

Kunnskapsdepartementet
postmottak@kd.dep.no
Høringsuttalelse RETHOS 3
Kreftsykepleie

NSFs faggruppe for kreftsykepleie

På vegne av hovedstyre:

faggruppeteider Tanja Alme

Langevåg 22.02.2021

Høringsvar - Forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleieutdanning

NSFs Faggruppe for kreftsykepleiere (FKS) takker for muligheten til å gi innspill og svare på høring. Vi har i høringsprosessen vært i dialog med helseforetak i alle regioner, samt kommuner, fylker, NSF kreftkoordinatorer, og spesielt frivillige organisasjoner og pasientforeninger. Vi har og samarbeidet med utdanningsinstitusjoner, da særlig NTNU og VID.

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 (Dahl og Grov, 2014; Helsedirektoratet, 2018). 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.

FKS mener det vil være stort behov for masterløp i kreftsykepleie. 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.

Kreftsykepleie er i dag i stor endring. Pasientforløpene er ofte mer avanserte, det kreves samhandling og koordinering. Pasienter får individuelt tilpasset behandling, og pasientene kan leve lenger enn tidligere. De vil også stå over for flere valg og kan trenge råd, støtte og veiledning. Behov for samhandlingskompetanse, endringskompetanse, helsekompetanse, kompetanse i velferdsteknologi og koordinering vil være fremtredende.

Pasientforeningen PROFO (prostata kreft) er sammen med oss tydelig i sitt svar. De ønsker kreftsykepleiere med kompetanse på masternivå. Sammen med PROFO, Kreftforeningen, LHL og flere av helseforetakene er vi enig om at den kanskje største gruppen innen pasienter med kreft, nemlig **kreft overlevende**, knapt er nevnt i retningslinje. Her trengs det større fokus og mer kompetanse. Retningslinjen bør understreke helsemyndighetene sitt fokus på samhandling og utarbeiding av pakkeforløp hjem.

Faggruppen for kreftsykepleiere (FKS) får ofte tilbakemeldinger fra medlemmer som opplever å stå i tøffe og utfordrende situasjoner. Det kan være kreftsykepleier som er alene på en sykehusavdeling, eller en kreftsykepleier ute i distriktene, som kan oppleve et svært stort ansvar og nærmeste fagmiljø kan være langt unna. Desto viktigere med høy og god kompetanse, både for å ivareta pasient/pårørende, for å veilede og drive med kompetanseheving, men også for å ivareta seg selv og kunne stå i jobben. Skal vi jobbe for at pasienten skal oppleve trygghet, må vi selv være trygge. Vi må også ha mulighet til etisk refleksjon.

Rådet for sykepleieetikikk NSF mener etikken har en naturlig plass i masterutdanningen: I møte med menneskers sykdom og lidelse kreves både et godt skjøn, og ikke minst faglig og etisk dømmekraft. Etikken bør derfor være sentral i alle deler av utdannelsesløpet. De yrkesetiske retningslinjer danner et solid grunnlag for all sykepleie, og det bør forventes at de brukes aktivt både i den teoretiske delen av masterløpet og i praksisfeltet. Masterstudentene må øve seg i etisk argumentasjon, og tverrfaglige møter vil i større grad heve nivået over hvilke tema og etisk dilemma som er fruktbare å diskutere. Det er også nødvendig med et læringsmål som innebærer at masterstudentene kjenner til en etisk refleksjonsmodell og kan bruke den i sitt fagmiljø. Studentene bør videre bli kjent med ulike ressurser som etikk-veileder i kommunen, kliniske etikk-komitèr og Rådet for sykepleieetikikk. Spesialsykepleiere som er trent på å avdekke og diskutere etiske problemstillinger, vil i stor grad bidra til en kvalitetsforbedring.

Fremover vil kreftbehandlingen i større grad skje poliklinisk og pasientene vil ha mesteparten av oppfølgingen i kommune. Dette krever kompetanse og kunnskap om kommuneforvaltning, kommunal struktur og behandlingsnivå. Samhandlingskompetanse vil være avgjørende og nødvendig. Kreftsykepleiers kompetanse i ledelse er aktuell da kreftsykepleier ofte får ansvar for å lede enkelt personer, grupper, nettverk, pasienter, helsepersonell m.m. Tjenestekoordinering og samhandling beskrives i kapittel 4 § 11 c i forslaget til retningslinjene. Koordinerende kreftsykepleiere er spesielt viktig i de kommunale helsetjenester, men tverrfaglig og tverretattlig samarbeid får lite oppmerksomhet i forslaget til retningslinjer. FKS savner bruk av begrepet «tverrfaglig samarbeid» og samhandling med alle arenaer der pasient og pårørende befinner seg. Forventningene til god samhandling mellom kommunal tjeneste og helseforetak vil øke i fremtiden. Utdanningen må i større grad møte tjenestebehovet til hjemmeboende da kreftpasienten tilbringer det meste av behandlingstiden hjemme.

Med Covidsituasjonen internasjonalt er det et sterkt behov for god kunnskap innen smittevern. Smittevern må ha en sentral plass i utdanningen fremover. Meld. St. 19 (2018-2019) = [Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn](#) Punkt 5.6 Smittevern og antibiotika resistens og spesielt 5.6.3 Utdanning og opplæring i smittevern «Det er et tydelig behov for å gi smittevernet større plass i de helsefaglige grunnutdanningene og sikre videre- og etterutdanning i smittevern.»



NSF's FAGGRUPPE
FOR KREFTSYKEPLEIERE

«Smittevern bør være læringsmål i aktuelle spesialistutdanninger for å sikre nødvendig oppmerksomhet om smittevern i all pasientbehandling»

Ny nasjonal helse og sykehusplan fremhever brukermedvirkning, samt nye muligheter innen E-helse. Dette er positivt, men det vil også kunne føre til at pasienten står over for flere valg. Flere muligheter innen personsentret behandling, flere tilbud fra det private marked, samt et hav av alternative og komplementære behandlinger, vil også føre til at pasienten kan stå over for valg som kan være vanskelig og også etisk utfordrende. Kreftsykepleier må ha god vurderingsevne og kompetanse til å kritisk vurdere informasjon og muligheter. Kreftsykepleier med masterkompetanse vil kunne stille *relevante* spørsmål og være kritisk til egen praksis og kunne vurdere validitet og gyldighet i forskning. Dette vil være viktig både i direkte pasient oppfølging, i fagutvikling og kvalitetsarbeid for bedring av praksis. Kreftsykepleier må ha god kompetanse i kommunikasjon og kunne veilede både pasient, pårørende, kollegaer, andre og samfunnet.

FKS begrunner dette omfattende arbeidsfeltet med at en mastergrad i kreftsykepleie vil styrke tjenesten og behandling og omsorgstilbudet til den kreftsyke og dens pårørende, direkte i klinisk arbeid og på systemnivå.. Det er viktig og hensiktsmessig at pasientene og pårørende blir møtt med akkurat denne spesialkompetansen til en kreftsykepleier.

FKS mener at en sykepleier med master i avansert klinisk allmennsykepleie ikke kan erstatte den spesielle kompetansen til en kreftsykepleier. Pasienter med kreft og deres pårørende skal blitt møtt med spesialisert kreftsykepleiekompetanse i alle nivå.

FKS ønsker like masterløp for alle ABIOKH sykepleierne, der alle følger det internasjonale kvalifikasjonsrammeverket.

Manglende tilrettelegging for fullgatte masterløp kan gjøre det vanskelig å rekruttere til både utdanningene og til yrket. Vi ønsker derfor ikke en avstigningsmulighet, men at kreftsykepleie utdanningen er en helhetlig 120 stp masterutdanning. Det vil være vanskelig for arbeidsgiver å skille mellom læringsutbyttet og kompetansen i to ulike utdanninger på henholdsvis 60 og 90 studiepoeng i forkant av 120studiepoeng. Kreftsykepleier må være en spesialkompetanse som er **standardisert og kvalitetssikret** til det beste for pasient og samfunn.

Sykepleiere med mastergrad må også være kvalifisert til **offentlig spesialistgodkjenning**.

FKS mener det er samfunnsøkonomisk nyttig med kreftsykepleier med masterkompetanse. De vil kunne bidra til kompetanseheving, *livsviktig kompetanse* og at ny teknologi kan tas i bruk raskt. Arbeidsplasser hvor kompetanse og kvalitet er fremtredende vil ha lettere for rekruttering, *skape sterke fagmiljøer* og stabilitet til å holde på kompetanse og arbeidskraft.

Kreftsykepleie kompetanse som også er anvendt rett vil kunne utgjøre en forskjell i tjenestetilbudet til pasienter og pårørende.

Svar på høringsspørsmålene:

Spørsmål 1 og 2: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov, og pasientenes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Dagens befolkning og kreftpasienter er kunnskapsrike og velinformerte. Mange oppsøker aktivt informasjon og behandlingsalternativer. Det stilles store krav og forventninger til kreftsykepleiere om pedagogiske og kommunikative evner, og imøtekommenhet overfor pasienten og pårørende. De mellommenneskelige møtene kan være svært krevende og stiller store krav til kreftsykepleiers evne til empati og kunnskap i et komplekst fagfelt.

Leder i PROFO, Daniel Ask er tydelig i sin sak: *«det vi trenger er rett kompetanse på rett plass. Vi ønsker oss kreftsykepleiere med masterkompetane som kan gi oss pasientene god og riktig oppfølging både når det gjelder behandling og omsorg, men også kreftsykepleiere som er med og bidrar til utvikling og forskning. Kreftområde er stort, det er mange ulike sykdommer og mer målrettede behandlinger. Kreftsykepleier skal ha spisskompetanse og være spesialsykepleier i dette feltet. Dermed er det behov for et masterløp. Vi trenger denne kompetansen».*

Roy Farstad er tidligere leder i UngKreft, nå leder for Norlico. Han har en noe sjelden kreftdiagnose som han ikke blir frisk av, men som han kan leve med. Han er tydelig på hva han trenger av en kreftsykepleier: *«Kreft og kreftbehandling er i stor endring. Flere og flere kan leve med en kreftsykdom slik jeg gjør. Min kreftsykdom er ikke av den vanligste og dermed opplever jeg liten kompetanse og kunnskap i forhold til det jeg står i. Som tidligere leder i UngKreft er jeg opptatt av at vi skal møtes med kompetanse og forståelse på at vi er forskjellige. Det er ulik fra kreftsykdom til kreftsykdom, men også fra menneske til menneske. Kanskje er det andre hensyn å ta i møte med en ungdom som er syk enn for eksempel en som er eldre. Jeg trenger en kreftsykepleier med høy spesialisert kompetanse, som både kan gi meg hjelp og støtte når jeg trenger det, men som også kan samhandle med meg feks i en pasientforening for å hjelpe andre. En kreftsykepleier må være oppdatert, følge med i den generelle utviklingen i samfunnet og utøve spesialkompetanse gjerne på masternivå.»*

Med utfordringsbildet i tjenestene vil en helhetlig mastergrad på 120 stp bidra til et reelt og nødvendig kompetanseløft. Samtidig vil det gi økt fleksibilitet i tjenesten. Forskrift om nasjonal retningslinje for avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) trådte i kraft 01.02.2020. Denne retningslinjen vil kunne danne grunnlag for behovet for mastergrad i kreftsykepleie. Mastergrad vil gi verdifull kompetanse i kunnskapsutvikling og samsvarer med behovet for økt forskning og fagutviklingsarbeid innen kreftomsorgen. Det er avgjørende at kunnskapsdepartementet legger vekt på å beholde gradsstrukturen fra Bolognaavtalen og kvalitetsreformen fra 2003.

Med utviklingen vi har innen kreftbehandling og kreftomsorg vil retningslinjen som er foreslått ikke være i tråd med behovet for kreftsykepleie både nå og i fremtiden. Det må i utdanningen tilrettelegges for pasientenes behov for å kreftsykepleie med mastergradskompetanse på 120 stp.



**NSFs FAGGRUPPE
FOR KREFTSYKEPLEIERE**



Spørsmål 3 og 4:

Hvordan vurderes graden av detaljering sett i forhold til utdanningsinstitusjonens rett til autonomi og lokal tilpasning, og i hvilken grad vurderes behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene?

Omfanget av kompetanseområdene er ikke beskrevet, noe som medfører at det er vanskelig å si om utdanningene er standardiserte for å kunne sikre nasjonalt likeverdig nivå. Under § 1 virksomhetsområde og formål står det tydelig at kandidaten skal ha en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon. Men når retningslinjene er så generelle som de fremstilles blir dette bli vanskelig. Det vil kunne føre til ulike utdanninger med ulikt innhold og ulik sluttkompetanse. Dette svekker kvalitet på utdanningen og standardisering. Utdanningene må være så lik som mulig. Dette tilsier at ulike utdanningsinstitusjonene kan ha minst mulig autonomi.

Spesialkompetanse må spisses tydelig og det må være likt uansett hvor utdanningen er gjennomført. Studiepoengfordeling mellom ulike kompetanse områder vil kunne være ulike, det samme gjelder fordeling mellom teori og praksis. Dette vil være uheldig på flere nivå, både for den enkelte pasient/pårørende men også for kvalitet i tjenesten. Den spesiell kompetansen en kreftsykepleier skal ha vil kunne fremstå som diffus.

Under § 2 står det: utdanningen skal gjøre kandidaten i stand til å formidle tilpasset kunnskap osv. Dette går igjen under hele retningslinjen og skiller *seg sterkt ut* fra retningslinjer for de andre ABIO utdanningene. Beskrivelsen blir vag og generell, vi forventer *en styrket* vektlegging av spesialkompetansebeskrivelser og at kreftutdanningen med respekt for faget, er beskrevet på tilsvarende nivå som de fire andre utdanningene.

Kreftsykepleier skal anvende sin spesialkompetanse opp mot de aktuelle områdene. Men, Kreftsykepleierkompetanse er også en modningskompetanse, det trengs mot og evne til å stå i og vurdere og ta vanskelige avgjørelser i møte med mennesker i kriser. Kreftsykepleiere nærmer seg noe av det mest krevende i menneskets liv. *Vi møter pasienten på sitt mest sårbare og ofte i stor krise.* Når kreftdiagnosen er et faktum, blir det for mange mennesker en usikker framtid hvor dagene blir preget av en krevende behandling, enten i et kurativt løp eller i en palliativ fase. Gjennom ivaretagelsen av kreftpasientene og deres familier i 1. og 2. linjetjenesten, har kreftsykepleieren en sentral rolle i alle deler av pasientforløpet. Faglige styrke og identitet, verdibevisthet og etisk dømmekraft, kommunikasjonssevne, empati og mot er vesentlige egenskaper hos en kreftsykepleier.

Med dette understrekes det at det er behov for en *viss mengde* klinisk erfaring i tillegg til teoretisk kunnskap og modning. I et masterstudie vil en kunne utvide antall uker med klinisk praksis i utdanningen. Skulle det mot vår sterke anbefaling fortsette å være en videreutdanning på 60 studiepoeng er det helt avgjørende med 2 års klinisk erfaring i forkant av studiene. Dersom en går rett fra bacheleorutdanning til master vil det gjerne være yngre sykepleiere med mindre livserfaring i studiet, og antall uker med klinisk praksis i studiet vil således være avgjørende.

Spørsmål 5:

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

Faggruppen for kreftsykepleiere mener meget bestemt at fordelingen av læringsutbyttebeskrivelser ikke er hensiktsmessig og gjennomførbar. Det må stilles krav til at kreftsykepleiere som starter på utdanning i dag skal ha en helhetlig og gjennomgående mastergrad med 120 studiepoeng.

Det er ønskelig med en mulighet for at de som til nå har 60 stp skal ha en påstigingsmulighet slik at også de kan gjennomføre masterutdanning og få kreftsykepleierkompetanse på masternivå.

Spørsmål 6:

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

Kompetanseområder som mangler eller må tydeliggjøres og som vil kunne innlemmes bedre i en masterutdanning på 120 stp:

- Kreft overleve
- Nyere kreftbehandling, målrettet kreftbehandling og senskader og komplikasjoner
- Pasienter som lever med kreft/langvarig palliasjon
- Barn og ungdom med kreft
- Tverrkulturell kunnskap og minoritetskunnskap
- Pårørende
- Barn og ungdom som pårørende
- Polyfarmasi
- Farmakologi
- Etikk og etisk refleksjon
- Koordinering og samhandling
- Eldre multisyke, komorbiditet og kreft
- Rus og psykiatri og kreft
- Utviklingshemming og kreft
- Samhandling, endring og forskingskompetanse (dette blir svært mangefult om en kun tar 60 stp)
- Forebyggende helsearbeid
- Kompetanse som samfunnsaktør, sette kreft på dagsorden

Med kun 60 stp vil en ikke kunne gå i dybden på de aktuelle temaene. Kompetanse er dybdekunnskap. Ved å øke utdanningen fra 60 til 120 studiepoeng, vil det gi rom for læringsutbyttebeskrivelser på et mer avansert nivå.



Spørsmål 7: Bør palliasjon utgjøre et eget kompetanseområde eller skal innholdet fordeles på flere kompetanseområder?

Palliasjon bør være et eget kompetanse område i kreftsykepleieutdanningen. Mange kan leve med en kreftsykdom en ikke kan bli frisk av i mange, mange år, og de kan ha behov for palliativ kreftsykepleie i de ulike fasene. Dette er en stor pasientgruppe. Selv om palliasjon handler om mer enn pasienter med kreft er det viktig med høy spesial kompetanse også rett mot pasienter med kreft. Fagområdet palliasjon har endret seg mye de siste årene. En endring fra å omhandle den siste tiden til å være en helhetlig tilnærming helt fra diagnose start. Palliasjon handler om fokus på livet og livskvalitet gjennom et langt forløp, både i tidlig fase, sen fase og ved livets slutt Det er en prosess over tid som krever tilnærming bygget på tillit og trygghet møte en felles forståelse av situasjon for alle parter. Alt for mange, både helsepersonell og befolkning generelt knytter ordet palliasjon med ordet død. Dette må vi gjøre noe med.

Mange av de palliative pasientene som i dag får hjelp i kommunen er behov for avansert og kompleks palliativ behandling og omsorg. Dette er pasienter som tidlige ville lagt på sykehuset.

Behov for denne kompetansen er stor både i sjukehus og i kommunehelsetjenesten. Det kan også være til nytte i forhold til samhandling om andre pasientgrupper.

Spørsmål 8: Bør det være egne læringsutbytter knyttet til forebygging av kreftsykdom?

Kreftsykepleiers funksjons- og ansvarsområder omfatter **forebygging**, utredning, behandling, lindring og rehabilitering for pasienter med kreft, samt undervisning og veiledning, forskning og utviklingsarbeid og administrasjon av kreftsykepleierens fagområde (Reitan og Schjølborg, 2017) Utdanningen må sørge for at forebyggende helsearbeid og særlig sekundærforebygging blir ivaretatt. Kreftsykepleier bør ha kompetanse til å drive med folkeopplysning, sette kreft på dagsorden og være en samfunnsaktør i samarbeid med andre. Det å være kreativ i sin rolle som kreftsykepleier og jobbe på ulike nivå mot ulike perspektiv er nyttig og en god investering samfunnsøkonomisk.

Spørsmål 9 og 10: Er praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig beskrevet og gjennomførbar? Og Bør det åpnes for at simulering og ferdighetstrening kan erstatte deler av praksisstudiene?

FKS stiller seg *svært undrende* til hvorfor kreftsykepleieutdanningen foreslås ha kortere praksis enn de andre ABIO utdanningene. I en 60 stp er det ikke rom til mer praksis om en skal gjennomføre teoretisk undervisning i alle kompetanseområdene. En spesialisering i kreftsykepleie **må** kunne sammenlignes og *tilsvares* med AKS med praksisstudiekrav på 18 uker. Igjen et viktig argument mener vi for å endre til 120 stp masterløp.

For yngre studenter med mindre klinisk erfaring og livserfaring vil det være nødvendig med lengre praksis enn 12 uker slik det er foreslått i dag. Når det gjelder simulering må det aldri erstatte praksis, men være meget relevant supplement.



Spørsmål 11: I hvilken grad er omfanget av utdanningen gjennomførbar innenfor rammene av utdanningen?

FKS mener vi har belyst svarene våre på dette under spørsmål 5 og 6.

Spørsmål 12: Er felles temaer/innhold for ABIOK-utdanningene, nevnt ovenfor, hensiktsmessig inkludert?

Formålet med kreftsykepleierutdanningen beskrevet i § 2 og Kompetanseområder i §3 synes å skille seg fra ABIO-utdanningene med lavere ambisjonsnivå for videreutdanningen på 60 studiepoeng sammenlignet med de øvrige ABIO-utdanningene som grunnleggende har 90 studiepoeng og legger til en Masterutdanning på 30 studiepoeng.

FKS under seg over at retningslinjene er så ulikt utformet, samt at kreftsykepleie er mindre tydelig og *spesialisert* i den spesiell kompetansen. Dette må tydeliggjøres. Det synes også som om kreftsykepleieutdanningen har lavere vitenskapelignivå og fokus enn de andre ABIO utdanningene (vitenskapelig arbeid kontra fordypningsoppgave)

Generelle kommentarer:

For å oppnå forskriftenes virkemidler og formål ønsker FSK og NSF at sykepleiere med mastergrad i kreftsykepleie kvalifiserer til offentlig spesialistgodkjenning. Vi ønsker at Kunnskaps- departementet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet legger til rette for at sykepleiere med fullført mastergrad i kreftsykepleie kan søke spesialistgodkjenning, i samsvar med forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere. Spesialistgodkjenning gir myndighetene oversikt over tilgjengelig og kvalifisert kompetanse som kan inngå i krise- og katastrofemedisinsk beredskap.

Spesialistgodkjenningen er et offentlig styringsmiddel som gir helsemyndighetene mulighet til å sette faglige premisser for utdanningens innhold gjennom nasjonale retningslinjer, og innfri krav til pasientsikkerhet gjennom å kvalitetssikre yrkesutøvelsen. Ordningen vil gi myndighetene viktig oversikt over tilgjengelig kreftsykepleierkompetanse til bruk i framskrivninger av rekrutterings- og utdanningsbehov, og til kompetanestyring gjennom aktivitetskrav og kandidatmåltall til universitet og høyskoler (UH).

FKS opplever en klar forventning fra befolkningen og pasientene om å bli møtt med høy kompetanse. Vi skal kunne ha spesialisert kompetanse på høyt nivå for å skape trygghet og tillit. Pasientene skal føle seg ivaretatt og oppleve stor grad av samhandling, brukermedvirkning, samvalg og mestring. Det må være nok kreftsykepleierkompetanse både i kommuner og på sykehus og kompetansen må nyttes rett.

Å legge til rette for en ny retningslinje for kreftsykepleieutdanning i et masterløp på 120 stp vil slik vi ser det være:

«Livsviktig investering i livsviktig kompetanse nå.»

FKS's kompetansebeskrivelse av kreftsykepleie finner [du her](#)

Faggrupeleder Tanja Yvonne Alme



NSFs FAGGRUPPE
FOR KREFTSYKEPLEIERE

