



Helse og Omsorgsdepartementet

nasjonalhelseogsamhandlingsplan@hod.dep.no

Langevåg 13.09.2022

NSF faggruppe for kreftsykepleie

Ved faggruppeleder Tanja Alme

Innspill til ny Nasjonal helse og samhandlingsplan:

I fremtiden vil det være økende behov for helsekompetanse i befolkningen. Helsekompetanse defineres som en persons evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstils valg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse og omsorgstjenesten. Opplæring og veiledning, tilbud om læring og mestringstilbud er viktig for å bygge helsekompetanse, og bør i mye større grad inkluderes i tjenesten og i alle pasientforløp/pakkeforløp.

Pårørende, både voksne og barn og unge, må bedre ivaretas og støttes for ikke selv blir syke og for å kunne stå i pårønderollen over mye lengre tid. Her mangler det tilbud og tjenester. Få kommuner har egne pårørendekoordinatorer.

Forebyggende helsearbeid til pasient og pårørende må i mye større grad inkluderes i det daglige tilbudet.

Siden vår faggruppe har spesialkompetanse innen kreftsykepleie vil vi først og fremst fokusere på det som gjelder pasienter og pårørende med kreft.

Kreft er den hyppigste dødsårsaken i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018) Flere personer rammes av kreftsykdom. I følge Kreftregisteret rammes en av tre av kreft i løpet av livet, og i 2017 ble det rapportert 33564 nye krefttilfeller i Norge (Kreftregisteret, 2018). Moderne kreftbehandling gjør at flere lever lenger med kreft, eller er kreft overlevende som har senskader etter kreft og behandling (Kiserud, Dahl og Fosså, 2019). Kreftsykdom kan ramme i alle aldre, men de fleste får kreft i eldre år. Å rammes av kreftsykdom med påfølgende behandling medfører belastning for pasienten, familien, nettverket, arbeid og samfunnet. En særlig utfordring for dagens og fremtidens helsetjeneste er et økende antall eldre med sammensatte helseproblemer og komorbiditet. Kreftsykdom er i kombinasjon med andre sykdommer og senskader etter kreft og –behandling, er en stor utfordring både for pasientene og for dem som skal koordinere helsetjenesten.

Kreftbehandling og kreftomsorgen er i endring. Kreftbehandling vil i fremtiden bli enda mer avansert og spesialisert. Behandling og oppfølging vil foregå både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. For å sikre at kreftpasientene blir møtt med faglig kompetanse og kunnskapsbasert kunnskap, trygge medisintekniske ferdigheter og omsorg kreves det kreftsykepleiekompetanse på høyt nivå. Behovet for helsekompetanse til pasienter med kreft vil øke. Kreftsykepleiekompetanse vil være i endring og behovet for denne kompetanse øker. Kreftsykepleier vil ha en nøkkelrolle gjennom hele forløpet og bidra til god samhandling i og mellom nivåer. Vi vet at overgangene mellom nivå er svært



sårbare. Særlig for de palliative pasientene. Det er svært viktig med rett kompetanse på rett plass og nok kompetanse. Slik det er i dag blir ikke kreftsykepleiekompetansen utnyttet godt nok hverken i kommune eller spesialisthelsetjenesten.

Vi er derfor svært glade for overgang fra nasjonalt sykehus plan til en helhetlig helse og samhandlingsplan. Tjenestene må i mye større grad sees i ett. Pasienten oppholder seg mest i sin hjemkommune. Flere og flere oppgaver flyttes til kommunehelsetjenesten. Det er viktig med sømløse forløp der pasienten opplever stor grad av egenmestring, kvalitet og samhandling.

Samhandling i og mellom nivå samt mellom profesjoner må løftes i mye større grad. Fortsatt kan dette være «tungrodd». At pasienten har faste kontaktpersoner/koordinatorer både på sykehus og i kommune vil være nyttig. Dette henger tett sammen med rett kompetanse på rett plass. Med mangel på helsepersonell både nå og i fremtiden må vi bruke kompetansen riktig. Vi mener at kreftsykepleiere med masterkompetanse og spesialistgodkjenning vil løfte samhandling, kvalitet, pasientsikkerhet og bidra til sømløse pasientforløp. Flere kommuner har egne kreftkoordinatorer. Denne rollen kan være bidra til god koordinering av samhandling og kreftsykepleietjeneste i kommunen. Dette er ikke en lovpålagt oppgave og noen ganger kan vi se at de nasjonale føringene kan bli for vage. Vi mener en kreftkoordinator bør være en kreftsykepleier. Dersom det blir gitt for mye frihet i å tolke nasjonale anbefalinger kan dette føre til for store ulikheter mellom kommuner og regioner. Pakkeforløp hjem kreft er et svært godt tiltak, men dessverre løses dette ulikt fra kommune til kommune. Vi mener at en kreftkoordinator med kreftsykepleiekompetanse bør ha hovedansvar for dette, sammen med fastleger. På sykehusene er kompetanse til forløpskoordinatorene svært ulik, alt fra helsesekretær til kreftsykepleier og noen steder en lege. Dette burde vært gjort noe med.

Samhandling må ofte være mer en digital melding. Å legge til rette for fysiske samarbeidsmøter mellom 1 og 2 linjetjenesten for å sikre gode overganger for de mest sårbare er likevel nødvendig i mange tilfeller. Dette gjelder særlig de pallive pasientene. Vi må være i forkant og ha en palliativ plan.

Vi mangler oversikt over hvor mange kreftsykepleier vi faktisk har i Norge. Kreftsykepleie er ikke n beskyttet tittel, det er foreløpig en spesialsykepleier uten spesialistgodkjenning. Vi mener det er stort behov kreftsykepleie i masterløp og at en kreftsykepleier skal ha spesialistgodkjenning. Dette fører til en tydeliggjøring av hva kompetansen vår er og hvordan den kan brukes. Vi vet at i dag er det flere kreftsykepleiere som er tilsatt i sykepleiestillinger både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Flere melder at de opplever å ikke få brukt kompetansen sin riktig og dermed går det utover tilbudet til pasient og pårørende. En kan også med det oppleve at kreftsykepleier søker seg til spesialavdelinger for å få bruke kompetansen sin. Med en helsetjeneste i endring er dette svært uheldig. Vi trenger kreftsykepleiere i normerte stillinger både i kommune og i alle avdelinger i sykehus. Vi ønsker kompetanse der pasienten er. Helseforetak både lokalt og regionalt bør øremerke midler til å utdanne og nytte kreftsykepleiere. Det bør også være utdanningsstillinger som kreftsykepleier på lik linje med for eksempel intensiv, anestesi osv.

Kreftsykepleie er en spesialisert kompetanse til personer som har, har hatt eller har økt risiko for kreft, i alle aldre og i ulike faser av sykdommen, samt deres pårørende. Kreftsykepleiers funksjons- og ansvarsområder omfatter forebygging, behandling/utredning, lindring og rehabilitering for pasienter med kreft, samt undervisning og veiledning, forskning og utviklingsarbeid og administrasjon av kreftsykepleierens fagområde (Reitan og Schjøberg, 2017). Fremtidens spesialsykepleiere må i større grad ha kunnskap og kompetanse til å jobbe selvstendig på nye arenaer, bidra til utvikling av



helsetjenesten og sykepleiefaget, og sikre kunnskapsbasert praksis. De skal bidra til å øke kvalitet i tjenestene, effektivisere og finne nye måter å jobbe på.

God utnyttelse av vår kompetanse vil bidra til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette gjelder på alle områder i et pasientforløp.

En kreftsykepleier skal også veileder og bidra til kompetanseheving til andre. Med knappe ressurser er det en tendens til at fagutvikling blir en salderingspost og det blir vanskeligere å få faglig påfyll etter endt utdanning. Det bør jobbes mer med digitale kurs og opplæringspakker for å gjøre fagutvikling lettere tilgjengelig. Det bør være et minimumskrav på hvilke kompetanse som faktisk trengs og det bør settes av midler til fagutvikling, utdanning og kompetanseheving. Som kreftsykepleier står vi ofte i møte med vanskelige etiske utfordringer og dilemmaer. Dette gjelder også helsetjenesten generelt ikke bare innen kreft. Vi har gjort flere kartlegginger som viser at det er satt av alt for liten tid til etisk refleksjon Dette er en enkel og lavterskel metode for å faktisk «stå i» vanskelige situasjoner og case, samt at det kan øke kvalitet og gi god beslutningsstøtte i vanskelige prioriteringer. Derfor mener vi at et større fokus på bruk av etisk refleksjon bør være på plass i helse og samhandlingsplanen.

Digitalisering av helsetjenesten i større grad, kommer vi ikke utenom. Dette kan være en måte for pasienten på selv holde seg oppdatert på (eks kjernejournal og helsa mi) samt at det vil lette arbeidet for oss helsepersonell. Det er likevel viktig å ta med i betraktingen at vi må sørge for at de pasientene som ennå ikke behersker det digitale fortsatt kan få god hjelp. Vi savner at journalsystemene snakker med hverandre. Pasienten med kreft er ofte i kontakt med sykehus i ulike regioner. Dette er tungvint både for oss og dem, for fortsatt må enkelte ting sendes pr post eller med fax. Vi venter med forventning på resultat av helseplattform og ønsker oss i aller høyeste grad likt system mellom alle regioner. Vi kunne også ønsket oss en felles nasjonal prosedyre plattform. Her blir det også brukt ulikt i ulike regioner. Vi ser at en del prosedyrer er ulike mellom sykehus og en burde for eksempel hatt en nasjonal prosedyre for håndtering av kjemoterapi og for miljøtester i sykehusavdelinger hvor det gis cytostatika.

Desentralisering av kreftomsorg og behandling er nødvendig. Norge er et langstrakt land og enkelte pasienter bor svært langt unna nærmeste sykehus. Digitalisering med for eksempel videokonsultasjoner vil i noen tilfeller være godt nok andre ganger absolutt ikke. For å spare pasienten for unødig reising og bruk av krefter er det viktig med kompetanse der pasienten er. Dette må det settes av ekstra ressurser til. Det kan være ambulerende kreftsykepleieteam, primærhelsetjeneste team med kreftsykepleier osv.

Det er viktig med et godt tilbud for habilitering og rehabilitering Dessverre ser vi at dette er ulikt fra region til region Mange pasienter orker ikke reise langt vekk fra hjemsted og familie.

Det samme gjelder fokus på psykisk helse ved somatisk sykdom. Noen regioner og sykehus har egne psykologer/helsepsykologer. Å få en alvorlig somatisk sykdom kan noen ganger gi så store påkjenner at en blir psykisk syk. Ofte blir det «hengt på kreft knaggen» og pasient får ikke riktig hjelp og behandling. Samarbeid mellom fagfelt er helt nødvendig.

Frivillige, likepersoner og pasientforeninger bør knytte tettere opp imot ordinære tjenester. Hvordan en samarbeider med frivillige er svært ulikt fra område til område. Dette vil også være noe som kan bedre kvalitet i tjenesten.



Vi ser at svært mange av pasientene vi gir hjelp til har behandling over lang tid og gjerne i flere intervaller. Noen over flere år Sykelønsordningen slik den er i dag fungerer ikke for denne pasientgruppen. Det er ofte vanskelig å uforutsigbart å ta ut enkelt dager i forbindelse med behandling, og en vet ikke alltid i hvilken form en er etter mellom behandlinger. 52 uker er ofte ikke nok, samt at regelen med å måtte arbeide 26 uker for å opparbeide seg ny rett til sykemelding ikke passer godt for denne gruppen. Dette fører til store ekstra påkjenninger både fysisk og psykisk og bør i aller høyeste grad forbedres. En del av pasientene som er langvarig syk får en del ekstra kostnader. Selv om pasient etter hvert får frikort er der ikke alt som refunderes eller dekkes av dette, for eksempel div bandasjer og materiell. Kanskje burde en vurdert ulike varianter av denne ordninger. Fokuset på som nevnt innledningsvis være egenmesting og helsekompetanse. Det å få mange ekstra belastninger i tillegg til en alvorlig langvarig sykdom kan føre til dårligere mestring og kanskje i verste fall større behov for tyngre tjenester.

Vi kommer gjerne med videre innspill til helse og samhandlingsplan fra faggruppen og vårt fagfelt kreftsykepleier.

Vi vil avslutningsvis nevne eksempler på arbeid som vil kunne være med å forbedre samhandling og praksis:

- www.palliativplan.no
- Pakkeforløp hjem kreft ([Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp - Helsedirektoratet](#))
- Samarbeid om etisk kompetanseheving ([Samarbeid om etisk kompetanseheving - KS](#))
- Pårørendekoordinator Ålesund ([Pårørandekoordinator - Ålesund kommune](#) [=\(alesund.kommune.no\)](mailto:alesund.kommune.no))

På vegne av NSF sin faggruppe for kreftsykepleie

Faggruppeleder Tanja Yvonne Alme

Pågående arbeid og gode eksempler:

- Arbeidet med palliativ plan som er gjort og fortsatt pågår i Møre og Romsdal er et godt eksempel på verktøy for samhandling, pasientsikkerhet og brukermedvirkning.



NSFs FAGGRUPPE
FOR KREFTSYKEPLEIERE

