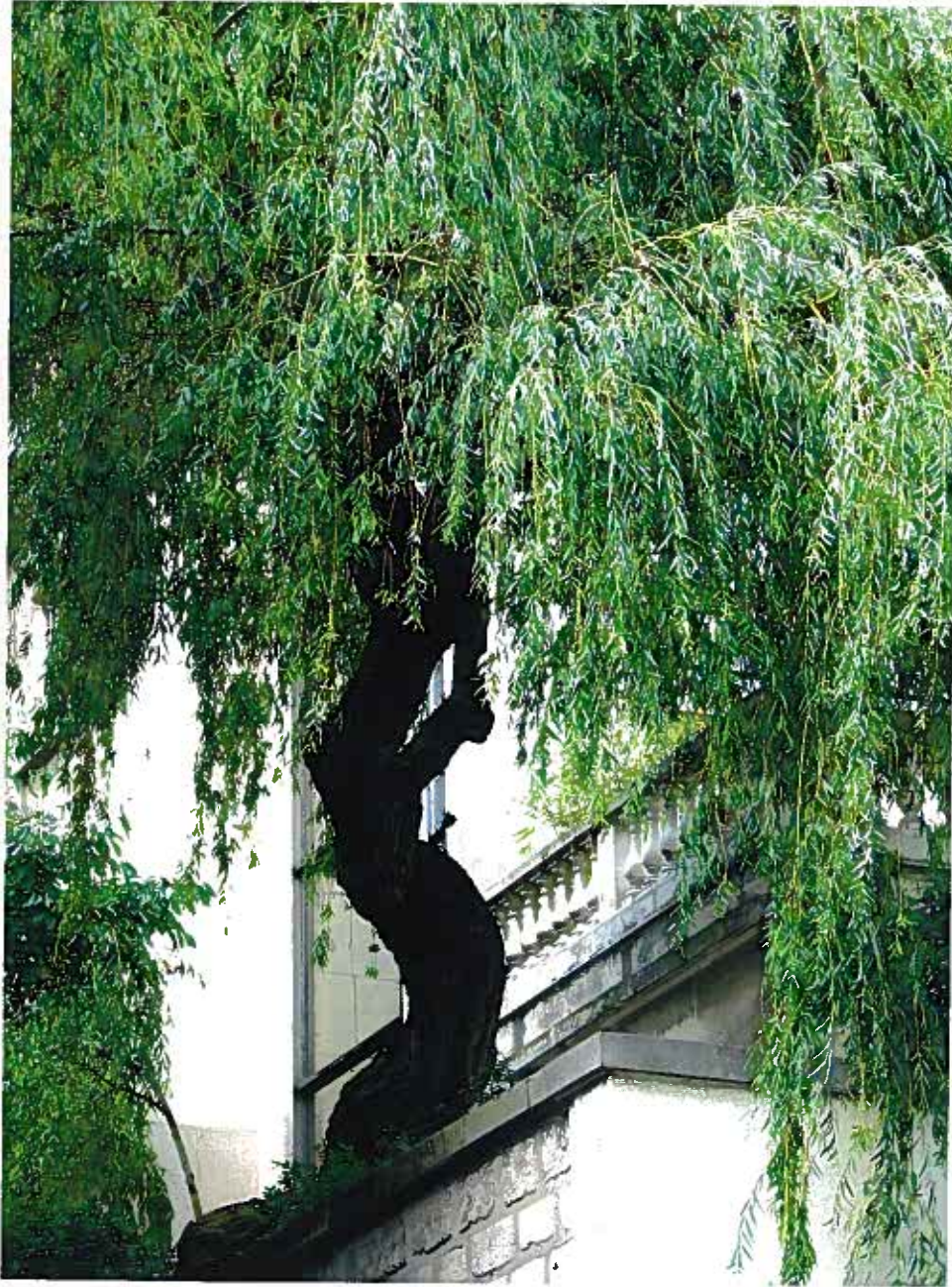


OMSORG



Utdanning i palliasjon

Redskaber i kompetencebaseret curriculum-træning i Danmark

– En indføring i DMCG-PAL's uddannelsesarbejde

Abstrakt

Ambitionen er at anvende en fælles curriculum-model for alle faggrupper i udviklingen af palliative kompetencer i grund-, videre- og efteruddannelse i Danmark. Kompetencer er viden, færdigheder og holdninger anvendt inden for de muligheder, organiseringen af arbejdet giver i det palliative fagfelt. Tre kompetenceniveauer og CanMEDS Role Framework udgør rammen for indhold, der bliver beskrevet af sundhedsprofessionelle på initiativ af Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats (DMCG-PAL).

Nøgleord

Uddannelse, curriculum, kompetence, CanMEDS Role Framework, palliation

Rundt om uddannelsesbehov i palliation i Danmark

Den palliative indsats i Danmark er først for alvor kommet i gang gennem de sidste 10 år. Af flere grunde har symptombilledet for palliative patienter forandret sig og forstærket behovet for at styrke uddannelsesindsatsen. Flere patienter med kræftsygdom modtager nye former for behandling, men ofte beskeden information om lindrende behandling (1). Komorbiditet og ældre kræftpatienter forventes at stige i antal. Disse patienter har ofte komplekse palliative problemstillinger, der kræver noget nyt og mere af sundhedsprofessionelles kompetencer (2). Danske undersøgelser viser, at pårørende og patienter med kræft har udækkede lindringsbehov i hjemmet og på sygehuse (3).

Mulighederne for at blive opdateret gennem uddannelse viser et spænd af forskelle. Fra valgfrie moduler i grunduddannelsen til en forskningsbaseret tværfaglig master i humanistisk palliation. På det specialiserede niveau har Palliativt Videncenter PAVI (4) kortlagt, at 21 % af sygeplejersker, der arbejder på det specialiserede niveau, har taget sundhedsfaglige diplommoduler i palliation, og 31 % af lægerne har gennemført den 2-årige nordiske diplomuddannelse i palliativ medicin. Flere kommuner har på eget initiativ gennemført efteruddannelse på plejehjem, i hjemmesygeplejen og på sygehuse og skabt mulighed for at deltage i nøglepersonsuddannelse og tværfaglige kommunale kurser for læger og hjemmesygeplejersker.

Et højt niveau af undervisningsaktivitet rundt omkring i landet er et godt udgangspunkt for det videre arbejde, men indholdet i uddannelserne er for



Udviklingssygeplejerske, cand.pæd. Marianne Mose Bentzen.

Ansæt på Sankt Lukas Hospice
Formand for koordinationsgruppen for uddannelse i DMCG-PAL

Adresse:

Sankt Lukas Hospice
Bernstorffsvej 20

DK 2900 Hellerup

E-mail: mabe@sanktlukas.dk



Overlæge Janne Bække
Palliativt Team Fyn, Odense Universitetshospital. Tovholder for monofaglig uddannelsesgruppe for læger i

DMCG-PAL

E-mail: janne.baekke@ouh.
regionssyddanmark.dk

uensartet sammenlignet med internationale og nordiske curricula (5,6,7,8). Ydermere er det vanskeligt at få udbytte af kompetenceudvikling i en travl og omskiftelig klinisk praksis. Driften skal først og fremmest fungere, viser en dansk undersøgelse om lægestudiet (9).

Tre kompetenceniveauer

De monofaglige curricula-beskrivelser inddeles i tre kompetenceniveauer og vises i tabel 1. Niveau A omfatter prægraduat uddannelse, niveau B postgraduat uddannelse på basisniveau og niveau C postgraduat uddannelse på specialiseret niveau (5,6).

Tabel 1. Kompetenceniveauerne er hierarkisk opbygget. C niveauet bygger oven på B niveauet, der igen tager afsæt i A niveauet, og de forudsætter hinanden.

Niveau	Uddannelse	Kompetenceniveau
A	Prægraduat uddannelse	Grundlæggende kompetence i grunduddannelsen
B	Postgraduat uddannelse på basalt niveau	Udvidet basiskompetence ydes som en del af det kliniske arbejde i almen praksis, i kommunerne og på sygehusafdelinger
C	Postgraduat uddannelse på specialiseret niveau	Specialiseret kompetence ydes på hospice, palliative afdelinger og udgående palliative team

DMCG-PAL sætter uddannelsesarbejdet i gang

Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats DMCG-PAL (10) blev stiftet i 2009 og er en tværfaglig gruppe sammensat af repræsentanter fra de faglige selskaber, sammenslutninger og netværk, der virker i det palliative felt. Der arbejdes med kliniske retningslinjer, klinisk database og uddannelse. Endvidere er det hensigten at nedsætte en forskningsgruppe. I efteråret 2010 blev uddannelsesgrupperne etableret. Det har været hensigten at nedsætte monofaglige grupper for alle faggrupper og rekruttere bredt fra både primær- og sekundærsektor samt uddannelsesfeltet. Det er lykkedes at etablere monofaglige grupper for læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, og nyligt er præsterne kommet med. Med udgangspunkt i WHO's målsætning, nationale retningslinjer for den palliative indsats, relevante nordiske og internationale curricula skal indholdet i kompetencebaserede curricula beskrives. Et curriculum er en læseplan ledsaget af en beskrivelse af centrale kundskabs-, færdigheds- og holdningskompetencer til brug i uddannelse. Uddannelsesindsatsen sigter også på andre palliative patienter end kræftpatienter.

På DMCG-PAL's årsmøde i 2011 fremlagde uddannelsesgrupperne de første og foreløbige resultater. Af 180 deltagerne bidrog mange med kritiske og konstruktive forslag til stor inspiration for det videre arbejde. Vidensdelingen mellem praksis- og uddannelsesfeltet vægtes højt. Arbejdet kan følges på www.dmcgpal.dk.

Postgraduat uddannelse bruges som overordnet betegnelse for efter- og videreuddannelse. Efteruddannelse defineres som ajourførende uddannelsesaktiviteter, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til krav og forventninger, der stilles til udøvelsen af den palliative indsats. Videreuddannelse ses som længerevarende uddannelsesforløb, der kvalificerer til at varetage funktioner på et højere niveau end i grunduddannelsen (11).

På A-niveauet fremsættes forslag til indholdet i de korte, mellemlange og videregående uddannelser for at få formidlet en grundlæggende *obligatorisk* kompetence til brug for patienter og pårørende på B-niveau. Kompetenceniveauet svarer til den kompetenceudvikling, som nyuddannede, professionsbachelor og øvrige relevante faggrupper skal tilegne sig.

På B-niveauet vil der være betydelige forskelle i udviklingsbehov for kompetencer, og de afhænger af den funktion, den sundhedsprofessionelle er ansat i, og de opgaver, der skal varetages. Eksempelvis bør en læge ansat på en gastroenterologisk afdeling besidde mere viden om medicinsk lindring af malign tarmobstruktion og sjældnere have behov for kompetencer i at lindre åndenød, mens det vil være omvendt for en lungemediciner. Nogle sundhedsprofessionelle bør kunne varetage mere kompleks palliativ indsats med støtte fra det specialiserede C-niveau og/eller særligt uddannede nøglepersoner. En nøgleperson er en rollemodel med relevante og opdaterede kompetencer inden for et fagområde.

Formålet med at uddanne til C-niveauet er, at sundhedsprofessionelle kan håndtere den komplekse patient med komplicerede og uforudsigelige behov og samtidig yde den nødvendige støtte til pårørende (12). Kompetenceniveauet svarer til den kompetenceudvikling, som mere erfarne sundhedsprofessionelle skal erhverve sig.

ABC-strukturen kan ikke stå alene. Strukturen skal kunne medvirke til udviklingen af samarbejde og kommunikation for at skabe grundlag for sammenhængende patientforløb. Der er behov for at kunne understøtte individuelle og personlige læreprocesser. Det er en krævende dynamisk proces at erhverve og vedligeholde monofaglige kompetencer, og særligt udfordrende er det at definere og udvikle kompetencer i et tværfagligt beredskab. ABC-strukturen ønskes suppleret med en fleksibel, dynamisk og dokumenteret anvendelig model.

CanMEDS Role Framework

I det danske uddannelsesarbejde har vi valgt, at ethvert curriculum-dokument udarbejdes efter CanMEDS Roles Framework (13) for at sikre en vis grad af ensartethed.

Denne model er allerede implementeret i alle uddannelsesprogrammer for speciallæger i Danmark siden begyndelsen af 2000 (14). Oprindeligt er den udviklet i Canada i 1990'erne og udbredt anvendt i uddannelse af læger. Den har demonstreret evnen til

at strukturere et curriculum på en meningsfuld måde og er anvendelig i international præ- og postgraduat træning.

Syv kompetenceroller (tabel 2) udgør den overordnede ramme for den enkelte faggruppes curriculum træning. Teoretisk set er de syv roller adskilt fra hinanden, men i praksis er de sammenvævet, ligesom nogle kompetencer kan placeres under flere roller.

Arbejdsgrupperne er gået i gang med at definere kernekompetencer for de syv roller relateret til A-, B- og C-kompetenceniveauerne. Der skal være en klart defineret struktur for det, der skal læres. Beskrivelsen skal præcisere slutkompetencer, forpligtigelser og ansvar.

Til hver rolle hører et relevant antal delkompetencer, der udkrystalliseres i form af viden, færdigheder og holdninger. Dette kan illustreres i følgende eksempel:

Hvis man i arbejdet skal støtte en person igennem sorg, skal der være viden om forskellige sorgmodeller og deres styrker og svagheder. De praktiske færdigheder vil bestå i at få erfaring med disse gennem samtaler med patienter og pårørende og mulighed for at fremlægge og diskutere på tværfaglige konferencer. Holdning og adfærd kan bestå i refleksion over egne og andre personers individuelle behov for at blive mødt.

Yderligere inspiration til forståelsen af inddelingen findes i et velbearbejdet Australsk / New Zealandsk curriculum for læger (15).

Når kompetencerollerne beskrives, er det også en bestræbelse på at finde frem til den særlige palliative

Tabel 2. De syv lægelige roller/kompetencer efter speciallægekommisionens anbefalinger.

Rolle	Definitoner
Medicinsk ekspert	Mestrer diagnostiske og terapeutiske færdigheder, som er nødvendige for en etisk og effektiv varetagelse af patientbehandlingen.
Kommunikator	Mestrer at indhente information fra patient/pårørende og andre; lytte effektivt og diskutere relevant information med patienter, pårørende samt kollegaer og personale
Samarbejder	Samarbejder konstruktivt med andre fagpersoner og bidrager i tværfaglige aktiviteter
Organisator/Leder/Administrator	Anvender og prioriterer ressourcerne effektivt og afbalancerer hensyn til patientbehandling, uddannelse og eksterne aktiviteter
Sundhedsfremmer	Opdager og reagerer på de forhold, hvor oplysning og rådgivning er påkrævet
Akademiker	Anvender en personlig strategi for kontinuerlig uddannelse; vurderer information kritisk; faciliterer læring hos patienter, pårørende og fagpersoner; bidrager til udvikling af ny viden
Professionel	Præsterer høj kvalitet i patientbehandling med integritet, ærlighed og medfølelse; udviser passende personlig medmenneskelig adfærd; praktiserer i etisk overensstemmelse med lægeløftet

substans, som kan tjene som rettesnor for praksis og i uddannelse. Rollerne bliver vigtige. Det er i dem, det bliver muligt at identificere monofaglige kernekompetencer og de generelle roller, der gælder for alle. Modellens styrke er, at rollerne kan bringes med ind i det daglige arbejde i en kompleks sammenhæng. Det vil virke mere troværdigt at træne roller, fordi der bliver en øjeblikkelig sammenhæng mellem egne kompetencer og kvalitet i ydelserne.

En udfordring er, at der er begrænset forsknings- og udviklingsbaseret viden, så kernen af viden indhentes fra palliative tekstbøger, tidsskrifter, palliative slutninger og kongresser. Ud over viden om kommunikation og samarbejde og visse praktiske færdigheder, f.eks. håndtering af subkutan pumpe til medicinering, er de særlige behov for færdigheder: evaluering, analyse og symptomlindring ved uhelbredelig sygdom (5).

Tværfaglige kompetencer

Rollerne kan også indgå i træningen af tværfagligt samarbejde og tværfaglig forståelse i forskellige typer af videre- og efteruddannelse, men er vanskeligere at definere end de monofaglige kompetencer.

I et uddannelsesforløb kunne en sygeplejerske og læge træne kommunikator- og samarbejdsrollen og udarbejde et fælles projekt om emnet: Hvordan formidles dårlige nyheder? Hvad er lægens rolle, og hvad er sygeplejerskens rolle i samtalen? I bedste fald fører sådanne projekter til større respekt og anerkendelse af egen og andres roller samt arbejdsområder og til større gensidig forståelse for professionens rammer, ansvar, etik og dokumentationsform. Projektresultaterne kunne formidles på en tværfaglig konference. Efterfølgende kan lægen og sygeplejersken evaluere om deres teamwork var kendetegnet ved tæt kommunikation, klar teamfilosofi, interpersonelle relationer, forpligtigende teaminvolvering, autonomi eller evnen at italesætte døden (16).

Status på uddannelsesarbejdet

Indtil videre har vi lært, at indholdet i curricula-beskrivelser og -træning bygger på et kompliceret samspil mellem lokale, nationale og internationale erfaringer og viden. Viden og erfaringer går på tværs af landegrænser, på tværs af sektorer og mange specialer og i det formelle og ikke formelle uddannelsessystem. Det er ikke så lige til at udvælge indholdet.

Udfordringer

Det er en stor opgave at få opbygget en fælles curriculum-platform, som kan spejle sin kvalitet i den internationale udvikling med CanMEDs Role Framework som omdrejningspunkt.

På det specialiserede niveau er der en del brugbart materiale at gå ud fra til at få beskrevet de monofaglige kompetencer for læger og sygeplejersker, mens det er begrænset på basisniveauet. Der er et stort behov for at få etableret uddannelsesstillinger, hvor kvaliteten af uddannelsen kan sikres. Til gengæld vil det kunne skabe rum for uddannelsesmiljøer og udvikling, hvilket der er stort behov for i dette pionerfelt.

Udfordringen på basisniveauet består i at få styrket den generelle faglige viden og tværfaglige indsats. I primær- og sekundærsektoren vil etablering af nøglepersoner, netværk og øget uddannelse af disse kunne skabe større interesse og ansvar, som kan have en afsmittende effekt på andre fagpersoner omkring dem.

Sundhedsprofessionelle fra de mindre faggrupper (fysioterapeuter, socialrådgivere, psykologer og præster) har været sværere at rekruttere til uddannelsesarbejdet. Det bliver for alvor relevant, når vi skal videre med at definere de tværfaglige kompetencer. Endnu er vi heller ikke helt sikre på, at det er relevant at definere kompetencer på B-niveau for alle de mindre faggrupper.

De økonomiske ressourcer til at udvikle palliation i Danmark er generelt sparsomme. I DK har man primært valgt at prioritere etablering af hospicer, som overvejende er tiltænkt syge med komplekse problemstillinger og behov for specialiseret indsats. Mulighederne for adgang til palliativ indsats er generelt forskellige og ulige fordelt.

Implementeringen af uddannelsesarbejdet vil være dybt afhængigt af økonomisk støtte, ledelsesopbakning, og at planerne for organiseringen af den palliative indsats bliver mere langsigtede. Uddannelsesarbejdet skal løbende kunne tilpasses behovene og evalueres.

Forventningen er at udsende et udkast til kompetencebeskrivelser og uddannelse til høring i relevante fora i slutningen af 2011 eller starten af 2012.

Litteratur

1. Grønvold, M., Pedersen, C., Jensen, C.R., Faber, M.T., Johnsen, A.T. 2006. Kræftpatientens verden – en undersøgelse af, hvad danske kræftpatienter har brug for. *Kræftens Bekæmpelse*; 1–275.

2. Dansk Kræftforskningsforum, Temarapport II: Komorbiditet og ældre kræftpatienter København, Marts 2011.
3. Neergard, M.A. 2009. Palliative home care for cancer patients in Denmark. Ph.D.-afhandling. Århus.
4. www.pavi.dk
5. Recommendations of the EAPC For the Development of Postgraduate Curricula Leading to Certification of Palliative Medicine. 2009.
6. Helsedirektoratet; Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Norge Vedlegg 2: Kompetense, s. 136. 2010. Norge.
7. The Nordic Core Curriculum in Palliative Care. Nordic Cancer Union. 2004.
8. A guide for development of Palliative Nurse Education in Europe. EACP. Report from the task force. September 2004 EACP.
9. Speciallægeuddannelse i Danmark. Anden del af forsknings- og udviklingsprojekt gennemført af DPU og Sundhedsstyrelsen 2002–2007.
10. www.dmcg.dk
11. Sundhedsstyrelsens publikation om Specialisering i sygeplejen. 2009.
12. National strategi for koordinering og styrkelse af uddannelsesområdet indenfor palliation på Ekspertniveau. Rapport fra Uddannelsesgruppen. November 2009. Upubliceret.
13. CanMEDS Role Framework: rcpsc.medical.org/canmeds/
14. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen. Betænkning nr. 1384. Sundhedsministeriet. 2000.
15. The Royal Australasian College of Physicians/ Palliative Medicine Advanced Training Curriculum. 2009.
16. Jünger, S., Pestinger, M., Eisner, F., Krumm, N. og I. Radbruch. 2007. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care team. *Palliative Medicine*, 21:347–354

Svein Olav Daatland og Per Erik Solem ALDRING OG SAMFUNN 2. UTGAVE EN INNFORING I SOSIALGERONTOLOGI

Alder og aldring dreier seg ikke bare om biologi, men også om psykologiske og sosiale forandringer. Sosialgerontologien er den del av aldersforskningen som studerer nettopp dette. Boka er skrevet spesielt med tanke på studenter som har behov for kunnskaper om aldring og eldre fra en psykologisk og samfunnsvitenskapelig synsvinkel, men den er like aktuell for dem som er interessert i aldring, eldreomsorg og seniorpolitikk mer generelt. Boka tar først for seg grunnlagsproblemer omkring alder og aldersforskning: Hva er aldring? Når blir vi ansett som gamle? Hva kjennetegner aldersforskningen? Deretter følger et antall kapitler om psykologisk og sosial aldring, før perspektivet skifter fra aldring til eldre år. Her belyses teori og empiri om sosial forankring i familie og nærmiljø, i arbeidsliv og i storsamfunnet. Egne kapitler tar for seg velferd og velferdspolitik for livsløpet og eldre år, før boka avrundes der livet selv avrundes, med et kapittel om døden. Dette er den andre utgaven av boka, og fortsatt den eneste samlede framstillingen på norsk av sosialgerontologien.

ISBN 978-82-450-1002-2 | 347 sider | kr 449,-



FAGBOKFORLAGET

www.fagbokforlaget.no > e-post: ordre@fagbokforlaget.no > ordrettelefon: 55 38 88 38

