



Den norske legeforening
Medisinsk fagavdeling

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 15.06.08

HØRING OM "Utredning om spesialistutdanningen av leger" Fra Norsk kirurgisk forening.

Sammenfatning

- Alle kirurgiske grenspesialiteter gjøres om til hovedspesialiteter.
- Generell kirurgi opphører som hovedspesialitet
- Utdanningen av kirurger baserer seg på en 3-årig kjerneutdannelse fulgt opp av 3 år i den hovedspesialitet man har valgt. Samlet utdanningstid blir da minimum 6 år
- Kirurgisk vaktkompetanse deles i ortopedi og bløtkirurgi
- Bløtkirurgisk vaktkompetanse må bygge på en av de kirurgiske spesialiteter med 3-årig kjerneutdannelse, men innebærer en individuell vurdering av kompetanse bygget på utdanning, kurs (spesielt traumatologi) og arbeidserfaring
- Operasjonslisten for 3 årig kjerneutdannelse og 3 årig hovedspesialitet må være så omfattende at den ferdige spesialisten er kompetent til å gå bakvakt i sin hovedspesialitet
- Gastrokirurger, urologer, kar-/thorax- kirurger og barnekirurger forventes å inneha en slik bakvaktkompetanse, mens andre kirurger valgfritt kan supplere sin utdanning for å oppnå vaktkompetanse
- Endokrinkirurger som innehar vaktkompetansen, kan delta i vaktteamet, men det forventes at endokrinkirurger i stor grad vil bli "elektive" kirurger
- Akuttkirurgi samles i færre sykehus der det etableres separate bakvaktlinjer med hovedspesialister med vaktkompetanse i bløtkirurgi, ortopedi, samt gynekologi hvis det bedrives fødselshjelp. Det bør tilstrebes minimum fem overleger i hvert team for å ha en rimelig vaktordning og et solid bærekraftig fagmiljø.
- Overgangsordninger for de som er generelle kirurger etter nåværende system etableres
- Denne reformen krever at det i nærmeste framtid settes ned et bredt sammensatt utvalg som arbeider fram konkrete utdanningsopplegg for basisdelen av kirurgiutdannelsen inkl operasjonslister, kurskrav og øvrige krav. Også innholdet i hovedspesialiteten må revurderes i forhold til disse nye forutsetningene
- Samtidig med konkretisering av nye krav i utdanningen må man gjennomgå generelle implikasjoner av reformen og komme med løsningsforslag, blant annet om transplantasjonskirurgi skal bli hovedspesialitet på lik linje med flere steder i Europa, forholdet til konvertering av utenlandske spesialister generelt og fordeling av utdanningsstillinger

Merknad [HK1]: VIKTIG
FOR Nof

Innledning

Vi ønsker å uttrykke vår beundring for det meget solide arbeidet som er gjort av de som har stått for denne utredningen. Den belyser på en meget god måte status i utdanningen i det kirurgiske fagfeltet som er den delen av utdanningen vi har konsentrert oss om å vurdere. Videre gir den i oversiktlige tabeller en god oversikt over tilgang og avgang av spesialister i årene fremover og kalkulerer under gitte premisser hvordan spesialistdekningen vil bli frem mot 2017.

Svakheten ved utredningen er at den ikke berører og problematiserer den omstrukturering av kirurgien som nå er i gang i Helse Sør Øst, og som man vel må forvente vil komme i resten av landet etter hvert. En slik omorganisering kan få store konsekvenser for kirurgutdannelsen og burde ha vært nevnt i utredningen.

Fra grenspesialitet til hovedspesialitet

Det har skjedd store endringer faglig og organisatorisk i norsk kirurgi de siste ti år. Faget er blitt betydelig mer spesialisert og ortopedi er hovedspesialitet uten krav til generell kirurgi. Inngrep som tidligere var å regne for "generell" kirurgi, er i dag høyspesialiserte i form av krav til spesialistens kompetanse, men også i grad av teknisk utstyr som kreves. I tråd med sentralisering av store deler av kreftkirurgien, har muligheten for å få bred generell kirurgisk kunnskap blitt redusert.

Den "gamle, generelle kirurg" har stort sett forsvunnet. Antallet nye spesialister i generell kirurgi (uten grenspesialitet) er raskt synkende og utgjør kun et fåtall. Utvalget påpeker da også i rapporten at dagens spesialitet i generell kirurgi er passé.

Rapporten foreslår imidlertid å bevare generell kirurgi gjennom å endre denne for å ivareta vaktkompetanse på mindre sykehus. Dette mener vi er feil vei å gå.

For grenspesialister oppleves det som ressursløsing at man skal gjennom en lang generell kirurgisk utdanning før man kan ta fatt på grenspesialiteten da denne tiden heller kunne ha vært brukt til å sikre en god skoleing i eget speciale. Det er også etiske betenkeligheter med å drive opplæring av kirurger i prosedyrer som de senere aldri skal utføre. Vi er derfor sterkt for at kirurgutdannelsen omgjøres slik at alle grenspesialiteter endres til hovedspesialitet hvor utdannelsen består av tre års kjerneutdanning ("core education" i europeisk sammenheng) med undervisning i generelle tekniske ferdigheter og patofysiologi og som samtidig sikrer vaktkompetanse. De første tre år skal vektlegge generelle kirurgiske ferdigheter, akutt og vaktkirurgi og bør ha et definert innhold over kurs, prosedyrer/operasjonsliste og avdelingsrotasjon. Deretter kommer tre års utdanning i valgt spesialitet. Samlet utdanningstid blir da minimum seks år. Dette er på linje med det flere andre grenspesialiteter, som for eksempel urologi har ønsket, og på linje med den løsning som nå innføres i flere og flere EU-land, konf. utredningen.

Vi må også skille spesialistgodkjenning fra krav om real-kompetanse. Det er stor forskjell på norske sykehus og krav til vaktkompetanse må vurderes individuelt hvert sted. Der hvor kompetansen strekker seg over flere spesialiteter, må sykehuset sørge for utdanning av sine leger slik at de innehar realkompetanse.

Akuttkirurgiske problemstillinger

For å ivareta kravet til faglig kvalitet og tempo i utdanningen av spesialister, ønsker NKF at generell kirurgi utgår som egen spesialitet.

Hovedargumentet mot en løsning med hovedspesialiteter i Norge, er at det da ikke vil være mulig å opprettholde akuttkirurgisk vaktberedskap på de mindre sykehusene. Utredningen problematiserer da også dette kraftig på sidene 94-96 og konkluderer med at dette må løses ved at generell kirurgi må opprettholdes som en hovedspesialitet. Samtidig sier den at "Prosjektgruppens oppfatning er at med de strukturendringer og den funksjonsfordeling som har skjedd innen norsk spesialisthelsetjeneste siden Staten overtok sykehusene, har revet bort grunnlaget for å utdanne spesialister i generell kirurgi etter tradisjonelt mønster." De mener derfor at kravene til generell kirurgi må endres vesentlig med vektlegging av de akuttkirurgiske bløtdelsinngrepene, men ønsker å opprettholde tidskravene til tjenesten. De slår også fast at spesialister i hovedspesialiteten ortopedi ikke kan dekke den bløtdelskirurgiske del av akuttberedskapen. Det er vi enig i, om ikke ortopedene har kompetanse som generell kirurg etter gamle regler, eller gjennomgått tilsvarende i ny modell. Hvordan bløtdelskirurger, som går alene vakt i mindre lokalsykehus, da skulle kunne håndtere de ortopediske skadene som utgjør nær halvparten av all akuttkirurgi, har de ikke noe klart svar på, men indikerer at kirurger alene om vakt "må kunne ta hånd om enklere ortopediske prosedyrer, herunder stabilisere frakturer til ortoped blir tilgjengelig". Etter vårt skjønn viser dette at man har lett etter kompromiss som kan tilfredsstillende den politiske Soria Moria erklæringens krav om at ingen norske sykehus skal nedlegges. Et kompromiss vi ikke ser har noe faglig begrunnelse og som lett kan føre til alvorlige negative konsekvenser for pasientene.

Merknad [HK2]: ET MEGET FINT AVSNITT!

Pr i dag er de mindre sykehusene avhengig av at samtlige grenspesialister bidrar i vaktarbeidet, og det er usikkert om det vil endre seg dramatisk på lang sikt. (avhengig av strukturforandringer). Inntil videre må det satses på grenspesialister (gastro/uro/kar) perifert, med mer trening og utdanning i nødkirurgi/traumatologi (BEST, ATLS, hemostasekirurgi etc), samtidig som en øker tilgjengeligheten for ambulansetjenestene for rask overflytting til større sentra der dette er påkrevd. Terskelen for hva som overflyttes etter initial stabilisering, bør de også senkes.

Rapporten har i store linjer ivaretatt de hensyn som er nødvendig for ortopedien, men noen presiseringer er viktige:

Landsstyremøtet har vedtatt at ortopediutdanningen er 6 år og at det er valgfritt 1 år annen tjeneste. Innstillingen er oversendt Helsedepartementet. Dette vil for fremtiden definitivt bety flg.:

- et sykehus med akuttkirurgi som minimum, må ha både ortoped og bløtdelskirurg i vakt.
- bakvakt i ortopedi går i bakvakt bak LIS i ortopedi, og IKKE bak LIS i kirurgi som det foreslås på side 95 i utredningsrapporten om spesialistutdanningen.
- Ortopedene ønsker seg primært ortopedi på sykehus som har de nødvendige ressurser til å kalle seg akuttkirurgiske sykehus med doble vaktteam. Så lenge det forefinnes sykehus uten dette, ønsker ortopedene å sikre seg at ortopeder som har behov for å gå i generell kirurgiske vakter - kan gjøre det (i samsvar med s. 96 i rapporten) såfremt de innehar nødvendig realkompetanse.

Behov for strukturendring

Helse Sør-Øst har i "Hovedstadsprosessen" laget en gjennomgripende strukturendring av norske sykehus med en inndeling i 3 sykehusnivåer: Lokalsykehus, områdesykehus og regionssykehus. Norsk Kirurgisk forening (NKF) har i sin høringsuttalelse til Legeforeningen datert 07.04.08 støttet at akuttkirurgien samles i sykehus med et nedslagsfelt på 200- 450 000 mennesker (noen unntak i deler av landet med ekstremvær og lange avstander, men det er kun få steder).

Hvis man får en slik tredelt sykehusnivåinndeling vil en ressursmessig kunne forsvare å ha to vaktteam, et for bløtdel og et for ortopedi med minst fem spesialister i hvert, ved at det også vil være tilstrekkelig arbeid for dem på dagtid pga sykehusets størrelse.

Dette forslaget til løsning har en rekke fordeler:

- *Det vil først og fremst sikre at befolkningen møter spesialister med høy kompetanse også i akuttsituasjonen.*
- *Det reduserer behovet for spesialister i heldøgnsberedskap betydelig og gir dermed kostnadsreduksjon. Det vil gjelde flere spesialiteter enn kirurgi for eksempel også anestesi og flere kategorier helsepersonell, som for eksempel operasjons-, anestesi, og intensivsykepleiere.*
- *Det vil redusere utdanningstiden for de spesialiteter som ikke skal inngå i vaktarbeid.*
- *Det vil øke tilgjengeligheten på dagtid for de spesialitetene som ikke inngår i vaktarbeid, både fordi de blir tidligere ferdig som spesialister og fordi de ikke behøver avspasering som kompensasjon for arbeid i vakttid.*
- *Det vil sannsynligvis heve kvaliteten også for det planlagte arbeidet på dagtid, siden man tidligere kan fokusere på å skaffe seg ferdighet og kunnskap innen et mer begrenset felt i forhold til det brede feltet man må dekke for å være tilfredsstillende oppdatert i generell kirurgi.*

Det er en bred enighet i NKF's styre om innholdet i dette notatet med et unntak. Norsk karkirurgisk forening (NKKF), som eneste fagmedisinske forening i NKF, opplyser at de ikke er beredt til å skrive under dette nå, fordi de føler de trenger å forankre sine holdninger i en bredere prosess blant medlemmene. De vil komme tilbake med en egen uttalelse etter dette. Styret i NKF har hatt forståelse for dette synspunktet.

Med hilsen
Styret i Norsk kirurgisk forening

Tom Glomsaker, MHA
Seksjonsoverlege
Leder av Norsk Kirurgisk Forening
sign.

Rolf Kåresen Professor Dr med
Overlege
Leder av Norsk forening for Bryst- og
endokrinkirurgi
sign.

Hans Skari Dr med
Lege
Leder av Norsk barnekirurgisk forening
sign.

Morten Tandberg Eriksen Phd
Overlege
Leder av Norsk forening for
gastroenterologisk kirurgi
sign.

Slettet: bak

Slettet: Åpenbart har det vært ulike prosesser i de forskjellige fagmedisinske foreningene.

Slettet: bedt om ikke skrive under dette

Slettet: .

Slettet: Hans Skari Dr med
Lege
Leder av Norsk barnekirurgisk forening
sign.

Jon-Helge Angelsen
Lege
Norsk kirurgisk forening/Leger i
utdannelse
[sign.](#)

Bård Røsok Dr. Med
Lege
Norsk kirurgisk forening/generell kirurgi
[sign.](#)

Rolf Høgetveit Hagen
Avdelingssjef
Leder Norsk urologisk forening
[sign.](#)

Tomm Brostrup Müller Dr med
Overlege
Leder Norsk nevrokirurgisk forening
[sign.](#)

[Hebe Desiree Kvernmo Dr med MHA](#)
[Klinikkssjef](#)
[Leder Norsk ortopedisk forening](#)
[sign.](#)

[Bjørn M. Hokland Dr med](#)
[Overlege](#)
[Leder Norsk plastikkirurgisk forening](#)
[sign.](#)

[Hebe Desiree Kvernmo Dr med MHA](#)
[Klinikkssjef](#)
[Leder Norsk ortopedisk forening](#)
[sign.](#)

[Bjørn M. Hokland Dr med](#)
[Overlege](#)
[Leder Norsk plastikkirurgisk forening](#)
[sign.](#)

[Rune Haaverstad Professor Dr med](#)
[Seksjonsoverlege](#)
[Leder Norsk thoraxkirurgisk forening](#)
[sign.](#)

Slettet: ¶

Slettet: Hebe Desiree Kvernmo
Dr med MHA¶
Klinikkssjef¶
Leder Norsk ortopedisk forening¶
¶
¶
Bjørn M. Hokland Dr med¶
Overlege¶
Leder Norsk plastikkirurgisk
forening¶
¶
Rune Haaverstad Professor Dr
med¶
Seksjonsoverlege¶
Leder Norsk thoraxkirurgisk
forening

