

11.02.13

SØKNAD OM ENDRING AV REGLENE FOR SPESIALISTUTDANNINGEN I ONKOLOGI

Spesialitetskomiteen i onkologi og styret i Norsk Onkologisk Forening (NOF) har det siste halvannet året arbeidet med ny målbeskrivelse og behovet for endringer i spesialistutdanningen i onkologi. Fagmiljøene har hatt innflytelse og muligheter for å påvirke prosessene og vi mener at sluttresultatet er bredt forankret i små og store læringsmiljø.

Derfor ber spesialitetskomiteen i onkologi om at **tjenestekravet i spesialiteten onkologi endres.**

1) Vi anbefaler at **utdannelsen i onkologi blir forlenget med ett år**, dvs. fra nåværende 5 år til 6 år

Begrunnelsen er den rivende utvikling som fagfeltet onkologi har vært gjennom de siste 10-15 år. Vi mener at denne utviklingen er spesielt sterk for onkologi. Økt kompleksitet hva gjelder utredning, kurativ tumorrettet behandling, livsforlengende og symptomlindrende palliativ behandling, samt økt erkjennelse om bivirkninger og seneffekter etter gjennomgått kreftbehandling, har skapt økte krav til kunnskap og ferdigheter hos onkologer. Ny kunnskap har også ført til at flere pasientgrupper enn tidligere får tilbud om onkologisk behandling.

Vi er kjent med at myndighetene ønsker at den reelle utdanningstiden for spesialister bør kortes ned, at de for andre spesialiteter har lurt på om en felles start med rask subspecialisering vil være mer effektivt og hensiktsmessig, og at det ikke er bare onkologien som har fått nye utfordringer de siste årene. Men det er en gjennomgang av nettopp vårt fag og vår kunnskap om utviklingen her og gjeldende utdanningsforhold som gjør at vi ønsker forlenget utdanningstid.

I Norge og i Norden for øvrig defineres onkologi som den legespesialitet som skal ivareta all lokal, regional og systemisk ikke-kirurgisk kreftbehandling (dvs. kjemoterapi og annen medikamentell behandling samt strålebehandling). I tråd med de nordiske overenskomster er spesialistgodkjenningene i onkologi konvertible innenfor de nordiske land.

I de fleste andre europeiske land og USA har situasjonen vært noe annerledes, med egne spesialister for stråleterapi og for medisinsk onkologi (oftest som en del av spesialiteten indremedisin og hematologi) og det har siden 2001 ikke vært mulig å konvertere disse spesialitetene til norsk godkjenning. Man har imidlertid

også i disse landene den senere tid erkjent betydningen av en integrert spesialitet for i størst mulig grad å sikre at pasientene får likeverdig og optimal behandling.

På denne bakgrunn har man i Norge ikke gått inn for opprettelsen av egne spesialiteter for medisinsk onkologi eller stråleterapi. I Norge og i Norden forøvrig har man en større utfordring i forhold til geografi, spredt befolkning og derfor behov for spesialister i mindre fagmiljøer med bred onkologisk kompetanse som krever kunnskap både i stråleterapi og medisinsk onkologi.

Stråleterapifaget har utviklet seg markant ikke minst med økt bruk av nye planleggings- og behandlingsteknikker. Som før er en ikke utlært selv om en har fått spesialistgodkjenning, men vi mener en trenger mer sammenhengende tid til denne delen av utdanningen for å oppnå forståelse for et fagfelt som ingen annen spesialitet driver med, med unntak av enkelte radiologer, nukleærmedisinere og dermatologer. Vi har utarbeidet nye detaljerte prosedyrekrav som sammen med noe mer tjenestetid, vil kunne sikre spesialistkandidatene et minimum av nødvendig kunnskap.

Stråleonkologi utenfor Norden er en egen spesialitet som krever 5 års tjenestetid. I Danmark kreves 6 års tjeneste for spesialiteten generell onkologi.

Medikamentell behandling har ekspandert. Antall mulige behandlingsregimer («linjer») for mange store sykdomsgrupper har de siste årene økt betydelig, spesielt innenfor palliativ behandling av brystkreft og colorectalcancer (de største pasientgruppene). Behandlingen er blitt langt mer komplisert og innebærer ofte en kombinasjon med nye antistoffer, dette krever økt kunnskap og kompetanse hos legen som skal ha behandlingsansvaret.

I tillegg er nye pasientgrupper kommet til, for eksempel kjemoterapi for prostatakreft, som var lite utbredt for noen år tilbake.

Indikasjonene for adjuvant behandling har de senere år også blitt betydelig utvidet for flere pasientgrupper og inkluderer i mange tilfeller bruk av både hormoner, antistoffer, bisfosfonater og strålebehandling.

Bruk av ny målrettet terapi og ikke minst multimodal behandling krever økt kompetanse, onkologer utgjør en viktig del av **multidisiplinære team**, det er viktig at spesialistkandidatene får mulighet til å prioritere deltagelse på slike møter, da disse har stor læringsverdi. Slik situasjonen er i dag, er det ikke mulig å prioritere dette fremfor avdelingens drift. Ved forlenget utdanningstid kan kandidatene i noe større grad i perioder ha slik deltagelse nedfelt i tjenesteplanen.

I Helsedirektoratets forslag til ny strategi for kreftområdet, har **palliasjon** blitt viet stor plass, det er også uttrykt behov for økt kompetanse på dette feltet blant onkologer. Vi ser også dette behovet og mener at en i utdanningstiden må sette av tid til forsterket fokus akkurat på palliasjon, her har vi også foreslått et nytt obligatorisk kurs.

Seneffekter av både strålebehandling og medikamentell kreftbehandling har blitt viet økt plass både i planlegging og oppfølging av kreftpasienter. Oppfølging av senbivirkninger krever spesiell kunnskap som det tar tid å utvikle. Også her har vi foreslått et nytt obligatorisk kurs.

Vi har selvsagt sett på om utdanningen slik den er i dag kan effektiviseres, men forståelsen for et fag krever også en viss mengdetrening over tid under god supervisjon. Kravene fra arbeidsgiver om økt effektivisering går allerede i dag på bekostning av utdanningen, og det som en da helt klart vil måtte redusere, er tid til **forskning, faglig utvikling og initierting av / deltagelse i kliniske studier.** Dette er meget uheldig i et fag som er så forskningsbasert og hvor også forskningsmiljøene i dag er sterke.

Økt internasjonalt samarbeid og migrasjon samt deltagelse i multi-senterstudier og internasjonale forskningsprosjekter forutsetter også harmonisering av spesialistutdanningen i Europa. For at den "kombinerte" spesialiteten i onkologi i Norge skal kunne likestilles med den europeiske, må utdannelsestiden være tilstrekkelig for å sikre nok kunnskap og kompetanse innen begge fagområder. De vitenskapelige sammenslutningene ESTRO (European Society for Therapeutic Radiology and Oncology) og ESMO (European Society of Medical Oncology) har utarbeidet dokumenter, de såkalte "Core Curriculum", som skal danne grunnlag for utdanning av spesialister i de europeiske landene. ESTRO-dokumentet ble siste gang revidert i 2010 og beskriver detaljert nødvendig kunnskap innenfor stråleterapi. ESMO-dokumentet fra 2010 beskriver grunnleggende og spesielle krav til spesialister i medisinsk onkologi. Vi har implementert kravene her modifisert for norske forhold i vårt nye forslag til spesialistregler.

Inadekvat utdanning vil på sikt gi pasientene et **dårligere behandlingstilbud**, det vil være fare for at behandlingen rundt om i landet blir ulik og at vi ikke kan hevde oss internasjonalt slik vi gjør i dag.

2) Vi mener også at det er viktig for alle onkologer med et minimum av indremedisinske ferdigheter, og ønsker å videreføre kravet om et års indremedisinsk tjeneste. Denne bør ikke kunne forkortes. Spesialitetskomiteen foreslår å **fjerne kravet om 3 måneder obligatorisk tjeneste i hematologi.**

Hematologi er blitt svært komplekst og 3 måneder er for kort tid til å få god innsikt som er til nytte. Onkologer trenger erfaring i håndtering av benmargsvikt, så som infeksjonsbehandling, håndtering av nøytropen feber og sepsis samt transfusjonsmedisin. Dette ivaretas også på generelle indremedisinske avdelinger. Mange steder er det nært samarbeid /samlokalisasjon med hematologiske avdelinger. Enkelte poliklinikker tar seg av betydelige volum med pasienter med malign hematologi og kunnskap om malign hematologi er viktig for onkologer. Men vi tror ikke dette sikres gjennom 3 mndrs tjeneste.

I årene som kommer vil behovet for onkologer øke, primært som følge av en forutsigbar insidensøkning. I tillegg gir økt overlevelse også en økt prevalens av kreftpasienter som vil ha behov for oppfølging og behandling av senvirkninger. Vi ønsker at fremtidens onkologer skal være godt rustet til denne tjenesten og foreslår nedenstående endringer. Vi tror ikke at ulempen med færre ferdigutdannede i noen år fremover (inntil den forlengede utdanningstiden er implementert) vil overstige fordelene ved vårt forslag.

FORSLAG TIL NYE REGLER:

1. 5 års tjeneste ved godkjent utdanningsinstitusjon i onkologi

Inntil 1 år kan erstattes av forskningstjeneste

eller

Inntil ½ år kan erstattes av

**a) tjeneste i relevante spesialiteter
eller**

**b) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller
allmenmedisin**

2. 1 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling.

Vennlig hilsen Spesialitetskomiteen i onkologi

Liv Ellen Giske

Andreas Stensvold

Stein Kvaløy

Eva Hofslie

Ingvil Mjaaland

Jarle Karlsen

Jon Espen Dale (YLF)

Dalia Dietzel (YLF)