

KARDIOLOGI SOM EGEN SPESIALITET – DRØM ELLER SNARLIG REALITET?

Ikke uventet har spesialitetsstrukturene i norsk helsevesen kommet på dagsorden som en oppfølging av nye politiske føringer.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet et klart mandat: "Gjennomgangen av spesialistfeltet skal ta opp i seg hovedretningen som ligger til grunn i ny helse- og omsorgsplan (2011-2015), samhandlingsreformen og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid (2011)" (1). Denne gjennomgangen er omfattende og gjelder for flere yrkesgrupper innen helse og velferd. Vår interesse som kardiologer i en slik gjennomgang er naturlig sentrert omkring de medisinske spesialitetene. NCS har i flere år hatt som mål at kardiologi på nytt må bli egen hovedspesialitet. At Helsedirektoratet nå har en bred gjennomgang av spesialitetsstrukturen er en anledning som gir NCS legitim mulighet til å påvirke utviklingen parallelt med det arbeid som pågår i Legeforeningen.

Helsedirektoratets har i tre temasamlinger rettet søkelyset mot hvilke forhold som er pådrivere i endringene i spesialisthelsetjenesten. Fagutvikling basert på teknologiske nyvinninger er pekt på som den sterkeste pådriveren. Internasjonale trender påvirker fagutviklingen raskere og sterkere nå enn tidligere. Både de teknologiske fremskrittene og den internasjonale påvirkningen bidrar til å utviske skillene mellom de enkelte spesialitetene, særlig gjelder dette prosedyretunge spesialiteter der ny teknologi stadig implementeres. Grenseflaten mellom thoraxkirurgi og kardiologi er spesielt trukket fram som et eksempel på dette. Nye kommunikasjonsformer og spesielt utviklet teknologi for oppfølging av kronisk syke pasienter er blitt vektlagt som en mer universell driver i

fagutviklingen. Helsedirektoratets samlinger har så langt avdekket liten grad av uenighet i den bredt sammensatte forsamlingen. I

det videre arbeidet, hvor forslag til fremtidig spesialitetsstruktur skal utformes, er oppgaven delt på flere mindre prosjektgrupper. Det forventes en konklusjon på dette arbeidet ultimo mars i år. Dette arbeidet imøtess med spenning i forhold til om kardiologi foreslås som egen spesialitet.

Legeforeningen har i kjølvannet av de politiske føringene og Helsedirektoratets arbeid med spesialitetsstrukturen satt i gang et eget arbeid for å forberede en sak om spesialitetsstrukturen for Landsstyremøtet i juni i år. To av prosjektgruppene i dette arbeidet har sett på systemet med hovedspesialitet og tilhørende grenspesialiteter. Dette synes etter hvert å være et særnorsk fenomen når svenskene fra 1.1.2014 gjør om grenspesialitetene i kirurgiske og indremedisinske fag til selvstendige spesialiteter. Svenskenes argumenter for dette har vært en faglig bedre og mer effektiv utdanning og bedre kår for forskning. Som i mange andre europeiske land innfører svenskene krav om en felles grunnutdanning/kunnskapsbase også i kirurgiske fag og i indremedisinske fag (2). Nettopp systemet med felles kunnskapsbase har fengst interesse også i Legeforeningens og Helsedirektoratets utredningsgrupper. Om Legeforeningen i tillegg går inn for opphør av systemet med hoved- og grenspesialiteter innen de kirurgiske og indremedisinske fagene gjenstår å se. Prosjektgruppen for det kirurgiske fagområdet har gitt en klar tilråding til sentralstyret om å avskaffe de kirurgiske grenspesialitetene og å omgjøre de nåværende grenspesialiteter til hovedspesialiteter. Prosjektgruppen for de indremedisinske



fag landet på et modifisert motsatt råd til sentralstyret med begrunnelse at det er nødvendig med mer tid til organisasjonsmessig behandling før et eventuelt forslag til forandring i dagens system. I prosjektgruppen valgte NCS å ta dissens på dette rådet, og som resultat av dette kom det opp tre alternative forslag for videre diskusjoner. Alternativet ingen endring fra dagens situasjon blir inntil videre stående, men med subsidiære forslag om enten å la kardiologi bli egen spesialitet alene eller at samtlige grenspesialiteter i indremedisin omgjøres til hovedspesialiteter.

I legeforeningens arbeidsseminar medio januar diskuterte ledere av fagmedisinske foreninger og ledere av spesialitetskomiteene den fremtidige spesialitetsstrukturen. Sett med NCS' øyne virket stemningen i denne forsamlingen mer optimistisk for vårt syn. I løpet av diskusjonen kom det frem at flere av talspersonene for de indremedisinske grenspesialiteten synes enten å gå inn for eller ikke å motsette seg en ny spesialitetsstruktur. Det blir spennende å følge utviklingen i de nærmeste uker for å se om det lykkes å få dreid stemningen raskt nok til at det kan komme et positivt vedtak på årets Landsstyremøte. At vi går mot en ny struktur uten grenspesialiteter også i de indremedisinske fagene, er det inntrykk som sitter igjen etter seminaret.

EU-kommisjonen har stilt klare krav til UEMS om å utarbeide spesifiserte krav for å kunne arbeide som legespesialist innen de enkelte medisinske fagområder. Den pågående diskusjonen om innholdet i de medisinske spesialitetene i EU-området antas å være av betydning i forhold til de krav som stilles til den norske spesialistutdanningen. For kardiologi har kardiologiseksjonen i UEMS utarbeidet og foreslått krav til teoretisk kunnskap, profesjonalisme og praktiske ferdigheter i tillegg til en ny evalueringsform av personlig egnethet. En slik standardisering av krav er funnet nødvendig for å sikre at fri flyt av arbeidskraft mellom landene kan foregå trygt. Det er rimelig å anta at norske spesialister lettere fyller disse kravene når spesialiteten utgår fra en nasjonal spesialitetsstruktur som ikke skiller seg i vesentlig grad fra den europeiske spesialitetsstrukturen, og der kravene til

spesialiteten harmoniseres med de nye europeiske kravene.

I det pågående arbeidet i Helsedirektoratet vites det at også de medisinske fakultetene og de regionale helseforetakene har meldt sine interesser for å påvirke utformingen av spesialitetsstrukturen. Det er vanskelig å forutse hvordan fakultetenes ønske om å bli en sterkere aktør i selve spesialistutdanningen og foretakenes ønske om sterkere styring av de medisinske profesjonene slår ut i denne sammenhengen.

I de diskusjonene som nå føres i regi av Helsedirektoratet og Legeforeningen er argumentene fra NCS entydige. En felles kunnskapsbase er nyttig for alle indremedisinske fagområder; det vil sikre generell vaktkompetanse og vil være et nyttig grunnlag for alle som senere skal delta i et felles indremedisinsk vaktssystem. Det synes å være gehør for at denne grunnutdanningen skal være tre år og at ett av de tre årene skal være tjeneste i kardiologi med krav om tjeneste ved hjerteovervåkning. Som påbygg til disse obligatoriske tre årene argumenteres det for tre år spesialistutdanning i kardiologi, der ett av årene kan vies til fordypning innen ett av tre områder: ekkokardiografi, koronare intervensjoner eller elektrofysiologi/pacemakerbehandling. Samlet vil dette gi seks års spesialistutdanning der fire år er viet kardiologi; et eventuelt tillegg med krav om forskning eller annen meritterende tjeneste kommer på toppen av dette. Denne modellen vil være i tråd med det utdanningsløp som tilrådes av kardiologiseksjonen i UEMS, og den vil være et godt grunnlag for et toårig påbygg til videre subspecialisering i kardiologi.

Sett i lys av de europeiske trendene og den nye samfunnspolitiske interessen for vår spesialitetsstruktur er det å håpe at vi nå er forbi vippepunktet, og at kardiologi som selvstendig spesialitet snart er en realitet.

- 1: Se lenke: <http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistområdet/delprosjekter/spesialitetsstruktur-og--innhold-leger/Sider/default.aspx>
- 2: Se lenke: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-7-9>

Stein Samstad