



# Masteroppgave

**MHS704 Helse- og sosialfag**

**Hvordan erfarer kreftsykepleiere som arbeider i en spesialavdeling sin kompetanse i den daglige praksis?**

**Tone Hegdal Otterlei**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 89**

**Molde, 04.05.2009**



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Hvordan erfarer kreftsykepleiere som arbeider i en spesialavdeling sin kompetanse i den daglige praksis?**

**Tittel på engelsk:**

**Forfatter(e): Tone Hegdal Otterlei**

**Fagkode: MHS704**

**Studiepoeng: 30**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Else Lykkelet**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**  ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fv1. §13)

**Dato: 04.05.2009**

## **Forord**

Dette er en Mastergradsoppgave i helse – og sosialfag, med fokus på kliniske hjelperelasjoner. Høgskolen i Molde er ansvarlig for studiet som er organisert som et deltids studieprogram. Oppgaven har sin bakgrunn i mitt eget interessefelt, kreftomsorgen. Med erfaring fra ”vanlig” sengepost med ansvar for til dels yngre kreftpasienter, ble kreftsykepleiernes kompetanse og arbeidsområder, noe som naturlig pekte seg ut for meg til å studere nærmere når jeg skulle velge tema for masteroppgaven.

Jeg vil spesielt takke mine informanter, kreftsykepleierne, som har vist stor interesse for tema representert i denne oppgaven. Dere har delt av deres tanker, erfaringer og av deres tid i de ulike fokusgruppeintervjuene. Takk for åpenhet og velvilje! Takk til avdelingen som har tatt imot meg og latt meg hospitere under feltarbeidet. Jeg vil takke min veileder, I. amenuensis Else Lykkeslet ved Høgskolen i Molde, for konstruktive tilbakemeldinger underveis gjennom hele prosessen med denne oppgaven. Takk til mine kollegaer som har vist forståelse og oppmuntret meg.

Sist men ikke minst, vil jeg takke Hanna og Bjørn for tålmodighet, omsorg og ”support” på hjemmefronten.

Molde, mai 2009.

Tone Hegdal Otterlei

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Gjennom klinisk praksis med erfaring fra sengepost ble interessen for kreftomsorg utviklet. Kreftpasienter er en gruppe pasienter som trenger helsetjenester og sykepleie på et høyt faglig nivå. I en sårbar livssituasjon som innebærer usikkerhet og endring, er det nødvendig at de som ivaretar denne pasientgruppen, har kompetanse til å yte forsvarlig sykepleie. En spesialavdeling i kreftbehandling har den nødvendige ekspertise som er påkrevd i behandlingen.

**Metode:** Det er gjennomført en fenomenologisk – hermeneutisk studie, der en gruppe kreft sykepleiere som alle arbeider ved en spesialavdeling i kreftomsorg, har deltatt i tre ulike fokusgruppeintervju. I tillegg er det benyttet feltarbeid som en del av metodearbeidet. Tema for intervjuene har vært deres kompetanse og hvorledes de opplever at kompetansen de innehar, blir benyttet i daglig praksis. Fokusgruppeintervju er benyttet fordi det er en god måte å få fram kunnskap og ulike synspunkter på en bestemt problemstilling. Problemstillingen i denne oppgaven er: **”Hvordan erfarer kreftsykepleiere som arbeider i en spesialavdeling sin kompetanse i den daglige praksis”?** Intervjuene er analysert etter Steinar Kvale sin modell for analyse av data, med inspirasjon fra Amadeo Giorgis fenomenologiske metode.

**Funn:** Kreftsykepleierne gir uttrykk for at deres kompetanse etter gjennomført videreutdanning er god og betydelig forsterket i forhold til deres grunnutdanning. De opplever at de har et faglig godt utgangspunkt for å forstå kompleksiteten i dagens kreftbehandling, og at de er vel kvalifiserte til å yte god behandling overfor kreftpasientene de har omsorg for. Den kompetansen de har tilegnet seg gjennom videreutdanningen, synes de ikke blir utnyttet tilstrekkelig som den ressursen den er for spesialavdelingen. Kreftsykepleierne opplever at de i mindre grad enn det de ønsker blir benyttet til oppgaver i arbeidet ved avdelingen, som de er spesielt kvalifisert til å utføre.

# Innhold

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Lovgivning .....	3
1.3 Pasientfokus .....	4
1.4 Problemstilling .....	6
1.5 Oppgavens oppbygning .....	6
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV .....	7
2.1 Kreftsykepleierens kompetanse sett i lys av hermeneutisk fenomenologi.....	7
2.3 Ulike ferdighetsnivåer i yrkessammenhenger .....	9
2.4 Domener innen sykepleiepraksis .....	11
2.5 Refleksjon som redskap i arbeidet med kreftpasientene .....	15
3.0 TIDLIGERE FORSKNING .....	18
3.1 Søkehistorie .....	18
3.2 Presentasjon av relevante funn i nyere norsk forskning.....	19
3.3 Presentasjon av internasjonal forskning med fokus på kreftsykepleieres og sykepleieres kompetanse .....	21
4.0 METODE .....	27
4.1 Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier.....	27
4.2 Valg av forskningsmetode .....	28
4.3 Kvalitativ forsknings metode .....	29
4.4 Tilgang til forskningsfeltet.....	30
4.5 Utvalg .....	32
4.6 Fokusgruppeintervju .....	33
4.7 Praktisk tilrettelegging og gjennomføring av intervjuet .....	34
5.0 ANALYSE AV DATA .....	37
5.1 Transkripsjon .....	37
5.2 Analyseprosessen .....	38
5.3 Transformering av meningsenheter.....	39
5.4 Gyldighet og pålitelighet.....	40
6.0 PRESENTASJON AV FUNN .....	42
6.1 Formal kompetanse .....	42
6.2 Spesielle arbeidsoppgaver .....	47
6.3 Undervisning, veiledning og organisering av arbeidet .....	50
7.0 DRØFTING .....	56
7.1 Formalkompetansens betydning for faglig trygghet i utøvelse av sykepleie overfor kreftpasienter.....	56
7.2 Formalkompetansens betydning for refleksjon over egen praksis.....	57
7.3 Formalkompetanse i forhold til totalkompetanse.....	60
7.4 Kreftsykepleierens arbeidsoppgaver vurdert i forhold til risikovurdering og kvalitetssikring .....	62
7.5 Hvordan organiseringen av arbeidet påvirker bruken av kreftsykepleierens kompetanse.....	66

8.0 OPPSUMMERING .....	70
8.1 Strategier for hvordan avdelingen kan optimalisere den totale kompetansen.....	72
LITTERATURLISTE .....	74

**Vedlegg:**

- Vedlegg 1: Brev til avdelingssjef
- Vedlegg 2: Samtykkeerklæring
- Vedlegg 3: Intervjuguide 1
- Vedlegg 4: Intervjuguide 2
- Vedlegg 5: Søkehistorie

## 1.0 INNLEDNING

Som tema for min mastergradsoppgave i Helse og sosialfag ved Høgskolen i Molde, har jeg valgt å undersøke nærmere hvordan kreftsykepleiere erfarer sin kompetanse i den daglige praksis ved en spesialavdeling.

Årsaken til at jeg ønsker å fordype meg i kreftsykepleierens kompetanse gjennom arbeidet med masteroppgaven, har sitt utgangspunkt i flere års egen erfaring innen feltet kirurgisk sykepleie. Kreftpasienten var sterkt representert i pasientgrunnlaget i avdelingen hvor jeg arbeidet. Den faglige interessen for kreftomsorg har utviklet seg gjennom personlig erfaring som sykepleier, men også som pårørende til kreftpasient.

Hensikten med prosjektet er å belyse kreftsykepleiernes subjektive opplevelse, mening og tanker om egen kompetanse i det viktige arbeidet som kreftsykepleie er. Jeg har tanker om at sykepleierollen på en avdeling, knyttet opp mot omsorgen for kreftpasienter, har endret seg noe i den senere tid. Dette etter at kreftsykepleierne med sin spesialkompetanse, har kommet til på nesten alle avdelinger på mellomstore sykehus. Faglig styrkning og spesialisering innen kreftomsorgen er absolutt et ønske, og et nødvendig satsningsområde for å kunne gi kreftpasientene en enda bedre behandling.

Omsorg overfor kreftpasienter krever spesialkompetanse fra sykepleieren. Dette er ivarettatt gjennom et program som videreutdanner sykepleiere til kreftsykepleiere. Disse skal være et faglig supplement på avdelingen og bidra til å sikre pasientene en bedre behandling. I sykepleie rettet mot pasienter med kreft er det en grunnleggende forutsetning at sykepleierne er lydhøre, anerkjenner pasientens opplevelse av egen situasjon og tilbyr den pleie og omsorg som pasienten har behov for. Behovet for hjelp vil variere ut i fra den grad av helsesvikt pasienten opplever underveis i sin sykdom.

I forbindelse med forberedelsen til denne oppgaven ble jeg oppmerksom på en bok som gav meg god bakgrunnsinformasjon og et faglig innblikk i struktur og samarbeid på en spesialavdeling, noe som var utgangspunktet for mitt eget prosjekt. Boken er skrevet av forsker, antropolog og sykepleier, Helle Pluog Hansen. Hun har gjennomført et feltstudiearbeid kalt ”I grænsefladen mellom liv og død” - En kulturanalyse af sygeplejen

på en onkologisk afdeling (1995). Her retter hun søkelyset på sykepleieres kliniske praksis på en spesialavdeling, knyttet opp til tema som kommunikasjon og relasjonskompetanse. Undersøkelsen ble gjennomført i en onkologisk avdeling på et sykehus i Danmark. Jeg opplever at denne boken gir meg innsikt i nyttig bakgrunnskunnskap som sier noe om det å være kreftsykepleier på en kreftavdeling og utfordringer knyttet til deres kompetanse.

Kreftpasienten er avhengig av kreftsykepleiernes ekspertise knyttet opp mot ulike områder. Ekspertisen innebærer teknisk kompetanse, evne til observasjon av ulike symptomer, smertelindring, kvalmebehandling og tilrettelegging av dagliglivets gjøremål når pasientens krefter ikke lengre strekker til. Den daglige omsorgen av kreftpasienten innbefatter mange og ulike praktiske oppgaver, likeså representerer en kreftsykdom mange utfordringer knyttet til eksistensielle spørsmål om liv og død. Kreftpasienten opplever daglig å leve med en sykdom som potensielt har en dødelig utgang og der en trussel om begrensning i tiden man har til rådighet, blir et viktig tema som dukker frem i fortrolige samtaler under behandlingen. Behovet for å kunne snakke om det vonde og vanskelige skal kreftsykepleieren kunne møte og ha nødvendig kunnskap om, slik at usikkerhet, angst og tvil hos pasienten kan få komme til uttrykk. Å gi støtte og forståelse i en vanskelig livssituasjon er ikke kun forbeholdt kreftsykepleieren. Alle sykepleiere som arbeider med kreftpasienter skal etter beste evne uttrykke empati og støtte i vanskelige situasjoner. Gjennom videreutdanning i kreftsykepleie fokuseres det mye på den vanskelige samtalen og utfordringer knyttet til den (Rammeplan for Videreutdanning i Kreftsykepleie 2005). Kreftsykepleierne har god kompetanse og trening i å håndtere reaksjoner og overføringer som kommer fram hos pasienten, og framstår ofte svært kompetente og trygge i dette arbeidet.

## ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Både store og mellomstore sykehus i Norge har de senere årene, erfart en styrkning av den sykepleiefaglige kompetansen, som kreftsykepleie som fag representerer. Faglig styrking og spesialisering av ulike faggrupper innen sykepleiefaget er nødvendig. Kreftomsorg, er i følge NOU 1997:20 ”Omsorg og Kunnskap”, et av de satsningsområdene som skal prioriteres nasjonalt for å kunne imøtekomme den økende forekomst av kreft i



befolkningen i de kommende år. Hverdagen på en kreftavdeling er preget av mange ulike arbeidsoppgaver for kreftsykepleierne. Det er et stort faglig ansvar å pleie pasienter som er alvorlig syke. Pasientene trenger kreftsykepleiere med god faglig kompetanse og evne til å vise ivaretagelse og omsorg ovenfor pasienter i en vanskelig livssituasjon. Å utvikle god kreftbehandling har vært et satsningsområde i Norsk Helsepolitikk gjennom flere år. I stortingsproposisjon nr.61 fra 1997 (Helse- og sosialdepartementet 1999), samt i Nasjonal strategi for kreftområdet 2006 – 2009, sier regjeringen at økt pleie og omsorgstilbud til uhelbredelige og døende pasienters skal prioriteres. Likeledes understrekes behovet for økt kompetanse innenfor palliativ behandling som en prioritert oppgave. Stortinget slutter seg til dette som et stort satsningsområde for framtiden.

I NOU 1997: 20 "Omsorg og kunnskap" (Helse- og sosialdepartementet 1997), har den ansvarlige ekspertgruppen satt fokus på manglende kompetanse i kreftbehandling og særlig innen fagområdet palliasjonsbehandling. De understreker nødvendigheten av en styrking av både den medisinske kompetansen, og den sykepleiefaglige omsorg og pleie som gis ved livets slutt. Målet for spesialistene i utvalget var at alle kreftpasienter skulle få et tilbud om god behandling i sitt nærområde, ved at alle regionale sykehus skulle etablere enheter for lindrende behandling. Slik skulle pasientenes rettigheter sikres, ved at de skulle få nødvendig behandling i de avdelinger og sykehus som har det primære behandlingsansvaret for pasientene.

## ***1.2 Lovgivning***

Gjennom de nye lovene i helsesektoren, Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven 2008), Lov om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven 2008) og Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven 2008), er pasientrollen i dag viet en mye sterkere oppmerksomhet enn ved tidligere lovverk. Pasientinformasjon og opplæring er en vesentlig del av behandlingen av ulike pasienter.

I pasientrettighetsloven( § 3.2.)gjøres det klart at pasienten har rett til å få all tilgjengelig informasjon om sin helsesituasjon og mulige behandling, samt at pasienten selv skal være aktiv deltaker i den behandlingsprosess som pågår (§ 3. 1.). Pasienten har en klar rettighet til å kunne velge mellom ulike tilbud og behandlinger. Pasienten har også krav på informasjon om mulig risiko ved valgt behandlingstilbud.

Loven skal sikre alle pasienter god helsehjelp. Rettferdighetsprinsippet er sterkt betont, og det understrekes at helsetjenesten ønsker å fremme et tillitsforhold mellom helsevesenet og pasientene. Pasientens menneskeverd og integritet, samt respekt for individet er understreket i den nye loven. Pasienten sikres rett til medvirkning, informasjon, rett til innsyn i egen journal og ikke minst rett til egen individuell plan, dersom pasienten er langvarig syk og av ulike årsaker har behov for koordinerte helsetjenester( § 2.5.). Dette er også kjent fra hjemmel i kommunehelsetjeneste -, spesialisthelsetjeneste- og psykisk helsevernloven. Kvalitetskrav som stilles i lovgivningen er at pasienten er informert i henhold til informert samtykke i Pasientrettighetsloven(§ 4.1) og kravet om forsvarlig behandling for alle pasienter i Helsepersonelloven (§ 4.).

Det er understreket i loven at alle pasienter skal få et tilpasset, tilgjengelig og tilrettelagt tilbud om helsehjelp. De ulike helseforetakene skal legge til rette for at det offentlige tilbudet er tilgjengelig for beboere i sin region.

### ***1.3 Pasientfokus***

I NOU 1997:2 "Pasienten først", kom det frem at pasientfokuset i forvaltningen, ikke tidligere hadde vært godt nok ivarettatt. Pasientene fikk for lite og for tilfeldig informasjon om behandlingen som skulle gjennomføres. Ansvarsforhold som gjaldt pasientbehandlingen var utydelig skissert og pasientene var utsatt for et tungvint system, som ikke var koordinert med tanke på de ulike tilgjengelige tjenester. I utredningen ble det foreslått utbedring av pasientenes rettigheter, der økt tilgjengelighet og styrket faglighet ble vektlagt. I utredningen ble det i stor grad fokusert på det mellommenneskelige aspektet der lydhørhet, åpenhet og vennlighet i møte med pasienten var viktige momenter. At utredningen så tydelig er opptatt av ivaretagelsen av hele mennesket er et vesentlig poeng. Mange pasienter i kreftbehandling gir uttrykk for at den medisinske kompetansen oppleves som god og at de kjenner seg trygge på at de får den beste behandling for sin sykdom, men at de kan savne menneskelig vennlighet, nærhet og omsorg i møte med systemet

(NOU 1997:2§ 6.2.1.1). Sykepleiere i kreftbehandling har dermed en stor og viktig oppgave i oppfølging av kreftpasientene i en sårbar livssituasjon.

Å ta ansvar for det syke mennesket er en viktig verdi i vårt samfunn. Sosiale rettigheter sikrer at i vanskelige livssituasjoner som ved sykdom, skal man få den hjelp og støtte man trenger for å gjenvinne helse og om mulig bli frisk. Pasientene skal sikres et tilbud som er tilpasset den enkeltes behov, på det nivå som er nødvendig for pasienten (Sosial- og helsedepartementet 1999). Å være kreftsykepleier på en kreftavdeling innbefatter mange ulike arbeidsoppgaver som deler i ivaretagelsen av kreftpasienten. Det stilles krav om gode teoretiske kunnskaper, effektivitet, handlingskompetanse, evne til empati og forståelse av pasientenes ofte komplekse problemstillinger. Kreftsykepleieren forholder seg til mange pasienter i løpet av sin arbeidshverdag. For at kreftsykepleieren skal kunne møte pasientene på deres ståsted, er det viktig at den profesjonelle kreftsykepleier er i stand til å leve seg inn i pasientens situasjon og opparbeider kunnskap om hvordan pasienten selv forstår sin situasjon (Seljelid 2002). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det:

*”Sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasient integritet, herunder retten til helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket”*  
(NSF -serien 2, 2002).

Kreftsykepleieren har et individuelt ansvar knyttet opp mot forsvarlighet i utøvelse av faget. De fagetiske normene som gjelder for god, forsvarlig praksis med ansvaret for pasientens ve og vel i fokus, må overholdes. Kreftsykepleieren skal erkjenne sitt faglige og personlige ansvar for egne handlinger og vurderinger. Etiske retningslinjer er viktig som en rettesnor i sykepleien, dette er regler som kreftsykepleieren må forholde seg til i yrkesutøvelsen og viser samtidig samfunnet at det er høy etisk standard forbundet med yrket (Slettebø 2002).

Respekt er en holdning hos sykepleieren og avspeiler seg i møtet med pasienten. Å bli møtt med høflighet, vist aktelse, lyttet til og bli tatt på alvor, er vesentlige faktorer som er svært viktige, slik etableres en gjensidighet i relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Sykepleieren åpner ved en slik væremåte opp for dialog og anerkjennelse i møtet med pasienten (Slettebø 2002).

I tillegg til klinisk kompetanse, som innebærer å ta ansvar for den syke, må kreftsykepleiere i dag også inneha betydelig kompetanse knyttet til organisering av sykepleien, gjennom ledelse og koordinering av tjenester (Orvik 2004). I et kollegium er

det ulikheter i den enkelte sykepleiers kompetanse knyttet til områder som klinisk og organisatorisk forståelse.

Et kollegium er i stadig endring ved at ansatte slutter og nye kommer til. Fagkompetansen endres i takt med utskiftningene innad i en avdeling. Kreftsykepleiere trenger opplæring og tid til å bli trygg i en ny avdeling. Fagpersoner kan utfylle hverandre og trekke veksler på hverandre i et godt arbeidsfellesskap. Dermed kan den samlede kompetanse innad i en avdeling anses som god, der det er rom for dialog og ærlighet om egen kompetanse og hva man eventuelt trenger veiledning og trening i (Orvik 2004).

## ***1.4 Problemstilling***

I det videre arbeidet med masteroppgaven vil jeg ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

*”Hvordan erfarer kreftsykepleiere som arbeider i en spesialavdeling sin kompetanse i den daglige praksis”?*

## ***1.5 Oppgavens oppbygning***

**I kapittel 2:** presenteres oppgavens teoretiske forankring. Jeg gjør her rede for oppgavens vitenskapsteoretiske ståsted. Her presenterer jeg anerkjente, internasjonale forskeres syn på begreper som kompetanse og refleksjon. Disse teoretikerne er Patricia Benner, brødrene Hubert og Stuart Dreyfus og Donald Schön.

**I kapittel 3:** presenteres nyere forskning med ulike tilnærminger til kompetanse i utøvelse av sykepleie rettet mot kreftpasienter.

**I kapittel 4:** presenteres metoden som er benyttet. Det gjøres rede for metodevalg, planlegging og gjennomføring i forbindelse med fokusgruppeintervju.

**I kapittel 5:** presenteres analysedelen av oppgaven.

**I kapittel 6:** presenteres empirien, inndelt i tre underordede kategorier som presenterer funnene i oppgaven.

**I kapittel 7:** drøftes empirien som er framkommet under fokusgruppeintervjuene sett i lys av tori og nyere forskning.

**I kapittel 8:** følger en oppsummering av det som har vært tema i denne oppgaven og mulige praktiske strategier for å øke total kompetansen innad i avdelingen.

## 2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Jeg vil nå presentere det teoretiske perspektivet og den filosofiske bakgrunnen som er benyttet i forbindelse med oppgaven. Valgene som er gjort er styrt av problemstillingen. Jeg har valgt å benytte Patricia Benner og brødrene Stuart og Hubert Dreyfus som hovedteoretikere, da de er forskere som har utført empiriske studier om kompetanseutvikling i praksisfeltet. Benner har utført sine studier blant sykepleiere, brødrene Dreyfus har også hentet flere praksiseksempler fra samme område. I tillegg benytter jeg Donald Schøns tanker om hvordan refleksjon bidrar til egenutvikling i praksisfeltet. Jeg presenterer også nyere forskning som er aktuell i forbindelse med tema.

### ***2.1 Kreftsykepleierens kompetanse sett i lys av hermeneutisk fenomenologi***

Edmund Husserl (1859 – 1938), blir regnet som grunnleggeren av den fenomenologiske filosofi og retningen oppstod på 1900-tallet, som en kritikk av den positivistiske tenkning som rådet ved århundreskiftet. Husserls var opptatt av ett grunnleggende prinsipp når det gjaldt å oppnå dypere forståelse for et fenomen, nemlig å gå tilbake til ”*saken selv*” eller ”*det som viser seg*” (Thornquist 2003, 85) og la fenomenet framtre på egne premisser, for slik å kunne forstå fenomenets egenart uten forutinntatte oppfatninger og svar (Aadland 1997, Bengtsson 2001). Fenomenet i min undersøkelse blir å undersøke nærmere kreftsykepleierens kompetanse og hvordan de erfarer sin kompetanse i sitt daglige virke. I Husserls fenomenologi er livsverden et sentralt begrep (Thornquist 2003). I begrepet livsverden vektlegges menneskets virkelige liv, det livet vi lever til daglig og erfarer fra, snakker om og utfører våre aktiviteter i (Nåden og Braute 1992). I min undersøkelse vil det innebære og sette fokus på kun en del av livsverden, nemlig kreftsykepleierens erfaring og opplevelse av egen kompetanse i sin arbeidshverdag.

Utgangspunktet for fenomenologisk filosofi er å beskrive hvordan mennesker erfarer og opplever verden rundt seg. Fenomenologi er en erfarings- filosofi som har den subjektive opplevde situasjon som sitt utgangspunkt. For å forstå fenomenets egenart sier Nåden og Braute det slik:

*”må utsagner frå mennesket om fenomenet, eller handlingane til mennesket, kome til uttrykk” (Nåden og Braute 1992, 33).*

Det er med utgangspunkt i en hermeneutisk filosofisk retningen jeg ønsker å belyse kreftsykepleiernes erfaring med egen kompetanse i det daglige arbeidet i avdelingen. Gjennom å forsøke å forstå verden ut fra kreftsykepleiernes ståsted vil jeg få en dypere forståelse for de fenomener de beskriver. Hvordan de opplever egen kompetanse og på hvilken måte de bruker den til å gi best mulig sykepleie i ivaretakelsen av pasientene de har omsorg for i avdelingen.

I følge Thornquist (2003), dreier hermeneutikk seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Denne forståelsen var i utgangspunktet knyttet opp mot forståelse av skrevne, gjerne bibelske tekster. Siden har retningen utviklet seg fra å omhandle kun tekster, til en orientering mot meningsfulle fenomen og uttrykk som kommer til syne i hverdagslivet vårt.

Filosofene Heidegger (1889 - 1976) og Gadamer (1900- 2002) er to viktige representanter for utviklingen av den hermeneutiske filosofi. Hermeneutikk har utviklet seg fra å være tradisjonelt metodeorientert, til å sette fokus på eksistensen. Gadamer hevder at vår måte å eksistere på er hermeneutisk. Han hevder at vi alltid har en *”meningshorisont i den forstand at verden alltid allerede er gitt betydning”* (Thornquist 2003,163).

I følge Gadamer har vi en fortolkningsramme som vi forstår verden ut i fra. Vår erfaring og egen livsverden er utslagsgivende for vår egen fortolkning av hva vi legger som innholdet i begrepene. Gadamer hevder at vi alltid er påvirket i vår forståelse. Han sier at vår forståelse aldri er umiddelbar og forutsetningsløs, men et resultat av vår historie og den tradisjon vi kjenner (Thornquist 2003). Fellesskap og gjensidighet i vår forståelse hviler ofte på felles fordommer som er internalisert i oss gjennom språk, historie og tradisjon. Å forstå er å forstå ut fra sitt eget ståsted, med de begrensninger det innehar (Eide et al 2003).

I arbeidet med dette prosjektet var det viktig for meg å være oppmerksom på at egen forforståelse om fagfeltet og at tidligere erfaring fra arbeidet som sykepleier, kan farge mitt bilde av virkeligheten på spesialavdelingen. Min egen fortolkning av den sykepleiefaglige kompetansen kreftsykepleierne synliggjorde i det daglige arbeidet på

avdelingen, trenger ikke være den samme forståelse som andre kunne erfare ved å hospitere på samme spesialavdeling.

Egne tradisjoner, historier og relasjoner er med å skape våre referanser i forhold til hva vi ”ser” og vektlegger som ”sant” i verden. Et sentralt begrep er nettopp tolkerens forforståing – forståing, og dette er noe tolkeren ofte ikke er seg bevisst eller reflekterer over. Gadamer hevder at vi alltid er påvirket i vår forståelse og fortolkningsramme. Utfordringen blir og ikke la det ”forforståtte” styre dialog og eventuell ny forståelse, men være åpen for at sykepleiernes egne utsagn, deres subjektive opplevelse om egen kompetanse, kan gi ny og endret kunnskap der forskeren stiller seg åpen for andre alternative tolkningsmuligheter.

Fredrich Schleiermacher (1768 -1834) hevdet at det å forstå noe er en prosess, der delene skjønnes ut ifra helheten og helheten ut ifra delene (Nåden og Braute 1992). Det er denne rundgangen som kalles for den hermeneutiske sirkel (Aadland1997, Thornquist 2003). I klinisk forskning er dette viktig bakgrunnskunnskap å ta med seg, når man skal observere og intervju informanter og få tilgang til deres verden.

### ***2.3 Ulike ferdighetsnivåer i yrkessammenhenger***

”Dreyfus modellen” er en modell som skisserer ulike ferdighetsnivåer i praktisk arbeid. Den er lansert av brødrene Hubert og Stuart Dreyfus og deres studier blant sjakkspillere og piloter og hvordan disse yrkesutøverne utvikler sin kompetanse gjennom stadig trening, utvikling og nye erfaringer. I boken ” *Mind over Machine*” (Dreyfus og Dreyfus 1986) gjør de rede for hvordan de tenker seg en modell for utvikling av ulike ferdighetsnivåer når det gjelder faglig utvikling og forståelse. De synliggjør dette ved hjelp av eksempler fra ulike yrkessammenhenger, også fra utøvelse av sykepleiefaget. Dreyfus brødrene benytter eksempler innen områder som dagligliv, hobbyer og hverdagslige aktiviteter for å belyse sin modell. De poengterer at vi alle har en kunnskap i oss som representerer en ”*knowing how*” – ”*viten om hvordan*” kunnskap (Dreyfus og Dreyfus 1986, 17), ved at vi utfører oppgaver eller aktiviteter som utfordrer oss gjennom trening og som ofte også kan gi oss smertefulle erfaringer. Et eksempel på dette er det å lære å sykle og dermed også erfare og falle av og mulig skade seg underveis i innlæringen.

Dreyfus sier at alt må læres og at vi i læringsprosessen trenger forbilder, noen som er mer kompetente enn oss selv. Dreyfus og Dreyfus hevder at all aktivitet krever et vedlikehold av ”*know how*” – ” *viten om hvordan*” (1986, 17). En sykepleier kan inneha gode kunnskaper om kliniske gjøremål, men mangle en viten om ” *knowing that*” - ”*å vite at*”, som Dreyfus’ sier representerer en annen dimensjon av kunnskapsbegrepet. ”*Knowing that*”, innebærer en forståelse som bygger på teoretisk kunnskap, der det kan gjøres rede for det som utføres ved å henvise til teorier og dokumentert forskning.

Dreyfus understreker at ”*know how*” er essensielt, da inaktivitet og avstand til aktiviteten eller arbeidet, svekker handlingskompetansen over tid (1986, 19). Når det gjelder erfaringsbasert ” *know how*”, sier Dreyfus brødrene at det ikke skjer umiddelbart, men utvikler seg gradvis gjennom minst fem ulike steg av kvalitetsmessig endret persepsjon og forståelse av oppgaven og rammen den står i.

Modellen nedenfor har fem ferdighetsnivåer ”*The five stages of skill acquisition*”( Dreyfus og Dreyfus 1986, 20). Denne modellen er et redskap for å illustrere hvordan kompetanse innen ulike ferdigheter, videreutvikler seg gjennom praksis.

De fem ferdighetsnivåene i følge Dreyfus og Dreyfus er:

- *Novice (Novice)*
- *Advanced Beginner (Avanceret nybegynder)*
- *Competence (Kompetent)*
- *Proficiency (Kyndig)*
- *Expertise (Ekspert)*

(Dreyfus og Dreyfus 1986, 16-36, Benner 1995, 29, Benner 2001, 20-34  
Flyvberg 2001, 20-21)

Brødrene Dreyfus understreker at det finnes områder der alle mennesker kan oppleve og nå det som kan kalles et ”ekspertnivå”. Bilkjøring kan nevnes som et eksempel på dette, men selv innen dette dagligdagse området mange behersker godt, vil noen likevel vise seg å være mer kompetente enn andre. Egen beskrivelse og tanker om evne, trenger ikke å



samsvare med andres opplevelse og vurdering av vedkommende. Dreyfus brødrene sier det slik:

*” Not all people achieve an expert level in their skills. Some areas have the characteristic that only a very small fraction of beginners can ever master the domain”* (Dreyfus og Dreyfus 1986, 21).

Et av de kjente eksemplene Dreyfus brødrene bruker i sin bok ” *Mind over Machine*” (1986) for å begrunne dette utsagnet, er sjakkspillere som spiller i verdensklasse. Ikke alle som er dyktige til å spille sjakk og som har kunnskap om spillet, vil kunne utvikle den ekspertise som er nødvendig for å spille sjakk profesjonelt og kunne delta i konkurranser. Kun et fåtall av alle verdens sjakkspillere, vil nå et slikt ekspertnivå. Mange andre kan likevel oppnå gode resultater i spillet og betegnes som svært kompetente og kyndige i utøvelsen.

Overføres det Dreyfus brødrene sier til sykepleiefaget, kan man tenke at ikke alle som utdanner seg til sykepleiere eller spesialsykepleiere innen kreftomsorg, nødvendigvis vil ende opp som eksperter eller spesialister innenfor sitt kompliserte fagområde, men kanskje vil oppnå et nivå som kompetent og kyndig yrkesutøver innen faget. Det vil være ulike oppfatninger om, både egendefinerte og fra medarbeideres ståsted, når en kreftsykepleier kan oppfattes som en ”ekspert” innenfor sitt område.

## **2.4 Domener innen sykepleiepraksis**

For å kunne si noe om sykepleierens kompetanse og ulike ansvarsområder i en spesialavdeling, har jeg valgt å ta utgangspunkt i boken ” *From novice to expert*” (Benner 1989) på dansk kalt ” *Fra novise til ekspert*” (Benner 1995), for å illustrere dette. I denne oppgaven har jeg også benyttet Benners Commemorative Edition (2001). I sine bøker synliggjør den amerikanske professoren i sykepleie Patricia Benner, de ulike domener som sykepleieren arbeider innenfor i sin praksis. Boken setter fokus på sykepleierens kliniske og relasjonelle ekspertise. Gjennom eksempler viser hun hvordan en sykepleier gradvis gjennom utvikling, erfaring og utprøving, oppnår en stadig større intuisjon og kompetanse innen sykepleiefaget.

Benners filosofi bygger på en hermeneutisk – fenomenologisk forståelse av kunnskap

(Thornquist 2003). Hun er opptatt av å oppgradere og anerkjenne den praktiske kunnskapen, som sykepleierne i sitt daglige virke er en bidragsyter til (Benner 1995, 2001).

Benner har intervjuet sykepleiere om deres erfaringer fra praksisfeltet og det er gjennom dette arbeidet hun har kommet fram til sitt syn på de ulike deler sykepleiekompetanse innbefatter. De ulike områdene inneholder igjen mange forklarende underpunkter som synliggjør selve innholdet i hva sykepleie er, og som har overføringsverdi til arbeidsoppgavene på en kreftavdeling. For å synliggjøre hva det å være sykepleier på en avdeling innebærer av ulike arbeidsoppgaver, har jeg her valgt å referere til de ulike hovedområdene i sykepleie slik Benner tenker det, etter sine studier av sykepleiere i praksisfeltet. Jeg benytter her den amerikanske originalteksten, samt den danske oversettelsen:

- The helping Role: *Rollen som hjælper*
- The Teaching - Coaching Function: *Den undervisende og vejledende funktion*
- The Diagnostic and Patient – Monitoring Function: *Den diagnostiske og overvågende funktion*
- Effective Management of Rapidly Changing Situations: *Effektiv håndtering af hastigt skiftende situationer*
- Administering and Monitoring Therapeutic Interventions and Regimens: *At udføre og overvåge terapeutiske forløb og planer*
- Monitoring and Ensuring the Quality of Health Care Practices: *At overvåge og sikre den kliniske sygeplejes kvalitet*
- Organizational and Work- Role Competencies: *At planlægge og organisere personalets arbejde og plejen på afdelingen*

(Benner 2001, 46, Benner 1995, 55)

De ulike domenene som Patricia Benner skisserer, viser hvor mange omfattende deler en sykepleiers arbeidsoppgaver består i og hva sykepleieren må ta ansvar for i sitt daglige virke på avdelingen. Som det framkommer av hovedområdene i denne struktureringen, er det store krav til kompetanse som stilles for å kunne turnere alle de ulike elementene i pleiehverdagen. Hvordan fordelingen er av sykepleierens tid som disponeres innenfor de ulike domenene, er ulikt fra sykepleier til sykepleier og er i stor grad styrt av pleietyngden

i avdelingen til enhver tid. Rammer som bemanning, antall spesialister i avdelingen og antall pasienter som trenger ulik grad av sykepleie, har betydning i en fordelingsstruktur. Like avgjørende for prioriteringen er sykepleierens egen faglighet, evne til relasjonell tilknytning og motivasjon i utførelsen av arbeidet.

Benner benytter seg av eksempler fra praksisfeltet for å belyse hvordan ulik grad av kompetanse og erfaring, influerer på de prioriteringer og valg som gjøres i det daglige arbeidet. Benner hevder at sykepleierens kliniske utøvelse av faget endrer seg gjennom økt faglig forståelse og kunnskap. Sykepleieren som arbeider ved en avdeling vil tilegne seg denne kunnskapen over tid, med erfaring fra stadig nye situasjoner som må håndteres. Benner hevder at sykepleieren utvikler seg gjennom tid og erfaring til stadig å øke sin kompetanse gjennom utviklingsnivåene i modellen og kvalifiserer seg til et stadig høyere nivå av erfaring og ferdigheter, som hever den totale kompetanse.

Ulik grad av kompetanse og erfaring, influerer på de prioriteringer og valg som gjøres i det daglige arbeidet. Benner bygger sin forståelse av de ulike nivåer av kompetanse innen sykepleiefaget, på brødrene Dreyfus sin modell om ferdighetsnivåer i yrkes-sammenhenger, som tidligere er presentert i oppgaven (Dreyfus og Dreyfus 1986). Eksempler på de ulike ferdighetsnivåer har jeg forsøkt å illustrere ved hjelp av et hverdagslig hendelsesforløp valgt fra en kirurgisk avdeling. Eksempelene er vilkårlig valgt, med inspirasjon fra Benner:

- **Novise:** En usikker novise (Eksempelvis 2.års sykepleiestudent), utfører kontekstfrie gjøremål, for eksempel en delegert oppgave som å måle blodtrykk hos fire pasienter. Her vil hun gjerne begynne på en kant av rommet og gå planmessig fra seng til seng. Novisen vil utføre dette oppdraget samvittighetsfullt og konsentrere seg fullt og helt om oppgaven. Konteksten rundt pasientene, hva som møter henne på rommet når hun kommer inn, vil ikke nødvendigvis bli så sterkt vurdert. Stetoskop, mansjett, den tekniske utfordringen i prosedyren, vil være det hun er opptatt av. Hun vil ikke evne og se helheten i pasientsituasjonene og eventuelt knytte dette opp mot diagnose, behandling og kliniske tegn hos pasienten.
- **Advanced Beginner:** En avansert nybegynner vil konsentrere seg på samme måte som novisen, om å utføre selve oppdraget. Hun vil bruke tid på den tekniske

gjennomføringen av prosedyren, hun er fortsatt ikke helt rutinert med blodtrykksmåling, men kjenner at hun behersker dette bedre. Hun vil kommunisere med pasientene underveis som hun utfører oppgaven, men hun evner ikke å se den totale konteksten i pasientsituasjonene. Dersom hun registrerer uventede resultater i målingene av blodtrykk, kan hun gjenkjenne situasjoner fra tidligere pasienter som har blitt kontrollert for sine blodtrykk, men hun forstår ikke nødvendigvis årsaken til resultatet av blodtrykket hun registrerer, eller konsekvensen dette har for pasienten.

- **Competence:** En kompetent utøver vil når hun kommer inn på rommet ha kunnskap nok ut fra fysiologi til å reagere på at blodtrykket hun måler hos aktuelle pasient er endret fra tidligere. At det er lavere enn forventet og dermed forstår hun at noe skjer med pasienten. Hun vil observere vitale tegn hos pasienten og benytte terapeutisk kommunikasjon for å innhente opplysninger om hvordan pasienten føler seg.  
Hun vil ringe på alarmknappen ved pasientens seng, eller forlate rommet for å varsle ansvarlig sykepleier på gruppen om sine observasjoner. Hun forstår at hun må handle.
- **Proficiency:** En kyndig sykepleier vil straks analysere situasjonen når hun entrer pasientrommet. Hun vil umiddelbart registrere at pasienten er usedvanlig blek og forstå situasjonen ut i fra at pasienten er nyoperert, at han har kliniske tegn som tilsier at det pågår en indre blødning. Hun vil utføre nødvendig førstehjelp, ta pasientens puls, kjenne på pasientens hud, heve fotenden i pasientens seng, øke takten på infusjonsdryppet, varsle ved å ringe alarm ved pasientens seng. Hun vil informere pasienten, men tenke nøye igjennom hvilke ord hun bruker når hun formidler situasjonen for ikke å skremme pasienten eller dramatisere hendelsen.
- **Expertise:** En ekspert vil når hun kommer inn på rommet ta et raskt overblikk over alle pasientene. Hun vil umiddelbart gjenkjenne tegn til pågående blødning hos pasienten det gjelder og konsentrere seg om vedkommendes alvorlige situasjon. Hun vil handle med samme praktiske tiltak som den kyndige utøveren. Hun vil i tillegg ta effektive handlingsbeslutninger som å få tilkalt vakthavende kirurg, avklare om anestesi skal varsles, samt kontakte operasjonsavdelingen for

klargjøring av operasjonsstue. I denne situasjonen lar hun seg ikke stresse, hun handler intuitivt etter erfaring fra mange lignende hendelser og demonstrerer kontroll og ro i den aktuelle settingen. Hun delegerer ulike gjøremål til sine medarbeidere.

Det betyr ikke at ekspertene ikke tenker igjennom situasjonen hun er stilt ovenfor i øyeblikket, men reflekterer også over om egen intuisjon og handling, medfører riktighet.

Benner sier at ut fra hennes forskning vil en sykepleier ved oppnådd ekspertnivå handle intuitivt, uten at hun trenger å tenke over og vurdere nøye hva som egentlig skjer i situasjonen. Hun handler nærmest på refleks, siden situasjonen er gjenkjennbar fra tidligere og de erfaringer hun har gjort seg i etterkant av disse. Benner hevder at ekspertene kan heve seg forbi retningslinjer og regler for styrt praksis, men framstå trygg nok til å handle i kraft av egen kompetanse. Hun vil kjenne prosedyrer, regelverk og klinisk ekspertise så godt og under huden, at hun ikke lar seg urolige og stresse av uforutsette hendelser (Benner 1995).

Benner understreker at evnen til kritisk refleksjon hos ekspertsykepleieren, med ”*aktiv bearbejdelse og ændring av forudfattede teorier, meninger og tanker gjennom mødet med virkeligheden*” (Benner 1995, 161), er helt nødvendig da praktiske pleiesituasjoner er sammensatte og krever ulike tiltak fra sykepleieren.

## ***2.5 Refleksjon som redskap i arbeidet med kreftpasientene***

En kreftsykepleiers hverdag er fylt av utfordringer som krever evne til raskt å ta overblikk og kunne handle i situasjonen. Det må stadig gjøres valg og tas avgjørelser som potensielt kan påvirke pasientens umiddelbare eller langsiktige situasjon. Arbeidet med syke mennesker som krever pleie i en sårbar livssituasjon, krever mye kunnskap og empati av kreftsykepleieren. Det er nødvendig for kreftsykepleierne at de kan diskutere hendelser og reflektere sammen i etterkant av utførte oppgaver og beslutninger og få innspill fra andre medarbeidere. Både positiv anerkjennelse fra medarbeidere støtte og konstruktive tilbakemeldinger, er med på å utvikle kreftsykepleieren som fagperson.

Den amerikanske professoren Donald A. Schön, har arbeidet mye med temaet refleksjon. Han introduserte begrepene refleksjon - i handling og refleksjon - over handling, og understreker betydningen refleksjons har for profesjonelle yrkesutøvere. Med ”*refleksjon - i – handling*” (Schön 2001, 7), tenker Schön at en rekke ulike egenskaper hos praktikerens, som for eksempel teoretisk kunnskap, erfaring og intuisjon benyttes parallelt med at selve oppgaven utføres i samspill med pasienten. ”*Refleksjon – over – handling*” (Schön 2001, 7), henspiller på praktikerens tankevirksomhet i etterkant, knyttet til hva som skjedde i situasjonen, konkrete konsekvenser og den prosessen som praktikerens opplevde underveis i møtet. Han hevder refleksjon er et nødvendig redskap for praktikerens, for slik å kunne modnes i innsikt og forståelse i møte med kompleksiteten i praksisfeltet.

I boken ”*The reflective practitioner*” – *How Professionals think in Action* (1983), på dansk kalt ”*Den reflekterende praktiker*” (Schön 2001), ser Schön på utfordrende og krevende praksissituasjoner innen for ulike yrkesprofesjoner, der praktikerens evne til refleksjon utfordres og prøves. Her gjør han rede for hvordan han erfarer kompetente praktikerer tilnærmer seg og løser ulike komplekse situasjoner som fordrer noe ekstra for å finne gode løsninger. Schön hevder at gjennom hypoteser som bekrefte eller avkreftes, arbeider praktikerens for å forsøke å forstå situasjonen han befinner seg i. Praktikerens handler, tenker og gjør forsøk på å endre situasjonen han befinner seg i underveis. Her er kreativitet og evne til improvisasjon viktige innfallsvinkler for å kunne løse problemer.

Schön tar for seg det spesielle i en problematisk situasjon og ser på hvordan praktikerer benytter relevant erfaring fra tidligere hendelser i praksis, for å løse problemstillinger som kan kreve en spesiell tilnærming. Schön sier:

*Når en praktiserende reflekterer - i – handling i en sag, som han oppfatter som unik, og er oppmerksom på fenomener og gjør sig sin intuitive forståelse af dem bevidt, så er hans eksperimenteren på en og samme tid udforskende, handlingsafprøvende og hypoteseafprøvende. De tre funktioner udfyldes i en og samme handling. Der er her i, at det særlige ved forsøg i praksis ligger* (Schön 2001,131).

Schön sier at praktikerens gjennom å benytte de tre ulike faktorer (*eksperimenter*), som han kaller ”*udforskende, handlingsafprøvende og hypoteseafprøvende*” (2001, 130), utføres ”

*et her – og – nu forsøk*” fra praktikerens side, noe Schön sier er karakteristisk for refleksjon - i -handling, og kaller en slik tilnærming fra praktikerens side et forsøk på å finne nye innfallsvinkler, ved å benytte det han kaller ”*hypoteseafprøvnings logik*” (2001, 131). Praktikerens har interesse av å skape mening for å forstå situasjonen som utspiller seg og finne gode handlingsalternativer i vanskelige situasjoner.

Schön hevder at praktiskere er avhengige av en utvidet kunnskap, som rommer mer enn faglig, teoretiske forståelse. Han understreker at profesjonell kompetanse innehar komponenter fra både teori og praksis, og at en slik kombinasjon er nødvendig for å kunne manøvrere i et komplekst praksisfelt. Schön betrakter på samme måte som Dreyfus og Benner (1985, 1995) praksisfeltet som en sammensatt arena, med mange utfordringer faglig og relasjonsmessig, der praktikerens må ta i bruk mange sider av seg selv i samspillet med pasienten. Schön hevder at bruken av refleksjon fører til at fagpersoner vokser og utvikler seg i sin forståelse og evne til å møte pasientene de er ansvarlige med en bredere erfaringsbasis, der forståelse for seg selv og de man skal ivareta er vesentlig kunnskap (Schön 2001).

## 3.0 TIDLIGERE FORSKNING

For å se hva som er gjort før som kan gi innsikt i problemstillingen, har det vært nødvendig å fordype meg i forskningslitteratur som kan belyse fagfeltet.

Mye av forskningen på området er knyttet opp mot ulike typer kreft og behandlingsmessige utfordringer i forbindelse med dette. I stor grad er det tema som palliasjonsbehandling, kjemoterapibehandling, utfordringer i hjemmebasert kreftomsorg og pasientperspektivet, det rettes fokus mot i forskningen. Flere artikler berører kreftsykepleie som fagområde og belyser den utfordrende oppgave det er å arbeide med kreftpasienter og deres pårørende i en sårbar fase. I mindre grad finner jeg forskning som tar for seg kreftsykepleierens perspektiv på egen kompetanse og de arbeidsoppgaver de utfører i sitt daglige virke.

### 3.1 Søkehistorie

Jeg har søkt i databaser med helsefaglig forskningslitteratur for å finne aktuell forskning innen for feltet jeg skal undersøke nærmere. Disse basene er OVID, OVID medline, Cinahl, ProQuest og Science Direct. Basene inkluderer også de nordiske basene Swemed og Norart. Den vanligste måten å søke i ulike databaser etter aktuelle studier, forskningsartikler og rapporter er at man benytter seg av søkeord som er relevante for å belyse problemstillingen (Nordtvedt et al 2007).

Inklusjonskriteriene for artiklene som ble benyttet var at de var publisert mellom år 2000 til 2008. At de var publisert i vitenskapelige tidsskrifter og at de innbefattet abstrakter som lett kunne gjennomleses for å danne et bilde av innholdet i artikkelen. Søkeordene er:

- Cancer or Neoplasma
- Nurs or Nursing
- Competences and/ or Experience



Søkeordene ble sammenbundet med trunkeringstegn og kombinasjonsord med and / or, såkalt boolske søkeoperatorer, som bidrar til å kombinere søketermer (Willman, Stoltz og Bathsevani 2006, Nordtvedt et 2007). I søket har jeg brukt et PICO hjelpeskjema for å strukturere søket. Med et PICO skjema menes et hjelpeskjema som skal lette gjennomføringen og struktureringen i arbeidet med søket (Nordtvedt et al 2007). I mitt søk har jeg fokus på sykepleiers kompetanse og erfaring og ikke pasientens perspektiv. PICO står for:

- **P- Pasient** (or Nurse): Hvilken pasientgruppe eller populasjon?
- **I- Intervention**: Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i?
- **C- Comparison**: Ønsker du å sammenligne to typer tiltak?
- **O- Outcome**: Hvilke endepunkter er du interessert i?

( Nordtvedt et al 2007, 223)

Av de artiklene som omhandlet tema knyttet til de aktuelle søkeordene jeg benyttet satt jeg igjen med 70 artikler som kunne være relevante med utgangspunkt i problemstillingen. Jeg har tatt utskrift av artiklene via databasene jeg benyttet, der jeg kunne få fulltekst artikler, ellers har kontakt med bibliotekjenseten vært nødvendig for å innhente en del av bakgrunns materialet. Jeg leste titlene på alle treffene og valgte ut dem som inneholdt to eller flere av egne aktuelle søkeord i tittelen. Siden leste jeg abstraktene på de artiklene jeg valgte ut og som kort oppsummerte hva de ulike artiklene omhandlet som tema.

Etter gjennomlesning av abstraktene har jeg valgt ut ca. tretti artikler som jeg har lest grundig med tanke på egen problemstilling. Kun noen få viste seg å være relevante knyttet til min oppgave. Nedenfor har jeg valgt å presentere noen av disse sentrale funnene.

### ***3.2 Presentasjon av relevante funn i nyere norsk forskning***

Så langt jeg finner er det ikke gjort forskning i Norge som ser på kreftsykepleie og deres kompetanse spesielt. Jeg velger å ta med en forskningsrapport utført i Norge, som sier noe generelt om sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet. Dette finner jeg interessant som referansebakgrunn knyttet opp mot egen problemstilling, siden undersøkelsen sier noe om norsk sykepleiehverdag i spesialisthelsetjenesten.

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, utførte på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund en undersøkelse i 2001. Undersøkelsen resulterte i rapporten ”Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus” (2001), og rapporten satte fokus på nettopp disse områdene. Formålet med undersøkelsen var å gi et bilde av hva det innebærer å være sykepleier på et norsk sykehus som preges av store organisatoriske endringer. Undersøkelsen ønsket å sette fokus på følgende problemstillinger:

- 1) *Hvordan bruker sykepleiere sin arbeidstid, og hvordan opplever de sin arbeidssituasjon?*
- 2) *Hvordan brukes sykepleieres kompetanse i sykehus?*
- 3) *Hva er viktige kjennetegn ved sykepleieres yrkesidentitet i sykehus og hvordan påvirker sykehusorganisasjonene denne identiteten?*
- 4) *Er det samsvar mellom sykepleieres forventninger til arbeidsoppgaver og deres faktiske arbeidsinnhold?*

( ”Stykkevis og helt” SINTEF – 2001, 1)

Denne SINTEF undersøkelsen ble gjennomført ved fire sykehus i Norge. Både sykehus med riksdekkende funksjoner og mindre lokale sykehus er representert i undersøkelsen. Fra hvert sykehus ble det valgt en avdeling, henholdsvis to medisinske og to kirurgiske poster, med ulike pleietyngde og bemanning. Ingen spesialavdelinger i kreftbehandling var med i undersøkelsen, men undersøkelsen har overføringsverdi også til å gjelde disse. Den første delen av undersøkelsen ble gjennomført ved direkte registrering fra sykepleierne som deltok ved at de daglig registrerte sin tidsbruk på vekten. Dette ble ført etter et standardisert skjema. Den andre delstudien består av spørreskjemaundersøkelse av 104 sykepleiere. Den tredje delstudien tar for seg resultatet av tids og - oppgaveregistreringen og utdyper gjennom intervju med 20 sykepleiere, de ulike problemstillinger som framkommer i datamaterialet. Slik kombineres både en kvantitativ og kvalitativ metodisk tilnærming i undersøkelsen av tema. Dette viser at både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode kan brukes på en komplementær måte for å frambringe informasjon (Jacobsen 2005, Kvale 2005).

Undersøkelsen utdyper ikke spørsmålet om arbeidsfordeling og ansvar mellom spesialist og generalist, men på et generelt grunnlag belyses problemstillinger som er relevante. Det er funn i undersøkelsen som setter søkelyset på sykepleierollen og nødvendigheten av en nærmere avgrensning av de ulike arbeidsoppgavene som tilfaller sykepleieren. Sykepleierne i undersøkelsen, gav uttrykk for at mye av deres tid går med til oppgaver som andre faggrupper tidligere utførte, eksempelvis matservering, portør oppgaver, ulike sekretær og kontor oppgaver. Sykepleierne i undersøkelsen ønsket at mer av deres tid og kompetanse skulle gå direkte til oppgaver som sikret bedre pasientkvalitet. De ønsket å få frigjort mer tid til å kunne ivareta pasienter psykososiale pleieaspekter. På samme tid viser undersøkelsen at ca. 82 % av sykepleiernes vakttid, ble brukt på direkte pleie og pasientrelaterte oppgaver (SINTEF 2001). Et annet funn påpeker de nyutdannede sykepleiernes manglende kompetanse knyttet til området administrasjon og ledelse. De uerfarne sykepleierne løfter selv fram at ledelse og ulike tekniske prosedyrer lar seg lære over tid, når man får innarbeidet rutinene. Det de savner er trygghet i forhold til kommunikasjons – og relasjonskompetanse i møte med kreftpasienten.

### ***3.3 Presentasjon av internasjonal forskning med fokus på kreftsykepleieres og sykepleieres kompetanse***

I tidsskrifter som ”*Journal of Clinical Nursing*”, ”*Nursing and Health Science*”, *Oncology Nursing Forum*” og ”*European journal of cancer care*”, har sykepleieforskere med kompetanse innen fagområdet kreftsykepleie, publisert artikler med fokus på ulike problemstillinger knyttet opp mot kreftsykepleieres arbeidssituasjon. Eksempel på tema som belyses er: kompetanseutvikling, erfaring av egen kompetanse og ulike arbeidsoppgaver i praksisfeltet.

Forskerne Gibson, Soanes og Bradshaw (1997, 1998, 2000), fra South Bank University i London, har sett på kreftsykepleieres og erfarne sykepleieres kompetanse i arbeidet på en barneavdeling i England. Undersøkelsen ble gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse der sykepleierne selv skulle besvare ulike spørsmål knyttet til sin egen kompetanse, i forbindelse med det daglige arbeidet de utførte på avdelingen. Bakgrunnen for undersøkelsen var begrunnet i at det er lite forskning utført når det gjelder å kartlegge kompetansen sykepleiere som arbeider med kreftpasienter innehar.

I sine artikler henviser Gibson, Soanes og Bradshaw henviser til Benners ulike profesjonsstadier ”fra novise til ekspert” (Gibson, Soanes and Bradshaw 2000, 460), for å underbygge egne funn innen fagområdet. De understreker at det å definere andres kompetanse er vanskelig og ofte preges av en subjektiv vurdering. Gibson, Soanes og Bradshaw sier at kompetanse fokuserer på personens funksjon i gitte situasjoner og vedkommendes aktuelle evne til utførelse av sykepleie i den spesielle situasjonen som de står ovenfor.

I denne undersøkelsen ble det synliggjort at personlig oppfølging av den enkelte sykepleiers kompetanse, er viktig for å øke den totale kompetansen og oppleve økt mestring i de daglige utfordringene på avdelingen. For å systematisere en slik oppfølging ble det utviklet et ”*Practice document*” (Gibson, Soanes og Bradshaw 2000, 460), en detaljert praksisoversikt over ulike kliniske gjøremål og spesialoppgaver som var vanlige på avdelingen. Dette utgjorde et hensiktsmessig hjelpemiddel for å utvikle den personlige kompetansen hos sykepleierne, da de ble ansvarliggjort og oppfulgt etter en konkret plan. I dette dokumentet ble det synliggjort hvilke områder kreftsykepleieren selv opplevde hun trengte trening på, innen de områdene som var skissert i praksisdokumentet. Det ble utformet en ”*Learning contract*” (2000, 460), en læringskontrakt for den enkelte sykepleier, med fokus på kompetanseheving og veien for å nå målet. Gibson, Soanes og Bradshaw uttaler:

*“Nursing as a practice- based discipline need to gain consensus on which skills, knowledge and attitudes are required by the nurse, the expected level of competence, and whether performance should be classified, and if so in what way”?*

(Gibson, Soanes, Bradshaw 2000, 461)

Gibson, Soanes og Bradshaw (2000) har som Benner (1995, 2001) og Schön (1983), en forståelse om at sykepleie er en profesjon som er sammensatt av mange ulike komponenter, som til sammen utgjør klinikerens kompetanse. En del er den formelle og teoretiske kunnskapen sykepleieren innehar. Videre er evnen til å finne løsninger og forstå kompleksiteten i en usikker praksishverdag nødvendig i en profesjonell praksis og må regnes med i det totale bilde når man vurderer kompetansenivå.

Gibson, Soanes og Bradshaw viser til en artikkel av Chambers, ” *Some issues in the assessment of clinical practice* ” (1998), som viser at hovedhindringen slik Chambers ser det, for at det er vanskelig å evaluere andres kompetanse, er at det mangler et objektivt verktøy, både med hensyn til standarder og referanseområder. Chambers har tatt for seg bruken av ulike vurderingsformer knyttet til utøvelse av klinisk praksis. Hun har utført en gjennomgang av ulike litteraturstudier som omhandler kompetansekriterier. Hun finner at det er mange redskaper som kan benyttes for å måle kompetanse. Noen benytter faste kriterier når de skal skille mellom ulike kompetansenivå. Etter Chambers syn kan en slik inndeling være omstridt. Hun uttrykker at en slik måte og forhold seg til kompetanse på er vanskelig, da ikke alle ferdigheter kan defineres etter oppsatte standarder og skjema (Gibson, Soanes and Bradshaw 2000). Chambers henviser til en undersøkelse utført av Giro, hvor hun framholder at man i praksisfeltet blir vurdert med andre mål, enn de som bare viser konkret kompetanse etter gitte standarder. For eksempel er klinisk dømmekraft, intuisjon, væremåte og verdigrunnlag viktige referansepunkt i en total vurdering av kompetanse (Gibson, Soanes and Bradshaw 2000).

Sykepleieforskerne Krøll og Hansen (2000) fra Danmark, opererer på lignende måte som Benner (1995), med en kompetanseinndeling når de ser på utviklingen fra å være nyutdannet sykepleier til å framstå med erfaring innen faget. De skisserer fem ulike områder de vurderer har betydning i den samlede kompetanse en sykepleier utvikler. De inndeler kompetansebegrepet slik:

- *Basiskompetence*
- *Faglig kompetence*
- *Kompetence i kritiske hendelser*
- *Organisatorisk kompetence*
- *Social kompetence*

(Krøll, Hansen 2000, 12)

De betrakter denne inndelingen som et hjelpemiddel for å kunne vurdere ulike sider av en sykepleiers formelle kompetanse og bruker denne inndelingen til å synliggjøre utviklingen som finner sted hos sykepleiere, innenfor ulike kompetanseområdene over tid. En utfordring ved deres inndeling, er hva som ligger innenfor de ulike kompetanseområdene.

Hvordan skiller de for eksempel mellom hva som er innholdet i en basiskompetanse og hva defineres som faglig kompetanse?

Krøll og Hansens inndeling viser at kompetansekravene som stilles til sykepleiere er høye. Innen områder som basiskompetanse, organisatorisk kompetanse og sosial kompetanse er det utfordringer i praksishverdagen som krever problemløsning. Områder som faglig kompetanse og kompetanse i kritiske hendelser tar det lengre tid å utvikle seg innenfor, da disse krever modning og erfaring over tid. Slik sett vil en erfaren sykepleier kunne inneha god kunnskap om de generelle basisområder i sykepleien, men mangle noe av den spesifikke kunnskap knyttet opp mot spesielle fagområder, som for eksempel spesialsykepleie til kreftpasienter.

Krøll og Hansen understreker slik det tidligere er nevnt av andre, at den uformelle personlige kompetansen sykepleieren innehar må vurderes inn i helheten. Krøll og Hansen framhever disse egenskapene som viktige i en samlet sykepleiefunksjon:

*”samarbejdsevner, evnen til at lære, selvstændighet, fleksibilitet, åbenhed, respekt for kolleger med anden erhvervs - og uddannelsesbaggrund og imøde-kommenhed”*  
(Krøll, Hansen 2000, 10).

Dette samsvarer med det Benner, Dreyfus og Schön (Benner 1995, Benner 2001, Dreyfus 1985, Schön 1983), trekker fram gjennom sine studier i praksisfeltet. Kompetanse er sammensatt av mange komponenter som må samstemme i det totale bildet av hvordan praktikeren framstår i arbeidet i praksisfeltet.

I en undersøkelse utført i Irland av McCaughan og Ann Bradshaw (2000), anbefaler de at alle kreftpasienter burde bli behandlet på spesialavdelinger og ivaretas av sykepleiere med spesialutdanning innen feltet. Dette er i samsvar med det Benner sier. McCaughan og Bradshaw hevder at det er utført lite forskning innen områder som gjelder generalist sykepleieres kunnskap om kreftbehandling og utførelse av sykepleie rettet mot denne pasientgruppen og viser blant annet til undersøkelser utført av Frost (McCaughan 2000). McCaughan og Bradshaw utførte en studie blant 106 medisinske og kirurgiske sykepleiere ved et distriktssykehus i Nord- Irland. Tema for undersøkelsen var deres opplevelse av

hvilken kompetanse de mente å inneha, når det gjaldt ivaretagelse av kreftpasienter ved avdelingen og hvilke områder de trengte mer kunnskap innen.

Områder som pekte seg ut blant informantene, var for eksempel manglende kunnskap og evne til å formidle psykososial ivaretagelse, kommunikasjon, smertebehandling og kunnskap om bivirkninger av behandlingen som blir gitt (McCaughan og Bradshaw 2000, 422). De refererer til tidligere undersøkelser utført i England blant andre av Corner og Wilson- Barnett, som viser at sykepleiere som arbeidet med kreftpasienter opplevde å ha moderat kunnskap når det gjaldt å møte pasientens psykososiale behov. Kommunikasjon pekte seg ut som et område nyutdannede sykepleiere opplevde som problematisk og krevende i relasjon til pasientgruppen. Dette samsvarer med resultatene fra den norske undersøkelsen foretatt blant sykepleiere i 2001 (SINTEF – 2001).

McCaughan og Bradshaw (2000) viser til flere undersøkelser av blant andre Corner og Calman – Hine, som bekrefter at sykepleiere i møte med alvorlig syke mennesker opplever at de trenger forbedrede kommunikasjonsevner, for å kunne møte pasientenes på en optimal måte og at sykepleierne må skolerer ytterligere i sine kommunikasjonsferdigheter, for å møte dette behovet. Områder sykepleierne i undersøkelsen opplevde som vanskelige tema å snakke om, var pasientens diagnose da de hadde for dårlig kunnskap om den aktuelle sykdommen og usikkerheten knyttet til pasientens framtid og sykdomsutvikling.

De danske sykepleieforskerne Bruun og Pedersen (2005), har sett på ulike kompetanseprofiler i sykepleien. De henviser til de samme kompetansebeskrivelsene som forskerne Krøll og Hansen benytter (Krøll og Hansen 2000), når de inndeler sykepleieres sammensatte kompetanse. De viser til den amerikanske filosofen Tom Beauchamp, som sier å være kompetent er at man vurderes til å kunne utføre en bestemt handling i forhold til et kunnskaps- eller ferdighetsnivå. At en person har kompetanse innebærer i følge Beauchamp (Bruun og Pedersen 2005, 69) at man anvender sine evner til å utføre en handling som krever kunnskap om det man skal gjennomføre. Beauchamp uttrykker i følge Bruun og Pedersen dette om kompetanse:

*”At have personlig autonomi, at man kan foretage uafhængige, selvstændige, reflekterende vurderinger og handlinger i forskjellige sammenhænger”* (Bruun, Pedersen 2005, 69).

Bruun og Pedersen framholder begrepet "*kompetencebeholdning*" (2005, 68), som er et viktig kartleggings arbeid, ved å frambringe nødvendig informasjon om den enkelte medarbeiders kompetanse innad i en avdeling. Dette er nødvendig for å kunne vurdere hva som er viktige satsningsområder på en avdeling og for å kunne dekke avdelingens behov for ulike kompetanse og spesialkunnskap innenfor et felt.



## 4.0 METODE

Forrige kapittel redegjorde for teoretisk referanseramme og nyere forskning som bakgrunn for prosjektet. Dette kapitlet handler om valg av metode og egen forskningsprosess. I metodekapitlet presenteres den metodiske tilnærmingen i prosjektet, samt forskningsetiske vurderinger når jeg beskriver selve gjennomføringen.

### 4.1 *Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier*

Det knytter seg ulike utfordringer til gjennomføringen av en kvalitativ forskningsstudie. Forskeren må sørge for at informantene er godt informert om studien. De må klart få vite at deltakelsen er basert på frivillighet og at de som informanter til en hver tid står fritt til å trekke seg fra videre deltakelse dersom de ønsker det. Rollen som informant er basert på frivillighet og et skriftlig samtykke skal alltid foreligge før undersøkelsen iverksettes. Et overordnet kriterium som er gjeldene i all forskning er prinsippet om ikke å skade informanten. Informanten gir i tillit til forskeren informasjon, det er viktig at den som utfører undersøkelsen har høy integritet og ikke setter informantene i vanskelige situasjoner ved å bruke informasjon som er gitt, på en utilbørlig måte (Friis og Vaglum 2002).

Metoden med observasjon og påfølgende fokusgruppeintervju kan påvirke informanten på en måte som gjør at man framstår annerledes enn den man er i virkeligheten. Begrepet forskningseffekt, defineres av Aadland slik:

*”Med forskningseffekt menes alle virkninger på aktørene og deres samspill av at de er under utforskning, og vet om det” (Aadland 1997, 253).*

Forskeren plikter å presentere informantenes på en *”rettmessig og respektfull måte”* (Thornquist 2003, 208) og presentere deres konkrete verden slik den er sann for dem. Informanten må ha retten til å være den man er, og forskeren må ivareta personvern og taushetsplikt. Formålet med studien er ikke å presentere funn ved undersøkelsen på en slik måte at enkeltindivider henges ut. Anonymitet innebærer at det skal være umulig å kople gitt informasjon til den enkelte informant, dette kan være en stor utfordring når antall

informanter er få, slik det er i dette tilfellet. Dessuten er forskerens uavhengighet et viktig prinsipp, det innebærer at arbeidsgivere ikke skal kunne endre, bruke, påvirke eller framstille funn annerledes enn det som er ”sant” for informantene som deltar og som frivillig bidrar med sine tanker og opplevelser knyttet til tema (Jacobsen 2005, Thornquist 2003, Malterud 2003).

For å sikre anonymitet for informantene ble det ikke benyttet egne navn, men informantene fikk utdelt hvert sitt nummer som ble brukt under intervjuene. Alle lydbandopptak og det skriftlige materialet, er underveis i prosjektet blitt oppbevart utilgjengelig for andre. I etterkant av prosjektet vil alt muntlig materiale bli slettet, kun det skriftlige materialet som er anonymisert og rensset for særegne dialektiske uttrykk vil bli bevart.

## ***4.2 Valg av forskningsmetode***

Hensikten med prosjektet var og nå en dypere forståelse av hvordan sykepleiere med spesialisering innen kreftsykdom erfarer egen kompetanse og hvordan de nyttiggjør seg spesialkompetansen på en kreftavdeling. Formålet var å få tak i kreftsykepleiernes opplevelse og tanker om den kompetansen de innehar i kraft av sin spesialutdannelse og hvordan kompetansen kommer til uttrykk i behandlingen av kreftpasientene de har ansvar for. Gjennom hospitering på avdelingen, deltagelse på previsitt med lege, grupperapporter med sykepleierne på avdelingen, ved vaktskifter og rapporteringer, ville dette være med på å gi meg et nødvendig bakteppe i min forståelse og dermed en større mulighet til å forstå hva deres spesialkompetanse består i. Dette ville anskueliggjøre kreftsykepleiernes ”arbeidsverden”, som utgjør en del av deres ”livsverden” (Aadland 1997, Thornquist 2003, Bengtsson 2001), og hjelpe meg som forsker til å forstå noe av det de tenker om sin kompetanse, og hvordan de benytter seg av denne kompetansen. Det var et poeng for meg å være oppmerksom på hvilken rolle jeg spilt inn i samspillet med de ansatte under feltarbeidet, da jeg gjennom min tilstedeværelse i avdelingen, uansett ville representere en fremmed som hadde innsyn i deres sfære (Malterud 2003).

Målet med kvalitativ metode er å oppnå en økt forståelse, mer enn en forklaring av fenomenet som skal undersøkes. Det er viktig å være åpen mot at en ny forståelse kan tre fram under fordypning av et tema man har interesse av og at min forforståelse kan bli utfordret (Malterud 2003, Lykkeslet og Gjengedal 2007). På samme tid er det viktig å

understreke at selv om man er sykepleier med samme profesjonelle bakgrunn som de man observerer, forstår man ikke nødvendigvis alt ”riktig”, som Lykkeslet og Gjengedal sier:

*” A field researcher does not necessarily understand the inside workings of a practice just because she has the same professional background and is familiar with the field.” ( Lykkeslet og Gjengedal 2007, 701)*

Gjennom deltakende observasjon i ulike møtesituasjoner, fikk jeg mulighet til å delta i det som skulle danne bakteppe for mine intervjuer. Gjennom feltnotater noterte jeg ned ulike situasjoner og inntrykk som jeg reflekterte omkring og ønsket å få utdypet senere gjennom fokusgruppeintervju med kreftsykepleierne. I feltnotatene beskrev jeg episoder og hendelser som jeg undret meg over og som jeg ville komme tilbake til under intervjuene. Selv var jeg ikke deltakende i de daglige praktiske oppgavene på avdelingen, men fysisk og mentalt var jeg tilstedeværende på vaktrommet, ved møtevirksomhet og ved pauser. Jeg var kledd i arbeidsantrekk som de andre i staben. Jeg var svært oppmerksom på at det ikke er lett for en forsker ”å gli inn i miljøet på en måte som ikke forstyrrer sammenhengen” (Malterud 2003, 149). Noen av sykepleierne ved avdelingen gav verbalt uttrykk for at de syntes det var ubehagelig å ha meg i nærheten og at de følte seg ”observert” og at dette gjorde noe med dem, da de opplevde seg vurdert og gransket. Andre ”overså” meg, mens andre gav uttrykk for at de syntes det var et spennende prosjekt og at de gjerne ville bidra med det de kunne.

### ***4.3 Kvalitativ forsknings metode***

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for å belyse problemstilling og valg av tema, den vitenskapsteoretiske forankringen bygger på en hermeneutisk og fenomenologisk forståelse med bidragsytere som Heidegger, Husserl og Gadamer.

Når man velger en kvalitativ tilnærming til en problemstilling er det knyttet opp mot ønsket eller målsetting om å kunne komme ”under huden” på informantene. Slik kan det frambringes en forståelse for hvordan vedkommende oppfatter og tolker virkeligheten rundt seg

(Jacobsen 2005, Thornquist 2003). Kvalitative metoder er opptatt av å skape dypere forståelse for et fenomen og sammenhengen det står i. Malterud sier at kvalitative metoder

er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper, eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud 2003, Fossåskaret, Fuglestad og Aase 2006). Ved hjelp av kvalitative metoder kan vi få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser og tanker. Metoden hjelper oss til å forstå mer av hvorfor mennesker handler som de gjør. Målet med kvalitativ metode er å oppnå en økt forståelse, mer enn en forklaring av fenomenet. Kanskje kan også en ny forståelse tre fram i etterkant av undersøkelsen og utfordre tidligere oppfatninger om tema (Malterud 2003).

Jeg ønsket i forbindelse med dette prosjektet å finne ut hva kreftsykepleiere som arbeider på en spesialavdeling, tenker om egen kompetanse og hvordan de ser for seg å arbeide på en slik måte at de opplever å anvende sin kompetanse på en optimal måte i avdelingen. Ulike spørsmål jeg var interessert i å finne mer informasjon om var for eksempel spørsmål som dette:

- Hva er kreftsykepleierne dyktige til?
- Hvordan ivaretar de kreftpasientene?
- Har de egne arbeidsoppgaver der deres kompetanse kan komme til uttrykk?
- Arbeider de slik inn i avdelingen at deres kompetanse blir benyttet på en hensiktsmessig måte?

Tanken bak prosjektet var å stille forskningsspørsmål som kunne være med å belyse kreftsykepleiernes arbeid i en spesialavdeling, ved at de som har spesialkompetanse på området blir forespurt om egne erfaringer. All informasjon som kan være med å sette fokus på praksisfeltet og eventuelt skape nye ideer og endringer, er nyttig kunnskap og bør diskuteres.

#### ***4.4 Tilgang til forskningsfeltet***

Første henvendelse til forskningsfeltet gikk via telefon til fagdirektør ved det aktuelle sykehuset hvor jeg ønsket å hospitere. Her presenterte jeg meg som mastergradsstudent ved Høgskolen i Molde. Hva hensikten med prosjektet var og at de data som jeg fikk tilgang til skulle brukes i forbindelse med min masteroppgave.

Fagdirektør hadde ikke innvendinger imot at jeg hospiterte og utførte intervju ved aktuelle avdeling. Jeg ble bedt om å kontakte avdelingssjefen og orientere direkte om prosjektet. Dette ble gjort via telefonkontakt. Her fikk jeg muligheten til å presentere prosjektet, svare på spørsmål og oppklare misforståelser som gjaldt gjennomføring og tema.

I etterkant av denne samtalen sendte jeg en formell forespørsel til avdelingssjefen (Vedlegg 1). Jeg ble ønsket velkommen og avdelingssjefen gav uttrykk for at tema for undersøkelsen var av stor interesse for avdelingen. Det ble videreformidlet til avdelingssykepleier og stab at jeg hadde fått tillatelse til å hospitere ved avdelingen og at jeg ønsket informanter til gjennomførelsen av fokusgruppe intervju.

Avdelingssykepleieren la til rette for at jeg kunne delta på et avdelingsmøte. Jeg orienterte personalet om prosjektet og mange møtte for å få informasjon om undersøkelsen. I dette møtet var det også mulighet for personalet til å stille spørsmål og gi tilbakemelding om hva de syntes om et slikt prosjekt knyttet til avdelingen. Det var noen som uttrykte ”ubehag”, knyttet til forestillingen om at de ulike yrkesutøverne skulle bli ”sett i kortene” (Friis og Vaglum 2002, 29), dette skapte utrygghet hos noen.

Det var avdelingssykepleier som stod for utvelgelsen av informanter til prosjektet. Han valgte ut respondenter etter kriterier bestemt av meg i forespørselen til avdelingen.

Inklusjonskriteriene var:

- *Sykepleiere spesialutdannet innen kreftomsorg*
- *Sykepleiere som har arbeidet ved avdelingen i mer enn to år*
- *Sykepleiere med lang erfaring fra andre somatiske avdelinger*
- *Sykepleiere med interesse for tema og som dermed kunne belyse problemstillingen*
- *Sykepleiere som kunne tenke seg å være informant*

Slik sikret jeg at informantene i prosjektet har klinisk relevant erfaring, har arbeidet med kreftsyke pasienter over tid og at kjennskapen til og kunnskapen om driften i en spesialisert kreftavdeling, er kjent for dem.

## 4.5 Utvalg

Kriteriene for utvelgelsen av kreftsykepleiere til å delta i fokusgruppe intervju var foruten klinisk erfaring, at de var villige til å delta og at de hadde interesse for tema som skulle belyses. Jeg ønsket å intervju tre sykepleiere med spesialutdanning i kreftsykepleie. Dette var et antall det var mulig å oppnå ut ifra avdelingens størrelse og en tidsmessig mulighet for de ansatte til å la seg intervju i løpet av hospiteringsperioden min som var på to uker. Dessuten var det en overkommelig gruppe og håndtere for meg i intervjusituasjonen og ved senere transkribering av datamaterialet, med tanke på omfang av data.

Jeg har gjennomført intervjuene ved at kreftsykepleierne har blitt intervjuet i alt tre ganger, to ganger under hospiteringsperioden og en gang senere underveis i arbeidet med prosjektet. Jeg hadde forventninger om at flere spontane tanker, utsagn og holdninger ville komme til uttrykk i en ens gruppe, der alle tre var samlet. I og med at det var avdelingssykepleieren som stod for utvelgelsen og forespørselen av informantene, unngikk jeg å håndplukke kreftsykepleierne. Dette gjorde det også lettere for eventuelle informanter å kunne si nei takk til henvendelsen, uten at de trengte å si det direkte til meg.

Et strategisk utvalg av deltagere, ut ifra avdelingssykepleierens kjennskap til sykepleierne i sin stab, var det vi satt igjen med. Et strategisk utvalg i denne sammenheng betyr ikke at det foreligger skjulte hensikter bak utvelgelsen, men at de som velges ut har et potensial i seg til å kunne belyse problemstillingen godt (Malterud 2003, Jacobsen 2005, Fossåskaret, Fuglestad og Aase 2006). En viktig forutsetning når man foretar et strategisk utvalg er at man sørger for at de som intervjues er i stand til å gi adekvate data og har god kunnskap om forskningsfeltet

(Malterud 2003, Fossåskaret, Fuglestad og Aase 2006). Dette er kunnskap som avdelingssykepleieren har tanker om når det gjelder sine ansatte. Etter forespørsel til avdelingssykepleieren vet jeg at omtrent halve staben av ansatte er kreftsykepleiere. Andre ansatte på avdelingen har ulike videreutdanninger innen spesialområder som anestesi, palliasjon, geriatri, rehabilitering og grunnutdanning i sykepleie.

De som ønsket å være med på undersøkelsen, fikk et eget informasjonsbrev om studien og et eget skjema, der de ble bedt om å undertegne en samtykkeerklæring (vedlegg 2).

Samtykkeerklæringen ble underskrevet på første møtet. Der kommer det fram at de var frivillige deltakere i intervjuene og at samtykket var gitt uten press, at de var godt informert om studiens hensikt i forkant av undersøkelsen og at de forstod hva

undersøkelsen innebar for dem. Det ble fra starten av undersøkelsen understreket at deltakerne var sikret anonymitet, at deres personlige data ikke var tilgjengelig for andre, men at krav til oppbevaring av persondata var ivaretatt og at data ikke kan spores i ettertid (Personopplysningsloven 2009).

#### **4.6 Fokusgruppeintervju**

Fokusgruppeintervjuet har sin opprinnelse i USA, der bruken av fokusgruppeintervju lenge har vært benyttet i markedsføring og forskning knyttet opp mot det å selge en vare.

Fra midten av 1980 årene har også fokusgruppeintervju fått en del oppmerksomhet innen helsefaglig og samfunnsfaglig forskning (Wibeck 2000, Friis og Vaglum 2002).

Fokusgruppeintervju er en kvalitativ forskningsmetode som er basert på gruppedynamikk, og pga. gruppedynamikken skal ikke gruppen ha for mange deltagere. (Bojlèn og Lunde 1995). Vanligvis er en fokusgruppe sammensatt av 6 – 10 personer, en størrelse som gjør det mulig for alle deltakerne å komme til orde og alternative synspunkt til å komme fram. Homogene grupper som har felles kulturell bakgrunn og interesse for tema fungerer gjerne best i fokusgruppe intervju (Kreuger 1994, Friis og Vaglum 2002).

Tanken er at man gjennom en planlagt diskusjon får fram kunnskap og synspunkter knyttet opp mot en problemstilling. Det spesielle er at informantene får uttale seg og får tilbakemeldinger på egne utsagn underveis, ikke bare på spørsmål fra forskeren, men også spontane kommentarer fra andre deltakerne i gruppen (Wibeck 2000). Dermed kommer det gjerne fram uenighet, nyanser og tanker som man kanskje ikke får tak i ved intervju av en og en informant, slik kan fokusgruppe prosessen kan være med å stimulere deltagerne til dypere refleksjon og undring knyttet opp mot tema. I utgangspunktet skal ikke forskeren ha en aktiv rolle, men det er viktig at intervjuguide er utarbeidet med noen kjernespørsmål og at forskeren sørger for at de punkter man vil undersøke nærmere, blir berørt (Jacobsen 2005, Fossåskaret, Fuglestad og Aase 2006).

Å få mulighet til å fortelle om egne faglige opplevelser knyttet til praksis, er viktig og bidrar til å skape refleksjon over eget arbeid i avdelingen. Tanker om hvordan sykepleierne ser på tema for undersøkelsen, hvilke refleksjoner de gjør seg i forhold til faglig interesse, kan være tema som er viktig å belyse i forhold til å utvikle praksis ytterligere.

Før gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene bestemte jeg følgende:

- *Jeg ønsket å intervju tre kreftsykepleiere*
- *Sammensetningen av gruppen ble valgt tilfeldig*
- *Deltakerne ble rekruttert fra en spesialavdeling*
- *Tre intervju ble avtalt*
- *Intervjuene ble foretatt på deres arena*
- *Intervjuer inntok en åpen, spørrende rolle i gruppen*

Fokusgruppeintervju er en hensiktsmessig måte å intervju mange om det samme tema på (Kreuger 1994). Det er tidsbesparende for forskeren, data kommer raskere fram enn ved spørreundersøkelser. Gjennom analyse av synspunkter og holdninger som kommer fram i intervjuerne kan forskeren danne seg et bilde av hvilke tema informantene er opptatt av og har bestemte synspunkter på. Fokusgruppe intervju har som ulempe at et lite antall informanter vil kunne begrense en generalisering av de funn forskeren gjør seg (Friis og Vaglum 2002). I en fenomenologisk studie representerer ikke aktuelle funn i undersøkelsen en generaliserbarhet over til andre, da funnene i utgangspunktet kun er en sannhet for det utvalget som er intervjuet akkurat i denne sammenhengen.

#### ***4.7 Praktisk tilrettelegging og gjennomføring av intervjuet***

Den praktiske gjennomføringen av selve intervjuet fant sted på avdelingen. Vi fikk benytte avdelingens ”Stille rom”, et rom som brukes i forbindelse med for eksempel etterlatte - samtaler. Rommet bidrog i seg selv til å gi en god estetisk ramme rundt selve intervjusituasjonen. Etter avtale med avdelingen kunne vi benytte dette rommet til alle intervjuene som var planlagt. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og utstyret ble i forkant kontrollert slik at det fungerte som det skulle. Tidsrammen som ble avsatt til hvert intervju var ca. nitti minutter (Jacobsen 2005).

Deretter ble det utført et prøveopptak av stemmene våre og mikrofonen ble plassert på en hensiktsmessig måte i forhold til plasseringen rundt bordet. Informantene ble også gjort oppmerksomme på og ikke bringe informasjon videre og at taushetsplikten gjaldt innad i



gruppen. Slik kunne hver enkelt informant kjenne seg trygg til å komme med sin egen opplevelse og sine tanker knyttet opp mot tema vi skulle belyse.

Kreftsykepleierne gav uttrykk for ulik grad av ubehag i forbindelse med at båndopptakeren ble slått på. Dette syntes å endre seg underveis da alle var godt motivert og forberedt til det som var tema for intervjuet. Stemningen var god og åpen under intervjuene og kreftsykepleierne gav uttrykk for at det var godt å få snakket sammen om et emne som de alle var engasjerte i.

Ingen av informantene ble tiltalt med eget navn, men fikk utdelt hver sitt nummer. Det ble videre poengtert ikke å snakke i munnen på hverandre og avbryte hverandre. Betydningen av god stemmebruk for å sikre et godt opptak ble også poengtert.

Samtalene fløt etter hvert naturlig mellom deltakerne. Noen var mer aktive enn andre som kunne oppleves som mer forsiktig i gruppen, men alle tok ordet på en naturlig måte i denne prosessen. Noen ganger var det nødvendig for intervjuer å bryte inn for å få presisert uklarheter. Jeg stilte også oppfølgings spørsmål utover det som var nedfelt i intervjuguiden jeg benyttet, alt etter hva som framkom i samtalene. Intervjuguiden hadde jeg foran meg og underveis gav jeg nye stikkord til samtalen for å drive den videre. Jeg prøvde å stille korte, enkle spørsmål og fulgte opp med utdypende spørsmål som for eksempel ” *forstår jeg deg rett* ” eller ” *kan du si noe mer om dette* ”, for å få fram nyanser i svarene som ble gitt.

Intervjuguiden var et godt hjelpemiddel i intervjusituasjonen, den hjalp meg til å holde en viss grad av struktur og fokus underveis. Formålet med intervjuet er ikke å få ”svar”, men å anspore til dialog og refleksjon gjennom interaksjon i gruppen og med intervjuer.

I ettertid ser jeg at jeg kunne vært dyktigere i formuleringen av spørsmålene, stilt flere åpne spørsmål og diskutert intervjuguiden tidligere med min veileder. I noen tilfeller ble jeg for engasjert og mistet dermed noe av den profesjonelle distansen en intervjuer skal ha i intervjusituasjonen (Jacobsen 2005, Fossåskaret, Fuglestad og Aase 2006).

Kvale (2005) sier at det er hensiktsmessig for forskeren å revidere sin intervjuguide etter første møte. Deretter å gjennomføre nye intervju når man ser hvilke fokus og retning hovedintervjuet tar, for til sist å gå tilbake med utbedrede spørsmål som kan framskaffe mer informasjon om tema. Dette ble nødvendig for meg å utføre i etterkant av transkripsjon og tematisering av rådata fra de to første fokusgruppeintervjuene, for slik å få følge opp med utdypende spørsmål til informantene om utsagn fra tidligere møter. Kvale

(2005) sier at et slikt ”*geninterview*” (2005, 188), gir informantene en mulighet til å utdype sine egne tidligere utsagn, dersom de opplever at forskerens forståelse ikke samstemmer med deres egne utdypninger.

## 5.0 ANALYSE AV DATA

Analysemetoden består av transkripsjon av intervjuene fra lydbånd og til skrevet tekst. Analysen baserer seg på den informasjon som er gitt i intervjuene, det skrevne materialet og en systematisk kategorisering og sammenbinding av de data som er framkommet i intervjuene.

### 5.1 Transkripsjon

Etter at intervjuene var gjennomført lyttet jeg igjennom opptakene flere ganger for å få tak i hva den enkelte informant uttrykte i intervjuene. Jeg har valgt å bruke Kvale (2005) sin framgangsmåte i transkriberingen av datamaterialet. Kvale sier at ordet å transkribere betyr å transformere dvs. ”*at skifte fra en form til en anden*” (2005, 167), ved at man gjør den muntlige samtale mellom mennesker i en gitt setting, om til et skriftlig produkt som skal gjengi den sosiale interaksjonen i intervjusituasjonen. Det kan bety at noe av ”*den levende muntlige samtale*”, går tapt underveis i en slik prosess (Kvale 2005,167).

Transkripsjonen av opptakene gjorde jeg selv, dels fordi jeg ikke ønsket å gå glipp av viktig informasjon, men også for å få mer nærhet til stoffet for slik å oppnå en større forståelse for tema jeg skulle undersøke. Alle intervjuene ble skrevet inn ordrett på pc og jeg benyttet bokmål i teksten. I etterkant av transkripsjonen gikk jeg på nytt gjennom intervjuene for å fjerne særegne ord og fraser, som lett kunne bli gjenkjent ut ifra dialektiske nyanser. Dette var særlig viktig i og med at mitt utvalg av informanter kun representerer en liten gruppe.

Jeg har i teksten lagt inn pauser, der disse sett fra mitt ståsted opplevdes som ”lange pauser”, før det ble gitt svar på spørsmålet. Jeg har ikke forholdt meg til andre non-verbale signaler som sukk, blick, kroppsspråk osv, da dette lett kan fortolkes og dermed også feiltolkes av meg som forsker. Jeg er oppmerksom på at ”lange pauser” som jeg beskriver, også kan tolkes annerledes enn det jeg legger inn i dem. Kvale beskriver dette slik: ”*Hvor længe skal der ties, før det bliver til en pause i en samtale?*” (2005,165).

Jeg har lyttet til intervjuene flere ganger, også etter at selve transkriberingen var gjort ferdig. Dette har medført at jeg stadig har opplevd å få mer ut av intervjuene enn bare den

skrevne teksten foran meg. Jeg har på denne måten opplevd intervjusituasjonene på nytt (Kvale 2005). Etter transkripsjonen har jeg ca 80 sider med ferdig tekst, som inneholder informantenes egne utsagn.

## ***5.2 Analyseprosessen***

Analyse av data består i å beskrive, systematisere, kategorisere og sammenbinde data og slik bringe orden i materialet. Et kjennetegn ved kvalitativ forskning er at selve datainnsamlingen, intervjuet og analysefasen glir over i hverandre. Selve hovedanalysen av data foregår etter at transkriberingen er gjennomført og forskeren kan lese og lytte til det empiriske materialet som er framkommet. Gjennom denne prosessen foretas det en reduksjon av mangfoldet av informasjon som er gitt av informantene, gjennom innsamlingen av datamaterialet

(Kvale 2005). Det som er vesentlig for forskeren er å avdekke hva empirien egentlig dreier seg om. Hva er det i denne gitte sammenhengen, som kan si noe om hva kreftsykepleierne sier og tenker om sin kompetanse?

Hva er det som blir den gjenstående essensen i materialet når alt overflødig materiale, gjentakelser og utenom snakk blir rensset bort? Hvilken informasjon blir stående tilbake? Hva snakkes det egentlig om?

Det er viktig å danne seg en helhetsforståelse av informasjonen og dets innhold, en helhetlig forståelse av all informasjon slik den subjektivt framkommer. Essensen blir det som står tilbake som er tydelig og vesentlig ved fenomenet som er undersøkt, selve opplevelsen kreftsykepleierne har og som framkommer gjennom materialet. I denne prosessen er det vesentlig at forskeren setter sin forforståelse bak seg så godt det kan gjøres, slik at fenomenet framstår på egne premisser.

Hva som betraktes som vesentlig eller uvesentlig i materialet, blir problemstillingens utgangspunkt og de teoretiske forutsetningene som oppgaven bygger på (Kvale 2005).

### **5.3 Transformering av meningsenheter**

I følge Kvale (2005) betyr meningskategorisering at intervjuet kodes i kategorier for å gjøre

det innsamlede materialet lettere tilgjengelig, gjerne via tabeller eller figurer som kan framstille funnene i undersøkelsen tydelig.

I arbeidet med oppgaven har jeg i tillegg til Kvale, benyttet en variant av den amerikanske psykologen Amadeo Giorgis fenomenologiske metode for analyse av data. Kvale gjengir Giorgis analysemodell i sin bok ” *Interview – en introduksjon til det kvalitative forskningsinterview*” (Kvale 2005). Giorgi har utviklet en modell som hjelper forskeren via fortellingen gitt av informantene, til å kunne finne essensen i fenomenet som blir undersøkt. Han poengterer det viktige ved å sette sin egen forforståelse i bakgrunnen når man skal arbeide med analysedelen av en undersøkelse. Giorgis utgangspunkt er en helhetlig forståelse av den skrevne teksten, uten at det er foretatt noen form for bearbeiding eller omskrivning av innholdet i intervjuene, men at det er det umiddelbare, det deskriptive som blir formidlet fra informanten. Giorgi er opptatt av at forskeren skal bruke informantenes eget språk og ikke fjerne seg fra det opprinnelige i arbeidet med å beskrive meningsenheter. Teksten skal forstås ut ifra informantenes opplevelse og spontane ytringer, uten noen form for ”synsing” fra forskerens side. Det betyr at informantens språk er viktig og at forskeren skal være tro mot det som er formidlet.

Deretter deles teksten inn i ulike kategorier ut i fra de tema forskeren identifiserer etter gjennomlesning av teksten, meningsenheter der man danner seg et bilde av hva informasjonen dreier seg om. Disse meningsenhetene ble markert i teksten og samlet under egne temaoverskrifter fra empirien.

Tilslutt vil forskeren stå igjen med en essens som avdekker hva som er viktig ved fenomenet som er undersøkt. Slik skal meningsbærende enheter framtre for forskeren underveis i arbeidet med teksten. Giorgi benytter denne metoden til å ta for seg utsagn fra hver enkelt informant og kategorisere disse for seg, noe som er en svært tidkrevende prosess.

I følge Kvale (2005) er Giorgis metode svært godt egnet til å analysere intervjuetekster.

## 5.4 Gyldighet og pålitelighet

Et viktig prinsipp når det gjelder formidling av forskning, er at leseren skal kunne stole på at de resultater som framkommer i undersøkelsen er reelle, at de er til å stole på. Det er først og fremst i en positivistisk forskningstradisjon at disse begrepene blir diskutert, som en verifikasjon på at forskerens arbeid har etisk kvalitet. I en fenomenologisk tradisjon er det like essensielt at det som presenteres har troverdighet og at det er formidling av informantenes erfaringer som kommer fram i oppgaven.

Gyldighet (validitet) betyr treffsikkerhet, mens begrepet reliabilitet betyr pålitelighet, sannferdighet og handler om i hvilken grad det kan stoles på at det materialet som presenteres stemmer med det som er formidlet. Har de som er intervjuet skjønt hva jeg spør om og tolker jeg det rett? (Aadland 1997). Reliabiliteten i en oppgaves funn, er en forutsetning for at validiteten stemmer overens med virkeligheten. Aadland sier det slik:

*”Et grunnleggende krav til data er at de må være gyldige. Det betyr at data er relevante i forhold til problemstillingen” (Aadland 1997, 248).*

I denne oppgaven består grunnlagsmaterialet av intervjuer av kreftsykepleiere. Metoden er kvalitativ og det er benyttet et fenomenologisk perspektiv. Vurderingen av dataenes gyldighet og pålitelighet, må følge rammene for metodisk kontroll i den fenomenologiske tradisjonen.

Å være pålitelig gjelder i intervjusituasjonene der følelser og egen forforståelse må legges til side, for å kunne lytte til det som virkelig blir sagt og ikke det som forskeren kan ha en formening om i forkant. I analysedelen må forskeren være redelig i prosessen med å finne de tema som avspeiler det som det fortelles om. Det kan alltid bli diskusjon i etterkant av et forskningsarbeid, spesielt vil det dreie seg om måten datasamlingen har blitt foretatt på og hvordan forskeren har gått fram i gjennomførelsen av analysen (Kvale 2005).

I denne oppgaven har det både vært en utfordring og en fordel. Fordelen ligger i at intervjueren har lang erfaring som sykepleier blant kreftpasienter og kjenner feltet fra sitt tidligere arbeid. På samme tid representerer en slik kjennskap til feltet, en utfordring. Utfordringen blir og ikke ”farges” av egne erfaringer, men håndtere opplysningene som kommer fram, slik de er ment formidlet fra informantenes side. Arbeidet med oppgaven er

motivert ut fra et behov basert på egne erfaringer om at omsorgen kan bli bedre. Det kan være en risiko for intervjuerens pålitelighet at man på forhånd har gjort seg egne betraktninger om temaet man ønsker å kartlegge. Påliteligheten kan styrkes ved å bruke en intervjuguide som er validert på forhånd. I et så begrenset materiale som presenteres i denne oppgaven må man hele tiden ta forbehold om gyldighet. Resultatene kan likevel ha stor betydning slik at man kan forfølge enkelt temaer i større undersøkelser. Nettopp dette er fordelen med fokusgruppe intervju, at man kan gjennomføre fokuserte undersøkelser med begrensede ressurser over kort tid på bakgrunn av en problemstilling, og at resultatene kan føre til nye og mer valide undersøkelser.

## 6.0 PRESENTASJON AV FUNN

I denne delen av oppgaven tar jeg utgangspunkt i problemstillingen og formidler det kreftsykepleierne fortalte i fokusgruppeintervjuene. For meg er det viktig at den empirien kreftsykepleierne har innviet meg i, kommer til uttrykk. Funnene framkommer etter den analyse som er gjennomført av datamaterialet.

Jeg vil her presentere de tre ulike kategorier som etter tematisering av datamaterialet pekte seg ut som meningsbærende enheter i informasjonen. De tre temaene er: Formal kompetanse,

Spesielle arbeidsoppgaver og Undervisning, veiledning og organisering av arbeidet.

### 6.1 *Formal kompetanse*

Kreftsykepleierne som ble intervjuet i forbindelse med denne oppgaven har arbeidet som kreftsykepleiere gjennom flere år. Alle har sin erfaringsbakgrunn fra ordinære sengeposter. Noen har arbeidet innen fagfeltet kreftomsorg i lengre tid, mens andre først de senere årene har arbeidet ved en spesialavdeling. Kreftsykepleierne i undersøkelsen har ikke gjennomført sin spesialutdanning etter samme rammeplan for utdanning i kreftsykepleie. Rammeplaner for en utdanning endres over tid i sitt innhold, struktur og sine fokusområder. Det er en naturlig utvikling innen en utdanning, der endrede nasjonale krav og føringer om innhold og fokus endres og videreutvikles. I Rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie som nå er gjeldende, har områder som brukerperspektiv og brukervedvirkning fått et sterkere fokus enn i tidligere rammeplaner. Nasjonale rammeplaner angir målområder og bestemmer innholdet i spesialutdanningene i Norge (Rammeplan for Videreutdanning i Kreftsykepleie 2005).

I Rammeplanen står det at dagens helseproblemer og sosiale utfordringer innen pasientbehandling, fordrer nytenkning og samarbeid.

Det tverrfaglige aspektet betones sterkere ved at økt samarbeid mellom profesjoner skal resultere i et bedre tilbud for pasienten og en bedret total ivaretagelse. Rammeplanens endringer er styrende for de fokusområder spesialutdanningene vektlegger i sine fagplaner og hva som dermed blir utdanningens fordypningstema. Slike tema er kjennskap til de



ulike kreftsykdommene, årsaker, diagnostisering og ulike behandlingsformer. Andre områder som vektlegges i kreftsykepleierens kompetanseområder er kjennskap og kunnskap om hjelpeapparatet og forståelse av betydningen av godt tverrfaglig samarbeid, forebygging av sykdom via endring av adferd, samt symptomlindring og problemområder ved livets slutt (Rammeplan for Videreutdanning i Kreftsykepleie 2005, 5).

En av kreftsykepleierne oppsummerte innholdet i sin spesialutdanning på følgende måte:

*”Utdanningen har endret seg over tid. Da jeg gikk, gikk vi inn på detaljkunnskap om hver kreftsykdom, veldig mye om de ulike kreftsykdommene, diagnoser, behandling og spredningsveier. I forhold til behandling så lærte vi om ulike typer cytostatika, der det var inndelt i forskjellige grupper, vi måtte vite hva som skulle brukes på ulike diagnoser. Veldig detaljert”.*

Slik hun framstiller læringsmålene fra sin spesialutdanning, har den mange likhetstrekk med dagens fokusområder og endringene er kanskje ikke så store som hun gir uttrykk for eller tenker seg. Grunnleggende anatomi, fysiologi og sykdomslære er fortsatt svært viktige fagområder som kreftsykepleiere må ha grundig kunnskap om, for å forstå ulike komplekse sykdomsbilder og avansert behandling som cytostatika og stråleterapi. En annen kreftsykepleier framholder den personlige gevinsten for egen del på denne måten:

*”Det jeg sitter igjen med etter denne videreutdanningen er hvor mye lettere det er å gå inn i kreftpasienten, det er stor forskjell før og etter. Tryggheten når jeg jobber med pasientgruppen. Når du gikk grunnutdanningen ikke sant, så var det bare en liten del – kreftpasienten.”*

Alle kreftsykepleierne framholder at økt trygghet i sin profesjon og rolle er en konsekvens av den spesialutdanningen som de har gjennomført. De sier at utdanningen er solid og grundig og at de opplever som resultat en økt opplevelse av mestring av vanskelige situasjoner i sin arbeidshverdag, etter at de ble kreftsykepleiere. De framholder at når man har bredere teori bak det man gjør, er man tryggere i at det man gjør er riktig og dermed opplever de seg tryggere og sterkere i de ulike situasjonene som oppstår i avdelingen. Økt formalkunnskap har dyktiggjort dem innen områder der de tidligere opplevde usikkerhet og engstelse. De opplever at de har en større tyngde i forhold til å stå i

vanskelige situasjoner som oppleves krevende og tunge. De sier at de går inn i kreftpasientens situasjon på den måten at de nå tilnærmer seg annerledes enn før, er mer direkte, spørrende og tør mer. De har økt sin kunnskapsbase innen områder som kommunikasjon, samhandling og relasjonskompetanse og forstår betydningen av å se hele pasienten og hans pårørende som en svært viktig oppgave. De opplever at den relasjonelle kontakten med pasienten, ikke bare den medisinske behandlingen, har større betydning for dem etter gjennomført spesialutdanning. De sier de er opptatt av pasientenes livshistorier, deres livsverden - hva som oppleves som viktig, i den livssituasjonen som pasienten befinner seg i. Kreftsykepleierne sier at når en pasient har kort levetid igjen må de i samråd med pasienten finne ut hva som er viktig, hva pasienten ønsker seg og hva kreftsykepleierne kan legge til rette for, slik at den siste tiden blir så god som mulig. En av kreftsykepleierne uttrykker seg slik:

*”For å oppnå god kontakt med pasienten er det viktig å få tak i livshistorien til pasienten, å få fram den. Hele historien, hva de har arbeidet med, hva de har gjort på gjennom livet...*

*Det å vise interesse for pasienten er en god måte å komme inn i en god samtale, en god dialog. For meg er det en fin måte å komme i kontakt med pasienten. Når en først har fått en slik trygghet mellom pasient og pleier så har en oppnådd den gode relasjonen”.*

Kreftsykepleierne sier at de er interessert i personen, ikke som en kunstig påtatt interesse, men som et naturlig resultat av fokuset nettopp relasjonsbygging har hatt gjennom spesialutdanningen. Fokus på ulike pasientcase, etiske diskusjoner, trening på de ”vanskelige samtalene”, har vært med på å danne dem inn i en rolle med identitet som kreftsykepleiere. De hevder at den gode relasjonen med pasienten i forkant, er avgjørende for når de senere må komme inn og snakke om andre vanskelige områder som gjelder pasientens livssituasjon.

En annen utfordrende oppgave er kontakten med pasienten og deres pårørende i forbindelse med kreftsykdommen. Særlig innen områder som gjelder kommunikasjon, det å gi god og dekkende pasientinformasjon, kan være utfordrende i noen pasientsammenhenger.

Ulike utfordringer, frustrasjoner og uttrykk for hjelpeløshet både hos pasient og pårørende, kommer ofte til uttrykk via spørsmål de stiller til kreftsykepleieren. Kreftsykepleierne uttrykker at de håndterer disse spørsmålene bedre etter at de har økt sin kunnskap om kreftomsorg gjennom sin spesialutdanning, men at dette stadig er utfordrende oppgaver for dem. En av kreftsykepleierne sier:

*”Det gir pasienten i utgangspunktet en trygghet å vite hvem som er kreftsykepleier, så er det opp til oss å innfri det behovet. For min del føler jeg en helt annen trygghet og kompetanse før og etter videreutdanningen.*

*Det er veldig stor forskjell altså, før og etter kreftutdanningen.*

*Den som får størst utbytte av at vi er kreftsykepleiere, det er pasienten, i den relasjonen vi har med pasienten.*

*Jeg føler at jeg har mer tyngde i forhold til det å stå i vanskelige situasjoner”.*

Kreftsykepleierne sier at de ”tør” mer nå enn før de hadde spesialutdanning. På spørsmål om hva som gjør at de tør mer i direkte samhandling med pasienten, sier de at de opplever seg selv som tryggere. At de er mer frimodige i forhold til egen identitet som kreftsykepleier, at de framstår som faglig kvalifiserte på en annen forbedret måte, ved at de har økt kunnskap og at det bidrar til en selvsikkerhet som de opplever som god å støtte seg på i hverdagen. Utsagn som disse illustrerer at kreftsykepleierne opplever at de har økt sin kunnskapsbase:

*”Jeg har jobbet på en annen avdeling med .... kreftpasienter før jeg tok videreutdanningen, men det var mye jeg ikke kunne for det, veldig mye”.*

*”Det er jo noen år siden jeg var utdannet kreftsykepleier, da jeg jobbet på en vanlig avdeling så ble det ofte ikke noen sånne spesialoppgaver. Da jeg kom på denne spesialavdelingen her, så hadde jeg ikke den erfaringen fra egen sengepost, så det ble litt nytt å begynne på en avdeling der alt var nytt og en bare kunne fokusere på kreftpasientene. Det var lagt opp til at det var det jeg skulle bruke tid på. Så fant jeg ut at jeg ikke hadde så mye erfaring likevel, selv om det var en stund siden jeg hadde tatt utdanningen”.*

Kreftsykepleierne framholder at de nå har en dypere innsikt i hele mennesket, sykdommen, familien og livssituasjonen som pasienten står i. Ringvirkningene en kreftdiagnose har for hele familien er noe kreftsykepleierne fokuserer på i sitt daglige arbeid på avdelingen.

Den grunnleggende kunnskapen om de overnevnte tema har de tilegnet seg i generell sykepleie i grunnutdanningen. Kreftsykepleierne sier at i løpet av grunnutdanningen sin ikke gikk inn i de ulike kreftdiagnoser og problemstillinger på samme måte.

Grunnutdanningen gav dem en generell kunnskap om temaet kreft og de utfordringer pasient og familie møter, men ingen dybde kunnskap.

Kreftsykepleierne gir uttrykk for at de innehar en kompetanse som er på et annet høyere nivå, enn de hadde før de tok spesialutdanning. De har en solid utdanning som setter dem i stand til å se, forstå og møte kompleksiteten som moderne kreftomsorg representerer. De føler seg godt rustet til å ivareta pasient og pårørende, også å bidra positivt inn i et fagmiljø som kan nyttiggjøre seg deres kompetanse. Et høyere nivå begrunner de ved at de har kompetanse over et bredere spekter av kunnskap. En av kreftsykepleierne sier det slik:

*”Det å bli spurt i forhold til det som er mitt spesialfelt, noe av det som jeg har fordypet meg i, så er det jeg som kjenner til det og da kan du komme til meg: Du kan noe om det, kanskje du kan hjelpe meg, eller komme med tips? Jeg synes det er kjempekjekt å bli spurt! Og kunne bidra – ikke fordi jeg kan noe som ingen andre kan, men det er nå viktig å få bruke det en kan, noe som er en del av kompetansen. Det er jo på den måten en kan være med å øke kompetansen...”*

Kreftsykepleierne ønsker å veilede og dele sin kunnskap og erfaring, slik at sykepleierne på avdelingen kan lære av dem. De betrakter deling av kunnskap som viktig og ønsker ikke selv og eie en spesialkunnskap, men være bidragsytere inn i sitt miljø der det til slutt blir veldig mange flere som kan verdifull kunnskap til det beste for pasienten. En kreftsykepleier sier:

*”Kanskje med den kompetansen vi har kunne vært veiledere eller ressurspersoner i avdelingen”*.

Flere utgagn som dette tilkjennegir at kreftsykepleierne ønsker å bidra positivt inn i fellesskapet på avdelingen ved å formidle videre noe av det de har tilegnet seg gjennom

økt formalkompetanse. Ved å spille på lag med sine medarbeidere, ha opplæring – og veiledningsansvar, vil dette representere en faglig gevinst for hele staben.

## **6.2 Spesielle arbeidsoppgaver**

Kreftsykepleierne sier at cytostatika behandling og det å gi ”kur”, er en av de oppgavene som er spesielle i kreftsykepleierens arbeid. Spesielt krevende ved administreringen av cytostatika er detaljkunnskap i forhold til ulike typer cytostatika og mulige bivirkninger de ulike medikamentene gir. Det er stadig nye typer cellegift som brukes i pasientbehandlingen og kreftsykepleierne må oppdatere seg på det spesielle ved de ulike kurene.

Det kreves spesialkunnskap og trygghet når man skal utføre en slik behandling av pasienter.

Når det gjelder området cytostatika behandling og oppfølging av pasienter i etterkant av gitt kur, er kreftsykepleierne i undersøkelsen enige i om at dette er et spesialområde som ut i fra deres ståsted, burde vært ilagt dem som gruppe. En av kreftsykepleierne sier:

*”Når vi har spesialkompetansen, så forventes det at vi har kunnskap om det. Når det er en spesialoppgave som blir utført ved en spesialavdeling, så kan man ikke kreve det samme av en vanlig sykepleier. Fordi da forventes det, da har vel avdelingen en plikt til å gi opplæring så lenge det er en spesialoppgave. For at den forventningen skal bli innfridd, så må vi kreve det at vi også får praktisk erfaring”.*

Kreftsykepleierne sier det slik om ansvaret som følger med å administrere cytostatika behandlingen:

*”Jeg er bekymret jeg når sykepleiere uten verken teoretisk erfaring eller særlig praktisk erfaring i å administrere cytostatika gir det.*

*Når de har tatt cytostatika kurset så må de stole på seg selv om de føler seg kompetente eller ikke.*

*Det er ikke alle som er i stand til å si fra om at de ikke er kompetente... Den dagen det skjer noe... og da tenker jeg at dersom du ikke vet hva du skal gjøre, så er du ganske... det er du selv som er ansvarlig”.*

*”Jeg tenker særlig at dersom legene foreksempel ordinerer feil dose, så ringer det en bjelle hos oss, for vi har den kompetansen. Vi vet hvordan man regner ut doser, vi vet hvilken max dose pasienten skal ha og vi vet om ulike kurer og at pasienten kan tåle den. Vi har så mange knagger at det ringer en bjelle da. Det har jo med det teoretiske, men også selvfølgelig med det at vi har gitt cellegift noen ganger”.*

Det er ikke alle sykepleierne som arbeider ved avdelingen som har egne cytostatika kurs. Kreftsykepleierne utelukker ikke at erfarne sykepleiere som har vært kurset, som er trygge i denne administreringen, også kan utføre denne oppgaven, men prinsipielt uttrykker de at dette ikke er en ønskelig praksis. De sier at det er kreftsykepleierne som gjennom sin spesialutdanning har den teoretiske kunnskapen, den praktiske erfaringen og kompetansen, i forhold til denne spesifikke prosedyren. Utsagn som dette går igjen i intervjuene:

*”Forventningene til oss kom fram av og til i forhold til cytostatika, i en så konkret situasjon som cytostatika administrering, så var det i utgangspunktet kreftsykepleierne som skulle ha ansvar for det. Kreftsykepleierne har den teoretiske kunnskapen og kanskje også mye praktisk erfaring, fordi om vi ikke har fått muligheten til det, så har vi tross alt en kompetanse og bidra med, men likevel, den blir ikke brukt”.*

De hevder at mange av deres sykepleierkollegaer opplever å ha blitt kastet ut i det å gi cytostatika. Når sykepleierne har tatt cytostatika kurset som tilbys på avdelingen, må de stole på seg selv, om de føler seg kompetente eller ikke til og administrere kuren. Det er sykepleiernes eget ansvar å sette deg inn i prosedyrene, lese om kuren og oppdatere seg i forhold til administrering og observasjoner. Kursene sykepleierne har hatt på avdelingen om cytostatika behandling handler ikke om teoretisk kunnskap men kun administrering, i følge kreftsykepleierne. De uttrykker bekymring når sykepleiere uten teoretisk erfaring eller særlig praktisk erfaring i å administrere cytostatika, gjør nettopp dette og ikke sier fra om at de ikke er kompetente til å utføre arbeidsoppgaven.

Kreftsykepleierne tenker at det er de som burde få utføre denne oppgaven for å kunne øke egen kompetanse innen området cytostatika behandling. De hevder at kreftsykepleierne

også kan føle seg utrygge i dette arbeidet, fordi de får for lite kontinuerlig trening på dette i sin arbeidshverdag. En kreftsykepleier sier det slik:

*”Jeg må si at jeg har forventninger, jeg innbiller meg at andre har forventninger om at å gi cytostatika skal jeg kunne gjøre på en god måte. Men jeg vil ha den tryggheten.*

*Jeg vil ikke gå med skuldrene oppunder ørene, fordi jeg gjør det så sjelden”.*

Kreftsykepleierne ser at det kan være vanskelig at cytostatika behandlingen kun skal forbeholdes dem som gruppe. De tenker likevel at innen dette området bør de gå foran andre, for å få den praktiske øvingen som de trenger for at de skal bli trygge, slik at de kan bli en ressurs for kollegaene sine på sikt ved å drive opplæringsarbeid av andre.

Kreftsykepleierne uttrykker at etter deres formening burde det være klare instruksjoner på hvem som skal utføre dette arbeidet. Når det er kreftsykepleiere på vakt, burde de hatt ansvar for denne oppgaven slik at de kan opparbeide trygghet i prosedyren.

Kreftsykepleierne sier:

*”Det er ikke all verden av cytostatika kurer oppe på avdelingen, det blir mest gitt på poliklinisk avdeling. Det er i alle fall slik at det er vi som har teorien og som ønsker å bli skikkelig drillet på den biten der. At avdelingen får den kompetansen.*

*”Når vi har spesialkompetansen så forventes det at vi har kunnskap om det, men når det er en spesialoppgave som blir utført ved en spesialavdeling, så kan man ikke kreve det samme av en vanlig sykepleier. Fordi da forventes det, da har vel avdelingen en plikt til å gi opplæring så lenge det er en spesialoppgave. For at den forventningen skal bli innfridd, så må kreve det at vi også får praktisk erfaring”.*

*”Å gi kur er ikke alltid så godt planlagt. Ofte så kan en begynne en kur på en fredag og så kanskje det ikke er kreftsykepleiere som kommer på om kvelden eller, ja...”.*

*”Det er jo ledelsen som skal godkjenne hvem som er kompetente til det. I forhold til kvaliteten og det med rutiner som er veldig viktig å ha i forhold til cytostatika administrering, så er det ikke dette bra nok”.*

Kreftsykepleierne hevder at de har den spesialkompetansen som forventes når det gjelder cytostatika behandling og at de har god, oppdatert kunnskap i forhold til denne spesialoppgaven. De sier at organiseringen av arbeidet kan ikke foretas på en slik måte at det forventes det samme av en vanlig sykepleier som ikke har fått opplæring. Da må avdelingen ha en plikt til å gi adekvat opplæring i det spesielle ved en avansert prosedyre. For at en forventning om at alle skal kunne utføre det samme, må det tilbys opplæring og praktisk erfaring. Kreftsykepleierne sier at dersom det er sykepleiere som har veldig mye erfaring i å gi kurer, så er det ingen av kreftsykepleierne som mener at disse sykepleierne ikke skal få fortsette. Man må en heller spille på lag og forsøke å veilede hverandre, dra nytte av ressursene til hverandre for å kunne øke den totale kompetansen innad i avdelingen. En av kreftsykepleierne løfter fram sykepleierne i kollegiet på følgende måte:

*”Det er jo viktig at de også får kompetanse på det, det er jo det de sier de andre sykepleiere, at de ønsker å ha erfaring de også”.*

Kreftsykepleierne sier at de kjenner på ubehag ved å løfte fram sin egen kompetanse. De er redde for å gjøre seg synlig som gruppe ved å foreslå endringer som berører andre. Endring er vanskelig, særlig dersom det medfører at andre i kollegiet kan kjenne seg devaluerte i det arbeidet de utfører. Kreftsykepleierne understreker at det ikke er deres intensjon når de foreslår å diskutere praksishverdagen og eventuelt endre på rutiner som kan være med å kvalitetssikre sykepleien som blir utført.

### **6.3 Undervisning, veiledning og organisering av arbeidet**

Veiledning av pasient og pårørende, etterlattesamtaler i forbindelse med dødsfall er andre arbeidsoppgaver kreftsykepleierens daglige arbeid består av, i tillegg til de dagligdagse oppgavene som stell, pleie og ivaretagelse av pasientene. Dette er et arbeid kreftsykepleierne synes er viktig, et arbeid de ønsker å utføre på en optimal måte i møte med pasient og pårørende. En sier det slik:

*”Det inngir en trygghet hos pasienten at de ser at vi har spesialutdanning i kreft, at vi har teori om det og forhåpentligvis kan mer om det”.*



Kreftsykepleierne opplever at gjennom undervisnings og veiledningsarbeidet får brukt kompetansen de innehar i kraft av sin spesialutdanning. Disse oppgavene er utfordrende arbeidsoppgaver som krever kunnskap og innsikt på ulike områder som kommunikasjon, pedagogikk og krise og – mestringsteorier. Dette er områder som de har hatt mye fokus på gjennom sin spesialutdannelse. Undervisnings og veiledningsoppgavene er ikke kun forbeholdt kreftsykepleierne, men alle sykepleierne i staben utfører dette om de har spesialutdanning eller ikke. Dette anser kreftsykepleierne som en hensiktsmessig ordning for å få en naturlig rytme i de daglige arbeidsoppgavene som kreves på avdelingen. En kreftsykepleier sier det slik:

*”Det er ikke nødvendig at vi går inn i alle situasjonene heller, for vi har kanskje ikke et forhold til den pasienten eller pårørende, men kanskje vi med den kompetansen vi har, kunne være veiledere eller ressurspersoner i avdelingen. Det tenker jeg er viktig”.*

Flere av kreftsykepleierne i gruppen framholder at et nært og åpent samarbeid med pasientens pårørende, som svært viktig i pasientbehandlingen. De understreker betydningen dette har for en helhetlig tilnærming til pasientens situasjon og en bedre forståelse for kompleksiteten i pasientens sykdomsforløp.

*”Vi er veldig bevisste på pårørende – de er en veldig ressurs for pasienten. Så er det yngre pasienter, som har unger og så skal vi prøve å tilnærme oss dem og får en del spørsmål om hvordan en skal tilnærme seg dem. Dette er et ansvar vi kunne ha”.*

Kreftsykepleierne uttrykker stor respekt og tillit til sine sykepleiekollegaer på avdelingen. De sier at de ikke mener at det bare er deres egen gruppe som bør ha spesialansvar for ulike områder innen behandling av pasienten. De understreker betydningen av et godt arbeidsfellesskap og sier at kollegiet består av svært mange dyktige, erfarne medarbeidere som har lang fartstid innen kreftbehandling og som dermed framstår som velkvalifiserte i den jobben de gjør. En sier:

*”Jeg tenker på oss som kreftsykepleiere, men også andre som har spesialkompetanse. Pårørende og barn kunne vært skilt ut også, ernæring og kosthold. Ja, stråling, vi kunne gått gjennom alle felt. Fått hvert vårt ansvarsområde og hatt undervisning”.*

Kreftsykepleierne er opptatt av at egen kompetanse innen veiledning og undervisning kan systematiseres bedre i fordelingen av arbeidsoppgavene inn i den daglige driften. En av kreftsykepleierne uttaler:

*”Vi har alle et ansvar. Fra begynnelsen ble det spurt om hvordan vi kunne bidra, uavhengig om vi var spesialsykepleiere eller vanlige sykepleiere. Det ble satt opp grupper ut i fra interessefelt. Dette var det veldig stor entusiasme for, men på en måte innhentet hverdagen oss....”.*

Alle kreftsykepleierne som deltok i undersøkelsen har bred erfaring fra tidligere arbeidsforhold. De uttrykker at det burde være retningslinjer for det arbeidet kreftsykepleieren skal ha ansvar for i kreftavdelingen. De opplever at det blir ”opp til hver og en av oss”, som en av dem uttrykker det, at det ikke finnes nedfelte arbeidsinstruksjoner som definerer hva som er deres ansvarsområder. Kreftsykepleierne uttrykker:

*”Helt fra starten tenkte jeg at jeg skulle få en helt spesiell funksjon i avdelingen som kreftsykepleier. Jeg bar med meg litteraturen min for her var det ikke litteratur, om det var noe jeg måtte slå opp, ja...  
Jeg var veldig forberedt på det, men det har bare ikke, sånn har det ikke fungert her. Vi har en kompetanse og bidra med, men den blir ikke brukt”.*

*”Jeg tror det var det at det ikke var noen rutiner eller noe som lå i bunnen, vi skulle være med på å forme avdelingen selv, men det ble jo vanskeligere at vi hadde trodd. Vi kom jo ifra forskjellige kulturer, forskjellige... noen var helt nyutdannet, noen var velkjent for mange fra før, noe var helt fremmed for de som ikke hadde arbeidet på sykehus”.*

Kreftsykepleierne tenker at deres spesialkompetanse kunne vært utnyttet bedre for å optimalisere ivaretagelsen av pasientene ved en strukturert fordelingen av arbeidsoppgaver, ut i fra ansvarsområder blant kreftsykepleierne. De sier at de ikke har noen ansvarsområder som skiller seg i fra en vanlig sykepleiers oppgaver. En sier det slik:

*”Vi har ingen arbeidsoppgaver som skiller seg ifra en vanlig sykepleiers oppgaver på noen måte. Hvis man var flinkere til å utnytte ressursene her så hadde det kommet mye lengre, tenker jeg. Det er på trappene at det blir det, med ansvarsområder og kanskje også det å undervise kollegaene ”.*

*”Det var vanskelig å finne rollen sin i avdelingen, for det forventet jeg, at vi fikk litt spesial oppgaver når avdelingen var ny. Så var vi ikke trygge nok sammen, i ettertid ser jeg at vi kunne ha vært mye sterkere vi kreftsykepleiere at vi kunne ha jobbet litt mer, stilt litt større krav til at dette gjør vi, dette tar vi ansvar for. Her kan vi stille opp og gjøre noe, ja.. Vi så kanskje ikke det, vi smøg oss kanskje litt i korridoren. Vi fikk pasientene våre og vi gjorde oppgavene våre”.*

Dersom ressursene og kunnskapen kreftsykepleierne innehar hadde vært utnyttet på en bedre måte, hevder kreftsykepleierne at avdelingen hadde kommet lengre i utviklingen av kompetansen på avdelingen, noe som hadde kommet hele kollegiet til gode. Alle kreftsykepleierne er positive til å bidra inn i avdelingen med sin spesialkunnskap, for slik å stimulere til kompetanseheving for kollegiet og oppnå et kompetent praksisfellesskap. De ønsker en organisering av arbeidsoppgavene der spesialsykepleierne får et definert ansvarsområde. De understreker:

*”Å få et sånt ansvar gjør noe med oss, det er noen som stiller krav til deg, det skjerper... ”.*

Kreftsykepleierne framholder at de ønsker å bli stilt krav til når det gjelder sin spesialkompetanse og at den kunnskapen de innehar skal synes i praktisk handling. De vil synliggjøre gjennom det daglige arbeidet i avdelingen at de innehar spesialkunnskap i kreftbehandling. Denne kompetansen strekker seg ut over den generelle

sykepleiekunnskapen de har tilegnet seg gjennom grunnutdanningen og fører til en økt faglig kvalitet i omsorgen for pasienten. En sier:

*”Avdelingen har et ansvar for kvalitetssikre og lære opp personalet i spesielle rutiner, som gjelder for denne avdelingen.*

*Det er ingen opplæring som er satt i system. Fadderordning er slikt som vi har etterlyst. Vi er ikke flinke til å gi tilbakemeldinger om sånne ting.*

*Vi er alt for lite flinke til å gi tilbakemeldinger til hverandre, både positivt og andre ting”.*

Kreftsykepleierne ønsker at de som gruppe skal benyttes aktivt i veiledning av sykepleier kollegaene og at deres kompetanse innen fagområdet burde framstå så tydelig at den ressursen de representerer ble utnyttet bedre. En sier det slik:

*”Jeg tenker da jeg selv jobbet som vanlig sykepleier og ikke hadde tatt en spesialutdannelse og jobbet på en vanlig avdeling, der jeg arbeidet sammen med kollegaer som hadde spesialkompetanse, hvordan jeg syntes det var trygt å kunne jobbe sammen med dem og spørre dem til råds.*

*Men her så kan alle.... Jeg har ennå til gode når jeg sitter på personalrommet eller på vaktrommet at det er noen som spør” Dere som er kreftsykepleiere hvordan er det”?*

Kreftsykepleierne savner tid til veiledning og fordypning i faglige problemstillinger. De uttrykker et behov for å kunne diskutere og oppdatere seg i fellesskap med andre for og oppnå større faglig selverkjennelse, personlig utvikling og faglig identitet. En av dem uttrykker det slik:

*”Vi er også veldig flinke til ikke å ta oss tid til for eksempel veiledning. Det er så travelt ute i avdelingen at vi ikke kan gå fra. Egentlig så burde vi gjøre det, for det er faktisk obligatorisk å gå på veiledning. Så burde det heller forberedes slik at det er nok folk, og at vi faktisk kan gå.*

*En gang i måneden er vi på veiledning. At vi fikk satt av tid til å fordype oss i interessefeltet er viktig, det har vært tatt opp på medarbeidersamtaler”.*

De hevder at muligheten til å kunne reflektere over egen praksis, hjelper dem i utviklingen mot å bli sterkere fagpersoner. Refleksjon og veiledning i grupper bidrar til at de utvikler seg sammen, blir bevisstgjort i forhold til væremåte, kommunikasjonsformer de benytter og samarbeidsevner innad i gruppen.

## 7.0 DRØFTING

I denne delen av oppgaven tar jeg utgangspunkt i de ulike tema som har framkommet etter en gjennomført analyse av empirien gitt under fokusgruppeintervju med kreftsykepleierne. Jeg vil ta utgangspunkt i de samme kategoriene i drøftingen som tidligere er beskrevet i kapittel 6, under presentasjon av funn.

### ***7.1 Formalkompetansens betydning for faglig trygghet i utøvelse av sykepleie overfor kreftpasienter.***

Tradisjonelt sett har kreftsykepleie blitt utført av alle sykepleiere. Realkompetansen overfor kreftpasienter har delvis vært erfaringslæring og deling av kunnskap sykepleierne imellom.

Risikoen med denne formen for opplæring er at den er tilfeldig. Det kunne føre til at enkelte fikk ”hull” i sin kompetanse, fordi det ikke fantes en samlet oversikt over hvilken kompetanse som var nødvendig overfor kreftpasienter. Eksempelvis kunne sykepleiere med vanlig grunnutdanning bli satt til og infundere cytostatikum uten at de hadde den nødvendige kompetanse med tanke på virkning, bivirkning og eventuelle faremomenter. Så lenge alt går som planlagt, kan et slikt system fungere. Dersom feil oppstår, ser man behovet for mer grunnleggende kunnskap. Innføring av krav til formalkompetanse er basert på en helhetlig tenkning om at man skulle sikre sykepleierne en faglig plattform som ikke hadde de hullene som kunne oppstå ved en mer tilfeldig måte å lære nye oppgaver.

Formalkompetansen som oppnås gjennom et videreutdanningsprogram, såkalt spesialistkompetanse, må godkjennes fra utdanningsinstitusjonen, for at en sykepleier skal kunne titulere seg som spesialist i kreftsykepleie. Formal kompetansen kan ikke betraktes som et isolert element alene, da den ikke sier alt om hvordan en kreftsykepleiers samlede kompetanse framstår i avdelingen. Tradisjonelt sett betyr formal kompetansekravet at sykepleieren har en utdanningsmessig og organisatorisk myndighet til å kunne arbeide innenfor gitte fagområder.

Omsorg overfor kreftpasienter er ivaretatt i videreutdanningsprogrammet. Dette gjør at kreftsykepleiere blir en ekstra faglig ressurs på avdelinger med kreftpasienter. På grunn av

kompleksiteten i de ulike domener knyttet opp mot ansvaret for kreftpasienten, hevder Benner at spesialisten, gjennom sin utdanning har bedre forutsetninger til å gi den nødvendige støtte og veiledning til pasient og pårørende i en endret livssituasjon (Benner 1995, Husband et al 2000).

Det faglige miljøet i en avdeling er avhengig av at alle ansatte kjenner seg verdsatt i den jobben de utfører og opplever at deres bidrag er viktig. Samlet kompetanse kan være god hos en sykepleier, selv om vedkommende trenger trening og mulighet til å videreutvikle sider ved seg selv som yrkesutøver (Bruun og Pedersen 2005).

Utvikling innen faget er en kontinuerlig prosess som må utvikles over tid og gjennom erfaring. Benner (1995) mener at alle sykepleiere som arbeider med kreftpasienter bør ha spesialkompetanse. Dette kan være mulig på en kreftavdeling i større byer, der det har vært et spesialiseringstilbud i kreftsykepleie over flere tiår og der rekrutteringsgrunnlaget finnes tilgjengelig. I mindre byer som ikke har hatt videreutdanning i kreftsykepleie som et tilbud i lengre tid enn de seneste 10 – 15 årene, har man ikke et tilsvarende grunnlag å bemanne en spesialavdeling med. Dessuten befinner mange kreftpasienter seg også på andre avdelinger, og det er urealistisk at alle sykepleiere som arbeider med kreftpasienter, skal ha spesialkompetanse i kreftsykepleie. Det at en avdeling har sykepleiere med ulik spesialkompetanse kan gjøre at avdelingen samlet sett har et bredt faglig ressursgrunnlag å tilby i behandlingen av pasienten. Derfor er det viktig at kreftsykepleiere også finnes på ordinære sengeposter.

## ***7.2 Formalkompetansens betydning for refleksjon over egen praksis***

Kreftsykepleiere blir i sitt arbeid utfordret personlig fordi kreftomsorg er spesielt krevende med ivaretagelse av pasienter i en sårbar livssituasjon.

I følge kreftsykepleierne selv fører dette til behov for refleksjon over egne holdninger og reaksjonsmønstre i møte med kreftpasienten. I intervjuene med kreftsykepleierne trekker de fram spesialutdannelsens betydning for refleksjonens rolle i deres faglige utvikling. I undervisningen ble det vektlagt nødvendigheten av å reflektere - i og - over egen handling og hvordan de skulle benytte refleksjonsspørsmål, noe som samsvarer med Schøns tanker om refleksjon (Rammeplan for Videreutdanning i Kreftomsorg 2005). Refleksjon innebærer å stille spørsmål knyttet til gjennomføringen av ulike gjøremål, og det er viktig

for å utvikle og forbedre egen praksis. Følgende spørsmål kan hjelpe praktikerer til å analysere sykepleien som blir utført og til lære av egne og andres erfaringer for å skape faglig utvikling:

Hva skjedde i situasjonen? Hva var pasientens tilbakemelding? Hva opplevde jeg i situasjonen? Hva gikk bra? Hva kunne bli gjort bedre? Hva kan jeg gjøre annerledes neste gang? Økt refleksjon og vurderingsevne, frimodighet til å stille spørsmål omkring sin praksishverdag, er en forutsetning for å vokse både personlig og som fagperson for å finne gode løsninger på komplekse problemstillinger (Schøn 2001).

Grunnen til at refleksjon er spesielt viktig i kreftomsorg, er at det er et faglig verktøy for å ivareta kreftsykepleierens behov når de utvikles på det personlige planet (Rammeplan for Videreutdanning i Kreftsykepleie 2005). Refleksjonsprosessen i en ren prosedyre kan være knyttet opp mot helt klare skrevne retningslinjer.

I situasjoner hvor sykepleierne kan møte pasientens angst og usikkerhet overfor fremtiden, kan det aktualisere sårbare områder i sykepleierens privatliv. Man kan for eksempel ha nære familiemedlemmer med lignende sykdom, og da kan pasientens bekymring og uro overføres til sykepleieren ved at hun tenker på egne familiemedlemmer og dermed flytter fokus i arbeidssituasjonen fra pasienten. Refleksjon kan være et godt hjelpemiddel for å holde fast ved fokus i selve arbeidsoperasjonen. I tillegg kan refleksjon være til hjelp for sykepleieren til å bearbeide egne reaksjoner. På denne måten blir spesialsykepleierens formalkompetanse i praksis brukt til å øke profesjonaliteten.

Howell og Pelton (2001), sier at klinikeres evne til å reflektere over egen praksis er nødvendig for at man skal utvikle seg faglig og oppnå en bredere forståelseshorisont i tilnærmingen av komplekse praksissituasjoner. Refleksjon hjelper kreftsykepleieren til å forstå egen praksis og til å gi en bredere erfaring av egen terapeutisk rolle i kreftbehandlingen (Howell, Pelton 2001).

Utfordringen i kreftsykepleierens hverdag blir å legge til rette for arenaer der de har mulighet til å kunne reflektere. Dette kan tilrettelegges med daglige gruppesamlinger i arbeidstiden der aktuelle problemstillinger diskuteres. I en presset arbeidssituasjon der det i utgangspunktet er knapt med ressurser til eksisterende oppgaver, kan det synes vanskelig å prioritere tid for refleksjon i fellesskapet. Det er ikke alltid samsvar mellom det som teoretisk sett fremholdes som en viktig prioritering, og det som er virkeligheten i



praksisfeltet. Når noe velges inn som ny planlagt aktivitet, må nødvendigvis konsekvensen av nye valg, bli at noe annet prioriteres ned, eller velges bort. Dette kan være vanskelige avgjørelser og uenighet må forventes.

Dersom kreftsykepleierne har behov for tid til refleksjon, er det viktig at de er klar over at de selv har et ansvar for å formidle dette, for eksempel gjennom medarbeidersamtaler. Imidlertid er det først og fremst et ledelsesansvar å organisere arbeidstiden, slik at det blir tid og rom for refleksjon.

De intervjuede kreftsykepleierne uttrykker forståelse for betydningen for refleksjon over ulike praksissituasjoner. Kreftsykepleierne ønsker å benytte seg av dette redskapet på en mer systematisk måte. De hevder at det ikke finnes rom til å praktisere dette i en travel arbeids hverdag. De sier at de selv ikke tar seg tid til og prioriterer dette i tillegg til andre gjøremål og at avdelingen ikke setter dette på dagsorden. I løpet av arbeidsdagen er det få treffpunkter personalet imellom, da det praktiseres ”stillerapport” og at kun de viktigste, korte beskjedene formidles etter previsit med lege. Formidlingen til den enkelte sykepleier i kollegiet er det gruppeleder som har ansvar for. Hun kontakter den som må ha konkrete opplysninger om sin pasient, men gruppen som helhet informeres nødvendigvis ikke. Alle har et individuelt ansvar for egne pasienter. Kreftsykepleierne sier at de arbeider selvstendig i løpet av vekten, og at det er lite rom for diskusjoner. Dersom de opplever utrygghet i pasientsituasjoner og trenger noen å spille på lag med, kan det være praktisk vanskelig å få til, da kollegane ikke kjenner deres aktuelle pasient. Ved vaktskifter møtes det påtroppende teamet for å fordele pasientene seg i mellom. Dette gjøres etter at de hver for seg, i stillhet, har lest elektronisk tilgjengelig informasjon om inneliggende pasienter og hva planen er for den enkelte pasient videre i forløpet. På dette fordelingsmøtet eller rapportmøte, er det en struktur eller mangel på nettopp dette, som bidrar til forvirring og gir et kaotisk inntrykk dersom man ikke kjenner ”mønstret”.

Som i all pleie er det naturlig og viktig at pasientene fordeles ut fra en forståelse om at arbeidsbelastningen skal være noenlunde lik mellom pleierne og at fordelingen bygger på en allerede eksisterende relasjon, pasient og sykepleier i mellom. Nye, ukjente pasienter fordeles etter en praktisk ordning som passer for gruppen. På disse møtene er det lite synlig samspill og diskusjon pleierne imellom. Rapportmøtet framstår først og fremst som et arbeidsfordelingsmøte med ansvar for å finne praktiske løsninger på dagens oppgaver,

ikke som et møtested der diskusjoner kan finne sted, dersom man kunne behøve det i forbindelse med dagens gjøremål.

En av kreftsykepleierne sier at hun kjenner seg fryktelig alene om ansvaret for pasientene når hun er på vakt. Hun sier det slik: *”Det er blitt bedre, men det var å være ny her og gå gjennom de vanskelige situasjonene alene.....”*. Opplevelsen av å være alene med et ansvar som kjennes for stort, kunne ha gitt mindre utslag dersom det var lagt til rette for treffpunkter sykepleiegruppen imellom i den daglige aktiviteten.

Slik kreftsykepleierne uttrykker seg, gir de signal om at veiledning og refleksjonstid ikke har vært prioritert sterkt nok i avdelingen. De hevder at de har sagt i fra til ledelsen om dette og understreket nødvendigheten av at refleksjon må prioriteres sterkere i framtiden. Ved siste fokusgruppe intervju ga de uttrykk for at det nå planlegges å sette av mer refleksjonstid, øke antall gruppesamlinger og legges til rette for bredere samarbeid i den daglige aktiviteten.

### ***7.3 Formalkompetanse i forhold til totalkompetanse***

Kompetansebegrepet som definerer en fagperson innehar også andre elementer som er viktige, i tillegg til de formelle kravene. Som beskrevet i teoridelen vektlegger forskerne Krøll og Hansen (2000) andre kompetanser som vesentlige i tillegg til formalkompetansen en sykepleier innehar. De hevder at det ikke uten videre betyr at man er ”spesialist”, selv om man har gjennomført en videreutdanning, at andre faktorer også har betydning i den samlede kompetansen og sier noe om helheten i hvordan en fagperson framstår. De sier:

*”sygepleierskens respektive kompetencer skal ikke sees som isolerede delelementer. Kompetencene skal sees som gjensidig afhængige og sammensatte kompetencer, som til sammen beskriver sygeplejerskens kompetence”* (Krøll og Hansen 2000,12).

Kreftsykepleierne er forsiktige når de beskriver sin egen totalkompetanse. De er tydelige på at formalkompetanse er viktig når man arbeider med pasientgruppen. Det har gitt dem en bredere teoretisk forankring enn en generalistsykepleier. De har gjennom

spesialutdannelsen fordypet seg i ulike aspekter som angår kreftbehandling og hevder at dette har dyktiggjort dem i utførelsen av faget.

På samme tid framstår de utydelige når de skal sette ord på sin totalkompetanse og beskrive hva de virkelig kan. Alle sykepleiere opparbeider en erfaringskompetanse når de kommer ut i arbeid etter endt utdanning. Kreftsykepleierne berømmer de generelle sykepleiernes erfaringskompetanse basert på deres praksis i avdelingen. En erfaren generalist kan ha større totalkompetanse gjennom sin realkompetanse og erfaring fra feltet, enn en nyutdannet spesialsykepleier uten praktisk erfaring. Den praktiske erfaringen til kreftsykepleierne skiller seg imidlertid fra generalisten nettopp på at kreftsykepleieren har en dypere teoretisk bakgrunn å gjøre sine erfaringer på.

I intervjuene fremstår kreftsykepleierne som svært forsiktige, nesten unnfallende når de blir utfordret på dette. De tør ikke hevde sin spesialkompetanse tydelig nok. De hevder at selv om de var erfarne sykepleiere og har arbeidet med kreftpasienter tidligere, har de en helt annen kunnskapsbase nå, men at de må være forsiktige når de hevder dette. Dette sier de er av frykt for å virke bedrevitende, ekskluderende eller tro for godt om seg selv. En kreftsykepleier sier det slik i intervjusituasjonen: *”ikke fordi jeg kan noe som ingen andre kan”*. Dette uttrykker hun selv om hun tilkjenner at hun opplever å ha en spesialkompetanse som gir henne en bredere kunnskapsbase, at hun faktisk kan noe som ikke nødvendigvis en sykepleier uten spesialkompetanse har kunnskap om, på samme nivå. Hun sier videre: *”men det er nå viktig å få bruke det en kan, noe som er en del av kompetansen”*. Utsagnet tyder på at kreftsykepleierne kan devaluere egen kompetanse for å unngå konflikter med de andre sykepleierne på avdelingen. Det kan over tid medvirke til at avdelingens totalkompetanse blir redusert fordi kreftsykepleiernes spesialkompetanse ikke utnyttes.

Kreftsykepleierne som er intervjuet trekker fram sine sykepleier kollegaer og omtaler disse med stor respekt. De understreker at arbeidet sykepleierne utfører i avdelingen, innehar en faglig og etisk standard som er meget god. De hevder likevel at sykepleierne kunne hatt nytte av å bruke kreftsykepleierne som veiledere og ressurspersoner i større grad enn de opplever at det gjøres i dag. En sier det slik: *”Det å bli spurt i forhold til det som er mitt spesialfelt, noe av det som jeg har fordypet meg i”*.

## **7.4 Kreftsykepleierens arbeidsoppgaver vurdert i forhold til risikovurdering og kvalitetssikring**

Fordi noen oppgaver krever spesialkompetanse er det nødvendig at man trekker opp grensene mellom generell sykepleie og kreftsykepleie. Samtidig må man være klar over at det finnes en overgangssone der oppgavene er overlappende og kan utføres av alle sykepleiere. Derfor blir det gråsoner av oppgaver som kan gjennomføres både av sykepleiere med generell kompetanse og spesialsykepleiere. Oppgaver i ”overlappingssonen” er sykepleieoppgaver som er spesielle fordi pasienten har en spesiell sykdom – i dette tilfellet kreft, men som i seg selv ikke krever spesialkompetanse. Eksempel på dette kan være smertelindring eller sårstell etter stråleskade. I seg selv utgjør smertelindring og sårstell generelle sykepleieoppgaver, men overfor kreftpasienter er oppgaven spesiell. I motsetning til en postoperativ ortopedisk pasient som kan forvente gradvis mindre smerter, kan en kreftpasient frykte gradvis økende smerte. Det som utgjør spesialutfordringen befinner seg på det psykologiske planet. Vel så viktig som den medikamentelle smertelindringen er sykepleieren vurdering av pasientens frykt for nye og økende smerter.

Hensikten med å skille mellom generell og spesial kompetanse er både effektiv ressurs utnyttelse og best mulig kvalitet av oppgavene overfor pasienten. Det vil være uhensiktsmessig å benytte en spesialsykepleier til en generell oppgave, for eksempel medisinsansvar på en gruppe, mens en generell sykepleier skal ta ansvar for cytostatika behandling av en pasient. I en slik situasjon vil alle pasientene som skal få medisiner i gruppen sannsynligvis få samme kvalitet på den tjenesten de skal ha, mens kreftpasienten risikerer å få en mindre kvalifisert sykepleier til å utføre en prosedyre som krever spesialkompetanse fordi den har risikomomenter knyttet til seg. Ulempen med å skille mellom spesialist og generalist er at det kan føre til at man opplever at noen sykepleiere er ”mer verdt” enn andre og at man kan bli opprådd hvis en av spesialsykepleierne ikke er tilstede.

I forarbeidet til denne oppgaven kontaktet jeg kreftavdelingene ved to norske sykehus og etterspurte arbeidsoppgaver og stillingsinstrukser knyttet til kreftsykepleierens arbeid. Et av sykehusene hadde slike instruksjoner. Sykepleierne som er intervjuet arbeider på en avdeling uten slike instruksjoner. En arbeidsinstruks som definerer ansvaret knyttet til ulike

arbeidsoppgaver kan medvirke til at en kvalitetssikring av arbeidet finner sted, ved at både sykepleiere og kreftsykepleiere vet hva som forventes av dem når det gjelder ulike ansvarsområder. En slik arbeidsinstruks ansvarliggjør den enkelte arbeidstaker. Slik unngår man usikkerhet og individuelle ad hoc løsninger, men arbeider etter en skissert plan for arbeidet.

Kreftsykepleierne er kritiske til kvalitetssikringen når det gjelder administrering av cytostatika behandling slik den utføres ved avdelingen. De hevder at kurene kan være dårlig planlagte i forhold til at det ikke er kreftsykepleiere på vakt som kan ta over og kontrollere påbegynte kurer, og at dette ofte skjer i forbindelse med helgeturnus. De er ikke fornøyde med at praksisen i avdelingen er slik at det er generelle sykepleiere benyttes i dette arbeidet og ikke kreftsykepleierne. De forstår at det er ledelsen som er ansvarlige når det gjelder forsvarlighet i forbindelse med denne prosedyren og at organiseringen slik den finner sted i dag, fra et ledelses ståsted betraktes som forsvarlig praksis.

Kreftsykepleierne minner om at da avdelingen var ny og de hadde møter for å diskutere og planlegge driften i avdelingen, var det i utgangspunktet enighet om i avdelingen at nettopp cytostatika behandling, var kreftsykepleiernes spesial område. En av kreftsykepleierne sier det slik i intervjuet: *”Det burde være en selvfølge at det er en av spesialoppgavene som kreftsykepleieren kan ha”*. På samme tid kan de forstå at det i praksis kan være vanskelig å få til at det bare er kreftsykepleierne som får administrere cytostatika, men de opplever en slik praksis som vanskelig. Særlig gjelder dette når de vet at enkelte sykepleiere ikke er trent til oppgaven og selv gir uttrykk for engstelse og usikkerhet. De vet at andre sykepleiere på avdelingen synes det er spesielt at cytostatika administrering, bare skal være en spesialoppgave forbeholdt kreftsykepleierne. Her inntar kreftsykepleierne en samstemt holdning om at dersom det er kreftsykepleiere på vakt skal de benyttes til slike gjøremål. Cytostatika behandling skiller seg ut i intervjuene som et kjerneområde kreftsykepleierne betrakter som ”sitt eget”. De har teoretisk kunnskap om risiko og observasjoner knyttet til de ulike kurene. De framholder at dette er avansert behandling der sykepleierne må ha spesiell kunnskap om hva de holder på med. De understreker at det å administrere cytostatika behandling ikke er dagligdags rutine på avdelingen, men at de fleste kurer administreres ved en egen enhet med personale som er høyt kvalifisert i dette arbeidet. Siden det er relativt lite cytostatika behandling som foregår på avdelingen, aktualiserer

dette kreftsykepleiernes behov for selv å få utføre denne behandlingen. De opplever at de trenger tilgjengelige muligheter til trening for å holde kompetansen ved like. Alle eksperter må vedlikeholde og videreutvikle sine kunnskaper dersom den skal inneha ønsket kvalitet (Dreyfus 1985, Benner 1995).

Kreftsykepleierne synes det er utilfredsstillende at andre sykepleiere tar ansvar for kurene når det er kreftsykepleiere på vekten, da det i utgangspunktet var bestemt at dette var et ansvar for kreftsykepleierne. En kreftsykepleier sier det slik: ” *I forhold til kvaliteten og det med rutiner som er veldig viktig å ha i forhold til cytostatika administrering, så er det ikke dette bra nok*”. En av kreftsykepleierne viser til en episode der hun kjente seg forbigått og devaluert i forhold til egen kompetanse. Hun sier: ” *Jeg tenkte at jeg skulle ta denne kuren, sier vedkommende sykepleier. Og vet du hva, da får jeg meg ikke til å si: Jeg er kreftsykepleier, den kan jeg ta, det får jeg meg ikke til – rett og slett*”. Kreftsykepleierne mener at i slike situasjoner bør man ta en diskusjon om det er slik ressursen skal benyttes. Man trenger ikke å knytte hendelsen direkte til andre sykepleiere, men kan løfte en slik problemstilling opp på et generelt nivå og diskutere dette samlet. Personalmøter der saker gjerne er varslet i forkant, er velegnet til slike faglige diskusjoner. Faglig uenighet må tillates i en avdeling. Det må være rom for at det finnes ulike oppfatninger omkring hvordan oppgaver skal utføres. Avdelingens utfordring blir å lytte til ulik faglig argumentasjon og i fellesskap komme til en konsensus om hvordan oppgaver skal løses.

Faren med å skille mellom spesialoppgaver og allmenne oppgaver er at man kan oppnå kunstige skiller i behandling og mellom sykepleierne. En måte å unngå det, er å knytte ansvaret for oppgaven, ikke utførelsen av den, til spesialkompetanse (Benner 1995). Cytostatika behandling må nødvendigvis ikke utføres av en kreftsykepleier, men kan foretas av en sykepleier som har fått opplæring og veiledning av avdelingens kreftsykepleier og der kreftsykepleieren har kontrollert at prosedyren er blitt fulgt. På den måten vil flere kunne involveres i det faglige arbeidet, og en avdeling med relativt få spesialsykepleiere kan bruke spesialkompetansen på en effektiv måte. En slik strategi fører til at det på en avdeling opparbeides økt kompetanse hos flere i staben og avdelingen blir ikke så sårbar om noen av sykepleierne blir syke eller slutter ved avdelingen. Noen av sykepleierne som ble intervjuet etterlyste arbeidsinstrukser i sin funksjon (Borge, Hummelvoll og Ulland 1997). Resultatet av at dette manglet, kunne føre til ulik kvalitet på oppgavene som ble utført, avhengig av om det var en sykepleier med

spesialkompetanse som gjennomførte oppgaven eller ikke. Dette kan løses ved å definere oppgaver som krever spesialkompetanse.

Utvelgelse av oppgaver som krever spesialkompetanse bør foretas på bakgrunn av en risikovurdering. Cytostatika behandling er lett å bruke som eksempel fordi det er knyttet opp mot faste retningslinjer og konsekvensene av feilbehandling er konkrete. Informasjon og oppfølging av pasientens psykiske problemer er mer diffust og vanskeligere å vurdere ut fra en risikovurdering. Alternativt kan man bruke kvalitetssikring der normene kan være at pasienten får adekvat informasjon, at man gir pasienten mulighet til å bearbeide sine reaksjoner. Benners (1995) anbefaling er en føring på at ansvarsfordelingen mellom spesialisten og generalisten skiller seg ved at veiledning og undervisning av pasienter og faglig opplæring av sykepleiere i avdelingen, blir en hovedoppgave for kreftsykepleiere. Kreftsykepleierne hevder at de prioriterer informasjonsarbeid rettet mot pasienter og pårørende. De uttrykker at de er godt kvalifisert gjennom sin formalkompetanse til å ta ansvar og kvalitetssikre informasjonen som blir formidlet. De betrakter seg som ressurspersoner som kan benyttes som veiledere i forhold til sykepleiegruppen. Ved at sykepleierne i avdelingen kan etterspørre veiledning og råd fra kreftsykepleieren i vanskelige spørsmål som gjelder behandling av deres pasient, vil de stå bedre rustet til å gi optimal behandling, der sykepleierne opplever faglig usikkerhet. Gjennom internopplæring kan kreftsykepleieren bidra til at alle sykepleiere på en avdeling spisser sin kompetanse overfor kreftpasienter (Bruun og Pedersen 2005).

Det er viktig at en avklaring omkring den enkeltes kompetanse finner sted (Soanes og Bradshaw 2000), slik at alle i avdelingen er klar over hva den enkelte kan ta ansvar for. Det er nødvendig at forventninger i kollegiet om hva kreftsykepleier og sykepleiers rolle skal være i avdelingen blir avklart. Å sette fokus på ulike roller og funksjoner i en avdeling kan oppleves truende for gruppen. En åpen diskusjon som fokuserer på kompetanse, kan oppleves vanskelig, unødvendig og for noen arbeidstakere betraktes som unødig ”støy”. Likhetsidealet og redselen for å favorisere i gruppen kan føre til at en avdeling velger å legge lokk på viktige områder på grunn av ubehaget som følger i kjølvannet av en slik diskusjon. I et faglig forum må kreftsykepleierne tørre ”å stå frem” og sykepleierne ved avdelingen må godta at det er en kompetanseforskjell.

## **7.5 Hvordan organiseringen av arbeidet påvirker bruken av kreftsykepleierens kompetanse**

Benner (1995, 55) skisserer en modell med sju kompetanseområder (domener), som kan benyttes i forhold til fordelingen av ulike arbeidsoppgaver i kreftavdelingen. Er det hensiktsmessig å organisere arbeidsfordelingen ved å ta utgangspunkt i de ulike kompetanseområdene som Benner skisserer? I så fall blir det nødvendig å avklare hvem som skal plassere den enkelte sykepleier under de ulike domene. Videre må man vurdere om ett eller flere av domenene naturlig faller inn under spesialistens ansvarsområde, eller om en spesialsykepleier skal brukes til alle oppgaver på lik linje med andre sykepleiere på avdelingen? Slik jeg ser det er dette en problemstilling som avdelingen må sette på dagsorden og se på ulike tilnærminger og organisatoriske endringer som kan bidra til optimal utnyttelse av den tilgjengelige kompetansen i avdelingen.

Alle sykepleierne kan for eksempel innta *"rollen som hjelper"* (Benner 1995). Alle kan også utføre og overvåke terapeutiske forløp og planer, men en spesialsykepleier er kanskje best skikket til å kvalitetssikre det terapeutiske forløp med planer for den enkelte pasient. Forutsetningen for at spesialsykepleieren skal kunne fungere i en faglig overordnet rolle, er avhengig av organisering av arbeidet på avdelingen. I denne sammenhengen blir arbeidsinstrukser og leders rolle viktig. En god arbeidsinstruks kan skape en faglig plattform som kan gi alle sykepleierne en felles forståelse for oppgavefordelingen mellom generalist og spesialist. På den måten kan arbeidsinstruksen operasjonalisere det teoretiske grunnlaget for spesialkompetansen slik at den kommer til daglig anvendelse i arbeidet på avdelingen. Like viktig er det at arbeidet ledes på en slik måte at arbeidsinstruksene i praksis kan gjennomføres, eller som Benner uttrykker det: *"å planlegge å organisere personalets arbeide og pleien på avdelingen"* (Benner 1995).

Alle sykepleiere har handlingskompetanse til å utføre den dagligdagse pleie og omsorg som kreves for ivaretagelse av pasienter som trenger generell sykepleie på en avdeling. Oppgaver som krever spesielle kvalifikasjoner og kunnskap utover generell ivaretagelse, er det ikke alle som kan utføre med samme trygghet, dersom de ikke har fått den nødvendige opplæring som er nødvendig for å framstå som trygge i situasjonen. Kreftsykepleierne som er intervjuet framholder at spesialkompetansen de innehar, har gjort at de framstår som tryggere enn før. Likevel sier de at de ikke er trygge nok, for eksempel når det gjelder å



administrere cytostatika behandling. En sier det slik: ” *Jeg vil ikke gå med skuldrene oppunder ørene, fordi jeg gjør det så sjelden* ”.

Beauchamp hevder at kompetansebegrepet har en ” *gate keeping funktion* ”( Bruun og Pedersen 2005, 69), som i følge ham betyr at ikke alle skal kunne forventes å utføre spesialoppgaver. Likeledes poengterer han at man ikke kan oppnå være like dyktig i absolutt alle situasjoner som krever spesialkunnskap. Han snakker om kompetansens nivå og bredde. Med nivå mener han handlingens kompleksitet. En spesialist har høy kompetanse og har evne til å utføre kompliserte handlinger knyttet til sin funksjon. Tilsvarende vil en kunne si at en person med bred kompetanse vil være en generalist. Både bredde og nivå innen en spesiell funksjon kan utvides og forbedres i et praksisfelt der det stadig er utfordringer knyttet til ny utvidet kunnskap og handling i hverdagen.

Kreftsykepleierne som intervjues gir uttrykk for at deres spesielle kompetanse ikke utnyttes godt nok. De nevner spesielt områder som opplæring - og veiledningsansvar, som naturlige områder der deres kompetanse kan nyttiggjøres bedre. I en sammenlignbar spørreskjema- undersøkelse, foretatt blant psykiatriske sykepleiere i Norge (Borge, Hummelvoll og Ulland 1997), blant 154 sykepleiere (respons rate 48 %), spørres det blant annet om deres forståelse av eget arbeids – og ansvarsområde. I denne undersøkelsen framkommer det blant respondenter at de opplevde at deres spesielle arbeids – og ansvarsområder ikke ble tydelig nok definert gjennom spesialutdanningen. En respondent uttrykker det slik: ” *Dette har jeg selv måttet finne ut av underveis* ”( Borge, Hummelvoll og Ulland, 1997, 27). Dette understøtter kreftsykepleiernes opplevelse av at ” *det er opp til hver og en av oss* ”.

Med dette utsagnet uttrykker hun at det ikke var definerte arbeidsoppgaver for kreftsykepleierne, men at de selv måtte finne ut av ulike ansvarsområder og hvordan de som kreftsykepleiere ønsket å bli benyttet i avdelingen.

Kreftsykepleierne sier ikke noe i intervjuet om at arbeids – og ansvarsområder var tema som ble diskutert i løpet av deres spesialutdanning. Benner (1995, 2001) hevder at kreftsykepleiere har kompetanse til å inneha spesialansvar og at det er hensiktsmessig for en avdeling og etablere en praksis der dette kommer til syne. En slik praksis kan etableres ved at kreftsykepleierne blir utnyttet som ressurs på en mer optimal måte enn det som gjøres i dag. En av oppgavene kreftsykepleierne er kvalifisert for, med bakgrunn i sin

formalkompetanse, er opplæringsansvar for medarbeidere på avdelingen. Dreyfus (1985), sier at alt må "læres", og at vi i en læreprosess er avhengige av noen som er mer kompetente enn oss selv.

I følge Gibson, Soanes og Bradshaw er bruk av læringskontrakter "*Learning contract*" (2000, 460), med en personlig utformet oppfølgingsplan for den enkelte, et nyttig hjelpemiddel å ta i bruk på en avdeling for å legge til rette for at alle sykepleierne skal få muligheten til å videreutvikle seg å oppnå større handlingskompetanse. Utgangspunktet for en slik oppfølgingsplan er at det gripes fatt i de ulike områder der sykepleierne selv definerer hva de trenger oppdatering og større faglig trygghet i. Et slikt opplæringsansvar, med utforming av konkrete forslag for den enkelte medarbeider, kan være et arbeidsredskap som kreftsykepleierne kan ta ansvar for. Benner hevder at teori er "*et magtfuldt redskap til forklaring og forudsigelse*" (Benner 1995, 21) og at kreftsykepleierne har en teoretisk forankring som setter dem i stand til å utvikle spørsmål og undersøke årsakssammenhenger.

Ved å kunne fastslå årsakssammenhenger i pasientbehandlingen, viser kreftsykepleierne "å vite at", begrepet Benner og Dreyfus benytter (Dreyfus 1986, Benner 1995), som innebærer at kreftsykepleierne har kunnskap og viser dette ved å underbygge egen "*know how*", med "*knowing that*" (Dreyfus og Dreyfus 1986, 19), som er basert på vitenskapelig forskning og ikke kun erfaringslæring uten teoretisk fundament. Der er nettopp her kreftsykepleierne har sin styrke i teoretisk kunnskap om et emne. Gjennom formalkompetansen har de dyktiggjort seg i forhold til å benytte forskningsresultater og integrere dette i arbeidshverdagen sin på den måte at de underbygger sin praksis ved å forholde seg til ny og oppgradert kunnskap.

Slik jeg ser det er det viktig at man utnytter kreftsykepleieren i kraft av sin kompetanse, til å inneha et overordnet ansvar på avdelingen når det gjelder den undervisende og veiledende funksjon, samt overvåke og sikre den kliniske sykepleiekvaliteten i pleien. Dette er i tråd med Benners anbefalinger (Benner 1995, 2001). Videre mener jeg at det er optimal bruk av faglige ressurser, at de som har spesialutdanning og høy kompetanse innen faget, får mulighet til å anvende denne kompetansen ved å undervise og veilede både sykepleiere og pasienter. Dermed formidles nyttig kunnskap som hele avdelingen kan bruke for å øke kvaliteten på pleien. Jeg tror mange sykepleiere som arbeider med

kreftpasienter, har innsikt i egen kompetanse og tør erkjenne når den ikke strekker til. Personlig tror jeg at kreftomsorgen er tjent med at det rettes fokus på hvilken kompetanse sykepleiere som arbeider med kreftpasienter har. Det er viktig at de som har spesialutdanning til å kunne arbeide i kreftomsorg, er så godt rustet som overhodet mulig til å kunne ivareta pasientenes komplekse problemstillinger. God pleie og trygg ivaretagelse av pasientene er et felles ansvar som spesialist og generalist må samarbeide om.

## 8.0 OPPSUMMERING

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i problemstillingen:

*”Hvordan erfarer kreftsykepleiere som arbeider i en spesialavdeling sin kompetanse i den daglige praksis?”*

Oppgaven tar sikte på å belyse forhold knyttet til kreftsykepleieres kompetanse og bruken av denne kompetansen i en spesialavdeling. Gjennom fokusgruppeintervju har jeg forsøkt å avdekke hva kreftsykepleierne selv tenker om nettopp dette. Tema som utpekte seg spesielt gjennom intervjuene var knyttet til kreftsykepleiernes tanker om egen formal kompetanse, ulike arbeidsoppgaver de utfører i avdelingen og organisering av måten kreftsykepleierne som ressurser blir benyttet inn i den daglige driften på avdelingen.

Inntrykket jeg sitter igjen med etter gjennomførte intervju og analyser av materialet er at kreftsykepleiere utgjør en viktig ressurs i behandlingen av pasienter med en kreftdiagnose. De opplever at spesialutdanningen ikke bare utdanner, men ”danner” sykepleierne slik at de kan gå inn i en ny rolle, med fokus på sentrale områder innenfor moderne kreftbehandling. De sier at spesialutdanningen de har gjennomført innehar høy faglig standard og er relevant i sine fokusområder. De opplever at de har en solid faglig bakgrunn som er oppdatert i forhold til dagens fokusområder innen moderne kreftbehandling. Like viktig som den medisinske kunnskapen som er nødvendig for å forstå avansert kreftbehandling, er spesialutdannelsens fokus på relasjonskompetanse og betydningen av å se den individuelle pasienten. Det unike i pasientens situasjon og hvordan kreftsykepleierne kan møte denne pasientgruppen på en optimal måte, er viktig kunnskap. Innen områder som kommunikasjon, informasjonsarbeid og forståelse for betydningen av relasjonsbygging, viser kreftsykepleierne mye av sin spesialkompetanse i møte med pasientene.

Kreftsykepleierne gir uttrykk for at de har valgt sin spesialutdanning ut fra en spesiell interesse for kreftomsorg. Denne interessen utviklet seg i forbindelse med at de arbeidet ved ulike sengeposter i spesialisthelsetjenesten, der kreftpasienter var sterkt representert i pasientgrunnlaget. I ulike hjelperelasjoner i disse pasientsettingene, ble sykepleierne oppmerksomme på at de manglet vesentlig teori og detaljkunnskap om behandling som

pasientene etterspurte. Det utviklet seg et behov i dem for å lære mer om tema, slik at de kunne oppnå en økt trygghet på området de arbeidet innenfor. Kreftsykepleierne gir uttrykk for motivasjon og personlig engasjement i sitt valg av spesialutdanning. De uttrykker faglig interesse for det de arbeider med. Teoretisk kunnskap om ulike aspekter ved kreftdiagnoser og fysiske problemstillinger som kan ramme pasientene, er i følge kreftsykepleierne essensielt. De trives på spesialavdelingen der de arbeider. De synes at de gjennom arbeidet med kreftpasienter og deres pårørende, daglig utfordres faglig og menneskelig innen et fagområde som engasjerer dem.

Teorien som er benyttet i denne oppgaven omhandler kompetanseutvikling, erfaring og refleksjon. I tillegg til de anerkjente teoriene fra Benner, Dreyfus og Schön, er det referert til artikler og undersøkelser av nyere dato. Artikkene som er benyttet i oppgaven konkluderer på mange måter med det samme som de eldre forskningsresultatene setter fokus på, nemlig at kompetanse er et sammensatt begrep. Det poengteres at personlig egnethet og erfaring er vesentlige komponenter når kompetansen hos en fagperson skal beskrives. Ulike komponentene er avhengige av hverandre i et samspill og det er ikke en selvfølge at en spesialutdannet kreftsykepleier nødvendigvis framstår som en ekspert innen alle domene innen sitt fagområde. For eksempel kan man ha gode teoretiske kunnskaper om kreftbehandling, men mangle personlig evne til å skape gode relasjoner og trygghet i møte med pasientene man har ansvar for. Et annet vesentlig moment som kreftsykepleierne selv påpeker, er at for å bli trygg og kyndig innenfor et område, så må man få muligheten til å trene seg og få erfaring for å oppnå god kompetanse. Et eksempel på dette er kreftsykepleierens opplevelse av at de ikke oppnår dette i avdelingen når det gjelder området cytostatika behandling. Dette området er ikke et ansvarsområde for dem slik de kan tenke seg det. Gjennom organisering av denne oppgaven opplever de at deres kompetanse innen dette området betraktes likt med en generalist sykepleiers kompetanse som ikke har hatt samme opplæring om temaet.

Kreftsykepleierne understreker at de opplever utfordringer i det daglige arbeidet og at ikke alt går på "skinner" sett fra deres ståsted. Når det gjelder ansvarsfordeling av oppgaver, samarbeid i det daglige arbeidet, tenker de at det kan gjøres strukturelle endringer for å øke kvaliteten på arbeidet som utføres. Tema som gjentas gjennom denne oppgaven dreier seg først og fremst om å utnytte ressursene som finnes ved avdelingen bedre, ved at de som har spesialkompetanse blir benyttet annerledes ved at de får delegerte ansvarsoppgaver som de

er kvalifisert til å utføre. Eksempel på slike oppgaver i tillegg til cytostatika behandling, er først og fremst å bli benyttet som ressurspersoner i opplæring av medarbeidere som ikke har spesialutdanning og veiledning av pasient og pårørende som trenger informasjon og rådgivning, knyttet til utfordringer i sin nye livssituasjon.

Det oppleves uavklart og frustrerende for kreftsykepleierne at spesialavdelingen de arbeider ved, ikke synes å nyttiggjøre seg den kompetansen kreftsykepleierne innehar. Forventningene kreftsykepleieren hadde når de startet ved avdelingen om at de skulle få spesialansvar og benyttes som ressurspersoner med opplæringsansvar, har ikke blitt innfridd. Kreftsykepleierne sier om sin egen rolle i dette at de ikke har ”stått på nok” for å markedsføre egen formalkompetanse og ikke greid å påvirke innad i avdelingen på en slik måte at de har fått noe spesialansvar.

Gjennom prosessen med flere fokusgruppeintervju gir kreftsykepleierne uttrykk for at ulike problemstillinger ble aktualisert for dem underveis og at de i ettertid tenkte mer over ulike sammenhenger i praksishverdagen. Intervjuene satte i gang refleksjoner og tankevirksomhet knyttet til utførelsen av spesialoppgaver, ansvarsfordeling innen ulike domener og spesielt egen rolle i avdelingen. Slik de ser det utgjør kreftsykepleierne ved avdelingen en stor ressurs som ikke blir optimalt benyttet. Deres spesielle kunnskap kommer ikke til uttrykk, da filosofien ved avdelingen er ”her er alle like. Her skal alle kunne utføre alle oppgaver på en like god måte”. Dette medfører at kreftsykepleierne er forsiktige og opptre unntallende for å unngå konflikter.

### ***8.1 Strategier for hvordan avdelingen kan optimalisere den totale kompetansen***

Første tiltak for å optimalisere kompetansen i en kreftavdeling er å kartlegge hvilken målgruppe man har og hvilke pleiebehov pasientene har. Deretter kan oppgavene operasjonaliseres i forhold om de krever generell eller spesiell sykepleie. En diskusjon om hvorvidt det er behov for en slik operasjonalisering, eller om alle oppgaver fortsatt skal utføres av alle sykepleiere, må avklares. Det er et lederansvar å foreta en slik kartlegging og utarbeide eventuelle arbeidsinstrukser.

Det andre tiltaket kan sykepleierne utføre selv, nemlig registrere hvilken kompetanse den respektive sykepleier har. Dette kan gjøres ved selvrappotering i et strukturert skjema

over hvilken formalkompetanse man har, innbefattet kurs og hvilken erfaring man har. I dette skjemaet kan man også kartlegge hvilke behov man har, og siden det er selvrapporing vil dette kunne være motiverende for den enkelte sykepleieren sitt eget opplæringsbehov.

Det tredje tiltaket er å øke avdelingens totale kompetanse ved både å utnytte den eksisterende kompetansen fra hver enkelt sykepleier (Bruun og Pedersen 2005), kombinert med en opplæringsplan for å øke kompetansen individuelt. Dels kan dette skje gjennom internundervisning, personlig veiledning, deltagelse på kurs eller stimuleringstiltak for spesialutdanning. Dette er i tråd med Gibson, Soanes og Bradshaw sin anbefaling om ”*learning contract*” (2000, 460). En slik gjennomgang av avdelingens samlede ”*kompetencebeholdning*” (Bruun og Pedersen 2005, 68), vil kunne synliggjøre hvor avdelingen har sin styrke og hvilke kompetanseområder som det kan arbeides videre med for å oppnå best mulig samlet kompetanse i staben. Best mulig ivaretagelse av kreftpasientene ved avdelingen er hensikten i arbeidet med en slik prosess.

## LITTERATURLISTE

Aadland, Einar. 1997. *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Aschehoug

Benner, Patricia. 2001. *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Commemorative Edition*. New Jersey 07458: Prentice Hall Health Upper Saddle River

Benner, Patricia. 1995. *Fra novise til ekspert*. Oslo: TANO forlag A/S

Bengtsson, Jan. 2001. *Sammenflätningar – fenomenologi från Husserl til Merleau - Ponty*. Göteborg: Bokforlaget Daidalos AB

Bojlèn, N.S. og I. M. Lunde. 1995. Fokusgruppeinterview som kvalitativ forskningsmetode. *Ugeskrift Læger* 15 (23):3315-3318.

Borge, Lisbet, Jan Kåre Hummelvoll og Erna Ulland. 1997. Kompetanse og yrkesidentitet - en evaluering av norske videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie. *Vård i Norden* 18 (1):25-32.

Bruun, Poul og Søren Pedersen. 2005. Competenceprofilen. *Klinisk sygepleie* 19 (4):66 - 72.

Chambers, Margaret 1998. Some issues in the assessment of clinical practice: a review of the literature. *The Journal of Clinical Nursing* 7 (3): 201-208

Dreyfus, Hubert og Stuart Dreyfus. 1986. *Mind over machine*. Oxford OX4 IJF: Basil Blackwell Ltd

Eide, S., H. Grelland, A. Kristiansen, H. Sævereid og D. Aasland. 2003. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget

Flyvberg, Bent. 2001. *Making Social Science Matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge: University Press

Fossåskaret, Erik, Otto Laurits Fuglestad og Tor Halfdan Aase. 2006. *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget



Friis, Svein og Per Vaglum. 1999. *Fra ide til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. 2.utgave. Oslo: Tano Aschehoug

Hansen, Helle Pluog. 1995. ”I grænsefladen mellem liv og død” – *En kulturanalyse af sygeplejen på onkologisk afdeling*. København: Nordisk Forlag AS

Howell, Doris og Beth Pelton. 2001. Advancing the quality of oncology nursing care: Interlink Community Cancer Nurses’ model for reflective practice. *Canadian Oncology Nursing Journal* 11 (4):182-186

Husband, G., J. Banks-Howe, L. Boal og D. Hodgson. 2000. A competency - based tool for education. *European Journal of Cancer Care* 9(1):36-40

Jacobsen, Ingvar Dag. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2.utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Kreuger, R. A. og M. A. Casey. 1994. *Focus Groups: A practical Guide for Applied Research*. 2. utgave. Thousand Oaks, Calif.: Sage

Krøll, Vibeke og Hanne Hansen. 2000. Den nyuddannede sygeplejerskes kompetence nu og om fem år – set fra et empirisk og fagprofessionelt perspektiv. *Vård i Norden* 20 (4):10-16.

Kvale, Steinar. 2005. *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag

Lykkeslet, Else og Eva Gjengedal. 2007. Methodological problems associated with Practice – Close Research. *Qualitative Health Research*, 17 (5): 699-704

Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget

McCaughan, Eilis og Ann Bradshaw. 2000. Medical and surgical nurses’ perception of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing* 9 (3): 420-428

Helse- og omsorgsdepartementet 2006. *Nasjonale Strategier for kreftområdet 2006 – 2009. Strategiplan for kreftområdet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Nordtvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. Oslo: Norsk sykepleieforbund

Nortvedt, Per og Harald Grimen. 2004. *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sosial – og helsedepartementet. 1997. *Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan*. NOU 1997:20. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste

Sosial – og helsedepartementet. 1999. *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. NOU 1999:2. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste

Nåden, Dag og Eldbjørg Braute. 1992. *Fenomenologisk- Hermeneutisk tilnærming – i sjukepleieforskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Orvik, Arne. 2004. *Organisatorisk Kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Rammeplan for Videreutdanning i Kreftsykepleie 2005  
*Oslo: Kunnskapsdepartementet, Universitets – og Høgskoleavdelingen, hefte 14*

Ruyter, Knut. 2003. *Forskningsetikk – Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Schøn, Donald. 2001. *Den Reflekterende Praktiker. Hvordan professionelle tenker, når de arbejder*. Århus: Forlaget Klim

Seljelid, Elisabeth P. 2002. *Kan omsorg læres? Fortellingen som pedagogisk hjelpemiddel*. Bergen: Fagbokforlaget

Slettebø, Åshild. 2002. *Sykepleie og etikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Slettebø, Åshild og Per Nortvedt. 2006. *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Gibson, Faith, Louise Soanes og Ann Bradshaw. 2000. The development of clinical competencies for use on a pediatric oncology nursing course using a nominal group technique. *Journal of Clinical Nursing* 9 (3):459-469

Vareide, Per Kristian, Christina Hofseth, Reidun Norvoll og Kjerstina Røhme. 2001. *Stykkevis og helt - Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Rapport / SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, Avdeling Ledelse, organisasjon og samhandling (LOS) A6677. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning

Thornquist, Eline. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigemostad & Bjørke AS

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. *NSF -serien 2, 2002*

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Wibeck, Victoria. 2000. *Fokusgrupper: om fokuserande gruppintervjuer som undersøkingsmetode*. Lund: Studentlitteratur

Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov av 2. Juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.* 2008 [cited 03.05.2009]. Available from: <http://www.lovdatab.no>

Helsepersonelloven. *Lov av 2. Juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.* 2008 [cited 03.05.2009]. Available from: <http://www.lovdatab.no>

Pasientrettighetsloven. *Lov av 2. Juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter* 2008 [cited 03.05.2009]. Available from: <http://www.lovdatab.no>

Personopplysningsloven. *Lov av 14. April 2000 nr 31 om behandling av personopplysninger* 2009 [cited 03.05.2009]. Available from: <http://www.lovdatab.no>

## **Vedlegg: 1**

Til avdelingssjef  
.....avdelingen

Molde 22. januar

2008

Tone Hegdal Otterlei  
Julsundveien 91  
6412 Molde

### **Forespørsel om hospitering ved .....avdelingen....., i forbindelse med slutføring av mastergradsstudie ved Høgskolen i Molde.**

Jeg er Mastergradsstudent ved Høgskolen i Molde og starter nå på arbeidet med min mastergradsoppgave, knyttet til avsluttende eksamen i mastergrad med fokus på kliniske hjelperelasjoner. I den forbindelse skal jeg utføre et selvstendig forskningsarbeid. Veileder for min studie er Else Lykkeslet som arbeider som førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde.

Ved siden av å skrive min masteroppgave arbeider jeg som lærer ved sykepleieutdanningen på Høgskolen i Molde. Her er jeg tilknyttet andre studieår som har fokus på akutt, kritisk og kronisk syke. Jeg er lærerkontakt på en medisinsk og en kirurgisk sengepost. Jeg ønsker å skrive min masteroppgave innen et somatisk fagområde som interesserer meg og som jeg har min tidligere arbeidserfaring knyttet til.

**Tema for mitt forskningsprosjekt er: ” Hvordan erfarer kreftsykepleier og sykepleier arbeidsfordelingen i den daglige omsorgen av kreftpasienter i en kreftavdeling?”**

Sentrale spørsmål i undersøkelsen er hvordan kreftsykepleierens spesialkompetanse brukes, i den daglige omsorgen av pasientene. Videre hvordan arbeid og ansvar fordeles mellom spesialsykepleier og sykepleier.

Forskningsarbeidet vil ha en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming og som metode vil jeg benytte feltarbeid og kvalitativt forskningsintervju, gjennomført i fokusgrupper. Min forespørsel ved siden av å be om å få hospitere ved avdelingen i to uker, er om avdelingsleder kan være behjelpelig med å formidle kontakt med tre kreftsykepleiere og tre sykepleiere som arbeider ved avdelingen og som kan være villige til å la seg intervju i gruppe om det aktuelle tema? Det er ønskelig at de som blir spurt har mer enn to års erfaring fra avdelingen.

Gruppeintervjuene tenker jeg gjennomført nært i tid med min egen hospitering og i sluttfasen av denne. Jeg vil spørre om muligheten til å få benytte eventuelle møterom på ..... slik at intervjuene kan gjennomføres på sykehuset. Fokusgruppeintervjuene vil jeg strukturere slik at jeg først intervjuer kreftsykepleierne for seg, deretter sykepleierne, for så å intervju alle seks i et nytt intervju samlet i stor gruppe. Under intervjuene vil jeg benytte en halvstrukturert intervjuguide. Jeg vil benytte båndopptager, materialet vil jeg transkribere selv. Materialet skal slettes etter prosjektslutt. De sykepleierne som svarer ja til å delta i studien skal levere skriftlig samtykkeerklæring.

Studien er ikke forelagt den Regionale komité for medisinsks forskningsetikk da det etter ny forskningsetisk lov, ikke lengre er plikt til å framlegge studentprosjekter, (Knut Ruyter, Sekretariatsleder, NEM). De ansvarlige faglærere ved Høgskolene bestemmer selv hvordan de skal håndtere studieprosjekter – og siden mitt prosjekt ikke skal omfatte pasienter og pårørende, er et slikt påbud ikke nødvendig. Vanlige forskningsetiske hensyn skal likevel ivaretas.

Jeg kommer gjerne til avdelingen for å informere nærmere om studien, dersom det skulle være ønskelig. Når det gjelder tidspunkt for hospitering er aktuelle uker som passer i forhold til andre arbeidsoppgaver: uke 7,8, deler av uke 9, uke 10 og 11.

Med håp om positivt svar.

Med vennlig hilsen

Tone Hegdal Otterlei

Kopi: Fagdirektør

## Samtykkeerklæring

Jeg er informert om undersøkelsens mål og hensikt. Jeg er informert og klar over undersøkelsens framgangsmåte. Jeg er informert om at alle opplysninger som blir gitt under intervjuet vil bli behandlet konfidensielt og oppbevart i tråd med forskningsetiske regler.

Jeg kan på hvilket som helst tidspunkt trekke meg fra undersøkelsen.

Jeg gir herved mitt samtykke til å delta i undersøkelsen.

Sted: .....

Dato: .....

Underskrift: .....

### **Vedlegg: 3**

#### **INTERVJUGUIDE 1:**

Hva mener dere kreftsykepleiernes spesielle kompetanse består i?

Har dere spesialkunnskap innen ulike områder som dere tenker er viktige i møte med kreftpasientene?

Hvilke områder tenker dere spesielt på?

Synes dere at dere får brukt deres spesialkompetanse som kreftsykepleiere i avdelingen?

Blir spesialkompetansen deres godt nok utnyttet?

Har dere forslag til endringer?

Har dere andre oppgaver enn det sykepleierne på avdelingen har?

Har kreftsykepleierne et definert ansvar som skiller seg fra generalist sykepleierne?

Hvis ja: Hva består det ansvaret i?

Hvis nei: Har dere tanker om at det burde / kunne være en slik ansvarsfordeling?

Hvem skulle i så fall være ansvarlig for en slik instruks?

Er det spesielle utfordringer i samarbeidet mellom kreftsykepleier og generalist sykepleier?

## Vedlegg: 4

### INTERVJUGUIDE 2:

Kan du si noe om hvordan det arter seg for deg det at du opplever større trygghet i arbeidet etter spesialutdanningen din?

Hva ser du - hos pasienten som skulle tilsi at pasienten opplever større grad trygghet gjennom å bli ivaretatt av en kreftsykepleier?

Hvordan uttrykker pasienten at han føler seg trygg når kreftsykepleieren kommer?

Hva legger du i det å innfri pasientens behov for sykepleie?

Hvordan vil du si spesialutdanningen har bidratt til å gi deg bredere kompetanse?

På hvilke områder var det vanskelig å være ”ny” som kreftsykepleier?

Hva opplever du at du ”kan” nå, som du ikke hadde samme erfaring med fra tidligere?

Kan dere definere nærmere hva kompetanse er for dere?  
( Ikke i forhold til konkrete arbeidsoppgaver, men mer på det relasjonelle området)

Hvordan nyttiggjør du din spesialkunnskap i det daglige arbeidet på avdelingen?

Kan du utdype hva du mener når du sier at du ”går inn i kreftpasienten”?



## Vedlegg: 5

Oversikten viser antall treff i data søket som er gjennomført i forbindelse med oppgaven:

<b>Nr.</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Resultat</b>
1.	Cancer or Neoplasma	12 472
2.	Nursing	90 036
3.	Limit year 2000 - 2008	35 354
4.	Competences	746
5.	Experience	12 337
6.	1 and 3	1 786
7.	4 and 6	8
8.	1 and 2 and 4	8
9.	1 and 2 and 5	259
10.	Limited to 2000 – 2008	207
11.	1 and 2	3363
12.	4 and 11	8
13.	3 and 4	345
14.	5 and 13	70