



Forsøksordning Kompetanseområde palliativ medisin

Rapport

FORORD

Publikasjonens tittel: Forsøksordningen Kompetanseområde palliativ medisin.
Rapport

Utgitt: 1/2015

Bestillingsnummer: IS-2279

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2279

Forfattere: Leif Nordbotten, Helsedirektoratet
Siri Brelin, Den norske legeforening
Dagny Faksvåg Haugen, Helse Vest RHF
Ørnulf Paulsen, Helse Sør-Øst RHF
Lotte Rogg, Helse Sør-Øst RHF

Illustrasjon: Solnedgang på Helgelandskysten en vinterdag

Det spesialiserte tilbudet i lindrende behandling blir stadig bygget ut og de fleste helseforetakene har nå etablert team for lindrende behandling. Liggetiden i spesialisthelsetjenesten skal videre ned og mer av behandlingen blir poliklinisk. Det forventes at de kommunale helse- og omsorgstjenestene tar hånd om flere og sykere pasienter enn tidligere. Den teknologiske utviklingen gir nye muligheter, samtidig som det er viktig å tilby lindrende behandling med god kvalitet.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen har definerte krav til kompetanse for leger og andre yrkesgrupper som kan ha en rolle i det tverrfaglige teamet rundt pasienten. For å bedre og kvalitetssikre det lindrende helsetilbudet har det vært ønskelig å formalisere krav til utdanning og kompetanse i palliativ medisin for leger. Etableringen av forsøksordningen Kompetanseområde palliativ medisin (KPM) er kommet i stand som en måte formelt å godkjenne kompetanse på og gi offisiell godkjenning for denne kompetansen.

Fagrådet utarbeidet i 2010 prosjektplanen for Kompetanseområde palliativ medisin. Denne rapporten beskriver gjennomføringen og erfaringene fra prosjektet. Arbeidsgruppen utarbeidet i tiden etter alle dokumenter og etablerte rammene for den praktiske gjennomføringen av forsøksordningen (KPM).

Gjennomføringen av KPM hadde ikke vært mulig uten den store innsatsen som arbeidsgruppen har bidratt med i gjennomføringen av forsøksordningen. Helsedirektoratet retter en spesiell takk til arbeidsgruppens leder seksjonsoverlege Dagny Faksvåg Haugen, som i stor grad har bidratt til at det har vært mulig å gjennomføre denne forsøksordningen, og å lage projektrapporten med det innholdet den nå har fått.

INNHold

FORORD	3
INNHold	5
INNLEDNING	9
SAMMENDRAG	12
1. GJENNOMFØRING AV FORSØKSORDNINGEN	15
1.1 Etablering av prosjektplan	15
1.2 Prosjektgruppe og arbeidsgruppe	15
1.3 Etablering av faglig innhold	16
1.4 Etablering av nettside	16
1.5 Etablering av overgangsordning	16
1.6 Informasjon til helsetjenesten	16
1.7 Informasjon til søkere i Kompetanseområde palliativ medisin	17
1.8 Oppfølging av utdanningssteder	17
1.9 Publisering om ordningen	18
1.10 Diplom/attest	18

1.11 Saksbehandlingen	18
1.12 Klageadgang	18
1.13 Nettbasert undervisning i palliativ medisin	19
1.14 Spørreundersøkelser	19
1.15 Konklusjon	19
2. GODKJENNINGER I FORSØKSPERIODEN	20
2.1 Søknader om godkjenning	20
2.2 Godkjente utdanningssteder	22
2.3 Tilsyn med utdanningssteder	23
2.4 Hvem søkte ikke godkjenning?	25
2.5 Konklusjon	25
3. NASJONAL KARTLEGGING AV PALLIATIVE VIRKSOMHETER	27
3.1 Om kartleggingen	27
3.2 Palliative sentre i spesialisthelsetjenesten	27
3.3 Palliative enheter i sykehjem	29
3.4 Dødssted	31
3.5 Bruk av kompetanseområdet i utlysningstekster	32
3.6 Konklusjon	32
4. SPØRREUNDERSØKELSE	33
4.1 Oppfølging av utdanningsstedene	33
4.2 Ordningens betydning for senteret	33

INNHold

4.3	Kjennskap til forsøksordningen	33
4.4	Ordningens betydning for daglig drift og stilling for utdanningskandidat	33
4.5	Ordningens betydning for leger og fagområdet palliativ medisin	34
4.6	Palliativ medisin som kompetanseområde og egnethet	34
4.7	Godkjenningsordning	34
4.8	Manglende interesse fra sykehjemslegene	34
4.9	Tilbakemelding til Helsedirektoratet	35
4.10	Konklusjon av det vi har funnet	35
4.11	Opplevelsen av å være utdanningskandidat til kompetanseområde palliativ medisin	35
4.12	Kompetansesentrene vurdering av oppdraget med tilsyn	37
5.	ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER VED PERMANENT GODKJENNINGSORDNING	39
5.1	Etablering av flere palliative enheter	39
5.2	Etablering av flere stillinger	39
5.3	Lønnsdrivende effekter	40
5.4	Økt utdanning i palliativ medisin	40
5.5	Ressursbruk på utdanningsstedet	41
5.6	Konklusjon	41

6. TVERRFAGLIGHET	42
6.1 Tverrfaglighet i palliasjon	42
6.2 Overføringsverdi for andre personellgrupper i forhold til nye kompetanseområder	43
6.3 Overføring og styrking av andre spesialiteter ift. klinisk tjeneste	43
6.4 Konsekvenser for pasientbehandlingen	44
6.5 Konklusjon	44
7. STYRKER OG SVAKHETER VED VALGTE GJENNOMFØRING AV FORSØKSORDNINGEN	45
7.1 Styrker i valgte gjennomføring av forsøksordningen	45
7.2 Svakheter i valgte gjennomføring av forsøksordningen	46
7.3 Konklusjon	47
8. HÅNTERING ETTER AVSLUTTET FORSØKSORDNING	48
8.1 Oppfølging i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet	48
8.2 Status for godkjenninger gitt i forsøksordningen Kompetanseområde palliativ medisin	49
9. ANBEFALING FRA PROSJEKTGRUPPEN	50
9.1 Offentlig godkjenningsordning	50
9.2 Type godkjenningsordning	51
10. VEDLEGG	54

INNLEDNING

En arbeidsgruppe i Helsedirektoratet la i februar 2009 frem rapporten «Utdanning i palliativ medisin - etablering av kompetanseområde». Arbeidet med rapporten startet i 2008 på bakgrunn av at det var opprettet en rekke legestillinger i palliativ medisin, som følge av det palliative tilbudet etablert ved de fleste helseforetak. Disse stillingene var besatt av leger med ulike kliniske spesialiteter samt varierende grad av relevant erfaring/utdannelse i palliativ medisin. Dermed var det oppstått en situasjon som forutsatte leger med formell, spesialisert kompetanse i palliativ medisin, uten at slik fantes. Det ble også pekt på behovet for formelle, faglige kvalifikasjoner for leger ansatt i stillinger i palliativ medisin. Rapporten i 2009 la frem forslag til løsning om formell godkjenning gjennom etablering av Kompetanseområde palliativ medisin (KPM) for leger.

Ledermøtet i Helsedirektoratet behandlet rapporten og det ble i april 2009 anbefalt for Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å etablere en forsøksordning med Kompetanseområde palliativ medisin for leger. Med anbefalingen om å etablere palliativ medisin som kompetanseområde mente direktoratet at det på en hensiktsmessig måte kunne legges til rette for å møte de endringene som hadde pågått i lang tid og som videre vil komme bl.a. som en følge av arbeidet med samhandlingsreformen og arbeidet med endring av spesialistutdanningen.

I tilbakemeldingen fra HOD i september 2009 ble det pekt på at Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling i 2009 vedtok en tilråding om å etablere en prøveordning med formelle kompetanseområder innen utvalgte fagområder, eksempelvis palliativ medisin og alders- og sykehjemsmedisin. HOD viste også til at Den norske legeförening i brev til departementet hadde informert om vedtak fra landsstyret hvor det anbefales at det gis anledning til å opprette kompetanseområder i tillegg til de formelle spesialitetene. Departementet ba direktoratet utrede økonomiske og administrative konsekvenser av etablering av kompetanseområder.

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2010 i oppdrag å gjennomføre og evaluere en pilot for palliativ medisin som et formelt kompetanseområde. Evalueringen skal belyse følgende:

- behovet for og konsekvenser av å innføre formelle kompetanseområder for leger og eventuelt andre helsepersonellgrupper, herunder hvilke personellgrupper som i tilfelle kan inkluderes i en slik ordning
- gi en oversikt over faglige, økonomiske og administrative konsekvenser ved en eventuell varig ordning
- vurdere om feltet palliativ medisin egner seg som et kompetanseområde
- avklare hvilken godkjenningsordning som vil være mest hensiktsmessig, og om det er nødvendig med lov- og forskriftsendring dersom det skal etableres en offentlig godkjenningsordning på permanent basis
- bidra til å gi svar på om det er hensiktsmessig å etablere kompetanseområder på mer varig basis, og hvordan begrepet kompetanseområde i så fall skal defineres

Evalueringen bør i tillegg belyse om målsettingen for prosjektet er nådd og om pilotperioden har bidratt til å oppnå ulike mål eller effekter som

- formelt kvalifiserte leger i palliative team og på palliative enheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- et mer enhetlig palliativt tilbud nasjonalt
- bedre rekruttering til fagfeltet
- behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten eller som en delt oppfølging fra både primær- og spesialisthelsetjenesten for pasienter som ellers ville trenge oppfølging i spesialisthelsetjenesten

For å løse oppdraget med kompetanseområde i palliativ medisin etablerte Helsedirektoratet et Fagråd (senere endret til prosjektgruppe) for KPM. Denne gruppen har bestått av

Siri Brelin, Den norske legeforening

Merete Dahl (siden 2013), Den norske legeforening

Dagny Faksvåg Haugen, Helse Vest RHF

Anne Kvikstad, Helse Midt-Norge RHF

Leif Nordbotten (sekretær), Helsedirektoratet

Tone Nordøy, Helse Nord RHF

Ørnulf Paulsen, Helse Sør-Øst RHF

Lotte Rogg (leder), Helse Sør-Øst RHF

Katrin Rut Sigurdardottir, Helse Vest RHF

Cathrine Hannevig Welle-Watne, Helsedirektoratet

Sigbjørn Lid (observatør), Helse Møre og Romsdal HF

Jorunn Lunde (observatør), Norsk Fysioterapeutforbund

INNLEDNING

Øyvind Nordbø (observatør), Norsk Sykepleierforbund
Ingeborg Tellugen (observatør), Kreftforeningen

Til å utarbeide dokumenter til gjennomføringen av ordningen og ta seg av vurderingen av søknadene ble det etablert en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen har bestått av

Siri Brelin, Den norske legeforening

Dagny Faksvåg Haugen (leder), Helse Vest RHF

Sigbjørn Lid, Helse Møre og Romsdal HF

Leif Nordbotten (sekretær), Helsedirektoratet

Ørnulf Paulsen, Helse Sør-Øst RHF

Lotte Rogg, Helse Sør-Øst RHF

Anne Hilde Roaldset (vara), Helse Sør-Øst RHF

Denne prosjektrapporten er prosjektgruppens besvarelse av oppdraget fra HOD.

I forbindelse med gjennomføringen av forsøksordningen er det gjort ulike datainnsamlinger til prosjektrapporten. Helsedirektoratet har vært helt avhengig av bistand for å kunne gjennomføre dette arbeidet. Direktoratet vil derfor rette en stor takk til medisinerstudentene som har hjulpet oss med innsamling og analyse av data til rapporten, alle fra Universitetet i Bergen:

Karin Hestnes – Questback 1

Birthe Elén Lyssand Lekven – Questback 2

Kathrine Brun – intervjuer med utdanningskandidater

Magnus Hagland – intervjuer med utdanningskandidater

SAMMENDRAG

Forsøksordningen Kompetanseområde palliativ medisin (KPM) ble gjennomført i perioden april 2011 til desember 2014. Totalt har det vært 73 søknader om godkjenning fra leger og 18 søknader om godkjenning av utdanningssted. 53 leger har fått godkjenning og 14 utdanningssteder er godkjent. Forsøksordningen KPM har vært gjennomført i henhold til prosjektplanen.

Kapittel 1 beskriver den praktiske gjennomføringen av forsøksordningen. Prosjektgruppen nedsatte en arbeidsgruppe for å vurdere søknadene til KPM. Leger med erfaring fra fagområdet kunne søke godkjenning på overgangsordning. En nettside med alle nødvendige dokumenter og søknadsskjema ble etablert. Norsk forening for palliativ medisin fikk støtte til å utarbeide et nettbasert undervisningsopplegg i palliativ medisin. De regionale kompetansesentrene i lindrende behandling fikk delegert oppgaven med oppfølging av godkjente utdanningssteder.

Kapittel 2 gir en nærmere beskrivelse av søkere og godkjenninger i forsøksperioden. Søkeres gjennomsnittsalder var nesten 52 år på søknadstidspunktet. Innvilgete søknader har vært tilnærmet prosentvis likt mellom kjønnene. Det er 66 spesialister som har søkt. Søkerne fordeler seg med 36 i Helseregion Sør-Øst, 16 fra Vest, 12 fra Midt-Norge og seks fra Nord-Norge. Tre er bosatt i utlandet. 59 av søkerne arbeidet i spesialisthelsetjenesten og ni i de kommunale helse- og omsorgstjenestene på søknadstidspunktet. Av disse 68 hadde 59 hel- eller deltidsstilling innen palliativ virksomhet.

18 palliative sentre har søkt godkjenning som utdanningssted til KPM. 14 av disse er blitt godkjent som utdanningssted og fordeler seg med åtte i Helseregion Sør-Øst, tre i Vest, to i Midt-Norge og ett i Nord-Norge. Tre sentre er godkjent på dispensasjon ut fra veileders stillingsstørrelse.

Tolv av de godkjente utdanningsstedene har hatt minst en utdanningskandidat i forsøksperioden, men ingen av sentrene har fått opprettet egen utdanningsstilling. De fleste utdanningskandidatene hadde stilling som overlege (noen var konstituert). Oppfølgingen av utdanningsstedene er gjennomført med en skriftlig rapport og ett tilsynsbesøk. Hovedinntrykket er at sentrene holder høy kvalitet og gir en god utdanning. Den kliniske aktiviteten ble vurdert som adekvat ved alle utdanningsstedene.

SAMMENDRAG

Kapittel 3 presenterer resultatene fra de to kartleggingene av palliative virksomheter i Norge. Dette er første gang data fra palliative sentre og enheter er samlet inn fra hele landet. Kartleggingen viser at de palliative sentrene i spesialisthelsetjenesten stort sett oppfyller de nasjonale kvalitetskravene, mens det er stor variasjon mellom lindrende enheter i kommunehelsetjenesten. Det har skjedd en videre utbygging av tilbudet nasjonalt i løpet av forsøksperioden. Andre organisatoriske endringer i samme periode gjør det vanskelig å vurdere hvilken rolle KPM har spilt i denne utviklingen. En gjennomgang av stillingsannonser viser at KPM i økende grad nevnes ved utlysning av legestillinger i palliasjon.

Kapittel 4 presenterer erfaringer med og synspunkter på forsøksordningen fra godkjente utdanningssteder og utdanningskandidater. Ledere ved alle de besøkte sentrene uttrykte god kjennskap til ordningen og så på godkjenningen som et kvalitetsstempel. Alle de spurte, både leger og ledere, mente at Helsedirektoratet burde stå for godkjenningen. På flere utdanningssteder hadde godkjenningen ført til mer strukturert undervisning og opplæring. Utover dette var den daglige driften i liten grad påvirket av godkjenningen. Mangel på utdanningsstillinger ble trukket frem som det største hinderet for videre rekruttering og utdanning.

15 leger under utdanning til KPM på ni godkjente utdanningssteder ble intervjuet om sine erfaringer. Kandidatene hadde gjennomgående en positiv opplevelse av tjenesten. Kompetansesentrene var positive til oppdraget med tilsyn på utdanningssteder, men mente at en nasjonal komite med representant(er) fra hvert senter hadde vært å foretrekke.

Kapittel 5 omtaler økonomiske og administrative konsekvenser ved en permanent godkjenningsordning. De økonomiske og administrative konsekvensene vurderes til å være små og kun å ha positive effekter.

Kapittel 6 omhandler tverrfaglighet og overføringsverdi av erfaringene fra KPM til andre faggrupper. Forsøksordningen omfatter kun utprøving av et kompetanseområde for leger. Det er

elementer i ordningen som støtter muligheten for at kompetanseområder kan være overførbare til andre fagområder og faggrupper. Utdanning ved et palliativt senter kan være nyttig som sideutdanning for mange kliniske spesialiteter.

Kapittel 7 drøfter styrker og svakheter ved den valgte gjennomføringen av forsøksordningen. Styrken ligger i en grundig og strukturert gjennomføring som kan legges til grunn ved en eventuell permanent etablering av KPM og vurderes brukt ved etablering av andre kompetanseområder. Forsøksordningen ble startet i april 2011 og avsluttes i 2014. Dette er relativt kort tid. Kravet til kompetanse kan ha vært (for) høyt og man kan ha mistet potensielle søkere. Det er et relativt lite antall personer som er «kjørt gjennom» godkjenningprosessen.

Kapittel 8 omhandler håndteringen av KPM etter avsluttet pilot. Selv om forsøksordningen nå er avsluttet, bør helsetjenesten legge disse kompetansekravene til grunn i vurderingen av søkere til legestillinger i palliativ medisin.

Kapittel 9 inneholder anbefalingen fra prosjektgruppen. Prosjektgruppen mener at palliativ medisin primært bør bli et formelt kompetanseområde med nasjonal godkjenning. Sekundært mener prosjektgruppen at fagområdet palliativ medisin kan bli en spesialitet, med derav følgende godkjenningsordning. Målsettinger som ble lagt til grunn ved etableringen av ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin, vil for en stor del også gjelde palliativ medisin.

1. GJENNOMFØRING AV FORSØKSORDNINGEN

1.1 Etablering av prosjektplan

Helsedirektoratet ba i 2009 Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om å få oppdraget med å etablere en forsøksordning med Kompetanseområde palliativ medisin (KPM). Oppdraget kom i tildelingsbrevet for 2010. Samtidig ble de regionale helseforetakene (RHF) i oppdragsdokumentet for 2010 gitt i oppdrag å samarbeide med Helsedirektoratet om en forsøksordning med etablering av KPM. Helsedirektoratet ba RHFene og Den norske legeforening (Dnlf) om å oppnevne representanter til et fagråd for gjennomføringen av forsøksordningen. Som observatører i fagrådet ble Kreftforeningen, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapeutforbund invitert.

Fagrådet ble gitt i oppdrag å spesifisere utdanningen til kompetanseområdet med en teoretisk del og en praktisk del, herunder en sjekklister for praktiske ferdigheter. Videre skulle fagrådet vurdere faglig innhold, praktisk gjennomføring, godkjenningsordning/saksgang, overgangsperiode og plan for evaluering.

1.2 Prosjektgruppe og arbeidsgruppe

Etter en revidering i Helsedirektoratet av hvilke oppgaver som skal tilligge fagråd og prosjektgrupper, ble det i fagrådsmøtet i mai 2012 besluttet å endre navnet på fagrådet til prosjektgruppe. Prosjektgruppen ble tillagt oppgaven med å gi føringer på et overordnet nivå i gjennomføringen av forsøksordningen.

Med unntak av 2012 har prosjektgruppen i KPM hatt møter to ganger årlig – vår og høst.

Det ble vurdert nødvendig å etablere en egen arbeidsgruppe til å utarbeide øvrige dokumenter til gjennomføringen av ordningen og ta seg av vurderingen av søknadene til KPM. Arbeidsgruppen ble etablert ved at personer fra prosjektgruppen, oppnevnt av RHFene og Legeforeningen, gikk inn i denne oppgaven. En tilstrekkelig stor arbeidsgruppe var nødvendig for å bidra til habilitet og uavhengighet i søknadvurderingen. Det ble derfor i tillegg rekruttert en fagperson og en vararepresentant fra fagmiljøet, personer som ikke hadde deltatt i arbeidet med prosjektplanen.

Problemstillinger som arbeidsgruppen møtte i vurderingen av søknader fra personer og institusjoner, ble løftet opp til prosjektgruppen for drøfting og tilslutning/beslutning.

Arbeidsgruppen har gjennomført telefonmøter og møter i Helsedirektoratet. Hyppigst møter var det i 2011 med 9 møter, da forsøksordningen ble igangsatt.

1.3 Etablering av faglig innhold

Arbeidsgruppen som ble etablert ut fra prosjektgruppen, utarbeidet alle dokumentene til gjennomføringen av ordningen: målbeskrivelse for leger og utdanningssted, kravbeskrivelser, sjekklister, informasjonsbrosjyre, søknadsskjema og maler for innstillinger.

1.4 Etablering av nettside

Det ble opprettet en egen hjemmeside i Helsedirektoratet med informasjon, oversikt over kontaktpersoner og hvor alle dokumenter til gjennomføringen ble lagt ut. <http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistomradet/delprosjekter/palliativ-medisin/Sider/default.aspx>

På hjemmesiden ble det lagt dokumenter i både pdf- og Word-format, det siste til elektronisk utfylling.

1.5 Etablering av overgangsordning

For å kunne få på plass utdanningssteder med veiledere med godkjenning i KPM, ble det

etablert en overgangsordning fra start av forsøksordningen 1. april 2011 og frem til 31. desember 2011. Her kunne de som var «pionerer» eller som kunne dokumentere nødvendig praktisk og teoretisk kompetanse i palliativ medisin, søke om godkjenning i KPM.

1.6 Informasjon til helsetjenesten

31. mars 2011 sendte Helsedirektoratet ut brev til alle RHF, HF og palliative sentre/enheter med informasjon om forsøksordningen. Brevet informerte om ordningen og at det var etablert en egen nettside på direktoratets hjemmeside med nærmere informasjon om kompetanseområdet.

En egen informasjonsfolder i A5-format om KPM var vedlagt brevet.

Norsk forening for palliativ medisin sendte informasjon til alle sine medlemmer. De regionale kompetansesentrene i lindrende behandling fikk tilsendt et større antall brosjyrer for utdeling i sin region.

Frem til mars 2012 kom det mange søknader om godkjenning fra leger, men bare 8 søknader om godkjenning som utdanningssted. Direktoratet ønsket å bidra til at palliative sentre som ikke fylte alle kravene til utdanningssted, kunne få etablert veiledning og få den nødvendige infrastruktur på plass for å kunne søke godkjenning som utdanningssted i løpet av forsøksperioden. 12. april 2012 ble det derfor sendt et brev til alle RHF, HF, palliative enheter og palliative team med nærmere orientering om kravene til utdanningssted og hvordan disse ev. kunne tillempes under forsøksordningen.

I perioden for forsøksordningen har arbeidsgruppen jevnlig informert medlemmene i Norsk forening for palliativ medisin om status for KPM, både i elektroniske nyhetsbrev og på generalforsamlingen.

Kontaktpersoner i arbeidsgruppen har hele tiden vært tilgjengelige for spørsmål om KPM og har besvart en rekke henvendelser i forsøksperioden.

I forsøksperioden har søkere som deltar i forsøksordningen KPM, vært prioritert til de norske plassene på Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin.

1.7 Informasjon til søkere i Kompetanseområde palliativ medisin

13. april 2012 ble det sendt brev til leger som hadde søkt godkjenning i KPM, men som hadde fått melding om at de manglet tilstrekkelig klinisk tjeneste. Bakgrunnen var usikkerhet om teksten i vedtaket de hadde mottatt, var tilstrekkelig opplysende. Brevet presiserte hvilke krav som var gjeldende. Vedlagt brevet var kopi av brevet sendt til helsetjenesten 12. april 2012.

1.8 Oppfølging av utdanningssteder

Som en del av forsøksordningen godkjente Helsedirektoratet utdanningssteder ut fra vurdering av innkomne søknader. Da ordningen startet, var det ikke etablert noe system for oppfølging av utdanningsstedene i forsøksordningen. Direktoratet fikk

tilbakemelding om at de regionale kompetansesentrene i lindrende behandling var villige til å gjennomføre oppfølgingen, men at de ønsket en formell henvendelse fra Helsedirektoratet før de påtok seg oppgaven. I brev av 2. november 2012 til RHFene anmodet Helsedirektoratet derfor de fire regionale kompetansesentrene i lindrende behandling om å forestå gjennomføringen av tilsynet med utdanningsstedene i forsøksperioden.

Arbeidsgruppen i KPM utarbeidet en veiledning og sjekklister til bruk for kompetansesentrene i oppfølgingen.

4. september 2013 sendte Helsedirektoratet brev til de regionale kompetansesentrene i lindrende behandling om start av oppfølgingen av utdanningsstedene. Vedlagt brevet var en liste over godkjente utdanningssteder og sjekklister utarbeidet av arbeidsgruppen i KPM.

I brevet la Helsedirektoratet følgende føringer:

- Helsedirektoratet er mottaker av tilsynsrapportene, rapportene sendes Helsedirektoratet fortløpende fra kompetansesenteret
- Tilsynet med utdanningsstedene skal skje årlig. I løpet av forsøksordningen bør tilsynet bestå av én innhenting av skriftlig rapportering, samt rapportering etter ett besøk, i løpet av 2013 eller 2014. Rapportene fra tilsyn burde være direktoratet i hende senest 1. september 2014.
- Ved behov for nærmere oppfølging av utdanningsstedet vil det være opp til

kompetansesenteret å velge egnet form for oppfølgingen

- Det regionale kompetansesenteret gjennomfører tilsynet med utdanningsstedene i eget RHF
- Hvis tilsynet viser at utdanningssteder ikke oppfyller kravene som er satt i ordningen, vurderer Kompetansesenteret hvor lang tid det gis til å korrigere manglene. Kompetansesenteret vurderer om oppfølging av korrigerede mangler kan skje ved skriftlig rapportering, eller om det er nødvendig med tilsynsbesøk.
- Tilsynet med det regionale palliative senteret bør gjøres fra kompetansesenteret i et annet RHF

1.9 Publisering om ordningen

Da forsøksordningen trådte i kraft i mars 2011, hadde Dagens Medisin et oppslag om saken både i papir- og nettutgaven. Det er skrevet en orientering om KPM til Onkonytt, medlemsbladet til Norsk onkologisk forening. Erfaringer fra første år med forsøksordningen ble presentert på Landskonferansen i palliasjon i 2012.

Det ble publisert en orientering om KPM i Tidsskrift for Dnlf våren 2013. Navn på de som har oppnådd godkjenning i KPM, publiseres i Tidsskriftet etter hvert.

KPM er presentert i rapporten Specialization in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014, som er et supplement til European Association for Palliative Care Atlas of Palliative Care in Europe.

1.10 Diplom/attest

Det ble laget et diplom som attestasjon for oppnådd godkjenning. Diplomet sendes ut sammen med godkjenningsbrevet fra direktoratet.

1.11 Saksbehandlingen

Søknadspapirene mottatt i Helsedirektoratet ble sendt videre til arbeidsgruppen slik de var mottatt. Helsedirektoratet sjekket om alle nødvendige vedlegg fulgte søknadene, men gjorde ellers ingen første vurdering av innholdet eller komplettheten i dokumentasjonen.

Etter at søknadene var drøftet i møtene i arbeidsgruppen, mottok Helsedirektoratet innstilling fra arbeidsgruppen. Innstillingen ble vurdert i direktoratet og søkerne tilskrevet om resultatet.

Søkere som ikke oppfylte alle kravene for å oppnå godkjenning under overgangsordningen, fikk ikke avslag på søknaden, men tilbakemelding om hva de trengte av tilleggstjeneste eller kurs for å oppnå godkjenning. Søkeren fikk da tilbakemelding om at godkjenning ville kunne bli gitt «på nærmere angitte vilkår». To søkere fikk likevel avslag pga. svært mangelfull klinisk tjeneste / teoretisk kompetanse.

1.12 Klageadgang

Gjennomføringen av KPM er ikke hjemlet i lovverk og det er derfor ikke mulig å klage med henvisning til helsepersonelloven eller

enkeltvedtak etter forvaltningslovens § 2, eller påklage etter forvaltningslovens § 28.

Søkere som ikke oppnådde full godkjenning, eller fikk avslag, ble informert om at de kunne klage på vedtaket. Klager hvor ny behandling ikke ga medhold, ville måtte behandles av ankeinstans. HOD ble oppnevnt som ankeinstans ut fra prinsippet om at overordnet forvaltningsorgan skal behandle klager.

Det ble mottatt to klager. Helsedirektoratet avventet å sende disse til HOD, og sakene løste seg i mellomtiden. Ankeadgangen har derfor ikke vært prøvd i forsøksordningen.

1.13 Nettbasert undervisning i palliativ medisin

Helsedirektoratet bevilget i 2011 penger til å etablere et nettbasert undervisningsopplegg i palliativ medisin, til bruk i internundervisningen på de enkelte praksisstedene. Undervisningsopplegget er en del av Legeforeningens nettkurs og tilgjengelig på Dnlfs nettsider. «Kurset» er inndelt i moduler med ulike tema. Opplegget er fritt tilgjengelig, men man må registrere seg som bruker. Medlemmer av Dnlf er automatisk registrert.

Undervisningsopplegget er utviklet av en arbeidsgruppe i Norsk forening for palliativ medisin. Arbeidsgruppen har representanter fra alle helseregioner. Modulene er utarbeidet til bruk i internundervisning for utdanningskandidater i KPM, men kan være nyttige for alle leger og sykepleiere som arbeider med palliasjon. Mange av modulene

kan med fordel brukes i undervisningen for hele det tverrfaglige teamet.

1.14 Spørreundersøkelser

For å forsøke å samle informasjon om status for fagfeltet palliativ medisin og hvordan forsøksordningen ev. påvirker utviklingen i feltet, har arbeidsgruppen planlagt og gjennomført to spørreundersøkelser. Den første kartleggingen ble gjennomført i midten av 2012 og den siste i midten av 2014. Intensjonen var å bruke informasjonen for å følge utviklingen i tjenestene under gjennomføringen av forsøksordningen. Det ble benyttet et nettbasert kartleggingsskjema i QuestBack (QB) hvor de ulike virksomhetene selv la inn informasjon om sine tilbud.

1.15 Konklusjon

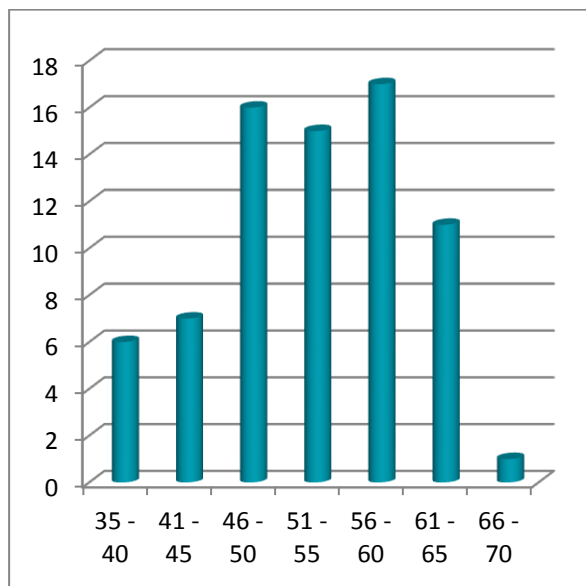
Forsøksordningen Kompetanseområde palliativ medisin har vært gjennomført i henhold til prosjektplanen. Det har ikke vært problemer knyttet til den praktiske gjennomføringen, men ulike problemstillinger rundt vurderingen av søkere og utdanningssteder har medført behov for avveininger.

2. GODKJENNINGER I FORSØKSPERIODEN

2.1 Søknader om godkjenning

2.1.1 Søkere og alder

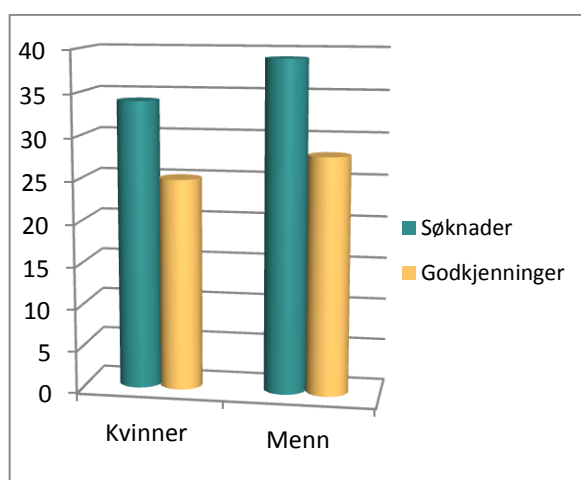
Arbeidsgruppen startet arbeidet med å vurdere søknader om godkjenning i Kompetanseområde palliativ medisin (KPM) i juni 2011. Søknadsbehandlingen har fortsatt frem til utløpet av forsøksperioden i desember 2014.



Figur 1 Antall søkere fordelt på aldersgrupper på søknadstidspunktet

2.1.2 Søkere og kjønn

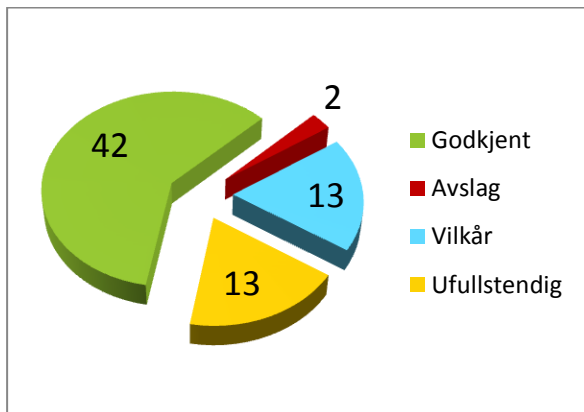
Det er 34 kvinner og 39 menn som søkte godkjenning i KPM. Av disse er det 25 kvinner og 28 menn som fikk godkjenning innen utløpet av forsøksordningen.



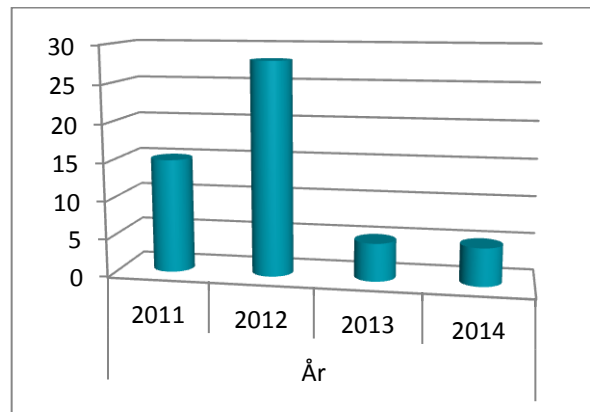
Figur 2 Søknader og godkjenninger fordelt på kjønn

2.1.3 Søknader på overgangsordning

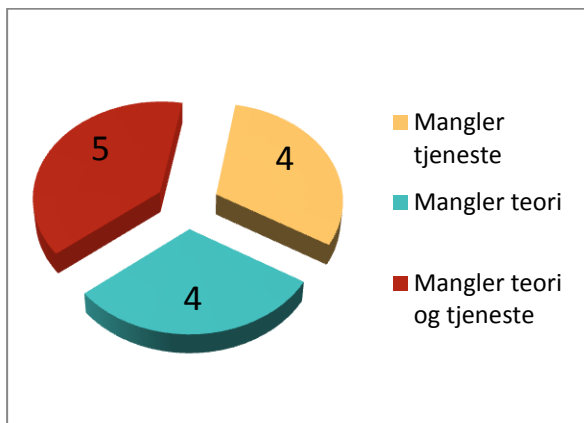
Under overgangsordningen søkte 70 leger godkjenning i kompetanseområdet. Overgangsordningen gikk ut 31.12.2011. 42 fikk full godkjenning og 13 fikk godkjenning på definerte vilkår; fire trengte tilleggsteneste, fire trengte teoretisk utdanning, og fem trengte tillegg av både klinisk tjeneste og teoretisk utdanning. Fem søknader ble utsatt pga. manglende spesialistgodkjenning. Åtte søknader hadde mangelfull dokumentasjon og søkeren ble bedt om å sende inn det som manglet. To søknader fikk avslag pga. for store mangler i teoretisk utdanning eller klinisk tjeneste. En av disse fikk senere godkjenning etter fullført utdanning.



Figur 3 Utfallet av vurderingen av søknadene på overgangsordning



Figur 5 Godkjenninger i KPM, fordelt på året det er gitt godkjenning



Figur 4 Fordelingen av definerte vilkår for godkjenning

2.1.4 Søknader etter overgangsordningen

Etter utløpet av overgangsordningen har tre leger søkt godkjenning i KPM. To søknader er innvilget, mens den tredje er gitt forhåndsgodkjenning av tjeneste.

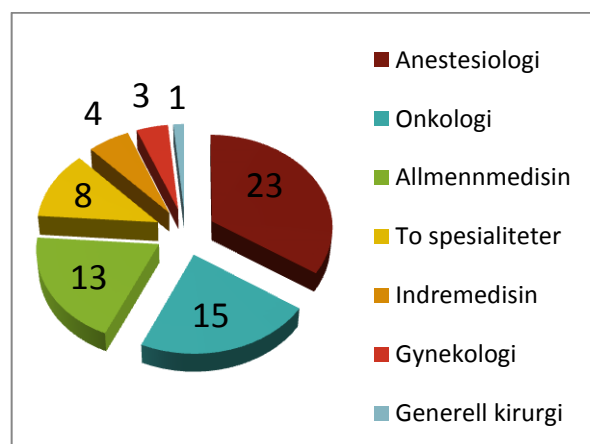
2.1.5 Årlige godkjenninger

Arbeidet med å vurdere søknader startet kort tid etter at de første søknadene var kommet inn. KPM ble igangsatt 1. april 2011. Første møte for å vurdere søknader var 15. juni 2011, hvor det var tre innkomne søknader.

2.1.6 Detaljer om deltakerne i KPM

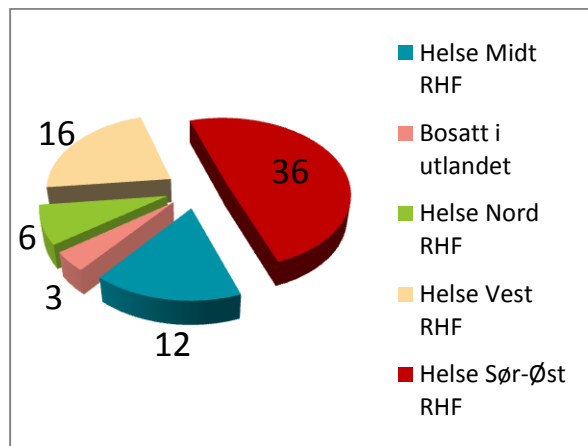
Av de 72 deltakerne i forsøksordningen er 33 kvinner og 39 menn, gjennomsnittsalder 51,7 år på søknadstidspunktet.

De 67 spesialistene fordeler seg som følger: anestesi 23, onkologi 15, allmenntjenestemedisin 13, indremedisin fire, gynekologi tre og kirurgi en. Åtte søkere har dobbeltspesialitet (tre i onkologi og indremedisin, en i onkologi og allmenntjenestemedisin, en i allmenntjenestemedisin og samfunnsmedisin, en i kirurgi og gastroenterologi, en i kirurgi og ortopedi og en i indremedisin og infeksjonssykdommer).



Figur 6 Fordelingen av spesialiteter blant legene som deltar i KPM.

Søkerne fordeler seg geografisk med 36 fra Helseregion Sør-Øst, 16 fra Vest, 12 fra Midt-Norge og seks fra Nord. Tre er bosatt i utlandet, hhv. Tyskland, Island og Danmark.



Figur 7 Geografisk fordeling av søkerne på søknadstidspunktet

En søker har søkt om konvertering av tysk godkjenning innen palliativ medisin. Fordi den norske ordningen har vært en prøveordning, har Helseledelse vurdert at konvertering foreløpig er uaktuelt.

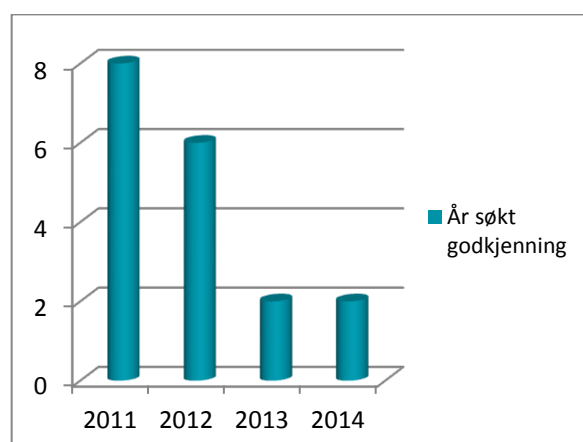
En dansk statsborger med norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning, men som bor og arbeider i Danmark og har sin kliniske tjeneste derfra, har søkt godkjenning. Vurderingen konkluderte med at søkerens kliniske tjeneste måtte anses som jevn god med tilsvarende tjeneste ved et godkjent norsk utdanningssted, og søkeren har dermed fått norsk godkjenning.

Av søkerne fra Norge arbeider 59 i spesialisthelsetjenesten og ni i kommunehelsetjenesten på søknadstidspunktet. Av disse 68 har 59 hel- eller deltidsstilling innen palliativ virksomhet. De øvrige arbeider i allmenntjenestemedisin, onkologi, psykiatri, rehabilitering og smertemedisin.

Til sammen 48 av søkerne har fullført Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin. Det vil si at med unntak av en, har alle norske leger som hadde fullført det nordiske kurset frem til utløpet av overgangsordningen, søkt godkjenning i KPM.

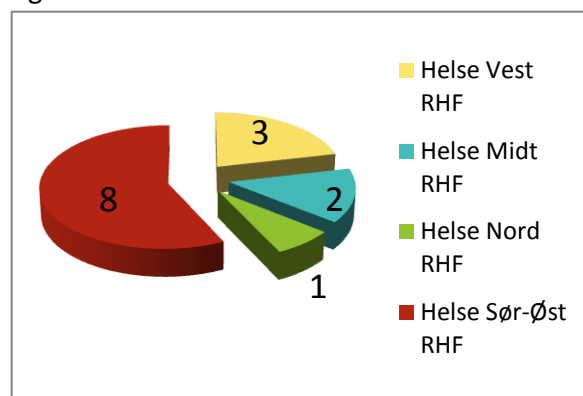
Fire søkere har master i palliasjon fra utlandet.

2.2 Godkjente utdanningssteder



Figur 8 Antall søknader om godkjenning som utdanningssted, fordelt på året det er søkt

I alt 18 palliative sentre har søkt godkjenning som utdanningssted til KPM. Søknadene fordelte seg som vist i figur 8. Ved utløpet av forsøksperioden er i alt 14 av disse blitt godkjent som utdanningssted. De 14 sentrene fordeler seg på helseregionene som vist i figur 9.



Figur 9 Godkjente utdanningssteder fordelt på RHF

Fire av utdanningsstedene har ikke sengeenhet, og er dermed bare godkjent for 12 måneders tjeneste. De øvrige 10 er godkjent for full to års tjeneste, med fordeling av tjenestetiden mellom sengeenhet og ambulerende team.

Tre utdanningssteder har fått godkjenningen på dispensasjon fordi eneste overlege med godkjenning som veileder til KPM ikke har full stilling ved senteret.

2.3 Tilsyn med utdanningssteder

I brev av 4. september 2013 ble kompetansesentrene i lindrende behandling bedt om å starte gjennomføringen av tilsynet med utdanningsstedene. Tilsynet bygger på kravene i Målbeskrivelsen for KPM og Krav til utdanningssteder til KPM. Bestillingen var at i løpet av piloten skulle tilsynet bestå av én innhenting av skriftlig rapport, samt rapportering etter ett besøk i løpet av 2013 eller 2014.

Det var bare ett av tolv utdanningssteder som sendte inn rapport i 2013. Resten av rapportene som inngikk i det første tilsynet, ble innsendt i perioden 14. februar til 14. mars 2014. Ett sted var forsinket og rapporterte først i august 2014, i forbindelse med 2. tilsyn.

Avsnittene 2.3.1-2.3.4 presenterer informasjon fra det 1. tilsynet, som omfattet 11 utdanningssteder.

2.3.1 Utdanningsstillinger for utdanningskandidater

De 11 sentrene med utdanningskandidater hadde til sammen 13 utdanningskandidater. To sentre hadde ingen kandidat, sju sentre

hadde en kandidat, mens ett senter hadde to og ett fire kandidater. Det var ingen utdanningskandidat i Helse Nord, tre i Midt-Norge, to i Vest og åtte i Helse Sør-Øst. De fleste utdanningskandidatene hadde 100 % stilling, mens en har 80 % og en 50 % stilling.

De to sentrene som ikke hadde utdanningskandidat, opplyste at de manglet stilling. Flere av de andre sentrene skrev at de heller ikke hadde stilling for utdanningskandidat, men at man hadde brukt vikariat, LIS-legehjemmel eller på andre måter fått «sydd sammen» en stilling. De fleste utdanningskandidatene hadde stilling som overlege (noen var konstituert). En kandidat hadde en LIS-stilling.

Alle de 11 sentrene hadde minst en godkjent veileder (variasjon 1-4). Alle veilederne hadde minst 80 % stilling, unntatt ett sted – der hadde veileder 60 % stilling, men overleger ved Kreftavdelingen var lett tilgjengelige (dette stedet har godkjenning på dispensasjon).

Ett senter hadde ingen overlege med godkjenning i KPM, men en veileder godkjent på dispensasjon. Dersom stillingene for utdanningskandidatene ikke regnes med, hadde de 11 sentrene i alt 28 overlegestillinger. Fire sentre hadde LIS-leger, i alt sju stillinger som varierte fra 50 til 100 %.

2.3.2 Om øvrige stillinger (ansatt eller tilknyttet)

Det ble spurt etter andre yrkesgrupper, med tanke på tilfredsstillende tverrfaglighet i det palliative teamet:

Sykepleiere: I alt 181,5 stillinger, variasjon 1-43,75 stillinger

Fysioterapeuter: To sentre hadde fysioterapeut ansatt i teamet, 6 tilknyttet, 2 hadde både ansatt og tilknyttet, 1 ingen.
Prester: Åtte sentre hadde prest tilknyttet, 3 både ansatt og tilknyttet.
Sosionomer: To sentre hadde sosionom ansatt, 7 hadde tilknyttet, 2 både ansatt og tilknyttet

Av andre stillinger nevnte besvarelsene spesielt ernæringsfysiolog (6) og ergoterapeut (4).

Konklusjonen var at alle utdanningsstedene hadde adekvat bemanning. Ett senter mente selv at bemanningen ikke var adekvat, og begrunnet dette med at de hadde for få faste legestillinger og heller ikke utdanningsstilling til KPM. Senterets bemanning oppfylte likevel kravene til utdanningssted.

2.3.3 Om aktivitet

Alle sentrene hadde krysset av for polikliniske konsultasjoner og tilsyn på sykehusets avdelinger. 10 av elleve sentre hadde ambulant service til pasientens hjem/sykehjem. (Det siste senteret hadde kun tilsyn internt i sykehuset, og den ambulante aktiviteten var ivaretatt av annet palliativt senter i samme by.) Fem sentre ga behandling ved dagavdeling.

Alle sentrene oppga at systematisk symptomkartlegging og symptombehandling, systematisk arbeid med å inkludere og ivareta pårørende og systematisk samarbeid med primærhelsetjenesten var integrert i virksomheten.

Ni av sentrene hadde sengeenhet, variasjon 3-12 senger, 76 senger i alt. De to siste

utdanningsstedene hadde bare palliativt team.

Konklusjonen var at alle sentrene hadde adekvat aktivitet.

2.3.4 Om utdanning og forskning

10 av 11 sentre hadde utdanningsutvalg med lege som leder. Alle sentrene hadde oppdatert utdanningsplan for senteret, men bare på fire av ni aktuelle sentre hadde kandidaten(e) oppdatert utdanningsplan. Alle sentrene rapporterte tilfredsstillende internundervisning.

10 sentre hadde krysset av for aktiv forskning og/eller fagutvikling.

Konklusjonen etter rapporteringen var at alle de 11 sentrene oppfylte kravene til å være utdanningssted, men at man må påse at kandidatene har en oppdatert utdanningsplan.

2.3.5 Tilsynsbesøk vår/sommer 2014

Mens det første tilsynet besto av en skriftlig rapport fra utdanningsstedene, ble tilsyn nr. 2 gjennomført ved besøk fra det regionale kompetansesenteret for lindrende behandling. Tilsynet med de regionale palliative sentrene ble utført av kompetansesenteret i en annen helseregion, kfr. kapittel 1.8. Ett senter til i Helse Sør-Øst ble besøkt av kompetansesenteret i Vest, for å fordele arbeidsmengden litt jevnere. 12 godkjente utdanningssteder ble besøkt. De to siste godkjente sentrene ble godkjent så sent at de ikke kom med i denne runden. Alle de regionale kompetansesentrene deltok i tilsynsbesøkene, med variasjon fra ett til fem besøk per senter.

Ved dette tilsynet hadde de 12 sentrene til sammen 10 utdanningskandidater. Siden forrige rapportering hadde to av sentrene hatt henholdsvis en og to kandidater som hadde fullført den påkrevde tjenesten. Det ene av disse sentrene hadde nå ingen utdanningskandidat, mens det andre fortsatt hadde to. I alt fire sentre var uten kandidat, seks sentre hadde en kandidat og to sentre to utdanningskandidater. Fortsatt var det ingen utdanningskandidat i Helse Nord; Midt-Norge og Vest hadde to kandidater hver, og Helse Sør-Øst seks kandidater. Utdanningskandidatene hadde 80 eller 100 % stilling.

Tilsynsbesøkene var godt forberedt og ga et mer utfyllende bilde av organisering og aktivitet enn de kortfattede, skriftlige rapportene. Hovedinntrykket var at sentrene holder høy kvalitet og gir en god utdanning. Det var få endringer fra forrige rapportering. Den kliniske aktiviteten ble vurdert som adekvat ved alle utdanningsstedene. De fleste hadde også et godt og dekkende opplegg for internundervisning. Ved ett senter hadde ubesatte overlegestillinger og kortvarige vikariater påvirket undervisningsopplegget, mens veiledning og supervisjon fungerte tilfredsstillende.

Ett senter ble vurdert til ikke å oppfylle kravene til utdanningssted. Dette senteret var i utgangspunktet godkjent på dispensasjon, og endringer i bemanning og organisering hadde nå medført endrete forutsetninger for veiledning og supervisjon. Senteret har fått en skriftlig tilbakemelding med frist ut året 2014

til å rette opp manglene. De øvrige utdanningsstedene fikk ingen anmerkninger.

2.4 Hvem søkte ikke godkjenning?

Det ble ikke mottatt noen søknader om forhåndsgodkjenning av tjeneste fra leger som arbeider ved palliative enheter i sykehjem. I forbindelse med sluttrapporten ble Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin (NFAS) kontaktet med spørsmål om hva som kunne være årsaken til dette.

I tilbakemeldingen svarer NFAS at det er usikkert hvor mange av deres medlemmer som er klar over denne muligheten. Foreningen opplyser videre at de gjerne vil bekjentgjøre denne viktige muligheten gjennom nettsiden sin.

På nettsiden om KPM hos Dnlf er det klikkbar lenke til Helsedirektoratet og hjemmesiden for forsøksordningen. Det er også informasjon om KPM på hjemmesiden til Norsk forening for palliativ medisin (NFPM). Det kan likevel hende at informasjon om ordningen ikke har nådd frem til alle leger som arbeider på lindrende enheter i sykehjem. Selv om ingen har søkt om forhåndsgodkjenning av tjeneste ved lindrende enhet på sykehjem, har 9 av 40 leger som arbeider på lindrende enheter fått godkjenning i kompetanseområdet.

2.5 Konklusjon

I alt 72 leger har deltatt i forsøksordningen. Av disse har 53 fått godkjenning i KPM, mens en del er i ferd med å skaffe seg påkrevd klinisk tjeneste og/eller teoretisk utdanning. 14 palliative sentre i sykehus er godkjent som

utdanningssted til KPM. Ved utløpet av forsøksordningen holder disse høy standard og har til sammen 10 utdanningskandidater. Ingen leger har søkt forhåndsgodkjenning av tjeneste til KPM ved lindrende enheter i sykehjem.

3. NASJONAL KARTLEGGING AV PALLIATIVE VIRKSOMHETER

3.1 Om kartleggingen

Siden september 2007 har www.pallreg.no gitt en oversikt over palliative tiltak i Norge, men uten detaljer om bemanning og aktivitet. I forbindelse med etablering av forsøksordningen med Kompetanseområde palliativ medisin (KPM) i 2011 var det ønskelig å gjøre en full kartlegging av palliative tiltak i Norge for å dokumentere status ved starten av forsøksordningen.

Denne første kartleggingen ble utført i 2012, og bygget på opplysninger vedrørende resultater for 2011. Ny kartlegging ble foretatt i mai 2014 (med resultater for 2013) for å kunne sammenlikne og vurdere utviklingen i feltet. Dette er de to første nasjonale kartleggingene av palliativ virksomhet i Norge.

Et webbasert spørreskjema ble utarbeidet og adressater identifisert fra PallReg og kompetansesentrenes kontaktlister. Etter pilottesting ble undersøkelsen sendt ut i mai 2012, fulgt opp med purringer, samt telefonintervju med de største sentrene/enhetene som ikke hadde svart. Data ble gjennomgått og kvalitetssikret, og mange respondenter kontaktet. SPSS ble brukt til deskriptiv statistikk.

Ved ny undersøkelsesrunde i 2014 var webskjemaet noe modifisert på bakgrunn av erfaringer fra 2012, men uten å hindre mulighet for sammenlikning med resultatene fra 2012.

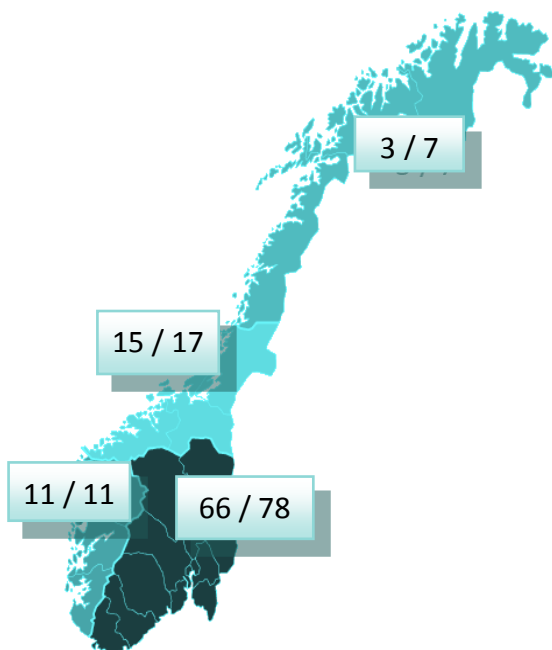
3.2 Palliative sentre i spesialisthelsetjenesten

3.2.1 Kartleggingen i 2012

Kartleggingen i 2012 oppnådde høy svarprosent i spesialisthelsetjenesten, med svar fra 34 sentre (90 %), men de forskjellige sentrene hadde varierende oversikt over tall på antall pasienter, gjennomsnittlig antall liggedøgn og andel som døde under opphold på sengeavdeling. 98 % av pasientene hadde kreft.

Fire sentre hadde både palliativt team, sengepost, poliklinikk og dagavdeling. 11 sentre hadde palliativt team, sengepost og poliklinikk. Ni sentre hadde palliativt team og poliklinikk, åtte sentre hadde kun palliativt team, ett senter hadde bare sengepost og ett senter hadde kun dagavdeling (n=34). Det var til sammen 16 sykehus som hadde sengepost som en del av sitt palliative tilbud. Størrelsen på sengepostene varierte fra to til tolv senger. Det var flest små enheter, åtte

hadde to eller tre senger. Helse Sør-Øst RHF hadde flest sengeplasser, totalt 66. Helse Vest RHF hadde 11 senger, Helse Midt-Norge RHF 15 og Helse Nord RHF tre senger. Gjennomsnittlig liggetid var 7,9 døgn.



Figur 1 Antall senger ved palliative enheter i sykehus, regionvis. Tall for hhv. 2012 og 2014. Tallene er hentet fra Pallreg.

Tilsynene til de 32 palliative teamene fordelte seg med 53,7 % til inneliggende pasienter, 25,4 % polikliniske, 17,6 % hjemmebesøk og 3,4 % sykehjemsbesøk.

Alle sentrene hadde minst én lege i 50 % stilling eller mer, og 31 av 69 overleger (45 %) hadde godkjenning i Kompetanseområde palliativ medisin. Etter Nasjonalt handlingsprogram skal alle palliative sentre i spesialisthelsetjenesten ha minst en overlege som skal ha palliasjon som hovedaktivitet. Alle respondentene oppfylte dermed dette kravet og hadde krav på DRG-takst. Dette gjenspeiles

i at 95,7 % av innleggelsene var kodet med Z51.50.

Omtrent en femtedel av legene i spesialisthelsetjenesten hadde under 50 % stilling. Det er ikke helt ideelt med små stillinger, særlig med tanke på kontinuitet for pasientene. Samtidig kan ulike spesialiteter skape bredde i teamet, og det viktigste er at hovedlegen i det minste har en større stilling. 63,1 % av sykepleierne hadde videreutdanning.

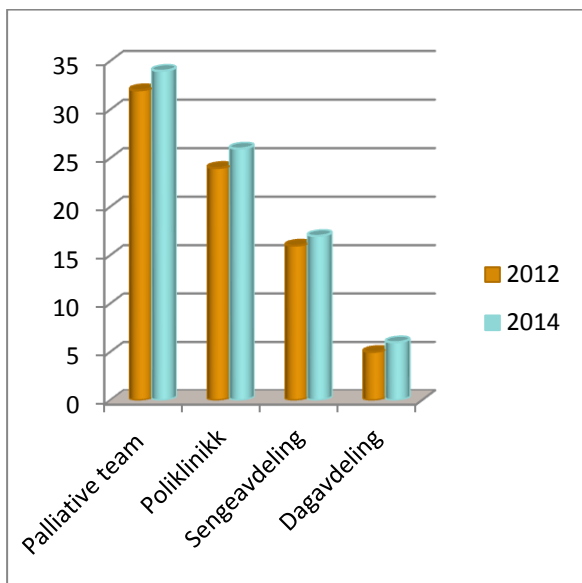
Palliative sentre i spesialisthelsetjenesten hadde større grad av tverrfaglig tilbud enn kommunale enheter.

3.2.2 Kartleggingen i 2014

Kartleggingen i 2014 ble utført i mai 2014. Kartleggingen oppnådde svar fra 34 av 41 tiltak i spesialisthelsetjenesten (83 %). 97 % av pasientene var kreftpasienter.

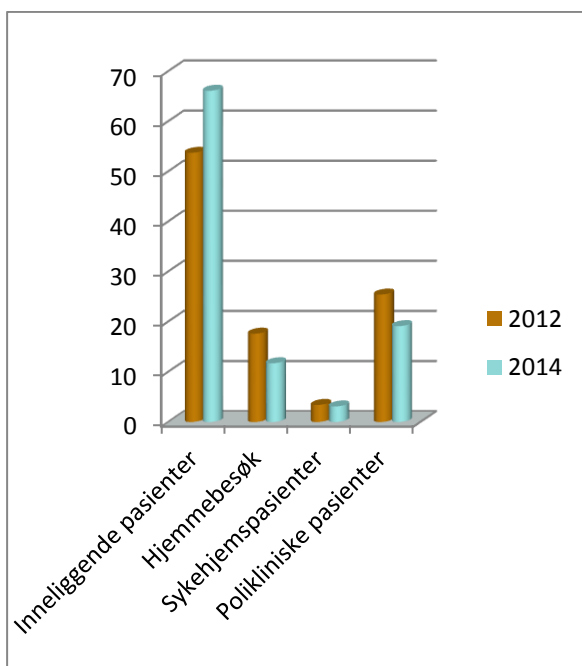
Alle tiltakene unntatt ett hadde palliativt team. Halvparten hadde også palliativ enhet. Åtte hadde ikke poliklinikk, mens resten (26) hadde polikliniske konsultasjoner. Seks tiltak i spesialisthelsetjenesten hadde dagavdeling.

Det var til sammen 17 sykehus som hadde sengepost som en del av sitt palliative tilbud. Størrelsen på sengepostene varierte fra to til 13 senger (n=17). Ni enheter hadde to eller tre senger, en hadde fire senger, tre hadde åtte-ni senger og fire hadde 12-13 senger. Helse Sør-Øst RHF hadde økt sengeantallet til 78 senger, Helse Vest RHF hadde uendret antall senger, Helse Midt-Norge RHF økt til 17 senger og Helse Nord RHF hadde økt sengeantall til syv senger. Gjennomsnittlig liggetid var 6,8 døgn (nedgang fra 2012-kartleggingen).



Figur 2 Fordelingen av virksomhetsformer i spesialisthelsetjenesten

Tilsynene til de 33 palliative teamene fordelte seg med 66,1 % til inneliggende pasienter, 19,1 % polikliniske tilsyn, 11,7 % hjemmebesøk og 3,1 % sykehjemsbesøk.



Figur 3 Prosentvis fordeling av palliative tilsyn i 2012 og 2014

94,3 % av opphold ved sengeenhet (angitt av 13 av de 17 tiltakene med sengeenhet), hadde takst Z51.50, dvs. noe lavere enn i 2012. Totalt antall opphold kodet med Z51.50 var 7277 (n=25 tiltak). Dette gjaldt både opphold i palliative enheter og på andre avdelinger der det palliative teamet hadde laget en behandlingsplan for pasienten.

Det jobbet til sammen 84 legespesialister i de 34 palliative tiltakene i spesialisthelsetjenesten (56,41 årsverk), og 39 av disse (46 %) hadde godkjenning i Kompetanseområde palliativ medisin. I tillegg kom 12 leger i spesialisering (LIS-leger) som dekket 8,5 årsverk. 34 årsverk totalt var spesifikt knyttet til arbeidet i de palliative teamene.

To sykehus hadde ingen fast stilling tilknyttet den palliative virksomheten. Ni leger var eneste lege i sin palliative virksomhet. En av disse arbeidet mindre enn 50 % stilling (40 %). Tre av dem som var eneste lege, hadde 100 % stilling. I henhold til kravet i Nasjonalt handlingsprogram om minst en lege i 50 % stilling, var det således 3 sentre som ikke fylte dette kravet.

62,8 % av sykepleierne hadde videreutdanning.

3.3 Palliative enheter i sykehjem

3.3.1 Kartleggingen i 2012

Kartleggingen 2012 i kommunehelsetjenesten (KHT) oppnådde lavere svarprosent enn i spesialisthelsetjenesten (SHT), med svar fra 30 av 41 tiltak (73 %). I KHT var alle palliative

tiltak sengeenheter i sykehjem eller helsehus, med tre unntak: Fransiskushjelpen, Hospice Stabekk og Drammen geriatriske kompetansesenter.

Andel kreftpasienter blant pasientene var lavere enn i SHT, 82,5 %.

Det var færre tilgjengelige tjenester i KHT enn i SHT. De fleste palliative tiltakene hadde enkel tilgang på laboratorietjenester og smerteklinikk eller spesialist i smertebehandling. Halvparten hadde enkel tilgang til en kreftpoliklinikk. To enheter hadde ikke enkel tilgang til noen av tilbudene.

Det var til sammen 29 lindrende enheter som besvarte undersøkelsen. Antall senger varierte fra fire til elleve, med flest i gruppen 4-6 senger. 24 tiltak i KHT hadde fra fire til åtte senger på den palliative enheten.

Gjennomsnittlig liggetid var 23,8 døgn. Totalt antall pasienter var 1740 og totalt antall som døde under innleggelsen var 1049.

Det jobbet til sammen 40 leger i de 30 palliative tiltakene. Disse utgjorde 17,41 årsverk. En av legene var LIS-lege som dekket 0,8 årsverk, tre av tiltakene hadde ingen ansatt spesifikt i det palliative tiltaket, og legetilsyn ble utført av tilsynsleger fra sykehus eller av kommunal sykehjemslege. 16 av legene var eneste lege. Ett sykehjem hadde mer enn to leger ansatt.

39,3 % av sykepleierne hadde videreutdanning.

Ni av institusjonene hadde ansatt eller tilknyttet minimum prest og fysioterapeut. Tre

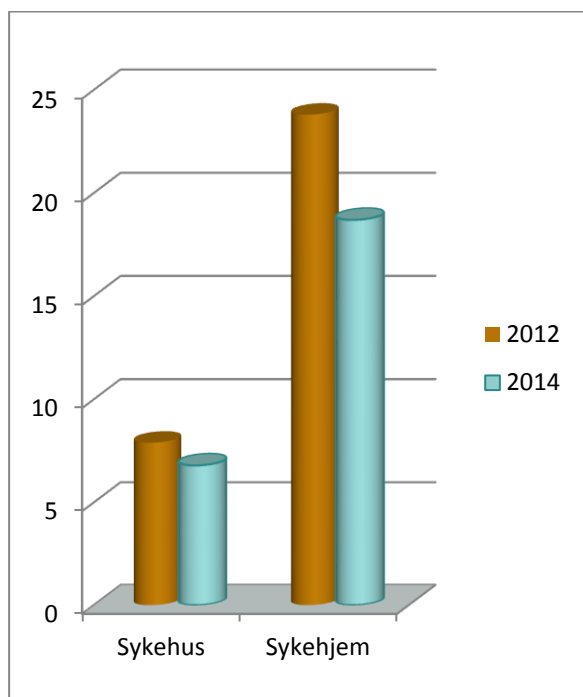
av disse ni hadde i tillegg sosionom tilknyttet. 12 tiltak hadde en av yrkesgruppene (prest, fysioterapeut eller sosionom) tilknyttet, mens syv av tiltakene ikke hadde noen av dem.

3.3.2 Kartleggingen i 2014

Kartleggingen 2014 oppnådde svar fra 28 av 41 enheter i kommunehelsetjenesten (KHT) (68 %). Denne svarprosenten var lavere enn ved forrige kartlegging, med svar fra to færre sykehjem.

Med hensyn til ulike diagnostiske og behandlingmessige tilbud hadde 23 av tiltakene enkel tilgang på laboratorietjenester, 16 hadde enkel tilgang til radiologisk tjeneste. 11 hadde enkel tilgang til kreftpoliklinikk, 10 til onkologisk tilsyn og 15 til smerteklinikk eller spesialist i smertebehandling. To tiltak hadde ikke enkel tilgang til noen av disse tilbudene.

Bare 13 av tiltakene oppga svar for gjennomsnittlig liggetid. Samlet gjennomsnitt var 18,7 døgn for de 13 tiltakene. Dette er en betydelig reduksjon i forhold til tallene fra 2012 (23,8 døgn). Totalt antall pasienter på de 20 tiltakene var 1486, andelen kreftpasienter var 86 %. Totalt antall døde under innleggelsen var 945.

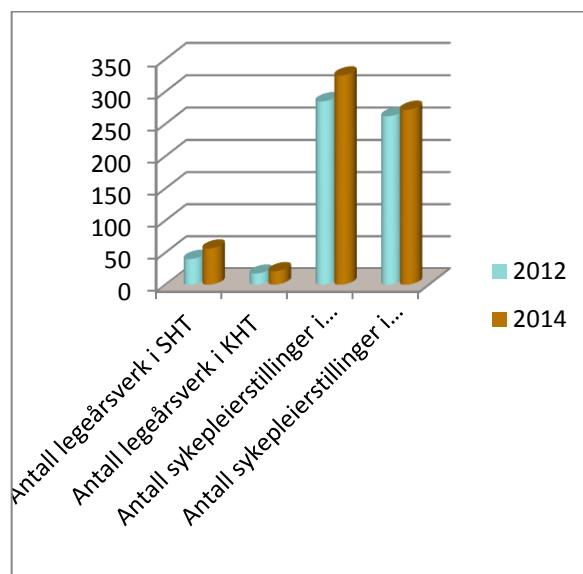


Figur 4 Gjennomsnittlig liggetid (dager) i palliative enheter.

Det var ansatt til sammen 40 leger i de 26 tiltakene som svarte på dette. Disse 40 dekket 21,11 årsverk. 9 leger hadde godkjenning i KPM, en betydelig økning i forhold til i 2012 da ingen leger i palliative tiltak i kommunen hadde det. Noen av disse legene arbeider med palliasjon i både spesialist- og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Andel sykepleiere med videreutdanning kommunehelsetjenesten var 44,5 %, en økning fra 39,3 % i 2012.

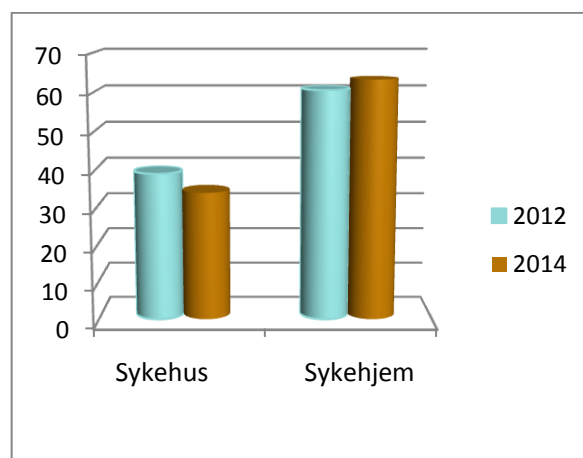
18 tiltak hadde ansatt eller knyttet til seg fysioterapeut, 15 hadde tilsvarende ordning med prest eller diakon, mens ett av tiltakene hadde sosionom.



Figur 5 Fordelingen av legeårsverk og sykepleierstillinger i palliative enheter

3.4 Dødssted

Ved begge kartleggingene var det flere pasienter som døde under oppholdet på palliative enheter på sykehjem enn på sykehus; 60,6 % mot 39 % i 2012 og 63,3 mot 34 % i 2014. Denne fordelingen er forventet, da en del sykehjem har langtidsplasser der pasienten kan ligge resten av levetiden. Dette gjenspeiles også i lengre liggetid i sykehjem enn i sykehus.



Figur 6 Andel som døde i sykehus og sykehjem

3.5 Bruk av kompetanseområdet i utlysningstekster

Arbeidsgruppen har søkt i stillingsportalene Jucan, Finn og legejobber.no, og har gått igjennom alle papirutgaver av Tidsskrift for Den norske legeforening fra og med sommeren 2011 og frem til november 2014. I den nevnte perioden har sju overlegestillinger i palliativ medisin vært utlyst i Tidsskriftet. I nettsøket identifiserte vi ytterligere åtte stillingsannonser for lege på palliativt senter. De fleste nettannonsene arkiveres etter kort tid. Dette har begrenset resultatene fra nettsøket, slik at vi stort sett har funnet annonser fra det siste året.

Selv om antallet er begrenset, ser vi en trend i utlysningene. For det første henviser de palliative sentrene i økende grad til KPM i stillingsannonsene, f.eks «Vi er godkjent utdanningsinstitusjon innen Kompetanseområdet palliativ medisin og ønsker å bidra til at våre overleger oppnår full kompetanse innen fagområdet». Noen søker etter lege med godkjenning i kompetanseområdet. To annonser gjelder spesifikt stilling for utdanningskandidat til KPM.

KPM har også vært nevnt ved utlysning av et par LIS-legestillinger på onkologiske avdelinger der palliativt senter er en del av virksomheten: «Ved avdelingen kan en få ett år tellende tjeneste til Kompetanseområde palliativ medisin».

3.6 Konklusjon

De to kartleggingene som har vært gjort i begynnelsen og ved slutten av forsøksperioden, viser økt aktivitet og videre utbygging av palliative virksomheter gjennom forsøksperioden.

Dette er første gang data fra palliative sentre og enheter er samlet inn fra hele landet. Kartleggingen viser at de palliative sentrene i spesialisthelsetjenesten stort sett oppfyller de nasjonale kvalitetskravene, mens det er stor variasjon mellom lindrende enheter i kommunehelsetjenesten.

I løpet av prosjektperioden har antall palliative senger i helseforetakene økt med 18, og økningen har kommet Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst til gode. Også antall legeårverk og sykepleierstillinger ved palliative virksomheter har økt gjennom perioden. Andre organisatoriske endringer i samme periode gjør det vanskelig å vurdere hvilken rolle KPM har spilt i denne utviklingen.

I 2014 jobbet det til sammen 84 legespesialister i spesialisthelsetjenesten, 39 hadde godkjenning i KPM og det var 12 leger i spesialisering. 40 leger var ansatt ved palliative tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenestene, 9 leger hadde godkjenning i KPM.

En gjennomgang av stillingsannonser viser at KPM i økende grad nevnes ved utlysning av legestillinger i palliasjon.

4. SPØRREUNDERSØKELSE

4.1 Oppfølging av utdanningsstedene

Helsedirektoratet la til grunn at utdanningsstedene skulle tilses en gang i løpet av prosjektperioden. Tilsynet ble gjennomført av det regionale kompetansesenteret, mens tilsynet med det regionale palliative senteret ble utført ved kompetansesenteret fra en annen region. På forhånd ble det innhentet skriftlig rapportering og det ble utarbeidet en rapport etter besøket.

Ved besøket møtte medisinskfaglig ansvarlig overlege, leder av utdanningsutvalget, utdanningskandidaten(e), avdelingsleder og representant for sykehusledelsen. Flest mulig av legene på senteret var oppfordret til å delta. Man ønsket samtidig å samle informasjon til evalueringen av forsøksordningen ved å intervjuere deltagerne om deres syn på og erfaringer med ordningen.

4.2 Ordningens betydning for senteret

Et stort flertall la vekt på at godkjenning hadde stor betydning for senteret som et viktig steg videre i prosessen med å styrke og formalisere fagområdet palliasjon og gjøre det enda tydeligere i sykehusets organisasjon. Det var bred enighet om at den hadde styrket

fagmiljøet. Man brukte begreper som «attest på kompetanse, kvalitetsstempel, anerkjennelse, eller økt status». En leder uttalte: «Det betyr at det er kvalitet på tjenesten, og på riktig nasjonalt nivå.»

De fleste, og spesielt de mindre sentrene, mente at ordningen kunne bidra til å bedre rekrutteringen til fagfeltet. Flere enheter hadde jobbet for å etablere utdanningsstillinger. Økonomiske og administrative konsekvenser ble ikke nevnt.

4.3 Kjennskap til forsøksordningen

Alle ledere ved alle de besøkte sentrene uttrykte god kjennskap til ordningen.

4.4 Ordningens betydning for daglig drift og stilling for utdanningskandidat

Sentrenes daglige drift var i liten grad blitt påvirket av godkjenningen. Flere sa at man er mer bevisst systematisk utdanning, forskning og fagutvikling, og at det er fokus på strukturert undervisning og opplæring, blant annet rotasjonsordninger. Ingen har opprettet nye stillinger for utdanningskandidat.

4.5 Ordningens betydning for leger og fagområdet palliativ medisin

Et flertall av legene uttrykker at det er verdifullt med formell kompetanse, både bekræftelsen på kompetansen og overfor kolleger og foretak og pasienter / pårørende. «Det har styrket bevisstheten innad i legegruppen». Noen uttrykker at det er en diffus ordning, en «mellomting» som er ukjent for kolleger og andre, og noen mener ordningen ikke har betydd noe for legene det gjelder. Det ble trukket frem at ordningen ikke gir noen rettigheter, slik som takster eller foreskriving av f eks hjelpemidler. Den har ikke gitt økt lønn.

De fleste uttrykker at kompetanseområdet styrker fagfeltet og virket positivt, stimulerende og skaper bedre anseelse. Noen uttrykker at det har betydd lite, kanskje fordi fagfeltet «har en diffus status og at betydningen også derfor er begrenset.»

4.6 Palliativ medisin som kompetanseområde og egnethet

De fleste mente at palliativ medisin egner seg som kompetanseområde fordi det griper inn i flere spesialiteter. Flertallet av leger foretrakk likevel heller en egen spesialitet i palliativ medisin, noen ønsket grunnspecialitet, andre påbyggingsspecialitet. Høyere legitimitet og status ble av legene hyppigst trukket frem som argument for spesialitet. Et felles syn var at man burde kunne ha flere spesialiteter som

utgangspunkt for fordypning i palliasjon, samt at legene trenger erfaring og ballast. En av lederne oppfattet kompetanseområdet som likeverdig med en spesialitet.

Sykepleiere var eneste faggruppe som var representert ved intervjuene i tillegg til legene. Flertallet av sykepleierne ønsket en spesialutdanning i kreftsykepleie som nå, evt. med styrking av noen tema. Noen trakk frem at kompetanseområde kunne egne seg for sykepleiere, spesielt for å synliggjøre at palliasjon er et eget fag. En leder mente det var behov for standardisering, det er mange ulike utdanninger i dag med ulikt innhold.

4.7 Godkjenningsordning

Alle de spurte, både leger og ledere, mente at Helsedirektoratet burde stå for godkjenningen. «Å skape likhet i godkjenningspraksis» og «å skape likhet med andre spesialiteter», var argumenter som var nevnt. Kollegabasert godkjenning ble beskrevet som «bukken og havresekken» med tidligere opplevelse av ujevn kvalitet i godkjenningspraksis.

4.8 Manglende interesse fra sykehjemslegene

Ingen av sentrene hadde hatt henvendelser fra leger for å få godkjent tjeneste ved lindrende enhet på sykehjem. De fleste mente at hovedårsaken til dette var at det er enklere å få godkjenning i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin (lavere kurskrav og tellende tjeneste på eget arbeidssted uten forhåndsgodkjenning, red. anm.). Strengt krav

til antall senger ved sykehjemsenheter og at legene ikke var kjent med mulighetene til å søke godkjenning av tjeneste på tross av lav stillingsprosent, ble også nevnt som mulige årsaker.

4.9 Tilbakemelding til Helsedirektoratet

På spørsmål om hva senteret ønsket å melde tilbake til Helsedirektoratet, trakk et flertall av enhetene frem mangel på stillinger for utdanningskandidater som den største utfordringen. Fire enheter trakk frem ønske om en egen spesialitet som viktigste tilbakemelding. En lege beskrev det som et «paradoks at de største områdene i helsetjenesten, palliasjon og sykehjemsmedisin, er «degraderte» til å være kompetanseområder». Rekruttering ble trukket frem som et sentralt punkt, og ble av noen brukt som et argument for en egen spesialitet. To trakk frem nåværende krav om fornyelse i allmenntjeneste som et hinder for å kunne arbeide i palliasjon. En lege beskrev det som krevende å «gjøre ferdig en spesialitet man ikke ønsker, før man kan spesialisere seg i palliasjon» slik kravene er formulert i dag.

Kompetanseområdet ble beskrevet som viktig for fagfeltet med formalisering og hevet status.

4.10 Konklusjon av det vi har funnet

Ved tilsynsbesøk ble leger, sykepleiere og ledere ved de palliative sentrene intervjuet om erfaringene med ordningen, som alle var godt kjent med. Det var bred enighet om at

kompetanseområdet var en viktig formalisering som har styrket fagmiljøet og bidratt til økt fagutvikling, undervisning og opplæring. Spesielt de mindre sentrene mente ordningen var viktig for rekruttering av leger. Mangel på utdanningsstillinger ble trukket frem som den største utfordringen. Alle mente at Helsedirektoratet burde stå for godkjenningen. Flertallet av sykepleiere foretrakk spesialutdanning som nå, men kompetanseområde ble nevnt som mulighet, spesielt for å synliggjøre palliasjon som eget fag.

Palliativ medisin ble av de fleste ansett for å egne seg som kompetanseområde. Selv om man oppfattet at ordningen styrket anseelsen, ønsket likevel et flertall av legene heller palliasjon som en egen spesialitet, spesielt med tanke på høyere legitimitet og status.

4.11 Opplevelsen av å være utdanningskandidat til kompetanseområde palliativ medisin

4.11.1 Metode

Til sammen 15 leger under utdanning til KPM på ni godkjente utdanningssteder ble intervjuet. I samarbeid med Helsedirektoratets arbeidsgruppe ble det utarbeidet en mal for intervjuene. Intervjuene ble gjennomført av medisinerstudentene Kathrine Brun og Magnus Hagland.

4.11.2 Opplevelse

De aller fleste har hatt en god opplevelse av den kliniske tjenesten. Allmennleger opplever det særlig positivt å lære mer om onkologi. For onkologer er det kommunikasjon med

pasient og pårørende som har betydd mest. Anestesileger beretter om læring i forbindelse med en helhetstenkning rundt pasienten i tillegg til kommunikasjon. Noen har blitt overveldet av den kliniske tjenesten, og enkelte synes det har vært litt i meste laget med to år, ettersom de allerede er spesialister i andre fagfelt.

4.11.3 Veiledning og supervisjon

Ni av de 15 kandidatene har hatt mer eller mindre regelmessig veiledning, og 13 har fått supervisjon. For de fleste har supervisjon og veiledning gått om hverandre. Mange nevner den daglige supervisjonen som den viktigste oppfølgingen. De av kandidatene som har vært eneste lege i teamet, har opplevd supervisjonen som mangelfull. «Jeg syns alle burde hatt veiledning, for jeg tror det er så viktig.»

4.11.4 Intern- og web-basert undervisning

Fjorten av legene har hatt regelmessig internundervisning, og seks har brukt det nettbaserte undervisningsopplegget. Mange er svært fornøyd med internundervisningen. Noen har nesten måttet stå for all undervisningen selv, for at utdanningsstedet skulle bli godkjent. Mange av kandidatene har først og fremst hatt undervisning sammen med andre leger, men et par har tatt i bruk det tverrfaglige teamet slik at de ulike yrkesgruppene kunne holde undervisning om det temaet de var gode på. Tilbakemeldingene på det web-baserte undervisningsopplegget er positive. Legene har hatt utbytte av undervisningen, og kommer til å bruke den mer.

4.11.5 Tverrfaglighet

De aller fleste kandidatene trekker frem det tverrfaglige samarbeidet som noe av det viktigste ved den kliniske tjenesten. Samtlige trekker frem at de opplever dette samarbeidet som viktigere i palliasjon enn ved andre avdelinger. Mange sier at det er i dette samarbeidet de har lært mest. Teamene er preget av godt miljø med gode muligheter for å snakke om og bearbeide vanskelige situasjoner. «Palliasjon uten tverrfaglighet, det tror jeg ikke er mulig.»

4.11.6 Læringsutbytte

Flertallet trekker frem kommunikasjon som det viktigste de har lært. Noen har lært mye om hvordan de kan bruke systemet rundt pasienten på best mulig måte, for eksempel samarbeid med primærhelsetjenesten.

4.11.7 utfordringer

For enkelte har det vært det faglige som har vært utfordrende. For noen har det vært utfordrende med vurderinger rundt hvor langt en pasient har kommet i behandlingsforløpet, og det å bestemme når behandlingen slutter. Å være eneste legen i det palliative teamet eller å få aksept fra kolleger for sine ideer, er også nevnt. Flere har opplevd tidspresset på avdelingen som den største utfordringen. Ved et utdanningssted har tidspresset ført til at internundervisningen og veiledningen falt bort.

4.11.8 Motivasjon

For mange har hovedmotivasjonen for å søke seg inn på utdanningen vært tidligere erfaring med palliasjon og dermed å kunne få formalisert den kompetansen man har. Flere har vært innom palliasjon som en del av sin spesialisering, og ønsket derfor å få satt seg

bedre inn i fagfeltet. For noen har en del av motivasjonen vært et håp om at palliativ medisin kanskje kan bli en spesialitet i fremtiden.

4.11.9 Forventninger

Flere hadde en forventning om at utdanningen skulle bidra til å bygge opp et nettverk med andre fagfolk innen palliasjon. Dette opplever de som godt innfridd.

4.11.10 Forbedringspotensial

Flere har savnet tid til selvstudium og/eller mer klinisk tjeneste. Mange synes at man burde ha et større kollegium rundt seg i den kliniske tjenesten. Kommunikasjonen mellom de ulike faggruppene rundt pasienten mener enkelte burde forbedres. Noen påpeker at det tverrfaglige teamet burde vært representert fra flere fagfelt.

4.11.11 Godkjenning

Alle kandidatene synes det er prinsipielt viktig at man får en bekreftelse på den kompetansen man har opparbeidet seg. Mange mener at det er viktig for kompetanseområdet status at det er Helsedirektoratet som gir godkjenningen. En del mener at det heller burde være en spesialitet enn et kompetanseområde.

4.11.12 Konklusjon

De aller fleste utdanningskandidatene har opplevd den kliniske tjenesten til KPM som positiv. Mesteparten av utdanningsstedene har hatt veiledning, supervisjon og internundervisning mer eller mindre regelmessig. Ved to utdanningssteder har veiledningen falt helt bort, og på et av disse stedene har det heller ikke vært internundervisning.

Kommunikasjon, evnen til å bruke systemet rundt pasienten, å forstå pasientens sykdomsforløp og smerte- og symptomlindring blir trukket frem som det viktigste læringsutbyttet. Det tverrfaglige samarbeidet har hatt stor verdi for de aller fleste.

Godkjenningen fra Helsedirektoratet blir av utdanningskandidatene opplevd som viktig for fagfeltet og til en viss grad for den enkelte kandidat.

4.12 Kompetansesentrenes vurdering av oppdraget med tilsyn

Helsedirektoratet rettet en henvendelse til de fire regionale kompetansesentrene i lindrende behandling og ba om en kort tilbakemelding på følgende spørsmål: Hva er deres erfaringer med og synspunkter på å ha denne oppgaven?

Tilsynsordningen blir vurdert som en naturlig fortsettelse av arbeidet med å støtte opp under utbygging og utvikling av palliativ virksomhet i regionen. Oppgaven er viktig og interessant, tilsynsbesøkene har bidratt til mer kunnskap om palliative sentre og har knyttet regionen tettere sammen. Utdanningsstedene gir uttrykk for at oppfølgingen er nødvendig og blir satt pris på.

De fire kompetansesentrene er ulikt organisert, og med ulike faglige og driftsmessige ressurser. Der hvor kompetansesenteret ikke er tett knyttet opp mot klinisk virksomhet, er det uproblematisk å besøke utdanningssteder i egen region. Andre sentre har opplevd at en sammenblanding av funksjoner som samarbeidende institusjon og

som «tilsynsmyndighet» har vært problematisk.

Palliativ medisin er et lite fagområde hvor de fleste aktører kjenner hverandre, spesielt de som arbeider i samme helseregion. I tilfeller der tilsynsmyndighet og utdanningssted er uenige, vil samarbeidsklimaet forringes. Kompetansesentrene foreslår derfor en mer sentralisert og overgripende tilsynsordning, f.eks. en nasjonal komite med representant(er) fra hvert kompetansesenter. En slik ordning vil også kunne gi et mest mulig likt tilbud til hele landet.

I oppfølgingen av godkjente utdanningsavdelinger i legenes spesialistutdanning går det vanligvis flere år mellom hvert tilsynsbesøk. Årlige rapporter fra utdanningsstedene blir da desto viktigere, og har etter hvert blitt ganske omfattende. For å unngå omfattende rapportering for et fremtidig kompetanseområde kan en årlig rapportering via sjekkliste og besøk på utdanningsstedene annethvert år være en mulig løsning.

Tilsyn er en oppgave som krever både økonomiske og personellmessige ressurser. Ved en eventuell permanent ordning vil det være rimelig å gi kompensasjon for dette.

4.12.1 Konklusjon:

De regionale kompetansesentrene var positive til oppdraget med tilsyn på utdanningssteder, men mente at en nasjonal komite med representant(er) fra hvert senter hadde vært å foretrekke.

5. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER VED PERMANENT GODKJENNINGSORDNING

Helsedirektoratet vurderte ulike økonomiske og administrative spørsmål ved forsøksordning Kompetanseområde palliativ medisin (KPM) i 2009, som grunnlag til Helse- og omsorgsdepartementet for å vurdere oppstart av en forsøksordning. Det er i løpet av forsøksordningen ikke tilkommet informasjon som endrer vurderingene fra 2009.

Etablering av en offentlig, formell godkjenningssordning for KPM vil medføre kostnader og administrasjon i en etableringsfase, selv om mye kan videreføres fra forsøksordningen. Dette omfatter også konvertering av godkjenningene som er gitt i forsøksordningen, til permanent godkjenning. Kostnader og administrasjon vil være beskjedent. Når ordningen er etablert, vil et begrenset antall (ca. 10 - 15) søknader fra leger stort sett komme hvert annet år.

5.1 Etablering av flere palliative enheter

I 2008 var det 32 palliative sentre (palliativt team og /eller sengeenhet) på sykehus i Norge. I kommunehelsetjenesten var det 27 palliative enheter (fire senger eller mer) i

sykehjem. I 2014 var det 39 palliative sentre på sykehus og 45 enheter (med fire senger eller mer) i sykehjem.

Tallene viser at det har skjedd en bedring i det palliative tilbudet. At tallene i 2014 viser dette nivået når forsøksordningen startet i 2011, gjør at stigningen trolig i liten grad kan tilskrives forsøksordningen.

Etableringen av palliative enheter følger av behov i helsetjenesten og ikke som en konsekvens av at palliativ medisin evt. får en godkjenningssordning. Godkjenning i KPM vil derfor ikke være drivende for etablering av palliative enheter.

Økningen i antallet palliative sentre i sykehus og enheter i sykehjem er ut fra beskrivelsen over beskjeden i Norge. Forsøksordningen kan tolkes til ikke å ha hatt større virkning her.

5.2 Etablering av flere stillinger

Vurderingen i 2009 fokuserte på om etablering av KPM kan gi behov for økt bemanning, når det ansettes leger godkjent i KPM. Vurderingen mente det ikke vil være en

forutsetning for etablering av stillinger i KPM at det ansettes personell i andre stillinger.

En økning i antall personell ved palliative enheter vil påvirkes av om arbeidsgiver ansetter personell for å oppnå bemanningen omtalt i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Det samme gjelder om ansettelse skjer som følge av ønsket om å oppnå et bedre eller mer helhetlig palliativt tilbud. Etablering av flere stillinger forventes derfor å følge andre mekanismer enn avhengighet til lege med godkjenning i KPM.

Det fremgår av spørreundersøkelsene i 2014 blant utdanningssteder i KPM, at det har vært liten eller ingen endring i personell ved de fleste institusjonene. Ved to institusjoner har det vært betydelig økning i antallet sykepleiere.

Det er ikke mulig å tolke endringene som er påvist, til at de er en konsekvens av forsøksordningen KPM.

5.3 Lønnsdrivende effekter

Vurderingen i 2009 la til grunn at en formell godkjenning i en utdanning kan forventes å gjenspeiles i hvilken lønnsmessig innplassering som gis. Det kan være grunn til å anta at formalisering av kompetanseområdet på sikt vil kunne høyne den lønnsmessige innplasseringen. Den vil imidlertid gi lite utslag på lønnskostnadene fordi alle i stillingene allerede er spesialister. Høynet kompetanse i form av godkjenning i KPM vil kunne være grunnlag for å kreve høyere lønn gjennom lokale forhandlinger.

Tilbakemeldingene fra utdanningsstedene i KPM viste at godkjenning ikke hadde medført høyere lønn. Det ble ikke systematisk bedt om tilbakemelding på dette spørsmålet. Vi vet derfor ikke om dette svaret er representativt for alle som har oppnådd godkjenning.

5.4 Økt utdanning i palliativ medisin

Den teoretiske utdanningen i palliativ medisin, Nordic Specialist Course in Palliative Medicine, ble etablert i 2003. Kurset arrangeres i fellesskap av spesialforeningene for palliativ medisin i de nordiske landene. Den toårige kursutdanningen består av seks moduler i løpet av to skoleår. Til nå har 50 norske leger gjennomført kurset. Norge har hatt mellom 7 og 13 plasser på kurset.

Vurderingen i 2009 konkluderte med at etablering av KPM ikke vil føre til vesentlig økt søkning til utdanningen.

Ved avslutning av forsøksordningen er det innvilget 53 godkjenninger av totalt 73 søknader. Søkere som ikke har oppnådd godkjenning, har fått tilbakemelding om manglende teoretisk og/eller praktisk kompetanse. Flere har gjennomført tiltak for å erverve manglende kompetanse, og en del er i et utdanningsløp når forsøksperioden utløper.

Det har vært en gjennomgående tilbakemelding fra besøkene på utdanningsstedene i 2014 at det er stor mangel på utdanningsstillinger. Sjekklister som er mottatt fra utdanningsstedene, viser at det er et beskjedent antall stillinger for leger i spesialisering i palliativ medisin. Det er

også en tilbakemelding fra utdanningsstedene at de har sagt nei til forespørsler om å få utdanningsplass pga. mangel på utdanningsstillinger.

Utdanningsstillinger er nødvendig for å få søkere. Dette er en vesentlig bekymring som må finne løsning for at palliativ medisin skal kunne møte behovene og forventningene fremover.

Det er potensielle utdanningssteder som ikke har søkt godkjenning. Blant utdanningssteder som har søkt, men som ikke har oppnådd godkjenning, er det mangel på stillinger for leger med oppnådd kompetanse.

Antallet utdanningssteder kunne derfor vært økt. I dag må søkere påregne å flytte for kortere eller lengre perioder for å få nødvendig praksiskompetanse.

Erfaringene fra forsøksordningen viser at det er flere årsaker til at konklusjonen fra vurderingen i 2009 om at det ikke vil bli vesentlig økt søkning til utdanningen har vist seg å være riktig. Årsakene viser seg derimot å være andre enn de som ble lagt til grunn i 2009.

5.5 Ressursbruk på utdanningsstedet

Oppfølgingen av praksiskandidater på utdanningsstedet krever ressurser.

Utdanningsstedet må lage utdanningsplaner og undervisningsplaner og må bruke dem aktivt i driften. Vurderingen fra 2009 antok at nettoeffekten av ressursbruk likevel vil bli positiv for praksisstedet.

Svarene på tillegsspørsmålene fra utdanningsstedene viser at det er ulikt hvordan utdanningsstedene vurderer effektene av å ha blitt utdanningssted. Det kan ikke avledes av svarene en målbar eller kvantifiserbar effekt, men at utdanningsstedet må strukturere og systematisere undervisningen for å være utdanningssted, må oppfattes å være kvalitative positive effekter. At de har utdanningskandidater, bidrar med ressurser til utdanningsstedet og bidrar til avvikling av pasientkøer.

Forsøksordningen kan ha tiltrukket seg noe ressurser som ellers ville gått til andre fagområder. Nettoeffekten for utdanningsstedet vurderes likevel til å være positiv.

5.6 Konklusjon

Det er ikke tilkommet informasjon som endrer konklusjonene fra vurderingen i 2009. Økonomiske og administrative konsekvenser ved en permanent godkjenningsordning vurderes til å være små og kun å ha positive effekter.

6. TVERRFAGLIGHET

6.1 Tverrfaglighet i palliasjon

Evalueringen skal belyse «behovet for og konsekvenser av å innføre formelle kompetanseområder for leger og eventuelt andre helsepersonellgrupper, herunder hvilke personellgrupper som i tilfelle kan inkluderes i en slik ordning».

Fagrådet, senere prosjektgruppen, la i prosjektplanen noen vurderinger til grunn for prosjektet: «Denne piloten omfatter kun utprøving av kompetanseområde i palliativ medisin (KPM) for leger. Det er derfor problematisk å gi svar på behovet for og konsekvenser av innføring av kompetanseområder for andre helsepersonellgrupper. Spørsmål relatert til dette kan tas inn i spørreskjema til veiledere og leger i utdanning i kompetanseområdet, samt til helseforetakene og kommunene, og vil kunne belyse problemstillingen i noen grad. Ut over dette avgrenses evalueringen til kun å gjelde etablering av kompetanseområde i palliativ medisin for leger.»

Lindrende behandling er i sitt vesen tverrfaglig, og en del kompetanse vil være felles for alt helsepersonell som arbeider i palliasjon.

Viktigste kvalifikasjon for å bidra inn i et tverrfaglig team er imidlertid høy kompetanse i eget fagområde og trygghet i egen rolle for

hver enkelt fagperson i teamet. Kravet til fagspesifikk kompetanse vil variere fra yrkesgruppe til yrkesgruppe, også ut fra hvor man arbeider og hvilken type organisering man jobber under. Prosjektgruppen for KPM har uttalt seg om kompetansekrav til leger, men har begrenset grunnlag for å si noe spesifikt i forhold til andre helsepersonellgrupper.

Viktigheten av tverrfaglighet i palliasjon understrekes av utdanningskandidatene selv. Flere trekker frem det tverrfaglige samarbeidet som noe av det viktigste ved den kliniske tjenesten. Flere trekker også frem kommunikasjon som det viktigste de har lært. Dette eksemplifiserer kompetanse og ferdigheter som kan tilegnes i samspill med andre faggrupper. Den daglige kliniske tjenesten der legen oftest arbeider sammen med erfarne sykepleiere, er et viktig sted for læring. Internundervisning skjer også oftest i en tverrfaglig sammenheng ved de palliative sentrene.

Etableringen av nettbasert undervisning i palliativ medisin anser vi derfor som viktig for hele det tverrfaglige teamet. Dette opplegget har bidratt til økt internundervisning ved de palliative enhetene. I og med at de fleste modulene er aktuelle for flere faggrupper, vil opplegget bidra til økt kompetanse og fokus på tverrfaglig arbeid.

6.2 Overføringsverdi for andre personellgrupper i forhold til nye kompetanseområder

Norsk forening for palliativ medisin ble etablert så sent som i år 2000. Palliasjon er således et svært ungt fagfelt i Norge. Ved utarbeidelse av KPM fikk man en definert fagplan og godkjenning. Ledere, utdanningskandidater og representanter for det tverrfaglige teamet beskrev ved tilsynsbesøkene i 2014 viktige resultater som følge av dette:

Legene har fått verdifull kompetanse, de har fått trygghet i et nytt fagområde og de har fått en styrket anseelse overfor kolleger. Det palliative senteret har fått en faglig utvikling, og faget har fått et nødvendig krav til innhold.

Sykepleiere ved de besøkte sentrene mente at et kompetanseområde i palliasjon også kunne egne seg for sykepleiere, og at det var viktig å markere at palliasjon er et eget fag. Flere foretrakk en klinisk spesialutdanning for sykepleiere. Sykepleiere har siden 1982 hatt videreutdanningstilbud i kreftsykepleie, senere også i palliativ sykepleie. De fleste av disse har varighet ett år fulltid eller to år deltid (60 studiepoeng).

Leger og sykepleiere har ulike tradisjoner i forhold til opplegg for videreutdanning, spesialisering og fordypning. Den praksisnære tilnærmingen med fokus på klinisk tjeneste, veiledning og konkrete faglige krav som planen for kompetanseområdet legger opp til, avviker fra de allerede etablerte videreutdanningstilbudene for sykepleiere. Det kan innebære utfordringer i forhold til umiddelbar overføringsverdi. Samtidig bør

oppbyggingen av KPM kunne åpne for nye måter å tenke en mer tilgjengelig, evt. modulbasert kompetanseheving for sykepleiere på dette fagområdet. Dette gjelder ikke minst i forhold til behovet for robust kompetanse i førstelinjetjenesten. En leder trakk frem at «Kompetanseområde for andre faggrupper kan bidra til standardisering, som vi ser trengs. Det er mange ulike videreutdanninger med ulikt innhold.» Andre faggrupper enn sykepleiere var ikke representert ved tilsynsbesøkene.

6.3 Overføring og styrking av andre spesialiteter ift. klinisk tjeneste

14 palliative sentre har fått godkjenning som utdanningssteder. Dette gir mulighet for at utdanningskandidater til ulike medisinske spesialiteter kan få tjeneste ved palliativt senter tellende i sin spesialistutdanning. Særlig gjelder dette for onkologi, der utkast til nye spesialistregler foreslår å godkjenne 3 måneder tjeneste ved palliativt senter. I tillegg til å tilføre utdanningskandidatene i onkologi svært nyttig kompetanse, vil en slik ordning bidra til at mer av utdannelsen kan gjennomføres desentralisert.

Utdanning ved en palliativ enhet vil være nyttig som sideutdanning for svært mange andre kliniske spesialiteter, som for eksempel indremedisin, kirurgi, gynekologi, pediatri, anesthesiologi, geriatri og allmennmedisin samt kompetanseområde alders- og sykehjemsmedisin. Norsk forening for palliativ medisin bør arbeide videre med å få tjeneste ved palliativt senter godkjent som tellende tjeneste for kliniske spesialiteter.

Mange palliative enheter er allerede godt etablert som praksissteder for sykepleiere i videreutdanning. Godkjenning av palliativ senter som utdanningssted for KPM vil kunne bidra for andre faggrupper, for eksempel for fysioterapeuter i videreutdanning i onkologisk fysioterapi.

Palliasjon utøves i alle deler av helsevesenet og hovedsakelig nær pasientenes hjem. Det er positivt å registrere at legene med godkjenning i KPM har stor geografisk spredning.

6.4 Konsekvenser for pasientbehandlingen

Evalueringen viser at leger og det tverrfaglige teamet har fått økt kompetanse og økt trygghet etter etableringen av KPM. Dette vil gi pasientene en behandling av høyere kvalitet.

For å sikre at de palliative sentrene oppfyller kvalitetskravene i målbeskrivelsen, krever KPM en strukturert oppfølging av de palliative enhetene fra de regionale kompetansesentrene. Dette gir også en kvalitetssikring av pasientbehandlingen.

6.5 Konklusjon

Etablering av KPM har vært mulig å gjennomføre, til tross for at fagfeltet er ungt og har stor grad av desentralisert og geografisk spredt medisinsk tilbud. En allerede etablert teoretisk utdanning, et godt organisert medisinsk tilbud basert på Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen og regionale

kompetansesentre er faktorer som kan ha gjort det lettere å etablere palliativ medisin som fagfelt og kompetanseområde.

Etablering av KPM har bidratt til en viktig fagliggjøring for legene, og synes å ha bidratt til fagutvikling og økt trygghet også for andre faggrupper. Det nettbaserte undervisningsopplegget kommer hele det tverrfaglige teamet til gode.

Dette er elementer som støtter muligheten for at kompetanseområder kan være overførbare til andre fagområder og faggrupper.

7. STYRKER OG SVAKHETER VED VALGTE GJENNOMFØRING AV FORSØKSORDNINGEN

7.1 Styrker i valgte gjennomføring av forsøksordningen

I oppdragsdokumentet for 2012 fikk de regionale helseforetakene (RHF) i oppdrag å legge til rette for gjennomføring av forsøksordningen Kompetanseområde palliativ medisin (KPM). Oppdraget var dermed forankret i ledelsen i RHFene og i styringsdialogen med RHFene.

Helsedirektoratet skrev brev til RHFene og fagdirektørene og informerte om igangsettingen ved start av forsøksordningen. Det ble sendt et eget brev til palliative enheter i spesialisthelsetjenesten. Det ble gitt en bred orientering for å forberede helseforetakene på at de ville bli kontaktet for kartlegging og spørsmål i gjennomføringen.

Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) ble stiftet i 2000 som en spesialforening i legeforeningen. Foreningen utarbeidet Standard for palliasjon (2004) som beskrev organiseringen av det palliative helse- og omsorgstilbudet i Norge. Det fellesnordiske kurset i palliativ medisin (Nordic Specialist

Course in Palliative Medicine) har vært gjennomført siden 2003.

Forsøksordningen hadde derfor både et fagmiljø med en etablert læreplan og en etablert organisasjon gjennom regionale kompetansesentre og palliative enheter i helseforetak og kommuner som kunne legges til grunn for gjennomføringen.

Helsedirektoratet har hatt stor nytte av å kunne bruke kompetansen til medlemmer fra NFPM i gjennomføringen av forsøksordningen.

Ledere og leger uttrykker positive effekter av forsøksordningen, effekter som oppleves som viktige for fagområdet: kompetanseområdet er et «kvalitetsstempel», gir økt kompetanse, gir bedret rekruttering, spesielt ved de mindre sykehusene, og gir bedret undervisning og struktur (se også kap. 4).

Måten det er lagt opp til gjennomføring på, betyr at utdanningen nå er godt evaluert, med veiledning, supervisjon, internundervisning og klinisk tjeneste. Alle delene er med på å gi nyttige tilbakemeldinger til Helsedirektoratet, både om gjennomføringen av forsøksordningen, men også i forhold til en fremtidig, formalisert godkjenningsordning.

I gjennomføringen av forsøksordningen har vi forsøkt å legge best mulig til rette for utdanningskandidatene, samtidig som vi har forsøkt å beholde kravene til kvalitet. Eksempler på dette er dispensasjoner til utdanningssteder som ikke har klart kravene til stillingsstørrelse for veiledere, og veiledning av utdanningskandidater over video. Det er ikke kommet tilbakemeldinger om at måten Helsedirektoratet har forsøkt å løse utfordringene i gjennomføringen på, har medført for store hindringer. Helsedirektoratet har forsøkt å holde saksbehandlingstiden nede ved å prioritere tilbakemeldinger til søkere, enten det er å meddele godkjenning eller å etterlyse manglende opplysninger.

Tilbakemeldingene gjennom sjekklister og tilleggsspørsmålene stilt på utdanningsstedene, viser at ledere og kandidater oppfatter palliasjon som et område som er egnet for kompetanseområde.

Den valgte modellen med gjennomføring og kompetansekrav til søkere og utdanningssteder kan være egnet for andre fagområder og faggrupper. Vi tror at etablering av kompetanseområde vil gi en ønsket standardisering av et fagområde.

7.2 Svakheter i valgte gjennomføring av forsøksordningen

Ingen leger søkte om forhåndsgodkjenning av tjeneste ved kommunale lindrende enheter i forsøksordningen.

Helsedirektoratet skrev brev til RHFene og fagdirektørene da forsøksordningen skulle starte. Det ble ikke sendt informasjon direkte til kommunene, og de var heller ikke kopiadressat for brevene til RHFene. Dette kan ha medført at aktuelle kandidater for godkjenning eller mulige utdanningskandidater ikke har fått informasjon om å delta i ordningen. At brev ble sendt til KS sentralt, hvor de ble bedt om å distribuere videre, gjør at Helsedirektoratet ikke hadde kontroll med hvordan informasjonen kom til kommunene.

Helsedirektoratet sendte samme brev til Den norske legeforening (Dnlf) som til RHFene og KS. Brevet ble sendt til NFPM i Dnlf, men ikke direkte til andre foreninger i Dnlf. Selv om NFPM anses som mest aktuelle adressat, er det også andre foreninger i Dnlf som organiserer leger med kompetanse som kunne vært aktuell for forsøksordningen.

Forsøksordningen ble startet i april 2011 og avsluttes i løpet av 2014. Dette er relativt kort tid, og det kan være for kort tid til å kunne måle eller se endringer som følge av forsøksordningen. Spesielt gjelder dette antallet utdanningsstillinger, etablering av flere utdanningssteder og utvikling av det palliative tilbudet i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kompetanseområde er en ny måte å formalisere kompetanse på. Det er uvisst hvilken status et kompetanseområde vil få. Parallelt med forsøksordningen pågår spesialistutdanningsprosjektet som går gjennom hele spesialistområdet, både godkjenning og organisering av

spesialistutdanningen. Dette kan til sammen ha medvirket til tilbakemeldingene om at mange heller vil ha palliativ medisin som spesialitet. Godkjenning i form av spesialitet kan dermed fremstå som mer attraktivt og med tydeligere status.

Våren 2014 ble styret i NSF's Faggruppe for kreftsykepleiere kontaktet angående kjennskap til og eventuell effekt av etablering av kompetanseområde innen palliativ medisin. I tilbakemeldingen kommer det fram at man ikke har hatt konkret kjennskap til prosjektet. Man har imidlertid sett enkelte endringer som man i ettertid kan anta er knyttet til prosjektet og at det enkelte steder har blitt lettere å få ansatt leger.

Formuleringen i oppdragsdokumentet til RHFene i 2012 om forsøksordningen KPM, var at «det er lagt til rette for gjennomføring». Denne formuleringen er noe uforpliktende og vanskelig målbar i oppdragsdokumentet. Det ble ikke forventet dedikerte ressurser i RHFene, og RHFene måtte ikke oppfylle en kvantifiserbar størrelse. Dette kan ha bidratt til at det ikke synes å ha vært spesielt fokus på forsøksordningen i RHFene.

Helsedirektoratet etablerte ikke en fast eller jevnlig orientering til det regionale fagdirektørmøtet om fremdriften i forsøksordningen. Dette kunne vært en arena for gjensidig orientering om status, og det kunne bidratt til mer involvering og forpliktelse fra RHFene. Et jevnlig fokus på fremdriften kunne kanskje bidratt til etablering av utdanningsstillinger, og det kunne kanskje utløst flere søknader om godkjenning som utdanningssted.

Kompetansekravene som ble lagt til grunn i prosjektrapporten, og som er brukt i gjennomføringen av forsøksordningen KPM, kan oppfattes å være strenge. Det vil i alle valg av gjennomføring være en balansegang mellom å ivareta hensynet til faglig nivå og evt. ønske om å få formalisert kompetansen til flest mulig. Det samme gjelder godkjenning av utdanningssteder. I gjennomføringen av denne forsøksordningen har det ikke vært en målsetning at flest mulig skal få godkjenning, men å legge listen for kompetansekrav på et nivå som et samlet fagmiljø har ansett som faglig nødvendig. Det kan innvendes mot gjennomføringen av denne forsøksordningen at kravet til kompetanse har vært (for) høyt og at man kan ha mistet potensielle søkere. I tillegg kan det ha blitt for lite erfaring i forsøksordningen fordi antallet personer som har vært gjennom utdanningsløpet har blitt relativt lite.

7.3 Konklusjon

Gjennomføringen av forsøksordningen KPM har gitt nyttige erfaringer, som kan legges til grunn ved en evt. fremtidig etablering av KPM. Prosjektgruppen mener erfaringene fra gjennomføringen av forsøksordningen også kan vurderes brukt ved etablering av andre og liknende kompetanseområder.

Manglende informasjon kan ha medvirket til at det ikke kom søknader om tellende tjeneste fra leger ved lindrende enheter i sykehjem.

8. HÅNDTERING ETTER AVSLUTTET FORSØKSORDNING

8.1 Oppfølging i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet

Når prosjektrapporten er ferdig utarbeidet og godkjent av prosjektgruppen, vil den bli overlevert til Helsedirektoratet ved Avdeling sykehustjenester, hvor prosjektet har vært forankret i prosjektperioden.

Helsedirektoratet vil gjøre en intern vurdering av på hvilken måte prosjektrapporten skal behandles før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Direktoratet kan velge å gjøre vanlig intern høring, men kan også vurdere om dokumentet bør bli gjenstand for mer offentlig høring.

I avveiningen av hvilken høring som bør gjennomføres, vil det vurderes hvor stor merinteresse spørsmålsstillingen om kompetanseområde som godkjenningsordning vil ha. Det er kjent at flere fagfelt vurderer eller har uttrykt ønske om kompetanseområde som godkjenningsordning. Det kan derfor bli vurdert som hensiktsmessig med en offentlig høring.

At det parallelt med saken om kompetanseområder pågår prosjektet om spesialistutdanning i fremtiden, gjør at sakene må sees i sammenheng. Dette kan påvirke hvilken prosess som blir valgt for prosjektrapporten i Kompetanseområde palliativ medisin (KPM).

Etter avsluttet intern og/eller ekstern høring vil direktoratets vurdering bli forelagt ledermøtet i Helsedirektoratet. Her vil det besluttes hva som skal være direktoratets anbefaling til HOD. Rapporten sammen med Helsedirektoratets anbefaling vil deretter bli oversendt departementet. Avhengig av forberedelser og ledermøtebehandling i Helsedirektoratet er det forventet at saken er oversendt HOD i løpet av første halvår 2015.

HOD vil bruke prosjektrapportene fra KPM og spesialistutdanning i fremtiden i sin vurdering og behandling. Basert på dette vil det komme en beslutning om hvilken fremtid kompetanseområder som formalisert godkjenningsordning og KPM vil få.

8.2 Status for godkjenninger gitt i forsøksordningen

Kompetanseområde palliativ medisin

Godkjenningene som er gitt til personer og institusjoner i forsøksperioden, gjelder kun for forsøksperioden.

Det vil tilligge HOD å beslutte om kompetanseområder som godkjenningsordning evt. skal etableres, og på hvilken måte kompetanseområder skal godkjennes. Det vil følge av dette på hvilken måte KPM evt. skal videreføres.

Legene som i forsøksordningen har fått godkjenning i KPM, vil bli informert om beslutningen.

Søkerne som har fått godkjenning og diplom, har fått dokumentasjon som viser at de har kompetanse som tilfredsstillende et definert kompetansenivå. Denne dokumentasjonen vil være attestasjon som innehaveren kan bruke i fremtiden, uavhengig av hva som skjer innenfor kompetanseområder.

Helsedirektoratet kan ikke pålegge helsetjenesten å søke etter eller å foretrekke søkere som har godkjenning i KPM fra forsøksperioden, ved utlysning av ledige legestillinger i palliativ medisin.

Helsedirektoratet viser til at forsøksordningen kom i stand fordi det i helsetjenesten var blitt opprettet en rekke legestillinger i palliativ medisin. Disse stillingene var besatt av leger med ulike kliniske spesialiteter samt varierende grad av relevant

erfaring/utdannelse i palliativ medisin. Det hadde oppstått en situasjon som forutsetter leger med spesiell kompetanse i palliativ medisin, uten at det fantes en formalisering av slik kompetanse. Forsøksordningen KPM etablerte krav til hvilken kompetanse leger i slike stillinger bør ha. Selv om forsøksordningen nå er avsluttet, bør helsetjenesten legge disse kompetansekravene til grunn i vurderingen av søkere til legestillinger i palliativ medisin.

9. ANBEFALING FRA PROSJEKTGRUPPEN

Prosjektgruppen behandlet utkastet til rapport i møte 13. november 2014.

Prosjektgruppen anbefaler at det etableres en formell godkjenningsordning for fagområdet palliativ medisin. Anbefalingen er enstemmig.

9.1 Offentlig godkjenningsordning

Palliativ medisin har gjennom de siste årene blitt enda tydeligere definert som et eget medisinsk fagområde. Faget dekker først og fremst oppfølging og behandling av pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid, der lindring av fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt. Dette inkluderer komplisert og invasiv smertebehandling, behandling av komplekse tilfeller av depresjon, angst, sorg og eksistensielle/åndelige problemstillinger, samt tiltak overfor refraktære symptomer, f. eks. lindrende sedering. Fagområdet følger alvorlig syke pasienter med sammensatte problemstillinger over tid. Palliativ-medisinere gir bistand i beslutningsprosesser og diskusjoner rundt behandlingsnivå og målsetting, samt planlegging av fremtidig behandling og pleie. Kommunikasjon, samhandling og tilrettelegging er viktige verktøy i fagutøvelsen.

Samtidig som fagets egenart er bedre avklart, har målgruppen blitt større. Kreftpasienter er fortsatt den største gruppen, og antallet er økende. Nye behandlingsmetoder gjør at mange kreftpasienter kan leve lenge med sin sykdom, og ofte trenger ulike palliative tiltak over lang tid. Dette krever bedre og tidligere integrering av palliativ medisin og onkologisk behandling enn det som har vært vanlig til nå. Samtidig blir pasienter med andre typer alvorlig, livstruende sykdom i økende grad inkludert i et palliativt tilbud, f. eks. pasienter med kols, hjertesvikt, nyresvikt eller nevrologiske sykdommer. Det utarbeides en egen retningslinje for palliasjon til barn i Norge.

Palliativ medisin kan utøves både i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen forutsetter at det bygges opp økt palliativ kompetanse i kommunene. Alle disse forhold tyder på at faget palliativ medisin vil få økende betydning i årene som kommer, og at det blir viktig å sikre rekrutteringen til fagfeltet.

Piloten viser at utdanningen i KPM holder høy kvalitet. Den inkluderer leger med bakgrunn fra mange ulike fagfelt, den er mulig å gjennomføre på en desentralisert måte og gir

deltagerne et faglig nettverk. Utdanningen bidrar også til økt kompetanse i det tverrfaglige teamet. Dette viser at formalisering av kompetansen gjennom en offentlig godkjenningsordning vil styrke både fagområdet palliativ medisin og organisering og kvalitet på hele det palliative tilbudet i Norge. En permanent, formell godkjenningsordning vil bidra til å etablere utdanningsstillinger, etablere rom for faget i helseforetak/sykehus og formaliserer kompetanse som skal være del av det kommunale helse- og omsorgstilbudet.

Innholdet i en offentlig godkjenning bør være innrettet slik at kompetansen også understøtter kommunens nye rolle i lys av samhandlingsreformen, herunder utvikling av en integrert og tverrfaglig kommunal helse- og omsorgstjeneste.

En unison tilbakemelding fra både leger og ledere mener at Helsedirektoratet bør stå for godkjenningen. «Å skape likhet i godkjenningspraksis» og «å skape likhet med andre spesialiteter» er argumenter som er nevnt i intervjuene (kap 4).

9.2 Type godkjenningsordning

I forsøksperioden har palliativ medisin vært prøvd ut som et formelt kompetanseområde, dvs. en toårig påbygging til en klinisk spesialitet. Legene som har deltatt i forsøksordningen, har kommet fra en rekke ulike spesialiteter. I evalueringen av ordningen har intervjuobjektene generelt vært enige i at palliativ medisin som fag er egnet som kompetanseområde. Mange har likevel endt opp med å anbefale spesialitet i stedet.

Prosjektgruppen har derfor diskutert de to alternativene ganske inngående.

To viktige forutsetninger lå til grunn for diskusjonen i gruppen. For det første åpner ikke det norske systemet per i dag for «påbyggingsspesialitet», og dette er heller ikke foreslått i ny spesialitetsstruktur. For det andre er kompetanseområde en ny ordning uten fast, godkjent struktur og definert nivå av kompetanse. Dersom KPM skal etableres som kompetanseområde, må det stilles høye og strenge krav til kompetanse og kvalitet, slik at ordningen ikke nivelleres. Dette gjelder også generelt for ordningen med kompetanseområder. Om dette skulle skje, var gruppen enstemmig om heller å gå for en spesialitet.

På samme måte som for en spesialitet må godkjenning i et kompetanseområde kunne medføre visse rettigheter. For KPM kunne retten til å rekvirere visse behandlingshjelpemidler være nærliggende.

Spesialitet er en kjent struktur, hjemlet i lov og forskrift. Per i dag har en medisinsk spesialitet større tyngde og status enn et kompetanseområde, både i og utenfor fagmiljøet. Ved å opprette en spesialitet kommer faget inn i et rammeverk som kan sikre utdanningsstillinger og ressurser. Omfanget av en spesialitet kan også gi mulighet for å utvide fagets pensum. Rekruttering kan være lettere ved at utdanningskandidater begynner direkte i fagfeltet de primært interesserer seg for.

Per i dag er det bare spesialistgodkjenning i allmenmedisin som krever regelmessig

resertifisering. Dersom allmennleger som arbeider i palliasjon, ønsker å beholde sin spesialistgodkjenning, må de arbeide ett år i uselektert allmennpraksis hvert 5. år. Det foreligger nå et forslag om å innføre resertifisering også for sykehusspesialiteter. Dersom palliativ medisin blir videreført som kompetanseområde, kan leger som vil satse fullt i dette faget, risikere å ende opp uten spesialistgodkjenning. Dette kan tale for at palliativ medisin bør bli en spesialitet.

Etablering av spesialitet er imidlertid en tidkrevende prosess, særlig hvis kandidatene skal kunne bygge opp et utdanningsløp gjennom tjeneste i ulike fagområder.

En egen spesialitet i palliativ medisin vil kunne bidra til at andre spesialiteter fraskriver seg ansvar for palliative pasienter. En ordning med spesialitet vil også kunne gjøre det vanskeligere å rekruttere leger fra andre fagområder til palliativ medisin, da det kan bli en mer langvarig påbygging.

Forsøksordningen med palliativ medisin som kompetanseområde har støttet opp under flere viktige aspekter ved faget. Palliativ medisin er utpreget tverrfaglig, og det er en styrke at legene har bakgrunn fra ulike spesialiteter. Dessuten er faget et modningsfag, der klinisk erfaring er viktig. En toårig påbygging vil være overkommelig for mange, og vil sannsynligvis kunne bidra til at faget etter hvert får innpass i flere kliniske spesialiteter og avdelinger.

Forsøksordningen med KPM har vist at ordningen har latt seg realisere i praksis uten vesentlige problemer.

Etablering av KPM som en permanent offentlig godkjenningsordning vil kreve endring av lov og/eller forskrift om offentlig godkjenning av helsepersonell.

9.2.1 Alternativ 1

Prosjektgruppen mener at palliativ medisin primært bør bli et formelt kompetanseområde med nasjonal godkjenning.

Med nasjonal godkjenning legges til grunn definisjonen av begrepet i utredningen fra 2012 om vurdering av begrepet offentlig godkjente kompetanseområder.

Prosjektgruppen legger også til grunn at kriteriene for godkjenning må bygge på den standarden som ble lagt til grunn i gjennomføringen av forsøksordningen Kompetanseområde palliativ medisin.

9.2.2 Alternativ 2

Prosjektgruppen mener at fagområdet palliativ medisin sekundært bør bli en spesialitet, med derav følgende godkjenningsordning.

Målsettinger som ble lagt til grunn ved etableringen av ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin, vil for en stor del også gjelde palliativ medisin.

9.2.3 Alternativer til alternativ 1 og 2

Prosjektgruppen har på bakgrunn av erfaringene med gjennomføring av forsøksordningen og de entydige tilbakemeldingene fra leger og ledere ikke funnet det hensiktsmessig å gi en nærmere

vurdering av andre godkjenningsordninger for palliativ medisin.

Alternativene til de foreslåtte alternativ 1 og 2 er godkjenning fra arbeidsgiver, godkjenning fra Dnlf eller godkjenning fra kollega. Ingen av disse vurderes å være alternativ det er dekning for å vurdere ut fra grunnlaget ovenfor.

10. VEDLEGG

Nedenfor ligger ulike dokumenter som har vært anvendt i forbindelse med gjennomføringen av forsøksordningen Kompetanseområde palliativ medisin. Dokumentene er samlet på en egen nettside, (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forsoksordning-kompetanseomrade-palliativ-medisin>) men lenkene nedenfor leder direkte til de enkelte dokumentene.

Dokumenter for søknad (pdf og Word)

Søknad om godkjenning som utdanningssted

Søknad om godkjenning som lege

Søknad om forhåndsgodkjenning av tjeneste i sykehjem eller distriktsmedisinsk senter

Øvrige dokumenter

Godkjente utdanningssteder

Sjekkliste ferdigheter

Prosjektplan

Målbeskrivelse kompetanseområdet palliativ medisin

Krav utdanningssteder

Krav sykehjemstjeneste

Kompetanseområde palliativ medisin - utskriftsversjon

Kompetanseområdet palliativ medisin - brosjyre

Spesialistutdanning for leger: Mal for avdelingens/seksjonens generelle utdanningsplan



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no