kunne tilpasse omsorgen til den enkeltes situasjon (Benner, 1995).

Som *novise* har sykepleieren begrenset eller ingen klinisk erfaring innenfor fagområdet. Sykepleieren er derfor avhengig av å forstå og følge prosedyrer og retningslinjer. Det viktige her er at novisen trenger veiledning og oppfølging fra en sykepleier med mere erfaring, for å forstå helheten i situasjonen, og ut fra det tilpasse det hen gjør til den unike situasjonen (Benner, 1995).

I neste stadiet er sykepleieren en *avansert nybegynner*. Her begynner sykepleieren å få mere erfaring fra det bestemte fagområdet, og kan da gjenkjenne situasjoner og se en større helhet,

men har fortsatt behov for opplæring og veiledning fra mere erfarne sykepleiere (Benner, 1995).

På stadiet tre er sykepleieren *kompetent*. Nå har sykepleieren opparbeidet seg en betydelig mengde erfaring, og har evne til å håndtere ulike situasjon mer selvstendig. Det er på dette nivået vi anser at en nyutdannet barnesykepleier kan være. Erfaringen hen har tilegnet seg gjør at oppgavene gjøres mere effektivt. På dette nivået viser sykepleieren en dypere forståelse for unike situasjoner, klarer i større grad å forstå sammenhenger, og slik ta egne beslutninger. I komplekse eller nye situasjoner vil sykepleieren fortsatt ha behov for å søke råd og veiledning hos mer erfarne kolleger (Benner, 1995).

De to neste stadiene vil være de stadiene som kompetanseutvikling etter endt barnesykepleierutdanning må rette seg mot. I det fjerde stadiet, som Benner kaller for *kyndig*, har sykepleieren oppnådd et høyt kompetansenivå. Her kan hen utføre kompetansekrevende oppgaver, og bruker også intuisjon for å identifisere en situasjon. Den profesjonelle kyndige sykepleieren oppdager endringer i situasjoner raskt og viser selvstendig handlingsevne. Utover det trenger hen sjeldent veiledning, men blir i stedet ofte satt til å veilede andre (Benner, 1995). Det høyeste stadiet er *ekspertstadiet*. Her viser sykepleieren å ha rik erfaring og kompetanse, ved å selvstendig håndtere de mest krevende og sammensatte situasjonene. Ekspertsykepleieren handler også på intuisjon, skriver Benner, og er ofte i stand til å predikere en situasjon ut fra små endringer, og kan da identifisere forandringer hos pasienter tidlig. Kompetansen vises også ved å bidra i fagutvikling innenfor ulike fagområder (Benner, 1995).

Benner et al. (2011) beskriver hva som kjennetegner ekspertsykepleiere ved akutt og kritisk sykepleieutøvelse gjennom ni aspekter, og beskriver hvordan ekspertsykepleieren både tenker og handler. Følgende aspekter er aktuelle for vår studie: 1) kunne prioritere det som er viktigst, 2) å kunne overføre teoretisk kunnskap til klinisk praksis og simulering, 3) vise engasjement og resonnement i situasjoner som endrer seg, 5) kunne tolke en situasjon og handle ut fra den, 6) bidra til å påvirke en situasjon i positiv retning, 7) bruke sansene for å oppfatte en situasjon samt vise et emosjonelt og relasjonelt engasjement, 8) kunne kombinere både klinisk og etisk resonnement. Utover dette hevder Benner et al. (2011) at du kan være ekspert på et område i ditt fagfelt, men avansert nybegynner på et annet område.

3.2 Barnesykepleiers kompetanse, ansvar og oppgaver

Målet til barnesykepleierutdanningen er å kvalifisere sykepleiere til å ivareta barn med alle deres helseutfordringer. Utdanningen reguleres av Forskriften (2021), som skal sikre en nasjonal likeverdig kompetanse etter endt utdanning. Barnesykepleie omfatter pleie av en bred aldersgruppe, som inkluderer premature, syke nyfødte, barn, samt ungdommer, alle med deres særegne sårbarhet og behov for spisskompetanse.

Forskriften (2021) stiller krav til praksisstudiet under utdanningen, slik at nyttig kunnskap og nødvendig læring tilegnes. Studenten skal oppnå en variert erfaring med å gi helsehjelp til premature, syke nyfødte, barn og ungdom som både kan være akutt og kritisk syke eller skadet.

Utdanningen og Forskriften (2021) setter krav til barnesykepleieres særlige ansvar-, oppgave- og kompetanseområder. Disse områdene har Barnesykepleierforbundet nedfelt i et eget hefte (Barnesykepleierforbundet NSF, 2021). En følge av bedre medisinske behandlingen er at stadig flere fortidligfødte og alvorlig syke barn vokser opp. Dermed øker behovet for avansert behandling og pleie. Kompleksiteten i sykdomsbildet øker i takt, og flere vokser opp med behov for langvarig helsehjelp.

Barnesykepleieren stilles også overfor krav om å kunne bidra til å utvikle helsetjenesten i nyskaping og forbedringsarbeid på en bærekraftig måte, i tråd med befolkningsendringer og teknologiske fremskritt (Barnesykepleierforbundet NSF, 2021).

Barnesykepleierforbundet (2021) beskriver i tillegg kompetansen barnesykepleiere må ha for å håndtere utviklingen av faget, slik at de kan møte forventningene til praksis. De stilles overfor høye krav til kvalitet og effektivitet i sin yrkesutførelse. I klinisk praksis forventes det også at barnesykepleieren kan inneha en veilederrolle overfor kollegaer og studenter.

Forskriften (2021) påpeker i tillegg at barnesykepleieren skal kunne jobbe etter kunnskapsbasert praksis. Utviklingen av barnesykepleiefaget foregår på alle kompetanseområder, og barnesykepleiere skal være i front for å lære og ta i bruk ny kunnskap og praksis. De ilegges derfor ofte ansvaret for ferdighetstrening som simulering. I tillegg er det som regel barnesykepleierne som får ansvaret i å arrangere fagdager, kompetanseprogram

og konferanser, både nasjonalt og internasjonalt. Å bidra til utvikling, og bruk av medisinsk-teknisk utstyr tilpasset barn, er også et ansvarsområde de er tildelt herunder (Barnesykepleierforbundet NSF, 2021).

Barnesykepleiers yrkesutøvelse påvirkes av at Norge er bundet av FNs Barnekonvensjon (Barnesykepleierforbundet NSF, 2021), ved at de er forpliktet, både nasjonalt og internasjonalt, i å utveksle kunnskap om sykepleie til barn, for å skape en trygg tjeneste. Kravene til utvikling, faglig fordypning og kunnskapsbasert praksis øker også behovet for spisskompetanse. Det er derfor behov for barnesykepleiere med relevant kompetanse, for å gi et helhetlig og godt helsetilbud. Likevel utfordres fremtidens behov for barnefaglig kompetanse av at det allerede mangler barnesykepleiere og utdanningsplasser. Mangelen på barnesykepleiere skyldes blant annet høy gjennomsnittsalder med avgang fra yrket, samt mangel på utdanningsinstitusjoner (Barnesykepleierforbundet NSF, 2021).

4 Metode

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for stegene i forskningsprosessen og for de valg vi har tatt underveis. Vi har valgt å benytte en kvalitativ tilnærming, for å utvikle kunnskap om barnesykepleieres erfaringer med kompetanseutvikling i klinisk praksis. Metoden egner seg godt når vi skal få fram både erfaringer, holdninger og meninger (Malterud, 2017). Studien er basert på Malteruds prinsipper om kvalitativ forskning, og datamaterialet er analysert i henhold til den tematiske analysemetoden til Johannessen et al. (2018).

4.1 Forforståelse

Malterud (2017) forklarer forforståelse, som den oppfatningen av tematikken vi har med oss når vi startet med oppgaven. Vår forforståelse er at manglende strukturert kompetanseutvikling påvirker barnesykepleierens mulighet for videreutvikling. Vi tenker at dette kan gi flere ringvirkninger, blant annet for trivsel, pasientsikkerhet og motivasjonen for arbeidet. Dette gjør at vi undrer oss over hvilke erfaringer barnesykepleiere har med kompetanseutvikling på barneavdelinger, og hensikten med studien er å kartlegge dette. Vi håper resultatet av studien kan være med å bevisstgjøre barnesykepleiere, fagutviklingspsykepleiere og ledere om hvorfor dette er et viktig tema. Videre håper vi at eventuelle utfordringer med kompetanseutvikling til barnesykepleiere kan løses på best mulig måte.

Vår motivasjon for å gjennomføre studien var på bakgrunn av vår forforståelse. Likevel er det viktig at vi er vår forforståelse bevisst, slik at den ikke påvirker resultatet av studien. Dette gjelder spesielt ved kvalitativ metode, der vi bruker oss selv som instrument både under intervjuet og i analyseringen av intervjuet (Malterud, 2017). I kvalitativ forskning er det også aksept for at forskere kan vektlegge samme datamateriale ulikt. Derfor må etterprøvbareheten sikres gjennom forskerens refleksjon over studiedesignets svakheter og begrensninger, samt åpenhet om de valg som er gjort (Malterud, 2017).

Fordelene med å forske i eget felt, er at vi gjennom arbeidserfaring har opparbeidet egen forståelse for temaet, vi kjenner faguttrykk, og det teoretiske rammeverket kan vi relatere til erfaringer i klinisk arbeid. Bakdelen er kravet til forskerens distanse og objektivitet. En fallgrube er at vi under intervjuene søker bekreftelse på våre egne forforståelser.

4.2 Forskningsetiske vurderinger og personvern

På grunn av personopplysningene til intervjudeltakerne ble studien vår meldt inn til Sikt Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (u.å), før vi kunne starte datainnsamlingen. Høsten 2023 ble prosjektet godkjent under referansenummer: 179418 (vedlegg 7). Studien følger for øvrig retningslinjer ved UiT Norges arktiske universitet (2018), for forskriftsmessig innhenting, håndtering og lagring av data. Forskningsdata er også sikkerhetsvurdert ved hjelp av en intern risiko- og sårbarhetsanalyse, ROS. Denne nevnes ikke ytterligere i oppgaven.

For å sikre deltakernes integritet ble de informert om studien både skriftlig og muntlig (vedlegg 5). Videre ble de både skriftlig og muntlig informert om frivillig deltagelse, og at de når som helst i prosessen kunne trekke seg, uten å oppgi grunn. Deltakerne ble også informert om oppbevaring av datamaterialet, om bruk av nettskjema-diktafon, der lyd og tekst krypteres automatisk, og at data lagres under dobbelt passord beskyttelse, også kalt tofaktorautentisering. Utover dette ble transkripsjonen skrevet fra dialekt til bokmål, for å hindre eventuell gjenkjennelse. Når prosjektet er avsluttet vil lydfilene og det transkriberte materialet slettes.

4.3 Rekruttering og utvalg

På bakgrunn av den uformelle kartleggingen, som nevnt tidligere (vedlegg 1), tok vi kontakt med fire av de seks sykehusene som oppga at de hadde et kompetanseutviklingsprogram. Selv om programmene ikke var tilpasset barnesykepleiere, valgte vi å rekruttere deltakere ut fra denne kartleggingen.

Under rekrutteringen av deltakere var det viktig at vi var bevisst vår strategi, for å sikre validiteten i studien. Derfor rekrutterte vi deltakere gjennom strategisk utvalg. Med bakgrunn i masteroppgavens omfang og UiT sine rammer, intervjuet vi tre barnesykepleiere som grunnlag for datamateriale.

Av personvern hensyn tok vi først kontakt med avdelingsledere, for å innhente tillatelse til å rekruttere en eller flere av deres ansatte. Avdelingslederne ble informert om studien over e-post, gjennom et tilsendt informasjons- og samtykkeskjema (vedlegg 4). Det signerte samtykkeskjemaet ble fotografert og sendt til en av våre e-poster, som er beskyttet med tofaktorautentisering. Videre ble det signerte skjemaene lagret i Nettskjema, etter UiT sine retningslinjer for oppbevaring av samtykkeskjema. I den videre prosessen valgte vi å

rekruttere aktuelle deltakere gjennom fagutviklingssykepleier, for å eliminere eventuelle utfordringer som kunne oppstå når en leder skal rekruttere, både med tanke på tid, men også maktprinsipper, som kan gjøre det vanskelig for ansatte å motsi seg deltakelse.

Deltakerne i studien er barnesykepleiere fra to ulike generelle barneavdelinger. For å sikre at deltakeren hadde erfaring med tematikken, var inklusjonskriterier minimum to års ansiennitet i pasientnært arbeid på en barneavdeling. Begrensningen til strategisk utvalg er at empirien er samlet inn på en generell barneavdeling. Det finnes ulik oppbygning av barneavdelinger, noen er inndelt i nyfødt intensiv enhet og andre avdelinger er sengepost for barn. På større sykehus er barneavdelingen ofte inndelt i ulike fraksjoner, som for eksempel kirurgi og medisinsk avdeling, eller kreft- og infeksjons avdeling.

Underveis i rekrutteringen av deltakere var det viktig å fremholde deltakerens frivillighet, slik at det på ingen måte opplevdes som et press å delta. Dette viste seg i kontakten med et av sykehusene, der leder samtykket i deltakelse, men der det likevel ikke var noen deltakere som meldte sin interesse for å delta. På et annet sykehus var det en deltaker som først takket ja til å delta, men som videre ikke responderte da vi skulle avtale tidspunkt for intervju. Derfor endte vi opp med å intervju tre erfarne barnesykepleiere, både mann og dame, fra to ulike sykehus (tabell 1).

Tabell 1: Fremstilling av utvalg

| Deltaker | Utdannet sykepleier | Utdannet barnesykepleier | Avdeling | Sykehus |
|----------|---------------------|--------------------------|---------------------------|---------|
| 1 | 2015 | 2021 | Barne- og ungdomsavdeling | 1 |
| 2 | 1998 | 2009 | Barne- og ungdomsavdeling | 1 |
| 3 | 1993 | 1999 | Barne- og ungdomsavdeling | 2 |

4.4 Forberedelser og gjennomføring av intervjuene

Intervjuene foregikk over videoapplikasjonen Teams, og lydopptakene av intervjuene ble gjennomført med Nettskjema-diktafon mobilapp. Denne funksjonen gir en direkte kryptert lydfil, som videre blir automatisk transkribert og lagret i Nettskjema. Vi opplevde at funksjonen ga god kvalitet på både lydopptak og transkripsjon. Malterud (2017) opplyser at

lydopptaker sikrer påliteligheten, noe som gjør at vi får frigitt kapasitet til å stille oppfølgende og oppklarende spørsmål underveis i intervjuet. Dette er også med på å sikre validiteten.

To av deltakerne gjennomførte intervjuet på et møterom på arbeidsplassen utenom arbeidstiden, og den tredje var hjemme. Alle intervjuene varte omkring 60 minutter. Det første intervjuet gjennomførte vi med en av oss som aktiv intervjuer, og den andre som observatør. Observatøren hadde hovedansvaret for det tekniske angående bruk av nettskjema-diktafon mobilapp. Som en ekstra sikkerhet, for å forebygge tap av data, brukte vi nettskjema-diktafon mobilapp ved hjelp av to enheter. Etter evaluering av det første intervjuet, endret vi gjennomføringsstrategien for de to neste intervjuene. Observatøren skulle nå delta aktivt i intervjuene, gjennom å stille oppfølgingsspørsmål eller komme med andre innspill. Dette var noe vi valgte å gjøre for å øke tillitten mellom deltakeren og oss som intervjuere, og opplevdes mer naturlig.

Datainnsamlingen ble utført gjennom semistrukturerte intervju. Malterud (2017) forklarer semistrukturerte intervju som en samtaleform der forskeren stiller åpne spørsmål ved hjelp av en intervjuguide. Informasjonsstyrken til datamaterialet måles i hvor pålitelig datamaterialet fremstår, blant annet i dialogens styrke i intervjuet, og hvordan tematikken er teoretisk forankret. Den måles også i redegjørelsen av analysestrategien av datamaterialet, og her er det viktig med åpenhet, slik at analyseprosessen er transparent for leseren (Malterud, 2017).

Vi hadde på forhånd av intervjuene laget en intervjuguide med tre hovedspørsmål (vedlegg 6). Disse hovedspørsmålene hadde flere underspørsmål som kunne brukes, dersom det under intervjuet ble ansett som nødvendig. Prosessen med studiet gjorde at vi fikk et mer teoretisk språk enn hva som ville være tjenlig under intervjuet. For å gjøre intervjuguiden anvendelig for deltakeren benyttet vi ett mer hverdagslig språk i spørsmålsformuleringene. Vi hadde satt oss godt inn i guiden slik at den under intervjuene fungerte som en huskeliste for oss. I hovedsak skulle spørsmålene være åpne, slik at deltakeren selv kunne dele fritt av erfaringer og opplevelser, uten å være for mye styrt av intervjuguiden. Under intervjuet var det viktig at vi ikke stilte ledende spørsmål for å få deltakeren til å svare det vi ønsket. Sårbarheten med intervju er den såkalte intervju-effekten, der deltakeren svarer det den tror det forventes at den skal svare (Malterud, 2017). Under intervjuet måtte det etiske aspektet for avbrytelser balanseres med ivaretagelse av deltakerens integritet. Semistrukturerte intervju var praktisk å benytte, da det ga oss muligheten til fleksibilitet under intervjuet. Dersom det kom opp ny

tematikk i intervjuene som var nyttig å ta med seg til neste intervju gjorde vi enkle revideringer av guiden.

For å samle erfaringer av intervjuguiden og intervjusituasjonen, anbefaler Polit og Beck (2020) å gjennomføre pilotintervju på forhånd av datainnsamlingen. I desember 2023 valgte vi å gjennomføre et pilotintervju med en erfaren barnesykepleier, som vi tilfeldigvis kom i kontakt med. Vi gjorde oss nyttige erfaringer som vi tok med oss videre til de andre intervjuene. Først og fremst fikk vi under pilotintervjuet realitetsnære erfaringer med bruk av digitale verktøy som Teams og Diktafon applikasjonen. Spørsmålene i intervjuguiden fungerte godt, og derfor gjorde vi kun små endringer i den. Underveis i intervjuet opplevde vi at det ble vanskelig for deltakeren å komme med eksempler fra klinisk praksis, derfor valgte vi å gi ut hovedtemaene for intervjuet til deltakerne i forkant. Dette erfarte vi som nyttig, da deltakerne stilte mer forberedt til intervjuene. En av dem hadde også diskutert temaene med fagutviklingspsykepleier i forkant. Noe vi også erfarte å dra nytte av fra pilotintervjuet var at samtaleflyten, og de mest interessante svarene, kom etter endt lydopptak. Derfor valgte vi å bruke lengre tid i innledningen av intervjuene, samt å ha søkelys på å føre en folkelig samtale i større grad, enn å ha et formelt intervju, slik at deltaker kunne føle seg mer komfortabel under intervjuet.

4.5 Analysen

Datamaterialet er analysert ved hjelp av Johannessen et al. (2018) sin reflekssive tematiske analyse. Dette er en firetrinns modifisert og studentvennlig analysemetode, inspirert og basert på Braun & Clarkes (2021) sekstrinns reflekssive tematiske analyse. For å kvalitetssikre analyseprosessen leste vi den trinnvise prosessen til Braun & Clarke parallelt.

I analysen ble datamaterialet organisert, tolket og sammenfattet. Denne reflekssive tematiske metoden er velegnet som analysemetode av kvalitative data, og her dro vi nytte av at vi er to, slik at analysen i større grad skapte rom for nyanser. At prosessen er reflekssiv betyr at de ulike fasene ikke må følges slavisk, men at man går frem og tilbake underveis i analysen. Braun og Clarke (2021), som har utarbeidet metoden, trekker fram fordelen med å bruke oss selv som instrument. Det er viktig at vi er våre fordommer bevisst i prosessen med analysering av data. Fordelen er at vi begge har jobbet som sykepleiere noen år, kjenner konteksten og forstår ord og uttrykk deltakerne bruker under intervjuet. Utfordringen ble å stille seg åpen og mottakelig for det deltakerne delte av erfaringer og opplevelser.

Analysen startet allerede rett etter intervjuet, da vi startet med å skrive et kort sammendrag om hva intervjuet handlet om. Siden analysen er en interaktiv prosess, der det kan bli behov for å gjøre endringer underveis, opplevde vi å måtte gå tilbake i den trinnvise prosessen, for å kvalitetssikre funn. I analyseprosessen var det særlig viktig at vi var bevisst vår forforståelse, slik at vi kunne kode og deretter tematisere riktige funn. Prosessen opplevdes som at vi forsøkte å analysere uten å være bedrevitende, eller sitte med forkunnskap om ei barneavdeling. Det var problemstillingen som dannet utgangspunktet for de svarene vi fikk da vi strukturerte datamaterialet. Under kodingen hadde vi hele tiden problemstillingen nært oss, og sett i lys av den kodet vi datamaterialet deretter. Den teoretiske referanserammen vi hadde valgt, gjenspeiler hvilken kunnskap vi hadde med oss i analyseringen og tolkningen av datamaterialet. Under denne prosessen ble det behov for å spisse problemstillingen ytterligere, slik at den ble så presis som mulig. Etter at datamaterialet var samlet inn ble også teorien forandret, supplert og spesifisert, slik at funnene av datamaterialet kunne diskuteres opp mot egnet teori.

4.5.1 Gjennomføring av analysetrinnene

For å bli kjent med datamaterialet lyttet vi gjentatte ganger til lydopptaket for å validere transkripsjonen, anonymisere navn og omskrive dialekt til bokmål. Den automatiske transkriberingen ble loggført med minuttanvisning, som var en fordel under gjennomgangen av transkripsjonen. Svakheten var at transkriberingen ikke skilte mellom hvem som snakket. Vi vurderte tidsbesparelsen med automatisk transkribering opp mot nøyaktigheten det ville være å transkribere datamateriale manuelt. Vi valgte automatisk transkribering selv om vi måtte lytte til intervjuene og lese transkriberingen flere ganger for å korrigere feil i transkripsjonen. Polit og Beck (2020) poengterer at transkribering av datamaterialet må gjøres nøye, og at prosessen gir forskeren en unik mulighet til å bli kjent med materialet. Dette erfarte vi, og det var på denne måten vi ble godt kjent med datamaterialet, og hadde god innsikt i empirien da vi startet kodingen. Deltakerne fikk tilbud om å lese gjennom det transkriberte intervjuet, slik at eventuelle misforståelser kunne rettes opp i. Vi fikk tilbakemelding fra to av deltakerne om at de var fornøyde med transkripsjonen, og at vi bare skulle fortsette arbeidet med studiet. Den siste deltakeren fikk vi ingen tilbakemelding fra. Etter at transkripsjonen var ferdig, skrev vi et nytt sammendrag om hva intervjuet handlet om. Deretter lagde vi et tankekart, der vi trakk ut hovedpunktene av intervjuet samt noterte stikkord og korte refleksjonsnotater.

Neste trinn i analysen er koding. Vi tok utskrift av datamaterialet og startet kodingen med å markere ord og tekst som kunne være relevant for problemstillingen vår. Samtidig noterte vi stikkord i marginen. Kodingen gjorde vi hver for oss i flere runder, noe som resulterte i en dypere innsikt i materialet for hver gjennomgang, det ble også slik mer familiært for oss. Denne prosessen ble gjort samtidig som vi hadde problemstillingen foran oss. På denne måten la vi grunnlag for hvilket fokus vi hadde da vi identifiserte kodene. Vi gikk fram og tilbake mellom transkripsjon og koding for å sikre oss at vi ikke hadde unnlatt noe viktig. Etter å ha arbeidet hver for oss jobbet vi sammen, for å få fram fellestrekk, ulikheter og mønstre i kodingen. Her identifiserte vi koder som gikk igjen i alle intervjuene, og underveis oppdaget vi verdifulle sitater som vi markerte i teksten.

Prosesen med kodingen førte til at foreløpige temaer dukket opp. Vi laget en tabell (tabell 2) der første kolonne er utdrag fra transkripsjonen, neste kolonne er koden, deretter kategorier eller undertemaer og siste kolonne er foreløpige temaer. Denne tabellen hadde vi god hjelp av i det videre arbeidet, for å utvikle hovedtema og undertema. Vi samlet flere utdrag fra intervjuene i samme kode, endret tittel på koder og tok bort koder som ikke var relevante for problemstillingen. Deretter slo vi sammen flere koder i kategorier som vi ga tittel. Kategoriene dannet så grunnlaget for hovedtema og undertema. Arbeidet med å utvikle tema og undertema har vi erfart som en krevende prosess. Det var først da vi begynte å skrive på funnkapitlet at temaene og undertema falt fullstendig på plass. Hovedtemaene var det vi anså som de mest relevante funnene i datamaterialet, mens undertema var temaer som naturlig hørte til ett av hovedtemaene.

Tabell 2: Eksempel på koding og temautvikling fra transkriberte intervju..

| Utdrag transkripsjon | Kode | Kategori/undertema | Foreløpig tema |
|---|--|--------------------|---|
| Jeg har mye mer trygghet i det jeg gjør. Mye mer tyngde bak de avgjørelsene jeg tar, de observasjonene jeg gjør, og de tiltakene jeg setter i verk. Jeg følte at nå forstår jeg mer, og har mer forståelse for en sykdom eller symptomer. | Kunnskap gjennom videreutdanning oppleves nyttig for praksis | Økt kompetanse | Barnesykepleierutdanning gir viktig kunnskapsgrunnlag for praksis |
| Jeg er blitt leder i diabetesgruppa etter at jeg var ferdig barnesykepleier. | Barnesykepleier får mer ansvar | Økt ansvar | Ansvar gir kompetanseutvikling |

| | | | |
|--|----------------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| <p><u>Utdrag 1:</u> Hvis du ikke har nok kompetent personell, så klarer du ikke å ta hånd om alle de krevende pasientgruppene som man har på en generell barneavdeling, som har alt fra a til å</p> <p><u>Utdrag 2:</u> Det er utfordrende når du må gjøre ting du ikke har gjort på lenge. Du må oppdatere deg på prosedyrer å bruke tid på å sette deg inn i situasjonen</p> | Stilles krav til bred kompetanse | Bredt fagområde | Behov for dybdekompetanse |
| Det er lite. Jeg skulle gjerne hatt mer, og jeg har etterspurt mer. | Ønsker mer tid til fagutvikling | Tidspress | Utfordringer ved kompetanseutvikling |
| Den veldig varierte jobben skaper engasjement og drivkraft. | Motivasjon for arbeid | Engasjement | Fremmede faktor for utvikling |

Da vi hadde skrevet frem fire temaer, der hvert tema fikk to eller tre undertemaer, arbeidet vi oss gjennom funnkapitlet på nytt. I prosessen leste vi teori og forskning parallelt med skrivningen, og gikk tilbake til datamaterialet for å sikre deltakernes utsagn. På den måten fant vi sitater som vi allerede hadde merket oss, samt nye sitater som var med å belyse resultatet. I tillegg endret vi tittel på temaene, flyttet på undertemaene og slo sammen og utviklet nye undertema. Det var lesingen og skrivningen som bidro til denne delen av analysen vår. Under hele analyseprosessen var det viktig for oss å holde oss til det deltakerne hadde sagt, samtidig som det å lese teori og forskning ga oss perspektiver å tolke deres erfaringer fra.

4.6 Refleksjon over metoden

Ifølge Malterud (2017) er intervju en egnet metode for å få fram erfaringer og opplevelser hos deltaker. Braun og Clarke (2021) sier at det er nyttig for analysen å starte transkriberingen rett etter at intervjuet er gjennomført. Siden vi gjennomførte intervjuene med minimum en ukes mellomrom var vi ferdig med transkriberingen før neste intervju, og hadde i tillegg skrevet et kort sammendrag om hva intervjuet handlet om. I tillegg var det nyttig at vi mellom hvert av intervjuene fikk diskutert med hverandre om det var endringer som burde gjøres. Under første intervju var vi begge til stede, men kun en av oss gjennomførte intervjuet. For å få en større balanse mellom deltaker og oss endret vi strategi for de to neste intervjuene, til at en var hovedintervjuer, mens den andre i større grad var delaktig med supplerende kommentarer.

Målet var at det skulle øke tryggheten og gjøre deltakeren mere avslappet om vi begge var delaktige. Det vi ville unngå var at deltakeren brukte energi på å finne ut hvem observatøren var, som ikke sa noe.

Braun og Clarke (2021) og Johannessen et al. (2018) anbefaler refleksiv tematisk analyse til nybegynnere, og derfor ble denne metoden først og fremst valgt. Det har vært en interessant og lærerik analysing, der vi har fått oppleve viktigheten av å holde problemstillingen nært gjennom hele prosessen. Vi har også hatt mye igjen for refleksiviteten i metoden, der den viktigste effekten har vært å få gå dypere og dypere inn i datamaterialet. En annen effekt av refleksiviteten har vært at vi oppdaget funn som vi ikke fant i starten av analysen.

4.7 Styrker og svakheter med metoden og studien

I denne studien var hensikten å undersøke barnesykepleieres erfaringer og opplevelser med kompetanseutvikling på barneavdelinger, derfor passet det best å gjennomføre en kvalitativ studie. Malterud (2017) forklarer at fordelen med denne metoden er muligheten den gir til å kunne stille åpne spørsmål. Gjennom de åpne spørsmålene kan deltakeren fritt dele erfaringer og opplevelser, som gjør at vi kan gå i dybden i tematikken. Dersom vi ser at noe i intervjuguiden bør endres, gir metoden rom for fleksibilitet siden det er mulig å redigere intervjuguiden underveis (Malterud, 2017).

Styrken med studien er at tematikken er meget relevant for dagens praksis for barnesykepleiere i klinisk arbeid på barneavdelinger. Vi har også gjennom hele prosessen vist engasjement og hatt faglige refleksjoner overfor emnet, som har vært en sentral styrke gjennom hele utarbeidelsen av denne masteroppgaven. Dette engasjementet har bidratt til en rikere og mer nyansert forståelse av tematikken. En annen styrke har vært variasjonen i utvalget, der den ene deltakeren var nokså nyutdannet med omtrent to års erfaring, mens de to andre deltakerne var meget erfarne og hadde 14 års erfaring eller mer. Variasjonen i utvalget kan være med å bidra til å gi et rikere datamateriale, og dermed gi mere nyansert forståelse av problemstillingen. Den kan også gi en større helhetsforståelse, og på denne måten bidra til å kunne overføre funnene i ulike kontekster. En annen styrke med studie er at vi gjennomførte et pilotintervju i forkant av hoved intervjuene.

Svakheten med metoden er at det stilles krav til oss som intervjuere og fortolkere av deltakernes tanker og meninger, og vårt arbeid vil påvirke studiens kvalitet. Derfor vil hele

arbeidsprosessen preges av vår uerfarenhet, og studiens kvalitet kunne vært bedre hvis ferdighetene våre hadde vært bedre og vi hadde hatt mer erfaring med metoden. Det har vært viktig at vi var bevisst vår forforståelse, både under intervjuet og i tolkningen og analysen av datamaterialet.

Intervjuene vi gjennomførte gav oss et rikt datamateriale med flere interessante funn, som med tiden kan bli til en fagartikkel.

5 Funn

I analysen fremkom det fire hovedtemaer, med tilhørende undertema (tabell 3), som beskriver deltakernes erfaringer med kompetanseutvikling på barneavdelinger: 1) Utdanningen gir god barnesykepleiefaglig basiskompetanse, 2) arbeidsoppgaver og ansvar gir kompetanseutvikling, 3) utfordringer knyttet til kompetanseutvikling i klinisk praksis og 4) engasjement fremmer kompetanseutvikling.

Tabell 3: Tema og undertema

| Tema | Undertema |
|--|--|
| Utdanningen gir god barnesykepleiefaglig basiskompetanse | Bredt fagområde med behov for dybdekunnskap |
| | Barnesykepleiefaglig kjernekompetanse |
| Arbeidsoppgaver og ansvar gir kompetanseutvikling | Pasientnært arbeid og simulering |
| | Ansvar for bestemte pasientgrupper |
| | Ansvar for opplæring av kollegaer |
| Utfordringer knyttet til kompetanseutvikling i klinisk praksis | Kompetansemangel på vakter |
| | Tidspress |
| | Organisert kompetanseutvikling bygger på bachelorstudiet |
| Engasjement fremmer kompetanseutvikling | Samarbeid |
| | Kontinuerlig vurdering av egen kompetanse |

5.1 Utdanningen gir god barnesykepleiefaglig basiskompetanse

Deltakerne mente at barnesykepleierutdanningen gir bred basiskunnskap, og fremhevet spesielt den økte teoretiske forståelsen, som la grunnlag for videre kompetanseutvikling. De fortalte imidlertid om mangelfull utvikling av dybdekunnskap, for å kunne gi helhetlig og god barnesykepleie på det brede fagområde de møter. Derfor vektla alle deltakerne behovet for videreutvikling av barnefaglig kompetanse i klinisk praksis.

5.1.1 Bredt fagområde med behov for dybdekunnskap

Deltakerne snakket om at det er mange fagområder innenfor en barneavdeling, "alt fra a til å, mellom 0-18" (D3), og at noen områder er ekstra komplekse, og krever grundig opplæring for å kunne håndteres forsvarlig. Et fagområde som en deltaker gikk dypere inn på var kreft. Her er barnesykepleieren, eller sykepleieren, pålagt et praktisk og teoretisk kurs, samt en avsluttende eksamen før administrering av cellegiftkurer, forteller deltakeren. Denne strukturen for opplæring opplevdes godt strukturert, og hen uttrykte et ønske om lignende læringsformer også innenfor andre fagområder, for å kunne utvikle dybdekompetanse. De to andre deltakerne fortalte om fagfeltet diabetes, der det er nødvendig med teoretisk og praktisk kunnskap om insulinpumper og blodsukkersensorer, samt kunnskap til å veilede og undervise familier i opplæring. De snakket også om at faggruppen for diabetes har ansvaret for opplæring og internundervisning av kollegaer innenfor feltet. En deltaker utdypet for øvrig nyfødtfeltet, som krever kompetanse på øverste nivå i opplæringsprogrammet (se tema tre). Dette innebar en hospiteringspraksis, samt håndtering av spesialutstyr til gjenoppliving og stabilisering, hvor særlig respiratorbehandling ble påpekt. Deltakerne nevnte også andre fagfelt som akuttmedisin, infeksjon, nevrologi og gastromedisin, uten å gå ytterligere inn på eventuell opplæring og særlige kompetansekrav herunder, og uten at vi spurte ytterligere om dette.

Videre fremkom det i intervjuene at det stilles krav til håndtering av avansert medisinsk-teknisk utstyr. En av deltakerne forklarte at utviklingen innen fagfeltet går raskt, og at det derfor stadig er noe nytt å forholde seg til. Utstyret deltakerne nevnte er blant annet maskiner til blodrensing, pustestøtte til luftveissyke barn og utstyr til gjenoppliving av nyfødte. To av deltakerne gikk mer i detalj rundt én situasjon der de fikk opplæring på en komplisert maskin under lunsjen. I dette tilfellet var det flere som bare fikk med seg bruddstykker av opplæringen, fordi man ble avbrutt av alarmer og pasienthendelser underveis. Deltakeren utdypet at det likevel ble forventet at de som deltok på opplæringen skulle ha nok kompetanse til å håndtere det avanserte utstyret: «Da kan de si at: du var jo på lunsj-opplæringen. Men jeg fløy jo ut ti ganger. Det er jo ikke bra opplæring, det er ikke godt nok» (D2). Deltakeren fortsatte med å illustrere behovet for opplæring slik: "det er noe med å kunne det du skal gjøre. Barna kan bli veldig syke, og så har du ikke sett utstyret, barna eller hva det dreier seg om i det hele tatt" (D2).

5.1.2 Barnesykepleiefaglig kjernekompetanse

Alle deltakerne mente at det manglet barnesykepleiefaglig kompetanse i avdelingene. Vi spurte ikke deltakerne om hva utdanningen hadde bidratt med, men alle påpekte uoppfordret at utdanningen hadde gitt dem økt teoretisk forståelse. To av deltakerne utdypet dette med å si at barnesykepleierutdanningen skapte en økt nysgjerrighet for faget, samt evne til å tilegne seg ny kunnskap: “Jeg er mer nysgjerrig nå på å skjønne hva en skal tenke på, hva man ser etter, og det å se sammenhenger” (D2). Denne deltakeren brukte begrepet mangel på barnefaglig kompetanse om mangelen på barnesykepleiere på vakt. En annen deltaker mente at utdanningen bidro til at hen ofte, i konkrete situasjoner, vurderte hva som kunne være relevant knyttet til kunnskapsbasert praksis, og da søkte etter nyere forskning og internasjonale- og nasjonale retningslinjer. Dette erfarte hen som positivt for utviklingsarbeidet i avdelingen, fordi det hadde vært med på å endre og oppdatere praksis.

5.2 Arbeidsoppgaver og ansvar gir kompetanseutvikling

Deltakerne beskrev at både pasientnært arbeid, ansvar for bestemte fagområder og opplæring av kollegaer og studenter gir kompetanseutvikling.

5.2.1 Pasientnært arbeid og simulering

Barnesykepleierne fortalte at de har ansvaret for de sykeste og mest kompliserte pasientene. Dette er noe deltakerne anså som riktig ansvarsfordeling, og noe de ønsket for å vedlikeholde og utvikle kompetansen sin. En deltaker beskrev et eksempel der det var et sårbart og kritisk pasienttilfelle, hvor det hadde vært behov for å hente inn kollegaer med den beste kompetansen på feltet. Ett slikt eksempel var fra et nyfødtmottak, hvor deltakeren fortalte om fleksibiliteten hos sine mest erfarne kollegaer, som kommer på jobb på kort varsel. Det ble beskrevet slik: “skjer det virkelig noe i avdelingen så ringer vi til den som er mest kjent med det” (D3). En annen deltaker fortalte om sin motivasjon til å utøve avansert barnesykepleie: “Min drøm er å få en intermediaerstudie på post, og ha de dårligste pasientene. Det er det jeg syns er mest utfordrende og spennende” (D1).

Deltakerne erfarte også at simulering er nyttig og absolutt nødvendig for å forbedre og vedlikeholde praktiske ferdigheter. En fortalte at det gjennomføres simulering hver fredag, og at de ansatte ruller på å delta. Videre trakk deltakeren fram særlig positive erfaringer med

simulering hvor det ble brukt profesjonelle aktører. På den måten opplevdes kasusene i større grad virkelighetsnære, da man jobbet med profesjonelt utstyr og hadde fasilitatorer med rik simuleringskunnskap. Her var det en annen deltaker som fortalte om at hen hadde tiltrådd en slik fasilitator rolle etter endt utdanning, og hadde vært på kurs for opplæring, samt hadde ansvar for simuleringene på avdelingen. Deltakerne delte for øvrig positive erfaringer med å kunne simulere med respektive samarbeidende avdelinger, som akuttmottak og intensiv avdelingen. En deltaker fortalte det slik: “Vi har veldig mye øvelser, hver fredag, på operasjonsstuen, på føden og på barneposten. Så akkurat det er veldig strukturert og bra” (D3) Det som enkelte ganger hindret simulering, var økt aktivitet i avdelingen eller lav bemanning.

5.2.2 Ansvar for bestemte pasientgrupper

Alle deltakerne delte erfaringer med å være i faggrupper, hvor de hadde sine spesialområder som de hadde fordypet seg i. De fortalte at barneavdelingen de arbeidet på hadde ulike faggrupper, deriblant grupper for kreft, diabetes, nyfødt intensiv, gastrologi, nevrologi og ernæring.

Deltakerne snakket videre om at de i faggruppene får mulighet til å gå i dybden, i ett eller flere fagfelt, sammen med andre engasjerte kollegaer. Utover dette forklarte deltakerne at det blir satt av egne dager i turnusen for å jobbe i faggruppen. Tilbud om kursdeltakelse var også noe de oftere fikk under sine respektive faggruppeemner. En av deltakerne fortalte at kunnskapen fra faggruppene, og fra kursene, aktivt blir brukt i pasientarbeidet, samt i undervisning av kollegaer. En deltaker beskrev utbyttet slik:

Der er det utvikling hele tiden. Nye pumper, nytt utstyr av forskjellige slag, nye måter å gjøre ting på når man har vært på kurs. Det er veldig, veldig spennende, fordi det er så mye nytt hele tiden. Da opplever jeg å utvikle kompetansen min (D3).

Månedstema bidro også til fagspesifikk kunnskap, og var noe en annen deltaker hadde positiv erfaring med. Hen sa at dette var noe fagutviklingssykepleier hadde dratt i gang, og at prinsippet går ut på å ha ett nytt faglig fokus hver måned, for å øke kompetansen på ett område “Hver måned kommer det opp nye temaer som vi må gjennomføre, så får vi bestått eller ikke bestått (D3)”.

5.2.3 Ansvar for opplæring av kollegaer

Deltakerne snakket om at de har ansvar for oppfølging, opplæring og veiledning av kollegaer og studenter. De fortalte at opplæring av kollegaer og studenter i hovedsak skjer ved å gå sammen med en erfaren sykepleier i det pasientnære arbeidet. I tillegg forklarte deltakerne at barnesykepleierne ofte har ansvaret for internundervisning, blant annet på fagdager. Dette ansvaret beskrev deltakerne som positivt for egen kompetanseutvikling, fordi man må skjerpe egen kunnskap i enda større grad når man underviser andre. En deltaker beskrev det å være veileder til barnesykepleierstudenter i praksisstudier slik: “Man skal aldri bli utlært i dette yrket. Jeg har nytte og glede av å ha videreutdanningsstudenter spesielt, for vi kan reflektere sammen og på den måten finne ut av ting, og da lærer jo jeg selv også” (D2).

En deltaker fortalte også om fadderordningen de praktiserer, hvor en erfaren sykepleier har et særskilt ansvar for opplæringen av en nyansatt kollega. Oppfølgingen varer opptil seks måneder. Dessverre opplevde deltakeren at hen som fadder i perioder gikk ulike vakter i forhold til sykepleieren hun var fadder til, og da møtte de hverandre sjeldent på jobb.

5.3 utfordringer knyttet til kompetanseutvikling i klinisk praksis

I intervjuene fremkom det tre hovedutfordringer knyttet til kompetanseutvikling på barneavdelinger: Kompetansemangel på vakter, tidspress og organisering av kompetanseutviklingen.

5.3.1 Kompetansemangel på vakter

Alle deltakerne fortalte at selv om de får ansvar for de sykeste og mest kompliserte pasientene, så var det liten forskjell på arbeidsoppgavene til en barnesykepleier og en erfaren sykepleier. Dette skyldtes i hovedsak mangel på barnesykepleiere, og at opplæringen derfor har basert seg på å gjøre alle i stand til å utføre de samme oppgavene. En deltaker påpekte at det er vanskelig å differensiere arbeidsoppgavene, og fortalte det slik: Vi har ikke per definisjon “det gjør kun barnesykepleiere”, fordi noen ganger har vi ikke noen barnesykepleier på jobb (D1).

Deltakerne snakket videre om at det har vært store frafall av sykepleiere og barnesykepleiere i avdelingene. En deltaker sa at det er mange barnesykepleiere som har gått over i

administrasjonsstillinger, eller til poliklinikken. En annen deltaker utdypet frafallet slik: «det var en gang i tiden at vi ønsket å ha 70-75% sykepleiere med videreutdanning, enten innenfor barn eller onkologi, men det er absolutt ikke tilfelle nå» (D1). En annen deltaker savnet at ledelsen hadde tiltak for å stabilisere kompetansen på avdelingen, og i større grad delegerte kompetansen på rett plass.

Utfordringene med å sikre kompetansen på vakt, var også et tema deltakerne var opptatt av. En av dem sa: “Man kan leie inn 10 stykker uten at det hjelper noe, særlig dersom de innleide ikke har barnefaglig kompetanse” (D2). Videre hadde deltakerne ulik praksis på hvordan kompetansen sikres på vakt. En fortalte at avdelingen sikrer kompetansen med å ha en erfaren kollega som bakvakt. En annen deltaker sa at kompetansen på vakt blir sikret med nivåinndelt kompetanse (se siste undertema), og at det er et minstekrav på to sykepleiere på nivå fire på opplæringsprogrammet per vakt. Den tredje deltakeren fortalte:

Jeg har sagt ifra om at vi må være minimum to erfarne, men det er det ikke gehør for, vi jobber ofte for 10 og så er ledelsen fornøyd. Det er mange som ikke orker mer av dette gamet, fordi de føler de bare får tredd oppgaver ned over hodet som de ikke kan (D2)

Barnesykepleierne bemerket at kompetansemangel på vakter medfører flere arbeidsoppgaver, og stor vaktbelastning på dem, noe som igjen påvirker egen kunnskapsutvikling negativt. Videre var det en deltaker som sa at det kunne være rolige vakter, men som man ikke utnyttet godt nok til kompetanseutvikling på grunn av manglende overskudd etter travle perioder på jobb med stort ansvar. En deltaker erfarte også at det kreves mot til å si ifra til ledelsen, dersom noe ikke kjennes forsvarlig eller greit angående arbeidsoppgaver og kompetansesammensetningen på vakt: “Jeg ble så sint at tårene sto. Det var meg og bare uerfarne” (D2).

5.3.2 Tidspress

Tidspress var noe alle deltakerne tok opp som et dilemma for kompetanseutviklingen, og som gjør at egen kompetanseutvikling settes på vent. To deltakere fortalte at de synes utviklingen deres har stått stille etter at de ble barnesykepleiere, og savner tid til fagutvikling.

Deltakerne beskrev at det er utfordrende tidsmessig å utføre alle oppgavene de blir satt til. De fortalte at, i tillegg til å ha de sykeste barna, drive opplæring av nyansatte og studenter, må barnesykepleierne også utføre praktiske oppgaver, “for å få avdelingen til å gå rundt” (D2).

Flere deltakere påpekte at barnesykepleiekompetansen kunne vært utnyttet bedre, og at det er mangel på riktig ressursutnyttelse. En av deltakerne poengterte at barnesykepleierne bør få gjøre oppgaver som krever avansert sykepleie, “som går ut på å gi best mulig omsorg, behandling, og bruke tid på gode observasjoner og gjøre tiltak, i stedet for å gjøre alt mulig annet” (D2). Videre beskrev deltakeren at romvask, sengereing og andre praktiske oppgaver, som ikke krever klinisk kompetanse, er oppgaver som egentlig kan gjøres av assistenter, og som barnesykepleiere ikke bør gjøre under tidspress. Deretter forklarte deltakeren hva tidspress gjør med kvaliteten på sykepleien:

Men jeg tror oppriktig, det mener jeg fra dypeste av mitt hjerte, at vi kunne ha gitt så mye mer god sykepleie, og hatt mye mer kvalitet på det vi gjør, både i forhold til observasjoner, tiltak, behandling og dokumentasjon, ved å ha mer tid (D2).

En av deltakerne snakket om konsekvensen av tidspresset slik: “Jeg prøver jo i løpet av en arbeidsdag å hjelpe de nye, men det avhenger jo av kapasitet og alt sammen” (D1). Deltakeren forklarte at hen savnet et system for opplæring, som ikke var belastende for barnesykepleierne.

Alle deltakerne fortalte om det selvstendige ansvaret for å holde seg faglig oppdatert, men når regelen er travle dager med dårlig tid blir det vanskelig å følge opp fortalte de. Dette var noe deltakerne eksemplifiserte gjennom kravet om å gjennomføre elektroniske læringskurs: “Nå har det ikke vært mulig, i forhold til kompetansen som har vært på jobb, og det trykket som vi har hatt i det siste. Man rekker egentlig ikke så mye når man er på jobb” (D1). Deltakerne skulle ønske at det var lagt opp en bedre struktur for å komme seg gjennom e-læringen, hvor de for eksempel foreslo egne avsatte dager i turnus.

5.3.3 Organisert kompetanseutvikling bygger på bachelorstudiet

Deltakerne indikerte at ressursene til organisert opplæring og utvikling først og fremst legges på de nyansatte sykepleierne, uten barnesykepleierutdanning. To av dem snakket om et opplæringsprogram som gjelder for alle, men som er særlig tilrettelagt for å utvikle sykepleiere med grunnutdanning. Dette poengteres gjennom utsagnet til en deltaker: “Det var helt nødvendig å ha noen trinn å jobbe etter, men jeg var raskt på nivå fire, og hva da?” (D3). Programmene var noe ulike fra avdelingene, men bygger på en nivåinndeling av kompetanse, og har en strukturert utvikling over flere trinn. Det ene programmet hadde en nivåinndeling

fra én til tre, og det andre fra én til fire. Deltakeren forklarte at den gradvise utviklingen gjennom programmet oppleves å gi god og trygg progresjon til nye sykepleiere. På den andre siden, når man har oppnådd høyeste nivå, finnes det ikke noe program for videre avansement tilpasset barnesykepleierne.

De forklarte opplæringsprogrammene slik: Under nivå én lærer man seg generelle rutiner, prosedyrer og gjør seg kjent med det vanligste utstyret, og under nivå to avanserer man gradvis selvstendigheten i arbeidsoppgavene. En deltaker fortsatte å fortelle at man under nivå to også kan begynne å ha dårlige highflow barn, lære seg å håndtere sentral-venøse kateter og gi avanserte infusjoner. Videre fortalte samme deltaker at man på nivå tre kan gi cellegiftkurer og ha undervisning i fagspesifikke tema. Den andre deltakeren fortalte at man på nivå tre også går i mottak på kritisk syke barn, er involvert i komplekse situasjoner på nyfødte, samt over seg på å være vaktansvarlig. På nivå fire, som bare den ene deltakeren har erfaring med, er man vaktansvarlig, samt har ansvaret for de dårligste barna.

På den ene avdelingen hadde fagutviklingssykepleier en systematisk oppfølging av de nyansatte sykepleierne under utviklingsprosessen, fortalte den ene, gjennom samtaler og avkrysning. Hen mente at den tette oppfølgingen var bra, men reduserer kapasitet og mulighet for å følge opp barnesykepleierne.

Fagutviklingssykepleier kjenner nok litt på at hen gjør mye i forhold til de nyansatte her og opp til trinn 4. Men hva med oss da. De snakket litt om vi skulle ha vært på en nyfødtavdeling og hospitert litt. Men det har det ikke blitt noe av (D3)

5.4 Engasjement fremmer kompetanseutvikling

Deltakerne beskrev det å være faglig engasjert i arbeidet som viktig for kompetanseutvikling, både individuelt og kollektivt. De viste til både egen, leders, fagutviklingssykepleiers og kollegaers påvirkningskraft. De snakket også om samarbeid på tvers av kollegiet, deltagelse i faggrupper og samarbeid med andre avdelinger som fremmede for barnesykepleiernes kompetanseutvikling.

5.4.1 Samarbeid

Deltakerne hadde flere ulike eksempler på samarbeid som fremmet utvikling. Samarbeid med kollegaer i det kliniske arbeidet er et eksempel, hvor de kunne reflektere sammen over utfordrende eller ukjente situasjoner. Av den grunn så de et behov for å være minimum to erfarne sykepleiere på vakt.

Et annet eksempel på godt samarbeid var da en deltaker tok kontakt med lederen, angående kompetansemangel på ett fagområde i avdelingen. Deltakeren ytret et ønske om gjennomgåelse av både teoretisk og praktisk kunnskap på det aktuelle fagspesifikke, for å øke kompetansen til de ansatte. Hen opplevde imøtekommelse fra leder, og det ble satt av tid i turnus, og aktuelle ansatte ble tatt ut av pasientrettet arbeid en hel dag. Deltakeren utdypet at det opplevdes godt å få gehør fra leder, og fagdagen de fikk var svært nyttig: "Det kjennes så mye bedre å gå på jobb nå, hvis et barn kommer inn slik eller sånn" (D2).

En annen deltaker snakket med iver og beundring da hen beskrev fagutviklingssykepleiers rolle i avdelingen: "Her har fagutviklingssykepleier skikkelig engasjement, og får folk med seg. Jeg tror at det blir et utviklende miljø av det, og det tror jeg de som begynner her også merker" (D3).

Deltakerne framsnakket også samarbeidet med farmasøyter for å sikre trygg medikamenthåndtering, særlig hva angår forlikelighet mellom legemidler som gis intravenøst, og fortynning av medikamenter. En annen deltaker fortalte også at de en gang fikk opplæring på en dialysemaskin av kolleger på intensivavdelingen.

5.4.2 Kontinuerlig vurdering av egen kompetanse

Alle deltakerne vurderte sin egen kompetanse i forhold til de arbeidsoppgaver de ble tildelt når arbeidet ble fordelt på vakter. Ingen følte seg fullt ut kompetente til å håndtere alle oppgavene de møtte etter endt utdanning i barnesykepleie. De fortalte at selv om de har fullført spesialiseringen, så har ikke praksisstudiene gitt dem kompetanse til å stå i alle situasjoner de møter når de er på jobb på barneavdelinga. Noen av deltakerne beskrev at de ukentlig måtte gå inn i nye arbeidsoppgaver, ofte uten forberedelse eller veiledning. En deltaker sammenlignet det med å bli "kastet ut i det" (D1). De fortalte at det tar tid å sette seg inn i pasientenes situasjon og behandling, noe som er vanskelig i en hektisk hverdag. En

annen deltaker sa at: "det forventes at man skal kunne alt, og jeg er god på noe, men ikke på alt" (D2).

Deltakerne bemerket at kurs fremmer eget engasjement, og trolig kollegaers også, da det kommer flere til gode når ny kunnskap blir praktisert på avdelingen. Kurs var derfor noe de opplevde som givende, og noe de ønsket mer av. En deltaker savnet imidlertid en leder som i større grad var inviterende, og anerkjente gevinsten av kunnskapen som ble frembrakt gjennom kurs.

To av deltakerne fortalte også at de ønsker hospitering på andre barneavdelinger, med høyere behandlingsnivå. Dette mente de kunne bidra til kompetanseutvikling, men som ikke har blitt praktisert, på grunn av ressursmangel.

Variasjonen i fagfeltet skaper kollegaer som inspirerer hverandre, og lager en smitteeffekt av ønsket om å ha kvalitet i det man driver med, snakket en deltaker om. Hen sa også at dette resulterer i at man blir en gjeng ansatte som ønsker å lære enda mer, selv om man har jobbet lenge.

6 Diskusjon

Funnene viser at barnesykepleierutdanningen gir en nødvendig basiskompetanse for å arbeide på barneavdelinger. Likevel er det nødvendig med kompetanseutvikling etter endt utdanning, innenfor de bestemte fagområdene som avdelingen retter seg mot. Vi finner at kompetanse- og ressursmangel på barneavdelinger fører til at opplæring og kompetanseoppbygging ikke prioriteres. Funnene viser likevel at barnesykepleiernes eget faglige engasjement og motivasjon for endringer i praksis, fremmer kompetanseutvikling.

6.1 Kompetanseutvikling er nødvendig etter endt barnesykepleierutdanning

Selv om vi ikke spurte deltakerne om hva utdanningen hadde lært dem, viste resultatene at utdanningen har gitt deltakerne et sterkt teoretisk grunnlag de ikke hadde fra tidligere. Dette kan ses i sammenheng med at bachelorstudiet gir en meget begrenset undervisning i sykepleie til barn, og dermed øker behovet for teoretisk kunnskap om fagfeltet (Dolonen & Hernæs, 2021b). Nyttan av barnesykepleierutdanning understøttes i studien til Lee et al. (2017), som viser at det er den teoretiske kompetansen til barnesykepleiere som i størst grad utvikles gjennom utdanningen. Deltakerne mente også at teoriundervisningen i utdanningen ga dem en større forståelse og evne til å se sammenhenger i det kliniske pasientarbeidet. Dette samsvarer med Patricia Benner (1995), som skriver at teoretisk kunnskap er en sentral del av sykepleiers helhetlige kompetanse, og et nødvendig fundament. Under punkt to av ekspertsykepleiers ferdigheter beskrives videre evnen til å kunne bruke den teoretiske kunnskapen i pasientnære situasjoner, slik at teori kontekstualiseres til reelle situasjoner (Benner et al., 2011). Slik kan vi forstå den teoretiske kunnskapen som en grunnleggende brobygger for at barnesykepleierne skal kunne videreutvikle sin praktiske kompetanse i klinisk praksis.

To av deltakerne fortalte også at evnen til å jobbe kunnskapsbasert var noe utdanningen hadde bidratt med, og at behovet viser seg i form av nye og mer kompliserte behandlingsmetoder. Kunnskapsbasert praksis (KBP) går ut på å ta faglige avgjørelser basert på tre elementer, som beskrives som forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov (Nortvedt, 2021). Dersom behandling ikke baseres på nyeste kunnskap kan pasienter bli utsatt for feilbehandling (Helsebiblioteket, 2021). En deltaker mente at å arbeide kunnskapsbasert er en ferdighet hos barnesykepleiere, men i mindre grad hos erfarne sykepleiere uten spesialisering. De erfarne sykepleierne fulgte vanligvis etablerte metoder,

mens barnesykepleierne hadde utviklet evnen til å fornye og forenkle praksis i takt med endringer i helsevesenet. Deltakernes ytringer samsvarer med resultatene i flere artikler, samt krav og forventninger i både Forskriften (2021) og Barnesykepleierforbundet NSF (2021) kompetansebeskrivelse. En av artiklene som viser til KBP er studien til Lee et al. (2017) som undersøkte hvilke spesifikke kliniske kompetanseområder barnesykepleieren har, og konkluderte med at evnen til å jobbe kunnskapsbasert er ett av dem. Den andre artikkelen er den amerikanske studien til McDowell et al. (2023), som gjennom sin modell beskriver hva som definerer pediatrikksykepleieeksportise (vedlegg 2). Den sirkulære modellen visualiserer gjennom ulike fragmenter kompetanseområdene til en barnesykepleier. Et av disse fragmentene er evnen til å arbeide for kontinuerlig forbedring gjennom KBP. Videre viser Forskriften (2021) at barnesykepleieren etter endt utdanning skal kunne bidra i forbedringsarbeid. I Barnesykepleierforbundet kompetansebeskrivelse (2021) settes det også krav om at barnesykepleiere skal kunne jobbe kunnskapsbasert.

Deltakerne uttrykte at utviklingen av praktisk klinisk kompetanse under utdanningen var begrenset, da dette er kompetanse som tar tid å oppøve og som er avhenger av praksisplassen man har vært tildelt. Praksis under utdanning begrenser seg til 30 uker ifølge Forskriften (2021). Funksjonsfordelingen av barneavdelinger, som deltakerne snakket om, vil også gjøre at noen barnesykepleierstudenter ikke får erfaring med for eksempel avanserte kirurgiske pasienter eller syke nyfødte. Noen studenter har praksis på barneavdelinger som er seksjonert etter spesialfelt, mens andre er på avdelinger med en blanding av fagområder. Det er mindre spesialiserte avdelinger, som har en blanding av diagnoser og alvorlighetsgrad. Erfaringene og utbyttet fra praksisstudiene vil derfor variere fra student til student. Dette er noe motstridende i forhold til det Forskriften (2021) skriver om forventet kompetanseutvikling i praksisstudiet, hvor det kreves en særlig klinisk breddekunnskap etter endt utdanning. Benner (1995) forklarer derimot at klinisk handlings- og erfaringskompetanse tar tid å tilegne seg, da klinisk praksis er komplekst og består av mange realiteter. Dette støtter barnesykepleiernes erfaring, men står i kontrast til Forskriften (2021). Kompetansen til barnesykepleierne etter endt utdanning blir i Forskriften (2021) ikke nyansert, men det stilles krav om kompetanse uavhengig av praksisutbytte under utdanningen eller at det tar tid å utvikle erfaringskompetanse.

Behovet for å videreutvikle kompetanse i klinisk praksis etter endt utdanning var, på bakgrunn av flere overnevnte faktorer, et fremtredende funn hos alle deltakerne. Dette funnet

understøttes også av Lee et al. (2017), som påpeker at kompetanseutvikling, utover teoretisk utvikling, må foregå i det kliniske arbeidet, hvor utviklingen da særlig foregår gjennom erfaring og refleksjon. Liknende funn finner vi i studien til Jonassen og Slettebø (2013), som viser at utvikling skjer over tid og gjennom refleksjon. Der framkom det også at sykepleiere måtte skrive refleksjonsnotat som en del av opplæringen, noe som bidro til at barnesykepleierne var mer bevisste egen kompetanse, som igjen var med på å synliggjøre hull i kompetansen. Konseptet med refleksjonsnotat var ikke noe deltakerne i vår studie ble spurt om, eller tok opp på eget initiativ, men alle virket å være bevisst på egen kompetanse.

Vi kan se sammenhenger mellom funn i vår studie og Benners (1995) nivåinndelte kompetansemodell, fra *novise* til *ekspert*, der hun skriver at ferdigheter utvikles gjennom kontinuerlig læring og erfaring. Hun sammenlikner kompetansenivået til sykepleiere med bachelorgrad med en *avansert nybegynner*, noe som kan bety at nyutdannede barnesykepleiere stiller med en kompetanse som kan sammenlignes med det å være *kompetent*. I følge Benner har en *kompetent* sykepleier jobbet under noenlunde samme forhold i to-tre år. Dette samsvarer med barnesykepleierutdanningens opptakskrav på minimum to års klinisk praksis som sykepleier. I tillegg vil man under utdanningen opparbeide seg mye teoretisk kompetanse, i tillegg til 30 ukers klinisk kompetanse. Enkelte barnesykepleiere med lengre klinisk erfaring før de starter på utdanningen vil kunne være *profesjonelle*- eller *ekspertsykepleiere* innenfor noen fagspesifikke områder. Dette samsvarer med funn fra deltakerne, når de snakker om at de ikke definerer seg som kompetent og selvstendig på alle områder, og kjenner et behov for å videreutvikle den barnefaglige kompetansen. Artikkelen til Jonassen og Slettebø (2013) viser også til kartlegging av barnesykepleierens erfaringer og opplevelser med kompetanseutvikling. Et av resultatene fra denne studien er at kompetansen til barnesykepleieren avhenger av konteksten hen står i. I tillegg skriver Benner (1995) at selv *ekspertsykepleieren*, som anses som selvstendig i krevende og sammensatte situasjoner, vil havne i situasjoner som er nye. Hun påpeker derfor at sykepleiers kompetansenivå ikke er endelig, men derimot dynamisk, og avhenger av konteksten man står i, slik Jonassen og Slettebø fant. Alle deltakerne hadde erfaringer med at de i nye kliniske situasjoner følte et særlig behov for å bli kjent med, studere og lære om det særegne og individuelle i barnets bestemte situasjon.

Utover dette snakket deltakerne om at enhver avdeling har ulike behov for kompetanse, på grunn av funksjonsfordelte fagområder mellom barneavdelinger. Eksempler på dette var

fagfeltene kreft og nyfødtnedisin, som ikke alle barneavdelinger har tildelt. Benner (1995) skriver også at sykepleiere må bli kjent med det lokale og særegne på sin respektive avdeling. To av deltakerne opplevde likevel at det ble forventet av ledelsen at de skulle kunne stå i alle situasjoner etter endt barnesykepleieutdanning. En av deltakerne sa at nye barnesykepleiere fikk en praktisk gjennomgang på avdelingen, men uten at det ble tillagt opplæring. Arbeidshverdagen ble av hen sammenliknet med å “bli kastet ut i det”, da det i liten grad ble tilrettelagt for å kunne tilegne seg ny kunnskap når det var nødvendig. Dette kan ses i sammenheng med forventede krav og ansvar- i Forskriften (2021) og Barnesykepleierforbundets kompetansebeskrivelse (2021). Her blir ikke kompetanse og ansvar nyansert, men fordrer at alle barnesykepleiere stiller med lik og fullverdig klinisk kompetanse. Dette står i kontrast til Benners beskrivelser av kompetansenivåer og det at man kan være på ekspertnivå innenfor et fagspesifikt område og avansert nybegynner på et annet. Forventninger om høy kompetanse på alle områder etter barnesykepleieutdanningen, gjør det utfordrende for barnesykepleiere å forsvare behovet for å videreutvikle sin kompetanse. Deltakerne opplevde likevel at det var arbeidsoppgaver og ansvar som bidro til kompetanseutvikling. For eksempel ønsket deltakerne å ha ansvar for de sykeste og mest krevende pasientene, fordi det var i disse behandlings- og pleie situasjonene de kunne vedlikeholde og videreutvikle sin kliniske kompetanse. Dette viser at kompliserte arbeidsoppgaver bidrar til avansering, noe Benner (1995) også skriver om i sammenheng med at sykepleiere trenger utfordringer, og at dette viser seg å gjøre yrket mer attraktivt å bli i. Videre delte deltakerne erfaringer med at både opplæring, veiledning og undervisning av kolleger bidro til å utvikle egen kompetanse. Dette viser også til nivået *kompetent* i Benners definisjoner, og kan forklare hvordan barnesykepleierne er bevisste og artikulere eget behov for videreutvikling.

Ferdigheter til å håndtere medisinsk-teknisk utstyr var også noe som ble tatt opp. Dette legges fram som krav i kompetansebeskrivelsen til Barnesykepleierforbundet NSF (2021), der det skrives at barnesykepleiere både skal bidra til utvikling og bruk av utstyret. Et eksempel deltakerne tok opp var stadig nytt utstyr i behandlingen av diabetes. De gikk nærmere inn på at den medisinsk-tekniske utviklingen både avanserer og fornyer utstyr. Noe av utstyret brukes sjeldent, slik som respirator på syke nyfødte. Dette skaper både et behov for hyppig opplæring av nytt medisinsk teknisk utstyr, men også et behov for å vedlikeholde ferdighetskunnskaper i pasientnært bruk. Dette gjelder særlig det mest avanserte utstyret i de mest livstruende situasjonene, da det krever rask og riktig håndtering. Måten opplæringen ble

gitt på, hvordan den ble avsatt tid for, og kvalitetssikret, var derfor noe deltakerne opplevde som avgjørende for å kunne bruke utstyret forsvarlig. Dette kan understøttes av studien til Tariga et al. (2022) som gjennom en mixed-method studie undersøkte hvordan ulike læringsmoduler kunne øke kompetansenivået. Ett av resultatene i studien var at utbytte av opplæringen påvirkes av tiden som settes av til det. Deltakernes erfaring med opplæring av medisinsk teknisk utstyr viser hvor utfordrende og uforutsigbar klinisk praksis kan være, og at organiseringen av læring derfor er en nødvendighet.

Flere funn fra teori og tidligere forskning viser at kompetanseutvikling er viktig for å drive en bærekraftig avdeling. Deriblant viser studien til Sermeus et al. (2022) at kompetanseutvikling er med å bidra til jobbtilfredshet, som igjen reduserer turnover. Benner (1995) skriver også at kompetanseutvikling er nødvendig for at erfarne sykepleiere skal oppleve anerkjennelse av kompetanse, noe som igjen bidrar til økt stabilitet av sykepleiere i klinisk praksis.

6.2 utfordringer knyttet til kompetanseutvikling i klinisk praksis

Deltakerne nevnte flere faktorer som hindrer kompetanseutviklingen, deriblant mangel på barnesykepleiere, ressursknapphet, lite effektiv oppgavefordeling der oppgavene ikke er tilpasset den enkeltes kompetanse, og at den organiserte kompetanseutviklingen først og fremst er beregnet for sykepleiere med bachelorutdanning. De savnet derfor en kompetanseutvikling som var rettet særlig mot barnesykepleiere.

Dilemmaet med å kunne delta i kompetanseutvikling, som deltakerne understreket, var samtidighetskonflikten mellom de hemmende faktorene. En av deltakerne forklarte at dette skaper utfordringer for å kvalitetssikre praksis. Dette skriver også Benner (1995) om og beskriver begrensingene i praksis, hvor midler til faglig og klinisk utvikling er et av de vanligste nedskjæringsområdene på grunn av mangel på ressurser. Deltakerne i vår studie hadde sammenfallende erfaringer. De fortalte om den betydelige innsatsen som kreves for å lære opp nye sykepleiere, noe som går på bekostning av deres egen kompetanseutvikling. Ett annet dilemma som påpekes i Hsieh og Chen (2020) sin studie, viser at ferdigheter til å jobbe kunnskapsbasert avtar med tiden dersom man ikke får opprettholde kompetansen. Benner (1995) skriver også at sykepleiere som ikke får utvikle seg står i fare for stagnasjon, de blir mindre effektive og har større risiko for å gjøre feil. Dette var noe vi også så, at deltakerne var

redde for å gjøre feil eller og overse noe viktig. Dette synliggjør behovet for og viktigheten av at barnesykepleierne får stimulert egen fagutvikling også etter endt utdanning.

Kompetansen som kreves i møte med å kunne gi helhetlig og god omsorg til både barnet og familien, vektlegges både av barnesykepleierforbundet (2021) og i studien til McDowell et al. (2023). Resultatene våre viser at kompetansekravene relatert til å gi utviklingsmessig tilpasset pleie og omsorg, det som en deltaker kaller barnefaglig kompetanse, knyttes særlig til barnesykepleierens kompetanse. Dette kravet ble likevel ifølge deltakerne utfordret på grunn av mangelen på barnesykepleiere, som i sin tur gjør at uerfarne sykepleiere blir pålagt oppgaver og ansvar for pasienter som overstiger deres kvalifikasjoner. Her påpekte deltakerne hvordan en slik organisering av arbeidet også øker deres ansvar på vakt. Når organiseringen er slik at oppgavene ikke fordeles med hensyn til kompetanse, blir det ubalanse mellom de oppgavene den enkelte får tildelt og den kompetansen vedkommende har. De beskrev at i tillegg til eget arbeid, får de et ubeskrevet og usynlig dobbeltansvar for å kontrollere og veilede sykepleiere med lavere kompetanse. Benner understøtter at både den *kyndige* og *ekspertsykepleieren* ofte blir satt til å veilede kollegaer, og at dette er nyttige læringsformer på disse nivåene (Benner, 1995). I våre funn og i Barnesykepleierforbundet NSF (2021) ser vi at dette er et ansvar som tillegges alle barnesykepleiere fra de er nyutdannet, altså på nivå med en *kompetent* sykepleier. Dette er en utfordring for den nyutdannet barnesykepleier, som har vanskelig for å kunne prioritere oppfølging av andre i en travel klinisk hverdag. Det fremkom også at mange barnesykepleiere er umotiverte til å drive opplæring, fordi det føles som en prosess som aldri tar slutt når det er lite stabilitet blant de ansatte. I tillegg settes det krav til at undervisningen og veiledningen etterlever kunnskapsbasert praksis, noe som i funnene viste seg å kreve tid. Læringsutbytte av veiledning stod derfor i konflikt med tidsklemma, kompetanse og høy utskiftning. Det førte ofte til dårligere kvalitet på eget arbeid, da det ble mindre tid til å gi helhetlig omsorg til barna de hadde hovedansvaret for. Kontrollering og veiledning av kollegaer blir derfor sett på som nødvendig for pasientsikkerheten, men også tidkrevende og en bidragsyter til økt arbeidsbelastning.

Samtidig med dette ansvaret måtte deltakerne utføre arbeidsoppgaver som i utgangspunktet kan gjøres av alle andre, slik som renholdsarbeid. En slik oppgavefordelingen er både lite effektiv og gjør at barnesykepleierne ofte får en høyere arbeidsbelastning enn alle andre på vakt. Når travle vakter også ble nevnt som reglen heller enn unntaket, og vaktlaget har lav kompetanse, opplevde en deltaker at flere barnesykepleiere ble utslitte og slutter. Funnene

viser at det mangler en strukturell organisering av arbeidsoppgaver. Med det mener vi at organisering av arbeidsoppgavene på avdelinga er viktig for å optimalisere bruk av kompetanse, slik at arbeidsoppgavene på avdelingen er differensiert utfra den enkeltes kompetansenivå. Benner (1995) skriver om den strukturelle faktoren, som er avgjørende for utvikling, slik som muligheten og tilgangen på en læringsarena hvor de kan få praktisere ferdighetene sine. At organiseringen av avdelingen påvirker de ansattes arbeidsbelastning, er også noe studien til Sermeus et al. (2022) viser. NOU 2023: 4 (2023) beskriver også nødvendigheten av en omstrukturering av oppgavefordelingen i helsevesenet. Dette behovet støttes av den omfattende tverrsnittstudien til Aiken et al. (2013), utført i 12 europeiske land med 33.659 deltakende sykepleiere. Det viste seg der at sykepleierne generelt er bekymret for bemanning og mangelen på ressurser, og at viktige oppgaver kan bli forsømt på grunn av tidspresset. Videre viser resultat av studiet at mange sykepleiere tviler på ledelsens prioritering av pasientsikkerheten (Aiken et al., 2013).

Det er behov for at sykepleiere på alle nivå får tilpasset arbeidsoppgavene, slik at de stimuleres til kontinuerlig utvikling (Benner, 1995). På grunn av mangelen på barnesykepleiere, beskrev deltakerne likevel en praksis der erfarne sykepleiere og barnesykepleiere sidestilles i oppgaver- og ansvarsfordeling. Dette viser til at opplæringen er bygd for å gi alle sykepleiere de samme sluttferdighetene. Det betyr en kompetanse som ikke nærmer seg ekspertnivå, men heller er en minstestandard for å kunne arbeide ved avdelingen. Tiden og ressursene som kreves for å øve opp kompetanse ble betraktet som verdifull investering i kompetanse av deltakerne, fordi det oppfattes som nødvendig for at avdelingen skal ha tilstrekkelig med grunnkompetanse.

En slik grunnkompetanse er ikke tilstrekkelig for å drive ei barneavdeling viser funn i studiene til Lee et al. (2017) og McDowell et al. (2023). Studiene viser at den barnesykepleiefaglige kompetansen er helt nødvendig for å gi helhetlig omsorg og pleie til barn og familien. Dette korrelerer med deltakernes ønske om flere barnesykepleiere og mer investering i barnesykepleiernes utvikling. En av deltakerne etterspurte derfor en bedre organisering, og to ønsket en mer fornuftig bruk av spesialkompetansen til barnesykepleierne. Alle deltakerne mente at kvaliteten på pleien og behandlingen ville blitt bedre dersom barnesykepleierne ble prioritert til å gjøre oppgaver som krevde spesialkompetanse. Deltakeren mente at ressursutnyttelsen var dårlig når barnesykepleieren skulle gjøre oppgaver som sykepleiere med lavere kompetanse kunne utføre. En deltaker foreslo derfor herunder en

større grad av differensiering av arbeidsoppgavene. I den pågående studien til Sermeus et al. (2022) bruker de en modell for å undersøke effekten organisering av sykehus har på utfordringer med høy turnover og kompetansemangel. Målet med modellen er å gjøre en positiv forskjell for mental helse og trivsel på jobb blant sykepleiere. Når denne studien er avsluttet vil den kunne gi interessante resultat angående omstrukturering i sykehus.

To deltakere sa at deres kliniske utvikling har stagnert siden de begynte å arbeide som barnesykepleiere. De begrunnet det med at ressursene brukes til å lære opp de nye sykepleierne. I henhold til Benner (1995) antyder hun i sin kompetansedefinisjon at det er en risiko for at dyktige sykepleiere slutter i sine stillinger hvis de ikke får tilfredsstillt sitt behov for faglig utvikling. Hun skriver at også sykepleiere, på lik linje med andre yrker, har et behov for karriereutvikling, særlig gjennom klinisk kompetanseutvikling. Videre påpeker hun at det er *eksperten* som spiller en avgjørende rolle for klinisk utvikling, men som ofte blir forsømt under forhold med knappe ressurser (Benner, 1995). I vår studie bekreftet deltakerne lignende erfaringer, og rapporterte at det er de minst erfarne sykepleierne som for eksempel fagutviklingssykepleiere investerer mest opplæringstid i. En av deltakerne nevnte også at internundervisning ofte legger vekt på grunnleggende kunnskap, for å imøtekomme behovene til sykepleiere på et lavere kompetansenivå. Dette gjør at deltakeren med lang erfaring opplevde internundervisning som mindre stimulerende.

Studien til Jonassen og Slettebø (2013) belyser at det er viktig å fordele kompetansen i turnusplanleggingen, for å sikre tilstrekkelig med kompetanse hele døgnet. Funn fra intervjuene viser at høy turnover var med på å utfordre kompetansesammensetningen. Det kom fram at et betydelig antall barnesykepleiere enten hadde sluttet eller tatt over nye stillinger i administrasjon, lederstillinger eller ved poliklinikken. En av deltakerne fortalte også at det primært er nyutdannede sykepleiere som fyller de ledige stillingene. Dette skapte utfordringer i turnusplanleggingen, og kompetansemangelen gjør at normen er blitt en eller ingen barnesykepleiere på enkelte vakter. En nivåinndeling av personalets kompetanse bidro likevel til system i turnusplanleggingen, var det en deltaker som sa. Kompetansen ble andre ganger sikret med en bakvakt som kan ringes til ved behov. Likevel viste det seg å være krevende å gi beskjed til leder når kompetansen ikke var tilfredsstillende på vakt. Dette kan ses i sammenheng med at det forventes at barnesykepleierne også skal håndtere lav kompetanse på vakt, ved å prioritere oppgavene riktig og delegere dem effektivt (Barnesykepleierforbundet NSF, 2021). Evnen til å prioritere og delegere anses som en

ledelseskompetanse, noe som kjennetegner særlig *ekspertsykepleieren* (Benner et al., 2011). Men den lave kompetansen på barneavdelinger utfordrer muligheten til å delegere og prioritere oppgaver i klinisk praksis. Siden Benner (1995) sidestiller nyutdannede sykepleiere med å være *avansert nybegynner*, begrenses derfor store deler av handlingsrommet til de ansatte på avdelingen. Noen deltakere beskrev at dette skaper en form for brannslukking, hvor bare de aller viktigste arbeidsoppgavene gjøres. Dette betraktes som “nødsykepleie”, og som en ustoppelig sorteringsprosess i Benner (1995).

Alle deltakerne snakket om behovet for, og håpet om, at det ble ansatt flere barnesykepleiere på avdelingen. Rapporten til Eimot et al. (2017) viser at det er utfordrende å rekruttere barnesykepleiere. Kartleggingen som framkom i artikkelen til Lerdal et al. (2023), som var gjort for å identifisere avdelinger som led av høy arbeidsbelastning, var med på å øke midler til grunnbemanning og utdanningsstillinger. Tilbud om utdanningsstillinger er noe som kan oppleves som attraktivt for å ta en mastergrad.

Benner (1995) skriver at både den *kyndige-* og *ekspertsykepleieren* trenger kontinuerlig kompetanseutvikling for å holde seg oppdatert, og for å kunne være i stand til å forbedre sin praksis. I vår kartlegging av 11 barneavdelinger (vedlegg 1), hadde vi sett for oss å finne et kompetanseutviklingsprogram for barnesykepleiere. Funn fra intervjuene viste likevel at ingen av deltakerne var innrullert i et utviklingsprogram tilrettelagt særlig for barnesykepleiere. Å satse på kompetanseutvikling kan derfor kreve utvikling og implementering av et kompetanseutviklingsprogram (NOU 2023: 4, 2023; Stubberud, 2018), som også tar hensyn til utvikling av den *kyndige* og *eksperten*.

Den amerikanske studien til Moore et al. (2019) viser at det er avdelingens organisasjonskultur som er den viktigste suksessfaktoren for effekten av et kompetanseutviklingsprogram. Deltakerne våre hadde ulike opplevelser av kompetanseprogram, og hvordan det ble tilrettelagt fra ledelsen, men savnet generelt en bedre organisering. Dette er motstridende til Thidemann et al. (2020) sin studie, hvor opplæring organisert av ledelsen ble rangert som mindre betydningsfullt av deltakerne, og som en av de mindre viktige faktorene for kompetanseutvikling. Dette kan relateres til at deltakerne hadde manglende oppmerksomhet på organisert opplæring, da dette i så fall kan bli en ukjent faktor. Det som ble rangert høyest i studien deres, var utvikling gjennom refleksjon i praksis. Dette er noe deltakerne våre anså som viktig og nyttig, men kanskje i mindre grad hadde mulighet til

på grunn av ressursmangel. Det kan derfor synes at barnesykepleierne i vår studie står i en klinisk hverdag som preges av et behov for større ledelsesinvolvering og struktur.

Vi fant også likhetstrekk med våre funn og den amerikanske studien til Slagle et al. (2023), som viser at kompetanseutviklingsprogrammene til 50 sykehus manglet fellestrekk, og av den grunn var vanskelig å standardisere. Fordelen med at de ikke er standardiserte kan være behovet for lokale tilpasninger, slik som deltakerne også snakker om med funksjonsfordelte fagfelt på de ulike avdelingene. Ulempen er at enkelte barneavdelinger mangler kompetanseutviklingsprogram. Samme år ble studien til McDowell et al. (2023) publisert, med en definisjon på barnesykepleieekspertise, hvor de utviklet en modell som har til hensikt å sikre at barnesykepleiere har den kompetansen de trenger i møte med barnet og familien. Modellen har også til hensikt å kunne brukes for å lage programmer for videreutvikling av den pediatriske sykepleieren. Mangel på et utviklingsprogram spesielt for barnesykepleiere, som vi fant i vår studie, og muligheten for et tilpasset program, slik som McDowell et al. (2023) fremstiller, er særlig interessant opp mot erfaringene til deltakerne.

6.3 Faglig engasjement og motivasjon for kontinuerlige forbedringer fremmer kompetanseutvikling

Deltakernes erfaringer gjenspeiler at de er lærevillige. De opplever og ønsker kompetanseutvikling både i det pasientnære arbeidet, men også i utviklingsarbeidet i avdelingen. De fremhevet også viktige personlige egenskaper som kan styrke læringskulturen i avdelingen. Benner (1995) skriver også at fagutvikling avhenger av personlige egenskaper, som motivasjon og engasjement. Denne egenmotivasjonen er også noe som Jonassen og Slettebø (2013) påpeker må ligge til grunn for all kompetansesutvikling. I vår studie tok deltakerne opp den avgjørende effekten av både engasjement og samarbeid, for å skape motivasjon for arbeidet og utviklingen.

Engasjement for faglig utvikling var noe deltakerne snakket om i flere sammenhenger. De hadde blant annet et særlig personlig engasjement for de sykeste og mest sårbare pasientene. Dette kan ses i sammenheng med at det var der de i størst grad opplevde muligheter for mestring av å utvikle kompetansen sin. Benner (2011) skriver også at ekspertsykepleieren har ferdigheten til å vise engasjement og resonnement i situasjoner som endrer seg. Som barnesykepleier er engasjement og resonnement en viktig ferdighet, fordi endringer hos spesielt små og kritisk syke barn kan oppstå raskt, noe som krever et ekstra våkent øye for å

kunne sette i gang tiltak raskt, slik at for eksempel det nyfødte barnet får den nødvendige helsehjelpen det trenger (Dolonen & Hernæs, 2021a).

Funnene viser at avdelingene hadde flere fagspesifikke opplæringskrav før sykepleieren fikk ha ansvar for kompliserte pasienter, slik som barn under kreftbehandling. Dette var opplæring som ble tilbydd alle sykepleiere, uavhengig av spesialisering eller ikke. Denne metodikken kan vi gjenfinne i studien til Tariga et al. (2022), hvor det framkommer at læringsmoduler som simulering, tavle presentasjoner, teori og tester er en effektiv måte å øke sykepleiekompetanse på. Læringsmodulene ble gjennomført på uerfarne sykepleiere uten barnesykepleierkompetanse. Dette kan oppfattes som et motstridende funn til behovet for en videreutdanning som ble funnet i studien til Lee et al. (2017).

Deltakerne snakket også om det kollektive engasjementet. Hvordan man påvirker hverandre, og hvordan kollegaers og leders engasjement påvirker andres engasjement og utvikling. Dette var noe to av deltakerne eksemplifiserte med engasjerte, versus ikke engasjerte fagutviklingssykepleiere og ledere, hvor de opplevde stor forskjell på effekt for praksis. En engasjert leder og fagutviklingssykepleier kunne særlig sette i gang en endringsprosess for utvikling. Det får en smitteeffekt var det en deltaker som sa, noe som opplevdes som en viktig bidragsyter for å skape en utviklingskultur. Det kunne på den andre siden være en faktor som hemmet kompetanseutviklingen, dersom man jobbet i et uengasjert fellesskap. Studien til Thidemann et al. (2020) viser også at et engasjerende og støttende arbeidsmiljø blir ansett som særlig viktig for erfarne sykepleiere, som spesielt lærer og utvikler seg i fellesskap med kollegaer.

Deltakerne snakket videre om viktigheten av å ha en refleksjonspartner på vakt, særlig på sitt eget eller et høyere kompetansenivå. På denne måten erfarte de kollegastøtte, samt kompetanseutvikling gjennom refleksjon over praksis. Dette er funn som understøttes både i studien til Lee et al. (2017), Thidemann et al. (2020) og Jonassen og Slettebø (2013), som alle viser til at erfarne sykepleier videreutvikler kompetanse gjennom refleksjon i praksis. Thidemann et al. (2020) trekker også fram refleksjon med kollegaer og refleksjon i veiledningsgrupper som viktige komponenter i kompetanseutvikling. Vi spurte ikke deltakerne om hvilke erfaringer de hadde med rapportering mellom vaktene, men funn fra tidligere forskning, som for eksempel i studien til Thidemann et al. (2020) og Lee et al.

(2017), viser at refleksjon over praksis er noe som trolig også skjer under rapportering, og som bidrar til kompetanseutvikling.

Artikkelen til Jonassen og Slettebø (2013) sammenfaller med våre funn, om at kurs er noe som bidrar til kompetanseutvikling. Dette kan ses på som en undervisnings- og læringsarena hvor man deler faglig engasjement, noe som deltakerne snakket om at de opplevde som givende. Dette gjaldt både når de selv hadde undervisning for egne kollegaer på fagdager, men også når de fikk undervisning av andre, slik som på kurs og i hospiteringssettinger. Dette skapte et fokusert rom for refleksjon med andre kompetente kollega. Deltakerne nevnte også opplæring og veiledning av studenter og kollega som engasjerende, da man skjerpet egen refleksjonskunnskap som økte forståelsen og innsikten i faget.

Utover dette var delaktighet i faggrupper noe deltakerne opplevde som særlig engasjerende, og som bidro til kompetanseheving i samarbeid med engasjerte kollegaer. Barnesykepleiers kompetanse med særlig fokus på engasjement, er noe som viser seg essensielt i studien til McDowell et al. (2023). Fagdage var dager som var planlagt i turnus, hvor de uforstyrret kunne jobbe med fagutvikling innenfor et bestemt felt. Årsaken til at vi ikke fant forskning spesifikt på effekt av faggrupper har trolig sammenheng med at vi ikke gjorde søk på de ordene i tilknytning til kompetanseutvikling.

Gode samarbeidsevner var den andre egenskapen som deltakerne så på som avgjørende for en god fagutviklingskultur i avdelingen. Ifølge Jonassen og Slettebø (2013) ble samarbeid sett på som en bidragsyter i kompetanseutvikling. I studiene til McDowell et al. (2023) og Lee et al. (2017) påpekes det også som en viktig personlig egenskap hos barnesykepleiere.

Kompetanseutvikling via samarbeid kan ses når deltakerne jobber i team, tverr- og flerfaglig, med fagutviklingssykepleiere, farmasøyt og personell fra andre avdelinger. I samarbeidet med farmasøyter trakk de fram styrken i å få veiledning i administrering av kompliserte infusjoner, både med tanke på forlikelighet og fortyninger av medikamenter. Tett samarbeid kan også lette oppgavefordeling og gjøre den mer effektiv, ved at man ikke står alene om avanserte og spesialiserte oppgaver. Det vil støtte NOU 2023: 4 (2023) sitt mål om å omstrukturere oppgavefordelingen i helsevesenet.

Lee et al. (2017) finner at det er nødvendig å opparbeide seg samarbeidskompetanse som barnesykepleier. Dette kan trenes på i simulering, og var noe samtlige deltakere i studien vår

delte erfaringer om. Simuleringen gjennomføres som fiktive pasientsituasjoner, ofte i et tverrfaglig team med leger, sykepleiere og andre faggrupper, og blir av deltakerne sett på som et nyttig verktøy til kompetanseutvikling. Deltakerne la vekt på at treningen foregår i trygge omgivelser, uten risiko for pasienten, og hvor helsepersonell kan trene på kritiske og sjeldne situasjoner. Dette er noe som i økende grad er tatt i bruk på sykehus. Det var ingen av deltakerne som nevnte noe negativt om å delta i simulering. To av deltakerne trakk fram at den beste simuleringen foregikk med profesjonelle fasilitatorer med særlig simuleringskunnskap. Det var også viktig å trene med respektive samarbeidende avdelinger, som for eksempel akuttmottak. Slik evnet man å bli kjent med omgivelsene og med teamet før man en dag står i en faktisk situasjon som krever godt samarbeid. Simulering blir også i studien til Jonassen og Slettebø (2013) ansett som en viktig del av kompetansehevingen. Tariga et al. (2022) viser også at simulering er en av de fire læringsmodulene som blir ansett som effektive for å styrke sykepleiekompetansen, og skriver om viktigheten av jevnlig simulering, siden sykepleieferdighetene er dynamiske.

7 Avslutning og implikasjoner for praksis

Underveis i studiet har tematikken for masteroppgaven tatt form. Problemstillingen er noe som hele veien har engasjert oss og gitt oss mange faglige diskusjoner både med hverandre, veileder og kolleger. Med oss inn i oppgaven hadde vi ulik arbeidserfaring, men en felles undring over hva som påvirket barnesykepleiernes evne til å videreutvikle sin kompetanse. Vi ville av den grunn undersøke hvilke erfaringer barnesykepleiere har med kompetanseutvikling på en barneavdeling etter endt utdanning. Problemstillingen har vi utdypet med forskningsspørsmål, om barnesykepleiere får kompetanseutvikling som er tilpasset deres faglige nivå og behov.

Vi har gjennomført individuelle intervju med tre barnesykepleiere. Intervjuene ble analysert ved bruk av tematisk analyse. Den mest framtrædende erfaringen var at kompetanseutviklingen ikke var tilrettelagt for barnesykepleiernes nivå, noe som i hovedsak skyldtes høy utskiftning av personalet. Stagnasjon i utviklingen ble påvirket av strukturelle faktorer som tidspress, oppgavefordeling og ressursknapphet. Det var heller ikke samsvar mellom barnesykepleieres kompetanse etter endt utdanning og ledere på barneavdelinger sine krav og forventninger til barnesykepleierne. Kravene fra barnesykepleierutdanningen (2021) og barnesykepleierforbundet (2021) er mere samstemte med ledere på barneavdelinger sine forventninger til kompetanse. Den praktiske erfaringen som barnesykepleierne opparbeider seg under utdanning er begrenset, og er noe som utvikler seg i klinisk arbeid over tid. Arbeid med kompliserte kliniske pasientsituasjoner, samt deltakelse i faggrupper og kurs fremmer kompetanseutvikling. Dette er noe som bidrar til engasjement, som gir motivasjon til fagutvikling. Engasjerte kolleger er også noe som gir en smitteeffekt til faglig engasjement.

Ett av forslagene våre for implikasjon for praksis er på bakgrunn av våre funn, tidligere forskning og teoretisk rammeverk, at det blir gjort en kompetansekartlegging av barnesykepleierne etter endt utdanning. Denne kartleggingen kan brukes for å tilpasse kompetanseutviklingen til den enkelte, slik at barnesykepleieren får tilfredsstilt behovet sitt for målrettet utvikling, uten å møte for store krav og ansvar i klinisk arbeid. I tillegg kan en slik kartlegging være nyttig for planlegging av turnus, da det gir en mer strukturert oversikt over kompetansesammensetningen på vakt. Vi tenker også at denne kartleggingen kan ha overføringsverdi for utvikling av et kompetanseutviklingsprogram. Et etablert program kan gi avdelingen flere fordeler, deriblant trygg faglig progresjon hos barnesykepleierne. I tillegg kan den bidra til effektivisering av arbeidsoppgaver og prosedyrer, samt øke

pasientsikkerheten. Effekten av programmet vil trolig også være økt tilfredshet blant de ansatte, som igjen vil kunne øke stabiliteten blant barnesykepleierne. For videre forskningsprosjekt ville det derfor være nyttig å utvikle et kompetanseprogram tilpasset barnesykepleiere. Det hadde vært interessant å gjennomføre en pilotstudie på innføring og bruk av programmet, og deretter gjøre en longitudinell studie, for å høste erfaringer om bruken. På denne måten kan man nærme seg et program som kan standardiseres for barnesykepleiere i Norge.

En annen tanke vi har gitt oppmerksomhet er den lave dekkningen av barnesykepleiere i klinisk praksis. Vi stiller oss spørrende til at det ikke finnes nasjonale krav til antall barnesykepleiere på barneavdelinger, og at barnesykepleierutdanning ikke er et krav for fast ansettelse i barneavdelinger. Til sammenligning er det krav til mastergrad eller videreutdanning i sykepleie for å ansettes som operasjon- og anestesi sykepleier.

Selv om studien vår er begrenset og ikke kan generalisere empiri, har den bidratt med relevante erfaringer for videre arbeid med kompetanseutvikling for barnesykepleiere.

Referanseliste

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Barnesykepleierforbundet NSF. (2021). *Barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver*.
https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert - dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. TANO.
- Benner, P., Kyriakidis, H. P. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care - A Thinking-in-Action Approach* (2. utg.). Springer Publishing Co Inc.
- Bjørk, I. T., Hansen, B. S., Samdal, G. B. & Tørstad, S. (2009). Hva skal en klinisk stige være? *Sykepleien forskning*, 93(1), 44-47.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2005.0004>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A practical guide*. SAGE Publications Ltd.
- Dolonen, K. A. & Hernæs, N. (2021a, 19. august). Hvorfor trenger barn egne sykepleiere? *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2021/09/hvorfor-trenger-barn-egne-sykepleiere>
- Dolonen, K. A. & Hernæs, N. (2021b, 19. august). Sykepleierstudentene: Noen får bare én forelesning om sykepleie til barn. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/2021/09/sykepleierstudentene-noen-far-bare-en-forelesning-om-sykepleie-til-barn>
- Eimot, M., Seierstad, T. Ø. & Pietschmann, M. (2017). *Kartlegging ABIOK-videreutdanning: Behov, stillinger, kapasitet og samordning*. Analysesenteret AS.
<https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-01/kartlegging-abiok-videreutdanning-behov-stillinger-kapasitet-og-samordning.-analysesenteret-2018-pdf.pdf>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-092). Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2021-10-26-3092>

- Grønseth, R. & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 10. mai 2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsenorge. (u.å). *Barneavdeling*. <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandlinger/ventetider-for?bid=299>
- Hsieh, P.-L. & Chen, S.-H. (2020). Effectiveness of an Evidence-Based Practice Educational Intervention among School Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph17114063>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Jonassen, K. & Slettebø, Å. (2013). Hvordan videreutvikler barnesykepleiere praktisk kompetanse i klinisk praksis? *Nordic journal of nursing research*, 33(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/010740831303300104>
- Lee, H., Kim, A., Meong, A. & Seo, M. (2017). Pediatric nurse practitioners' clinical competencies and knowing patterns in nursing Focus group interviews. *Contemporary Nurse*, 53(5), 515-523. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1315827>
- Lerdal, A., Kjetland, M. B. & Granheim, T. I. (2023). Magnet-sykehus kan bedre trivsel og psykisk helse hos helsepersonell. *Sykepleien forskning*, 111. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.92165>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McDowell, B. M., Cooper, R., Bowling, A. M., Cowen, K. J., Eskew, K., Rae, K. A., Ridling, D. & Williams, L. (2023). The SPN Pediatric Nursing Excellence Model: Differentiating pediatrics. *Journal of Pediatric Nursing*, 68, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.09.022>
- Moore, A., Meucci, J. & McGrath, J. (2019). Attributes of a Successful Clinical Ladder Program for Nurses: An Integrative Review. *Worldviews on evidence-based nursing*, 16(4), 263-370. <https://doi.org/10.1111/wvn.12371>
- Nortvedt, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Pedersen, G. J. N. & Rothfuchs, H.-L. (2023). *Erfaringer med organisert systematisk kompetanseutvikling på barneavdelinger, SYP-3502 - Kandidatnummer 170 og 133* [Prosjektbeskrivelse]. UiT Norges arktiske universitet.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Seierstad, T. Ø. & Eimot, M. (2015). *Rapport ABIO Ressurs*. Analysesenteret AS.
<https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-01/abio-ressurs-analysesenteret-2015.pdf>
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Ball, J., Bridges, J., Bruyneel, L., Busse, R., De Witte, H., Dello, S., Drennan, J., Eriksson, L., Griffiths, P., Kohnen, D., Köppen, J., Lindquist, R., Maier, C. B., McHugh, M. D., McKee, M., Rafferty, A. M., Schaufeli, W. B., . . . Smith, H. (2022). A workplace organisational intervention to improve hospital nurses' and physicians' mental health: study protocol for the Magnet4Europe wait list cluster randomised controlled trial. *BMJ Journals*, 12(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059159>
- Sikt Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. (u.å). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. Hentet 14. desember 2023 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>
- Slagle, A., Wakim, N. & Gray, S. E. (2023). A global examination of clinical ladder programs - A synthesis of commonalities and opportunities for standardization. *Worldviews on evidence-based nursing*, 20(1), 56-63.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/wvn.12622>
- Statistisk sentralbyrå. (2024). *10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, statistikkvariabel, år og kjønn* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Tariga, J. A., Rosa, R. D. & Almazan, J. (2022). Effectiveness of pediatric learning modules in enhancing competencies among nurses in a specialized unit. *Nursing Forum*, 57(1), 56-68. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12651>
- Thidemann, I.-J., Sævareid, I. H. & Slettebø, Å. (2020). Hva bidrar til at sykepleiere utvikler sin kompetanse? <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82269>

Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

UiT Norges arktiske universitet. (2018, 19. november). *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i forskings og studentprosjekt ved UiT Noregs arktiske universitet (UiT)*.

<https://uit.no/Content/755221/cache=1637158889000/Retningslinjer+for+behandling+av+personopplysninger+i+forskings-+og+studentprosjekt+ved+UiT+%28oppdatert+300921%29.pdf>

Vedlegg 1: Kartlegging av kompetanseutviklingsprogram på barneavdelinger

Våren 2023 gjorde vi en uformell ringerunde til halvparten av de 22 barneavdelingene i Norge. Vi ringte avdelingsleder eller fagutviklingssykepleier og presenterte oss som masterstudenter i sykepleie retning barn, og at vi ønsket svar på om barneavdelingen benyttet kompetanseutviklingsprogram. Svarene vi fikk var at seks av 11 barneavdelinger hadde kompetanseutviklingsprogram. Vi spurte ikke om hvordan programmet var bygd opp eller ble praktisert i bruk. Likevel framkom det at programmene ikke var spesielt tilpasset barnesykepleiere, men var beregnet på nyansatte sykepleiere uten spesialistkompetanse.

Vedlegg 2: Pediatric Nursing Excellence



Vedlegg 3: Concept Definitions



SOCIETY OF
PEDIATRIC NURSES®

Pediatric Nursing Excellence Concept Definitions

| Concept | Definition |
|--|--|
| Developmentally Appropriate Care | A strengths-based approach to provide comprehensive health care that begins with careful assessment of the specific physical, psychosocial, and cognitive levels of children and proceeds with the understanding of variation and progression through ages and stages in the delivery of care and teaching methods to promote each child's optimal well-being. |
| Engagement | |
| Collaboration | Working with interprofessional colleagues, families, children and caregivers to achieve the stated purpose(s) or goal(s) of children and their families. |
| Professionalism | The consistent demonstration of core values that include the application of principles of altruism, excellence, caring, ethics, justice, respect and communication for children and their families. |
| Professional Development | Continuous professional engagement and life-long learning to advance self-confidence, self-awareness and pediatric nursing competence through education, practice and reflection. |
| Values | |
| Advocacy | Acting or speaking on behalf of and in support of children and their families. |
| Ethics | Able to navigate ethical dilemmas, serves as a leader in interprofessional ethical collaboration; ensures that the care provided is consistent with the needs and values of children and their families, and is within codes of ethical practice. |
| Quality of Life | Promotion and optimization of the child's well-being as defined by children and their families. |
| Principles | |
| Equity/ Diversity /Inclusion | The actions taken to be intentionally inclusive of the uniqueness of all in regards to race, ethnicity, sexual orientation, gender identity, national origin, religious beliefs, ability and all other characteristics, actively promoting individualized care and the appropriate allocation of resources to promote health equity for all children and their families. |
| Holistic Care | The provision of care to children and their families that is based on a mutual understanding of their developmental, physical, psychological, sociocultural, emotional, and spiritual dimensions to optimize wellness. |
| Patient- and Family-Centered Care | A shared partnership between the child, family and health care team to provide care driven by the preferences, values and needs of children and their families to achieve mutually agreed upon goals. |
| Care Delivery | |
| Care Coordination | Organizing care in order to achieve the best outcomes for children and their families. |
| Care Planning | The process by which the child, family and health care team discuss, agree, and review an action plan to achieve mutually agreed upon goals of most relevance and concern to children and their families. |
| Health Promotion | Employment of diverse and complex strategies, interventions and teaching with children and their families to promote, maintain, restore and improve health and to prevent illness and injury across the lifespan. |
| Continuous Improvement | |
| Evidence-based Practice | The integration of best research, clinical expertise and child and family values in making decisions about the care of individualized children and their families. |
| Outcomes | The results children and their families value most when seeking care. |
| Quality Standards | The degree to which providing health care interventions for children and their families promotes desired outcomes and are consistent with current professional nursing knowledge. |

Copyright - Society of Pediatric Nurses, 2022

Vedlegg 4: Søknad om rekruttering av barnesykepleiere til intervjustudie

Vi heter Hanna-Lisa Rothfuchs og Gunhild J Njålla Pedersen og studerer master i barnesykepleie ved UiT, Norges arktiske universitet. Vi holder på med et masteroppgaveprosjekt hvor vi ønsker å undersøke barnesykepleieres erfaringer med kompetanseutviklingsprogram. Formålet med prosjektet er å se på om kompetanseutviklingsprogram har nytteverdi for den ansatte, og om det har betydning for ansvarsfordeling i praksis med syke barn. Problemstillingen vår er «*Hvilke erfaringer har barnesykepleiere med bruk av kompetanseutviklings program på barneavdelinger?*»

Prosjektet er en kvalitativ studie hvor hensikten er å kartlegge barnesykepleiers erfaringer, meninger og tanker om tematikken. Derfor ønsker vi å intervju tre-fem barnesykepleiere som har minimum to års erfaring fra barneavdelinger med kompetanseutviklingsprogram. Intervjuet vil vare i 45-60 minutter, utføres digitalt ved hjelp av Teams og diktafon, og lagres i Nettskjema. Funnene fra intervjuene vil være grunnlaget for analysen og diskusjonen i masteroppgaven. Hver av deltakerne vil få et utfyllende skriv med informasjon om prosjektet og deres rettigheter. Alle opplysninger vil behandles konfidensielt etter SIKT og UiT sine retningslinjer og slettet ved prosjektets slutt, som planlegges til juni 2024. Opplysningene vil ikke være sporbare tilbake til deltaker. Det er frivillig å delta, og informanten kan når som helst trekke deg fra prosjektet uten begrunnelse.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet, har SIKT vurdert at behandlingen av personvernopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.
Referansenummer: 179418

Vi ønsker snarlig tilbakemelding på epost fra aktuelle informanter.

Håper på positiv tilbakemelding

Våre veiledere er: Inger Danielsen, [REDACTED] og Håkon Endal,
[REDACTED]

Vennlig hilsen

Hanna-Lisa Rothfuchs
[REDACTED]
[REDACTED]

Gunhild J Njålla Pedersen
[REDACTED]
[REDACTED]

Vedlegg 5: Forespørsel og samtykke til deltakelse

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Kompetanseutviklingsprogram på barneavdelinger»

Formålet med prosjektet

Dette er en forespørsel til deg om å delta i vår masteroppgave. Formålet med studien er å undersøke barnesykepleieres erfaringer med kompetanseutviklingsprogram på barneavdelinger. Bakgrunnen for prosjektet er vår interesse for kompetanseutvikling på barneavdelinger, samt at praksis på temaet varierer på de ulike barneavdelingene i landet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi vi ønsker å undersøke dine erfaringer med tematikken da du har over to års erfaring fra en avdeling som driver med kompetanseutviklingsprogram. For å rekruttere informanter har jeg tatt kontakt med din nærmeste leder og fagutviklingspsykepleier, som har videreformidlet informasjonen til deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UIT Norges arktiske universitet, det helsevitenskapelige fakultet, er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, må du signere på et skjema for informert frivillig samtykke som sendes til en av våre eposter. Hvis du ønsker å trekke deg underveis i studien kan du gjøre dette når som helst, uten noen forpliktelse og uten å måtte oppgi grunn. Dette gjør du ved å kontakte en av oss på telefon eller epost. Alle data knyttet til din deltakelse vil da slettes.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For å samle inn data vil vi intervju deg. Til intervjuene har vi planlagt en intervjuguide, men målet er at du skal fortelle om dine erfaringer og tanker om temaet. Intervjuene vil foregå over Teams og vare i 45-60 min.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Data som lagres fra intervjuene er lydopptak som tas opp med nettskjema-diktafon, krypteres og transkriberes. Det lagres passord beskyttet i Nettskjema. Navn og kontaktopplysningene dine vil anonymiseres ved at vi erstatter det med en kode, de vil så lagres på et adskilt skjema fra øvrig data. Vi to masterstudenter samt prosjektleder vil ha tilgang til personopplysningene mens studien pågår. Når studien er avsluttet slettes alle data. Funnene fra studien vil bli presentert anonymt i masteroppgaven vår, og eventuelt i en artikkel ved en senere anledning. I publikasjonen vil du som deltaker eventuelt kunne kjenne igjen sitat. Prosjektslutt planlegges til juni 2024.

Ditt personvern

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet, har SIKT vurdert at behandlingen av personvernopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.

Dersom du ønsker å delta, eller har spørsmål til studien ta kontakt med masterstudent Hanna-Lisa Rothfuchs eller Gunhild J Njålla Pedersen, [REDACTED] eller [REDACTED]. Du kan også kontakte veileder for prosjektet: Inger Danielsen, [REDACTED].

Med vennlig hilsen:

Masterstudenter: Hanna-Lisa Rothfuchs og Gunhild J Njålla Pedersen

Veileder: Inger Danielsen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har fått informasjon om prosjektet «*Barnesykepleiers erfaringer med organisert kompetanseutvikling på barneavdelinger*» og samtykket til å delta. Jeg har fått informasjon om at intervjuet tas opp på lydopptak, og at det blir slettet når studien er ferdig. Jeg er også informert om at det er frivillig å delta, og at jeg har mulighet til å trekke meg uforpliktet når som helst. Jeg er også informert om at anonymitet er ivaretatt gjennom hele prosjektet.

Deltakers navn

Sted og dato

Vedlegg 6: Intervjuguide

Hensikten med intervjuet er å belyse barnesykepleieres erfaringer med kompetanseutviklingsprogram i barneavdelinger. Vi er to masterstudenter som skriver oppgave sammen. Vi vil intervju barnesykepleiere sammen, men dele på oppgaven slik at den ene utfører intervjuet mens den andre er passiv og tar observasjonsnotater.

Kort introduksjon

- Vi presentere oss.
- Deltageren presenter seg.
- Vi går gjennom informasjon om prosjektet, personvern og informert samtykke. Deltageren bes om å anonymisere historier og eksempler der personer er involvert.
- Informasjon om intervjuets tematikk, og våre ulike roller under intervjuet.
- Vi forsikrer oss om at deltakeren er informert om sine rettigheter og at intervjuet tas opp ved hjelp av digital diktafon.

Bli kjent spørsmål

- Kan du fortelle litt om deg selv; hvor du arbeider, hvor lenge du har arbeidet som barnesykepleier, og kort om dine erfaringer med kompetanseutvikling.

Deretter slås lydopptaker på og intervjuet med emnet «Hvilke erfaringer har barnesykepleiere med kompetanseutviklingsprogram i barneavdelinger» starter. Disse temaene tas opp:

1. Hvilke forhold har betydning for kompetanseutvikling etter barnesykepleierutdanningen?

- a) Kan du fortelle litt om din egen kompetanseutvikling etter utdanningen?
 - Opplever du en forskjell i graden av din kompetanse fra du var sykepleier til du nå er barnesykepleier?
 - Er det slik at du nå har nådd noen nye nivåer som du ikke kunne betjene som sykepleier?
- b) Kan du gi eksempel på en situasjon eller arbeidsforhold der du opplevde god kompetanseutvikling, og hva det var som bidro til at du lærte?
 - Hva skal til for at du i arbeidshverdagen opplever at kompetansen din brukes slik at du evner å videreutvikle deg?
- c) Kan du gi eksempel på en situasjon eller arbeidsforhold som du opplevde utfordrende faglig, og hva det var som bidro til det.
 - Er det noe i arbeidshverdagen din som gjør det vanskelig for deg å videreutvikle kompetansen din?
 - Hvordan påvirkes pasientsikkerheten av kompetanseutviklingen?
 - Påvirkes kvaliteten i behandlingen av kompetansen?

2. Hvordan drives kompetanseutvikling på din arbeidsplass?

- a) Kan du beskrive hvordan kompetanseutvikling til barnesykepleiere drives der du arbeider?
 - Finnes det noen minstekrav til hva en skal kunne i avdelingen?
 - Avanseres kompetansen med grad av autorisasjon?
 - Driver avdelingen med aktiv kompetanseutvikling etter endt barnesykepleierutdanning?
 - Opplever du at ledelsen kartlegger barnesykepleieres kompetansenivå?

- b) Kan du fortelle om erfaringer med hvilken opplæring og undervisning som er nødvendig for å arbeide på din arbeidsplass som barnesykepleier, og dine erfaringer med tilgangen til den?
- Stilles det noen spesielle kompetansekrav til de arbeidsoppgavene du tildeles?
 - Hvordan oppnår du eventuelt disse kravene?
- c) Hva skal til for at du opplever kompetanseutvikling som barnesykepleier?
- På hvilken måte utfører du arbeidsoppgaver du ikke har gjort før?
 - Har du erfarne kollegaer som kan veilede deg gjennom situasjoner du ikke har stått i tidligere? Hvilken betydning har eventuelt dette for din kompetanseutvikling?

3. På hvilken måte har organiseringen av kompetanseutvikling betydning for kompetanseutviklingen din?

- a) På hvilken måte erfarer du at organisatoriske og ressursmessige forhold påvirker din kompetanseutvikling som barnesykepleier?
- Settes det rammer for hvilken kompetanse et vaktlag skal bestå av? Eventuelt hvilke rammer?
 - Har du noen erfaring med forfordeling av kompetanse?
 - På hvilken måte opplever du at økonomi er styrende for kompetansen i vaktlaget?
- b) På hvilken måte erfarer du at ledelsen kan fremme eller begrense din kompetanseutvikling?
- Hvilken betydning tenker du det vil ha at ledelsen kartlegger kompetansenivået ditt?
 - Hva tenker du om å ha en plan for kompetanseutviklingen din?
- c) På hvilken måte kan du selv bidra til din kompetanseutvikling?
- Har du mulighet til å påvirke dine ønsker og mål for arbeidsoppgaver?
 - Har ditt engasjement betydning for din egen kompetanseutvikling?
 - Har du noen innvirkning på hvilke arbeidsoppgaver en barnesykepleier bør tildeles i din avdeling?
- d) På hvilken måte kan dine kollegaer påvirke din kompetanseutvikling?
- Opplever du å arbeide i et team som er bekjent med den andres kompetanse?
 - Har du en erfaren makker du kan støtte deg på i nye situasjoner?
 - Opplever du at dine kollegaer er trygge i å vurdere egen kompetanse?
 - Hvilken kultur opplever du at avdelingen har for kompetanseutvikling?
 - Opplever du støtte når du er usikker, og opplever du at du blir pushet videre under trygg veiledning?

Avrunding: Er det noe deltakeren har lyst å supplere som kunne være aktuelt for tema

Vedlegg 7: Godkjenning fra SIKT

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

179418

Vurderingstype

Standard

Dato

14.12.2023

Tittel

Kompetanseutvikling for barnesykepleiere på barneavdeling

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Håkon Endal

Student

Hanna-Lisa Rothfuchs

Prosjektperiode

30.11.2023 - 13.09.2025

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 13.09.2025.

