

# Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar

**Astrid Bjørnerheim Hynne og Marit Kvangarsnes**

*Astrid Bjørnerheim Hynne, sjukepleiar, cand.polit., førstelektor, Høgskulen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning, e-post: astrid.b.hynne@hist.no*

*Marit Kvangarsnes, sjukepleiar, dr.polit., professor, Høgskulen i Ålesund, avdeling for helsefag og Helse Møre og Romsdal, e-post: MK@hials.no*

## **Abstract:**

### **Learning and competence development in community health service – an interview study of cancer nurses**

*The number of cancer patients is expected to increase 30% by 2020. To meet the needs of seriously ill and dying cancer patients the community health service must be strengthened. There is little knowledge about the development of competence in the community health service. The aim of this study was to get more knowledge about competence development of cancer nurses. The study has a phenomenological hermeneutical design. Data was based on eight qualitative interviews with cancer nurses. The content of daily work and the cooperation within the community of practice were found to be important. Experience, theoretical knowledge, expectations and attitudes were of importance in their learning, and this is accomplished in cooperation with others through trust, having enough time and responsibility. It will be a challenge to meet the demands to quality and competence in future cancer care. Employing advanced nurse practitioners can be a resource, strengthening quality, improving nursing and innovation.*

## **Key words / nøkkelord:**

*Cancer nursing; community health service; competence development; kreftsjukepleie; kommunehelseteneste; kompetanseutvikling.*

## **Referee\***

## **Introduksjon**

Å ha tillit til at helsepersonell kan utføre helsehjelp på ein god måte, gir pasientane tryggleik. Kreftpasientar har forventningar om at sjukepleiarar har kompetanse til å gi den informasjonen, emosjonelle og praktiske støtta som den enkelte har behov for (Liu, Mok, Wong 2006). I Noreg vil talet på kreftpasientar auke med om lag 30 prosent fram mot 2020. 60 prosent av kreftpasientane er over 65 år (www.kreftregisteret.no), og dette er ei

pasientgruppe som i større grad vil bli overført frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Desse pasientane har varierende behov for behandling, rehabilitering og pleie. Langt fleire kreftpasientar lever lenger med sjukdomen, dei kan ha seineffektar av behandlinga eller kreft med spreing. Mange pasientar ynskjer å vere heime den siste tida av livet. Likevel dør under 15 prosent av norske kreftpasientar heime, noko som er den lågaste andelen i Europa (Agenda Kaupang 2012). I nasjonal kreftstrategi 2013-2017 er det eit mål at det blir lagt til rette for at fleire kan tilbringe siste levetida i kjende omgivnader ilag med sine næraste (Helse og omsorgsdepartementet 2013). I ei spørjeundersøking av sjukepleiarar som arbeider i sjukeheimar eller heimebasert omsorg i Noreg svarer 55 - 57% av sjukepleiarane (N=2347) at dei opplever ein stor auke i pasientar med kreft og behov for palliasjon etter at samhandlingsreforma vart iverksatt i 2012 (Gautun og Syse 2013). I same studien finn Gautun og Syse (2013) at 91 prosent (N=2372) av sjukepleiarar i kommunehelsetenesta gir uttrykk for at kompleksiteten i dei sjukepleiefaglege oppgåvene har auka. I alt 36 prosent seier seg samd i påstanden om at dei har blitt mindre trygg på oppgåver dei utfører, og at det er eit hovudinntrykk at dei opplever auka tidspress. Mange sjukepleiarar etterspør kompetansehevande tiltak. Internasjonalt blir det etablert stillingar som avanserte kliniske sjukepleiarar for å møte behova til ein populasjon der fleire har komplekse sjukdomstilstandar (Duffield et al. 2009).

Med eit større kommunalt ansvar for kreftpasientar medfører det eit auka krav til helsepersonell sin kompetanse. Når det også er ein nasjonal kreftstrategi å gi persontilpassa behandlingssopplegg (Helse og omsorgsdepartementet 2013), stiller dette forventningar og krav til kompetanse i helsetenesta - også ute i kommunane. Samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) etterlyser meir kunnskap om korleis læring og kompetanseutvikling skjer hjå utøvarar i kommunehelsetenesta. Samhandlingsreforma hevdar også at i eit arbeidsliv der stadig fleire oppgåver krev formell kompetanse, må læring i det daglege supplerast med vidare- og etterutdanningstilbod. Eit interessant spørsmål er kva type og nivå denne kompetansen i kommunane skal ha for å ivareta kvalitet og forventningar om ein kunnskapsbasert praksis (Kunnskapsdepartementet 2012). Denne studien har som formål å gi kunnskap om kreftsjukepleiarar si læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta.

## Bakgrunn

Videreutdanning i kreftsjukepleie gir ein spesialkompetanse som stadig fleire norske kommunar satsar på ved å opprette egne stillingar. Ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar i øymerka stillingar i kommunehelsetenesta (Hynne og Kvangarsnes 2012) viser at kreftsjukepleiarar både har pasient- og systemretta funksjoner, slik nasjonale føringar etterspør for å ivareta kvalitet i helsetenesta (Utdannings og forskningsdepartementet 2005).

Med få kreftsjukepleiarar i øymerka stillingar i kommunane (Harboe og Alvestad 2011), kan den einskilde kome til å stå mykje åleine om ansvar når dei møter faglege utfordringar. Kreftsjukepleiarar ser det som viktig å vere fagleg sterke og oppdaterte for å ivareta sine funksjonar (Hynne og Kvangarsnes 2012), men vi veit framleis lite om korleis kompetanseutvikling og læring for den einskilde kreftsjukepleiar skjer etter gjennomført vidareutdanning. Litteratursøk i databasane Cinahl, Medline og Swemed med søkeorda «competence development», «cancer nursing», «nursing», «competence», og «community health service» i perioden 2000 tom 2013, gir ingen treff på gjennomført forskning i Norden som beskriv korleis kreftsjukepleiarar i kommunehelsetenesta lærer og utviklar kompetanse.

Vi veit derimot meir om læring og kompetanseutvikling generelt og hjå helsearbeidarar og sjukepleiarar spesielt.

## Kompetanseutvikling og læring

Omgrepet *kompetanse* i sjukepleie er mykje brukt, men innholdet er delvis uklart og mangfaldig (Cowan, Norman, Coopamah 2005, Yanhua and Watson 2011). Kompetanse er og eit meir komplekst og vidare omgrep enn ferdigheter og kvalifikasjonar (Manley og Garbett 2000). Kompetanse inkluderer generelt tre dimensjonar; ein kunnskapsdimensjon som handler om å kunne håndtere informasjonsinnhald, ein ferdighetsdimensjon som handler om å kunne fungere på ein spesiell måte, og ein utviklingsdimensjon som referer til å kunne tileigne seg nye ferdigheter og kunnskap (Manley og Garbett 2000). Sjukepleie i praksis krev ein kompleks kombinasjon av kunnskap, utførelse, ferdigheter, kyndighet, verdiar og holdningar – og Cowan et al. (2005) argumenterer for at ein holistisk definisjon på kompetanse som inkluderer desse dimensjonane er nødvendig. Gonczi (1994) hevdar at eit holistisk kompetanseomgrep også inkluderer at den profesjonelle har vurderingsstrategiar til å ta dei nødvendige forholdsreglar og integrere kunnskap, ferdigheter, verdiar og holdningar i sin praksis. I ein litteraturgjennomgang beskriv McMullan, Endacott, Gray, Jasper, Miller, Scholes og Webb (2002) eit holistisk kompetanseomgrep som eit utviklande, dynamisk og relasjonelt omgrep, som er i stadig utvikling mellom utøvar, handling og kultur. Smith (2012) finn i sin litteraturgjennomgang at både personleg og ekstern motivasjon er sentral for utvikling av sjukepleiekompetanse.

På same måte som at kompetansebegrepet er mangfaldig, hevder Bråten (2002) at omgrepet *læring* er omstridt. I hovudsak går skillet mellom eit grunnleggande kognitivt perspektiv og eit grunnleggande sosialt perspektiv. Der eksisterar fleire mellomposisjonar innanfor desse to perspektiva. Innanfor den kognitive læringsforståinga er læring eit *individuellt prosjekt som gir individuelle resultat*. Læreprosessen kan betraktast som ein individuell *tileigningsprosess* som i resultat medfører ein kunnskap eller kompetanse som er *abstrakt og allmenn* i den forståing at den ikkje er påverka av den samanheng som læringa skjer i. Læringa kan overførast frå ein kontekst til ein annan. Dette er likevel eit perspektiv som har møtt kritikk for å vere reduksjonistisk ved å avgrense læringsbegrepet til bevisste, upersonlege og nøytrale intrapsykiske prosessar (Tanggaard og Nielsen 2006).

I eit *sosiokulturelt perspektiv* - går ein viktig del av denne tradisjonen under namnet *situert læring*. Det vil seie at læring er forankra i den sosiale, kollektive og kulturelle konteksten den skjer i. Det dreier seg ikkje om overføring av kunnskap knytt til oppgåveløysing. Det er deltakingsprosessar og mønster som blir overført på tvers av situasjonar og kontekstar (Lave og Wenger 2003, Wenger 2004). Resultatet av denne læringa er påverka av dei relasjonar og handlingssamanhengar som pregar desse praksisfellesskapa. Slik sett er læringa alltid ein *kollektiv* prosess. Den lærande er eit *aktivt subjekt* både i si eiga læring og i sitt bidrag til utvikling av den praksisen han deltek i, men dei individuelle særleine dannelsesbanane blir lite framheva her (Heggen 2008). Eraut (2004:203) hevdar at Lave og Wenger dermed ser bort frå det individuelle perspektivet på kunnskap og læring i sin teori, og understrekar behovet for eit individuelt situasjonsperspektiv. Personen sin kunnskap er konstruert gjennom eit langt liv og er unik.

Illeris (2006) samanflettar både eit sosialt og individuelt perspektiv på læring. Illeris hevdar at læring både handler om ein *prosess av samspel* mellom individ og omgivnader, og ein indre

mental *tileignings-* og bearbeidingsprosess der impulsar frå samspelet blir integrert med tidlegare læring. I tileigning av læring omfatter det både eit innhald og ei drivkraft, det vil seie at læringa får ein *innhalds-, drivkrafts- og samspelsdimensjon*. I læringa sin innhaldsdimensjon ligg kunnskap, ferdigheter, forståing, innsikt, meining, holdningar og kvalifikasjonar, noko som er med å gi grunnlag for å fungere føremålstjenleg i dei omgivnadane ein er i. Drivkraftsdimensjonen omfatter motivasjon, følelsar og vilje. Motsatt virkar og læringa sitt innhald tilbake på drivkreftene i læring. Samspelsdimensjonen omfatter handling, kommunikasjon og samarbeid. Her prøver individet i fylgje Illeris å oppnå ein sosial og samfunnsmessig integrasjon. Den endring og utvikling som læring medfører for den einskilde, kan som identitetsutvikling knytast til koplinga mellom det individuelle og omgivnadane - eller involverer dei same tre dimensjonar som inngår i læring: innhald, drivkraft og samspel (Illeris 2013). I gjennomføring av presenterte studie, er det i analyseprosessen brukt teoretiske perspektiv både frå den kognitive og den sosiokulturelle læringsforståinga, slik Illeris legg til grunn i si tenkning om læring.

Med utgangspunkt i eit holistisk kompetansebegrep som inkluderer drivkraft i læringa, blir det viktig å vurdere metodar som inkluderer kreftsjukepleiarar sitt eige perspektiv på læring og kompetanseutvikling innanfor dei områder dei til dagleg blir utfordra på i kommunehelsetenesta.

Denne studien er ein del av ein større studie der ein artikkel omhandlar kva for rolle og funksjon kreftsjukepleiarar i kommunehelsetenesta har (Hynne og Kvangarsnes 2012). Studien har fylgjande forskingsspørsmål: Kva erfarer kreftsjukepleiarar er av betydning for eiga læring og kompetanseutvikling?

## **Metode og design**

Studien har ei fenomenologisk hermeneutisk tilnærming (Kvale og Brinkmann 2009). Åtte kvalitative forskingsintervju med kreftsjukepleiarar i stillingar i by- og landkommunar i Noreg vart gjennomført for å samle data.

### **Kvalitativt forskingsintervju**

Gjennomføringa av intervjuet og analyseprosessen er inspirert av Kvale og Brinkmann (2009) si tilnærming. Det vart utvikla ein temaguide som omhandlar læring og kompetanseutvikling, kreftsjukepleiar sine funksjonar, ansvarsområde, verdiar, holdningar, motivasjon i arbeidet, identitet, og betydning av kollegaer og ledarskap. Temaguiden er eit resultat av litteraturgjennomgang og dei teoretiske perspektiva som vart valt i studien. Alle intervjuet føregjekk i arbeidstida på den einskilde sin arbeidsstad. Etter samtykke frå informantane, vart det nytta bandopptak. Intervjuet varte mellom 1-1,5 time, og alle er gjennomførte av førsteforfattar.

### **Utval og datasamling**

Utvalet er strategisk for å få variasjon i forhold til kommunestorleik og arbeidsstad. Utvalet er difor rekruttert frå både bykommunar og landkommunar der informantane arbeider både i heimebasert omsorg og på sjukeheimar. Alle kreftsjukepleiarar hadde arbeid minimum to år

etter avslutta vidareutdanning. Under innsamlingsperioden av data (2007-2008) var der ingen fullstendig oversikt over kva for kommunar i Noreg som hadde tilsett kreftsjukepleiar. Det vart difor tatt telefonisk kontakt med ulike kommunar og spurt om dei hadde sjukepleiarar i kreftsjukepleiarstillingar. Ved positivt svar vart nærmaste leiar kontakta om samtykke til studien og til å spørje aktuelle personar om eit intervju. Det vart sendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring via e-post om at dei ville bli kontakta på telefon nokre dagar seinare for å gi svar på om dei ønskte å ta del. For å prøve ut temaguiden, vart det gjennomført eit prøveintervju med ein kreftsjukepleiar som hadde hatt ei tidsavgrensa stilling i sjukeheim for 1 år sidan. Prøveintervjuet er med i det samla datagrunnlaget for å få eit meir rikholdig materiale. Deretter vart åtte kreftsjukepleiarar førespurde om eit intervju, der ein sa nei til å delta. Av det samla utvalet på åtte (N=8), var ein tilsett i ein sjukeheim, to i kommunen der dei arbeidde både i sjukeheim og i heimebasert omsorg, og fem i heimebasert omsorg. Alle var kvinner i alderen 28-62 år med ei tenestetid som sjukepleiar frå 6 til 34 år, og hadde arbeid frå 2-15 år som kreftsjukepleiar i kommunen. Dei var alle den første i nyoppretta stillingar med ein stillingsprosent frå 20-100 (fem hadde 50 prosent eller mindre og tre hadde over 50 prosent). Dei seks sjukepleiarane som ikkje hadde full stilling som kreftsjukepleiar i kommunen, hadde resten av si stilling som sjukepleiar på same arbeidsstad eller i spesialisthelsetenesta. Talet på innbyggjarar i kommunane varierte frå 2500 til over 100.000.

### **Analyseprosessen**

Analysen har bygd på meiningskoding, meiningsfortetting og meiningsfortolking (Kvale og Brinkmann 2009). Datamaterialet besto av ca.180 sider ordrett transkriberte intervju og bakgrunnsdata. Bakgrunnsdata som alder, utdanningsbakgrunn og arbeidserfaring vart nedteikna av intervjuar før intervjuet starta. Dei intervjuar fekk tilbod om å få tilsendt ei redigert utskrift av intervjuet. Alle takka ja til dette, utan at det vart motteke korrigeringar eller tilføyingar. Det vart lytta til heile intervjuet på lydband samtidig som ordrett utskrift var tilgjengeleg. Det gav grunnlag for ei datastyrt *meiningskoding* der det vart identifisert relevante setningar og nyanseringar som formidla kva dei intervjuar såg av betydning for eiga læring og kompetanseutvikling. I vidare *meiningsfortetting* vart informantane sine utsegn korta ned i lys av studien sitt spesifikke formål. Fellestrekk og variasjonar ved desse utsegn er samla tematisk. Under *meiningsfortolkinga* vart tema med likt eller tilnærma same meiningsinnhald grunnlag for vidare fortolking og teoretisk analyse inspirert av Illeris (2006), og samla i kategoriar. For å styrke den kommunikative gyldigheit (Kvale og Brinkmann 2009) har både intervjuar og medforfattar uavhengig av kvarandre lese igjennom intervjuutskrifter. Kategoriar og fortolkingar er vidare diskutert og formulert i fellesskap.

### **Etiske vurderingar**

Studien er godkjent av personvernombudet (NSD: norsk samfunnsvitenskapelege datateneste). Informantane har alle gitt skriftleg informert samtykke til å delta i intervjustudien og til å bruke bandopptak. Krav til anonymitet og konfidensiell behandling av datamaterialet er ivaretatt.

## Resultat

På spørsmål om kva kreftsjukepleiarane erfarer er av betydning for læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten, er det to hovedkategoriar som kjem til uttrykk i intervjumaterialet. På den eine sida er det *innhald i arbeidet* som rommer aspekta; erfaring som verdi, teorikunnskap, forventningar og holdningar. På den andre sida skjer læring og kompetanseutvikling gjennom *samspel med andre* med betydingsfulle aspekt som; tillit - ansvar og tid, å reflektere ilag, og samarbeid til beste for pasient og pårørende.

### Innhald i arbeidet

#### Erfaring som verdi

Både det å få egne erfaringar med pasientar og få erfaringar ved å observere andre kollegaer som rollemodeller vart nemnt som ei kjelde til læring. Direkte erfaring med kreftpasientar på eigen arbeidsplass og hospitering vart opplevd som betydingsfullt for læring. Ein kreftsjukepleiar (A:10) sa det slik om erfaring: «... *når folk kommer med egne erfaringer-pasienter forteller sin historie - gir det lyd til kunnskapen... sånn at det fester seg...*». Fleire nemnde at dei har hatt hospiteringsopphold på sjukehusavdelingar med kreftpasientar, på lindrande behandlingseiningar eller hjå erfarne kreftsjukepleiarar i kommunen for å få den tryggleiken i utøving av ferdigheter som er nødvendig for å ivareta rolla som kreftsjukepleiar. «... *jeg var på sykehuset og lærte meg det...* (prosedyrar) *-fikk en trygghet så jeg kunne gi opplæring*», sa ein kreftsjukepleiar (A:2). Den enkelte prioriterte og verdsette erfaringar med kreftpasientar på ulike arenaer for eigen del, men og som i neste omgang kunne kome kollegaer på eigen arbeidsstad til gode, og såg på dette som ein meningsfull og kontinuerleg prosess.

Fleire nemnde at det etter hospitering på sjukehuset var lettare å ringe om det oppstod vanskelege spørsmål. Ved å kjenne til både kommunen og sjukehuset sin praksis gjennom egne erfaringar, vart det lettare å ta kontakt og ivareta individuelle pasientbehov i samhandling og koordinering av pleie og behandling.

Ein kreftsjukepleiar nemnde og ein praksissituasjon saman med ein kollega som hadde jobba i over 30 år. Denne hendinga der kollegaen ivaretok pasienten sine behov i livet sin slutfase var forbilledleg, og vart ikkje gløymt. Kreftsjukepleiaren (C:9) sa: «... *hun var en sånn som... som Så hva den enkelte trengte... det gjorde et mektig inntrykk*». I denne situasjonen vart det nemnt at andre kollegaer sine handlingar og erfaringar vart ei kjelde til læring. Om det å forstå pasienten i heimesituasjon og bli dyktig der, fortalde same kreftsjukepleiar (C:14) at dette gjekk føre seg: «... *i jobben til daglig... hver eneste dag*». Denne kreftsjukepleiaren oppdaga i møte med sjukehuset at ho tenkte annerleis om det å vere kreftsjuk i heimen enn dei som arbeidde på sjukehuset, og denne kunnskapen fekk ein først ved sjølv å få erfaring med kreftpasientar i heimen.

#### Teorikunnskap

Mange kreftsjukepleiarar nemnde at teorikunnskap gav ei plattform som hadde betydning for å ha tryggleik og tru på at det var mogeleg å fylle rolla som kreftsjukepleiar. Fleire fortalde også at det å ha teorikunnskap var med å legge eit grunnlag for å våge argumentere, eksempelvis med legar i samarbeid om pasienten. Det kunne vere teori frå tidlegare utdanning, kurs eller eiga lesing. Ein kreftsjukepleiar (B:4-9) sa:

*Fagligheten min... å være faglig sterk-det tror jeg er en nødvendighet at kreftsykepleieren faktisk er, og da får en også gjennomslagskraft. Og det avhenger i hvert fall av det i forhold til leger, blant annet- og det at jeg kan en del om lindrende behandling ... Det å ha tyngde-jeg måtte bevise at dette kunne jeg... Den teorien er helt nødvendig for meg å ha.*

Teorikunnskap både frå grunn- og vidareutdanning vart sett på som eit heilt nødvendig grunnlag i forhold til den stillinga kreftsjukepleieren hadde i kommunen. Ein (A:6-9) sa det slik:

*Jeg tror at utdanninga- altså helt fra grunnutdanningen så starter man på en måte en prosess...en prosess i forhold til identitet som sykepleier-og den videreføres jo, tenker jeg, med videreutdanning i kreftsykepleie...det med å få trening i å skrive-som du gjør i studiet-å sette ord på praksis-det du gjør-tenke systematisk. Det er også noe som er nyttig, tenker jeg- som kreftsykepleier, fordi at det blir forventet at du skal skriftliggjøre en del av det du gjør...og spesielt tenker jeg i kommuner hvor det er nytt, ikke sant, og det med å være med å bygge opp en tjeneste...så det at du har en viss trening i å skrive og skriftliggjøre og lage systemer, det har du absolutt nytte av.*

På spørsmål om betydninga av teori svarte den same kreftsjukepleieren (A:9):

*Teori-det handler jo om at du har en kunnskapsbase, basis i deg-som gjør at du kan gjøre de vurderingene og gi de rådene og det som du gjør i praksis. At du kan-at du velger å gjøre det ene eller det andre tiltaket.*

Ein annan kreftsjukepleiar svarte på same spørsmålet om betydninga av teori (C:10):

*Det har jo stor betydning hva som ligger til grunn for de handlinger jeg gjør... når jeg stusser på noe-hvorfor gjorde jeg sånn? Så hender det jeg slår opp i Kreftsykepleie eller Kommunikasjonsboka-den er veldig god. Å slå det opp-er det noe teori på det jeg holder på med nå? (teori) som rettesnor eller oppslagverk kanskje?.*

Når fleire nemnde betydninga av teori for eigen kompetanseutvikling, vart det først og fremst nemnt lærebøker og litteratur frå tidlegare utdanning. Nokre kreftsjukepleiarar nemnde norske fagtidsskrift som Sykepleien og Kreftsykepleie, og at lesing av faglitteratur måtte skje i fritida. Ingen nemnde at dei aktivt søkte i internasjonale databasar for å finne forskningslitteratur. Det såg ut til å vere stor variasjon når det gjaldt å bruke kurs som ei kjelde til å formidle teorikunnskap. Nokon fekk lett adgang til kurs – andre fekk sjelden dekka kurs av arbeidsgivar fordi det var lite pengar. Det såg også ut til at det var varierende om det var lagt opp ein plan for korleis kompetanseutvikling gjennom teorioppdatering skulle ivareta på ein arbeidsplass. Nokon hadde sjekklister for nyansatte der den einskilde sitt behov styrte kva kunnskap det var behov for å formidle, eller tok det når situasjonar med behov for ny kunnskap dukka opp. (B:15): «Vi har veldig mye problemorientert læring, og det er min form for læring-vi har lite kursvirksomhet... vi har der og da- situasjoner. Det er jeg overbevist om er det beste.» Andre hadde ein plan for undervisning, men det hadde lett for at det vart ein aktivitet som gjekk ut når tida ikkje strakk til. Kven som var ansvarleg for å holde undervisning og formidle teorikunnskap, såg også ut til å variere. I ein av kommunane var det ein fagutviklingssjokepleiar som hadde ansvar for å organisere undervisning både for personalet på sjukeheimen og i heimesjukepleia.

### **Forventningar og holdningar**

Kreftsjukepleiarane gav alle uttrykk for både eigne og andre sine forventningar til det å ha ein spesialkompetanse, som gjorde at dei måtte vere i ei utvikling for å vere trygg i si rolle. Om eigne forventningar fortalde ein kreftsjukepleiar (A:7):

*... for å kunne ha den spisskompetansen som det forventes at du har, så er du nødt til- og på en måte opprettholde og videreutvikle deg hele veien. Og det tenker jeg at det må du gjøre noen plass. Altså den kunnskapen må du hente. Og det er klart at noe får du i det daglige der du er, men jeg tror nok at det er helt avhengig av at du er-at du får oppdatering sånn teoretisk-men også at du får-ja, trening altså i praktiske ferdigheter også- og vedlikeholder det.*

Same kreftsjukepleiar gav og uttrykk for at andre kollegaer forventa at ho skulle kunne meir enn resten av kollegiet. Ein annan kreftsjukepleiar (D:6) sa det slik om kva innhold kollegaer kunne forvente av hennar spesialkompetanse: «... Den som er der når det er litt ekstra... ved vanskelige samtaler...klare opp i ting... planlegge...være med å legge til rette...våge å la alvorlig syke pasienter være hjemme...». Det vart opplevd som eit dilemma når forventningane frå andre var større enn det kreftsjukepleiaren opplevde var mogeleg å innfri.

### **Samspel med andre**

#### **Tillit-ansvar og tid**

Det var eit fellestrekk i materialet at det å bli møtt med tillit både frå leiarar og medarbeidarar var viktig for å utvikle eigen kompetanse. Også det å bli vist den tilliten å ha fått eit eige ansvarsområde for å fylgje opp kreftpasientar og pårørande gjennom ein eigen stillingsandel vart opplevd som motiverande.

Ein kreftsjukepleiar sa det slik om viktige verdiar i fagmiljøet som hadde mykje å seie for eiga utvikling (A:13): «Det å ha tillit i alle hold -i ledelsen-i personalgruppa-i fagmiljøet». Ein annan kreftsjukepleiar fortalde (B:4):

*Jeg er avhengig av å ha ledere som tenker positivt om kreftomsorg, det er jeg helt avhengig av-og det har jeg hatt hele veien. De er gode til å prioritere de dårligste (pasientene)hele veien, at de skal få det beste. Og jeg har stor tillit i systemet. Det er helt sikkert-og det er jeg faktisk også avhengig av. Og jeg må bli sett, jeg også. Ja-de må spørre om hvordan jeg har det og - for det gjør jo jeg videre igjen også. Ja-jeg gir og viser stor tillit til de som jeg samarbeider med, og det er ganske mange. Og sånn synest jeg det skal være-dess større tillit-dess større frihet du gir, dess mer får du til.*

Det å ha tid til å møte pasient og pårørande på deira premissar og samtidig få brukt sin kompetanse gjennom å bli gitt eit ansvar til å vurdere kva som skal til for å imøtekomme behov, vart og sett på som ein viktig verdi og motivasjon for vidare samhandling med andre kollegaer for å utvikle tenesta.

Der er også kreftsjukepleiarar som ikkje opplevde same tilliten frå leiarar og arbeidsmiljø. Når leiar ikkje gav uttrykk for at kreftsjukepleiaren var ein ressurs eller arbeidde for eit handlingsrom i form av tid, opplevde dei seg meir åleine og fekk ikkje brukt sin fagkunnskap, noko som vart opplevd som lite motiverande.



### **Å reflektere ilag**

I læring og utvikling av eigen kompetanse nemnde mange kreftsjukepleiarar betydninga av å vere ein del av miljøet enten det var i sjukeheimen eller i heimebasert omsorg. Å vere i lag med kollegaer på eigen arbeidsplass, rapportar og planlagte eller spontane møtesituasjonar, var arenaer for spørsmål og verdifull deling av erfaring både før og etter møte med pasientar. Om det å reflektere i etterkant av hendingar, fortalde ein kreftsjukepleiar (C:4):

*... når vi har hatt døende pasienter i heimen -så har vi et møte etterpå... enten samme dag eller dagen etterpå der vi har sagt noe om hva var det vi gjorde som ikke var så bra, og hva var det vi gjorde for at det vart såpass bra som det vart.*

Nokre kreftsjukepleiarar deltok i refleksjonsgruppe på eigen arbeidsplass, men dei fleste opplevde at det ikkje var tid i det daglege og måtte diskutere fortløpande når noko oppsto. Der var også kreftsjukepleiarar som opplevde at leiinga ikkje såg det interessant å opprette veiledningsgrupper, sjølv om det var eit ynskje frå personalet. Ein kreftsjukepleiar hadde tidlegare delteke i ei tverrfagleg veiledningsgruppe som ho opplevde var lite utviklande, ho hadde større behov for å få meir spesialkunnskap om eige ansvarsområde gjennom å møte andre kreftsjukepleiarar.

Å ha ein plass å rådføre seg og diskutere også utenom eigen arbeidsplass, såg mange som ein viktig del av eiga læring. Det kunne vere å ta ein telefon til sjukehuset, palliativt team eller kreftsjukepleiarar i andre kommunar, gjerne tidlegare medstudentar med same faglege ståstad. Fleire nemnde at dei traff andre kreftsjukepleiarar til faste møtetidspunkt for å utveksle erfaringar, diskutere og få ei tilbakemelding på det som var gjort riktig eller kunne gjerast annerleis. Om det å reflektere i lag med andre kreftsjukepleiarar, fortalde ein (A:6):

*Det å skape et nettverk som kreftsykepleier hvor du kan dele erfaringer og hva du står for som kreftsykepleier... for det tror jeg nok både ut fra min erfaring og andre som jeg hører jobber som kreftsykepleiere, så er det ofte en ensom funksjon. Det er ikke så mange kreftsykepleiere i kommunen da, så det å skape et nettverk som du vet at du kan ringe til noen og spørre om råd - er med å forme og gjøre deg trygg i rollen.*

Det kunne vere at det vart satt opp ulike tema på desse møta som var inspirert av eigne pasienterfaringar, men også innhold frå norske tidsskriftartiklar.

### **Samarbeid til beste for pasient og pårørande**

Fleire gav uttrykk for at eigen trivsel og kompetanseutvikling hadde samanheng med ei «vi»-kjensle der personalet i fellesskap greidde å imøtekomme pasientar og pårørande sine behov på best mogeleg måte. Om verdien av å få ting til å fungere, sa ein kreftsjukepleiar (A:3):

*Å være med å bidra... har vært en sterk motivasjon for meg... sett at pasientene har trivdes og at personalet har trivdes... også det samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og sykehuset er spennende...noe å utvikle i forhold til andre pasienter enn kreft også.*

Ein annan kreftsjukepleier sa det slik (A:4) "... som kreftsykepleier må du gjøre de andre goddet er derfor vi får det til». Same kreftsjukepleiar fortalde vidare at der ein pasient var heime i

ein avsluttande fase av livet, var det krevande å få alt til å fungere for hjelpeapparatet. Ho meddelte: «... *det er et enormt godt samarbeid-vi er avhengige av det... det handler om fleksibilitet-og det har vi fått til... og vi sykepleiere sitter jo igjen med den følelsen-og hjelpepleierne også-at vi lykkes...vi får det til slik som pasienten og pårørende ønsker det.*»

Men der var også kreftsjukepleiarar som erfarte at samarbeid kan vere vanskeleg når ein har ein spesialkompetanse andre ikkje har i kollegiet. Då galdt det om å trå varsamt så ingen opplevde mindreverd i kollegiet. Det kunne også gi ei oppleving av manglande verdsettning av eigen spesialkompetanse, og ei utfordring å få til eit samspel med kollegaer som eit lærande fellesskap.

## Diskusjon

Kreftsjukepleiarane gir uttrykk for at læring og kompetanseutvikling skjer gjennom både *innhaldet i det daglege arbeidet og samspelet med andre*. Betydinga av læring blir knytta til eigen tryggleik og ansvar for å ivareta si rolle som kreftsjukepleiar både overfor pasientar og pårørende, men også til kollegaer. Illeris (2006) hevdar at både innhald og samspel er to ulike, men sentrale læringsprosessar som er vanskeleg å skilje frå kvarandre – noko også denne studien kan tyde på. Sentrale aspekt av betydning for læring er erfaring, teorikunnskap, refleksjon og samspel med kollegaer – slik også andre studier viser (Eraut 2004, Gustafsson og Fagerberg 2004, Thidemann 2005, Nieminen, Mannevaara og Fagerström 2011).

Kreftsjukepleiarane verdset både eigne *erfaringar* gjennom å utføre arbeid i direkte møter med pasientar og pårørende og det å observere andre gjennom å hospitere hjå spesialistar på andre arbeidsplasser, eller nemner betydninga av å ha dyktige kollegaer som rollemodellar. Å lære gjennom eigne erfaringingar med pasienter og pårørende, er ein nødvendig måte å tileigne seg praktisk kunnskap slik det både er beskrive som meisterlære og praksislæring med arbeidsplassen som arena (Nielsen og Kvale 1999, 2003) og i utviklinga frå novise til ekspert (Benner 1984). Kirkevold (1997) vurderer også erfaring som avgjerande for å utvikle personleg kompetanse og kyndighet med integrering av teoretisk kunnskap gjennom refleksjon slik kreftsjukepleiarane opplever som viktig i denne studien.

Når kreftsjukepleiarane opplever at *teorikunnskap* er avgjerande for eigen kompetanse, blir det vist til teori som *plattform* eller *kunnskapsbase*. Mange opplever teorikunnskap som avgjerande for å vurdere og velge korleis handle, men og som eit refleksjonsgrunnlag i ettertid. Den form for teorikunnskap som blir nemnt, er bøker frå tidlegare utdanning som framleis blir brukt, eller norske tidsskriftartiklar. Det er varierende i kva grad kurs er ei kjelde til teorioppdatering, eller om det er laga eit system på arbeidsplassen for korleis teorikunnskap og ny forskning blir formidla. Ingen nemner søk på forskingsartiklar utover å lese norske tidsskriftartiklar. På den eine sida blir teorikunnskap opplevd som avgjerande for eigen tryggleik som fagperson, på den andre sida er det ei fortolking at tileigning av ny teorikunnskap og forskning er lite planmessig og mykje opp til den einskilde sitt initiativ. Tilsvarende funn er gjort i andre studiar. Ein studie av kompetanseutvikling i to sjukeheimar i Noreg (Kopperud Brenden, Storheil, Grov og Ytrehus 2011) viser at dei ansatte lærer av kvarandre på uformell basis uten ein plan eller systematikk, der det ikkje er ein kultur for kunnskapsinnhenting på ny forskning. Christiansen (2012) finn også i sin studie av kompetente sjukepleiarar i sjukehus at det er ei manglande interesse og kultur for søk etter forskning på internett då det ikkje er tilgjengeleg på arbeidsplassen. Sjukepleiarane bruker manualar, bøker

og andre former for kunnskapskjelder - og søker råd frå erfarne kollegaer. Andre studiar finn at overveldande mengd med forskingsresultat, vanskar med å vurdere kvaliteten på forskinga samt motstand mot å endre praksis kan vere barrierar for å søkje og bruke ny forskning (Gerrish and Cooke 2013). Utover nemnde faktorar finn også Markussen (2007) i sin litteraturgjennomgang at mangel på tid er ein barriere.

Både eigne og andre sine *forventningar og holdningar* til å ha ein spesialkompetanse som kreftsjukepleiar og eigen læringsbane og identitetsutvikling som sjukepleiar gjennom tilleigning av teori- og erfaringskunnskap, ser ut til å vere ei drivkraft i eiga utvikling. Illeris (2006:37) skildrar tileigningsprosessen som eit dobbeltspel og seier ; «Dobbeltheden i tilegnelsesprosessen ligger i, at denne proces alltid omfatter både et indhold og en drivkraft». I fylgje Illeris (2006:88) er læring av det innholdsmessige gjennom erfaring og teorikunnskap også påverka av personen sjølv. At kreftsjukepleiarane blir meir bevisst eigne forventningar og holdningar til kva som er viktig for eiga utvikling, ser ut til å vere ei viktig side ved læringa og den individuelle læringsbanen. På den andre sida kan også andre sine forventningar påvirke innhaldslæringa, slik kreftsjukepleiarane opplever i denne studien. Dette kan ein også forstå som ei utvikling av den profesjonelle identiteten som har utspring i dei interne forholda hjå den einskilde praktikar i vekselverknad med ytre forventningar, som igjen vil påvirke yrkesutøvinga (Wackerhausen 2002, Heggen 2005). Når *tillit-ansvar og tid* er avgjerande for å handle i samsvar med sin fagkunnskap og profesjonelle identitet, er dette ei oppleving som er viktig å ta på alvor. Dei kreftsjukepleiarane som ikkje opplever tillit frå leiinga kjenner seg åleine.

I ein intervjustudie om kva sjukepleiarar forstår med begrepet tillit finn Haavardsholm og Nåden (2009) at den er forbunden med å kjenne seg komfortabel og trygg. Tillit er avhengig av å møte pasienten sine behov, men også ivareta eigne verdiar og forventningar. Faktorar som underbyggjer denne tilliten er å ha eit profesjonelt nettverk av medarbeidarar og betydinga av bekrefting av si profesjonelle rolle og kompetanse. Dette er også faktorar som mange kreftsjukepleiarar i denne studien opplever er viktig for eiga kompetanseutvikling. Det å vere i ein kultur der dei blir verdsatt av leiinga og får tid til å bruke sin kompetanse, blir opplevd som sentralt for å imøtekomme pasientar sine behov. Også det å *reflektere ilag* både med kollegaer i det daglege og møte andre kreftsjukepleiarar i ei nettverksgruppe blir i denne studien opplevd som sentralt for læring, noko også andre studiar viser (Gustafsson og Fagerberg 2004, Valen, Ytrehus og Grov 2011). Når kreftsjukepleiarar opplever ei forventning om å gå inn i alvorlege situasjonar der det krevst noko ekstra, stiller det krav om å vere kompetent og modig samtidig som det kan medføre å bli konfrontert med eigen sårbarhet. Studier viser at sjukepleiarar i slike situasjonar kan kome til å *ikkje* involvere seg i tilstrekkeleg grad i pasienten sin situasjon (Fagerberg 2004). I vurdering av kreftpasientar si oppleving av sjukepleiarar sin kommunikasjon finn Brataas (2001) at erfarne kreftpasientar ikkje alltid får nok hjelp. Dei sakner det å få meir informasjon og kommunisere betre med sjukepleiarane. Då kan tillit frå leiarar og kollegaer vere avgjerande for eigen sjølvtilit og tryggleik til å møte kreftpasienten sin sårbarhet og samtidig *samarbeide til beste for pasient og pårørande*, slik fleire gir uttrykk for i denne studien. Gode tilbakemeldingar frå pasientar blir vist til å vere ei bekrefting på dette, noko også Christiansen (2008) finn i sin studie av korleis «godt arbeid» blir gjenkjent av sjukepleiarar. Opplevd støtte frå leiarar blir også i Hughes (2005) sin studie oppfatta som avgjerande for sjukepleiarar si kontinuerlege profesjonelle utvikling. Mangel på leiarstøtte gir frustrasjon og mangel på motivasjon – noko som kan hindre nødvendig læring og utvikling for å imøtekomme nye kunnskapsbehov.

Når fleire sjukepleiarar i kommunehelsetenesta etterspør kompetansehevande tiltak (Gautun og Syse 2013), kan ein spørje om kreftsjukepleiarar også kan ha ei rolle i arbeidet for å styrke samarbeid til beste for pasient og pårørande i kollegiet. I ein studie av pasientforløp for pasientar i livet sin siste fase mellom spesialist- og kommunehelsetenesta etter innføring av samhandlingsreforma, viser at den kommunen som hadde ein kreftsjukepleiar som kreftkoordinator hadde flest pasientar som fekk dø heime (Agenda Kaupang 2012). Sjølv om dette er ein studie der få kommunar inngår, viser resultata at ein kreftsjukepleiar med sin kompetanse kan vere av betydning for å våge og legge til rette for at fleire pasientar kan velge å dø heime, og fylgje opp eit auka behov for undervisning og veiledning i personalgruppa. Hovedinntrykket i same studien er at forløpa *ikkje* er standardiserte og at oppfølging av denne pasientgruppa krev skreddarsaum overfor pasient og pårørande, der tenestene i kommunen og spesialisthelsetenesta samhandler. Dette kan tyde på at det å sjå betydinga av at kreftsjukepleiarane utviklar kompetanse med utgangspunkt i eit holistisk perspektiv (Gonczi 1994, McMullan et al. 2002, Cowan et al. 2005) der både erfaring, teorikunnskap og refleksjon med kollegaer, er viktig.

Denne studien tyder på at leiarar si støtte i denne utviklinga er sentralt. Om ikkje leiarar tar utgangspunkt i den einkilde kreftsjukepleiar si læringsbane og identitetsutvikling, kan det gi frustrasjon og mangel på motivasjon for å lære (Nolan, Owen, Curran and Venables 2000). Kompetanse må forståast og relaterast til identiteten i fylgje Illeris (2013:165). Å vere kompetent på eit område er ikkje åleine å vere fagleg eller innhaldsmessig kvalifisert, men at dette blir ein integrert del av den profesjonelle identiteten. Samtidig er det viktig å erkjenne at det å innhente ny forskingsbasert kunnskap både er eit individuelt ansvar for den einskilde kreftsjukepleiar, men også eit leiaransvar å legge til rette for at dette blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund 2011, Kunnskapsdepartementet 2012). Med endringar i behandlingsformer til kreftpasientar er det viktig å vere oppdatert på ny forskning på kva som tjener pasienten best. Når den einskilde kreftsjukepleiar i liten grad søker etter artiklar i internasjonale basar, kan ein spørje om det er tilstrekkeleg å auke den einskilde sin søkjekompetanse. Ein studie av betydinga av å tilsetje fagutviklingssjukepleiarar i sjukehus, tyder på at dei kan fungere som brubyggjarar mellom forskning og klinisk praksis (Christiansen, Carlsten og Jensen 2009). Å tilsetje fagutviklingssjukepleiarar med ein masterkompetanse som styrker metodekunnskapen og vurdering av forskingslitteratur, kan vere ein ressurs for å byggje opp ein kultur for læring og integrering av ny forskingskunnskap. Internasjonalt blir behovet for sjukepleiarar med avansert kompetanse diskutert (Duffield, Gardner, Chang and Catling-Paull 2009, Dowling, Beauchesne, Farrelly and Murphy 2013). Å kunne meistre ein meir ueinsarta, kompleks og kritisk sjuk pasientpopulasjon gir eit auka behov for sjukepleiarar med avansert kompetanse. Dette har ført til etablering av stillingar som "Advanced Practice Nurses (APN)" eller liknande titlar. Det er ei felles forståing av at desse sjukepleiarane må ha ei mastergrad (Daly and Carnwell 2003). Kjenneteikn ved denne kompetansen er: klinisk ekspertise, leiarskap, rettleiing, sjølvstende og rolleutvikling (Dowling et al. 2013). Slike stillingar er ikkje etablerte i Noreg og representerer eit høgre utdanningsnivå enn vidareutdanninga vi har som bygger på Rammeplan for kreftsjukepleie (2005). Dette kan vere eit viktig område for utprøving i kommunehelsetenesta som har fått ei auke i talet på alvorleg sjuke pasientar med samansette lidingar. Studien syner at kreftsjukepleiarane i kommunehelsetenesta har stort ansvar og dei må kunne arbeide sjølvstendig i komplekse situasjonar som krev høg grad av spesialkunnskap og klinisk vurderingskompetanse. Det å kunne argumentere fagleg er vurdert som viktig for å få gjennomslag i det tverrfaglege samarbeidet om lindrande behandling til beste for pasienten. Kreftsjukepleiarane fungerer også som rettleiarar for medarbeidarar og arbeider over tid i ein nær relasjon til pasienten og familien.

Ei avgrensing i denne studien kan vere at data er samla inn for fem år sidan. Men endring tar tid, og det er truleg at funna er aktuelle også idag. Denne studien belyser korleis læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta blir erfart frå kreftsjukepleiarar sitt perspektiv. Vidare studiar som inkluderer pasient- og pårørandeperspektivet om kompetansebehov, vil gi meir kunnskap om kompetansebehovet på dette feltet.

## Konklusjon

Denne studien tyder på at kreftsjukepleiarar utviklar tryggleik med utgangspunkt i eit holistisk perspektiv på kompetanseutvikling der den einskilde sitt behov for erfaring, teorikunnskap og refleksjon med kollegaer, er betydingsfullt. Kreftsjukepleiar sin eigen motivasjon ser ut til å vere ei viktig drivkraft i læring og kompetanseutvikling, men verdsetjing og støtte frå leiar blir også opplevd som avgjerande.

Funna fortel at det er ei utfordring å vere oppdatert på forskingsbasert kunnskap. Å tilsetje fagutviklingssjokepleiarar med ein masterkompetanse kan vere ein ressurs for å byggje opp ein kultur for læring, fagutvikling og innovasjon i kommunehelsetenesta.

## Litteratur

- Agenda Kaupang (2012) *En naturlig avslutning på livet*. Sluttrapport nr.7543-31.oktober 2012.
- Benner, P (1984) *From Novice to Expert*. Menlo Park, California: Addison Wesley.
- Brataas, H.V (2001) *Helse i hvert møte? Kreftpasienters oppfatninger og sykepleieres kulturelt forankra meninger om kommunikasjon og helse*. NTNU, Trondheim.
- Bråten, I (2002) *Ulike perspektiver på læring*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Christiansen, B (2008) Good work – how is it recognized by the nurse? *Journal of Clinical Nursing*, 17(12):1645-1651.
- Christiansen, B., Carlsten, T.C., Jensen, K (2009) Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*, 2:100-106.
- Christiansen, B (2012) Knowledge-seeking practices of competent nurses. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2(2):121-132.
- Cowan, D.T, Norman I, Coopamah, V.P (2005) Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. *Nurs Education Today*, 25: 355-362.
- Daly, W.M., Carnwell, R (2003) Nursing roles and levels of practice: A framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12:158-167.
- Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F., Murphy, K (2013) Advanced practice nursing: A C concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 19:131-140.
- Duffield, C., Gardner, G., Chang, A.M., Catling-Paull, C (2009) Advanced nursing practice: A Global perspective. *Advanced nursing practice*, 16:55-62.
- Eraut, M (2004) Transfer of knowledge between education and workplace settings. I: H. Rainbird, A. Fuller & A. Munroe (red.) *Workplace Learning in Context*. London: Routledge.
- Fagerberg, I (2004) Registered Nurses`work experiences: personal accounts integrated with professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3):284-291.
- Gautun, H., Syse, A (2013) *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og*

- omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA-Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport nr.8, 2013.*
- Gerrish, K., Cooke J (2013) Factors influencing evidence-based practice among community nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 27(4):98-101.
- Gonczi, A (1994) Competency based assessment in the professions in Australia. *Assessment in Education*, 1(1):27-44.
- Gustafsson, C., Fagerberg, I (2004) Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13:271-280.
- Harboe, E.M. Alvestad (2011) Få kommuner har øremerket kreftsykepleierstilling. *Kreftsykepleie*, 3:22-24.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen*. St.meld.nr.47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Sammen mot kreft*. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Heggen, K (2005) Fagkunnskapens plass i den profesjonelle identiteten. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 89(6):446-460.
- Heggen, K (2008) Profesjon og identitet. I: Molander A.& L.I. Terum (red.): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hughes, E (2005) Nurses perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard*, 19(43):41-49.
- Hynne, A. Bjørnerheim, Kvangarsnes, M (2012) Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle. *Vård i Norden*, 32(1):27-31.
- Haavardsholm, I., Nåden, D (2009) The concept of confidence – the nurse`s perception. *European Journal of Cancer Care*, 18:483-491.
- Illeris, K (2006) *Læring*. Gylling: Roskilde Univsersitetsforlag.
- Illeris, K (2013) *Transformativ læring og identitet*. Gylling: Samfundslitteratur.
- Kirkevold, M (1996) *Vitenskap for praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kopperud Brenden, T., Storheil, A.J., Grov, E.K., Ytrehus, S (2011) Kompetanseutvikling i sykehjem – ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1:61-75.
- Kreftregisteret. Kreft i Noreg 2005-del 2 [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no) (05.03.2014).
- Kunnskapsdepartementet (2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Meld.St.nr.13 (2011-2012). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kvale, S., Brinkmann, S (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lave, J., Wenger, E (2003) *Situert læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Liu, Jun-E., Mok, E., Wong, T (2006) Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 15:188-196.
- Manley K., Garbett, R (2000) Paying Peter and Paul: reconciling concepts of expertise with competency for clinical career structure. *Journal of Clinical Nursing*, 9:347-359.
- Markussen, K (2007) Barriers to research utilization in clinical practice. *Vård I Norden*, 27(1):47-49.
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M. A., Jasper, M., Miller, C.M.L., Scholes, J., Webb, C (2002) Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3):283-294.
- Nielsen, K., Kvale, S (1999) *Mesterlære – Læring som social praksis*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Nielsen, K., Kvale, S (2003) *Praktikkens læringslandskap – at lære gjennom arbeide*.

- København: Akademisk Forlag.
- Nieminen, A-L., Mannevaara, B., Fagerström, L (2011) Advanced practice nurses`scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25:661-670.
- Nolan, M., Owen, R., Curran, M., Venables, A (2000) Reconceptualising the outcomes of Continuing Professional Development. *International Journal of Nursing Studies*, 37: 457-467.
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler.
- Smith, S.A (2012) Nurse Competence: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3):172-182.
- Tanggaard, L., Nielsen, K (2006) Læring, individualisering og social praksis. *Nordisk Pedagogik*, 26(2):154-165.
- Thidemann, I.J (2005) Den sårbare læringsarenaen – om praksisfællesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden* , 25(1):10-15.
- Utdannings og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan Videreutdanning i kreftsykepleie*. Oslo: Utdannings og forskningsdepartementet.
- Valen, K., Ytrehus, S., Grov, E.K (2011): Tilnærminger anvendt i nettverksgrupper for kompetanseutvikling i det palliative fagfeltet. *Vård i Norden*, 31(4):4-9.
- Wackerhausen, S (2002) *Humanisme, professionsidentitet og utdanning – i sundhedsområdet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Wenger, E (2004) *Praksisfællesskaber. Læring, mening og identitet*. Danmark: Hans Reitzels Forlag (oversetjing av «Communities of Practice, Learning, Meaning and Identity frå 1998).
- Yanhua, C., Watson, R (2011) A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today*, 31:832-836.