



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Å gjøre en god nok jobb for kreftpasienter**

Organisering av sykepleietjenesten til kreftpasienter

Marielle F.Jolma

Masteroppgave i Kreftsykepleie. SYP-3902. Mai 2022.

Antall ord: 16295

# Forord

I arbeidet med min masteroppgave har jeg virkelig forstått hva det innebærer å gå gjennom en prosess. Å skrive en masteroppgave har vært en unik læringsmulighet, både for å lære seg faget bedre, men lære å søke etter og skape ny kunnskap. Nå er jeg klar for å begynne å jobbe som kreftsykepleier og fortsette å lære nye ting i møte med kollegaer og pasienter.

For å komme i mål med denne oppgaven har jeg vært helt avhengig av hjelp og støtte fra både fjernt og nært. Tusen takk til informanter og tilhørende avdelinger som i en ekstra krevende periode med pandemi valgt å sette av tid til meg, slik at jeg fikk utforsket temaet mitt. Uten deres velvilje hadde det aldri blitt noe oppgave.

Ingrid Drageset, som veileder har du vært tilgjengelig, kommet med gode kommentarer, innspill og spørsmål underveis. Du har pushet meg videre i prosessen helt til vi nådde målet mitt, det er jeg veldig takknemlig for.

Veronje Ingebrigtsen, hjertelig takk for at du har stilt opp som sekretær. Din villighet til å reise rundt med meg var helt avgjørende for at jeg i det hele tatt kom i gang med oppgaven.

Tusen takk til medstudenter og kollegaer for heiarop og lykkeønskninger, det har virkelig motivert meg til å fullføre arbeidet Tusen takk til min arbeidsgiver som har tilrettelagt for at jeg skulle få skrive denne oppgaven.

Jeg vil også takke mine venninner Maria og Anja som har tatt bidratt med rettskriving både på norsk og engelsk.

Til slutt må jeg takk min enestående mann Ken-Jøran og barna Elida og Emilie. Ken-Jøran, du har dratt lasset hjemme, samtidig har du tatt deg tid til å lese igjennom og diskutere oppgaven min. Du har en stor en ære for at dette gikk! Ser virkelig fram til å kunne være den kona du fortjener og den mammaen Elida og Emilie har savnet.

Tromsø, 2.mai 2022.

Marielle F.Jolma

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Det er rundt 305 000 personer som lever med kreft i Norge og det er forventet at det vil bli flere i årene fremover. Kreftpasienter er beskrevet å ha mange ulike utfordringer og behov som må ivaretas, noe som dermed stiller krav til sykepleierne som skal gjøre denne jobben. Det er en forventning om at sykepleierne skal utøve helhetlig omsorg for både pasient, men også pårørende og familien. Sykepleiere opplever flere utfordringer i sitt yrke, deriblant organisatoriske utfordringer og står i en skvis mellom forventinger og effektivitetskrav i helsevesenet. Dermed ønsker jeg å undersøke sykepleiernes erfaring på hvordan organiseringen av sykepleietjenesten i kreftavdelinger påvirker utøvelsen av sykepleie til alvorlig syke pasienter med kreft.

**Problemstilling:** *Hvordan opplever sykepleiere at organisering på avdelingsnivå kan påvirke utøvelsen av sykepleie til kreftpasienter som er innlagt ved en kreftavdeling?*

**Metode:** Det er brukt et kvalitativt design i studien, hvor datamaterialet er innhentet ved bruk av tre fokusgruppeintervju, fra tre ulike kreftavdelinger i Norge. Det er brukt tematisk analyse for å analysere datamaterialet.

**Resultater:** Det framkom tre hovedtemaer i studien. 1) Ansvar for organisering. Funn viser at det er avdelingsledelsen som har hovedansvaret for organisering og at sykepleiere har begrenset påvirkning på organiseringen. Et godt samarbeid mellom ledelse og sykepleiere påvirker positivt på hvordan sykepleierne er i stand til å ivareta kreftpasienter best mulig. 2) Organisering som skaper muligheter for fag og kompetanseutvikling. I dette hovedtemaet ble sykepleiernes behov for jevn fordeling av erfaring og kompetanse i avdelingen fremmet som viktig for å kunne ivareta kreftpasienter på en god måte. Behov og fordeler med fagutviklingssykepleier ble også fremhevet i dette temaet. 3) Organiseringens betydning av følelsen av å gjøre en god nok jobb. Dette funnet beskrev hvordan organisering påvirker sykepleiernes opplevelse av å gi god sykepleie til pasienter. Her trekkes det fram at organisering som gir mulighet for å følge pasienter opp over tid er essensielt for å kunne gi god sykepleie til kreftpasienter og at det kan oppnås ved bruk av varianter av både gruppesykepleie, men også primærsykepleie.

**Nøkkelord:** Kreftsykepleier, god kreftsykepleie, kreftpasienter, spesialisthelsetjenesten, organisering og avdelingsledelse.

# Abstract

**Background:** There are approximately 305 000 people living with cancer in Norway and it's expected to increase in the years to come. Cancer patients have been described to have a variety of challenges and needs requiring care, which sets demands to the nurses who will be doing this job. There is an expectation that the nurse will provide holistic care to both the patient, the next of kin, and the patients family. Nurses are experiencing different challenges in their line of work, among them are organizational challenges and they are being pushed between expectations and efficiency requirements in the health care system.

**Thesis:** *How does nurses experience that the organising on ward level can impact the practice of care for cancer patients who are admitted on a cancer ward?*

**Method:** A qualitative design has been used in this study, where the data has been collected using three focus group interviews from three different cancer ward in Norway. Thematic analysis has been used to analyze the data material.

**Result:** Three main themes emerged. 1) Responsibility for organizing the ward. Findings show that the unit manager has the main responsibility for organizing the ward and the nurses have limited impact on this. A good collaboration between management and nurses has a positive impact on the nurses' ability to provide care for the cancer patients in the best way possible. 2) Organizing that creates opportunities for professional and competence development. In this main theme, the nurses' need for an even distribution of experience and competence on the ward was emphasized as important to be able to provide good care for cancer patients. Nurses in charge of professional development was also highlighted as important in this theme. 3) Organizing in a way that creates the feeling of doing a good enough job. This theme describes how organizing affect nurses experience to provide good care for the patients. It is emphasised that organizing in such a way that provides opportunity to follow up patients over time is essential to be able to provide good nursing care and it can be achieved by group nursing or a primary contact nurse.

**Key words:** Cancer nursing, good cancer nursing, cancer patients, specialist health service, organizing and unit management

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	2
1.2	Avgrensning og begrepsavklaring.....	3
2	Tidligere forskning.....	4
2.1	Faktorer som påvirker sykepleiernes arbeidshverdag.....	4
3	Teori.....	7
3.1	Spesialisthelsetjenesten.....	7
3.2	Sykepleier og kreftsykepleiers kompetanse og ansvar.....	8
3.2.1	Å utøve pasientomsorg.....	10
3.3	Organisering av sykepleietjenesten.....	11
3.3.1	Organisering – en ledelses- og sykepleieoppgave.....	11
3.3.2	Teamarbeid.....	12
3.3.3	Å fremmer kunnskap og kompetanse.....	13
4	Design og metode.....	15
4.1	Refleksjon over min forforståelse.....	15
4.2	Utvalg.....	16
4.2.1	Fremgangsmåte.....	16
4.2.2	Presentasjon av informantene.....	17
4.2.3	Gjennomføring av intervju.....	17
4.3	Analyse.....	18
4.3.1	Gjennomføring av transkribering og analyse.....	18
4.4	Forskningsetiske overveielser.....	20
4.5	Oppgavens styrker og svakheter.....	21
5	Funn.....	22
5.1	Ansvar for organisering.....	22
5.1.1	Avdelingsledelse.....	22

5.1.2	Sykepleiernes ansvar og muligheter for å organisere sitt eget arbeid.....	23
5.2	Organisering som skaper mulighet for fag og kompetanseutvikling .....	24
5.2.1	Jevn fordeling av kompetanse .....	25
5.2.2	Kompetanseheving .....	26
5.2.3	Fagutviklingssykepleier, en viktig ressurs .....	27
5.3	Å kjenne på følelsen av å gjøre en god nok jobb .....	28
5.3.1	Å være i stand til å utføre helhetlig og personsentrert sykepleie.....	28
5.3.2	Teamarbeid og samarbeid .....	30
6	Drøfting .....	32
6.1	Ansvar og organisering på avdelingsnivå .....	32
6.1.1	Samarbeid med ledelsen og sykepleierne.....	33
6.2	Organisering som skaper mulighet for fag og kompetanseutvikling .....	33
6.2.1	Rett kompetanse til rett tid .....	34
6.2.2	Fra novice til novice .....	35
6.2.3	Fagutvikling skaper trygghet.....	36
6.3	Organiseringens betydning for «følelsen av å gjøre en god nok jobb».....	37
6.3.1	Organiseringsform i avdelingene .....	37
6.3.2	Den helhetlig «drømmen» .....	39
6.3.3	Fragmentere pasientforløp oppleves som en trussel .....	41
7	Avslutning .....	44
7.1	Refleksjon over pasienthistorien i innledningen .....	45
7.2	Videre forskning.....	45
	Referanseliste .....	46

# 1 Innledning

Kreftsykdom ramme både unge og eldre personer. Antall nye krefttilfeller øker for hvert år og det er i Norge per 2020 over 305 000 pasienter som lever med kreft. Det høye antallet forklares med en eldre befolkning, bedre behandling og bedre livsforlengende behandling (Kreftregisteret, 2021). Kreftstrategien fra offentlig hold har flere mål som skal bidra til at helsevesenet ivaretar kreftpasienter best mulig. Deriblant er det et mål at kreftpasienter skal få god oppfølging gjennom hele forløpet, hvor opplevelsen av et godt koordinert og helhetlig pasientforløp står sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

*Klokken er 09.30. Jeg er gruppeleder og må forte meg til previsitt slik at legen ikke må vente så lenge. Forhåpentligvis har jeg fått all nødvendig informasjon om alle pasientene fra mine kolleger til jeg skal møte legen. Legen som venter på meg, har jeg samarbeidet tett med i en stund, om en spesiell pasient. Egentlig en veldig vanlig pasient, med kone og mindreårige barn. Jeg og legen har fulgt han igjennom oppturer og nedturer, mest nedturer. Previsitten begynner og vi starter øverst i permen og jobber oss igjennom, pasient for pasient. Så kommer vi til «min» pasient, eller han er ikke min for jeg er ikke primærsykepleier til han, selv om jeg føler meg som det. Prøvesvarene hans er dårligere, cellegiften fungerer ikke og han har nok ikke lang tid igjen å leve. Vi diskuterer pasientens plager og utfordringer. Vi feller noen tårer, tørker de vekk og fortsetter videre i permen. Nå visitten er ferdig møter jeg kona til «min» pasienten i gangen. Hun lurer på om ikke jeg kan forsøke å få han til å spise, fordi han blir så irritert på henne når hun spør om mat. Jeg svarer at det kan jeg selvfølgelig gjøre og at hun ikke trenger å tenke på det. Så spør jeg om barna kommer på besøk i dag. Hun svarer at hun ikke tror det, de liker ikke å være så mye på sykehuset. Jeg ber henne hilse til de og sender med henne litt forskjellig klistremerker og utstyr de kan leke med.*

I denne fortellingen kan man fornemme flere utfordringer som sykepleier. Tidspress, det å forholde seg til mange sykepleiere og leger, samt det å være tett involvert i ulike pasientsituasjoner. Omstillingen det er å snakke fag med legen, snakke vennlig og dagligdags med familie og pårørende i gangen. Være tilgjengelig for flere på en og samme tid, samtidig vise at man bryr seg om den enkelte.

En kreftsykepleier skal ha spesialisert kunnskap om blant annet behandling og lindring i forbindelse med en kreftsykdom. Evne til å utføre helhetlig, person og familie-sentrert sykepleie og fokus på å ivareta pasientens integritet og medbestemmelse står sentralt for sykepleiere i kreftomsorgen (Generalforsamling for kreftsykepleiere, 2019). Gjennom sykdomsforløpet møter kreftpasienter mange utfordringer og behov. Både på grunn av sykdommen i seg selv, krevende behandlinger, men også på grunn av den påkjenningen der er å få en kreftdiagnose. Dette påvirker ikke bare pasient, men også pårørende og det krever kompetanse på faglig og mellommenneskelige plan for imøtekomme de på en god måte (Reitan, 2017). En studie fra 2020 (Hansen et al., 2020) beskriver pasienters og pårørendes erfaringer fra norske sykehus. I studien kommer det fram opplevelser med lite personale, utilfredsstillende kommunikasjon og manglende kontinuitet, noe som skapet en dårlig opplevelse for de involverte. Studien konkluderte med at sykehus må se på rutiner og organisering som kan bedre omsorgen for pasienter med alvorlig kreftsykdom og deres pårørende (Hansen et al., 2020).

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

Min interesse for temaet kreftsykepleie og utfordringer knyttet til organisering av tjenesten er basert på åtte års arbeidserfaring fra kreftomsorgen og praksisopplevelser i forbindelse med mitt studieforløp. Jeg fått erfaring fra ulike avdelinger og opplevd ulike måter å organisere sykepleietjenesten på. Med bakgrunn i disse erfaringene og forskning som peker på organisatoriske utfordringer i kreftomsorgen, har jeg formulert følgende problemstilling som også fungerer som forskningsspørsmål:

*Hvordan opplever sykepleiere at organisering på avdelingsnivå kan påvirke utøvelsen av sykepleie til kreftpasienter som er innlagt ved en kreftavdeling?*

Hensikten med oppgaven er å utvikle kunnskap om hvordan organiseringen av sykepleietjenesten i kreftavdelinger påvirker utøvelsen av sykepleie til alvorlig syke pasienter med kreft.

Denne masteroppgaven er basert på en godkjent prosjektskisse med samme tema.



## 1.2 Avgrensning og begrepsavklaring

Jeg forholder meg til organisering på avdelingsnivå som påvirker sykepleierne i det daglige arbeidet med pasientene. Arbeidsfordeling og gruppeinndeling i avdelingen vil derfor være sentrale i oppgaven. På grunn av oppgavens størrelse vil det ikke bli gjort en omfattende drøfting av sykehusets utforming og lokaliteter, selv om det har vist seg at det påvirker utøvelsen av sykepleie.

Opgaven tar utgangspunkt i sykepleier og kreftsykepleiere som jobber i spesialisthelsetjenesten, i en kreftavdeling med inneliggende pasienter. Mine erfaringer fra spesialisthelsetjenesten er at det er de mest syke og pleietrengende pasientene som er inneliggende og pasienter med behov for døgnskuttet medisin oppfølging. Jeg anser disse pasientene som alvorlig syke, uavhengig om behandlingen er kurativ eller palliativ. Dette på grunn av sykdommen i seg selv, men også fordi kreftbehandling er tøff og dermed kan oppleves som en trussel på livet.

I denne oppgaven er det sykepleiernes opplevelser og erfaringer som vil stå sentralt, mens pasientpleien er mer i bakgrunnen. Jeg vil likevel understreke at pasientpleien er viktig og for å forstå hva sykepleie til kreftpasienter er må man også vite noe om kreftpasienters behov.

Sentrale begreper vil bli utdypet fortløpende i oppgaven.

## 2 Tidligere forskning

Søkeprosessen er fra August 2021 til Mars 2022. Søkene er gjort i databasene, Oria, Cinahl og Pubmed, samt manuelle søk ved bruk av referanselister fra aktuelle artikler. Jeg har begrenset søkene til forskning som ikke er eldre enn ti år og skrivespråk på engelsk, norsk, dansk eller svensk. PICO skjema og tabell over søkeprosessen ligger som vedlegg 1.

For å forstå hva sykepleie til kreftpasienter innebærer bør man ha kjennskap til hva som er kreftpasienters behov. Derfor presenteres forskning som tar for seg hva kreftpasienter trenger i møte med helsevesenet. Etterfulgt av forhold ved sykepleiernes arbeidshverdag som kan være med å synliggjøre viktigheten av god organisering.

### 2.1 Faktorer som påvirker sykepleiernes arbeidshverdag

Forskning fra 2019 (Kousoulou, Suhonen, & Charalambous) gjort ved sykehus i Kypros viser at personer som får en kreftdiagnose er utsatt for store belastninger i forbindelse med sitt sykdomsforløp. Studie viser at det oppstår mange bekymringer og utfordringer som også påvirker familien rundt pasienten, hvor opplevelsen av angst og usikkerhet er vanlig. For å håndtere dette trenger ofte pasientene hjelp av helsepersonell. Behovet for informasjon, sammen med gode evner til å kommunisere er av stor betydning for pasienters opplevelse av god omsorg. Det fremkommer videre at pasienter har behov for å bli respektert, føle seg verdsatt, oppleve tilhørighet og ivaretatt religiøst og åndelig. Kreftpasienter opplever det som svært viktig å bli sett på som et unikt menneske til tross for sykdommen og studien viser at individuell sykepleie kan bidra til å bli sett på som et unikt menneske. Dette siden individuell sykepleie innebærer grundig planlagt pleie som har til hensikt å avdekke og imøtekomme hver enkelt pasient sine spesielle behov (Kousoulou et al., 2019).

En studie fra Nederland (Vermond et al., 2021) viser at kontinuitet er et sentralt behov for mange kreftpasienter. Likevel opplever mange kreftpasienter stadig brudd i kontinuiteten, som igjen fører til opplevelsen av dårligere omsorg. Pasienter beskriver at et effektivt pasientforløp innebærer å måtte forholde seg til mange forskjellige personer i helsevesenet og at dette kan føre til dårlig kontinuitet på det relasjonelle plan. Sykepleieren blir sett på som en trygghet og ansett som viktig for å oppleve kontinuitet, da sykepleieren er den personen pasienten ser mest til i sykehus. Dette setter sykepleierne i en viktig posisjon til å kunne

påvirke opplevelsen av god omsorg ved å forsøke å ivareta den relasjonelle kontinuiteten til pasienten (Vermond et al., 2021). Det å bli kjent med helsepersonell, både profesjonelt, men også følelsesmessig, skaper en trygghet og er viktig for opplevelsen av god omsorg (Hansen et al., 2020).

I en nyere studie av Gribben og Semple (2021) settes søkelys mot faktorer som påvirker kreftsykepleierens jobbalanse og utvikling av utbrenthet. Det er flere faktorer som trekkes fram i studien, deriblant organiseringen av sykepleierne. Organiseringen tilrettela ikke for nok tid til å bli kjent med pasienten og dermed følte sykepleierne at de ikke fikk utøvd god nok sykepleie til pasientene. I samme studie fremheves det at arbeidskultur med fokus på godt teamarbeid hvor kommunikasjon og støtte fra kollegaer har vist seg å være essensielt for å kunne håndtere jobben som sykepleier i kreftomsorgen. Ledelsen utpekes som særlig viktig for arbeidsmiljøet, da ledelsen er i posisjon til å bidra til å etablere gode team som danner grunnlag for gode visjoner og verdier for arbeidsplassen (Gribben & Semple, 2021).

Ifølge Kleiven, Kyte og Kvigne (2016) kan ytre kravene som pålegger sykepleierne mer tidspress, mindre ressurser og flere arbeidsoppgaver oppleves som en trussel mot yrkesidealet. Gapet mellom ønsket om å gi god sykepleie og realiteten blir for stor. Dette fører til at flere ønsker å forlate sykepleieryrket. En norsk studie fra 2021 (Lied, Lindgren, & Helberget) påpeker at tidspress kan være en trussel mot pasientsikkerheten. Det forklares med at sykepleierne blir mer rutinebaserte når de jobber med tidspress, noe som fører til mindre tid med pasienten. Når sykepleierne bruker mindre tid med pasientene kan det føre til at sykepleierne overser pasientene og deres behov og dermed kan true pasientsikkerheten (Lied et al., 2021).

Kristoffersen og Friberg (2016) beskriver transformasjonsledelse som en ledelsesform som kan bidra til å tilrettelegge for utøvelse av god sykepleie. I transformasjonsledelse skal sykepleielederen gå foran som et godt eksempel og på den måten skape motivasjon og inspirasjon til å utøve sykepleie innenfor de rammene som er gitt. Ifølge samme studie kan dette være en måte å håndtere dagens effektivitetskrav på. Effektivitetskravet beskrives som jaget til å utføre flest mulige målbare oppgaver, som for sykepleierne vil si tekniske og administrative oppgaver. Lederne må derfor møte sykepleierne på en god måte, ved å gi sykepleieren opplevelsen av å bli hørt, sett og forstått. Dette gjelder særlig når oppstår skvis mellom effektivitetskravet og opplevelsen av å gi god sykepleie (Kristoffersen & Friberg, 2016).

Forskning viser altså at kreftpasienten har mange ulike behov som skal ivaretas og at sykepleierne opplever utfordringer som påvirker utøvelsen av sykepleie i hverdagen. Det er derfor relevant å undersøke hvordan sykepleiere opplever at organiseringen på avdelingsnivå kan påvirke utøvelsen av sykepleie til kreftpasienter innlagt ved en kreftavdeling.

## 3 Teori

For å kunne svare på en problemstilling i kvalitative studier er den teoretiske referanserammen viktig. Den teoretiske referanserammen fungerer som en avgrensning, da den bidrar til å synliggjøre hvilke sammenheng tema og problemstillingen tar utgangspunkt i (Malterud, 2017).

Jeg velger å presentere helsevesenet og spesialisthelsetjenestens overordna ansvar først. Dette for å få en grunnleggende forståelse av retningslinjer for å yte helsehjelp. Deretter vil jeg beskrive hva sykepleie og særlig sykepleie til kreftpasienter innebærer. Etterfulgt av teori om pasientomsorg, da pasientomsorg er sentralt i utøvelsen av sykepleie til kreftpasienter jamfør Generalforsamling for kreftsykepleiere (2019). Videre vil jeg introdusere teori og sentrale begreper i organisatorisk kompetanse. I forlengelsen av det vil jeg kort redegjøre for de vanligste organiseringsmodellene i det norske helsevesenet. Før jeg avslutningsvis presenterer teori om kunnskap og kompetanseheving i sykepleiefaget.

### 3.1 Spesialisthelsetjenesten

For sykepleiere som jobber i spesialisthelsetjenesten vil blant annet helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten sette føringer for sykepleiernes ansvar og krav om forsvarlighet (1999; 1999). Helsepersonelloven poengterer at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (1999§4) . Forskrift om utførelse av arbeid (2013) legger føringer for nødvendig opplæring og håndtering av farlige stoffer som eksempelvis cellegift, både for å ivareta pasienten men også for å beskytte ansatte. Spesialisthelsetjenesten skal i forlengelsen av det «tilrettelegge for at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999§2-2).

Kravet om forsvarlighet er knyttet til det å ivareta pasientens sikkerhet. God pasientsikkerhet er et viktig mål, hvor ønske om «rask, trygg og god hjelp» til pasienter når de trenger det er et suksesskriteria (Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, 2019, p. 5).

Pasientsikkerhet defineres som «vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Kunnskapssenteret, 2014, p. 8). Sykepleiere er derfor i en gunstig

posisjon til å bidra til god pasientsikkerhet (Stubberud, 2018). Både ledere og medarbeidere er ansvarlig for å bidra til best mulig kvalitet på helsetjenesten og god pasientsikkerhet. Det kan man oppnå ved å skape en god arbeidskultur som er villig til å utvikle eget arbeid med å se etter forbedringspotensialer (Helsedirektoratet, 2019, p. 8).

Flere politiske retningslinjer og anbefalinger har i en årrekke rettet fokus på god og helhetlig pasientomsorg, deriblant yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Norges Offentlige Utredning «Pasienten først!» (1997) la stor vekt på organisering i sykehus med fokus på pasientansvarlig lege, men også på behovet for pasientansvarlig sykepleier.

Pasienten bør ha én ansvarlig person å forholde seg til og slippe stadig å gjenta sin historie. Ved behov skal pasienten henvises videre, og det skal være et organisert samarbeid mellom leddene i behandlingen. Informasjon skal være fyllestgjørende og formidlingen skal være systematisert. Pasienten har rett til innsyn og medbestemmelse. (NOU 1997: 2, p. 3).

Viktigheten av helhet i pasientforløp og helhetlig forståelse av pasienters behov er presentert i kreftstrategien fra 2018 (Helse- og omsorgsdepartementet) og NOU «På liv og død» (2017). De har dermed flere likhetstrekk med NOU «Pasienten først!» da krav om helhetlig, godt koordinert pasientforløp og god informasjonsflyt er sentrale (NOU 1997: 2).

Å forstå hva menes med begrepet helhet eller helhetlig, kan ifølge Alvsvåg være utfordrende da begrepet stadig er i utvikling. Likevel antyder hun at det omhandler å se mennesket sosialt, fysisk, psykisk og åndelig, men også at det kan omhandle noe mer som ikke er redegjort for enda (Alvsvåg, 1997, p. 30).

## **3.2 Sykepleier og kreftsykepleiers kompetanse og ansvar**

Det finnes flere ulike beskrivelser og definisjoner på hva sykepleie er. Elstad har oversatt WHO sin definisjon av hva sykepleie er til norsk: «omsorg for individ, familiar, grupper, samfunn, sjuke og friske, i alle slag sammenhengar som omfattar helsefremming, førebygging av sjukdom, og omsorg for sjuke, funksjonshemma og døyande menneske» (Elstad, 2014, p. 16). Omsorg kan derfor forstås som en sentral del av det å gi sykepleie og derfor vil jeg presentere teori om omsorg i kapittel 3.2.2.

Ifølge Reitan (2017) innebærer det å være kreftsykepleier å ha videreutviklet den grunnleggende sykepleiekunnskapen og har tilegnet seg spesialkompetanse på sykepleie til pasienter som har eller har gjennomgått en kreftdiagnose. Som kreftsykepleier skal man utøve helhetlig sykepleie til pasienter med kreft, men også til familie og pårørende. Kreftpasienter har ofte et sykdomsforløp som innebærer mange utfordringer og avansert behandling over tid. Det være kirurgi, monoterapi eller kombinasjonsbehandlinger med immunterapi, cellegift, strålebehandling og hormonbehandling. Alle disse behandlingene kan føre til en mengde bivirkninger og senskader, samtidig som det også er en mulighet for både residiv og død. Dette skaper en kompleks situasjon og dermed så stilles det krav til sykepleierne for å kunne imøtekomme pasientens, familie og pårørendes behov (Reitan, 2017).

Det stilles det krav til faglig kunnskap og kompetanse, god sykdomsforståelse, et helhetlig menneskesyn som evner å se pasientens og pårørendes behov i situasjonen. Dessuten er god sykepleie til kreftpasienter er en svært viktig del av behandlingen. Sammen med den medisinske behandlingen er sykepleierens observasjoner avgjørende for å oppnå et godt behandlingsresultat. Observasjonene sykepleierne gjør i det direkte pasientarbeidet er viktig for å kunne iverksette nødvendige tiltak tidsnok, slik at pasienten får best mulig behandling. Kreftsykepleier skal også sikre kontinuitet for pasienten, både i pleien og behandlingen. Som kreftsykepleier i spesialisthelsetjenesten innebære jobben kurativ- palliativ- og lindrende behandling. Administrering av medikamenter etter legens forordninger vil være sentral, samt observasjoner av effekt og bivirkninger av behandlingen og sykdommen for øvrig. Videre er det viktig med samarbeid med pasienten selv, familien og samhandling med andre deler av helsetjenesten. Kreftsykepleiere kan også jobbe indirekte mot pasienten. Da vil det i hovedsak bestå av undervisning, forskning, fagutvikling og administrasjon og ledelse. Samarbeid med ledelsen anses som et viktig ansvar innenfor kreftsykepleiers arbeid. Der kan kreftsykepleiere særlig bidra til å kartlegge pasienters behov og hvilken kompetanse og ressurser pasientene trenger (Reitan, 2017).

God sykepleie til kreftpasienter kan dermed beskrives som evnen til å tilrettelegge for å utføre faglig og helhetlig sykepleie. Der hensikten er at pasienten opplever kontinuitet, forutsigbarhet og trygghet i møte med helsevesenet (Generalforsamling for kreftsykepleiere, 2019).

### 3.2.1 Å utøve pasientomsorg

Ifølge Generalforsamling for kreftsykepleiere (2019) er personsentrert omsorg en viktig del av den helhetlige sykepleien man skal utøve til kreftpasienter. I personsentrert omsorg står verdier som respekt og selvbestemmelse sentralt. Målet med personsentrert omsorg er å være «helsefremmende, skape en god erfaring for personen, føle seg involvert og oppleve velvære (Rokstad, 2021, p. 38). Hensikten med personsentrert omsorg er å gjøre omsorgen til pasientene mer helhetlig og unngå det dominerende medisinske og sykdomsorienterte bildet av pasienten. Det er det enkelte menneske med dens individuelle behov som er i sentrum i personsentrert omsorg (McCormack & McCance, 2010).

Personsentrert omsorg forstås som en profesjonell pasientomsorg. Delmar (2021) beskriver profesjonell omsorg som en rammemodell, hvor helsevesenets styringssett og føringer er konteksten rundt modellen. Denne modellen deles inn i tre hovedkomponenter. 1) Sykepleierens kompetanse hvor faglig skjønn og kliniske retningslinjer er styrende. Det beskrives som evnen sykepleieren har til å bruke sin kjennskap til pasienten, erfaring og faglig kompetanse til å undersøke pasientenes behov og handle deretter. 2) Samarbeidsvilkår innbefatter relasjoner til pasient og pårørende, hvor tillit, makt og ansvar står sentralt. Sykepleieren har en viktig jobb i å skape ett godt samarbeid. Det fordrer god informasjon til pasienten som dermed gjør pasienten i stand til å være delaktig i valg omkring egen situasjon. 3) Sykepleiefaglig innhold retter seg mot livsfenomener og pasientenes behov. Livsfenomener kan være helt unike fra person til person og formes både av kultur, religion, men også pasientens egne livserfaringer. Omsorg som ivaretar livsfenomener og behov vil dermed kunne være alt i fra behov for mat og søvn, til eksistensielle behov og håp, samt alt imellom (Delmar, 2021).

Ifølge Delmar (2018) påvirker helsevesenets styringssett sykepleiernes mulighet for å kunne imøtekomme pasientens behov. Hun hevder at når styringssett overlater for mye ansvar om selvbestemmelse til pasienten kan det føre til omsorgssvikt. Dette oppstår når sykepleieren eller andre i helsevesenet forventer at pasienten tar mer styring på egne situasjon enn hva den er i stand til. Dermed blir utøvelsen av sykepleie avventende eller fraværende imens man venter på at pasienten skal kunne uttrykke sine behov. Derfor er det viktig å huske hva det å være syk kan innebære, da man ikke alltid er i stand til å uttrykke eller vite hva man er i behov for. «Omsorg og ansvar som to sider af samme sag» forstås som at sykepleiere må



være bevisst ansvar man har for å gi pasienten omsorg og at pasientens medbestemmelse ikke skal overskygge dette. (Delmar, 2018, p. 326)

Davina Allen kaster lys over at sykepleie er så mye mer enn bare det å utøve direkte pasientomsorg. Hun har i boken «Sykepleiens usynlige arbeid» satt lys på sykepleiernes organiseringsarbeid og beskriver sykepleierne som «limet i helsevesenet» (Allen, 2019, p. 181). Der påpeker hun viktigheten av at sykepleierne er bevisst sitt viktige ansvar innenfor organiseringsarbeid. Hun ytrer også et behov for å ta sykepleieres ekspertise opp til diskusjon for å få «...en fornyet vurdering av sykepleiernes samfunnsbidrag...» siden faget endrer seg (Allen, 2019, p. 23).

### **3.3 Organisering av sykepleietjenesten**

Ifølge Orvik (2015) er organisering en prosess som pågår kontinuerlig i en organisasjon. Prosessen påvirkes av valgt organiseringsform. Målet med valg av organiseringsform er å tilpasse organiseringen slik at det skaper stabilitet og forutsigbarhet, styre adferden til å prioritere det som er viktigst for organisasjonen, samt koordinere organisasjonen slik at man bruker ressursene rett. Helsepersonelloven stiller krav til organisering av tjenesten hvor § 16 lyder som følgende: «Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter» (Helsepersonelloven, 1999).

#### **3.3.1 Organisering – en ledelses- og sykepleieoppgave**

Ansvaret for organisering av sykepleietjenesten anses å være et administrativt ledelsesansvar (Pfeiffer, 2002). I Norge har man mest erfaring med å organisere sykepleierne etter følgende tre prinsipper: rundesykepleie, gruppesykepleie og primärsykepleie. Rundesykepleie organiserer helsepersonell etter faste ansvarsoppgaver som f.eks. sårstell, slik at den pleieren som har fått ansvar for sårstell gjennomfører det på alle pasientene. Gruppesykepleie har til formål at en sykepleier skal ha ansvar for en gruppe pasienter, men at en bruker andre pleiere til de pasientnære oppgavene som stell og mat. Organisering etter primärsykepleie gir sykepleier det hele og fulle ansvaret for pasient og utøver alle pleien som pasienten har behov for, fra innkomst til utskrivelse så lenge den sykepleieren har vakt (Pfeiffer, 2002). Orvik (2015) beskriver organisering etter primärsykepleie som å arbeide etter objektsprinsippet. Objektsprinsippet er en arbeidsmåte som på mange måter tar hensyn til sykepleierens

profesjonsutøvelse. Dette fordi sykepleieren får mulighet til å lede sitt eget arbeid i større grad, ved at man har det hele og fulle ansvaret for et mindre antall pasienter og dermed blir mer kjent med pasienten og kan jobbe mer helhetlig. Det motsatte er funksjonsprinsippet, hvor hver sykepleier har ansvar for enkeltoppgaver hos en gruppe pasienter. Det kan ligne på rundesykepleie som er nevnt ovenfor. Å arbeidet etter dette prinsippet anses som å være mer effektivt da den er inspirert av samlebandsmetoden og kreve mer styring og koordinering fra en leder enn objektsprinsippet (Orvik, 2015).

Sykepleiernes kunnskap om organisatorisk kompetanse er noe det stilles mer krav til ifølge Orvik (2015). Organisatorisk kompetanse innebærer blant annet forståelse av politiske målsettinger og et bevisst forhold til ressursbruk både innen økonomi, bemanning og utstyr. Videre forventes det kompetanse på koordinering av arbeidet både i team og pasientrelatert, sikre pasientforløp og ha oversikt over pasientforløp også på tvers av sektorer og tverrprofesjonelt samarbeid. Det er viktig å understreke at den organisatoriske kompetansen ikke skal erstatte den kliniske kompetansen, men de skal utfylle hverandre (Orvik, 2015).

### **3.3.2 Teamarbeid**

I helse- og omsorgstjenesten er det kommet en erkjennelse om at man er nødt til å arbeide mer i team. Dette for å kunne ivareta pasientene best mulig, skape trygghet, kontinuitet og inkludere pasientene best mulig i valg om eget liv og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Iversen og Hauksdottir (2020, p. 151) beskriver at det nærmest er en forventning om at ulike profesjoner i helsevesenet skal samarbeide og delta i team. Samarbeid i team gir grunnlag for en bredere kompetanse som gir grunnlag for beste mulig pleie og behandling til pasienten, siden den enkelte profesjon bidrar med ulik kompetanse og syn på pasientsituasjonen (Iversen & Hauksdottir, 2020).

Et team består av en gruppe fagpersoner som har samme mål, men ulik kompetanse. Gode team krever god samhandling og at alle i teamet har en indre motivasjon til å ville gjøre sitt ytterste for at teamet skal nå sine mål. Flytsonemodellen er sentral i teamarbeid, hvor hensikten er å holde teamet i flytsonen. Det vil si at utfordringene den enkelte opplever i teamet tilpasses slik at motivasjon til å nå mål i et team opprettholdes. Dette oppnår man ved at det er en sammenheng mellom kompetanse og utfordring i de oppgavene som skal løses. Eksempelvis så er det viktig at man har nok kompetanse og støtte av teamet til å kunne utføre en oppgave som kan være utfordrende. Eller i motsatt tilfelle, at man ikke til stadighet blir satt til å gjøre oppgaver som oppleves som kjedelig og meningsløse i teamet. Det stilles derfor

krav til god ledelse i et team, hvor teamlederen har et viktig ansvar i å sørge for å delegere arbeidsoppgavene på en hensiktsmessig måte. Delegering er en viktig pedagogisk funksjon, som kan skape rom for utvikling og personlig vekst når man blir tildelt oppgaver som gir mestring og flyt i henhold til flytsonemodellen. Dette kan føre til økt trivsel, samtidig som at arbeidet blir utført på en god måte (Orvik, 2015).

### **3.3.3 Å fremmer kunnskap og kompetanse**

Kari Martinsen (2005) påpeker viktigheten med et «mester-elevforhold». Et «meste-elevforhold» innebærer nye sykepleieres behov for støtte og hjelp fra en erfaren sykepleier for å erverve seg erfaringskunnskap. Erfaringskunnskap kan beskrives som det kliniske blikket eller skjønnet, som skapes ved at man har vært involvert i mange nok situasjonen til at å kunne gjøre en god situasjonsanalyse og handler deretter. Ved at man som ny sykepleier har en rollemodell i mestersykepleieren, har man noen å rådføre seg med i gitte situasjoner. Slik unngår man å kun handle etter rutiner og prosedyrer, men heller er i stand til å analysere det unike i akkurat den gitte situasjonen og handle deretter (Martinsen, 2005). Benner (1995) har også skrevet om hvordan man kan tilegne seg kompetanse og erfaring som sykepleier. Hun beskriver fem stadier som går fra novice til ekspertsykepleier. På stadiet novice har man ingen erfaring innenfor fagfeltet, men kunnskap fra læreboken. I stadiet avansert nybegynner har man i tillegg tilegnet seg noe erfaring. Likevel er sykepleierne i begge disse stadiene avhengig av en veileder som kan bistå sykepleieren i å forstå situasjoner. Når man har arbeidet i to-tre år ved samme avdeling vil man ofte kunne ansees å være på nivået «kompetent». Da har man forståelse og kunnskap om faget, men trenger gjerne litt mer tid på å utføre de oppgavene som oppstår. Som kyndig og ekspert sykepleier har man innarbeidet seg mye erfaring og har god situasjonsforståelse. Ifølge Benner har en ekspertsykepleier litt bedre kontroll og situasjonsforståelse enn en kyndig. Basert på erfaring og god situasjonsforståelse er ekspertsykepleieren i stand til å handle hurtig og korrekt i mange situasjoner. Det er likevel viktig å påpeke at man ikke er ekspert på alle fagområder og hvis man som ekspertsykepleier bytter jobb, vil man ofte begynne på et annet nivå. Det er heller ikke slik at alle har evne til å bli ekspert sykepleier (Benner, 1995).

Det er imidlertid ikke nok med erfaringskunnskap for å utøve god sykepleie. Norsk Sykepleier Forbund uttrykker at «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Å jobbe kunnskapsbasert er en arbeidsmetode som er i tråd med nettopp dette. Kunnskapsbasert praksis har til hensikt å

gjøre en i stand til å ta velbegrunnede valg basert på nettopp forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, p. 17). Forskningsbasert kunnskap innebærer å systematisk innhente kunnskap mot ett bestemt mål. Å jobbe erfaringsbasert ligger litt i ordet, det omhandler kunnskap som man har tilegnet seg av erfaringer. Brukerkunnskap, kan forstås som pasientens medvirkning hvor pasienten blir involvert i beslutninger som angår en selv (Nortvedt et al., 2012).

For å kunne jobbe kunnskapsbasert går man igjennom ulike faser, hvor man først og fremst må reflektere over praksis for å bli bevisst på at en mangler kunnskap på området. Videre må man formulere en presis problemstilling man ønsker svar på, før man videre kan begynne å søke etter svar i ulike forskningsdatabaser. Deretter må man vurdere om den forskningen er gyldig og relevant for problemstillingen. Så må man vurderer det opp mot erfaringskunnskap og pasientens ønsker for å se om dette kan være god praksis. Siste fase innebærer å evaluere om den nye kunnskapen fungerer eller ikke og eventuelt hvorfor. Hvis man evner å gå igjennom disse trinnene, vil prosessen med å utvikle kunnskap oppstå, som igjen kan være med på å utøve en tryggere og bedre sykepleie til pasientene (Nortvedt et al., 2012).

## 4 Design og metode

Hensikten med denne studien var å innhente sykepleieres erfaringer med hvordan organisering kan påvirke utøvelse av sykepleie til kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten. Målet er å fremme erfaringene sykepleierne har vedrørende organisering av sykepleien til kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten. Som igjen kan være med på å utvikle bedre sykepleie til kreftpasienter. For å svare på problemstilling er en kvalitativ metode hensiktsmessig, da intervju er egnet for å samle inn opplevelser og erfaringer om et gitt fenomen (Malterud, 2017). I denne studien er det gitte fenomenet organisering av kreftsykepleie i spesialisthelsetjenesten.

Jeg valgte å gjennomføre fokusgruppeintervju. Dette fordi jeg ønsket intervjuet et større antall personer enn jeg ville hatt mulighet for ved individuelle intervju på grunn av ressurser og størrelsen på oppgaven. Fokusgruppeintervju er dessuten ifølge Malterud (2012) en egnet måte å utføre intervju på når man skal få innsikt i erfaringer og at dialogen i gruppa kan bidra til å få fram mange viktige synspunkter. Jeg utarbeidet en tematisk intervjuguide (vedlegg 2) som jeg støttet meg til under intervjuene. Ved bruk av en intervjuguide vil man lettere kunne forholde seg til gjeldende tematikk, samtidig som man stiller åpne spørsmål og bruker oppfølgingsspørsmål ved behov (Malterud, 2012). Intervjuguiden ble ikke endret underveis, men jeg var mer bevisst på bruk av oppfølgingsspørsmål særlig på det siste intervjuet, da jeg var ute etter litt mer utfyllende svar på enkelte temaer.

### 4.1 Refleksjon over min forforståelse

Som nevnt tidligere har jeg erfaring som sykepleier fra en kreftavdeling og ulike praksisplasser. Der har jeg erfart og i dialog med kollegaer reflektert hvordan ulike typer organiseringer påvirket evnen til å kunne utøve god sykepleie.

Min forforståelse er derfor preget av at det finnes gode og mindre gode måter og organisere sykepleierne på i sykehusavdelinger. Jeg må nok erkjenne at jeg har hatt en forkjærlighet for primärsykepleie. Erfaringene mine kan ha gjort meg i bedre stand til å forstå hva informantene mener. Likevel har jeg forsøkt å være bevisst på at det ikke nødvendigvis er slik at min erfaring er lik som informantenes eller andre sykepleiere.

I forbindelse med utarbeiding av intervjuguiden var det derfor viktig at jeg prøvestilte spørsmålene på forhånd, for å unngå at de skulle være ledende. Det var også viktig at spørsmålene var åpne, slik at jeg ikke utilsiktet vinklet oppgaven i retningen min forforståelse. Intervjuguiden ble i stor grad utformet ved at jeg formulerte åpne spørsmål, som jeg først forsøkte på medstudenter. Videre gjennomførte jeg et pilotintervju som var med på å utvikle intervjuguiden, dette var til stor hjelp da jeg fikk erfare hvilke spørsmålsformuleringer som lettest kunne føre til en god dialog mellom informantene. I forbindelse med pilotintervjuet fikk jeg også testet meg selv som moderator for første gang. Dette var en god læresituasjon siden sekretæren bisto meg i forslag til hvordan man kunne plassere informantene i forhold til hverandre. Det ble tilstrebet at informantene satt samlet ovenfor hverandre slik at de lettere kunne fokusere på hverandre under intervjuet. Som moderator satt jeg slik at vi hadde øyekontakt med sekretæren. Dette for at vi som avtalt i fokusgruppa kunne gi tegn til hverandre underveis med tanke på tidsbruk. Min opplevelse er at det fungerte godt og gjorde det lettere å få en flyt i intervjuet.

## **4.2 Utvalg**

For å finne informanter anvendt jeg et strategisk utvalg. Dette fordi jeg ønsket å inkludere informanter som hadde kjennskap til temaet. Ifølge Malterud (2017) bidrar strategisk utvalg til at man i større grad evner å inkludere informanter som er i bedre stand til å dele erfaringer og synspunkter om det aktuelle temaet.

Inklusjonskriterier for studien var sykepleiere fra kreftavdelinger i spesialisthelsetjenesten med mellom 20-30 sengeplasser. Avdelingene skulle ha det medisinske ansvaret for kreftbehandlingen og følge kreftpasienter over tid. Det var også ønskelig med sykepleiere og kreftsykepleiere med fem års arbeidserfaring i kreftomsorgen og minst tre års erfaring i den aktuelle avdelinga. Dette på grunn av at informantene skulle inneha en hvis erfaring som kunne gjøre de i bedre stand til å dele sine synspunkter i intervjuet.

### **4.2.1 Fremgangsmåte**

For å komme i kontakt med informanter kontaktet jeg avdelingsledere og klinikkledere via e-post. Etter litt arbeid, fant jeg frem til hvem som skulle ha søknad til forskningsfeltet (vedlegg 3). Jeg opprettholdt en fortløpende dialog med avdelingsleder eller assisterende avdelingsleder og de var behjelpelig med å videresende informasjonsskriv (vedlegg 4) til de

ansatte i avdelingene. Ut fra hvilke sykepleiere som meldte sin interesse satte de sammen en gruppe med informanter. Alle informanter fikk gjennomført intervjuet i arbeidstiden. Dette innebar dessverre noen avbrytelser underveis, men jeg opplevde ikke at det forstyrret intervjuet nevneverdig. Før intervjuet startet ble informasjonsskrivet gjennomgått, samt samtykkeskjema ble signert. De signerte samtykkeskjemaene ble overlevert til veileder som oppbevarer dem i henhold til retningslinjene til UIT (Norges Arktiske Universitet, 2021).

#### **4.2.2 Presentasjon av informantene**

Informantene som har deltatt i intervjuene er både kvinner og menn, men kvinner er i flertall. De er i aldersspennet fra slutten av 20- til midten av 60-årene, har gjennomsnittlig sju års arbeidserfaring og gjennomsnittlig alder på 40 år. All erfaring er ikke fra kreftomsorgen, men alle har jobbet minimum de siste fem årene i en kreftavdeling. De med videreutdanning i kreftsykepleie var overrepresentert. Det var kun to personer som ikke hadde videreutdanning. Datamaterialet er dermed basert på informanter med lang erfaring innenfor kreftomsorgen. Det er mulig at man kunne fått litt andre nyanser om man hadde inkludert en mer blanding av sykepleiere med kortere erfaring også. Samtidig tenker jeg at det er lettere for de med mer erfaring å dele sine tanker omkring tematikken. Jeg ønsket derfor å forhold meg til informanter med minst fem års arbeidserfaring.

#### **4.2.3 Gjennomføring av intervju**

På grunn av oppgavens størrelse og tid, valgte jeg å sette sammen noe mindre fokusgrupper på mellom tre – fem personer. Ifølge Tjora (2021, p. 138) kalles det «mini-fokusgrupper». Det er ikke fast hvor mange fokusgruppeintervju en bør gjennomføre, men det har vist seg at to – tre grupper har gitt et godt datagrunnlag. Det skal likevel nevnes at det avhenger av hvordan dynamikken i gruppen er (Malterud, 2017). Gruppene besto av ansatte som jobber ved samme avdeling. På grunn av utfordringer med korona-pandemien ble det ene intervjuet gjennomført med kun to personer da det ble frafall fra gruppa dagen før intervjuet skulle foregå. Likevel anser jeg det som et troverdig og godt materiale da det var god dynamikk blant de som deltok. De andre fokusgruppene besto henholdsvis av tre og fire deltakere. Totalt ble det gjennomført tre fokusgruppeintervju fra ulike avdelinger, i håp om god bredde og dybde i datamaterialet. Selve lydopptaket på intervjuene har en varighet på en time til en time og 40 min, noe som i ferdig transkribert tekst gav rundt 60 sider med datamateriale.

## 4.3 Analyse

Tematisk analyse er en metode som egner seg til analyse av kvalitativ data som er innhentet ved bruk av eksempelvis intervju. Metoden kan beskrives som «en oppskrift på *hvordan* du kan lete» (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018, p. 282). Denne analyseformen er grundig, samtidig som den er anvendelig også for nybegynnere (Johannessen et al., 2018).

Analysen av datamaterialet starter gjerne under selve intervjuet, men for å ikke miste viktig informasjon må man gå systematisk fram i analysearbeidet (Johannessen et al., 2018). Da jeg er nybegynner valgte jeg å la meg inspirere av tematisk analyse og tok utgangspunkt i Johannessen med flere, men støttet meg til Braun og Clarke og deres seks faser. Ved tematisk analyse leter man etter ulike koder og kategorier i datamaterialet som gjerne går igjen og videre samles i temaer. Temaene kan både bidra til å svare på forskningsspørsmålet, men det kan også være med på å formulere tydeligere forskningsspørsmål. I analysen vil arbeidet flyte fram og tilbake mellom de ulike fasene, det er ikke slik at man gjør seg helt ferdig med en fase før man går videre til neste (Braun & Clarke, 2006; Johannessen et al., 2018).

### 4.3.1 Gjennomføring av transkribering og analyse

Transkriberingen av datamaterialet har jeg gjort selv. Det var et tålmodighetsarbeid å skrive ned intervjuene ordrett. Det var noen tilfeller hvor lyden på opptaket var for dårlig til å kunne skrive setningen ordrett, men da markerte jeg det i teksten slik at jeg hadde kontroll på det til analysen startet. Etter transkriberingen leste jeg igjennom hvert enkelt intervju flere ganger og markert i teksten og notert refleksjoner i marg, samt laget et tankekart for hvert enkelt intervju. Deretter gikk jeg dypere til verks og laget tekstnærekoder. Alle kodene samlet jeg i et eget dokument, hvor jeg begynte å bruke fargekoder for å sortere kodene. Videre begynte jeg å se på sammenhenger i kodene og forsøkte å danne ulike kategorier. Denne jobben viste seg å være svært utfordrende da jeg hadde mange koder å forholde meg til. Det var en tidkrevende prosess hvor jeg måtte bruke ulike strategier med kombinasjoner av fargekoder og tankekart for å komme frem til kategorier som rommet essensen i datamaterialet, før jeg kunne startet arbeidet med å finne gode temaer som rommet kategoriene.

I hele analyseprosessen har det vært viktig for meg å være mest mulig tekstnær. Dette for å ikke fortolke utsagnene deres ut av sammenheng og ikke la mine egne erfaringer og meninger overskygge informantenes. Avslutningsvis gikk jeg over både transkriberingen og de ulike tankekartene for å finne de beste sitatene som kunne belyse min problemstilling best. Sitatene



presenteres i en fylldig tekst som sier noe om funnene samlet, hvor sitatene brukes som et talende eksempel på de samlede funnene.

Demonstrasjon av analysen:

Sitat	Koder	Kategorier	Tema
<p>Det er gjerne to som skriver seg opp som primærsykepleier, det kan godt være en erfaren sykepleier og en litt ferskere sykepleier. Det har jo litt med erfaringsoverføring og gjøre da. At du får til litt mer sånn opplæring med å gjøre det sånn sammen med dem som er nyere</p>	<p>Nok folk</p> <p>To sykepleiere som PAS</p> <p>Blande erfaren og nye spl</p> <p>Erfaringsoverføring</p> <p>Jevn fordeling av kompetanse</p> <p>Jevn fordeling av erfaring</p> <p>Rett kompetanse</p> <p>Gradvis opplæring</p>	<p>Nok bemanning</p> <p>Kontinuerlig opplæring</p> <p>Kurs og kompetanseheving</p> <p>Rett kompetanse til rett tid</p> <p>Jevn fordeling av sykepleiere med erfaring og kompetanse</p>	<p>Organisering som skaper mulighet for fag og kompetanseutvikling</p>
<p>At vi e nok folk, det handler mye om det. Eller rett kompetanse til rett tid.</p>			
<p>Jeg synes jo at, liksom hvis jeg skal bare gå rundt å gi kur, eller gi medisiner også skal en helsefagarbeider ha stell og mat og sånt. Så mister man så mye relasjon, kommunikasjon. Så jeg synes jo at det er viktig at man har den helheta og pleien.</p>	<p>Bare gjøre «tekniske» sykepleieroppgaver</p> <p>Dele pasienten med flere helsepersonell</p> <p>Kommunikasjon</p> <p>Relasjon</p> <p>Helhetlig sykepleie</p>	<p>Teamarbeid og samarbeid</p> <p>Personsentrert omsorg</p> <p>Oppgavedeling skaper fragmenterte forløp</p>	<p>Å kjenne på følelsen av å gjøre en god nok jobb</p>
<p>Ut fra hvordan jeg selv ville gjort det, så har jeg ikke mulighet for noen påvirkning til den organiseringen, fordi det er et overordna ansvar, så vi er egentlig litt sånn detaljstyrt</p>	<p>Sykepleier ikke påvirkningskraft</p> <p>Overordna ansvar</p> <p>Detaljstyrt</p>	<p>Avdelingsledelsens hovedansvar</p> <p>Sykepleiers mulighet for påvirkning</p>	<p>Ansvar for organisering</p>

## 4.4 Forskningsetiske overveielser

Når man skal gjennomføre forskning er det flere etiske overveielser som må tas i betraktning. Det er blant annet føringer som beskriver hvordan man skal håndtere datamaterialet for å ivareta informantenes anonymitet og personvern. Helsinkideklarasjonen, personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven er prinsipper og regler man må forholde seg til når man forsker. Dette for å sikre at forskningen bli gjennomført på en god måte uten å skade eller påføre unødvendig belastninger på de som deltar (Malterud, 2017). Min studie innebærer ikke sensitiv data, men på grunn av oppbevaring av personopplysninger var jeg søknadsberettiget til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Søknad til NSD ble sendt og godkjent i desember 2021 (vedlegg 5).

Ved kvalitativ metode og bruk av intervju må man gjøre flere etiske vurderinger. Spørsmålene som skal stilles må utarbeides på en hensiktsmessig måte for å svare på problemstillingen. De må formuleres forståelig og med en ydmykhet slik at informantene forstår og gir ærlige svar og det anbefales at man har en pilottest på intervjuguiden. Slik kan man unngå at informantene deltar i et intervju som ikke kan brukes og dermed unngår å utsette dem for den belastningen et intervju kan medføre (Malterud, 2017). Som tidligere nevnt har arbeidet med intervjuguide og gjennomføring vært en viktig for meg. Dette for å kunne ivareta informantene best mulig og ikke utsette de for unødvendig eller uheldige situasjoner.

For å få tilgang til det aktuelle forskningsfeltet må man søke klinikklederen om tillatelse til å utføre forskningen. Videre må man vurdere hvem og hvordan det er mest hensiktsmessig å rekruttere aktuelle informanter (Malterud, 2017). I mitt tilfelle ble det behov for at avdelingsledelsen inkluderte informanter, noe som kan sees på som en svakhet med min oppgave. Da ledelsen kan velge ut informanter som man tenker at kan fram snakke avdelingen eller tale lederens ord best. En annen etisk utfordring ved at lederne velger ut informanter, er at det kan være vanskelig å si nei dersom man blir spurt av leder om å være informant. Derfor var det viktig for meg at man gikk igjennom samtykkeskjemaet før intervjuet startet og at jeg fikk snakket litt med informantene før lydopptaket startet. Denne uformelle samtalen vi hadde før intervjuet startet opplevde jeg som viktig i forsøket på å skape en god relasjon til informantene. Jamfør Malterud (2017) er det viktig at en forsøker å skape en god relasjon ved å opptre høflig og med ydmykhet.

I forbindelse med prosjektet har det vært av stor betydning å ha en god dialog. Veileder har vært meget viktig for å kunne gjøre gode etiske vurderinger, særlig i forbindelse med å forme teksten slik at utenforstående ikke skal gjenkjenne informantene i intervjuene. Informantene er anonymisert ved bruk av fiktive navn, dette fordi at det ikke skal kunne gjenkjennes hva den enkelte har sagt.

## **4.5 Oppgavens styrker og svakheter**

Denne oppgaven baserer seg på datamateriale fra totalt ni informanter, som er diskutert opp mot relevant forskning og teori. En styrke med denne oppgaven er at den har evnet å inkludere informanter fra tre ulike sykehusavdelinger, noe som gir mulighet for et rikere datamateriale. Veileder har vært sentral i diskusjonen både i forbindelse med utarbeiding av intervjuguiden og analysen av datamaterialet, noe som også kan sees på som en styrke.

Intervjuene har vært gjennomført med god tid mellom vært intervju, noe som førte til at hvert intervju ble transkribert før neste intervju ble gjennomført. Ifølge Malterud (2017) kan det være en fordel at det er litt tid mellom intervjuene, slik at man får begynt på transkribering og analyseprosessen. Dette fordi at det kan være behov for å endre på intervjuguiden underveis for å evne å skaffe et rikere datamateriale. I mitt tilfelle ble det noe ufrivillig lang tid mellom intervjuene, men i ettertid ser jeg at dette kan ha vært en styrke siden jeg fikk mulighet til å justere på tilleggsspørsmålene i intervjuguiden før det siste intervjuet.

En svakhet med oppgaven kan være at siden jeg har skrevet oppgaven alene så har det vært vanskelig å fått til gode diskusjoner rundt eksempelvis hele analysen. Veileder har bidratt i stor grad, men på grunn datamateriale på over 60 sider har det ikke vært nok tid til å gå gjennom alt sammen. En annen svakhet er at lederne i avdelingene var viktig for å rekruttere informanter. Det kan ha påvirket utvalget av informanter, men også datamaterialet ved at informantene ikke turte å være kritisk til organiseringen i egen avdeling siden ledelsen visste hvem som deltok.

Opgaven er basert på informanter fra ulike avdelinger og man ser en sammenheng mellom datamaterialet, forskning og teoretisk betraktninger. Derfor anser jeg konklusjonen som troverdig når det gjelder hvordan organisering på avdelingsnivå påvirker sykepleierens utførelse av sykepleie til kreftpasienter innlagt i kreftavdeling. Funnene i konklusjonen kan dermed være relevante for sykepleietjenesten kreftavdelinger i Norge.

## 5 Funn

I dette kapittelet vil jeg presentere mine funn fordelt på tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer.

1. Ansvar for organisering.
2. Organisering som skaper muligheter for fag og kompetanseutvikling.
3. Organiseringens betydning for følelsen av å gjøre en god nok jobb.

### 5.1 Ansvar for organisering

I starten av intervjuene forsøkte informantene å sette ord på hvilken betydning organisering hadde for dem i det daglige arbeidet. De beskrev at organiseringen i avdelingen hadde stor betydning for deres opplevelse av arbeidsdagen og hvordan det dannet grunnlaget for at de kunne ivareta pasientene best mulig. Strukturen på de ulike avdelingene ble presentert, hvor to avdelinger brukte en form for gruppesykepleie mens en avdeling brukte primærsykepleie.

#### 5.1.1 Avdelingsledelse

Avdelingsledelsen ble av informantene fremmet som en viktig del av organiseringen og mye av ansvaret for organiseringen var et ledelsesansvar. Den overordnede organiseringsformen i avdelinga – som at avdelinga var inndelt i mindre grupper, var noe informantene opplevde å ha lite påvirkningskraft på. En informant beskrev det slik «Utfra hvordan jeg selv ville gjort det, så har jeg ikke mulighet for noen påvirkning til den organiseringen, fordi det er ett overordna ansvar, så er vi egentlig litt sånn detaljstyrt» (Tore). Informantene anerkjente utfordringene ledelsen hadde i arbeidet med å sørge for en god bemanning og organisering slik at sykepleierne var i stand til å ivareta pasientene.

Informantene beskrev at gruppeinndelingen på avdelinga først og fremst tok utgangspunkt i legenes spesialisering og baserte seg derfor på ulike diagnosegrupper. Sykepleierne hadde ulike erfaringer på hvordan gruppeinndelingen av sykepleietjenesten var i avdelinga. De fleste hadde erfaring med at de som sykepleiere var diagnoseinndelt akkurat som legene, men at sykepleiernes gruppe rommet flere diagnoser og var mer fleksible i å bidra på andre grupper ved behov. Noen informanter hadde erfaring med en gruppeinndeling av sykepleietjenesten som var veldig ulik legenes diagnoseinndeling. Denne inndelingen tok utgangspunkt i to fagområder til sykepleierne, hvor den ene gruppen hadde ansvar for administrering av cellegift, mens den andre strålebehandling og palliasjon. Dette fordret at pasientene måtte

bytte sykepleiergruppe avhengig av hvilken behandling de fikk der og da, cellegift eller stråle og palliasjon.

Samarbeidet mellom ledelsen og sykepleierne ble forklart som viktig for å opprettholde en god flyt og organisering i avdelingen. Det kom også fram at et godt samarbeid bidro til at ledelsen var bedre rustet til å håndtere oppståtte utfordringer og fordele avdelingens ressurser på en god måte. I det ene fokusgruppeintervjuet kom det fram at det tidligere hadde vært ønskelig fra legene at sykepleierne skulle organiseres etter gruppesykepleie framfor primärsykepleie. Dette hadde ikke sykepleierne noe lyst til. Gjennom et godt samarbeid med og forståelse fra ledelsen, kom avdelinga til enighet som gjorde at legene slapp å vente på sykepleierne i forbindelse med previsitt og sykepleierne fikk opprettholdt primärsykepleiefunksjonen slik de ønsket.

Ikke alle informantene hadde like god erfaring med at ledelsen tok hensyn til ønsker om endringer i organiseringen i avdelingen. Noen informanter uttrykte frustrasjon over at ledelsen ikke gav respons når sykepleierne forsøkte å komme med forbedringsforslag til organiseringen. De samme informantene beskrev at de mistet motivasjon til å bidra med forbedring i avdelingen siden de uansett ikke ble hørt av lederne når de uttrykte ønsker om endringer.

### **5.1.2 Sykepleiernes ansvar og muligheter for å organisere sitt eget arbeid**

Alle informantene antydte at de kunne påvirke organiseringen i forbindelse med arbeidsfordelingen av pasientene ved vaktstart. De fleste informanter anså det som en fin måte å kunne påvirke egen arbeidsdag, både fordi man kunne velge pasienter man ville følge opp eller hvis man trengte pause fra noen situasjoner. Likevel var det noen informanter som opplevde det problematisk når fordelingen av pasientene baserte seg på ønsker fra sykepleierne. De erfarte at sykepleierne som ropte høyest fikk velge pasienter først, mens de som ikke var like frempå fikk ansvaret for de pasientene som ingen andre hadde valgt. Dette medførte at de som ikke var like frempå fikk de mest «krevende» pasientene – som de heller ikke kjente fra før. En informant fremmet behovet for å forhåndsfordele pasientene etter tydelige retningslinjer. Slike retningslinjer ble beskrevet som primærkontakt eller kompetanse, samt at man vurderte pleietyngden mer bevisst i fordelingen og fordelte de mest krevende pasientene først.

Å forhåndsfordele pasientene opplevdes for noen informanter som tidsbesparende. Dette fordi at man unngikk lange muntlige rapporter hvor alle måtte høre alt om alle pasientene, når man egentlig bare trengte på de man selv hadde ansvar for. «Istedenfor at alle skal sitte og høre på alt, så trenger du bare rapport om de fire. Og bare der tror jeg at vi hadde spart inn litt tid ja» (Julie). Det var likevel delte meninger om hvem som bør være ansvarlig for å forhåndsfordele pasientene. Noen informanter mente det burde vært en ledelsesoppgave, mens andre mente det var mer aktuelt at gruppeleder hadde det ansvaret. Det ble påpekt at utfordringen med forhåndsfordeling er at den som fordeler må ha god nok oversikt – både over hvem som kjenner hvem av pasientene, pleietyngde og kapasitet. Noen informanter var kjent med et kartleggingsverktøy som hadde til hensikt å bidra til en bedre oversikt over pleietyngden til den enkelte pasient. Dette bidro til at arbeidet med å fordele pasientene ble lettere.

Informantene som hadde erfaring med organisering etter primærsykepleie opplevde at fordelingen av pasientene gikk mer naturlig, ettersom de tok utgangspunkt i hvem som var primærsykeleier til den enkelte pasient. Dette gjorde at fordelingen av pasientene opplevdes som mer effektivt. Ikke bare fordi selve fordelingen gikk fortere, men også fordi de brukte stillerapport og de som skulle ha ansvaret for pasientene kjente til forhistorien til pasienten og dermed ikke trengte å bruke mye tid på å lese seg opp på pasienten.

## **5.2 Organisering som skaper mulighet for fag og kompetanseutvikling**

Organisering som vektla erfaringsdeling, kompetansefordeling og fagutvikling kom fram som viktige faktorer som fremmet utøvelsen av sykepleie til kreftpasienter. Informantene diskuterte utfordringer med bemanning og behovet for å ha nok personale på jobb for å kunne ha en forsvarlig drift. Likevel var ikke informantene mest opptatt av at det var nok folk på jobb. Viktigheten av at de som var på jobb hadde god nok kunnskap og kompetanse til å utføre jobben sto enda sterkere. Det ble begrunnet i at kreftpasienter har komplekse utfordringer og avansert behandlingen som kan få alvorlige følger ved feil administrering eller håndtering, både for pasient og helsepersonell. Informantene opplevde det derfor som viktig med god nok kunnskap og forståelse om cellegift som avgjørende for å gi trygg og god pleie. Videre påpekte de at krav til kompetanse og faglig dyktighet var en viktig faktor som påvirket utøvelsen av sykepleien til kreftpasienter og pasientsikkerheten. «Nei jeg tenker jo at når vi jo

det med strålefeltet, det har jo blitt litt forsømt nå når det kommer stadig nye sykepleiere. Sånn at det, kanskje det ikke alltid blir fulgt så godt opp som det skulle» (Ida).

### **5.2.1 Jevn fordeling av kompetanse**

Informantene var veldig tydelige på at det å fordele kompetanse jevnt i avdelinga var viktig. Dette for å unngå at noen blir stående med et større ansvar enn hva de er i stand til å håndtere. En informant beskrev det slik: «Det handler mye om at vi er nok folk og rett kompetanse til rett tid» (Liv). Først og fremst handlet det om fordeling av pasienter innad i gruppene, hvor det var viktig å se på pasientenes behov og hvilken kompetanse som var nødvendig. Det var særlig cytostatika kompetansen informantene trakk fram som viktig. For å heve og opprettholde nødvendig kompetanse i avdelingen kom det frem at erfaringsutveksling mellom nye sykepleiere og de med erfaring var en viktig del av organiseringen i avdelingen. Den avdelinga som var organisert etter primærsykepleie beskrev det som en fordel å sette en erfaren og ny sykepleier sammen som primærsykepleier til samme pasient. «Det har jo litt med erfaringsoverføring og gjøre da. At du får til litt mer sånn opplæring med å gjøre det sånn sammen med dem som er nyere, jeg ser fordel med det. Det fungerer ganske bra» (Frida).

Noen informanter opplevde at organiseringen i avdelingen begrenset muligheten for erfarne sykepleiere til å dele sine erfaringer med nye sykepleiere De begrunnet dette med at måten avdelingen var organisert på gjorde at de erfarne sykepleierne og de med videreutdanning tilhørte en annen gruppe enn de nye sykepleierne gjorde. «Det er novice og novice som blir satt sammen ... Så den erfarne trygge sykepleieren er ikke der» (Tore). Det uttrykkes derfor et ønske om å fordele de nye og de mer erfarne sykepleierne jevnt på gruppene. Andre informanter opplevde en ledelse som var bevisst på å fordele nye og erfarne sykepleiere jevnt i avdelinga. Hvor de beskrev at det var nødvendig flytte erfarne sykepleiere til andre grupper i forbindelse med permisjoner eller noen sluttet i avdelinga. «Slik som det har vært nå med endel permisjoner, da er det ikke alltid så enkelt å bare fylle opp med nyansatte på teamene, så da er det enkelte folk som blir spurt om å bytte basisteam» (Hanne). Det ble også beskrevet at i perioder med mye sykefravær i avdelingen ble det økt bruk av vikarer. Dette opplevde informantene som svært slitsomt siden vikarene ikke er kjent med verken avdelinga eller pasientene.

Viktigheten med fordeling av ressurser og kompetanse i avdelinga gikk igjen i alle intervjuene og erfaringsutveksling mellom ny sykepleier og erfaren sykepleier ble stadig

trukket fram som en kvalitetssikring av sykepleien. Fadderordning ble nevnt som en god måte å ivareta nye sykepleiere. En slik ordning innebar at nye sykepleier blir tildelt en erfaren sykepleier å støtte seg til, særlig i starten. Sykepleierne uttrykker at det er særlig viktig i en kreftavdeling hvor pasientene er så komplekse.

Men det er jo det med disse her pasientene våre, de er jo komplekse og de har jo familie, unger, de har ektefeller ... Det er mye som skal ivaretas og tenkes på. Det er jo ikke bare pasienten du har foran deg nei. (Julie)

Informantene trakk lederne i avdelingen fram som ansvarlige for å sørge for god nok kompetanse i avdelinga. I forlengelsen av det fordret det at ledelsen var i forkant med å kurse ansatte på nødvendige kompetanseområder som er viktige for avdelinga. Flere informanter fortalte at det i hovedsak var kompetanse på administrering av cellegift som var avgjørende når man fordelte kompetanse. Dette til tross for at en informant påpekte at det ofte ikke var pasientene som fikk cytostatika som var mest syk eller hadde mest komplekse utfordringer. Pasienter som får palliativ behandling, ble beskrevet av informantene som å ha flere komplekse utfordringer, blant annet behovet for avansert smertelindring. Likevel uttrykte ikke informantene andre behov å fordele kompetansen etter, men noen informanter forklarte at sykepleierne var fordelt på ulike ressursgrupper, eksempelvis palliasjon, høydosebehandling og enkelte kirurgiske kreftpasienter.

### **5.2.2 Kompetanseheving**

Alle informantene hadde erfaring med at vanlige sykepleiere kunne tilbys et såkalt «cytostatikakurs» som gir kompetanse i å håndtere og administrere cellegift. Som nevnt var organiseringen og fordelingen av personalet i stor grad basert på kunnskap og erfaring om administrering av cellegift. Det varierte fra de ulike avdelingene når det ble tilbydd cytostatikakurs. I noen tilfeller ble det tilbydd få måneder etter oppstart i avdelinga. Noe som kan ha en ulempe ifølge en av informantene. «Det kan bli for overveldende. Det er mange andre ting de også skal lære seg i løpet av det første året. Jeg tenker at det først og fremst går utover de nyutdanna, som får dette ansvaret» (Frida). En annen informant uttrykte fordelene med at vanlige sykepleiere ble gitt opplæring på cellegift tidlig. «Fordelen er jo at dem har mer forståelse for hva det er snakk om når det snakkes om cellegift og bivirkninger og slike ting» (Liv). Ved en avdeling fortalte informantene at sykepleierne selv måtte etterspørre kompetanseheving på dette området.



Det er jo veldig mange sykepleiere, av de her unge nyutdannede som har etterspurt det å få kompetanse på både det med cytostatika og det med de som får høydose, for de er i avdelinga og skal ha en forståelse for hva som skjer hvis det er noe akutt i slike situasjoner. Så det er mange som har gitt tilbakemeldinger på at de følte seg helt hjelpeløse på grunn av at de ikke har fått noe grunnleggende opplæring på de tingene. (Tore)

På spørsmål om hva som kreves av sykepleierne når pasientenes situasjoner er komplekse, var det tid og kompetanse som kom fram. Informantene beskrev at man må ha tid til å heve egen kompetanse, sette seg inn i pasienten og opparbeide seg en god sykdomsforståelse. «Ja også tenker jeg at det å forstå, vite når vi gjør de observasjoner vi gjør, og vite at man trenger å gjøre noe med det vi observerer» (Tore). Videre forklarte informantene at det ofte er avgjørende for driften at flest mulige sykepleiere har kompetanse på å administrere cellegift. For at sykepleierne skal føle seg trygge i rollen med å administrere cellegift, er de avhengige av å ha personer med erfaring til å støtte seg til og at man er minst to som kontrollerer kuren sammen. Informantene beskrev at det er utfordrende å skulle forholde seg til flere ulike cellegiftbehandlinger samtidig. Det fordrer tid til å sette seg inn i kurene og det opplevdes tryggest å forholde seg til et begrenset antall kurer samtidig.

Ikke minst, tid til å sette seg inn i kuren du skal gi også, har du mange kurer du skal gi så har du mange kurskjemner. Hvis du ikke er rutinert til det og så må du ha tid til å lese igjennom alle kurene og føle kontroll... det er fort gjort å gjøre feil, det er så mye medisiner som du skal huske på innimellom. (Ida).

### **5.2.3 Fagutviklingssykepleier, en viktig ressurs**

Å ha fagutviklingssykepleier tilknyttet avdelingen opplevdes som en trygghet for de informantene som hadde det. De beskrev at fagutviklingssykepleier gjorde arbeidet i avdelingen lettere, ved at det ble sendt ut varsel når prosedyrer ble og at man dermed slapp unngikk å bruke tid på å forsikre seg om prosedyrene er oppdaterte. I den ene fokusgruppen kom det fram at de ikke hadde fagutviklingssykepleier i avdelinga. De opplevde at mye tid gikk til å søke etter prosedyrer hos andre avdelinger i mangel på oppdaterte prosedyrer. De beskrev også at mangel på fagutviklingssykepleier kunne gi følgefeil siden man ikke hadde noen å henvende seg til for å få oppdaterte prosedyrer. «Ja kurse oss, holde oss oppdaterte. For nå er det litt vilkårlig ja. Så plutselig oppdager man at man ikke kan strålerutiner til for eksempel pasienter med øsofaguskreft, hvor lenge de skal faste, alle de der spørsmålstegnene» (Julie).

### **5.3 Å kjenne på følelsen av å gjøre en god nok jobb**

Informantene uttrykte å følge pasientene over tid opplevdes som positivt og gav dem mulighet til å organisere og utføre sitt eget arbeid rundt pasienten på en bedre måte. Det gjaldt både i løpet av en dag, men også over flere dager. Under intervjuene kom det opp flere momenter som sykepleierne må tilpasse seg etter i det daglige arbeidet. Det kunne være morgenmøter eller undervisning, previsitt og visitter, midtrapport, mottak av både elektive og ø-hjelpspasienter. Selv om alle disse momentene hadde til hensikt å bidra til et godt pasientforløp, så forstyrrer det sykepleierens eget organiseringsarbeid. En informant fortalte at de måtte unngå å begynne med store oppgaver i en bestemt periode på morgene, fordi legene ikke skulle vente på sykepleierne i forbindelse med previsitt.

#### **5.3.1 Å være i stand til å utføre helhetlig og personsentrert sykepleie**

Under samtlige intervjuer snakket informantene om det å gi helhetlig sykepleie til pasientene, opprettholde kontinuitet og skape en relasjon til pasienten. En informant beskrev utfordringene ved å dele opp pasientansvaret mellom flere pleiere slik:

Jeg synes jo at, liksom hvis jeg skal bare gå rundt å gi kur, eller gi medisiner også skal en helsefagarbeider har stell og mat og sånt. Så mister man så mye relasjon, kommunikasjon. Så jeg synes jo at det er viktig at man har den helheta og pleien. For når du står og steller kommer du i prat om ting, du observerer ting og det er det som er faget. (Turid)

Det var flere informanter som beskrev negative følger av å ikke få bruke tiden sin pasientnært. Nils sa «jeg tror det er frykten, det å jobbe oppgavebasert» og det ble forklart videre at man mister kontroll hvis man ikke får følge opp «hele» pasienten. Dette ble begrunnet i at kreftpasienter som pasientgruppe har mange utfordringer. Det er ikke bare pasienten som skal ivaretas – men også familien rundt, barn, ektefelle og andre nære pårørende. Informantene opplevde det å skape et slags forhold til pasienten lettet arbeidet for å ivareta pasienten og de som er rundt pasienten. Dette bidro til at de ble lettere å følge opp flere ting som gav et bedre pasientforløp. En informant uttrykte frustrasjon over å ikke få mulighet til å kunne følge pasienter over tid og at man må bytte pasient fra dag til dag. «Jeg synes det er litt sånn demotiverende, så jeg synes ikke det er så veldig gøy egentlig. Ehh, for jeg føler stadig, vet ikke hva jeg skal si, altså gjør jeg en god nok jobb egentlig...» (Ida).

Det å bygge relasjon og faktisk kjenne pasienten, viste seg å være en fordel for hvordan sykepleierne kunne styre og planlegge arbeidsdagen sin. En informant forklarte at det er nyttig å kjenne pasienten i forbindelse med utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Informanten beskrev videre at det ved utskrivelse skal lages en fyldig rapport om pasientens behov. Når de kjente pasienten opplevde de at det å skrive denne rapporten var mye enklere. I de tilfellene sykepleierne skulle skrive ut pasienter de ikke kjente så godt, opplevde de at det krevdes det mer tid til å hente informasjon både fra pasienten og journalen for å kunne sammenfatte en god nok rapport som kommunehelsetjenesten kunne nytte seg av.

Informantene beskrev ulike situasjoner hvor det opplevdes som spesielt viktig å kjenne pasienten, eksempelvis i forbindelse med gjennomføring av et sårstell. Dersom man kjenner pasienten og kanskje hadde utført sårstellet tidligere, så kunne man være mer effektiv. Dette fordi man hadde kjennskap til hvilket utstyr man trengte for å gjennomføre sårstellet og hvilke behov pasienten har i forbindelse med at sårstellet skal gjennomføres. På den måten unngikk man å bruke unødvendig tid på å lete etter utstyr og sette seg inn nye sårprosedyrer hele tiden. Ikke minst så unngikk man å måtte spørre pasienten unødvendig mange spørsmål, men kunne støtte seg til det forholde man allerede hadde opparbeidet til pasienten. I noen tilfeller brukte den ene avdelingen som opprinnelig jobbet etter gruppesykepleie å bevisst sette primærkontakter til enkelte pasienter. Det var når pasienten skulle igjennom en tøff behandling over en begrenset periode på to – tre uker.

«... for at de skal slippe å forholde seg til så mange nye folk hele tida, litt fordi at de går igjennom ei tøff behandling, så setter vi opp to sykepleiere som kontakter. Så når de er på jobb så har de pasienten, sånn at de følger opp kontinuiteten. (Eva)

Informantene beskrev at i perioder vil det være behov for å sette seg inn i og bli kjent med nye pasienter. Da ble en oppdatert journal og pleieplan trukket frem som viktige verktøy for å hjelpe sykepleieren til å bli kjent med pasientens behov. Noen av informantene opplevde det som problematisk å kun støtte seg til skriftlige rapporter i pasientens journal, da de har opplevd de som mangelfulle. Begrunnelsen for at de er mangelfulle er flere. Deriblant tid til å kunne skrive gode rapporter, men også tid til å lese rapportene. Et annet viktig moment som kom fram angående skriftlige rapporter, var at når pasientene fikk full tilgang til sin journal, så opplevde sykepleierne at de i mye større grad følte de måtte tenke over hvordan de formulerte seg i de skriftlige rapportene. Noe som kunne føre til at observasjoner eller

opplevelser man følte seg litt usikker på, ikke blir skrevet ned. Disse litt diffuse observasjonene eller inntrykkene opplevdes likevel at kunne være viktig for en kollega å kjenne til. Derfor erfarte de at den muntlige rapporten var viktig for å løfte problemstillinger man var usikker på om var relevant for pasienten.

«Tenker det er fint for pasienten sin del. Når man har vært pasient selv har det vært fint å kunne lese i notatene selv, slik at man er oppdatert hvis det er noe du ikke har fått med deg eller ikke har forstått. Men som sykepleier, så har det påvirket arbeidsverktøyet, så det er liksom to ulike behov sånn sett» (Turid).

### **5.3.2 Teamarbeid og samarbeid**

Samarbeid innad i mindre team ble av flere informanter beskrevet som en meget god måte å organisere avdelingene på. «Det er så utrolig godt når du liksom har en tilhørighet til et team og alle er på moderteamet sitt og du kjenner at dette blir en bra dag» (Nils). Ved å få jobbe i team beskrev informantene en opplevelse av trygget fordi du har noen å støtte deg til. Også det å være et team i forbindelse med administrering av cellegift opplevdes som viktig, både for dobbeltkontroll av medikamenter, men også for å utfylle hverandre i arbeidet når infusjonspumpene piper eller man trenger hjelp til en veneflon.

Samarbeidet med legene oppleves også som av stor betydning for at sykepleierne skulle kunne ivareta et godt pasientforløp. Det ene var det rent praktiske med at legene skal skrive epikrise og resepter når pasienten reiser hjem. Men kommunikasjonen og samarbeidet gjennom en hel dag og innleggelse var også viktig. De fleste informantene mente det var beste når de som sykepleierne kunne kommunisere direkte med legen og unngikk at informasjonen skulle innta flere mellomledd. Den ene avdelinga som var organisert med gruppesykepleie opplevde at når kommunikasjonen gikk igjennom et ledd (gruppesykepleieren) så kunne det likevel fungere, men at gruppeleders jobb med å videreformidle informasjon var svært viktig for et godt pasientforløp.

De informantene som jobbet etter gruppesykepleie påpekte at det var viktig at gruppene man hadde ansvar for ikke var for store. Dette på grunn av at det er vanskelig å holde oversikt over mange pasienter. De fleste informantene beskrev det å være gruppeleder for 8-10 pasienter er nok. Hvis man må holde oversikt over flere enn 10-12 pasienter syntes flere informanter det ble for mye informasjon å holde oversikt over og videreformidle. Informasjonen gikk trossalt fra sykepleieren som har ansvaret for pasienten, til gruppesykepleier, til lege og samme vei

tilbake. Når dette foregår på mange pasienter, er informantene redde for at noe informasjon blir borte på veien og som da i verstefall kan gå utover pasientsikkerheta.

Noen informanter erfarte at samarbeidet og kommunikasjonen særlig mellom vaktbyttene var svært viktig. Dette ble begrunnet i bruken av flermansrom og felles kurstue skapte utfordringer i forbindelse med formidling av informasjon til og dialog med pasienten.

Så da blir det sånn at, ja da tar man informasjonen senere, men bare sikrer oss at de vet hva de går til og selvfølgelig har fått informasjon om kuren... men du kan ikke sitte der å snakke om seksualitet på kurrommet og om hvordan magen fungerer (...) Så jeg har værtfall erfart at dette må vi ta etterpå i bedre lokaler. Men plutselig så, så kommer det noen på seinvakt og tenker at pasienten har vært her hele dagen så de må jo ha fått informasjonen og alt er gjort. (Nils)

## 6 Drøfting

Funnene i studien viser at sykepleiere ved kreftavdelinger opplever at organiseringen påvirker hvordan de evner å utføre sykepleie til kreftpasienter. Det kommer fram i studien at arbeidsfordelingen med fokus på rett kompetanse er svært avgjørende for opplevelsen av å gi sykepleie til pasienten. I rett kompetanse gjelder det ikke bare den faglige kompetansen, det innebærer også å være i stand til å bli kjent med pasienten for å kunne nyttiggjøre seg den faglige kompetanse. Det kommer også fram i studien at hovedansvaret for organiseringen ligger på ledelsen og at sykepleieren opplever begrensede muligheter for å organisere sitt eget arbeid.

### 6.1 Ansvar og organisering på avdelingsnivå

Informantene opplevde at den største muligheten for å påvirke egen arbeidsdag var i forbindelse med fordeling av pasientene innad i gruppene ved vaktstart. Foruten om det opplevde informantene at ledelsen både har og tar ansvaret for å organisere sykepleietjenesten. Dette samsvarer med Pfeiffer (2002) som beskriver organisering på avdelingsnivå som et lederansvar. Norsk Sykepleieforbund (u.å) påpeker at god ledelse innebærer å involvere medarbeidere og samhandle tett med samarbeidspartnere. Dette er noe informantene hadde ulik erfaring med. Mens noen informanter beskrev en støttende ledelse som bidro til at sykepleierne fikk fortsette å organisere seg etter primærsykepleier. Erfarte andre informanter detaljstyring fra ledelsen og opplevde at ledelsen ikke viste interesse for å imøtekomme sykepleiernes ønske og behov om endring i organiseringen. Dette til tross for at sykepleierne opplevde at de ikke var i stand til å utføre best mulig sykepleie til pasientene slik avdelingen var organisert. Å jobbe ved en avdeling som begrenser muligheten til å føle at man utøver god sykepleie til pasienter kan oppleves som en trussel mot yrkesidentitet, noe som kan føre til at sykepleiere slutter i sitt yrke (Kleiven et al., 2016). En studie fra Sverige (Van Diepen, Fors, Ekman, Bertilsson, & Hensing, 2022) viser at sykepleiere som erfarte å utøve personsentrert omsorg opplevde mindre stress som årsakes av dårlig samvittighet, noe som dermed gav bedre jobbtilfredshet. Dette til tross for at jobbelastningen opplevdes som høy (Van Diepen et al., 2022). Det kan forstås som at sykepleiere erfarer å kunne rettferdiggjøre krevende jobbelastning, så lenge man opplever å gi god sykepleie til pasientene. Dette samsvarer med en norsk studie (Breivik & Obstfelder, 2012) som viser at det ikke er arbeidspresset i seg selv som sykepleierne opplever som utfordrende.

### **6.1.1 Samarbeid med ledelsen og sykepleierne**

Informantene snakket om at samarbeid mellom sykepleierne og ledelsen, og at lederen lytter til sine ansatte har betydning for å kunne gjøre en god jobb. Dette støttes i forskning av Kristoffersen og Friberg (2016) som viser at en støttende ledelse som anerkjenner sykepleiernes behov, har positive effekter på utøvelsen av sykepleie. Godt samarbeid mellom ledelsen og sykepleierne oppleves dermed som vesentlig for å kunne bidra til en god organisering. Det er nærliggende å anta at de sykepleierne som erfarte at lederne involverte sykepleiere i avgjørelser som omhandler organisering, også føler at de kan ta et større ansvar for organiseringen i avdelingen. Mens de som erfarte å ikke bli hørt av ledelsen kanskje opplevde lite eller ingen ansvar for organisering. Det kan mistenkes at det ikke anvendes transformasjonsledelse i den situasjon hvor informantene beskrev følelsen av å ikke bli hørt eller forstått av ledelsen. Å utøve transformasjonsledelse er basert på interaksjoner mellom ulike personer, nettopp for å kunne stimulere til best mulig måloppnåelse som for sykepleierne vil være best mulig sykepleie til pasientene (Kristoffersen & Friberg, 2016). Dette er noe man bør være bevisst på, særlig siden organisering stadig er i endring jamfør Orvik (2015).

Med utgangspunkt i at noen informanter opplevde begrensede muligheter for å påvirke avdelingens organisering, kan det tenkes at ledelsens må være mer bevisst på sykepleiernes organisatoriske kompetanse. Dette er i tråd med Orvik (2015) og Allen (2019) som uttrykker behov for mer bevissthet og anerkjennelse av sykepleiernes organisatoriske kompetanse og ansvar for organisering. De mener det er særlig viktig siden helsevesenet er i endring og krav om organisatorisk kompetanse vil bli mer fremtredende i årene som kommer (Allen, 2019; Orvik, 2015). Videre kunne det vært interessant å undersøke om avdelingene hadde organisert seg annerledes dersom sykepleierne hadde fått større påvirkningskraft og ansvar for organiseringen i avdelingen. De fleste informanter opplevde å kunne påvirke egen arbeidsdag ved at de var med på å velge pasienter ved vaktstart, selv om ikke alle opplevde at det var den beste måten å bidra med organisering på.

## **6.2 Organisering som skaper mulighet for fag og kompetanseutvikling**

Det framkommer fra intervjuene at rett kompetanse til rett tid var viktig og at bruk av vikarer opplevdes som slitsomt. Hyppig bruk av vikarer kan dermed forstås som en ekstra belastning

for sykepleierne, da det kan tenkes at vikarer verken kjenner pasientene eller avdelingen. Det kan tenkes at det pålegger sykepleierne som er kjent i avdelingen mer arbeid, når de må følge opp vikarer på toppen av egne pasienter. Dette støttes av forskning som viser at sykepleiere er misfornøyde når det ikke er ansatte med tilstrekkelig kompetanse på jobb (Hegney et al., 2019). Av erfaring er vikarer ofte kortvarig innom de enkelte avdelingene, noe som kan føre til at tiden man bruker på opplæring oppleves som bortkastet man sjeldent får noe igjen for det i det lange løp.

### **6.2.1 Rett kompetanse til rett tid**

Informantene relaterer rett kompetanse til administrering av cytostatika, da dette var en viktig faktor som var avgjorde hvordan kompetansen til personalet ble fordelt i avdelingen. Behovet for cytostatikakompetanse ble sett på som viktig for at avdelingen skulle fungere, noe som gjorde at man tilbød cytostatikakurs til ganske nye sykepleiere i avdelingen. Informantene så både utfordringer og fordeler med at relativt nye sykepleiere ble tildelt cytostatikakurs. Flytsonmodellen som er presentert på side 12 sier noe om viktigheten av sammenheng mellom nok kompetanse og det ansvaret man blir tildelt (Orvik, 2015). Det samme presiseres i Helsepersonelloven (1999) §4 om forsvarlighet, at man skal utføre helsehjelp ut fra egne kvalifikasjoner og at man må be om bistand etter behov. Som noen informanter uttrykte kan ansvaret for å håndtere cytostatika bli for stort i forhold til hva nye sykepleiere føler seg komfortabel med. Det kan ifølge flytsonmodellen skape bekymringer, engstelse og utrygghet (Orvik, 2015). Selv om det opplevdes som en trygghet å ha kompetanse på cytostatika kan man likevel anta at det kan oppleves som overveldende å få ansvar for administreringen av cytostatika for tidlig.

Med bakgrunn i Benner (1995) som antyder at det tar mellom to-tre år å bli en kompetent sykepleier. Forskning (Bjerkvik, Tschudi-Madsen, & Valeberg, 2022) som viser at norske nyutdannede sykepleiere opplever usikkerhet og stor arbeidsbelastning og informanters opplevelse av at det kan være uhensiktsmessig at ferske sykepleiere får cytostatikakurs for tidlig. Kan det se ut til at det ikke er anbefalt å tilby cytostatikakurs til sykepleiere som er nye i avdelingen, men heller vente til at de har opparbeidet seg en hvis kompetanse på det grunnleggende i avdelingen først. Det kan forstås som at det tar et par år med god veiledning før en sykepleier er i stand til å omfavne et slikt ansvar selvstendig. Det er ikke nødvendigvis representativt for alle sykepleiere at de trenger oppimot to-tre år for å opparbeide seg nok kompetanse til å håndtere eksempelvis cytostatika selvstendig, men det kan likevel forstås



som en viktig faktor for å ikke påføre nye sykepleiere for mye ansvar og stor arbeidsbelastning. Dette kan også forstås som et viktig bidrag til å beholde flere sykepleiere i yrket, ved at man unngår å påføre dem en for stor arbeidsbelastning.

### **6.2.2 Fra novice til novice**

Informantene fra intervjuene var som tidligere nevnt sykepleiere med ganske lang erfaring. Funnene i datamaterialet dreide seg likevel mest om de nye sykepleierne, framfor sine egne behov som sykepleier. Dette kan tyde på at erfarne sykepleierne opplever et stort ansvar overfor nye sykepleiere. Frida uttrykte viktigheten av nært samarbeid mellom erfaren og ny sykepleier som skapte mulighet for erfaringsoverføring, noe som tilrettela for en naturlig opplæring som opplevdes som en fordel hos den erfarne sykepleieren. Det er også nærliggende å anta at også den nye sykepleieren opplevde det som en trygghet og god læringssituasjon. Dette er i tråd med både Benner (1995) sin teori «fra novice til ekspert» og Martinsen (2005) teori om «mester-elevforholdet», som uttrykker viktigheten av at nye sykepleiere har noen erfarne å lære av. Benner's begrep «fra novice til ekspert» ble av en informant fremhevet som et viktig ideale å leve etter for å kunne ivareta nye sykepleierne best mulig. Dog ble det satt sammen med en opplevelse av det stikk motsatte, hvor det var novicen som ble satt til å ivareta den nye novicen i avdelingen. Dette kan forstås som en uheldig konsekvens av organiseringen i avdelingen, siden opplæringen ble opplevd som mangelfull.

«Mester-elev» tilnærmingen til Martinsen (2005) og Benners (1995) «novice til ekspert» anses også å kunne sees i sammenheng med å være i flytsonen. Det å være i flytsonen innebærer at man samarbeider og at man utfyller hverandres kompetanse til å kunne håndtere arbeidsoppgaven best mulig (Orvik, 2015). Erfaring tilsier dessuten at nye sykepleiere kan tilføre den erfarne sykepleieren ny kunnskap, slik at erfaringsutvekslingen ikke nødvendigvis bare skal gå fra eksperten til novicen. Siden sykepleiefaget stadig er i utvikling, kan det tenkes at nye sykepleiere som kommer fra skolebenken kan ha tilegnet seg ny lærdom som de erfarne sykepleierne ikke er blitt kjent med. Ett annet viktig moment med samarbeid mellom ny og erfaren sykepleier er opplevelsen av mestring for begge parter. Hvis man igjen ser på flytsonemodellen, så kan det tenkes at nye sykepleieren vil med støtte av en erfaren sykepleier kunne oppnå mestringsfølelse ved å utfordres til og håndtere utfordrende situasjoner. Samtidig vil også den erfarne sykepleieren kunne oppleve glede og mestring over å få være en støtte og bidra til å se at den nye sykepleieren utvikler seg som sykepleier.

Funn viser at det opplevdes som fint å samarbeide ny og erfaren sykepleier og at mangelen på støtte fra en erfaren sykepleier kan føre til at viktig kunnskap og kompetanse glipper. Organisering som sørger for en jevn sammensetning av erfarne og nye sykepleiere, kan dermed antas å bidra med økt mestringsfølelse og økt motivasjon hos sykepleierne. Som igjen vil kunne påvirke evnen til å utøve god sykepleie og bringe lyst til å utvikle seg som sykepleier. Dette støttes i studien til Gribben og Semple (2021), som beskriver at gode rollemodeller kan skape et godt arbeidsmiljø og dermed forhindre utbrenthet blant sykepleiere.

### **6.2.3 Fagutvikling skaper trygghet**

Funn fra datamaterialet viser at det oppleves som en stor trygghet å ha en fagutviklingssykepleier tilknyttet avdelingen. Informantene beskriver at de ikke har tid til å drive å søke etter oppdaterte prosedyrer og forskning på egen hånd i arbeidshverdagen. Dette til tross for at yrkesetiske retningslinjer (2019) konstaterer at sykepleie skal være basert på forskning, erfaring og pasientens medvirkning, noe som innebærer å jobbe kunnskapsbasert jamfør Nortvedt med flere (2012). Bakgrunn for at sykepleierne opplever å ikke ha tid til å søke etter prosedyrer, kan forstås som at sykepleierne ønsker å bruke sin tid hos pasientene. Forskning (Røkholt, Davidsen, Johnsen, & Hilli, 2017) viser at det i Norske sykehus har vært utfordrende å praktisere kunnskapsbasert praksis. Det begrunnes i at det er en tidkrevende prosess og at det ikke er noen som tar ansvar for å jobbe kunnskapsbasert. I samme studie kom det frem at en praksis på å jobbe kunnskapsbasert bør være forankret i ledelsen og at lederen må være en pådriver, både for å skape motivasjon og tid til å arbeide kunnskapsbasert (Røkholt et al., 2017). Å ha en fagutviklingssykepleier i avdelingen som har avsatt tid til å oppdatere retningslinjer og prosedyrer, kan derfor tenkes å være en god løsning for å praktisere kunnskapsbasert praksis i sykehusavdelinger.

Noen informanter påpekte at fagutviklingssykepleier kan være i posisjon til å forhindre uheldige hendelser, som for eksempel oppfølging av strålefelt og strålerutiner. Da det ble beskrevet at enkelte strålerutiner ikke har ble fulgt godt nok opp, både på grunn av manglende opplæring og ikke oppdaterte prosedyrer tilgjengelig i avdelingen. Fagutviklingssykepleier oppleves som viktig i arbeidet med å gi god opplæring til nyansatte og for oppdatering av prosedyrer. Det oppleves derfor som kritikkverdig at enkelte avdelinger ikke har en fagutviklingssykepleier siden dette ikke bare handler om mangel på kunnskap og kompetanse hos sykepleierne, men også om en trussel på pasientsikkerheten. Helsedirektoratet (2019)

påpeker at både sykepleierne og ledelsen har et ansvar for å ivareta pasientsikkerheten. På den andre siden av saken, så kan det stilles spørsmål til hvordan sykepleierne skal vite at det er en trussel mot pasientsikkerheten når de ikke har fått kunnskap om det. Det vil derfor være nærliggende å spekulere i opplæringen som blir gitt i enkelte avdelinger og hvordan sykepleierne er i stand til å hente gjeldene prosedyrer. Spesialisthelsetjenesteloven §3-10 (1999) er tydelig på at det skal gis opplæring slik at den enkelte blir i stand til å utføre sitt arbeid forsvarlig.

Årsaker til at enkelte avdelinger ikke har fagutviklingssykepleier kommer ikke fram i datamaterialet, selv om alle informantene uttrykker behovet for en slik stilling. Det kan tenkes at avdelingene ønsker å prioritere sykepleiere på gulvet og eventuelt har en forventning om at alle sykepleierne skal vær i stand til å innhente korrekte prosedyrer på egen hånd. Noe som gjør at en fagutviklingssykepleier kanskje ville kunne oppleves som overflødig i avdelingen. Likevel, med utgangspunkt i funnene og forskning som tilsier at fagutviklingssykepleier er en viktig bidragsyter for å holde avdelingen ajour med forskning og kompetanse (Christiansen, Carlsten, & Jensen, 2009). Er det grunn til å antyde at det er mange fordeler for avdelingen ved å ansette en fagutviklingssykepleier, da det vil kunne bidra til økt kompetanse, oppdaterte prosedyrer og dermed lettere for sykepleierne å gi bedre sykepleie til kreftpasienter.

### **6.3 Organiseringens betydning for «følelsen av å gjøre en god nok jobb»**

Informantene beskrev at kreftpasienter har mange behov som skal ivaretas. Det samsvarer med Reitan (2017, p. 34) som beskriver at «kreftpasienter står overfor mange utfordringer» alt fra å ståsette seg for å gjennomgå en tøff behandling til å måtte forberede seg på livets siste dager. Å ha tid og ressurser til å møte og ivareta disse behovene, påvirker sykepleierens mestringsfølelse og yrkesidentitet og er viktig for at sykepleiere opplever å gjøre en god nok jobb (Davis, Fothergill-Bourbonnais, & McPherson, 2017; Kleiven et al., 2016; Kristoffersen & Friberg, 2016).

#### **6.3.1 Organiseringsform i avdelingene**

I intervjuene ble organiseringsformene, primærsykepleie og gruppesykepleie presentert av informantene. Det er ulik erfaring blant informantene om hvilken organiseringsform som oppleves mest hensiktsmessig. I datamateriale fremgår det likevel et ønske om å være

organisert slik at man ivaretar et mindre antall pasienter og får satt seg godt inn i den enkelte pasients situasjon og sykehistorie. I studien av Naef og Ernst (2019) kom det fram at å jobbe etter primærsykepleiefunksjonen har sine svakheter, hvor koordineringen av omsorgen på lengre sikt ble svekket ved bruk av primærsykepleie. Dette er noe som også var erfart av noen informanter i min studie. Noen informanter opplevde det å være organisert etter primærsykepleie som for sårbart, siden mye ansvar havner på den ene ansvarlige pleieren. I forlengelsen av det fremmet informantene en organisering som hadde lignende prinsipper som primærsykepleie, men at man dannet primærteam rundt hver enkelt pasient. Slik ble primæransvaret fordelt på to til tre sykepleiere og det ble dermed ikke erfart som like sårbart. Iversen og Hauksdottir (2020) påpeker at teamarbeid rundt pasienten skaper muligheter for at flere kan uttrykke sin oppfatning av pasientens situasjon. Som i forlengelsen av det skaper bedre grunnlag for å kunne gi best pleie og behandling til pasienten (Iversen & Hauksdottir, 2020). Informantenes ønske om å være primærkontakt og samarbeide direkte legene uten bruk av mellomledd, kan forstås som at sykepleierne anerkjenner behovet for å jobbe i team. Dette samsvarer med nasjonale føringer som påpeker behovet for å arbeide i team (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Det har i mange år vært anbefalt å opprettholde en form for primærkontakt til pasienter i sykehus, både pasientansvarlig lege og sykepleier (NOU 1997: 2, 1997). Forskning har også beskrevet pasienters behov for å forholde seg til et mindre antall personer. Både for å slippe å gjenta sin historie, men også for det relasjonelle ved at pasienten får mulighet til å bli kjent med sykepleierne. Det kan bidra til at pasientene føler seg mer trygge og ivaretatt av sykepleierne (Hansen et al., 2020). Informantene opplevde også at pasientene satt pris på å få forholde seg til et begrenset antall pleiere. Dette understøttes av Delmar, som påpeker at man må huske at pasienter er syke mennesker og at det å være syk innebærer en endret situasjon med usikkerhet og kaos, samtidig som man kan være overfølsom for inntrykk (Delmar, 2018, 2021). Derfor er det rimelig å anta at pasientene kan oppleve det som en stor belastning å måtte forholde seg til nye ukjente pleiere hele tiden.

Det er ikke alltid klart hvilket grunnlag ledelsen baserer sine valg på i forbindelse med organisering og arbeidsfordeling på avdelingen. Informantene beskrev som sagt at fordeling av kompetansen stort sett dreier seg om fordeling av cytostatikakompetansen. En slik fordeling kan oppleves som mer oppgavebasert sett i lys av Orvik (2015) som beskriver funksjonsprinsippet, hvor man fordeler pasienter etter hvilke oppgaver de trenger hjelp til. Å jobbe oppgavebasert er noe informantene uttrykte at de ikke ønsket å jobbe etter. Dessuten,

basert på erfaringer er administrering av cytostatika sjeldent det mest utfordrende man opplever i en kreftavdeling. Kreftpasienter kan ha alvorlig smerteproblematikk, dødsangst eller andre krisereaksjoner som også krever spesialkompetanse (Reitan (2017)). Dette er noe man kanskje burde tatt mer høyde for i en kreftavdeling, da kunnskap om cytostatika ikke trenger å være hoved kompetansen man fordeler etter. I det ene intervjuet ble det nevnt at innlagte pasienter som får cellegift ofte er de friskeste i avdelingen, mens andre pasienter ofte har kompliserte utfordringer som avansert smertelindring. Det fremkommer likevel ikke tydelig i noen av intervjuene behovet for å organisere arbeidet etter avansert smertelindring. Noen av informantene beskrev at det i noen andre enkelttilfeller var behov for å fordele særskilt kompetanse, det var på enkelte kirurgiske pasienter og på pasienter som gjennomgikk høydosebehandling. Forklaringen på hvorfor akkurat kompetanse på cellegift er så fremtredenen i kreftavdelinger, kan være fordi det stilles krav til nødvendig opplæring på håndtering av farlige stoffer. Noe som dermed pålegger arbeidsgiver å gi opplæring på cytostatika (Forskrift om utførelse av arbeid, 2013). Med utgangspunkt i at det stilles særskilte krav til administrering av cytostatika tenker jeg det er viktig at man ikke bare ser på behovet for nødvendig opplæring, men at oppfølgingen, dobbeltkontroll og fortløpende oppdatering også ivaretas.

### **6.3.2 Den helhetlig «drømmen»**

Som det kom frem i intervjuene var ønske om å gi helhetlig sykepleie en viktig faktor som bidro til en følelse av å ha gjort en god jobb. Slik jeg forstår det, er det en sammenheng mellom å gi god sykepleie og gi helhetlig sykepleie. Til tross for at mange nasjonale føringer bruker begrepet helhet og helhetlig, er det vanskelig å finne en konkret betydning av det begrepet. Kreftsykepleierens fagplan (Generalforsamling for kreftsykepleiere, 2019) fastslår at man skal utføre helhetlig sykepleie, men det står ikke beskrevet konkret hva det innebærer. Heller ikke i NOUér står det beskrevet hva som menes med helhetlig og helhet (NOU 1997: 2; NOU 2017: 16). Alvsvåg diskuterer bruken av begrepet om helhet eller helhetlig og påpeker at det er diffust, samtidig trekker hun fram at det innebærer mer enn å ivareta fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter (Alvsvåg, 1997).

Informantenes beskrivelse av å yte helhetlig sykepleie, forstår jeg som muligheten til å bli kjent med pasienten, familien og det å følge dem opp over tid. Det innebærer at man må være den pleieren som bistår pasienten i alt fra stell, mat og andre situasjoner som gir mulighet for å samtale sammen. Dette bidrar videre til å utvikle et relasjonelt forhold som gjør

sykepleieren i stand til å samarbeide med og forstå hva pasienten trenger. Jeg ser likhetstrekk med dette og personsentrert sykepleie. McCormack (2010) beskriver personsentrert sykepleie som å se pasienten som et menneske i den enkelte situasjon og ikke bare som en diagnose. Det innebærer å se sammenhengen rundt pasienten med å skape en relasjon mellom pasient, pleier og pårørende, hvor gjensidig respekt for hverandre er en del av fundamentet (McCormack & McCance, 2010). Hvis man evner å få en god relasjon til pasienten, så kan det oppleves som at man er i bedre stand til å kunne se pasientens behov og det kan kanskje være lettere for pasienten å uttrykke sine behov til noen den har tillitt til. Forskning (Hiçdurmaz & Üzar-Özçetin, 2020) viser at pasientene trenger sykepleiere som kan støtte og styrke pasienten i den tøffe situasjonen en befinner seg i. For at sykepleierne skal være i stand til det kreves det gode kommunikasjonsferdigheter som må nyttes både i møte med pasienten, men også dens pårørende. Ved bruk av god kommunikasjon er sykepleierne i en særegen posisjon til å hjelpe pasienten til å håndtere utfordringer som oppstår gjennom et sykdomsforløp (Hiçdurmaz & Üzar-Özçetin, 2020). Dette er en viktig side av sykepleiernes arbeid som bør anerkjennes i større grad, slik at sykepleierne blir gitt de mulighetene til å ivareta pasienten slik den har behov for.

Informantene uttrykte at behovet for å bli kjent med pasienten, familien og pårørende var viktig for å kunne utøve god sykepleie. I forlengelsen av det beskrev en informant at hvis man fikk følge et mindre antall pasienter over tid, så var det lettere å utføre jobben sin. For å utøve profesjonell omsorg jamfør Delmar (2021) skal sykepleier bruke sin kjennskap til pasienten for å ivareta dens behov på en best mulig måte. Herunder skape en god relasjon til pasienten, ivareta pasientens behov som beskrives som helt unike fra pasient til pasient (Delmar, 2021). Av erfaring er dette et tidkrevende arbeid da det ikke er alle pasienter man lærer like fort å kjenne, eller at pasientene lærer sykepleier å kjenne. Flere informanter påpekte at det opplevdes som tidsbesparende å få følge pasienter over tid og kvaliteten på tjenesten opplevdes som bedre. Selv om organisering med primærsykepleier har utfordringer viser forskning (Naef et al., 2019) at sykepleiere som jobber etter primærsykepleieprinsippet opplever god jobbtilfredshet. God jobbtilfredshet, er i tråd med informantene i min studie som beskrev det som en god opplevelse å få følge pasienter over flere dager. Dette harmonerer både med pasientens behov for kontinuitet, som innebærer at pasienten ønsker å bli kjent med sykepleieren, men også sykepleiernes opplevelse av å imøtekomme pasientens behov bedre når de kjenner pasienten (Davis et al., 2017; Vermond et al., 2021).

### 6.3.3 Fragmentere pasientforløp oppleves som en trussel

Flere av informantene angav en frykt for endringene i helsevesenet som skaper en opplevelse av mer oppgavebasert sykepleie istedenfor pasientfokusert eller personsentrert sykepleie. Informantene trakk fram både utfordringer med bruk av flermansrom, felles kurstue og involvering av flere sykepleiere til ulike sykepleieoppgaver som årsak til fragmenterte pasientforløp. Å bare møte pasienten i forbindelse med sykepleierprosedyrer skaper en følelse av å miste kontroll over pasienten og at tiden og muligheten for å bli kjent med pasienten begrenses. Noe som motvirker evnen til å skape trygghet og relasjon til pasienten ifølge informantene.

Organiseringsformer som ikke tilrettelegger for å opprettholde kontinuitet mellom sykepleier og pasient, har vist seg å være uønsket fra pasientens side (Vermond et al., 2021). Det kommer frem i datamaterialet at organisering som skaper mange ledd ved formidling av informasjon ikke bare fører til brudd i kontinuiteten. Flerleddet kommunikasjonsvei som innebar at sykepleieren måtte bruke tid på å lete etter personer som skulle ha informasjon opplevdes også som en trussel mot pasientsikkerheten og en tidstyv. Informantene beskrev at i noen tilfeller gikk informasjonen igjennom tre-fire ledd før det nådde fram til rette vedkommende. I handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019) kommer det fram at svikt i informasjonsflyten og manglende kommunikasjon mellom virksomheter og tjenestenivåer er kjente risikofaktorer som truer pasientsikkerheten. Det er nærliggende å tenke at det gjelder for informasjonsflyten innad i avdelinger, særlig når det innebærer flere mellomledd slik som noen informanter beskrev det. Det hadde vært interessant og forhørt seg om hvordan legene opplever en slik organisering.

Bruk av stille rapport hadde informantene ulik erfaring med. Noen informanter hadde god erfaring med stille rapport og beskrev det som en effektiv måte å gjennomføre vaktskiftene på siden man fikk avsatt tid til å lese i pasientens journal. En slik ordning fordret riktig nok enten en liten fellesrapport før fordeling av pasientene, eventuelt at en koordinator eller leder forhåndsfordelte pasientene før vaktstart. Andre informanter opplevde at stillerapport ikke fungerte i det hele tatt. De opplevde at de mistet for mye informasjon om pasientene hvis de bare skulle lese hver for seg på sine pasienter. Dessuten opplevde de at de skriftlige rapportene og pleieplanen var for mangelfulle til at man kunne stole på dem. Årsaken til at rapportene opplevdes som mangelfulle var at de ikke følte de kunne skrive alt de tenkte omkring pasienten i journalen. Dette på grunn av pasientens mulighet for innsyn journalen.

Faktisk, de sykepleierne som opplevde at stillerapport fungerte, opplevde likevel at de i løpet av en dag måtte ha et felles møtepunkt for å nettopp kunne diskutere pasientene i fellesskap. Både på grunn av at det var behov for å diskutere enkeltpasienter, men også for å kunne fordele arbeid og for å gi alle sykepleierne i avdelingen litt mer oversikt utover bare ens egne pasienter. En norsk studie fra 2021 (Deinboll & Oddvang) viser at mesteparten av tiden på muntlig rapport blir brukt til å diskutere organisering og planlegging av arbeidshverdagen. I studien fremkommer det behov for forskning som utreder konsekvensen av å redusere den muntlige rapporten, siden de muntlige rapportene ofte vinkler seg inn på hvordan gjennomføre arbeidsdagen på en forsvarlig og god måte. Som noen informanter antydde, gav stille rapport mer tid med pasienten. Likevel kan det tenkes at den ønskede effekten av stille rapport kan slå ut feil, da viktig informasjon uteblir siden man ikke får delt erfaringer omkring pasientene. Også erfaringsutveksling og kunnskapsdeling uteblir ved for lite tid på muntlig rapport, noe som kan få uheldige konsekvenser, både for pasient, men også at sykepleierne mister en foranledning til å heve egen kompetanse (Deinboll & Oddvang, 2021). I ytterst konsekvens kan det tenkes at begrenset mulighet for muntlig rapport kan true pasientsikkerhet fordi det ikke blir avsatt nok tid til å diskutere viktige temaer i løpet av arbeidsdagen. Kvalitet og pasientsikkerhet er som nevnt over, en prioritet i det norske helsevesenet (Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, 2019, p. 5).

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019) uttrykker at det er ledelsen som har ansvaret for å utvikle gode systemer for å kunne ivareta nettopp god pasientsikkerhet. Det innebærer å bidra til en arbeidskultur som er åpen for kvalitetsforbedring ved å blant annet følge opp og etterspørre forbedringsmuligheter ved egen organisasjon. Igjen fordrer dette en ledelse som evner å inkludere sine ansatte i forbedringsarbeid. Informantene påpeker at nok folk og riktig kompetanse på jobb er viktig for å kunne utøve forsvarlig sykepleie. Herunder innebærer det også å dele avdelingene inn i jevne grupper, særlig når det organiseres etter gruppesykepleiemodellen. Dette for at en gruppeleder skal være i stand til å holde oversikt og kontroll over pasientene på gruppa, men også ha oversikt over sine kollegaer. Jeg tenker det er betimelig å stille seg spørsmål om hvem helsevesenet er for og hvilke prinsipper har man valgt å organisere og strukturere avdelingene etter. Det kan oppleves som at det i en del tilfeller ikke er basert på verken pasienten eller sykepleiernes opplevelse av hva som bidrar til god helsehjelp. Spesialisthelsetjenesteloven (1999) og helsepersonelloven (1999) gir føringer på at helsetjenesten skal være forsvarlig. Siden lovene kun tar høyde for forsvarlighet og ikke



nødvendigvis god kvalitet på tjenestene, mens sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2019) tar høyde for god og helhetlig sykepleie. Så kan det antas som årsak til det berømte skviset mellom effektivitetskrav og behovet for å gi god sykepleie, jamfør nasjonal og internasjonal forskning (Kleiven, 2016; Gribben og Semple, (2021; Lied et al. (2021). Det oppleves dessuten som at hvis sykepleierne kjenner på følelsen av å få ivareta pasientene, ivaretar man også sykepleierne og deres behov. Dette siden behovet for å ivareta kreftpasienten på en god måte har såpass høy verdi hos sykepleierne (Davis et al., 2017).

## 7 Avslutning

Bakgrunn for valg av tema og problemstilling for denne oppgaven var mine antakelser om at organisering etter primærsykepleie er den mest egnete måten for å kunne ivareta kreftpasienter best mulig. For å være litt mer åpen til sinns valgte jeg å ikke begrense oppgaven til kun primærsykepleie, men heller undersøke mer generelle erfaringer av organisering som påvirker utøvelsen av sykepleien i kreftavdelinger. Dermed ble intervju av sykepleiere ved ulike kreftavdelinger vurdert som en egnet metode.

Diskusjonen viser at organiseringen i avdelingene er av stor betydning for hvordan sykepleierne opplever å kunne gi god sykepleie til kreftpasienter. Det kommer fram at det å være i stand til å gi god og helhetlig sykepleie til kreftpasienter er viktig og det innebærer at man må få bli litt kjent med pasienten. Organisering som tilrettelegger for å kunne følge pasienter over tid, sammen med et team i avdelingen oppleves som et suksesskriterium for å kunne gi god sykepleie. Informantene har ulike erfaringer for hvilken organiseringsform som fungerer, men det som går igjen er organisering som gjør det mulig å følge et mindre antall pasienter over lengre tid. Enten ved at man nyttet primærsykepleier ved å fordele primæransvaret på to til tre pleiere slik at det ikke blir for sårbart. En annen løsning som informantene påpekte var gruppesykepleie, men at avdelingen var delt inn i mindre team, gjerne etter samme organisering som legene.

Behovet for fag og kompetanseutvikling ble fremmet som en nødvendighet, der fagutviklingssykepleier opplevdes som en viktig ressurs i avdelingene. En fagutviklingssykepleier skapte trygghet i avdelingen og sykepleierne opplevde at prosedyrer var oppdaterte slik at de lettere kunne fokusere på å gjøre en god og forsvarlig jobb hos pasientene. Det ble også belyst at det var nødvendig å fordele kompetanse og erfaring mer jevnt i avdelingene, særlig med tanke på å kunne støtte nye sykepleiere i avdelingen.

Hovedansvaret for organisering viste både litteratur og informantene at ligger hos avdelingsledelsen. Det var varierende hvordan de ulike avdelingene opplevde at de hadde og kunne ta ansvar for eget organiseringsarbeid. Både funn og forskning viser at endring i ledelsesform kan bidra til å imøtekomme sykepleiernes behov på en bedre måte. Med utgangspunkt i det som framkommer i intervjuene og forskning fremstår transformasjonsledelse som en egnet måte å lede sykehusavdelinger på.

## **7.1 Refleksjon over pasienthistorien i innledningen**

Historien i innledningen er basert på egen erfaring og underveis i skriving av masteroppgaven har jeg gjort meg noen refleksjoner om den situasjonen. Jeg var ingen kreftsykepleier da, jeg hadde heller ikke opplæring i å administrere cellegift. Likevel følte jeg at jeg hadde rett kompetanse til rett tid. Jeg hadde kompetanse på akkurat den pasienten, jeg kjente pasienten og jeg kjente familien. Jeg følte meg trygg på hva som var viktig for pasienten og familien. Om jeg hadde rett kompetanse på de andre pasientene jeg var gruppeleder for, det er jeg heller usikker på. Men jeg opplevde at jeg utøvde god sykepleie i alle fall til en pasient og det følte godt.

## **7.2 Videre forskning**

I videre forskning anbefales det å se mer konkret på hvordan organiseringsform i avdelingene tilrettelegger for best utøvelse av sykepleie. Her vil det også kunne vært relevant og inkludert legene for å få fram samarbeidet i forbindelse med eksempelvis previsitt. Det kunne også vært interessant å intervjuer avdelingssykepleiere ved kreftavdelinger for å få deres erfaring og bakgrunn for valg innenfor organiseringen på avdelingsnivå.

## Referanseliste

- Allen, D. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg* (1. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. (1997). Det gode blikket og de gode hendene. In *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient* (pp. 21-37). Bergen: Fagbokforl.
- Benner, P. (1995). Dreyfusmodellen for tilegnelse af færdigheder, tilpasset sygeplejen (G. Have, Trans.). In *From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 29-49). Oslo, København: TANO I samarbeid med Munksgaard.
- Bjerkvik, L. K., Tschudi-Madsen, C., & Valeberg, B. T. (2022). Nyutdannet sykepleier, - forventninger og utfordringer i møte med yrkesrollen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 18(1). doi:10.7557/14.5744
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Breivik, E., & Obstfelder, A. (2012). Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(2), 110-119.
- Christiansen, B., Carlsten, T. C., & Jensen, K. (2009). Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien forskning (Oslo)*.
- Davis, L. A., Fothergill-Bourbonnais, F., & McPherson, C. (2017). The meaning of being an oncology nurse: Investing to make a difference. *Can Oncol Nurs J*, 27(1), 9-14. doi:10.5737/23688076271914
- Deinboll, A., & Oddvang, T. K. (2021). Hvorfor holdes det fremdeles muntlige rapporter i helseinstitusjoner når helsepersonell har tilgang til elektronisk pasientjournal?: En kvalitativ studie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(2). doi:10.7557/14.5770
- Delmar, C. (2018). Omsorg og ansvar som to sider af samme sag. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 322-329. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-03-15
- Delmar, C. (2021). Professionel sygeplejefaglig omsorg – en rammemodel. *Klinisk Sygepleje*, 35(3), 219-241. doi:10.18261/issn.1903-2285-2021-03-04 ER
- Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. (2019). *Kvalitet og Pasientsikkerhet*, . Regjeringen Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdfs/stm202020210011000dddpdfs.pdf>
- Elstad, I. (2014). Gjennom usikre og krevjande fasar In *Grunnlagstenkning i sykepleie* (pp. 16-37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om utførelse av arbeid. (2013). *Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav*. Lovdata Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/cytostatika-opplaering-og-godkjenning-av-sykepleiere>
- Generalforsamling for kreftsykepleiere. (2019). *Beskrivelse av kreftsykepleiers kompetanse, funksjon og ansvar*. Retrieved from [https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2019-11/kompetansebeskrivelse-kreftsykepleiere.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/kompetansebeskrivelse-kreftsykepleiere.pdf)
- Gribben, L., & Semple, C. J. (2021). Factors contributing to burnout and work-life balance in adult oncology nursing: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101887-101887. doi:10.1016/j.ejon.2020.101887
- Hansen, M. I. T., Haugen, D. F., Sigurdardottir, K. R., Kvikstad, A., Mayland, C. R., & Schaufel, M. A. (2020). Factors affecting quality of end-of-life hospital care-a qualitative analysis of free text comments from the i-CODE survey in Norway. *BMC Palliativ Care*, 19(1), 98-98. doi:10.1186/s12904-020-00609-x

- Hegney, D. G., Rees, C. S., Osseiran - Moisson, R., Breen, L., Eley, R., Windsor, C., & Harvey, C. (2019). Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. *J Nurs Manag*, 27(2), 371-380. doi:10.1111/jonm.12693
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft - Nasjonal kreftstrategi 2018-2022*. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse-og sykehusplan 2020-2023*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. Retrieved from Oslo: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf> /attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64 C.F.R. (1999).
- Hiçdurmaz, D., & Üzar-Özçetin, Y. S. (2020). "Now I keep my feet on the ground. Earlier, I was arrogant and felt too big for my boots." Perspectives of people with cancer and oncology nurses on the psychological empowerment process. *European Journal of Oncology Nursing*, 49, N.PAG-N.PAG. doi:10.1016/j.ejon.2020.101862
- Iversen, A., & Hauksdottir, N. (2020). Kapittel 9 - Tverrprofesjonelle team - kollektiv kompetanse. In A. Iversen & H. Nanna (Eds.), *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid : kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1. utgave. ed., pp. 148-156). Oslo: Gyldendal.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). Tematisk analyse. In *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (pp. 278-313). Oslo: Universitetsforl.
- Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sykeplejeforskning*, 5(4), 311-326. doi:10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03
- Kousoulou, M., Suhonen, R., & Charalambous, A. (2019). Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 33-40. doi:10.1016/j.ejon.2019.05.011
- Kreftregisteret. (2021). Nøkkeltall om kreft. Retrieved from <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Kristoffersen, M., & Friberg, F. (2016). Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic journal of nursing research*, 36(1), 13. doi:10.1177/0107408315595163
- Kunnskapscenteret. (2014). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7*. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten Retrieved from <https://www.itryggehender24-7.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/> /attachment/inline/f6f29887-cc7c-4a78-b821-6bf90ae76053:511346d1c3a71542e5087a1b730c00f38421fb55/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-2011-2013.pdf
- Lied, I. B., Lindgren, M. L., & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk sykepleje*, 35(3), 242-254. doi:10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05

- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). A Theoretical Framework for Person-Centred Nursing. In *Person-centred nursing : theory and practice* (pp. 21-39).
- Naef, R., Ernst, J., & Petry, H. (2019). Adaption, benefit and quality of care associated with primary nursing in an acute inpatient setting: A cross - sectional descriptive study. *J Adv Nurs*, 75(10), 2133-2143. doi:10.1111/jan.13995
- Norges Arktiske Universitet. (2021). Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UIT. Retrieved from [https://uit.no/Content/741987/cache=1629791251000/Prinsipper+og+retningslinjer+for+forvaltning+av+forskningsdata+UiT\\_oppdatert100221.pdf](https://uit.no/Content/741987/cache=1629791251000/Prinsipper+og+retningslinjer+for+forvaltning+av+forskningsdata+UiT_oppdatert100221.pdf)
- Norsk Sykepleieforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Retrieved from <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk Sykepleieforbund. (u.å). Mangelfull overordnet styring av sykepleietjenesten. Retrieved from <https://www.nsf.no/ledelse/god-ledelse>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. ed.). Oslo: Akribe.
- NOU 1997: 2. (1997). *Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død— Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/?ch=1>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pfeiffer, R. (2002). Ansvarsforhold ved ledelsen av sykepleiepraksis. In *Sykepleier og leder : den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon* (pp. 4-35). Bergen: Fagbokforl.
- Reitan, A. M. (2017). Kreftsykepleie. In A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Eds.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg. ed., pp. 33-47). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2021). Personsentrert omsorg. In *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens* (2. utgave. ed., pp. 29-50). Oslo: Universitetsforlaget.
- Røkholt, G., Davidsen, L.-S., Johnsen, H. N., & Hilli, Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sykeplejeforskning*(3), 195-208. doi:10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Tjora, A. H. (2021). Bruk av dybdeintervju. In *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. ed., pp. 127-158). Oslo: Gyldendal.
- Van Diepen, C., Fors, A., Ekman, I., Bertilsson, M., & Hensing, G. (2022). Associations between person - centred care and job strain, stress of conscience, and intent to leave among hospital personnel. *J Clin Nurs*, 31(5-6), 612-622. doi:10.1111/jocn.15919
- Vermond, D., el Habhoubi, S., de Groot, E., Bronkhorst, L., de Wit, N., & Zwart, D. (2021). Dealing with Discontinuity in Cancer Care Trajectories: Patients' Solutions. *The patient : patient-centered outcomes research*. doi:10.1007/s40271-021-00535-x

## Vedlegg 1: Søkeprosessen

### Søkeprosessen ved bruk av Pico

P – Beskriver populasjon. Hvem eller hva problemet dreier seg om	I – Beskriver intervensjon. Hvilke tiltak som skal utføres	C – Omhandler sammenligning med eventuelle andre tiltak	O – Beskriver utfall for hva man søker etter.	Søkeperiode November 2021- Mars 2022
Sykepleiere i kreftomsorgen	Erfaringer med sykepleie Erfaring med organisering		kreftpasienter	
<b>Søkeord</b>				
- Oncology nursing - Cancer nursing - Nurs* - Cancer care - Kreftsykepleiere - Sykepleie*	- Organization* - Primary care - Hospital - Continuity - Organisering - Effektivitet - Ledelse		- Work Satisfaction - Patients' needs - Quality of nursing care - Quality of care - Patient – healthcare relationship - Communication - Omsorg - Kvalitet	Alle søkene er begrenset til tidsperioden fra 2016-2021.
<b>Artikler</b>				
<b>Forfattere – År - Sted</b>	<b>Artikkelnavn</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Database</b>	
Kleiven, Ole T. Kyte, Lars Kvigne, Kari År: 2016 Norge	Sykepleieverdier under press?	Sykepleie OG effektivitet OG ledelse	Oria	
Kristoffersen, Margareth Friberg Febe År: 2016 Norge	Transformasjonsledelse og økte effektivitetskravet i sykepleien	Sykepleie OG effektivitet OG ledelse	Oria	

Kousoulou, Maria Suhonen, Riitta Charalambous, Andreas År: 2019 Kypros	Associations of individualized nursing care and the quality of oncology nursing care in patients diagnosed with cancer	Oncology nursing AND Quality of nursing care	Cinahl Nr 3 av 145	
Hansen, Marit Irene Tuen Haugen, Dagny Faksvag Sigurdardóttir, Katrin Ruth Kvikstad, Anne Mayland, Catriona R. Schaufel, Margrethe Aase År: 2020 Norge	Factors affecting quality of end-of-life hospital care – a qualitative analysis of free text comments from the i-code survey in Norway	Cancer patients AND quality of Care AND hospital	Cinahl Nr 60 av 690	
Gribben, Louise Semple, Cherith Jane År: 2021 Storbritania	Factor contributing to burnout and work-life balance in adult oncology nursing: An integrative review	Oncology nursing AND Work satisfaction AND cancer care	Pubmed Nr 3 av 15	
Lied, Ingvild. Borge Lindgren, Moa Lovise Helberget, Linds Kathrine År: 2021 Norge	Tidspres blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review	Sykepleie OG kvalitet	Oria	
Vermond, Debbie el Habhoubi, Souad de Groot, Esther Bronkhorst, Larika de Wit, Niek Zwart, Dorien År: 2021 Nederland	Dealing with discontinuity in Cancer care Trajectories: Patient's Solutions	Patient - healthcare relationship AND cancer care AND communication = The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review	Pubmed	Ble funnet ved hjelp av fremover søk, basert på søkeordene og artikkelnavn i kolonne 3.

## Intervjuguide

Hvor mange års erfaring har dere som sykepleier, med kreftpasienter?

Hvor stor er sengeposten?

1. Hva tenker dere på når jeg sier organisering av sykepleietjenesten i sengeposter?
  - a. Hvilke ulike måter å organisere sykepleierne kjenner dere til?
  - b. Kan dere fortelle litt om hvordan en arbeidsdag er for dere? Hvordan vil dere beskrive organiseringen av sykepleierne i deres avdeling?
    - i. Arbeidsfordelingen
    - ii. Primærsykepleie/gruppesykepleie?
    - iii. Rapport/stillerapport?
    - iv. Samarbeid med andre/hverandre?
    - v. Gruppeinndeling?
    - vi. Ledelsen tilstedeværelse
    - vii. Hvem søke råd hos?
    - viii. Hvordan verdigrunnlag ligger til grunne for fordeling av arbeidsoppgaver?
2. Opplever dere at dere kan bidra til å påvirke avdelingens måte å arbeide på/hvordan den er organisering?
3. Hvordan opplever dere at organiseringen i avdelingen tilrettelegger:
  - a. fagutvikling og opplæring
  - b. opplevelsen av å utøve god sykepleie
  - c. Samarbeid med hverandre og leger
4. Har dere noen tanker om hva dere trenger for å kunne gi god sykepleie til alvorlig syke kreftpasienter?
5. Tror dere at kreftpasienter e ei pasientgruppe som har noen særegne behov som organiseringa kan være med på dekke?



### Søknad om tillatelse til forskningsfeltet

Jeg heter Marielle F. Jolma og studerer master i kreftsykepleie ved Norges Arktiske Universitet (UIT). I forbindelse med mitt masterprosjekt vil jeg undersøke hva sykepleiere som jobber ved kreftavdelinger opplever at kan påvirke utøvelsen av sykepleie til kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten.

**Problemstilling:** Hvordan opplever sykepleierne at organisering av sykepleietjenesten kan påvirker utøvelsen av kreftsykepleie til alvorlig syke kreftpasienter som er innlagt ved en sengepost i spesialisthelsetjenesten.

Oppgaven er en kvalitativ studie, hvor jeg skal bruke intervju som metode for å innhente sykepleiernes erfaringer og meninger. Planen er å gjøre fokusgruppeintervju, det vil derfor være behov av å rekruttere 3-5 sykepleiere fra samme arbeidssted. Informantene må ha erfaring med kreftpasienter og det er ønskelig med minst 2 års erfaring som sykepleier og 1 års erfaring fra aktuell avdeling. Intervjuene er tenkt å vare i 1.5-2timer inkludert pause. Funnene i intervjuene vil være mitt datamateriale som danner grunnlaget for masteroppgaven.

All informasjon som blir gitt i forbindelse med intervjuene behandles etter retningslinjer fra både Norsk Senter for Forskningsdata og UIT. Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptaker og oppbevares etter gjeldende retningslinjer. Lydopptaket vil bli slettet når oppgaven er ferdig. Hver informant vil motta et informasjonsskriv om prosjektet og deres rettigheter. Det er frivillig å delta og man må signere for informert frivillig samtykke. En har mulighet for å trekke seg uten å opplyse om årsak da vil datamaterialet for den det gjelder slettes. Skulle noen trekke seg må det skje før analysearbeidet starter, innen mars 2022. Intervjuene er planlagt å gjennomføres i februar 2022 og oppgaven ferdigstilles Mai 2022. Det er ønskelig med snarlig tilbakemelding på om noen er interessert i å delta og at de melder tilbake til meg ved hjelp av eget informasjonsskriv.

Min veileder er Ingrid Drageset

Med dette ber jeg om tillatelse til å intervju sykepleiere/kreftsykepleiere ved en sengepost for kreftpasienter. Hvor sykepleiere innehar minst 2 års erfaring som sykepleier og minst 1 år i avdelingen. Håper at ledelsen eller fagsykepleier kan videreformidle denne informasjonen og være behjelpelig med å rekruttere 3-5 aktuelle sykepleiere til fokusgruppeintervju.

NSD har på vegne av UIT vurdert at behandlingen av personopplysninger i forbindelse med oppgaven samsvarer med lov om personvern.

Håper på positivt svar.

Med Vennlig Hilsen

Sted: Tromsø Dato: 07.02.22

Marielle Frantzen Jolma



## **Forespørsel om deltakelse i masterstudie** **«Organisering av sykepleiertjenesten til kreftpasienter»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en masterstudie hvor formålet er å utforske hva sykepleiere som jobber ved kreftavdelinger opplever at kan påvirke utøvelsen av sykepleie til alvorlig syke kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

**Formål:** Denne studien er en masteroppgave. Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres erfaringer omkring hva som påvirker utøvelsen av sykepleie til alvorlig syke kreftpasienter. Som igjen er ment å skape mer kunnskap om hvordan organisering påvirker sykepleierne og som videre kanskje kan bidra til økt jobbtillfreds og pasienttilfreds.

**Problemstilling:** Hvordan opplever sykepleierne at organisering av sykepleiertjenesten kan påvirker utøvelsen av kreftsykepleie til alvorlig syke kreftpasienter som er innlagt ved en sengepost i spesialisthelsetjenesten.

### **Forskerspørsmål:**

- Hvordan erfarer sykepleiere at organisering av sykepleiertjenesten tilrettelegger for utøvelsen av sykepleie til alvorlig syke kreftpasienter som er innlagt ved en sengepost i spesialisthelsetjenesten?
- Hvordan erfarer sykepleiere at organisering av sykepleiertjenesten kan begrense muligheten for å utøve sykepleie til alvorlig syke kreftpasienter som er innlagt ved en sengepost i spesialisthelsetjenesten?

**Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?** Norges Arktiske Universitet er ansvarlig for prosjektet, med veileder Ingrid Dragset som prosjektansvarlig og masterstudent Marielle F.Jolma har det daglige ansvaret.

**Hvorfor får du spørsmål om å delta?** Basert på et strategisk utvalg, har jeg kontaktet sykehusavdelinger som har en stor andel av kreftpasienter. Inklusjonskriterier er sykepleiere som har erfaring med å jobbe med kreftpasienter og minst 2 års erfaring som sykepleier og minst 1 års erfaring i sykehusavdelingen.

**Hva innebærer det for deg å delta?** Metoden for prosjektet er kvalitativ, ved bruk av fokusgruppeintervju på 3-5 personer fra samme avdeling. Der vil jeg sammen med en medhjelper stille åpne spørsmål om gjeldene tematikk, som har til hensikt å skape en dialog. Varighet vil være 1,5-2timer, inkludert en pause. Under intervjuet vil det bli brukt en lydopptaker for så å transkriberes i ettertid. Lydopptaket vil bli oppbevart i henhold til retningslinjer som ivaretar anonymitet og opptaket vil bli slettet når oppgaven er ferdigstilt.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn, men det må gjøres før analysen starter, som vil si innen mars 2022. Alle opplysninger som knyttes til deg vil da bli slettet.

Signering av samtykke vil finne sted på intervjudagen, før intervjuet starter.

For å delta ta kontakt med Marielle F.Jolma på mail: [REDACTED]

**Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Det er kun meg, veileder og sekretær under intervjuet som vil ha tilgang til datamaterialet.*
- *Datamaterialet vil kodes slik at det ikke kan knyttes direkte til deg. Og det vil bli oppbevart etter forskrifter fra UIT på en sikker forskningsserver.*

**Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når oppgaven er godkjent, noe som etter planen er Mai 2022. Da vil alt av personopplysninger og opptak bli slettet.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Norges Arktiske Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

**Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Norges Arktiske Universitet ved student Marielle F.Jolma eller veileder Ingrid Drageset

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Masterstudent*

*Marielle Frantzen Jolma*



*Veileder*

*Ingrid Drageset*



---

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Organisering av sykepleietjenesten til kreftpasienter*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i Intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

183286

### Prosjekttittel

Organisering av sykepleietjenesten til kreftpasienter

### Behandlingsansvarlig institusjon

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

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingrid Drageset, [REDACTED]

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Marielle FJolma, [REDACTED]

### Prosjektperiode

20.12.2021 - 16.05.2022

### Vurdering (1)

#### 15.12.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 15.12.2021. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 16.05.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

