

Kreftsykepleie og kompetanseutvikling fra utdanning til klinikk – en evaluering av videreutdanning i kreftsykepleie

Anne Marie Reitan, Cand.Polit., høgskolelektor – Hilde Eide, Dr.philos., førsteamanuensis

CANCER NURSING AND DEVELOPMENT OF COMPETENCE; FROM EDUCATION TO CLINICAL PRACTICE – AN EVALUATION OF AN ADVANCED PROGRAMME IN CANCER NURSING.

ABSTRACT

Background: In order to improve the quality of care for cancer patients, The Norwegian Radium Hospital established in 1982 an advanced programme in cancer nursing. During the period 1982 – 2000, 366 cancer nurses were graduated.

Purpose: The aim of this study was to evaluate how the cancer nurses implement their competence into clinical practice after graduating from the programme. The Research questions answered were: 1) Do the cancer nurses utilise their competence in clinical practice, 2) Is there conformity between the cancer nurses own evaluation of their competence and the skills needed for managing their duties in clinical practice and 3) Did the advanced programme in cancer nursing become of importance for their skills development?

Methods: This study is a part of a larger study with a survey design and the study sample consists of 188 cancer nurses out of 366 (response rate 53 %). Data was collected through a semi-structured questionnaire; this study is based on the quantitative data. A Numeric Rating Scale (NRS) was used to collect data from six areas of competence. Data analysis includes frequency-, correlation-, and cross table analysis. Chronbach's alpha coefficient was used for measuring internal consistency.

Results: The majority of the cancer nurses are working in bedside nursing, still 20 years after graduation. They evaluate their own competence as highly favourable regarding issues in care, medicine, education, collaboration, professional development and prevention. They considered the advanced programme as being very important for the development of their competence. The programme contributed to its main objective: to prepare cancer nurses for clinical practice. The advanced programme recruits nurses from the clinical practice and the cancer nurses go back to bed side nursing after completing the programme.

KEY WORDS: Cancer nurses, advanced programme in cancer nursing, development of clinical practice, implementation of competence, bedside nursing, self evaluation of competence.

Bakgrunn

Omkring 24000 mennesker får årlig kreft i Norge og ca. 174000 lever etter å ha hatt kreft (1). Kreftpasienter og deres familier står over for mange nye utfordringer gjennom sykdomsforløpet, fra diagnosen stilles til gjennomføring av avansert behandling innen kirurgi, kjemoterapi, strålebehandling og hormonbehandling, og for noen døden (2, 3, 4). Kompleksiteten i kreftpasientens sykdoms- og behandlingssituasjon er av en slik karakter at det er behov for spesialsykepleiere med høy kompetanse innen fagområdet kreftsykepleie (5). Profesjonsutdanning av sykepleiere, generalister og spesialister, på bachelor-, videreutdannings- og masternivå er et samfunnspolitisk ansvar (6). I 1982 ble Norges første Videreutdanning i kreftsykepleie (VIK) etablert ved Det Norske Radiumhospital (DNR) (7). Dermed fikk sykepleiere en mulighet til å spesialisere seg i klinisk sykepleie i fagområdet kreftsykepleie. I 2000 ble VIK overført til Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning. Norsk sykepleierforbund har siden 1996 hatt egen godkjenningsordning for kliniske spesialister i sykepleie/spesialsykepleie (8). I USA brukes to betegnelser på kliniske sykepleiere med godkjent spesialistkompetanse på masternivå, Clinical Nurse Specialist (CNS) og Nurse Practitioner (NP). Funksjonen til CNS er knyttet til pasientgrupper eller spesielle funksjoner (pedagogiske) mens NP arbeider selvstendig i forhold til diagnostisering og behandling av pasienter (9).

Kreftsykepleie og kompetanseutvikling

En kreftsykepleier er en autorisert sykepleier med minimums 2 års yrkeserfaring og gjennomført videreutdanning i kreftsykepleie, 60 studiepoeng. Det overordnede mål for VIK er å utdanne handlingskompetente spesialsykepleiere i henhold til kreftsykepleieres funksjons- og ansvarsområder som implementer sin kompetanse i direkte og indirekte pasientrettet sykepleie i klinikken (5). Direkte funksjoner

handler om forebyggende, behandlende og lindrende funksjoner og indirekte funksjoner ivaretar ledelses-, pedagogisk- og fagutviklende funksjoner. Utvikling av klinisk sykepleiekompetanse innebærer en fordypning og spesialisering i forhold til kunnskaper, ferdigheter og holdninger relatert til kreftsykepleiers funksjons- og ansvarsområder samt utvikling av metodekunnskap og evne til kritisk tenkning, refleksjon og selvstendighet i beslutningsprosesser (10). Kompetanseutvikling er en prosess der en person erhverver nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger og endrer atferd. Kirkevoold hevder at teoretisk kunnskap og anvendelse av den i praktisk sykepleie går gjennom personlig kompetanse. Teoretisk, praktisk og etisk kunnskap må integreres i utøverens kompetanse for å kunne få innvirkning på personens handlinger. Kompetanse er ikke noe uforanderlig som man har eller ikke har, men en evne til å utvikle seg kognitivt, sosialt og atferdsmessig (11).

Samfunnet forventer at kreftsykepleiere etter VIK implementer sin kompetanse i henhold til pasientrettet, pedagogisk og fagutviklende funksjoner i klinikken (5). Spesialsykepleiere har et spesielt ansvar til å gå inn i utfordrende pasientsituasjoner enten det er behov for spesialkompetanse i «Bedside nursing» eller veiledning av kollegaer i forhold til disse. De har også ansvar for undervisning og formidling av kunnskaper i fagområdet kreftsykepleie og for veiledning av sykepleiestudenter, spesialsykepleiestudenter og kollegaer. Kreftsykepleiere må initiere fagutvikling for å forbedre og videreutvikle kvaliteten i sykepleien, for eksempel i forhold til bedre smertebehandling. Fagutvikling blant personalet kan også være å legge til rette for deltakelse på kurs eller konferanser, stimulere kollegaer til å søke etter ny kunnskap om aktuelle pasientproblemer og lese vitenskapelige artikler. Samarbeide med forskere er også betydningsfullt for å identifisere pasientrelaterte problemstillinger (12), rekruttere pasienter til å delta i forskning, samle data og/eller som diskusjonspartner i tolkning av data.

Relevante studier

Denne studien er den første store studien som evaluerer spesialutdanning i kreftsykepleie i nord. Det er få fagspesifikke evalueringsstudier av kliniske sykepleie i Norge. I en surveyundersøkelse av kreftsykepleiere utdannet i perioden 1982–1990 viste Reitan (13) at 78,6 % jobbet direkte pasientrettet i klinikken etter VIK. Stubberud (14) fant i en kvalitativ studie en positiv sammenheng mellom kompetanseheving etter videreutdanning i intensivsykepleie og mere omsorgsfull sykepleie til intensivpasienter. En landsdekkende evaluering fra det siste år man hadde videreutdanning i psykiatrisk sykepleie viste at spesialutdanningen styrket sykepleiernes faglige identitet, trygghet i egen yrkesutøvelse og det tverrfaglige samarbeidet. Få arbeidet utenfor psykisk helsevern (15).

Flere internasjonale studier viser at kliniske sykepleiespesialister implementerer sin kompetanse i forhold til de pasientgrupper de er utdannet til å ivareta (16, 17) og at deres stilling innebærer at de har spesielle oppgaver som f.eks. støttepersoner, rådgivere, undervisere, ledere og forskere (18, 19, 20). Kompetanseutvikling av sykepleiere på høyere akademisk nivå er også gjenstand for forskning (21).

Hensikten

Videreutdanningen er blitt løpende evaluert av studenter, kontaktsykepleiere/praksisveiledere og faglærere. Vi har derfor mye kunnskap om at kompetanseutvikling er realisert i studiet men begrensede systematiske kunnskaper om studiets relevans for klinikken. Hensikten med denne studien er å vurdere om kreftsykepleierne implementer sin kompetanse i klinikken etter gjennomført videreutdanning og om de arbeider i direkte pasientrettet sykepleie, om de opplever at egen kompetanse er i samsvar med oppgaver som skal mestres, og om læring i videreutdanningen bidrar til kreftsykepleiernes videre kompetanseutvikling.

Problemstilling og forsknings spørsmål

Studiens overordnede problemstilling er: Hvordan implementer kreftsykepleiere sin kompetanse fra videreutdanning til yrkesutøvelse i klinikk?

Forsknings spørsmålene omhandler:

- Anvender kreftsykepleiere sin kompetanse i direkte pasientrettet sykepleie i klinikken?
- Er det samsvar mellom kreftsykepleierens vurdering av egen kompetanse og oppgaver som skal mestres innen deres funksjons- og kompetanseområder?
- Har videreutdanning noen betydning for kreftsykepleierens videre kompetanseutvikling?

Materiale og metode

Rammer for studien og design

Studien har en survey-design, en designtype som er mye anvendt i evalueringsstudier. Undersøkelsen ble lagt opp i samsvar med retningslinjer fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. I perioden 1982–2000 ble det ved DNR utdannet 366 kreftsykepleiere, hvorav 11 menn. Det var ikke mulig å oppspore 9 studenter og spørreskjemaet ble dermed sendt til 357. Spørreskjemaet ble besvart anonymt og returnering av utfyllt spørreskjema ble oppfattet som informert samtykke. Etter over 25 år som pedagog ved VIK hadde en av oss personlig kjennskap til utdanningen (AMR).

Fordi det ikke eksisterte et validert spørreskjema ble det utviklet et eget spørreskjema om de forhold en var opptatt av å få kunnskap om. Andre forskeres spørsmålsstilling i spørreskjema som var anvendt i egen vurdering av kompetanse ble en inspirasjonskilde i utforming av instrumentet (22, 23). Det semistrukturerte spørreskjemaet omfattet totalt 44 spørsmål, hvorav 29 lukkede og 15 åpne (kvalitative) spørsmål (24). Denne artikkel presenterer de kvantitative data. Parametre for egen vurdering av kompetanse ble konstruert ut fra innholdsanalyse av hovedmål for VIK. Følgende kompetanseområder ble identifisert: Omsorgs-, medisinsk-, pedagogisk-, samarbeids-, fagutviklings- og forebyggingskompetanse. Innen hvert kompetanseområde ble det utarbeidet et ulikt antall spørsmål om

oppgaver som kreftsykepleier skulle mestre i henhold til deres direkte- og indirekte sykepleiefunksjon (Vedlegg 1)*. Innholdskomponenten i spørsmålene var utledet fra fagoppsettet i undervisningsplanen (25). Egen vurdering av kompetanse ble foretatt ved hjelp av en Numeric Rating Scale (NRS) fra 1 – 5, hvor verdien 1 = Meget dårlig, 2 = Dårlig, 3 = Verken god eller dårlig, 4 = God og 5 = Meget god.

Effekt av utdanningen ble vurdert i forhold til de seks kompetanseområdene. Respondentene ble bedt om å se tilbake i tid og vurdere i hvilken grad VIK hadde bidratt til den kompetanse de hadde oppnådd på undersøkelsestidspunktet ved hjelp av Numeric Rating Scale fra 0 = ikke i det hele tatt til 10 = i svært høy grad, i forhold til hvert kompetanseområde.

Instrumentets funksjonalitet ble pilottestet på et utvalg av 10 tidligere studenter. Undersøkelsen ble gjennomført som postenquète høsten 2002 og alle ble purret en gang.

Bakgrunnsvariabler

Besvarelsene inneholdt data om alder, kjønn, årstall for studiestart og ytterligere utdanning utover VIK, yrkeserfaring som sykepleier før VIK og erfaring som kreftsykepleier etter studiet, hvilke pasientgrup-

Tabell 1. Bakgrunn og arbeidssituasjon

Alder	Gjennomsnittsalder	46 år
Aldersfordeling	28–35 år	7%
	36–45 år	44%
	46–55 år	41%
	56–65 år	8%
Utdanningsperiode	1982–1990	26%
	1991–2000	74%
Yrkeserfaring	Gjennomsnittlig som sykepleier før VIK	11 år
	Gjennomsnittlig som kreftsykepleier	7 år
Tilleggsutdanning	Administrasjon og ledelse	37%
	Veilederutdanning	14%
	Annen videreutdanning	15%
	Kurs som gir studiepoeng	13%
	Fag fra universitetet	16%
	Annet	4%
Arbeidsforhold	Spesialisthelsetjenesten	72%
	Kommunehelsetjenesten	11%
	Utenfor helsetjenesten	17%
Arbeidssteder*	Sykehus/Helseforetak	99
	Kreftavdeling	48
	Kreftpoliklinikk	43
	Poliklinikk	13
	Palliativt team	13
	Hospice	8
	Avd. for lindrende pleie og behandling	8
	Kommunehelsetjenesten	21
	Frivillige organisasjoner/Kreftforeninger	14
	Høgskole	1
Annet	17	
Stillingskategori	Spesialsykepleier	60%
	Lederstillinger	21%
	Fagutviklings og undervisningssykepleier	8%
	Annet	11%
Stillingsbrøk	Heltid	63%
	Deltid	32%
	Annet	5%
Pasientgrupper	Voksne	75%
	Voksne og barn	24%
	Kun barn	1%
Arbeidsfylke	Oslo og Akershus	50%
	Rogaland	11%
	Nord og Sør Trøndelag	11%
	Andre fylker	28%

* Antall. Flere svar mulig

per de arbeidet med og hvor stor prosentdel av deres stilling som var knyttet til direkte pasientrettet sykepleie. Det registrertes arbeidssted samt stillingsbetegnelse, stillingsbrøk og arbeidsfylke.

Analyse

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versjon 14.0. Det ble foretatt frekvens-, korrelasjons- og krysstabellanalyser og for hvert kompetanseområde laget en indeks som sumskåre dividert på antall spørsmål for sammenlikningsformål. Intern konsistens mellom spørsmålene ble testet med Cronbachs alpha.

Resultater

Kreftsykepleiernes bakgrunn og arbeidssituasjon

181 kvinner og 7 menn (N=188) svarte på spørreskjemaet. 165 kvinner og 4 menn svarte ikke, hvilket gir en responsrate på 53%. Det forekommer små avvik fra N=188 i analysene, noe som skyldes enkelte ufullstendige besvarelser. Bakgrunnsdata fremgår av tabell I. Yrkeserfaringen er omfattende og mange har annen tilleggsutdanning. Universitetsfag ga poeng i forhold til opptak til studiet. Ex.phil./Ex. fac. var dominerende og kun få hadde grunn-, mellom- eller hovedfag. Data sier ikke noe om hvor mange tilleggsutdanninger den enkelte hadde eller om disse var tatt før eller etter VIK. At mange arbeider i Oslo og Akershus skyldes antagelig at utdanningen ble gitt i Oslo, samt i Rogaland og Trøndelag i et prosjektrettet utdanningstilbud i samarbeid mellom VIK og Sentralsykehuset i Rogaland og Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Kreftsykepleiernes tilstedeværelse hos pasienter i klinikken

Hovedandelen av kreftsykepleierne arbeider direkte pasientrettet (Tabell II). Mange ledere arbeider også tett på pasienter. Krysstabellanalyser viser ingen sammenheng mellom alder, stillingsbrøk, stillingsbetegnelse eller antall år som kreftsykepleier og kreftsykepleieres tilstedeværelse hos pasienter i klinikken (data ikke vist).

Tidsandel pasientrettet	Utvalg N=181	Heltid N=114	Lederstillinger N=38
100% – 76%	51.4%	44.7%	21.0%
75% – 25%	33.1%	32.5%	34.2%
Mindre enn 25 %	11.1%	16.7%	39.5%
Arbeider ikke i direkte pasientrettet sykepleie	4.4%	6.1%	5.3%
Total	100 %	100 %	100 %

Kreftsykepleiernes vurdering av egen kompetanse

Egen kompetanse ble vurdert som god med gjennomsnittskår på 4.0 (Tabell III). Forebyggingskompetanse skiller seg ut med den laveste verdi på 3.5. Cronbachs alpha test er utført på hver indeks/ kompetanseområde og viser god til meget god intern konsistens med verdier mellom 0.77–0.90.

Hverken alder eller startår hadde noen innflytelse på egen vurdering.

Kompetanseområder/indeks	Antall items pr indeks	NRS	M	SD	Cronbachs alpha
1. Omsorgskompetanse	14	1 – 5	4.2	0.38	0,90
2. Medisinsk kompetanse	12	1 – 5	4.2	0.41	0,90
3. Pedagogisk kompetanse	10	1 – 5	4.0	0.43	0,87
4. Samarbeidskompetanse	9	1 – 5	4.2	0.41	0,88
5. Kompetanse i fagutvikling	8	1 – 5	3.9	0.45	0,83
6. Forebyggingskompetanse	3	1 – 5	3.5	0.56	0,77

med unntak av kompetanse i fagutvikling som viser en positiv signifikant sammenheng mellom tidlig startår og egen vurdering ($p < 0.001$, kjkvadrattest). Erfaring som kreftsykepleier, kort eller lang, ser ikke ut til å ha noen innflytelse på egen vurdering. For tilstedeværelse i direkte pasientrettet omsorg er det sammenheng mellom omsorgskompetanse ($p = 0.02$) og kompetanse i fagutvikling ($p = 0.01$) (data ikke vist).

Videreutdanningens betydning for kreftsykepleiernes kompetanseutvikling

Effekt av VIK målt ved hjelp av NRS fra 0–10 viser at utdanning oppleves å bidra til kompetanseutvikling (Tabell IV). Her skiller forebyggingskompetanse seg ut med laveste verdi på 5.81 etterfulgt av samarbeidskompetanse med 5.98.

Tabell IV. Videreutdanningens bidrag til kompetanseutvikling

Kompetanseområder/indeks	Antall items pr indeks	NRS	M	SD	T-test
1. Omsorgskompetanse	14	0 – 10	7.32	1.49	0.003
2. Medisinsk kompetanse	12	0 – 10	6.78	1.77	0.010
3. Pedagogisk kompetanse	10	0 – 10	6.77	1.71	0.031
4. Samarbeidskompetanse	9	0 – 10	5.98	1.81	0.167
5. Kompetanse i fagutvikling	8	0 – 10	7.09	1.53	0.000
6. Forebyggingskompetanse	3	0 – 10	5.81	1.94	0.000

Diskusjon

Denne evaluering er den første store nordiske studie som dokumenter kreftsykepleieres kompetanse og implementering av denne i sykepleie til kreftpasienter.

Tilstedeværelse hos kreftpasienter i klinikken

Kreftsykepleiere har høy grad av tilstedeværelse (84.5 %) hos pasienter i klinikken, hvilket er i tråd med andre studier (13, 16, 17). Kreftsykepleiere i spesialsykepleierstillinger er vanligvis de som er nærmest pasientene, men i denne studien har vi funnet at også 55.2 % av lederne jobber med pasienter. Dette er viktig fordi ledere i stor grad er premissleverandører for det deres ansatte gjør. Ledere har stor betydning fordi de kan fordele arbeidsoppgaver ut fra den enkeltes kompetanse, stille kritiske spørsmål til daglig virksomhet og gi sykepleierne tilbakemelding og evaluering på deres arbeid (26). Det er rimelig å anta at det er en positiv sammenheng mellom tilstedeværelse i direkte pasientomsorg og implementering av kompetanse i direkte- og indirekte sykepleiefunksjoner. Dette indikerer at kompetansen kommer både pasientene og faget til gode. Med gjennomsnittlig 11 års erfaring som sykepleier før VIK og gjennomsnittlig 7 års erfaring som kreftsykepleier har vi belegg for å hevde at VIK rekrutterer erfarne sykepleiere fra klinikken og at de spesialisierer seg tilbake til pasientene. Denne stabilitet i klinikken kan sannsynligvis forklares med at spesialisering i kreftsykepleie bidrar til kompetanseheving i «Bedside nursing» som er relevant i forhold til problemer og utfordringer hos kreftpasienter. Det kan synes som det er en god investering, både faglig og økonomisk, å utdanne kreftsykepleiere fordi kompetansen forblir i klinikken.

Kun 11 % arbeidet i kommunehelsetjenesten og det er et funn som samsvarer med andre studier (7, 27). Vi har ingen data som forklarer den store differanse mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten har muligvis begrensede økonomiske midler avsatt til utdanning av spesialsykepleiere eller få stillingshjemler for spesialsykepleierstillinger. I følge Norsk strategiplan for kreftområdet 2006–2009 er kommunehelsetjenesten tiltenkt å være en bærebjelke i kreftomsorgen (28) og antallet kreftsykepleiere som har ansvar for oppfølging av kreftpasienter bør økes radikalt (29).

Vurdering av egen kompetanse

Kreftsykepleierne vurderer sin egen kompetanse som god

(gjennomsnittsskåre 4.0), antagelig oppleves kompetansen som relevant i forhold til oppgavene som skal mestres. Forebyggingskompetanse skiller seg ut med lavest skåre på 3.5. En forklaring kan være at kreftsykepleieroppgaver i forhold til primær forebygging av kreft er nokså begrenset når pasienten oppsøker helsevesenet. Vi har ingen data på hvilken innflytelse de endringene som er skjedd innen moderne kreftbehandling kan tenkes å ha på deres opplevelse av kompetansens relevans for praksis. Atkinson og Tawse viser at utdanning av spesialsykepleiere i hematologisk kreft har høynet kunnskapsnivået og styrket faglig selvtilitt og mot til stå i vanskelige situasjoner sammen med pasienter (16). Andre studier viser at kompetanse og kvalitet er gjensidig avhengig av hverandre (14, 30) og kan gi trygghet og styrke til å stå i andres lidelse (30, 31). Det vises også til en positiv sammenheng mellom kreftsykepleieres tekniske kompetanse og kreftpasienters opplevelse av hva god omsorg er (32). God kompetanse er grunnleggende for å utøve faglig forsvarlig sykepleie med evne til systematisk kunnskapsøkning og til å anvende forskningsresultater i klinisk praksis (33, 34).

Effekt av VIK for videre kompetanseutvikling

Med en gjennomsnittsskåre på 6.63 viser kreftsykepleierne at VIK tillegges stor betydning for deres videre kompetanseutvikling. Antakelig bidrar også læring i klinikken etter videreutdanningen, møtene med pasienter og pårørende, etterutdanningskurs og innspill fra kolleger og andre faggrupper. Det er moderat til sterk samvariasjon mellom utdanning og egenvurdering, og dette er statistisk signifikant på alle kompetanseområdene med unntak av samarbeidskompetanse. Det indikerer at de som tillegger utdanningen stor betydning for deres kompetanseutvikling også vurderer sin egen kompetanse som god.

Flere studier bekrefter at mer utdanning i kreftsykepleie på videreutdanningsnivå eller akademisk nivå har positiv effekt på kompetanseutvikling og praksis (16, 17, 27, 35, 36). Utdanning bedrer spesialsykepleiernes kontekstuelle forståelse og gjør dem i stand til å utvikle praksis til mere effektivt å møte pasienters ulike behov, i tråd med pasientenes ønske om individuell tilpasset sykepleie og forventninger om å møte sykepleiere med høy kompetanse (16). Våre data viser også at mange kreftsykepleiere har tilleggsutdanning som kan tenkes å ha bidratt til deres kompetanseutvikling. Kontinuerlig profesjonell utdanning er en viktig faktor som har innflytelse på livslang læring (36).

Metodediskusjon

Utvalget er sterkest representert blant de som er utdannet i perioden 1991–2000 men en svarprosent på 53 % gir et rimelig grunnlag for generalisering. Survey-designet gir en god oversiktskunnskap over kreftsykepleiernes kompetanseutvikling, men begrenset dybdekunnskap om hvordan kompetansen implementeres i det kliniske felt. Det er samsvar mellom teoretiske definisjoner og operasjonalisering av kompetansebegrepet og det styrker undersøkelsens validitet. Egenvurdering er en subjektiv vurderingsform som kan medføre at respondentene enten overvurderer eller undervurderer sine egne prestasjoner. Høy skåre på egenvurdering kan tyde på at de opplever stor grad av mestring innen alle kompetanseområdene, ellers ville de sannsynligvis ikke ha svart at deres kompetanse var god. Lavere skåre på kompetanse i fagutvikling og spesielt forbyggingskompetanse kan tyde på at det ikke foreligger en generell overvurdering av kompetanse, uten å kunne se bort fra denne mulighet. Anvendelse av selvrapportering som metode for vurdering av egen kompetanse er brukt i flere studier (23, 37), men undersøkelsen burde suppleres med observasjonsstudier der man mer objektivt vurderer kreftsykepleiernes kompetanse. Tidsintervallet fra 1982 til 2000 er stort og de med størst avstand til utdanningsstart kan ha vanskeligheter med å tenke tilbake på hvordan det var i forhold til dagens aktuelle situasjon. Rammevilkårene for videreutdanning i kreftsykepleie har gjennomgått faglige og strukturelle forandringer over en 20 års periode med blant annet innføring av Rammeplan for Videreutdanning i Kreftsykepleie i 1997 (5), hvilket det ikke er korrigert for.

Konklusjon med perspektiv på videre forskning

Intensjonen om å utdanne handlingskompetente kreftsykepleiere som

implementer sin kompetanse i direkte- og indirekte sykepleiefunksjon etter VIK er i stor grad blitt realisert. Kreftsykepleierne har en sterk tilstedeværelse hos pasienter i klinikken og det indikerer at deres kompetanse kommer pasientene og deres familier til gode. Vi finner at VIK rekrutterer erfarne sykepleier fra klinikken og de spesialisere seg *tilbake* til pasienter i klinikken. Studien viser også at det er få kreftsykepleiere som arbeider i kommunehelsetjenesten og det er problematisk fordi stadig flere kreftpasienter har behov for oppfølging av spesialsykepleiere utenfor spesialisthelsetjenesten.

Kreftsykepleierne vurderer sin kompetanse som god og en må anta at deres kompetanse er relevant i forhold til de utfordringer og problemer de står overfor i det kliniske felt.

VIK har også stor betydning for kreftsykepleiernes videre kompetanseutvikling og derved antagelig på fagområdet kreftsykepleie. Kontinuerlig profesjonell utdanning blir dermed viktig for å opprettholde og videreutvikle kompetanse i kreftsykepleie.

Studien gir en god oversikt over kreftsykepleiernes kompetanseutvikling, men vi har begrenset kunnskap om *hvordan* implementeringen av kompetanse i klinikken foregår. Det vil være ønskelig med forskning med et kvalitativt design hvor en følger kreftsykepleierne i praksis og observerer hvordan de anvender sin kompetanse i pasientomsorgen og i utvikling av fagområdet kreftsykepleie. Forskingen bør også omfatte en kartlegging av hvilke strategier ledere i klinikken anvender for å nyttiggjøre seg av den til enhver tid tilgjengelig kompetanse. Potensialet i kreftsykepleiernes kompetanse utnyttes neppe fullt ut, dersom ikke ledere tenker strategier for implementering av kompetanse på person- og systemnivå.

Godkjent for publisering 26.02.2009

Høgskolelektor Anne Marie Reitan, Videreutdanning i kreftsykepleie, Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo, Postboks 4, St Olavs Plass NO – 0130 Oslo. annemarie.reitan@su.hio.no
Førsteamanuensis Hilde Eide, Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo, Postboks 4, St Olavs Plass NO – 0130 Oslo

* Vedlegg 1 fås ved henvendelse til AMR.

Litteratur

1. Kreftregisteret. Kreft I Norge. www.kreftregisteret.no (01.12.08).
2. Benner, P. Wrubel, J. The Primacy of Caring. Addison-Wesly Publishing Company 1989.
3. Felder, B. E. Hope and Coping in Patients With Cancer Diagnoses. Cancer Nursing 2004; 27 (4), 320–24.
4. Halldorsdottir, S. & Hamrin, E. Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. Cancer Nursing 1996; 19 (1): 29–36.
5. Rammeplan Videreutdanning i kreftsykepleie. Utdannings og forskningsdepartement. Oslo: 2005.
6. Christiansen, B., Heggen, K., Karseth, B. Klinik og akademia. Reform, rammer og roller i sykepleieutdanningen. Oslo: Universitetsforlaget 2004.
7. Reitan, A.M. Kreftsykepleie. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.). Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling. (2. utg.) Oslo: Akribes Forlag 2006.
8. Norsk sykepleieforbund NSF godkjenningsordning for kliniske spesialister i sykepleie/spesialsykepleie. www.Sykepleieforbundet.no/godkjenningsordning (01.11.08).
9. McCorkle, R. Cancer Nursing as a Speciality. I: McCorkle, R. mfl. (Red.). Cancer Nursing. A comprehensiv Textbook. Philadelphia: W.B. Saunders Company 1996.
10. Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Reinart, L. M. (2007). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
11. Kirkevold, M. Vitenskap for praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1996.
12. Rustøen T., Schjølberg T.K. Cancer nursing research priorities: A Norwegian perspective. Cancer Nursing 2000; 23 (5): 375–81.
13. Reitan, A.M. Kreftsykepleie: Utdannelse – samspill – effekt. Evaluering av Videreutdanning i onkologisk sykepleie i et felperspektiv. Hovedoppgave i

Sosialpedagogikk ved Universitetet i Oslo. Pedagogisk forskningsinstitutt. Oslo: 1991.

14. Stubberud, D-G. «Rett person på rett plass» – kompetanse i klinisk intensivsykepleie. Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap. Oslo: 1999.
15. Borge, L., Hummelvoll, J.K., Ulland, E. Kompetanse og yrkesidentitet: en evaluering av norske videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie. *Vård i Norden* 1997 17; (1): 25–32.
16. Atkinson, J., Tawes, S. Exploring haematology nurses' perceptions of specialist education's contribution to care delivery and the development of expertise. *Nursing Education Today* 2007 (27):627–634.
17. Wyatt, D. How do participants of a post registration oncology nursing course perceive that the course influences their practice? – A descriptive survey. *European Journal of Oncology Nursing* 2007 (11):168–178.
18. White, K., Wilkes, L. (1999): The specialist breast care nurse: an evolving role. *Collegian* 1999; 6 (4):8–13.
19. Blackburn, KM. Roles of advanced practice nurses in oncology. *European Journal of Oncology Nursing* 1998;12 (4):591–6.
20. Hunt, JA. A specialist nurse: an identified professional role or a personal agenda? *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30 (3):704–12.
21. Barlett, H.P, Simonite, V., Westcott, E., Taylor, H. A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing programs. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 369 – 381.
22. Havn, V., Vedi, C. På dypt vann – om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møte med somatisk sengepost. SINTEF-IFIM, Trondheim 1997.
23. Garland, GA. Self Report of Competence A Tool for the Staff Development Specialist. *Journal of Nursing Staff Development* 1996; 12 (14):191–197.
24. Haraldsen, G. Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1999
25. Fag- og undervisningsplan for Videreutdanning i kreftsykepleie. Høgskolen i Oslo. Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo 2001.
26. Bjørk, I.T. Sykehusavdelingen – et miljø for læring? *Vård i Norden* 2001; 21 (4): 4–9.
27. Ervin, N.E. Clinical Specialist in Community Health Nursing: Advanced Practice Fit or Misfit? *Public Health Nursing* 2007;24 (5): 458–464.
28. Helse- og Omsorgsdepartement 2006. Nasjonal Strategi for kreftområdet 2006–2009. s. 4–33.
<http://odin.dep.no/hod/norsk/048071-990354/dok-bu.html> (03.03.08)
29. Sægrov, S. Kommunal oppfølging av personer med kreft. *Vård i Norden* 2001;21 (4):21–5.
30. Sæteren, B. Kampen for livet i vemodets slør. Å leve i spenningsfeltet mellom livets muligheter og dødens nødvendighet. Akademisk avhandling. Åbo: Samhälls- och vårdvetenskapliga fakultet ved Åbo Akademi 2006.
31. Rydal Hansen S. Patienters oplevede lidelse – perspektiver i forhold til uhelbredelig kreftsyge patienter. *Vård i Norden* 2001; 21 (1): 30–4.
32. Kvåle, K. Den omtentomme sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden* 2006;79 (1):15–9.
33. Mooney KH. Advocating for Quality Cancer Care: Making Evidence-Bases Practice a Reality. *Oncology Nursing Forum* 2001; 2: 23–4.
34. Bjørk, I. T. Kompetanse i sykepleie. I: I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (red.). Møte mellom pasient og sykepleier. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2002.
35. Conye,P, Paice,JU., Ferrell, BR.,Malloy,P, Virani,R and Fennimore, LA. Oncology End-of-Life Nursing Education Consortium Training Program: Improving Palliative Care in Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2007;4 (4): 801–807.
36. Gallagher, L. Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nursing Education Today* 2007 (27):466–473.
37. Cowan, DT., Wilson-Barnett, J., Norman, IJ. A European survey of general nurses' self assessment of competence. *Nursing Education Today* 2007 (27):452–458.

Netop udkommet:



Psykiatrisk sygepleje

Redigeret af Niels Buus

PSYKIATRISK SYGEPLEJE tager udgangspunkt i respekten for den enkelte sindslidendes autonomi og potentiale for recovery og giver en indføring i forskellige forskningsbaserede metoder.

En række forfattere bidrager med deres særlige viden inden for psykiatrien, og bogen inspirerer til nytænkning og til en udvidelse af sygeplejerskers traditionelle rolle i det psykiatriske felt ved at fremhæve og eksemplificere, at standardiserede metoder i sygeplejen er et nødvendigt element af en faglig indsats, hvis den unikke sindslidende skal hjælpes optimalt.

Bogen henvender sig til studerende og færdiguddannede inden for sundhedsområdet, der interesserer sig for psykiatri og arbejdet med sindslidende.

1. udgave, 2009, illustreret, 385 sider, kr. 499, ISBN: 978-87-17-03975-9

NYT NORDISK FORLAG ARNOLD BUSCK

www.nytnordiskforlag.dk

