

UTDANNING, SPESIALITETS- STRUKTUR OG UTVIKLING

NCS' styre har i samarbeid med Spesialitetskomiteen for hjertemedisin utarbeidet høringsuttalelser om spesialistutdanningen til Legeforeningen og til Helsedirektoratet. Dette har vært et omfattende arbeid. Det er en spennende tid vi går inn i med nye strukturer og med regional ledelse av spesialistutdanningen. Det har, som kjent, fra flere hold vært uttrykt bekymring for hvordan læringsmål ble fjernet fra listen i del 1 av utdanningen etter høringsrundene.

Derfor må vi følge nøye med på hvordan læringsmålene og prosedyrelistene ser ut når Helsedirektoratet ferdigstiller sitt arbeid. Legeforeningen er fratatt sin rolle i spesialistutdanningen, men spesialitetskomiteene skal gi råd til Helsedirektoratet om læringsmålene. Det er fundamentalt at faget ligger til grunn og at vi som kjenner faget signaliserer hva som må beherskes av de nye spesialistene i kardiologi.

Vi har for lenge siden sagt fra om at det er viktig at spesialitetskomiteen har et overordnet ansvar for kvaliteten i utdanningen og at vi unngår regionale forskjeller i utdanningen basert på sykehusenes faglige og økonomiske prioriteringer. Får vi til et godt faglig samarbeid mellom vår faglige side og det administrative, vil den nye tid kunne gi oss den kvalitetsreformen som vi ønsker oss. Mer vekt skal legges på å dokumentere faglig veiledning og oppnådd kompetanse for den enkelte spesialistkandidat. Dette vil kreve mer individuell veiledning og oppfølging enn i dag, noe som vil kreve ressurser. Vi får anta at det følger midler med til dette slik at ikke reformen bare summerer seg til andre pålagte oppgaver i allerede pressede avdelinger. Det blir en oppgave for avdelingsledere å si fra om eventuelle problemer med gjennomførin-

gen. Kvaliteten på utdanningen må ikke bli en salderingspost.

Vår nye arbeidsgruppe, Norske Yngre Hjertelegers Arbeidsgruppe (NYHA), vil følge godt med i hvordan kvaliteten i spesialistutdanningen sikres lokalt og på landsbasis.

Foretaksdirektøren i Helse Nord, Lars Vorland, uttalte i sitt fredagsbrev 10.03.17 til oss ansatte at «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 smale områder. Den generelle spesialist (og den generelle pasient?) «forsviner»».

En slik utvikling sees i sammenheng med både kirurgiske og indremedisinske/onkologiske og kardiologiske behandlingsmetoder som er blitt svært spesialiserte og hvor volum og behandlingsresultater har sammenheng. Vi må likevel utdanne generalister som lærer seg spesialiserte metoder i tilstrekkelig grad. Stetoskopet er tilgjengelig for alle leger, men det er ikke alltid enkelt å bruke og tolke det som høres på en korrekt måte. Nå lærer mange norske medisinstudenter seg litt ultralyd allerede i løpet av studiet. Det er nåtidens medisin å kunne gjøre begrensede ultralydundersøkelser av indre organer, inkludert hjerte, selv om man ikke er subspecialist i faget. Det er ikke nødvendigvis enkelt, men ultralyd er tilgjengelig i alle sykehus og gir så mye ekstra informasjon at f.eks. orienterende ultralyd av hjertet bør være mulig å få gjort 24/7/365 ved alle våre sykehus. Kardiologisk kompetanse er nødvendig i alle akuttmottak. Øving gjør mester.

I Norge er ikke sykehusene store sammenliknet med andre europeiske land. Om vi kvistspesialiserer i for stor grad vil



de små enhetene fortsatt måtte drives med få legespesialister som må kunne alt fra mottak til avansert diagnostikk og behandling. Og de må vite når det er riktig å sende pasienten videre.

Årets ACC-møte brakte mange interessante forskningsresultater som nok har vært diskutert i fagmiljøene landet rundt. I diskusjonen kommer det fram behov for nye og større studier, og noen peker på at forebygging i form av fysisk aktivitet, røykestopp og kosthold burde få en plass også i medikamentstudier. Vi glemmer ofte det billige og enkle i vår fascinasjon for nye behandlingsmetoder og medikamenter. Med økende fartstid i medisinen og i livet tenker jeg stadig oftere over dette forholdet mellom forebygging og reparasjonsmedisin. Jeg understreker for mine PCI-behandlede pasienter at vi bare behandler følgene av koronarsykdom, vi helbreder ikke sykdommen. Forebygging etter behandlingen er det viktigste for å unngå nye møter på PCI-laben.

I en kronikk i *Dagens Medisin* torsdag 6. april skriver Rønnevik og medarbeidere om «Helsevesenet som mangler økono-

miske insentiver for å forebygge sykdom og fremme helse. Pengene ligger i å behandle sykdom, og sykehusene må sørge for å gå med overskudd for å få lov til å investere i nødvendig bygg og utstyr». Kanskje skulle vi satse mer på kommunale folkehelsekoordinatorer og målrettet mosjon og trening av friske, før sykdom rammer og etter. Det er godt at vi har miljøer i Norge som fokuserer på forskning omkring trening og folkehelse.

NCS har erkjent dette og har nylig opprettet en arbeidsgruppe som arbeider godt med denne type problemstillinger.

Snart er det tid for NCS' vårmøte i Trondheim. Programmet er klart og tilgjengelig på våre nettsider. Meld dere på til en faglig og sosial samling i Trondheim. Det blir tre dager med omfattende faglig aktuelt program med fremragende foredragsholdere, postersesjoner og symposier. Og vi avholder årsmøte med valg av ny styreleder og nye medlemmer til styret i NCS. I forrige nummer av *Hjerteforum* var det annonsert, men likevel: Forslag på kandidater sendes til leder i valgkomiteen, Stein Samstad.

Vi møtes i Trondheim!

Terje Steigen

