

FAGLIGHET OG ENGASJEMENT HENGER SAMMEN

Vel overstått sommerferie! For dem av oss som skal på ESC-møtet i Roma får vi oppleve at en norsk multisenterstudie, Norstent, får ekstra stor oppmerksomhet. Dette er en stor studie med over 9000 pasienter som fikk forskjellige stenter, medikamentavgivende stenter (DES) eller vanlige metallstenter (BMS). Studien kom til på grunn av entusiastens samarbeid i hele Norge, noe å være stolte av!

Mange initiativ til drift av studier, spesialfunksjoner, behandlingsformer og nye tiltak kommer fra medisinskfaglige entusiaster. Vi har mange av dem i kardiologien. For å få spillerom for entusiasme er det viktig at man også får litt spillerom i arbeidsplanene.

På det utmerkede vårmøtet til Norsk Cardiologisk Selskap i Stavanger var der en fagpolitisk sesjon kalt «Kardiologisk intensivmedisin: Kardiologi, anestesologi eller begge deler» der entusiaster fra anestesifeltet og kardiologien holdt foredrag. Det ble liten tid til samlet diskusjon, men hovedinntrykket var at det er enighet om at det viktigste er at (kardiologisk) intensivmedisin må drives av kompetente leger som er hos pasientene. Hvis kardiologen skal ha ansvar for pasienten, må det også finnes tid i vekten til å være rundt pasienten. Det er en fare for at ressursmangel og effektiviseringer kan gjøre dette vanskelig.

En annen sak er planene om en ny spesialitet i mottaksmedisin. NCS har avgitt en høringsuttalelse, for detaljer henvises til Legeforeningens sider. Bakgrunnen for at Helsedirektoratet foreslår en ny spesialitet er at det, ifølge Helsedirektoratet, lenge har vært utfordringer i akuttmottakene. Pasientene blir liggende for lenge uten legetilsyn fordi leger som har vakt i akuttmottak, er ansatt på andre avdelinger, har manglende ansvar for pasientens forløp og mangel på

diagnostisk kompetanse i frontlinjen. En årsak har vært mangel på medisinskfaglig ledelse og god organisering av akuttmottaket. NCS støtter prinsippet om bedre kompetanse tidlig i pasienthåndteringen og vektlegging på tidlig diagnostikk, indremedisinsk basismodul i akuttmottaksspesialitetsutdanningen, bruk av spesialiserte læringsmål og viktighet av geriatrisk kompetanse. Vi mener at større del av utdanningen enn skissert må legges til spesialavdelinger og er noe bekymret for om spesialkunnskap over en slik bredde som skissert i planene, kan vedlikeholdes. Det er også noe uklart for oss hvordan den

nye spesialiteten skal fungere på de mange små sykehus der pågangen i akuttmottaket er liten og dette vaktlaget skal kunne fylle dagene med meningsfylt innhold.

Personlig tror jeg at det problemet som man søker løst ved en ny spesialitet, i stor grad skyldes travelhet og effektivisering av sykehusavdelingene. Legene har fått flere oppgaver og kravene til tempo og dokumentasjon i sykehusene er høye. Dette medfører at leger med spesialistkompetanse, f.eks. i kardiologi, ikke kommer fra en arbeidspost for å gjøre tilsyn i akuttmottak eller i andre avdelinger i sykehuset. En strategi ville være å la vakthavende spesialist ha plikt til og gis mulighet til å utføre disse nødvendige tilsynene. For eksempel kunne papirarbeid, som søknadsbehandling, være en oppgave på vakt dager. Papirene kan man forlate på låst kontor hvis man må delta i vurderinger i akuttmottak eller på intensivavdeling; og, igjen, beholde entusiasmen for sitt fag og legekunsten. En administrativ endring og kapasitetsøkning kunne altså settes inn istedenfor en ny gruppe spesialister. Det burde ikke bli dyrere for samfunnet og ville medføre økt kompetanse i akuttmottak



representert ved de fremste klinikerne i sykehuset.

Etterutdanning er også en faktor som vi må ha et øye med. Basert på vedtak i Legeforeningens landsstyre 2013 ble det i 2014 nedsatt en arbeidsgruppe for å viderføre arbeidet med utforming av struktur, innhold og organisering av legers etterutdanning. Industrien har tidligere tatt en stor del av ansvaret for at norske leger har kunnet delta i internasjonale og nasjonale møter. Slik er det som kjent ikke lenger.

NCS støtter innføringen av et obligatorisk og strukturert etterutdanningsprogram innenfor alle medisinske spesialiteter. Allmennpraktiserende leger har hatt dette som et krav i mange år og har hatt gode erfaringer. Innen kardiologi har vi de siste årene sett en formidabel utvikling. Uten et bevisst forhold til egen faglig utvikling vil man raskt kunne bli akterutseilt. Per i dag mangler vi et formelt system som ivaretar behovet for å sikre vår faglighet. Det foreslås et femårig, poengbasert program. Den enkelte spesialist må oppnå totalt 300 poeng: 150 fra obligatoriske aktiviteter og 150 fra valgfrie aktiviteter. De obligatoriske aktivitetene er nasjonale og internasjonale kongresser/fagmøter. Antallet som er foreslått (> 2 av hver per periode på fem år) fremstår som et minimum. Hospitering på annen avdeling eller annet sykehus (> 5 dager/periode) vil også være poenggivende.

Ansvaret skal ligge hos arbeidsgiver som sammen med den enkelte spesialist skal utarbeide en gjennomføringsplan. Dette er et godt prinsipp da man har valgt å avstå fra resertifisering. Med dette følger det at det heller ikke vil bli sanksjonsmuligheter på individnivå, men på avdelingsnivå. Man skisserer en løsning der man ønsker at enhver avdeling skal ha som målsetning at minimum 75 % av spesialistene skal være «godkjente». Om man som avdeling ikke opprettholder dette, kan det være snakk om sanksjoner, for eksempel å miste retten til å drive utdanning. På den andre siden foreslås premiering av den avdeling som har det høyeste antall «godkjente» spesialister. NCS ser på dette som en god løsning, men et sånt krav vil naturlig nok kunne fremtre noe ulikt for de forskjellige avdelinger. Avdelinger med svært få spesialister kan lett komme under 75 % kravet. Vi mener

at man må ha som en klar målsetning at etterutdanning må gjelde alle spesialister, også avtalespesialister.

NCS ser på innføring av etterutdanning av spesialister som udelte positivt. Det foreslåtte program virker som relevant og absolutt realistisk, gitt at man får på plass rammevilkårene for finansiering. Man må ha klare sanksjoner dersom programmet ikke gjennomføres. Vi støtter at dette må være på avdelingsnivå, men konsekvensene og håndteringen må konkretiseres.

Så møtes vi entusiastisk på det kardiologiske høstmøtet til NCS for å diskutere fag og fagutvikling.

Terje Steigen