



UIT

THE ARCTIC
UNIVERSITY
OF NORWAY

Institutt for helse- og omsorgsfag

Opplevelse av trygghet hos kreftsykepleiere som administrerer cytostatika intravenøst til voksne pasienter med kreft

Maria Leppänen

Masteroppgave i sykepleie September 2016

24 473 ord



INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
ENGLISH SUMMARY	5
1. INNLEDNING	7
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2. Formålet med studien.....	10
1.3. Problemstilling.....	11
1.4. Oppgavens oppbygging.....	11
2. EN TRYGG ADMINISTRERING AV CYTOSTATIKA	12
2.1. Cytostatika som behandling.....	12
2.2. Kunnskaper og ferdigheter i å gi cellegift.....	16
3. TRYGGHET I ADMINISTRERING AV CYTOSTATIKA: ET TEORETISK PERSPEKTIV	19
3.1. Trygghet: sykepleieres og pasientenes erfaringer	19
3.2. Trygghet som opplevelse og trygghet som sikkerhet.....	22
3.3. Trygghet og utrygghet sett i lys av kunnskapsnivå: erfaring og ferdigheter?....	26
3.4. Oppsummering.....	33
4. METODE	34
4.1. Metodisk tilnærming.....	34
4.2. Å forske i eget felt.....	35
4.3. Tilgang til feltet og inklusjonskriteria.....	35
4.4. Innsamling av data.....	36
4.5. Analyse av datamaterialet.....	38
4.6. Etske overveielser.....	42
4.7. Metodekritiske refleksjoner.....	43
4.7.1. Resultatenes overførbarhet.....	43
4.7.2. Prosjektets troverdighet.....	43
4.7.3. Styrker og svakheter i prosjektet.....	44

5. FUNN.....	45
5.1. Kunnskaper som forutsetning for trygghet.....	45
5.1.1. Kunnskaper om medisiner skaper trygghet.....	45
5.1.2. Opplæring skaper trygghet.....	47
5.1.3. Praktiske kunnskaper gir trygghet.....	48
5.1.4. Å kjenne pasientens situasjon gir trygghet i å komme nært til pasienten.....	51
5.2. Arbeidsforhold som påvirker trygghet.....	53
5.2.1. Rutiner og tid som rammer for trygghet.....	53
5.2.2. Bemanningssituasjon og ansvarsforhold – hvordan disse påvirker trygghet.....	56
5.2.3. Kollegastøtte gir trygghet.....	58
6. DRØFTING.....	59
6.1. Medisinkunnskaper, opplæring, rutiner og skjemaer som rammene for trygghet.....	59
6.2. Erfaring gjør kreftsykepleieren trygg i kliniske situasjoner og dette betrygger pasienten.....	63
6.3. Travelhet, en utfordring for å yte god omsorg.....	67
6.4. Klar ansvarsfordeling, tilstrekkelig bemanning og støtte fra kollegaer bidrar til trygghet.....	68
6.5. Kontrolltrygghet og relasjonstrygghet hos kreftsykepleiere i administrering av cytostatika intravenøst – en oppsummering.....	71
7. KONKLUSJON.....	76
LITTERATUR.....	78
Vedlegg 1: Infoskriv til deltakere.....	83
Vedlegg 2: Forespørsel til ledelsen ved aktuelle avdelinger.....	86
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	88
Vedlegg 4: Brev fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, NSD.....	89

FORORD

Stor takk til kreftsykepleiere jeg fikk intervju for deres bidrag til denne masteroppgaven.

Stor takk til mine veiledere: Monica Kvande som ga veiledning i startfasen og veiledet i sortering av datamaterialet og Johanne Alteren som overtok oppgaven og gjorde en stor innsats for at rapporten ble gjennomtenkt og strukturert.

Takk til medstudenter, lærere og forelesere for en innholdsrik og lærerik studietid. Takk til dere for all støtte underveis.

Jeg takker også min arbeidsgiver for tilrettelegging i form av studiepermisjon, og mine kollegaer på arbeidsplassen for interesse og oppmuntring til å gjøre denne oppgaven.

Tromsø 30.9.2016

Maria Leppänen

SAMMENDRAG

Mastergradsoppgaven har tema trygghet hos kreftsykepleiere i administrering av cytostatika intravenøst til voksne pasienter med kreftsykdom. Det er en empirisk undersøkelse blant kreftsykepleiere som jobber på en sengepost i et universitetssykehus og på en kreftpoliklinikk i et lokalsykehus der cellegift administreres. Datamaterialet består av kvalitative dybdeintervjuer av fem kreftsykepleiere med lang erfaring med å administrere cytostatika. Metodisk tilnærming er fortolkende fenomenologi, hermeneutikk. Målet er å oppdage og bringe fram den praktiske erfaringen og forståelsen som kreftsykepleiere har angående å være trygg i administrering av cytostatika. Trygghet defineres som kreftsykepleierens opplevelse av å være komfortabel, stressfri og bevisst på at sikkerheten er ivaretatt både hos pasienten og kreftsykepleieren når cytostatika administreres intravenøst. Teoretiske begrep som brukes i undersøkelsen er kontrolltrygghet og relasjonstrygghet.

Resultatene viser at en forutsetning for å være trygg i administrering av cytostatika intravenøst er å vite hva arbeidsoppgaven innebærer. Kunnskaper om cytostatika, opplæring til å utføre prosedyren og tid til å forberede seg til å administrere cellegift bidrar til at kreftsykepleiere opplever seg trygge i å utføre prosedyren. De må også ha beredskap til å reagere på allergiske reaksjoner på cellegift. Kreftsykepleiere gir uttrykk for at opplevelsen av å være trygg på utførelsen av ferdigheten blir sterkere med erfaring. Når kreftsykepleiere behersker de praktiske oppgavene relatert til prosedyren, har de kapasitet til å rette sin oppmerksomhet mot pasienten. De påpeker at pasientens opplevelse av å være trygg på kreftsykepleiere som gir dem behandling er viktig i pasientenes situasjon som kreftsyk. At kreftsykepleiere er trygge på sin jobb ved å gi cytostatika og oppmerksom på pasientens velvære er viktig for pasientene, kommer det fram i undersøkelsen. Travelhet og uklar ansvarsfordeling i forbindelse med administrering av cytostatika oppleves som en trussel for kreftsykepleieres trygghetsopplevelse og for sikkerheten rundt prosedyren. Kollegastøtte er en faktor som bidrar til trygghet hos kreftsykepleiere.

Det er kun en undersøkelse som er gjort tidligere i Norge som omhandler sykepleierens opplevd trygghet innen onkologisk sykepleie. Resultatene av denne undersøkelsen kan være overførbare i samme type settinger der cytostatika administreres. Forhåpentlig inspirerer resultatene til å forske på kreftsykepleieres og pasientenes opplevelse av trygghet i annen type settinger der cytostatika gis, og til å betrakte trygghetsopplevelsen i sykepleiepraksis generelt.

Nøkkelord: kreftsykepleier, pasient, trygghet, sikkerhet, cytostatika

ENGLISH SUMMARY

My theses for Master in Nursing Science is concerning confidence among cancer nurses who give intravenous chemotherapy to adult patients with cancer. The empiric data is based on five qualitative in-depth interviews of cancer nurses who work in a university hospital at a ward where chemotherapy is given and in a cancer clinic in a local hospital. The nurses interviewed have a long experience in giving chemotherapy.

The methodological approach in this study is interpreting phenomenology, hermeneutics. The aim is to reveal the practical experience and understanding cancer nurses have about being confident when giving intravenous chemotherapy. The confidence is defined as the experience of being comfortable, free for stress and sure of the safety among both nurses and patients when chemotherapy is given. The theoretical concepts used in this study are control confidence and relational confidence.

A prerequisite to feeling confident is to know what the procedure of administering of the medicine consists of. The cancer nurses feel comfortable when knowing what kind of medicine they are giving, having been trained in the procedure and having time to be prepared to giving the medicine. They also must have the possibility to give an immediate response if the patient gets an allergic reaction when getting chemotherapy. The cancer nurses are feeling more confident when getting more experience in giving chemotherapy. When having control of the practical tasks related to administering the medicine they have the capacity to give their attention to the patient. The cancer nurses emphasis that it is important for patients with cancer to see that the nurse is confident with her work and pays his or her attention to the patient.

Having too much to do or having no clear definition of the responsibilities inside the working team is a threat for the cancer nurses for feeling confident and safe when giving intravenous chemotherapy. Getting support from the colleagues is important for the cancer nurses for feeling confident.

There is only one study made in Norway concerning confidence among nurses working with cancer patients before. Results from this study can be used in same kind of settings where chemotherapy is given. Probably the results inspires to make studies of confidence among cancer nurses and cancer patients in other kinds of settings where chemotherapy is given. The

results may be a starting point to investigate the experience of confidence in nursing in general.

Key words: cancer nurse, patient, confidence, security, cytostatic

1. INNLEDNING

I min masteroppgave vil jeg belyse hvilke faktorer som har betydning for trygghetsopplevelsen hos kreftsykepleiere i administrering av cytostatika (cellegift) intravenøst til voksne pasienter med kreft.

Med trygghet mener jeg i denne studien kreftsykepleieres opplevelse av å være komfortabel og stressfri ved administrering av cytostatika og deres opplevelse av at sikkerheten er ivarettatt både hos pasienten og hos kreftsykepleieren når cytostatika administreres intravenøst (Haavardsholm og Nåden 2009). Teoretiske begrep som jeg anvender i studien er kontrolltrygghet og relasjonstrygghet (Segesten 1994:13-14). Med kontrolltrygghet mener jeg at kreftsykepleieren vet hva forventes av ham eller henne og vet at kan oppfylle disse forventningene. Kreftsykepleieren opplever at behersker sin jobb. Med relasjonstrygghet mener jeg kreftsykepleierens opplevelse av å få støtte fra kollegaer i form av hjelp i kliniske situasjoner. Relasjonstrygghet betyr at kollegaene vet hvordan utfordringer kreftsykepleieren har og gir sin støtte ut fra det.

Dette er en empirisk undersøkelse med kvalitative intervjuer av kreftsykepleiere som gir cytostatika til sine pasienter.

Konteksten er sengepost der pasienter gis cellegift intravenøst mot kreftsykdom og kreftpoliklinikk i et norsk sykehus.

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema er egen erfaring som sykepleier og kreftsykepleier. Jeg har arbeidet som ferdig utdannet kreftsykepleier siden desember 2011. Før fullført videreutdanning hadde jeg litt erfaring med administrering av intravenøse cellegift både fra opplæringsperiodene i henhold til videreutdanning og som ekstravakt ved avdelinger.

Da jeg begynte med å administrere cytostatika reflekterte jeg over hva som påvirket min opplevelse av å være trygg i å gi cellegift til pasientene. Også så jeg at pasientene ble påvirket av hvordan inntrykk jeg ga i forhold til å være trygg i mitt arbeid, ikke minst i forhold til utførelse av prosedyrene. Da jeg var uerfaren og ny kreftsykepleier og administrerte cellegift på egen hand etter opplæringsperioden, var handlaget mitt fortsatt klønede. Jeg så at pasientene kunne se nervøse ut da de oppdaget at jeg ikke behersker oppgaven like smidig som mine mer erfarne kollegaer. Ofte fortalte jeg til pasienten at jeg er ny og prøvde å

betrygge dem med å gi uttrykk for at jeg visste hva jeg gjorde selv om jeg kanskje kan oppleves som klønete. Jeg var klar over at min væremåte og mine holdninger til mine oppgaver kunne gjøre pasienten enten avslappet og trygg eller anspent.

En slik episode fra min egen praksis som en ny kreftsykepleier var med en pasient som fikk en cellegiftkur intravenøst. Han fikk infundert flere preparater samtidig via et sentralt venekateter med to lumen. Kuren han fikk var ny for meg. Pasienten hadde vært tilkoblet infusjonssett over et døgn, og jeg måtte koble ham fra disse. Å koble infusjonssettene fra pasienten gikk bra. Da jeg koblet ham fra infusjonssettene var det klart for meg hvordan tilkoblingen var, og jeg var sikker på at jeg kommer til å kunne tilkoble nye sett riktig. Likevel, da jeg begynte med å koble til de nye infusjonssettene, brukte jeg lang tid på å tenke over hvilke preparater jeg skal koble til hvilke av det sentralvenøse kateterets lumen. Pasienten begynte å bli irritert og nervøs, og han ønsket at jeg rådfører meg med en erfaren kreftsykepleier som hadde tidligere tatt vare på ham. Jeg ringte på og spurte etter denne kollega. Idet kollega kom inn, sa pasienten at det er så godt å bli tatt vare på sykepleiere som kan jobben sin, men at det finnes også sånne sykepleiere som har ingenting hos ham å gjøre. Jeg fortalte dette på rapporten til neste vakt, med tanke på at sykepleiere med erfaring om pasientens behandling skulle ha ansvaret for pasienten i fortsettelsen. Jeg tenkte at pasienten trenger å få oppleve trygghet på oss sykepleiere videre under sitt opphold i avdelingen. Ved senere anledning ba jeg pasienten om lov til å snakke med ham, og ba om unnskyld for at jeg var så klønete da hadde med ham å gjøre. Pasienten fortalte da at han ble irritert, fordi han hadde opplevd under sitt opphold i avdelingen at mange sykepleiere som hadde hatt med ham å gjøre var usikre og ikke kunne de tekniske oppgavene som inngår i administrering av hans cytostatikakur. Pasienten sa at det var veldig flott at jeg snakket om episoden med ham. Denne episoden har jeg tatt videre med meg i min praksis som lærdom av hva sykepleierens kunnskaper betyr for pasienten.

Jeg kan ikke huske nøyaktig når jeg følte meg trygg i administrering av cytostatika, men en indikator for oppnådd trygghet var at jeg la merke til at jeg ikke lenger bekymret meg for å gjøre pasientene usikre.

Det finnes forskning på opplevelser av sykepleie blant pasienter som har kreftsykdom. Resultatene av denne forskningen viser at sykepleiere som har gode praktiske fagkunnskaper, som for eksempel at de kan bruke medisinsk-tekniske utstyr og svare på pasientenes spørsmål, bidrar til at pasientene med kreft føler seg godt ivaretatt. (Halldórsdóttir og Hamrin 1997,

Kvåle og Bondevik 2010) Dette gjør pasientene trygge. Segesten (1994:16) bruker begrepet «stole på andre-trygghet» om pasientenes opplevelse av trygghet i møte med sykepleiere.

Å være trygg på jobben er et tema jeg har tenkt mye på. Min erfaring er at trygghet hos sykepleieren påvirker pasients opplevelse av behandlingen de får. For meg er det hensiktsmessig å gjøre en undersøkelse med tema trygghet i forbindelse med cytostatika-administrering. Det er en prosedyre som inneholder elementer som kan gjøre både sykepleieren og pasienten utrygg: Cytostatika er medisiner med lav terapeutisk indeks, og feil ved administrering kan skade pasienten permanent (Sheridan-Leos 2007). Under administrering kan pasienten få anafylaktisk sjokk eller allergiske reaksjoner, som kreftsykepleieren fort må respondere på (Kolstad et al. 2009:250-258). Å bli eksponert for cytostatika kan være helseskadelig for kreftsykepleieren.

Det er blitt gjennomført prosjekter som har som hensikt å øke sykepleieres ferdigheter og kunnskaper i administrering av cytostatika for å bedre pasientsikkerheten (Sheridan-Leos 2007; 2014). Det er kartlagt hvordan sikkerhetstiltak blir fulgt opp av sykepleiere som administrerer cytostatika (Polovich et al. 2011, Boiano et al. 2016). Derimot er det lite forskning på kreftsykepleieres og sykepleieres opplevelser i forbindelse med administrering av cytostatika.

Det finnes tidligere forskning på sykepleieres erfaringer med administrering av cytostatika, der også opplevelse av å være trygg eller utrygg kommer fram. Disse forskningsprosjektene har ikke hatt trygghet som hovedtema. (Verity et al. 2008, Gibson et al. 2013) Det er gjennomført forholdsvis lite forskning på opplevelse av trygghet hos onkologiske sykepleiere og jeg vil bidra til å utfylle bildet på det.

Lovverket stiller krav til sykepleieutøvelse. Sykepleie skal utføres forsvarlig og man skal være kvalifisert til å utføre sykepleieoppgavene man påtar seg. I Helsepersonellovens kapittel 2 angående krav til helsepersonells yrkesutøvelse, i 4§ står det:

”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”.

I Rundskriv fra Helsedirektoratet - IS-2012-8, utdypes dette:

”Med kvalifikasjoner siktes til både formelle og reelle kvalifikasjoner, dvs. helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. Fag- og yrkesorganisasjoners normer og

yrkesetiske regler vil også være veiledende for hvilke forventninger man kan ha til kvalifikasjoner hos de respektive helsepersonellgrupper.”

Yrkesetiske normer som nevnes i Helsedirektoratets rundskriv, er Norsk Sykepleieforbundets yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Disse forplikter sykepleiere blant annet til å ivareta en helhetlig omsorg for pasienten (punkt 1.1.) og til å ivareta pasientens sikkerhet ved bruk av teknologi (punkt 1.6.). Sykepleieren skal ha ansvar for at praksisen han eller hun utfører er faglig, juridisk og etisk forsvarlig (punkt 3.1.). Det forutsettes at sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidsstedet (punkt 5.2.).

Den her undersøkelsen er mitt bidrag til en god og trygg praksis angående administrering av cytostatika. At en sykepleier er trygg skaper en sikker fagutøvelse for pasientene og for dem selv.

1.2. Formålet med studien

Formålet med denne studie er å utforske hvilke forhold og rammevilkår kreftsykepleiere gjennom eget arbeid har erfart har bidratt til å gjøre dem trygg i arbeidet med å gi cytostatika til pasienter med kreftsykdom. Jeg betrakter kreftsykepleieres trykghetsopplevelse i lys av teoretiske begrepene kontrolltrykghet og relasjonstrykghet. Begrepet sikkerhet har også en betydning i denne konteksten.

Å ha fokus på trykghet er vesentlig under administrering av cytostatika. Å utføre arbeidet med en risiko for å påføre en skade på pasienten eller på seg selv, kan gjøre sykepleieren engstelig og redd. Samtidig er det viktig for pasientenes del at sykepleieren framstår som trygg. Derfor er det viktig å få fram hvilke forhold gjør sykepleieren trygg i sitt arbeid. Det er viktig at de som velger å jobbe med kreftomsorg føler seg trygge i yrket sitt og får gjøre en faglig forsvarlig jobb for sine pasienter.

Resultatene fra min undersøkelse kan ha betydning for fagutvikling innen onkologisk sykepleie. Avdekker resultatene faktorer i kreftsykepleieres arbeid som gjør dem utrygge i å gi cytostatika til pasienter med kreft, foreslås endring i disse forhold. Hvis kreftsykepleiere som blir intervjuet, belyser hvilke faktorer som bidrar til at de føler seg trygge i å utføre denne oppgaven, er det noe som kan ha overføringsverdi til andre arbeidssteder med tilsvarende utfordringer. Faktorer jeg sikter til kan ha med opplæring eller andre praksiser og rutiner i arbeidshverdagen å gjøre.

1.3. Problemstilling

Problemstilling i undersøkelsen er:

Trygghet hos kreftsykepleiere i administrering av cytostatika intravenøst til voksne pasienter med kreftsykdom. Hvilke erfaringer har kreftsykepleiere fra sengepost og kreftpoliklinikk ved et sykehus.

1.4. Oppgavens oppbygging:

Etter dette innledningskapittelet fortsetter oppgaven med kapittel 2, som handler om administrering av cytostatika, som er en kontekstuell ramme i denne undersøkelsen.

I kapittel 3 gjøres rede for tidligere forskning angående sykepleieres opplevelser av administrering av cytostatika. Det presenteres et forskningsprosjekt angående begrepet trygghet og en modell om trygghetsbegrepet basert på dette prosjekt. I tillegg presenteres en forskningsrapport der denne modellen om trygghet ble brukt i forhold til onkologisk sykepleie. Det betraktes også hvordan utvikling av trygghet hos en sykepleier kan forstås ut fra teorier om sykepleierens utvikling.

Kapittel 4 er metodekapittel. Der begrunnes bruk av valgt metode og utvalget for samling av empirisk datamateriale, videre presenteres analysen av data og det gjøres rede for hvordan forskningsetikk er ivaretatt i undersøkelsen.

I kapittel 5 presenteres funn fra intervjuene.

I kapittel 6 drøftes funnene opp mot tidligere forskning og teorier om trygghet.

Kapittel 7 er konklusjon for oppgaven.

2. EN TRYGG ADMINISTRERING AV CYTOSTATIKA

Konteksten er i min undersøkelse er administrering av cytostatika intravenøst i norsk sykehus enten på sengepost eller på kreftpoliklinikk. I dette kapittelet gjøres rede for hva cytostatika er og hvorfor det regnes som farlig kjemikalie som en sykepleier kan være redd for å administrere hvis prosedyrene ikke er godt forberedt og/eller gjennomført. De praktiske rammene rundt administrering av cytostatika beskrives og rammene i mitt prosjekt belyses. Regelverket angående håndtering av cytostatika presenteres og hvilke ferdigheter videreutdanning i kreftsykepleie skal gi i forhold til å administrere cytostatika gjennomgås.

2.1. Cytostatika som behandling

Cytostatika gis blant andre til pasienter med forskjellige kreftsykdommer.

Kreft er en gruppe sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling av unormale celler som har evne til å invadere vev og organer omkring og evne til å gi dattersvulster andre steder i kroppen (metastasere). Ondartede (maligne) svulster vil fortsette å vokse, og kan etter hvert gjøre alvorlig skade på nærliggende vev og organer. (Kreftregisteret)

Ca 30 400 nordmenn fikk kreft år 2013. Over 232 000 mennesker hadde eller hadde hatt kreft ved utgangen av 2013. (Kreftregisteret) De vanligste måter å behandle kreftsykdom er kirurgisk fjerning av tumor, strålebehandling og cytostatika (cellegift). Disse behandlingsformene brukes enten alene eller i forskjellige kombinasjoner.

Cytostatika kan gis både for å gjøre pasienten kreftfri (med kurativt siktemål) eller for å lindre pasientens symptomer og plager som kreftsykdommen medfører og forlenge livet, selv om kreft er uhelbredelig (palliativt siktemål). Denne undersøkelsen handler om kreftsykepleieres erfaringer med å gi cellegift uansett siktemål med behandlingen.

Cellegift administreres til pasienter med kreftsykdom for å destruere kreftsvulster og hemme vekst av nye kreftceller. Cellegift virker direkte eller indirekte på DNA i kreftcellene eller på celledelingsprosessen. (Christoffersen et al 2009: 25-26)

Det finnes mange forskjellige type cytostatika med forskjellige virkning på kreftcellen. For å gi mest mulig effektiv behandling mot kreftsykdommen gis pasienten ofte kombinasjonsbehandling med flere forskjellige cellegift inkludert i en cellegiftkur. (Christoffersen et al. 2009: 31-37)

Cellegift doseres individuelt ut fra pasientens høyde, vekt, nyrefunksjon og eventuelle andre parametere som har betydning for hvor stor dose pasienten tåler (Sheridan-Leos 2007).

Cellegift kan tilberedes av kreftsykepleiere fra tørrstoff til en infusjonsløsning etter en ordinasjon fra legen. Resepten kan også sendes til apoteket der medikamentet blir blandet av apotekpersonell og sendes til den avdelingen eller poliklinikken der cytostatika administreres.

Cytostatika kan administreres peroralt, intratekalt og intravenøst. Denne undersøkelsen handler kun om intravenøs administrering av cytostatika enten via en perifer eller en sentral vene. Intravenøs cytostatika kan administreres enten uten eller via en infusjonspumpe der infusjonshastigheten stilles inn.

Ved administrering av cytostatika må sykepleieren være veldig observant og følge sikkerhetstiltakene for å unngå feil. Feil i administrering av cytostatika kan skade pasienten permanent i og med at disse medisiner har lavere terapeutisk indeks, det vil si små margin mellom terapeutisk og toksisk dose. Cellegiftene kan gi nyresvikt, hjertesvikt eller lungesvikt hvis pasienten får altfor store doser. (Sheridan-Leos 2007) Noen cytostatika kan gi akutte allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Allergiske reaksjoner eller anafylaksi forekommer også ved bruk av monoklonale antistoffer som ikke er cellegift med virkning på arvestoffet. De påvirker kroppens immunforsvar og aktiverer prosesser mot kreftcellene i kroppen. Monoklonale antistoffer kan gis som antitumormedisin som monoterapi eller i kombinasjonsbehandling med cytostatika. (Kolstad et al. 2009:250-258) Sheridan-Leos (2007) konstaterer at kompliserte administrasjonsprotokoller utgjør større risiko for å gjøre feil i hvert skritt av administrering av cytostatika intravenøst.

Fordi cytostatika er meget potente legemidler, følges eventuelle bivirkninger nøye under og etter selve intravenøse administrering. For å kvalitetssikre trygg administrering av cytostatika er det laget arbeidsbeskrivelser på hver avdeling på det sykehuset denne undersøkelsen er gjort. Kreftpoliklinikken på et lokalsykehus bruker de arbeidsbeskrivelsene som er laget i universitetssykehuset som sender en ferdig utredet pasient til behandling dit.

Arbeidsbeskrivelsene som brukes ved administrering av cytostatika i helseforetaket der undersøkelsen ble utført, er kurbeskrivelse og infusjonsskjema. Kurbeskrivelse innebærer indikasjoner for cellegiftkuren, dosen, konsentrasjon av legemiddelet i infusjonsposen, infusjonstid og kurintervall. Videre inneholder kurskjema premedisinering, observasjoner og blodprøver tilknyttet kuren og redegjøring for bivirkningene. Infusjonsskjema er et arbeidsredskap for kreftsykepleiere for å kvalitetssikre administrering av cytostatika. Der

noterer kreftsykepleieren ned hvilken tidspunkt premedikasjon og cellegift blir administrert. Hvis det er tilknyttet målinger, blodprøver eller sidehydrering i kuren, noteres tidspunkt for utførelsen på infusjonsskjema.

Den eneste overordnet nasjonal veiledning angående administrering av cellegift for å kvalitetssikre en trygg fagutøvelse finnes i Cytostatikahandboken:

1. *Pasienten, eventuelt pårørende bør få informasjon om cytostatikakuren han/hun skal få, og prosedyren for gjennomføring av denne.*
2. *Kontroller at pasienten har fått forordnet premedikasjon eller prehydrering hvis dette er aktuelt.*
3. *Før cytostatikakuren gis, kontroller at alle blodprøver eller andre undersøkelser er utført hvis dette er aktuelt.*
4. *Bruk hansker.*
5. *Kontroller tilberedningen: Pasientens navn, legemiddelnavn, dose, oppløsningsmiddel, administrasjonsmåte og holdbarhet.*
6. *Kur kan gis i perifer venekanyle eller i sentralvenøst kateter.*
7. *Sjekk venekanylens plassering ved infusjon av natriumklorid 9 mg/ml og/eller glukose 50 mg/ml. Det er en fordel å bruke y-sett eller flergrenet sett hvor en av grenene er koblet til en minibag med infusjonsvæske uten tilsetninger. Denne brukes til skylling før, mellom og etter kur. Flergrenet sett anbefales for å hindre søl ved skifte av pose.*
8. *Påse at cytostatikum og infusjonsvæske/skyllevæske kan blandes. Skyll med 20-30 ml infusjonsvæske uten tilsetninger mellom hvert cytostatikum hvis legemidlene ikke er blandbare.*
9. *Infusjonspumpene brukes der det er viktig at kuren gis over en definert tidsperiode. Ved bruk av pumpe til administrasjon av vevstoksiske stoffer skal kun sentralvenøs kateter brukes.*
10. *Cytostatikakur gis, og pasienten observeres i forbindelse med igangsetting. Hvis flere stoffer skal gis, påse rett rekkefølge slik det er ordinert.*
11. *Hvis fare for allergisk reaksjon eller ved sterkt vevsirriterende stoffer, bør pasienten observeres over lengre tid, eventuelt til hele kuren er gitt. Se også etter rødme og hevelse på innstikksstedet.*
12. *Se til pasienten jevnlig under hele infusjonen. Be pasienten om å si fra umiddelbart hvis han/hun får smerter eller annen ubehag.*
13. *Etter avsluttet kur, kastes infusjonsemballasjen, infusjonssett, eventuelt sprøyte og alt annet som har vært i kontakt med cytostatika (for eksempel hansker) i risikoavfallsbeholder.*
14. *Påse at pasienten får postmedikasjon eller posthydrering hvis det er ordinert.” (Bruun et al. 2009:468-469)*

Cellegift virker også på normale celler. Mennesker som håndterer cytostatika over tid uten å beskytte seg, er utsatt for cellegiftens mutasjonsframkallende eller kreftfremkallende virkning eller for skadelig virkning på fosteret. Gravide skal ikke jobbe med cytostatika. (Bruun et al. 2009:471)

Cytostatika regnes som farlig kjemikalia. I Norge er håndtering av cytostatika regulert av forskrift «Vern mot eksponering for kjemikalier på arbeidsplassen (Kjemikalieforskriften)». Forskriften stiller krav på blant annet opplæring (§ 9), rom der cytostatika håndteres (§24), bruk av personlige verneutstyr (§25) og avfallshåndtering (§26). Håndtering av cytostatika omhandler ikke bare administrering av medikamentet, men også tilberedning av cytostatika eller håndtering av cytostatikaavfall (Bruun et al. 2009:464). I denne oppgaven betrakter jeg kun administrering av cytostatika, utført av en kreftsykepleier.

Opplæring til de som skal administrere cytostatika er lovpålagt. Cytostatikahandboken supplerer Kjemikalieforskriftets § 9 bestemmelser:

«Opplæringen bør inkludere kunnskap om de enkelte stoffene, rutiner for å forhindre eksponering, vask/vedlikehold av rom og utstyr og hvordan man håndterer søl. Opplæringen bør også bestå i en praktisk del som omhandler rutiner for utblanding, administrering og avfallshåndtering». (Bruun et al. 2009:465-466)

Cytostatikakurer administreres på regionale og på lokalsykehus på sengepost og på poliklinikker. Cytostatika administreres også på helsesentre eller på sykestuer. Ofte startes behandling i spesialavdeling med dosebestemmelse og planlegging av behandlingsforløp. Hvis kuren er gjennomførbar på lokalsykehus eller på en mindre enhet nærmere til pasientens bosted, fortsettes administrering av cytostatika der i samarbeid med spesialavdelingen. (Dahl et. al 2009: 41)

Kurens gjennomførbarhet er avhengig av personalet som har kompetanse til å administrere cytostatika (se kapittel 2.1.) og hvordan kurregime ellers er: om det gis en enkel kur som monoterapi eller med noen få forskjellige cellegift med kort infusjonstid, eller om det er en mer komplisert kur som går over flere døgn med eventuelt sidehydrering. I ”kompliserte” kurer er det ofte tilknyttet forskjellige målinger, observasjoner og prøver av pasienten flere ganger i døgnet, samt hyppig administrering av medisiner som forebygger eller lindrer bivirkninger fra cellegift pasienten får. Kurene med døgnkontinuerlig administrering og kontrolltiltak gis på sengepostene ved sykehus.

Konteksten i denne undersøkelsen er sengepost på et universitetssykehus eller en kreftpoliklinikk på et lokalsykehus. Blant kreftsykepleiere som deltok i undersøkelsen tilbereder noen cytostatika selv, noen får den ferdig blandet fra apoteket. Blander kreftsykepleiere cytostatika selv, er de ansvarlig for å regne ut og kontrollere mengden av

cellegift som de blander i natriumklorid- eller glukosevæske. De er også ansvarlig for at det er riktig legemiddel de blander i tilsetningsvæsken. Kreftsykepleiere som tilbereder cytostatika selv er mer eksponert på cellegiftens virkninger og bivirkninger enn de som får cellegift som en ferdig blanding fra apoteket, fordi de er i kontakt med ufortynnet cellegift. De er påkrevd å bruke verneutstyr ved utføring av denne prosedyren (Bruun et al. 2009: 466-468).

En kontekstuell faktor i dette prosjektet er at det utføres en sykepleieprosedyre til pasienter med en kreftsykdom. Kreftsykepleierens opplevelse av trygghet i forhold til prosedyren betraktes i en setting der deres pasienter har en kreftsykdom. Farlighet eller risiko som kan medføre utrygghet er tilknyttet medikamentet. Pasienter som får cytostatikabehandling mot kreft kan ha visse type fellestrekk hvilket forventes at kreftsykepleieren tar hensyn til når gir cellegift til disse pasienter.

De fleste kreftsykdommene er potensielt livstruende. Pasienter med kreft forteller at kreft medfører dem lidelser på den psykiske og sosiale plan. Å være kreftsyk kan være tilknyttet opplevelse av usikkerhet, sårbarhet, isolasjon, ubehag og endringer i målene i livet. (Halldórsdóttir og Hamrin1996) For disse pasienter er sykepleierens imøtekommende oppførsel, omsorgsfulle holdninger og praktiske kunnskaper av betydning for at deres angst og ubehag kunne vike for en opplevelse av trygghet på behandleren (Halldórsdóttir og Hamrin1997).

2.2. Kunnskaper og ferdigheter i å gi cellegift

Det er sykepleiere som administrerer cytostatika i praksis (Verity et al. 2008). Disse er fortrinnsvis sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie (kreftsykepleier), men også sykepleiere med tilegnet opplæring kan delta i administrering av cytostatika.

Videreutdanning skal gi både formelle og reelle ferdigheter i å utføre kreftsykepleie og deriblant også å administrere cytostatika.

Rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie, fastsatt 1.10.2005 av Utdannings- og Forskningsdepartementet regulerer videreutdanning av kreftsykepleiere i Norge. Høgskoler som utdanner kreftsykepleiere bestemmer overfor opptakskrav, omfang og organisering av studiet som er på 60 studiepoeng. Studiet skal deles i tre hovedemner som er Kreftsykepleiens fundament, Sykepleie og medisinsk behandling av pasienter med kreft og Kreftsykepleie i samfunnsperspektiv. (Rammeplan s. 4, 8)

Rammeplan for videreutdanning av kreftsykepleiere (s.9-10) forutsetter at

” Studenten skal tilegne seg kunnskaper om aktuelle behandlingsformer ved kreft og lindring av symptomer. Hovedemnet omfatter også problemer som er relatert til behandlingsformer og sykdomsutvikling. (...) Studenten skal tilegne seg innsikt i hvordan pasienter som har kreft, opplever å få en kreftdiagnose, og hvilken innvirkning sykdommen har på pasientens livssituasjon. Slik innsikt omfatter kunnskaper og ferdigheter i å møte pasientens behov for psykososial støtte og omsorg i alle stadier av sykdommen, også når sykdommen fører til død. Sentralt står medisinske kunnskaper om kreftsykdommer og aktuelle behandlingsformer (som å gi cellegift, ML). Slike kunnskaper skal integreres og anvendes i kreftsykepleie. Studenten skal lære å ta medansvar for informasjon så vel som for gjennomføring og oppfølging av igangsatt behandling (for eksempel kjemoterapi, ML). Hovedemnet omfatter forebygging av behandlingsrelaterte bivirkninger. Studenten skal lære å vurdere ulike tiltak i forhold til eventuelle problemer som følge av sykdomsutvikling og/eller behandling.”

Ut fra regelverket forutsettes at kreftsykepleiere har kunnskaper om medisinsk behandling mot kreft som cytostatika, og gjennomføring av cytostatikabehandling – både administrering av cytostatika og oppfølging av pasienten. Det forutsettes at kreftsykepleieren har en helhetlig forståelse overfor pasientens livssituasjon som kreftsyk. Det forutsettes at kreftsykepleieren er trygg i å gjennomføre behandling, som å gi cytostatika til pasientene, og trygg i å gi støtte til pasientene som er under cytostatikabehandling.

I alle land finnes det ikke formell kreftsykepleierutdanning eller regelverk som tilsier hvilke krav skal stilles til tilleggsutdanning i onkologisk sykepleie. Slik er det for eksempel i Storbritannia. (Gibson et al. 2013) Det kommer fram i undersøkelsene, at sykepleiere som jobber med kreftpasienter og som ikke har fått tilleggsutdanning har mer negative holdninger enn de med tilleggsutdanning. Holdningene angående cytostatika ble kartlagt med påstander som sykepleieren skulle være enig eller uenig i, som: ”Jeg får skyldfølelse av å gi cellegift til pasienter” eller ”det er lett for meg å informere pasienter om behandling men vanskelig å gi dem emosjonell støtte.” (Gibson et al. 2013) Kunnskaper tilknyttet administrering av cytostatika som medikamentenes virkning og bivirkninger, administrering, håndtering av uheldige situasjoner og pasientinformasjon var bedre hos sykepleiere som hadde fått tilleggsutdanning med disse temaer (Gibson et al. 2013). Tilleggsutdanning bidrar til økt kompetanse i å administrere cellegift.

Det kom fram i undersøkelsen av Stenginga et al. (2005) at sykepleiere som hadde gått et kurs med tema i pasientenes psykososiale behov var i større grad enig etter enn før kurset i slike påstander som at det er viktig i sykepleiepraksis ”å lytte til pasientenes bekymringer” og ”å

hjelpe familiemedlemmer til å akseptere at deres pårørende har fått kreftdiagnose”. Disse sykepleiere gikk gjennom et kurs innen onkologi med undervisning om kreftsykdommer, cytostatika og pasientenes psykososiale behov. Det rapporteres at det er viktig at sykepleiere som jobber med pasienter med kreft får tilleggsundervisning om de temaene som vedrører deres arbeid. Dette begrunnes med ønske om å sikre kvalitet og sikkerhet i medikamentell kreftbehandling og bedret sykepleieutøvelse for pasienter med kreft. (Gibson et al. 2013, Steginga et al.2005)

3. TRYGGHET I ADMINISTRERING AV CYTOSTATIKA: ET TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapitlet presenteres relevant forskning som er gjort angående sykepleieres erfaringer med å gi cytostatika til pasienter med kreft. I presentasjonen legges vekt på hva disse undersøkelsene sier om trygghet hos sykepleiere i denne konteksten. Forskningsresultater vedrørende kreftpasientenes opplevelser av trygghet i møte med sykepleiere trekkes frem. Pasientopplevelser er med i gjennomgangen av forskning fordi jeg har en forforståelse for at trygghet hos en sykepleier har virkning på opplevd trygghet hos pasienten.

Sykepleieteorier handler først og fremst ikke om hvordan en sykepleier blir trygg i å gjøre sykepleieprosedyrer. Ut fra teorien som er presentert i artikkelen til Dreyfys og Dreyfys (2009) kan man likevel skape et bilde av hvordan funksjoner en sykepleier blir trygg på å påta seg med erfaring. I dette kapitlet gjennomgås utvikling av sykepleieferdigheter med fokus på hvordan en sykepleier utvikler trygghet i sitt arbeid. Dette belyses med eksempler fra praksis angående administrering av cytostatika. Det presenteres også Bjørks (1999) teori om hvilke ferdigheter en praktisk sykepleieutøvelse består av. Administrering av cytostatika inneholder praktiske tiltak og det tar tid før en sykepleier oppnår god flyt i sine handlinger. Hvordan praktiske pasientrettede handlinger utføres forteller om sykepleierens kunnskapsnivå og har virkning på pasientens opplevelse av trygghet eller utrygghet. Deretter betraktes begrepet trygghet som et fenomen som enten lar eller ikke lar seg å bli definert. Definisjoner finnes i en modell om trygghet av Segesten (1994), hvilket presenteres. Segestens begrep kontrolltrygghet og relasjonstrygghet er brukt i en undersøkelse om onkologiske sykepleieres oppfatning av trygghet og resultatene av denne undersøkelsen behandles i slutten av kapitlet.

3.1. Trygghet: sykepleieres og pasientenes erfaringer

Jeg presenterer under de mest relevante undersøkelsene som omhandler kreftsykepleieres og sykepleieres opplevelser av å administrere cytostatika. De er undersøkelsene av Verity et al. (2008) og Gibson et al. (2013). Disse undersøkelser hadde ikke sykepleierens opplevelse av trygghet som problemstilling, men deres svar gir et innblikk på hvilke faktorer bidro til utvikling av trygghet.

Verity et al. (2008) har gjort en survey-undersøkelse blant 244 sykepleiere i London om deres erfaringer med og holdninger til å gi cellegift til pasienter med kreft. Disse sykepleiere ble også spurt hvilken undervisning eller opplæring de hadde fått i å administrere cytostatika. Det kommer fram i undersøkelsen, at de fleste sykepleiere hadde vært nervøse, redde og engstelige da de startet med å gi cellegift til pasientene. De har vært redd for at det skal skje ekstravasasjon eller utslipp av cellegift eller at pasienten får akutte bivirkninger under administrering. Med erfaring har sykepleiere blitt tryggere i arbeidet. Med erfaring med å administrere cytostatika økte sykepleieres kunnskaper angående cytostatikabehandling. Deres tillit til egne ferdigheter i å gi cytostatika ble mer positive. Deres holdninger ble undersøkt ved å be dem om å svare om de er enig eller uenig i slike påstander angående cellegift som: ”når jeg blir konfrontert med cytostatikas bivirkninger er jeg trygg på min kompetanse”, ”jeg føler ubehag når jeg ser at pasientene blir affisert av cellegift jeg har gitt dem” og ”kjemoterapi gjør mer skade enn godt”. De sykepleiere som hadde mer erfaring med cytostatika, kunne være enig i en slik påstand som ”jeg føler alltid at jeg har støttet pasientene under deres kjemoterapibehandling”. De sykepleiere som hadde mindre erfaring med kjemoterapi, var mer bekymret overfor å kunne gi emosjonell støtte til sine pasienter. Her handler trygghet om å være komfortabel med oppgaven å gi høytoksiske medikament til pasientene.

Sykepleiere opplevde tidsrelaterte spørsmål som en stor utfordring i deres arbeid med cytostatika. De opplevde det ugunstig å gi cellegift på natt eller på andre tidspunkt når det var travelt i avdelingen eller få sykepleiere på jobb. Mange respondenter var bekymret overfor at andre kollegaer på vakt manglet på opplæring og kunnskaper til å gi cellegift. Til økt trygghet bidro støtte fra kollegaer med erfaring med cytostatikabehandling. (Verity et al. 2008)

27% av sykepleiere som deltok i studien til Verity et al. (2008) hadde fått noe undervisning om kjemoterapi i sin grunnutdanning. De fleste sykepleiere hadde gjennomført et kurs på over 10 timer om å gi cytostatika etter endt grunnutdanning. Noen fikk opplæring på arbeidsplassen da de begynte å administrere cytostatika. Forskere etterlyser tiltak som kan bidra til at sykepleiere blir bedre forberedt til å administrere cytostatika helt fra starten av. Deltakere i deres undersøkelse ble tryggere i å administrere cellegift når de lærte om cellegift i sin praksis.

Gibson et al. (2013) gjorde en undersøkelse i Storbritannia blant sykepleiere som gir cytostatika til barn. Resultatene av denne undersøkelse var meget lik Verity et al. (2008) sine

resultater. Også sykepleiere som deltok i undersøkelsen av Gibson et al. (2013) fortalte at de gjennom erfaring hadde blitt tryggere i å gi cytostatika til sine pasienter, som i dette tilfelle var barn. De mer erfarne var mindre bekymret overfor sine kunnskaper eller sikkerhet rundt administrering av cytostatika, eller hvordan familier kan støttes, enn sykepleiere med mindre erfaring. Med erfaring endret sykepleieres bekymringer fra administreringsprosedyren til for eksempel behandlingens virkning på barnet. I denne undersøkelsen kom det fram at sykepleiere følte seg ikke komfortable med å gi cytostatika til barn som var i dårlig form og som skulle bli verre etter kuren de skal gi. Kunnskaper som erverves med erfaring gjør sykepleieren trygg i å gi cellegift.

Også i denne undersøkelsen (Gibson et al. 2013) fortalte sykepleiere at de følte seg utrygg hvis de måtte gi cytostatika når det ikke var andre sykepleiere på vakt med opplæring i å gi cytostatika. Da følte de at de ikke hadde den støtten de hadde hatt behov for. Travelhet og avbrytelser i arbeidet ble nevnt som forhold som kunne øke risiko for å gjøre feil ved administrering av cytostatika. I en annen forskningsrapport ble arbeidspress og altfor lite med personell på jobb nevnt som de viktigste årsakene til feil med cytostatika-medisinerer (Ulas et al. 2015).

Resultatene fra undersøkelsene av både Verity et al. (2008), Gibson et al. (2013) og Ulas et al. (2015) tilsier at travelhet rundt administrering av cytostatika utgjør en sikkerhetsrisiko for pasientene fordi i travle perioder øker sannsynligheten for at sykepleiere gjør feil i administrering. Frykt for at feil kan skje kan skape utrygghet når arbeidsbelastning er stor i forhold til tids- eller personalressurser.

Bruk av verneutstyr som sikkerhetstiltak kom fram i undersøkelsen av Gibson et al. (2013). I noen tilfeller hadde sykepleiere opplevd at de var ikke tilstrekkelig beskyttet mot cytostatikasøl ved håndtering av medikamentet. Administrering av cytostatika i lokaler utenfor sengepost eller poliklinikk der cytostatika til vanlig ble gitt, opplevde noen sykepleiere som utrygt blant annet på grunn av manglende rutiner for trygg håndtering av cytostatika og cytostatikaavfall.

Det er gjort undersøkelser av onkologiske pasientenes erfaringer om sykepleie de har mottatt. Selv om disse undersøkelser ikke har pasientens trygghetsopplevelse som tema, tyder resultatene på at sykepleiere med gode praktiske ferdigheter oppleves av pasientene som trygge.

Halldórsdóttir og Hamrin (1997) intervjuet ni pasienter som hadde hatt forskjellige type kreftsykdom og hadde hatt med sykepleiere å gjøre i forbindelse med behandlingen. Deres undersøkelse gikk ut på hva pasientene opplevde som god omsorg og som manglende omsorg. Disse pasientene understreker at sykepleierens kompetanse er et viktig element i omsorgen. Omsorgsfulle sykepleiere vet hva de skal gjøre og har kunnskaper i å gjøre det. De kan bruke teknisk utstyr. De kan svare på pasientenes spørsmål og informere dem, og kan ta riktige avgjørelser i pleie- og behandlingssituasjoner.

Kvåles og Bondeviks (2010) undersøkelse blant 20 onkologiske pasienter av betydning av sykepleieres kunnskaper i kreftomsorg viser at pasientene setter pris på sykepleiere som kunne kombinere kliniske kunnskaper og biologiske kunnskaper med menneskevennlige holdninger. I tillegg lindrer sykepleiere pasientens kroppslige og eksistensielle lidelse og får dem til å føle seg trygge.

At sykepleiere er trygge, det vil si har kunnskaper, kompetanse og ferdigheter i å gi behandling til pasienter med kreft og møte dem i deres situasjon, bidrar til at pasientene blir trygge på behandlingen de mottar.

3.2. Trygghet som opplevelse og trygghet som sikkerhet

Det finnes forholdsvis lite tekster om trygghet innen sykepleiefag. I Norge har Thorsen (1997) skrevet mest om trygghet. Han betrakter trygghet som pasientens opplevelse eller erfaring, eller som menneskelig erfaring generelt. Thorsen nærmer trygghet filosofisk. Han skildrer trygghet i sine tekster fra mange sider: hva alt trygghet kan bety for mennesker, og hvordan det oppfattes i forskjellige sammenhenger. Samtidig ønsker han ikke å definere begrepet uttømmende. Slår man fast trygghetens innhold med definisjoner, blir forståelsen av trygghet amputert og stoppet. Hva trygghet betyr for et menneske, varierer fra individ til individ og fra situasjon til situasjon. Noe som er trygt i et øyeblikk, kan være truende ved neste øyeblikket for det samme mennesket. (Thorsen 1997:72-74)

”Trygheden er flygtig, snart er den der, snart er den der ikke. Trygheden flakker som nordlyset. Det, der er trygt i én situation, behøver ikke at være i den næste. For så siden hen at blive oplevet som trygt alligevel.” (Thorsen 1997:74)

Segesten (1994) fra Sverige ønsket for sin del å få klarhet i hva trygghet er, og hun ville få fram definisjoner på trygghet. Trygghet er nemlig et mye brukt ord, også innen helsevesenet, og oppfattes som virkningsfullt fenomen, samtidig som den ikke er konkret eller handfast.

”Et fenomen som trygghet tilsvarer ikke en hendelse eller gjerning, men vår oppfatning av forløp på hendelsene eller gjerningene. Trygghet er individets bevissthet og sikkerhet på en viss tingenes tilstand.” (Segesten 1994:3)

For å presisere innholdet på begrepet gransket Segesten hvordan begrepet trygghet brukes i litteratur og hun gjennomførte kvalitative intervjuer hos friske yrkesaktive mennesker. Ut fra sine funn formulerte hun forskjellige underbegrep som avdekker trygghetens mange dimensjoner. Disse begrep brukte hun i sin undersøkelse om trygghetsopplevelse hos pasientene som var innlagt i sykehusavdeling.

Segestens tilnærming til trygghet er fenomenologisk. Hun studerte hva fenomenet trygghet betyr for menneskene (Segesten 1994:4). Ut av beskrivelser om trygghet finner hun tre hoveddimensjoner: Trygghet som en følelse, trygghet som en ”indre tilstand” og trygghet relatert til det livet man lever i vekselvirkning med sine omgivelser (ibid:12).

Trygghetsfølelsen ble opplevd som ”balanse, varme, glede, lykke, ro, harmoni, sinnsro, fotfeste, tillit, hvile, fred og frigjørelse av energi”. Trygghetsfølelsen var viktig for mennesker og en ettertraktet tilstand. Utrygghet derimot var vanskelig å holde ut, og utryggheten ble beskrevet som ”uro, usikkerhet, frustrasjon, ubalanse, frykt, sterk spenning, nervøsitet, vont i magen samt opplevelse om å være utilpass”. (Segesten 1994:12)

Som indre tilstand betyr trygghet det samme som å være sikker på seg selv. Grunnlag til indre trygghet blir til i barndommen men kan bygges opp i voksen alder gjennom oppbyggende erfaringer. Indre trygghet handler om tillitsfull holdning til livet, til fellesskapet og til egen plass i verden. Man har det bra med seg selv og man er i stand til å gripe fatt i utfordringer i livet. (Segesten 1994:13)

Trygghet på omgivelsene er knyttet til faktorer utenfor individet. Segesten skildrer fire forskjellige dimensjoner på ”ytre trygghet”: Materiell trygghet, miljøtrygghet, relasjonstrygghet og kontrolltrygghet. (Segesten 1994:13)

Materiell trygghet handler om de konkrete rammene i livet som danner grunnlag for det materielle og fysiske velværet, som ”bolig, hobby, penger, pensjon, skoler, helsevesen og forsikringer” (Segesten 1994:13).

Miljøtrygghet beskrives av personer i Segestens undersøkelse som gode og vakre opplevelser av naturen (Segesten 1994:13).

Relasjonstrygghet

”kopplas til nettverk av mennesker, varma, nära relationer, att ha vänner, släktingar och till at någon finns til hands. De kvaliteter som sägs utmärka dessa relationer är öppenhet, ömsestidighet, förståelse, gemensamma mål, ärlighet, accepterande och förmåga at nå varandra. Man söker en relation där man blir positivt bemött och trodd, där man inte behöver gardera sig, där man känner sig respekterad och inte blir betraktad 'som en avvikande'”. (Segesten 1994:13)

Kontrolltrygghet betyr ifølge Segesten (1994)

”at ha kunnskap, at veta hur det är och vad som gäller, hur rollerna ser ut, vad man kan forvanta sig och vilka krav som ställs. Den handlar om at veta at man klarar av saker och ting och at man behärskan olika situationer. Det handlar om at avslöja det hotfulla for att finna att det inte är så farligt” (ibid:14).

I sin undersøkelse om trygghet blant sykehusinnlagte pasienter betrakter Segesten (1994) hvordan disse utviklet trygghet når de opplevde sin sykdom som trussel og følte seg utrygge. Deres strategier var å eliminere eller minske trusselen. De tenkte for eksempel at sykdommen ikke er så farlig. De kunne også flykte fra trusselen, nekte å ta hensyn til at er syk, eller unngå å ha kontakt med helsevesenet. De kunne materialisere trusselen, gjøre den mer konkret og håndterbar med å søke om informasjon og hjelp. (ibid., 48-53)

I den her studien anvender jeg Segestens (1994) begrep angående ”ytre trygghet”:

”kontrolltrygghet” og ”relasjonstrygghet”. Kontrolltrygghet handler i studiens kontekst om kreftsykepleierens tillit til at har kunnskaper i å gi cytostatika og tro på at utfyller forventningene tilknyttet sin rolle som kreftsykepleier. Relasjonstrygghet viser til arbeidsfellesskapets betydning i å være trygg ved administrering av cytostatika. (ibid:13-14)

Angående strategier i å utvikle trygghet finner jeg begrepet ”materialisering” som overførbar til konteksten i min undersøkelse. Materialisering betyr at man søker trygghet ved å utrede hva trusselen for trygghetsopplevelsen består av og skaffer informasjon og hjelp til å takle trusselen. I konteksten av å bli trygg på å gi cellegift intravenøst er det tenkelig at man blir tryggere i forhold til å utføre prosedyren når man får informasjon om hva det er og hvordan å håndtere risiko tilknyttet dette. Å eliminere trusselen, å påstå at cellegiftene ikke er farlige

stoffer er ubrukelig som strategi i å bli trygg i administrering av cellegift. Å benekte at stoffene kan danne en helserisiko for pasienten og helsepersonell som håndterer disse kan lede til at man sløser med sikkerhetstiltak tilknyttet administrasjon. Å flykte fra det som man er utrygg på – fra å gi cellegift – er naturlig nok ikke en strategi som skulle betraktes i denne konteksten. (Segesten 1994:48-53)

Segestens begrep er brukt i en undersøkelse av sykepleieres opplevelse av å være trygg på sitt arbeid. Haavardsholm og Nåden (2009) undersøkte hvordan sykepleiere som jobber innen onkologi forstår begrepet trygghet og hva virker på sykepleieres trygghetsopplevelse i deres praksis. Forskere intervjuet ni sykepleiere. Datamaterialet analyserte de ved hermeneutisk tilnærming. Deres hovedfunn var at å være trygg betyr for sykepleiere «å føle seg bekvem og avslappet» (confident) og «å føle seg sikker» (secure).

«Å føle seg bekvem og avslappet» innebærer at en sykepleier føler seg rolig, føler at klarer å mestre noe, er ikke redd for å gjøre feil og er stressfri. En viktig faktor i sykepleieres trygghetsopplevelse er et nettverk av kollegaer. Når sykepleiere jobber sammen med kollegaer som er åpne, tillitsfulle og aksepterende, føler de seg trygge på seg selv. De føler at de blir satt pris på som de er og de har rom for å dele sine erfaringer med andre. De kan rådføre seg med kollegaer om vanskelige ting. Erfarne kollegaer bidrar til trygghet.

Sykepleiere har profesjonelt og legalt ansvar overfor sitt arbeid. Dette forplikter dem til å være sikre i sitt arbeid både teoretisk og praktisk. Den andre kategorien angående trygghet hos sykepleiere, «å være sikker», har med sykepleierens kliniske kunnskaper og ferdigheter å gjøre. Hun/han vet hvordan arbeidsoppgavene skal utføres og kan svare på pasientens spørsmål. For å føle seg sikker trenger sykepleiere tilbakemelding fra sine overordnede om hvordan de utfyller sin rolle som sykepleier. Er sykepleieren sikker, trenger hun ikke å være på «vakt», hun/han føler ikke at er i «fare». Energien hos sykepleiere som er trygge blir ikke rettet kun mot en selv, men frigjør overskudd til å se pasienten og relatere seg til denne.

Resultatene i Haavardsholm og Nåden sin undersøkelse ble drøftet opp mot Segestens begrep «kontrolltrygghet» - å ha kunnskaper, å mestre arbeidet og å utfylle sin rolle – og mot «relasjonstrygghet» - å ha tillitsfull relasjon til kollegaer, å få støtte hos dem.

Thorsen (2005) beskriver skillet mellom trygghet som følelse eller opplevelse og trygghet som sikkerhet med å si at sikkerhet er noe man stiller krav på og som kan måles og

kvalitetssikres, mens trygghet som en måte å være i verden på ikke kan måles, dog beskrives med ord og fortellinger. Thorsen siterer Løgstrup (1972):

”Der er hvile i trygheden, der er oprejsthed i sikkerheden. I trygheden er sindet vent mot hva – eller hvem – der giver tryghed, så man følgelig er beskyttet, udenfor fare. I sikkerheden er farer og risici afværgede – af hva man har fået i ryggen.”

3.3. Trygghet og utrygghet sett i lys av kunnskapsnivå: erfaring og ferdigheter?

Det er ikke enkelt å finne om trygghet hos sykepleiere i de mest kjente sykepleieteoriene som Nightingale (2010), Henderson (1978), Travelbee (Pokorny 2014; 50-51) og Martinsen (1991). Fokus på teoriene er i sykepleie til pasienten. Sykepleieres holdninger og væremåte er behandlet hos Nightingale (2010; 179-185) og Martinsen (1991).

Martinsen (1991) skriver at viktige kunnskaper i sykepleie erverves i mester-elev-relasjon mellom en erfaren og en ny sykepleier. Tenker man at en kunnskapsrik sykepleier er en trygg yrkesutøver, er det utvikles trygghet i eksempellæring. Når det gjelder pasientenes trygghet på behandling, finner man i Martinsens tekst «svak paternalisme» som betyr at sykepleieren har et ekspertansvar overfor pasienten i og med at hun/han har kunnskaper om sykdom og behandling pasienten ikke har.

Nightingale (2010:179-185) forutsetter at sykepleieren observerer pasienten og har kunnskaper om hva det betyr han eller hun observerer. Hun krever at sykepleieren har entusiasme i sitt arbeid og kall til å være sykepleier, hvilket innebærer genuin interesse for pasientens velvære og som manifesterer seg i omhyggelighet i praktiske handlinger for pasienten. Kunnskaper hos en sykepleier gjør denne i stand til å skape velvære og dermed trygghet hos pasienten.

Nærmest til beskrivelser om hvordan en sykepleier blir tryggere i sin yrkesutøvelse kommer jeg i Benners og medarbeideres sykepleiefaglige tekster som har sitt utgangspunkt i Benners verk Fra novise til ekspert (2004) som for sin del er basert på Dreyfys modell om utvikling av ferdigheter (ibid:29). Utviklingen går gjennom ferdighetsnivåer novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Fra å være en tilskuer, novise, en sykepleierstudent som ikke har erfaring med sykepleiepraksis fra før, blir sykepleieren aktør i praksis med stadig flere kunnskaper. Da sykepleier utøver faget i praksis og blir erfaren, er denne ikke bundet i bare

teoretiske prinsipper, «boklære», ved fagutøvelsen men kan også bruke egne erfaringer som bestemmelsesgrunnlag i praktiske situasjoner.

Dreyfys og Dreyfys (2009) har skildret utvikling av forskjellige ferdigheter hos sykepleiere etter at de begynner å jobbe i praksis. Deres modell handler ikke om trygghet på jobb hos sykepleiere, men ut fra beskrivelser angående sykepleieres holdninger og handlinger i forskjellige stadier i sin utvikling, får man et innblikk på hva disse sykepleiere er trygge eller utrygge på å gjøre og å ta ansvar for. Trygghet og utrygghet er tilknyttet kunnskapsnivå.

Begrepet ”trygghet” kommer fram i artikkelen av Dreyfys og Dreyfys (2009) i det engelske ordet ”comfortable”. ”Comfortable” kan oversettes til norsk blant annet med bekvem, behagelig, komfortabel og trygg (Engelsk-norsk stor ordbok). Med erfaring blir sykepleiere mer og mer komfortable med oppgaver som inngår i deres kliniske virksomhet, og deres oppfatning om deres ansvarsområder som sykepleier utvider seg, hvilket kommer fram i presentasjon under.

Jeg går kort gjennom hvordan følgende ferdigheter manifesterer seg i sykepleieres utviklingsstadier ifølge Dreyfys og Dreyfys (2009):

1. ferdigheter i forhold til det tekniske sykepleiearbeidet,
2. ferdigheter til å observere å reagere på pasientens tilstand,
3. følelsenes betydning hos sykepleieren,
4. ferdigheter i å involvere seg i pasientens og pårørendes situasjon og
5. rolle i sykepleierteamet.

Sykepleierens utvikling er knyttet til hvor lang arbeidserfaring denne har med samme type kliniske situasjoner.

Tiden etter at sykepleiere begynner å jobbe i praksis etter endt utdanning – *nybegynnerstadiet* - er preget av at sykepleiere er opptatt av oppgaver og prosedyrer som må utføres. De søker trygghet ved å arbeide med praktiske oppgaver. I konteksten i min undersøkelse kan dette bety at kreftsykepleieren er mest opptatt av det medisinsk-tekniske utstyret og prosedyren rundt administrering av cytostatika.

Nybegynnersykepleiere kan ikke tolke pasientens tilstand hvis den ikke tilsvarer tydelig det de har lært seg i teori. De trenger hjelp fra mer erfarne kollegaer for å respondere adekvat på pasientens tilstand. Pasienten framstår dem som en oppgave med en serie tiltak og prosedyrer

som må gjøres i riktig rekkefølge. En kreftsykepleier kan være usikker på hvordan en allergisk reaksjon er i forbindelse med cellegiftinfusjon.

Nybegynnersykepleiere er engstelige i forhold til å respondere på pasientens tilstand, fordi de føler at de ikke kan det. De er usikre på sin rolle og kompetanse som sykepleier. En ny kreftsykepleier er bekymret overfor hva hun kan gjøre hvis pasienten får en allergisk reaksjon.

De er engstelig for å involvere seg i pasienten som person og i pårørende. De vet ikke hvordan komme nær dem og hva de skal si til dem. - Hva kan en kreftsykepleier si til et menneske som er alvorlig syk utenom det som gjelder i å gjennomføre administrering av medikamentet? Hvordan møte deres pårørendes redsel vedrørende kreftsykdom deres nærmeste har?

På sykepleierteamet er de avhengig av kollegaenes vurderinger og hjelp. De føler mindreverdighet på grunn av at de ikke har så mye kunnskaper som mer erfarne har. (Dreyfys og Dreyfys 2009:25-51)

Etheridge (2007) har studert utvikling av ferdigheter hos nybegynner-sykepleiere og hun konstaterer at det tar måneder før tryggheten på en selv, egne kunnskaper, dømmekraft, psykomotoriske ferdigheter og evne til å konkludere utvikler seg.

En sykepleier ansees å være *kompetent* etter 2-3 års praksiserfaring innen samme fagfelt. Kompetente sykepleiere har ervervet kjennskap til organisasjonens praksis og har gode tekniske ferdigheter i å utføre prosedyrer og bruke utstyr. Kompetente kreftsykepleiere kjenner til avdelingens rutiner og praksis og vet hvordan administrering av en cellegiftkur gjennomføres og kan bruke utstyrene uten besvær.

Kompetente sykepleiere kjenner igjen symptomer og tegn hos pasienten, de ser sammenheng mellom forskjellige symptomer og de forstår kompleksiteten i pasientens tilstand. De kan forutse hvordan pasientens tilstand kan utvikle seg og kan planlegge tiltak ut fra dette.

Kompetente sykepleiere ser hvordan pasienten responderer på forskjellige sykepleiehandlinger og – tiltak. De stoler på sin egen dømmekraft og kan derfor tilpasse tiltak individuelt. Kreftsykepleiere som har oppnådd dette stadiet kan respondere på endringer i pasientens tilstand. De vet hva de skal observere, og de vet hva forskjellige resultater av observasjoner kan være et tegn på.

Kompetente sykepleiere responderer emosjonelt på pasientens tilstand. De er glad hvis de har gjort en forskjell til det gode for pasienten, lei seg hvis de ikke klarer å identifisere en endring eller hvis det ikke går bra med pasienten.

Sykepleieres større forståelse overfor pasientens situasjon, lidelse og respons på behandling gjør at de blir mer knyttet til pasienten og er klar over sin egen virkning på pasienten.

Kreftsykepleiere har et bilde på hvordan ulike faktorer spiller inn i livet når man har en kreftsykdom.

De kjenner til sykepleierteamet og kan hensiktsmessig be om hjelp fra de andre. De ser begrensninger og mangel på kompetanse hos andre. (Dreyfys og Dreyfys 2009:61-96)

Kyndige sykepleiere med enda bredere erfaringsgrunnlag fra et spesialfelt har evnen til å se og forutse forandringer i en enkelt pasientens tilstand og sortere ut de mest elementære aspekter i en klinisk situasjon. De kan prioritere oppgavene, hva det er man faktisk må gjøre i situasjon. Hvis det oppstår en akutsituasjon mens kreftsykepleieren administrerer cytostatika, vet denne hva skal gjøres her og nå og hvilke andre aktuelle oppgaver som kan vente.

De ser hva er framtreddende i pasientens tilstand, og handler ut fra dette. De stoler på sin sansing av pasientens tilstand minst like mye som på målbare observasjoner. De ser endringer hos pasienten og kan forutse hvilken retning pasientens tilstand kan få. De har et helhetlig bilde av pasientens situasjon og behov.

Angst og uro hos en kyndig sykepleier er veiviser til å rette oppmerksomhet på pasientens tilstand. Deres emosjonelle reaksjoner kan fortelle om endringer hos pasienten som de skal reagere på.

Kyndige sykepleiere handler ut fra hvordan pasienten responderer, og de kan fortolke tegn på tillit og trøst. De handler hensiktsmessig nærhet og avstand til pasienter og pårørende. De gir informasjon til pasienten og pårørende ut fra deres behov og evne til å ta imot.

Kreftsykepleieren svarer på pasientens spørsmål om cellegiftkur og forteller kortfattet om framgang i kuren og om vanlige akutte bivirkninger tilknyttet kuren. Han eller hun gir skriftlig informasjon om cytostatikabehandling til pasientene og informerer videre om faktorer tilknyttet cellegiftbehandling når pasienten ser ut til å ha kapasitet og interesse til å ta imot denne informasjonen.

De vet hvordan hjelp de kan få hos andre sykepleiere i gruppen og bidrar til at det samarbeides hensiktsmessig. (Dreyfys og Dreyfys 2009:103-126)

Ekspertsykepleiere har sine yrkeskunnskaper ”i ryggmargen” og de kan gjøre mange oppgaver samtidig, både på det tekniske og sosiale plan i tillegg til at de følger med pasientens tilstand. De kan handle i akuttsituasjoner.

De reagerer fort, intuitivt og hensiktsmessig på raskt skiftende tilstand hos pasienten. Ekspertsykepleiere takler uventede vendinger i pasientens situasjon uten behov for å ty seg til lærebøker og prosedyresamlinger eller å drøfte mange handlingsalternativer.

De reagerer på pasientens og pårørendes lidelse og er seg bevisst på sin virkning på trøst og lindring, og vil sørge for verdighet.

Ekspertsykepleiere har ansvar for at teamet fungerer og griper inn hvis kollegaene ikke kan respondere tilstrekkelig bra i kliniske situasjoner. (Dreyfys og Dreyfys 2009:137-167)

Å bli trygg og komfortabel med økt kunnskapsnivå og bedre prestasjoner gjør sykepleieren i stand til å ta over nye sykepleierfunksjoner. For eksempel en sykepleier som har lært seg godt å bruke et teknisk utstyr, som pumpe for intravenøs administrering av medisiner, har ikke lenger hovedfokus på hvordan stille inn pumpa når han eller hun er hos pasienten. Sykepleieren har kapasitet til og forståelse for at han eller hun skal observere pasientens tilstand og kommunisere med pasienten på en betryggende måte. Min forforståelse er at utvikling av trygghet i administrering av cytostatika intravenøst hos kreftsykepleiere jeg intervjuer har en sammenheng med utvikling av ferdighetene slik Dreyfys og Dreyfys. (2009) beskriver.

Enskär (2012) har gjort en narrativ studie blant 66 pediatrike sykepleiere med lang (11- 20 års) arbeidserfaring som utførte er 2-årig kurs i onkologisk pediatrik sykepleie.

Problemstilling i studien var hvordan disse sykepleiere forsto ekspertsykepleierens rolle innen pediatrik onkologi. Sykepleiere som deltok i undersøkelsen anså at ekspertsykepleiere behersker komplekse og uventede kliniske situasjoner og forstår hva skjer. De er sikre og tillitsfulle i sin rolle som sykepleier noe som bidrar til tillit hos pasientene og pårørende. Støtte fra erfarne kollegaer og tilbakemelding på eget arbeid i formelle diskusjonsfora er viktig for profesjonell vekst. Å gjøre god jobb og å vokse som fagperson forutsetter godt arbeidsklima der sykepleiere får støtte fra sine overordnede, kollegaer og andre på behandlingsteamet. God arbeidsklima betyr også tid til å gi god omsorg og mulighet til å

reflektere over arbeidet. Denne undersøkelsen har ikke trygghet som forskningsspørsmål, men den belyser forutsetninger for utvikling av høyere kunnskapsnivå som onkologisk sykepleier hvilket bidrar til at en framstår som trygg yrkesutøver.

En sykepleier kan bli hindret i sin utvikling også på grunn av forholdene rundt arbeidet. Altfor lite bemanning i avdelingen og overbelastning med arbeidsoppgaver kan føre til at sykepleieren ikke får bruke tilstrekkelig tid til pasientene for å følge med deres tilstand, observere og knytte seg til dem. Travelhet hos sykepleieren kan hindre pasienter fra å oppsøke kontakt med sykepleieren. Mulighet til bedre forståelse overfor pasientenes komplekse symptomer og helhetlig situasjon er ikke til stede. (Dreyfys og Dreyfys 2009:134-135) Ugunstige arbeidsforhold kan hindre en sykepleier fra å bli en trygg yrkesutøver.

Bjørk (1999) sin modell om utvikling av praktiske ferdigheter hos nye sykepleiere synliggjør kompleksiteten i praktisk sykepleieutøvelse. Hennes modell omfatter komponentene i utførelsen av en sykepleieprosedyre: Substans, sekvens, nøyaktighet, flyt, integrasjon og omsorg.

Substans viser til inkludering av relevant innhold i handlingen i form av bevegelser, instruksjoner og informasjon. Eksempler på bevegelser er justering av pasientsengen eller stolen pasienten sitter på til arbeidshøyde. Instruksjon er direkte råd til pasienten hva denne skal gjøre på en bestemt måte, eks. hvordan å holde armen sin på plass da kreftsykepleieren setter inn en perifer venekanyle. Informasjon er ment til å bidra til at pasienten forstår hva er hensikten med det sykepleier gjør og ber pasienten om å gjøre.

Sekvens handler om at bevegelse, instruksjoner og informasjon kommer i logisk rekkefølge med tanke på pasientens sikkerhet og tilstand. Eks. sykepleieren sjekker hvordan kvalmebehandling har virket på pasienten før hun serverer mat til denne under cytostatikakuren.

Nøyaktighet betyr presisering av bevegelsene og hvor korrekt er instruksjoner og informasjon som gis til pasienten underveis.

Flyt betyr at hvert element i utførelsen av prosedyren gir inntrykk av letthet når den er ferdig, og dette skjer uten nøling. God organisering av utstyr og det fysiske arbeidsmiljøet bidrar til flyt i bevegelsene, kunnskaper bidrar til flyt i instruksjoner og informasjon.

Intergrasjon viser til sykepleierens evne til å harmonisere handlingens parallelle aspekter som bevegelser, fysisk støtte og verbale instruksjoner. Eks. sykepleieren gir instruksjoner til pasienten slik at denne har tid til å forstå hva han gir instruksjoner om, før sykepleieren gjør en bevegelse for å hjelpe pasienten ut fra sengen, og støtter pasienten slik at denne ikke snubler i ledningene da han kommer ut av sengen tilkoblet i en infusjonssett som henger i et infusjonsstativ for å gå på toalettet. Integrasjon innebærer å være oppmerksom på pasientens behov imens man sørger for å utføre fasene i handlingen.

Omsorg handler om hvordan sykepleieren skaper en respekterende, aksepterende og oppmuntrende atmosfære. Sykepleieren bryr seg om hele personen og både forholder seg til pasientens følelser og reaksjoner gjennom handlingen og til pasientens opplevelse av å være pasient.

Fra Bjørks (1999) forskningsrapport kommer det fram at det tar tid og det kreves trening til at en praktisk sykepleieoppgave blir utført på en smidig måte. En klønete prestasjon der sykepleieren ikke håndterer alle deler i kompleksiteten kan oppleves som ubekvem og utrygg for pasienten, og det er mulig sykepleieren sanser pasientens utrygghet hvilket kan gjøre også sykepleieren usikker overfor seg selv (Elstad 2014: 65). Intravenøs administrering av cytostatika er en kompleks praktisk handling der forskjellen mellom å være lite erfaren og å være godt trent med et godt handlag er lett synlig for pasienten.

Bjørk (1999) mener at for å lære å beherske pasientsituasjonenes kompleksitet behøver nye sykepleiere veiledning av en erfaren sykepleier som kan gi tilbakemelding til dem og gjøre dem oppmerksom på situasjonens forskjellige aspekter og hva de skulle gjort annerledes. Også pasienten gir verbal og nonverbal feedback som hjelper sykepleiere til å justere sine handlinger, men dette erstatter ikke veiledning.

” For å lære av erfaring må personen ha mulighet til å utføre samme handling mange ganger i forskjellige kontekst, og aktivt reflektere overfor erfaringen. Refleksjon er en handling som gjøres både individuelt og i fellesskap. (...) Vet man ikke om sine feil og mangler, likevel, kan et menneske ikke reflektere.” (Bjørk 1999, min oversettelse)

Ifølge Benner et al. (2009:235-236) er læring av sykepleiepraksis sosialt og kollektivistisk av natur. Det er erfarne kollegaer som viser eksempel på hvordan utføre praktiske sykepleiehandlinger, hvordan kjenne igjen symptomer og tegn hos pasientene, sier ifra om feil og kan spørres om råd. I fellesskapet lærer man hvordan god praksis er på arbeidsplassen. Kollegaer danner det sosial-emosjonelle klimaet der den nye sykepleieren får oppleve trygghet og trøst.

3.4. Oppsummering

Tidligere forskning viser at

1. Sykepleiere er seg bevisst på risikoer relatert til administrasjon av cytostatika og dette kan gjøre dem nervøse og engstelige i utførelsen av denne prosedyren.
2. Erfaring gjør (kreft)sykepleiere trygge på å gi cellegift.
3. Støtte og tilbakemelding fra kollegaer og et godt arbeidsmiljø bidrar til trygghetsopplevelse hos sykepleiere.
4. Sykepleierens kunnskaper og trygg væremåte bidrar til trygghets- og tillitsopplevelse hos pasienten.
5. Praktiske ferdigheter som administrering av cellegift forutsetter, består av mange elementer.

Trygghet er et begrep som brukes mye vedrørende sykepleie men som – hvis den lar seg definere – er ikke ferdig gransket i sykepleievitenskapen. Det finnes ikke en modell om utvikling av trygghet i sykepleieteorier. Dreyfys og Dreyfys (2009) har hatt fokus på sykepleieres utvikling og hvilken betydning erfaring har i å bli mer komfortabel i å fungere som sykepleier og å overta nye funksjoner. Ut fra denne kan man spore elementer som bidrar til utvikling av trygg sykepleier, men denne mangler oppsummering med fokus på trygghet.

Resultater angående trygghet hos sykepleiere som administrerer cytostatika intravenøst til pasienter med kreft kommer fra lite forskning der sykepleiere som ble undersøkt for det meste ikke har den samme utdanningsbakgrunnen som norske kreftsykepleiere. I Storbritannia finnes det ikke en statlig overordnet regelverk der læringsmål for onkologiske sykepleiere defineres (Gibson et al. 2013). Undersøkelsene angående administrering av cytostatika jeg refererer til har heller ikke trygghet som hovedtema. Min undersøkelse er den første som gjøres i Norge angående sykepleieres trygghet i administrering av cellegift.

For å få mer forståelse overfor hva bidrar til sykepleieres trygghet i sykepleieutøvelse vil jeg gjøre denne undersøkelsen. Jeg forankrer tema trygghet i konteksten administrering av cytostatika intravenøst, som er en sykepleieoppgave der trygghetsopplevelse kan spille en viktig rolle.

4. METODE

I dette kapittelet presenteres metoden som ble brukt i undersøkelsen og begrunnelsen for metodevalget. Det avklares utvalgsriteria til den empiriske undersøkelsen, tilgang til feltet presenteres og hvordan empirisk data ble samlet inn. Videre klargjøres hvordan empiriske data ble analysert. Kapittelet inneholder forskningsetiske overveielser og metodedrøfting.

4.1. Metodisk tilnærming

I min masteroppgave ville jeg få fram beskrivelser av kreftsykepleiere som har opplevd utvikling av trygghet i forhold til en sykepleieoppgave. Kvalitativ metode er egnet til å utforske menneskenes erfaringer, opplevelser og holdninger (Malterud 2013:27). Jeg ønsket å få fram erfaringer hos yrkesutøvere som administrerer cytostatika. Derfor gjorde jeg en empirisk undersøkelse og intervjuet kreftsykepleiere som kunne gi meg svar på hva gjør dem trygge i å administrere cytostatika. Kvalitativt intervju er en velegnet måte å samle inn data på som skulle gi inngang til menneskets erfaringer (Malterud 2013:67).

I det store og hele var min fokus på ” *fortolkning av erfaringens betydning heller enn på bare beskrivelser*” (Polit og Beck 2012:512). Jeg undersøkte hvilke forhold kreftsykepleier erfarer har betydning for opplevelse av trygghet hos dem ved administrasjon av cytostatika til pasienter med kreftsykdom. Polit og Beck (ibid) bruker et begrep fortolkende fenomenologi (hermeneutikk). ” *Formålet med fortolkende fenomenologisk forskning er å komme inn i den andres verden og å oppdage den praktiske kunnskapen, muligheter og forståelse som finnes der*” (Polit og Beck 2012: 496, min oversettelse).

Jeg vil anvende Gadamer (2010) begrep forforståelse i min oppgave. Hvis vi gransker et fenomen, som trygghet som kreftsykepleieres opplevelse, kan vi ifølge Gadamer ikke forstå fenomenet uten et grunnlag, forutinntatt oppfatning om det. Denne forutinntattheten angående fenomenet kalles forforståelse – den oppfatningen en har om fenomenet fra før. Å forstå er å utarbeide og revidere forforståelsen en har gjeldende fenomenet, åpent for det som åpenbarer seg når man fordyper seg i fenomenet. Man skal være seg bevisst på sin forforståelse og forståelsens kontekstbundethet når man begynner å undersøke fenomenet. (Gadamer 2010:302-307)

4.2. Å forske i eget felt

Jeg forsket i eget felt. Jeg er en kreftsykepleier som har administrert cytostatika intravenøst til voksne pasienter med en kreftsykdom. Jeg gjorde undersøkelsen blant kreftsykepleiere som utfører denne oppgaven. Å forske i egen kultur gjør at kunnskap angående feltet gir en helt annen umiddelbar forståelse av fenomener på feltet som ikke åpner seg for en forsker som ikke kjenner det fra før. Jeg trenger ikke å bruke ressurser til å avdekke hvordan administrering av cellegift skal foregå. Jeg kjenner til hvordan cytostatika administreres intravenøst. Jeg kjenner til problemstillinger tilknyttet administrering av cytostatika. Jeg har erfart hva er å være utrygg og trygg i denne konteksten. Forforståelse angående fagfeltet påvirket mitt valg av tema og forskningsspørsmål. «*Som regel er forforståelsen en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning omkring et bestemt tema*» (Malterud 2013:40). En fare tilknyttet forskning i eget felt er at forskeren kan ta altfor mye for gitt, og lete etter svar som bekrefter egen forforståelse. Elstad (2014:238) skriver at det ikke er mulig bestandig å få full oversikt overfor ens eget forforståelse, men at det er viktig å tenke over hva vi tar for gitt, som kan hindre oss fra å utvide vår forståelse overfor det vi vil forske på. Da jeg planla intervjuet og laget et intervjuguide, formulerte jeg spørsmål som åpner opp for intervjupersonens opplevelser og som ikke var farget av mine egne erfaringer. (Malterud 2013:151)

4.3. Tilgang til feltet og inklusjonskriteria

Informantene til undersøkelsen ble rekruttert i samsvar med Lov om behandling av personopplysninger som sier at samtykke i å delta i studiet skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Jeg ivaretok informering av intervjupersonene med et infoskriv (vedlegg 1) om studiets formål, hovedtrekkene i prosjektplanen og måten jeg skal anonymisere deltakere under bearbeiding av data og ved rapportering (se underkapittel 4.6.). Intervjupersoner ble gjort oppmerksom på at de har rett til å trekke seg fra undersøkelsen i ethvert tidspunkt.

En formell tillatelse til å intervju kreftsykepleiere søkte jeg ledelsen ved aktuelle sykehusavdelinger. For å få tak i kreftsykepleiere jeg kunne intervju sendte jeg en forespørsel pr brev (vedlegg nr 2) om tillatelse til å utføre en intervjuundersøkelse til oversykepleiere ved to sengeposter i et universitetssykehus og ved en avdeling i et

lokalsykehus. I brevet ba jeg mottakeren om å rekruttere til undersøkelsen to kreftsykepleiere som er blitt ferdig utdannete kreftsykepleiere for fra en til tre år siden og som gir cytostatika til pasienter med kreft. Min opprinnelige problemstilling for undersøkelsen var nemlig utvikling av trygghet i forhold til å gi cytostatika intravenøst hos nye kreftsykepleiere. Jeg ba om at rekruttering skjer ved at oversykepleieren gir den aktuelle kreftsykepleieren et introduksjonsbrev med samtykkeerklærings skjema (vedlegg 1) og en svarkonvolutt med forhåndsbetalt porto.

Mine forespørsler ble handtert på den måten jeg hadde bedt om av to av mottakere. I en avdeling ga oversykepleieren til meg navn til to kreftsykepleiere som jeg kan kontakte direkte. Jeg sendte introduksjonsbrevet og samtykkeerklærings skjema med svarkonvolutt via post til disse kreftsykepleiere.

Jeg sendte seks introduksjonsbrev med samtykkeerklæringskonvolutt og fikk tilbake fem samtykkeerklæringer. Det er uvisst for meg hva var grunnen til at jeg ikke fikk tilbake den sjette svarkonvolutten.

Det viste seg at i avdelingene som mottok forespørselen var kreftsykepleiere mer erfarne enn hva som jeg hadde tenkt å inkludere i undersøkelsen. Jeg måtte gjøre en overveielse om jeg skulle sende ut flere forespørsler inntil jeg fikk tak i forholdsvis nyutdannete kreftsykepleiere. Jeg endte opp med å intervjuer erfarne kreftsykepleiere som var villig til å være med hvis jeg ville inkludere dem i undersøkelsen. Deres erfaringer og synspunkter på hva gjør dem trygge i administrasjon av cytostatika kunne være viktig å få fram med tanke på eventuell utvikling av faget og praksiser rundt cytostatika-administrering. Dette førte til at jeg endret problemstilling i min undersøkelse til å omfatte trygghetsopplevelsen rundt administrering av cytostatika hos kreftsykepleiere generelt i stedet for hos nyutdannete kreftsykepleiere.

4.4. Innsamling av data

Jeg intervjuet fem kreftsykepleiere som administrerer cytostatika intravenøst. Alle hadde tatt videreutdanning i kreftsykepleie. Noen av disse sykepleiere jobber på sengepost og noen på kreftpoliklinikk der pasienter med kreft behandles med cytostatika. Deres arbeidsplass er et universitetssykehus og et lokalsykehus i Norge.

Kreftsykepleiere som jobber på sengepost i et universitetssykehus får cytostatika ferdig blandet fra apoteket. I avdelingene er flere sykepleiere og kreftsykepleiere til stede, og de får fort kontakt med en kreftlege i avdelingen. Kreftsykepleiere som jobber på en kreftpoliklinikk i et lokalsykehus blander ut cytostatika selv. De har ingen andre kollegaer til stede som jobber med de samme oppgavene. En kreftlege besøker dem med seks ukers mellomrom. Ellers konfererer de kreftlegen pr telefon hvis de har faglige spørsmål.

Ved intervjutidspunkt hadde intervjupersonene erfaring som sykepleier i gjennomsnitt i ca 21 år, og som kreftsykepleier med videreutdanning i gjennomsnitt i ca 5 år. De fleste hadde administrert cytostatika intravenøst til pasienter med kreft lenge før de tok videreutdanningen. Alderen på intervjupersonene var fra 35 til 60 år. Alle intervjupersoner var kvinner.

Jeg intervjuet kreftsykepleiere på deres arbeidsplass i et samtalerom på en sengepost der cytostatika administreres og i en kontor på en kreftpoliklinikk.

Ut fra min egen praksis hadde jeg en forforståelse overfor hvilke faktorer kan spille inn i at en kreftsykepleier opplever trygghet i utførelsen av prosedyren. Tidligere forskning angående administrering av cytostatika og sykepleieteorier var veiledende i å danne en mening om hva kunne være vesentlige spørsmål å stille til kreftsykepleiere jeg skulle intervju. På forhånd laget jeg spørsmål om temaer jeg ønsker å få svar på. Hensikten var å stille åpne spørsmål, som tillater kreftsykepleiere å fortelle om sine erfaringer med egne ord. Jeg var meget bevisst på min forforståelse og strebet til å stille åpne spørsmål slik at intervjupersonenes svar ikke skulle være bare bekreftelse på mine egne forutinntatte oppfatninger. Jeg gjorde semistrukturerte intervjuer og brukte intervjuguide ved intervjuene. (Malterud 2013:129-130).

Intervjuguide er vedlagt, se vedlegg 3. Jeg passet på å få tatt opp alle de temaene som sto på intervjuguiden i alle intervjuene. Alle intervjupersonene ble ikke stilt alle spørsmålene på samme måte og i samme rekkefølge. Spørsmålene jeg stilte bestemte jeg ut fra intervjuets gang – ut fra utsagn intervjupersonen kom med.

Jeg tok lydopptak fra intervjuene. Lydopptakenes lengde – det som ble transkribert - var fra ca 20 til 40 minutter, i gjennomsnitt 30 minutter.

4.5. Analyse av datamaterialet

I analysen av datamaterialet benyttet jeg Malteruds (2013, kapittel 9) modell for tematisk analyse som veiledende. Hennes modell går ut på at man leter etter meningsbærende enheter ut av datamaterialet og sorterer disse systematisk under kategorier som blir presentert i rapporten. Malterud selv konstaterer at hun presenterer en nøyaktig måte å gjøre analysen på for å gi forskere med lite erfaring med dataanalyse et verktøy å ty til. Hun skriver at det kan være begrunnet å gjøre analysen på en annen måte også, å finne egne modifikasjoner. (Malterud 2013:111)

Ved transkribering fulgte jeg etter det Malterud (2013:76-77) skriver om transkribering. Ifølge henne kan det være mulig å redigere teksten i noen grad ved transkribering og samtidig å være tro mot det intervjupersonene sier. Malterud anser nemlig at nøyaktig ordrette transkripsjon er heller ikke en fullstendig gjengivelse av intervjuet med alt av den kommunikasjon som finnes i intervjusituasjonen. Lydopptakene fra mine intervjuer ble transkribert tilnærmet ordrett, men litt modifisert. Alle utfyllende ord og dialektuttrykk ble ikke skrevet ned. Dette for å forenkle forståelsen av det som intervjupersonen sa.

”Husk at formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele.(...) Skriver vi akkurat det som blir sagt, får vi ikke nødvendigvis en god gjengivelse av det som ble hørt.” (Malterud 2013:76)

Mitt formål var ikke å studere språk eller kommunikasjon men en setting intervjupersonene ga beskrivelser om – administrering av cytostatika intravenøst. For ytterligere å gi leseren en klar forståelse for budskapet i intervjustatene har jeg oversatt disse til bokmål.

Det transkriberte datamaterialet analyserte jeg med hjelp av Malteruds (2013, kapittel 9) modell for analyse av kvalitativ data. Jeg beskriver hvordan jeg brukte Malteruds modell i analysen av datamaterialet:

Jeg leste gjennom intervjutranskripsjonene først for å få helhetsbilde av intervjuene, og noterte ned hvilke temaer som kom tydelig frem. Jeg leste et intervju om gangen, og noterte ned temaene som jeg anså som viktige i forhold til min problemstilling – trygghet hos en kreftsykepleier i å gi cytostatika. (Malterud 2013: 98-100).

Deretter leste jeg teksten på ny for å sortere ut tekstavsnittene (meningsbærende enheter) som forteller noe om trygghetsopplevelse relatert til intravenøs administrering av cytostatika. Tekstavsnittene kan ifølge Malterud bestå av noen ord eller flere setninger, bare den

inneholder en meningsfull enhet relatert til forskningsspørsmålet. (Malterud 2013:100-104) Et eksempel på en meningsbærende enhet i kreftsykepleierens utsagn får være fra følgende utdraget fra et intervju:

Jeg: Hvordan opplevde du dette med å starte å gi cellegift til pasientene?

Kreftsykepleier: Jeg opplevde det ikke som truende eller fryktfullt, fordi jeg tenker at som sykepleier utfører man jo legedelegerte oppgaver. Man må sette seg inn i det man gjør uansett. Er det cytostatika eller andre ting, så skal man vite hva man observerer, og man skal vite hva man gjør med det man observerer. Det er for meg grunnleggende i all medikamentell behandling som jeg gir pasientene, da. Så jeg tenker at man skal være årvåken uansett hva man gir. Også cytostatika, selvfølgelig. Og så forplikter man jo å tilegne seg nødvendig kunnskap for å føle seg trygg i situasjonene, og vite at man ikke går utover sin kompetansenivå.

Ifølge Malteruds (2013:100-104) modell systematiserer man under kodegrupper de meningsbærende enhetene som har et tilsvarende innhold, de som forteller om de samme temaene. Man setter et navn, kode, på gruppene for å få oversikt over innholdet i disse.

Den meningsbærende enheten som står over handler om «medisinkunnskaper» og forskjellige aspekter angående dette var: «å gi cytostatika er som å gi andre medisiner – man må vite hva man gir», «man må være observant» og «man må være trygg på det man gjør». Jeg merket disse med en merkelapp.

Jeg gikk gjennom alle replikkene i alle intervjuene. Tekstavsnitt som inneholdte et svar på forskningsspørsmålet «hva bidrar til trygghet hos kreftsykepleieren i administrering av cytostatika intravenøst» merket jeg med en merkelapp på samme måte som vist over. Etter det fant jeg et ord, kode, for å gi en mer generell og abstrakt beskrivelse om hva meningsbærende enhet handlet om. Merkelappene fra meningsbærende enhet over: «som å gi andre medisiner – må vite hva man gir», «man må være observant», «man må være trygg på det man gjør» fortolket jeg at handler om «Medisinkunnskaper» og jeg dannet en kodegruppe med det navnet. Merkelapper fra alle intervjuer som omhandlet samme tema ble plassert i samme kodegruppe. Under kodegruppe «Medisinkunnskaper» førte jeg stikkord, merkelapper, angående utsagn om medisinkunnskaper fra alle intervjuene.

Den neste fasen i Malteruds modell er at man betrakter de systematisert kodete tekstavsnitt. Det stiger ofte fram ulike nyanser med forskjellige meningsaspekter under kodegruppen. Disse kan samles i subgrupper. Så lager man en tekst som sammenfatter innholdet i subgruppene. Dette kalles for kondensering. (Malterud 2013: 104-106).

Ut fra mitt datamateriale dannet jeg syv forskjellige kodegrupper. Disse var «Medisinkunnskaper», «Opplæring», «Erfaring», «Rutiner/skjema», «Tid», «Kollegaer» og «Stort ansvar». Kondensering som ifølge Malterud skal lede til en sammenfattet tekst ut fra det som ligger i kodegruppene gjorde jeg på den måten at jeg gransket hver av disse kodegruppene for seg for å sammenfatte hva som kom fram i intervjuene angående den dimensjonen av trygghet som inngikk i kodegruppen. Jeg skrev en analyserende tekst angående hver kodegruppe. De stikkordsmessige merkelapper fra meningsbærende enheter som var samlet inn under kodegruppene hjalp meg til å ha en oversikt over innholdet i kodegruppene, og lage en disposisjon til teksten angående kodegruppen. Men ved skriving forholdte jeg meg i hele tiden også til de opprinnelige meningsbærende enhetene i intervjuetekstene for å være tro til datamaterialet.

Tabell 1

<p>Intervjutekstene leses gjennom for å få et bilde om hvilke temaer stiger tydelig fram</p>	<p>Intervjutekstene leses på nytt igjen for å identifisere meningsbærende enheter. Disse sorteres i kodegrupper ut fra hvilket tema de forteller om. Man gransker de systematisk kodete tekstavsnittene som er i kodegruppen og finner evt ut forskjellige meningsaspekter i kodegruppen. Se Tabell 2.</p>	<p>Det kan dannes kategoriene ang. kodegruppene som har så mye felles at man kan se at de belyser forskjellige sider av et hovedtema/kategori.</p>
<p>Fra «Intervju 2» steg det fram for eksempel disse temaer som jeg noterte ned på dette viset:</p> <ul style="list-style-type: none"> -cellegift er medisin -man skal kunne medisiner -kreftsykepleierutdanning ga tanker, refleksjoner og et nettverk -kreftutdanning ga trygghet i å kommunisere med pasienter som får cellegift -med erfaring kommer andre undringer -og så videre... 	<p>Et eksempel på en meningsbærende enhet: «Jeg opplevde det ikke som truende eller fryktdfullt, fordi jeg tenker at som sykepleier utfører man jo legedelegerte oppgaver. Man må sette seg inn i det man gjør uansett. Er det cytostatika eller andre ting, så skal man vite hva man observerer, og man skal vite hva man gjør med det man observerer. Det blir for meg grunnleggende i all medikamentell behandling som jeg gir pasientene, da. Så jeg tenker at man skal være årvåken uansett hva man gir. Også cytostatika, selvfølgelig. Og så forplikter man jo å tilegne seg nødvendig kunnskap for å føle seg trygg i situasjonene, og vite at man ikke går utover sin kompetansenivå.»</p>	<p>Etter analyserunden dannet jeg disse kodegrupper fra datamaterialet: «Medisinkunnskaper», «Opplæring», «Erfaring», «Rutiner/skjema», «Tid», «Kollegaer» og «Ansvar». Med videre bearbeiding av funnene ble kategoriene plassert under to kategorier/hovedtemaer som har betydning til at en kreftsykepleier opplever trygghet i å gi cellegift: «Kunnskaper» og «Arbeidsforholdene».</p>

Tabell 2:

Meningsbærende enheter granskes og innholdet merkes med merkelapper, koder. Det stiger ofte fram ulike nyanser med forskjellige meningsaspekter under kodegruppen. Disse kan samles i subgrupper.	Under kodegruppene samlet jeg intervjusiter fra alle intervjuer med det samme temaet.
Et eksempel på subgruppering fra en meningsbærende enhet med kode «medisinkunnskaper» fra intervjusitatet på tabell 1: «å gi cytostatika er som å gi andre medisiner- må vite hva man gjør»; «man må være observant»; «man må være trygg på det man gjør».	Under kodegruppe «medisinkunnskaper» samlet jeg fra alle intervju tekstavsnitt som handlet om dette.

4.6. Etiske overveielser

Mitt prosjekt er ikke medisinsk og helsefaglig forskning slik dette defineres i helseforskningsloven 4§. Formålet med mitt prosjekt er å få bedret forståelse overfor sykepleieutøvelse, ikke å skaffe kunnskap om helse og sykdom. Dermed var jeg ikke pålagt å melde dette prosjektet til Regional-Etisk komité. (Veileder til helseforskningsloven)

Prosjektet ble meldt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) for opprettelse av navnelister i henhold til Lov om personopplysninger. Tillatelse fra NSD til å utføre prosjektet er vedlagt (vedlegg 4).

Navn og arbeidsplass til intervjupersonene får ingen andre enn jeg tilgang til. Ved transkribering anonymiserte jeg alle opplysninger som skulle bidra til at informanten eller arbeidstedet kunne identifiseres. Lydopptakene og notatene er bevart i et lukket skap. Navnelister og skriftlig informert samtykke er oppbevart innelåst atskilt fra resten av datamaterialet. Privat pc som er beskyttet med passord brukes kun av meg i bearbeiding av forskningsrapport. Lydopptakene som bare jeg lyttet til, ble destruert etter at intervjuene ble skrevet ned.

I oppgaveteksten har jeg anonymisert intervjupersonene. Jeg har ikke engang gitt kode eller oppdiktet navn til disse i teksten. Sitatene fra deres intervjuer skulle gi et bilde av deres erfaringer, ikke å skildre dem som individer.

Jeg har redigert intervjusitatene for at arbeidsstedet ikke blir gjenkjent der det har vært mulig å gjøre dette uten å miste fokus på temaet i oppgaven. I noen tilfeller har det vært nødvendig å gjengi beskrivelser om forholdene på arbeidsplass fordi disse påvirker trygghet i å administrere cytostatika hos kreftsykepleiere.

4.7. Metodekritiske refleksjoner

4.7.1. Resultatenes overførbarhet

Kommer jeg på sporet av utvikling av trygghet hos sykepleiere som administrerer cytostatika, kan jeg drøfte om funnene sier noe om utvikling av trygghet på jobben hos sykepleiere generelt (Malterud 2013:62-63). Dette er en liten studie med kun fem deltakere. De representerer til sammen tre forskjellige enheter på to forskjellige sykehus. Beskrivelse av vilkår de jobber under representerer ikke alle mulige forhold der cytostatika administreres i Norge. Samtidig, opplevelser og følelser tilknyttet trygghet hos de fem kreftsykepleiere jeg har intervjuet kan jamføres med opplevelser til kreftsykepleiere som utfører tilsvarende oppgaver i andre forhold og i andre land. Administrering av cytostatika er en prosedyre som utføres likt alle steder, og risiko og problemstillinger som kan påvirke trygghetsfølelsen kan dermed deles av flere sykepleiere som gir cytostatika til pasienter med kreft. Generell drøfting om utvikling av trygghet og trygghetens mange dimensjoner i sykepleieutøvelsen kan være anvendelig også utenfor kreftsykepleie.

4.7.2. Prosjektets troverdighet

Nøyaktig rapportering angående forskningsprosessens gang er et bidrag til prosjektets troverdighet. Leseren til denne rapporten er beskrevet hva er bak funnene. Det er forklart hvordan data er samlet og hvordan det er analysert. (Polit og Beck 2012:600) Anonymiserte intervjutranskripsjoner er lest også av veiledere.

4.7.3 Styrker og svakheter i prosjektet

Prosjektets styrke er at den er et bidrag til å bedre sykepleiepraksis – øke kunnskaper om hvordan å bli en trygg yrkesutøver som kan gi en god behandling til pasientene. Temaet sykepleieres opplevelse av trygghet i administrering av intravenøs cytostatika er ikke blitt undersøkt i Norge før. Temaet trenger mer avklaring enn hva er gjort pr. nå. Haavardsholm og Nåden (2009) sitt prosjekt er en god start i den retningen, og jeg vil fortsette deres arbeid med fokus på administrering av cytostatika.

Undersøkelsen er basert på lite datamateriale og resultatene kan ikke generaliseres til alle forhold der cytostatika administreres intravenøst i Norge. Konteksten er begrenset til to sengepost og en kreftpoliklinikk i to sykehus i Norge. Intervjupersonene er erfarne kreftsykepleiere. Dette må tas hensyn til når funnene betraktes. Det kan være samfunnsnyttig å forske på trygghet i å gi cytostatika på små kreftpoliklinikker eller sykestuer under forhold med begrenset tilgang på legeressurser eller akutteam. Sykepleieteoretisk hadde det vært interessant å intervju sykepleiere med mindre erfaring med å gi cytostatika for å kartlegge hva de legger i tryggheten.

5. FUNN

Fra kreftsykepleieres utsagn kan man skille ut to hovedtemaer angående trygghet i å administrere cytostatika intravenøst: Det er kunnskaper og arbeidsforhold som er avgjørende for at de føler seg trygg i å utføre denne oppgaven.

Temaet kunnskaper innebærer kunnskaper om medisinene pasienten får i forbindelse med en cellegiftkur, kunnskaper om administrasjonsprosedyren, de sykepleietekniske ferdighetene som kreves når cytostatika administreres samt kunnskaper om mennesket som får en cellegiftbehandling i sin situasjon ved en kreftsykdom.

Arbeidsforholdene handler om de fysiske/materielle rammene rundt arbeidet som er rutiner og sikkerhetstiltak vedrørende administrering av cytostatika. Disse rammene er noe en kreftsykepleier må lære seg å jobbe innenfor. Innen hovedtema arbeidsforhold går også faktorer som ansvarsfordeling og kollegastøtte.

5.1. Kunnskaper som forutsetning for trygghet

5.1.1. Kunnskaper om medisiner skaper trygghet

Funn «medisinkunnskaper» består av det kreftsykepleiere forteller om deres opplevelse av trygghet når de vet hvilken medisin cytostatika er, hvordan de skal administreres og hvordan akutte bivirkninger kan håndteres.

Noen av deltakere fortalte at de opplevde som «skummelt» å begynne med å gi cytostatika. De var redd for å gjøre feil som skulle skade pasienten. Dette begrunner disse kreftsykepleiere med at cytostatika et spesielt toksisk medikament. Pasienten kan få reaksjoner av cellegift. Det kan bli feil ved administrering. (For eksempel: infusjonspumpe stilles inn på feil hastighet og medisinen går inn altfor fort, ML.) Mange av cytostatika er vevstoksiske og hvis medikamentet kommer ut i vevet utenfor blodårene, kan pasienten få store nekroser. En av intervjupersonene ga uttrykk for at hun foretrekker administrering av cytostatika via sentral framfør en perifer venekateter. (Sentrale vener en mer robuste og fare for ekstravasasjon er mye mindre i praksis enn når man gir cellegift perifert, ML.) Cytostatika kan være farlig også for personalet som administrerer det, har kreftsykepleiere tenkt.

Noen andre kreftsykepleiere jeg intervjuet fortalte at de ikke var spesielt redd for å begynne med å gi cellegift til pasienter. Disse kreftsykepleiere framhever at cytostatika først og fremst er medisin. Sykepleiere er alltid forpliktet til å kjenne til alle medisiner de gir til pasientene. En forutsetning for å være trygg i administrering av cytostatika er at de erverver seg kunnskaper om medisinene de gir til pasienten.

”Vi har ansvar for å kjenne medisinen vi gir.”

”Man skal sette seg inn i det man gjør som sykepleier, om det er cytostatika eller et annet medikament.”

Kreftsykepleiere påpeker at alt av medisinadministrering innebærer en risiko. Alle medisiner som gis intravenøst kan gi hurtig allergiske reaksjoner. For å administrere medisiner slik at administrering blir trygg for pasienten må kreftsykepleieren være oppdatert. Man skal lese seg opp instruksjoner angående administrering av medikamentet, og kjenne til mulige bivirkninger. Kreftsykepleiere skal vite hva de skal observere hos pasienten ved medikamentell behandling. De er trygge når de vet hva de skal observere og hva de skal gjøre hvis pasienten får akutte bivirkninger av cellegift.

”Forkunnskap, å vite hva kan skje, å ha beredskap gir trygghet”.

Administrering av cytostatika innebærer mange rutiner og tiltak rundt, og det ble sagt i et intervju at det er viktig at nye kreftsykepleiere lærer seg disse rutinene godt. I kurbeskrivelser står tiltak og arbeidsinstruksjoner som kreftsykepleiere skal følge for å forebygge skader som cellegift kan påføre pasienten.

Erfaring med administrering av cytostatika til forskjellige pasienter gir kreftsykepleiere kunnskaper om cytostatika i praksis, når de ser hvordan cellegift virker på deres pasienter. En kreftsykepleier jeg intervjuet opplever dette slik:

”Jeg har fortsatt stor respekt for cytostatika, men når du gir de samme kurene over tid, så du vet mer om bivirkninger, og du har mer rutine på hvilke medikamenter pasienten skal få for å unngå å bli kvalm, for eksempel.”

Med erfaring blir kreftsykepleiere trygge i å reagere på akutte bivirkninger og reaksjoner i forbindelse med administrering av cytostatika. De forteller at de har lært seg å beholde roen i disse situasjoner og kan berolige pasienten.

Kreftsykepleiere forteller at de gjennom erfaring lærer hvor viktig det er å kjenne til forhistorien til den enkelte pasient. De har lært seg å ta i betraktning hvordan pasienten har reagert på cellegift før, hva har hjulpet når det har oppstått problemer, og hva kreftsykepleieren må dermed være var for hos denne pasienten. Dette gjør dem i stand til å vurdere videre tiltak overfor pasienten, for eksempel forebygge bivirkninger på en bedre måte enn ved forrige kur. Da kan cellegift administreres trygt til pasienten.

Noen kreftsykepleiere blander cellegift selv, og de blir vant ved doser og mengder og får oppfatning av hva er riktig å gi til den enkelte pasient. Dette gir en nærmere kjennskap til legens ordinasjon jamført med at man får en ferdig blandet cytostatikapose fra apoteket som man kontrollerer opp mot medisinstillingen. Man får en annen type kontroll overfor hva pasientene får, og dette kan gjøre kreftsykepleieren mer trygg på å gi pasienten medikamentet.

5.1.2. Opplæring skaper trygghet

Opplæring gir trygghet i å administrere cytostatika intravenøst, sier mine intervjupersoner. Kreftsykepleiere jeg intervjuet hadde fått opplæring til å gi cytostatika før de tok videreutdanning i kreftsykepleie. Opplæring hadde de fått på sitt arbeidssted eller på et annet sykehus. Ut fra datamaterialet varierte opplæring fra arbeidsplass til arbeidsplass. Opplæring gikk ut på blanding av cytostatika, forskjellige måter å administrere det på, og hva sykepleieren skulle følge med mens infusjonen pågikk, fortalte en av intervjupersonene.

Det kommer fram fra intervjuene at cytostatika-administrering forutsetter spesial opplæring.

”Man skal ha spesialkunnskaper for å håndtere det. Å gi cytostatika kan ikke hvem som helst gjøre.”

Kreftsykepleiere må læres opp hvordan å administrere cytostatika og hva man skal observere og følge med under administrering. Å være observant og på vakt er vesentlig i cytostatika-administrering, påpeker mine intervjupersoner. Imens cytostatika blir infundert skal kreftsykepleiere følge med pasientens tilstand og eventuelle bivirkninger pasienten får. I mange kurer inngår andre tiltak i tillegg til infusjon av cytostatika, bemerker kreftsykepleiere. Slike tiltak kan være måling av drikke- og urinmengde og kontrollblodprøver angående medikamentkonsentrasjon i blodet.

Kreftsykepleiere anser som viktig at de får bruke tid til å lære seg kuren før de gir den. Det er viktig å være forberedt til å utføre prosedyren. Å ha oversikt gir trygghet til kreftsykepleiere. Det ble nevnt i intervjuene at et klart opplegg rundt opplæring bidrar til at en ny kreftsykepleier eller kreftsykepleierstudent lærer seg å gi cytostatika og blir trygg. Dette har de erfarne kreftsykepleiere opplevd da de var ny i faget.

Intervjupersonene forteller at de var trygge på de kreftsykepleiere som ga dem opplæring i administrering av cytostatika. Det bidro til trygghet hos dem å jobbe som ny sammen med erfarne kreftsykepleiere som behersket jobben sin godt.

” Jeg hadde heldigvis erfarne kreftsykepleiere sammen med meg. Jeg jobbet mye sammen med to som hadde lang erfaring fra før og var flink til å veilede. Jeg følte ikke at jeg ble pålagt å gjøre oppgaver jeg ikke mestret. Alltid er man usikker når man gjør nye ting. Men aldri følte jeg at det var uansvarlig noen gang.”

Det er viktig for kreftsykepleiere å vite at de har noen å henvende seg til når de trenger råd og støtte og at de ikke har altfor stort ansvar i forhold til deres kunnskapsnivå.

Det er betryggende å ha åpen kommunikasjon med veilederen, kommer det fram fra intervjuene. At en kreftsykepleier opplever at det er lov til å være ny, og å spørre, er noe som skaper et godt læringsmiljø rundt administrering av cytostatika.

En kreftsykepleier fortalte at når hun har kreftsykepleierstudenter på praksis, prøver hun å få dem til selv å tenke gjennom hva de skal gjøre og hvorfor. Dette vil bidra til at de lærer å tenke selvstendig gjennom prosedyren hvilket gjør dem tryggere i sitt arbeid.

Kreftsykepleiere jeg intervjuet forteller at de utfyller og oppdaterer sine kunnskaper med kurs og seminarer. De leter etter fagstoff fra Internettet. Samtaler med andre sykepleiere og leger er en viktig kilde til kunnskap i det daglige arbeidet.

5.1.3. Praktiske kunnskaper gir trygghet

Funn ”praktiske kunnskaper” handler om de praktiske kunnskapene som gjør kreftsykepleiere trygg. Denne type kunnskaper handler om å kunne organisere den ofte komplekse arbeidshverdagen, å handtere det medisinsk-tekniske utstyret man bruker ved administrasjon av cellegift og å gjennomføre prosedyrene smidig med godt handlag.

Erfaring gjør kreftsykepleiere trygge i å praktisere oppgavene, kommer det fram i intervjuene. Kreftsykepleiere forteller at trening gir fingerferdigheter til å handtere det tekniske som inngår i cytostatika-administrering. Fingerferdigheter gjør at administrering går smidig for seg. Er kreftsykepleiere ikke godt kjent med rutiner og utstyr, er det en stressfaktor for dem. En fortelling fra et intervju illustrerer dette:

” Jeg husker en episode rundt tekniske hjelpemidler. Jeg hadde litt problemer da jeg var i praksis at jeg ikke kunne pumpe og det gjorde meg utrygg. Det å gi selve kuren var greit. Men siden pumpen ikke virket ble jeg stresset. Husker ikke hvordan pasienten hadde det. Hadde fokus på pumpe og fokus på kuren og at jeg skal gjennomføre den her. Og pumpe piper og piper ... Bruker jo å være veldig bevisst og observant på pasienten men akkurat der var pasienten borte fra meg. I ettertid husker jeg bare pumpe.”

Noen kreftsykepleiere forteller at så lenge rutinene rundt administrering av cytostatika var nytt for dem, hadde de fokus på å gjennomføre disse riktig. En kreftsykepleier beskriver dette:

” Jeg var veldig opphengt i de her skjemaene og prosedyrene og utstyr og at jeg gjorde alt i riktig rekkefølge.”

Kreftsykepleiere fortalte også at innlæring av rutiner og praksiser i avdelingen tok mye energi. Da de hadde lært seg rutinene og var trygg på dem, hadde de ikke lenger så stor fokus på akkurat disse når de ga cytostatika intravenøst.

Ingen av kreftsykepleiere kunne fortelle om et øyeblikk eller en situasjon der de så at utryggheten hadde blitt borte og de følte seg trygge. En intervjuperson beskrev dette slik:

” Jeg husker ikke når det skjedde men plutselig har det slippet taket, det her med å bruke så mye energi på prosedyrer og utstyr. At man kan tenke utover det.”

Når fingerferdighetene er på plass, klarer kreftsykepleieren å ha mer oppmerksomhet på situasjonen til pasienten med kreft hun gir cellegift til enn bare på den tekniske utførelsen av prosedyren. Gjentakende administrering av cytostatika intravenøst med samme prosedyre gir kreftsykepleiere oversikt angående hva deres oppgaver består av, kommer det fram i intervjuene.

Kreftsykepleiere forteller at gjennom erfaring lærer de å mestre den komplekse arbeidshverdagen. De forteller at de kan ha mange pasienter samtidig og flere parallelle

oppgaver. Mange cellegiftposer skal gis til en enkel pasient i riktig rekkefølge. Infusjonshastighet på pumpene må justeres for hver eneste pose. For å handtere arbeidsmengden vil kreftsykepleiere jobbe systematisk. De sier at de *”har opparbeidet seg et mønster”* eller at de *”må ha system på ting”* vedrørende de praktiske rutineoppgaver rundt administrering av cytostatika.

Ved administrering av cytostatika intravenøst kan det oppstå kompliserte situasjoner hos pasienten. Kreftsykepleieren må håndtere situasjonene slik at det blir trygghet og ro hos pasienten og i hele behandlingsmiljøet. En fortelling fra et intervju belyser dette:

”Situasjonen ble til veldig uventet. En dame skulle få cellegift. Hun var en ressurssterk person, og å bli kreftsyk var tøft for henne. Da vi begynte å sette kur i gang, fikk hun panikkangstanfall. Hun ropte og skrek. Hun var forferdelig redd. Og hun skulle ha behandling. Hun var motivert på det. Med pasientens tillatelse tok jeg kontakt med akuttpsykiatrisk team. Hun falt i ro etter hvert og fikk sin behandling gjennomført.

Man måtte ta hensyn til at hun måtte skjermes fra andre pasienter og andre pasienter trengte å bli skjermet fra å være deltakende i det som skjedde med henne. Det var ikke enkelt å løse med tanke på lokalene vi har. De neste kurene måtte planlegges slik at hun kunne være i en plass der hun kunne være i ro.”

Dette eksempelet beskriver en uventet situasjon med flere utfordringer. Kreftsykepleieren som fortalte denne historien konstaterte at for å takle en slik situasjon må kreftsykepleieren være trygg på seg selv og betrygge pasientene som er involvert i det som skjer.

Kreftsykepleiere sier at det er viktig for pasientene at de selv er trygge i å gi cytostatika intravenøst til pasientene med kreft. Kreftsykepleierens trygghet og utrygghet smitter seg overfor pasienten. Mine intervjupersoner synes pasienter med kreft kan oppleve utrygghet fordi de har en alvorlig sykdom med usikkert forløp. Pasientene kan også ha fordommer og frykt overfor behandlingen. Kreftsykepleiere beskriver dette i intervjuene slik:

”Det her med cytostatika, det er jo veldig skremmende. Pasientene har kanskje referanser til en tante eller en nabo som har hatt kreft. De vet ikke hva cytostatika er, at det er mange forskjellige typer medisiner og man reagerer forskjellig.”

” Vi prøver å skape tillit og sørge for at pasienten er mest mulig informert om behandling, om bivirkninger for å gjøre pasienten trygg. Og da er det viktig at sykepleieren er trygg. Det smitter jo over på pasienten. Det er pasienten det handlet om ”.

For å takle sin situasjon som kreftsyk må pasientene kunne stole på at de som utfører behandling er trygge i å gjøre sine oppgaver, det gir kreftsykepleiere uttrykk for.

5.1.4. Å kjenne pasientens situasjon gir trygghet i å komme nært til pasienten

Å kjenne til pasientens situasjon ble tatt opp som et viktig tema av kreftsykepleiere i intervjuene som handler om trygghetsopplevelsen rundt administrering av cytostatika intravenøst til pasienter med kreft. Det er ikke nok for kreftsykepleiere å snakke om bare prosedyren man utfører.

”Det er ikke bare å gi cytostatika, det er mange andre ting rundt pasienten som kreftsykepleiere har lært i ettertid; den erfaringen man gjør etter at man har begynt å jobbe som kreftsykepleier”.

Ifølge kreftsykepleiere ga også videreutdanning i kreftsykepleie dem trygghet i å møte pasienter som var alvorlig syk.

De erfarne kreftsykepleiere jeg intervjuet hevder at for en pasient som får cellegift er det betryggende at kreftsykepleieren kjenner til hans eller hennes situasjon. Kreftsykepleiere diskuterer og blir kjent med pasienten da de gjør forberedelser til cellegift-infusjon. Når de legger en perifer venekateter, henger opp infusjonssett og starter premedikasjon diskuterer de med pasienten og danner et bilde av hvem er pasienten de har foran seg. Noen kreftsykepleiere har laget et kartleggingsskjema som arbeidsverktøy. Der noteres ned hva er viktig for pasienten, hvilke relasjoner denne har, hva de er blitt informert om, om de har hatt reaksjoner på cellegift. Å kjenne til pasienten som person og pasientens medisinske historie hjelper kreftsykepleiere til å møte pasienten på en god måte. God kommunikasjon skaper åpenhet og trygghet mellom kreftsykepleieren og pasienten; det kommer fram av datamaterialet.

Kreftsykepleiere gir uttrykk for at å involvere seg i pasientens livssituasjon forutsetter at de er trygge i å gjøre det. De sier at de tørr stille pasienten viktige spørsmål om temaer som kan

være vanskelige, som for eksempel hvor langt sykdommen er kommet. Hvis forventet levetid er kort, kan det bli aktuelt å spørre om det er etisk rett å fortsette med behandling hvis den gir mer plager enn lindring til pasienten. En kreftsykepleier sier dette:

” Hvis du ser at pasienten får mye bivirkninger og blir dårligere - du hører at de tre ukene mellom kurene pasienten ligger mye, plages mye, spiser lite, og det er snakk om livsforlengende behandling - så har vi ansvar for å bidra til at det blir en dialog med legen om det her.”

Kreftsykepleiere har mot til å ta opp både med pasient og lege et spørsmål om cytostatikabehandling er hensiktsmessig.

En intervjuperson beskriver dette med å være deltakende i pasientens vanskelige situasjon:

” Pasienten er jo veldig sårbar. Det slår meg mange ganger at vi kommer jo veldig brutalt inn i pasientens liv – pasienten er nødt til å bli kjent med oss, og er nødt til å slippe oss inn i sin innerste sfære i veldig kort tid. Og da er jo cellegift en lenk mellom oss.”

Denne beskrivelsen viser at kreftsykepleieren er seg bevisst på at det er krevende for en pasient å komme til cellegiftbehandling. Hun har stor respekt overfor pasientens integritet – samtidig skal hun komme nær til pasienten for å hjelpe denne.

Å gi omsorg til pasienten som skal få cellegift forutsetter at sykepleieren har tid til det. En kreftsykepleier formulerer pasientens krav på omsorg slik:

” Man må jo ha tid til å snakke med pasientene. Man kan ikke bare springe rundt, fordi da oppdager pasientene veldig fort at vi ikke er til stede. Vi gjør liksom det vi skal men vi er ikke der for dem da. Ofte har de jo pårørende med seg og de har behov for å få tid og ro for å snakke med oss om ting som de er opptatt av. De har en alvorlig diagnose og de er redde for at det går bare én vei. Hvis de får smerter, lurer de på om det kan være metastase. Alle vondter blir på en måte kreften. Så du kan ikke bare springe rundt og bare switche over til saltvann og til neste cellegiftpose og sånn. Du må ha litt mer ro med deg når du er der.”

Kreftsykepleiere opplever at de ikke gjør sin jobb riktig hvis de kun utfører prosedyren men ikke ser hvordan pasienten har det. Dette handler om pasientens opplevelse av å bli eller ikke å bli møtt og ivaretatt av kreftsykepleiere.

Det er viktig for kreftsykepleiere at de får lov til å jobbe i det tempoet de trenger i forhold til den enkelte pasienten, ut fra pasientens behov og tilstand, også når de gir pasienten cytostatika intravenøst.

” At ikke noen står med stoppeklokken og sier at nå bruker dere altfor lang tid, fordi disse pasientene må du bruke den tiden den tar. Man vet aldri hva dagen bringer. Alt skal jo effektiviseres, alt skal gå fort, vi skal være mindre folk. Men de sykeste av syke pasienter trenger tid til å bli trygg”.

Kreftsykepleiere opplever som ugunstig hvis riktig bruk av tid på oppgaven defineres uten forståelse for arbeidets natur.

5.2. Arbeidsforhold som påvirker trygghet

5.2.1. Rutiner og tid som rammer for trygghet

Funn ”gode rutiner” handler om hva kreftsykepleiere sier om de skriftlige verktøy de har som grunnlag for å administrere cytostatika forsvarlig til pasientene. Kreftsykepleiere forteller at rammer for arbeidet som prosedyrer og retningslinjer angående administrering av cytostatika må være i orden for at de skulle føle seg trygge når prosedyren skal følges. En kreftsykepleier forteller:

” Jeg er opptatt av at man har gode rutiner. At det er rutiner og prosedyrer som er godkjent. Hvis det er godkjent som vi skal følge, så er det greit for meg.”

Det arbeidsverktøyet kreftsykepleiere oftest nevner er arbeidsbeskrivelser, det vil si kur- og infusjonsskjemaet vedrørende hver enkelt cellegiftkur.

Ved administrering av cytostatika intravenøst bruker kreftsykepleiere kurskjema og infusjonsskjema som forteller om cellegiftens dosering, dosejusteringer, bivirkninger og framgangsmåten ved administrering. For å føle seg trygge på å gi cytostatika forutsetter kreftsykepleiere at skjemaene er oversiktlige og lett å følge med i praksis. Man skal lett kunne finne hvordan man skal følge prosedyren: hvilken rekkefølge man skal arbeide i, hvordan man skal gjennomføre administrering rent praktisk. En kreftsykepleier hadde vært borti et skjema som inneholdte altfor mye informasjon i forhold til det hun trengte for å administrere cellegift. Det uoversiktlige skjemaet skapte stress hos henne, når hun var ny og hadde problemer med å

finne ut hva var vesentlig informasjon for henne. En god kurskjema bidrar til at en kreftsykepleier vet hvordan hun skal følge prosedyren og blir dermed trygg i å utføre oppgaven sin.

For å være sikker på at en gjennomfører arbeidet riktig, er det viktig for kreftsykepleiere å forberede seg godt til cytostatika-administrering. Det er viktig å få lest kurskjema og infusjonsskjema i forkant for å se hva den enkelte kuren innebærer og hvordan observasjoner tas underveis. Man må vite hva man skal følge med. En av intervjupersonene forteller at det var ”skummelt” å ha med et mer ”avansert” kurskjema å gjøre de første gangene. Man må få fordype seg på forhand i et slikt skjema for å kunne danne seg et bilde av hva kreftsykepleieren skal gjøre ved administrering av den enkelte kuren.

”At man kan gå steg for steg gjennom skjema hva er i det. At man får se skjema i på forhånd i stedet for å bli kastet i det og uten hjelpemidler. Det er såpass viktig det vi gjør at hvis man bare hiver seg ut i det er det skummelt fordi vi gir cellegift og vi må følge med bivirkninger. Og ofte er det mange ting som må gjøres i forkant eller etterkant og samtidig, som å gi Mesna (Forebygger skade i urinblæreslimhinnene, ML) ved enkelte kurer ved visse klokkeslettene. Og ved høydose Metotrexat er det kontrollblodprøvene og å gi motgift. Mange ganger er selve kuren ganske enkel, det står jo på skjema om det gis over en time eller to timer. Men det er andre ting rundt som er viktig å følge opp.

For at kreftsykepleiere kunne føle seg trygge i administrering av cytostatika intravenøst, behøver de tid til å gjøre forberedelser til å utføre prosedyren. Ut fra kreftsykepleieres utsagn betyr gode forberedelser fordyping i kur- og infusjonsskjema, kontroll og eventuell tilberedning av cytostatikadosen og oppdatering angående informasjon om pasientene som skal ha kur. En kreftsykepleier sier at hun er blitt flink til å ta seg tid til dette. Hun ber om sine kollegaer om å svare på sine pasienters klokker hvis hennes pasienter ringer på, slik at hun får konsentrere seg og sette seg inn i de kurene hun skal administrere den vakta.

Fra datamaterialet kommer det fram at noen ganger har det vært en utfordring for kreftsykepleiere å forberede seg godt nok til administrering av cytostatika. Allfor lite tid til dette på grunn av veldig mange pasienter en kreftsykepleier skulle ta hand om i løpet av et kort tid har vært utfordringen. Travelhet har utsatt kreftsykepleiere for større risiko for å gjøre feil ved administrering av cytostatika. Mine intervjupersoner gir uttrykk for at det er ugunstig

å ha ansvar for altfor mange oppgaver samtidig. En kreftsykepleier forteller fra sin egen praksis:

” Hvis jeg skal gjøre andre ting samtidig som jeg skal gi cellegift så blir det veldig mange ting jeg skal forholde meg til. Jeg merker at belastning blir så stor at jeg kan ikke ha fullt fokus på den. Og da føler jeg at det ikke er forsvarlig. Jeg brukt feil skjema en gang. Det ble ikke skadelig for pasienten. Men det var en veldig ekkel følelse. Jeg hadde på en måte mistet kontrollen. Det ble altfor mye å ha ansvar for. Sånn kan vi ikke ha det.”

Kreftsykepleiere opplever at det er begrenset hvor mange ting de kan forholde seg til samtidig uten at de mister muligheten til å konsentrere seg til oppgaver som krever nøyaktighet. Å utføre prosedyren forsvarlig må kreftsykepleieren bruke tid til det og ha ro rundt arbeidet.

Kreftsykepleiere nevner i intervjuene slike sikkerhetstiltak som å sikre god venetilgang og å forebygge ekstravasasjon (dobbeltkontroll av backflow). De utfører dobbeltkontroll av cellegift. En kreftsykepleier sier:

” Jeg vil være sikker på at jeg gjør rett. Når jeg henger opp cytostatika, sjekker jeg pasientidentitet, sjekker opp dosen, og i forhold til kvittering sjekker legen også posen. Det er stor trygghet at det er to sykepleiere som sjekker backflow. Hvis det går noe galt, har man jo to stykker som har sjekket at alt er i orden.”

Samvittighetsfull oppfølging av sikkerhetsrutiner gjør kreftsykepleiere trygge i utførelsen av prosedyren.

Et bidrag til pasientsikkerhet ved administrering av cytostatika er beredskap på å reagere på akutte bivirkninger. Noen medisiner som anvendes innebærer større risiko for akutte bivirkninger. Kreftsykepleiere sørger for at de har akuttmedisiner tilgjengelig og mulighet til akutt legehjelp ved behov. De forteller at når beredskap med tanke på uønskete hendelser er ivaretatt, er de tryggere på å gi cellegift.

Ved feil som kan oppstå underveis bruker kreftsykepleiere avviksmelding som er organisasjonens tiltak til å synliggjøre årsakene til at feil oppstår og å iverksette forbedringstiltak.

5.2.2. Bemanningssituasjon og ansvarsforhold – hvordan disse påvirker trygghet

Funn ”tilstrekkelig bemanning og klare ansvarsforhold” inneholder kreftsykepleierens beskrivelser om både forsvarlig bemanningssituasjon og deres opplevelser av å stå alene i situasjoner der de hadde trengt kollegaenes støtte, og beskrivelser om god og manglende legetilgang når det tas avgjørelser angående videre behandling av pasienter som har cellegiftkuropplegg. Disse forhold påvirker hvorvidt kreftsykepleiere føler seg trygge i å gi cytostatika til pasientene med kreft.

En kreftsykepleier fortalte at hun aldri har opplevd at forholdene rundt administrering av cytostatika har vært uforsvarlig. Hun har alltid hatt kollegaer på samme vakt som hun kan ha rådført seg med og fått hjelp av. Hun sier at hun ikke har opplevd at hun har blitt pålagt større ansvar enn hva hun er i stand til å ha.

De fleste av mine intervjupersoner har følt utrygghet i forskjellige grad ved administrering av cytostatika intravenøst på grunn av bemanningssituasjon. De har opplevd at de har alene ansvar for flere oppgaver enn hva de klarer å håndtere forsvarlig. De gir toksiske medisiner til pasientene, og uventede ting som kan medføre risiko for pasienten kan skje underveis. Kreftsykepleiere synes det er viktig med en back-up av lege når cytostatika gis til pasientene.

” Samarbeid med lege er en viktig faktor som bidrar til trygghet. Er man alene som kreftsykepleier og har flere pasienter som får kur, og hvis du får utfordringer underveis, så er det viktig at du har en god dialog med en tilgjengelig lege.”

Det er betryggende for kreftsykepleiere å vite at de får tak i legen hvis pasienten har akutt behov for legetilsyn.

Noen av mine intervjupersoner jobber under andre vilkår. Disse kreftsykepleiere har som oftest ikke lege fysisk tilgjengelig da de gir cellegift til pasientene. En ambulerende onkolog kommer til deres arbeidssted omtrent annenhver måned. De kan rådføre seg per telefon med en onkolog som jobber på et større sykehus. Disse sykepleiere får raskt hjelp av stansteamet hvis det blir kalt opp på grunn av en reaksjon hos pasienten.

Å jobbe alene og selvstendig forutsetter at man har mye kunnskap og erfaring rundt cytostatika-administrering, ble det sagt i intervjuene. Kunnskap basert på erfaring gir bestemmelsesgrunnlag hvis det oppstår uventede situasjoner der kreftsykepleieren må handle. Til tross for erfaring og kunnskap sier kreftsykepleiere at i noen situasjoner har de større

ansvar enn de burde ha. Et eksempel på dette er at kreftsykepleiere må ta samtaler og vurderinger om pasienten skal ha mer behandling når det finnes dilemma om videre behandling med cytostatika blir livgivende eller begrensende for pasienten. Kreftsykepleiere opplever at dette ansvaret er utrygt å ha alene, uten at legen ser til pasienten. Kreftsykepleiere ringer til legen som tar den endelige avgjørelsen. Og legen er avhengig av informasjon kreftsykepleiere gir om pasienten.

Ideelt sett ville kreftsykepleiere jobbe under forhold der ansvarsfordeling er klar. En intervjuperson sier dette:

” At jeg vet hva er mitt fagområde, og det som går utover det, så er det andre sitt. Da kan jeg spørre dem, og de tar ansvar for det. Jeg vet hva er mitt ansvarsområde. Jeg må ha klarhet.”

Kreftsykepleiere gir uttrykk for at klar ansvarsfordeling gjør dem trygge.

Ut fra mitt datamateriale er det bedre vilkår rundt bemanning og ansvarsfordeling i større enn i mindre enheter der cytostatika gis. Altfor mye arbeid i forhold til bemanning forekommer også i sengepost der det er flere sykepleiere og kreftsykepleiere samtidig på jobb. Men å jobbe i en liten enhet gir særegne utfordringer som en kreftsykepleier forteller om:

” Største utfordring var vel det å stå så mye alene. Tenker at det å føle på at ansvaret var så stort på meg. Det var jo jeg som sto med detaljkunnskaper om ulike behandlinger og medikamenter, om pasientkommunikasjon, om å tørre å gå inn i vanskelige situasjoner, og ikke ha noen å støtte seg til. Og lokalene er fysisk utenfor sengepost og andre poliklinikk – hvor får jeg hjelp hvis jeg trenger det. Hvem kommer inn og ser meg? Fordi vi jobber med lidelse fra vi kommer på jobb til vi kommer hjem, det gjør noe med en. Også hjelperen trenger å bli sett.”

Det har vært belastende for denne kreftsykepleieren å jobbe alene med administrasjon av cellegift, uten støtten og tryggheten et team rundt kunne gitt.

5.2.3. Kollegastøtte gir trygghet

Funn ”kollegastøtte” handler om kreftsykepleieres opplevelse av å være trygg i å administrere cytostatika når de vet at de har kollegaer rundt seg som kan hjelpe dem ved akutte situasjoner og støtter dem opp i arbeidet med pasienter som får cytostatika.

I forrige kapittel i denne oppgaven kommer frem at kreftsykepleiere opplever at det er utfordrende og til tider uforsvarlig å stå alene med mange cellegiftkurer. I slike situasjoner savner kreftsykepleiere kollegaer å dele ansvar med, å rådføre seg med og for å få praktisk hjelp av. En kreftsykepleier som har jobbet alene i en liten enhet formulerte det slikt:

” Hvem kommer inn og ser meg? Fordi vi jobber med lidelse fra vi kommer på jobb til vi kommer hjem, det gjør noe med en. Også hjelperen trenger å bli sett.”

Det er viktig å ha kollegaer som vet hva man står i, sier kreftsykepleiere. Disse vet hva alt administrering av cytostatika innebærer og hvordan utfordringer man har i dette arbeidet.

De erfarne kreftsykepleiere jeg intervjuet tenker at for nye kreftsykepleiere er det betryggende at kollegaer forstår hvordan det er å være ny. Det er bra hvis det er greit å spørre når man er usikker. Mine intervjupersoner gir uttrykk for at det var trygt å jobbe sammen med erfarne kollegaer da de var ny. De erfarne kreftsykepleiere opplever også at det viktig å ha kollegaer rundt seg som de kan dele sin arbeidshverdag med også når de er erfarne. Støttende klima og åpenhet mellom kollegaer danner et grunnlag til at kreftsykepleiere føler seg trygge på arbeidsplassen. En intervjuperson formulerer dette slik:

”At man bygger på hverandre og støtter hverandre.”

En fin dialog med kollegaer ble nevnt i intervjuene. I et av miljøene inkludert i undersøkelsen savner kreftsykepleieren flere kreftsykepleierkollegaer på sin arbeidsplass. Hun ønsker et arbeidsmiljø der flere deler samme syn på hvordan pasienter med kreft behandles.

I intervjuene ble det nevnt at kreftsykepleiere hadde en overordnet med kreftsykepleierbakgrunn som kunne gi støtte i arbeidet med administrering av cytostatika intravenøst. Ellers kom det ikke fram i intervjuene på hvilke måter nærmeste overordnede eventuelt påvirker opplevd trygghet i administrering av cytostatika hos kreftsykepleiere.

6. DRØFTING

Av intervjuene er det mulig å finne ut hva fremmer og hva hemmer opplevelsen av trygghet ved administrering av cytostatika intravenøst til pasienter med kreft. Det som gjør kreftsykepleiere trygge er gode teoretiske kunnskaper om medisiner, praktisk opplæring til administrering av cytostatika, klare rammer og retningslinjer overfor praksis på arbeidsplassen samt erfaring som gir fingerferdigheter og ferdigheter i å beherske den kompliserte arbeidshverdagen. Kreftsykepleiere framhever at kunnskaper om den individuelle pasienten er en viktig forutsetning for å gjøre en god jobb i administrering av cytostatika. Inn i det hører kunnskaper om hvordan den enkelte pasienten reagerer på cellegiftbehandling og forståelse overfor pasientens livssituasjon som kreftsyk. Teamarbeid og kollegastøtte bidrar til trygghet hos kreftsykepleiere.

Det kommer fram i intervjuene at travelhet på arbeidsplassen hemmer dem fra å oppleve trygghet i administrering av cytostatika. Har man det altfor travelt er det vanskelig å få oversikt overfor oppgavene og den kliniske situasjonen. Et altfor stort ansvar hos den enkelte kreftsykepleieren gjør denne utrygg.

6.1. Medisinkunnskaper, opplæring, rutiner og skjemaer som rammene for trygghet

En del av de kreftsykepleiere jeg intervjuet var spent når de begynte med å gi cellegift i sin tid. De var spent og ”på vakt” når de ga cytostatika, fordi de visste at ved feil ved administrering kan man skade pasienten. Også i tidligere forskning kommer det fram at sykepleiere har vært redde og bekymret for å gi cytostatika, spesielt i begynnelsen (Verity et al. 2008, Gibson et al. 2013).

I norsk kreftsykepleierutdanning er det lagt til rette for at studentene får en god oversikt over forskjellige cytostatika og deres bivirkninger (Rammeplan 2005:9-10). Denne oversikten hjelper kreftsykepleiere til å søke videre informasjon de trenger i sin praksis, kommer det fram i mitt datamateriale. Verity et al. (2008) og Gibson et al. (2013) rapporterer at undervisning om temaer innen onkologi (som ikke tilsvarende norsk videreutdanning i kreftsykepleie) samt praktisk erfaring gjorde sykepleiere tryggere på å gi cytostatika etter hvert.

Opplæring som gir ferdigheter i forsvarlig administrering av cytostatika er viktig for kreftsykepleiere for at de kunne føle seg trygge i forhold til oppgaven. Og det er lovpålagt at opplæring gis (Kjemikalieforskriften §9). Sykepleiere som jobber med cytostatika er opptatt av at de utfører prosedyrene korrekt (Haavardsholm og Nåden 2009).

Sykepleiere som skal gi cytostatika må ifølge regelverket få opplæring til å utføre prosedyren (kjemikalieforskriften 9§). Opplæring skal inkludere kunnskap om de enkelte stoffene, i tillegg til praktisk administrering av cytostatika og vernetiltak/sikkerhetstiltak (Bruun et al. 2009:465-466). Det kan synes som hvor mye teoretisk opplæring om cytostatikas egenskaper og bivirkninger en sykepleier uten spesialutdanning får i sin arbeidsplass kan variere fra arbeidsplass til arbeidsplass. Mine intervjupersoner nevnte at det hadde vært en fordel hvis de hadde fått mer teori tilknyttet opplæring til å gi cytostatika. De forteller at de har lest seg opp om cytostatikas virkninger og bivirkninger. Sykepleieres egeninnsats som strategi for å bli tryggere på administrering, å lese seg opp om medikamentet, kommer ikke fram fra Verity et al. (2008) sine undersøkelser. I Gibson et al. (2013) sine rapport nevnes egenlæring angående kjemoterapi. Også i disse undersøkelser kommer det fram at sykepleiere gjerne hadde mottatt mer teoretisk opplæring om cytostatika når de begynte å gi cellegift.

Å lære seg opp det teoretiske angående cytostatika på egenhånd uten tilrettelagt undervisning krever stor innsats. Kreftsykepleiere jeg intervjuet har gjort det for å være sikre på at de administrerer cytostatika forsvarlig. De bemerker at det er deres plikt å kjenne medisinene de gir til pasientene. Plikten til å kjenne medisiner er påkrevd av sykepleiere ifølge regelverket (Legemiddelhåndteringsforskrift 2008:16). Det handler om trygghet forstått som sikkerhet – at man ikke setter pasienten i fare ved å administrere cytostatika feil (Haavardsholm og Nåden 2009).

Det kom fram i intervjuene at kreftsykepleiere er opptatt av at de ivaretar pasientens sikkerhet ved administrering av cytostatika. De ville forebygge feil i administrering og de ville være nøyaktig med sikkerhetsrutiner som sjekk av backflow (for å sikre at venekanylen er i blodåra) og å sjekke pasientens identitet opp imot cytostatika de skal administrere. De har akuttmedisiner tilgjengelig og back-up fra legene i tilfelle pasienten reagerer på cellegift eller annen antitumormedisin. De er i hele tiden til stede hos pasienten og observerer denne (Bruun et al. 2009:469).

Mine intervjupersoner forteller, at det fremmer læring, hvis arbeidsinstrukser angående administrering av cytostatika er klare og lett forståelige. Instrukser som er klare medvirker at

kreftsykepleieren får oversikt over sin oppgave, og det bidrar til at prosedyren gjøres korrekt. Kreftsykepleiere stiller krav til organisasjonen at det bearbeides og tilrettelegges retningslinjer kreftsykepleiere skal følge. Er disse retningslinjene klare, føler kreftsykepleiere seg trygge.

Klare arbeidsinstrukser i forhold til administrering av cytostatika har betydning for pasientsikkerheten (Legemiddelhandteringsforskrift, s. 14). Kreftsykepleiere jeg intervjuet hadde vært borti uoversiktlige arbeidsbeskrivelser som gjorde dem usikre og rådløse i forhold til oppgaven. Det ble nevnt i Verity et al. (2008) sine rapport at mange sykepleiere hadde problemer med å forstå ordinasjoner angående cellegift, uten at dette ble utdypet. Ellers framgår det ikke i forskningsrapportene jeg referer til i denne studien at dårlige arbeidsinstrukser skaper utrygghet hos sykepleiere som administrerer cytostatika intravenøst.

Opplæring, rutiner og skjemaer er rammer for forsvarlig praksis som virksomhetsledelsen er ansvarlig for å utarbeide og iverksette for å forebygge skader som feil handtering av cytostatika medfører. (Legemiddelhandteringsforskriften: 4). Klare retningslinjer er et bidrag til trygghet, her forstått som sikkerhet, slik at verken kreftsykepleieren eller pasienten blir utsatt for fare (Haaverdshom og Nåden 2009). Arbeidsplassen må sørge for at kreftsykepleiere har tilgjengelige ressurser til å ivareta sikkerhet ved administrering av cytostatika, både for sin egen del og for pasientenes del. Ivaretagelse av sin egen og pasientens sikkerhet er en del av kunnskaper en kreftsykepleier skal ha. Disse kunnskaper gir kreftsykepleiere kontrolltrygghet (Segesten 1994:14). Først når kreftsykepleiere har klare og forståelige arbeidsinstrukser og de forsikrer med dobbeltkontroll at de har fulgt etter prosedyrene føler de seg trygge.

Kreftsykepleieres strategi for å takle deres spenning overfor oppgaven er å skaffe seg informasjon om hva man skal gjøre for å utføre prosedyren forsvarlig og hva de skal gjøre hvis feil ved administrering oppstår eller hvis pasienten får akutte bivirkninger. Denne type strategi kaller Segesten for materialisering. For å føle seg trygg på noe man må forholde seg til innhenter man informasjon om hva det en er utrygg for, egentlig er og hva man skal gjøre med det. Man oppsøker også hjelp fra andre for å bli trygg. (Segesten 1994:48,59)

Materialisering av trusselen for trygghet er en måte å oppnå kontrolltrygghet på (Segesten 1994:14). Kreftsykepleiere gjør klart for seg selv hvilke tiltak som forventes av dem i forhold til å gi cytostatika og i forhold til å takle eventuelle uønskete hendelser i forbindelse med administrering.

Mine intervjupersoner oppdaterer sine kunnskaper om cytostatika fra Internett, oppslagsverk og publikasjoner. Faglige diskusjoner med kreftsykepleierkollegaer og leger var en viktig

kilde for kunnskap hos kreftsykepleiere jeg intervjuet. Det samme rapporteres i undersøkelsene av Gibson et al. (2013) og Estabrooks et al. (2005). Sykepleiere på Gibson et al.(2013) sin undersøkelse fortalte at de gjerne henvender seg til erfarne kollegaer eller leger når de har behov for å vite mer om cytostatika. I den undersøkelsen kom det fram at sykepleiere også spør apotekpersonalet om cytostatika. Apotekpersonalet som informasjonskilde vedrørende kunnskaper om cytostatika ble ikke nevnt i mine intervjuer. Mulighet til å hente informasjon også om cytostatika fra apoteket finnes nok i sykehus der intervjuene ble utført, fordi sykehusapoteket har rådgivningsfarmasøyter.

Å beskytte seg selv fra eksponering til cytostatikas virkning var ingen sentral tema i mine intervjuer som omhandlet å oppleve trygghet i å administrere cytostatika. Bruk av hansker og munnbind ble så vidt nevnt i noen av intervjuene. Ingen kreftsykepleier nevnte håndtering av cytostatika-avfall. I det norske regelverket er disse rammebetingelser nevnt, rammebetingelser som har som mål å beskytte arbeidstakere fra eksponering til skadelige virkninger av cytostatika. (Kjemikalieforskriften §25 og §26) I undersøkelsene av Verity et al. (2008) og Gibson et al. (2013) tok noen deltakere opp sin bekymring for å bli eksponert til cytostatika, utilstrekkelig bruk av verneutstyr eller å gi cytostatika når en er gravid.

Alle mine intervjupersoner var erfarne kreftsykepleiere. Hvorfor kom ikke eksponering til cytostatika mer fram i mine intervjuer som handler om trygghet i å gi cytostatika? Min uverifisert tolkning er at kreftsykepleiere ikke opplever problemer i forhold til sikkerhetsrutiner i deres arbeidssteder. Det er mulig de har lært for lenge siden hvordan de beskytter seg selv fra eksponering, slik at dette ikke var noe de hadde aktivt fokus på. Hadde det vært mer fokus på den her type sikkerhetsrutiner hvis intervjupersonene hadde vært nybegynnere i administrering av cytostatika? Å ha stor fokus og å bruke mye energi på å gjøre rutinene riktig er noe som ble nevnt både i mitt datamateriale og i teori om sykepleierens utvikling (Dreyfys og Dreyfys 2009: 25).

6.2. Erfaring gjør kreftsykepleieren trygg i kliniske situasjoner og dette betrygger pasienten

Kreftsykepleiere jeg intervjuet fortalte at deres praksiserfaring har bidratt til at de føler seg trygge i å administrere cytostatika til sine pasienter.

Med øving og gjentakelse blir praktiske ferdigheter ved en sykepleieprosedyre en integrert del av sykepleierens handlinger. Gode praktiske ferdigheter hos sykepleieren blir synlig for pasienten som godt handlag, og utførselen av en prosedyre virker smidig og lett. (Bjørk 1999) Dette er kompetanse hos sykepleieren som pasienter med kreft observerer og opplever som betryggende (Haldórsdóttir og Hamrin 1997). Når en kreftsykepleier har lært seg å henge opp og koble til cytostatika og justere hastigheten på infusjonen, blir ikke hans eller hennes hovedfokus på dette, men oppmerksomhet kan rettes på hvordan pasienten har det. Dette har mine intervjupersoner erfart.

Klinisk sykepleieutøvelse forutsetter både praktiske sykepleiekunnskaper og evnen til å forholde seg til pasientens psykiske tilstand og livssituasjon (Benner et al. 2009, Bjørk 1999). Dette er gjeldende i stor grad når cytostatika administreres intravenøst til pasienter med kreft. Intravenøs infusjon er en prosedyre med mange ledd i en praktisk handling. Man skal ha et godt handlag for å utføre prosedyren slik at den ikke blir ubehagelig for pasienten (for eksempel venepunksjon) og at infusjonssetter kobles til aseptisk. I mine intervjuer brukes ordet fingerferdigheter. Samtidig som en administrerer cellegift skal kreftsykepleieren relatere seg til pasientens eventuelle angst for cellegift og følelsene tilknyttet pasientens situasjon som kreftsyk (Garcia 2014; Haldórsdóttir og Hamrin 1996).

Når mine intervjupersoner snakker om trygghet i administrering av cytostatika snakker de ikke bare om å handtere prosedyren trygt overfor én pasient. Når de forteller om trygghet i arbeidet de har oppnådd gjennom erfaring, tar de opp også dette med å organisere og å gjennomføre smidig den ofte så kompliserte arbeidshverdagen. Erfaring med samme type kliniske situasjoner over tid gjør at en sykepleier får oversikt overfor situasjonene og kan planlegge sitt arbeid, prioritere sine oppgaver og handle effektivt (Dreyfys og Dreyfys 2009: 103-104). En deltaker i undersøkelsen av Gibson et al. (2013) forteller: *”Trygg på mine evner og kunnskaper. Evnen til å oppdage problemer og navigere blant behandlingsregimene har økt”* (deltaker 1710). Erfaring gir oversikt og kontroll overfor arbeidets innhold og mulige utfordringer som kan oppstå i kliniske situasjoner som i forbindelse med administrering av cytostatika. Gjennom erfaring lærer kreftsykepleieren å handtere utfordringene. Dette betyr at

man oppnår kontrolltrygghet. Man vet at man klarer å utføre sine oppgaver og behersker ulike situasjoner og føler seg derfor komfortabel med arbeidet sitt (Segesten 1994:14).

Kreftsykepleieren føler seg ikke lenger ”skremt, litt som å være i Tsernobyel” når hun skal gi pasienter cytostatika (Intervjuset fra Verity et al. 2008).

I forbindelse med administrering av cytostatika intravenøst kan det oppstå uventede situasjoner underveis som kreftsykepleieren må håndtere på en profesjonell og betryggende måte. Dette er en erfaren kreftsykepleier i stand til å gjøre (Enskär 2012). Det er mulig det blir flere pasienter involvert i behandlingssituasjoner, hvis cytostatika ikke gis i et enerom men i en fleremmannsstue. En kreftsykepleier som håndterer kompliserte situasjoner på en profesjonell måte gir et inntrykk også på de pasientene som observerer det kreftsykepleieren gjør for andre. Dette skaper tillit til behandleren hos pasientene; det kommer fram i undersøkelsen av Halldórsdóttir og Hamrin (1997). Håndtering av kompliserte situasjoner på en betryggende måte forutsetter forståelse for situasjonens betydning for pasientene og kunnskap om muligheter til å løse den. Til dette trenges erfaring.

Kreftsykepleiere jeg intervjuet har opplevd at pasientene blir trygge når de ser at de selv er trygge. Pasienter med kreft setter pris på sykepleiere som framstår som kyndige og sikre med sine praktiske oppgaver relatert til cytostatika-administrering. Når pasientene blir tatt hand om sykepleiere som virker sikre i sin jobb, føler de seg trygge og ivaretatte (Halldórsdóttir og Hamrin 1997). Trygghet en pasient opplever i forhold til en dyktig sykepleier har med ”å stole på andre-trygghet” å gjøre. Det går ut på at pasienten er i en situasjon der han eller hun er avhengig av helsepersonells ekspertise og kunnskaper for å få hjelp. (Segesten 1994:16)

I Halldórsdóttirs og Hamrins (1997) rapport kommer det fram at omsorg profesjonelle og kompetente sykepleiere gir oppleves positivt, til og med ”helbredende” av pasientene. Det er tenkelig at tryggheten betyr for disse pasienter fotfeste, tillit, hvile og ro, når de ikke behøver å stille spørsmål om sykepleiere mestrer administrering av cytostatika eller ikke (Segesten 1994:12). ”Det er hvile i tryggheten” skriver Løgstrup (1972 i Thorsen 2005).

Pasienter og sykepleiere sanser og fortolker hverandre i kontakt med hverandre. De påvirker hverandre aktivt og passivt, bevisst og uten å tenke over det. Roen og tryggheten hos sykepleieren smitter over på pasienten. (Elstad 2014:61-67)

Av mitt datamateriale gis et inntrykk av at drivkraften i kreftsykepleieres arbeid er at deres pasienter får det bedre. De er seg bevisst på at deres væremåte og handlinger virker på

pasientenes opplevelse om behandling (Dreyfys og Dreyfys 2009:75-76, Enskär 2012). Sykepleieren er ikke tilfreds med bare en feilfri utførelse av prosedyren – sikkerheten. Sikkerheten er også viktig, pasienten skal ikke skades. Men sykepleiepraksis handler om flere forhold. Erfarne sykepleiere streber etter å være nøyaktige når de administrerer cellegift; det kommer fram både av intervjuene jeg har gjort og i undersøkelsen av Gibson et al. 2013. Men like viktig som at pasientene ikke blir skadet når de får cellegift intravenøst, er det for kreftsykepleiere å formidle pasientene trygghet med sin væremåte. De vil relatere til og å ha sin oppmerksomhet mot pasienten. Erfarne kreftsykepleiere har god kapasitet til å rette oppmerksomhet mot pasientkontakt når de behersker den tekniske prosedyren angående administrasjon av cellegift. Det synes kreftsykepleiere de skal gjøre. Det er viktig for kreftsykepleiere at pasientene føler seg trygge i deres hender. Dette handler om omsorg og etikk. Det er et krav at pasienten får etisk forsvarlig pleie (Yrkesetiske retningslinjer punkt 3.1.). Løgstrup skriver at man kan gi tonen til den andres tilværelse – å gjøre den truende eller trygg med blotte holdninger (Løgstrup 1956:26, i Thorsen 1997:83). Og holdningene blir synlige til den andre i handlinger. Pasienter som Halldórsdóttir og Hamrin (1997) hadde intervjuet gav uttrykk for at en sykepleier som ikke erverver seg gode praktiske kunnskaper heller ikke har gode holdninger overfor pasientene. Samtidig, feilfri utførelse av prosedyren uten at sykepleieren ser pasienten oppleves som nedbrytende. Det er ytterst viktig for disse pasienter at de opplever at de blir sett og respektert av sykepleieren som mennesker, ikke ignorert av dem.

Når kreftsykepleiere får generell erfaring med sykdomsforløp hos pasienter med forskjellige kreftsykdom, og ser virkninger og bivirkninger av cellegift, får de en oppfatning av hva kan skje med en enkel pasient framover i tid under behandlingsperioden. Med erfaring får kreftsykepleiere helhetlig forståelse overfor pasientens problemstillinger. Forståelse for pasientens situasjon gjør trygg i å gå inn i en relasjon med pasienten. Dette forteller kreftsykepleiere i intervjuene som handler om trygghet i å administrere cytostatika. Dreyfys og Dreyfys (2009:108-112) har kommet fram at trygghet hos en sykepleier bidrar til at denne tørr å involvere seg dypt inn i pasientens situasjon. Om forståelsen for pasientens situasjon som kreftsyk vil jeg bruke begrepet ”helhetlig forståelse” videre i drøftingen. I helhetlig forståelse legger jeg her kunnskaper om pasientens behov i det fysiske, psykiske og sosiale plan og innsikt overfor hvordan pasienten kan hjelpes.

Fra mine intervjuer kom det fram at både kreftsykepleierutdanning og arbeidserfaring ga mer faglig tyngde og trygghet i å snakke med pasienter de gir cytostatika til, og om ting som

oppleves vanskelig. Onkologisk undervisning med temaer kreftsykdom, behandling og psykososial omsorg gir sykepleiere trygghet og kompetanse i å yte omsorg overfor pasienter med kreft, kommer det fram i undersøkelsen av Steginga et al. (2005).

Læringsmål for kreftsykepleiere er å utøve helhetlig sykepleie overfor pasienter med kreft (Rammeplan, s. 5-9). Utdanningen gir en viss forståelse overfor opplevelsen av å være kreftsyk, hvilket kreftsykepleieren kan bygge videre på gjennom sine erfaringer i praksis i møte med sine pasienter. Dette kommer fram i mine intervjuer. Ut fra hermeneutisk forståelse om kunnskapsutvikling må man ha forkunnskaper i form av teori eller tidligere erfaring for å forstå noe mer (Danielsen 2013:186). Når sykepleiere får mer forståelse og kunnskaper overfor sykdommer og behandling av disse gjennom sin praksis, blir de trygge på å aktivt tilby informasjon og støtte til pasientene og pårørende. Da utvikler de seg ferdigheter i å kommunisere med pasientene på en betryggende måte. Med erfaring lærer de seg å skille hvordan informasjon pasienten har nytte av i ethvert tidspunkt. (Dreyfys og Dreyfys 2009:123-126)

Helhetlig forståelse overfor pasientens situasjon gir kreftsykepleieren trygghet i å involvere seg og tilby pasienten den omsorgen han eller hun trenger. Har man evne til å se og utrede hva pasienten trenger av hjelp og støtte, har man grunnlag til å handtere riktig overfor pasienten. Dette inngår i å ha kontrolltrygghet: Man har kunnskaper om det som forventes av en (Segesten 1994:14). Kreftsykepleiere vet at det forventes av dem som kreftsykepleiere å yte helhetlig omsorg overfor pasientene de gir cellegift til, og de føler seg trygge når de vet at de utfyller forventningene tilknyttet deres rolle. Kreftsykepleiere uttrykker tilfredshet overfor at de kan gi pasienten den støtten denne har behov for.

Å avslutte behandling mot kreft var temaet som ble nevnt i intervjuene som konkret eksempel på vanskelige samtaler angående cytostatikabehandling mot kreft. Kreftsykepleiere har mot til å ta opp både med pasienten og legen et spørsmål om cytostatikabehandling er hensiktsmessig å fortsette med hvis pasienten får mer plager enn lindring av den. Dette forutsetter innsikt overfor pasientens situasjon, og trygghet på sitt sykepleiefaglige ståsted, hvilket er kommet gjennom erfaring med settinger rundt palliativ cytostatikabehandling. Problemstillinger knyttet til cytostatika ved palliativ fase ble nevnt av deltakere i undersøkelsen av Gibson et al. (2013) som utfordrende tema å samtale om.

6.3. Travelhet, en utfordring for å yte god omsorg

Kreftsykepleiere jeg intervjuet forteller om tid som en ressurs som bidrar til trygghet hos dem ved administrering av cellegift intravenøst. Forberedelser og utførelse av prosedyren krever nøyaktighet, hvilket forutsetter at man retter sin oppmerksomhet på det man gjør og bruker tid på det. ”Tilstrekkelig tid er forutsetning for kvalitet” (Orvik 2015:71).

Travelhet rundt administrering av cytostatika har fått kreftsykepleiere til å føle seg utrygge. De forteller at feil skjer oftest når det er travelt – når de har flere oppgaver å gjøre enn hva de har kapasitet til å følge opp. Også Verity et al. (2008) rapporterer at travelhet på grunn av lite bemanning er en grunn til bekymring hos sykepleiere i forbindelse med administrering av cytostatika. Ulas et al. (2015) rapporterer at de største årsakene til feil med tilberedning og administrering av cytostatika er stort arbeidspress og personellmangel.

Mine intervjupersoner tar opp dette med travelhet som en faktor som gjør at de ikke klarer å yte en slik omsorg overfor pasientene som de anser de burde. Pasientene som får cellegift og deres pårørende kan ha spørsmål de vil stille og saker de ønsker å ta opp med kreftsykepleieren men det blir ingen samtaler fordi kreftsykepleieren kun har tid til å utføre prosedyren – gi den intravenøse cellegiften ved oppmøte på poliklinikk eller sengepost. Å ikke strekke til å kunne gi den helhetlige omsorgen overfor pasienten, utgjør kanskje ikke en direkte fysisk risiko overfor pasienten. Samtidig, har sykepleiere ikke tid til å samtale med pasientene overfor mulige problemer pasienten har eller informere dem angående forhold relatert til cellegift, klarer man kanskje ikke å fange opp pasientens problemer i tidlig fase. Spesialsykepleiere fra britiske kreftklinikker som har deltatt i undersøkelsen av Leary et al. (2015) konstaterer at deres arbeid for pasientene er blitt fra forebyggende til reaktiv på grunn av mangel på tid til å samtale med sine pasienter om deres situasjon. Disse spesialsykepleiere ble spurt om deres meninger om hvorfor de ikke klarte å gi sine pasienter helhetlig omsorg etter ”best praksis”-retningslinjene. Grunnene de oppga var: Arbeidspress på grunn av stort antall pasienter/spesialsykepleier, ubemannete ledige stillinger, langtidssykemeldinger blant kollegaer, finansiell press, å jobbe alene uten back-up, organisasjonens arbeidskrattevalueringer der behov for helhetlig kreftsykepleie ble mistenkelig gjort, manglende støtte fra overordnede, liten mulighet til å utvide tjenester fra det mest elementære og mangel på personalet til å utføre slikt arbeid.

Mine intervjupersoner gir uttrykk for at de opplever at de ikke gjør tilstrekkelig god jobb overfor sine pasienter hvis de ikke har tid til å samtale med pasientene. Orvik (2015:71) konstaterer at nok med bemanning og dermed tilstrekkelig med tid til å utføre oppgaver ordentlig, betyr ikke bare at man minsker sikkerhetsrisikoer. God bemanning har også med ivaretagelse av personalets verdighet og integritet å gjøre. Det går utover en erfaren og kunnskapsrik kreftsykepleiers integritet og verdighet hvis denne jobber under vilkår som øker risikoen for feil og man ikke har mulighet til å ta vare på pasientens behov selv om de ser at behovet er der.

6.4. Klar ansvarsfordeling, tilstrekkelig bemanning og støtte fra kollegaer bidrar til trygghet

Det kommer fram i mitt datamateriale at det er trygt for kreftsykepleiere å få jobbe under forhold der det er klar ansvarsfordeling i forhold til oppgaven tilknyttet cytostatikabehandling.

I mitt datamateriale kommer fram at det finnes praksiser rundt administrering av cytostatika der ansvaret for pasienten i altfor stor grad er hos kreftsykepleiere som derfor har følt seg utrygge. De har vært nødt til å ta ansvar overfor ting de anser at ikke tilhører deres domene.

Kreftsykepleiere er ansvarlig for administrering av cytostatika etter legens ordinasjon.

Behandlingsansvaret er hos legen. På mindre enheter der cytostatika administreres er legen ikke fysisk til stede hver gang pasienten skal få sin cytostatikakur. Kreftsykepleieren må gjøre en vurdering om pasienten tåler flere kurer og hente den endelige avgjørelsen pr telefon fra en lege som ikke ser pasienten, ikke snakker med den i telefon heller.

I Helsepersonellov § 4 står det:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje med samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.”

Norsk Sykepleierforbund utdyper i sin publikasjon Det bør du vite om faglig forsvarlighet (3. utgave, s. 6-7) at

Forsvarlighetskravet bygger på hva som vanligvis bør kunne forventes av helsepersonell i den aktuelle situasjonen. Kravet tar utgangspunkt i den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. (...)

Forsvarlighetskravet er en rettslig minstestandard, og det har en viss spennevidde.(...)

Flere faktorer spiller inn når det gjelder forventninger til den enkelte helsepersonells kvalifikasjoner. Blant disse er faglig profesjonsbakgrunn, formelle og reelle kvalifikasjoner samt variasjoner i personlig erfaring og kompetanse. (...) Kravet til forsvarlig yrkesutøvelse gis derfor forskjellig innhold for helsepersonell i ulike situasjoner. (...) Forsvarlighetskravet er altså ikke noen fast målbar standard.”

Situasjonen der kreftsykepleieren skal gjøre en klinisk vurdering av om en pasient med kreft skal fortsette med behandling mot kreft eller ikke, er i det minste i grenseland mellom forsvarlig og uforsvarlig praksis. Er helsepersonelloven tolket her slik at en erfaren kreftsykepleier på grunn av sin erfaring har reelle kvalifikasjoner til å vurdere om en pasient med kreft er i stand til å fortsette med cellegiftbehandling? I alle fall er ikke kreftsykepleiere jeg intervjuet komfortable med en slik praksis.

Større ansvar enn hva inngår i den formelle kompetansen handler om ikke å ha kontrolltrygghet (Segesten 1994:14). Kontrolltrygghet handler om at man vet hva forventes av en (Segesten 1994:14). Kreftsykepleiere føler seg utrygge, fordi det forventes av dem mer enn det som inngår i deres roller. Kreftsykepleiere har en sykepleiefaglig innsikt angående hva pasienten tåler av videre behandling – om den er med til å bidra til bedret livskvalitet eller forringe kvaliteten på de dagene pasienten har igjen. Men det hører ikke inn under kreftsykepleieres fagområde å ta den her avgjørelsen. Det er legen som tar avgjørelsen, men denne er avhengig av det kreftsykepleieren formidler om pasienten.

En annen type situasjon der kreftsykepleiere beskriver utrygghet relatert til altfor stort ansvar, er å gi cytostatika intravenøst alene til flere pasienter samtidig. De opplever det som uforsvarlig å gi cytostatika uten mulighet til å få hjelp fra en kollega med kjennskap til cytostatika-administrering og håndtering av situasjoner som kan oppstå underveis og ved feilhåndtering skape en risiko for skade, først og fremst for pasienten. Slike situasjoner kan være anafylaksi, allergiske reaksjoner, ekstravasasjon, eller utslipp/lekkasje av cellegift. Av disse danner utslipp eller lekkasje av cellegift risiko for den som eventuelt får cytostatikasøl på seg og håndterer sølet og avfall. Også deltakere i Verity et al. (2008) sine undersøkelser

uttrykket at administrering av cytostatika uten andre sykepleiere med kjennskap til prosedyren til stedet gjør dem bekymret.

Administrering av cytostatika uten mulighet til å få hjelp til det fra en kollega ved behov handler om utrygghet opplevd som manglende sikkerhet (Haavardsholm og Nåden 2009). Formelt tatt var sikkerhet ivaretatt på arbeidsplassen til mine respondenter, der stansteamet kunne tilkalles ved behov. Men hvis en kreftsykepleier har ansvar alene for mange pasienter samtidig kan tanken om flere samtidige tiltakskrevende uventede hendelser få en kreftsykepleier til å føle seg utrygg – hun stekker ikke alene til i å involvere seg i flere akutsituasjoner samtidig. Det kan diskuteres om en slik situasjon utfyller kriteria for faglig forsvarlig minstestandard (NSF:6).

Støtte fra kollegaer gir trygghet til kreftsykepleiere i å lære seg administrering av cytostatika intravenøst og videre holde på med dette arbeidet. Kreftsykepleiere får støtte i form av stødig veiledning og råd da de er nybegynnere med denne oppgaven. Verity et al. (2008) rapporterer at støtte og oppmuntring fra erfarne kollegaer fikk sykepleiere til å føle seg tryggere i å gi cytostatika, da de ikke hadde vært komfortable med prosedyren til å begynne med. Mine intervjupersoner synes det er viktig at en kreftsykepleier som er på opplæring får lov til å være ny. Deltakere i Enskärs (2012) undersøkelse framhever betydning av å gi støtte til novisesykepleiere. Som erfarne kreftsykepleiere ønsker de selv være mentorer til de nye. Noen av mine intervjupersoner har gitt opplæring til nye kreftsykepleiere i administrering av cytostatika over flere år, og de synes det er viktig å trygge de nye kreftsykepleiere i å administrere cytostatika. Læring av sykepleiepraksis skjer i en sosial arena. Kollegaer danner det sosial-emosjonelle klimaet der den nye sykepleieren får oppleve trygghet og trøst. (Dreyfys og Dreyfys 2009:235-236)

Støtte fra kollegaer er viktig også for erfarne kreftsykepleiere. Det gir mine intervjupersoner uttrykk for. I Haavardsholms og Nådens (2009) undersøkelse om trygghet blant onkologiske sykepleiere er en hovedfunn kollegaenes betydning i å føle seg komfortabel og avslappet – trygg - i arbeidet. Kolleganettverket er mer enn daglig tilstedeværelse av kollegaer. Et betryggende nettverk har et åpent, tillitsfullt og aksepterende klima. Sykepleiere føler seg verdsatt som hva han eller hun er, og har mulighet til å dele sine erfaringer med kollegaer.

Også erfarne sykepleiere opplever utfordrende situasjoner i arbeidet, og det er betryggende for dem å kunne samtale med kollegaer for å finne en løsning på problemene (Haavardsholm og Nåden 2009). Deltakere i Haavardsholms og Nådens (2009) undersøkelse brukte slike uttrykk

som ”å ha rundt seg mennesker du kan stole på”, ”mennesker du vet du kan snakke med når ting blir vanskelig” og ”jeg er ikke alene med problemer jeg synes er vanskelig å løse”. Disse forskere brukte Segestens (1994) modell om trygghet som teoretisk referanse i deres undersøkelse, og de konkluderer med at relasjonstrygghet er en viktig form for trygghet hos sykepleiere som jobber innen onkologi. Opplever man relasjonstrygghet, har man rundt seg mennesker man kan regne med, som viser respekt, aksept og forståelse (Segesten 1994:13).

I en undersøkelsesrapport om arbeidsengasjement blant helsearbeidere som jobber med kreftpasienter (Poulsen et al. 2016) konkluderes det med at sykepleiere som får støtte av sine kollegaer og overordnede har mindre sykefravær enn de som manglet det. Liten sykefravær var en indikator for arbeidsengasjement i deres undersøkelse. Støtte og tilbakemeldinger fra overordnede var et viktig funn i Haavardsholms og Nådens (2009) undersøkelse også. De tolker sitt datamateriale med at tilbakemelding på deres arbeid gir sykepleiere kontrolltrygghet, visshet at de gjør arbeidet sitt riktig. I mitt prosjekt ble ikke de overordnetes rolle i å bidra til trygghet i administrering av cytostatika framhevet av kreftsykepleieres eget initiativ. Dette betyr dog ikke at det ikke har en betydning eller at kreftsykepleiere ikke skulle ha tanker om de overordnetes rolle i å føle seg trygg på jobb. Noe grunnlag til å drøfte hvorfor de overordnede ikke ble nevnt i mine intervjuer har jeg ikke, bortsett fra at jeg ikke spurte etter dette i intervjuene. Hadde jeg tatt initiativ til det, hadde jeg sannsynligvis fått med meg noen forめininger om overordnetes bidrag.

6.5.Kontrolltrygghet og relasjonstrygghet hos kreftsykepleiere i administrering av cytostatika intravenøst – en oppsummering

Denne oppgaven viser at kontrolltrygghet og relasjonstrygghet (og begrepet nært relatert til relasjonstrygghet: stole på andre-trygghet) kan være anvendelige begrep i sykepleie. Disse er begrep som har med sykepleierens og pasientens opplevelser å gjøre. I denne oppgaven er hovedfokus på kreftsykepleierens opplevelse av trygghet. Samtidig kommer det fram at kreftsykepleiere er var for på pasientenes opplevelse av trygghet på sykepleieren og behandling sykepleieren gir til dem.

Funnene fra intervjuene som ble gjort for denne oppgaven er analysert og presentert ut fra faktorene som bidrar til trygghet hos kreftsykepleiere. I drøftingen har jeg forklart kreftsykepleieres opplevelser og erfaringer med hjelp av Segestens (1994:13-14) begrep

kontrolltrygghet og relasjonstrygghet, samt med begrepet sikkerhet (Thorsen 2005; Haavardsholm og Nåden 2009).

I fortsettelsen vil jeg oppsummere hvordan kontrolltrygghet og relasjonstrygghet (Segesten 1994:13-14) manifesterer seg i kreftsykepleieres arbeid ut fra deres fortellinger om trygghet rundt administrering av cytostatika intravenøst.

Kontrolltrygghet betyr ifølge Segesten (1994) å ha kunnskaper, vite hvordan ting er og hva som gjelder i situasjon, og hva rollene innebærer. Hva man kan forvente og hvilke krav man blir stilt. Det handler om å vite at man klarer det man skal og behersker ulike situasjoner. Ting oppleves ikke truende. (Segesten 1994:14)

Kontrolltrygghet hos kreftsykepleiere ved administrering av cytostatika betyr at de har kunnskaper om cellegift de gir, og om bivirkninger og håndtering av bivirkningene. De har kunnskaper om hvordan å handtere uønskete og uventede situasjoner som kan oppstå underveis når cytostatika blir gitt, for eksempel allergiske reaksjoner hos pasienten. De vet at sikkerhetsrutinene rundt prosedyren er ivaretatt. De vet at de utfører prosedyren forsvarlig. De har praktiske kunnskaper, ”fingerferdigheter”, til å handtere prosedyrene smidig og profesjonelt.

Kreftsykepleiere har kunnskaper om kreftsykdommer og cellegiftens virkning på pasientene, og de kan forholde seg til pasientens livssituasjon som kreftsyk. Dette gir kreftsykepleiere kontrolltrygghet: de vet hvilken støtte de kan gi til pasienten ut fra sin rolle som kreftsykepleier.

Kontrolltrygghet hos kreftsykepleiere til syne til pasientene i godt handlag, trygg væremåte, gode teoretiske kunnskaper og evne til å samtale om ting som er viktige for pasientene. Dette gjør pasientene trygge på at de får god behandling. Dette kommer fram både i mitt datamateriale og i tidligere forskning (Haavardsholm og Nåden 1997).

Kunnskaper som har betydning for administrering av cytostatika intravenøst får kreftsykepleiere fra opplæring som kollegaene gir, fra videreutdanning og med å lese seg opp litteratur angående cytostatika. Kontrolltrygghet blir til med materialisering: man erverver seg kunnskaper hvordan gi cytostatika slik at det ikke blir skadelig for kreftsykepleieren eller pasienten, og hvordan å reagere hvis noe uventet skjer (Segesten 1994:48-49). Klare rutiner og retningslinjer rundt administrering av cytostatika er viktig for kreftsykepleiere med tanke på å få oversikt over hvordan de skal utføre prosedyren og dette fremmer kontrolltrygghet hos

dem. For å oppnå kontroll og oversikt over hva forventes at kreftsykepleieren gjør ved administrering av en cellegiftkur, trenger denne tid til å bli kjent med prosedyren. Erfaring med prosedyren og med pasientene som får cellegift øker kreftsykepleieres kunnskaper videre.

Uansett lang erfaring og gode kunnskaper om å gi cytostatika intravenøst kan kreftsykepleiere føle at de ikke har kontrolltrygghet på grunn av forholdene rundt administrering av cytostatika. Det er ubehagelig for dem hvis de må gi cytostatika alene til flere pasienter, uten at de får mulighet til hjelp av en kollega som kunne handle riktig hvis noe uventet skjer (Verity et al. 2008). Kreftsykepleiere er usikre om de klarer å utfylle forventningene tilknyttet deres rolle, hvis de ikke har en reell mulighet til å håndtere uventede situasjoner forsvarlig. Arbeidspresset kan også medvirke til at kreftsykepleiere gjør feil ved administrering av cytostatika (Ulas et al. 2015). Det kommer fram både i mitt datamateriale og i en tidligere undersøkelse (Leary et al. 2014) at lite bemanning og travelhet rundt administrering av cytostatika kan gjøre at sykepleiere kun kan gi cellegift til pasientene men ikke samtale med dem om deres situasjon. Dette opplever kreftsykepleiere som feil mot pasientene som ofte har spørsmål til kreftsykepleieren.

Å være ansvarlig for å bestemme om en pasient skal fortsette med sin cellegiftkur eller ikke kan gjøre at en kreftsykepleier opplever at hun har et større ansvar enn hva inngår i hennes rolle som kreftsykepleier. Jeg sikter til det som kom fram i datamaterialet: at kreftsykepleieren møter alene en pasient i palliativ setting som er blitt i dårlig form av behandling. Legen som avgjør om pasienten skal fortsette med behandlingen eller ikke gir sin bestemmelse pr telefon.

Helhetlig forståelse gir kreftsykepleiere trygghet i å relatere seg til pasienten som person og i å ta opp spørsmål som vedrører pasientens personlige sfære (Dreyfys og Dreyfys 2009:123-126). Men handler dette om relasjonstrygghet (Segesten 1994:13)?

Relasjonstrygghet er ifølge Stegesten tilknyttet nettverk og nære relasjoner. Trygge relasjoner innebærer åpenhet, forståelse, felles mål, ærlighet, aksept og evne til å være nær til hverandre. Man opplever å bli møtt positivt og trodd, og blir respektert. Man trenger ikke å sette seg i forsvarsposisjon. – Når pasienten opplever dette i kontakt med kreftsykepleieren som gir ham eller henne behandling betyr det at pasienten blir møtt på en etisk betryggende måte (Løgstrup 1956:28 i Thorsen 1997:83). Pasienter med kreft som deltok i Kvåles (2006) undersøkelse fortalte at god omsorg for dem var at sykepleieren tok dem på alvor, brydde seg om dem som

person og som medmenneske, ikke bare som pasient. Pasienter med kreft forteller at det er en komponent i deres velvære å bli tatt hand om av en sykepleier som de er trygg på (Halldórsdóttir og Hamrin 1997).

Pasientene i Halldórsdóttirs og Hamrins (1997) undersøkelse bemerket at relasjon mellom sykepleieren og pasienten er ikke en nær relasjon på samme måte som vennskap eller familiemedlemskap er. Samtidig kommer kreftsykepleieren nært til pasienten – helt inn i pasientens innerste sfære, som en kreftsykepleier sa i et intervju. Kreftsykepleiere i min undersøkelse uttrykker at de yter bedre omsorg overfor sine pasienter når de har evne til å være nær pasienten, fordi de da bedre kan møte pasientens behov.

Dette betyr ikke at sykepleieren og pasienten blir så nær til hverandre at rollene forsvinner. Sykepleiere gir behandling og omsorg som profesjonell ytelse uten å forvente en motytelse fra pasienten (Martinsen 2003:92). En pasient i Halldórsdóttirs og Hamrins (1997) undersøkelse beskriver at en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten er en kombinasjon mellom nærhet og distanse. Evne til å balansere mellom nærhet og distanse til pasienten inngår i sykepleierens kompetanse (Dreyfys og Dreyfys 2009:123-129). Ifølge Segesten kan ulike personer stå for ulike deler av tryggheten (Segesten 1994:14). Trygghet en pasient opplever i forhold til en dyktig sykepleier har med ”å stole på andre-trygghet” å gjøre. Dette oppstår er i en situasjon der pasienten er avhengig av helsepersonells ekspertise og kunnskaper for å få hjelp. (Segesten 1994:16)

Kreftsykepleiere reflekterer mye over relasjon til pasienten. De er seg bevisst over at de betyr noe for pasienten, og de vil møte pasienten på en god måte. (Haavardsholm og Nåden 2009) Uansett rollene som sykepleier og pasient, som innebærer forskjellige forventninger til partene, er relasjon til pasient betydningsfull for sykepleiere. Man kan tenke at på grunn av rollefordeling i relasjon mellom sykepleieren og pasienten kan relasjonstrygghet bety andre ting for sykepleieren enn for pasienten, men den er til stede for begge parter når relasjonen er god. En annen mulighet til å definere trygghetens art på i en relasjon mellom sykepleieren og pasienten, er å si at pasientens opplevde trygghet er ”stole på andre-trygghet” og sykepleierens trygghet kontrolltrygghet som kommer til syne i kunnskaper om å være i kontakt med pasienten.

Relasjonstrygghet (Segesten 1994:13) i forhold til kollegaer er viktig for kreftsykepleiere som gir cellegift til sine pasienter. Relasjonstrygghet betyr at man har noen tilgjengelig. Kreftsykepleiere beskriver sine opplevelser av å være trygg på sine kollegaer med uttrykk

som ”støttende klima” og ”at kollega vet hva man står i”. Kreftsykepleiere regner med at kollegaene forstår deres utfordringer i arbeidet med cytostatika, og de kan regne med hjelp og støtte fra dem. Er man usikker, kan man rådføre seg med kollegaer. Dette er viktig både for nye og erfarne kreftsykepleiere. Kollegaenes betydning i å være trygg i forbindelse med administrering av cytostatika intravenøst kommer fram også i undersøkelser av Haavardsholm og Nåden 2009, Verity et al. 2008 og Gibson et al. 2013.

Jeg har intervjuet erfarne kreftsykepleiere. Alle jeg intervjuet, ønsket å ta opp forståelsen for pasientens totale livssituasjon og pasientopplevelsen i et intervju der temaet er kreftsykepleierens opplevelse av å føle seg trygg i å utføre en prosedyre. Dette gjorde et inntrykk på meg. Intervjuguiden inneholdte ikke spørsmål om pasientens situasjon; spørsmålene handlet kun om kreftsykepleierens egne opplevelser. Ut fra sykepleierteorien (Dreyfys og Dreyfys 2009:142-153) håndterer erfarne sykepleiere ikke de sykepleierrelaterte faktorene i kliniske situasjoner atskilt fra hverandre, men forholder seg i situasjonene som en helhet. Dette kan være grunnen til at mine erfarne intervjupersonenes svar ikke omfattet kun trygghet som sikkerhet eller deres egen trygghet kun relatert til selve infundering av cellegift, men omfattet deres oppgave som kreftsykepleier å gi støtte og omsorg til sine pasienter ut fra deres behov som kreftsyke.

7. KONKLUSJON

Å være trygg på jobben er noe som jeg opplever at sykepleiere diskuterer i sin arbeidshverdag. Innen sykepleieteorier omtales begrepet trygghet lite. Jeg har gjort et bidrag til at trygghet som sykepleierens opplevelse diskuteres. Jeg har valgt å betrakte trygghet relatert til en av kreftsykepleierens arbeidsoppgaver, administrering av cytostatika intravenøst.

Faktorer som bidrar til trygghet hos kreftsykepleiere som administrerer cellegift intravenøst på et sengepost i et universitetssykehus og en kreftpoliklinikk i et lokalsykehus er relatert til kreftsykepleieres kunnskaper om cytostatika, opplæring de får til å utføre prosedyren og kunnskaper om den individuelle pasienten. Videre har slike forhold på arbeidsplassen som sikkerhetsrutiner og klare instruksjoner for administrering av cellegift betydning for kreftsykepleieres opplevelse av trygghet. Tidsrammen som kreftsykepleiere har til å administrere cytostatika er viktig: kreftsykepleiere er trygge på sin oppgave når de har tid til å forberede seg til kuren, utføre prosedyrene for den enkelte pasienten uten press til å ta vare på flere pasienter samtidig og å snakke med pasienten om ting relatert til deres behandling og livet med deres sykdom. Dette handler om kontrolltrygghet. Kreftsykepleiere opplever at de behersker sin jobb og utfyller forventningene tilknyttet deres rolle som kreftsykepleier. Travelhet oppleves som trussel for trygg administrering av cytostatika. Trussel for tryggheten er også uklar ansvarsfordeling eller altfor stort ansvar i arbeidshverdagen hos en enkelt kreftsykepleier. Dette handler teoretisk sett kontroll som sikkerhet, som jeg anser er en komponent i kontrolltrygghet.

Kollegastøtte er viktig for kreftsykepleiere. De er trygge når de jobber sammen med kollegaer som kjenner til vilkårene en jobber under og kan hjelpe ved for eksempel akutsituasjoner. Teoretisk sett handler dette om relasjonstrygghet.

Resultatene på mitt prosjekt kan anvendes når forholdene rundt kreftsykepleieres arbeidsforhold vurderes. Disse kan ha betydning når arbeidsmiljøfaktorene som trivsel, trygghet og sikkerhet innen kreftsykepleie diskuteres. Resultatene viser at administrering av cytostatika krever personalressurser og tid. Denne oppgaven krever av kreftsykepleieren konsentrasjon, nøyaktighet og oppmerksomhet mot pasienten som får behandling. Det skal være tilstrekkelig mange sykepleiere på vakt slik at arbeidet kan gjøres forsvarlig og oppleves som trygg både for pasienten og sykepleieren. Også på grunn av risiko for akutte reaksjoner under intravenøs administrering av cellegift skal en kreftsykepleier ikke utføre oppgaven alene men må ha mulighet til å få hjelp fra sykepleierkollegaer og lege. Resultatene viser også

at kreftsykepleiere vil ikke bestemme alene om en pasient skal fortsette med cellegift eller avbryte kuren. Det er legens ansvar for å ta avgjørelsen.

Kreftsykepleiere jeg intervjuet er erfarne. Det kunne være interessant å gjøre en tilsvarende undersøkelse blant kreftsykepleiere som ikke har så lang erfaring bak seg. Hva får dem til å føle seg trygge og motiverte til å fortsette å jobbe som kreftsykepleier? Videre kan man gjøre tilsvarende undersøkelse blant kreftsykepleiere som administrerer cytostatika under andre vilkår, for eksempel i en sykestue som ligger langt unna et sykehus.

LITTERATUR

Benner, P. (2004): *Fra novice til ekspert. Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. 1. utgave, 4. opplag. København: Munksgaard Danmark.

Bruun, L.I., Johansen, M., Myhr, K., Holte, H. Og Baksaas, I. (2009): Håndtering av cytostatika. . I: Dahl, O., Lehne, G., Baksaas, I., Kvaløy, S. og Christoffersen, T.: *Cytostatikaboken*. 7. Utgave. Farmakologisk institutt, Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo.

Bjørk, I. T. (1999): Practical skill developement in new nurses. I: *Nursing Inquiry* 6:34-44

Christoffersen, T., Fluge, Ø, Lehne, G. og Dahl, O. (2009): Kreftceller og kjemoterapi. . I: Dahl, O., Lehne, G., Baksaas, I., Kvaløy, S. og Christoffersen, T.: *Cytostatikaboken*. 7. Utgave. Farmakologisk institutt, Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo.

Danielsen, I (2013): *Handlingsrommets evidens-om praktisk kunnskap i nyfødtintensivsykepleien*. Ph.D i studier av profesjonspraksis. Senter for praktisk kunnskap, Universitet i Nordland, Bodø.

Dreyfys, H.L. og Dreyfys, S.E. (2009): The relationship of the Theory and Practice in the Acquisition of Skill. I: Benner, P., Tanner, C.A. og Chesla, C.A. (2009): *Ekspertise in Nursing Practise. Caring, Clinical Judgment and Ethics*. 1-169. 2. utgave. New York: Springer Publishing Company.

Elstad, I. (2014): *Sjukepleietenking*. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engelsk-Norsk stor ordbok (2008). 2. Utgave. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Enskär, K (2012): Being an Expert Nurse in Pediatric Oncology Care: Nurses' Descriptions in Narratives. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 29(3):151-160

Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K.A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M.J. og Scott-Findley, S. (2005): Sources of Practice Knowledge Among Nurses. I: *Qualitative Health Research* 15(4), 460-470

Etheridge, S. (2007): Learning to think Like Nurses: Stories From New Nurse Graduates. I: *The Journal of Continuing Education in Nursing* 38(1), 24-30

Faglig forsvarlighet. 3. utgave. Norsk Sykepleierforbund.

Forskrift om vern mot eksponering for kjemikalier på arbeidsplassen (Kjemikalieforskriften).
Arbeids- og administrasjonsdepartementet 2001.

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2001-04-30-443> Lastet ned 15.08.2016.

Gadamer, H.-G. (2010): *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk.* Oslo: Pax forlag a/s.

Garcia, S. (2014): The Effects of Education on Anxiety Levels in Patient Receiving Chemotherapy for the First Time: An Integrative Review. I: *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 516-521

Gibson, F., Shipway, L., Aldiss, S., Hawkins, J., King, W., Parr, M., Ridout, D., Verity, R. og Taylor, R.M. (2013): Exploring the work of nurses who administer chemotherapy to children and young people. *European Journal of Oncology Nursing* 17: 59-69

Haavardsholm, I. og Nåden, D. (2009): The concept of confidence – the nurse's perception. I: *European Journal of Cancer Care* (18), 483-491

Halldórsdóttir, S. og Hamrin, E. (1997): Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. I: *Cancer Nursing* 20(2), 120-128

Halldórsdóttir, S. og Hamrin, E. (1996): Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. I: *Cancer Nursing* 19(1):29-36

Helsinkideklarasjonen. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
Lastet ned 19.05.2015

Henderson, V. (1978): The Concept of Nursing. I: *Journal of Advanced Nursing* 3, 113-130

Kolstad, A., Guren, T., Kvaløy, S. og Christoffersen, T. (2009): Monoklonale antistoffer i cancerterapi. I: Dahl, O., Lehne, G., Baksaas, I., Kvaløy, S. og Christoffersen, T.: *Cytostatikaboken*. 7. Utgave. Farmakologisk institutt, Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo.

Kreftregisteret. www.kreftregisteret.no Lastet ned 19.05.2015

Kvåle, K. og Bondevik, M. (2010): Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care. I: *Oncology Nursing Forum* 37(4), 436-442

Leary, A., White, J. og Yarnell, L. (2014): The work left undone. Understanding the challenge of providing holistic lung cancer nursing care in the UK. I: *European Journal of Oncology Nursing* 18, 23-28

Legemiddelhåndteringsforskriften. Forskrift av 3. april 2008 nr 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Helsedirektoratet.

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) samt forskrifter. (2002). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). Justis- og beredskapsdepartementet.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=Lov om personopplysninger.](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=Lov%20om%20personopplysninger) Lastet ned 15.08.2016.

Løgstrup, K.E. (1972): Forarbeid til Norm og spontaneitet. I: Thorsen, R. (2005): Trygghet. I: Kristoffersen, N.J., Nortved, F. og Skaug, Eli-Anne (red.): *Grunnleggende sykepleie* 3. 1. utgave, 1. opplag. 13-39. Oslo: Gyldendal.

Martinsen, K. (1991): Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: Jensen, K. (red.): *Moderne omsorgsbilder.* 1. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal.

Malterud, K (2013): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring.* 3. utgave, 2. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Nightingale, F. (2010): *Notater om sykepleie.* 1. utgave, 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Orvik, A. (2015): *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse.* 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Pokorny, M.E. (2014): Nursing Theorists of Historical Significance. I: Alligood, M.R.: *Nursing Theorists and Their Work*. 43-58. U.S.A.: Elsevier.

Polit, D. og Beck, C.T. (2012): *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. Opplag. Wolter Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins.

Poulsen, M.G., Khan, A., Poulsen, E.E., Khan, S.R. og Poulsen, A.A. (2016): Work Engagement in Cancer Care: The Power of Co-worker and Supervisor Support. I: *European Journal of Oncology Nursing*. 21, 134-138.

Rundskriv til Helsepersonellov med kommentarer, Helsedirektoratet - IS-2012-8. Utgitt 06-2012. Lastet ned 19.05.2015.

Rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie. Fastsatt 1. desember 2005 av Utdannings- og forskningsdepartementet. www.regjeringen.no. Lastet ned 01.04.2016.

Sheridan-Leos, N. (2007): A modell of Chemotherapy Education for Novice Oncology Nurses That Supports a Culture of Safety. I: *Clinical Journal of Oncology Nursing* 11(4), 545-551

Sheridan-Leos, N. (2014): Highly Reliable Health Care in the Context of Oncology Nursing: Part II. I: *Clinical Journal of Oncology Nursing* 18(3), 273-275

Segesten, K. (1994): *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten Förlag AB.

Steginga, S.K., Dunn, J., Dewar, A.M., McCarthy, A., Yates, P. og Beadle, G. (2005): Impact of an Intensive Nursing Education Course on Nurses` Knowledge, Confidence, Attitudes, and Perceived Skills in the Care of Patients With Cancer. I: *Oncology Nursing Forum* 32(2), 375-381

Thorsen, R. (1997): Undren omkring trygghed som fænomen. I: Holm, S. og Lütznén, K. (red.): *Ekspert og medmenneske – om etikk i sundhedsvæsenet*. 70-86. Odense: Akademisk Forlag

Thorsen, R. (2005): Trygghet. I: Kristoffersen, N.J., Nortved, F. og Skaug, Eli-Anne (red.): *Grunnleggende sykepleie 3*. 1. utgave, 1. opplag. 13-39. Oslo: Gyldendal.

Ulas, A., Silay, K., Akinci, S., Dede, S.D., Akinci, M.B., Sendur, M.A.N., Cubucku, E., Coskun, H.S., Degirmenci, M., Inac, M., Bilici, A., Odabari, H., Lihan, S., Avci, N. og Yalci, B. (2015): Medication errors in Chemotherapy Preparation and Administration. I: *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 16(5), 1699-1705

Veileder til lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). Versjon pr. 25. mars 2010. Lastet ned 16.05.2015

Verity, R., Wiseman, T., Ream, E., Teasdale, E. og Richardson, A. (2008): Exploring the work of nurses who administer chemotherapy. I: *European Journal of Oncology Nursing* (12), 244-252

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Revidert 2011. Norsk Sykepleierforbund, Oslo.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan kan kreftsykepleier utvikle trygghet i administrasjon av cytostatika”.

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et prosjekt som har til hensikt å oppnå økt kunnskap om hvilke forhold som har betydning for kreftsykepleieres utvikling av trygghet i administrasjon av cytostatika til pasienter med kreftsykdom. Det kommer fram fra tidligere forskning at kreftsykepleierens trygghet i sitt arbeid kan ha betydning for pasientopplevelsen under behandling av kreftsykdom. Resultatene kan ha betydning for fagutvikling innen onkologisk sykepleie, for eksempel med tanke på opplæring eller rutiner for administrering av cytostatika.

Prosjektet er knyttet til mitt masterstudie i sykepleie ved Universitetet i Tromsø (UIT), Norges arktiske universitet. Forespørselen rettes til deg fordi du har arbeidet som kreftsykepleier i 1-3 år, og har erfaring med administrasjon av cytostatika intravenøst til pasienter med kreft. Det er Institutt for Helse- og Omsorgsfag (IHO) ved UIT, Norges arktiske universitet, som er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i prosjektet innebærer at du må sette av 1 time til et individuelt intervju. Intervjuet gjennomføres kalenderukene 2-3 (11.01.-24.01. 2016). Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer med å administrere cytostatika til pasienter med kreftsykdom. Intervjuet tas opp på minidisk for så å bli nedskrevet anonymt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger og resultater anonymiseres. Lydfiler oppbevares på PC tilknyttet

institusjonsnettverk med passord og utskrifter oppbevares innelåst i prosjektperioden. Personidentifiserbare opplysninger som navnelister og skriftlig informert samtykke oppbevares innelåst adskilt fra resten av datamaterialet. Data anonymiseres innen prosjektslutt 1.7.2016.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen og sender denne i vedlagte svarkonvolutt til masterstudent Maria Leppänen. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte veileder Monica Kvande, telefon 77 66 0659.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Maria Leppänen

Masterstudent i sykepleie

Telefon: 95000939

E-postadresse: marialeppanen1@hotmail.com

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

FORESPØRSEL TIL LEDELSE VED DEN AKTUELLE AVDELINGEN

Undertegnede er kreftsykepleier og masterstudent i sykepleie ved Universitetet i Tromsø (UiT), Norges arktiske universitet. En del av studiet er gjennomføring av et prosjekt med tittel ”Hvordan kan kreftsykepleier utvikle trygghet i administrasjon av cytostatika”. Det er Institutt for Helse- og Omsorgsfag (IHO) ved UiT, Norges arktiske universitet, som er ansvarlig for prosjektet, og daglig leder er phd student Monica Kvande. Jeg søker herved tillatelse til å gjennomføre deler av datainnsamlingen i deres avdeling.

Prosjektet har til hensikt å undersøke hvilke forhold som har betydning for kreftsykepleieres utvikling av trygghet i administrasjon av cytostatika til pasienter med kreftsykdom. Det kommer fram fra tidligere forskning at kreftsykepleierens trygghet i sitt arbeid kan ha betydning for pasientopplevelsen under behandling av kreftsykdom. Resultatene kan ha betydning for fagutvikling innen onkologisk sykepleie, for eksempel med tanke på opplæring eller rutiner for administrering av cytostatika.

Prosjektet søkes gjennomført på to ulike avdelinger.

Jeg søker om tillatelse og hjelp til å inkludere 2 kreftsykepleiere i avdelingen i prosjektet. Inklusjonskriteriet vil være at de har arbeidet som kreftsykepleier i 1-3 år og har erfaring med administrasjon av cytostatika intravenøst. Utvalget er tilfeldig med hensyn til kjønn.

Deltakelse i prosjektet innebærer at sykepleieren setter av 1 time til et individuelt intervju. Intervjuet gjennomføres kalenderukene 40-42 (28.9.-16.10. 2015). Spørsmålene vil omhandle kreftsykepleierens erfaringer med å administrere cytostatika til pasienter med kreftsykdom. Intervjuet tas opp på minidisk for så å bli nedskrevet anonymt.

Informasjonen som registreres om intervjupersonen skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger og resultater anonymiseres. Lydfiler oppbevares på PC tilknyttet institusjonsnettverk med passord og utskrifter oppbevares innelåst i prosjektperioden. Personidentifiserbare opplysninger som navnelister og skriftlig informert samtykke oppbevares innelåst adskilt fra resten av datamaterialet. Data anonymiseres innen prosjektslutt 1.7.2016.

Det er frivillig å delta i studien. Intervjupersonen kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke sitt samtykke til å delta i studien. Dersom kreftsykepleieren ønsker å delta, undertegner denne samtykkeerklæringen og sender denne i vedlagte svarkonvolutt til masterstudent Maria Leppänen. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte veileder Monica Kvande, telefon 77 66 0659 eller mail monica.kvande@uit.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Maria Leppänen

Masterstudent i sykepleie

Telefon: 95000939

E-postadresse: marialeppanen1@hotmail.com

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE

1. Kan du fortelle hvordan du opplevde å begynne i jobb som kreftsykepleier?
2. Hva vil du trekke frem som mest utfordrende?
3. Kan du fortelle hvordan du opplevde å begynne og administrere cytostatika?
4. Hva vil du trekke frem som mest utfordrende?
5. Kan du fortelle om en situasjon hvor du opplevde utrygghet?
6. Er det noe du vil trekke frem som gikk mindre bra og som du opplevde spesielt utfordrende?
7. Kan du minnes en opplevelse der du opplevde at du er trygg ift å gi cytostatika til en pasient?
8. Hva kunne ha medvirket at du følte deg trygg i den situasjonen?
9. Hva vil du trekke frem som viktig for kreftsykepleierens utvikling av trygghet i administrasjon av cytostatika?

-kreftsykepleieren selv

-kollegaer

-administrativt

-opplæring

Utdypende spørsmål ut fra svarene.

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Monica Kvande

Institutt for helse- og omsorgsfag

Uit Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato 12.08.2015 Vår ref. 44035 / 3 / AGL

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44035 Hvordan blir kreftsykepleier trygg ved administrasjon av cytostatika?

Behandlingsansvarlig UiT, Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Monica Kvande

Student Maria Leppänen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldingen skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen

Audun Løvlie

Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Maria Leppänen, Skagesundvegen 21, 9010 TROMSØ

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering – Kommentar

Prosjektnr: 44035

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi ber likevel at følgende endres/tilføyes:

- Setningen «Data avidentifiseres ved prosjektslutt...» endres til «Data anonymiseres innen prosjektslutt»
- Kontaktinformasjon til studenten tilføyes informasjonsskrivet

Data innhentes ved personlig intervju. Vi minner om at hensyn til sykepleieres taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. Intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive direkte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted/, alder og kjønn)