

Helsedirektoratet
Avdeling retningslinjer og fagutvikling

Deres ref.: 21/35111-141

Vår ref.: HSAK202300359

Dato: 12-09-2023

Legeforeningens høringsuttalelse til høring om ny legespesialitet i palliativ medisin

Legeforeningen har mottatt høring fra Helsedirektoratet om forslag til innhold i ny legespesialitet i palliativ medisin.

Forslaget omfatter spesialitetsspesifikke læringsmål og læringsaktiviteter for spesialiteten, samt forslag til spesialistens roller i helsetjenesten.

Helsedirektoratet ønsker spesielt tilbakemelding på forslagene om

- Spesialisten i palliativ medisin sine roller og kompetanse, læringsmål og nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter i spesialiteten palliativ medisin.
- Muligheten for utdanningsløp både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, herunder om kommunenes mulighet til å være enten registrert eller godkjent utdanningsvirksomhet.

Legeforeningen vurderer arbeidet, utredningen og høringsnotatet som bra, grundig og dekkende.

Det gis nedenfor kommentarer til de ulike punktene.

Kommentarer til spesifikke læringsmål er avgitt i eget skjema, se vedlegg.

Legeforeningen vil innledningsvis kommentere at ved endring fra et kompetanseområde for spesialister til en spesialitet, er inngangen til fagfeltet vesentlig endret. Nå vil legen i utdanning ikke lenger ha med seg grunnlag fra en spesialitet, kun fra gjennomført del 1 av spesialistutdanningen. Det kan ha betydning for trygghet og utøving av faget, som igjen kan ha effekt på rekruttering til spesialiteten.

I nåværende spesialitetsordning med kun hovedspesialiteter, vil opprettelse av ny spesialitet være eneste alternativ ved behov for økt spesifikk og formell kompetanse innen et fagfelt. Det gir risiko for ytterligere fragmentering av helsetjenesten. Legeforeningen mener at opprettelse av en ny hovedspesialitet ikke er den beste løsningen for et smalt og spisset fagfelt, og har derfor tidligere tilrådt en videreføring av palliativ medisin som et formelt kompetanseområde med nasjonal godkjenning. Legeforeningen er bekymret for at omgjøringen av kompetanseområdet i palliativ medisin til en spesialitet kan få overslageffekt til andre fagfelt som i dag er organisert som formelle eller uformelle kompetanseområder.

Kommentarer knyttet til kapittel 3 Spesialist i palliativ medisin: Roller og kompetanse

3.1 Oppsummering av roller og kompetanse hos spesialisten i palliativ medisin

Legeforeningen støtter at spesialiteten skal dekke behovet for *spesialisert* kompetanse i palliativ medisin, mens *grunnleggende* kompetanse må beherskes av alle som jobber pasientnært. Legeforeningen vil fremheve at det vil være behov for rådgivende og konsulterende rolle for alle kliniske spesialiteter, på lik linje med det som er foreslått for barneleger og allmennleger.

Samtidig med innføring av ny spesialitet, mener Legeforeningen at det er behov for å øke den grunnleggende kompetansen i hele helsetjenesten, både ved å gi fagområdet palliasjon større plass i grunnutdanningene, og ved at spesialistene i palliativ medisin gis en viktig rolle med kompetanseoverføring til annet helsepersonell.

3.2 Spesialisert kompetanse i palliativ medisin

Legeforeningen er enig i at spesialisten i palliativ medisin skal inneha spesialisert kompetanse som går ut over det grunnleggende som beherskes av alle andre som jobber pasientnært. Samtidig ser vi et behov for å tydeliggjøre grenseoppgangen mellom *grunnleggende palliasjon* og *spesialisert palliasjon*, og en tydeligere differensiering av ansvarsområdene. Legeforeningen mener at LEON-prinsippet må gjelde også i palliasjonen, spesialisten i palliativ medisin skal ikke automatisk være involvert i alle palliative helsetjenester. Den spesialiserte kompetansen bør imidlertid gjøres mer tilgjengelig enn den er i dag.

Det er i dag få leger som arbeider i palliasjonsfaget, og de palliative teamene er oftest i drift på dagtid. Det er kun ved store sykehus at man vil kunne dekke behovet for rådgivning gjennom døgnet. For å sikre at spesialisert kompetanse i palliativ medisin alltid er tilgjengelig i helsetjenesten, vil det være behov for å etablere vaktordninger for spesialiteten, slik at spesialisten er tilgjengelig for råd om palliativ behandling overfor alle andre kliniske spesialiteter.

Ikke minst vil det være behov for rådgivning opp mot primærhelsetjenesten, som har ansvaret for pasienter med svært mange forskjellige grunnsykdommer, og som håndterer flesteparten av dødsforløpene.

Legeforeningen støtter derfor forslaget om at spesialisten i palliativ medisin får vaktkompetanse innen sitt fagfelt, slik at det etter behov kan organiseres vaktordninger.

Legeforeningen vurderer imidlertid at det kan oppstå utfordringer knyttet til desentraliserte vaktordninger, og at det er en risiko for at ulik fordeling av kompetanse kan føre til geografiske variasjoner i tjenestetilbudet.

3.3 Arbeid og spesialistutdanning på tvers av tjenestenivåer

Legeforeningen støtter at en spesialist i palliativ medisin skal kunne arbeide på tvers av tjenestenivåer.

Legeforeningen følger argumentasjonen om at behovet for spesialisert kompetanse i palliativ medisin vil øke fremover, i og med at andelen eldre øker, og at flere vil kunne leve lengre med alvorlig sykdom. Palliasjon blir svært relevant for kommunehelsetjenesten, både på grunn av en økende sykehjemspopulasjon og langt flere hjemmeboende pasienter som har behov for tettere oppfølging. For flere områder i Norge er det langt til nærmeste sykehus, og palliasjon må ivaretas på kommunalt nivå.

Legeforeningen er ikke enige i premisset om at de fleste LIS i palliativ medisin vil være ansatt i spesialisthelsetjenesten. Med politiske føringer om at en stadig større del av omsorgen for alvorlig syke og døende skal gis av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil det være behov for en styrking av det palliative tjenestetilbudet i kommunene med etablering av palliative sentre i de største kommunene og interkommunale sentre i mindre kommuner. Dette vil også gi økt behov for leger med spesialistkompetanse i palliativ medisin i primærhelsetjenesten, så vel som i spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen tror at palliative team ved slike kommunale sentre vil kunne være en støtte for fastleger og øvrig kommunal helsetjeneste, og vil kunne bidra til kompetanseoverføring til fastleger og øvrig helsepersonell i kommunen. I en slik utvikling av fagområdet internt i kommunene, kan spesialisten i palliativ medisin ha en viktig funksjon.

Legeforeningen støtter derfor at utdanningsløpet ikke bare skal foregå i sykehus, men også i de kommunale helse- og omsorgstjenester. Eksempelvis vil spisskompetanse innen smertelindring kunne opparbeides ved tjeneste i palliative team på sykehus, mens samhandling i tverrprofesjonelle team forstås og læres gjennom tjeneste i de kommunale helse- og omsorgstjenester.

3.4 Diagnoseuavhengig og bred kompetanse

Legeforeningen ser at behovet for palliasjon er til stede uavhengig av om pasienten har en kreftdiagnose eller ikke. Sannsynligvis har kreftpasienter fått en mer spesialisert palliativ oppfølging enn andre pasientgrupper, nettopp fordi kreftavdelingene har hatt tilbudet tilgjengelig med eget dedikert helsepersonell. I primærhelsetjenesten oppfattes behovet for spesialisert palliasjon som til stede også hos andre store grupper med hjemmeboende pasienter, for eksempel hos de med langtkommen KOLS.

Legeforeningen støtter derfor at læringsmålene må dekke palliasjon hos pasienter med et bredt spekter av sykdommer, også de med sammensatte sykdomstilstander.

3.5 Palliasjon for barn og unge

Legeforeningen støtter at spesialister i palliativ medisin får en rådgivende og konsulterende rolle overfor palliasjon til barn og unge, i tett samarbeid med behandlingsansvarlige barneleger. Ikke alle sykehus har barneavdelinger, noe som betyr at det enkelte steder er geografisk langt mellom slike avdelinger. Dette kan bety at det i fremtiden vil være viktig at de barnepalliative teamene kan samarbeide med teamene for voksne pasienter for å nå ut med kompetansen til alle deler av landet, og oppnå likeverdige tjenestetilbud over hele landet. Legeforeningen mener derfor at kompetansekravet for palliasjon til barn og unge bør stå sterkt i læringsmålene.

3.6 Tverrfaglighet, samhandling, kommunikasjon og opplysningsarbeid

Legeforeningen mener at rollen som medisinskfaglig ansvarlig i tverrfaglige palliative team, og roller knyttet til koordinering av tjenestene og veiledning overfor annet helsepersonell i palliativ-medisinske spørsmål er sentrale for spesialisten i palliativ medisin.

Legeforeningen vil fremheve at spesialister i palliativ medisin vil ha en viktig oppgave i folkeopplysning og undervisning av annet helsepersonell rundt døden, og Legeforeningen er glad for at det er laget forslag om egne læringsmål for disse tema i utdanningen i palliativ medisin. Døden er blitt et tabu i vårt samfunn som i liten grad omtales mer inngående. Dette innebærer at folkekunnskap om dødens faser og symptomer under en dødsprosess er blitt svekket.

Kommentarer knyttet til kapittel 4 Forslag til læringsmål og nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter i spesialiteten palliativ medisin

4.1 Forskriftsfestede læringsmål og nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter

Legeforeningen finner at læringsmålene generelt er gode og utfyllende. For kommentarer til spesifikke læringsmål – se vedlegg.

4.2 Faglig grunnlag for læringsmålene i palliativ medisin

Legeforeningen er enig i at spesialiteten må være diagnoseuavhengig. Spesialisten i palliativ medisin bør ha bred faglig bakgrunn fra indremedisin, geriatri, nevrologi og onkologi, slik det er foreslått. I tillegg vil Legeforeningen understreke relevansen av fag som anesthesiologi, gynekologi, pediatri og allmenntilleggsmedisin.

Legeforeningen vil fremholde at grunnlaget fra både onkologi og anesthesiologi er helt nødvendig for å drive god spesialisert palliasjon på sykehus, mens bakgrunn fra allmenntilleggsmedisin er verdifull særlig i forhold til samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og også for å få en god forståelse for grenseoppgangen mellom basal og spesialisert kunnskap. Det siste er viktig for at spesialisten får en god forståelse for hva primærhelsetjenesten, og spesielt fastlegene, potensielt kan mestre, slik at oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten blir hensiktsmessig. Dette er spesielt viktig i og med at også spesialisthelsetjenestens palliative team gjør hjemmebesøk i utstrakt grad, og dermed strekker sin virksomhet ut i kommunene, på tvers av tjenestenivåene.

4.3 Læringsmålenes organisering og utforming

Legeforeningen mener generelt at læringsmålene er godt organisert og utformet.

4.4 Forslag til nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter i palliativ medisin

4.4.1 Nasjonalt anbefalte kurs i palliativ medisin: Fire kursmoduler i rekkefølge

Legeforeningen mener at omfanget av teoretiske kurs ikke bør minskes ved overgang fra kompetanseområde til spesialitet.

Nåværende nordisk kurs (NCSPM) har 6 ukes-moduler og en begrenset forskningsoppgave. Kursinnholdet er gjennomarbeidet og utprøvd gjennom mange år med gode evalueringer, og kan videreføres i sin helhet eller med bare små justeringer, som et nasjonalt kurs.

4.4.2 Forslag til andre nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter

Utdanningsløpene må planlegges med nødvendige avtaler mellom ulike læringsarenaer for oppnåelse av bestemte læringsmål.

- Hospitering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Legeforeningen vurderer at det er naturlig at utdanningsløpet består av tjeneste i primærhelsetjenesten så vel som i spesialisthelsetjenesten. Det vil ikke være tilstrekkelig med hospitering, men vil kreve reel tjeneste, som er mer forpliktende, på de ulike nivåene for at LIS skal tilegne seg tilstrekkelig erfaring og modning. Tjenesten bør ha en kontinuitet der LIS får kontakt med/ blir kjent med pasienter og får behandlingsansvar under supervisjon og veiledning av legespesialist over en tilstrekkelig tidsperiode for å se effekt av tiltak som settes inn.

- Hospitering i palliativt team for barn og unge

Legeforeningen støtter forslag om at LIS i palliativ medisin får erfaring med arbeid i et palliativt team for barn og unge. Læringsarenaen må ha tilstrekkelig faglig aktivitet og kompetanse, slik at hospiteringen kan gi tilstrekkelig læringsutbytte og læringsmål kan oppnås.

Helsedirektoratet anbefaler hospitering minimum to ganger á en uke fordelt på tidlig og sent i utdanningsforløpet.

Generelt mener Legeforeningen at tiden som er foreslått for hospiteringer er for kort, og at innholdet er lite definert. Se ytterligere begrunnelse i punktet over.

- Ambulant tjeneste i spesialisthelsetjenesten

Legeforeningen støtter at LIS i palliativ medisin får erfaring fra arbeid i ambulant palliativt team under arbeidet ved palliativt senter på sykehus.

I tillegg vil Legeforeningen trekke frem at hospitering med anestesilege/ smerteteam/ ved smerteklinikk vil være svært viktig, både med tanke på å bygge den nødvendige kompetansen spesialisten trenger, og for å utvikle god kommunikasjon og godt samarbeid mellom de palliative enhetene og anesthesi avdeling/ smerteklinikk.

- Erfaring fra vaktarbeid i palliativ medisin

Legeforeningen støtter at vaktkompetanse i fagfeltet inngår i spesialiteten i palliativ medisin.

- Formidling til helsepersonell og publikum om palliativ medisin

Legeforeningen støtter forslaget om at LIS i palliativ medisin får erfaring med undervisning av helsepersonell og publikum (brukere, pårørende, andre med interesse for palliasjon) i palliativ-medisinske tema. Dette er en viktig kompetanse spesialisten i palliativ medisin skal ha for å fylle rollen som medisinskfaglig rådgiver og folkeopplyser.

Kommentarer knyttet til kapittel 5 Økonomiske og administrative konsekvenser ved innføring av ny spesialitet i palliativ medisin

5.1 Varighet av forsøksordningen kompetanseområde i palliativ medisin

Legeforeningen støtter at Helsedirektoratet vil arbeide videre med regelverk og rutiner for spesialistgodkjenning for de legene som allerede har realkompetanse innen fagfeltet palliativ medisin. Legeforeningen mener at det er riktig at godkjenning i kompetanseområdet palliativ medisin bør telle direkte med i vurderingen av spesialistgodkjenning, og bifaller at det er Helsedirektoratets intensjon i dette arbeidet. Ettersom dagens kompetanseområde innebærer en svært omfattende utdanning i palliasjon, mener Legeforeningen at godkjent kompetanseområde oppfyller læringsmålene som er skissert for den nye spesialiteten i palliativ medisin.

Av hensyn til utdanningskapasitet innen spesialiteten Palliativ medisin er det ønskelig at flest mulig som i dag er under utdanning i kompetanseområdet rekker å slutføre, slik at de kan godkjennes som spesialister, og dermed være kvalifiserte som supervisører og veiledere i spesialistutdanningen.

Legeforeningen mener at varigheten av forsøksordningen derfor må forlenges. Vi er kjent med at mange som er under utdanning i kompetanseområdet gjør dette i deltidsstillinger. Legeforeningen mener overgangsordningen bør utvides fra 2 til 3 år, slik at også leger som i dag er i gang med utdanning i kompetanseområdet i deltidsstillinger kan få tid til å fullføre utdanningen og bli godkjent. Det kan ellers bli vanskelig for enkelte å få nok godkjent tjeneste innen utløpet av overgangsordningen.

5.2 Utdanningsvirksomheter, -stillinger og andre utdanningsrelaterte konsekvenser

Legeforeningen vurderer at klinisk tjeneste ved spesialisert palliativ enhet på sykehus er en bærebjelke i utdanningsløpet, og at det må opprettes tilstrekkelig med utdanningsstillinger for slik tjeneste. Spesialiserte palliative team er ikke opprettet ved alle sykehus i alle regioner, og det vil hvile et særskilt ansvar på RHFne for å kunne tilby likeverdige tjenester nasjonalt. Legeforeningen mener at det må arbeides aktivt for at utdanningsstillinger opprettes i alle regioner.

Legeforeningen vil løfte frem prinsippet om likeverdige helsetjenester i hele landet, og at det blir viktig å vurdere fordelingen av utdanningsvirksomheter opp mot rekruttering av spesialister, både til spesialist- og primærhelsetjenesten. Legeforeningen er enig i at det er essensielt at også kommunene både tar og får et ansvar for utdanningen. Hvis tilbudet skal forventes å være likeverdig i hele landet, er det viktig å understøtte rekruttering av leger som også arbeider i distrikt, da behovet er stort over hele landet.

Legeforeningen vurderer at det vil være hensiktsmessig at de regionale utdanningssentrene gis overordnet ansvar for læringsaktiviteter i spesialiteten, på tilsvarende måte som for arbeidsmedisin, som også er en spesialitet med utdanningsvirksomheter både i og utenfor sykehus.

5.3 Endringsbehov i spesialistforskriften: Utdanningsvirksomheter og spesialistgodkjenning

Helsedirektoratet ber om en vurdering av om en kommune enten kan registreres eller godkjennes som utdanningsvirksomhet i palliativ medisin. Legeforeningen vurderer at spesialitetens faglige profil, som en "spisskompetansespesialitet", og den forslåtte organiseringen i egne enheter med ansatte spesialister, tilsier at utdanningsvirksomhetene bør omfattes av systemet for godkjenning, uavhengig av om enheten har sin forankring i spesialisthelsetjenesten eller i en kommunene/interkommunalt. Et krav om å ha ansatt spesialist i spesialiteten, slik det forutsettes for godkjente virksomheter, vil bidra til at det over tid bygges solide fagmiljøer i palliativ medisin også i kommunale palliative team/ sentre.

Helsedirektoratet foreslår at spesialiteten ikke skal faller inn under kategorien "sykehusspesialitet". Legeforeningen stiller spørsmålstegn ved om bruk av begrepet "sykehusspesialitet" er hensiktsmessig i regelverket for spesialistutdanningen, uavhengig av problemstillingene knyttet til palliativ medisin, og anbefaler en gjennomgang av spesialistforskriftens formuleringer rundt dette, slik Helsedirektoratet også nevner i sitt høringsnotat. En rekke "sykehusspesialiteter" benytter i dag læringsarenaer både i og utenfor sykehusene.

Helsedirektoratet skriver at kommuner bør kunne få muligheten til å oppnå status som en selvstendig utdanningsvirksomhet dersom de er i stand til det. Legeforeningen mener at dette vil forutsette en endring også av *Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Forskriftens § 3 stiller krav om spesialisering i allmenntilleggsmedisin for leger som tiltrer stilling med oppgave å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven. Forskriftens § 4 regulerer unntak fra dette kravet. Men Legeforeningen vurderer at unntaksbestemmelsene, slik de nå er formulert, ikke åpner for at leger som specialiserer seg i andre kliniske spesialiteter enn allmenntilleggsmedisin kan være ansatt og ha tjeneste i kommunale team eller enheter som yter helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven, for eksempel kommunale palliative team eller palliative enheter ved kommunale sykehjem.

Supplerende kommentar

Legeforeningen kan informere om at vi nå har startet prosess for opprettelse av en fagmedisinsk forening og spesialitetskomité for den nye spesialiteten.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Siri Skumlien
generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen
fagdirektør

Kari Eikvar
spesialrådgiver/lege

Dokumentet er godkjent elektronisk