

Akuttgeriatri - pleietung avdeling i teknologitungt sykehus.

«Hvordan bevare personale, glød og entusiasme?»

Geir Rørbakken, seksjonsoverlege Sørlandet Sykehus Arendal

Den sjuende norske kongressen i geriatri, Oslo 2017

○ Respekt ○ Faglig dyktighet ○ Tilgjengelighet ○ Engasjement

Geriatrisk seksjon SSA



- «Ekstramural» frem til 2000
- Poliklinikk fra 1999
 - 2016: 498 konsult
- Akuttgeriatri fra 2000
 - Etter hvert 2 LIS
 - 2016: 632 døgnopphold
- Ortogeriatri fra 2011
 - Overlege nr. 2
- Lege med PhD 2013
 - Overlege nr.3

Presisering og spørsmål til valg av tema

- Skal det bevares, må det har vært der
- Forskjell på å skape og vedlikeholde ?
- «Hvordan gjøre folk gode og beholde dem slik»
- Har akutt geriatri andre utfordringer enn
 - Elektiv geriatri?
 - Annen spesialist-helsetjeneste?

«Spesialistutdanningen er i endring. Det er nødvendig både for å tilpasse seg den medisinske utvikling, gi bedre kvalitet og sikre effektive utdanningsforløp. **Spesialistene blir enda flinkere på smalere områder. Den generelle spesialist (og den generelle pasient?) "forsvinner".** » Lars Vorland, administrerende direktør i Helse Nord Publisert 10.03.2017

Ny spesialitet i indremedisin – endelig!

De siste årene har NIF brukt mye tid og krefter på arbeid med ny spesialiststruktur og ny spesialistutdanning. Vi har deltatt på møter, i arbeidsgrupper, svart på høringer og formulert spørsmål. Det har vært travle tider!

Det er Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet som bestemmer; Legeforeningen og de fagmedisinske foreningene er rådgivere. Foreningen er kompetent og myndighetene lytter heldigvis ofte til våre råd!

Vedtaket er nå tatt om at generell indremedisin deles opp, slik at lunge, hjerte, fordøyelse, blod, geriatri,

Infeksi
åtte
blir t
mot
post
nye
Inne
fag,
Den
dag

Det
om i
en n
argu
dett
vil ik
mult

pasientens behov for opprøping over tid. De mange praktiserende spesialister utenfor sykehus vil også falle utenfor denne spesialiteten. I Europa og Nord-Amerika finnes indremedisin som hovedspesialitet, det bør Norge også ha.

For få uker siden kom det endelig beskjed fra helsemyndighetene om at indremedisin også skal bli ny hovedspesialitet. Det betyr at NIF må arbeide meget hurtig og formulere læringsmål for denne spesialiteten.

Som den kunnskapsrike indremedisin vet, er spesialistutdanningen lagt i en ny struktur.

- **Del 1** i alle utdanninger likner på turnustjenesten, det

er 12 måneder i sykehus og 6 måneder i allmennpraksis.

- **Del 2** er en felles plattform for alle indremedisinske fag. Spesialistkomiteen i indremedisin har lagt ned et betydelig arbeid i samarbeid med alle grenkomiteene slik at målbeskrivelsen for del 2 snart er ferdig. Del 2 skal gjøre indremedisinske LIS vaktkompetente, ingen liten bestilling!

muligheter blir indremedisin stadig viktigere! Ortopediske og kirurgiske pasienter blir eldre og har flere sykdommer samtidig. Tett samarbeid med indremedisin om pasientens diabetes, nyrefunksjon, demir, infeksjon, KOLS, atrieflimmer og medikamenter er helt nødvendig. Noen sykehus i Europa har nå store indremedisinske sengeposter for pasienter som tilhører andre



Hanne Thürmer

«Spesialistutdanning er nødvendig for utvikling, gir utdanningsforflinkere på spesialist ("forsvinner direktør i He

Spisskompetanse innen organspesifikke fag og kirurgiske fag er selvsagt helt avgjørende, men økte behandlingsmuligheter og komorbiditeter øker behovet for breddekompetanse.

tøknning. Spesialistkomiteen må trå til igjen, og tiden er knapp. Vi vil lenge oss på en nylig oppdatert europeisk gjennomgang og beskrivelse av den indremedisinske spesialiteten. Indremedisin er etterspurt i mange land, la oss løfte fram indremedisin som en fortsatt populær spesialitet også i Norge! Innspill fra gode kolleger og engasjerte indremedisinere er alltid velkomne.

Hvorfor bør også Norge ha indremedisin som egen hovedspesialitet?

Noen må holde bredde og se sammenheng mellom ulike sykdommer og behandlinger. Med økende alder og behandlings-

i USA, og det er stor deltakelse fra hele USA. Den anbefales også for norske indremedisinere! Spisskompetanse innen organspesifikke fag og kirurgiske fag er selvsagt helt avgjørende, men økte behandlingsmuligheter og komorbiditeter øker behovet for breddekompetanse. Håpet er at vi sammen får til gode pasientforløp. Forløp vil vekse mellom ulike nivå, ulike fag og ulike sykehus. Indremedisinere i og utenfor sykehus kan bidra til integrasjon og sammenheng.

Dette diskuterer vi også på Høstmøtet, hotell Bristol 13 og 14 oktober!

Hanne Thürmer, leder NIF

Ny spesialitet i indremedisin – endelig!

De siste årene har N
spesialistutdanning.
spørsmål. Det har ve

Det er Helse- og omsorgs-
departementet og Helsedirektoratet
som bestemmer; Legesforeningene
og de fagmedisinske foreningene
rådgivere. Foreningen er K
og myndighetene lytter hel
orte til våre råd!

Vedtaket er nå tattet om at g
Indremedisin deles opp, slik at
hjerte, fordøyelse, blod, ge

Infeksiøsitet
åtte
blir
mot
post
nye
inne
fag, og k
Den
dag

Det
om i
en n
argu
dett
vill ik
mult

pasientens behov for oppfølging
over tid. De mange praktiske
spesialistene utenfor sykehusene
falle utenfor denne spesialiteten
I Europa og Nord-Amerika
Indremedisin som hovedspesialitet
det bør Norge også ha.

For få uker siden kom det et
beskjed fra helsemyndighetene
at Indremedisin også skal ha
hovedspesialitet. Det betyr
arbeide meget hurtig og for
læringsmål for denne spes

Som den kunnskapsrike i
ndremedisiner vet, er spes
utdanningen lagt i en ny struktur.

- Del 1 i alle utdanninger
likner på turnustjenesten, det

Spissk
innen o
fag og k
avgjøre
og kom
øker be

«Spesialistutdanning er
nødvendig for utvikling, gir
utvikling, gir utdanningsfor
flinkere på spesialist (i)
"forsvinner" direktør i He

Kulturforskjeller

	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet	Kortsiktig – tom. utskrivning
Helseproblemer	Gjerne flere parallelt og hele spektret av diagnoser	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.
Behandling	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv. Lite/langsom endring	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid
Pasient – helsepersonell forhold	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle	Sjelden og oftest bare i korte perioder. Mange involverte samtidig. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, og ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas gjerne i møter med flere og med adheランス først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid med andre	Med mange, også utenfor helsetjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende

norsk **helsenett**

sammennheng mellom ulike sykdommer og behandlinger. Med økende alder og behandlings-

Anders Grimsmo, Professor, NTNU, Medisinsk faglig rådgiver, NHN

Hanne Thürmer, leder Nif

 HELSE NORD-TRØNDELAG

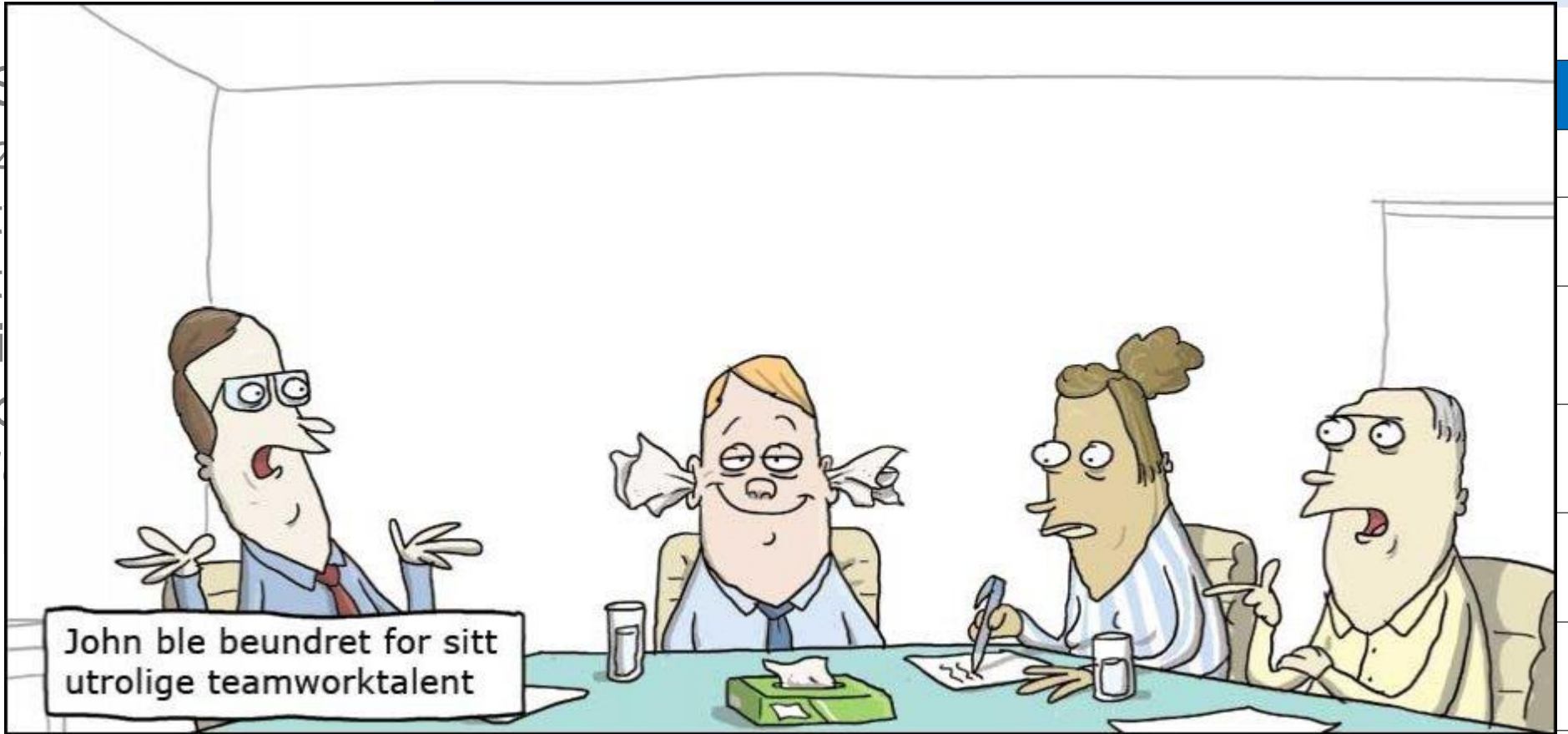
 SØRLANDET SYKEHUS

Ny spesialitet i indremedisin – endelig!

De siste årene har N
spesialistutdanning.
spørsmål. Det har ve

Kulturforskjeller

«S
nø
ut
ut
fli
sp
"f
di



John ble beundret for sitt utrolige teamworktalent

læringsmål for denne spes

Som den kunnskapsrike I
ndremedisiner vet, er spes
utdanningen lagt i en ny struktur.

- Del 1 i alle utdanninger
likner på turnustjenesten, det

norsk **helsenett**

sammennheng mellom ulike syk-
dommer og behandlinger. Med
økende alder og behandlings-

Anders Grimsmo, Professor, NTNU, Medisinsk faglig rådgiver, NHN

Hanne Thürmer, leder Nif

HELSE NORD-TRØNDELAG

SØRLANDET SYKEHUS

Glød og entusiasme – skape /beholde

- Etablere!
- Sterk og synlig kompetanse
- Ta vare på «geriatrisk identitet»
- Unngå å måtte slåss for plass/eksistens
- «Hårete» planer
- Rekruttere!
- Være en naturlig del av en større avdeling
 - LIS i rotasjon
- Prioritere tid til
 - Faglig vedlikehold
 - Undervisning
- Gjøre seg uunnværlig
 - Ta sin del av «byrden»
 - Markedsføre seg
- Skaffe seg støttespillere
- «Kardiologisk hybris»

Bevare personalet- glødende

- Ulikt for ulike faggrupper ?
 - Nok og store nok stillinger
 - Løpende rekruttering
 - Oppgaver som fenger
 - Tid til faglig utvikling/forskning
- Skape felles mål/forståelse
- Ta vare på tverrfagligheten
 - Andre sterke fagpersoner
- Rotasjon på legesiden(?)
- Rom for ettertanke og diskusjon
 - Ethiske utfordringer

Utfordringer

- Å ta vare på faglig identitet
- Å ha «hårete mål» kan være slitsomt
- Tverrfaglig arbeid kan være vanskelig
 - organisering
 - ulikhet i kultur/rolle/makt
 - tid til fellesmøter