

KOMPETANSEOMRÅDE I PALLIATIV MEDISIN

PROSJEKTPLAN

Fagrådet for kompetanseområdet palliativ medisin, 01. november 2010

Innhold

Innhold	2
1. Innledning.....	4
Fagrådets oppdrag fra Helsedirektoratet	4
Medlemmer i fagrådet	5
Arbeidsform	6
2. Målsetning.....	6
3. Avgrensning av mandat/prosjekt.....	7
4. Bakgrunn	7
Definisjon av palliativ medisin	7
Utviklingen av fagområdet.....	7
Palliativ medisins funksjon og virkeområde	8
Palliativ medisins plass i helsetjenesten.....	9
Behov for leger med kompetanse i palliativ medisin.....	10
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	10
<i>Kommunehelsetjenesten</i>	11
5. Status for palliasjon i Norge i dag.....	11
Palliative team og enheter	11
Prosjekter og kompetansenettverk	11
Leger engasjert i palliasjon	12
6. Læringsmål for kompetanseområdet palliativ medisin	12
Holdninger og etikk.....	13
7. Plan for utdanningen	13
Grunnleggende kompetanse	13
Utdanningssteder	13
Krav til teoretisk utdanning / kurs.....	14
Klinisk tjeneste.....	14
Praktiske ferdigheter	15
Veiledning og utarbeidelse av individuell utdanningsplan	15
Supervisjon.....	16
Internundervisning	16
Selvstudium og litteratur	16
Forskning.....	17
8. Godkjenningsordninger	17
Organisering og ansvar.....	17
Godkjenning av utdanningssteder	17
Godkjenning av leger i kompetanseområdet palliativ medisin	17
Overgangsordning	18
9. Gjennomførings- og milepælsplan for piloten	19
Fagrådets plass i piloten	19
10. Informasjon om piloten	20
11. Evaluering av piloten	20
12. Økonomiske og administrative konsekvenser.....	22
Økonomiske og administrative konsekvenser i forsøksperioden.....	22
Konsekvenser ved en permanent ordning	22
13. Tverrfaglighet og overføringsverdi	23
14. Referanser.....	24
15. Vedlegg	25

Vedlegg 1: Kursprogram Nordic Specialist Course in Palliative Medicine (2009-2011)....	26
Vedlegg 2: Oppsummering av nasjonal kartlegging av palliative sentre og sykehjemsenheter med tanke på utdanningssteder i palliativ medisin (august 2010).....	34
Vedlegg 3: Forslag til temaliste for utdanningsstedenes undervisningsprogram i palliativ medisin	36

1. Innledning

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording vedtok i 2009 en tilråding om å etablere en forsøksordning med formelle kompetanseområder innen utvalgte fagområder.

Landsstyret i Den norske legeförening hadde da vedtatt å anbefale at det ble gitt anledning til å opprette kompetanseområder i tillegg til de formelle spesialitetene. Bakgrunnen var at det er store pasientgrupper som faller mellom flere spesialiteter. Et kompetanseområde forstås som et veldefinert fagområde som griper inn i tre eller flere spesialiteter. Palliativ medisin og alders- og sykehjemsmedisin ble nevnt som aktuelle eksempler på slike fagområder. Etablering av kompetanseområder ble sett som et middel til å sikre faglig kvalitet på fagfelt som ikke dekkes av én spesialitet. Samtidig vil kompetanseområder kunne være mer fleksible enn spesialitetsstrukturen, og på den måten lettere kunne tilpasses endringer i fagutøvelsen.

I brev av 2. april og 7. november 2009 til Helse- og omsorgsdepartementet tilrådte Helsedirektoratet at det som en forsøksordning ble etablert et formelt kompetanseområde for leger i palliativ medisin. Helse- og omsorgsdepartementet ga så Helsedirektoratet i brev av 18. februar 2010 og tildelingsbrevet for 2010, pkt 3.6., i oppdrag å gjennomføre og evaluere en pilot for palliativ medisin som et formelt kompetanseområde. Samtidig skulle man utrede behovet for og konsekvenser av å innføre formelle kompetanseområder for leger og annet helsepersonell på permanent basis. De regionale helseforetakene fikk i sitt oppdragsdokument for 2010 i oppgave å samarbeide med Helsedirektoratet om et forsøk med etablering av et kompetanseområde i palliativ medisin.

Til å løse oppdraget vedrørende kompetanseområdet palliativ medisin oppnevnte Helsedirektoratet i brev av 18. februar 2010 et fagråd.

Helsedirektoratets oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

Som følge av at det er etablert palliative tilbud ved de fleste helseforetak, med palliative team, poliklinikker, senger eller en kombinasjon av disse tilbudene, har det blitt opprettet en rekke legestillinger i palliativ medisin i Norge. Stillingene er i dag besatt av leger med ulike kliniske spesialiteter samt varierende grad av relevant erfaring og utdanning i palliativ medisin. Videre er det grunn til å anta at et kompetanseområde i palliasjon vil kunne bidra til at pasienter som ellers ville trenge behandling i spesialisthelsetjenesten, kan få et tilbud om behandling og oppfølging enten bare i primærhelsetjenesten – eller som en delt oppfølging fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av dette anbefalte Helsedirektoratet for Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) at det gjennomføres en pilot med etablering av palliativ medisin som et formelt kompetanseområde.

Helsedirektoratet har på bakgrunn av dette fått i oppdrag fra HOD å etablere, gjennomføre og evaluere en forsøksordning med etablering av formelt kompetanseområde for leger i palliativ medisin. Parallelt er de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2010 gitt i oppgave å samarbeide med Helsedirektoratet om et forsøk med etablering av et kompetanseområde i palliativ medisin. HOD uttrykker i oppdraget til direktoratet at piloten skal utformes og gjennomføres i samarbeid med de regionale helseforetakene, KS og aktuelle yrkesorganisasjoner.

Som del av forsøket skal direktoratet parallelt med piloten i kompetanseområdet palliativ medisin også utrede om det er aktuelt å etablere tverrfaglige kompetanseområder som omfatter flere helsepersonellgrupper. HOD ønsker at en slik utredning skal være klar innen

nærmere fastsatt tidspunkt i løpet av forsøket, slik at direktoratet eventuelt kan prøve ut ordningen før forsøket avsluttes.

Helsedirektoratet vil løse oppdraget med kompetanseområde palliasjon og øvrige tverrfaglige kompetanseområder som to separate løp parallelt med hverandre. For å løse oppdraget med kompetanseområde i palliativ medisin vil Helsedirektoratet etablere et Fagråd for kompetanseområde palliativ medisin.

HOD forutsetter at forsøket med kompetanseområde palliativ medisin skal gi en kompetanse som kan brukes like mye i sykehus som i primærhelsetjenesten, og at begge tjenestenivåene skal være med i forsøket for å hente erfaringer bredest mulig. Videre at piloten skal legge til rette for god og fleksibel organisering og ressursutnyttelse i gjennomføringen

Fagrådet gis følgende mandat:

- utarbeide en prosjektplan for varighet av forsøket (prosjektplanen skal oversendes HOD når den foreligger)
- utarbeide en milepælsplan med blant annet tidspunkter for rapportering underveis til HOD
- før oppstart utarbeide krav og målbeskrivelse til det praktiske og teoretiske innholdet i utdanningen
- utvikle et eget regelverk for en godkjenningsordning, herunder vurdere om det skal etableres en formell eller eventuelt en kollegabasert godkjenningsordning
- utarbeide rutine for saksbehandlingen
- utarbeide hvordan forsøket skal evalueres

Evalueringen skal

- belyse behovet for og konsekvenser av, å eventuelt innføre formelle kompetanseområder for leger og eventuelt andre helsepersonellgrupper
- 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

Medlemmer i fagrådet

Følgende ble oppnevnt som medlemmer i fagrådet:

Cathrine Hannevig Welle-Watne, rådgiver, Helsedirektoratet

Lotte Rogg, lege, seniorrådgiver, Kompetansesenter for lindrende behandling Helse Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus

Ørnulf Paulsen, overlege, Palliativ enhet, Sykehuset Telemark

Katrin Sigurdardottir, overlege, Sunniva klinikk for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus

Dagny Faksvåg Haugen, seksjonsoverlege og leder av Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus
Anne Kvikstad, overlege, Kompetansesenter i lindrende behandling Helse Midt-Norge
Einar Skoglund, utdanningsjef, Den norske legeforening
Siri Brelin, spesialist i allmenntilleggsmedisin, Den norske legeforening
Tone Nordøy, avdelingsoverlege, Kreftavdelingen, UNN Tromsø

Følgende ble oppnevnt som observatører til fagrådet:

Ingeborg Tellugen, Kreftforeningen
Øyvind Nordbø, Norsk Sykepleierforbund
Jorunn Lunde, Norsk Fysioterapeutforbund

Lotte Rogg har fungert som leder av fagrådet under arbeidet med prosjektplanen.

Arbeidsform

Fagrådet har i perioden mars-oktober 2010 hatt fire møter som har vært brukt til arbeidet med prosjektplanen. Stein Kaasa, Leif Nordbotten, Bente Bryhn, Svein Olav Hansen og Per Haugum fra Avdeling for sykehustjenester og Avdeling for utdanning og personell i Helsedirektoratet deltok på et eller flere av møtene.

Fagrådets forslag til plan for utdanningen (kap 7) ble lagt frem og drøftet på legenes sesjon på 11. landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, 15. september 2010 i Bergen. Landskonferansen ble arrangert av Norsk forening for palliativ medisin og Norsk Palliativ Forening. Innspill fra dette møtet er tatt inn i den foreliggende prosjektplanen.

2. Målsetning

Fagrådets overordnede målsetning med prosjektet er å bedre og kvalitetssikre helsetilbudet til alvorlig syke og døende gjennom å etablere et formelt kompetanseområde i palliativ medisin for leger.

Ved å etablere et formelt kompetanseområde i palliativ medisin ønsker fagrådet å oppnå følgende mål eller effekter:

- formelt kvalifiserte leger i palliative team og på palliative enheter i spesialist- og kommunehelsetjenesten
- 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

Målet om å etablere et formelt kompetanseområde i palliativ medisin skal nås gjennom å oppnå følgende delmål:

- at det er utarbeidet krav og målbeskrivelse til det praktiske og teoretiske innholdet i utdanningen
- at det er utviklet et regelverk for en godkjenningsordning, herunder godkjenning av utdanningsavdelinger og godkjenning av utdanningskandidater

Palliativ medisin vil, dersom det blir opprettet, bli det første godkjente, formelle kompetanseområdet i Norge. Etableringen av kompetanseområdet vil derfor bli organisert som et prosjekt, der evaluering etter pilotperioden inngår i prosjektet. Evalueringen og målsettingen for denne er nærmere beskrevet i mandatet og i kapittel 11.

3. Avgrensning av mandat/prosjekt

Fagrådet oppfatter sitt mandat til å omfatte planlegging, gjennomføring og evaluering av en forsøksordning med palliativ medisin som et formelt kompetanseområde for leger. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker parallelt med piloten en utredning om hvorvidt det er aktuelt å etablere tverrfaglige kompetanseområder som omfatter flere helsepersonellgrupper. Denne utredningen faller utenfor fagrådets arbeid og vil ikke inngå i prosjektet.

I utarbeiding av prosjektplanen har fagrådet hatt sitt hovedfokus på krav til faglig kompetanse. 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. Fagrådet for kompetanseområdet palliativ medisin har uttalt seg om kompetansekrav til leger, men har begrenset grunnlag for å si noe spesifikt i forhold til andre helsepersonellgrupper.

4. Bakgrunn

Definisjon av palliativ medisin

Følgende definisjon ble vedtatt da palliativ medisin ble godkjent som spesialitet i Storbritannia i 1987, og brukes i referanseverket Oxford Textbook of Palliative Medicine (4. utgave, 2010):

Palliative Medicine is the study and management of patients with active, progressive, far-advanced disease, for whom the prognosis is limited and the focus of care is the quality of life.

Denne definisjonen er myntet på leger. Ofte brukes en videre definisjon for fagfeltet palliative care, på norsk gjerne oversatt med lindrende behandling eller palliasjon:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig vurdering og behandling, av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig/eksistensiell art. (WHO, 2002)

Utviklingen av fagområdet

Fremveksten av palliasjon som et eget fag faller sammen med utviklingen av den moderne hospicebevegelsen. Etableringen av St Christopher's Hospice i London i 1967 regnes ofte som starten på denne bevegelsen. Ideen om spesialisert, helhetlig omsorg for alvorlig syke og døende spredte seg raskt, og fra midt på 1970-tallet ble det i England, USA og Canada etablert palliative team og enheter i vanlige akuttstusykehus i tillegg til frittstående hospice og hjemmeomsorgsteam. Engasjerte enkeltpersoner brakte hospicetanken til Norge. Den første palliative virksomheten her i landet var Fransiskushjelpen (1974). På 1980-tallet vokste det

frem tverrfaglige smerteklinikker på sykehusene og rådgivningsgrupper for omsorg ved livets slutt i sykehus og kommuner. Den første offentlige utredningen om Pleie og omsorg til alvorlig syke og døende kom i 1984 (NOU 1984:30). I kjølvannet av denne ble de første palliative tiltakene etablert tidlig på 1990-tallet. I 1993 fikk Norge Nordens første professor i palliativ medisin.

Nasjonal kreftplan (NOU 1997:20) ga den første samlede fremstillingen av norsk kreftomsorg. Her var palliasjon inkludert, men dette området ble ytterligere utdypet i NOU 1999:2, Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Denne utredningen ga føringer for utviklingen av det palliative tilbudet på alle nivåer i helsetjenesten, og har lagt grunnlaget for den videre utbyggingen av palliasjon i Norge. I 2000-2001 ble det opprettet regionale kompetansesentre i lindrende behandling. Fra 2003 ga egen DRG-finansiering grunnlag for etablering av palliative team og enheter i sykehus. Fra 2004 har det vært bevilget statlige midler til prosjekter innen palliasjon i kommunene. I samme periode har en rekke palliative enheter i sykehjem blitt etablert.

I 1987 ble palliativ medisin en egen spesialitet for leger i Storbritannia. Livshjelputredningen (1999) anbefalte etablering av spesialitet i palliativ medisin i Norge. Spesialitetsrådet behandlet denne saken på eget initiativ i 2001, og konkluderte med at det ikke burde bli en egen spesialitet i palliativ medisin. Begrunnelsen var fagområdets allmenngyldige natur.

Norske leger med interesse for palliasjon hadde i flere år hatt et møtested på den årlige kreftkongressen Onkologisk Forum. I 2000 ble denne utformelle interessegruppen formalisert som Norsk forening for palliativ medisin (NFPM). I 2001 ble foreningen en spesialforening i Den norske legeförening.

I 2002 tok styret i NFPM kontakt med Spesialitetsrådet for på nytt å drøfte status for fagområdet palliativ medisin. Bakgrunnen var behovet for å kvalitetssikre legetjenestene i de palliative teamene og enhetene som var under etablering. Spesialitetsrådet ga foreningen i oppdrag å utarbeide en standard for palliasjon. Etter bred høring både innad i og utenfor Legeföreningens organisasjon ble Standard for palliasjon utgitt i 2004. Standarden utdyper og konkretiserer de faglige og organisatoriske anbefalingene fra Livshjelputredningen. Den setter også tydelige krav til kompetanse, inkludert spesialistkompetanse (nivå C).

I 2007 ble anbefalingene fra Standard for palliasjon inkorporert i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Kompetansekravene ble utdypet i et eget vedlegg. Konklusjonen var et klart behov for formalisering av legers kompetanse i palliativ medisin. På bakgrunn av dette nedsatte Helsedirektoratet i 2008 en arbeidsgruppe som skulle utrede hvordan kompetansegivende utdanning i palliativ medisin kunne formaliseres. Dette arbeidet har ledet frem til Helse- og omsorgsdepartementets vedtak om å etablere en forsøksordning med et formelt kompetanseområde i palliativ medisin.

Palliativ medisins funksjon og virkeområde

Palliativ medisins hovedfunksjon er klinisk arbeid, fagutvikling og forskning i forhold til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Nye behandlingsmodaliteter har imidlertid gjort det mulig for mange pasienter å leve med uhelbredelig sykdom i lengre tid enn tidligere, ofte flere år. Dette betyr at fasen med behov for palliasjon blir tilsvarende forlenget, og at forløpet ofte preges av behandlingsrelaterte komplikasjoner i tillegg til sykdomsmanifestasjoner.

Palliativ medisin har to kliniske hovedfokus: smerte- og symptomlindring i vid forstand, og ivaretagelse av den alvorlig syke og hans/hennes pårørende.

Smerter og symptomer kan ha bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold. Omsorg for den alvorlig syke og familien omfatter også alle livets dimensjoner. Denne totaliteten, ofte kombinert med komplekse problemstillinger, tilsier at den palliative legen alene sjelden vil ha kompetanse til å ta hånd om alle problemer. Palliativ medisin er derfor i sitt vesen tverrfaglig og teambasert, med samarbeid både med andre yrkesgrupper og med spesialister fra andre medisinske fagområder.

En tilværelse preget av livstruende sykdom er krevende for både pasienten, de pårørende og deres omgivelser, ikke minst når døden nærmer seg. Helsevesenets tilbud er viktig, og legens kunnskaper og ferdigheter er sentrale. Gode ferdigheter i kommunikasjon er nødvendige for å inkludere pasienten og familien i vurderinger og beslutninger, med fokus på å fremme deres livskvalitet.

Palliativ medisin er en del av grunnlaget for de fleste kliniske spesialiteter. Faget har også grenseflater mot mange spesialiteter, særlig onkologi, anestesi, allmennmedisin, indremedisin, kirurgi og geriatri. Fagområdet har likevel en egenart, kunnskaps- og ferdighetsbase som ikke dekkes av noe annet medisinsk fagfelt. Dette er nedfelt i internasjonale læreplaner og lærebøker.

Palliativ medisin er altså et eget, definert medisinsk fagområde, men skal samtidig prege hele helsetjenestens virksomhet. Dette forhold er bakgrunnen for at kompetansenivåene i faget er differensiert, både internasjonalt og i de norske retningslinjene: Grunnleggende kompetanse (nivå A), som alle leger bør inneha; god kompetanse (nivå B), som kreves av leger som har palliasjon som en del av sin virksomhet; og kompetanse på spesialistnivå (nivå C). Leger som har palliasjon som hovedaktivitet, bør ha spesialistkompetanse (nivå C) (Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon).

Samhandling og organisering av et helhetlig tjenestetilbud er et kjerneområde innenfor palliativ medisin. Det overordnede målet er å kunne gi pasienten et behandlings- og pleietilbud av høy kvalitet både på sykehus, i sykehjem og i pasientens hjem, alt etter behovet. For at dette skal være mulig, må samhandlingen mellom nivåene i helsevesenet (sykehustjenesten og kommunehelsetjenesten) være optimal, og den nødvendige, faglige kompetansen til stede på alle nivåer. Nærhet til hjemmet står sentralt i planlegging av behandling, pleie og omsorg, men mange pasienter har behov for tjenester fra flere instanser og nivåer i helsetjenesten.

De fleste pasienter og pårørende har liten erfaring med alvorlig sykdom og død fra tidligere. Tilrettelegging for at pårørende kan delta og bidra i den krevende, siste fasen av pasientens liv er derfor en viktig del av fagområdet og personalets kompetanse.

Holdninger til smerte- og symptomlindring, åpenhet omkring døden og kvaliteten i omsorgen ved livets slutt har betydning langt utover helsetjenesten. Palliativ medisin har dermed også en viktig rolle i holdningsskapende arbeid i samfunnet generelt.

Palliativ medisins plass i helsetjenesten

Lindrende behandling praktiseres på de fleste områder og på alle nivåer i helsetjenesten. Grunnleggende palliasjon bør derfor beherskes av alle som tar hånd om alvorlig syke og døende, kfr. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen

(IS-1529). Videre bør alle nivåer i helsetjenesten ha et spesialisert palliativt tilbud, både som konsulenter og vurderingsinstans for den øvrige helsetjenesten, og for å ta hånd om pasienter med mer komplekse behov. Dette tilbudet utgjøres av palliative team og sengeenheter (palliative sentre) i spesialisthelsetjenesten og palliative enheter i sykehjem.

Et palliativt team er et ambulant, tverrfaglig team med bred kompetanse i palliasjon. Teamet har sitt virkeområde både innad på sykehuset blant inneliggende og polikliniske pasienter, og utad mot kommunehelsetjenesten med ambulant funksjon til sykehjem og pasientens hjem. Teamet fungerer dermed som bindeledd mellom nivåene i helsetjenesten.

Pasienter som innlegges med komplekse, palliative problemstillinger, vil bli best ivaretatt på palliative sengeenheter i sykehus eller sykehjem. Slike enheter skal i størst mulig grad fungere som ”akuttsenger” med fokus på problemløsning, diagnostikk og behandling av symptomer/tilstander. Sykehjemsenheter tilbyr også korttidsopphold for rehabilitering eller avlastning for pårørende. Noen pasienter vil ha behov for enhetenes kompetanse livet ut.

Pasientene bør behandles på laveste effektive omsorgsnivå, men både problemstilling, symptombylde, situasjonens kompleksitet, tilgjengelige alternativer og ressurser samt familiens/pasientens ønsker vil spille inn når det skal avgjøres om pasienten bør tas hånd om i sykehus, sykehjem eller hjemmet.

Forskning og fagutvikling er sentrale elementer i palliativ medisin. De regionale palliative sentrene i samarbeid med de medisinske fakultetene / universitetene bør ha ansvaret for denne delen av tjenesten. I tillegg til den regionalt baserte forskningen er det et stort behov for nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

I 2010 er fortsatt ca 95 % av pasientene ved palliative enheter i Norge kreftpasienter med langtkommet, uheldelig sykdom. Det er beregnet at minst 15 000 kreftpasienter trenger kvalifisert behandling for smerter og andre plagsomme symptomer til enhver tid. Minst 15 % av disse pasientene har så komplekse tilstander at de krever kompetanse på spesialistnivå. Antall pasienter i denne gruppen kommer til å øke, både fordi det er en reell økning i kreftforekomst, fordi antall eldre øker og fordi nye behandlingsmuligheter gir flere behandlingsrelaterte komplikasjoner og følgetilstander.

Andre, tallmessig små pasientgrupper som i dag tas hånd om ved palliative enheter i Norge, er pasienter med AIDS og med amyotrofisk lateral sklerose (ALS). Pasienter med kronisk, progredierende lungesykdom (f eks KOLS) og hjertesykdom er to store grupper som bør kunne dra nytte av den palliative kompetansen og organiseringen. Det pågår et internasjonalt initiativ for å inkludere disse pasientgruppene i det palliative tilbudet. Nyttene av palliative intervensjoner ved langtkommet hjerte- og lungesykdom er vist i en rekke studier. Behovet for spesialisert palliasjon vil variere i en slik sammensatt pasientgruppe, slik at noen vil trenge en engangsvurdering av et palliativt team, mens andre vil ha behov for oppfølging over tid.

Behov for leger med kompetanse i palliativ medisin

Spesialisthelsetjenesten

Norge har fire regionale helseforetak med i alt 20 helseforetak. Det er i alt 45 somatiske sykehus med størrelse og funksjon som tilsier at sykehuset bør ha et palliativt senter.

Det er fire regionale palliative sentre (Oslo universitetssykehus, Helse Bergen / Haukeland universitetssykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus, St Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord-Norge). For å betjene det regionale kompetansesenteret i lindrende behandling, palliativt team og regional palliativ sengeenhet, vil hvert senter trenge minimum 7 leger med godkjenning i kompetanseområdet palliativ medisin (5 leger i klinisk virksomhet og to i kompetansesenteret). Det innebærer et behov for i alt 28 leger med godkjenning. Dette er minimumstall.

Hvert av de øvrige 41 sykehusene vil minimum trenge 1-2 leger med godkjenning i kompetanseområdet palliativ medisin. Ved en del små sykehus vil det være nok med en lege med godkjenning, men ved en del større sykehus (tidligere sentralsykehus) vil det trenge flere enn to godkjente leger ved det palliative senteret.

I noen foretak vil det palliative teamet dekke mer enn ett sykehus. Teamet bør da ha mer enn en lege som innehar godkjenning i kompetanseområdet palliativ medisin.

Kommunehelsetjenesten

Norge har i alt 430 kommuner. Førte kommuner har et innbyggertall på ca 15 000 eller mer. Alle disse er aktuelle for en palliativ sykehjemsenhet. I tillegg har 18 kommuner innbyggertall mellom 10 000 og 15 000. Flere av disse har i dag en palliativ enhet i sykehjem. Noen steder er det også interkommunale enheter. Dette tilsier et behov for minst 50 leger med godkjenning i kompetanseområdet palliativ medisin i kommunehelsetjenesten.

Samlet gir dette et anslått minimumsbehov på 150 leger med godkjenning i kompetanseområdet palliativ medisin, basert på anbefalinger i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.

5. Status for palliasjon i Norge i dag

Palliative team og enheter

Per oktober 2010 er det 34 palliative sentre på sykehus i Norge. Alle de palliative sentrene har et palliativt team. I tillegg er det 16 palliative sengeenheter med til sammen 82 sengeplasser.

Inkludert i tallene over er de tre regionale, palliative sengeenhetene i Oslo, Bergen og Trondheim som sammen med sitt regionale kompetansesenter i lindrende behandling danner et regionalt palliativt senter. UNN har per oktober 2010 bare kompetansesenter, men er i ferd med å opprette et palliativt team.

Det fins 4 dagavdelinger for palliasjon i spesialisthelsetjenesten. Disse tilbyr til sammen 89 plasser per uke.

Det er per oktober 2010 33 palliative enheter i sykehjem (definert som fire senger eller mer). Disse 33 enhetene har til sammen 209 senger. I tillegg er det 47 sykehjem som har enkelt seng(er) øremerket for palliativ behandling, til sammen 74 senger. Dette gir et samlet tall på 283 palliative sykehjemssenger på landsbasis. (www.pallreg.no)

Prosjekter og kompetansenettverk

54 norske kommuner har per juni 2010 pågående prosjekter innen lindrende behandling. Prosjektene har i hovedsak fokus på kompetanseheving og optimalisering av organisering og

samhandling, ofte i tilknytning til ressurspsykepleierfunksjonen eller palliative senger eller enhet i sykehjem.

Det er bygget ut nettverk av ressurspsykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i store deler av landet. Nettverk av andre fagpersoner, f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosionomer, er også under etablering.

Leger engasjert i palliasjon

Per oktober 2010 er det registrert ca 70 leger med 50 % stilling eller mer i et palliativt team eller ved en palliativ enhet i Norge. Mange flere arbeider i palliasjon, men med en lavere stillingsprosent.

Norsk forening for palliativ medisin har per oktober 2010 117 medlemmer (www.palliativmed.org). Foreningen har årsmøte hvert år på Onkologisk Forum i november. Foreningen har siden 2003 drevet Nordic Specialist Course in Palliative Medicine sammen med sine søsterforeninger i de fire øvrige nordiske land (www.nscpm.org). Foreningen har årlig kurs i palliativ medisin for fastleger og sykehusleger (kompetansenivå B). Hvert 2.-3. år arrangeres Landskonferanse i palliasjon sammen med den tverrfaglige organisasjonen Norsk palliativ forening.

I 2004 utga foreningen Standard for palliasjon (DNLF). Sammen med representanter for Norsk palliativ forening og aktuelle faggrupper utarbeidet foreningen i 2007 Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet). Norsk forening for palliativ medisin er ansvarlig for oppdateringen av handlingsprogrammet.

I alt 26 leger har gjennomført Nordic Specialist Course in Palliative Medicine på Norges kvote: åtte på kurs 2003-2005, ti på kurs 2005-2007 og åtte på kurs 2007-2009. Det er 14 leger fra Norge på det pågående kurset 2009-2011.

Av disse 40 legene har 29 50 % stilling eller mer i et palliativt team eller ved en palliativ enhet per oktober 2010.

6. Læringsmål for kompetanseområdet palliativ medisin

Leger under utdanning i kompetanseområdet palliativ medisin vil allerede inneha spesialistkompetanse i en relevant klinisk spesialitet. I løpet av utdanningsperioden skal legen tilegne seg de ytterligere kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er nødvendige for å utøve fulltids virksomhet som overlege i spesialisert palliativ virksomhet (palliativt team / palliativ enhet), med ansvar for et betydelig antall pasienter med avansert, livstruende sykdom og komplekse problemstillinger.

Dette ansvaret innebærer

- å forstå sykdommens biologi og naturlige forløp, inkludert grunnleggende forståelse av patofysiologiske mekanismer
- å diagnostisere, forebygge og behandle smerter og andre plagsomme symptomer hos pasienter med avansert, livstruende sykdom, med en helhetlig tilnærming som inkluderer både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter
- å kartlegge og vurdere daglig i hvor stor grad smerte- og symptomkontroll er oppnådd
- å ha kunnskap om de viktigste onkologiske behandlingsformer og anvende disse i samarbeid med onkolog
- å tilkalle leger fra andre medisinske spesialiteter når det er nødvendig for diagnostikk og behandling

- å bidra aktivt til teambygging og samarbeid mellom yrkesgruppene i det palliative teamet
- å undervise og informere om palliasjon til kolleger, andre helsearbeidere og publikum
- å koordinere tjenester i samarbeid med pasientens fastlege slik at pasienten og de pårørende opplever tilbudene som en sammenhengende behandlingsskjede
- å samarbeide med andre yrkesgrupper for å forebygge patologiske sorgreaksjoner i familier
- å gi råd og veiledning om kliniske problemstillinger til kolleger i og utenfor sykehus
- å delta i forskning og fagutvikling innenfor palliativ medisin

Holdninger og etikk

Legen bør gjennom utdanningen tilegne seg en positiv og åpen holdning til pasienter, pårørende og andre grupper av helsepersonell. Kunnskap om andres kompetanse er viktig i denne sammenhengen. I utdanningen vektlegges spesielt forholdet til pasienten og de pårørende. Kommunikasjon med pasienter med alvorlig, uhelbredelig sykdom og deres pårørende krever respekt, innsikt og forståelse. Det må i utdanningen være en fortløpende diskusjon om etiske tema knyttet til arbeidet.

Legen skal

- ha forståelse og respekt for pasientens selvråderett
- inkludere pasienten og de pårørende i diskusjoner og beslutninger
- vise respekt for medarbeidere og en åpen og positiv holdning til teamarbeid
- alltid ha livskvalitet i fokus og vurdere diagnostiske og behandlingsmessige tiltak ut fra dette perspektivet

7. Plan for utdanningen

Grunnleggende kompetanse

Legen må være spesialist i en klinisk ("bedside") spesialitet.

Utdanningssteder

Palliativt senter

Utdanningen bør foregå ved enheter og avdelinger som fyller de bemannings- og funksjonskrav som er beskrevet i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (revidert utgave 2010). For å bli godkjent som utdanningssted må palliativt senter minimum ha en overlege i 100 % stilling med godkjenning i kompetanseområdet palliativ medisin eller tilsvarende kompetanse.

Sykehus som blir godkjent som utdanningssted, har ansvar for utdanningen, og det medfører at sykehuseier er forpliktet til å legge forholdene til rette for utdanningen. Det vil i praksis si at sykehuset skal legge opp en praktisk og teoretisk undervisning for leger under utdanning i kompetanseområdet palliativ medisin med adgang til lønnet permisjon for nødvendig kursvirksomhet. Undervisningen og veiledningen skal være innebygget i tjenesteplanen. Avdelingsoverlegen eller avdelingssjefen har det formelle ansvar for at avdelingens undervisningsopplegg fungerer.

Ved de godkjente utdanningsstedene i palliativ medisin skal det være et utdanningsutvalg, som kan være tverrfaglig, ledet av leger, som utarbeider en utdanningsplan med et

undervisningsprogram for kompetanseområdet. Utdanningsutvalget har ansvaret for at utdanningsplanen til enhver tid er i samsvar med målbeskrivelsen for kompetanseområdet palliativ medisin. Utdanningsutvalget skal sørge for at det utnevnes veileder for den enkelte lege og påse at veileder og lege sammen utarbeider en individuell utdanningsplan for legen. Utdanningsutvalget har også ansvar for at det gjennomføres en internundervisning med 2 timer per uke.

Palliativ enhet i sykehjem eller distriktsmedisinsk senter

Palliative enheter i sykehjem kan ikke søke status som utdanningsavdeling, men tjeneste ved slike enheter kan likevel telle til kompetanseområdet under visse forutsetninger (se nedenfor). For å kunne gi tellende tjeneste må enheten ha minst 6 senger og være bemannet og drevet i henhold til retningslinjene i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (revidert utgave 2010). Enheten må ha et formalisert samarbeid med palliativt senter i helseforetaket.

Krav til teoretisk utdanning / kurs

Nordic Specialist Course in Palliative Medicine (NSCPM) eller tilsvarende kurs utgjør en obligatorisk del av utdanningen.

Klinisk tjeneste

Det er spesifiserte krav til innhold og lengde av klinisk tjeneste i utdanningen til kompetanseområdet palliativ medisin. Tjeneste ved palliativt senter må utføres ved godkjent utdanningssted. I løpet av tjenesten skal enhetens medisinskfaglige ansvarlige eller den som er delegert oppgaven, påse at legen tilegner seg de nødvendige kunnskaper, ferdigheter og holdninger (se læringsmål).

Det er krav om 2 års tjeneste innen palliativ virksomhet.

1. Tjeneste på palliativt senter med tilhørende sengeenhet og ambulant team, slik palliativt senter er definert i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (revidert utgave 2010), godkjennes med inntil 2 år, hvorav ett år er obligatorisk.
Legens stilling skal være minst 50 %, og tjenesten teller tilsvarende stillingsstørrelse.
Senteret må være godkjent som utdanningssted.
Tjenesten skal være ved alle deler av virksomheten: sengeavdeling, poliklinikk, tilsynsvirksomhet ved sykehusets ulike avdelinger, hjemmebesøk, tilsyn i sykehjem, konsulentvirksomhet og undervisning. Samarbeid med helsepersonell i førstelinjetjenesten skal vektlegges.
2. Tjeneste på palliativt senter uten egen sengeenhet, slik palliativt senter er definert i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (revidert utgave 2010) godkjennes med inntil 1 år.
Legens stilling skal være minst 50 %, og tjenesten teller tilsvarende stillingsstørrelse.
Senteret må være godkjent som utdanningssted.
Tjenesten skal være ved alle deler av virksomheten: poliklinikk, tilsynsvirksomhet ved sykehusets ulike avdelinger, hjemmebesøk, tilsyn i sykehjem, konsulentvirksomhet og undervisning. Samarbeid med helsepersonell i førstelinjetjenesten skal vektlegges.
3. Tjeneste ved lindrende enhet i sykehjem eller distriktsmedisinsk senter med minst 6 senger kan være tellende med inntil 1 år. Legen må være ansatt i minst 30 % stilling,

og tjenesten teller tilsvarende stillingsstørrelse. Enheten skal være bemannet og drevet i henhold til retningslinjene i Nasjonalt handlingsprogram (revidert utgave 2010). Tjenesten må være forhåndsgodkjent med veileder og et oppsatt utdannings- og undervisningsprogram.

Obligatorisk tjeneste på palliativt senter (punkt 1) skal avtjenes før tjeneste ved palliativt senter i sykehjem.

Palliativt senter (team) skal i utdanningsperioden ha regelmessige pasientkonferanser med legen ved enheten, minst to ganger per måned i ni måneder per år.

Det bør tilstrebes at lege som skal utdannes til kompetanseområdet, tilsettes i et ferdig planlagt "utdanningsløp". Med det menes at hele tjenesten over 2 år er planlagt før ansettelse, med kontinuitet i forhold til veileder og kollega som kan gi supervisjon. Tjenesten kan foregå på flere steder, f eks tjeneste på palliativt senter med team og sengeenhet kombinert med tjeneste på palliativt senter med kun palliativt team og/eller sykehjemsavdeling.

Søknad om godkjenning i kompetanseområdet skal vedlegges attestert liste over klinisk tjeneste, attestert sjekklister for praktiske ferdigheter og attest fra avdelingssjef/seksjonssjef som dokumenterer at hovedpunktene i målbeskrivelsen er oppfylt.

Praktiske ferdigheter

Legen skal etter endt tjeneste fremlegge attestert sjekklister som dokumenterer følgende ferdigheter:

- oppfølging, stell og avvikling av
 - kateter for pleuratapping
 - CVK/veneport
 - kateter for spinal/epidural smertebehandling
 - urinkateter
- anlegging, stell og avvikling av kateter for ascitestapping
- anlegging og avvikling av sc administrasjon av medikamenter
- håndtering av ulike aktuelle pumper for sc/iv/intratekal/epidural administrasjon av medikamenter
- praktisk sårbehandling
- anleggelse av nasogastrisk sonde
- gjennomføring av familiesamtale
- utarbeiding av individuell plan
- undervisning til kolleger

Veiledning og utarbeidelse av individuell utdanningsplan

Lege under utdanning i kompetanseområdet palliativt medisin skal ved tiltredelse få oppnevnt en veileder. Dette gjelder også for vikarer. Veileder må som en hovedregel inneha godkjenning i kompetanseområdet palliativt medisin. Første veiledningsmøte skal være senest 1 måned etter tiltredelse. I dette møtet skal legens erfaring oppsummeres og den videre utdanning planlegges.

Veileder skal bistå legen under hele utdanningstiden. Veileder og legen utarbeider snarest etter påbegynt tjeneste en individuell utdanningsplan for legen. Planen skal godkjennes av utdanningsutvalget.

Legen som er under utdanning i kompetanseområdet, skal påse at den individuelle utdanningsplanen følges. Alle overleger ved avdelingen har imidlertid ansvar for at undervisningen og tjenesten kan gjennomføres på en tilfredsstillende måte, og veilederen har

et spesielt ansvar. Fremdriften i utdanningen sikres ved regelmessig kontakt mellom veileder og legen. Veilederfunksjonen gjelder ikke bare legens tekniske ferdigheter og teoretiske kunnskaper, men like mye forholdet til pasienter, pårørende, kolleger og andre yrkesgrupper. Diskusjon av etikk og holdninger er en viktig del av veiledersamtalene.

Veileder skal være behjelpelig med å legge forholdene til rette slik at legen får erfaring med alle deler av fagområdet og får mulighet til å gjennomføre utdanningen i samsvar med utdanningsplanen. Veileder skal forvisse seg om at legen følger utdanningsplanen og opparbeider seg de nødvendige kunnskaper og ferdigheter. Veileder skal videre stimulere legen til å delta aktivt i undervisning og forskning. Det er legens ansvar å ta opp med veileder eventuelle mangler eller problemer knyttet til utdanningen. Veileder og legen skal ha regelmessige møter, minst hver måned.

Det forutsettes at det skjer en kontinuerlig evaluering av legen i hele utdanningsperioden. Veileder skal påse at legen har den planlagte progresjon i gjennomføring av ulike tjenester og den nødvendige progresjon i kvalifikasjonsnivå.

Dersom det reises tvil om at tjenesten utføres tilfredsstillende, skal legen få skriftlig melding fra avdelingsoverlegen snarest mulig.

Supervisjon

Det forutsettes at legen i sin utdanning får nødvendig supervisjon i sitt kliniske arbeid.

Internundervisning

Undervisningen skal omfatte to undervisningstimer a 45 minutter per uke ved 100 % stilling. Det kreves minimum en time undervisning i palliativ medisin. I tillegg kan en time være undervisning i annet relevant fagområde. Undervisningen kan være felles for hele det tverrfaglige teamet. Lege i redusert stilling må påse at begge typer undervisning inngår i utdanningsprogrammet.

Internundervisningen skal foregå minst 36 uker per år, dvs 72 undervisningstimer per år (antallet reduseres tilsvarende stillingsstørrelse for leger i deltidstilling).

Forskjellige undervisningsformer bør inngå i undervisningen: forelesninger, kasuistikker, litteraturmøter, presentasjon av egen forskning, kongressreferater, smågruppediskusjoner osv. Webbasert undervisning, e-læring eller videooverføring kan med fordel benyttes. Utdanningskandidaten skal også selv undervise.

Emnene for undervisningen kan med fordel følge programmet i Nordic Specialist Course in Palliative Medicine, slik at legen kan forberede seg til aktuelle moduler og ev. følge opp emner fra kurset i etterkant. NSCPM erstatter ikke den løpende internundervisningen utenom i de ukene legen er til stede på kursmodulene.

Undervisning under klinisk tjeneste i sykehjem byr på spesielle utfordringer. Legen kan med fordel delta i undervisningen på det nærmeste palliative senteret som er godkjent utdanningsavdeling. Et alternativ er smågruppe med møter hver 3.-4. uke, e-læring, oppsamlet undervisning (kurs) eller felles, regional, webbasert undervisning.

Selvstudium og litteratur

Selvstudium er en viktig del av utdanningen, og avdelingen må legge til rette for faglig fordypning for utdanningskandidaten. Litteratursøk og lesing av artikler inngår som en viktig del av NSCPM. Avdelingen må ha relevante bøker og tidsskrifter tilgjengelig, samt tilgang til ressurser via internett.

Forskning

Deltakelse i forskning og fagutvikling er et av læringsmålene for kompetanseområdet palliativ medisin. Planlegging og gjennomføring av et begrenset forskningsprosjekt er en del av NSCPM, og kurset godkjennes ikke uten dette. Beskrivelsen av den enkeltes prosjekt bør tas med i den individuelle utdanningsplanen og ved søknad om godkjenning i kompetanseområdet.

8. Godkjenningsordninger

Organisering og ansvar

I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet av 18. februar 2010 har direktoratet fått ansvar for organisering av forsøksordningen med formelt kompetanseområde i palliativ medisin. De regionale helseforetakene fikk i sitt oppdragsdokument for 2010 i oppgave å samarbeide med Helsedirektoratet om forsøket. I tillegg skal direktoratet samarbeide med KS og aktuelle yrkesorganisasjoner i utformingen og gjennomføringen av piloten.

Medlemmene i fagrådet består av representanter fra Helsedirektoratet, helseforetakene og aktuelle yrkesorganisasjoner.

Godkjenning av utdanningssteder

Fagrådet foreslår at utdanningssteder godkjennes av Helsedirektoratet etter innstilling fra et sakkyndig utvalg oppnevnt av Norsk forening for palliativ medisin.

Ved starten av pilotprosjektet må NFPM ta kontakt med de institusjoner man antar kan oppfylle forpliktelsene, og inspirere til at de søker om å bli utdanningssted i palliativ medisin. Søknad som sendes fra institusjonen, forutsettes avklart med aktuelt helseforetak og RHF.

En søknad må beskrive forutsetningene nevnt i kapittel 7, der man forplikter seg til å gi nødvendig veiledning og supervisjon, permisjon med lønn til kursutdanning, dekning av kursavgift mv. Institusjon som blir godkjent utdanningssted, har ansvar for utdanningen slik det fremgår av kapittel 7.

Helsedirektoratet må vurdere institusjoners mulighet til å påklage avslag om godkjenning.

Norsk forening for palliativ medisin holder oversikt over de institusjoner som til enhver tid kan tilby utdanning, og publiserer til enhver tid en oppdatert oversikt over utdanningssteder på sine nettsider.

I pilotperioden vil fagrådet innhente årlig rapport fra utdanningsstedene.

Godkjenning av leger i kompetanseområdet palliativ medisin

Forsøksordningen med formelt kompetanseområde i palliativ medisin for leger skal 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. Helsedirektoratet har tidligere anbefalt Helse- og omsorgsdepartementet å etablere en offentlig godkjenningsordning for leger i kompetanseområdet palliativ medisin som en del av forsøksordningen.

I dagens regelverk finnes det ingen hjemmel for offentlig godkjenning av leger eller annet helsepersonell utover autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Det betyr at en offentlig

godkjenningsordning må hjemles i helsepersonelloven og/eller i forskrift dersom det skal etableres formelle kompetanseområder for leger og eventuelt andre helsepersonellgrupper på permanent basis.

Med utgangspunkt i dette foreslår fagrådet følgende godkjenningsordning for forsøksordningen:

1. Helsedirektoratet fastsetter kravene til praktisk/klinisk tjeneste og teoretisk utdanning for kompetanseområdet i tråd med forslagene i prosjektplanen.
2. Helsedirektoratet fastsetter hvilke krav som skal stilles til utdanningssteder i palliativ medisin, basert på forslagene i prosjektplanen (kapittel 7).
3. Helsedirektoratet kunngjør forsøksordningen for de regionale helseforetakene, KS, Spekter og Legeforeningen, og inviterer til å delta i ordningen. Forsøksordningen gjøres landsomfattende slik at alle helseforetak i prinsippet kan delta.

Vilkårene for å delta og varigheten av forsøksordningen må fremgå. Vilkårene for godkjenning i kompetanseområdet må fremgå, samt at forsøksordningen innebærer at det gis en godkjenning under en midlertidig ordning.

4. Helsedirektoratet utarbeider rutiner for behandling av søknader om godkjenning i kompetanseområdet palliativ medisin fra den enkelte lege. Dette vil bla gjelde frister, overgangsordninger og krav til dokumentasjon. Fagrådet anbefaler at Helsedirektoratet i behandlingen av søknadene innhenter uttalelse fra et sakkyndig utvalg oppnevnt av Norsk forening for palliativ medisin, etter modell av Legeforeningens spesialitetskomiteer. (Fagrådet viser i denne sammenheng til Helsedirektoratets notat ”Etablering av kompetanseområde palliasjon – økonomiske og administrative konsekvenser” der også en slik fremgangsmåte er anbefalt.) Det sakkyndige utvalget sender sin innstilling til Helsedirektoratet som forestår den endelige godkjenningen.

Helsedirektoratet må vurdere legers mulighet til å påklage avslag om godkjenning.

Fagrådet antar at de som oppnår godkjenning i pilotperioden vil ønske å beholde denne etter avsluttet pilot, uansett utfallet av evalueringen av forsøksordningen. Fagrådet ber Helsedirektoratet vurdere muligheten for dette.

Overgangsordning

Det etableres en overgangsordning for godkjenning av leger som ved pilotens oppstart har tilstrekkelig klinisk tjeneste og kursutdanning til å fylle kravene som stilles for å bli godkjent i kompetanseområdet. Disse gis anledning til å søke om godkjenning innen en angitt frist, som fagrådet foreslår til 31.12.2011. Helsedirektoratet må utarbeide interne retningslinjer for vurdering av søknader etter overgangsordning, basert på forslag fra fagrådet. Godkjenning etter overgangsordning må ta utgangspunkt i regelverket for godkjenning, men gi adgang til en helhetsvurdering av legens kompetanse, basert på dokumentert klinisk erfaring og teoretisk utdanning.

Lege som skal godkjennes etter overgangsbestemmelser, må dokumentere en klinisk tjeneste innen palliativ virksomhet av minst 2 års varighet. De generelle og spesifikke læringsmål må være dokumentert oppfylt. Også de nødvendige, praktiske ferdigheter som er beskrevet for

kompetanseområdet, må dokumenteres. Nordic Specialist Course in Palliative Medicine må være gjennomført, eller det må dokumenteres annen teoretisk utdanning som dekker læringsmålene. Det kan etter overgangsbestemmelsene gjøres en totalvurdering av den enkelte søker og gis godkjenning når det anses godtgjort at søker har de kunnskaper og ferdigheter som kreves av en godkjent lege i palliativ medisin.

Det antas, etter modell av overgangsordning ved innføring av ny spesialitet, at søkerne faller i tre kategorier:

1. De som klart kan godkjennes.
2. De som avslås, men får beskjed om definert tilleggstudanning før godkjenning gis.
3. De som avslås, og som må fullføre en utdanning etter de fastsatte reglene.

9. Gjennomførings- og milepælsplan for piloten

Dato	
31.10.2010	Prosjektplan ferdig, oversendes Helsedirektoratet til intern behandling. Oversendes Helse- og omsorgsdepartementet etter intern behandling i direktoratet og ev. justeringer i fagrådet.
01.01.- 28.02.2011	Forberedelser til oppstart av pilot: Utarbeidelse av informasjonsbrev/-materiell, søknadsskjema, sjekklister
01.03.2011	Oppstart pilot <ul style="list-style-type: none"> - Utsending av informasjon - Invitasjon til å søke som utdanningssted - Overgangsordninger trer i kraft - Oppstart evaluering
01.03.2011- 31.12.2011	Godkjenning av utdanningssteder Godkjenning av leger ved hjelp av overgangsordning Rapport til HOD ved årsskiftet
01.01.2012- 30.04.2014	Pilotperioden Årlige rapporter til HOD gjennom hele pilotperioden.
01.05. 2014 31.12. 2014	Oppstart Evalueringsrapport Pilot kontinueres i evalueringsperioden Sluttrapport til HOD

Kapasiteten i Nordic Specialist Course in Palliative Medicine vil kunne gi begrensninger for piloten. Neste kurs starter høsten 2011, og vil kunne gi plass til 10-15 norske deltakere. Fagrådet foreslår at leger som ønsker å delta i piloten, prioriteres for plass på kurset.

Fagrådets plass i piloten

Før oppstart av piloten våren 2011 kan fagrådet påta seg ansvar for forberedelser slik som utarbeidelse av informasjonsbrev, søknadsskjema, sjekklister og retningslinjer for overgangsordning. I pilotperioden kan fagrådet fungere som prosjektgruppe for piloten. Fagrådet har satt seg grundig inn i problemstillingene og ønsker å følge opp prosjektet i hele perioden. Andre aktuelle oppgaver er å være pådriver overfor kandidater og institusjoner eller foreslå andre justeringer underveis. Sammen med Helsedirektoratet kan fagrådet også ha ansvaret for de årlige rapporter til HOD i pilotperioden. Fagrådet kan bistå Helsedirektoratet i evalueringen av piloten.

10. Informasjon om piloten

Informasjon om piloten sendes fra Helsedirektoratet til de regionale helseforetakene og KS som beskrevet i kapittel 8. Parallelt må Legeforeningen og Norsk forening for palliativ medisin informere sine medlemmer om ordningen.

Parallelt med utsending av informasjonsbrev må Helsedirektoratet hente inn grunnlagsdata for evalueringen (se nedenfor).

11. Evaluering av piloten

Helse- og omsorgsdepartementet har i sitt oppdragsbrev til Helsedirektoratet bedt om at forsøksordningen evalueres. 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
- evalueringen skal 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

I tillegg bør evalueringen belyse om målsettingen for prosjektet er nådd, slik den er beskrevet i kapittel 2. Har pilotperioden bidratt til å oppnå følgende mål eller effekter:

- formelt kvalifiserte leger i palliative team og på palliative enheter i spesialist- og kommunehelsetjenesten
- 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

Denne piloten omfatter kun utprøving av kompetanseområde i palliativ medisin 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. Fagrådet viser til at Helsedirektoratet parallelt med forsøksordningen skal utrede om det også er aktuelt å innføre formelle kompetanseområder for andre helsepersonellgrupper.

I gjennomføringsplanen er det lagt opp til en pilotperiode på 3 år (01. mars 2011 – 01. mai 2014). Fagrådet anbefaler at evalueringsrapporten skal foreligge innen utgangen av 2014.

Fagrådet tar utgangspunkt i at Helsedirektoratet i dokumentet til HOD har uttalt at evalueringen bør gjennomføres av Helsedirektoratet. Det er også uttalt at de regionale kompetansesentrene i lindrende behandling vil ha svært gode forutsetninger for å kunne bidra med innhenting av informasjon og gjennomføring av evalueringen, samt at Norsk forening for palliativ medisin og Legeforeningen også vil kunne bidra. I tråd med dette foreslås følgende evalueringsopplegg:

Forberedelsene til evalueringen bør starte ved pilotens oppstart med å registrere grunnlagsdata. Dette grunnlaget bør gi et mest mulig komplett bilde av legetjenestene innenfor spesialisert palliativ virksomhet i Norge, kfr punkt 1 nedenfor.

Det foreslås å dele evalueringen i to. Den ene delen vil omfatte registrering av faktaopplysninger (antall godkjente leger, antall utdanningssteder, geografisk fordeling av disse mv). Den andre delen vil dreie seg om gjennomføringen av og kvaliteten på utdanningen knyttet til de oppsatte målene for utdanningen.

Fagrådet foreslår at Helsedirektoratet frikjøper en fagperson fra det palliative miljøet til å forestå evalueringen og skrive rapporten.

Forslag til evalueringskriterier:

1. Registrering av faktaopplysninger

- antall palliative sentre i spesialisthelsetjenesten og antall palliative enheter i kommunehelsetjenesten (nasjonal oversikt)
- antall leger og hjemler i palliativ medisin ved palliative sentre og antall leger ved palliative enheter i sykehjem
- antall godkjente leger i kompetanseområdet i pilotperioden, inkludert kjønns- og aldersfordeling, spesialitetsbakgrunn, geografisk fordeling, arbeidssted, fordeling på spesialist- og kommunehelsetjenesten
- antall leger som har gjennomført utdanningen i henhold til utdanningsplanen for kompetanseområdet, antall godkjenninger på overgangsordning
- oversikt over utdanningssteder og geografisk fordeling av disse
- bruk av DRG-kode Z51.50, ev. endringer
- bruk av takster, ev. endringer (inkludert takst 14, 11ad og 612a for fastleger)
- antall opphold og liggetid ved palliative enheter i spesialist- og kommunehelsetjenesten
- antall henviste pasienter til palliative sentre og sykehjemsenheter
- diagnoser for henviste pasienter (kreft/ikke-kreft)
- antall dødsfall i hjemmet

2. Spørreundersøkelse til leger som har fått godkjenning i kompetanseområdet, leger som er under utdanning i kompetanseområdet, veiledere, medlemmer i de tverrfaglige teamene, fastleger og ev. andre samarbeidspartnere, avdelingssjefer/avdelingsoverleger, ledelsen i foretak og kommuner. Det kan være aktuelt å supplere med intervjuer. Spørreundersøkelsen bør belyse følgende:

- hvordan gjennomføringen av utdanningen har fungert
- om målene om økt kompetanse innen fagfeltet er nådd
- om palliativ medisin er egnet som kompetanseområde
- om kompetanseområdet er egnet for andre personellgrupper

- hvilken godkjenningsordning som anses best egnet
- økonomiske og administrative konsekvenser for helseforetakene
- brukertilfredshet
- annet

12. Økonomiske og administrative konsekvenser

Økonomiske og administrative konsekvenser i forsøksperioden

Leger som skal delta i piloten, vil trenge permisjon med lønn til å delta på nødvendige kurs (Nordic Specialist Course in Palliative Medicine). NSCPM er godkjent som støtteberettiget kurs til Legeforeningens utdanningsfond (reise og opphold), mens kursavgiften forutsettes dekket av arbeidsgiver.

Legen vil trenge å få tid avsatt til arbeid med prosjektoppgaven til kurset. Dette må tas inn i legens tjenesteplan og avdelingens bemanningsplan. Utdanningsstedene må forplikte seg til å ha et utdanningsutvalg og gjennomføre to timer undervisning per uke. Det må også settes av tid til veiledning. Dette er forhold som er integrert i virksomheten på enhver utdanningsinstitusjon for spesialistutdanning, men nevnes likevel siden ikke alle palliative sentre deltar i spesialistutdanning.

Det må sikres økonomi til driften av fagrådet (reiser og møter) og ev. sakkyndig komité. Helsedirektoratet må ha de nødvendige ressurser til de oppgavene direktoratet skal utføre i piloten og til evalueringen av prosjektet.

Konsekvenser ved en permanent ordning

Behovet for formalisert kompetanse i palliativ medisin er en følge av en ønsket utvikling og forbedring av helsetjenesten for pasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid, slik dette er nedfelt i en rekke nasjonale planer og utredninger (NOU 1984:30, NOU 1997:20, NOU 1999:2 og Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 2007). Alle disse rapportene slår fast at palliasjon skal integreres i den ordinære, offentlige helsetjenesten og bygge på etablerte strukturer. Som en følge av utbyggingen av palliative team og enheter har det oppstått en situasjon som forutsetter leger med særskilt kompetanse i palliativ medisin. Etablering av palliativ medisin som et kompetanseområde vil være et viktig bidrag til å sikre faglig kvalitet og dermed et bedre og mer effektivt helsetilbud.

Uavhengig av etablering av et kompetanseområde i palliativ medisin er det flere grunner til at antallet palliative enheter og team uansett kommer til å øke de nærmeste årene. Særlig nevnes:

- økningen i antallet eldre. Det er størst forekomst av kreft og kroniske sykdommer blant eldre. Samtidig vet vi at pasienter lever lenger tross alvorlige sykdommer, og dermed har behov for palliativt tilbud i en lengre periode av livet.
- samhandlingsreformen vil forutsette at det etableres tilbud i kommunene og at disse tilbudene er av god kvalitet
- endringen av oppgavefordelingen blant sykehusene gjør at mindre sykehus uten palliative tjenester vil forventes å etablere et slikt tilbud fordi de avgir andre oppgaver, og fordi palliasjon bør forgå i pasientens nærmiljø.

I hvor stor grad etablering av et kompetanseområde vil være en pådriver for eller forårsake flere etableringer ut over det som skrives ovenfor, er usikkert. Etablering av palliative team og

enheter vil følge anbefalingene i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen hvor innhold og organisering av enhetene på de ulike nivå i helsetjenesten er definert. Tilgang til kompetent personell med kompetanseområde palliasjon vil i seg selv ikke skape en palliativ enhet, men vil være en ressurs der hvor det etableres en palliativ enhet som gjør bruk av en slik kompetanse. Det er mer sannsynlig at samhandlingsreformen vil være en pådriver for å etablere palliative tilbud i den sammenhengende behandlingsskjeden. Dersom det er rett, vil opprettelse av palliativ medisin som kompetanseområde være med på å sikre helsetilbudet i den nye reformen.

I hvor stor grad en kvalitetsheving av denne delen av helsetjenesten vil føre til økonomiske besparelser, er ikke mulig å besvare i forkant av prøveperioden. Generelt vet vi at kostnadene knyttet til helsetjenester det siste leveåret utgjør en stor del av de totale kostnadene til helsetjenester gjennom livsløpet. Økt kompetanse om palliasjon i kommunehelsetjenesten vil kunne føre til færre og kortere innleggelses i sykehus, og samtidig øke utgifter til palliativ virksomhet i kommunesektoren.

Finansieringen for spesialisthelsetjenesten håndteres gjennom behovsbasert basistilskudd og aktivitetsbasert ordning (Innsatsstyrt finansiering). For kommunehelsetjenesten er det ingen tilsvarende ordning, og finansieringen av palliativ virksomhet i KS-området må sees i sammenheng med nødvendig endring av finansieringsordninger knyttet til samhandlingsreformen. Kostnadene knyttet til økt utdanningskapasitet og etableringen av kompetanseområdet palliativ medisin må ses adskilt fra finansieringsordningene for palliativ virksomhet.

13. Tverrfaglighet og overføringsverdi

Denne prosjektplanen omhandler et formalisert kompetanseområde i palliativ medisin for leger. Fagrådet tar ikke stilling til om tilsvarende utdanning bør opprettes for andre faggrupper, da dette skal utredes av Helsedirektoratet parallelt med piloten. Prosjektplanen omhandler kompetanse for leger som skal arbeide i spesialisert palliativ virksomhet. Deler av arbeidet vil likevel kunne ha nytteverdi for andre grupper.

Utdanningssteder skal ha et utdanningsutvalg med ansvar for avdelingens utdanningsplan. Da palliasjon er basert på en tverrfaglig, teambasert tilnærming, mener fagrådet at utdanningsutvalget godt kan være tverrfaglig sammensatt. En rekke av de temaer som bør tas opp i undervisningen, vil egne seg for hele teamet (se kapittel 7 samt vedlegg 3). Den undervisningsvirksomhet som utdanningsstedene må forplikte seg til, vil dermed styrke teamet som helhet og alle faggruppers kompetanse. Samtidig er det nødvendig med undervisning rettet mot den enkelte yrkesgruppe for å sikre den spisskompetansen i eget fagfelt som er definert på nivå C, og som er nødvendig for å kunne bidra fullt ut i det tverrfaglige samarbeidet.

14. Referanser

1. Kompetanseområder. I: Spesialistutdanningen av leger. Den norske legeforening 2009, s. 49-52. http://www.legeforeningen.no/asset/46251/1/46251_1.pdf
2. Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4th ed. Oxford: Oxford University Press 2010.
3. Norges offentlige utredninger. Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker. NOU 1984:30.
4. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap – norsk kreftplan. NOU 1997: 20. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-20/11.html?id=346508>
5. Norges offentlige utredninger. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. NOU 1999:2. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2.html?id=141460>
6. Standard for palliasjon. Oslo: Norsk forening for palliativ medisin, Den norske legeforening 2004. http://www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404_2.pdf
7. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007; revidert utgave 2010. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf
8. www.pallreg.no
9. www.nscpm.org
10. Utdanning i palliativ medisin. Etablering av kompetanseområde. Helsedirektoratet: Rapport fra en arbeidsgruppe, 05.02.2009.
Vedlegg 1: Utredning av forutsetninger for opprettelse om kompetanseområder. Helsedirektoratet 04.11.2009.
Vedlegg 2: Etablering av kompetanseområde palliasjon – økonomiske og administrative konsekvenser. Vurdering av spørsmål i brev av 22. september 2009 fra HOD. Helsedirektoratet: notat 09/4181.
11. Kaasa S (red). Palliasjon. Nordisk lærebok. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2007.

15. Vedlegg

1. Kursprogram, Nordic Specialist Course in Palliative Medicine (2009-2011)
2. Oppsummering av nasjonal kartlegging av palliative sentre og sykehjemsenheter med tanke på utdanningsplasser i palliativ medisin (august 2010)
3. Forslag til temaliste for utdanningsstedenes undervisningsprogram i palliativ medisin

Vedlegg 1: Kursprogram Nordic Specialist Course in Palliative Medicine (2009-2011)

4th Nordic Specialist Course in Palliative Medicine, 2009-2011

This course is a joint venture between the Associations for Palliative Medicine in the Nordic countries for a theoretical specialist training course in 6 modules.

Course Content 2009-2011

MODULE 1 – 28 September - 2 October 2009, Trondheim, Norway

A. INTRODUCTION TO PALLIATIVE MEDICINE (1/2 day)

Aim: To have an understanding of palliative medicine, its characteristics, advantages, and limitations. To introduce the course participants to the basic ideas of the course.

Topics: The history and development of palliative medicine. Concepts and definitions. Hospice philosophy. The palliative medicine curriculum and the contents and working methods of the Nordic course.

B. INTRODUCTION TO COURSE PROJECT (2 days)

Aim: To be able to read and analyse scientific literature. To have an understanding of research ethics. To be prepared to plan a simple study in a palliative medical subject, write a protocol, find a tutor, and start the study.

Topics: Introduction to evidence-based medicine. Epidemiology and research methods in palliative medicine. Introduction to quantitative and qualitative research methods. Research ethics. Critical reading and literature review. How to write a protocol. Planning of own project.

C. SYMPTOM MANAGEMENT IN PALLIATIVE CARE (2 1/2 days)

Aim: To know and understand the epidemiology, biology, and complexity of symptoms in palliative medicine, and to be able to assess and handle the symptoms of the advanced cancer patient.

Topics: Assessment (including assessment tools), diagnosis, and management (treatment) of symptoms, such as anxiety, depression, fatigue, cognitive failure, gastrointestinal symptoms, respiratory symptoms, cachexia, anorexia. Introduction to surgical and oncological palliative care interventions. Symptom assessment in the cognitively impaired.

MODULE 2 – 25-29 January 2010, Helsinki, Finland

A. THE IMMINENTLY DYING (4 days)

Aim: To acknowledge the special needs of the dying patient and his or her family; including religious, cultural and spiritual aspects. The influence of nearby death on suffering and family structure.

Topics: The dying process. Pharmacological treatment of the dying patient. Ethical aspects, hydration, withdrawal of treatment, psychological problems in patient and relatives. Social needs. Role of family in the treatment. Role of volunteers. How to handle young patients and children. Cultural problems, including other cultures, cultural and ethnic differences. Coping with emotional stress in yourself and your staff. Spiritual aspects in life and death. Follow-up in bereavement and bereavement support. Symptom control and the need of terminal sedation. How to organise the treatment of dying persons optimally (including different choices).

B. AUDIT (1 day)

Aim: Based on an understanding of the principles of quality control, to be able to perform a clinical audit in palliative care.

Topics: The principles and practice of quality control and audit. Differences and similarities between audit and research. Audit in palliative care, especially in the Nordic context.

MODULE 3 – 19-23 April 2010, Malmö, Sweden

A. COMMUNICATION – PART 1 (2 days)

Aim: To improve the knowledge and skills of the participants in communicating with patients and relatives during all stages of the patient's illness. To improve the knowledge and skills of the participants in communicating with colleagues.

Topics: Skills in empathic listening and open questioning, to

- elicit concerns across physical, psychological, social, and spiritual domains
- establish extent of awareness about illness and prognosis

Common barriers to communication with both patients and professionals. Management of difficult questions and information given sensitively and as appropriate to wishes and needs of the individual. Facilitation of decision-making and promotion of patient autonomy. Recognition and management of conflicts between confidentiality and the need to share information with others. Theories and evidence-base for communication practice. Awareness and practice of a range of structures and styles of consultations. Critical evaluation of own consulting skills.

The course includes lectures on communication theory alternating with intense practice in small groups. The main emphasis is laid on role-plays, using the clinical experience of the participants and focusing on problems in their own clinical practice, starting with the more simple situations and gradually increasing the degree of difficulty.

B. ETHICS (1 day)

Aim: To know the principles of medical ethics which apply to palliative medicine.

Topics: Theories of human nature. The declaration of human rights. Values and norms in palliative medicine. The issues surrounding requests for euthanasia and terminal sedation. The issues of stopping treatment with curative intent. Involvement of patients and relatives in decision-making. How to weight and assess benefits and burdens of treatment and clinical decisions. Evaluate decisions involved in resource allocation. How to decide for the incompetent patient.

C. TEAMWORK (2 days)

Aim: To know and understand the concept of multidisciplinary teamwork and to be able to contribute to practical teamwork.

Topics: Different types of teams. Why teamwork? Understanding group processes and being sensitive to team dynamics. Leadership in teams. Different forms of team support. Strategies which facilitate team functioning. The skills and contributions of other team members and other professions. Understanding of boundaries and professional rivalries. Handling of team conflicts.

MODULE 4 – 27 September - 1 October 2010, Bergen, Norway

A. DECISION-MAKING IN PALLIATIVE MEDICINE (1/2 day)

Aim: To be able to analyse difficult situations in palliative medicine and make the appropriate decisions. To be able to integrate evidence-based palliative medicine into daily clinical practice. To understand how the patient and family should be involved in decision-making.

Topics: How to apply critical appraisal skills and the skills of evidence-based medicine in daily medical practice. Decision-making.

B. EMERGENCIES IN PALLIATIVE MEDICINE. (1 day)

Aim: To be able to handle emergencies in palliative medicine.

Topics: Emergencies in palliative medicine, like hypercalcemia, acute delirium, gastrointestinal obstruction, acute dyspnoea, bleeding, convulsions, neurological conditions (spinal cord compression, brain metastases, raised intracranial pressure). Palliative orthopaedic surgery. Wound care.

C. COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE TREATMENTS (1/2 day)

Aim: To know about complementary and alternative treatments used by patients in palliative care, and where to find more information on these therapies, their backgrounds and use. To have a balanced view on these treatment options. To know the national regulations applying to these therapies.

Topics: Concepts and definitions. Examples of common practice of alternative/complementary treatments in palliative care patients, effects and side effects. Statutory regulations.

D. MOTOR NEURON DISEASE (1/2 day)

Aim: To learn about the special palliative care needs in motor neuron disease and how these needs may be met by the multiprofessional PC team.

Topics: Epidemiology, pathology/pathophysiology, and clinical presentation of MND. Symptom management, management of respiratory failure, ethical dilemmas in decision making in MND.

E. TEACHING (2 days)

Aim: To learn about different teaching methods and their application in palliative medicine. To develop teaching skills.

Topics: Adult learning. Theory and practice of different teaching methods. Factors that promote learning. How to make a presentation, handle teaching equipment, make and evaluate a learning session, and evaluate own teaching. Practice session.

F. FOLLOW UP ON COURSE PROJECT

MODULE 5 – 24-28 January 2011, Copenhagen, Denmark

A. COMMUNICATION – PART 2 (2 days)

Aim: As in part 1, with an increasing degree of difficulty.

Topics: As in part 1, with an increasing degree of difficulty.

There will be increasing emphasis on role-plays and video. In the time span between communication part 1 and part 2, the participants will be requested to practice the communicative skills acquired in part 1. All participants must prepare a video illustrating clinical communication in palliative care, which will be used in the teaching sessions in part 2. Approval of the course will be subject to the preparation of such a video.

B. PAIN (3 days)

Aim: To know the definition of pain and to know and understand the epidemiology, biology, and complexity of the symptom pain in palliative medicine, including

the psychological, social, and spiritual characteristics. To be able to assess, evaluate and treat the different kinds of pain, including knowledge of the pharmacology and handling of medical pain treatment and the non-pharmacological interventions in pain management.

Topics: Classification and assessment of pain. The prevalence of pain primarily in advanced cancer. A mechanism-based evaluation (understanding of nociceptive, visceral, neuropathic, and breakthrough pain conditions).
Drug treatment principles.
Opioids: Opioid sensitivity, opioid side effects (including tolerance, addiction, opioid-induced neurotoxicity) and opioid rotation.
Adjuvant analgesics: Indications and drug selection of non-opioid analgetics.
Invasive techniques: Spinal/epidural/parenteral pain treatment. Nerve blocks.
Radiotherapy and bisphosphonates. Non-drug pain therapy.
Psychological interventions in pain management. Existential pain.

C. FOLLOW UP ON COURSE PROJECTS

MODULE 6 – 9-13 May 2011, Reykjavik, Iceland

A. MANAGEMENT, ORGANISATION (1 ½ days)

Aim: To have the knowledge and the ability to set up and manage a palliative care programme. To know about different ways of organizing palliative care services. To understand palliative care from an international viewpoint.

Topics: Different organisational models for palliative care programmes, e.g. consulting teams, home care teams, in-bed units, consulting function in the hospital and in the nursing home. Management of the organisation. Recruiting and staff selection. Leadership. Differentiation between clinical and management issues. Budgetary systems and economic aspects. The role of the administrator. Co-operation with national and international organisations and associations. Organisation of palliative care in each Nordic Country.

B. PALLIATIVE CARE IN NON-MALIGNANT DISEASE (1 day)

Aim: To be familiar with the natural course, signs of progress and treatment options in advanced non-malignant disease.

Topics: Congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and dementia.

C. PRESENTATION OF RESEARCH PROJECTS (1½ days)

Aim: The student should be able to present the results from his/her own study in a concise and precise way at a scientific level.

Topics: Presentation of own project. To be able to write an abstract, make a power-point presentation and write an article. Evaluation and feedback in the course group (colleagues and teachers).

D. EXAMINATION and EVALUATION (1 day)

Aim:

- a) To evaluate if the course is designed and carried out well enough to fulfil the expectations of the participants. To check if the teaching aims have been reached and to get feed-back to the teachers.
- b) To assure that the participants have the required knowledge, skills and attitudes for a specialist in palliative medicine.

Topics: Examination. Oral and written evaluation together with the Steering Committee

References:

1. Palliative Medicine Curriculum for Medical Students, General Professional training and Higher Specialist training. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland, 1991.
2. Report and Recommendations of a Workshop on Palliative Medicine Education and Training for Doctors in Europe. European Association for Palliative Care (EAPC), 1993.
3. Svensk läroplan i palliativ medicin. www.sfpm.org Svensk Förening för Palliativ Medicin, 2001.

Course secretariat

Secretary Ragnhild Green Høgås
Kompetansesenter i lindrende behandling Midt-Norge
Bevegelsesenteret Øst 3 etg
St Olavs Hospital
N-7006 Trondheim
Phone:

Web

www.nscpm.org

Entry requirements and selection of participants

The course is planned for 36 students. Sweden will be assigned 10 places, Denmark 8, Norway 8, Finland 8, and Iceland 2. If one country does not fill all the assigned places, these may be offered to others.

Applicants should have completed specialist training in a recognized medical specialty and possess knowledge and skills corresponding to level B of the palliative medicine curriculum (Ref. 1,2,3).

The national associations will consider and nominate students among the applicants from their respective countries. For the selection amongst qualified applicants, geographical considerations as well as each applicant's present or future role in the development of palliative care in his/her country will be taken into account, aiming at an even and fair distribution within each country.

The Steering Committee makes the final selection.

Economy

The fee for each of the six course modules will be of Euro 670 (total course fee: Euro 4020). A deposit of Euro 670 should be effected no later than 30 days after the notification of a successful application, and each module should be paid in advance.

Additional costs for travel and accommodation must be added.

Every student is responsible for funding his/her course expenses. At the time of application, the student should ideally have obtained permission and provide evidence of guaranteed payment of the course costs, or be able to adequately demonstrate how he/she will finance the course.

The educational department of the Danish Medical Association is responsible for the course accounts. Contact person: Cecilie Strandberg, cst@ddl.dk

Duration and organisation of training

The duration of specialist training in Palliative Medicine is suggested to be 2 years, including the 6 modules of the Nordic Specialist Course in Palliative Medicine and clinical training.

The duration of clinical training will differ between the Nordic countries, but will include work in specialist palliative care units or teams where the full range of services is provided in different settings, e.g. in-patient care, day care, home care, bereavement services. The program to which the student is appointed will have named consultant trainers (educational supervisors) for each element of the program.

Research project

A limited research project is included in the course. Each student will get a national tutor to assist with his or her project. The project may be quantitative or qualitative, in the form of a survey, an audit, development of clinical guidelines, or conducting a systematic review. The task will be introduced in the first module and attended to in every module, with special emphasis in module 4 and presentation of projects in module 6. Students who already have an ongoing project may use this, provided it is their own work (not more than two candidates working together).

Exams/assignments

An assignment will be given at the end of each module and must be handed in, at the latest, 4 weeks after each course.

The assignments will be graded Pass/Not pass.

A final evaluation of each participant and exam will be performed at the end of the course.

Participants will receive a written proof (diploma) that they have passed the course.

To obtain this document, all assignments including the project must be passed, and the participants must have been present at least 90% of the course.

Course evaluation

Each module will be consecutively evaluated by the students and the Steering Committee.

A final evaluation will be performed at the end of the course.

Steering Committee 2009-2011

Tove Vejlgaard, M. Sci., specialist in internal medicine

Chairman of the Steering Committee

Member of the Danish Association for Palliative Medicine (DSPaM)

Palliativt Team Vejle, Denmark

E-mail: Tove.vejlgaard@slb.regionsyddanmark.dk

Lena Lundorff, anaesthesiologist

Member of the board of the Danish Association for Palliative Medicine (DSPaM)

Palliativt Team, Herning sygehus, Herning, Denmark
E-mail: heclun@ringamt.dk

Dagny Faksvåg Haugen, Dr. Sci., oncologist
Member of the Norwegian Association for Palliative Medicine (NFPM)
Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest
Haukeland University Hospital, Bergen, Norway
E-mail: dagny.haugen@helse-bergen.no

Stein Kaasa, Professor, oncologist
Member of the Norwegian Association for Palliative Medicine (NFPM)
Palliative Medicine Unit, St Olav's Hospital, Trondheim, Norway
E-mail: Stein.Kaasa@medisin.ntnu.no

Sebastian von Hofacker, anaesthesiologist
Member of the Norwegian Association for Palliative Medicine (NFPM)
Sunniva klinikk for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Bergen, Norge
E-mail: Sebastian.vonhofacker@haraldsplass.no

Eva Thoren Todoulos, general practitioner
Member of the board of the Swedish Association for Palliative Medicine (SFPM)
Stockholms Sjukhem, Stockholm, Sweden
E-mail: eva.thoren.todoulos@stockholmssjukhem.se

Carl-Magnus Edenbrandt, M.D., Associate Professor, Hematologist
Member of the Swedish Association for Palliative Medicine (SFPM)
Palliative Care Team, Dept. of Oncology, University Hospital, Malmö, Sweden
E-mail: : Carl-Magnus.Edenbrandt@skane.se

Tiina Saarto, Dr. Sci, oncologist
Chairman of the Finnish Association for Palliative Medicine
Dept. of Oncology, Helsinki University Central Hospital, Helsinki
E-mail: tiina.saarto@hus.fi

Valgerdur Sigurdardottir, Dr. Sci., oncologist
The Palliative Care Unit, Landspítali University Hospital Kopavogur, Kopavogur, Iceland
E-mail: valgersi@landspitali.is

Vedlegg 2: Oppsummering av nasjonal kartlegging av palliative sentre og sykehjemsenheter med tanke på utdanningssteder i palliativ medisin (august 2010)

Fagrådet gjennomførte sommeren 2010 en kartlegging av palliative sentre i spesialisthelsetjenesten og palliative sykehjemsenheter i kommunehelsetjenesten med tanke på utdanningssteder for leger i kompetanseområdet palliativ medisin.

Palliative sentre

Vi fikk svar fra 32 palliative sentre. Fire ga ufullstendige opplysninger: 2 var i ferd med å starte opp, ett senter var usikker på utdanningsmuligheter og ett senter var for tiden ute av drift pga manglende legeressurs.

Av de resterende 28 sentre var 4 fra Helse Vest, 4 fra Helse Nord, 4 fra Helse Midt-Norge og 16 fra Helse Sør-Øst.

15 av sentrene hadde senger, med antall varierende fra 2 til 12. Gjennomsnittlig liggetid var for de fleste 6-10 dager, men varierte fra 3 til 15. Fem sentre hadde dagavdelinger. Alle sentrene hadde minst en lege i mer enn 50 % stilling ved senteret. 15 sentre hadde minst en lege i 100 % stilling. 21 sentre oppga å ha lege som hadde gjennomgått Nordic Specialist Course in Palliative Medicine eller med tilsvarende kompetanse.

20 sentre var positive til å ta imot utdanningskandidat i palliativ medisin. Fem sentre svarte at de burde kunne skaffe en utdanningsplass ved omgjøring av stilling, mens de andre svarte at de ville trenge en ny stilling til dette.

(Ved senere diskusjon på Landskonferansen kom det frem at ikke alle sentre hadde vurdert muligheten av å være praksisplass for lege som allerede var ansatt på senteret. Det betyr at det sannsynligvis vil være flere aktuelle praksisplasser i piloten uten at det tilføres nye stillinger.)

Palliative sykehjemsenheter

Vi fikk svar fra 29 palliative enheter i sykehjem: 4 i Vest, 3 i Midt-Norge og 22 i Helseregion Sør-Øst.

Antall senger varierte fra 3 til 11. (Tre er per definisjon ikke en enhet, men enkeltsenger. Dette gjaldt bare ett sykehjem.) De fleste enhetene hadde en gjennomsnittlig liggetid på 3(-4) uker.

Stillingsprosenten for leger var svært varierende ved de ulike enhetene. Legetimer per seng per uke varierte fra knapt 1 til 4-5.

Åtte enheter oppga å ha leger med tilstrekkelig kompetanse til å kunne fungere som veileder for leger i utdanning til kompetanseområdet (gjennomført NSCPM eller tilsvarende kompetanse). 11 av enhetene var positive til å være utdanningssted, enten ved omgjøring av stilling eller ved ny stilling. Deltidsstilling var aktuell for de fleste enhetene. Seks enheter nevnte spesielt at utdanningsplass burde opprettes i samarbeid med det palliative senteret i helseforetaket.

Konklusjoner

Kartleggingen viser at de palliative sentrene og enhetene per i dag ikke har en struktur eller organisering som er rettet inn mot utdanning. Samtidig viser enhetene en vilje til å legge til rette for utdanningsplasser. Dette vil en del steder kreve oppretting av ny stilling.

Flere steder kan samarbeid om utdanningsplass mellom palliativt senter i sykehus og palliativ enhet i sykehjem være aktuelt.

Kartleggingen viser ellers at de palliative sentrene i sykehus gjennomgående har god struktur og oppfyller de normerte krav til legestillinger. Kravene knyttet til DRG-kode Z51.50 har uten tvil bidratt til dette.

I sykehjem er situasjonen en annen. Selv om handlingsprogrammet for palliasjon inneholder standarder og anbefalinger for palliative enheter i sykehjem, fins det per i dag ingen finansieringsordning eller ”akkrediteringsordning” med innebygde sanksjoner for de kommuner som ikke følger anbefalingene. Dette gjør at vurderingen blir opp til den enkelte kommune, og dette gjenspeiler seg i den store variasjonen i organisering og størrelse på legestilling. Palliative enheter i kommunehelsetjenesten er derfor mye mer sårbare og knyttet til ildsjeler og den enkelte kommunes velvilje.

Vedlegg 3: Forslag til temaliste for utdanningsstedenes undervisningsprogram i palliativ medisin

Temalisten følger stort sett tema-rekkefølgen i NSCPM og Palliasjon. Nordisk lærebok (2. utgave, red. Stein Kaasa, 2007), men må ikke følges fortløpende.

Følgende temaer bør dekket:

- 1) Introduksjon til palliasjon. Særtrekk ved fagområdet og egen motivasjon for valg av videreutdanning.
- 2) Sentrale karakteristika ved kommunikasjon med og undersøkelse av den palliative pasient.
- 3) Kartleggingsverktøy for symptomvurdering.
- 4) Smertens patofysiologi.
- 5) Smerteutredning- og behandling.
- 6) Obstipasjon. Utredning og behandling.
- 7) Lindring av kvalme. Utredning og behandling.
- 8) Håndtering av delirium. Utredning og behandling.
- 9) Håndtering av hypercalsemi.
- 10) Myokloni og kramper. Utredning og behandling.
- 11) Behandling av ødemer hos palliative pasienter..
- 12) Diagnostisering og håndtering av legemiddelbivirkninger i palliativ medisin.
- 13) Kløe. Utredning og behandling.
- 14) Faktorer som kan predikere om en pasient er døende.
- 15) Individuell plan.
- 16) Familiesamtalen. Rolleendringer. Selvbilde og seksualitet. Tiltak og intervensjoner.
- 17) Barn som pårørende. Tiltak og intervensjoner
- 18) Håndtering av krisereaksjoner og ”komplisert sorg”
- 19) Håp og håpløshet. Om eksistensielle og åndelige spørsmål.
- 20) Advanced directives. Tid og sted.
- 21) Betydningen av ritualer ved dødsfall i en flerkulturell kontekst.
- 22) Når nok er nok. Om ”treatment withdrawal” og andre vanskelige etiske beslutninger.
- 23) Anorexi/Kachexi. Om ”kunstig” ernæring til palliative pasienter.
- 24) Dehydrering. Om væskebehandling av palliative pasienter.
- 25) Ascites-behandling.
- 26) Hikke. Behandling av et repeterende og invalidiserende problem.
- 27) Håndtering av forespørsel om eutanasi. Juridiske aspekter og egne holdninger.
- 28) Depresjon hos palliative pasienter. Diagnostiske hjelpemidler og behandling.
- 29) Lindrende sedering. Kriterier for initiering og oppfølging. Juridiske aspekter.
- 30) Teamarbeid. utfordringer i samhandling. Praktiske tilnærminger og håndteringsmåter.
- 31) ”Den gode samtalen”. Kommunikasjonsutfordringer ved samtale om liv og død.
- 32) ”Den dårlige samtalen”. Om uforsonlighet og konflikter mellom pasient og pårørende.
- 33) Håndtering av dyspne.
- 34) Håndtering av livstruende blødninger.
- 35) Håndtering av vena cava syndrom.
- 36) Håndtering av truende tverrsnittslesjon.
- 37) Håndtering av intracranielle katastrofer.
- 38) Håndtering av malign tarmobstruksjon.
- 39) Patologiske fracturer hos palliative pasienter. Diagnostikk og behandlingsmål.
- 40) Sårbehandling i palliativ medisin. Klassifisering og behandling.

- 41) Komplementær behandling til palliative pasienter. Oversikt over lovverk, behandlingsmodaliteter og bivirkninger/interaksjoner. Fokus på egne holdninger.
- 42) Organiseringen av palliasjon slik den er nedfelt i Nasjonal handlingsplan for palliasjon i kreftomsorgen.
- 43) utfordringer ved det "sømløse" helsevesen. Om tilgjengelighet, rutiner for henvisning, utskriving og epikriseoverføring, og Det palliative teams brobyggende funksjon.
- 44) Avgrensning av det palliative teams "grenseoverskridende" virksomhet.
- 45) Samhandlingsfremmende tiltak. Praktisk tilnærming. Telefonlister. Hospiteringsordninger. Praksiskonsulenter.
- 46) "Unødvendig" innleggelse? Hva kunne vært gjort annerledes?
- 47) Den "vanskelige" pasienten. utfordringer for teamet og den enkelte.
- 48) Har kunden alltid rett? Om "håpløse" pårørende og egne begrensninger.
- 49) Hvem hjelper hjelperen? Om faresignaler for utbrenthet.
- 50) "Utskrivningsklar pasient". Hvilke hensyn skal tas?
- 51) Stønader og sosiale/trygde-ordninger. Sykmeldinger (pasient/pårørende) og pleiepenger. Hvem gjør hva? Avklaring av ansvar mellom 1.og 2.linje-tjenesten.
- 52) Hjemme hos pasienten. Om praktisk organisering av palliativ behandling i hjemmet. Samhandlingsstrategier mellom palliativt team og primærhelsetjenesten.
- 53) Hvordan gjøre fastlegen trygg på sin rolle?
- 54) Invasive teknikker. Spinal/epidural/parenteral smertebehandling.
- 55) Invasive teknikker fortsatt. Nerve blokkader.
- 56) Palliativ stråleterapi.
- 57) Bisfosfonaters plass i palliativ medisin.
- 58) Eksistensiell smerte. Når smerter går lenger enn gjennom marg og bein.
- 59) Palliasjon ved hjertesvikt og KOLS. Spesielle forhold.
- 60) Palliasjon ved nevro-degenerative lidelser. Spesielle forhold.

Temaer som audit og forskning i palliativ medisin er ikke ført opp her, men forutsettes omtalt under veiledningssamtaler for øvrig.