

Til

Landsstyret

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Deres ref.: |  | Vår ref.: | 12/2322 | Dato: | 14.05.2013 |

**Sak 9.1 Fremtidig spesialitetsstruktur**

Legeforeningen gjennomførte i 2007 – 2009 et omfattende utredningsarbeid som resulterte i en rapport om spesialistutdanningen av leger. I etterkant av utredningen har flere fagmiljøer meldt inn ønsker om endring i spesialitetsstrukturen.

Fra fagmiljøer innenfor kirurgi og indremedisin uttrykkes det at man med dagens spesialitetsstruktur ikke erverver nødvendig kompetanse og tilstrekkelige ferdigheter hverken i hoved- eller grenspesialiteten. Det argumenteres derfor for en endring av spesialitetsstrukturen med overgang fra grenspesialiteter til hovedspesialiteter. Fra andre fagområder har det kommet innspill om behov for etablering av grenspesialiteter.

Parallelt med Legeforeningens arbeid gjennomfører Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, en omfattende gjennomgang av spesialistområdet.

De konkrete tilbakemeldingene fra fagmiljøene om behov for endringer og et ønske om å spille inn synspunkter til myndighetenes arbeid, var hovedgrunnene til at sentralstyret 13. juni 2012 besluttet å iverksette et utredningsarbeid om spesialitetsstruktur. I de påfølgende sentralstyremøtene ble det nedsatt en prosjektgruppe med undergrupper i henholdsvis kirurgi og indremedisin.

Prosjektgruppen ble gitt følgende mandat:

Prosjektgruppen gis i mandat å gjennomføre et utredningsarbeid om spesialitetsstruktur.

Utredningen skal belyse situasjonen i dagens system, og beskrive utfordringene i den enkelte spesialitet relatert til utdanning og spesialitetsstruktur.

Det skal gjøres en vurdering av antatt fremtidig utvikling i det enkelte fag. Spesialitetsstruktur og spesialitetsgrenser skal vurderes både i nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Spesielt skal det vurderes hvordan fremtidig inndeling mellom hoved- og grenspesialiteter innenfor kirurgiske og medisinske fag bør være. Det skal også vurderes om det bør innføres grenspesialiteter innenfor andre fagfelt.

Det må gis en vurdering av hvilke konsekvenser en endret spesialitetsstruktur vil kunne få for organisering og arbeidsdeling i sykehus og mellom første- og andrelinjetjenesten.

Følgende personer ble oppnevnt til prosjektgruppen:

* Johan Georg Røstad Torgersen, prosjektleder, spesialist i anestesiologi, leder av YLF
* Arne Laudal Refsum, spesialist i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi
* Hanne Thürmer, spesialist i indremedisin og hjertesykdommer, leder av Norsk indremedisinsk forening
* Kathinka Meirik, spesialist i psykiatri, medlem av spesialitetskomiteen i psykiatri
* Einar Klæboe Kristoffersen, spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin, nestleder i spesialitetsrådet
* Marte Walstad, spesialist i allmennmedisin, medlem av Regionsutvalg Midt-Norge
* Marie Thoresen, lege i spesialisering, lungemedisin

Legeforeningens utredningsarbeid om spesialitetsstruktur startet høsten 2012. Det har vært gjennomført tre møter i prosjektgruppen, tre møter i den kirurgiske undergruppen og to møter i den indremedisinske undergruppen.

Som ledd i prosjektarbeidet ble det sendt forespørsel til de øvrige fagmiljøer, der de ble invitert til å komme med innspill om eventuelle ønskede endringer i spesialitetsstrukturen.

Foreslåtte endringer og foreløpige vurderinger og anbefalinger ble presentert og diskutert med de fagmedisinske foreninger, spesialitetskomiteene og spesialitetsrådet på et seminar i januar 2013. Prosjektgruppen fremla sin rapport for sentralstyret 20. februar 2013.

**Høring**

Som ledd i forberedelse av saken for landsstyret 2013, ble forslagene om fremtidig spesialitetsstruktur sendt på høring til alle organisasjonsledd i Legeforeningen 27. februar, med svarfrist 10. april 2013.

Det er innkommet uttalelser fra 38 høringsinstanser. I det følgende gis det en gjennomgang av høringsinstansenes tilbakemeldinger på anbefalingene og spørsmålene i høringsbrevet.

**Kirurgiske fag**

For kirurgiske fag ble høringsinstansene bedt om å ta stilling til tre anbefalinger.

* ***Grenspesialitetene barnekirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi og urologi omgjøres til hovedspesialiteter.***

Av høringsinstansene var det 20 som støttet forslaget, 7 som gikk i mot forslaget, 9 som ikke kommenterte forslaget og 2 som avga kommentarer. Innen kirurgiske fag har 4 fagmedisinske foreninger og 1 spesialitetskomité avgitt høringssvar. Alle støttet forslaget.

*Argumenter til støtte for forslaget*

Det viktigste argumentet for en overgang til hovedspesialiteter for kirurgiske fag er at den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen medfører at fagene øker i kompleksitet og omfang. Nåværende spesialitetsstruktur er i utakt med denne utviklingen. Det tar for lang tid før kirurger i spesialisering får anledning til å jobbe med egen spesialitet.

Flere sykehusavdelinger er i dag seksjonert i kirurgiske subspesialiteter. Nyutdannede spesialister har behov for ytterligere opplæring ved avdelingene før de er klare for fullverdig tjeneste i de seksjonerte avdelingene. Med hovedspesialisering kan legene i spesialisering bli raskere flinke i det de skal arbeide med, og man slipper ytterligere opplæring etter endt spesialistutdannelse.

En overgang til hovedspesialiteter innebærer ikke en svekkelse av generell kirurgi. Gastroenterologisk kirurgi ses på som en god erstatning. De fleste kirurgiske øyeblikkelig hjelp-pasienter faller inn under gastroenterologisk kirurgi, og det legges opp til at spesialiteten tar inn elementer fra generell kirurgi. Videre kan innholdet i de nye hovedspesialitetene sikre at spesialistene har tilstrekkelig kompetanse til å delta i vaktordninger ved mindre sykehus. Situasjonen for noen av dagens kirurgiske grenspesialiteter er at de bare finnes på sykehus ved store avdelinger hvor det ikke er behov for generelle kirurger i bakvakt.

*Argumenter mot forslaget*

Det er en motsetning mellom en overgang til hovedspesialiteter for kirurgiske fag og ønsket om en desentralisert sykehusstruktur. Begrunnelsen er at en slik endring vil føre til at sykehusene som i dag baserer seg på generell kirurgisk bakvakt i fremtiden må etablere grenvakter. For andre sykehus enn universitetssykehus er dette urealistisk når man tar i betraktning dagens vernebestemmelser, samt antall spesialister og penger det vil kreve. De økonomiske konsekvensene av en slik endring bør utredes før man endrer spesialitetsstrukturen.

Kirurgi og akutt indremedisin ved sykehus med lang transportvei er ikke godt nok drøftet i rapporten. Overgangen til hovedspesialiteter kan ha store konsekvenser for sykehusstrukturen. En overgang til hovedspesialiteter for kirurgiske fag bør settes på vent til man har oversikt over disse spørsmålene.

En overgang til hovedspesialiteter vil bidra til faglig styrking av de kirurgiske fagene, men det er bare pasienter som når frem til sykehusene som kan nyte godt av denne utviklingen. Det foreliggende forslaget sikrer ikke lokal vaktkompetanse som gjør at man unngår lange transportavstander for syke og skadde kirurgiske pasienter.

Erfaringene man har fra ortopedisk kirurgis overgang til hovedspesialiteter er et varsko om konsekvensene en overgang til hovedspesialiteter i de seks kirurgiske grenene vil ha. Inntil ortopedisk kirurgi ble hovedspesialitet hadde flere sykehus en velfungerende akuttkirurgisk beredskap. I dag har de minste sykehusene enten ortopedisk eller generell kirurgisk vakt. Dette fører blant annet til at indremedisinere som ønsker en kirurgisk vurdering, må sende pasienten til andre sykehus, ofte over lange avstander. Ortopeder som tidligere hadde lang erfaring innen generell kirurgi før de ble ortopeder, kan ikke ta ansvar for generell kirurgi og heller ikke gjøre vurderinger eller tilsyn. Resultatet er at indremedisinerne sitter igjen med problemene og avgjørelsene.

* ***Spesialiteten generell kirurgi opphører, og erstattes av gastroenterologisk kirurgi.***

Av høringsinstansene var det 17 som støttet forslaget, 7 som gikk i mot forslaget, 12 som ikke kommenterte forslaget og 2 som avga kommentarer.

*Argumenter til støtte for forslaget*

Den planlagte utvidelsen av den gastroenterologiske spesialiteten til å ta inn deler av generell kirurgi for å håndtere mangfoldet i vaktkirurgien er et gjennomførbart alternativ. Dersom det er behov for å sikre vaktkirurgisk kompetanse ytterligere, kan man vurdere å gjøre generell kirurgi til en større del av andre spesialiteter som for eksempel urologi. Etterutdanning og jevnlig hospitering ved større sykehus for dem med generell kirurgisk bakvakt på mindre sykehus kan også bidra til å utvikle og opprettholde kompetansen.

*Argumenter mot forslaget*

Det er ikke tatt hensyn til utfordringen knyttet til utdanningskapasiteten for gastroenterologiske kirurger, og det er uklart hvor mange man vil komme til å trenge. Hvorvidt gastroenterologiske kirurger ønsker å arbeide ved mindre sykehus, eller om de vil trekke til større sykehus hvor de vil finne oppgaver som er mer faglig utfordrende, er også et spørsmål som trenger avklaring. Det er også problematisk å se for seg at de minste sykehusene skal ha tilstrekkelig store gastroenterologiske kirurgiske fagmiljøer til å dekke generell kirurgisk vakt.

At det er gjennomførbart å ta inn elementer fra generell kirurgi i gastroenterologisk kirurgi, løser ikke akutte problemer innen karkirurgi, urologi og bryst- og endokrinkirurgi.

Gitt en overgang til hovedspesialiteter, bør en større del av de nye hovedspesialitetene være generell kirurgi. En annen løsning kan være å opprette en kirurgisk hovedspesialitet i akutt-traume eller en lignende spesialitet som også tar opp i seg de vanligste ortopediske problemstillingene.

* ***Det innføres ny struktur i spesialistutdanningen i kirurgi: Spesialiseringen blir to-delt med en felles kirurgisk basistjeneste på to år og en hovedspesialisering på fire år.***

Av høringsinstansene var det 16 som støttet forslaget, 5 som gikk i mot forslaget, 14 som ikke kommenterte forslaget og 3 som avga kommentarer.

*Argumenter til støtte for forslaget*

Forslaget om ny struktur i spesialistutdanningen i kirurgi innebærer et ekstra år innen hovedspesialiteten. Det vil bety mye for evnen til å operere selvstendig og bidra til bedre kvalitet. Omleggingen av spesialistutdanningen kan også bidra til at det blir lettere å rekruttere nye spesialistkandidater, siden de slipper flere år med nattevakter og øyeblikkelig hjelp-operasjoner i fagfelt de senere ikke skal arbeide i.

Det er viktig at legene i spesialisering får erfaring fra alle kirurgiske spesialiteter under basistjenesten. En grunn er at det er viktig med tanke på å tilegne seg kompetanse til å håndtere akutte problemer innen de forskjellige fagene. En annen grunn er at det er et viktig tiltak for å sikre rekruttering til alle kirurgiske hovedspesialiteter.

*Argumenter mot forslaget*

Det foreliggende forslaget er ikke godt nok med tanke på kompetanse innen generell kirurgi og vaktarbeid. Basistjenesten bør utvides med et år.

Det er også utilfredsstillende at forskningens plass i utdanningsløpet ikke er definert.

**Indremedisinske fag**

For indremedisinske fag ble høringsinstansene bedt om å ta stilling til to anbefalinger.

* ***Det iverksettes et videre arbeid med å utrede om en overgang fra grenspesialiteter til hovedspesialiteter kan være formålstjenlig innenfor det indremedisinske fagfeltet.***

Av høringsinstansene var det 15 som støttet forslaget, 7 som gikk i mot forslaget, 15 som ikke kommenterte forslaget og 1 som avga kommentarer. Innen indremedisinske fag har 3 fagmedisinske foreninger og 1 spesialitetskomité avgitt høringssvar. 2 av disse høringsinstansene støtter forslaget, mens 2 går mot forslaget.

*Generelle kommentarer*

En eventuell overgang til hovedspesialiteter må sikre et felles indremedisinsk kunnskapsgrunnlag. En overgang til hovedspesialiteter må ikke føre til at det blir for sterkt fokus på spissing av fagene. Begrunnelsen er at indremedisin er et akuttfag hvor øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjør rundt 90 prosent av alle innleggelser på medisinske sengeposter. Pasientene kommer til sykehuset uten merkelapp og uten avklart organdiagnose. Et indremedisinsk vaktfelleskap og et bredt felles kunnskapsgrunnlag er viktige funksjoner for å gi god pasientbehandling.

Det bør opprettes en spesialitet i generell indremedisin uavhengig av om man går over til hovedspesialiteter. Det blir understreket at både mindre og større sykehus kan dra nytte av en slik kompetanse ettersom det ofte er vanskelig å få noen til å ta helhetlig ansvar for pasienter med sammensatte lidelser eller stor komorbiditet.

*Argumenter til støtte for forslaget om utredning av en mulig overgang til hovedspesialiteter*

Kardiologi bør ikke gå ut av det faglige fellesskapet i generell indremedisin uten en bredere utredning. Kardiologi er et av de største indremedisinske fagene, og konsekvenser av at de alene blir hovedspesialitet er uavklarte. Det er også uavklart hva det vil bety for vaktfelleskapet i indremedisin, for generell kardiologisk kompetanse hos den generelle indremedisiner som ikke er kardiolog og for pasientene.

*Argumenter mot forslaget fordi man ønsker å beholde grenspesialitetene*

Indremedisinske grener er den beste måten å ivareta generell indremedisinsk kompetanse på. Det indremedisinske pasientgrunnlag er i stor og økende grad eldre og multimorbide pasienter. Disse blir best møtt med generell indremedisinsk kompetanse.

Ordningen med grenspesialiteter gagner pasientene i det den bidrar til bedre og mer sammenhengende behandling enn hva som er tilfellet med hovedspesialiteter. Indremedisinske pasienter har sykdommer som manifesterer seg i ulike organsystemer, som behandles av ulike grenspesialister, men som kan ha samme årsak.

En overgang til hovedspesialiteter kan føre til en uønsket holdningsendring til å håndtere generelle og sammensatte problemstillinger: Økt organfokus på bekostning av generalistkompetanse og breddetenkning. En slik utvikling vil ikke være hensiktsmessig for pasientene. Det vil bidra til å gjøre helsevesenet ineffektivt og dyrere på grunn av at pasienten må henvises flere ganger i løpet av et utrednings- og behandlingsforløp.

*Argumenter mot forslaget om utredning fordi man ønsker en snarlig overgang til hovedspesialitet for kardiologi*

Kardiologi er det største indremedisinske faget. Det har vært en sterk faglig og teknologisk utvikling siden den forrige norske endringen av spesialitetsstrukturen i kardiologi i 1975. Den nåværende spesialitetsstrukturen tar ikke høyde for denne utviklingen. Kombinert med et økende mangfold av personer med kronisk hjertesykdom bidrar disse utviklingstrekkene til at det kreves vesentlig mer av den enkelte kardiolog. I dag er det veletablerte subspesialiteter innen intervensjonskardiologi, rytmefeil og hjerteavbildning. På sikt bør disse subspesialitetene utvikles til formelle grenspesialiteter innen spesialiteten kardiologi.

Pasienter med hjertesykdom utgjør en betydelig andel av pasientene som til enhver tid er innlagt på sykehus. Økt spesialisering i kardiologi kan bidra til bedre faglige beslutninger for dagens pasienter med hjertesykdom.

En overgang til hovedspesialitet for kardiologi vil gjøre at fagområdet lettere vil kunne identifiseres med den rådende internasjonale spesialitetsstrukturen. Fra 2014 vil Norge være det eneste landet i Norden/EØS-området som definerer kardiologi som en grenspesialitet i indremedisin. Fordelene med harmonisering med det internasjonale fagmiljøet vil være økt mulighet for faglig oppdatering og til å dra nytte av internasjonale utdanningsprogrammer for leger i spesialisering.

* ***Det innføres ny struktur i spesialistutdanningene i indremedisin: Spesialiseringen starter med en felles indremedisinsk basistjeneste på tre år, fulgt av tre års tjeneste innenfor grenspesialiteten og et halvt års valgfri tjeneste innenfor godkjente områder (f. eks. forskning eller relevante spesialiteter)***

Av høringsinstansene var det 12 som støttet forslaget, 3 som gikk i mot forslaget, 22 som ikke kommenterte forslaget og 1 som avga kommentarer.

Høringsinstansene har ikke begrunnet sine standpunkter til støtte for eller mot forslaget.

*Generelle kommentarer*

Tellende tjeneste til forskning utgjør bare et halvt år i foreliggende forslag.

**Etablering av nye kompetanseområder**

Høringsinstansene ble bedt om å vurdere anbefalingen om at det skulle arbeides videre med etablering av kompetanseområder i mottaksmedisin, traumekirurgi og smertemedisin.

* ***Mottaksmedisin***

Av høringsinstansene var det 17 som støttet forslaget, 1 som gikk i mot forslaget, 18 som ikke kommenterte forslaget og 2 som avga kommentarer.

*Argumenter til støtte for forslaget*

Behovet for breddekompetanse blir større i årene som kommer. Dette gjelder både de minste og de største sykehusene. Etablering av et eget kompetanseområde innenfor mottaksmedisin vil kunne være et viktig bidrag for å sikre god breddekompetanse.

*Argumenter mot forslaget*

Kirurgiske pasienter har best av å bli initialt undersøkt og behandlet av kirurger i mottakelsen.

* ***Traumekirurgi***

Av høringsinstansene var det 16 som støttet forslaget, 1 som gikk i mot forslaget, 19 som ikke kommenterte forslaget og 2 som avga kommentarer.

Høringsinstansene har ikke begrunnet sine standpunkter til støtte for eller mot forslaget.

* ***Smertemedisin***

Av høringsinstansene var det 16 som støttet forslaget, ingen som gikk i mot forslaget, 20 som ikke kommenterte forslaget og 2 som avga kommentarer.

*Argumenter til støtte for forslaget*

Smertemedisin har en stor pasientgruppe innen flere disipliner og omfavner pasienter med stort funksjonstap. Et kompetanseområde i smertemedisin kan hjelpe disse pasientene, og vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

**Grenspesialisering eller bare hovedspesialiteter?**

I prosjektarbeidet kom det frem at det var behov for å vurdere om ordningen med hoved- og grenspesialiteter bør bestå, eller om man burde vurdere andre modeller for faglig videreutvikling og spesialisering etter spesialistgodkjenning i en hovedspesialitet. Som eksempel på slike modeller ble fokusert etterutdanning og etablering av kompetanseområder nevnt.

I høringen ble det bedt om høringsinstansenes synspunkter på følgende problemstillinger:

* ***Bør dagens ordning med hoved- og grenspesialiteter videreføres, eller bør det etableres et system basert på hovedspesialiteter og videre kompetanseutvikling gjennom mer fleksible og individuelt tilpassede systemer for etterutdanning?***

Av høringsinstansene var det 5 som mente man burde gå over til et system med hovedspesialiteter, 14 som mente man burde beholde ordningen med grenspesialiteter, 18 som ikke kommenterte forslaget og 1 som avga kommentarer.

*Argumenter til støtte for et system basert på hovedspesialiteter og målrettet etterutdanning*

Arbeidsgiver må i større grad få ansvar for at spesialistene har den spisskompetansen det er behov for. Med dagens raske faglige utvikling, kunnskapsvekst og kompetansekrav blir det vanskelig å bygge formelle offentlige kompetanserammer rundt all kompetanse, særlig i den spisse enden av faget. Kompetanseområder kan utvikles for visse fagområder, men i tillegg bør etterutdanningen i mye større grad tas i bruk for å videreutvikle og sikre den kompetansen legene trenger til å gjøre den jobben de er satt til.

*Argumenter for å beholde et system basert på hoved- og grenspesialiteter*

At flere fag ønsker grenspesialisering, viser at tiden ikke er moden for å gå over til et system med bare hovedspesialiteter. I noen fag, som for eksempel kardiologi, er det uformelle fagområder som i antall leger er på størrelse med enkelte av dagens hovedspesialiteter. Det er sannsynlig at det er fornuftig med forskjellige systemer innen forskjellige fag.

Det er uheldig at fagmiljøer som ønsker grenspesialisering blir hindret i å utvikle seg i påvente av en avklaring på hva som skjer med spesialitetsstrukturen i indremedisinske og kirurgiske fag. Det er vanskelig å se at en grenspesialisering i for eksempel onkologisk gynekologi eller intervensjonsradiologi skal påvirke utviklingen innen kirurgi og indremedisin. Tvert imot kan en se at manglende utvikling i intervensjonsradiologi kan svekke tilbudet inne flere kirurgiske fag som gastroenterologisk kirurgi, urologi og gynekologi og onkologi, fag som benytter seg av intervensjonsradiologer. Disse fagene er avhengig av at kvaliteten og volumet til radiologene økes og vedlikeholdes.

I de kirurgiske og indremedisinske fagene hevdes det at leger i spesialisering med dagens spesialiststruktur ikke erverver nødvendig kompetanse og ferdigheter, og man vil styrke fagene ved å gå over til hovedspesialiteter. Behovet for styrket formalisert kompetanseutbygging er også til stede innenfor andre fagområder enn kirurgi og indremedisin.

Ordningen med grenspesialiseringen bør ikke avskaffes før man har utredet et fullgodt alternativ som sikrer strukturert utdanning med en viss formalisering innen store og komplekse fagområder.

* ***Forskningens plass og omfang i spesialistutdanningen ved en eventuell overgang til et system basert på hovedspesialiteter***

Når det gjelder forskningens plass ved en overgang til et system basert på hovedspesialiteter, er det ulike syn blant høringsinstansene.

*Argumentasjon som støtter at forskning kan erstatte klinisk tjeneste*

Dokumentert forskningskompetanse burde kunne erstatte en del krav til prosedyrer og klinisk tjeneste slik at forskning kan utgjøre minst seks måneder av basistjenesten og seks måneder av hovedspesialiseringen. Videre bør det legges til rette for kombinerte spesialiserings- og forskerutdanningsløp.

*Argumenter mot at forskning kan erstatte klinisk tjeneste*

Det er ingen grunner til at en overgang fra en ordning med grenspesialiteter til utelukkende hovedspesialiteter skal influere forskningens plass i spesialistutdanningen. Hovedhensikten med en overgang til hovedspesialiteter må være å styrke hovedfaget. En eventuell økning i tid til forskning i kirurgiske og indremedisinske fag må ikke gå på bekostning av klinisk kompetanse og tekniske ferdigheter, men isteden føre til at den totale utdanningstiden forlenges.

*Generelle tilbakemeldinger*

Det er viktige utfordringer knyttet til hvordan man sikrer at leger etter endt spesialistutdanning evner å evaluere og implementere forskningsbasert kunnskap. Forskning skal være en sentral del av spesialiseringen og spesialistenes virke.

Som ledd i spesialistutdanningen bør det gjennomføres en studie og skrives en vitenskapelig oppgave. Dette gjennomføres nå i grunnutdanningen ved flere av de norske medisinske fakultetene. For noen vil det være naturlig at oppgaven videreføres til en artikkel i et internasjonalt tidsskrift, men det bør ikke være et krav.

Det bør etableres et forskningskurs for leger i spesialisering hvor man får trening i å identifisere problemstillinger, utføre litteratursøk, formulere hypoteser, planlegge forsøk for å teste hypoteser og trening i å analysere og presentere data.

**Grenspesialisering i andre fag?**

Høringsinstansene ble bedt om å komme med synspunkter på forslagene om etablering av grenspesialiteter i intervensjonsradiologi, gynekologisk onkologi, rettspatologi og alderspsykiatri.

* ***Intervensjonsradiologi***

*Argumenter til støtte for forslaget*

Røntgenavdelingene på alle de store sykehusene er seksjonert, og overlegene er tilordnet en seksjon, for eksempel innen nevroradiologi eller pediatrisk radiologi. Gjennom seksjonering har man en praksis med uformell subspesialisering.

Andelen eldre mennesker i befolkningen vil øke. Sykdomstilstander som arteriosklerose, diabetes, overvekt, kreft og nyresvikt vil bli vanligere. Det vil føre til at flere pasienter vil være kirurgisk inoperable og at intervensjonsradiologiske prosedyrer kan være eneste mulighet. Det er samtidig et økende krav til raske og presise inngrep. Intervensjonsradiologi vil være godt rustet til å møte denne utviklingen som grenspesialitet.

Å gjøre intervensjonsradiologi til et eget fag vil være i tråd med trender innen internasjonale fagmiljøer. Utviklingen internasjonalt går mot økt spesialisering, men også økt samarbeid mellom de forskjellige spesialitetene.

En spesialistgodkjenning av intervensjonsradiologi vil styrke rekrutteringen til radiologi, et fag som i dag sliter med bemanningen ved flere sykehus.

I dag drives intervensjonsvirksomheten på barn med hjertefeil som et samarbeid mellom radiologer og barnekardiologer. Den medisinske utviklingen på dette området er i rask utvikling og er høyt spesialisert. Ved en eventuell omgjøring av grenspesialiteter innen kirurgi og indremedisin, og ikke samtidig grenspesialisering i intervensjonsradiologi, vil thoraxkirurgi og eventuelt voksenkardiologi kunne få dominere intervensjonsbehandling av barn. Dette vil skje på bekostning av barnekardiologer som i utgangspunktet har størst kompetanse på hjertelidelser hos barn.

*Argumenter mot forslaget*

I fremtiden må man forvente at hovedspesialitetene selv dekker aktuelle intervensjoner i sin utdanning og praksis.

Overgang til en spesialitetsstruktur basert på hovedspesialiteter støttes. En slik prinsipiell endring vil utelukke grenspesialisering i intervensjonsradiologi.

* ***Gynekologisk onkologi***

*Argumenter til støtte for forslaget*

Det må være et hovedmål å sikre at det innen spesialiteter hvor det i dag er etablert spisskompetanse, og som behandler store og komplekse pasientgrupper, skal være en strukturert utdanning som fremmer likeverdig behandling uansett bosted. Formelle krav vil kunne bidra til at arbeidsgiver må tilrettelegge for nødvendig opplæring, samt sikre finansieringen av denne.

Gynekologisk kreft er et fagområde hvor generelle spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer ikke har de nødvendige kvalifikasjoner. Pasienter med underlivskreft behandles i dag av generelle spesialister med ulik videre-/etterutdanning innen kirurgisk og medikamentell behandling av cancer. Dette strider mot prinsippet om likeverdig behandling.

*Argumenter mot forslaget*Overgang til en spesialitetsstruktur basert på hovedspesialiteter støttes. En slik prinsipiell endring vil utelukke grenspesialisering i gynekologisk onkologi.

* ***Rettspatologi***

Høringsinstansene har ikke begrunnet sine standpunkter til støtte for forslaget.

*Argumenter mot forslaget*

Overgang til en spesialitetsstruktur basert på hovedspesialiteter støttes. En slik prinsipiell endring vil utelukke grenspesialisering i rettspatologi.

* ***Alderspsykiatri***

*Argumenter til støtte for forslaget*

Psykiatri er den tredje store sykehusspesialiteten. Den kommet til å bli viktigere i årene fremover. Forskning, brukersamarbeid og den offentlige interesse for psykiatri har ført til at kunnskapsomfanget har hatt en sterk vekst. Et av de nye sentrene for fremragende forskning det siste året er opprettet i psykiatri, og dette er det eneste som er etablert med klinisk, praksisnært grunnlag.

Psykiatri har altså både det behov, den forskningsbaserte kunnskap og det offentlige engasjement for utvikling som tilsier at det bør gis anledning til grenspesialisering i psykiatri.

Alderspsykiatri ble i 2004 definert som et fordypningsområde i psykiatri. Dette ble oppfattet som et første skritt på veien mot det viktige framtidige mål, etablering av en grenspesialitet i alderspsykiatri, og er tatt inn i Plandokument for norsk alderspsykiatri 2010-2020.

*Argumenter mot forslaget*

Overgang til en spesialitetsstruktur basert på hovedspesialiteter støttes. En slik prinsipiell endring vil utelukke grenspesialisering i alderspsykiatri.

* ***Andre grenspesialiteter***

*Nyfødtmedisin*

Det har kommet inn forslag om at Legeforeningens videre utredning av spesialitetsstruktur må sikre rammer for formaliserte nasjonale kompetansekrav i fag der dette er nødvendig, for eksempel nyfødtmedisin. Nyfødtmedisin er komplekst og stiller store krav til spesialisert kompetanse innen diagnostikk og behandling av små pasientgrupper. Ved alle de store sykehusene er avdelingen seksjonert mellom leger som behandler nyfødte og større barn. Dette er en naturlig konsekvens av kunnskapsvekst og behov for spissing av kompetanse samt økte krav til kvalitet på tjenestene.

Det er også et økende krav til spesialiserte vaktordninger for nyfødtavdelinger som driver intensivbehandling. Myndighetene har også fokus på kvalitetskrav i norsk nyfødtmedisin. Helse og omsorgsdepartementet har gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene i 2012 løftet fram nettopp kravene til kvalitet på intensivbehandling av nyfødte.

*Rettspsykiatri og konsultasjons-/liasionpsykiatri*

Rettspsykiatri og konsultasjons-/liasionpsykiatri er to andre fagområder som blir fremholdt som aktuelle for grenspesialisering. I rettspsykiatri er det behov for klarere faglige retningslinjer, forskning, utdanning og godkjenning av sakkyndige, samt tydeligere organisering innenfor det offentlige helsevesenet. Når det gjelder konsultasjons-/liasionpsykiatri blir det hevdet at det er et felt som i fremtiden vil bli et sentralt kunnskapsområde for alle psykiatere, men som trenger en oppbygging som en grenspesialitet kan gi.

**Andre tilbakemeldinger**

Høringsinstansene ble gitt anledning til å gi synspunkter på spesialitetsstruktur på fritt grunnlag.

Norsk forening for allmennmedisin mener at utredningsarbeidet om spesialitetsstruktur ikke tar hensyn til utviklingen i dagens aldrende befolkning med stadig mer multimorbiditet og kroniske lidelser. I primærhelsetjenesten oppleves manglende breddekompetanse i spesialisthelsetjenesten som et større problem enn manglende spisskompetanse. Ved store, sentrale og høyspesialiserte sykehus oppleves mangel på breddekompetanse i front, eksemplifisert i den aktuelle debatten om akuttmottak. Spesialisthelsetjenestens evne til å utrede den økende andelen av multisyke pasienter med akutte, uavklarte problemstillinger er bekymrende.

Allmennlegeforeningen peker på at endringer i spesialitetsstruktur må sammenholdes med Legeforeningens tanker om nasjonal sykehusplan. Utdanning av sykehusspesialister henger sammen med vår sykehusstruktur. Alle sykehus bør ha robuste fagmiljøer og delta i spesialistutdanning, og spesialistene må utdannes i forhold til de reelle behovene i og utenfor sykehusene.

Oslo legeforening mener utredningsarbeidet om spesialitetsstruktur har manglende søkelys på at sykehjemslegene ikke er inkludert i legenes spesialistutdanning. Det bes om at Legeforeningen vurderer om sykehjemslegene kan delta i spesialistutdanningen, slik at man kvalitetssikrer legetjenestene til den komplekse og skjøre pasientgruppen i sykehjem.

Yngre legers forening mener at arbeidet med spesialitetsstruktur tydelig har vist det store behovet for å rydde opp i spesialistutdanningen. Selv om dette ikke var hensikten med utredningen, fremholdes det at det er åpenbart at spesialistutdanningen må revideres.

**Sentralstyrets vurdering**

Begrepet spesialitetsstruktur omhandler de rammene spesialitetene skal eksistere og utvikle seg innenfor. I den etablerte spesialitetsstruktur må det være rom for kontinuerlig fagutvikling.

Det er av betydning at de faktorene en velger å la påvirke spesialitetsstrukturen er bestandige over tid og tar opp i seg langsiktige trender. Aktuelle faktorer å ta hensyn til er den faglige utviklingen, teknologisk utvikling, befolkningsstruktur, epidemiologi, norsk sykehusstruktur, spesialiseringsforhold og spesialitetsstruktur i land det er naturlig å sammenligne seg med. Økt arbeidsmigrasjon har bidratt til et økt behov for harmonisering av spesialitetsstruktur på tvers av landegrenser.

Sentralstyret er tilfreds med at det er bred enighet om at utdanningsløpene i spesialistutdanningen bør bli mer strukturerte. Mange leger i spesialisering må vente på å få gjennomført nødvendig tjeneste eller utført det nødvendige antall prosedyrer. Uavhengig av hvilken spesialitetsstruktur man velger, vil en bedret organisering og helhetlige strukturerte utdanningsløp være et stort og viktig steg i retning av en bedre spesialistutdanning.

***Kirurgiske fag***

Sentralstyret anbefaler at grenspesialitetene barnekirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi og urologi omgjøres til hovedspesialiteter. Det støttes også at gastroenterologisk kirurgi tar inn elementer fra generell kirurgi og blir vaktbærende spesialitet for bløtdelskirurgi.

En overgang til hovedspesialiteter og omdefinering av gastroenterologisk kirurgi forutsetter en grundig utredning av spesialistutdanningens innhold i de kirurgiske spesialitetene, samt en utredning av konsekvensene for spesialiteten gastroenterologisk kirurgi. Flere høringsinstanser uttrykker bekymring over at den generelle utdanningen i kirurgi er redusert til to år. Det må tas på alvor.

I en utredning om innholdet i spesialistutdanningen må man også konkretisere hvordan etterutdanning kan benyttes for å sikre kompetanseutvikling. Videre må spesialitetsstruktur- og innhold ses i sammenheng med sykehusstruktur. Sentralstyret mener at en slik utredning må settes i gang snarlig.

***Indremedisinske fag***

Flertallet i sentralstyret mener at det må arbeides videre med å søke konsensus i de indremedisinske fagmiljøene om fremtidig spesialitetsstruktur. På samme måte som i kirurgiske fag, vil en eventuell overgang til hovedspesialitet først være mulig å gjennomføre etter at man har utredet innholdet i spesialistutdanningen i indremedisin og konsekvensene en endring vil ha for breddekompetanse og vaktberedskap.

Ett av sentralstyrets medlemmer mener at hjertesykdommer bør utskilles som egen hovedspesialitet med et strukturert hovedspesialiseringsløp tilsvarende det som er foreslått for de kirurgiske fag, mens de øvrige indremedisinske spesialiteter opprettholder dagens spesialitetsstruktur. Dette begrunnes med medisinskfaglig utvikling og ikke minst en betydelig teknologisk utvikling innen faget hjertesykdommer som nødvendiggjør prosedyreopplæring i yngre alder enn i dag. Omgjøring av hjertesykdommer til hovedspesialitet samsvarer med nordisk og internasjonal spesialitetsstruktur.

***Kompetanseområder***

Sentralstyret anbefaler at det arbeides videre med utredning av kompetanseområder innen mottaksmedisin, traumekirurgi og smertemedisin.

***Forskningens plass i spesialistutdanningen***

Sentralstyret mener at forskningens plass i spesialistutdanningen bør ivaretas på dagens nivå og, i samsvar med tidligere landsstyrevedtak, at inntil 20 prosent forskning som del av en 100 prosent stilling for lege i spesialisering skal kunne godkjennes i spesialistutdanningen. I spesialiteter hvor det er mulig og formålstjenlig, bør det gis mulighet for at forskningen får større plass.

***Hoved- og grenspesialiteter eller bare hovedspesialiteter?***

Høringsinstansene har ikke et omforent syn på om ordningen med grenspesialiteter bør videreføres eller ikke.

Sentralstyret vil påpeke at fagfeltene befinner seg på ulike utviklingsnivåer når det gjelder spesialitetsstruktur. I 1975 og 1977 fant man det hensiktsmessig å etablere grenspesialiteter i henholdsvis indremedisinske og kirurgiske fag. Flere fagfelt mener nå å ha fått en faglig kompleksitet og et slikt omfang at man ser behov for en tilsvarende utvikling.

Sentralstyret mener det er formålstjenlig å bruke grenspesialiteter i noen fag som et virkemiddel også i en fremtidig modell for spesialitetsstruktur. Det foreligger både konkrete forslag til utredning og flere forslag til grenspesialiteter som kan bli aktuelle i fremtiden. Man får da en spesialitetsstruktur hvor kirurgiske fag går over til hovedspesialiteter og en tilsvarende utvikling er aktualisert i indremedisinske fag, mens andre fag får mulighet til å etablere grenspesialiteter. Denne løsningen samsvarer med ordningen man har gått inn for i Sverige.

Sentralstyret anbefaler at det fastsettes kriterier som skal legges til grunn ved vurdering av forslag om nye grenspesialiteter. Aktuelle kriterier kan for eksempel være fagfeltets karakter, utbredelse, pasientvolum og behov for spesialister.

Sentralstyret mener at forslagene om grenspesialisering i intervensjonsradiologi og gynekologisk onkologi må utformes mer detaljert før de kan realitetsbehandles i landsstyret. I forkant av en eventuell landsstyrebehandling må forslagene på bred organisasjonsmessig høring.

Forslagene om grenspesialisering i rettspatologi og alderspsykiatri må konkretiseres og utdypes av forslagsstiller før en tar standpunkt til videre utredning.

**Sentralstyret anbefaler landsstyret å fatte følgende vedtak:**

Legeforeningen vil arbeide for at grenspesialitetene barnekirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi og urologi omgjøres til hovedspesialiteter. Gastroenterologisk kirurgi bør ta inn elementer fra generell kirurgi og bli vaktbærende spesialitet for bløtdelskirurgi. Sentralstyret gis i oppdrag å utforme forslag til innhold i de kirurgiske spesialitetene i samarbeid med fagmiljøene.

Det arbeides videre med å søke konsensus i de indremedisinske fagmiljøene om fremtidig spesialitetsstruktur. Sentralstyret gis i oppdrag å avklare hvilke konsekvenser en overgang til hovedspesialiteter vil ha for breddekompetanse, vaktberedskap og innbyrdes relasjon mellom spesialitetene.

Landsstyret støtter videre utredning av kompetanseområder innen mottaksmedisin, traumekirurgi og smertemedisin. Et eventuelt forslag om opprettelse, med beskrivelse av innhold og struktur, fremlegges for et senere landsstyre.

Sentralstyret gis i oppdrag å utarbeide kriterier for opprettelse av nye grenspesialiteter. Forslag til kriteriene sendes ut på bred organisasjonsmessig høring og fremlegges for et senere landsstyre.

Landsstyret støtter videre utredning av grenspesialiteter i intervensjonsradiologi og gynekologisk onkologi. Et eventuelt forslag om opprettelse, med beskrivelse av innhold og struktur, fremlegges for et senere landsstyre.

Legeforeningen vil arbeide for at forskningens plass i spesialistutdanningen ivaretas på dagens nivå og, i samsvar med tidligere landsstyrevedtak, at inntil 20 prosent forskning som del av en 100 prosent stilling for lege i spesialisering skal kunne godkjennes i spesialistutdanningen. I spesialiteter hvor det er mulig og formålstjenlig, bør det gis mulighet for at forskningen får større plass.

Legeforeningen vil arbeide for en mer strukturert spesialistutdanning i fast tilsetning.

Den norske legeforeningens sentralstyre

Etter fullmakt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Geir Riise |  | Bjarne Riis Strøm |
| Generalsekretær |  | Fagdirektør |

Saksbehandler: Ole-Anders Stensen