

Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle

Astrid Bjørnerheim Hynne, RN, Cand. polit., førstelektor – Marit Kvangarsnes, RN, PhD, førsteamanuensis

BEING A CANCER NURSE IN COMMUNITY HEALTH SERVICE – AN INTERVIEW STUDY ABOUT FUNCTIONS AND PROFESSIONAL ROLE

ABSTRACT

Background: Several Norwegian local authorities have established positions for cancer nurses, but we have little knowledge of what functions they have and what expertise they provide.

Aim: The purpose of this study was to get more knowledge about what functions cancer nurses have in their local communities and how they experience and assess their professional role.

Methods: Information was collected through research interviews with eight cancer nurses.

Findings: The cancer nurses expressed that they had both patient-oriented and system-oriented functions. Central, patient-oriented functions covered almost anything from assessing patient condition, treatment, alleviate pain and symptoms, patient care, and information and counselling to patients and their next of kin. One of the most important system-oriented functions was the coordination of various health services. Some experienced that documenting the way working hours had been used was a task that had to be done after working hours. Others had experienced a higher degree of freedom in developing their different roles as cancer nurse. In assessing their own competence, the cancer nurses highlighted their patient-oriented functions and professional knowledge. To supervise colleagues and work for higher professional quality were also found to be important.

Conclusion: The cancer nurses expressed that positions of a prescribed percentage as a cancer nurse may create a space of freedom that opens up for professional judgement both with respect to patient- and system-oriented functions.

KEY WORDS: cancer nursing, community health service, competence, professional identity

Bakgrunn

I Noreg er det ein intensjon at kreftpasientar skal kunne tilbringe mest mogeleg tid heime både i behandlingsperiodar med poliklinisk oppfølging og i livet sin sluttfase (1). I Nasjonal strategi for arbeid innanfor kreftområdet (2) blir det hevdat at kompetansen innafor kreftomsorg i kommunane framleis er for dårlig. Det blir spesielt peika på at kompetanse i symptomlindring varierer både blant legar og sjukepleiarar. Eitt av forslaga er at alle kommunar har spesialutdanna kreftsjukepleiarar både i sjukeheimar og i heimesjukepleia som behandler alvorleg sjuke kreftpasientar. Ei vedteken helsereform i Noreg legg vekt på å få ei endring i retning av meir samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta, og eit større ansvar i kommunen for å fylge opp pasientar som er utskrivne frå sjukehus (3). Ei kompetanseheving i kommunehelsetenesta blir sett på som eit vilkår for å realisere denne intensjonen, også sett i lys av at talet på kreftpasientar i Noreg er forventa å auke med om lag 32 prosent fram mot 2020 (4).

Fleire studiar viser at spesialutdanning i kreftsjukepleie kan ha ein positiv effekt på kvalitet i praksis (5, 6, 7). I den første store nordiske studien som evaluerer spesialutdanning i kreftsjukepleie, fann Reitan og Eide (5) at kreftsjukepleiarar utdanna ved Det Norske Radiumhospital i perioden 1982–2000 vurderte omsorgs-, medisinsk-, pedagogisk- og fagutviklingskompetanse som god etter ei spesialutdanning. Om erfaringar som kreftsjukepleiar var kort eller lang, såg ikkje ut til å ha betydning for eigenvurderinga. 84,5 prosent (N=188) av kreftsjukepleiarane arbeidde i direkte pasientkontakt etter ei spesialutdanning. 11 prosent arbeidde i kommunehelsetenesta. Det er rimeleg å tru at det er ein positiv samanheng mellom det at kreftsjukepleiarane arbeider i direkte pasientkontakt og implementering av kompetanse til beste for pasientar og påorrande. Ein litteraturgjennomgang (7) som har sett på betydinga av spesialutdanning i kreftsjukepleie, støtter at utdanning indirekte kan ha ein positiv innverknad på praksis ved å styrke utøvarane sin tryggleik gjennom auka kunnskap. Wyatt (7) peiker på at det føreligg lite evidens

for aktuelle endringar i praksis, noko som også er vanskeleg å oppnå då utdanningar i innhald, form og nivå er ulike på same måte som at motivasjon og kultur på arbeidsplassen også er det. Ein norsk evalueringstudie av bruken av ressurssjukepleiarar i kommunehelsetenesta og sjukehusavdelingar der kreftpasientar fekk behandling, viser at fleire pasientar fekk høve til å vere lengre heime eller å dø heime pga. auka kompetanse og betre samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetenesta (8). Om lag halvparten (n=59) av ressurssjukepleiarane hadde ei vidareutdanning, flest innan kreftsjukepleie eller lindrande behandling. Dei var i stor grad knytt til direkte pasientarbeid, rettleiing og systemarbeid, men opplevde likevel rolla si som noko uklar. Også andre internasjonale studiar (9, 10) der kreftpasientar og alvorleg sjuke pasientar i terminalfasen og deira omsorgspersonar er spurt om kommunebaserte tenester, finn at det er viktig med ei rolleavklaring der pasientar og deira omsorgspersonar får vite kva dei kan få hjelp til. Tenestetilbodet ser også ut til å ha lokale variasjonar. Fleire norske kommunar har oppretta eigne stillingar der heile eller deler av stillinga er sett av til kreftsjukepleiarar, men vi manglar kunnskap om funksjonar og syn på yrkesrolla. For å gjennomføre Samhandlingsreforma i Noreg, blir det også sagt at ei avklaring av roller, forventningar og praktiske oppgåver er ein føresetnad for å lukkast (11).

I Noreg er det eit mål å utdanne kreftsjukepleiarar med handlingskompetanse innanfor sjukepleiarene sitt funksjons- og ansvarsområde (12). Kirkevold (13) hevdar at den praktiske utøvinga av sjukepleiefaget er knytt til *personleg kompetanse*. Utvikling av den personlege kompetansen er ein lang prosess som utviklast gradvis gjennom erfaring, refleksjon og intuisjon. Integrering av teoretisk-, praktisk- og etisk kunnskap er nødvendig om den skal virke inn på yrkesutøvinga. Omgrepene *profesjonell identitet*, kan ivareta noko av denne pendlinga og livsbanen kreftsjukepleiarar har hatt mellom utdanning og yrkesarena før dei blir ferdigutdanna spesialsjukepleiarar. Wackerhausen (14) bruker uttrykket *profesjonsidentitet* i relativasjon til både det allmenne, profesjons-institusjonelle nivå og det individuelle praktikar

nivå. Dette kan ein forstå som at profesjonsidentiteten eller den profesjonelle identitet er prega av både samfunnet og profesjons-institusjonar sine forventningar til kunnskap, ferdigheter og holdningar, men og den einskilde kreftsjukepleiar sine erfaringar og sjølvforståing av kva som er viktig i yrkesutøvinga. "Sjølv om identiteten er uttrykk for noko stabilt, opnar det for endring og utvikling" seier Heggen (15: 448). Meir erfaring vil endre identiteten, som likevel er gjenkjenneleg og kontinuerleg. Den profesjonelle identiteten har utspring i dei interne forholda hjå den einskilde praktikar som igjen vil påverke og formgi praksisutøvinga (14). Heggen (16:324) seier fylgjande: "Profesjonell identitet kan forståast som ei meir eller mindre medviten oppfatning av "meg" som yrkesutøvar, når det gjeld kva type eigenskapar, verdiar, og haldningar, kva etiske retningslinjer eller kva ferdigheter eller kunnskapar som konstituerer meg som ein god yrkesutøvar". I dette perspektivet meiner vi det blir viktig å få innsikt i kva kreftsjukepleiarar arbeider med og *deira oppleiving og vurdering av yrkesrolla*. Slike oppfatningar er ein del av den profesjonelle identiteten (15). Fagerberg (17) fann i sin studie av sjukepleiarar fem år etter avslutta grunnutdanning at dei la vekt på ei individualisert og heilskapleg omsorg, men hindringar knytt til organisatoriske forhold og/eller låg sjølvakting var ei hindring for god omsorg. Låg sjølvakting ført til at sjukepleiarane ikkje våga å stå opp og kjempe for pasienten når dei ikkje hadde tru på eigen kunnskap og kompetanse. Fagerberg (17) sin studie viser at det komplekse forholdet mellom organisering av helsetenesta, sjukepleieren sine opplevingar og vurderingar av seg sjølv og pasientpleia, utgjer både problem og muligheiter. Å få meir kunnskap om korleis kreftsjukepleiarar opplever og vurderer yrkesrolla, er difor av stor verdi.

Formål

Formålet med undersøkinga var å få meir kunnskap om kva det vil seie å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsenesta. Forskingsspørsmåla var: 1) Kva funksjonar har kreftsjukepleiarane? 2) Korleis opplever og vurderer dei yrkesrolla?

Metode og design

Studien bygger på åtte kvalitative forskingsintervju med kreftsjukepleiarar i stillinger i bykommunar og landkommunar i Noreg.

Kvalitativt forskingsintervju

Gjennomføringa av intervjeta og analyseprosessen er inspirert av Kvæle og Brinkmann (18) sin fenomenologisk hermeneutiske tilnærming. Det vart utvikla ein temaguide om kreftsjukepleiar sine funksjonar, ansvarsområde, verdiar, haldningar, kompetanse og identitet. Temaguiden er eit resultat av litteraturgjennomgang og dei teoretiske perspektiva som vart valt i studien. Informantane vart først bedne om å beskrive sin arbeidsdag og opplevingar knytt til denne. Alle intervjeta føregjekk i arbeidstida på den einskilde sin arbeidsstad. Etter samtykke frå informantane, vart det nytta bandopptak. Intervjeta varte mellom 1-1,5 time, og alle er gjennomførte av førsteforfattar.

Utval og datasamling

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

get for å få eit meir rikhaldig materiale. Deretter vart åtte kreftsjukepleiarar førespurde om eit intervju, der ein sa nei til å delta. Av det samla utalet på åtte (N=8), var ein tilsett i ein sjukeheim, to i kommunen der dei arbeide både i sjukeheim og i heimesjukepleia, og fem i heimebasert omsorg. Alle var kvinner i alderen 28-62 år med ei tenestetid som sjukepleiar frå 6 til 34 år, og hadde arbeidd frå 2-15 år som kreftsjukepleiar i kommunen. Dei var alle den første i nyoppretta stillingar med ein stillingsprosent frå 20-100 (fem hadde 50 prosent eller mindre og tre hadde over 50 prosent). Dei seks sjukepleiarane som ikkje hadde full stilling som kreftsjukepleiar i kommunen, hadde resten av si stilling som sjukepleiar på same arbeidsstad eller i spesialisthelsetenesta. Talet på innbyggjarar i kommunane varierte fra 2500 til over 100.000.

Analyseprosessen

Analysen har bygd på meiningskoding, meiningsfortetting og meiningsfortolking (18). Datamaterialet besto av ca.180 sider ordrett transkriberte intervju og bakgrunnsdata. Bakgrunnsdata som alder, utdanningsbakgrunn og arbeidserfaring vart nedteikna av intervjuar før intervjet starta. Dei intervjuar fekk tilbod om å få tilsendt ei redigert utskrift av intervjet. Alle takka ja til dette, utan at det vart motteke korrigeringar eller tilføyningar. Det vart lytta til heile intervjet på lydband samtidig som ordrett utskrift var tilgjengeleg. Det gav grunnlag for ei datastyrt *meiningskoding* der det vart identifisert setningar og utsegn i utskrivne intervju. Desse vart vidare utgangspunkt for analyse av forholdet til andre kodar og kontekst i lys av studien sine problemstillingar og overordna hensikt. Tema uttrykte kva for funksjonar kreftsjukepleiarane fyller og deira oppleiving og vurdering av yrkesrolla. Dei kodar som handla om same tema, vart samla i kategoriar (18). I vidare *meiningsfortetting* vart informantane sine utsegn korta ned i lys av studien sitt spesifikke formål. Dei viktigaste emna i intervjeta vart bunde saman i deskriptive utsegn, som vart eit grunnlag for vidare fortolking og teoretisk analyse. Under *meiningsfortolkinga* vart det funne teksteinningar med likt eller tilnærma same meiningsinnhald. For å styrke den kommunikative gyldigheit (18) har både intervjuar og medforfattar uavhengig av kvarandre lese igjennom intervjuutskrifter. Kategoriar og fortolkingar er vidare diskutert og formulert i fellesskap.

Etiske vurderinger

Studien er godkjent av datatilsynet. Informantane har alle gitt skriftleg informert samtykke til å delta i intervjustudien og til å bruke bandopptak. Krav til anonymitet og konfidensiell behandling av datamaterialet er ivaretatt.

Funn

Med utgangspunkt i åtte kvalitative forskingsintervju med kreftsjukepleiarar, blir funksjons- og ansvarsområda deira i kommunehelsenesta belyste (figur 1). Det vil også bli svara på korleis dei opplever og vurderer yrkesrolla (figur 2).

Pasientretta funksjonar

Førstegangsvurdering og oppfølgingssamtaler

Førstegangsvurdering av nye kreftpasientar blir nemnd som eit viktig vilkår for det vidare arbeidet med oppfølging og ivaretaking av pasient og pårørande sine behov. Nokre kreftsjukepleiarar formidla at dei blir kontakta direkte frå sjukehuset eller primærlegen. Andre formidla at dei fekk informasjon om nye kreftpasientar gjennom leiarane sine. Oppfølgingssamtale og vurdering blir nemnt som viktig der pasientar blir følgd opp over lang tid i heimesituasjonen. Det kan vere at kreftpasientar blir følgd opp av andre, men at det undervegs er aktuelt å gå inn for å vurdere behov for endringar i tenesta.

Behandling, symptomlindring og prosedyrar

Informantane nemner spesielt behandling og lindring av smerten til alvorleg sjuke og døande, men og lindring av kvalme og tiltak retta mot ernæringsproblem. Prosedyrar kan mellom anna vere knytt til intravenøs ernærings, blodtransfusjonar, stomipleie, behandling av sår og stråleskader.

Informasjons- og støttesamtaler

Kreftsjukepleiarane formidla at dei arbeider med pasientar og pårørande som opplever sorg og krise i ulike fasar av sjukdomen. Informasjons- og støttesamtaler med utgangspunkt i den einskilde familie sine behov, blir sett på som viktig for å hjelpe pasient og pårørende i det å meistre og leve med alvorleg sjukdom.

"... det handler mye om døden og kreft, om bekymringer, cellegift og stråling – om det er smertefullt ... ja, hvordan reagerer de på det? Det går også veldig mye på at de er usikker på det. For det blir jo travle tider på sykehuset, og de prøver jo å gi informasjon, men når de kommer hjem så husker de det ikke. Da blir det så mye. Det hender jeg tar meg tid til å være med dem på sykehuset første gangen når de skal inn på behandling – hvis de ikke har nære pårørende – det kan jeg prioritere. Da følger jeg opp mellom behandlingene – ringer og spør hvordan det går ... og så vet de at de kan ringe og spørre hvis det er noe de lurer på"(N7).

Mange nemner og at det dei siste åra vore ei auke i samtalar med pasientar i ein tidleg fase av sjukdomen, og sjukehuset oftare informerer pasientane om at kommunen har ein kreftsjukepleiar. Informantane formidlar også at samtaler med barn som har foreldre eller besteforeldre med kreft, har auka i omfang. Fleire nemner at mange pasientar vekslar mellom å vere på sjukehuset eller i heimen over lang tid, og oppfølging kan føregå heilt til pasienten dør heime eller i institusjon. Då blir det viktig at det er nokon som kan svare på spørsmål og ta seg tid til å lytte og samtale. Innhaldeit i desse samtalene varierer frå det å informere pasient og pårørende om økonomiske støtteordningar, til kostrådgiving og psykisk støtte når livet er vanskeleg. I tillegg til å møte enkelpasientar og pårørende, har kreftsjukepleiar i nokre kommunar oppretta støttegrupper for pasientar og pårørende der ulike tema blir tatt opp for å ivareta informasjons- og samtalebehov. *"Det kommer imellom 15-20 personer hver gang ... det skal være skikkelig faglig informativt og bra. Det skal være et sted der de kjenner seg trygg – ivaretatt – kjenner omsorg"* (N8). Ettersamtaler med pårørende blir og nemnd som eit tilbod mange seier ja til for å avslutte ein vanskeleg periode.

Personleg stell

Personleg stell er eit område som alle informantane nemner, anten åleine eller saman med andre fagpersonar som har mindre kunnskap og erfaring. Den direkte kontakten og arbeidet med pasient og pårørende blir tillagt stor vekt. *"Noe av den viktigste funksjonen er jo det arbeidet som foregår nærmest pasienten. En må jobbe med pasientene for å få trenet seg selv også – få egne erfaringer"* (N1). Her blir pasienterfaring vektlagt som ein føresetnad for å ha noko å tilby i rettleiing av kollegaer.

Systemretta funksjonar

Koordinator

Å vere koordinator for alvorleg sjuke og døande blir opplevd som ein sentral funksjon. Det vil seie å vere ein kontaktperson og samarbeids-part i forhold til spesialisthelseteneste, primærlege og sjukeheim eller heimesjukepleia. Når kreftsjukepleiaren har gjennomført eit vurderingsbesøk både i startfasen og undervegs, gir det eit grunnlag for å organisere og koordinere hjelp med anna helse- og sosialpersonell. Når ein alvorleg sjuk pasient i samråd med familien ynskjer å tilbringe siste levetida heime, har kreftsjukepleiaren ei sentral rolle i forhold til å koordinere og delta i samtaler mellom ulike tenestenivå og på kort tid legge til rette praktisk utstyr i heimen. Også helsesøster, skule eller barnehage blir nemnde som aktuelle samarbeidspartar når barn og ungdom er pasientar eller pårørande.

Kontinuitet og kunnskapsressurs

Informantane formidlar at dei representerer ein kontinuitet og ein kunnskapsressurs på arbeidsstaden. Dei har kunnskap som også kjem andre pasientgrupper til gode, t.d. om smertelindring og omsorg til døande. Rettleiing, opplæring individuelt eller i grupper for personalet er ein del av kreftsjukepleiarane sitt ansvarsområde.

"... du har mulighet til å være kontinuitet og pådriver ... du har mulighet til å være en i tillegg til – som kan på en måte drive en prosess – enten det er direkte forhold til pasienten, å få pasienten hjem, og på en måte trygge alle aktører og koordinere ..., eller det handler om å gjennomføre internundervisning"(N1).

For å ivareta denne rolla er det fleire som nemner verdien av å ha tillit både frå kollegaer og leiing, elles kan det oppstå spenningar som gjer at det blir vanskeleg å spele på lag. Ein som har jobba i mange år seier:

"Jeg vet at de trenger kompetansen min ... og jeg må utfarliggjøre meg ... Det som gjør at vi har fått det til her; er at jeg har lært opp hjemmesjukepleien på et bredt felt. For vi er ikke sterkere enn det svakeste ledet. Vi (dagvaktene) – nattevaktene og aftenvaktene og helgevaktene må være gode på det de også – for å få til kontinuiteten. Og det er det som jeg kanskje har prioritert aller høyest"(N2).

Denne informanten opplever også stor tillit frå leiinga og har fått til ein balanse mellom tid brukt direkte på pasientar og det å arbeide med personalet. Den same kreftsjukepleieren seier også at ho kan gå inn som ressurs i ulike soner i heimesjukepleia, og er tilgjengeleg på mobiltelefon om personalet har behov.

Dokumentasjon av arbeidstid

Fleire fortel om ei forventning frå leiinga om dokumentasjon. Det handlar om å dokumentere og evaluere korleis stillingsprosenten som kreftsjukepleiar blir brukt. Mange hentar fram eigne rapportsystem der det årleg er ført opp talet på heimebesøk, kontorbesøk, telefonar til kreftpasientar og pårørende, og heimedødsfall med meir.

"... jeg har skrevet inn til kommuneledelsen ... det har vært veldig strengt på denne 20 prosenten – det skal evalueres – du skal bevise behovet ... jeg har skrevet mange evalueringar ... og til slutt spurte ledelsen i fjor-TALL ... jeg skriver jo opp i boka mi hver eneste ting jeg gjør – og kan gå tilbake og se – sånn..."(N8).

Denne delen av arbeidet blir av fleire omtala som noko som må gjera, men som ofte kjem i etterkant av ein ferdig arbeidsdag.

Figur 1: Kreftsjukepleiarane sine funksjonar i kommunehelsestenesta

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pasientretta funksjonar <p>Førstegangsvurdering og oppfølgingssamtaler
Behandling, symptomlindring og prosedyrar
Informasjons- og støttesamtaler
Personleg stell</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Systemretta funksjonar <p>Koordinator
Kontinuitet og kunnskapsressurs
Dokumentasjon av arbeidstid</p> |

Å trygge pasient og pårørande

Korleis opplever og vurderer kreftsjukepleiarane yrkesrolla? I intervjuet kjem det fram at kreftsjukepleiarane formidlar at dei har ei viktig rolle både i høve til pasientar, pårørende og medarbeidarar.

Direkte pasientkontakt er verdifull

Informantane formidlar at det viktigaste arbeidet føregår nær pasienten og blir prioritert. *"... den nære pasientkontakten – jeg jobber best der – eller det er da jeg får gjort mest nytte for meg"(N5).* *"... har blå holdt på pasientkontakten – den er viktig for meg"(N6).* Mange gir og uttrykk for at den direkte pasientkontakten engasjerer og får førsteprioritet fordi dei ser og får tilbakemeldingar på at pasientar har nytte av den hjelpe dei får.

Fagkunnskap gir styrke

Andre nemner at rolla som kreftsjukepleiar gir høve til å møte komplekse oppgåver der dei får brukt ulike typar kunnskap og mange sider ved seg sjølv. Det å vere fagleg trygg er ein verdi. ”Å være faglig sterkt er det viktigste ... grunnen til at det er en trygghet i det for pasientene er jo kunnskapen min som kreftsykepleier – at jeg har – ja, kjenner sykdommen – at jeg har god kontakt med sykehusene”(N2). Det å vere talsmann for pasientar, stille spørsmål og fremme behov i felles kollegaforum, stiller store krav til kunnskap. Ein seier: ”... jeg er tryggere på fagkunnskapen – jeg vet hva jeg snakker om – har brukt mye tid på å oppdatere meg”(N6). Når uventa ting skjer med pasienten, gir fagkunnskapen ein tryggleik som kjem pasient og pårørende til gode. Det kan sjå ut til at denne kunnskapen også kan setje den ein-skilde i ulike dilemma når det gjeld å imøtekome dei behov dei ser pasient og pårørende har for hjelp, når stillingsprosenten blir opplevd å vere for liten. ”Egentlig har jeg strukket meg ganske langt – sånn – dagene kan bli ganske lange ... samtidig har jeg fått beskjed om at det ikke skal være overtid på kreftsjukepleiestillinga”(N8).

Personleg utvikling

Mange gir uttrykk for at samarbeidet mellom kreftsjukepleiar og sjukhus er viktig. Dei opplever at fleire alvorleg sjuke blir utskrivne frå sjukehuset til heimen og sjukeheimen, noko som utfordrar kompetansen. Ein som har jobba i mange år seier: ”Jeg har fått frie hender ... det inspirerer enormt tror eg ... den friheten ... da jeg bygde opp denne stillingen så måtte jeg være ekstra dyktig, tror jeg. Ja. Og ikke minst i forhold til legegruppen ... jeg måtte bevise at dette her kunne jeg”(N2). Denne kreftsjukepleiarane har fått eit handlingsrom gjennom ein større stillingsprosent som gir høve til å gjøre ein god jobb. Enkelte opplever at heller ikkje primærlegane alltid er dei som kan hjelpe i forhold til smertelindring. Kreftsjukepleiaren blir den som har eit direkte forhold til pasienten som treng hjelp, og må vere trygg på eigen kompetanse og eventuelt søkje råd gjennom spesialisthelsetenesta. Andre har opparbeida ei erfaring og kompetanse som gjer at andre kollegaer frå andre distrikt søker råd. Ein seier fylgjande om sitt arbeid med å opprette pasient- og pårørandegruppe: ”... mange har ringt hit for å kopiere opplegget”(N8). Slike tilbakemeldingar frå andre kollegaer, blir opplevd som ein motivasjon. Ein annan seier fylgjande om verdien av å få jobbe som kreftsjukepleiar: ”... tror det betyr alt for jobben min – få utvikle meg som fagperson og menneske – tror ikke jeg kunne hatt full stilling om jeg ikke hadde hatt denne ved siden av”(N3).

Å rettleie personalet – sikre kvalitet

Å forankre sin kompetanse

Fleire bruker orda ”å trygge personalet” som sentrale oppgåver i sitt arbeid. Skal det bli kvalitet og kompetent hjelp over tid, føreset det at fleire har kunnskap og kan gå inn i vanskelege situasjoner. ”... jeg er jo kun EN person – sånn at du må sikre systemene, at det ikke blir så sårbart at de blir avhengige av meg”(N4). Fleire viser også til at det å vere synleg i det daglege og ha kontor saman med andre fagpersonar, gjer arbeidet lettare. Men det tar og tid å forankre sin kompetanse i eit fagmiljø på ein måte som gjer at personalet ser nyten. ”Det er rett og slett litt forskjellig kultur rundt omkring i forhold til det å bruke en kompetanse...” – ”dette har vi måttet håndtere i alle år; så dette klarer vi å gjøre... du trenger ikke komme inn nå”(N4) siterer ein kreftsjukepleiar andre kollegaer. Kreftsjukepleiarane kan oppleve ein skepsis i starten, der dei må trå varsomt. ”... jeg opplever nok mer og mer at de henvender seg til meg. Men jeg har gått rolig i farvannet. Jeg har ikke vært sånn... her kommer jeg!”(N8). Å vere ein del av miljøet ser ut til å vere viktig for å bli akseptert og brukt på ein best mogeleg måte. Det ser ut til at dei som har ein stillingsandel frå 50-100 prosent, kan bruke meir av si arbeidstid til å rettleie personalet. Ein som arbeider i ein stor bykommune seier fylgjande: ”Her synest jeg du kan være en pådriver – og igjen går inn på en måte og er med og avlaster... at en kanskje ser at... det skal vi klare å få til”(N4).

Tillit frå leiarar og kollegaer

Leiinga si interesse for kompetanse innanfor kreftfeltet blir nemnt som sentralt for utøving av stillinga som kreftsjukepleiar. Enkelte har opplevd å bli oppmuntra til å ta ei vidareutdanning, og opplever stor

tillit og støtte frå nærmaste leiar til å utforme si rolle. Når leiar ikkje gir uttrykk for at kreftsjukepleiaeren er ein ressurs eller arbeider for eit handlingsrom i form av tid og stillingsprosent, opplever kreftsjukepleiaeren seg meir åleine. Mange opplever at kollegaer har store forventningar til deira kompetanse. ”... trur at dei har større forventningar enn eg kan innfri... så trur mange at eg på ein måte veit alt... og det gjer eg ikkje”(N3). På den andre sida opplever mange at deira spisskompetanse gir fagleg autoritet og gjennomslagskraft. Dei opplever å bli verdsett, og at personalet har ein å rádføre seg med. For å vere ein ressurs i personalet, gir informantane uttrykk for at også dei sjølv har behov for å bli sett av sin leiar og sine kollegaer og mynde til å utføre oppgåvene sine.

Figur 2: Kreftsjukepleiarane si oppleveling og vurdering av yrkesrolle

• Å trygge pasient og pårørende

Direkte pasientkontakt er verdifull

Fagkunnskap gir styrke

Personleg utvikling

• Å rettleie personalet – sikre kvalitet

Å forankre sin kompetanse

Tillit frå leiarar og kollegaer

Diskusjon

Denne studien belyser forskingsspørsmåla frå kreftsjukepleiarar sitt perspektiv. Vidare studiar som inkluderer pasient- og pårørandeperspektivet vil kunne gi utfyllende kunnskap om temaet. Funna viser at informantane arbeider både i *pasient- og systemretta funksjonar*, slik det er uttrykt i rammeplanen (12). Å innfri slike forventningar er ei kjelde til identitetsdanning (15), og medvite eller umedvite truleg med å påverke korleis kreftsjukepleiarane opplever og vurderer si yrkesrolle. Kreftsjukepleiarane prioriterer arbeidet med pasientar fordi dei opplever at det er verdifullt.

At direkte samhandling med pasientar blir opplevd verdifullt og sett på som ein viktig del av identiteten til sjukepleiaren, har blitt peika på i mange studiar (19, 20). Martinsen (21) hevdar at prinsippet om ”*ansvar et for den svake*” er eit overordna verdiprinsipp. Barmhjertighetstanken med ansvar for hjelpetrengande, alvorleg sjuke og døande finn ein heilt tilbake til Nightingale og hennar medarbeidarar (22). Informantane i denne studien formidlar også at dei gir pasientar prioritet i arbeidet sitt. Utover at kreftsjukepleiarane opplever det direkte pasientarbeidet meiningfullt, kan det også vere at verdiar som er blitt formidla i utdanninga også er med å forme den profesjonelle identiteten (14, 19). Martinsen (21) framhevar og verdien av at det i relasjonen er ein *autoritetsstruktur*. Som sjukepleiar må du ha den nødvendige kunnskap i situasjonen som pasienten ikkje har. Dette er grunnlaget for ein profesjonell hjelperasjon og avgjeraande for tilliten. Å stå i eit direkte forhold til pasientar og pårørende er moralsk og fagleg krevjande, der tilbakemeldingar frå pasientar og pårørende i dei direkte møta truleg er avgjeraande for kreftsjukepleiarar sin profesjonelle identitet og tryggleik. Å gjere dei rette tinga til rett tid, er ein utfordrande situasjon å stå i. Kreftsjukepleiarane formidlar at *fagkunnskap* er ein viktig del av det å vere profesjonell og gjere ein god jobb. Samtidig opplever dei at ingen pasientsituasjoner er like, og bruk av kunnskap krev ein stadig *veksling mellom teori og praksis*, slik også Kirkevold (13) ser verdien av i utvikling av ein personleg kompetanse. Kreftsjukepleiarane kan ikkje vere borte frå det direkte pasientarbeidet om dei også skal rettleie personalet og sikre kvalitet. For å ha tillit i systemarbeidet saman med kollegaer, gir også fagkunnskap og direkte pasientkontakt ein tryggleik og autoritet slik også andre studiar har vist (5, 6, 7). Wackerhausen (14) bruker ordet ”*blikk*” for situasjonar om det handlingsgrunnlaget profesjonelle har, og som er eit viktig innhald i det han kallar profesjonsidentitet. Her kan ein tenkje seg at fagkunnskap, erfaring og verdiar blir eit refleksjonsgrunnlag for kreftsjukepleiarane si

vurdering av korleis handle riktig i møte med pasient og pårørende, slik også Kirkevold (13) skisserer utvikling av personleg kompetanse.

Burt m.fl. (23) og Grönroos og Perälä (24) sine studiar viser at det må vere både fagkunnskap og tid til vurderinger og val når alvorleg sjuke pasientar sine behov skal imøtekoma i distrikta. Når desse faktorane ikkje er tilstades, kan arbeidet gi stress og dårlig kvalitet. Informantane i vår studie opplever det som viktig å få *tid* til å bruke sin kompetanse i ein *stillingsprosent* som kreftsjukepleiarar. Det ser ut til å gi eit *handlingsrom* til å bruke sin fagkunnskap til å *vurdere* og gi individuell hjelp. Ein informant seier endå at verdien av å ha ein *stillingsprosent* som kreftsjukepleiar også er avgjerande for å gjøre ein god jobb i den resterande stillinga som heimesjukepleiarar, som i tiltakande grad blir prega av standardisering av tenestetilbod. Frå eit pasientperspektiv finn Kvåle og Bondevik (25) i sin kvalitative intervju-studie av kreftpasientar at det å bli respektert, lytta til, gitt ærleg informasjon, bli verdsett og vere ein samarbeidspart, er viktige verdiar i møte med helsepersonell. Andre studiar (26, 27) støtter Kvale og Bondevik sine funn. Å inkludere pasient og pårørende som deltarar krev tid og fagkunnskap, slik informantane i denne studien verdset i utøving av si yrkesrolle.

Fleire studiar viser at det er uklare ansvarsforhold og manglande koordinering av tenestetilbod til pasientar med kreft (28, 29, 30). I vår studie opplever kreftsjukepleiarar at det å *koordinere* ulike tiltak, er ein viktig del av ein systemrettar funksjon. Kreftsjukepleiarar opplever og at deira kompetanse representerer ein *kontinuitet* og *kunnskapsressurs* på arbeidsplassen. Kor godt det systemrettar arbeidet fungerer, er og avhengig av *forankring av eigen kompetanse* på arbeidsplassen og *tillit frå leiar og kollegaer*. Her kan ein spørje om ikkje det å bli innlemma i fagfellesskapet er av verdi for identitetsdanninga og utøving av yrkesrolla, slik også Wenger (31) framhevar som sentralt i utvikling av den profesjonelle identitet. Systemarbeidet kan og vere ei kjelde til spenning der fleire nemner at *dokumentasjon* av korleis stillinga som kreftsjukepleiar blir brukt, er ein del av det arbeidet som er forventa. Når ein kreftsjukepleiar opplever at det er strenge krav til stillinga, kan det vere uttrykk for opplevd kontroll meir enn tillit. Kreftsjukepleiar opplever ei spenning mellom arbeidsgivar sin tillit, og eit moralisk/fagleg ansvar overfor pasienten. Men det er og informantar som opplever tillit og fridom til å utforme yrkesrolla i stillinga. Det ser ut som dette gir motivasjon og arbeidsglede, noko ein kan tenke styrker den profesjonelle identiteten og det å stå opp for kreftpasientar og pårørende, slik Fagerberg (17) peikar på.

Konklusjon

Studien viser at kreftsjukepleiarar opplever at eigne *stillingsprosentar* som kreftsjukepleiarar gir eit *handlingsrom* for å bruke fagleg skjønn både i møte med kreftpasientar og i systemarbeid til å sikre kontinuitet, koordinering og kvalitet i tenester til kreftpasientar, slik fleire studiar har etterlyst. Kreftsjukepleiarane som opplever ein balanse mellom høge kvalitetskrav og handlingsrom i stillinga, vil kunne fylle ei rolle som den framtidige kommunehelsetenesta har behov for. Det er behov for meir forsking om leiarar, kollegaer og kreftpasientar i kommunehelsetenesta sine vurderinger av omsorgstenestene til kreftpasientar. Denne kunnskapen vil kunne bidra med innsikt som kan vere til nytte for å få til ei god arbeidsdeling og kreftomsorg i realiseringa av Sam-handlingsreforma.

Takk

Ei spesiell takk til alle kreftsjukepleiarar som deltok i intervjuet og til Høgskolen i Sør-Trøndelag for tid til å gjennomføre studien.
Godkjent for publisering 19.01.2012

Astrid Bjørnerheim Hynne, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning.

Marit Kvangarsnes, Høgskolen i Ålesund, Avdeling for helsefag, Helse Møre og Romsdal.

Korresponderande forfattar: Astrid Bjørnerheim Hynne, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning, Postmottak, NO-7004 Trondheim. E-post: astrid.b.hynne@hist.no

Referansar

1. NOU (1997:20): Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan.
2. Helse- og Omsorgsdepartementet 2006. Nasjonal Strategi for kreft-området 2006-2009: 4-33.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
4. Kreftregisteret. Kreft i Noreg 2005-del 2. www.kreftregisteret.no (07.05.2011)
5. Reitan AM, Eide H. Kreftsykepleie og kompetanseutvikling fra utdanning til klinikks- en evaluering av videreutdanning i kreftsykepleie. Vård i Norden 2009; 29(3):8-12.
6. Wyatt D. How do participants of a post registration oncology nursing course perceive that the course influences their practice? A descriptive survey. European Journal of Oncology Nursing 2007; 11(1):168-178.
7. Wyatt D. The impact of oncology education on practice-A literature review. European Journal of Oncology Nursing 2007; 11(3):255-261.
8. Hauken M. Aasebø. Nettverk i kreftomsorg i Helse Bergen foretaksområde: Rapport fra evaluering. Betanien diakonale høgskole. Skriftserien 1-2009.
9. Jarret NJ, Payne SA, Wiles RA. Terminally ill patients' and lay-carers' perceptions and experiences of community-based services. Journal of Advanced Nursing 1999; 29(2): 476-483.
10. Luker KA, Wilson K, Pateman B, Beaver K. The role of district nursing: perspectives of cancer patients and their carers before and after hospital discharge. European Journal of Cancer Care 2003; 12:308-316.
11. Helsedirektoratet. Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs og utdanningstilbud. September 2011.
12. Rammeplan Videreutdanning i kreftsykepleie. Utdannings og forskningsdepartementet. Oslo: 2005.
13. Kirkevold M. Vitenskap for praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1996.
14. Wackerhausen S. Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet. København: Hans Reitzels Forlag 2002.
15. Heggen K. Fagkunnskapens plass i den profesjonelle identiteten. Norsk Pedagogisk Tidsskrift 2005; 89(6):446-460.
16. Heggen K. Profesjon og identitet. I: A Molander og LI Terum (red.): Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget 2008.
17. Fagerberg I. Registered Nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. Journal of Advanced Nursing 2004; 46(3):284-291.
18. Kvæle S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk 2009.
19. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating Nurses. A Call for Radical Transformation. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint 2010.
20. Kvangarsnes M, Hagen B, Fylling G. Kva skjer i praksisstudiet i somatiske sengeavdelingar? Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2010; 1:56-70.
21. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin. Otta: Tano forlag 1989.
22. Qvarnstrøm U. Vår død. Arlov: Almqvist & Wiksell 1993.
23. Burt J, Shipman C, Addington-Hall J, White P. Nursing the dying within a generalist caseload: A focus group study of district nurses. International Journal of Nursing Studies 2008; 45:1470-1478.
24. Grönroos E, Perälä ML. Self-reported competence of home nursing staff in Finland. Journal of Advanced Nursing 2008; 64(1):27-37.
25. Kvåle K, Bondevik M. What is important for patient centered care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. Scandinavian Journal of Caring Science 2008; 22:582-589.
26. Clover A, Browne J, McLain P, Vandenberg B. Patient approaches to clinical conversations in the palliative care setting. Journal of Advanced Nursing 2004; 48: 333-341.
27. Tuckett AG. The care encounter: pondering caring, honest communication and control. International Journal of Nursing Practice 2005; 11:77-84.
28. Sægrov S. Kommunal oppfølging av personer med kreft. Vård i Norden 2001; 4:21-25.
29. Brazil K, Wheland T, O'Brien MA, Sussman J, Pyette N, Bainbridge D. Towards improving the co-ordination of supportive cancer care services in the community. Health Policy 2004; 70:125-131.
30. Iversen HH, Holmboe O, Dahle KA. Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehushus i 2009. Nasjonale resultater. PasOpp-rapport nr 1. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester 2010.
31. Wenger E. Praksisfellesskaber. Læring, mening og identitet. Danmark: Hans Reitzels Forlag 2004.