

# UTDANNELSE OG ETTERUTDANNELSE AV MEDISINSKE SPESIALISTER I EUROPA

*Jan Peder Amlie, Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet*

## Forslag fra UEMS (Den europeiske union for medisinske spesialister)

Siden det er felles arbeidsmarked for spesialister i EU-/EØS-landene er det nødvendig med harmonisering av utdannelsen og etterutdannelsen. Det er imidlertid de enkelte land som bestemmer spesialistutdannelsen. Ofte delegeres myndighet fra helsedepartementet til den aktuelle legeförening. EUs sentrale politikk er at den medisinske profesjon skal styre seg selv og at man vil legge vekt på harmonisering istedenfor overstyring, selv om visse kretser i de siste årene har tatt til ordet for det siste.

Det er en viss bevegelse av kardiologer over landegrensene der land i nord og vest er mottakere mens Øst Europa er tapere av spesialister.

Siden kardiologispesialiteten etter hvert favner flere og flere definerte sykdomstilstander er den blitt egen hovedspesialist i Europa fra 2007 (UEMS Charter). Østerrike og Norge har reservert seg mot dette foreløpig. Vanlige indremedisinere klarer ikke å holde seg oppdatert på den teknologiske utviklingen i kardiologi lenger. Hvordan skal utdannelsen foregå? For detaljer i utdannelsen henvises til Core Curriculum 2008 hvor det offisielle dokument Chapter six i UEMS charter fra 2003 er tatt inn. Et endelig revidert dokument med tittelen European Diploma of Cardiology vil bli utarbeidet i 2012 av UEMS - kardiologiseksjonen.

UEMS mener at starten av karrieren bør skje på et sykehus med generell indremedisinsk vaktberedskap. Denne kliniske utdannelsen bør vare i minimum to år. Det tredje året kan skje i en indremedisinsk

avdeling eller, i noen land, som et år tilegnet forskning.

Det er tre hovedpunkter i den spesielle utdannelsen som bør vare i 3 år i en avdeling med tilgang til thoraxkirurgi, intensivavdeling, koronar angiografi, elektrofysiologiske laboratorier, avansert ekkokardiografi og kardiologisk poliklinikk.

## Prosedyrer, kunnskap og holdninger

Kandidatene bør gjennomføre visse prosedyrer under supervisjon og dokumentasjon. Antall prosedyrer er angitt i Chapter six i UEMS' dokument og i Core Curriculum ESC. Det er inndelt i tre grader av kompetanse, der nivå 3 betyr at man må kunne utføre prosedyren. Nivå 1 betyr at man har kjennskap til prosedyren. Det nye er at man også ønsker å eksaminere kandidatene i 6 utførte prosedyrer slik at man kan forsikre seg om at vedkommende har forstått prosedyren og kan tolke den i en klinisk kontekst.

Når det gjelder kunnskap ønsker UEMS at man skal lese relevant litteratur og eksamineres med spørsmål med flere svaralternativer (MCQ - multiple choice questions). Kardiologer fra de land som har gjennomført MCQ-er, kan fortelle om store huller i kunnskap hos enkelte som ikke var oppdaget i det daglige arbeid. British Society of Cardiology har tilbudt seg å dele sin portefølje av spørsmål (MCQ-er) med oss andre. Disse kan kanskje i en ikke alt for fjern framtid bli oversatt til norsk. ESC arbeider med en elektronisk plattform. Otto Smiseth er dypt involvert i dette arbeidet. Slik som det ser ut i dag, blir dette mer en læringsplattform enn et eksamensverktøy. En sitteeksamen på det enkelte sykehus kan

være et alternativ, men denne bør ikke skje før det har gått tre år av utdannelsen.

Samarbeid mellom kolleger og andre personalgrupper er blitt mer og mer krevende på mange sykehus. En kardiolog som ikke har de rette holdninger kan gi dårlig pasientbehandling, ødelegge for seg selv og skade miljøet i en avdeling. En personlighetsvurdering bør skje på en avdeling i en 360 graders sammenheng. Alt personell vurderes opp mot hverandre slik at kandidaten får en fair behandling. UEMS vil anbefale at man benytter dette systemet, men det har skapt en del motstand siden man er redd for kritikk av autoriteter (ledelse). Noen ønsker isteden bestemte kriterier for oppførsel, og dette vil bli utarbeidet.

UEMS - kardiologiseksjonen har rett til å inspisere enhver utdannelse-institusjon i Europa. Dette vil som regel skje i samarbeid med det enkelte lands spesialitetskomité.

Hvor er det skoen trykker? Hellas har et problem. Der utdannes det svært mange kardiologer, og mange av dem ville vel andre kalle indremedisinere.

Sverige har ikke vært så nøye med prosedyrekravene, men har lagt mer vekt på bl.a. holdninger. Dette har skapt store frustrasjoner i bl.a. Finland fordi noen svenske kardiologer som har kommet dit ikke har behersket for eksempel ekkokardiografi. Sverige har også på den måten vært et transittland for ikke helt patente kardiologer fra land utenom EU.

Den norske utdannelsen er generelt god og er av de beste i Europa, men er under revisjon av spesialistkomiteen i kardiologi. I følge den vil man legge de nye europeiske føringer til grunn for videre arbeid.

## Etterutdanning

Mange spesialister etterutdanner seg på en samvittighetsfull måte og er godt oppdatert. Disse kardiologer skaper ikke problemer. Problemet ligger hos dem som ikke får tid til oppdatering fra arbeidsgiver eller av økonomiske grunner ikke kan gjennomføre en slik nødvendig oppdatering.

Av den grunn har UEMS satt som krav at man bør ha gjennomført aktivitet tilsvarende 250 CME/CPD-poeng (Con-

tinuing medical education/Continuing professional development) i løpet av 5 år. Dette tilsvarer 14 dager per år. CME-poeng kan man få ved å delta på internasjonale (125 CME-poeng) eller nasjonale kongresser eller ved hospitering. UEMS ønsker at universitetsklinikkene kan holde møter som gir CME-poeng slik at man kan oppdatere seg uten store kostnader (et kveldsmøte gir ett eller to poeng). Kravet om 125 CME-poeng internasjonalt i løpet av 5 år betyr ca. 1 ukes internasjonale kongresser eller møter hvert år. Det kan bli føringer om at CME-poengene må hentes fra en viss bredde slik at intervensjonistene for eksempel kan oppdateres i arytmi-behandling. European Board for Accreditation in Cardiology (EBAC) foretar vurdering av hva som skal kunne godkjennes som CME-læring (1 time = 1 poeng). For å gjøre EBAC fullstendig uavhengig av European Society of Cardiology har vi i år laget en egen paraplyorganisasjon med sete i Tyskland, European Cardiology Section Foundation (ECSF). 2011 er således det første året EBAC har arbeidet under overoppsikt av ECSF. Dette skillet fra ESC ble markert under en mottagelse i Rådhuset i Köln våren 2011.

UEMS vil anbefale at man gjennomfører en 360 graders vurdering av alle på en avdeling med jevne mellomrom (hvert annet år?) slik at også ferdige spesialister får tilbakemeldinger. I tillegg vil man anbefale at sykehusene har på plass systemer for å vurdere pasienttilfredshet.

I Nederland må man fullføre dette etterutdanningsprogrammet for å fortsatt kunne være spesialist. Klarer man ikke programmet vil en kommisjon intervju vedkommende og gi ham/hun mulighet for å oppdatere seg i samarbeid med arbeidsgiver. Dersom ikke dette lykkes, vil man vurdere å ta fra vedkommende lisensen som spesialist. Ifølge uformelle kilder kan rusmisbruk bli oppdaget på denne måten.

Et tilleggskrav for at man skal beholde spesialiteten i kardiologi er at man i løpet av denne 5-års-perioden har arbeidet minst 4 år i 50 % stilling som kardiolog. Det betyr at hvis man går over i en rent administrativ stilling, mister man spesialiteten, men naturligvis ikke legelisen.

I Europa og Norge står vi ovenfor problemet at ingen vil betale for spesialis-

ters etterutdannelse. Dersom man mister lisensen som spesialist i kardiologi på grunn av at man ikke fullfører adekvat etterutdannelse, vil dette føre til at sykehusene kan bli stående uten spesialister. Det bør derfor startes en dialog med sykehuseierne slik at man ikke kommer opp i en konfliktsituasjon. Å ta noe av overlegepermisjonen er kanskje en vei å gå. Privatpraktiserende har sterk egeninteresse av å oppfylle kravene (tap av inntekter bl.a.).

Sykehusene styres nå av en økonomisk tankegang hvor man kjenner prisen på det meste, men hvor verdien av handlinger er kommet i bakgrunnen. UEMS kardiologiseksjonen mener at kardiologer hele tiden bør være seg bevist sin rolle som klinikere. Legene må derfor hegne om profesjonaliteten og de humanistiske idealene som jeg tror er de viktigste faktorene for resultatene av pasientbehandlingen.