



Kunnskapsdepartementet - KD

Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Vår referanse: 20/03034-2
Arkivkode: A60
Saksbehandler: Liv Overaae,
Deres referanse: 20/1150
Dato: 03.03.2021

Svar på høring - Forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning

Det vises til høringsbrevbrev fra Kunnskapsdepartementet datert 26.11.20220 vedr forslag til forskrift om nasjons retningslinje for kreftsykepleierutdanningen. Høringsfrist 28.02.2021.

Flere og mer avanserte helsetjenester vil i framtiden ivaretas av kommunehelsetjenesten, og sykepleierne innehar en kritisk kompetanse og en sentral rolle.

Kommunene har i lang tid meldt om utfordringer med å dekke behovet for sykepleiere. Riktig bruk av den sykepleiefaglige kompetansen må derfor ses i sammenheng med hele helsetjenesten. I kommunesektoren vil det største behovet være knyttet til hjemmesykepleie og sykehjem, hvor en gjerne finner multisyke eldre, personer med kognitiv svikt eller yngre med betydelig funksjonsutfordringer. Kommunene har det største behovet for sykepleiere som inngår i klinisk tjeneste/vaktordninger i hjemmesykepleie og sykehjem, og som kan ivareta behov for allmennsykepleie. I utgangspunktet er kommunenes behov for tilleggskompetanse i all hovedsak knyttet til breddekompetanse på et høyere nivå. I de fleste kommuner vil personell med diagnosespesifikke utdanninger mindre grad få benyttet sin kompetanse fullt ut, da det er færre innbyggere med aktuelle diagnoser i de fleste kommunene.

Departementet har i høringsbrevet bedt om innspill på konkrete problemstillinger som svares ut under:

I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?

Kreftsykepleierne i hhv spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil ha svært ulike rammer og betingelser. På en onkologisk post vil det være mange pasienter, tilgang til høyspesialisert kompetanse og mer spesifiserte behandlingsprosedyrer enn i kommunehelsetjenesten. Kreftsykepleieren i kommunen kommer gjerne inn i andre faser av sykdommen, både før og etter den aktive behandlingsfasen.

I en felles utdanning kan det være vanskelig å dekke kompetansebehovene i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fullt ut. Men et felles kompetansegrunnlag som beskrevet i denne retningslinjen vil tjenestene et godt utgangspunkt for videre samarbeid og utvikling av tjenestene.

I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med pasientenes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Retningslinjen er lagt på et nivå som muliggjør tilpasning i forhold til medisinsk, samfunnsmessig og teknologisk utvikling.

Er fordelingen av læringsutbyttebeskrivelser for de første 60 studiepoengene og de påfølgende 60 studiepoengene er hensiktsmessig og gjennomførbar?

Det synes som en hensiktsmessig fordeling. Viktige kompetanseområder er dekket av de første 60 studiepoengene, mens påbygningen til master konsentreres om fagutvikling og forskning.

Er det noen typer kompetanser som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Det savnes en synliggjøring av behovet for kompetanse knyttet til personer med flere/ andre diagnoser og funksjonsnedsettelse, blant annet kognitiv svikt. Det er i slike tilfeller ofte atypiske symptomer og manglende evne til å kommunisere smerte/plager. Sykepleierne i kommunen, som kjenner pasienten i det daglige, er i en unik posisjon i å oppdage symptomer/sykdom, planlegge og ivareta pasienters behov i ulike faser av et sykdomsforløp.

Videre savnes en tydeliggjøring av områder som prehabilitering og rehabilitering. Dette er områder hvor det er behov for tett samarbeid mellom ulike aktører, noe som fordrer et felles kunnskapsgrunnlag.

Bør palliasjon utgjøre et eget kompetanseområde eller skal innholdet fordeles på flere kompetanseområder?

Kompetanse innen palliasjon er viktig både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, og ikke bare innen kreftbehandling. Ved å skille det ut i et eget kompetanseområde vil det lettere kunne benyttes/tilpasses også i andre utdanninger/sammenhenger, f.eks. ved forberedelser knyttet til hjemmedød.

Hjemmesykepleien møter sjeldnere kurative kreftpasienter enn palliative. Det fordrer dog kjennskap om pårørendearbeid, være i forkant for symptomlindring, kommunikasjon, råd og veiledning

Bør det være egne læringsutbytter knyttet til forebygging av kreftsykdom?

Forebyggende arbeid inngår i kommunenes samfunnsoppdrag, og forebyggings- og mestringsperspektivet innpasses i de ulike tjenester. I denne utdanningen bør forebyggende arbeid knyttet til pre- og rehabilitering prioriteres framfor primærforebyggende arbeid.

Er praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig beskrevet og gjennomførbar?

Det er viktig at det legges til rette for praksis både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og det synes godt beskrevet. Det forutsettes at også kommunene har tilføres ressurser for å ivareta denne utdanningsoppgaven.

Bør det åpnes for at simulering og ferdighetstrening kan erstatte deler av praksisstudiene?

Simulering og ferdighetstrening er i rivende utvikling, og kan i mange tilfeller være effektive læringsmetoder. Men det vil ikke erstatte verdien av den direkte kontakten med mennesker i reelle behandlingssituasjoner.

Spørsmålet er aktualisert i forbindelse med koronaepidemien, hvor helsetjenestene har vært presset både med tanke på kapasitet og smittevern. Mottak av studenter i praksis har noen steder blitt nedprioritert. Simulering og ferdighetstrening har da blitt sett på som alternativ til veiledet praksis for å oppnå læringsmålene. Erfaringene fra denne perioden må inngå i den videre planlegging av studiene.

Er felles temaer/innhold for ABIOK- utdanningene, nevnt ovenfor, hensiktsmessig inkludert?

Felles undervisning i sentrale temaer kan bidra til økt tillit og forståelse mellom fagområder. Et tema som for eksempel palliasjon vil være aktuelt ikke bare i ABIOK-utdanningene, men også for andre helseprofesjoner som har sitt virke utenfor spesialisthelsetjenesten.

Helge Eide
Områdedirektør

Åse Laila Snåre
Avdelingsdirektør