

**Faktorer som påvirker ressursykepleierens rolle og funksjon
i kommunehelsetjenestens kreftomsorg**

Erfaringer hos ressursykepleiere og sykepleiere
i små kommuner i Helseregion Vest

Sigbjørg Eriksson

Masteroppgave

Master i helsefag

Studieretning sykepleievitenskap

Universitetet i Bergen

Institutt for samfunnsmedisinske fag



Våren 2009

FORORD

Da jeg startet arbeidet med masteroppgaven, var det nærliggende og naturlig å gjøre en studie innen kreftomsorg og lindrende behandling. Jeg har jobbet med kreftpasienter siden jeg var ferdig utdannet sykepleier i 1982, og videreutdannet meg til kreftsykepleier i 1997.

Jeg var med å starte Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest i 2001. Kompetansesenteret er drevet med en sentral enhet, som jeg var en del av, og et tverrfaglig nettverk av helsearbeidere i deltidsstillinger spredd i Helseregion Vest. Kompetansesenteret opprettet et kompetansenettverk for ressurspsykeleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i foretaksområdene Helse Fonna i 2001, i Helse Førde i 2004, og i Helse Bergen i 2005. Nettverkene ble etablert i samarbeid med Kreftforeningen seksjon Vest, kommunene og sykehusene i de tre foretaksområdene.

Min arbeidsgiver siden 2006, Kreftforeningen, har siden 90- tallet vært med i prosesser i oppbygging av både sykepleienettverk og tverrfaglige nettverk i kreftomsorgen i Norge. Mitt ansvarsområde i Kreftforeningen har blant annet vært utvikling, drifting og vedlikehold av ressurspsykeleienettverkene i seksjon Vest. I den forbindelse fikk jeg ideen om å gjøre intervju av ressurspsykeleierne om deres erfaringer med å være medlem av nettverket, deres opplevelser av å inneha rollen i kommunen og om intensjonen med nettverket ble fulgt. Sykepleiere i kommunehelsetjenesten ble også intervjuet om sine erfaringer med å ha sekundær tilknytning til nettverket, og deres perspektiv på ressurspsykeleierens rolle og funksjon.

Studien bygger på tre fokusgruppeintervju av 14 ressurspsykeleiere og fem sykepleiere. Datasamlingen ble gjort i oktober og desember 2006.

Jeg ønsker å takke informantene, som gjorde denne studien mulig. Min arbeidsgiver Kreftforeningen, har også gjort denne studien mulig, ved å se verdien av nettverksarbeid og nødvendigheten av evaluering og utvikling av viktige nettverk innen kreftomsorg og lindrende behandling. Tusen takk.

I prosessen, fra prosjektplanen ble til, gjennom forberedelse av studien i feltet, utforskning i ulike teoritradisjoner og tidligere forskningsfelt på område, datasamling og analyse og ikke minst skriveprosessen, har jeg vært så heldig og hatt følge av to veiledere: Frode Fadnes Jacobsen, førsteamanuensis, og Oscar Tranvåg, universitetslektor, begge ved Institutt for samfunnsmedisinske fag. Tusen takk til dere begge.

Takk til Eli Svarstad, rådgiver og spesialsykepleier i Kreftforeningen seksjon Vest, for følge som co-moderator i fokusgruppeintervjuene. Takk til Torill Skogseth, rådgiver og klinisk sosionom i Kreftforeningen seksjon Vest, og Dagny Faksvåg Haugen, leder og overlege ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, for hjelp til korrekturlesing og innspill til uforståelige setningsoppbygginger. Takk til Helene Unneland, rådgiver informasjon og samfunnskontakt i Kreftforeningen seksjon Vest, for veiledning i uoversiktlig landskap.

Jeg vil takke mine barn Håkon, Jan og Kine Marita, som har fulgt meg i prosessen og gitt oppmuntring på veien. Dere har tålt mye fravær og opptatthet fra min side. Takk til min beste venninne Aslaug Stenestø, som trofast har lyttet til mine flakkende utredninger om masteroppgaven i de ulike fasene. Til slutt vil jeg takke min enestående mann Nils Gustav, som har vært utrolig tålmodig. Mye har falt på deg i heimen, uten at du har vært negativ til masterprosjektet.

Sigbjørg Eriksson

Bergen, 13. februar 2009

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG.....	7
SUMMARY.....	8
1.0. INNLEDNING.....	9
1.1. Kreftomsorg og palliativ behandling i Norge	9
1.1.1. Historiske og politiske føringer innen kreftomsorgen	10
1.2. Bakgrunn for studien	11
1.2.1. Anbefalinger for nettverksarbeid innen kreftomsorg.....	12
1.2.2. Struktur i ressurspsykepleienettverkene i Helseregion Vest.....	13
1.2.3. Intensjon, funksjons og ansvarsfordeling i nettverkene.....	14
1.3. Hensikt med studien.....	16
2.0. TIDLIGERE FORSKNING.....	18
2.1. Forskning innen kreftomsorg.....	18
2.2. En undersøkelse gjort på nettverk i førstelinjetjenesten	19
2.3. Undersøkelser i Kreftforeningens nettverksarbeid	20
3.0. TEORIVALG.....	23
3.1. Struktur i betydningen mønstre av relasjoner	23
3.1.1. Multidimensjonale nettverk	23
3.1.2. Struktur og organisering i små samfunn	25
3.2. Samhandling	25
3.2.1. Helhet og kontekst	26
3.2.2. Samhandling - i et systemteoretisk perspektiv	26
3.2.3. Systemtenkning i sykepleien	27
3.2.4. Kvalitetsledelse i et samhandlingsperspektiv	28
3.2.5. Kvalitetsbegrepet i et helseperspektiv	29
3.3. Funksjon.....	30
3.3.1. Funksjon, handlingsberedskap og kompetanse.....	30
3.4. Rolle.....	31
3.4.1. Krav og forventninger til rolleinnhaver	32
3.4.2. Opptreden.....	33
4.0. STUDIENS PROBLEMSTILLINGER	35
4.1. Forskningsspørsmål 1	35
4.2. Forskningsspørsmål 2	35
5.0. METODE.....	36
5.1. Design	36
5.1.1. Studiens metodologiske grunnlag.....	36
5.1.2. Egen forforståelse	37
5.2. Populasjon og utvalg.....	38
5.2.1. Populasjon.....	38
5.2.2. Utvalg.....	39
5.3. Fokusgrupper i samfunnsvitenskapelig forskning	42
5.3.1. Valg av antall fokusgrupper og antall deltakere	43
5.3.2. Forskerens rolle.....	43
5.3.3. Co-moderators rolle	44

5.4. Praktisk gjennomføring.....	44
5.4.1. Forberedelser i forskningsfeltet	45
5.4.2. Godkjenning av studien	45
5.4.3. Intervjuguide	45
5.4.4. Innsamling av data	46
6.0. ANALYSE.....	49
6.1. Analysestrategier	49
6.1.1. Transkribering og oppbevaring av data	50
6.1.2. Long-table approach	51
6.1.3. Analyse ved bruk av PC.....	52
6.1.4. Analyse i samarbeid med co-moderator	53
6.1.5. Kategorisering.....	53
6.1.6. Hoveddimensjoner i studien	54
6.2. Metodekritikk.....	55
6.2.1. Begrensninger ved kvalitativ nettverksanalyse.....	55
6.2.2. Å være forsker i eget felt	56
6.2.1. Nye ressurspsykepleiere som informanter	57
6.3. Studiens troverdighet og pålitelighet	57
7.0. STUDIENS RESULTATER.....	59
7.1. Forskningsspørsmål 1: Primærmiljøets erfaringer.....	59
7.1.1. Ressurssykepleierrollen i teori og praksis.....	59
7.1.2. Nettverkets struktur skaper kontakt mellom nivåene	61
7.1.3. Rollens betydning i samhandling med leger og andre faggrupper	63
7.1.4. Ressurssykepleierens syn på egen rolle og identitet.....	64
7.2. Forskningsspørsmål 2: Sekundærmiljøet erfaringer	66
7.2.1. Nettverkets struktur er lite kjent for sykepleierne	66
7.2.2. Ressurssykepleierens stillingsstørrelse og frikjøpt tid.....	68
7.2.3. Ansvar for fagområdet kreftomsorg	69
7.2.4. Sykepleierens syn på samarbeidet innad i kommunen	71
8.0. DISKUSJON.....	73
8.1. Hvilke faktorer fremmer ressurspsykepleierens rolle og funksjon.....	75
8.1.1. Engasjement påvirker funksjonen.....	76
8.1.2. Kompetanse gir rollen styrke	79
8.1.3. God struktur gir rom for utøvelse av funksjonen.....	82
8.1.4. Samhandling styrker utøvelsen av rollen og funksjonen	86
8.1.5. Nettverkets forpliktende verdi	89
8.2. Hvilke faktorer hemmer ressurspsykepleierens rolle og funksjon.....	91
8.2.1. Kvalitetsforvitring.....	92
8.2.2. Dårlig utnyttelse av rollen og funksjonen.....	97
8.2.3. Manglende kjennskap til nettverkets struktur	101
8.2.4. Uklart ansvar og funksjonsområde i nettverksmodellen	103
8.2.5. Lav rollestøtte i kommunen	104
9.0. KONKLUSJON	109
9.1. Faktorer som fremmer ressurspsykepleierens rolle og funksjon	110
9.2. Faktorer som hemmer ressurspsykepleierens rolle og funksjon	111
9.3. Anbefalinger for praksis	112

9.3.1. Anbefalinger til kommuner som har ressurssykepleier	112
9.3.2. Anbefalinger til nettverkets styrings- og driftsgruppe	114
9.4. Videre forskning	115

REFERANSER	117
------------------	-----

VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ressurssykepleier.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring sykepleier

Vedlegg 3: Fokusgruppeintervju ressurssykepleier

Vedlegg 4: Fokusgruppeintervju sykepleier

Vedlegg 5: Meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS

Vedlegg 6: Informasjonsskriv til helsefaglig ansvarlig i kommune

SAMMENDRAG

Kreftomsorg og lindrende behandling er utfordrende og kompliserte fagområder som trenger god samhandling mellom fagpersoner og nivå i helsetjenesten. Dette er dokumentert både i politiske utredninger og gjennom forskning. På bakgrunn av nasjonale utredninger og dokumenter ble det i Helseregion Vest fra 2002 opprettet nettverk for ressurspsykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling. Gjennom forpliktende avtaler skulle nettverkene bidra til god kvalitet på behandling og pleie av kreftpasienter og pasienter som trenger lindrende behandling.

Hensikten med studien er å belyse nettverksarbeidet i kreftomsorg og lindrende behandling slik dette erfarer av ressurspsykepleierne i nettverket og andre sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Begge disse gruppene er sentrale i kreftomsorgen i kommunehelsetjenesten, og kan belyse om nettverksarbeidet fungerer etter intensjonen.

Denne studien har en kvalitativ metode med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Hovedfokus i intervjuene ble sammenhenger med kontekstuell forståelse i et systemteoretisk perspektiv.

Et hovedfunn er at funksjonen som ressurspsykepleier tilfredsstilte intensjonen i høyere grad for de ressurspsykepleierne som hadde etablert gode samhandlings- og samarbeidsrutiner, og/eller hadde delvis fristilte stillinger i kommunehelsetjenesten. Et annet funn er at synet på rollen som ressurspsykepleier er ulikt i teori og praksis. Jeg fant også noe mangelfull kunnskap om nettverksgruppens og ressurspsykepleierens funksjon i kommunehelsetjenesten.

Konklusjonene viser at kjennskap til nettverkets intensjon og ressurspsykepleiers funksjonsområde er viktig i alle ledd i helsetjenesten. Kunnskapsgrunnlaget til ressurspsykepleier og ansvarsområder for de ulike aktørene i nettverket må også være kjent i alle ledd. Forankringen i forpliktende avtaler der de ulike aktørenes oppgaver og ansvarsområde er klart beskrevet, er også viktig for ressurspsykepleiers rolle og utøvende funksjon.

Nøkkelord: ressursnykepleier, samarbeid, samhandling, nettverk, erfaring, kreftomsorg i kommunehelsetjenesten, kreftomsorg og lindrende behandling, forpliktende avtaler, systemteori.

SUMMARY

Cancer care and palliative care are two challenging and complicated disciplines which require good interaction between different personnel and levels in the health service. This is documented both in political studies and through research. Based on national reports and documents, a series of networks were established in western Norway health care region, the first starting in 2002. Through binding agreements, resource nurses in cancer care and palliative care used these networks to secure good quality on treatment and care of patients with cancer and patients in need of palliative care.

The thought behind this study is to look into the network of cancer care and palliative care and how it is experienced by the resource nurses who are members of this network. Together with nurses in the primary health care, they are central participants in cancer care, and they can show us if the network is working as planned.

This study have a qualitative method with a phenomenological-hermeneutic approach. The main focus in the interviews was the connections of contextual comprehension in a systems theoretical perspective.

The study revealed that the role of the resource nurses, who had established cooperation- and interaction routines and/or had a degree of freedom in their work, had better results in networking. Another key aspect is that the role of the resource nurses is different in theory and practice. I also found a lack of knowledge of the network group and the resource nurses function in primary health care.

The conclusions show that it is important with knowledge to the networks, knowing its purpose and the resource nurses function area, in all areas in the health service. The knowledge base of the resource nurses and the field of responsibility of the different participants in the networks, need to be common knowledge in all areas of health service. The foundation in binding agreements, where the participants function and area

of responsibility is clearly described, is also important for the resource nurses role and executive function.

Keywords: resource nurse, cooperation, interaction, experience, network, cancer care in primary health care, cancer care and palliative care, binding agreements, systems theory.

1.0. INNLEDNING

For å gi god kvalitet på behandling og pleie til kreftpasienter og pasienter som trenger lindrende behandling, har flere Nasjonale offentlige utredninger gitt føringer for dette arbeidet. Blant annet har de hatt fokus på etablering av gode nettverk og samhandlingsrutiner mellom nivåene og etatene i helsetjenesten.

Kreftforeningen har i mange år drevet nettverksarbeid og har utviklet flere nettverksmodeller, blant annet R4- og sam-kom modellen (Kreftforeningen 2003, Kreftforeningen 2004b). R-4 modellen i Midt-Norge ble etablert på 90-tallet og utviklet kontaktnett av sykepleiere og leger fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. R4-modellen brukte veiledning, kurs, seminar og formidling av informasjonsmateriell som pedagogiske metoder. Samhandling og fagutvikling var tematikken med nettverkstenkning som ideal (Kamps, Rønning, Stavseth og Wiik 2000). Sam-kom modellen ble utviklet i Nord-Norge, drevet av Kreftforeningen region Nord, og med oppstart i 2001. Dette var et tre - årig nettverksprosjekt der hensikten var å etablere, styrke og videreutvikle tverrfaglige og tverretatlige nettverk i kreftomsorgen (Kreftforeningen 2004b).

I Helseregion Vest er det opprettet nettverk for ressurspsykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i tre foretaksområder. Pr. 1.8.2008 var det fire nettverksgrupper i Helse Førde med ressurspsykepleiere fra 26 kommuner og to sykehus, syv nettverksgrupper i Helse Bergen med ressurspsykepleiere fra 22 kommuner og tre sykehus, og fire nettverksgrupper i Helse Fonna med ressurspsykepleiere fra 19 kommuner og tre sykehus. Nettverkene har avtaler om samordning mellom helseforetakene, kommunene og Kreftforeningen seksjon Vest og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. I avtalene er funksjon og/eller ansvar fordelt mellom styrings-, drifts- og nettverksgruppe, ressursperson og arbeidsgiver nedfelt (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006, 2008b).

1.1. Kreftomsorg og palliativ behandling i Norge

Kreftincidensen øker stadig i Norge (Kreftregisteret, Institutt for populasjonsforskning 2006). Samtidig gir bedre behandling og diagnostikk i alle fasene av sykdommen økt

overlevelse (Kaasa 1998). Pasienter med en kreftdiagnose blir ivaretatt både av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Da kreftinsidensen er økende, og stadig flere pasienter har et ønske om å være hjemme den siste tiden av livet, fører det i sin tur til at kommunehelsetjenesten må ivareta flere pasienter som lever lengre med sin kreftsykdom (NOU 1999:2).

Helseregion Vest har nærmere 1 million innbyggere og av disse dør 2100 personer av kreft hvert år. Dessuten vil 3000-4000 kreftpasienter i Helseregion Vest til enhver tid trenge lindrende behandling. Pasienter med langtkomne nevrologiske lidelser, hjerte- og lungesykdommer eller AIDS kommer i tillegg til disse tallene (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2008a).

Fagfeltet lindrende behandling byr på spesielle utfordringer både hva angår kartlegging av pasientens plager og situasjon, og vurdering av effekt av intervensjonene. Livets slutfase blir av Verdens Helseorganisasjon betegnet som de siste ni måneder av livet, eller fra det tidspunktet kurativ behandling blir avsluttet. Målet for all lindrende behandling er best mulig symptomlindring og livskvalitet (Kaasa 1998).

I følge Kaasa (1998) har pasienter i livets slutfase flere symptomer og plager samtidig, og trenger jevnlig kontakt med helsevesenet for å kunne fungere i det daglige livet på best mulig måte. Forskjellige kvalitetsindikatorer innen kreftomsorg og lindrende behandling kan være viktige å implementere i kommunehelsetjenesten, for eksempel rutiner for symptomlindring, bruk av ESAS-skjema (Edmonton Symptom Assessment System) (Eriksson og Haugen 2006) og individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

1.1.1. Historiske og politiske føringer innen kreftomsorgen

I de senere årene er det både nasjonalt og internasjonalt blitt satt større fokus på kreftomsorg og lindrende behandling. I Norge har utredningene "Omsorg og kunnskap – Norsk kreftplan" (NOU 1997:20) og "Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende" (NOU 1999:2) understreket behovet for økt kompetanse i kreftomsorg og lindrende behandling i kommunehelsetjenesten, og påpekte også behovet for et nært samarbeid mellom de forskjellige nivåene i helsevesenet. Disse

grunnlagsdokumentene ble i 2004 fulgt opp av ”Den nasjonale kreftstrategi” (Helsedepartementet 2004) og ”Standard for palliasjon” (Norsk forening for palliativ medisin 2004), der kompetansehevende tiltak i forhold til nettverk, bedre samhandlingsrutiner, samordning og koordinering av tjenester var viktige stikkord

Reformer i offentlig sektor har ført til at oppgaver er overført fra fylkeskommunene til staten, regionale ledd og kommunene. Kommunehelsetjenesten har fått et større ansvar for forebygging, behandling og oppfølging av alle typer pasienter. Denne oppgavefordelingen stiller store krav til kompetanse hos helsearbeiderne i kommunene, koordinering av kommunale tjenester og samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (Ohnstad 2002). Målet er at pasienten sikres individuelt tilpassede og samordnede tjenester uansett hvor han befinner seg i behandlingsskjeden. I henhold til Pasientrettighetsloven § 2-5 har pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester, rett til en Individuell Plan (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Nasjonale utredninger gir også anbefalinger til behandlingsskjeden slik at pasienter som blir behandlet mellom nivåene får god kvalitet på tjenesten uansett hvor de befinner seg i helsetjenesten (NOU 2005:3).

1.2. Bakgrunn for studien

I følge Kreftforeningens strategidokument for 2004-2007 skal Kreftforeningen bidra til koordinerte og helhetlige tilbud til kreftpasienter og deres pårørende gjennom kunnskapsformidling og veiledning til kommune- og spesialisthelsetjeneste (Kreftforeningen 2003b). Dokumentet ”Kreftforeningens landsdekkende nettverk” (Kreftforeningen 2005) gir prinsipper og føringer som skal sikre tilgjengelighet og samordne tjenestetilbud av høy kvalitet til pasienter og pårørende. Videre skal nettverkene som Kreftforeningen er med i, ha fokus på å utvikle, utveksle og utnytte kompetanse. I Kreftforeningens strategidokument for 2008-2011 er kommunene fortsatt en viktig arena, der politisk påvirkningsarbeid skal sørge for at kreftpasienter får tjenester av god kvalitet (Kreftforeningen 2007). ”Spesielt innen lindrende behandling er det et stort behov for å videreutvikle det kommunale tilbudet” (Kreftforeningen 2007: 12).

Kreftforeningen seksjon Vest har et samarbeid med det offentlige helsevesenet gjennom forpliktende avtaler i forhold til nettverksarbeid innen kreftomsorg og lindrende behandling i foretaksområdene Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2008b). Ressurssykepleierne, som er knyttet til dette kompetansenettverket i de 67 kommunene i de tre helseforetaksområdene, er viktige aktører for å utvikle og vedlikeholde god kvalitet og rutiner på kommunehelsetjenestens kreftomsorg.

Som medlem av driftsgruppene for to av de tre nettverkene har jeg vært med på planarbeid, kompetanseutvikling og hatt medansvar for at samarbeidet fungerer etter intensjonen. Gjennom deltagelse på nettverksgruppemøter siden oppstarten i 2002 har jeg fått innblikk i ressursykepleiernes virksomhet i kommunehelsetjenesten. Denne studien undersøker faktorer som kan virke fremmende eller hemmende på ressursykepleiernes rolle og funksjon og nettverkets intensjon i kommunehelsetjenesten.

1.2.1. Anbefalinger for nettverksarbeid innen kreftomsorg

Når en ser på det som er gjort av undersøkelser på nettverk i kreftomsorg i Norge, konkluderer de med at det ikke har vært forpliktende avtaler på alle aktuelle administrative nivå. Nettverkene som Kreftforeningen har samarbeid med i Helseregion Vest, har skriftlige forpliktende avtaler mellom de utøvende og faglige aktørene på administrative nivå. Det vil si rådmann eller ordfører i kommunene, og direktøren for Helseforetakene når det gjelder sykehusene. I de faglige organisasjonene, som Kreftforeningen seksjon Vest og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, har lederne undertegnet avtalen.

Et nettverk av ressursykepleiere i kommunene anses helt sentralt for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til kreftpasienter og pårørende, for å spre kompetanse om kreftomsorg og palliasjon i hele foretaksområdet (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2008b). Nettverket skal stimulere til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling gjennom planmessig kompetanseheving, klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid.

Nettverk av ressurspsykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling defineres i planen for Helse Bergen foretaksområde som:

Ressurspersoner/samarbeidspartnere fra ulike nivåer i helsetjenesten som arbeider mot felles mål for å bedre kvaliteten på helsetjenestene som kreftpasienten har behov for (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006: 6).

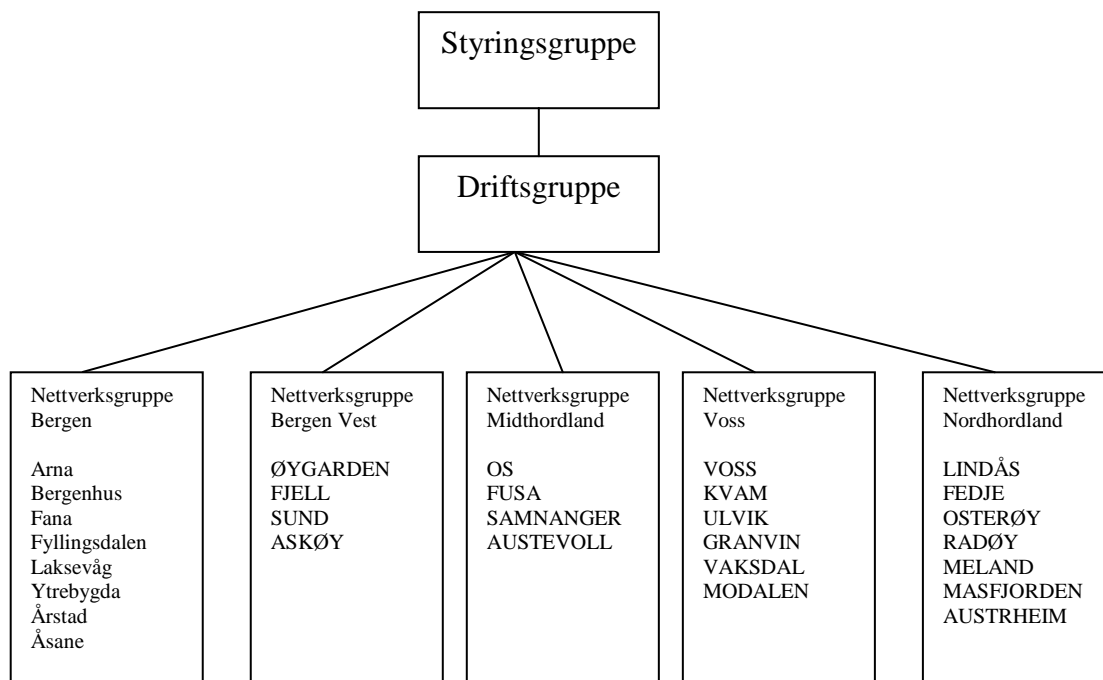
Dokumentet ”Standard for Palliasjon” gir føringer for organiseringen av kreftomsorgen i Norge på alle plan i helsetjenesten (Norsk forening for palliativ medisin 2004). En ressurspsykeleier defineres i dette dokumentet som:

(...) en sykepleier som fortrinnsvis har videreutdanning innen kreftsykepleie eller lindrende behandling (...) og er interessert i å videreutvikle sin faglige- og samhandlingskompetanse i et avgrenset fagfelt (Norsk forening for palliativ medisin 2004: 34).

1.2.2. Struktur i ressurspsykeleienettverkene i Helseregion Vest

Helse Førde, Helse Bergen og Helse Fonna sine foretaksområder, det vil si alle sykehusene og helsetjenesten i alle 67 kommunene, følger prinsippene og anbefalingene som er nedfelt i dokumentet ”Standard for Palliasjon”, når det gjelder organisering av kreftomsorg (NFPM 2004).

Som figuren nedenfor viser er nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde organisert med en styringsgruppe, en driftsgruppe og 5 nettverksgrupper. Alle 22 kommunene og de respektive sykehusene er representert i nettverksgruppene. På figuren vises imidlertid ikke sykehusene.



Figur 1. Organisering av nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling, her vist som eksempel fra Helse Bergen foretaksområde (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006. I avtalen for Helse Bergen: 22)

Helse Førde og Helse Fonna foretaksområde er organisert etter samme mal som Helse Bergen foretaksområde. Nettverksgruppene har jevnlig møter etter en fremdriftsplan fastsatt av hvert foretaksområde sin driftsgruppe. Kreftforeningen er representert i styrings- og driftgruppene for alle tre nettverkene i seksjon Vest.

1.2.3. Intensjon, funksjons og ansvarsfordeling i nettverkene

Hensikten med systematisk nettverksarbeid innen kreftomsorg er å sikre pasienter og pårørende et mer tilgjengelig og samordnet tjenestetilbud. Målet med nettverksarbeidet er ”kompetanseheving, samhandling og samarbeid mellom ressurspersoner” for å gi kreftpasienter og pasienter i lindrende behandling ”god kvalitet og trygghet i alle nivåer i helsetjenesten” (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006 i avtalen for Helse Fonna: 2).

I avtalen om samordning i felles nettverk innen kreftomsorg og lindrende behandling mellom Helse Fonna, kommunene i Helse Fonna området, Kreftforeningen seksjon Vest og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, er en funksjons og ansvarsfordeling gjort mellom styringsgruppen, driftsgruppen, nettverksgruppen og ressurspsykeleierne. (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006).

Avtalen fra september 2005 har følgende fordeling i styringsgruppen, driftsgruppen og nettverksgruppene (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006) Ressursspsykeleierne er rekruttert fra 2. linjetjenesten og kommunehelsetjenesten og danner nettverksgruppene. Driftsgruppen har to representanter fra hvert av de tre samarbeidsutvalgene i helseforetaket. Utover disse har driftgruppen en representant fra Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og en representant fra Kreftforeningen seksjon Vest. Styringsgruppen består av en administrativ representant fra hver av avtalens parter, samt leder av driftsgruppen.

I denne avtalen har styringsgruppen det overordnede ansvaret for samordningen og nettverket. Den skal sikre en helhetlig organisering av nettverket gjennom forpliktende avtaler, bidra med evaluering og forslag til revisjon av samarbeidsavtaler som berører nettverket. Videre skal styringsgruppen følge opp driftsgruppens arbeid og rapportere en gang årlig om måloppnåelse til de ulike samarbeidsutvalgene i helseforetaket, samt til Kreftforeningen seksjon Vest og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest.

Driftsgruppen skal bidra til at det forpliktende samarbeidet fungerer etter intensjonen. Den har ansvar for den praktiske driften av nettverket og skal lage en plan for arbeidet. Lederen i driftsgruppen gir rapport til styringsgruppen, hvor vedkommende også er medlem. Driftsgruppen skal bidra til kompetanseutvikling i nettverket, til at det utarbeides og implementeres kliniske retningslinjer, prosedyrer og kvalitetssystem innen fagområdet. Videre bør driftsgruppen arrangere en årlig felles samling for nettverket.

Nettverksgruppene og ressurspersonenes funksjons- og ansvarsområde er sammenfallende, og de skal bidra til at det forpliktende samarbeidet fungerer etter intensjonen på linje med driftsgruppen. Nettverksgruppene og ressurspersonene skal videre bidra til samhandling og faglig kvalitet i tilbudet til pasient og pårørende. Begge

gruppene skal bidra med erfaringsutveksling, veiledning, faglig utvikling og kompetanseheving, samt avholde jevnlig møter i nettverksgruppene, minimum en gang per halvår.

Arbeidsgiver forplikter seg til å oppnevne ressursperson(er) innen kreftomsorg og lindrende behandling, slik at funksjonen til enhver tid er ivaretatt. Avtalen sier også at arbeidsgiver har ansvar for å identifisere virksomhetens behov for kompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling. Arbeidsgiver forplikter seg til å gi ressurspersonene tid og ressurser til å utøve sin funksjon, og mulighet til å delta på samlinger i nettverket. Arbeidsgiver forplikter seg til å legge til rette for lokale samlinger i nettverksgruppene etter en rotasjonsordning. I det siste punktet forplikter arbeidsgiver seg til evaluering av avtalen.

Nettverksgruppen og ressursykepleiernes ansvars- og funksjonsområde er altså ikke nedfelt i avtalen hver for seg, men samlet. Arbeidsgivers ansvarsområde er også nedfelt i avtalen (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006).

I kompetansenettverkene i Helseregion Vest er det mange aktører og mange ledd. Det er behov for å undersøke hvordan nettverkene fungerer, og få forståelse for hva som kan fremme og/eller hemme intensjonen og målsettingen.

1.3. Hensikt med studien

Vitenskapelige metoder er en velegnet måte å undersøke hvordan nettverkene i Helseregion Vest fungerer. Da det er gjort lite studier innen nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling, har denne studien en beskrivende tilnærming. Grønmo (2004) påpeker at samfunnsforhold som er lite utforsket har behov for beskrivende problemstillinger.

Et viktig perspektiv i denne studien er: Blir intensjonen og målsettingen med avtalen om samordning i felles nettverk innen kreftomsorg og lindrende behandling i foretaksområdene i Helseregion Vest nådd? Studien går inn og ser på erfaringene til noen sentrale aktører i nettverket, nemlig ressursykepleiere og sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Det er deres perspektiv denne studien er vinklet inn på.

Informantene har nær tilknytning til temaet. Den første informantgruppen i studien er ressurspsykeleierne. De innehar rollen og har primær tilknytning til tematikken. De deltar på nettverksgruppesamlinger to-tre ganger årlig og i samlinger med hele nettverket i foretaksområdet en gang i året. Innad i kommunen samhandler ressurspsykeleierne med ulike faggrupper, deriblant sin egen fagdisiplin. Psykeleiere i kommunehelsetjenesten utgjør den andre informantgruppen i denne studien. De har det jeg kaller sekundær tilknytning til nettverket i foretaksområdene Helse Førde, Helse Bergen og Helse Fonna via sine respektive ressurspsykeleiere.

Formålet med studien er å undersøke erfaringskunnskapen til sentrale aktører i kommunehelsetjenestens kreftomsorg, og deres syn på hva som kan bidra til at nettverkets mål og intensjon oppfylles. Videre er det også viktig å få frem deres erfaringer med hva som kan være et hinder for denne måloppnåelsen. Ved å bruke vitenskapelige metoder tar denne studien sikte på å finne noen viktige målepunkter for videre drift av nettverkene i Helseregion Vest.

2.0. TIDLIGERE FORSKNING

Før jeg startet på prosjektet, innhentet jeg tidligere forskning innen emneområdet, i samarbeid med bibliotekar på universitetssykehuset i Bergen. Vi søkte på emneordene nettverk, samarbeid, samhandling, sykepleier, kreftomsorg og lindrende behandling, og deres engelske synonym i Pubmed, SweMed og Cinahl. Mye av det som kom frem ved disse søkene var nettverksarbeid gjort på pasientgrupper og ikke overfor sykepleiere. Det som var gjort av studier på sykepleiere var mest angående jobbtilfredshet og lønn (Lindholm, Dejin-Karlsson, Østergren og Uden 2003), ikke erfaringer eller opplevelser med å inneha en spesialfunksjon innen ett fagområde.

Det jeg har funnet av forskning som har betydning for kommunehelsetjenestens kreftomsorg, er presentert i det følgende kapittelet. Undersøkelser og evalueringer av nettverkene som Kreftforeningen har etablert og drevet i Norge vil også bli belyst her.

2.1. *Forskning innen kreftomsorg*

Pasienter med kreftsykdom har mange symptomer samtidig (Kaasa 1998). Flere undersøkelser har vist at helsepersonell har en tendens til å undervurdere pasientens plager (Nekolaichuk, Bruera, Spachynski, MacEachern, Hanson og Maguire 1999, Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler og Macmillan 1991), og at leger og annet helsepersonell bare klarer å oppfange et lite antall symptomer ved vanlig journalopptak (Stromgren, Groenvold, Pedersen, Olsen, Spile og Sjogren 2001). Det trengs derfor en systematisk tilnærming og registrering for å kartlegge pasientens plager. I tillegg er objektive mål lite egnet som evaluering av tiltak (Stromgren et al. 2001).

Flere studier har demonstrert at helsepersonells oppfatninger ikke har korrelert med pasientens egne beskrivelser av subjektive symptomer som for eksempel smerte (Doyle, Hanks, Cherny og Calman 2004). Når behandlingsmålet er symptomlindring, trengs effektmål som registrerer pasientens subjektive oppfatning av situasjonen (Higginson og Carr 2001).

ESAS-skjemaet har en kartleggende rolle for hver enkeltpasient. Det blir lettere å avdekke og beskrive plagene, samt prioritere innsatsområdene. Plager av psykologisk og sosial karakter, kan avdekkes ved hjelp av ESAS (Eriksson 2003). Ved samtale uten denne registreringen, står en i fare for kun å dekke det biomedisinske området (Stromgren et al. 2001).

I løpet av de siste tiårene er det utviklet nye verktøy og samarbeidslinjer innen fagområdet kreftomsorg og lindrende behandling. ESAS-skjema, individuell plan, dokumentet ”Standard for palliasjon” og bruk av koordinator for kreftpasienter er blant disse (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2008b. Norsk forening for palliativ medisin 2004). Disse retningslinjene implementeres i kommunehelsetjenesten via kompetansehevende tiltak på nettverksmøtene, eller gjennom egne seminar og prosjekt organisert av nettverket i helseforetaket.

2.2. En undersøkelse gjort på nettverk i førstelinjetjenesten

Kommunehelsetjenesten i Oslo er oppdelt i mange bydeler. En undersøkelse om nettverk som middel til samarbeidsutvikling i kommunehelsetjenesten, er gjort i en av bydelene i Oslo med 26.000 innbyggere (Kindberg 1996). I denne undersøkelsen kom det frem at avstanden til ekspertisen, blant annet 2. linjetjenesten, opplevdes som stor. Bydelens helsetjeneste tok ofte på seg ansvar de ikke hadde forutsetning til å takle. Derfor organiserte bydelen ulike fagpersoner i nettverk for å bedre den totale situasjonen i helsetjenesten og skape helhet i behandlingsskjeden.

Hensikten med nettverkene i denne sammenhengen var todelt. På den ene siden var et sterkt ønske om brukermedvirkning og utnyttelse av klientens egne ressurser viktig. Kommunehelsetjenestens styrke ligger nettopp i å ha lokalkunnskap og nærhet til brukerne. På den andre siden var ønsket om koordinering og bedre utnyttelse av offentlige tjenester viktig.

Konklusjonene fra studien til Kindberg viste at deltakerne brukte nettverksarbeid som metode, også i konkrete arbeidssituasjoner, og tok lettere kontakt på tvers av fagprofesjoner. De ønsket også en mer forpliktende deltagelse i forhold til

opplæringsprogrammet. I denne omorganiseringen i bydelens helsetjeneste kom det også frem at nettverksarbeidet krevde administrativ og politisk forankring.

2.3. Undersøkelser i Kreftforeningens nettverksarbeid

Kreftforeningen har lang tradisjon på nettverksarbeid. I Telemark fylke ble kontaktsykepleiemodellen startet i 1993, et samarbeidsprosjekt mellom Kreftforeningen og Sykehuset Telemark (Haugstøl og Skarholt 1998). Hovedmålet for dette nettverket var å bedre kvaliteten på kreftomsorgen ved å bygge opp et nettverk av kontaktsykepleiere i sykehus og primærhelsetjeneste. Opplegg og faglig innhold har mange likhetstrekk med nettverkene i Helse Fonna, Helse Førde og Helse Bergen. I Telemark ble det gjort to spørreundersøkelser, en i 1993 og en i 1998. I den siste spørreundersøkelsen ble kun sykepleierne, som hadde vært med fra kontaktsykepleiemodellen startet i 1993, tatt med. Resultater fra de to surveyene viste kun mindre endring i kompetansenivå blant kontaktsykepleierne. Konklusjonen var blant annet at forpliktelse mellom arbeidsgiver, kontaktsykepleier og kursholdere måtte styrkes.

I Buskerud fylke ble prosjektet "Nettverksbasert kreftomsorg" gjennomført i 2001-2002 (Kreftforeningen 2004a). Ni av 21 kommuner i Buskerud var med fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ettorevalueringen ble gjort i form av en survey med bakgrunn i funksjonsbeskrivelsen til kontaktpersonen, og både sykepleiere og leger svarte (svar % = 50). Evalueringen tyder på at sykepleiere er godt egnet til å ivareta funksjonen som kommunal kontaktperson for kreftrammede. Kreftforeningen har fortsatt forpliktende avtaler med rådmenn i alle ni kommunene, selv om prosjektet er avsluttet. I følge prosjektleder ble avtalene forankret på feil nivå. Det burde vært inngått forpliktende avtaler mellom kommunene og Helseforetaket og eventuelt andre aktører, i tillegg til Kreftforeningen.

I Midt- Norge ble den såkalte R-4 modellen opprettet på 90-tallet, bygget på et allerede eksisterende kontaktnett av sykepleiere og leger fra primær- og spesialisthelsetjenesten (Kamps et al. 2000). Her var samhandling og fagutvikling tema, og kurs og seminar, veiledning og informasjonsmateriell pedagogiske metoder med nettverkstenkning som

ideologi. Tiltakene ble i etterkant evaluert med survey, individuelle intervju og fokusgruppeintervju. Resultatene fra surveyen konkluderte blant annet med at modellen må markedsføres, særlig til lederne og politikerne. Det er nødvendig for å skape forståelse for at ressurspersonene tilfører kompetanse til kommunen, ikke bare utgifter (Kamps et al. 2000, Kreftforeningen 2003).

Rønning (2003) gjorde enkeltintervju med ressurspsykeleiere, basert på den faglige veiledningen og samhandlingsseminarene i R-4 prosjektet. Hun hadde særlig fokus på om informantene hadde fått ny kunnskap om seg selv som fagperson, økt faglig selvtryllitt og økt kunnskap om eget og andres fagfelt. Funnene var positive.

Faanes gjorde i 1999 en kvalitativ studie, med observerende møter, dokumentstudier og enkeltintervju av fem helsefaglige ledere som hadde aktører knyttet til R-4 modellen (Faanes 2000). Informantene var en fagsjef fra kommunehelsetjenesten, en sykepleiesjef fra et lokalsykehus, en oversykepleier fra Regionsykehuset i Trondheim, en kommuneoverlege fra Trondheim og en kommunelege fra en landkommune. De mente at modellen hadde begrensninger, særlig på grunn av forskjell i kommunestørrelse og organisering. Omtrent halvparten av informantene mente at det offentlige helsevesenet ikke ville ta over modellen, og like mange mente at modellen måtte avtales på et administrativt nivå.

Sam-kom modellen i Nord-Norge innlemmet fagfolk fra kommunehelsetjenesten, i alt fra 12 kommuner, samt tre sykehus i sitt prosjekt (Kreftforeningen 2004b). De involverte personene fra kommunehelsetjenesten ble rekruttert fra sosialkontor, trygdeetat, apotek og pleie- og omsorgstjenesten slik at fokuset ble tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. På de to småsykehusene ble kreftsykepleierne rekruttert, ett av sykehusene knyttet imidlertid en prest og en fysioterapeut til seg. På Universitetssykehuset i Nord-Norge, ble det dannet en tverrfaglig ressursgruppe. Konklusjonene fra sam-kom prosjektet er blant annet at det må settes av tid til samhandling. I prosjektet ble det skapt uformelle nettverk mellom kommunene og sykehusene, men i sluttrapporten konkluderes det med: "Vi har ikke nådd målet om å etablere strukturerte samarbeidsmodeller mellom nivåene" (Kreftforeningen 2004b: 27). Viktige aktører som utelates gir også dårlig effekt og dårlig måloppnåelse, og informasjon og rapporter om nettverket må synliggjøres, ellers blir det ikke verdsatt.

Felles funn fra disse undersøkelsene er manglende forpliktende avtaler mellom alle aktørene i nettverket, det vil si arbeidsgiver, arbeidstaker, driftsgruppe, ledelse i kommunene og i helseforetakene. Som en følge av manglende avtaler, har resultatet for mange ressurspsykeleiere blitt at ressurspsykeleierne føler seg alene, uten forståelse og mulighet for å utøve sin tiltenkte funksjon. Et annet resultat er et antatt dårligere tilbud for den kreftsyke, fordi kompetansenivået er lavt innen kreftomsorg, som igjen er en følge av dårlig utnyttelse av ressurspsykeleiefunksjonen.

3.0. TEORIVALG

Dette kapittelet tar for seg en teoretisk innføring i begreper og sammenhenger som har betydning for ressurspsykepleierordningen og dens funksjon i kommunehelsetjenesten. Før datasamlingen hadde jeg en forforståelse der et teoretisk grunnlag ble valgt som fortolkningskontekst overfor de temaene som skulle studeres. Etter datasamlingen kom et utvidet teoretisk perspektiv til syne som en følge av analysen og kategoriseringen av erfaringene til informantene. På bakgrunn av studiens resultater blir følgende teoretiske perspektiv valgt som fortolkningsgrunnlag. Fire grunnelement har i denne studien betydning for ressurspsykepleierordningens intensjon og målsetning. Disse er struktur, samhandling, funksjon og rolle.

3.1. *Struktur i betydningen mønstre av relasjoner*

Teoretiske tradisjoner innen samfunnsvitenskapen har ulike perspektiver og viktige trekk som kan være nyttige for denne studien. Den første teoritradisjonen som har innvirkning på nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling, er strukturalistiske teorier med: ”fokus på større mønstre av relasjoner (struktur)” (Grønmo 2004: 47). Rolleteori og nettverksteori er typiske teoridannelser innen tradisjonen, siden de har disse kjennetegnene. Generelle trekk ved denne teoritradisjonen er mønstre av relasjoner på et makronivå der sosial struktur blir vektlagt i større grad enn sosial handling.

Det enkelte element i samfunnet forstås ut fra elementets relasjon til andre elementer og til strukturen som helhet (Grønmo 2004: 47)

Rolleteori vektlegger forventninger og normer som knytter seg til en posisjon, og nyere nettverksteori fokuserer på konkret handlende aktører på ulike nivå (Grønmo 2004).

3.1.1. **Multidimensjonale nettverk**

Et nettverk er organisert på en slik måte at det danner et mønster. En serie av relevante forbindelser mellom individer kalles et nettverk når de samles med spesifikke hensikter

og med spesielle forutsetninger. Et nettverk kan gjerne bestå av medlemmer fra forskjellige kontekster og ulike nivå (Seymore-Smith 1986).

John A. Barnes regnes som en av de første nettverksanalytikerne i antropologien (Fyrand 1994). Han gjorde feltarbeid i kystsamfunnet Bremnes på Bømlo på femtitallet og studerte relasjonsmønstre i det sosiale feltet over en tidsepoke.

*I find it convenient to talk of a social field of this kind as a **network**. The image I have is of a set of points some of which are joined by lines. The points of the images are people, or sometimes groups, and the lines indicate which people interact with each other (Barnes 1953: 43).*

Tidligere hadde Barnes brukt begrepet: "web", når han snakket om et samfunn og de kontaktpunktene hvert enkelt individ hadde med andre. Et edderkoppnett: "spider's web", er todimensjonalt, men dette nye bildet, som han kalte nettverk: "network", var multidimensjonalt (Barnes 1953: 43). Det sies at Barnes fikk ideen da han så fiskegarn som hang til tørk på Bremnes. Garnknutene assosierte han med mennesker og garntrådene som de sosiale relasjonene som knyttet knutene sammen (Fyrand 1994).

Samfunnsmessig kan organisering av gode nettverk ha betydning for tilgang på bedre og rimeligere varer og tjenester, eller hjelp og støtte (Grønmo 2004). Aktørene i et nettverk utgjør en nettverkskomponent, med direkte eller indirekte kontakter eller relasjoner.

Hvordan et nettverk fungerer som ressurs, og hvordan det kan utvikles og utnyttes strategisk, avhenger av både nettverkets egenskaper og aktørenes posisjon i nettverket (Grønmo 2004: 406).

Det er viktig å undersøke og analysere både nettverksmønstre og nettverksposisjoner. En begrensning ved kvantitative nettverksanalyser er gjerne at hovedvekten blir lagt på nettverkmønsterets form, ikke innholdet og betydningen av relasjonene som inngår i nettverket. Konteksten, som nettverksrelasjonen inngår i, kan heller ikke analyseres på en tilfredsstillende måte ved kvantitativ analyse, særlig ikke når det er snakk om større nettverk. Det viktigste formålet med kvalitative nettverksanalyser er at prosessene i en

nettverkskomponent kommer til syne. Det er da ikke aktuelt å bruke statistiske mål på trekk ved nettverket eller aktørenes posisjoner (Grønmo 2004).

3.1.2. Struktur og organisering i små samfunn

En organisasjon er dynamisk i den forstand at den blir påvirket av forskjellige strømninger og ulike personer. Selv i en idealtypisk byråkratisk organisasjon, der arbeidsroller er formalisert i meget stor grad, viser det seg at rollen ikke alltid er tydelig i praksis (Abercombe, Hill og Turner 1994).

Raymond Firth (1961) studerte strukturer og organisering i små samfunn og fant fire essensielle/ nødvendige regler.

We may distinguish four constituents essential to social existence in a community. These are: social alignment; social controls; social media; and social standards (Firth 1961: 41).

Med "social alignment" mener han den sosiale strukturen i et samfunn, både demografiske forhold og arbeidsforhold. Grupperinger etter yrke, gradering etter rang og forskjellige hierki, er tatt med i den sosiale strukturen, men også grupperinger etter sosial rolle og sosial status. "Social controls" inkluderer teknisk - og praktisk kunnskap, som er til hjelp for folk når de skal styre omgivelsene eller miljøet de har ansvar for. "Social media" er språket og språket er igjen et uttrykk for tanker og følelser i følge Firth (1961). "Social standards" representerer verdier slik de kommer til uttrykk i handling. Enhver verdi har en følelsesmessig - så vel som en idealistisk side (Firth 1961). Firth (1961) hevder at alle samfunn har metoder for gradering og gruppering av mennesker, slik at ting fungerer på en hensiktsmessig og effektiv måte. Dette skjer både profesjonelt og privat.

3.2. Samhandling

En annen viktig teoritradisjonen som har betydning for studiens resultat er forstående teorier som fenomenologi og hermeneutisk teori (Grønmo 2004). Livsverden er et

begrep som er fremtredende innen fenomenologien og begrepet betyr at en alltid, så lenge en er i verden, må forholde seg til denne. Det er den verden vi er i, sammen med andre mennesker og som vi har et kommunikativt samspill med (Bengtsson 1999).

Kari Martinsen omtaler Løgstrups tekster der han beskriver de suverene livsytringene i sin etikk, blant annet talens åpenhet, tillitt, det å bli møtt i språket og bli tatt imot som en grunnholdning. Dette er grunnleggende fenomen som bærer vår eksistens. Ifølge Løgstrup innebærer den gjensidige avhengigheten og det gjensidige maktforholdet mellom mennesker en etisk fordring til den enkelte, en fordring som har sitt utspring i at vi ikke kan forholde oss personlig til andre uten å utlevere oss. Denne utleveringen som preger enhver personlig relasjon, innebærer en forventning om at en selv blir tatt imot og forstått (Martinsen 2003).

3.2.1. Helhet og kontekst

Vi kan forholde oss til den andre som subjekt-subjekt (jeg-du) eller subjekt-objekt (jeg-det) ifølge filosofen Martin Buber (Skjervheim 1996). Han la særlig vekt på disse to grunnleggende forhold. Skjervheim kritiserer nettopp subjekt-objekt forholdet. Han kaller det "tilskodarhaldningen". Å dele en sak skjer først når en får det Skjervheim kaller: "en tre-leddet relasjon" (Skjervheim 1996: 71). En dialog kan være to-leddet på den måten at fakta blir konstatert. Dersom den andre, meg og saksforholdet blir delt og begge deltar, oppstår en tre-leddet relasjon, med engasjement og deltakelse (Skjervheim 1996).

Viktige kontekstuelle aspekt ved helsefagene, som kommunikasjon, empati, etikk og omsorg faller ofte utenfor når det biomedisinske fokuset, basert på objektive funn, vektlegges (Ekeland 1999). Aadland (1997) forklarer kontekst som våre omgivelser, våre forestillinger og vårt språk. Han differensierer også mellom indre og ytre kontekst, der det indre er vår egen forståelsesramme, en tolkning av historien eller situasjonen vi er i.

3.2.2. Samhandling - i et systemteoretisk perspektiv

George Bateson, som av noen regnes som grunnleggeren av systemteorien, var opptatt av helhet, kontekst, relasjoner, "her og nå" perspektivet og sirkularitet (Gjems 1995).

Helheten er det sosiale systemet vi mennesker er i. Systemteoretisk tankegang har en utvidet jeg-forståelse i den forstand at individ ikke kan sees isolert, men i en sammenheng med andre (Gregory Bateson 1979 i Aadland 1997).

Systemteori vektlegger en helhetlig forståelse og er klassifisert innen funksjonalistiske teorier. Enkeltstående kan ikke forstås uavhengig av den organiserte og integrerte sammenheng som de inngår i. Med dette perspektivet må de ulike elementenes funksjon forstås i en sammenheng (Grønmo 2004).

(...) det enkelte element i samfunnet forstås ut fra elementets funksjon for andre elementer og for samfunnet som helhet (Grønmo 2004: 47).

Hovedinteressen til Bateson var kommunikasjon, og han la vekt på at alle språklige uttrykk finner mening først i lys av en kontekst. Det vi gjør, forstås i et kommunikasjonsperspektiv med sirkulær og gjensidig påvirkning. Det motsatte er lineært samspill som bygger på årsaks/virkningsprinsippet. Vi kan ikke forstås isolert fra hverandre, men kun i sammenheng med andre. Sirkularitet innebærer at alt, både mennesker og hendelser, er elementer i en gjensidig påvirkningsprosess og handler både om den indre og ytre konteksten (Grønmo 2004).

3.2.3. Systemtenkning i sykepleien

Sykepleiefaget har utviklet seg mye de siste 50-60 årene og utviklingen av sykepleiemodeller må sees i et historisk perspektiv. Felles for alle modellene er sykepleiens metaparadigmebegrep som er definert som menneske, omgivelser og sykepleie (Fawcett 1979 i Kristoffersen 1996). De ulike modellene tar utgangspunkt i modellens teoretiske grunnlag og deles gjerne i følgende hovedgrupper: utviklings-, interaksjons-, system-, behovs- og omsorgsmodeller (Kristoffersen 1996).

Relasjonen mellom sykepleier og pasient som det grunnleggende i sykepleien er sentralt for interaksjonsmodellene som ble utviklet fra 1950 til 1980 tallet. I 1970-årene skjedde en vending i sykepleietenkingen som var påvirket av positivismedebatten og generell systemteori. Sykepleieteoretikerne som var influert av disse strømmingene legger nå hovedvekten på humanistiske verdier og eksistensialistisk filosofi. Sykepleiemodellene

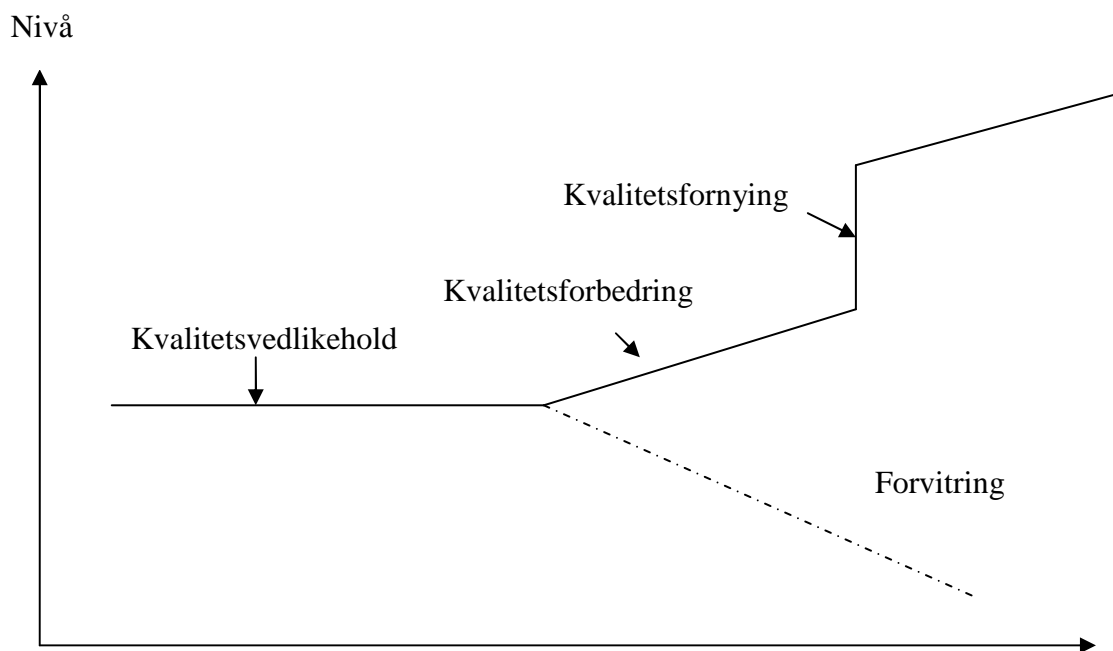
som ble utviklet på 1980-tallet knyttet i enda større grad mennesket og miljøet sammen. De beskrev mennesket som et åpent system og i kontinuerlig samspill med sine omgivelser. Benner og Wrubels sykepleietenkning er inspirert av hermeneutisk og fenomenologisk tankegang og de hevder at

(...) menneskets måte å være i verden på, er nær knyttet til omgivelsene (Benner og Wrubel 1989 i Kristoffersen 1996: 370).

Begreper som er sentrale i sykepleiemodellene med et systemteoretisk perspektiv, er stress, spenning og konflikt. For å mestre sin verden må mennesket tilpasse seg omverdenen både biologisk, psykologisk og sosialt (Aadland 1997). Da hovedmålet innen denne retningen er å skape likevekt i indre og ytre omgivelser, må det, når disse belastningene oppstår, skje aktive prosesser som gir vekst og utviklingsmuligheter (Kristoffersen 1996).

3.2.4. Kvalitetsledelse i et samhandlingsperspektiv

En virksomhet som er opptatt av kvalitet bør være opptatt av begrepet i alle ledd. Ideelt sett er kvalitetsledelse et prinsipp som gjennomsyrrer hele virksomheten gjennom mål, midler og metoder, på tvers av avdelinger med deltakelse fra alle. Aktivitetene i en organisasjon faller gjerne i tre hovedgrupper. Den daglige driften, også kalt kvalitetsvedlikehold, består av etablering og vedlikehold av system som sikrer kvalitet i henhold til interne, selvpålagte eller påtvungne, nasjonale eller internasjonale standarder. Neste hovedgruppe aktiviteter er forbedring av rutiner som bør skje kontinuerlig. Den siste aktiviteten en organisasjon bør ha for å opprettholde kvalitet, er fornying, som gjerne går på tvers av avdelingene (Lillestøl 1994).



Figur 2. Kvalitetsaktiviteter. Lillestøl 1994: 10

Tid

3.2.5. Kvalitetsbegrepet i et helseperspektiv

Politiske føringer og lovverk baner vei for kvalitet i helsetjenesten. Også Nasjonale utredninger gir føringer for hvordan man kan oppnå god kvalitet på helsetjenesten innen ulike fagområder. Avtalene for nettverksarbeidet innen kreftomsorg og lindrende behandling i Helseregion Vest bygger på disse dokumentene, og kvalitetsbegrepet er brukt både i målsetningen og under funksjons- og ansvarsområdene. I en av avtalene står følgende målsetning:

Målet er kompetanseheving, samhandling og samarbeid mellom ressurspersoner slik at kreftpasienter og andre pasienter med behov for lindrende behandling, samt deres pårørende, opplever god kvalitet og trygghet i alle nivåer i helsetjenesten (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2008b).

Kvalitetsbegrepet har gjennom tidene opptatt mange, og kan sees på med ulike briller, både ut ifra et praktisk, organisatorisk og filosofisk ståsted. Begrepet kan presiseres i minimum to retninger i følge Lillestøl (1994), der den ene er i overensstemmelse med

krav, og den andre i grad av fortrefelighet. Når Lillestøl snakker om grad av fortrefelighet, er det knyttet til samme funksjon, men med en planlagt grads- eller klasseforskjell. Kvalitetskrav er nedfelt i de ulike aktørenes funksjons- og ansvarsområder (Lillestøl 1994).

3.3. Funksjon

Studien tar opp funksjonen til ressurspsykeleier i problemstillingen og har dermed et fundament i funksjonalistiske teorier, med følgende generelle trekk:

Fokus på ulike samfunnsforholds konsekvenser (funksjoner) for hverandre og samfunnet som helhet (Grønmo 2004: 47).

Ralph Linton formulerte på 1930 tallet funksjonalistisk rolleteori som senere ble inkorporert i rolleteori. Linton skiller rollebegrepet i en kognitiv- og en handlingskomponent. Han snakker om status og rolle der status er den kognitive komponenten og rollen er handlingen, eller sagt på en annen måte, rollen er hvordan idealet blir uttrykt i handling (Banton 1965).

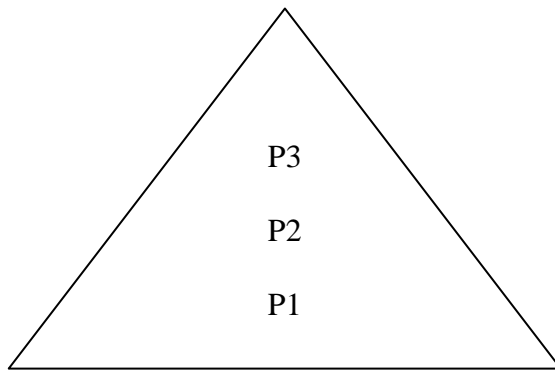
Linton klassifiserer også roller inn i to, de som er gitt en gjennom kjønn, alder og rase, og de som er oppnådd gjennom en spesiell funksjon eller stilling. I den første kategorien kommer altså roller som ikke krever spesielle evner. Den andre typen rolle innehas av mennesker med spesielle kvalifikasjoner til å utføre en bestemt oppgave, og Linton gir her eksempler med lærere, salgsfolk og artister (Banton 1965).

3.3.1. Funksjon, handlingsberedskap og kompetanse

Kommunehelsetjenesten består av helsearbeidere med forskjellige profesjons- og funksjonsnivå. Disse forskjellene kan være bestemte og tydelige eller diffuse og utydelige. Relasjonene mellom de ulike fagpersonene kan gi positiv (funksjonell) eller negativ (dysfunksjonell) virkning av samfunnsforhold på hverandre og på hele samfunnet (Grønmo 2004).

En fagperson innehar en bestemt type kompetanse. Skau (2000) ilegger begrepet kompetanse tre aspekter: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikk kunnskap og personlig kompetanse. En fagutdanning innen helsetjenesten bygger på teori og praktiske ferdigheter. Personlig kompetanse er ifølge Krogstad og Foss (1997) et vidt begrep som kan bety kunnskap blandet med ferdigheter, erfaringer, egenskaper, holdninger, moral og personlighet. Modning er en viktig faktor når det gjelder personlig kompetanse og innebærer den samlede, integrerte handlingsberedskapen en person har, og hvordan personen anvender denne i praksis.

Handal og Lauvås (2000) omtaler ”praktisk yrkest teori” (PYT) som den samlede handlingsberedskapen for praktisk virksomhet og den enkeltes forestillinger om praksis. De bygger sin modell ”praksistrekanten” opp etter Løvliens analyse av praksis med tre nivåer.



Figur 3. Handal og Lauvås 2000: 177

På P1- nivået utspiller selve handlingen seg, P2- nivået er erfaringer, både teori- og praksis baserte, mens P3- nivået er etiske vurderinger og verdier. På P2- nivået ser en både hva teorien sier om et emne, og hva praksis og handlingserfaringen sier. En drar disse begrunnelsene opp på P3- nivået ved å etterspørre hvilke holdninger og etiske refleksjoner en setter som standard i handlingen. Handal og Lauvås (2000) mener at alle har sin egen PYT og at denne utvikles allerede fra barnsben av.

3.4. Rolle

Banton (1965) beskriver ulike rollesystem fra det helt enkle til de mer komplekse. I enkle primitive samfunn, som hos buskmenn og eskimoer, er rollene avgrensede og

klare, men i komplekse system kan det være nødvendig å skape nye roller. En rolleinnhaver utfører oppgaver som det stilles visse krav og forventninger til.

3.4.1. Krav og forventninger til rolleinnhaver

Mitchell og Larson (1987) er enige i at den som innehar en posisjon i et system, møter et sett av forventninger til en spesiell adferd. Et system med en navngitt person utpekt til en spesiell rolle, kan gi utfordringer, både på individ- og systemnivå. Det kan oppstå rollekonflikter og uklarheter i forhold til mål og utførelse av jobben. Et system med en spesiell person i en profesjon kan føre til forventninger som kommer i konflikt med arbeidstidsbruk og arbeidsfordeling.

Tre viktige begrep er utviklet gjennom organisasjonsforskning på arbeidsroller i følge Mitchell og Larson (1987). Disse begrepene er rollesettet, rolleepisode og rolledifferensiering. Det siste begrepet refererer til en gruppe som består av medlemmer med bestemte og tydelige forskjeller i profesjons- og funksjonsnivå. Gruppen som tilhører den som innehar rollen, utgjør rollesettet. Disse utgjør vanligvis medlemmer som har jevnlig kontakt med rolleinnhaver og diskuterer viktige tema med henne/ham. Vanligvis er det ledere i rolleinnhavers nærmeste arbeidsgruppe, men rollesettet kan også bestå av andre kolleger i organisasjonen. Rolleepisode er beskrevet med fire stadier i Mitchell og Larson (1987: 262), her oversatt til norsk:

Stadium 1: gruppeforventning til en spesiell posisjon

Stadium 2: samtale rundt forventningene

Stadium 3: oppfattede forventninger til en rolle

Stadium 4: den egentlige rolle adferd

Stadium 1 og stadium 3 i en rolleepisode er på et persepsjons- og kognitivt nivå, mens stadium to og fire er på observasjons- og handlingsplanet. I en rolleepisode, slik den er beskrevet hos Mitchell og Larson, er både rollefiguren og gruppemedlemmenes perspektiv tatt med. Rollesettet er referert til i stadium 1 og stadium 2, mens rolleinnhaverens oppfatning og adferd skjer i stadium 3 og stadium 4.

Gruppen som tilhører den som innehar rollen, har forventninger til posisjonen. Mitchell og Larson (1987) mener det også er vanlig å snakke om disse forventningene. Også andre utenfor organisasjonen, for eksempel viktige kunder og profesjoner som styrer lover og utvalg, kan ha forventninger til rolle innehaver. Rollesettet blir klar over sine forventninger til rollen etter hvert som de observerer hva som skjer med handlings- og holdningsaspektet til rolle innehaveren og den egentlige rolle adferden.

Ved å se på en rolleepisode kan man gjøre noe med kommunikasjonen i en organisasjon. Selv om rollen er avklart (stadium 3) kan det oppstå klikker i organisasjonen, dersom rollesettet er lite. Hvis rollesettet derimot er stort, øker også mulighetene for flere forventninger til rolle innehaver, som igjen kan skape konflikter (Mitchell og Larson 1987).

3.4.2. Opptreden

Goffman (1992) betegner en opptreden som den virksomheten eller aktiviteten en person utfolder ved en bestemt anledning, for en bestemt gruppe iakttakere, deltakere eller publikum som han har en viss innflytelse over. Goffman (1992) mener at et fastlagt handlingsmønster, som skjer under en opptreden, kan presenteres eller spilles også ved andre anledninger. Han kaller dette handlingsmønsteret en rolle eller rutine. Har denne personen samme publikum ved forskjellige anledninger, vil det sannsynligvis oppstå et sosialt forhold (Goffman 1992).

Goffman (1986, 1992) bruker bilder fra teaterverdenen når han snakker om sosialisering og samhandling. Han introduserte begrepene frontstage og backstage som i ettertid har blitt metaforer i mange disipliner. En skuespiller har muligheten til å velge scene, virkemidler og kostyme når han står foran et publikum. Skuespillerens mål er å være i en sammenheng og tilpasse seg de ulike situasjonene rollen utspilles i. Under en opptreden vil personens måte å uttrykke seg på være fastlagt ifølge Goffman (1992).

Uttrykksmåten kan bevisst eller ubevisst være tatt i bruk og danner fasaden i opptreden. Fasaden består både av kulisser¹ og den personlige fasaden². Goffman

¹ Møbler, utsmykning, innredning, bakgrunn.

² Antrekk, kjennetegn, holdning, måte å snakke på, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser.

(1992) deler også opp personlig fasade i fremtoning eller ytre, og manerer. Fremtoning gir opplysninger om sosial status og personens rituelle situasjon, om han deltar i formelle, sosiale aktiviteter. Manerer er den interaksjonsrollen som personen velger å spille i en gitt situasjon. Velger han for eksempel arrogante eller aggressive manerer, gir personen et inntrykk av styring av situasjonen og den verbale interaksjonen. Velger personen derimot underdanige og unnskyldende manerer kan det gi publikum inntrykk av at personen retter seg etter dem (Goffman 1992).

I et møte mellom to eller flere mennesker vil den enkelte skaffe seg, eller ta i bruk opplysninger som en allerede sitter inne med om den eller de andre. Det den enkelte er opptatt av, kan være vedkommendes status, hans syn på seg selv, hans holdning til de andre i dette møtet, hans kompetanse og pålitelighet (Goffman 1992).

En person må handle slik at han bevisst eller ubevisst gir uttrykk for seg selv, og de andre vil på sin side på en eller annen måte få inntrykk av ham (Ishheier 1949 i Goffman 1992: 12).

Fasader blir ofte valgt, ikke skapt. Det foreligger ofte fastlagte fasader når en person påtar seg en spesiell oppgave. Selv når en person går inn i en ny oppgave som kanskje ikke har et fastlagt forløp, må han velge fasade. Denne fasaden harmonerer gjerne ikke med oppgaven, og da kan det oppstå et dilemma (Goffman 1992).

4.0. STUDIENS PROBLEMSTILLINGER

Studien tar sikte på å avdekke og kartlegge forhold som påvirker nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling. Ressurssykepleiernes rolle og utøvelsen av funksjonen i kommunene blir problematisert og tatt opp i intervjuene, med to sykepleiegrupper som erfaringsgrunnlag. Den ene sykepleiegruppen, ressursykepleierne har - slik jeg vil kalle det - *primær* tilhørighet og primær tilknytning til nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling. Den andre sykepleiegruppen, sykepleiere i kommunehelsetjenesten har dermed *sekundær* tilhørighet til dette nettverket. Ressursykepleier skal forholde seg til avtalen og medlemskapet i nettverket, lederen sin og kollegaer i egen kommune (primær tilhørighet). Sykepleierne i kommunen skal forholde seg til ressursykepleieren, lederen og hverandre (sekundær tilhørighet).

Selv om det ikke er allmenn enighet blant samfunnsforskere, betraktes ofte vitenskapelige problemstillinger ved å se på sammenhenger mellom to eller flere størrelser (Grønmo 2004). Ved å kartlegge både primær og sekundær erfaring med nettverket og ressursykepleierens rolle og funksjon, kan eventuelle sammenhenger eller forskjeller bidra til ny viten. Funn fra denne studien kan videre bidra til evalueringsgrunnlag for nettverkene i Helseregion Vest. Funnene fra denne studien kan være en rettesnor for andre helseregioner som skal opprette nye nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i små kommuner. Studien kan også danne grunnlag for nye studier på nettverk for faggrupper innen helsetjenesten.

4.1. Forskningsspørsmål 1

Hva er ressursykepleiernes erfaringer med å tilhøre et formalisert nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling, og hvilke faktorer påvirker deres rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg? (Primær tilhørighet)

4.2. Forskningsspørsmål 2

Hva er sykepleierne i kommunehelsetjenesten sine erfaringer med å ha en ressursykepleier eller flere i kommunen, som tilhører et formalisert nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling, og hvilke faktorer påvirker ressursykepleierens rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg? (Sekundær tilhørighet)

5.0. METODE

I dette kapitlet blir det gjort rede for hvordan studien er gjennomført og hvilke forberedelser som er gjort i forkant av datasamlingen. Kapitlet omhandler hvilken populasjon utvalget er hentet fra, og en beskrivelse av den praktiske gjennomføringen av studien. For å kunne formulere forklarende eller forstående problemstillinger må de faktiske forholdene om det som studeres, avdekkes. Kapitlet inneholder derfor en redegjørelse for valg av fokusgrupper som metode.

5.1. Design

Den samlede forskningen om samfunnsforhold kan bli videreført på en meningsfull måte hvis problemstillingen tar utgangspunkt i tidligere forskning og peker mot nye studier (Grønmo 2004). Siden det er gjort lite forskning på nettverk i kreftomsorg med forpliktende avtaler, er det naturlig å gjøre en beskrivende studie.

Beskrivende problemstillinger tar opp spørsmål om hvordan ulike samfunnsforhold faktisk er, hvordan de varierer, eller hvordan de endres. (...) Slike problemstillinger formuleres gjerne dersom de samfunnsforhold som skal studeres, er lite utforsket på forhånd (Grønmo 2004: 67).

Det empiriske grunnlaget for begrepene og fenomenene er data fra fokusgruppeintervju i nettverksgrupper for ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling, samt fokusgruppeintervju av sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Denne studien bygger på erfaringene og opplevelsene ressursykepleiere og sykepleiere i kommunehelsetjenesten har, når det gjelder faktorer som påvirker ressursykepleierens rolle og funksjon, sett i lys av tilknytningen til nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling.

5.1.1. Studiens metodologiske grunnlag

Målet i vitenskapelige forståelsesmodeller er beskrivelse av innhold og mening, ikke predikering av årsakssammenhenger (Malterud 1996). I fenomenologien er selve grunntanken en vending mot saken selv, en vending mot det erfarbare og levde liv, men

også en vending mot saken slik den fremtrer for subjektet. Saken er alltid en sak mot noe eller noen, aldri en sak i seg selv (Martinsen 2001). Innen fenomenologien og hermeneutikken, som Grønmo (2004) plasserer under forstående teorier, har handlinger betydning i en kontekstuell forståelsesramme. Handling og samhandling fortolkes i den konteksten som informantene har, og i tillegg ut fra den mening de har for aktørene.

I Husserls fenomenologi er ikke tingene i våre omgivelser slik vi ser og hører dem. Vi tillegger egenskaper og utfyller vår erkjennelse av verden, og dette kaller Husserl vår livsverden. På denne måten er Husserl en viktig premissleverandør for den moderne hermeneutikken i følge Aadland (1997).

Wilhelm Dilthey (1833-1911) utviklet den hermeneutiske sirkel (senere kalt spiral) med begrepene: opplevelse, uttrykk og forståelse som forskningsmetode. Den hermeneutisk inspirerte forsker lever seg inn i den andres subjektive beskrivelse og får forståelse innenfra. Man veksler mellom del og helhet og mellom helhet og del i en prosess (Skjervheim 1996). Møtet mellom mennesker er kjernen i sosialt arbeid. Målet med å skjønne hva som er best, riktigst og viktigst for den andre, er gjennom en oppfatning av virkeligheten (Aadland 1997).

Opplevelsesbegrepet innen hermeneutikken vektlegger inntrykk, og disse inntrykkene kan få nye forståelser over tid. Uttrykk er spor av tekster, klær, fortellinger, arkitektur og innredninger som mennesket etterlater seg. Når den andres verden åpner seg, skjer en psykologisk prosess som Dilthey beskriver som forståelsen (Aadland 1997).

5.1.2. Egen førforståelse

Gadamer mente at: ”vi aldri vil kunne møte verden uten ett sett ”briller” eller *for-dommer*” (Aadland 1997: 167). Denne førforståelsen er en forutsetning for handlingene våre og avgjørende for den mening situasjonen gir oss. Min forståelse om nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling ble etablert gjennom mange års erfaring med driftingen av to nettverk i Helseregion Vest.

I kvalitativ forskning er målet at informantenes erfaringer og meninger reflekterer materialet (Malterud 1996). Forskning i en kjent kultur kan være vanskelig og

utfordrende i følge Fossåskaret, Fuglestad og Aase (1997). Kodene kan ligge så tett opp til det en selv kjenner, at forskjeller lett kan oversees, og meningene til informantene kan bli sett på ut ifra forskerens kulturelle ståsted.

Fossåskaret et al.(1997) anbefaler å sette opp en stikkordliste over forventede funn i forkant av en studie. Det å ha en forforståelse ser de på som en forutsetning for innsikt, ikke en feilkilde som sperrer for innsikt. Jeg hadde en grunnleggende oppfatning av faktorer som kunne være fremmede for ressurspsykeleierollen, og også antagelser om hva som kunne hindre ressurspsykeleieren i rollens funksjon. Disse fordommene ble nedtegnet før jeg startet datasamlingen og tatt frem igjen etter analysearbeidet var ferdig.

Malterud (1996) sier at kunnskapen som det empiriske materialet gir, ofte forandres fra prosjektbeskrivelsen. Bli resultatet det samme, kan det bety at forforståelsen og teorivalg har påvirket eller blindet forskeren langs veien.

5.2. Populasjon og utvalg

Datamaterialet er hentet fra helsearbeidere som har primær og sekundær kontakt med nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling i Helseregion Vest. Informantene er valgt på bakgrunn av deres erfaringskunnskap med dette nettverket.

5.2.1. Populasjon

I Helseregion Vest startet nettverksarbeidet for ressurspsykeleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i foretaksområdene Helse Fonna i 2002, Helse Førde i 2004 og Helse Bergen i 2005. Organiseringen av nettverksarbeidet er lik i alle tre foretaksområdene. Hvert foretaksområde har styringsgruppe, driftsgruppe og flere nettverksgrupper, der ressurspsykeleiere fra fire - seks kommuner, samt lokalsykehus er representert. Kommunene og sykehusene har felles avtaler gjennom planen for nettverket (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006, 2008b). Hver nettverksgruppe har samlinger to-tre ganger årlig, og interne prosesser skjer kontinuerlig.

Kommunestørrelse i forhold til innbyggertall varierer mye i de tre foretaksområdene. Den minste kommunen, Utsira hadde 212 innbyggere pr 1.1.2008, og den største kommunen, Bergen, hadde på samme tidspunkt 247 746 innbyggere (Statistisk Sentralbyrå 2008).

5.2.2. Utvalg

Utvalget i denne studien er ressurspsykeleieinformanter fra to av de 13 nettverksgruppene i foretaksområdene Helse Førde, Helse Bergen og Helse Fonna, samt sykeleieinformanter er fra en kommune som tilhører en av de to utvalgte nettverksgruppene.

I denne studien skilles det mellom primær og sekundær tilknytning til nettverket. Med primær tilknytning menes ressurspsykeleierens rolle i nettverket, og deres opplevelse av rollen og funksjonen i forhold til egen kommune eller sykehus. Sykeleierne i den utvalgte kommunen har i denne studien sekundær tilknytning til nettverket, siden de opplever tilhørigheten til kompetansenettverket via sine ressurspsykeleiere.

Kreuger og Casey (2000) anbefaler å identifisere informasjonsrike deltakere til en kvalitativ studie. Lorentsen (1998) fremhever at undersøkelsesgruppen må være representativ på relevante områder for at en skal kunne si noe om totalpopulasjonen. Målet med utvalg i kvalitative studier er, blant annet å vise variasjon i feltet, men også variasjon hos den enkelte informant. Det skaper typologisk representativitet (Lorentsen 1998).

Kvalitativ forskning tar ofte utgangspunkt i strategisk utvalgte aktører eller strategisk utvalgte relasjoner. Aktørene eller relasjonene er da typiske og interessante og har betydning i en større og mer generell sammenheng (Grønmo 2004). I denne studien er informantene valgt ut ifra bestemte kriterier, noe Grønmo kaller for strategisk utvelgelse. Lorentsen (1998) skiller også mellom tilfeldig og kriteriebestemt utvelgelse.

Utvelgelsen bygger ikke på tilfeldighetsprinsippet, men derimot på systematisk vurdering av hvilke enheter som ut fra teoretiske og analytiske formål er mest relevante og mest interessante (Grønmo 2004: 88).

Det kan være upraktisk å lage presise replikasjonskriterier i kvalitativt arbeid, for å skape generaliserbarhet. Ett unntak er kanskje: ”multisite qualitative studies” (Schofield 1990: 203). Slike studier bygger på samme tema i flere settinger, og samme datasamlingsmetode og analyse fra hvert sted.

Jeg har i denne studien invitert samtlige ressursykepleiere i de to utvalgte nettverksgruppene. I utvalgt kommune ville jeg ha minst en sykepleier fra hver sone og hvert sykehjem. Inklusjonskriteriene var lang erfaring, stor stillingsprosent og ”god” informant, en som var åpen og pratet lett. Ut fra disse inklusjonskriteriene valgte øverste leder for helsetjenesten i kommunen ut informantene. Årsaken til at leder valgte informantene ut til studien, var at jeg ikke hadde oversikt eller tilgjengelighet til ansettelses forhold for sykepleiere i aktuell kommune.

5.2.2.1. Utvalg med primær tilhørighet til nettverket

Jeg valgte kommunene ut ifra stabiliteten i ressursykepleiegruppene og kommunestørrelse. Små kommuner har naturlig nok færre ressursykepleiere og dermed kunne samtlige inviteres inn i studien. Av hensyn til anbefalt størrelse på fokusgruppene var også muligheten for å få alle ressursykepleierne med i to fokusgrupper tilstede. Det hadde vært lite turnover i de to nettverksgruppene, noe som tilsa at informantene hadde erfaringskunnskap med nettverkstilhørigheten.

Ressursykepleierne kom fra to nettverksgrupper og åtte kommuner med innbyggertall på ca 1000-8000. Kommunene hadde to-tre ressursykepleierepresentanter hver i nettverket. Lokalsykehusene i foretaksområdet hadde også tre ressursykepleierepresentanter i den ene nettverksgruppen da studien fant sted.

Planen var kun å invitere ressursykepleiere fra kommunehelsetjenesten siden de var fokuset i studien. På grunn av frafall av fire informanter til det ene intervjuet ble ressursykepleierne fra lokalsykehuset også invitert med. Disse to hadde vært med fra nettverket ble startet, og jeg anså dem som ”rike” informanter. Frafallet i to av tilfellene skyldtes lang reise i forhold til familiesituasjonen den aktuelle dagen intervjuene fant

sted. For de siste to var det turnus (nattevakt), kombinert med lang reise som satte en stopper for deltakelse i intervjuet.

En kommune hadde nettopp fått tre nye ressurspsykepleiere, så nye at forgjengerne fremdeles var oppført på nettverkskartet som lå online (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). De ble imidlertid invitert med i studien av de to som jeg sendte invitasjonen til. Jeg var i kontakt med de tre nye etterpå og sendte dem egne informasjonsskriv samt samtykkeerklæring. Alle tre takket ja og deltok.

I studien ble 16 ressurspsykepleiere fra kommunehelsetjenesten og to fra 2. linjetjenesten i de to utvalgte nettverksgruppene i Helseregion Vest invitert (vedlegg 1). Dette utgjorde på daværende tidspunkt (juli 2006) alle utnevnte ressurspsykepleiere i de to nettverksgruppene. 12 ressurspsykepleiere fra kommunehelsetjenesten og de to ressurspsykepleiere fra 2. linjetjenesten deltok. Fokusgruppene hadde dermed fem og ni deltakere fordelt etter nettverksgruppetilhørighet.

5.2.2.2. Utvalg med sekundær tilhørighet til nettverket

Sykepleierne som utgjorde utvalget med sekundær tilhørighet, kom fra en av de åtte kommunene. De ble valgt av sykepleieleder i kommunen og skulle gi bred representativitet i kommunen og ha god erfaringskunnskap som sykepleier. Inklusjonskriteriene er beskrevet i informasjonsskrivet slik (vedlegg 6):

- en til to sykepleiere fra hver sone pluss en til to sykepleiere fra hvert sykehjem i kommunen
- minimum 4 års erfaring fra arbeidet i kommunen
- høyest mulig stillingsprosent i kommunen

Jeg hadde hatt kontakt med ledelsen for sykepleietjenesten i denne kommunen tidligere, og tenkte at jeg ville få positiv respons og hjelp til tilrettelegging for gjennomføring av intervjuet, og det fikk jeg. Hun fant fem sykepleiere som dekket inklusjonskriteriene. Dermed hadde jeg sykepleiere fra hver av de to sonene og de to sykehjemmene i kommunen. Noen jobbet både på sykehjemmet og i ute tjenesten (sonen). Alle fem ble invitert med i studien, og alle fem deltok (vedlegg 2).

5.3. Fokusgrupper i samfunnsvitenskapelig forskning

Samfunnsvitenskapen handler om mennesker fra ulike typer samfunn og om samfunnet som helhet (Grønmo 2004). Vitenskapens emneområder omfatter folks:

(...) meninger og handlinger, individer og gruppers egenskaper og deres relasjoner så vel til hverandre som til det større samfunnet de inngår i...
(Grønmo 2004: 6).

Fokusgruppeintervju har mange fordeler fremfor spørreskjema og individuelle intervju. Kreuger og Casey (2000) mener at det er mer økonomisk, og du får frem flere fasetter. Informanten plasseres i et naturlig miljø med interaksjon med andre. Emner som er viktige for informantene blir diskutert, og fokusgrupper produserer hurtig, konsentrert informasjon. Et fenomen som studeres via fokusgruppeintervju kan føre til ny innsikt ved at erfaringer fra andre gir ny, utvidet og verdifull innsikt om fenomenet (Kreuger og Casey 2000).

Fokusgrupper sammensatt av mennesker som allerede hører til ett miljø kan være fordelaktig på flere måter (Halkier 2003). De kjenner hverandre og de kjenner forholdene som blir diskutert, da de er medlem av samme miljø, og en kan forvente at de lettere deltar i samtalen. Jeg valgte fokusgrupper fremfor individuelle intervju, også fordi fokusgrupper gir mer kraft til den individuelle uttalelsen ved at sosial kontroll og forsterkning er til stede. Som en følge av delte erfaringer og opplevelser, kan de forskjellige perspektivene utdypes. Halkier (2003) presiserer også at ved fokusgrupper fra samme miljø, er det sosiale rom i høyere grad gjenkjennelig, sammenlignet med deltagende observasjon.

Grunnen til at jeg undersøkte flere utvalgte aktører og flere utvalgte relasjoner var, om mulig, å få flere fasetter frem ved nettverksarbeidet i kreftomsorg og lindrende behandling. Jeg plasserte sykepleierne i en fokusgruppe siden de kom fra samme kommune og hadde relasjoner til de samme ressurspsykepleierne. Ressurspsykepleierne ble fordelt på to fokusgrupper fordi de hadde relasjon til samme nettverksgruppe og sykehus. Alle tre intervju ble gjort i løpet av høsten 2006.

5.3.1. Valg av antall fokusgrupper og antall deltakere

Kreuger og Casey (2000) anbefaler minimum 6 fokusgrupper for en studie. Halkier (2003) sier at dersom studien går over flere år bør man ha minst 6 fokusgrupper. Dersom man søker mange sosiale nyanser, og om man vil tilfredsstille kravet til metning, bør man ha mange nok grupper. Har man for mange grupper, kan det gi en overfladisk fortolkning og analyse (Halkier 2003). For et studentprosjekt som går over noen måneder sier det seg selv at antallet må være mindre. En mer selektiv utvelgelse av informanter og ønsket om dybde i datamaterialet kan forsvares med færre grupper (Halkier 2003).

Seleksjonen fra primær- og sekundærmiljøet ga min studie flere perspektiv og nyanser enn om jeg kun hadde samlet data fra ett av miljøene. Gruppene var også homogene i den forstand at deltakerne var fra samme miljø. Primærmiljøet har avtalen, de andre ressurspsykeleierne i nettverksgruppen, lederne for nettverket, administrasjonen i kommunen og kollegaene i helsetjenesten å forholde seg til. Sekundærmiljøet har sine egne ressurspsykeleiere å forholde seg til.

Halkier (2003) har studert litteraturen omkring betydningen av størrelse på fokusgrupper. Flere perspektiver om emnet kan komme til syne dersom en stor gruppe samles. Imidlertid kan større grupper være vanskeligere å moderere. Med mange informanter kan også deres utsagn bli vanskeligere å transkribere. Litteraturen konkluderer med at både små grupper på tre-fire informanter, og større grupper på opptil 12 informanter gi gode data til en studie (Halkier 2003). I de tre fokusgruppene i denne studien deltok henholdsvis fem sykeleiere, samt ni og fem ressurspsykeleiere.

5.3.2. Forskerens rolle

Da jeg startet studien, hadde jeg mye forkunnskaper om nettverket. Planene for to av nettverkene hadde jeg vært med å utforme. Jeg hadde i tillegg vært med å starte noen av nettverksgruppene, og var med i flere driftsgrupper som la til rette og drev nettverksgruppene, blant annet de to som jeg gjorde intervjuene i.

I mange studier er det naturlig at moderatorrollen er tiltenkt den som har produsert protokollen. Det viktigste ved moderators rolle er ulike hensyn til væremåte og opplegg.

Respekt for deltakerne, tro på at de har erfaringer som har betydning for emnet og tilbakeholdenhet hvis selvfølgeligheter blir uttalt, er gode egenskaper hos moderator (Kreuger og Casey 2000). Det er viktig å være bevisst på at deltakerne i fokusgrupper kanskje har en oppfatning av at moderator har de riktige svarene og er ekspert på emnet (Halkier 2003). Da jeg sendte informert samtykke erklæringen, ga jeg uttrykk for at de skulle fortelle om egne opplevelser og erfaringer som ressurspsykepleiere (vedlegg 1).

Da intervjuene av ressurspsykeleierne startet, innledet jeg med å si at de var ekspertene på området. Selv om jeg hadde vært med fra nettverket startet, så var det de som stod i det og hadde førstehåndserfaringene. Og selv om de trodde at jeg visste mye, så skulle de fortelle det de tenkte, følte eller hadde opplevd.

5.3.3. Co-moderators rolle

Kreuger og Casey (2000) anbefaler å ha en co-moderator med i prosjektet. Jeg spurte min gode kollega, Eli Svarstad, som er rådgiver og kreftpsykeleier i Kreftforeningen, og hun var interessert og svarte ja. Hennes rolle var viktig. Hun skulle praktisk ordne med arenaen for intervjuene, slik at alle fikk navneskilt og en god posisjon rundt bordet. Hun noterte dessuten ned rekkefølgen på informantene etter hvert som de snakket, samt noterte nonverbale tegn, latter, sukk og lignende. Det var til god hjelp under transkriberings- og analysearbeidet. På slutten av hvert intervju åpnet jeg også for hennes kommentar og eventuelle spørsmål. Disse anbefalingene for bruk av co-moderators rolle er beskrevet hos Kreuger og Casey (2000).

5.4. Praktisk gjennomføring

Informantene fikk på forhånd tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 1 og 2). Informasjonsskrivet inneholder opplysninger om konfidensiell behandling av data. Innsamling av data ble først gjort etter at forskningsfeltet var forberedt og forholdene lagt til rette for intervju (vedlegg 6). De nødvendige forberedelsene med utarbeidelse av intervjuguide (vedlegg 3, vedlegg 4) og godkjenning i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS, ble også gjort før datasamlingen (vedlegg 5).

5.4.1. Forberedelser i forskningsfeltet

Jeg besøkte kommunen i forkant og orienterte lederen om prosjektet. Jeg hadde da snakket med alle informantene og hadde med fem informasjonsskriv og informert samtykkeerklæring som ble lagt i posthyllene til sykepleie informantene (vedlegg 2). Samtidig ble mulighetene for gjennomføring av intervjuet på en mest mulig skånsom måte, i forhold til rom-, personal- og tidsbruk undersøkt. For å få flest mulig sykepleiere til å delta, og for å bruke arbeids- og fritiden deres på en mest mulig skånsom måte, ble intervjuet foreslått lagt til vaktskiftet mellom dagvakten og kveldvakten. Forslaget ble møtt med aksept og forståelse. Jeg fikk også låne rom i kommunen til ett av fokusgruppeintervjuene med ressurspsykepleierne.

De to fokusgruppeintervjuene med ressurspsykepleierne ble lagt til samme dag som deres nettverksgruppe hadde møte. Rom til intervjuet var på den måten lett å skaffe.

5.4.2. Godkjenning av studien

Intervjuene ble utført i oktober og desember 2006. Prosjektplanen ble godkjent ved Universitetet i Bergen i juni 2006. Helsefaglig ansvarlig i kommunen, samt koordinator for nettverksgruppene var svært positive til studien og godkjente prosjektet i juni (vedlegg 6). Meldeskjema for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonplikt, ble sendt Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, og de ga godkjenning av studien og fremdriftsplan i september 2006 (vedlegg 5).

5.4.3. Intervjuguide

Jeg fulgte Kreugers og Casey (2000) sine anbefalinger til intervjuguide med åpningsspørsmål, kjernes spørsmål, oppsummering og avslutning (vedlegg 3 og 4). Spørsmålene i guidene er lik, men tilrettelagt for primærmiljøet og sekundærmiljøet. Å åpne for spørsmål i starten av et intervju er ikke å anbefale ifølge Kreuger og Casey (2000), da det kan gi debatt for tidlig og bevege samtalen bort fra kjernes spørsmålene. Kjernes spørsmålene er laget med utgangspunkt i problemstillingen og disse ble viet mest tid, også etter anbefaling av Kreuger og Casey (2000). Intervjuguiden ble justert i forhold til problemstillingen ved hjelp av, og også med tanke på å få frem positive og negative erfaringer med nettverket (vedlegg 3, vedlegg 4, spørsmål 5 og 6).

5.4.4. Innsamling av data

Kreuger og Casey (2000) anbefaler å intervju tre til fire fokusgrupper, og så se om du har nådd metning. Det beskriver de med å nå et punkt der det ikke kommer frem mer eller ny informasjon som ikke allerede er fremkommet. Poenget med flere fokusgrupper er å analysere de opp mot hverandre i følge Kreuger og Casey (2000).

Intervjuer skal sørge for å dekke de forskningsrelevante emnene. Å være moderator og drive intervjuet på en god og dynamisk måte er en balanse mellom innlevelse og distanse (Halkier 2003). Jeg forsøkte å håndtere den sosiale dynamikken i gruppen på en slik måte at flest mulig perspektiv kom frem i hver enkelt fokusgruppe. Informantene hadde ulike perspektiv, men diskusjonene eller dialogene bar preg av åpenhet. De som ikke deltok mest, innhentet jeg ved å stille spørsmålet: ”Hva tenker du om dette?”, eller jeg gjentok spørsmålet og nevnte vedkommende ved navn.

Kreuger og Casey (2000) er opptatt av at en ikke må gå for fort forbi det som kan virke som selvfølgeligheter. Etter hvert spørsmål eller svar, oppstod av og til pauser som jeg ikke forstyrret. Noen sa gjerne at de kom med ting som kanskje ikke var interessante for prosjektet, eller som var på siden av temaet. Informantene fikk bekreftelser på at det de delte med gruppen var relevant. Kjernespørsmålene ble viet mest tid. Allikevel kom mye relevant frem, både før og etter kjernespørsmålene. Dette har jeg tatt inn i analysen.

Samme tema, intervjuguide og innsamlingsmetode ble brukt på alle tre fokusgruppene. Intervjuguiden hadde like spørsmål, men ble tilpasset ressursykepleierne og sykepleierne (vedlegg 3, vedlegg 4). I fokusgruppeintervjuene med ressursykepleierne hadde jeg mulighet til å ha alle åtte kommunene representert, da hver nettverksgruppe ikke hadde mer enn åtte ressursykepleiere. Størrelsen og fordelingen av informantene i hver fokusgruppe ble dermed etter Kreuger og Casey (2004) sine anbefalinger. De mener det er uheldig å blande informanter med forskjellig erfarings- eller maktnivå i forhold til emnet.

Nettverksgruppene har samlinger ca en gang pr halvår, og fokusgruppeintervjuene for ressursykepleierne ble gjort umiddelbart etter en slik samling. Da regnet jeg med å ha

større mulighet for å få flest ressursykepleier med da de kom fra fire kommuner. Fokusgruppen med sykepleierne samlet jeg i vaktskiftet om ettermiddagen da det var mest hensiktsmessig for arbeidsgiver og sykepleierne som skulle delta. I og med at lederen i kommunen hadde gitt aksept til dette tidspunktet og vært med å rekruttere informantene, var det legalt å samle dem i deler av arbeidstiden.

Fokusgruppene varte halvannen time uten pause, og informantene fikk frukt og drikke. Ved å bruke båndopptaker i intervjusituasjonene kunne jeg konsentrere meg om intervjuets emne og fremdriften i situasjonen (Kvåle 2002). Halkier (2003) mener at en presentasjonsrunde med fordel kan gi alle en god start på intervjuet, og også være fordelaktig for analysefasen. Åpningsspørsmålet var en presentasjonsrunde og dermed kom alle "på banen" og ble plassert i forhold til kommune- og sonetilhørighet. Moderators og co-moderators rolle ble også presentert. I den forbindelse ble det vektlagt at informantene var eksperter på emnet da fokuset var deres erfaringer, ikke våre. Jeg hadde også plassert oss litt i utkanten av arenaen, noe Kreuger og Casey (2000) anbefaler. Intervjuguiden ble fulgt, med nødvendige oppfølgingsspørsmål når noe ble uklart eller burde utdypes. Informantene ble forklart at det ble stilt 10 spørsmål, og at jeg drev intervjuet frem slik at de ikke trengte tenke på hvor mye de skulle fortelle, eller om noe var unødvendig eller ubetydelig å nevne. Jeg presiserte også at alt de fortalte ble konfidensielt behandlet og ville bli anonymisert i den ferdigstilte oppgaven.

Kjernespørsmålene består av fire spørsmål, med hovedvekt på erfaringer med nettverket, hva hadde vært til hjelp og eventuelle negative erfaringer. Videre inneholdt kjernespørsmålene om det hadde skjedd forandringer i kommunen som følge av å tilhøre nettverket, samt egenopplevelse av kompetansenivå hos ressursykepleier (vedlegg 3, vedlegg 4). Kreuger og Casey (2000: 59) anbefaler åpne spørsmål ved å begynne med "hva" og "hvordan" og unngå "hvorfor". Videre anbefaler de å stille både positive og negative spørsmål, med det positive spørsmålet først, slik det er gjort i spørsmål 5 og 6 i intervjuguiden (vedlegg 3 og 4). Det gir informantene muligheter til å si noe om flere sider ved en sak. Å be informantene tenke tilbake i tid kan være med på å etablere riktig kontekst for responsen. (Kreuger og Casey 2000). Det ble gjort i overgangsspørsmål 3 (vedlegg 3, vedlegg 4).

Avslutningsspørsmålene er en konkretisering av den viktigste oppgaven til ressurssykepleier. Dernest åpnes det opp for om det er områder som ikke er dekket i intervjuet. Co-moderator får også anledning til å kommentere og stille spørsmål i avslutningsfasen av intervjuet. Disse forholdene er også anbefalinger i fokusgruppeintervju hos Kreuger og Casey (2000)

6.0. ANALYSE

De tre intervjuene ble skrevet ut i sin helhet, ord for ord, slik informantene uttrykte seg. Dette lettet analysearbeidet ved at jeg hadde hele tekster fra informantene, ikke bruddstykker, som er tilfelle når en gjør notater. I tillegg skapte co-moderators notater av nonverbale tegn, og rekkefølgen av informantenes uttalelser en helhet og systematikk i materialet.

Analyse av kvalitative data skal gjøres på en systematisk, praktisk og verifiserbar måte i følge Krueger og Casey (2000). Både Krueger og Casey (2000) og Grønmo (2004) er opptatt av at kvantifisering er uviktig når en analyserer fokusgruppeintervju. Han mener der er bedre å bruke en skalering som *"ofte"*, *"aldri"*, *"av og til"* fordi en ikke kan være sikker på om alle meningene er uttalt.

Dette kapittelet tar for seg strategiene som ble brukt i analysearbeidet og hvilke begrensninger en kvalitativ studie har. Det at jeg er forsker i eget felt, blir også problematisert. Sist i dette kapittelet tar jeg opp studiens troverdighet og pålitelighet.

6.1. Analysestrategier

Analyse av kvalitative data går ut på å finne generelle og kanskje spesielle mønster (Grønmo 2004). Krueger og Casey (2000) anbefaler flere måter som gjør det mulig å komme tettere på materialet og de meningsbærende enhetene. I denne studien ble materialet analysert med flere tilnæringsmåter og over lang tid. Informantenes erfaringer og opplevelser ble sett på i lys av å være en sak for noe eller noen, ikke en sak i seg selv. Det er i tråd med Martinsens (2001) tanke om å ha en fenomenologisk forståelse, slik innholdet og meningen i informantens uttalelse er beskrevet. Handling og samhandling har også betydning innen fenomenologien og hermeneutikken i følge Grønmo (2000). I denne studien vil samhandling og handling bli tolket i en kontekstuell forståelsesramme ut fra den mening de har for aktørene.

6.1.1. Transkribering og oppbevaring av data

Kreuger og Casey (2000: 130-132) beskriver flere måter å oppbevare data på. Tar en opp intervjuet på bånd, kan en enten skrive ut intervjuet i sin helhet (transcript-based), eller lytte til hvert intervju og notere det som er relevant, eller notere nyttige utdrag av diskusjonen (tape based – abridged transkript).

Transkriberingen ble gjort i sin helhet, ord for ord eller ”transcript-based”, slik Kreuger og Casey (2000) beskriver metoden. Alt som ble sagt, uansett ordvalg og setningsoppbygging ble skrevet. Informantenes uttalelser ble holdt fra hverandre under transkriberingen ved hjelp av co-moderators notater fra intervjuene med nummerering. Nonverbale tegn, latter, sukk utbrudd, og/eller anerkjennelse fra de andre i ulike former ble markert i parentes. Mine og co-moderators uttalelser og spørsmål ble skrevet inn med en annen fargekode.

Kreuger og Casey (2000) anbefaler å starte transkribering av intervju rett etter hvert intervju. På grunn av sykdom fikk jeg ikke startet transkriberingen før etter at alle tre intervjuene var ferdige. Jeg fulgte imidlertid Kreuger og Caseys (2000) videre anbefalinger med mellomrom mellom teksten til hver informant og tykk skrift av moderators uttalelser. Jeg markerte moderators og co-moderators uttalelser med farget skrift, og tallkodet hver informant, spørsmål og intervju. God marg til notater, koder i skrift og ulike farger, samt markering mellom hvert spørsmål lettet analysen.

Før hvert intervju satte forsker og co-moderator av tid til forberedelse, og umiddelbart etter hvert intervju diskuterte vi dynamikken og uttalelsene som fremkom i intervjuet. Vi ble gjort oppmerksom på flere årsakssammenhenger av informantene, særlig i intervjuet med sykepleierne, og disse årsakssammenhengende overrasket oss. Notater om disse overraskende funnene ble imidlertid ikke gjort. Som Malterud (1996) påpeker er målet i vitenskapelige forståelsesmodeller en beskrivelse av innhold og mening og ikke predikering av årsakssammenhenger. Overraskelsene kunne ha blitt et hinder for de meningsbærende enhetene som kom til syne under analysearbeidet, og redusert muligheten for å ha fokus på informantenes kontekst og forståelsesramme. Etter kategoriseringen der hoveddimensjonene etter hvert kom til syne, ble de overraskende funnene notert ned og trukket inn i drøftingen i lys av informantenes subjektive

beskrivelse. Dermed er prinsippet til den hermeneutisk inspirerte forsker fulgt, noe Skjervheim (1996) beskriver som å leve seg inn i den andres subjektive beskrivelse, og få forståelse innenfra, å veksle mellom del og helhet og mellom helhet og del i en prosess.

Moderator gjorde også notater like etter at fokusgruppeintervjuene var ferdige, uten å høre på båndene. Notatene bygget på diskusjonene med co-moderator. Her er nedfelt uttalelser fra informantene der vi registrerte konsensus, forskjellige opplevelser av samme tema, når informantene hadde ulike jobbforutsetninger, og hva det betydde for ressurspsykeleie funksjonen.

En stikkordliste over forventede funn i forkant av studien ble også laget, etter anbefaling fra Halkier (2003). Dette var for å se om det kom nye fasetter inn etter at prosjektplanen ble skrevet. I denne studien kom nye perspektiver til syne, særlig prosessene i en nettverkskomponent, noe som er det viktigste formålet med kvalitative nettverksanalyser i følge Grønmo (2004).

6.1.2. Long-table approach

Kreuger og Casey (2000: 132) anbefaler nybegynnere det de kaller ”long-table approach”. Denne analysestrategien letter arbeidet med materialet ved å dele opp utskriftene av intervjuene, notatene og sammendragene i håndterlige klynger eller enheter.

Jeg printet ut de tre intervjuene i forskjellig fargekode, hadde et langt og stort arbeidsbord, og utstyr som saks, eske og tape tilgjengelig. I forkant hadde jeg lest de tre intervjuene flere ganger og valgte å se på intervjuene fra primærmiljøene først. Hvert av de 10 spørsmålene i intervjuguiden dannet et område på bordet, og ble holdt atskilt med tape. Deretter begynte jeg å klippe ut utsagn etter et fire punkts prinsipp, beskrevet av Kreuger og Casey (2000). Alle utsagn som sa noe viktig om spørsmålet, eller et annet spørsmål ble plassert innenfor rett tapet område. Hvis ikke ble det lagt i en eske for eventuelt senere bruk. Etter hvert fikk jeg frem flere utsagn som sa noe om det samme, og dermed hadde grupperingene eller kategoriseringen begynt å vise seg. Det som ble

lagt i esken ble så på nytt vurdert i forhold til å kople det på de grupperingene som var kommet frem.

Etter denne analysesekvensen ble en beskrivende oppsummering av uttalelser knyttet til hvert av spørsmålene gjort. Kreuger og Casey (2000) fremhever at det er viktig ikke å starte tolkning for tidlig, men først forholde seg til en beskrivelse av hva som er blitt sagt. Dette var svært nyttig å gjøre, også i forhold til deres anbefalinger rundt faktorer som frekvente utsagn, hvor omfattende de ble vektlagt, spesielle utsagn som var selvopplevd og utsagn uttalt med emosjon.

Mengden av data kan være svært stor da et to timers fokusgruppe intervju ofte produserer 30-50 sider skriftlig materiale (Kreuger og Casey 2000). De tre intervjuene jeg gjorde, produserte til sammen 45 A4 siders materiale. Under analysearbeidet avveide jeg hele veien verdien av informasjonen som dataene ga, i lys av forskningsspørsmålene.

Long- table metoden er anbefalt for forskere som ikke har gjort fokusgruppeintervju tidligere. Alle sitatene som ble klippet ut og plassert på bordet tok mye plass og utgjorde til dels et uoversiktlig landskap. Derfor gjorde jeg analyse også på PC-en.

6.1.3. Analyse ved bruk av PC

Kreuger og Casey (2000) beskriver også samme metode, men bearbeidet manuelt på PC-en ved hjelp av klippe og lime metoden. Faren ved denne strategien er at en ikke klarer å finne tilbake til hvem som kom med utsagnet. Jeg tallkodet derfor hvert spørsmål, fokusgruppe og informant, slik at det var lett å finne tilbake til sammenhenger og spørsmål. Fokusgruppeintervjuene med ressurspsykepleier ga to sett analyser som jeg sammenlignet og jobbet videre med. Intervjuet med sykepleierne ble også analysert på PC-en med gruppering av utsagn i kategorier. Analysen på PC-en gikk mye raskere og var mer oversiktlig enn long-table metoden. Hovedkategoriene var like ved bruk av PC analysen og long-table metoden.

6.1.4. Analyse i samarbeid med co-moderator

Co-moderator, som var med på alle tre fokusgruppe intervjuene, fikk intervjuene til gjennomlesning. Vi hadde tre møter, et for hvert intervju, der vi gikk gjennom funn og diskuterte disse. Co-moderator hadde gjort notater fra hvert intervju, noe som støttet opp under min egen analyse på den måten at hun hadde notert mange av de samme temaene som meg. Analysearbeidet i samarbeid med co-moderator startet allerede etter første intervju, da vi sammen diskuterte umiddelbare funn, som jeg nedfelte i en oppsummering.

6.1.5. Kategorisering

Spørsmålene i intervjuguiden kan danne grunnlaget for kategoriseringen (Grønmo 2004). Når det snakkes om kategorier i kvalitative studier, menes å spore en samling av felles egenskaper. De kan både være av positiv og negativ karakter. Dersom tema går igjen på tvers av spørsmålene, anbefaler imidlertid Kreuger og Casey (2000) å kategorisere etter tema, ikke etter spørsmålene i intervjuguiden.

Denne studien har en tematiserende kategorisering der samlinger av fenomen er plassert inn i en begrepsbeskrivende modell. Kategorier som blir satt sammen, kan i sin tur gi en beskrivelse eller forklaring (Fossåskaret et al 1997). Informanter kan ha ulike forståelser av samme fenomen, selv om de definerer kategoriene likt. Dermed kan kategorier relateres til hverandre forskjellig og gi ulike beskrivelser.

Tolkningen består i å tilegne seg informantenes kategorier og finne ut hvilke kategorier de lokaliserer sine observasjoner i (Aase i Fossåskaret et al 1997: 146-147).

Forskeren må stille seg selv fire spørsmål. Hvilke kategorier kommer til syne i forhold til et tema? Hvordan er kategoriene konstituert? Hvordan er de relatert til hverandre? Og sist, hvilken kontekst settes observasjonene inn i.

Etter den deskriptive oppsummeringen, anbefaler Kreuger og Casey (2000) å se om tema går igjen på tvers av spørsmålene. Gjør de det, anbefaler de å strukturere rapporten etter tema eller kategoriene, ikke etter spørsmålene i intervjuguiden. Informanter vil ofte

gå tilbake til tidligere spørsmål og gi ytterligere og fyldigere materiale til studien, eller de kan motsi seg selv (Grønmo 2004). I denne studien er noen tema sentrale, og informantene trekker disse frem på tvers av spørsmålene. Temaene har utvalgte sitat, og disse sitatene brukes for å illustrere forskningsresultatene.

Som forsker opplevde jeg flytende overganger og til tider et diffust landskap. Kategorier kan for noen være faste og avgrensede, mens andre har bredere tolkninger, kalt prototyper (Fossåskaret et al 1997).

Når en gruppe er samlet, kan det oppstå situasjoner der mange snakker samtidig. Interaksjonen dem imellom kan også analyseres, og en kan dermed få en bredere kategorisering (Halkier 2003). Disse dataene er også viktige å få med i analysen da de ofte genererer nye meninger eller understreker og forsterker opplevelser. Det Halkier (2003) og Kreuger og Casey (2000) her har beskrevet, så jeg også i denne studien. Derfor er de nonverbale tegnene som co-moderator nedtegnet under intervjuene viktige, som nikk fra med-informanter. Også støtte i uttalelser som ”ja” og ”*det har jeg også sett*”, forsterker og understreker viktigheten i erfaringen. I noen tilfeller ble informanten avbrutt, men tok seg inn igjen, eller ble innhentet av meg som intervjuer.

6.1.6. Hoveddimensjoner i studien

Gjennom ulike tilnærminger til det empiriske materialet trådte hovedkategoriene frem etter hvert som stoffet fikk modnes. Å ha nærhet, men også distanse til materialet er nødvendig. Nærheten er viktig for å få øye på informantens verden. Det er interessant å oppdage at sykepleierne og ressurspsykepleierne hadde forskjellige tilnærminger til samme tema. På grunn av sykdom ble analysearbeidet gjort over en lang tidsperiode, og det var en medvirkende årsak til at jeg etter hvert bedre så helheten, strukturene og det funksjonalistiske på et overordnet plan.

Min veileder anbefalte meg å skrive ned det som hadde overrasket meg av funnene. Jeg tok for meg hvert intervju og skrev stikkord på det som slo meg ved første øyekast, hva som var opplagte funn, og om det var tvetydige funn. Også misforståelser i forhold til planen og intensjonen med nettverket ble notert ned. Nå steg to hoveddimensjoner frem,

den ene var *struktur* og den andre var *samhandling*. Sammen med ressurspsykepleierens rolle og funksjon danner disse begrepene grunnelementene i studien.

6.2. Metodekritikk

I kvantitativ forskning venter ofte forskeren med analysen til alle dataene er samlet. I kvalitativ forskning er det motsatt. Ved fokusgruppeintervju begynner analysearbeidet allerede etter første fokusgruppe. Analyseres data fortløpende med datasamlingen, har forskeren mulighet for å justere spørsmålene, stoppe opp ved et spesielt spørsmål eller tema hvis en trenger mer informasjon, eller ikke har fått besvart spørsmålet skikkelig (Kreuger 2000). I denne studien ble de to første intervjuene først transkribert og analysert etter gjennomføringen av det tredje intervjuet. Intervjuguidens spørsmål ble derfor ikke justert i andre og tredje intervjusituasjon.

6.2.1. Begrensninger ved kvalitativ nettverksanalyse

Kvalitativ nettverksanalyse kan kun gjøres på oversiktlige, små og klart avgrensede nettverk ifølge Grønmo (2004). Dersom nettverkets kontekst har stor variasjon eller er uoversiktlig, kan det skape et nærmest uoverkommelig prosjekt. Andre variabler som mange relasjonelle forhold, nettverkets størrelse og utstrekning, samt kompleksitet kan også gi uklarhet i analysefasen (Grønmo 2004).

Jeg mener selv at mitt utvalg var avgrenset. I denne studien er sentrale relasjoner og situasjoner som ressurspsykeleierne i primærmiljøet opplevde, berørt og utforsket. Forholdet som sykepleierne fra sekundærmiljøet hadde til ressurspsykeleier, samt betydningen av å ha ressurspsykeleier, er også blitt belyst fra begge sonene og begge sykehjemmene i aktuell kommune.

Fokus i intervjusituasjonene, det vil si bruk av intervjuguiden på en åpen måte, men også innenfor en bestemt tidsmessig kontekst, gir større sjanse til produksjon av oversiktlige, helhetlige og hensiktsmessige data (Kreuger og Casey 2000).

6.2.2. Å være forsker i eget felt

Siden jeg selv var moderator og kjente til nettverksarbeidet og hadde møtt mange av deltakerne, gjorde jeg det klart i informasjonsskrivet at informanten skulle fortelle om egne opplevelser og erfaringer med nettverket og det å være eller ha ressurspsykepleier (vedlegg 1, vedlegg 2). Da intervjuene startet, kjente alle ressurspsykeleierne fra primærmiljøet (unntatt de tre nyutnevnte ressurspsykeleierne) og noen fra sekundærmiljøet meg igjen.

Under åpningsspørsmålet i begynnelsen av hvert intervju gjorde jeg det klart at de var ekspertene på området, og jeg var interessert å høre om deres opplevelser og erfaringer. Allikevel måtte jeg, i løpet av intervjuene, minne dem på at jeg var oppriktig interessert i deres opplevelser og erfaringer.

Under intervjuene valgte jeg å gjenta flere ganger at det de sa var av interesse for meg, og at dette var deres opplevelser. Derfor var det viktige momenter å få frem i lyset. Noen unnskyldte seg med å si at *"dette er vel for dumt"* eller *"du vet vel dette"*. Andre var redd de sa selvfølgeligheter. Under disse utbruddene forsikret jeg informanten om at det vedkommende fortalte, var relevant, og at jeg skulle avbryte dersom det ikke var aktuelt for studien. Jeg avbrøt ingen under utredninger, derimot ba jeg flere om å gjøre mer rede for utsagn, samt at jeg innhentet noen som sa lite.

Siden jeg har flere roller i forhold til nettverket, kan det ha påvirket informantene på flere måter. De kan ha holdt tilbake informasjon om forholdet til nettverksgruppen de var medlem av, da jeg var med å drifte disse. De kan også ha vært for positive i sin beskrivelse av rollen som ressurspsykepleier av samme grunn, eller holdt tilbake forhold eller opplevelser som har vært vanskelige å takle.

Da hvert intervju nærmet seg slutten, snakket de åpent og til tider i munnen på hverandre. Min rolle som forsker kan kanskje ha vært sterk eller dominant for informantene da vi startet, men dialogene og fortellingene, samt dynamikken i gruppene, fortalte meg etter hvert som intervjuene skred frem at de tok mindre hensyn til meg.

6.2.1. Nye ressurspsykepleiere som informanter

Av hensyn til erfaringskunnskapen hos informanter syntes jeg det var uheldig for studien at to ressurspsykepleierne som hadde vært med fra begynnelsen av i en kommune, var sluttet og erstattet med tre nye. De nye ressurspsykepleierne syn på rollen ble imidlertid ganske interessant fordi de hadde sett den både fra utsiden (sekundærmiljøet) og fra innsiden (primærmiljøet).

Fire ressurspsykepleieinformanter i det ene intervjuet var også forhindret i å delta. Av den grunn ble to ressurspsykepleiere fra lokalsykehuset rekruttert like før intervjuet. Disse hadde lang erfaring med nettverket og var relevante og interessante enheter ut fra teoretiske og analytiske formål. Kreuger og Casey (2004) mener det er uheldig å blande informanter med forskjellig erfarings- eller maktnivå. Det at to ressurspsykepleierne fra 2. linjetjenesten var informanter, kan derfor ha bidratt til at viktige tema om samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten ble dempet eller mindre diskutert, siden informantene kom fra forskjellige miljø. Selv om alle informantene i dette intervjuet var ressurspsykepleiere, hadde de forskjellig erfarings grunnlag og kanskje maktnivå.

6.3. Studiens troverdighet og pålitelighet

I kvalitativ metode er det delte meninger om muligheter for generaliserbarheten. Noen hevder at generalisering er umulig i kvalitativ forskning da kvalitative data verken er tids- eller kontekstfrie. Andre definerer en situasjon som applikerbar til en annen dersom forskeren har en detaljert og klar beskrivelse av studien (Schofield 1990).

Mange forskere i denne tradisjonen gir lav prioritet til ekstern validering, eller ser dette som irrelevant for målene med studien (Schofield 1990). I de siste tiårene har den kvantitative og kvalitative forskningen nærmet seg hverandre, eller for å si det på en annen måte - fått større kontaktflate. Det som da skjer i følge Schofield (1990), er at den dominante tradisjonen påvirker den andre. Dermed har spørsmålet om generaliserbarhet i kvalitativ forskningstradisjon blitt tema. Ikke som den klassiske eksterne validiteten som er gjeldende i kvantitativ forskning, men utviklingen av et nytt begrep av generaliserbarhet som er nyttig og hensiktsmessig i kvalitative arbeid.

Guba and Lincoln call for replacing the concept of generalizability with that of "fittingness." (Schofield 1990: 207)

Kreuger og Casey (2000) sier at fokusgrupper ikke er ment til generalisering. Schofield (1990) mener at dersom noen ønsker å bruke resultatene, må de være overførbare (transferable) til det nye miljøet. Metode, prosedyrer og utvalg må da passe med den nye situasjonen og bli vurdert av mottaker, ikke forskeren som i utgangspunktet gjorde studien. Jeg støtter meg til Schofield (1990) og mener at andre nettverksgrupper, bestående av småkommuner, med en forpliktende plan for nettverket, kan bruke resultatene fra denne studien.

7.0. STUDIENS RESULTATER

Resultatene fra studien vil i det følgende bli presentert med utgangspunkt i de to forskningsspørsmålene med empiriske funn fra to miljø. Ressurssykepleier tilhører primærmiljøet, siden de har direkte tilknytning til kompetansenettverket i kreftomsorg og lindrende behandling. Sykepleierne i kommunehelsetjenesten har sekundær tilknytning til kompetansenettverket i kreftomsorg og lindrende behandling via sin ressurssykepleier.

7.1. Forskningsspørsmål 1: Primærmiljøets erfaringer

Ressurssykepleierne har nærmeste kontakt med nettverket i kraft av sin stilling i kommunen og tilhørigheten de har med kompetansenettverket eksternt. De representerer derfor primærmiljøet, og forskningsspørsmålet er som følger: ”Hva er ressurssykepleieres erfaringer med å tilhøre et formalisert nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling, og hvilke faktorer påvirker deres rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg?”

7.1.1. Ressurssykepleierollen i teori og praksis

Engasjementet for kreftomsorg og lindrende behandling var for svært mange til stede allerede da de ble utnevnt til, eller forespurt om, å være ressurssykepleier. En sier det slik.

”Jeg må si at det var veldig kjekt - tanken var kjempekjekt og være med i noe sånt. Faglig interesserte det også meg mye, også at du på en måte følte at du hadde et ansvar for det (...) altså det å ha fokus (...) og kanskje vi kan på en måte løfte oss litt vekk fra hverdagen og diskutere dette! Hvordan har pasienten vår det og hva kan jeg gjøre og hva bør vi og hva bør ikke være. (...) ja det føles voldsomt rett å holde på med dette”

En annen ressurssykepleier snakker om sin opplevelse av første nettverksmøte. Hun uttrykker seg slik:

”Jeg husker første møte (mrk nettverksmøte), det var jeg og NN (navngir ressurs sykepleier). Vi kjørte i lag. Vi tenkte at vi skulle hjem å misjonere hele kommunen, så stoppet det på ressurser selvsagt. For vi blir jo voldsomt inspirerte!”

Disse to ressurspsykeleierne fikk tydelig og sterk motivasjon til oppgavene som de var satt til å gjøre, men ressursmangel stoppet dem i arbeidet i kommunen.

På nettverksgruppemøtene får ressurspsykeleierne undervisning og utveksler erfaringskunnskap. Å ha kompetanse innen fagfeltene gir trygghet og blir fremhevet av mange av ressurspsykeleie informantene.

”Da føler jeg at jeg er tryggere på meg selv i forhold til når en møter slike utfordrende ting”

Når de på nettverksmøtene får viktig informasjon om retningslinjer eller pasientrettigheter som gir bedre kvalitet på tjenestene til pasientene, skal de i kommunehelsetjenesten undervise og implementere disse verktøyene. Noen av ressurspsykeleier får dette til. En sier følgende:

”Altså du må skape en kultur selv, slik at arbeidsplassen kan bruke de (mrk ESAS skjema) - at det liksom blir integrert i de daglige rutinene”

Andre innrømmer at de ikke har vært gode på videreformidling av kunnskap eller lage rutiner og aktive system. En av ressurspsykeleierne sier følgende:

”Når du spør meg da så har jeg - jeg har vært alt for lite flink til å publisere det videre blant mine kollegaer”

De kommunene som er oppdelt i flere soner eller soner, har enten en ressurspsykeleier eller flere. Er det kun en ressurspsykeleier i kommuner med flere soner, opplever mange at det kan bli vanskelig å ha oversikt over oppgavene.

”Vi er jo oppdelt i forskjellige eininger. Vi hører om situasjoner i etterkant. Så av og til synes jeg at jeg sliter med litt dårlig samvittighet. Det burde vært litt klarere ja”

Det som frustrerer mange av ressursykepleierne er knapphet på tid. En er opptatt av at hun har innhentet kunnskaper, men ikke har tid å spre kunnskapene til alle, hun når kun enkeltpersoner. Og en annen beskriver rollen som ressursykepleier og opplevelsen av å ha mange oppgaver og liten tid på følgende måte:

”Jeg synes det er litt frustrerende for det at du – ressurs - akkurat det ordet der. Du har kanskje tanker i hodet ditt - det er vanskelig å få det igjennom, for det er aldri anledning til noen ting. Jeg tenker at vi kunne gjerne hatt litt undervisning eller tema for de andre kanskje eller. Og liksom snakket om ting, men herlighet, du skal gjøre millioner av ting utenom”

Forventninger og holdninger til ressursykepleierne blir av noen beskrevet både i positiv og negativ retning. Her er møtet en ressursykepleier har med en kollega:

”ja, ja, ja! jeg skal gå inn”, må jo alltid det når jeg er der! Det er når jeg er der jeg synes at det er kjekt. Et par ganger kan det være tøft og på en måte. Da sier hun ”Asj du er jo spesialutdannet i det der greiene der”

7.1.2. Nettverkets struktur skaper kontakt mellom nivåene

Nettverket og kontaktene ressursykepleierne har knyttet via nettverksgruppemøtene, har styrket kontakten de har med spesialisthelsetjenesten. En snakker her om kontakten med en av spesialenhetene på sykehuset, og flere sier seg enige:

”Det har jo gjort at hvis det er ting på avdelingen som vi ikke føler vi kan lese, så har vi lettere for å ta kontakt med smerteteamet i NN (navngir en by). Du er obs på dem – du vet at de er der og at vi kan henvende oss der hvis det er ting som er vanskelig. Vi hadde kanskje ikke vært like flinke til å bruke de hvis vi ikke hadde visst om dem”

Neste utsagn dreier seg om samarbeidet mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten, når pasienter skal overflyttes. En ressurspsykepleier fra sykehuset forteller i forkant om at pasienter er redde for å bli flyttet over til kommunehelsetjenesten. Ressurspsykepleier fra kommunehelsetjenesten sier følgende om den saken:

”Kanskje vi må flagga litt bedre overfor pasientene at vi faktisk samarbeider, at ikke de tror at de går fra et vakum til et annet?”

Flere ressurspsykepleiere fremhever avtalen som er signert blant annet av rådmannen i kommunen. Noen mener at den gir aksept og trygghet i ressurspsykepleierollen, og andre sier den er basis i alt arbeidet de gjør som ressurspsykepleier. En uttrykker seg slik:

”Jeg har lyst til å si en ting at det jeg synes har vært verdifullt er at alle rådmennene har skrevet under på, at kommunen forplikter seg til å gi oss fri til å gå på disse møtene. På en måte er det med på å heve betydning av at det er virkelig viktig. Til og med rådmannen har skrevet under - det har betydd en del - at det kom på et slikt høyt plan”

Ved å delta på nettverksgruppemøtene lærer de å håndtere utfordrende problemområder og får styrket kompetansen kontinuerlig. De ser også at det er en styrke å være flere fra samme kommune. En sier det slik:

”Og vi får jo hele tiden styrket kompetansen vår og utvikle oss og være med på det som kommer, og det føles ganske greit. Og samtidig så vet vi jo at vi er flere fra kommunen som reiser slik at vi kan bruke hverandre, og også andre som vi kan ta kontakt med hvis det er behov for det”

Særlig erfaringskunnskapen som deles på nettverksmøtene er trukket frem som kompetansehevende for ressurspsykepleierne. Den settes høyt og oppleves som faglig påfyll. En uttrykker seg slik:

”Det jeg synes har vært litt positivt er at du får høre av andre - hva slags erfaringer de har opplevd og har gjort seg. Du får faglig påfyll i forhold til lindrende behandling”

7.1.3. Rollens betydning i samhandling med leger og andre faggrupper

Noen av ressurspsykeleierne tror, eller har sett for seg at de får et bedre samarbeid med leger i kommunen når de har mer kunnskaper om kreftomsorg. En sier som følger:

”Jeg har sett for meg at tilsynslegen vår, når du har innhentet deg kunnskaper og du føler at du har blitt stødig på det, så klarer du å motivere legene på en helt annen måte for det at du er mer sikker på det du sier. Så jeg føler det at vi blir hørt mye mer”

En ressurspsykeleier forteller om et etisk dilemma angående intravenøs væskebehandling til en pasient i terminal fase av livet. Ingen i teamet våget å diskutere behandlingen med legen. Hun hadde imidlertid kunnskaper, både gjennom erfaring, teori, og ved å gjøre seg kjent med forskning om emnet. Jeg tolker hennes utsagn dit hen at hun er stolt over rollen som ressurspsykeleier og trygg på egen kompetanse, noe som gir henne mot. Hun sier om møtet med legen:

”Og han visste jo ikke det, han legen der. For han sa: ”Hmmm”. Men da sa jeg: ”det er jo forsket på dette med intravenøs, mannen er jo døende, jeg kan ikke forstå-” Men det tror jeg er det viktigste - hvis vi kan stå for det vi sier”

Flere av ressurspsykeleierne sier at det er vanskelig å få til et samarbeid med legene rundt pasientbehandlingen, når de som ressurspsykeleier foreslår gode tiltak for pasienter i lindrende behandling. Det virker som avstanden mellom leger og ressurspsykeleierne er stor. Forslag til god behandling ”ble aldri godtatt”, ”nådde ikke frem”, og noen sa de ”ble ikke hørt”.

En ressurspsykepleier beskriver samarbeidet hun har med legen som er tilknyttet sykehjemmet. Avstanden beskrives som ganske stor når hun bruker følgende metafor, hun sier:

”Jeg skulle ønsket at flere leger kunne mer, så snakker vi samme språk, og han snakker ikke samme språk. Vi er på hver vår planet for å si det slik. Det er en utfordring, det er frustrerende mange ganger”

Ressurspsykepleierne har tanker om hvordan samarbeidet med legene i kommunen kunne blitt bedre. Flere foreslår å invitere legene til nettverksmøter, de gangene kommunen har ansvaret for samlingen. Noen ressurspsykepleiere synes samarbeidet både med legen og andre aktuelle fagpersoner er blitt bedre etter at de selv ble med i nettverket. Flere har dannet tverrfaglige grupper innad i kommunen, som kommer sammen når kommunen får en kreftpasient.

”Hos oss har vi ei gruppe. Så der har vi fysioterapeut, prest, lege, sykepleier og hjelpepleier og alle vet at de hører til der. Så når vi får en sånn pasient, når det er ett eller annet, da er vi på beina på en måte, da slipper fysioterapeut det hun har og prioriterer denne pasienten og presten kommer hvis det er nødvendig”

Ressurspsykepleierne i en annen kommune har også startet en gruppe innad i kommunen. Her jobbet de i begynnelsen med felles prosedyrer for denne pasientgruppen.

”Så er vi jo så heldige nå at vi har fått legen med i gruppen. Han er tilsynslege hos oss. Så det er lettere å samarbeide, spesielt i lindrende behandling, i og med at du har en lege som er interessert i det”

7.1.4. Ressurspsykepleiernes syn på egen rolle og identitet

Forventninger til ressurspsykepleierrollen i teamet kan for noen være skremmende. Som ressurspsykepleiere har de kontakt med kreftpasienter og pasienter i livets slutfase i større grad enn tidligere og møter mye lidelse. Denne ressurspsykepleieren føler ikke hun strekker til:

”Du er liksom ikke ressurs, du er liksom litt, det er i hvert fall litt skremmende. Altså - de forventer jo veldig, altså hjelp - det er jo store forventninger kanskje. Du prøve jo så godt du kan, men det er jo ikke alltid en føler en strekker til – Det er jo masse lidelse - Det er ikke så lett”

En ressurspsykepleier blir møtt med holdninger som ”Asj, du er jo spesialutdannet i de greiene der” fra en kollega når hun nevner at det er vanskelig å gå til en pasient som er i livets slutfase. Denne ressurspsykepleieren tar oppgaven alvorlig, samtidig som hun presiserer at dette er kjekt. Hun sier:

”Klart du skal være der inne, det er jo kjekt. Av og til må det være litt rom for det, at du kan føle at det er litt, altså misforstå meg rett når jeg sier det, for jeg synes det er kjekt! Jeg blir så lei, eller litt trøtt, men altså, kan synes litt synd på de altså, - kan begynne å grine litt, altså - jeg blei litt lei meg på deres vegne”

Hun strever med å beskrive to totalt forskjellige opplevelser – noe er kjekt, samtidig som samme opplevelse er trist.

En ressurspsykepleier forteller om kollegaen, som også er ressurspsykepleier, at hun har et ansvar i forhold til hjemme boende pasienter som har behov for samtaler. Hun beskriver denne oppgaven på følgende måte:

”NN har avsatt tid til slike fravær”

En annen ressurspsykepleier snakker også om en spesialrolle som den ene ressurspsykepleieren i kommunen har fått. Hun forteller følgende:

”etter at vi har fått ny kreftsykepleier så, når vi får kreftpasienter så henviser vi de til NN (navngir henne). (...) Jeg vet jo fra pasienter og pårørende at vi får gode tilbake meldinger på den jobben kreftsykepleier gjør i forhold til masse praktiske ting, altså hele biten egentlig. Og ofte slike ting som pasienten ikke tenker på selv. Altså, ja - det merker jeg som positivt!”

Driftsgruppen som legger opp nettverksmøtene oppfordret ressurssykepleier fra starten av å danne egne nettverk i kommunen, der flere faggrupper er med. Driftsgruppen antydde også verdien av samhandling i nettverksgruppen, mellom ressurssykepleierne fra hver av kommunene. Mange ressurssykepleiere er av den grunn blitt oppmerksomme på behovet for videreutdanning innen kreftomsorg eller lindrende behandling etter å ha vært med en stund i nettverket. En sier det slik:

”Men etter hvert som vi har holdt på med disse nettverksmøtene så ser jeg jo mer og mer hvor viktig det var! Og hvor flott det har vært, i hvert fall for min del, ført til mye større interesse for det faget. Og det kan jeg jo godt si at det har vært en medvirkende årsak til at jeg valgte å ta videreutdanning i kreftsykepleie, for jeg var veldig interessert i det fagfeltet der”

7.2. Forskningsspørsmål 2: Sekundærmiljøet erfaring er

Sykepleierne i kommunehelsetjenesten har kontakt med nettverket sekundært gjennom sin ressurssykepleier. De representerer derfor sekundærmiljøet og følgende forskningsspørsmål er stilt til denne enheten: ”Hva er sykepleiere i kommunehelsetjenesten sine erfaringer med å ha ressurssykepleier i kommunen som tilhører et formalisert nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling, og hvilke faktorer påvirker ressurssykepleierens rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg?”

7.2.1. Nettverkets struktur er lite kjent for sykepleierne

Ressurssykepleierne reiser ca to ganger pr halvår på nettverksmøter der de har samling sammen med andre ressurssykepleiere fra andre kommuner. Noen av sykepleierne er usikre på hva nettverksmøtene dreier seg om. En uttrykker seg slik:

”Sier du at på disse nettverksmøtene, at de har ting for seg som kanskje burde, på en eller annen sammenheng - sykepleierne formidler det som de har for seg på disse møtene, at de skulle formidle det videre til oss eller?”

Flere har allikevel en anelse om at det skjer faglige oppjusteringer på nettverksmøtene, og at det igjen fører til noe positivt i kommunen hvis de trenger råd. En sykepleier med denne erkjennelsen har allikevel hatt lite kontakt med sin ressurspsykepleier i aktuelle pasient situasjoner. En sykepleier sier at hennes ressurspsykepleier skal være med på nettverksmøter for å bli oppjustert på ting, men vet ikke helt hva denne oppjusteringen går ut på. Hun sier:

”Jeg er kanskje ikke flink nok å bruke x (navngir en ressurspsykepleier) Når jeg ikke vet hva jeg skal spørre om, så spør jeg ikke heller egentlig, men det og er et dårlig tegn”

En sykepleier tror ressurspsykepleier blir satt til spesielle oppgaver og er oppdatert på disse, men hun er overrasket over at ingen ”tar seg av dem” i kommunen. Hun sier tidligere i intervjuet at ressurspsykepleieren i hennes sone ønsket å bli brukt, men ble ikke akseptert i forhold til for eksempel pasienter med smerteproblematikk. Her snakker hun om ledelsen og kanskje legene:

”Det er sjelden jeg hører at de liksom blir spurt eller konsultert eller - på noen spesiell måte - av ledelse eller noe sånt”

Flere problematiserer samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. Her er det snakk om overflytting av kreftpasienter fra sykehuset til kommunen og en sykepleier antyder at dette samarbeidet skulle gått lettere nå når ressurspsykepleienettverket er opprettet.

”Men det som jeg av og til opplever fra sykehuset, noen pasienter som er veldig dårlige, kreftpasienter, de blir sendt hjem med null opplysninger til oss som skal inn å gjøre noe. (...) Det skjer enda i dag som det ikke burde skje”

En sykepleier har imidlertid ett eksempel på nytteverdien av nettverkstilhørigheten på tvers av nivåene. Hun forteller om hvordan ressurspsykepleieren i hennes sone ble brukt i en pasient situasjon, og hvordan samhandlingen med 2. linjetjenesten og nettverket ble benyttet. Hun forteller:

”Vi hadde jo et tilfelle i x (navngir en sone i kommunen). Da var den nettverkssykepleieren vår veldig involvert. Og hun dro jo veksler på andre fra hun hadde vært på møter, og da ble det jo veldig godt tilrettelagt i hjemmet til den pasienten og ivaretatt”

7.2.2. Ressurssykepleiernes stillingsstørrelse og frikjøpt tid

Flere sykepleiere er opptatt av at flere av ressurssykepleierne er ansatt i små stillingsprosjekter og har helgevakter. Det fører til at ressurssykepleier er lite på jobb i ukedagene, når det er mest bruk for henne. En sier følgende:

”Så når du går 50 % og har vakt tredje hver helg så er det bare - så sier det seg selv at det er ikke mange dager i uken vedkommende er på jobb”

Noen snakker også om begrepet ”frikjøpt tid”. Noen ressurssykepleiere har vært lønnet med prosjektmidler. Tiden hun da jobber, kaller denne sykepleieren for frikjøpt tid. Hun sier følgende:

”Men jeg tenker på da NN (navngir en tidligere ressurssykepleier) var slik sykepleier i nettverksgruppen. Var det Kreftforeningen som lønnet de eller? Men hvorfor blei det slutt på det? - Hun gikk mer inn i brukerne, tok seg tid og var der på en måte og konsentrerte seg. Så jeg følte det når hun var inne i bilde altså - en ressurs liksom. Men det er klart, hun hadde frikjøpt tid.”

Følgende uttalelse kom en annen sykepleier med:

”Jeg sier til NN (navngir en ressurssykepleier) i går, så sa jeg det at ”det er du som er ressurs personen”. Så sa hun ”NEI” hun blir ikke fri kjøpt til noen ting

Sykepleierne har ulike oppfatninger av ressurssykepleierens funksjonsområde og rolle. Flere vet at kommunen har fått nye prosedyrer, men mangel på tid vanskeliggjør kunnskapsutviklingen.

”Vi har en heil perm da i forhold til det (mrk: aktuelle prosedyrer). Det må vi lese, og det må vi gjøre på kvelden og natten, for det er ikke alltid at det blir tid til det på en vanlig hverdag. Du kan jo bla litt i permen og du får en del ”oy, ja det var greit å vite”

I det siste sitatet gir informanten uttrykk for eget engasjement og motivasjon i forhold til kreftomsorg og lindrende behandling. Hun er tydeligvis interessert i å tilegne seg mer kunnskap innen området, siden hun bruker kvelder og nattevakter til å lese i permen som ressursykepleier har laget til.

Flere sykepleiere prøver å se ressursykepleierens mulighet for kompetanseoverføring i kommunen fra flere sider. Tiden er en påvirkende faktor, men kvalitetsvedlikehold og handlingsaspektet er også viktig. En påstår at permer ikke er godt nok hvis de ikke blir brukt i praksis. En annen uttrykker følgende:

”Hun (navngir ressursykepleier) føler at hun skulle hatt mer tid til – ja, til - til - ja jeg vet ikke jeg, men formidle ting kanskje? Så kom hun med den permen som hun hadde. Der hadde hun samlet liksom alt, men det må settes ut i livet”

7.2.3. Ansvar for fagområdet kreftomsorg

Sykepleierne er opptatt av fagområdet kreftomsorg og lindrende behandling. De opplever at en ansvarsfordeling mellom de ulike områdene i helsetjenesten er nyttig for kommunen. En sykepleier sier følgende:

”Ja - det er flott liksom det, når enkelte tar ansvaret for spesielle områder. Det har vi liksom prøvd på lenge, at noen kan det, og noen kan det. Og er ressurspersoner i forhold til spesielle områder”

Noen av sykepleierne har oppdaget en forskjell etter at ressursykepleierne ble oppnevnt i kommunen. Jeg spør sykepleierne hvilken nytte de har av ressursykepleier, og her kommer det frem at nye områder innen kreftomsorg har fått et større fokus, og hvor bra det er at noen får oppdatering på det siste innen fagfeltet. En sier følgende:

”Jeg synes de er blitt mye flinkere på smerte. Sånn generelt er vi blitt flinkere å påvirke og få hjelpemidler og skjema og slikt og musikk”

Å ha tid nok til alle oppgavene og samtidig oppdatere seg faglig, er fremhevet som et dilemma. Sykepleiefaglige møter der ressurspsykeleier kan formidle det hun har lært, er ikke en rutine som er innført systematisk. Noen saker fra nettverksmøtene blir formidlet, men ikke alle. Hadde det vært en rutine, ville sykepleierne også hatt kunnskaper om hva som læres på nettverksmøtene. En sykepleier sier det slik:

”Vi prøvde å ha sykepleiefaglig møte sånn med jevne mellom rom. Så det ble sett opp på dagsordenen. Og det fungerte bare ein gang”

I denne kommunen er det satt opp på dagsordenen at det skal være sykepleiefaglige møter hver mandag. Også denne informanten poengterer at arbeidet ressurspsykeleier skal ta seg av, blir begrenset når hun ikke har frikjøpt tid.

”Men det er akkurat det med at der som de er og jobber vanlig og ikke har noe fri kjøpt tid, så er det begrenset hva de klarer å få tid til. Sykepleiefaglige møter er sjelden at vi har”

En sykepleier foreslår en løsning på dette problemet:

”Det beste hadde vært om de (mrk: ressurspsykeleier) hadde vært der og lagt til rette og gjort det som burde gjøres der videre. Nesten som et besøk, som å besøke pasienten. Men det er jo ikke virkeligheten skulle jeg nesten ha sagt”

I planen for nettverket står akkurat dette nedfelt som en av funksjonene til ressurspsykeleier, men det virker ikke som denne rutinen er på plass. Denne kommunen har ikke faste rutiner på organiseringen når de får dårlige kreftpasienter overført fra sykehuset. Den som er på vakt i hjemmesykepleien, blir kontaktperson mellom nivåene når dårlige pasienter blir overført i helsetjenesten. En sykepleier uttrykker sin frustrasjon på denne måten:

”Nei da har det som regel vært de som var på jobb. Eller den som har kunnet eller den som – hvor har ressurspsykeleier vært da da?”

En annen sykeleier er mer moderat og trekker frem stillingsstørrelsen til ressurspsykeleier som et hinder. Hun sier følgende:

”Vi har ressursene, men det at de er lite inne. Så er det en uke de er lite inne, så treffer vi de ikke på jobb - akkurat når vi har bruk for kompetansen”

Noen snakker om viktigheten av samhandling og innføring av prosedyrer. Her snakkes det om ESAS-skjema som er et viktig verktøy i kreftomsorg. Her er ulike oppfatninger av hvem som har ansvar for iverksetting av ESAS registrering.

”Det (mrk ESAS – skjema) tror jeg er NN (navngir en ressurspsykeleier) som har kommet med. Hun har vært pådriver for å få det i bruk ja”

”Det (mrk ESAS – skjema) er legen som ordinerer, men vi har ordinert det selv også tror jeg”

7.2.4. Sykeleiernes syn på samarbeidet innad i kommunen

Flere er opptatt av samhandling og samarbeid om pasienter som kommunen har ansvaret for. En mener at det er sykeleierne som må kontakte ressurspsykeleier når de ønsker råd eller hjelp. Hun sier følgende:

”Det er jo vi i vår eining – det er jo vi som må ta kontakt med dem når - . Vi må bruke de og sette de på saken!”

En annen sykeleier ser ikke travelheten som noe hinder for å få til gode opplegg rundt dårlige pasienter. Denne sykeleieren sier de er opptatt av kompetansen når behovet er der. Hun forteller:

”Vi har ikke noen slags møter vi, kun rapport i vaktskifte – ikke alltid vi er sykeleier på kvelden engang. Så går det litt i bølgedaler med dårlige pasienter,

at vi har noen som er dårlige. Og er det aktuelt, så er det ikke problem og få diskutert og sånn”

Flere sykepleiere ser at rollen som ressurspsykeleier kan være ensom og vanskelig. En sykepleier poengterer at både ledelsen og kollegaene burde oppmuntre ressurspsykeleier mer, selv om det var travelt og de har mye å gjøre.

”Det med å bli oppmuntret av ledelsen? De har vel plenty nok med det de har de også. Men det skal ikke så veldig mye til, et klapp på skulderen og si: ” du gjør en god jobb” koster ikke mye. Vi kan være flinke vi som jobber i lag med de og da, å oppmuntre de”

Samhandlingsmønstre mellom ressurspsykeleier og andre fagprofesjoner blir også lagt frem av sykepleieinformantene. En sykepleier er usikker på samhandlingen mellom ressurspsykeleier og legen. Hun er tilskuer og observerer både ressurspsykeleierens rolle, men også legens. Hun sier følgende:

”Disse smerteskjemaene (mrk ESAS) - Det er ikke så lett å få det til og så fyller en gjerne ut på noen og så - Legen, de følger liksom ikke opp. De må jo gjøre det de som skal, vi må ha prosedyrer, hvor lenge skal –?”

8.0. DISKUSJON

I denne studien er hensikten å se på hvilke faktorer som påvirker ressurspsykepleierens rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg i henhold til intensjonen. Sykepleierens og ressurspsykepleierens erfaringer og opplevelser blir drøftet samlet i de to underkapitlene om hemmende og fremmende faktorer.

Kommunene i Norge er organisert etter en viss struktur. Reformen i offentlig sektor har ført til at kommunehelsetjenesten har fått et større ansvar for forebygging, behandling og oppfølging av alle typer pasienter. Ohnstad (2002) påpeker at reformer i offentlig sektor har ført til et større ansvar for behandling og oppfølging av alle typer pasienter i kommunehelsetjenesten, noe som igjen stiller store krav til koordinering av kommunale tjenester. Nasjonale offentlige utredninger som NOU 1997:20 og NOU 1999:2 understreker behovet for økt kompetanse i kreftomsorg og lindrende behandling i kommunehelsetjenesten. I avtalene for nettverkene i Helseregion Vest er nettopp kompetanseheving nevnt som ett av målene (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006, 2008b).

I følge kreftstatistikk i Norge er kreftinsidensen økende (Kreftregisteret, Institutt for populasjonsforskning 2006). Når Kaasa (1998) påpeker at fagfeltet lindrende behandling byr på spesielle utfordringer, og antall kreftpasienter er økende, vil smidig samhandling og godt samarbeid mellom fagpersoner og mellom nivåene i helsetjenesten være avgjørende for god kvalitet på tjenestene.

Kreftforeningen har også i sitt strategidokument 2008-2011 fokus på fagfeltet lindrende behandling i kommunene. Kaasa (1998) fremhever at fagfeltet må kartlegge pasientens plager og situasjon og vurdere behandlingseffekt. Bruk av individuell plan og ESAS-skjema er kartleggende, og behandlingseffekt kan evalueres. Ifølge Eriksson og Haugen (2006) og Helse- og omsorgsdepartementet (1999), må ESAS og individuell plan implementeres i helsetjenesten, ved at noen tar ansvar for registreringen og innføringen av disse hjelpemidlene. Pasientens subjektive oppfatning av situasjonen må, i følge Higginson og Carr (2001), registreres dersom behandlingsmålet er symptomlindring, noe som ofte er tilfelle for de pasientene som trenger lindrende behandling. I følge Eriksson (2003) registrerer ESAS-skjemaet pasientens subjektive plager. Ved samtaler

uten denne registreringen står en i fare for kun å dekke det biomedisinske området i følge Stromgren et al. (2001).

Opprettelsen av nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling er anbefalinger i dokumentet "Standard for palliasjon" (Norsk forening for palliativ medisin 2004). Behovet for samhandling og et nært samarbeid mellom de forskjellige nivåene og helseprofesjonene i helsevesenet er i dette dokumentet og i avtalene for nettverkene i kreftomsorg og lindrende behandling i Helseregion Vest (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006, 2008b), beskrevet som en forutsetning for at kreftpasienter og pasienter i lindrende behandling skal få god kvalitet på helsetjenestene.

Nettverkene i kreftomsorg og lindrende behandling i Helseregion Vest har i sine målsetninger nedfelt ressursykepleierens sentrale rolle i kommunehelsetjenestens kreftomsorg, både i relasjoner med egen faggruppe og andre helseprofesjoner i kommunen og nettverket for øvrig (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006, 2008b). Aktørene i et nettverk utgjør i følge Grønmo (2004) en nettverkskomponent med direkte eller indirekte kontakt. Kontaktene skaper relasjonsmønstre som igjen skal gi forståelse i en organisasjon. Da Barnes (1953) studerte nettverk på Bømlo, gikk han bort fra tidligere teoretiske modeller innen nettverksteori om todimensjonale nettverk, lik edderkoppens spindelweb. Det nye bildet var et fiskegarn med multidimensjonale kontaktpunkter der han assosierte knutene med mennesker eller grupper. Dette er et godt bilde av kompetansenettverket i kreftomsorg og lindrende behandling som denne studien omhandler. Ressursykepleierne forholder seg til ulike mennesker i helsetjenesten på en flerdimensjonal måte, både i egen kommune og ut mot helsetjenestens øvrige nivå.

Informantene i denne studien - både ressursykepleierne og sykepleierne - er svært positive til nettverket og prøver å gi et godt bilde av ressursykepleierens rolle og funksjon. Når sykepleierne tar opp forhold som de mener virker hemmende på funksjonen til ressursykepleier, gir de forklaringer som unnskylder eller støtter ressursykepleieren. Når de beskriver situasjoner som kan være vanskelige eller umulige for ressursykepleierrollen, viser de også en støttende holdning til

ressurssykepleieren. I alle tre intervjuene peker informantene på direkte, men også indirekte faktorer som har betydning for ressurssykepleierens rolle og funksjon.

8.1. Hvilke faktorer fremmer ressurssykepleierens rolle og funksjon

Ressurssykepleierne i denne studien er medlemmer av et kompetansenettverk for kreftomsorg og lindrende behandling i Helseregion Vest. De skal samhandle med forskjellige aktører, både i og utenfor kommunen. Avtalen for nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006) har en forpliktende funksjons- og ansvarsfordeling. Ressurssykepleierne forplikter seg til jevnlig møter med nettverksgruppen og møtene blir avholdt i en av kommunene som er med i nettverksgruppen. I ressurssykepleierens egne kommuner skal de bidra til samhandling og faglig kvalitet i tilbudet til pasienter og pårørende. Dette skal skje gjennom samhandling, og virkemidlene er erfaringsutveksling, veiledning, faglig utvikling og kompetanseheving. I målsetningen for nettverket er kompetanseheving, samhandling og samarbeid mellom ressurspersoner i alle nivå i helsetjenesten fremhevet (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006).

Det empiriske materialet fra primærmiljøet viser at ressurssykepleierne har solide kunnskaper om nettverkets struktur og kjenner også godt til nettverkets målsetning og intensjon. I fokusgruppeintervjuene med ressurssykepleierne viser primærmiljøet en positiv innstilling og motiverende grunnholdning til rollen og funksjonen som ressurssykepleier i kommunen. Som det står nedfelt i dokumentet "Standard for Palliasjon", skal en ressurssykepleier ha interesse for å videreutvikle sin faglige og samhandlingskompetanse i et avgrenset fagfelt (Norsk forening for palliativ medisin 2004). Det kan tyde på at ressurssykepleierne i de to nettverksgruppene i Helseregion Vest er gunstig utvalgte eller selvutnevnte personer for rollen i kommunenes helsetjeneste, da de er interessert i fagfeltet.

Sykepleierne har flere klare meninger og løsninger på hvordan man i kommunen kan bruke ressurspsykeleier hensiktsmessig. Forslagene til sykepleierne er også i samsvar med det som står i avtalen for nettverket.

8.1.1. Engasjement påvirker funksjonen

Dokumentet ”Standard for Palliasjon” definerer en ressurspsykeleier som en som fortrinnsvis har relevant videreutdanning, og er interessert i å videreutvikle sin faglige og samhandlingskompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling (Norsk forening for palliativ medisin 2004). Flere av ressurspsykeleierne har i ettertid tatt videreutdanninger fordi møtene i nettverksgruppene førte til en større interesse for fagfeltet. Behovet for videreutdanning kom som en følge av deltakelse i nettverket. Flere av ressurspsykeleierne fremhever at inspirasjonen de får ved å tilegne seg kunnskaper på nettverksmøtene, gir motivasjon til å gjøre en god jobb som ressurspsykeleier i kommunen. Her får de undervisning, og her deler de erfaringer med andre ressurspsykeleiere som har samme rolle i andre kommuner.

Allerede ved opprettelsen av nettverket var motivasjonen og interessen hos mange til stede, fordi de lenge hadde snakket om hvor viktig det var med kompetanse innen akkurat dette fagfeltet. Å ha en ansvarsfordeling i kommunen på forskjellige fagområder er trukket frem av informantene både fra primær og sekundærmiljøet. En sykeleier sier *”det er flott liksom det, når enkelte tar ansvaret for spesielle områder”*. Sykeleieren fremhever at en ansvarsfordeling tilfører kommunen ressurser.

I følge Mitchell og Larson (1987) vil rollesettet, det vil si medlemmene som vanligvis har jevnlig kontakt med rolleinnhaver, altså ressurspsykeleier, ha gruppeforventninger til posisjonen og også snakke om sine forventninger. Sykeleieinformantenes engasjement og deres vilje til å bruke ressurspsykeleieren i aktuelle pasientsituasjoner, påvirker ressurspsykeleierens funksjon. Flere sa de ikke kontaktet ressurspsykeleier om aktuelle pasientsituasjoner. De oppgir flere grunner til dette, en sier *”Når jeg ikke vet hva jeg skal spørre om, så spør jeg ikke heller”* og hun fortsetter med at *”det og er et dårlig tegn”*. Med det viser hun engasjement, men vet ikke helt hvordan ressurspsykeleiefunksjonen kan benyttes. En annen sykeleier påpeker viktigheten av å *”bruke de og sette de på saken”*. Her kommer engasjementet for denne pasientgruppen

frem slik det er meningen i avtalen. Ressurssykepleieren skal engasjeres og konsulteres om denne pasientgruppen i kommunens helsetjeneste (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006, 2008b).

Etter det aller første nettverksmøte ønsket to ressurssykepleier fra samme kommune å *"misjonere hele kommunen"*, fordi de var blitt så *"voldsomt inspirerte"*. I mange kommuner på Vestlandet har innbyggerne en sterk og engasjerende holdning til misjonen. Å ha et ønske om *"å misjonere"* er derfor et kraftfullt uttrykk som vitner om motivasjon, drivkraft, inspirasjon og engasjement.

I en rolleepisode, slik den er beskrevet i Mitchell og Larson (1987), vil forventningene til rolleinnhaver etter hvert bli preget av det som skjer i kommunen i forhold til handlings- og holdningsaspektet til ressurssykepleier. Ressurssykepleierne som var motiverte ved oppstarten av nettverket, hadde en engasjerende forventning til rollen. Denne forventningen er på et perseptuelt nivå i følge Mitchell og Larson (1987), og karakteriserer det som stadium 3 i en rolleepisode. I en kommune skjedde en stor omorganisering samtidig som nettverket ble etablert, noe som påvirket den egentlige rolleadferden. Den egentlige rolleadferden definerer Mitchell og Larson (1987) som stadium 4 i rolleepisoden, som betegnes som rolleinnhavers adferd eller handling. Når det i tillegg var ressursmangel i kommunehelsetjenesten, ble rolleadferden eller funksjonen ytterligere påvirket. Den ble forskjøvet eller *"stoppet"* for å kompensere denne ressursmangelen. Som en følge av engasjementet til ressurssykepleierne, fikk etter hvert en av dem etablert en fristilt stilling for å utøve funksjonen. Alle kreftpasientene blir nå henvist til henne og dette har styrket samarbeidet innad i kommunen og særlig med avdelingssykepleierne. Denne organiseringen virker også motiverende for de andre to ressurssykepleierne i kommunen.

Tverrfaglige grupper i kommunen, som flere ressurssykepleiere har etablert, har også gitt engasjement og fremmer nettverkets intensjon. Engasjementet gir seg utslag i at pasientgruppen blir prioritert av flere yrkesgrupper, da er de *"på beina på en måte, da slipper fysioterapeut det hun har og prioriterer denne pasienten og presten kommer hvis det er nødvendig"*. Er legene interessert i fagfeltet, letter også det samarbeidet i lindrende behandling. Det kommer klart frem i datamaterialet i denne studien, ved at det

ble sagt på en annen måte: *”Jeg skulle ønsket at flere leger kunne mer, så snakker vi samme språk, og han snakker ikke samme språk.”*

Et samarbeid mellom faggrupper er avgjørende i lindrende behandling, fordi målet for all behandling er best mulig symptomlindring og livskvalitet. Når Kaasa (1998) trekker denne målsetningen frem i fagfeltet lindrende behandling, er det med bakgrunn i Verdens Helseorganisasjons betegnelse på livets slutfase. Da har pasienter flere symptomer og plager samtidig, og legene er en avgjørende faggruppe for at plagsomme symptomer skal kunne bli lindret. Når samarbeidet med legen karakteriseres med: *”Vi er på hver vår planet”*, så vises avstanden og engasjementet i metaforen på en slagferdig og klar måte. Det motsatte er det ønskelige - at leger engasjerer seg. Også andre faggrupper enn leger er viktige for kreftpasienter og pasienter i livets slutfase når en skal ha en helhetlig holdning til pasienten.

En av ressurspsykeleierne syntes det var *”kjempekjekt”* å få være med i nettverket. Det interesserer henne faglig, og hun føler at hun har et ansvar. Rollen som ressurspsykeleier er viktig da hun får *”ha fokus”* på *”hvordan har pasienten vår det og hva kan jeg gjøre, og hva bør vi og hva bør ikke være.* Som ressurspsykeleier har hun lov å sette av tid til diskusjoner, fordi hun har et ansvar i rollen som ressurspsykeleier. I følge avtalen for nettverket forplikter arbeidsgiver seg til å gi ressurspersonene tid og ressurser til å utøve sin funksjon (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). Arbeidsgiver er dermed en viktig premissleverandør for ressurspsykeleieren. På kommunenivå vil nærmeste leder til ressurspsykeleier representere arbeidsgiver.

Innen rolleteori er normer og forventninger som knytter seg til en posisjon viktig i følge Grønmo (2004). Når ressurspsykeleier er oppriktig engasjert i rollen i kommunehelsetjenesten, skal hun ha riktig fokus og være opptatt av at kreftpasienter og pasienter som trenger lindrende behandling får god pleie og omsorg. På den måten vil forventninger andre har til posisjonen bli innfridd på en god måte.

Det empiriske materialet viser at engasjement hos ressurspsykeleieren gir rollen hennes en funksjonell verdi. I denne studien ble dialog og samhandling rundt kreftpasienter i kommunen trukket frem som en fremmede faktor i de tilfellene miljøet var engasjert

og interessert i kreftomsorg og lindrende behandling. Funnene viser at det ikke er tilstrekkelig med engasjement hos ressurspsykeleier. De andre faggruppene i kommunehelsetjenesten som samhandler rundt pasienten, må også vise engasjement.

8.1.2. Kompetanse gir rollen styrke

Det å tilhøre nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling innebærer for ressurspsykeleierne å få en spesifikk arbeidsrolle i egen kommune. I følge avtalen skal ressurspsykeleier bidra til samhandling og faglig kvalitet i tilbudet til pasient og pårørende (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). Videre skal ressurspsykeleier bidra med erfaringsutveksling, veiledning, faglig utvikling og kompetanseheving i egen kommune. Kunnskapsoverføring skjer på nettverksmøtene som arrangeres to-tre ganger årlig, og fellessamlingen som er en gang i året. Nettverket i seg selv bidrar dessuten til utveksling av erfaringskunnskap, rådgiving og støtte via e-post og telefon. Denne kompetansen skal videreføres til egen arbeidsplass i kommunehelsetjenesten.

Ressurspsykeleierne fremhever tryggheten kunnskap og kompetanse gir, særlig i møte med *"utfordrende ting"*. I samhandling med lege er det også viktig med kompetanse fordi de da *"blir hørt mye mer"*. Flere ressurspsykeleiere påpeker linken mellom kompetanse og styrken den gir til rollen: *"når du har innhentet deg kunnskaper og du føler at du har blitt stødig på det, så klarer du å motivere legene på en helt annen måte for det at du er mer sikker på det du sier."* Eller kompetanse gir trygghet i rollen på den måten at kunnskapen er integrert slik at ressurspsykeleierne *"kan stå for det vi sier"*. En ressurspsykeleier fremhever dette som *"det tror jeg er det viktigste"* ved funksjonen når det gjelder samhandling med lege, nemlig å være sikker i fagområdet kreftomsorg og lindrende behandling.

Relasjonen mellom sykeleier og pasient var det grunnleggende i sykeleien og sentralt for interaksjonsmodellene som ble utviklet fra 1950 til 1980 tallet i følge Kristoffersen (1996). I 1970-årene skjedde en endring i sykeleietenkningen der hovedvekten ble lagt på humanistiske verdier og eksistensialistisk filosofi. Sykeleiemodellene som ble utviklet på 1980-tallet, knyttet i enda større grad mennesket og miljøet sammen. Hvis ressurspsykeleierens rolle settes i lys av Benner og Wrubels sykeleietenkning, er

ressurssykepleiefunksjonen nær knyttet til omgivelsene (Benner og Wrubel 1989 i Kristoffersen 1996). Ressurssykepleier samhandler med andre faggrupper i kommunens kreftomsorg for å gi god kvalitet på tjenestene til kreftpasienter og pasienter som trenger lindrende behandling. Ser en på begreper som er sentrale i Benner og Wrubels sykepleietenkning, må en samtidig sette dem inn i et systemteoretisk perspektiv, siden disse sykepleieteoretikerne var inspirert av denne funksjonalistiske retningen (Benner og Wrubel 1989 i Kristoffersen 1996). Innen systemteori er begrepene stress, spenning og konflikter sentrale. Mennesket tilpasser seg omverdenen ved å mestre disse gjennom aktive prosesser mener Kristoffersen (1996). Hovedmålet innen denne retningen er å skape likevekt i indre og ytre omgivelser og tilpasse seg omverdenen psykisk og sosialt i følge Aadland (1997). Med dette perspektivet gis ressurssykepleierens rolle utviklingsmuligheter og vekst, dersom hun er i aktiv samhandling med sine omgivelser. I overført betydning kan omgivelsene karakteriseres som de faggruppene det er nødvendig å samhandle med for at nettverkets intensjon skal bli nådd. Å inneha kompetanse gir styrke for ressurssykepleierrollen i møte med omgivelsene. Det kommer også klart frem i intervjuene når en ressurssykepleier sier: *”Jeg skulle ønsket at flere leger kunne mer, så snakker vi samme språk”*. Hun ønsker å samhandle og bruker metaforen *”å snakke samme språk”*. Denne likevekten i indre og ytre omgivelser tolker jeg som likevekt i kunnskapsnivå og kompetanse innen kreftomsorg. Denne ressurssykepleieren bruker også metaforen: *”Vi er på hver vår planet for å si det slik”*, og viser dermed spenningen, avstanden og konfliktpotensialet i dette teamet. Men hun kaller dette for *”en utfordring”*, og det er en positiv innstilling.

Gruppen som tilhører den som innehar rollen, kalles rollesettet i Mitchell og Larson (1987). Rollesettet har forventninger til posisjonen og snakker om disse forventningene. De blir klar over sine forventninger til rollen etter hvert som de observerer hva som skjer med handlings- og holdningsaspektet til rolleinnhaveren og den egentlige rolle adferden. En ressurssykepleier fikk egendefinert ansvarsområde i kommunen. Når denne rolleadferden blir observert av rollesettet, skjer en endring på følgende måte: *”etter at vi har fått ny kreftsykepleier så, når vi får kreftpasienter så henviser vi de til NN”*, altså kreftsykepleieren i kommunen. Også andre utenfor organisasjonen, for eksempel viktige kunder og profesjoner som styrer lover og utvalg, kan ha forventninger til rolleinnhaver påpeker Mitchell og Larson (1987). De som mottar

tjenesten det i denne sammenhengen er snakk om, kan være de fagpersonene som ressurspsykeleier samhandler med, eller pasienter og pårørende.

Jeg spør sykepleierne hvilken nytte de har av ressurspsykeleier, og her kommer det frem at nye områder innen kreftomsorg har fått et større fokus enn tidligere. Flere svarer at ressurspsykeleier er oppdatert på det siste innen kreftomsorg og lindrende behandling og bringer ny kunnskap til egen arbeidsplass. Det fører i sin tur til større påvirkning i forhold til å sette inn nye tiltak, som rekvirering av ESAS - skjema, nye hjelpemidler og musikkterapi. En sykepleier har plassert denne påvirkningskraften hos sykepleierne som gruppe, ikke ressurspsykeleierne. Som en følge av nettverksordningen har ressurspsykeleierne fått kompetanse i smertebehandling, mens det er sykepleierne som gruppe som har den videre påvirkningen når det gjelder tiltak. Dette er en flott bevisstgjøring i sekundærmiljøet og i tråd med avtalens intensjon om at ressurspsykeleieren skal bidra til faglig utvikling og kompetanseheving på egen arbeidsplass (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006).

Sykepleierne er også positive til fordeling av ansvar for fagområder, noe sykepleierne i kommunen lenge har vært opptatt av. En sykepleier uttrykker seg slik at kommunen får *"ressurspersoner til spesielle områder"*. Et viktig begrep innen organisasjonsforskning på arbeidsroller er i følge Mitchell og Larson (1987) rolledifferensiering der det er bestemte og tydelige forskjeller i profesjons- og funksjonsnivå. Firth (1961) hevder at alle samfunn har metoder for gradering og gruppering av mennesker, slik at ting fungerer på en hensiktsmessig og effektiv måte. En forutsetning er imidlertid at de forskjellige aktørene kjenner til denne grupperingen og graderingen.

Nyere nettverksteori har i følge Grønmo (2004) fokus på konkret handlende aktører på ulike nivå. Nettopp styrken ved å være flere fra samme kommune som reiser på nettverksmøter vektlegges i stor grad av flere ressurspsykeleiere. Dermed kan de lettere bruke hverandre, og også ta kontakt på tvers av kommunegrenser og nivåer i helsetjenesten. Grønmo (2004) påpeker også at rent samfunnsmessig kan en oppnå bedre og rimeligere tjenester ved å organisere gode nettverk.

Skau (2000) gir begrepet kompetanse flere aspekt, nemlig teoretisk kunnskap, yrkesspesifikk kunnskap og personlig kompetanse. Ressurspsykeleierne har fungert i

rollen i flere år og har utviklet en handlingsberedskap som de er beredt til å bruke i praksis. Dette kaller Krogstad og Foss (1997) for modning, en viktig faktor når det gjelder personlig kompetanse. Som Handal og Lauvås påpeker (2000) kommer den samlede, integrerte handlingsberedskapen til syne når aktører deler erfaringer. I tillegg til vanlig undervisning på nettverkssamlingene deler ressurspsykeleierne erfaringskunnskap, for eksempel diskusjon omkring etiske dilemma. Mange av ressurspsykeleierinformantene trekker denne undervisningsformen frem som en fremmede faktor. Ressurspsykeleierne får tilbakemelding på egen handling og kompetansenivå, og også tips om forbedringstiltak som de bringer med tilbake til kommunen. Denne formen for kompetanseoppbygging settes høyt og gir påfyll i lindrende behandling og modning av ressurspsykeleierens personlige kompetanse. Slike diskusjoner gi også bekreftelser på at kommunen gir god behandling og pleie.

Sykeleierne ønsker at ressurspsykeleier har klare opplegg når en kreftpasient skal ivaretas i kommunen. De mener at ressurspsykeleier må ha minst ett hjemmebesøk for å bli kjent med brukeren, hjemmet og familien. Sykeleierne ønsker så veiledning fra ressurspsykeleier hvordan oppsettet er i forhold til videre aktuell behandling og pleie, slik at de slipper å mase og spørre. Et slikt opplegg anser noen av sykeleierne for å være ressurspsykeleierens viktigste oppgave. I nettverksavtalen (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006) står det blant annet at ressurspsykeleier skal bidra til faglig kvalitet og veiledning. Det viser at sykeleierne i kommunen har forstått avtalen og ønsker den velkommen. Det er en viktig og fremmede faktor for ressurspsykeleierens rolle og funksjon.

8.1.3. God struktur gir rom for utøvelse av funksjonen

Ressurspsykeleierens utøvende funksjon griper inn i samhandlingen med andre, både i nettverksgruppen og nettverket som helhet, men også i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Selv om arbeidsroller er formalisert i meget stor grad, mener Abercombe et al. (1994) at rollen ikke alltid er tydelig i det praktiske liv. Allikevel hevder andre, som Firth (1961), at alle samfunn har metoder for gradering og gruppering av mennesker, slik at ting fungerer på en hensiktsmessig og effektiv måte. Grønmo (2004) mener at strukturalistiske teorier har fokus på større mønstre av relasjoner, og disse gir en struktur. Ressurspsykeleierne skal gjennom de ulike relasjonsmønstrene i nettverket

gi struktur og oversikt over tjenestene, slik at pasienter opplever god kvalitet på omsorgen. I dokumentet "Kreftforeningens landsdekkende nettverk" er det fremhevet at nettverkene som Kreftforeningen er med i, har en struktur som har fokus på å utvikle, utveksle og utnytte kompetanse (Kreftforeningen 2005). Ressurssykepleierne tilegner seg kompetanse i et miljø som, ifølge avtalen (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006), er preget av utveksling av erfaringer, kompetanseheving og stimulering til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling. Det er et godt utgangspunkt for nettverkens struktur, som i Kreftforeningens dokument om nettverk (Kreftforeningen 2005) tar sikte på å utvikle, utnytte og utveksle kompetanse gjennom ressursykepleiernes utøvende funksjon.

Nyere nettverksteori har fokus på aktive samhandlende aktører i følge Grønmo (2004), og et nettverk har multidimensjonale kontaktmuligheter i følge Barnes (1953). Ressurssykepleiernes muligheter for samhandling med ulike kontakter og deres muligheter for kompetanseoverføring til fagpersoner i kommunehelsetjenesten, er til stede som en følge av nettverket de tilhører. Både nettverksteori og rolleteori har imidlertid større fokus på sosial struktur enn på sosial handling Grønmo (2004). Både Grønmo (2004) og Mitchell og Larson (1987) påpeker at normer og forventninger til en posisjon har stor betydning for den egentlige rolleadferden. Disse teoretiske perspektivene gir forståelse når sykepleierne vurderer ressursykepleiernes muligheter for utøvelse av rollen i praksis. Sykepleiernes forventninger knyttet til ressursykepleierens rolle i kommunehelsetjenestens kreftomsorg, er vektlagt som en fremmede faktor i denne sammenhengen.

Sykepleierne er opptatt av det de kaller "*frikjøpt tid*". De bruker begrepet på to måter. Noen ressursykepleiere har hatt ressursstillinger som har vært opprettet som følge av tilførte prosjektmidler. I disse tilfellene snakker de om at ressursykepleieren er frikjøpt. Den andre forståelsen sykepleierne har, er begrensningene i ressursykepleiernes funksjon når hun "*jobber vanlig og ikke har frikjøpt tid*". Det vanskeliggjør ulike oppgaver sykepleierne mener ressursykepleier bør ha, for eksempel å organisere sykepleiefaglige møter, eller møter der hun kan "*formidle ting*". Linton i Banton (1965) skiller rollebegrepet i en kognitiv- og en handlingskomponent. Han snakker om status og rolle der status er den kognitive komponenten og rollen er handlingen, eller sagt på en annen måte, rollen er hvordan idealet blir uttrykt i handling. Flere sykepleiere har

observert at ressurspsykepleier ”*kom med den permen som hun hadde. Der hadde hun samlet liksom alt, men det må settes ut i livet*”. Her påpeker sykepleierne nettopp det faktum at en struktur ville ført til bedre utnyttelse av ressurspsykepleiefunksjonen ved at kommunen kunne hatt rutiner for undervisning og implementering av ”*alt*” som står i permen.

Lillestøl (1994) gir innspill til en virksomhet som ønsker kvalitet i alle ledd og aktiviteter. Den daglige driften består av etablering og vedlikehold av system som sikrer kvalitet i henhold til interne, selvpålagte eller påtvungne, nasjonale eller internasjonale standarder. Når ressurspsykepleierne er med i nettverket, blir de gjort kjent med rutiner for symptomlindring gjennom bruk av ESAS-skjema (Eriksson og Haugen 2006), og hvilke pasienter som i henhold til Pasientrettighetsloven § 2-5 har rett til en individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Nasjonale standarder slik de er nedfelt i utredningene ”Omsorg og kunnskap – Norsk kreftplan” (NOU 1997:20) og ”Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende” (NOU 1999:2), understreker behovet for økt kompetanse i kreftomsorg og lindrende behandling i kommunehelsetjenesten. Nettverkene i kreftomsorg og lindrende behandling skaper et nært samarbeid mellom de forskjellige nivåene i helsevesenet. Denne strukturen gir kvalitetsvedlikehold og fremheves av Lillestøl (1994) som det første trinnet i en organisasjon som ønsker kvalitet på tjenestene.

Ressurspsykepleieinformantene snakker ikke om begrepet ”*frikjøpt tid*”. De er mer frustrert over at de ikke har tid til å fungere som ressurspsykepleier. Når ressurspsykepleierne beveger seg fra nettverksgruppens miljø til å utøve rollen i kommunen, blir det avstand mellom teori og praksis for mange. Den kognitive komponenten i rollebegrepet til Linton i Banton (1965) er til stede, mens handlingskomponenten er mangelfull. De blir inspirerte og får kompetanse på nettverksmøtene, de lærer ulike rutiner som skal implementeres i kommunen.

Handlingsaspektet, å integrere denne kunnskapen, blir vanskeliggjort i rollen som ressurspsykepleier. Goffman (1992) snakker om handlingsaspektet til en rolleinneholder. Han fremhever aktiviteter eller virksomheter en person utfolder ved bestemte anledninger, og kaller det en opptreden. For ressurspsykepleieren kan en opptreden skje for en bestemt gruppe iakttakere eller deltakere, ved bestemte anledninger beskrevet i

avtalen for nettverket (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). Her står pasienter og pårørende nevnt i et samhandlingsforum som gir pasienter og pårørende faglig kvalitet.

Noen ressurspsykeleiere innrømmer at de ikke har vært gode på videreformidling av kunnskap eller å lage rutiner og aktive system, mens andre utfører rollen slik Linton i Banton (1965) snakker om i forhold til rollebegrepet. Å inneha en rolle er i følge Linton å utføre et ideal i handling. Status er den kognitive komponenten, og denne gir føringer for handlingen som er den andre komponenten i rollebegrepet. Ressurspsykeleieren som vil *”skape en kultur selv slik at arbeidsplassen kan bruke de”* har en tanke i forhold struktur og til sin rolle. Når hun videre påpeker at ESAS skjema må *”blir integrert i de daglige rutinene”*, har hun handlingsperspektivet med.

Noen ressurspsykeleiere innehar fristilte stillinger, i varierende prosentgrad, som følge av en videreutdanning og i kraft av rollen som ressurspsykeleier. En ressurspsykeleier som har en fristilt stilling, kalt kreftpsykeleier, er kontaktleddet for alle kreftpasientene og de som trenger lindrende behandling. I en kommune er det gitt plass til og rom for ressurspsykeleierrollen i kommunehelsetjenesten. Pasienter og pårørende gir gode tilbakemeldinger på den jobben kreftpsykeleier utfører, forteller en ressurspsykeleierkollega. Den jobben hun gjør, er mye tilrettelegging i forhold til praktisk hjelp, men også samtaler med pasient og pårørende. Kreftpsykeleieren ser *”hele biten”* som kollegaen kaller det. Relasjonsmønstrene i jobbsammenheng er mot avdelingsspsykeleierne, og nettverksbyggingen i kommunen har ført til et bedre samarbeid innen fagfeltet og på tvers av profesjonene. Kommunen har fått planen for nettverket til å fungere i praksis (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006)

Også sykeleierne har en tanke om rollen til ressurspsykeleier, sett med Lintons briller i Banton (1965). En sier at de som sykeleiere må være mye flinkere til å kontakte ressurspsykeleier og *”sette de på saken”*. Har de en situasjon som er aktuell for ressurspsykeleier (den kognitive komponenten), må de kontakte henne (handlingskomponent). Ressurspsykeleierens opptreden slik Goffman (1992) tolker den, er her blitt en rolle eller rutine. Den kan spilles eller presenteres ved flere anledninger.

Avtalen for nettverket (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006) har i funksjons og ansvarsfordelingen gitt arbeidsgiver ansvaret for å identifisere bedriftens behov for kompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling. Arbeidsgiver, som i praksis er nærmeste leder for ressurspsykeleier, har også gjennom avtalen forpliktet seg til å gi ressurspsykeleier tid og ressurser til å utøve funksjonen i kommunehelsetjenesten kreftomsorg (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). Dersom ressurspsykeleier skal ha innflytelse på sitt publikum slik Goffman (1992) forestiller seg en opptreden er, vil det være naturlig og helt nødvendig med en god samhandling mellom ressurspsykeleieren og hennes nærmeste leder. Ressurspsykeleieren har tilgang på spesialkunnskap innen fagfeltet kreftomsorg og lindrende behandling, mens arbeidsgiver har hovedansvaret for bedriftens kvalitetsutvikling innen fagområdet. Dermed må det lages rom i en travel hverdag til å utøve funksjonen som ressurspsykeleier. En god struktur er avgjørende for å oppnå avtalens intensjon.

8.1.4. Samhandling styrker utøvelsen av rollen og funksjonen

Goffman (1992) mener at en opptreden skjer for et publikum som denne personen har en viss innflytelse over. I hans betydning av handlingsaspektet til en rolleinneholder, har ressurspsykeleieren innflytelse på de fagpersonene i kommunen som samhandler i fagfeltet kreftomsorg og lindrende behandling. Hun har innflytelse i kraft av sin posisjon i nettverket. Noen ressurspsykeleiere synes samarbeidet med lege og andre aktuelle fagpersoner er blitt bedre etter at de selv ble ressurspsykeleiere. De som fremhever et godt samarbeid med lege, har alle startet tverrfaglige grupper i egen kommune. En kommune har startet en tverrfaglig gruppe med fysioterapeut, prest, lege, sykeleier og hjelpeleier. Får kommunen ansvaret for en kreftpasient, prioriterer de denne pasienten og har et møte. Denne samhandlingen blir beskrevet som å være ”*på beina på en måte*” og ”*alle vet at de hører til der*”. Et grunnleggende fenomen som bærer vår eksistens, er i følge Løgstrup i Martinsen (2003) de suverene livsytringene, blant annet talens åpenhet, tillitt, å bli møtt i språket og bli tatt imot. I dette teamet blir de suverene livsytringene lagt til grunn som en holdning til pasienten og fagfeltet, og dem selv som arbeidsgruppe. Alle blir invitert med, og alle vet at de hører til der. Det er en gjensidig avhengighet og et gjensidig maktforhold som Løgstrup i Martinsen (2003) mener innebærer en etisk fordring til den enkelte. I alle relasjonene finnes en

forventning om at en selv blir tatt imot og forstått i følge Martinsen (2003). Goffman (1992) snakker om manerer og at disse velges av en person i en interaksjon. Disse manerene kan være arrogante eller aggressive, og gi personen et inntrykk av styring av både situasjonen og den verbale interaksjonen. Velger personen derimot underdanige og unnskyldende manerer, kan det gi publikum inntrykk av at personen retter seg etter dem. Dette er interessante innfallsvinkler for rollen til ressurspsykepleier, og gir kanskje mulige diskusjonsgrunnlag for nettverkene når nettverksmøter arrangeres. Å bli god i samhandling er nødvendig for et godt samarbeid i kommunen innen fagfeltet kreftomsorg. Videre er samarbeid helt avgjørende for dette fagfeltet, i følge Kaasa (1998).

Noen av ressurspsykepleierne var ganske nye i funksjonen da intervjuene fant sted. De observerte og snakket om at forgjengerne hadde samhandlingsutfordringer, og at det var lite kontakt mellom viktige faggrupper i kommunen. I denne settingen tilhørte de rollesettet slik Mitchell og Larson (1987) beskriver det i en rolleepisode. De hadde gruppeforventning til en spesiell posisjon (stadium 1) og snakket om forventningene (stadium 2). Nå har de selv rollen som ressurspsykepleier og tror at en aktiv tverrfaglig gruppe (stadium 3) vil involvere legene, både vakthavende lege og tilsynslegen på sykehjemmet. Det vil etter deres mening, gi mer reell kompetanseoverføring til beste for pasientene (stadium 4). Dette har flere ressurspsykepleiere med mye erfaringskunnskap i nettverket erfart.

En kommune som er oppdelt i tre soner har startet en tverrfaglig gruppe med to fagpersoner fra hver sone. De har sporadiske møter, men personene som er med, blant annet en kommunelege og helsesjef, er veldig motiverte. En annen kommune har også møter noen ganger i året i egen kommune, med minst en fra hver sone. Hensikten med disse møtene er å ha oppe og diskutere faglige tema slik at personene blir ressurser i egne soner. Ressurspsykepleierne prøver på denne måten å danne et fagnettverk i egen kommune, og det er anbefalt i dokumentet "Standard for palliasjon" (Norsk forening for palliativ medisin 2004).

Noen av kommunene har fått prosjektmidler fra Kreftforeningen eller over statsbudsjettet til ulike formål innen kreftomsorg. En av disse kommunene fikk midler til å starte en prosjektgruppe i lindrende behandling. I oppstarten hadde de hyppige

møter der de blant annet så på prosedyrer. Selv om prosjektet nå er avsluttet, har gruppen fortsatt møtevirksomheten. Interessen for fagfeltet ble vekket som en følge av prosjektmidlene. Ressurssykepleier er medlem i gruppen, og tilsynslegen på sykehjemmet er også involvert. Han har interesse for fagfeltet og har engasjement. Slik ressurssykepleieren som er med i gruppen forstår det, er legens engasjement en av grunnene til at samarbeidet er bedre nå enn før. Flere av de som var knyttet til prosjekter, er allerede utpekt som ressurssykepleiere i nettverket, men ikke alle. Disse forholdene har også styrket teambyggingen innen kreftomsorg og lindrende behandling i kommunen.

Samhandling med leger har både sykepleiere og ressurssykepleiere positive og negative erfaringer med. Det som har fremmet nettverkets målsetting når det gjelder samarbeid med legene, er den faglige tryggheten som tilegnet kunnskap gir. Det er en følge av medlemskapet i nettverket. Flere ressurssykepleiere sier at kunnskap gjør dem stødigere, sikrere og tryggere i samhandling med lege, dermed blir de i større grad lyttet til. Det ressurssykepleier her beskriver, er det Skjervheim (1996) kaller en "tre-leddet relasjon". Skjervheim (1996) har kritisert Martin Bubers måte å beskrive hvordan vi forholder oss til andre på. For Buber er samhandling enten et "jeg-du" forhold eller et "jeg-det" forhold. Skjervheim (1996) kaller Bubers beskrivelse for "tilskodarhaldningen". Slik Skjervheim (1996) forstår samhandlingsbegrepet, er en dialog to-leddet når fakta blir konstatert. Når man deler en sak og begge deltar, oppstår en tre-leddet relasjon, med engasjement og deltakelse.

I de fleste arbeidsteam vil det være forskjeller i roller som er med på å styrke og utfylle teamet. Rolleforskjeller er også et viktig begrep innen organisasjonsforskning i følge Mitchell og Larson (1987). Driftsgruppen oppmuntret ressurssykepleierne i starten til å opprette tverrfaglige grupper innad i egen kommune. Driftsgruppen oppmuntret også til dannelsen av interkommunale koblinger mellom ressurssykepleierne, slik at kompetanse kunne brukes på tvers av kommunene. Hensikten var å jobbe videre med innføring av nye prosedyrer, styrke lagspill og dra med seg flere fagfolk. Denne prosessen var for noen fremmed, mens andre ressurssykepleiere tok oppfordringen. De siste oppdaget støtten tverrfaglige grupper innen lindrende behandling i egen kommune, og interkommunalt samarbeid, kunne gi. *"Etter hvert som vi har holdt på og disse nettverksmøtene så ser jeg jo mer og mer hvor viktig det var!"*

8.1.5. Nettverkets forpliktende verdi

Ressurssykepleier har en spesiell posisjon og rolle i helsetjenesten i kommunen som er nedfelt i en avtale (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006), signert blant annet på høyeste administrative nivå i kommunen. Sosial struktur er vektlagt mer enn sosial handling innen strukturalistiske teorier, som rolle- og nettverksteori hører inn under, i følge Grønmo (2004). Kompetansenettverket har relasjoner til ulike ledd og nivå i helsetjenesten, og den sosiale strukturen er på plass og visuell i nettverkskartet. Avtalen er ansvarliggjort med ansvarsområder og signaturer for de ulike aktørene i nettverket (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). Noen ressursykepleiere fremhever nettopp avtalen for ressursykepleie-nettverket siden den er undertegnet ”*på et slikt høyt plan*”. I kommunen er avtalen signert av rådmenn, helse- og sosialsjef eller pleie- og omsorgssjef. Kommunen forplikter seg til å gi ressursykepleier mulighet til å reise på nettverksmøter i arbeidstiden, og det ”*heve betydning av at det er virkelig viktig*”.

Noen fremhever avtalen som en basis, ved at den gir aksept og trygghet i ressursykepleierollen. I bokmålordboken (Dokumentasjonsprosjektet/EDD og leksikografene ved ILN 2005) er basis synonymt med et fundament eller grunnlag for et byggverk innen fagområdet arkitektur. Basis har også betydning som en forutsetning for noe. Avtalen kan betraktes som et fundament eller en forutsetning for å nå målet, som er å gi pasienter god kvalitet og trygghet på tjenestene (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006).

I følge Kristoffersen (1997) knyttet sykepleiemodellene som ble utviklet på 1980-tallet, sykepleieren sammen med miljøet, mens tidligere modeller i større grad var opptatt av samspillet mellom sykepleier og pasient. Med en systemteoretisk innfallsvinkel har ressursykepleieren, slik Bateson i Grønmo (2002) og Gjems (1995) forstår det, en sirkulær og gjensidig påvirkning. Påvirkningen er ikke bare i pasientsituasjoner, men også på miljøet, altså sine kolleger og samhandlingspartnere i teamet. Handlingene må forstås i et kommunikasjonsperspektiv som har rom for alle språklige uttrykk. Bateson tolket i Aadland (1997) har en utvidet jeg-forståelse i den forstand at individ må sees i en sammenheng, ikke isolert. Individet er plassert i en kontekst, sammen med andre og må forstås i denne konteksten. Skjervheim (1996) snakker om en tre-leddet relasjon når

den andre, meg og saksforholdet blir delt og begge deltar, og en toleddet relasjon dersom fakta blir konstatert. Ressurssykepleieren vil i et samhandlingsperspektiv befinne seg i mange kontekster i kraft av sin rolle. Dersom saker skal deles og diskuteres står hun i følge Skjervheim (1996) i en tre-leddet relasjon og i et gjensidig påvirkningsforhold. Det kan hun ha til kolleger i kommunen, det være seg sykepleier, lege, fysioterapeut eller prest. Hun står også i et gjensidig påvirkningsforhold til egen leder og i forhold til nettverket i sin helhet. Eller hun kan velge en to-leddet relasjon der kun fakta blir konstatert slik Skjervheim (1996) fremlegger forholdet i en slik relasjon. Ekeland (1999) påpeker at viktige kontekstuelle aspekter ved helsefagene forsvinner når man vektlegger det objektive. God kommunikasjon, empati, etikk og omsorg faller da utenfor mener han. I følge Firth (1961) er teknisk - og praktisk kunnskap til hjelp for folk når de skal styre omgivelsene eller miljøet de har ansvar for. Han kaller denne regelen for "Social controls", og den er nødvendig i en organisasjon. Med avtalen for nettverket som verktøy kan ressurssykepleieren styre omgivelsene. Men hun bør velge en relasjonsform der saksforhold blir delt slik Skjervheim (1996) beskriver det i en tre-leddet relasjon, med et delt saksforholdet der alle deltar. Da har hun muligheter for å skape god kommunikasjon og omsorg for pasientene som kommunehelsetjenesten skal ivareta på en helhetlig måte.

Flere ressurssykepleiere fremhever samhandlingskomponenten til spesialisttjenesten som en forbedring etter at de ble medlem av kompetansenettverket. De er bevisste på hverandre, de vet hvem mange av fagpersonene er og henvender seg til disse om noe er vanskelig. En ressurssykepleier tenker også at det kan være nyttig å snakke om samarbeid mellom nivåene overfor pasientene, slik *"at ikke de tror at de går fra et vakum til et annet"* ved overflytting mellom sykehus og kommune. Benner og Wrubel sykepleietenkning var inspirert av hermeneutisk og fenomenologisk tankegang. De mener at menneskets måte å være i verden på, er nær knyttet til omgivelsene (Benner og Wrubel 1989 i Kristoffersen 1996).

Sentrale begrep i sykepleiemodellene med et systemteoretisk perspektiv er stress, spenning og konflikt. Hovedmålet innen denne retningen er å skape likevekt i indre og ytre omgivelser. Dersom belastninger som stress, spenning eller konflikter oppstår, kan aktive prosesser gi vekst og utviklingsmuligheter (Kristoffersen 1996). Tidligere studier på nettverk innen kreftomsorg har i følge Kindberg (1996) vist at administrativ og

politisk forankring gir forpliktelser til deltagelse. Prosessen med å få til signerte avtaler for nettverkene i kreftomsorg og lindrende behandling startet tidlig i Helseregion Vest og første avtale var undertegnet i 2004. I følge Grønmo (2004) skal struktur skape forståelse i en organisasjon ved at et element forstås ut fra dets relasjon til andre og strukturen som helhet. For ressurspsykeleierne blir helheten i nettverket med felles avtale og samhandling mellom nivåene i de ulike kontekstene, elementer i en gjensidig påvirkningsprosess. Strukturalistiske teoritradisjoner vektlegger sosial struktur i større grad enn sosial handling. Nettverksteori og rolleteori blir av Grønmo (2004) plassert i denne strukturalistiske tradisjonen. Ved at nettverkene er organisert i et system som inkluderer alle nivåene i helsetjenesten, er strukturen til stede. De ulike elementene, deriblant ressurspsykeleierens rolle, er dermed plassert i forhold til nettverksgruppen og nettverket som helhet. Dette er også visuelt i nettverkskartene for de tre nettverkene i Helse Førde, Helse Bergen og Helse Fonna (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006, 2008b).

Siden kommunene ikke har hatt forpliktende avtaler innen kreftomsorg og lindrende behandling før, må dette ansees å være en fornying på kommuneplan. En virksomhet som er opptatt av kvalitet, er også opptatt av fornying i følge Lillestøl (2004). I teorien skal avtalen gi høy grad av kvalitet på helsetjenesten innen kreftomsorg og lindrende behandling gjennom nettverket. Kvalitetskravene for nettverket er nedfelt i de ulike aktørenes funksjons- og ansvarsområder (Lillestøl 1994).

8.2. Hvilke faktorer hemmer ressurspsykeleierens rolle og funksjon

Ressurspsykeleieren arbeider i en helsetjeneste der samhandling og kommunikasjon med flere er viktig og nødvendig. Ohnstad (2002) peker på at pasienter må sikres individuelt tilpassede og samordnede tjenester uansett hvor han befinner seg i behandlingsskjeden. Denne samordningen og fokuset på kvalitet i pasientomsorgen er også nedfelt i Norges offentlige utredninger som i NOU 1999:2 og NOU 2005:3. De stiller krav til koordinering av kommunale tjenester, så vel som samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Ressurspsykeleieren er i kraft av sin posisjon i ulike kontekster, både som i rollen som ressurspsykeleier i egen kommune og som medlem av

nettverket. I nettverksgruppen har ressurspsykeleierne kontakt og samhandler med ressurspsykeleiere fra fire andre kommuner. Med Batesons systemteoretiske perspektiv (i Gjems 1995), skaper kontekstene relasjonsmønstre, som gir sirkulær og gjensidig påvirkning. Det er derfor viktig at ressurspsykeleieren gjør vurderinger som samsvarer med hennes ansvars-, funksjons og kompetanseområde, i en helhet som gir god kvalitet på helsetjenesten til kreftpasienter og deres pårørende i kommunen

Mitchell og Larson (1987) fremhever at innehaveren av en posisjon i et system, kan møte et sett av forventninger til en spesiell adferd. Disse forventningene kan komme i konflikt med arbeidstidsbruk, arbeidsfordeling og uklarheter i forhold til mål og utførelse av jobben. I sin tur kan forventningene til en rolle gi utfordringer, både på individ- og systemnivå slik Mitchell og Larson (1987) beskriver det. Sykepleieinformantene i denne studien vet lite om strukturen til nettverket og hvilken kompetanseoppbygging som skjer for ressurspsykeleierne i nettverksgruppen.

8.2.1. Kvalitetsforvitring

Lillestøl (1994) påpeker at en virksomhet som er opptatt av kvalitet, bør være opptatt av begrepet i alle ledd. Han fremhever begrepet kvalitetsledelse som et prinsipp som gjennomsyrrer hele virksomheten gjennom mål, midler og metoder, på tvers av avdelinger og med deltakelse fra alle. Den første aktiviteten Lillestøl (1994) trekker frem for en organisasjon som er opptatt av kvalitet, er vedlikehold av den daglige driften. Med det menes etablering og vedlikehold av system som sikrer kvalitet i henhold til interne, selvpålagte eller påtvungne, nasjonale eller internasjonale standarder.

Ressurspsykeleierne får aktuell og nødvendig kompetanseheving på nettverksmøtene og fellessamlingene, som de deltar på noen ganger årlig. Avtalen for nettverket (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006) har nedfelt at ressurspsykeleieren skal bidra til at det forpliktende samarbeidet fungerer etter intensjonen. Det vil i praksis si at ressurspsykeleier skal bidra til veiledning, faglig utvikling og kompetanseoverføring til eget arbeidssted for å skape god kvalitet i kommunens kreftomsorg. Dette er nedfelt i nettverksavtalen (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006).

Å få til sykepleiefaglige møter der ressurspsykepleier kan formidle det hun har lært på nettverksmøter, er i liten grad en etablert rutine. Det er gjort forsøk på etablering og vedlikehold av system for denne møtevirksomheten, uten at slike møter er iverksatt systematisk. En sykepleier fremhever at *”det ble satt opp på dagsordenen, og det fungerte bare en gang”*. Hadde sykepleiefaglige møter vært en rutine, ville sykepleierne også hatt kunnskaper om hva som læres på nettverksmøtene. Dersom organisasjonen ikke har system for kvalitetsvedlikehold, skjer ikke en forbedring av allerede eksisterende rutiner og prosedyrer i følge Lillestøl (1994) og kvaliteten kan bli dårligere, noe han kaller kvalitetsforvitring. En sykepleieinformant påpeker, her er det tale om når kommunen får dårlige pasienter, at *”er det aktuelt, så er det ikke problem og få diskutert og sånn”*, men møter skjer tilfeldig. For at en virksomhet skal gi god kvalitet på tjenestene, må rutiner bli vedlikeholdt og forbedret i en kontinuerlig prosess i følge Lillestøl (1994). For komplekse fagområder, som kreftomsorg og lindrende behandling, blir disse kvalitetsaktivitetene svært viktig. Nye kvalitetsindikatorer som ESAS (Eriksson og Haugen 2006) og individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet 1999) skal innføres. De må læres av de faggruppene som blir involvert i en pasientsituasjon, og de må implementeres og evalueres. Slike prosesser tar tid.

R-4 modellen i Midt-Norge, et kontaktnett av sykepleiere og leger fra primær- og spesialisthelsetjenesten, viste seg å være nyttig som et verktøy innen kreftomsorg. Men to studier av R-4 modellen konkluderte med at det var nødvendig å skape forståelse for at ressurspersonene tilførte kommunen kompetanse og ikke bare utgifter (Kamps et al. 2000, Kreftforeningen 2003). Den forståelsen eller holdningen er nyttig også for nettverkene i Helseregion Vest, selv om ingen av informantene i min studie kom inn på temaet økonomi. Å se på ressurspsykepleierne som ressurspersoner i den forstand at de tilfører kommunen kompetanse er allerede en forståelse sykepleieinformantene har. Det som er noe påfallende i denne studien, er det motsatte av det som var en konklusjon i R-4 modellen. Sykepleiernes syn på ressurspsykepleier er *”det er du som er ressurspersonen”* for kommunen, men det benektes av ressurspsykepleier. Ressurspsykepleieren begrunner denne benektningen med at hun ikke har tid til å gjøre det hun ønsker i rollen. Det gir en pekepinn på strukturen i kommunen i forhold til arbeidsforhold. Firth (1961) studerte strukturer og organisering i små samfunn og fant fire essensielle og nødvendige regler. En av dem var *”social alignment”*. Denne regelen

innebærer, slik Firth (1961) definerer den, en gruppering etter yrke og gradering etter rang eller hierki. Sykepleieren har plassert ressurspsykeleier i et hierki, hun har gradert ressurspsykeleier etter en rangordning, det eksisterer her, slik Lillestøl (1994) ville sagt det, en grad av fortreffelighet. Ressurspsykeleieren på sin side ser ikke denne rangeringen eller grupperingen, eller hun kan ikke forholde seg til den siden funksjonen ikke fungerer i praksis.

Noen ressurspsykeleiere ordner med permer der de legger inn rutiner og standarder, for eksempel ESAS-skjema som de har lært om på nettverksmøtene. Denne praksisen hjelper noen sykepleiere, som leser permen innimellom, kanskje på en nattevakt. Sykepleierne synes imidlertid ikke at for eksempel ESAS - skjema som er innført, følges opp av de som har det medisinske ansvaret. En er oppgitt fordi de ikke har prosedyrer på dette og at ingen tar ansvar, hun trekker frem legen spesielt *"de må jo gjøre det de som skal, vi må ha prosedyrer, hvor lenge skal –?"* Løvliens analyse av praksis med tre nivåer er i Handal og Lauvås (2000) sett nærmere på og kan være nyttig i denne sammenhengen. Erfaringer, både teori- og praksis baserte (P2- nivået) og etiske vurderinger og verdier (P3- nivået) blir brukt som bakteppe og settes som standard for handlingen (P1- nivået). Når handlingen uteblir, er den samlede handlingsberedskapen for praktisk virksomhet, og den enkeltes forestillinger om praksis mangelfull. Firth (1961) fremhever at teknisk og praktisk kunnskap er til hjelp når fagfolk skal styre og ha ansvar for forskjellige områder. Firth (1961) kaller denne kunnskapen "social controls". Verdiene som kommer til uttrykk i handling kaller han "social standards", og disse verdiene har en følelsesmessig og idealistisk side. Ressurspsykeleierne ser at de skulle vært mer aktive i praksis, og en nevner innføringen av ESAS-skjemaene. De ser at de kunne brukt litt tid på et personalmøte til videreformidling. Hadde de videreformidlet kunnskapen om ESAS og brukt dem i praksis, ville Firth's (1961) begrep om "social controls", altså den praktiske og tekniske kunnskapen, blitt tatt et ansvar for, slik det er meningen når fagfolk skal styre og ha ansvar for ulike områder.

Når en ressurspsykeleier sier at *"vi hører om situasjoner i etterkant. Så av og til synes jeg at jeg sliter med litt dårlig samvittighet"*, er hun inne på en regel innen strukturer i organisasjoner som Firth (1961) kaller "social standards", altså verdier som har en følelsesmessig og idealistisk side. Denne ressurspsykeleieren sliter med dårlig samvittighet. Kanskje hun kunne ha hjulpet i denne situasjonen? Kanskje hun ikke har

fått til rutiner for kompetanseheving eller henvisning av pasienter som er aktuelle for henne som ressurspsykepleier? En tredje regel innen strukturer i organisasjoner er i følge Firth (1961) ”social media”, altså språket som gir uttrykk for tanker og følelser. Når denne ressurspsykepleieren hører om en situasjon i ettertid som hun ikke har blitt involvert i, undrer hun seg kanskje på hvorfor hennes kollegaer ikke spurte henne om veiledning. Flere av sykepleierne stiller spørsmål ved ressurspsykepleierens turnus og tilstedeværelse på jobb. Det er tilfeldig hvem som blir ansvarlig for en kreftpasient som blir overført til kommunehelsetjenesten. ”Da har det som regel vært de som var på jobb. Eller den som har kunnet eller den som – hvor har ressurspsykepleier vært da da?” spør en av sykepleieinformantene. En annen ressurspsykepleier sier at hun selv må ”skape en kultur” slik at standarder blir integrert i den daglige rutinen. Dette er kvalitetsvedlikehold og forbedring av den daglige driften slik Lillestøl (1994) beskriver elementene i kvalitetsledelse.

For at kreftpasienter skal oppleve god kvalitet og trygghet i behandling og pleie, er samhandling ett av målene for nettverket (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). I følge Eriksson (2003) og Eriksson og Haugen (2006) har ESAS - skjemaet betydning for evalueringen av blant annet medisinske tiltak som smerte- og kvalmebehandling. Samhandling i evalueringen av forskjellige tiltak er dermed nødvendig for at pasienten skal oppleve god kvalitet. Ressurspsykepleieren er nevnt av en sykepleieinformant i denne sammenheng som en ”pådriver for å få det i bruk”. En annen nevner at de selv eller legen kan ordinere ESAS - skjema på pasienter. Det er en riktig forståelse av hvem som kan igangsette bruken av skjemaet. Legene er en viktig fagprofesjon i evalueringen av så vel medisinske som psykososiale problemstillinger. Ressurspsykepleier har i følge avtalen (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006) et spesielt ansvar for samhandling og faglig utvikling, og arbeidsgiver har som ansvar å identifisere virksomhetens behov for kompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling. Hvis prosedyrer er innført i symptomlindring, skal også ESAS - skjema være en del av disse prosedyrene.

Dersom den daglige driften skal vedlikeholdes, må man ha kvalitetssystem i helsetjenesten i alle ledd. Prosedyrer og retningslinjer som blir bestemt skal brukes i helsetjenesten, må undervises om, læres og brukes for å komme den enkelte pasient og pårørende til gode. Dersom rutiner ikke vedlikeholdes og følges opp, blir standarden

lavere, og kvaliteten på produkter og tjenester dårligere i følge kvalitetsledelsesprinsippene hos Lillestøl (1994). Er aktuelle rutiner og prosedyrer ikke innført systematisk, har det skjedd en forvitring av kvaliteten på tjenestene innen kreftomsorg i organisasjonen, i denne sammenheng kommunen.

Sykepleierne har gode forslag og klare meninger om hvordan en god struktur kunne vært til hjelp for kreftpasienter som skal hjem etter sykehusinnleggelse. De tenker seg at ressurspsykeleier legger til rette for pasientens hjemkomst og gjør det som burde gjøres der videre. En sykepleier kaller det for ”*et besøk*”. Det som i virkeligheten skjer i denne kommunen, er at tilfeldighetene rår. Det er den som tar telefonen fra sykehuset, eller den som er på vakt som får hovedkontakten med denne kreftpasienten. Når kvaliteten svikter på dette viktige punktet, blir oppfølgingen av kreftpasienter i kommunen vanskelig. Organisasjonen forvitres over tid dersom rutiner og prosedyrer ikke vedlikeholdes og kvalitetsnivået stadig blir lavere ifølge Lillestøl (1994).

Et system for kompetanseheving innad i kommunen er ønskelig fra sykepleiernes side. Noen ressurspsykeleiere ordner imidlertid med permer der de legger inn ESAS skjema som de har lært om på nettverksmøtene. Handlingsaspektet mangler imidlertid, og det savnes. I dette sitatet gir informanten uttrykk for at nye prosedyrer finnes i en perm på arbeidsplassen. Hun poengterer at prosedyrer som blir lært på nettverksmøtene, i dette tilfellet bruk av ESAS - skjema, må undervises om, samtidig som de brukes i praksis.

Som det står nedfelt i dokumentet ”Standard for Palliasjon”, skal en ressurspsykeleier ha interesse for å videreutvikle sin faglige og samhandlingskompetanse i et avgrenset fagfelt (Norsk forening for palliativ medisin 2004). Ressurspsykeleierne hadde et positivt syn på å inneha rollen, men spranget fra teorien og viljen, eller muligheten til utøvelse av rollen i det praktiske felt var forstyrrende. Denne studien peker på flere faktorer som påvirker forholdene for ressurspsykeleier i kommunehelsetjenesten når det gjelder hennes bidrag til erfaringsutveksling, faglig utvikling og kompetanseheving. Dette skal en ressurspsykeleier ha interesse for ifølge Norsk forening for palliativ medisin (2004), og dette er også nedfelt i avtalen (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). Å videreutvikle ens samhandlingskompetanse innen fagfeltet kreftomsorg og lindrende behandling, gir føringer til rollen som ressurspsykeleier i kommunehelsetjenesten. Ressurspsykeleier vil trenge pedagogiske

prinsipper og kompetanse innen praktisk fagutvikling for å kunne gjøre dette. Også i nettverkets målsetting (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006) er det gitt føringer på at ressurspsykeleier skal gi veiledning og bidra til en utvikling av faget.

Et system for møtevirksomhet eller samhandling i kommunehelsetjenesten er nødvendig for kvalitetsvedlikehold. En ressurspsykeleier påpeker at det å være i en tverrfaglig gruppe, gjør at fagpersonene finner et felles faglig ståsted. En ressurspsykeleier som ikke har en tverrfaglig gruppe i kommunen å samhandle med, sier at når de møtes ad hoc, blir dette ståstedet noe de må jobbe litt for å finne, og for hver gang må de begynne på nytt. Det er derfor grunn til å hevde at en tverrfaglig gruppe i kommunehelsetjenesten vil styrke ressurspsykeleierens rolle og funksjon, samtidig som kommunehelsetjenestens faglige ressurser innen kreftomsorg og lindrende behandling blir forbedret.

8.2.2. Dårlig utnyttelse av rollen og funksjonen

Sykepleierne problematiserer at ressurspsykeleierne jobber i små stillingsprosenter og har mange helge- og/eller nattevakter på turnusen. En sykepleier nevner at ressurspsykeleieren som er knyttet til hennes arbeidsgruppe, har halv stilling med arbeid hver tredje helg. Denne sykepleieren presiserer at *"da sier det seg selv at vedkommende ikke er mange dager på jobb i uken"*. En annen sykepleier mener at det egentlig er ressurspsykeleier som er minst på jobb. Dette liker de dårlig, flere uttrykker *"det er jo ikke så bra"*. Det virker også hemmende på intensjonen om at ressurspsykeleier skal ha oversikt over pasienter som trenger kreftomsorg og lindrende behandling (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). Det som skjer i praksis, er at den som har tid, eller tilfeldigvis er på vakt og tar telefonen, har hovedkontakten mellom nivåene og med pasienten. Denne personen blir også involvert videre, som oftest uavhengig av ressurspsykeleier.

Sykepleierne ser at ressurspsykeleierne er ressurser for kommunen, men ressursene blir ikke godt nok utnyttet. De nevner imidlertid ett tilfelle der ressurspsykeleier i kommunen ble involvert ved en overflytning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Her ble opplegget godt ivaretatt av ressurspsykeleier, og flere i

teamet fikk opplæring i spesielle prosedyrer. Goffman (1992) betegner en opptreden, som kan sidestilles med denne vellykkede overflyttingen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, som en aktivitet en person utfolder ved en bestemt anledning, for en bestemt gruppe iakttakere eller publikum som personen har en viss innflytelse over. Et fastlagt handlingsmønster som skjer under en opptreden, kaller han en rolle. Samme handlingsmønsteret kan med fordel presenteres, også ved andre anledninger. Sykepleieren har, slik Ishheier (1949) i Goffman (1992) forstår en opptreden, fått ett inntrykk av ressurspsykepleieren, mens ressurspsykepleieren, bevisst eller ubevisst, har gitt uttrykk for seg selv i denne situasjonen. Det hadde vært viktig om sykepleieren og ressurspsykepleieren hadde sett nærmere på det som gikk bra i denne situasjonen, og gjentatt handlingsmønsteret ved andre lignende anledninger. Men kun ett tilfelle som gikk bra i forhold til nettverkets intensjon, ble nevnt i intervjuene når det var snakk om samhandling om pasientoverføringer fra 2. linjetjenesten til kommunehelsetjenesten. Her rår tilfeldigheter, kommunen mangler system, og utnyttelse av ressurspsykepleierrollen blir dårlig. Som en følge av dårlig ressursutnyttelse, vil kvaliteten på kreftomsorgen forringes.

Sykepleierne i kommunehelsetjenesten hadde lang ansiennitet i kommunen. Det som overrasket meg mest i dette intervjuet, var at de visste så lite om ressurspsykepleierens rolle. De fleste sykepleierne har ikke tatt kontakt med sin ressurspsykepleier i aktuelle situasjoner. En sykepleier sier i intervjuet at hun treffer ressurspsykepleier, men har ikke brukt henne. En årsak til dette kan ligge i vaktene eller stillingsprosenten til ressurspsykepleier. En sykepleier opplever at de *"har ressursene, men de er lite inne."* En annen sykepleier synes det er positivt at ressurspsykepleier kan brukes, men hun har vært lite i kontakt med ressurspsykepleier, og en tredje sykepleier innrømmer at hun ikke har brukt ressurspsykepleier, og fortsetter med *"når jeg ikke vet hva jeg skal spørre om så spør jeg ikke heller egentlig, men det og er et dårlig tegn"*. Disse forholdene kan tolkes på forskjellige plan. Sykepleierne vet selv hva som skal gjøres med aktuell pasient eller situasjon. Hun kan tro hun ikke trenger ressurspsykepleierens hjelp fordi hun ikke vet hvilken hjelp ressurspsykepleier kan yte henne og pasienten. Sykepleieren kan ha feiloppfattet eller feiltolket rollen eller oppgavene til ressurspsykepleier. Hun har kanskje ikke tid til å lete etter, eller oppsøke ressurspsykepleier. Eller hun kan ha vært for stolt til å spørre om råd. Disse forholdene kan tyde på dårlig eller ulik informasjon om nettverket og ressurspsykepleierens posisjon og arbeidsrolle i kommunen og de ulike

sonene, men det kan også bero på dårlig oppfattet eller misforstått informasjon. I tillegg kan turnus og stillingsstørrelse til ressurssykepleier være en forklaring. Ressurssykepleier har kanskje ikke gjort sykepleiekollegaene sine oppmerksom på at hun har kunnskaper som kan gi pasienter god kvalitet på omsorgen. Manglende opplæring i pedagogiske prinsipper eller kompetanseoverføringsstrategier kan være en forklaring. Manglende mot hos ressurssykepleier til å gjøre undervisningsoppdrag på egen arbeidsplass, kan være en annen årsak. Imidlertid ga de fleste ressurssykepleierne i denne studien uttrykk for interesse og engasjement for fagfeltet, samt en vilje til kompetanseoverføring til eget arbeidssted.

En sykepleier kaller sin ressurssykepleier for "*ressursperson*" hvorpå ressurssykepleier svarer henne kontant "*nei*" og begrunner det med at hun, som ressurssykepleier, ikke er frikjøpt til noen ting. Det kan tyde på at sykepleieren ser på ressurssykepleier som en ressursperson. Det kan også tolkes som en provokativ uttalelse fra sykepleierens side. Hun har kanskje en formening om at det er en forskjell på sykepleierne og ressurssykepleier i kommunen, og at denne forskjellen må kunne ut i handling som viser at ressurssykepleier er en ressurs for kommunen. I en rolleepisode slik Mitchell og Larson (1987) definerer den, er både rollefiguren og gruppemedlemmenes perspektiv tatt med. Ressurssykepleier kan kjenne på at forventningene til hennes rolle i teamet (stadium 1), ikke kan forenes med hennes egne forventninger til utførelsen av rollen (stadium 3). Det kan også tolkes dit hen at ressurssykepleier fraskriver seg rolleansvaret og eventuelle forventninger til kompetanse ved å svare nei på spørsmålet, eller ressurssykepleier synes ikke hun får vært en ressurs for kommunen når hun ikke har avsatt tid til å gjøre det funksjonen er tiltenkt.

Nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling er et system med en spesiell person i en profesjon. I følge Mitchell og Larson (1987) kan det føre til forventninger som igjen kan komme i konflikt med arbeidstidsbruk og arbeidsfordeling. Rollekonflikter og uklarheter kan oppstå i forhold til målsetting og utførelse av jobben. En rolleepisode har fire stadier ifølge Mitchell og Larson (1987). Ved å se på en rolleepisode kan man gjøre noe med kommunikasjonen i en organisasjon. Gruppens forventninger til ressurssykepleier i denne kommunen er blant annet at den egentlige rolleadferden (stadium 4) er viktigst. Ifølge Banton (1965) har rollebegrepet to komponenter, en kognitiv- og en handlingskomponent. Han uttrykker seg noe idealistisk når han sier at

rollen er hvordan idealet er uttrykt i handling. Noen ressurspsykepleiere har planer, eller som en sier *"tanker i hodet"*, som er vanskelige å få gjennomført. Banton (1965) sier lite om den kognitive komponenten i forhold til rolleinnhavers egne forventninger. I Mitchell og Larson (1987) er stadium 3 rolleinnhavers egne oppfattede forventninger til rollen tatt med, og i stadium 4 hvordan dette kommer til uttrykk i handling, altså handlingskomponenten hos Banton (1965). I praksis er det ikke samsvar mellom persepsjon eller tanke og handling, det snakker både sykepleierne og ressurspsykepleier mye om. Flere sykepleiere sier at det ikke er godt nok med en perm i avdelingen. Den må *"settes ut i livet"*, som en sykepleier uttrykker det. Med det mener hun at prosedyrene må undervises om og brukes i praksis. Hun unnskylder ressurspsykepleier med at hun jobber vanlig turnus uten frikjøpt tid. Her er det snakk om at handlingsberedskapen er amputeret. Teorien er på plass, men ikke den personlige kompetansen som hos Krogstad og Foss (1997) og Skau (2000) blant annet innbefatter ferdigheter, erfaringer, holdninger, moral og personlighet. Da strukturen heller ikke er på plass i forhold til prosedyrer, system og kvalitetsvedlikehold, blir rollen til ressurspsykepleier utvannet, dårlig benyttet og til slutt hemmende for nettverkets intensjon.

Flere av ressurspsykepleierne syntes ordet ressurs er frustrerende fordi de har planer om hvordan de skal videreforme kompetanse fra nettverksmøtene til kommunen, men planene lar seg vanskelig gjennomføre. Som ressurspsykepleier skal du ha kontakt med alle pasientene som kommer inn under kategorien kreft/lindrende behandling, det forventes, og dette snakker teamet om. Det er imidlertid misforstått at ressurspsykepleier til enhver tid skal være hos aktuelle pasienter. Med en slik holdning blir det lite tid til å ha undervisning, eller samtale om aktuelle tema i teamet fordi presset på henne som ressurs, slik kollegiet ser det, er så stort. I dette teamet er det flere uklarheter omkring ressurspsykepleierrollen i praksis. Her er forventningene til ressurspsykepleier også kommet i konflikt med arbeidsfordelingen og også tidsbruk (Mitchell og Larson 1987).

Å få til sykepleiefaglige møter der ressurspsykepleier kan formidle det hun har lært, er ikke en rutine som er innført. Hadde det vært en rutine, hadde sykepleiernes uvitenhet om hva som skjer på nettverksmøtene kanskje ikke vært aktuell. Hvis kommunen innfører systematiske møter der ressurspsykepleier får formidlet kompetanse hun tilegner seg på nettverksmøter, vil rollen bli nyttet på en langt bedre måte.

8.2.3. Manglende kjennskap til nettverkets struktur

Sykepleierne i denne studien hadde lang ansiennitet i kommunen og ble valgt som informanter da jeg regnet med at de hadde erfaringer og kunnskaper om nettverket som ressurspsykepleierne var medlem av. Det som overrasket meg mest i dette intervjuet, var at de visste så lite om nettverkets intensjon og ressurspsykepleierens rolle, særlig det som foregikk i nettverket utenfor kommunen, når ressurspsykepleierne reiste på nettverksmøtene og fellessamlingene.

Flere sykepleiere problematiserer samarbeidet med 2. linjetjenesten, og en aner at det skulle vært annerledes nå når nettverket er opprettet. Hun sier at *"det skjer enda i dag så det ikke burde skje"*, og peker her på nettverkets strukturelle verdi. Ressurspsykepleierne er på plass på sykehuset, og de forskjellige avdelingene skulle hatt kjennskap til nettverket som er opprettet ute i kommunehelsetjenesten. Nettverket har vært i drift i noen år og skulle være kjent på de forskjellige nivåene i helsetjenesten. Goffman (1986, 1992) bruker bilder fra teaterverdenen når han snakker om sosialisering og samhandling. Han introduserte begrepene frontstage og backstage, og mener at en skuespiller har muligheten til å velge scene, virkemidler og kostyme når han står foran et publikum. Hvis denne metaforen brukes i kommunehelsetjenesten, og ressurspsykepleier står *"på scenen"*, kan hun selv velge virkemidler og kostyme. En ressurspsykepleier sier i et møte med legen at *"han visste jo ikke det, han legen der."* Her er det en pasient som er terminal (døende), og legen har rekvirert intravenøs væskebehandling. Når legen ikke sier noe eller spør henne om hun har forslag til behandling, fortsetter hun med: *"det er jo forsket på dette med intravenøs, mannen er jo døende, jeg kan ikke forstå."* Scenen og kostymet hun bruker, vil påvirke publikum, som i dette tilfellet er legen. Goffman (1992) sier videre at manerer er den interaksjonsrollen som personen velger å spille i en gitt situasjon. Ressurspsykepleieren har her en pågående maner i interaksjonen med legen fordi hun mener det er viktig å stå for det en sier. Denne samhandlingen førte imidlertid ikke noe bra med seg for pasienten i dette tilfellet. Samhandlingen eller mangelen på samhandling mellom legen og ressurspsykepleieren skyldes kanskje hans manglende kjennskap til nettverket og ressurspsykepleierens kilde til kunnskap om temaet *"intravenøs behandling av døende pasienter"*.

Konklusjonene fra sam-kom prosjektet (Kreftforeningen 2004b) viser blant annet at det må settes av tid til samhandling. Videre påpekes det at dersom viktige aktører utelates, kan det føre til dårlig måloppnåelse. I denne studien blir akkurat dette bekreftet. I tillegg viste sam-kom prosjektet at informasjon og rapporter om nettverket synliggjøres, ellers blir det ikke verdsatt (Kreftforeningen 2004b).

Innen organisasjonsforskning på arbeidsroller har Mitchell og Larson (1987) utviklet flere begrep, blant annet rolleepisode og rollesett. Sekundærmiljøet utgjør i denne sammenhengen rollesettet, da det beskrives som gruppen som tilhører den som innehar rollen. En "rolleepisode" inneholder to persepsjons- og to kognitive nivå. Sykepleierne hadde forventninger til ressursykepleierens posisjon (stadium 1). Da vi i intervjuet snakket om forventningene (stadium 2), hadde de ulik oppfattelse av rollen til ressursykepleier (stadium 3). Noen trodde at ressursykepleier hadde spesielle oppgaver, men de visste ikke hva hun var satt til. Andre mente at ledelsen burde ta seg bedre av ressursykepleier, mens noen mente at det var sekundærmiljøet, altså sykepleierne selv, som måtte kontakte ressursykepleier når en aktuell problemstilling dukket opp.

Noen sykepleiere hadde ikke oppfattet hensikten med nettverket. Samhandlingen mellom primær- og sekundærmiljøene er dårlig, noe sykepleierne tillegger strukturelle faktorer og tidsklemmen. Noen av sykepleierne vet heller lite om rollen ressursykepleieren har, når det gjelder funksjonen som videreformidler til sekundærmiljøet. De fleste informantene visste ikke hvorfor ressursykepleier reiste på nettverksmøter, og hadde møte sammen med ressursykepleiere fra andre kommuner. Det vises i uttalelsen: *"sier du at på disse nettverksmøtene, at de har ting for seg som kanskje burde, i en eller annen sammenheng - at de skulle formidle det videre til oss eller?"*

Ressursykepleier sier at organiseringen i en kommune er uklar når det gjelder aktuelle pasienter i andre soner. En føler at *"vi hører om situasjoner i etterkant"*, og når de ikke blir konsultert om aktuell pasientgruppe, *"det burde vært litt klarere ja"*. Heller ikke strukturen med henvisningsrutiner til ressursykepleier fungerer i kommunehelsetjenesten. Kjennskapen til nettverkets struktur i hele nettverket, med relasjonsmønstre til 2. og 3. linjetjenesten er mangelfull. En erfaring i ressursykepleierens samhandling

med legen avslører denne uvitenheten: *”jeg skulle ønsket at flere leger kunne mer, så snakker vi samme språk, og han snakker ikke samme språk.”* Hadde denne legen benyttet seg av det nettverket som ressurspsykeleieren kjenner, kunne han snakket *”samme språk”* med en kollega i spesialisthelsetjenesten. Ressurspsykeleieren hadde hatt oversikt over hvor han kunne finne strukturen og forbindelsen. Eller ressurspsykeleierens kunnskaper kunne blitt verdsatt og delt, slik Skjervheim (1996) mener det bør gjøres i en tre-leddet relasjon, med engasjement og deltakelse.

8.2.4. Uklart ansvars og funksjonsområde i nettverksmodellen

Kvalitetsbegrepet har gjennom tidene opptatt mange, og kan sees på med ulike briller, både ut ifra et praktisk, organisatorisk og filosofisk ståsted. Kvalitetskravene for nettverket er nedfelt i de ulike aktørenes funksjons- og ansvarsområder. Begrepet kan presiseres i minimum to retninger i følge Lillestøl (1994), der den ene er i overensstemmelse med krav, og den andre i grad av fortrefelighet. Nettverket skal stimulere til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling gjennom kompetanseheving, klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og samarbeid. Når Lillestøl (1994) snakker om grad av fortrefelighet, er det knyttet til samme funksjon, men med en planlagt grads- eller klasseforskjell.

For ressurspsykeleierne er ansvarsområdet nedfelt i avtalen for nettverket. Også arbeidsgiverens og nettverkets ansvarsområde er beskrevet i avtalen (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). En sykeleier tror ressurspsykeleier blir satt til spesielle oppgaver, men er allikevel overrasket over at ingen *”tar seg av de”* i kommunen. Det er arbeidsgivers ansvar å oppnevne ressursperson(er) innen kreftomsorg og lindrende behandling, slik at funksjonen til enhver tid er ivarettatt. Ressurspsykeleier har per definisjon også ansvar for kompetanseheving, samarbeid og samhandling overfor ressurspersoner i de øvrige sonene i kommunen, *dersom* det ikke er opprettet ressurspsykeleierfunksjon der. Det er nedfelt i avtalen at arbeidsgiver har ansvar for å identifisere virksomhetens behov for kompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling, og skal gi ressurspersonene tid og ressurser til å utøve sin funksjon.

Rollen som ressurspsykeleier var viktig da fikk hun *”lov å ha fokus”*, og føles rett å kunne *”løfte seg vekk fra hverdagen”* og diskutere hvordan pasienten hennes har det,

hva hun skal gjøre og hva som ikke bør gjøres. Som ressurspsykeleier har hun lov å sette av tid til disse diskusjonene, fordi hun har et ansvar i rollen som ressurspsykeleier. I følge avtalen for nettverket forplikter arbeidsgiver seg å gi ressurspersonene tid og ressurser til å utøve sin funksjon (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006). Innen rolleteori er normer og forventninger som knytter seg til en posisjon vektlagt i følge Grønmo (2004). Det er flott at ressurspsykeleier har fokus på kreftpasienter som kommunen skal ivareta, men å *"løfte seg vekk fra hverdagen"* høres ikke ut som en handling som er innlemmet i normene for posisjonen som ressurspsykeleier. Kanskje det heller skulle stått i avtalen: "Ressurspsykeleier skal ha jevnlig samtaler med alle kreftpasienter og pasient som trenger lindrende behandling i kommunehelsetjenesten." og videre: "Ressurspsykeleier skal bidra til diskusjon og oppfølging av alle kreftpasienter og pasient som trenger lindrende behandling, i et samhandlingsforum med aktuelle fagpersoner i kommunen"? En annen ressurspsykeleier sier om sin ressurspsykeleierkollega at *"hun har avsatt tid til slike fravær"*. Her er det snakket positivt om ressurspsykeleierfunksjonen, siden det er legitimert for den ene ressurspsykeleieren i kommunen å ha samtaler med aktuelle pasienter. Grønmo (2004) vektlegger det å være en konkret handlende aktør i nyere nettverksteori. Oppgaven - å samtale med alvorlig syke pasienter - er satt på et sidespor, som virker som en luksus geskjeft, og en konkret handling som det ikke er plass for i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Kaasa (1998) påpeker at fagfeltet må kartlegge pasientens plager og situasjon og vurdere behandlingseffekt. For å kunne kartlegge en pasientsituasjon, må det samtale til og kanskje oppfølgingssamtaler i tillegg.

8.2.5. Lav rollestøtte i kommunen

Noen av sykeleierne ser at ressurspsykeleierrollen er frustrerende, og at de burde fått mer støtte og oppmuntring. En sykeleier tenker at også lederen har et ansvar, og hun mener at et klapp på skulderen og *"du gjør en god jobb"*, ville vært støttende for ressurspsykeleier. Det virker som om hun aner at rollen kan være ensom, og at ressurspsykeleier trenger oppmuntring for å kunne gjøre en god jobb.

En ressurspsykeleier forteller om rollefordelingen mellom ressurspsykeleierne i hennes kommune der en av de to ressurspsykeleierne i utetjenesten fått avsatt tid til samtaler og besøk i hjemmet. Det høres veldig fornuftig at hun kaller denne rollefordelingen for

”avsatt tid til slike fravær”. Det virker som om hun ikke regner det å samtale med alvorlig syke pasienter for vanlig sykepleie, siden hun karakteriserer dette som fravær. Hva er det fravær fra? Jobben? Hun kan mene at siden de er ressursykepleiere, må de ivareta denne sykepleiefunksjonen bedre enn tidligere. Og for å legalisere samtaler som en jobb, blir de karakterisert som fravær. Det kan også tolkes dit hen at hun mente frikjøpt tid, men uansett er det påfallende og negativt å kalle en så viktig funksjon for fravær. Alle sykepleiere, uavhengig av om de er spesialsykepleiere eller ressursykepleiere har i sin utdanning og profesjon lært å samtale med pasienter. Det er en viktig og sentral sykepleieoppgave. Ekeland (1999) er opptatt av helsefagene og skillet som ofte lages når viktige kontekstuelle aspekter som kommunikasjon, empati, etikk og omsorg faller utenfor. Når objektive funn vektlegges, sier han vi får et biomedisinsk fokus. I denne kommunen kan det virke som det er et skille, siden samtaler med pasienter karakteriseres som fravær fra jobben, altså en aktivitet som ikke blir regnet som arbeid. Dette er kanskje å dra en uttalelse litt langt, men hvis det er en holdning i kommunen, bør den taes opp til drøfting.

Å være en ressurs opplever noen av ressursykepleierne som ”litt skremmende”. Det er skremmende fordi det er ”store forventninger” til en. Noen er også redde for at ”det er jo ikke alltid en føler en strekker til”. En nevner at ”det er jo masse lidelse - det er ikke så lett” å være ressursykepleier. Flere ressursykepleiere forteller også om pasientsituasjoner de har vært i, der de har sett og opplevd mye lidelse. Noen påpeker at det å være ressursykepleier bør gi rom for å kunne dele egne tanker og følelser en får for den syke, lidelsene og følelsen av ikke alltid å strekke til. Flere ressursykepleiere mener det må være rom for å bli lei seg, være litt trøtt og snakke om den sympatien en har med pasienten utenom pasientrommet. En ressursykepleier forteller om en dag hun ikke hadde tid til å gå innom en kreftpasient, og en kollega sa til henne: ”isj - du er jo spesialutdannet i de greiene der.” Respekten for henne som kollega er ganske fraværende i dette teamet når en kollega kan komme med en slik uttalelse. Det forventes at dette arbeidet er ressursykepleierens ansvar, og at hun skal forholde seg til døende pasienter uten å trenge støtte eller samtale selv. Med en spesialutdanning ”i de greiene der” bør hun klare alt, men det er ikke så enkelt når arbeidet krever mye av henne rent følelsesmessig. I en annen interaksjon som er beskrevet av ressursykepleier sier hun ”Klart du skal være der inne, det er jo kjekt”, og videre om samme interaksjon: *kan begynne å grine litt, altså - jeg blei litt lei meg på deres vegne*”. Her beskrives møtet

med en kollega som spør om hun som ressurspsykeleier kan gå inn til en kreftpasient. Hun tenker at det er trist, men sier at det er kjekt. Kanskje det hadde vært litt klarere for kollegaen om de triste følelsene kom til uttrykk i klar tekst? Kanskje forståelsen for rollen hadde blitt større og mer støttende?

En beskriver rollen som ressurspsykeleier med to totalt forskjellige opplevelser - noe er kjekt, og samtidig trist. Disse to følelsene kan handle om forventningene til henne som ressurspsykeleier, eller hennes egne forventninger til seg selv i rollen som ressurspsykeleier. Mitchell og Larson (1987) har i en rolleepisode både rollefigurens og gruppe medlemmenes perspektiver med, både på det kognitive nivået og observasjons- og handlingsplanet. De mener at handlingen for rollesettet skjer ved at de snakker om forventningene til rolle innehaver (stadium 2), mens rollefigurens adferd kommer til syne i den egentlige adferden (stadium 4). Modellen til Mitchell og Larson (1987) har dermed bevist at en rollefigur i et rollesett, altså de som tilhører rollefiguren, er ensom på handlings- og persepsjonsnivået. Gruppen har gruppeforventninger og kan snakke sammen om disse, ressurspsykeleieren (rollefiguren) har oppfattede forventninger til sin egen rolle og et handlingsmønster som hun selv bestemmer. Dette kan føre til at rollen blir ensom, uten forståelse for mellommenneskelige reaksjoner, følelser og behov for støtte. En organisasjon med spesielle personer knyttet til en profesjon, må være klar over at forventninger kan komme i konflikt med arbeidstidsbruk i følge Mitchell og Larson (1987).

Firth (1961) fremhever at en av reglene i små samfunn gir den sosiale strukturen gradering etter yrke, rang eller hierki. Kommunehelsetjenesten er et eksempel på et slikt system med forskjellige yrkesgrupper og graderinger. Nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling kan dermed skape, ifølge Firth (1961) en gruppering av sykepleierne i kommunehelsetjenesten. Siden de har samme yrkesutdannelse, er de dermed gradert i et hierki eller etter en rangsordning. Leger og andre helsefaglige profesjoner kan også være påvirket av graderingen og rangsordningen av sykepleierne i kommunehelsetjenesten³. Denne grupperingen kan oppleves hierkisk og virke hemmende på nettverkets intensjon, og dermed påvirke ressurspsykeleierens rolle og

³ Det må her påpekes at perspektivet til leger og andre helseprofesjoner ikke er tatt med i denne studien. Det som her fremlegges er sykepleierne og ressurspsykeleierne tolkning av leger og andre helseprofesjoners perspektiv.

funksjon. Det kan være uheldig dersom denne fordelingen ikke sees på i en helhet. Bateson (1979) i Aadland (1997) mener at systemteoretisk tankegang har en utvidet jeforståelse i den forstand at individ ikke kan sees isolert, men i en sammenheng med andre. Grønmo (2004) påpeker også at enkeltsammenhenger ikke kan forstås uavhengig av den organiserte og integrerte sammenhengen som de inngår i. Med et systemteoretisk perspektiv må de ulike rollene og funksjonene i kommunehelsetjenesten både forstås som en helhet og også sees i en sammenheng, til beste for pasienten. Denne forståelsen er grunnleggende, og bør være lagt i kommunehelsetjenesten. Er strukturen i nettverket ikke gjort kjent i kommunens helsetjeneste, kan det gi dårlig utnyttelse og uhensiktsmessig bruk av ressursykepleiernes kompetansegrunnlag og funksjonsområde. En åpenhet om nettverket, og den ressursen kommunens helsetjeneste får tilført, kan være en påvirkende faktor for ressursykepleierens rollestøtte blant egne kolleger.

Denne studien viser at mange ressursykepleiere trenger støtte i rollen for å fungere godt i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Pasient situasjoner skaper ”*store forventninger kanskje*”. Det oppleves for en ressursykepleier slik: ”*Du prøve jo så godt du kan, men det er jo ikke alltid en føler en strekker til – Det er jo masse lidelse - Det er ikke så lett*”. En annen ressursykepleier ”*blir så lei, eller litt trøtt, men altså, kan synes litt synd på de altså, - kan begynne å grine litt, altså - jeg blei litt lei meg på deres vegne*”. Denne studien viser at noen ressursykepleier møter liten forståelse for at oppgavene i kreftomsorg og lindrende behandling gir utfordringer i forhold til samspillet med pasientene. Ressursykepleiernes livsverden blir i liten grad forstått i arbeidsmiljøet når de ikke er ”*på samme planet*”, slik en ressursykepleier valgte å formulere seg. En annen ressursykepleier beskriver møtet med pasienter slik: ”*Ett par ganger kan det være tøft og på en måte*” og videre svaret en kollega gir, som vil at ressursykepleieren skal inn til en pasient, ”*Asj du er jo spesialutdannet i det der greiene der*”. Bengtson (1999) sier at livsverden, som er et fremtredende begrep innen fenomenologien, betyr at en alltid må forholde seg til verden, så lenge en er i verden. Også ressursykepleierens kollega, som fikk ressursykepleieren inn på det aktuelle pasientrommet, var på jobb denne dagen. Den tillitt ressursykepleieren blir møtt med, og selv viser, i relasjoner, det å bli møtt i språket, å utlevere seg selv for så å bli tatt imot, er fremtredende etiske verdier som bærer vår eksistens i følge Løgstrup i Martinsen (2003). Flere ressursykepleiere har kanskje en forventning om å bli møtt, og

tatt imot på en god måte, i samhandlingen med kollegaer, eller i samarbeidet om dårlige pasienter. Det er ikke tilfelle for alle ressursykepleierne i denne studien.

9.0. KONKLUSJON

Nettverkene i kreftomsorg og lindrende behandling er i drift i Helseregion Vest. Nettverket av ressurspsykepleiere er opprettet i alle kommuner og sykehus i Helseregion Vest. Det var pr. 1.1.2009, 64 ressurspsykepleiere og fire nettverksgrupper i Helse Førde foretaksområde, 90 ressurspsykepleiere og sju nettverksgrupper i Helse Bergen foretaksområde og 67 ressurspsykepleiere og fire nettverksgrupper i Helse Fonna foretaksområde. Alle 67 kommunene har skrevet under på avtalen om samordning i felles nettverk innen kreftomsorg og lindrende behandling. Sykehusene, Kreftforeningen seksjon Vest og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest forplikter seg også i avtalen. Studien viser at det må skapes forståelse for, og kunnskap om hvilken kompetanse disse ressurspersonene tilfører kommunen. Studien viser også at kommunen har bedre grunnlag for faglig kvalitetsheving og sikring av kreftomsorgen ved å ha ressurspsykepleiere knyttet til nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling.

I kompetansenettverkene i Helseregion Vest er det mange aktører som gir muligheter for samhandling i ulike relasjoner på alle nivåene i helsetjenesten. I denne studien har ressurspsykepleierens rolle og funksjon i kommunehelsetjenesten vært i fokus. Informantene kommer fra to nettverksgrupper i et av nettverkene i foretaksområdene Helse Førde, Helse Bergen og Helse Fonna. I disse to nettverksgruppene var det til sammen åtte kommuner, representert med 16 ressurspsykepleier. 14 av ressurspsykepleierne ble intervjuet, samt fem sykepleiere fra en av de åtte kommunene.

Ressurspsykepleierens rolle og funksjon er i studien beskrevet gjennom erfaringene til noen sentrale aktører i nettverket. Et viktig perspektiv i denne studien er om målsetningen, for avtalen om samordning i felles nettverk innen kreftomsorg og lindrende behandling i Helseregion Vest, er nådd. Studien går inn og ser på noen sentrale aktører i nettverket, nemlig ressurspsykepleierne og sykepleierne i kommunehelsetjenesten. Det er deres perspektiv denne studien er vinklet inn på.

9.1. Faktorer som fremmer ressursykepleierens rolle og funksjon

Engasjement, kompetanse og god samhandling styrker ressursykepleierens rolle og funksjon. Rollen og funksjonen påvirkes ikke bare av deres eget engasjement og kompetansenivå. Det er også nødvendig at andre faggrupper i kommunen har interesse og viser engasjement i kommunehelsetjenestens kreftomsorg og lindrende behandling. Et godt samhandlingsmiljø vil fremme rollen og funksjonen til ressursykepleieren i kommunehelsetjenestens kreftomsorg, dersom det legges opp til et godt faglig forum innen kreft og lindrende behandling. Studien påpeker også at ansvarsforholdet for denne pasientgruppen må klargjøres i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Informantene anbefaler at ressursykepleieren har oversikten over aktuelle pasienter i kommunehelsetjenesten. De fremhever også at ressursykepleier må bli konsultert når kommunen overtar ansvaret for behandling og pleie av aktuell pasientgruppe. Det må skje i samarbeid med nærmeste leder og den som har ansvaret for den medisinske behandlingen.

Arbeids- og ansettelsesforhold for ressursykepleieren er svært viktig, for at nettverkets intensjon skal bli oppnådd. Hun må få plass og "rom" i kommunehelsetjenestens virksomhet. Dette må gjøres på en slik måte at hun er til stede i kommunehelsetjenestens drift på hensiktsmessige tidspunkt. Et system for kompetanseoverføring i kommunehelsetjenestens kreftomsorg, med hjelp av nettverkstilknytningen, er avgjørende for at nettverkets intensjon skal bli fulgt. Rollen til ressursykepleier er her viktig. Den påvirkes av kommunehelsetjenestens "kultur" og vilje til å benytte og bruke ressursykepleierens kompetanse hensiktsmessig. Funn fra denne studien viser at de kommunene som har etablert gode samhandlings- og samarbeidsrutiner innen kreftomsorg, tilfredsstiller intensjonen i høyere grad enn de som ikke har slike rutiner satt i system. Opprettelsen av tverrfaglige grupper i kommunehelsetjenestens kreftomsorg er også en fremmede faktor, som gir god kompetanseoverføring til kommunen via ressursykepleier og nettverket.

Avtalens forpliktende verdi gir styrke til ressursykepleiefunksjonen. Andre studier på nettverk har også påpekt viktigheten av forpliktende avtaler. De studiene hvor avtalen manglet, eller der avtalen ikke var undertegnet på alle nivå, eller på feil nivå, viste at

deltakernes rolle i nettverket var svak, dårlig utnyttet og lite verdsatt. Denne studien i Helseregion Vest bekrefter viktigheten av en avtale, undertegnet på administrative nivå i alle ledd. Den danner et fundament for nettverket og gir styrke og trygghet til rollen som ressurspsykeleier.

For ressurspsykeleierne gir nettverkets oppbygging av relasjonsmønstre trygghet og kompetanse, og dermed muligheter for samhandling og samarbeid på tvers av nivåene. Strukturene i nettverket, med forbindelser mellom nivåene i helsetjenesten, må komme tydelig frem i praksis, både i kommunehelsetjenesten og 2. linjetjenesten. Denne studien viser at nettverkets strukturelle oppbygging gir et bedre grunnlag for samhandling og kompetanseoverføring mellom nivåene i helsetjenesten. Strukturens verdi faller imidlertid bort dersom nettverkets struktur og ressurspsykeleierens funksjon i kommunehelsetjenesten ikke er kjent i fagmiljøet i kommunen.

9.2. Faktorer som hemmer ressurspsykeleierens rolle og funksjon

Det empiriske materialet viser manglende samsvar mellom forventningene til rollen og rolleinnhaverens muligheter for å innfri disse forventningene i praksis. Det er også noe mangelfull kjennskap til nettverksgruppens funksjon og dens kunnskapskilde for ressurspsykeleieren i kommunens helsetjeneste. Ressurspsykeleierens posisjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg er utydelig for sykeleierne og noen av ressurspsykeleierne.

Studien viser et manglende samsvar mellom avtalens intensjon og ressurspsykeleierne og sykeleierne sine erfaringer med utøvelsen av rollen i praksis. Ressurspsykeleieren er i relasjoner som gir multidimensjonale relasjoner, både til egen faggruppe, og andres. Når viktige kvalitetsaktiviteter svikter, hemmer det i sin tur ressurspsykeleier mulighet for utøvelse av rollen i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Nettverket, med ressurspsykeleieren som verktøy, er et viktig element i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Hun har mulighet til å sikre kvalitetssystemet i kommunehelsetjenestens kreftomsorg, i henhold til interne rutiner og nasjonale eller internasjonale standarder. Kommunen bør lage system for internundervisning og kompetanseheving. Fokus på

sosial handling i kommunehelsetjenesten må vektlegges i like stor grad som sosial struktur, ved at kommunen etablerer et system som gjør kompetansen tilgjengelig i praksis. Ressurssykepleierens nettverk kan benyttes av andre helseprofesjoner i kommunen, gjennom samhandlingskanaler, også mot spesialisthelsetjenesten.

Noen av nettverksmønstrene og ansvarsforholdene er uklare. Flere forhold og relasjoner gir også dysfunksjonell virkning på utøvelsen av rollen i praksis. Det er svikt i sykepleiernes kunnskaper i nettverksstrukturen mot nettverksgruppen, driftsgruppen og styringsgruppen. Det var først etter fokusgruppeintervjuet at mange sykepleiere forstod organiseringen og hensikten med nettverket. Det viser at en orientering om nettverket i kommunehelsetjenesten, med vektlegging på struktur, mål, hensikt og funksjon, kan gjøre nettverksmønstre og ansvarsforhold kjent, og dermed gi forståelse, aksept og trygghet i ressurssykepleierollen.

Ressurssykepleierne bør ha et forum for veiledning når det gjelder pasientkontakt. Flere opplever mye lidelse og har behov for et miljø der det kan taes opp. Hvordan det skal gjøres bør den enkelte kommune eller nettverksgruppen, i samarbeid med driftsgruppen ta opp til vurdering. Ressurssykepleier skal også ha et nært samarbeid med arbeidsgiver. Et tverrfaglig team i kommunen kan gi ressurssykepleierne et forum der hun kan ta opp pasientsituasjoner, også de utfordrende. Denne formen for samarbeid gir åpning for deling av tanker og følelser som er forbundet med ansvar i kreftomsorg og lindrende behandling.

9.3. Anbefalinger for praksis

9.3.1. Anbefalinger til kommuner som har ressurssykepleier

Det er arbeidsgivers ansvar å gi ressurssykepleier tid og ressurser slik at hun har mulighet til å utøve sin funksjon. Er en ressurssykepleier i deltidsstilling med turnus i helgene, blir det ekstra viktig at denne tilretteleggingen blir klargjort og fungerer i praksis. Ressurssykepleiere som kun arbeider i nattevaktstillinger bør ikke utnevnes til

ressursperson i kreftomsorg og lindrende behandling, verken i kommunehelsetjenesten eller i 2. linjetjenesten.

Dersom arbeidsgiver oppnevner *en* ressurspsykeleier i en kommune med *flere* soner, må det avklares hvordan ressurspsykeleierne skal samarbeide og samhandle med de andre sonene, når de har kreftpasienter og pasienter med behov for lindrende behandling. Det samme gjelder i forhold til avklaring på samhandling mellom inne- og utetjenesten i kommunen, altså hjemmesykepleien og sykehjem, dersom disse er atskilt.

Det er også nyttig om kommunen definerer hvem, som *i praksis* er arbeidsgiver. Jeg anbefaler at det må bli ressurspsykeleierens nærmeste leder, og at denne har et nært samarbeid med de andre helsefaglige lederne i kommunen. Kommunen må ha kvalitetssystem i kommunehelsetjenestens kreftomsorg og lindrende behandling, som sikrer kvalitet i henhold til interne rutiner, og nasjonale eller internasjonale standarder. Det kan skje i et nært samarbeid med ressurspsykeleieren som er knyttet til nettverket og 2. linjetjenesten via nettverksgruppen. Kvaliteten må sikres gjennom et godt kontinuerlig kvalitetsvedlikehold, og et system for forbedring. Det kan gjøres ved at kommunen lager system for kompetanseheving, samhandlingsmønster og rutiner for internundervisning innen kreftomsorg og lindrende behandling. Kompetanse må også sikres tilgjengelighet i praksis. Når viktige kvalitetsaktiviteter svikter, hemmer det i sin tur ressurspsykeleier mulighet for utøvelse av rollen i kommunehelsetjenestens kreftomsorg.

Det er viktig å diskutere pasientsituasjoner, der samhandling, samarbeid, behandling og pleie har skjedd på en god og kvalitetsmessig måte. Handlingsmønsteret gir en veiledning for fremtidige lignende situasjoner. Dersom opplegget rundt en pasient ikke har vært godt kvalitetsmessig eller når samhandlingen har vært utilfredsstillende, kan en debriefing også være nyttig, slik at kvaliteten på tjenestene kan forbedres.

Normer og forventninger til posisjonen som ressurspsykeleieren har i kommunehelsetjenesten har stor betydning for hennes rolle og funksjon. En åpenhet om nettverket, og ressursen kommunens helsetjeneste får tilført gjennom sine egne deltakere her, kan være en påvirkende faktor for ressurspsykeleierens rollestøtte blant egne kolleger. Rollestøtte vil fremme ressurspsykeleierens utøvende funksjon.

Struktur i kommunehelsetjenesten angående ressurspsykeleierens virksomhet på kommunenivå, et system for kompetanseoppbygging og kvalitetssystem, og gode samhandlingsrutiner med andre faggrupper er forhold som må sees nærmere på.

9.3.2. Anbefalinger til nettverkets styrings- og driftsgruppe

I avtalen for nettverket er ansvaret og funksjonen fordelt mellom de ulike leddene i modellen. Nettverksgruppens og ressurspersonenes funksjons- og ansvarsområde er her sammenfallende. Det arbeides nå med en egen funksjonsbeskrivelse for ressurspsykeleier i alle nettverkene i Helseregion Vest. Det er viktig i denne sammenheng at føringer for funksjonsbeskrivelsen tar hensyn til funnene i denne studien. På den måten kan ressurspsykeleierollen bli lettere å inneha og ressurspsykeleiefunksjonen i større grad nyttiggjøres i kommunens kreftomsorg.

Et punkt i nettverksgruppens og ressurspersonenes funksjons- og ansvarsområde er også sammenfallende med driftsgruppens funksjons- og ansvarsområde. Her står det at de *”skal bidra til at det forpliktende samarbeidet fungerer etter intensjonen”*. Det er bra at både driftsgruppen, nettverksgruppen og ressurspsykeleierne har dette fokuset, men å plassere samme ansvaret tre steder i en organisasjon kan svekke ansvarsfølelsen. Det kan føre til at alle stoler på hverandre, eller henviser til de andre partene, dersom noe ikke fungerer etter intensjonen.

Arbeidsgiver, som for ressurspsykeleierne i kommunehelsetjenesten er kommunen, har også et viktig ansvarsområde definert i avtalen. Når det står i avtalen at arbeidsgiver, altså kommunen, *”har ansvar for å identifisere virksomhetens behov for kompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling”*, og i tillegg *”forplikter seg til å gi ressurspersonene tid og ressurser til å utøve sin funksjon”*, er det også bra. Men en kommune kan ikke konkret ha en funksjon i praksis, uten at denne funksjonen er knyttet til en rolle eller person. Derfor bør det i avtalen differensieres mellom arbeidsgiver og ressurspsykeleierens nærmeste leder.

9.4. Videre forskning

Å danne et nettverk i kommunehelsetjenesten for å utvikle, utveksle og utnytte kompetanse er utprøvd også andre steder enn i Helseregion Vest. Forankring på et administrativt nivå er anbefalt av de fleste studiene som er presentert i forskningskapittelet. Det som skiller nettverket i denne studien fra de andre nettverkene, er den forpliktende avtalen mellom alle aktørene, på alle nivå i helsetjenesten. Det skulle tilsi at ressursykepleierne i denne studien hadde et bedre utgangspunkt enn i de andre nettverkene. I R-4 modellen i Midt Norge var en konklusjon at modellen må markedsføres blant politikerne. Denne studien i Helseregion Vest påpeker imidlertid at nettverket må markedsføres blant de faggruppene som samhandler med ressursykepleier på kommunenivå, ikke minst sykepleierne og legene i hennes eget team. Imidlertid viser også denne studien at ressursykepleierens funksjon ikke fungerer optimalt.

Faanes sin studie av R-4 modellen blant ledere, påpeker at den må være avtalefestet på et administrativt nivå. Det kunne vært interessant å få det perspektivet frem i nettverkene i Helseregion Vest, også for å se hva en forpliktende avtale betyr for nettverkets intensjon.

Sam-kom modellen i Nord- Norge konkluderte med dårlig måloppnåelse på strukturelle samarbeidsmodeller mellom nivåene. Modellen ga uformelle nettverk mellom kommunene og sykehusene, men manglet struktur og system. Samarbeidet mellom nivåene i helsetjenesten er i denne studien i Helseregion Vest, vurdert som god, for den som innehar rollen i nettverket. De som har sekundær tilknytning til nettverket har ikke samme forståelse for nettverksstrukturen og dens intensjon. Det som har kommet frem i denne studien angående samarbeid, og de forhold som har vanskeliggjort dette samarbeidet, bør evalueres. En bør arbeide for at disse forholdene bedres før en ny studie blir gjort på samarbeid innenfor kommunen.

Formålet med denne studien har vært å undersøke erfaringskunnskapen til noen sentrale aktører i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Deres erfaringer gir noen viktige målepunkt for den videre driften av nettverkene i Helseregion Vest. Perspektivet til

informantene har vært med utgangspunkt i deres stilling som ressurspsykepleier, eller sykepleier i kommunehelsetjenesten.

Ressurspsykepleierne og sykepleierne sine oppfattelse om andre faggruppers og lederes holdninger og samhandling i forhold til ressurspsykepleieren i kommunehelsetjenestens kreftomsorg, er også beskrevet i denne studien. Det kunne vært interessant, og nødvendig, og gjort intervju av dem som ellers samhandler med ressurspsykepleieren i kommunehelsetjenesten. Her tenker jeg på hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, leger, fysioterapeuter og prester, for å belyse ressurspsykepleierens rolle og funksjon. Intervjuguiden i denne studien kunne da vært brukt, for å få belyst deres perspektiv på samhandling, samarbeid og funksjonen til ressurspsykepleier i kommunehelsetjenesten. En egen fokusgruppe kunne også bestått av lederne til ressurspsykepleierne.

For å undersøke kvaliteten på tjenestene som gis i kommunehelsetjenestens kreftomsorg kan det i tillegg være nyttig å gjøre undersøkelser blant de som mottar disse tjenestene, nemlig kreftpasienter og pasienter som trenger lindrende behandling, samt deres pårørende. Dette perspektivet er i liten grad undersøkt. Denne studien viser at noen forhold virker hemmende på nettverkets intensjon om å gi god kvalitet på tjenester til kreftpasienter og pasient som trenger lindrende behandling. Jeg anbefaler at disse forholdene blir tatt opp til vurdering i nettverkene i Helseregion Vest. Før eventuelle studier blir gjort blant mottakerne av tjenestene i kommunehelsetjenestens kreftomsorg, bør forhold som er direkte hemmende på nettverkens målsetninger bli justert og forbedret.

Ressurspsykepleierens rolleopplevelse genererer ny forståelse og viten for den videre utviklingen av nettverk i kreftomsorg. Jeg anbefaler andre som er interessert i avtalefestede nettverk i kreftomsorg, og funn i min studie, om å studere populasjon og utvalg, metode og prosedyre, for så å vurdere graden av applikering til deres studie. Jeg mener at utvalget i denne studien er gjort på en systematisk og strategisk måte. Det muliggjør applikerbarheten til andre lignende miljø i Norge. Resultater i denne studien kan også gi kreftmiljøet muligheter for komparative og historiske studier.

REFERANSER

- Abercrombie, N., S. Hill, and B.S. Turner. 1994. *Dictionary of sociology*. Middelsex, Penguin Books.
- Alvsvåg, Herdis, Norman Anderssen, Eva Gjengedal, og Målfrid Råheim, red. 1997. *Kunnskap, kropp og kultur: helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo, Ad Notam, Gyldendal AS.
- Banton, Michael. 1965. *Roles: an introduction to the study of social relations*. London, Tavistock publications.
- Barnes, J.A. 1954. Class and committees in a Norwegian island parish. *Hum.Relat.* 7:39-58.
- Bengtsson, Jan, red. 1999. *Med livsvärlden som grund*. Sverige, Lund, Studentlitteratur.
- Bruera, E., N. Kuehn, M. J. Miller, P. Selmsler, and K. Macmillan. 1991. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*: 7: 6-9.
- Dokumentasjonsprosjektet/EDD og leksikografene ved ILN. 2005. *Bokmålsordboka*. Tilgjengelig fra: <http://www.dokpro.uio.no/perl/&ordbok=bokmaal&alfabet=n&renset=j&OPP=basis> [lastet ned 2. februar 2009].
- Doyle, D., G. Hanks, N. Cherny, and K. Calman. 2004. *Oxford Textbook of Palliative Medisin*. New York, USA, Oxford University Press, Inc.
- Ekeland, T.J. 1999. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk Mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*: (36): 1036-1047.
- Eriksson, Sigbjørg. 2003. *Lindring av plagsomme symptomer: Systematisk symptomregistrering ved hjelp av ESAS - skjema*. Tilgjengelig fra: http://www.helse-bergen.no/avd/lindrendebehandling/tema_lindrende_beh/konferansen.htm [lastet ned 30. januar 2009]
- Eriksson, Sigbjørg, og Dagny R. Faksvåg Haugen. 2006. *Systematisk symptomregistrering i lindrende behandling ved hjelp av ESAS: et driftsmessig utviklingsprosjekt i Helseregion Vest*. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no/NR/rdonlyres/ec2z67thmxzmba67laqk2yz5on2ttly4bqerhiicr7wn2rec5lrfosyseirtm645gfgeexe2tsxl4n/SluttrapportESASprosjekt20022004jan07.pdf> [lastet ned 30. januar 2009]
- Firth, Raymond. 1961. Structure and organization in a small community. In: *Elements Of social organization*. Ed. R. Firth.: 41-79. London, Watts & co, 39 Parker street.
- Fossåskaret, Erik, Otto Laurits Fuglestad, og Tor Halfdan Aase. 1997. *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo, Universitetsforlaget.

- Fyrand, Live. 1994. *Sosiale nettverk. Teori og praksis*. Otta, Tono AS, Enger Boktrykkeri A/S.
- Faanes, Eva. 2000. *Hvilke utfordringer står Den Norske Kreftforening overfor som pådriver for å bedre samarbeidet mellom sykehus og primærhelsetjenesten?* Prosjektoppgave SOU-studie 1999, Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Gjems, Liv. 1995. *Veiledning i profesjonsgrupper: et systemteoretisk perspektiv*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Goffman, Erving. 1986. *Frame analysis: an essay on the Organization of Experience*. USA, Pennsylvania, York. The Maple Press.
- Goffman, Erving. 1992. *Vårt rollespill til daglig: the presentation of self in everyday life*. Oslo, Pax Forlag A/S.
- Grønmo, Sigmund. 2004. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Halkier, B. 2003. *Fokusgrupper*. Frederiksberg, Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Hamer, Susan and Gill Collison, ed. 2003. *Evidensbaseret praksis - grundbog for sundhedspersonale*. Dansk bearbejdelse ved Jens Bydam. København, Nytt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Handal, Gunnar, og Per Lauvås. 2000. *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo, J. W. Cappelens Forlag a.s.
- Haugstøl, Torunn, og Sigrid Skarholt. 1998. *Kontaktsykepleiemodellen i Telemark*. Evalueringsrapport. Telemark: Den Norske Kreftforenings Omsorgssenter.
- Helsedepartementet. 2004. *Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen: kvalitet, kompetanse og kapasitet*. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/rap/2004/0010/ddd/pdfv/220645-kreftstrategi_endelig_dokument.pdf [lastet ned 10.september 2008].
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. *Lov om pasientrettigheter*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-002.html#2-5> [lastet ned 27. juni 2006].
- Higginson, I. J., and A. J. Carr. 2001. Using quality of life measures in the clinical setting." *BMJ* 322: 1297-1300.
- Kamps, Harald, Anne-Britt Rønning, Irene Stavseth, og Guri Bitnes Wiik. 2000. *Ressurspersoner i kreftomsorg og behandling – en nettverksmodell for fagutvikling og kontinuitet i behandlingsskjeden*. Rapport, kortutgave. Trondheim: Den Norske Kreftforening, Helseregionen Midt-Norge.

- Kindberg, E. 1996. "Veien til bedre samarbeid". *EMLA* 48, nr 6.
- Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. 2006. *Nettverk av Sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebergen.no/avd/lindrendebehandling/nettverk/Nettverk.htm> [lastet ned 27. juni 2006].
- Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. 2008a. *Mer informasjon om kompetansesenteret*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebergen.no/NR/rdonlyres/ecr3aq46jarlarafusg5wfpjnkjzlz2flnhzfrts7vuzchxdggmkzztonz6dcym3e67omv776pr3zj/kompetanselindrendeoktober06NETT1.pdf> [lastet ned 10. september 2008].
- Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. 2008b. *Nettverk av sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebergen.no/avd/lindrendebehandling/nettverk/Nettverk.htm> [lastet ned 10. september 2008].
- Kreftforeningen. 2003. *R4 – Modellen: en nettverksmodell for fagutvikling og kontinuitet i behandlingsskjeden i Midt-Norge*. Evalueringsrapport 2003. Trondheim: Kreftforeningen Midt-Norge.
- Kreftforeningen. 2004a. *Nettverksbasert kreftomsorg: Del I. Kommunal kontaktperson som brobygger. Del II. Ettorevaluering*. Rapport fra Kreftforeningen nr 2/2004. Oslo: Kreftforeningen.
- Kreftforeningen. 2004b. *sam-kom: Samhandling og kompetanse i kreftomsorgen*. Rapport fra Kreftforeningen nr 1/2004. Tromsø: Kreftforeningen Region nord.
- Kreftforeningen. (2003b) *Strategisk plan 2004-2007 - langversjon*.
- Kreftforeningen (2005) *Kreftforeningens landsdekkende nettverk, mai 2005*.
- Kreftforeningen (2007) *Kreftforeningens strategidokument 2008-2011*.
- Kreftregisteret, Institutt for populasjonsforskning. 2006. *Cancer in Norway. Kreftstatistikk*. Tilgjengelig fra: <http://www.kreftregisteret.no> [lastet ned 10. september 2008].
- Kristoffersen, Nina Jahren, red. 1997. *Generell sykepleie I: fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Kreuger, Richard A., and Mary Anne Casey. 2000. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3rd ed. California, USA, Sage Publications, Inc.
- Krogstad, U., og C. Foss. 1997. *Det handler om å snu seg. Sykepleie – kompetanse – handlekraft*. Oslo, Ad Notam Gyldendal AS.
- Kvåle, Steinar 2002. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Kaasa, Stein, red. 1998. *Palliativ behandling og pleie. Nordisk lærebok*. Oslo, Ad Notam Gyldendal.

- Lillestøl, Jostein. 1994. *Kvalitet: Ideer og metoder- offensiv kvalitetsutvikling*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Lindholm, M., E. Dejin-Karlsson, P.-O. Østergren, and G. Uden. 2003. Nurse managers' professionals networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal of Advanced Nursing* 42 (5): 506-515.
- Lorentsen, Margrethe, red. 1998. *Spørsmålet bestemmer metoden: forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. 1999. *Kvalitativ metode i medisinsk forskning*. Tano Aschehoug.
- Martinsen, Kari. 2001. Er det mørketid for filosofien? *Tidsskrift for sykepleieforskning*, (1): 19-23.
- Martinsen, Kari. 2003. Talens åpenhet og evidens - dialog med Jens Bydam. *Klinisk sykepleie*, 17 (4): 36-45.
- Mitchell, Terence R., and James R. Larson, Jr. 1987. *People in organizations: An Introduction to Organizational Behavior*. Singapore, McGraw-Hill International Editions.
- Nekolaichuk, C.L., E. Bruera, K. Spachynski, T. MacEachern, J. Hanson, and T.O. Maguire. 1999. A comparison of patient and proxy symptom assessments in advanced cancer patients. *Palliative Medisin*. 13: 311-323.
- Norsk forening for palliativ medisin. 2004. *Standard for Palliasjon*. Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/?id=53750> [lastet ned 27.juni 2006].
- NOU 1999:2. *Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 1997:20. *Omsorg og kunnskap – Norsk kreftplan*. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ohnstad, B. 2002. *Rettigheter og plikter etter ny helselovgivning*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Rønning, Anne-Britt. 2003. *Gir faglig veiledning økt og bedre samhandling? En kvalitativ studie blant helsepersonell i Midt-Norge*. Trondheim, Den Norske Kreftforening Kompetansesenter for kreftomsorg, Helseregion Midt-Norge.
- Schofield, Janet Ward. 1990. Increasing the Generalizability of Qualitative Research. In: *Qualitative Inquiry in Education*, ed. Elliot W. Eisner, and Alan Peshkin, 201-232. New York: Teachers College Press.

- Seymour-Smith, Charlotte. 1986. *Macmillian Dictionary of Antropology*. London, The Macmillian Press Ltd.
- Skjervheim, Hans. 1996. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo, Aschehoug; Ide & tanke.
- Skou, G. M. 2000. *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse som utfordring*. Oslo, Cappelen Akademiske Forlag AS.
- Statistisk Sentralbyrå (2008) Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/kommuner/> [lastet ned 10.september 2008].
- Stromgren, A.S., M. Groenvold, L. Pedersen, A. K. Olsen, M. Spile, and P. Sjogren. 2001. Does the medical record cover the symptoms experienced by cancer patients receiving palliative care? A comparison of the record and patient self-rating. *Journal of Pain Managment*, 21: 189-196.
- Aadland, Einar. 1997. "Og eg ser på deg...": *Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Otta, Tano Asc.

Informasjon og forespørsel angående studie om nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling.

Jeg er rådgiver og spesialsykepleier i Kreftforeningen seksjon Vest. I tillegg studerer jeg sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag. I masterstudien min ønsker jeg å se på hva en kommune eventuelt kan vinne på å være tilknyttet et kompetansenettverk i kreftomsorg og lindrende behandling.

Jeg ønsker å gjøre intervju i grupper, såkalte fokusgruppeintervju. Her inviteres du til å fortelle om dine opplevelser og erfaringer med nettverket og det å være ressursykepleier.

Gruppeintervjuet vil vare ca 1 ½ time og vil bli ledet av meg. Det vil være ca 8 stykker i gruppen samt en person tilstede som observatør. Samtalene vil bli tatt opp på båndopptaker. Undersøkelsen er helt frivillig. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke deg, uten å oppgi årsak. Personvernet ivaretas i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt, og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektsykepleier som vil ha tilgang til intervjuene i sin helhet. Resultatene av studien vil bli publisert som anonymiserte gruppedata, uten at den enkelte deltager kan gjenkjennes.

Studien vil finne sted en ettermiddag i oktober, november eller desember 2006. Prosjektansvarlig har ingen form for økonomisk vinning eller budsjett knyttet til prosjektet. Derfor vil det være vanskelig for undertegnede å kompensere for tiden du bruker på selve intervjuet eller reisen til intervjustedet. Gruppeintervjuet med deg som er ressursykepleier vil bli lagt til gruppesamlingen som finner sted i oktober/november.

Svarslipp

Jeg ønsker å delta i studien, og er således villig til å la meg intervjuet i gruppe av Sigbjørg Eriksson

Navn:-----

Jeg treffes lettest på tlf:-----

Svarslippen returneres til undertegnede på e-post eller pr post eller taes med til intervjuet.

Med vennlig hilsen

Sigbjørg Eriksson Tlf: XXXXXXXX (jobb), XXXXXXXX (privat)
Rådgiver / spesialsykepleier Sigbjorg.eriksson@kreftforeningen.no
Kreftforeningen, seksjon Vest, postboks 6125, 5892 Bergen

Til deg som er sykepleier i kommunen

Bergen, 27.september 2006

Informasjon og forespørsel angående studie om nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling.

Mitt navn er Sigbjørg Eriksson. Jeg er rådgiver og spesialsykepleier i Kreftforeningen seksjon Vest. I tillegg studerer jeg sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag. I masterstudien min ønsker jeg å se på hva en kommune eventuelt kan vinne på å være tilknyttet et kompetansenettverk i kreftomsorg og lindrende behandling.

Jeg ønsker å gjøre intervju i grupper, såkalte fokusgruppeintervju. Her inviteres du til å fortelle om dine opplevelser og erfaringer med nettverket og hva det betyr for deg i ditt arbeid å ha ressursykepleier i din kommune.

Gruppeintervjuet vil vare ca 1 ½ time og vil bli ledet av meg. Det vil være ca 8 stykker i gruppen samt en person tilstede som observatør. Samtalene vil bli tatt opp på båndopptaker. Undersøkelsen er helt frivillig. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke deg, uten å oppgi årsak. Personvernet ivaretas i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt, og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektansvarlig som vil ha tilgang til intervjuene i sin helhet. Datasamlingen avsluttes innen 31.12.06. og datamaterialet vil da være anonymisert. Resultatene av studien vil bli publisert som anonymiserte gruppedata, uten at den enkelte deltager kan gjenkjennes.

Studien vil finne sted en ettermiddag i oktober, november eller desember 2006. Prosjektansvarlig har ingen form for økonomisk vinning eller budsjett knyttet til prosjektet. Derfor vil det være vanskelig for undertegnede å kompensere for tiden du bruker på selve intervjuet eller reisen til intervjustedet. Gruppeintervjuet vil finne sted mellom en dag- og kveldsvakt på sykehjemmet sentralt i kommunen. Jeg har fått tillatelse til å gjøre studien av overordnet helsefaglig leder i kommunen din.

Svarslipp

Jeg ønsker å delta i studien, og er således villig til å la meg intervjuet i gruppe av Sigbjørg Eriksson

Navn:-----

Jeg treffes lettest på tlf:-----

Svarslippen returneres til undertegnede på e-post eller pr post eller taes med til intervjuet.

Med vennlig hilsen

Sigbjørg Eriksson Tlf: XXXXXXXXX (jobb), XXXXXXXX (privat)

Rådgiver / spesialsykepleier Sigbjorg.eriksson@kreftforeningen.no

Kreftforeningen, seksjon Vest, postboks 6125, 5892 Bergen

Fokusgruppeintervjuguide

FOR RESSURSSYKEPLEIERNE

FGI guide: 1 t 30 min

Åpning 5 min	Presentasjon av moderator, observatør og deltakerne m/tilhørighetskommune 1. Fortell hvor lenge du har vært med i nettverket og ansatt i kommunen.
Introduksjons- Spørsmål 5 min	2. Hvor hørte du om nettverket av ressurspsykepleiere for første gang?
Overgangs- Spørsmål 15 min	3. Tenk tilbake på første gang du ble involvert i nettverket.... Hvordan var førsteinntrykket eller din første reaksjon? 4. Hvor ofte møtes dere? Og hvor ofte møter dere sykepleierne i egen kommune? Hyppig nok?
Nøkkel- Spørsmål 50 min	5. Hva er det med det å være ressurspsykeleier og medlem av nettverket som er til hjelp for deg? 6. Kan det å være ressurspsykeleier være frustrerende for deg? I tilfelle – i hvilke situasjoner? 7. Er din kommune forandret på noen måte som følge av å tilhøre nettverket? I tilfelle – hvordan? 8. Opplever du at du har nok kompetanse til de oppgavene du er satt til?
Avslutnings- Spørsmål 15 min	9. Hva vil du si er din viktigste oppgave som ressurspsykeleier? 10. Er det viktige sider ved det å være ressurspsykeleier som vi ikke har vært innom?

Fokusgruppeintervjuguide

FOR SYKEPLEIERE I EN KOMMUNE

FGI guide: 1 t 30 min

Åpning 5 min	Presentasjon av moderator, observatør og deltakerne. 1. Fortell hvor lenge du har vært ansatt i kommunen som sykepleier?
Introduksjons- Spørsmål 5 min	2. Hvor hørte du om nettverket av ressursykepleiere for første gang?
Overgangs- Spørsmål 15 min	3. Tenk tilbake på første gang dere ble involvert i nettverket.... Hvordan var førsteinntrykket eller din første reaksjon? 4. Hvor ofte møter du din ressursykepleier? Hyppig nok?
Nøkkel- Spørsmål 50 min	5. Hvilken nytte har du av ressursykepleier? 6. Kan det å ha ressursykepleier noen ganger være frustrerende? I tilfelle – i hvilke situasjoner? 7. Er din kommune forandret på noen måte som følge av å tilhøre nettverket? I tilfelle – hvordan? 8. Opplever du at ressursykepleier har tilstrekkelig kompetanse til oppgavene som hun er satt til?
Avslutnings- Spørsmål 15 min	9. Hva vil du si er den viktigste oppgaven for ressursykepleier? 10. Er det viktige sider ved det å være knyttet til kompetansenettverket som vi ikke har vært innom?

Meldeskjema

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per post,
e-post eller faks, i ett eksemplar, til:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Personvernombudet for forskning
Harald Hårfagres gate 29
5007 BERGEN

personvernombudet@nsd.uib.no / Telefaks: 55 58 96 50 /
Telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

1. PROSJEKTTITTEL			
Hva kan en liten kommune vinne på å være tilknyttet et formalisert nettverk for kreftomsorg og lindrende behandling? Ressurssykepleieres og andre sykepleieres opplevelse og erfaring.			
2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJON			
Institusjon: Kreftforeningen seksjon Vest			
Adresse: C. Sundsgt 29		Postnr. 5892	Poststed: Bergen
3. DAGLIG ANSVAR			
Navn (fornavn - etternavn): Frode Fadnes Jacobsen			
Institusjon: Universitetet i Bergen			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt) Institutt for samfunnsmedisinske fag		Akademisk grad/utdanning Dr.grad	Stilling Første-amanuensis
Adresse – arbeidssted: Postboks 7800		Postnr.: 5020	Poststed: Bergen
Telefon: 55588514	Telefaks:	Mobil:	E-postadresse: Frode.jacobsen@isf.uib.no
4. VED STUDENTPROSJEKT <i>(studiested må alltid være samme som arbeidssted til daglig ansvarlig)</i>			
Navn (fornavn - etternavn) på studenten: Sigbjørg Eriksson			
Studiested (avdeling/seksjon/institutt): Helsefag, sykepleievitenskap Institutt for samfunnsmedisinske fag		Akademisk grad/utdanning: Master	

Adresse – privat: Bjullebotn 176		Postnr.: 5224	Poststed: Nesttun
Telefon: 55103108	Telefaks:	Mobil: 98829612	E-postadresse: seri@gisa.no
5. FORMÅL MED PROSJEKTET			
<i>Problemstillinger, forskningsspørsmål, eller lignende.</i>	Hva kan en liten kommune vinne på å være tilknyttet et formalisert nettverk for kreftomsorg og lindrende behandling? Ressurssykepleieres og andre sykepleieres opplevelse og erfaring.		
6. PROSJEKTOMFANG			
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enkelt institusjon <input type="checkbox"/> Nasjonal multisenterstudie Angi øvrige institusjoner som skal delta: <input type="checkbox"/> Internasjonal multisenterstudie			
7. UTVALGSBESKRIVELSE			
<i>Beskrivelse av utvalget</i> Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, soldater, personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse).	Utvalget er sykepleiere som jobber i kommunehelsetjenesten. Kommunene er tilknyttet et kompetansenettverk for kreftomsorg og lindrende behandling.		
<i>Rekruttering og trekking</i> Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som foretar rekrutteringen/ trekkingen.	Jeg har valgt å ha med alle sykepleierne i 8 kommuner som har en spesialdefinert stilling i kreftomsorg (ressurssykepleier). Registeret over ressurssykepleierne er på nettet www.helse-bergen.no/lindrendebehandling . Utenom disse blir ca 8 sykepleiere fra en kommune valgt av øverste leder i helsetjenesten. De blir rekruttert fra alle sonene i kommunen slik at jeg får et bredt utvalg.		
<i>Førstegangskontakt</i> Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.	Jeg vil kontakte ressurssykepleierne. Lederen i kommunen jeg har valgt ut vil kontakte sykepleierne fra alle sonene.		
<i>Oppgi alder på utvalget</i>	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)		
<i>Antall personer som inngår i utvalget.</i>	24		
8. INFORMASJON OG SAMTYKKE			
<i>Informasjon</i> Oppgi hvordan informasjon til respondenten gis. NB. Se veiledning for krav til informasjon.	<input checked="" type="checkbox"/> Det gis skriftlig informasjon (legg ved kopi av informasjonsskriv). <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Det gis muntlig informasjon. Beskriv hva det informeres om.		

	<input type="checkbox"/> Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gis informasjon.
<u>Samtykke</u> Innhentes samtykke fra den registrerte? NB. Se veiledning for krav til samtykke.	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oppgi hvordan samtykke innhentes (legg ved ev. kopi av samtykkeerklæring). Ja Ressurssykepleierne vil få info skrevet på mail, de svarer også på mail om de vil være med eller ikke. Sykepleierne i den ene kommunen vil få infoskrivet av øverste leder pr brev. Øverste leder innhenter også samtykke skriftlig.
	<input type="checkbox"/> Nei Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.
9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER	
Gi en kort beskrivelse av alle datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes.	Jeg vil gjøre tre fokusgruppeintervju i 8 av 85 kommuner på Vestlandet. Ressurssykepleierne er navngitte personer som har en spesiell funksjon, og som tidligere har gitt tillatelse til liste-registrering på internett, sykehus og andre aktuelle helseinstitusjoner. Sykepleier er tilfeldig valgt av lederen i en av de 85 kommunene på Vestlandet.
10. DATAMATERIALETS INNHOLD	
Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registrerings-skjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.	Se vedlagt intervjuguide for fokusgruppeintervjuene. Det er sykepleierne og ressurssykepleierne opplevelser og erfaringer i jobben i forhold til nettverkstilhørigheten som gir datamaterialet form. Intervjuene blir tatt opp på tape.
Behandles det sensitive personopplysninger?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, oppgi hvilke: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning. <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling. <input type="checkbox"/> Helseforhold. <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold. <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger.
Behandles det opplysninger om tredjeperson?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen? <input type="checkbox"/> Får skriftlig informasjon. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Får muntlig informasjon. <input type="checkbox"/> Blir ikke informert.
11. INFORMASJONSSIKKERHET	
Merk av identifikasjons-opplysninger.	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger Oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indirekte personidentifiserende opplysninger Oppgi hvilke: kommune størrelse blir oppgitt med ca størrelse (for eksempel ca 5000).

Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk?	<input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei
Andre	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja Angi hvem. <input type="checkbox"/> Nei Har fått godkjenning til å gjøre prosjektet hos koordinator for aktuelle nettverksgrupper og øverste helseansvarlige leder i aktuell kommune
13. PROSJEKTPERIODE	
Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter – <u>prosjektstart</u> samt tidspunkt når behandlingen av person-opplysninger opphører – <u>prosjektslutt</u> .	Prosjektstart (ddmmåååå):_oktober 2006_____ Prosjektslutt (ddmmåååå):_desember 2006_____
Gjør rede for hva som skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt.	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres. Gi en redegjørelse for hvordan datamaterialet anonymiseres. Datamaterialet som er kodet vil bli oppbevart CD i eget hjem. Samtykkeerklæringer vil bli slettet. <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon Hvor skal datamaterialet oppbevares? Gi en redegjørelse for hvorfor datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon.
14. FINANSIERING	
Studentprosjekt uten ekstern finansiering foreløpig	
15. TILLEGGSOPPLYSNINGER	
16. ANTALL VEDLEGG	
Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet	Vedlegg 1: FGI-guide for ressursykepleierne Vedlegg 2: FGI-guide for sykepleierne i en kommune Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Til XX ... I X Kommune

Bergen, 12. juli 2006

Takk for hyggelig telefonsamtale. Her følger informasjon om masterstudien innen nettverksarbeid i kreftomsorg som jeg ønsker å gjøre i blant annet din kommune.

Tema.

Hensikten med studien er å avdekke, beskrive og om mulig kartlegge forhold som kan ha betydning for nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling. Det er gjort lite studier på dette området av helsetjenesten og en beskrivende tematisering kan derfor være hensiktsmessig.

Å beskrive ressurspsykepleiere sin erfaring og opplevelse med å tilhøre en nettverksgruppe i kreftomsorg og lindrende behandling

Å beskrive andre sykepleiere sin erfaring og opplevelse med å ha og samhandle med en ressurspsykeleier som tilhører en nettverksgruppe i kreftomsorg og lindrende behandling.

Problemstilling

Hva er ressurspsykeleierens/sykepleierens opplevelse og erfaring med primært/sekundært å tilhøre ett formalisert nettverk for kreftomsorg og lindrende behandling?

Utvalg

I Helseregion Vest startet nettverksarbeidet for ressurspsykeleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Fonna i 2001, i Helse Førde i 2004 og i Helse Bergen i 2005. Jeg ønsker å gjøre studien i Helse X .

Jeg velger å ha 3 fokusgrupper:

To bestående av *ressurspsykeleiere* fra to nettverksgruppe i Helse X (FG1 og FG2).

Den tredje fokusgruppen kan bestå av *sykepleiere* fra X kommune. Her er det viktig at alle miljøene eller sonene/gruppene eller de som samhandler rundt samme pasientgruppe er representert (FG3).

Praktisk gjennomføring

Det er fint om du tar stilling til om jeg får gjøre en studie i X kommune (FG3). Hovedkoordinator X (navn på vedkommende) for nettverksgruppene har gitt aksept til studien.

Jeg trenger en sykepleier fra hvert miljø i din kommune, det vil si en fra hver enhet på sykehjemmet og fra hver sone i utetjenesten, ca 6-8 stk. Sykepleierne må ha lang ansiennitet, minimum 4 år, slik at de har kjennskap til nettverket og ressurspsykeleier. Det er også fint om du kan finne sykepleiere i størst mulig stillingsstørrelse og som snakker lett i en gruppe (ikke for beskjeden). Det må ikke være de som er oppnevnt som ressurspsykeleier i nettverket X (navngir disse). Disse vil bli invitert til å delta i FG1. Jeg tenker ett fokusgruppeintervju på en og en halv time gjennomført i oktober måned. Tidspunktet kan dere velge, kanskje på slutten av dagvakt er bra? Eller i lunsjtiden?

Da dette er ett "lavbudsjettprosjekt" (kr 0,-) har jeg ikke anledning til å betale sykepleierne timelønn for tid brukt til intervjuet. Jeg trenger dessuten ett egnet rom på sykehjemmet kostnadsfritt til selve intervjusituasjonen.

Da snakkes vi fredag 29. september kl 11.

Med vennlig hilsen Sigbjørg

Sigbjørg Eriksson Tlf: XXXXXXXXX (jobb), XXXXXXXX (privat)
Rådgiver / spesialsykepleier Sigbjorg.eriksson@kreftforeningen.no
Kreftforeningen, seksjon Vest, postboks 6125, 5892 Bergen