

kan utvikle arbeidsmetoder og tjenester i palliativ omsorg for alvorlig, kronisk og uhelbredelig syke og døende pasienter gjennom kunnskapsdeling, bevisstgjøring og etisk refleksjon på arbeidsplassen

---

---

## Vi ønsker innspill

Du vil nå få presentert noen spørsmål til studieplanen. I tillegg vil du ha anledning til å komme med utfyllende kommentar i kommentarfeltet under hvert spørsmål. Innspillene vil tas med i det videre arbeidet med revidering av planen.

Før spørsmålene blir presentert ber vi deg fylle ut informasjon om deg som svarer.

### 1. Høringsinstans: Hvem sender du inn på vegne av? \*

- En organisasjon/ institusjon
  - Gruppe
  - Lærer/ underviser/ skoleansatt
  - Meg selv
  - Annet
- 
- 

## Avsender gruppe

### 2. Navn og tittel på innsender \*

Eskild Hustvedt, Sjukepleiar og avdelingstillitsvald for Fagforbundet ved avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland Universitetssjukehus. Hilde Karin Hjorteset, Helsefagarbeidar, styremedlem i yrkesseksjon helse og sosial, Fagforbundet Helse Bergen. Jobbar ved kreft post 2 ved Haukeland Universitetssjukehus (svarar som privatperson).

### 3. Beskrivelse av gruppe \*

Tillitsvalde i Fagforbundet Helse Bergen

## Spørsmål til planutkastet

4. Hva skal det nye navnet på studiet være: Palliativ omsorg eller Palliasjon?

Palliativ omsorg

Palliasjon

Annet

5. Kommentar

Palliasjon er utan tvil eit stort og viktig område. Det er likevel veldig synd om helsefagarbeidaren skal gjennom prioriteringa av palliasjon miste høvet til å kunne fordjupe seg i kreftomsorg. Det gamle faget framstår i så måte som ein kombinasjon av to fag – palliasjon og kreftomsorg. Viss utdanninga skal reindyrkast som ei palliasjonsfagleg utdanning opnar det seg opp eit relativt stor hol i tilgjengelege vidareutdanningar for helsefagarbeidarar. Pasientar med kreft utgjør ei stor, og vaksande, pasientgruppe. Spisskompetanse på dette området er naudsynt òg for helsefagarbeidarar. Av mangel på eit alternativt fag er det freistande å foreslå at faget skal heite «Kreftomsorg og palliasjon». Om det er utelukka vonar dei undertekna at ein startar arbeidet med å få laga ei eiga vidareutdanning i kreftomsorg. Palliasjon er openbart ein del av kreftomsorga, men det inneber mykje meir enn berre rein palliasjon.

6. Opplever du språket klart og forståelig i planen?

Ja

Nei

7. Kommentar

8. Opplever du de overordnede læringsutbyttebeskrivelsene (O – LUB) relevante og dekkende i planen?

- Ja
- Nei

9. Kommentar

Me slit litt med å forstå kven denne utdanninga rettar seg mot. Den ser ikkje ut til å ha ei spesifikk pasientgruppe i tankane, forutan den breie «palliative pasienten». Det er heller ikkje så lett å forstå kor ein tenkjer at spesialisten skal arbeide når ein har fullført vidareutdanninga. For oss, som arbeider med både kreftomsorg og palliasjon til dagleg, framstår planen så generell at me har vanskar med å forhalde oss til den. Spesielt manglande er læringsmål som går på anatomi, fysiologi, sjukdomslære og behandling. Det er heilt grunnleggjande å kunne noko om dei fysiologiske prosessane som ligg til grunn for pasienten sine symptom, og deira behov for lindring. Samstundes må ein vite noko om behandlinga pasienten mottar. For å nytte kreftbehandling som eit døme, der får pasientar både medikamentell behandling (typisk cellegift) og strålebehandling langt ut i den palliative fasen av sjukdomsforlaupet, i somme tilfelle ganske tett opp til sjølve dauden. Denne behandlinga er ein del av palliasjonen. Ein legg i forslaget vekt på at helsefagarbeidaren skal verksetje tiltak som er ikkje-medikamentelle. Medan me forstår tanken bak dette vert det eit feil fokus. I staden for diffuse «ikkje-medikamentelle» tiltak bør det i staden stå noko om kva tiltak ein ventar at helsefagarbeidaren kan gjere, i staden for å leggje vekt på det ein ikkje skal gjere. Samstundes må jo likevel helsefagarbeidaren få kunnskap om dei medikamentelle tiltaka som kan vere aktuelle for pasienten. Både fordi helsefagarbeidaren, som gjerne er den av helsepersonellet som er nærast pasienten, skal kunne observere og rapportere om eventuell verknad og biverknad av tiltak, men òg fordi ein skal kunne sjå heile bilete, heile pasienten, ikkje berre ein konstruert versjon utan farmakologiske tiltak. Det er sjølv sagt ikkje eit mål at helsefagarbeidaren skal gå ut over eiga kompetanseområde, men at ein skal kunne noko om andres kompetanseområde til å kunne bistå. I planen ser det ut som ein har stilt likskapsteikn mellom det å vere «palliativ» og det å vere «pre-terminal» eller «terminal». Dette er ein alt for snever definisjon av fagområdet. For å igjen nytte dømet på ein kreftpasient, der kan ein fint vere i eit palliativt forlaup i lang tid, fleire år, og skal då leve med sjukdomen og eventuelle plager. Det er naudsynt at planen tek inn over seg den breiare definisjonen av «palliasjon» som er i bruk i klinikken. Planen legg opp til at helsefagarbeidaren skal kunne nytte oppdatert kunnskap. Det er me samde i. Men dette er såpass viktig at det å «finne informasjon og fagstoff» framstår litt lite presist. Me foreslår at målet vert endra til «å kunne utøve kunnskapsbasert pleie, halde seg oppdatert på relevant fagkunnskap, vite kor ein kan finne denne kunnskapen og korleis ein kritisk vurderer kjeldene».

10. Andre kommentarer/ innspill

Det er viktig at helsefagarbeidarane har gode, praksisnære og relevante vidareutdanningar. Det ser ut til at fleire helseføretak, mellom anna Helse Bergen, no satsar på helsefagarbeidaren, og jobbar med å integrere dei betre i drifta. Det vil etter kvart bli eit auka behov for helsefagarbeidarar med spesialistutdanning. Då må vidareutdanningane framstå som relevante for spesialisthelsetenesta. Sånn planen førelegg no trur me at det vil vere ei utfordring å arbeide med å sikre helsefagarbeidarar den same støtta til vidareutdanning som sjukepleiarar i helseføretak nyt godt av. Planen er så generell at det er vanskeleg å vite kva ny kompetanse helsefagarbeidaren vil ha etter gjennomført utdanning. Den kan med fordel spissast i mykje større grad, i tillegg til å få inn dei manglande kompetansepunkta på anatomi, fysiologi, sjukdomslære og behandling (inkl. medikamentelle tiltak). Me ynskjer å understreke at helsefagarbeidarfaget, på lik line med sjukepleie faget, er eit praktisk fag. Det er sjølv sagt viktig å kunne observere, men det aller viktigaste er å kunne handle basert på observasjonane. Læringsmåla må ta dette inn over seg og vri ein del av fokuset over på handling. Helsefagarbeidaren er ikkje ein passiv observatør men ein aktiv medspelar i behandlinga og pleia av pasienten. Noko dei underteikna ofte høyrer når ein snakkar om vidareutdanning for helsefagarbeidarar i spesialisthelsetenesta er at det er dårleg definert kva rolle praksisarenaen har i utdanninga. Kor skal ein vere i praksis? Kven skal vere praksisrettleiar, og kva kompetanse krev ein at rettleiaren har? Til dømes, skal praksisrettleiar vere ein helsefagarbeidar eller ein sjukepleiar? Med eller utan vidareutdanning? Dette er moment planen må kome inn på, sånn at ein gjer det enklast mogleg å sikre helsefagarbeidaren gode praksisplassar i spesialisthelsetenesta. Sign. Eskild Hustvedt Sjukepleiar og avdelingstillitsvald for Fagforbundet ved avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland Universitetssjukehus Hilde Karin Hjortset Helsefagarbeidar, styremedlem i yrkesseksjon helse og sosial, Fagforbundet Helse Bergen. Jobbar ved kreft post 2 ved Haukeland Universitetssjukehus (svarar som privatperson).