

SPELIALISTUTDANNING OG SPELIALITETSSTRUKTUR, HVOR STÅR VI?

Siste store revisjon av spesialitetsstrukturen i norsk medisin skjedd i 1975. Fagområdet hjertemedisin var godkjent som egen spesialitet fra 1965, og fra 1975 som grenspesialitet under hovedspesialiteten indremedisin. Siden da har mye skjedd med det faglige innholdet i hver av de 8 grenspesialitetene som nå utgjør det indremedisinske fagfeltet. At alle leger med spesialiteten indremedisin skal beherske det betydelige kunnskapsområdet som fagfeltet representerer, er vanskelig å forestille seg. Kravet om høy faglig kompetanse og stor pasienttilgangen har ført til ulike grader av seksjonering av fagfeltet ved de fleste sykehus, ved de største sykehusene er de indremedisinske fagområdene nå fordelt på egne avdelinger. I praksis betyr dette at kardiologi fungerer som en selvstendig spesialitet, selv om dette ikke er formalisert.

Nye krav for å oppnå spesialiteten i indremedisin er innført fra oktober 2010, og de gjøres obligatorisk fra januar 2015. Dette betyr en gradvis effektivisering av spesialistutdanningen i hjertemedisin med en nedkorting i utdanningsløpet på ½ år. For å bli spesialist i hjertemedisin kreves nå spesialistgodkjenning i indremedisin (6 års tjeneste ved indremedisinsk avdeling) og 3 års tjeneste i hjertesykdommer (hvorav 2 ½ år kan gjennomføres som ledd i spesialistutdanningen i indremedisin). Definerte deler av utdanningen skal skje som gruppe-1-tjeneste. I tillegg kreves som før attest for utførte prosedyrer, gjennomført kurskrav og personlig egnethet. Dette er en ønsket utvikling; mer kardiologi og mindre generell indremedisin på veien mot grenspesialistutdanningen i hjertemedisin, sist fremsatt i et høringsnotat fra NCS vedrørende spesi-

alitetstrukturen i 2004. Men målet om egen spesialitet er fortsatt ikke nådd.



Av våre nordiske kollegaer er det kun de svenske kardiologene som har en liknende organisering av spesialitetsstrukturen som oss. I Sverige arbeides det nå iherdig med å implementere en tidsbestemt og innholdsmessig definert "akutt indremedisin" som en obligatorisk del av utdanningen av kardiologer, dette for at generell vaktkompetanse ved mindre sykehus kan opprettholdes. Med denne strategien håper den Svenska Cardiologföreningen å gjenopprette kardiologi som egen hovedspesialitet.

I Europa foregår det et viktig arbeid med å harmonisere kravene også til spesialiteten i kardiologi. Bakgrunnen for dette er et ønske fra EU-kommisjonen om et system for sertifisering av legespesialister som del av ett av flere EU-direktiver (Professional Qualifications Directive). Som et bidrag til dette initiativet arbeider UEMS CS (1) med kravene til "the European Diploma General Cardiology" som antas å bli en del av et slikt sertifiseringssystem. Omfanget av generell indremedisinsk tjeneste med tilhørende prosedyrelister til slik sertifisering er ikke avklart. Sannsynlig vil avsluttende eksamen og attestasjon for personlig egnethet også være absolutte krav. Kurskravene til resertifisering vil trolig bli basert på internasjonalt CME-godkjente kurs (2) og også regelmessige, standardiserte eksamener. Tempoet i dette arbeidet synes å være høyt, og det er verdt å merke seg at UEMS er det organ som kommuniserer med EU-byråkratiet.

I norsk sammenheng er Helse- og omsorgsdepartementet hovedaktøren og Legeforeningen en av flere aktører som kan påvirke utviklingen av spesialisthelse-

tjenesten og definere behovet for endringer i utdanningsløpene. Vi vet ikke hvilke strategiske utspill som får gjennomslag i denne utviklingen. I St.meld. 47(2008-2009), Samhandlingsreformen, heter det: " Dette gir god muligheter for sykehusene til å utvikle seg i retning av det de har faglige og organisatoriske fortrinn til å gjøre; dvs. en mer rendyrkning av de spesialiserte oppgaver som bare spesialisthelsetjenesten kan håndtere" Dette ble også understreket av statssekretær Robin Kåss i helsepolitisk debatt under vårmøtet i Bergen. Politisk synes det altså å være vilje til sterkere profilering av det faglige innholdet i spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningens prinsippprogram for 2011-2015 uttaler: "Spesialiseringen av leger skal være effektiv, etterutdanningen skal være systematisk og satsningen på medisinsk forskning skal være offensiv" (3). Det er reist spørsmål om effektivitetsmålet er forenlig med myndighetenes og Legeforeningens satsing på opprettelse av i hovedsak faste stillinger for leger i spesialisering.

Fra 1. oktober i år opphørte den delegerte myndigheten Legeforeningen inntil nå har hatt til å godkjenne spesialister. Helsedirektoratet har overtatt spesialistgodkjenningen, og det er inngått en avtale der Legeforeningen blir leverandør av sakkyndige bistandstjenester for direktoratet. Hvilken betydning dette får for videre

utvikling av spesialistutdanningen og spesialitetsstruktur blir spennende å se. I denne sammenhengen er spesialitetskomiteens pågående revisjon av prosedyrekravene for hjertemedisin meget viktig. Prosedyrekravene må være oppdaterte og i tråd med beste kliniske praksis, og de må reflektere den utvikling som pågår i Europa for øvrig. Erfaringsmessig har EU-direktiver en betydelig styrende effekt også for norske forhold med henvisning til EØS-samarbeidet. Også den svenske tilnærmingen til spesialistutdanningen i kardiologi bør vurderes som et alternativ til dagens norske regelverk. Arbeidet med å få hjertemedisin tilbake som egen hovedspesialitet må videreføres på tross av Legeforeningens konservative holdning til spesialitetsstrukturen. Fagets utvikling, sykehuses organisering og kravet til effektiv spesialistutdanning taler for et opphør av dagens oppdeling i hoved- og grenspesialiteter.

1. UEMS CS; Union Européenne des Médecins Spécialites, Cardiology Section
2. Mer om CME (Continuing Medical Education) finnes på www.ebac-cme.org
3. http://www.legeforeningen.no/asset/52849/1/52849_1.pdf

Stein Samstad