

Mot radikale inngrep i kirurgisk spesialitetsstruktur?



Nyheter og reportasjer

Bør spesialiteten generell kirurgi avvikles og dagens grenspesialiteter omgjøres til hovedspesialiteter? Forslagene i en utredning fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordinger skaper høye debattbølger i fagmiljøene. Det synes likevel å være bred enighet om at utdanningstiden må ned og spesialiseringen begynne tidligere.

Det går mot store endringer i spesialitetsstrukturen i kirurgi, hvis Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordinger får gehør for innholdet i høringsnotatet *Gjennomgang av spesialitetsstrukturen i kirurgi* (1, 2). En av konsekvensene blir at spesialistkandidater får gyve løs på grenspesialiseringen langt tidligere enn nå. Men det betyr også takk og farvel til generell kirurgi.

EU-tilpasninger

– I Norge tar det lenger tid å spesialisere seg enn det gjør i de fleste EU-land, ofte tar det flere år. Ta for eksempel thoraxkirurgi, der man i Sverige bruker fem og i Norge 7–8 år. Målet må være å forkorte utdanningstiden for kirurger og harmonisere norske spesialistregler med de europeiske, sier professor i kirurgi Dag Glen Sørli ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Han tror også at den lange spesialiseringstiden er en viktig årsak til at unge leger, spesielt kvinnene, svikter kirurgien når de skal velge spesialitet (3).

Sørli er hovedarkitekten bak forslagene som sekretariatet i Nasjonalt råd har fremsatt (se faktaramme). Det var han som la frem høringsnotatet under Norsk kirurgisk forenings høstmøte i oktober, der endringer i spesialitetsstrukturen var et sentralt debatttema. Notatet har også vært drøftet i et møte mellom sekretariatet i Nasjonalt råd og representanter for Legeforeningen, inkludert lederne i Norsk kirurgisk forening og spesialforeningene for de kirurgiske grenspesialitetene.

Strukturendringer

Dag Glen Sørli understreker at diskusjonen ikke bare dreier seg om EU-tilpasninger, men også fremveksten av ny teknologi og den nye organiseringen av sykehusvesenet.

– Trenden er at helseforetak blir slått sammen og spisskompetanse samlet ved store sykehus. Små sykehus får høyt spesialiserte, elektive funksjoner og færre akuttfunksjoner. Medisinsk teknologi skaper nye samhandlingsmønstre og dagens transportmuligheter gir bedre forutsetninger for å organisere akuttfunksjoner mer hensiktsmessig. For eksempel kan man med helikopter fra Tromsø nå alle hjørner av Nord-Norge innen halvannen time. Rekkevidden er enorm og transporttiden kortere, og dette kan utnyttes i sentraliseringen av helsetjenestene, sier Sørli.

Han mener at sentralisering er en uunnværlig utvikling som må få konsekvenser for spesialitetsstrukturen i kirurgi. Samtidig vil han sikre faglig bredde i kirurgien, noe han mener best kan skje gjennom økt samarbeid over spesialitetsgrensene: – Som thoraxkirurg samarbeider jeg tettere med kardiologer, anestesileger og radiologer enn med leger fra andre kirurgiske spesialiteter. Jeg tror at også utdanningskandidater kan dra nytte av for eksempel rotasjonsordninger på tvers av disiplinene.

– Hva oppnår man ved å gravlegge generell kirurgi som hovedspesialitet?

– Vi mister i hvert fall ingenting slik spesialitetens faglige innhold er nå. Oppgaver som i dag er tillagt generell kirurgi, kan overføres til bløtdelskirurgi, sier Sørli. – Generell kirurgi som spesialitet er verken fugl eller fisk, og holder neppe mål som basis for å drive selvstendig praksis etter at sentrale ferdighetskrav i ortopedi, nevrokirurgi og obstetikk er tatt bort.

– Hvem skal ta seg av akutte skader og sykdommer når generalistene forsvinner?

– Sykehusene må selv sørge for å ha nødvendig kompetanse. Er man ute etter en kirurg med bred erfaring, behøver det ikke å bety at vedkommende må være spesialist i generell kirurgi, mener Sørli.



Spesialitetsstrukturen må tilpasses endringene i sykehusvesenet og funksjonsfordeling mellom foretakene, mener Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordinger. Foto T. Sundar

Berører alle

Under debatten om spesialitetsstrukturen på kirurgenes høstmøte, uteble ikke kritikken mot endringsforslagene. Sjefflege Rolf Kåresen ved Ullevål universitetssykehus stilte seg uforstående til forslaget om å slå sammen urologi, endokrin kirurgi og mammakirurgi. Det finnes ikke gode nok argumenter for et så drastisk tiltak, mente Kåresen, som i stedet vil kombinere mamma- og endokrinkirurgi i en felles grenspesialitet (4).

Assistentlege Marius Langballe Dalin ved Førde sentralsjukehus advarte mot å senke kravene til kompetanse i generell kirurgi, noe han mener kan gå utover kvaliteten på den kirurgiske virksomheten ved små syke-

hus: – Vi må forandre for å forenkle systemet, men uten å forringe faget, sa Dalin som er medlem av spesialitetskomiteen i generell kirurgi.

Jørgen J. Jørgensen, leder i spesialitetsrådet i Legeforeningen, sa at endringsforslagene må underkastes en grundig vurdering i Legeforeningens organer før noe som helst kan skje: – Dette er en sak som berører alle kirurgiske fag, og en prosess som kanskje må gå over flere år, sa Jørgensen. Han fikk følge av Hans Petter Næss, leder i Norsk kirurgisk forening, som etterlyste en grundigere og mer analytisk utredning fra Nasjonalt råd.

Seniorrådgiver Even Flåtten i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og lege-

fordeling sier til Tidsskriftet at en bearbeidet utgave av rapporten vil bli sendt ut på høring i nær fremtid.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Gjennomgang av spesialitetsstrukturen i kirurgi. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, 2002.
2. Johannessen LB. Spesialitetsstrukturen i de kirurgiske spesialiteter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2574.
3. Johannessen LB. Spesialiserer seg, men velger annerledes. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 875.
4. Kåresen R, Varhaug JE. Endokrin/mammakirurgi – Egen spesialitet! *Kirurgen* nr. 2/2002.

– Behold generell kirurgi som hovedspesialitet

– En nedbygging av den generelle kirurgien vil svekke akuttfunksjonene ved små og mellomstore sykehus, særlig i utkantstrøk.

Det mener Torgeir Løvig, som er spesialist i gastroenterologisk kirurgi og leder for spesialitetskomiteen i generell kirurgi. Han er også leder for et utvalg i Legeforeningen som skal vurdere spesialitetsstrukturen i kirurgi.

Løvig er svært kritisk til innholdet i notatet fra Nasjonalt råd, især forslaget om å nedlegge generell kirurgi som hovedspesialitet. Han peker på at hensynet til vaktberedskap og vaktkompetanse må veie tungt i enhver diskusjon om spesialitetsstrukturen.

– Fjerner vi dagens basis i generell kirurgi, som også skal gi vaktkompetanse i bløtdelskirurgi, må det utdannes langt flere gastrokirurger for å dekke akuttberedskapen ved sykehusene. Selv om det i fremtiden skulle bli færre sykehus med akuttfunksjon, vil de være spesielt avhengige av bløtdelskirurger med bred erfaring i generell kirurgi, hevder han.

Han går også imot forslagene om å opprette hovedspesialiteter fra dagens grenspesialiteter, fjerne barnekirurgi som egen spesialitet og plassere mammakirurgi og endokrin kirurgi sammen med urologi.

– Den norske utdanningsmodellen er ikke ulik den som Den europeiske union for medisinske spesialiteter legger opp til, med en felles basisutdanning eller såkalt «common trunk» i de kirurgiske fagene. I Norge er det mulig å utdanne seg til grenspesialist med generell kirurgisk kompetanse i løpet av sju år. Alternativet kan være en modell på seks år, hvorav tre år er basisutdanning i generell kirurgi og tre år er grenspesialisering.

Dagens spesialiststruktur

– Hovedspesialiteten i generell kirurgi har fem grenspesialiteter: gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, urologi og barnekirurgi. I tillegg kommer de tre hovedspesialitetene ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi og nevrokirurgi.

– Av totalt 1 590 kirurgiske legeårsverk ved utgangen av 2001 (1), utgjorde generell kirurgi 44 %, ortopedisk kirurgi 26 %, grenspesialiteter under generell kirurgi 22 %, mens både plastikkirurgi og nevrokirurgi utgjorde under 5 % av legeårsverkene. Barnekirurgi hadde 15 legeårsverk.

– Det er store forskjeller i spesialistreglene mellom de nordiske land. Island og Sverige har kortest spesialiseringstid, Norge og Danmark lengst. Spesialiseringstiden i generell kirurgi er dobbelt så lang i Norge og Sverige (fem år) som i Finland (2,5 år).

– Så hva vil du gå inn for?

– Det må være en grunnutdanning i generell kirurgi som sørger for at alle grenspesialister får vaktkompetanse i bløtdelskirurgi. Dagens utdanningsmodell oppfyller dette målet, men spesialiseringstiden kan forkortes ned til seks år under forutsetning av at tre år brukes til skoling i generell kirurgi. Det som savnes i dag, er en grenspesialitet for mammakirurgi og endokrin kirurgi. Dette er et område med stort pasientvolum og behandlingsmetoder som krever betydelige

– fakta –

Foreslåtte endringer

– Generell kirurgi opphører som egen spesialitet, men det faglige innholdet ivaretas i to nye hovedspesialiteter i bløtdelskirurgi.

– Gastrokirurgi, som har mye vaktarbeid, foreslås omgjort til en hovedspesialitet i bløtdelskirurgi som krever seks og et halvt års spesialisering. Den nye spesialiteten blir basis i generell kirurgi og overtar mange av de generelle kirurgiske oppgavene.

– Urologi, som har lite vaktarbeid, foreslås omgjort til en hovedspesialitet i bløtdelskirurgi som krever seks års spesialisering. Fire av disse skal være i urologi. Endokrin kirurgi og mammakirurgi skal inngå i den nye spesialiteten, som skal hete urogenital og endokrin kirurgi.

– Det må vurderes å slå sammen kar- og thoraxkirurgi til en ny hovedspesialitet. Det stilles krav om seks års spesialisering. To år skal være innen karkirurgi og to år innen thoraxkirurgi.

– Ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi og nevrokirurgi skal fortsatt være hovedspesialiteter.

kunnskaper og stadig oppdatering, sier Torgeir Løvig.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Gjennomgang av spesialitetsstrukturen i kirurgi. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, 2002.