# Kartlegging av kreftsykepleiere – en undersøkelse for NSFs faggruppe for kreftsykepleiere

# Innhold:

1. Innledning og bakgrunn for rapporten
2. Oppsummering, hovedfunn og anbefalinger
3. Antall utdannede kreftsykepleiere i Norge – en oversikt
4. Resultater fra spørreundersøkelse om bruk av kreftsykepleierkompetanse
   1. Bakgrunn om respondentene
   2. Hvorfor utdannede kreftsykepleiere ikke jobber som kreftsykepleier
   3. Opplevelse av bruk av kreftsykepleierkompetansen
   4. Hindre for bruk av kreftsykepleiekompetanse
   5. Innspill til hvordan kreftsykepleiekompetanse kan brukes

# 1. Innledning og bakgrunn for rapporten

I 2022 er det 40 år siden de kreftsykepleierutdanningen startet i Norge. Landets første kreftsykepleier-utdanning startet på Radiumhospitalet i januar 1982, med 12 studenter (Kreftsykepleie 1, 2022). Utdanningen har gått fra å være en sykehusintern videreutdanning ved Radiumhospitalet, til å i 2023 tilbys ved flere universiteter og høyskoler, underlagt en nasjonal forskrift for å sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå.

Denne rapporten er ment å danne et grunnlag for å synliggjøre overfor arbeidsgivere og myndigheter hvilke ressurser de har tilgjengelig og hvordan de kan bruke denne kompetanse best mulig. Rapporten gir en oversikt over hvor mange kreftsykepleiere som er utdannet i Norge siden oppstarten for 40 år siden, og viser resultater fra en undersøkelse av bruken av utdannede kreftsykepleieres kompetanse. Deltakerne i spørreundersøkelse er utdannede kreftsykepleiere. Vi har fått 1204 svar.

Første del av rapporten viser antall utdannede kreftsykepleiere i Norge. Vi kjenner ikke til at den slik samlet oversikt tidligere har vært framlagt. Andre del av rapporten viser resultater fra en spørreundersøkelse blant kreftsykepleiere, hvem respondentene er, arbeidsplass og arbeidsforhold, og ikke minst går vi gjennom deltakernes syn på hvordan deres kompetanse blir benyttet og hvordan denne kan benyttes mer og bedre, og grunner til at de ikke benytter kompetansen sin i jobb.

Agenda Rådgivning har skrevet rapporten på oppdrag for NSFs faggruppe for kreftsykepleiere. Arbeidet ble sluttført august 2023.

# 2. Oppsummering, hovedfunn og anbefalinger

Norge har utdannet om lag 3200 kreftsykepleiere siden de første kandidatene ble uteksaminert for 40 år siden, i 1983. Gjennom en spørreundersøkelse blant kreftsykepleiere har vi hentet informasjon om de bruker kompetansen i arbeidet sitt, hva som hindrer dem i å bruke kompetansen og innspill til hvordan kompetansen kan benyttes bedre. Vi har også hentet informasjon om hvorfor noen ikke lenger jobber som kreftsykepleiere.

### Hovedfunn fra undersøkelsen:

* Kreftsykepleierkompetanse er nyttig. Den blir brukt, både for de som jobber som kreftsykepleier (93%), og de som har fått annen jobb (72%).
* Kreftsykepleierkompetanse mangler anerkjennelse. Flere kreftsykepleiere bruker kreftsykepleierkompetanse og opplever at de fungerer som kreftsykepleier, uten at de får uttelling for kompetanse i lønn eller stillingsbetegnelse. Manglende økonomi, men også lav kunnskap om kreftsykepleierkompetanse blant ledelse, pekes på som viktig hinder for å ta kreftsykepleierkompetanse i bruk.
* Manglende oppgavedeling oppleves som hinder for at kreftsykepleiere kan bruke kreftsykepleierkompetanse på en hensiktsmessig måte.
* Hovedgrunner til at noen ikke lenger jobber som kreftsykepleier er at de de får ikke stilling som kreftsykepleier, at de er ikke fornøyde med lønns- og arbeidsvilkår, og at det oppleves som psykisk tungt å jobbe med kreftsykepleie uten at de får nødvendig støtte for å for å stå i jobben.

### Innspill til hvordan kreftsykepleierkompetanse kan benyttes bedre

Kreftsykepleierne som deltar i spørreundersøkelsen bedt om å gi sine innspill til hvordan kreftsykepleierkompetansen kan benyttes bedre. Vi har samlet innspillene i seks hovedtema, og begrunner dem nærmere i det videre dokumentet:

Innspill 1: Gi kreftsykepleiere ansvaret for kreftpasienter

Innspill 2: Prioriter tid og ressurser til kreftsykepleie

Innspill 3: Opprett flere og større stillinger som kreftsykepleier

Innspill 4: Økt oppgave- og ansvarsdeling

Innspill 5: Hev andres kompetanse om kreftsykepleie

Innspill 6: Kompetanseheving gjennom fagdager mm

### Våre anbefalinger til videre arbeid:

Ut fra hovedfunnene i denne rapporten, og respondentenes egne innspill til hvordan kreftsykepleierkompetansen kan benyttes bedre, anbefaler vi NSF Kreftsykepleierne følgende videre arbeid:

* Iverksette informasjonsarbeid overfor helseledere og kommuneledelse om hva kreftsykepleierkompetanse er, og hvordan den kan benyttes.
* Arbeide for systematisert støtte og oppfølging av kreftsykepleiere i deres et arbeid som oppleves som tungt psykisk belastende, som økt bruk av etisk refleksjon.
* Påvirkningsløp overfor kommuneledelse, for å sikre at flere av de sykepleierne som i dag utfører oppgaver som kreftsykepleier, og har videreutdanningen, får anerkjent kompetansen gjennom korrekt stillingsandel, samt bedre ansvars- og oppgavedeling.
* Verving av kreftsykepleiere som i dag ikke er medlem av NSF Kreftsykepleiere, da vi ser av undersøkelsen som ligger til grunn for denne rapporten, at flere ikke er medlem her i dag.

# 3. Antall kreftsykepleiere utdannet i Norge

Siden Radiumhospitalet startet sin utdanning av 12 kreftsykepleiere i 1982, er det utdannet om lag 3200 kreftsykepleiere i Norge. Direktoratet for Høyere utdanning og kompetanses oversikt over antall uteksaminerte går tilbake til 1997, da høyskolen overtok denne utdanningen fra Radiumhospitalet.

Uteksaminert fra Radiumhospitalet 1983-1999: 204 personer. Dette antallet er et anslag, som forutsetter 12 kandidater i året, slik som ved oppstart.

Uteksaminert med vitnemål 1997-2022: 2996 kreftsykepleiere.

Tabellen under viser antall uteksaminerte kandidater per år, siden 1997:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1997** | **1998** | **1999** | **2000** | **2001** | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** | **2006** | **2007** | **2008** | **2009** |
| 15 | 30 | 20 | 43 | 150 | 49 | 198 | 35 | 155 | 128 | 94 | 194 | 120 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| 135 | 120 | 150 | 130 | 130 | 110 | 160 | 140 | 175 | 120 | 125 | 140 | 130 |

*Kilde: Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse*

Vi har ikke funnet en samlet oversikt over hvor mange som er ansatt med tittelen kreftsykepleier i Norge. I denne kartleggingen har vi sett på antall uteksaminerte.

Videre i denne rapporten, viser vi resultater fra en spørreundersøkelse blant kreftsykepleiere, med vekt på deres innspill til hvordan deres kompetanse kan benyttes.

# 4. Resultater fra spørreundersøkelse blant kreftsykepleiere

Gjennom en spørreundersøkelse blant utdannede kreftsykepleiere har vi søkt svar på i hvilken grad de opplever å få brukt sin kreftsykepleiekompetanse, hva de mener burde vært gjort for at kompetansen deres kunne vært brukt bedre, og hvilke hinder de ser for effektiv og/eller riktig bruk av kompetansen deres. Deltakerne i undersøkelsen har også svart på om de fortsatt jobber som kreftsykepleiere, og hvorfor de eventuelt ikke gjør det. De ble også bedt om å oppgi medlemskap i NSF Kreftsykepleierne.

1204 personer har svart på undersøkelsen, som ble gjennomført fra 20. april til 1. juli i 2023. Noen svar kom etter 1. juli. Alle data ligger som vedlegg til slutt i denne rapporten.

Undersøkelsen ble sendt ut via medlemspost til NSF Krefts medlemmer, delt via kreftkoordinatorer, sosiale medier og medlemsblad, for å nå flest mulig som er utdannet kreftsykepleiere.

Målgruppen for undersøkelsen var sykepleiere med videreutdanning innen kreftsykepleie. Kun respondenter som bekreftet at de er utdannet kreftsykepleier fikk derfor anledning til å delta videre i undersøkelsen. 4 prosent av de som åpnet undersøkelsen svarte «nei» på spørsmål om de er utdannet kreftsykepleier, og er dermed ikke med i det videre grunnlaget for undersøkelsen.

## 4.1 Hvem er respondentene?

98 prosent av deltakerne i undersøkelsen er kvinner. Halvparten mellom 40 og 60 år. De fleste tar denne spesialiseringen litt lengre ut i arbeidslivet, og kun 3,5 prosent av respondentene svarer at de er mellom 20 og 30 år. De fleste er bosatt i Viken (15%), og de færreste på Agder (3%). Nærmere oversikt ligger i vedlegg til rapporten.

### 4.1.1 flesteparten jobber fortsatt som kreftsykepleiere

De fleste (82%) respondentene svarer at de jobber som kreftsykepleiere. *Det kan tyde på at de fleste med utdanningen også jobber som kreftsykepleiere. Det kan også henge sammen med at vi har rekruttert respondenter primært gjennom NSF Kreftsykepleiernes kanaler, og dermed primært når de som fortsatt jobber som kreftsykepleiere.*

En andel av respondentene er pensjonister, eller jobber med annet enn kreftsykepleie. 17 prosent av deltakerne i undersøkelsen svarer at de ikke lenger jobber som kreftsykepleier, og 1 prosent er usikker. I de utdypende svarene vi nærmere på hva de gjør, de som ikke lenger jobber som kreftsykepleiere, og grunner de har for å ikke gjøre det lenger.

### 4.1.2 Hvor og hvordan jobber respondentene

58 prosent av respondentene jobber i spesialisthelsetjenesten, 35 prosent i kommunehelsetjenesten og 1 prosent annet innen helse, 1 prosent utenfor helse, og 5 prosent svarer annet (eks pensjonist).

Tre fjerdedeler av deltakerne har jobbet 5 år eller mer som kreftsykepleiere. 25 prosent er den eneste på sin arbeidsplass som er kreftsykepleier, om lag halvparten jobber på et sted med 1-10 andre kreftsykepleiere, mens 22 prosent jobber på et arbeidssted der det er mer enn 10 kreftsykepleiere. Vi ser av de utdypende svarene at for de som jobber alene som kreftsykepleier, så påvirker dette deres opplevelse av å få bruke og videreutvikle kreftsykepleierkompetansen.

### 4.1.3 Medlemskap i NSFs faggruppe for Kreftsykepleiere

Over 10 prosent av de som svarer, svarer at de ikke er, eller ikke vet om de er, medlem i NSF Faggruppen for Kreftsykepleiere.

Sett i sammenheng med at alle som har svart på undersøkelsen er utdannet kreftsykepleiere, og nesten 83 prosent svarer at de fremdeles arbeider som kreftsykepleiere, kan Faggruppen for kreftsykepleiere ha et godt utgangspunkt for å rekruttere flere medlemmer.

## 4.2 Hvorfor utdannede kreftsykepleiere ikke jobber som kreftsykepleiere

I spørreundersøkelsen har vi bedt dem som ikke arbeider som kreftsykepleiere om å utdype hvorfor de ikke gjør det. Alle respondentene har svart at de er utdannet kreftsykepleier. Flere av svarene omhandler personlige grunner som helseutfordringer eller at de har gått av med pensjon, men mange oppgir konkrete grunner knyttet til utfordringer i stillingen eller mangel på stilling, utfordringer vi ser generelt blant sykepleiere. Svarene deles i tre kategorier; de får ikke jobb som kreftsykepleier, misnøye med lønns- og arbeidsforhold og kreftsykepleie oppleves som tungt, uten at de får støtte.

### Hovedgrunn 1: Får ikke jobb som kreftsykepleier

Flere av deltakerne i undersøkelsen begrunner at de ikke jobber som kreftsykepleier, med at det ikke fins spesialiststillinger som kreftsykepleier der de bor og jobber. Noen utdyper at de har forsøkt i flere omganger å få jobb som kreftsykepleier, men etter hvert har funnet en annen jobb, ofte innenfor helsevesenet.

«Kommunen ønsker ikke å ha flere kreftsykepleiere enn 1,5 årsverk»

Av dem som ikke får kreftsykepleierstilling, men arbeider som ordinær sykepleier oppgir flere at de i praksis fungerer som kreftsykepleiere. En av respondentene sier *«…siste 7 årene har jeg jobbet i kommunal omsorgsbolig. Er litt ekstra involvert når det er kreftsykdom, men har ikke fått ekstra avsatt tid til det.»* En annen er tydelig på at hun «*fungerer som det, men har ikke frikjøpt tid*» til det.

Som vi ser senere i rapporten føler det store flertallet at de får brukt kreftsykepleiekompetansen sin i sin nåværende jobb, og denne type «caser» kan være årsaken til dette tallet er stort til tross for at ikke alle arbeider som kreftsykepleiere. Dette er utdannede kreftsykepleiere som i stor grad tar i bruk sin utdanning og kompetanse i arbeidshverdagen, til tross for at de ikke har spesialiststilling og heller derfor ikke får betalt ekstra for den kompetansen og innsatsen de legger ned.

*«Jeg jobber ikke i en stilling som kreftsykepleier, men (…) har alltid en andel med pasienter som har kreft som tilleggsdiagnose. Bruker kompetansen min i det daglige.»*

Dette kan på den siden anses som en sløsing med ressurser, der man utdanner en rekke spesialister, uten å benytte deres kompetanse fullt ut. På en annen side, kan den manglende ansettelsen av spesialister anses som en underkjennelse av den kompetansen spesialistsykepleierne besitter, i og med at de ikke får spesialiststilling og dermed heller ikke lønn for videreutdanning og ekstra kompetanse.

### Hovedgrunn 2: misnøye med lønns- og arbeidsforhold

Mange av de spurte oppgir høyt arbeidspress, dårlig turnus, tung arbeidsbelastning og lav lønn som årsaker til at de ikke lengre arbeider som kreftsykepleiere. Spesielt turnus og lønn blir trukket frem som grunner til at det er vanskelig å stå i jobben. En av respondentene sier det er «*lite tid til å gjøre en god jobb*» mens en annen svarer at «*det var for krevende i lengden*».

*«Tung arbeidsbelastning på sengepost, vanskelig med tredelt turnus*.»

En av respondentene svarte at «Jeg fikk ikke betalt for kompetansen». Lignende svar går igjen hos flere av kreftsykepleierne som ikke jobber som kreftsykepleier. Flere av dem arbeider i andre deler av helsevesenet og bruker dermed mye av den utdanningen de har, men opplever likevel ikke å bli lønnet for den kompetansen de besitter.

*«(…) blir ikkje lønna som spes.spl fordi arbeidsgivar ikke meinar det er relevant (…)»*

### Hovedgrunn 3: Kreftsykepleie oppleves tungt, uten støtte

Flere av respondentene som ikke lenger jobber som kreftsykepleier, oppgir årsaker som direkte kan linkes til utfordringer i stillingen som kreftsykepleier. En svarte at «… *det er sunt å prøve noe annet, hvor mennesker blir friske.*» En slik begrunnelse for å slutte i jobben, kan være vanskelig å hindre. Samtidig kommer det fram at en del har blitt utbrent fordi det var for tungt arbeid og for stor belastning, fysisk og psykisk, og de opplevde ikke å få støtten de trengte for å stå i jobben videre. For en spesialistgruppe som jobber så tett på langvarig sykdom og død som kreftsykepleiere gjør, kan det være grunn til å være ekstra oppmerksom på behov for støtte for å kunne stå i jobben.

*«Ble utbrent. Tungt ansvar med lite støtte.*»

Flere av respondentene forteller at de ikke opplevde at kompetansen deres blir ble satt pris på eller brukt på riktig måte. De sier det er store organisatoriske utfordringer, spesielt knyttet til ledelse, som skal til for at kompetansen blir brukt på en god måte og de opplever å bli satt pris på. En respondent forteller at hun ikke fikk tilrettelegging fra sin sjef i hjemmesykepleien til å jobbe med palliative syke, og til slutt endte med å gi opp. Andre sier at deres utdannelse ikke ble brukt godt nok eller de ikke fikk brukt kompetansen sin slik de ønsket.

*«Får ikke bruke kompetansen min godt nok.»*

Andre forklarer at de har gått over i lederstillinger eller blitt lærere/undervisere på spesialistutdanningen og dermed får brukt og videreført kompetansen sin. En trekker fram fordelen av å slippe turnus i lærerjobben, samtidig som kompetansen blir benyttet.

«Jobber som lærer på spl utdanningen (…). Slipper turnus som var veldig belastende.»

Av svarene ser vi at når det er få andre kreftsykepleiere på arbeidsplassen, kan det ha en effekt på hvor mye deltakerne i undersøkelsen opplever å få brukt og utviklet sin kompetanse, slik som sitatet til høyre viser:

Jobber som kreftkoordinator i en kommune, så får brukt kompetansen, men kjenner på ensomhet som alene som kreftsykepleier. (…) Føler kunnskapen svinner hen litt når jeg jobber så alene.»

## 4.3 Opplevelse av bruk av kreftsykepleierkompetansen

Vi stilte spørsmålet «I hvilken grad opplever du å få brukt din kreftsykepleiekompetanse i din nåværende stilling?» Et stort flertall av de som svarer på undersøkelsen opplever at de i stor (71%) eller noen (17%) grad får brukt sin kreftsykepleiekompetanse. Vi ser altså at de aller fleste opplever at den spesialiseringen de har tatt har gitt dem kunnskap og kompetanse de har nytte av i arbeidshverdagen.

Blant respondentene er det både de som fortsatt jobber som kreftsykepleier, og de som ikke gjør det. 93 prosent av de som svarer sier de i stor grad får brukt kompetansen sin som arbeider som kreftsykepleier.

I overkant av 7 prosent oppgir at de i «ingen grad» eller «liten grad» får brukt kompetansen sin i sin nåværende stilling. Da undersøkelsen inneholder svar også fra de som ikke arbeider som kreftsykepleiere i dag er det naturlig å tenke at det store flertallet av de som svarer «ingen eller liten grad» er personer som ikke lengre arbeider i en kreftsykepleierstilling. Tallene viser likevel at 46 prosent av dem som svarer dette, oppgir at de jobber som kreftsykepleiere i dag.

## 4.4 Hindre for effektiv og/eller riktig bruk av din kompetanse innen kreftsykepleie

Deltakerne i spørreundersøkelsen ble bedt om å oppgi hindre for effektiv og/eller rett brukt av deres kreftsykepleiekompetanse. Svarene deres handler i stor grad om oppgavedeling, bemanning, økonomi og tid. Om lag halvparten av respondentene (661 av 1204) har svart på spørsmålet og begrunnet hvilke hindre de ser for kompetansebruk. I neste avsnitt ser vi nærmere på respondentenes egne innspill til bedre bruk av deres kompetanse.

Mangelen på tid og flere ressurser er en stor kilde til frustrasjon blant respondentene. Det er for dårlig bemanning og for små stillinger til å kunne prioritere oppgavene og bruke kompetansen på rett sted/pasient. Det fører til travle vakter der kreftsykepleierne ikke får tid til for eksempel lunsj og de må gjøre oppgaver som kunne blitt gjennomført av andre. Flere nevner også det stadige kravet om mer effektivisering som et stort hinder for å faktisk få gjort jobben på en effektiv og god måte.

* *Blir spist opp av andre arbeidsoppgaver»*
* *Lite bemanning på arbeidsplassen. Mykje ekstraoppgåver som er urelevant for jobben som kreftsjukepleiar.»*
* *For lav bemanning. Tidkrevende prosedyrer og få satt av rett tid. Sette tid til lunsj.»*
* *Mangel på ressursar i kommunen gjer at ein blir brukt til andre oppgåver. At Kommuner ikkje klarer å samarbeide bedre. Gevinsten ville være at ein kunne lage interkommunale team for å bedre bruke den faglege kompetansen som kreftsjukepleiere har. Det er ein einsam jobb å ha arbeidsplassen sin i ei lita kommune.»*
* *Mye forefallende arbeid som vasking og rydding som stjeler tid i en travel arbeidsdag. Jeg synes også det er mye dokumetasjonsarbeid som fjerner oss fra pasientene. Registrering og kurser vi må ta i pkunnskapsportalen osv. Ganske unyttig synes jeg. Vi må bruke den tiden vi har hos pasientene. Veldig travelt der jeg jobber»*
* *Mangel på helsepersonell, er det lett for å bli som potet. Brukt til alt mulig. Det blir lagt oppgaver som å vaske kombidamper/ kjøleskapet m.m i tillegg til sjukepleiaroppgaver.»*
* *alle er likeverdige- dermed får ikke kreftsykepleierne gå til kreftpasientene, prinsippet om at alle yrkesgrupper er like viktige og at oppgavene må rullere.»*
* *Tid og rom. Hektiske hverdager som handler mest om å få gitt cellegiftkuren før vi stenger for dagen. Mer og mer behov for enerom, men ikke plass til det.»*
* *Faget slukes av andre oppgaver»*
* *Økonomi, tidspress, arbeidsplassen teller bare hoder på jobb og ser ikke på kompetanse. Er bemanning ikke riktig i forhold til behovene pasie tene har. Vi rekker bare være borti overflaten og får ikke mulighet til å utøve god sykepleie eller god kreftsykepleie til de som sårt trenger det.»*
* Jeg jobber på sengepost, Travel hverdag, lite tid til å prate med pas og pårørende om kreftbeh pas får, hensikten med den, virkning og mulige bivirkninger som k ad n oppstå og tiltak i forhold til disse. Forebygging er også veldig viktig, forebygging av bivirkninger. Dette krever kunnskap, lite tid til»
* *«At det ikkje er lovpålagt teneste, noko som bidrag til at stillinga har for liten stillingsprosent»*

Det som i større grad kommer frem av spørsmålet om hinder er mangel på forståelse og innsikt i hvilken kompetanse kreftsykepleiere besitter fra ledelsen og kommunen. På den måten får ikke kreftsykepleiere den statusen de mener de fortjener og trenger. Flere nevner at ledelsen ikke forstår at den kunnskapen og kompetansen som kreftsykepleiere besitter er et gode som kan være nyttig og nødvendig og dermed et stort hinder for å gjøre jobben på en god måte.

I spesielt små kommuner og i kommunehelsetjenesten opplever de å i stor grad bli brukt som «generelle» sykepleiere og ikke få brukt kompetansen sin slik de ønsker.

* *Kommunen må tenke nytt. Når de lar sykepleiere ta videreutdanning, må de også bruke den!*»

Én av måtene mangel på status kommer frem er at lønnen ikke står i forhold til det ansvaret som kreftsykepleiere har og føler på. Mange av dem jobber også som «ordinære» sykepleiere til tross for spesialiseringen og får dermed ikke lønn på bakgrunn av den kompetansen de besitter og bruker i det daglige.

* *Lønn står ikke i forhold til ansvar!»*

En av respondentene peker på faren ved at manglende spesialiststillinger kan føre til at færre ønsker å ta spesialiseringen, da en videreutdanning ikke nødvendigvis medfører en forskjell i oppgaver, lønn eller status:

* *Det har ingen betydning eller forskjell at du har videreutdanning (…) Videreutdanning er ikke noe som er viktig å propagere til unge sykepleiere...»*

Av andre hindre respondenter peker på er byråkrati, men også manglende kjennskap til kreftsykepleierkompetanse i andre yrkesgrupper, som blir hinder for at de kan få brukt sin kompetanse.

* *Tungrodd og byråkratisk organisering. Til tross for signalisering av tillitsbasert ledelse er det tungt og krevende å få gjennomslag for eksempelvis forbedre rutiner for økt pasientsikkerhet»*
* *Jobbet tidligere i kommunehelsetjenesten og der måtte jeg kjempe mer for å få forståelse fra ledelsen at kunnskapen jeg sitter på er både nyttig og nødvendig i alle soner av hjemmesykepleien. Som kreftsykepleier kan du virkelig gjøre en forskjell»*
* *Leger er usikre på vår kompetanse, siden vi uansett "bare" er sykepleiere.»*
* *Som kreftkoordinator mye frustrasjon over kommunens manglende organisering for ivareta helse av preterminale og terminale kreftpasienter»*
* *I små kommuner med mangel på sykepleiere generelt er jeg redd kommunen kommer til å gå bort fra stillinga som kreftkoordinator. Kanskje kommunen kunne legge tilrette mer for at flere kunne tatt utdanninga.»*
* *Bli sett av ledelsen, det er for mye fokus på hva som lønner seg, flest mulig (pol.klin) på kortest mulig tid. Kommunen må tenke nytt. Når de lar sykepleiere ta videreutdanning, må de også bruke den!»*
* *Jobbet tidligere i kommunehelsetjenesten og der måtte jeg kjempe mer for å få forståelse fra ledelsen at kunnskapen jeg sitter på er både nyttig og nødvendig i alle soner av hjemmesykepleien. Som kreftsykepleier kan du virkelig gjøre en forskjell»*
* *Definitivt anerkjennelse fra ledelse, administrasjon i kommunen sentralt. Deres begrunnelse er økonomi og at det ikke ansees som ett spesifisert behov for konkret kompetanse.»*
* *Ikke synlig nok, selv om jeg promoterer jevning hva slags kompetanse jeg har. Tydelige rammer for tid og sted for å følge opp den enkelte pasienten. Strukturelle forhold, innarbeide rutiner for denne pasienten gruppe bedre.»*
* *for mange arbeidsplasser som sier de ikke har behov for så mange kreftsykepleierstillinger, mange som da ikke får lønn som spessykepleier, mange steder jobber de med rullering av helsepersonell - alle er likeverdige- dermed får ikke kreftsykepleierne gå til kreftpasientene, prinsippet om at alle yrkesgrupper er like viktige og at oppgavene må rullere.»*
* *Hinderet er vel at vi ikke har noe kommunalt nettverk det man kan utveksle erfaringer og lære av hverandre. Et annet hinder er vel det vanlige tidspresset og økonomien i kommunen. Kursing og samlinger blir ikke prioritert. Det er en mengde flotte kurs der ute som vi ikke får benyttet oss av. Det jeg gjør i dag med å spre min kunnskap og kompetanse til andre helsearbeidere i kommunen er en god investering tenker jeg. Det er vel også en god investering i effektivisering når man sprer kunnskap utover det vanlige. Dette vil pasientgruppa nyte godt av i etterkant tenker jeg.»*

## 4.5 Innspill til hvordan kreftsykepleiekompetanse kan brukes

Vi ba deltakerne i spørreundersøkelsen svare på hvordan deres kompetanse innen kreftsykepleie kunne vært brukt mer effektivt og/eller riktig. Mange av innspillene handler om hvordan arbeidshverdagen blir organisert, hvordan systemet fungerer, prioritering av ressurser og tid, samt hvordan arbeidsfordelingen og ansvarsdelingen er.

Om lag halvparten av respondentene (674 av 1204) har gitt innspill til hvordan kreftsykepleierkompetansen kan brukes mer effektivt og/eller riktig.

### Innspill 1: Gi kreftsykepleiere ansvaret for kreftpasienter

Flere respondenter tar opp utfordringer ved at de jobber ved andre medisinske sengeposter, i tillegg til ved en ren kreftavdeling. De peker på at kreftpasienter ikke blir fordelt spesifikt til sykepleiere med kreftspesialisering, men kan bli fordelt til sykepleiere uten spesialisering, og opplever dette som at deres kompetanse ikke blir verdsatt. Flere mener de burde bli prioritert til denne pasientgruppen og få muligheten til å fokusere på dem. En av respondentene ønsker seg frigjort tid og «*likestilt mtp oppgaver og samtale slik som psykiatrisk spl.*»

Enkelte tar opp forskjellene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Enten det være seg ensomheten som kreftkoordinatorer føler på, eller at flere av dem som arbeider i kommunehelsetjenesten har større utfordringer med å få brukt spesialistkompetansen sin på kreftpasienter. Dette henger sammen med at flere tar opp måten pasienter er fordelt på alle sykepleiere, og kreftpasienter ikke er spesifikt tildelt kreftsykepleiere som jobber i hjemmesykepleien.

* *Her jeg jobber, kreftpoliklinikk, blir kompetansen brukt til d fulle. Har også inntrykk av at det gjelder for de kreftsykepleiere som jobber på avdelingen. Når det gjelder kommunehelsetjeneste derimot, er inntrykket et helt annet. Her får man sjeldnere brukt kompetansen, ingen egen stilling som kreftsykepleier mm. D må til et krav om at kreftsykepleier/-koordinator med utd som kreftsykepleier må være et krav i hver kommune!»*
* *Bedre samarbeid mellom kommune og sjukehus. Hospitering og inkludering for å holde seg oppdatert og for å finne gode løysingar for pasientar og pårørande. Bli tatt med i planlegging i høve bruk av kreftsjukepleiekompetanse i kommunen. At ein på eit høgare nasjonalt plan finn gode måtar å bruke kreftsjukepleiere på, samarbeid m.m.»*

### Innspill 2: Prioriter tid og ressurser til kreftsykepleie

Tid, bemanning og ressurser er temaer som går igjen i innspillene til hvordan kreftsykepleier-kompetanse kan brukes. Mange tar opp at de skulle ønske de fikk mer tid og ressurser til hver pasient da kreftpasienter ofte er komplekse og krever et helhetlig syn på den enkeltes situasjon. De opplever at man ikke har tid til å skulle ta seg av pasientene slik de fortjener. Dette kan være demotiverende og krevende for kreftsykepleierne. Dette kan ha en sammenheng med det flere nevner, nemlig tynn bemanning. Det er for få mennesker på jobb og man må prioritere hardere og har liten tid til hver pasient eller til å bruke kunnskapen sin.

* *Jeg fikk alltid ansvaret for pasienter med kreft, men aldri mer tid til å bruke kunnskapen. Når arbeidsmengden er stor fra før av, blir det slitsomt å brenne for sitt fag, når det blir en tilleggsbelastning. I hovedsak er det for lite mennesker på jobb til enhver tid, som gjør at man knapt får gjennomført det viktigste.»*

### Innspill 3: Opprett flere og større stillinger som kreftsykepleier

Tidligere i rapporten viste vi at respondentene oppgir manglende stillinger som kreftsykepleier som en grunn til at flere ikke arbeider som kreftsykepleiere i dag. Flere etterspør en egen kreftsykepleierstilling og høyere stillingsprosent. Mange av de som svarer opplyser om at de har 20 % stilling som kreftsykepleier og supplerer resten med andre oppgaver.

* *Har bare 20 % stilling som kreftsykepleier resterende av stillingen i hjemmesykepleien. Burde hatt satt av mere tid til denne oppgaven.»*
* *Kommunen må utlyse stilling. De hadde budsjettert penger til det, men tok det bort pga annen utgifter.»*
* *Større stillingsstørrelse. I dag kun 20% stilling.»*

### Innspill 4: oppgave- og ansvarsdeling

Bedre oppgavedeling og ansvarsfordeling nevnes av svært mange som et tiltak for å gjøre det lettere å bruke kompetansen sin på en bedre eller mer effektiv måte. Kreftsykepleiere peker på at de i dag har mange tidskrevende oppgaver, som kjøkkenarbeid, vask av rom, skylleromstjeneste, varebestilling etc. Disse oppgavene tar mye ressurser og tid, som respondentene peker på at med fordel kunne blitt brukt hos pasienter eller pårørende. Et stort antall av respondentene peker på dette og mener at andre yrkesgrupper med fordel kunne tatt seg av disse oppgavene. Enkelte sykehus har servicearbeidere eller andre som tar på seg slike oppgaver, men inntrykket fra denne undersøkelsen er at det er svært lite utbredt.

* *Andre faggrupper kunne tatt seg av matservering, hjelp i stell, sengeskift, flytting fra rom til rom»*
* *Bedre bemanning, slik at man fikk mer tid til hver pasient og ikke minst at alle oppgaver som vasking, rydding, påfyll av varer, etc burde ha vært utført av andre faggrupper enn sykepleiere. Opplever stadig å få nye oppgaver som man må gjøre i tillegg til pasientrettet arbeid, og det går utover tiden med pasienter!»*
* *Meir bemanning generelt av ansatte, for at ein som kreftsjukepleiar skal kunne få ta seg tid til det som er viktig. Akkurat no blir mykje viktig tid med kreftsjuke pasienter/ pårørande, til å gjere unna arbeid som kunne blitt gjort av andre.»*
* *Mindre oppgaver som andre faggrupper kan gjøre. F.eks matbestilling, varebestilling, påfylling av varer, servering av mat»*
* *Omorganisere andre oppgaver som er tidkrevende (kjøkkenarbeid, påfyll og bestilling av varer, vask av rom etc.) Dette tar mye tid som med fordel kunne blitt brukt hos pasientene.»*
* Andre yrkesgrupper burde gjøre mer av sine oppgaver, som vi kreftsykepleier har. F.eks vi må vaske vinduskarmer da renholdspersonalet ikke gjør dette. Da får man mer tid til pasientene»
* *Anerkjent samtale med pasienter på lik linje med å administrere cellegift»*
* *1) mindre arbeidspress på leder, slik at det blir lettere å planlegge/være i forkant (når det blir meldt om mulig ny bruker med kreftsykdom og hjelpebehov), klare å rekruttere og beholde flere fagutdannede kollegaer (både spl og helsefag) = mindre press på spl på jobb = bedre mulighet for spl m/spesialutdannelse å jobbe med sitt fagfelt»*
* *«(…) riktigere bruk av min kompetanse er jo å gi meg mer fagutvikling, å gi meg litt mer tid til å være en god kreftsykepleier. Når du feks har 6 pasienter alene på en dagenhet er det jo kvantitet og ikke kvalitet som råder. Og så blir man jo tatt for gitt, tenker at arbeidsgiver kunne ha tilbydd stabiliseringstilskudd/lønnstilskudd, ønsketurnus m.m.»*
* *Brukt mindre tid på å dekke opp for lav grunnbemanning, får ikke gjort spesialspl jobben. Bruker mye tid på fly hit og dit, kjøre til rtg, ta tlf, flytte pas, pga for få på jobb, og for liten plass (spesielt på helger), savner å være tilstede for pasienten. Har nå sagt opp jobben på sykehuset»*
* *Bedre lokaler. Mer plass. Flere behandlingsstoler. Jeg bruker en altfor stor del av arbeidsdagen til organisering, forhandling og lirking pga. altfor trangt om plassen.»*

### Innspill 5: Øke kunnskap og forståelse hos andre om hva kreftsykepleie er

Et gjennomgående innspill er å heve ledelsens kompetanse om hva kreftsykepleie, for å få den anerkjennelsen gjennom stillinger og bruk av kompetansen som kreftsykepleierne peker på at de kan bidra med.

En slik kompetanseheving vil også kunne bidra til å gi kreftsykepleiere støtte i jobben sin, da vi ser at en av tre hovedgrunner til at de ikke lenger jobber som kreftsykepleiere.

* *Ledere bør ha kunnskap om hva Kreftsykepleie handler om»*

### Innspill 6: Kompetanseheving gjennom fagdager mm

Respondenter etterspør muligheten til å ha fagdager eller på andre måter tilegne seg ny kunnskap på et felt som er i stadig endring.

* *Felles fagdager med de andre kreftsykepleierne på avdeling her og ellers på sykehuset. At vi kan undervise andre i avdeling, styrke kompetansen i avdelingen.»*

# Vedlegg:

## Spørreskjema: Spørsmål til kartlegging av kreftsykepleiekompetanse:

Om undersøkelsen: NSFs faggruppe for kreftsykepleiere inviterer personer som har gjennomført videreutdanning innen kreftsykepleie til å svare på denne undersøkelsen. Vi ønsker å få innsikt i hvordan kreftssykepleiekompetanse benyttes. Ditt svar er viktig for oss i dette arbeidet.

1. Er du utdannet med spesialisering innen kreftsykepleie? (Ja (går videre), Nei (undersøkelsen avsluttes))
2. Kjønn (Kvinne, Mann, Annet)
3. Alder (20-30, 30-40, 40-50, 50-60, 60+)
4. I hvilket fylke bor du? (alternativer: fylker)
5. Ved hvilket studiested tok du videreutdanning i kreftsykepleie? (alternativene viser nåværende navn på studiested, merk at navnet kan ha endret seg)
6. Er du medlem i NSF faggruppe for kreftsykepleiere?
7. Hvor jobber du? (Alternativer: Kommunehelsetjeneste, Spesialisthelsetjeneste, Annet innen helse, Utenfor helse, Annet)
8. Hvor lenge har du jobbet som kreftsykepleier? (Alternativer: 0-1 år, 1-5 år, 5-10 år, 10-20 år, mer enn 20 år)
9. Jobber du som kreftsykepleier i dag? (Alternativer: Ja, Nei (hvis nei – gå til spørsmål 10), Vet ikke, Nei, Annet
10. Hvis nei: Hvorfor jobber du ikke som kreftsykepleier?
11. Hvor mange kreftsykepleiere jobber på din arbeidsplass? (Alternativer: Kun meg, 1-5, 5-10, Mer enn 10
12. I hvilken grad opplever du å få brukt din kreftsykepleiekompetanse i din nåværende stilling?
13. Hva mener du burde vært gjort for at din kompetanse kunne vært brukt mer effektivt og/eller riktig? Utdyp gjerne.
14. Hvilke hinder ser du for effektiv og/eller riktig bruk av din kompetanse?

## Svar fra undersøkelsen:

Alder:

|  |  |
| --- | --- |
| 20-30 år | 40 (3,56 %) |
| 30-40 år | 256 (22,8 %) |
| 40-50 år | 312 (27,78 %) |
| 50-60 år | 349 (31,08 %) |
| 60+ | 166 (14,78 %) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fylke | Antall | Prosent |
| Innlandet | 115 | 10,22 |
| Oslo | 85 | 7,56 |
| Viken | 171 | 15,2 |
| Vestfold & Telemark | 92 | 8,18 |
| Agder | 36 | 3,2 |
| Rogaland | 124 | 11,02 |
| Vestland | 147 | 13,07 |
| Møre & Romsdal | 87 | 7,73 |
| Trøndelag | 137 | 12,18 |
| Nordland | 59 | 5,24 |
| Troms & Finnmark | 72 | 6,4 |

På hvilket studiested tok du videreutdanning i kreftsykepleie?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Studiested** | **Antall** | **Prosent** |
| Oslo Met / HIOA | 160 | 14,15 % |
| VID Oslo / Diakonhjemmet | 167 | 14,77 % |
| VID Bergen | 161 | 14,24 % |
| Universitetet i Stavanger | 101 | 8,93 % |
| Høgskolen i Vestfold | 72 | 6,37 % |
| Høgskolen i Innlandet | 84 | 7,43 % |
| NTNU Trondheim | 115 | 10,17 % |
| NTNU Ålesund | 67 | 5,92 % |
| Nord Universitet / Høgskolen i Nordland | 32 | 2,83 % |
| UiT | 85 | 7,52 % |
| Annet | 87 | 7,69 % |

Hvor jobber du?

Hvor lenge har du jobbet som kreftsykepleier?

|  |  |
| --- | --- |
| 0-1 år | 77 (6,85 %) |
| 1-5 år | 227 (20,2%) |
| 5-10 år | 247 (21,98 %) |
| 10-15 år | 246 (21,89 %) |
| 15-20 år | 165 (14,68 %) |
| 20+ år | 162 (14,41 %) |

Hvor mange kreftsykepleiere jobber på din arbeidsplass?

|  |  |
| --- | --- |
| Kun meg | 261 (24,51 %) |
| 1-5 personer | 365 (34,27 %) |
| 5-10 personer | 170 (15,96 %) |
| Mer enn 10 personer | 233 (21,88 %) |
| Ikke relevant | 36 (3,38 %) |