



Hjertesykdommer ivaretas best ved egen spesialitet

Cecilie Risøe, formann NCS

Faget hjertesykdommer er et omfattende fagområde som dreier seg om langt mer enn akutt koronarsyndrom og kronisk iskemisk hjertesykdom. For Hjerterforums lesere vil dette være selvsagt. Det er likevel slik at vi som forening nå og da møtes med argumentasjon fra kolleger som om behandling av koronarsykdom er så godt som den eneste virksomheten vi bedriver. Ved nærmere ettertanke vet de at det også dreier seg om hjerteklaffefeil og rytmeforstyrrelser, men derved anses saken uttømt.

I virkeligheten er fagfeltet langt større, både slik det utøves i dag og i enda større grad slik det burde praktiseres. Mangelen på antall ferdige spesialister har vært og er en begrensende faktor for norsk kardiologisk engasjement. Det har vært nødvendig og enkelt for nyutdannede å gli inn i klinisk arbeid ved medisinske avdelinger landet over, eventuelt ved hjertemedisinske avdelinger etter opparbeidet spisskompetanse innen invasiv kardiologi, rytmeforstyrrelser eller ekkokardiografi. Tradisjonelle kardiologstillinger har absorbert de aller fleste nyutdannede selv om antallet yrkesaktive spesialister er doblet i løpet av de siste 15 årene. Av 455 godkjente spesialister i hjertesykdommer i dag er ca 50 pensjonister og rundt 100 ikke i fast arbeid i Norge. Knappt 10 % av kardiologene er praktiserende spesialister.

Utdanningskapasiteten er dels hemmet av at spesialiseringløpet tar alt for lang tid, dels av uklare holdninger til hvor mange kardiologer vi egentlig trenger. Det er ikke lenge siden målet var en kardiolog ved alle sykehus. I dag er det få som vil være uenige i at det minst bør være to kardiologer, helst flere. Begrunnelsen er selvsagt fagets omfang og volum. Kardiologiske problemstillinger er fortsatt den klart hyppigste årsaken til akuttinnleggelse i indremedisinske avdelinger, og kardiologisk diagnostikk representerer en viktig støttefunksjon for andre fagområder. Hjerte- og karsykdommer er også fortsatt den sykdomsgruppen som tar flest liv årlig i Norge. Selv om det har vært en gledelig reduksjon i antall dødsfall som følge av iskemisk hjertesykdom før fylte 70 år, er det fremdeles alt for mange mennesker som rammes i 40, 50 og 60-årsalder, og det er nylig kommet alarmerende rapporter fra USA om at forekomsten av koronarsykdom hos yngre personer igjen synes å øke, tett knyttet til en økning i risikofaktorer for sykdomsutvikling.

I tillegg kommer det at 70- og 80-åringene ikke oppfatter seg som spesielt gamle. Mange føler seg slett ikke ferdige med livet, og de forventer aktiv diagnostikk og behandling. Om ikke lenge kommer nok spreke 90-åringene etter. Ved organisering av fremtidens helsetjeneste kan en få inntrykk av at planleggerne ser "eldrebølgen" som en ansamling skrøpelige, multisyke individer som først og fremst trenger breddekompetanse og omsorg lokalt. I virkeligheten vil en stadig større andel av dem være meget oppegående, ha en konkret aktuell problemstilling og forvente langt mer enn en hånd å holde i. De ikke fullt så spreke vil ofte ha ressurssterke barn som forventer spesialistkompetanse lokalt dersom de skal slå seg til ro med diagnostikken og vurderingene der. Lokal kompetanse styrkes betydelig ved at vanskelige avveininger kan diskuteres i et kollegialt miljø. Dersom hjertesykdommer gjenvant sin stilling som hovedspesialitet, ville det være langt lettere å etablere kollegiale miljøer lokalt.

Formannen har ordet

Kirurgene har fått gehør for at deres fagområder er så spesialiserte at det ikke lenger er rom for den generelle kirurg. En kan undres over at kardiologifaget med sine tekniske inngrep som implantasjon av pacemaker og ICD, biventrikulær pacing av hjertesvikt, ablasjonsbehandling av hjerterytmeforstyrrelser, intervensjonskardiologi og ekkokardiografi inklusive transøsofagus-, stressekkokardiografi og vevsopplerundersøkelser oppfattes som mindre teknisk og spesialisert. Som hovedspesialitet ville vi være langt bedre stillet til å ivareta fagutviklingen og ikke minst utdanningsbehovet innen disse spesialiserte funksjonene. I dag reduseres vår vurdering av fremtidig subspecialistbehov under henvisning til hva eksterne vurderere oppfatter som realistisk, nemlig den beskjedne utdanningshastigheten vi så langt har fått til på tross av at det formelt sett ikke eksisterer utdanningsstillinger. Kvistmiljøenes nøyte gjenkomstenke anslag av nødvendig økning i antall spesialkompetente kolleger tillegges liten vekt.

Manglende antall spesialister rammer også bredden av vårt faglige engasjement. Mange viktige områder som hører inn under kardiologifaget, har i liten grad vært ivaretatt av kardiologer og er derfor ikke synliggjort som naturlige virkeområder. Med unntak av noen meget gode frontfigurer har vi vært alt for svakt engasjert i forebyggende kardiologi. Vi burde hatt et landsdekkende og desentralisert tilbud, både av hensyn til pasientbehandling, forskningssamarbeid og faglig nettverk. Det har også vært en stor mangel på kardiologer som har engasjert seg innen områder som trening og rehabilitering, kardiologisk intensivmedisin, nukleærmedisinsk diagnostikk og nyere bildediagnostiske metoder som for eksempel MR cor. Som en følge av dette har NCS heller ikke arbeidsgrupper innen disse fagområdene med de uheldige ringvirkningene dette gir.

Hva kan vi gjøre for å få til en endring? Legeforeningen har hånd om spesialitetsstrukturen. Problemet er at det over lang tid har vært så vanskelig å få gehør for alt annet enn breddekompetanse innen enkelte deler av foreningen som er meget godt representert i besluttede organer. Vi må selvsagt først og fremst fortsette vårt påvirkningsarbeid internt i Legeforeningen. Men utspillet fra de kirurgiske fagmedisinske foreningene under hovedstadsprosessen var en interessant oppvisning i alternativ organisasjonsmessig påvirkning. Paraplyforeningen Norsk kirurgisk forening sendte sitt innspill med argumenter for at all akuttkirurgi burde sentraliseres til områdesykehusnivå direkte til Helse Sør-Øst og fikk gehør. Prosessene i Legeforeningen med hensyn til konsekvenser for bredde og organisering av utdanningen innen kirurgi kommer nødvendigvis i etterkant.

Legeforeningen tok i 2006 initiativ til en større gjennomgang av spesialistutdanningen og spesialitetsstruktur. Arbeidsgruppen har nedlagt mye arbeid, og innstillingen er for tiden ute på høring. Det er ikke uventet, men like fullt skuffende når det konkluderes med at spesialitetsstrukturen bør forbi uendret med unntak av en mulig ny spesialitet i rus og avhengighetsmedisin. Et sentralt argument for status quo er at dagens system fortsatt synes å passe godt til norsk sykehusstruktur. Ettersom sykehusstrukturen er under omlegging, er det gunstig at den endelige behandlingen av *Utredning om spesialistutdanningen av leger* først skjer på landsstyremøtet våren 2009. Men også dette kan være i tidligste laget. Vår viktigste tilbakemelding er klar: NCS fastholder at for faget hjertesykdommer vil gjenoppretting av status som hovedspesialitet gi en helt klar faglig og organisatorisk gevinst.