DEN NORSKE LEGEFORENING

UTREDNING OM SPESIALITETSSTRUKTUR

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 FORORD 4

2 SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER 5

3 INNLEDNING 6

4 PROSJEKTETS MANDAT OG ORGANISERING 7
4.1 PROSJEKTETS MANDAT 7
4.2 MANDAT KIRURGISK UNDERGRUPPE 8
4.3 MANDAT INDREMEDISINSK UNDERGRUPPE 9

5 BAKGRUNN 10
5.1 KUNNSKAPSVEKST OG KVALITETSKRAV 10
5.2 PROBLEMBESKRIVELSER 11
5.2.1 HVORDAN IVARETA HELHETEN I PASIENTBEHANDLINGEN 11
5.2.2 VEIEN FREM TIL FERDIG SPESIALISTGODKJENNING 11
5.2.3 BLIR LEGENE FLINKE NOK? 14
5.2.4 SPESIALISERINGEN AV LEGER 14
5.2.5 KVALITET I AKUTTMOTTAK 14

6 UTVIKLING OG KVALITETSSIKRING AV KOMPETANSE 16
6.1 DAGENS SYSTEMER 16
6.1.1 GRUNNUTDANNING 16
6.1.2 TURNUSTJENESTE 16
6.1.3 SPESIALISERING (VIDEREUTDANNING) 16
6.1.4 GRENSPESIALISERING 17
6.1.5 ETTERUTDANNING 18
6.2 HISTORISK OVERSIKT OVER SPESIALITETSSTRUKTUR 19
6.3 GJELDENDE SPESIALITETSSTRUTUR 20
6.3.1 SPESIALITETSSTRUKTUR I NORGE 20
6.3.2 SPESIALITETSSTRUKTUR I NORDEN OG EØS-OMRÅDET 20

7 FAKTORER SOM PÅVIRKER SPESIALITETSSTRUKTUREN 22
7.1 GENERELT 22
7.2 BEFOLKNINGENS BEHOV 22
7.3 FAGUTVIKLINGEN 23
7.3.1 KUNNSKAPSVEKST OG KVALITETSKRAV 23
7.3.2 NYE METODER OG TEKNOLOGISK UTVIKLING 23
7.4 INTERNASJONALISERING 24
7.5 SYKEHUSSTRUKTUR OG SYKEHUSDRIFT 24
7.5.1 DESENTRALISERT SYKEHUSSTRUKTUR 24
7.5.2 SYKEHUSDRIFT OG – ØKONOMI 24
7.6 HELSEPOLITISKE SIGNALER 25
7.7 HENSYN TIL SPESIALISERING AV LEGER 25
7.8 BALANSE MELLOM SPISSKOMPETANSE OG BREDDEKOMPETANSE 25
7.9 OPPSUMMERING 26

8 SPESIALITETSSTRUKTUR I AKTUELLE FAG 27
8.1 INNSPILL FRA KIRURGISK UNDERGRUPPE 27
8.1.1 BAKGRUNN FOR ANBEFALT SPESIALITETSSTRUKTUR 27
8.1.2 UNDERGRUPPENS ANBEFALINGER OM SPESIALITETSSTRUKTUR 27
8.1.3 FORDELER OG ULEMPER VED NY STRUKTUR 27

8.2 INNSPILL FRA INDREMEDISINS UNDERGRUPPE 28
8.2.1 BAKGRUNN FOR ANBEFALT SPESIALITETSSTRUKTUR 28
8.2.2 UNDERGRUPPENS ANBEFALINGER OM SPESIALITETSSTRUKTUR 29
8.2.3 FORDELER OG ULEMPER VED VIDEREFØRING 29
8.3 ANDRE SPESIALITETER 30
8.3.1 INTERVENSJONSRADIOLOGI 30
8.3.2 GYNEKOLOGISK ONKOLOGI 30
8.3.3 RETTSPATOLOGI 31
8.3.4 ALDERSPSYKIATRI 31

9 NYE SYSTEMER FOR KOMPETANSESIKRING 32
9.1 HVA ER KJERNEN I EN SPESIALITET? 32
9.2 ER GRENSPESIALISERINGEN UTDATERT? 32
9.3 FOKUSERT ETTERUTDANNING 33
9.4 KOMPETANSEOMRÅDER 34
9.4.1 FORESLÅTTE KOMPETANSEOMRÅDER 34
9.4.2 MOTTAKSMEDISIN 34
9.4.3 TRAUMEKIRURGI 35
9.4.4 SMERTEMEDISIN 35

10 ALLMENNMEDISIN OG SAMFUNNSMEDISIN I FREMTIDEN 36
10.1 ALLMENNMEDISIN 36
10.2 SAMHANDLINGSREFORMEN 36
10.3 AVGRENSING MELLOM ALLMENNMEDISIN OG SAMFUNNSMEDISIN 37
10.4 SAMFUNNSMEDISIN 37

11 FORSKNINGENS ROLLE I SPESIALISERINGEN 38
11.1 HVORDAN SIKRE FORSKNINGSKOMPETANSE I SPESIALITETENE? 38

12 KONSEKVENSANALYSE 39
12.1 HELHETLIGE HELSETJENESTER 39
12.2 SYKEHUSSTRUKTUR OG -ORGANISERING 39
12.3 ROBUSTE FAGMILJØER 40
12.4 SPESIALISERING 40
12.5 OMDEFINERER GENERALISTKOMPETANSE 41

13 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER 42
13.1 KIRURGI 42
13.2 INDREMEDISIN 43
13.3 GRENSPESIALITETER 43
13.4 KOMPETANSEOMRÅDER 43

14 KONKLUSJON 44

15 LITTERATURLISTE 45

16 VEDLEGG 46

1 FORORD

Begrepet spesialitetsstruktur omhandler de rammene spesialitetene skal eksistere og utvikle seg innenfor. Dette dreier seg om hvilke spesialiteter vi skal ha, hvilke spesialiteter som skal være hovedspesialiteter og hvilke spesialiteter som skal være grenspesialiteter. I tillegg vil en diskusjon om spesialitetsstruktur også ta opp i seg overordnede diskusjoner om hvorvidt en skal fortsette med en oppdeling mellom hovedspesialiteter og grenspesialiteter, hvorvidt andre rammer for kompetansegodkjenning, som for eksempel kompetanseområder eller faglig profilering, skal etableres og benyttes eller om det er behov for nye spesialiteter.

Rammene for spesialistutøvelse må forankres og en må bestemme seg for hvilke faktorer som bør ha størst innflytelse på spesialitetsstrukturen. Aktuelle faktorer å ta hensyn til er den faglige utviklingen, teknologisk utvikling, norsk sykehusstruktur, befolkningsstruktur, spesialitetsstruktur i land det er naturlig å sammenligne seg med, spesialiseringsforhold, epidemiologi og demografi.

Samtidig som spesialitetsstrukturen vil kunne påvirkes av flere faktorer vil også den spesialitetsstrukturen en bestemmer seg for påvirke de samme faktorene. Det er derfor avgjørende for et slikt arbeid at en ikke bare bestemmer seg for hvilke faktorer som skal påvirke spesialitetsstruktur, men også analyserer konsekvensene for de faktorene en ikke lar påvirke spesialitetsstrukturen i seg selv.

Effektene av endret spesialitetsstruktur vil ikke inntre umiddelbart på alle områder. Det vil ta flere år før ny spesialitetsstruktur dominerer norsk helsevesen og en kan ikke forvente å ta ut full effekt av endringene i spesialitetsstruktur før det er gått lang tid. Det er derfor nærliggende å legge til grunn at faktorene en velger å la påvirke spesialitetsstrukturen er faktorer som er bestandige over tid eller som tar opp i seg langsiktige trender.

Bakgrunnen for at prosjektet ble etablert er at Legeforeningen har fått tilbakemeldinger fra flere fagmiljøer om at tiden er inne for å vurdere den norske spesialitetsstrukturen. Målet med prosjektet er å samarbeide med disse fagmiljøene om å vurdere spesialitetsstrukturen for det enkelte fag, de overordnede rammene for spesialitetsstruktur og komme med forslag til endringer dersom det finnes formålstjenlig.

De ulike spesialitetene har meldt inn ulike behov for endringer av spesialitetsstruktur. Prosjektet vil derfor ha flere faser. Innledningsvis er det de kirurgiske og indremedisinske spesialitetene som er diskutert. I tillegg skisseres det en plan for hvordan overordnete rammer samt andre spesialiteter skal behandles i tiden fremover.

2 SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER

Bakgrunnen for dette prosjektet har vært innspill fra flere ulike fagmiljøer om ønske om endret spesialitetsstruktur. De kirurgiske fagmiljøene og det kardiologiske fagmiljøet har ønsket overgang fra en ordning med grenspesialiteter til egne hovedspesialiteter. I tillegg har andre fagmiljøer spilt inn ønsker om egne grenspesialiteter og kompetanseområder. For eksempel ønsker det radiologiske fagmiljøet grenspesialisering i intervensjonsradiologi, det gynekologiske fagmiljøet grenspesialisering i gynekologisk onkologi, mottaksmedisinmiljøet ved St. Olav ønsker kompetanseområde i mottaksmedisin og det kirurgiske fagmiljøet ønsker kompetanseområde i traumekirurgi. De allmennmedisinske og samfunnsmedisinske miljøene presiserer viktigheten av at begge fag består med den grenseoppgangen og oppgavefordelingen som eksisterer i dag.

Med bakgrunn i innspillene fra fagmiljøene fant Legeforeningens sentralstyre det riktig å starte et prosjekt om spesialitetsstruktur. Prosjektet fikk i mandat å belyse situasjonen i dagens system og beskrive utfordringene i den enkelte spesialitet relatert til utdanning og spesialitetsstruktur. Videre skulle det gjøres en vurdering av antatt fremtidig utvikling i det enkelte fag og spesialitetsstruktur og spesialitetsgrenser skulle vurderes både i nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Spesielt skulle fremtidig inndeling mellom hoved- og grenspesialiteter innenfor kirurgiske og medisinske fag, og om det skal åpnes for grenspesialisering innenfor andre fagfelt, vurderes

Prosjektet ble organisert gjennom en ledende prosjektgruppe og to undergrupper i henholdsvis kirurgiske fag og medisinske fag. Disse rapporterte til prosjektgruppen. I tillegg ble alle andre fagmiljøer kontaktet for innspill om endringer i egen spesialitetsstruktur. Foreløpige konklusjoner ble drøftet med et samlet fagmiljø på seminar om spesialitetsstruktur 16. januar 2013.

Prosjektgruppen anbefaler en overgang til hovedspesialiteter i de kirurgiske fagene. I de indremedisinske fagene videreføres ordningen med grenspesialiteter for alle spesialitetene inntil videre. Den indremedisinske undergruppen utelukket ikke en mulig overgang til hovedspesialitet for alle grenene på sikt. Prosjektgruppen anbefaler at en utredning av dette startes opp raskt.

Sett i lys av at ordningen med grenspesialisering anbefales å opphøre i kirurgiske fag og at de indremedisinske fagene skal vurdere dette, anbefaler prosjektgruppen at ordningen med grenspesialisering tas opp til vurdering. Prosjektgruppen anbefaler derfor ikke opprettelse av nye grenspesialiteter nå, til tross for at det foreligger velbegrunnede forslag om dette. Prosjektgruppen anbefaler heller at det vurderes om videre kompetanseutvikling etter hovedspesialitet kan sikres gjennom mer fleksible og individuelt tilpassede systemer for etterutdanning. Prosjektgruppen understreker at forskning og forskerkompetanse fremdeles må være en sentral del av spesialiseringen og legers virke.

Endringer i spesialitetsstruktur kan få konsekvenser både for sykehusstruktur, spesialiseringen av leger og behandling av pasienter. Det er særlig viktig å legge til rette for helhetlig behandling av den enkelte pasient og at det kan tilbys helhetlige helsetjenester i en desentralisert sykehusstruktur. Dette kan oppnås ved å tenke nytt rundt hvordan en ivaretar helhet gjennom teamarbeid, robuste fagmiljøer og ved å stille krav om enkelte generalistferdigheter i alle spesialiteter, nye som gamle.

3 INNLEDNING

Fagutvikling er et av Legeforeningens viktigste kjerneområder og foreningen har vært engasjert som faglig premissleverandør gjennom hele sin historie. I 2007-2009 gjennomførte Legeforeningen et omfattende utredningsarbeid som resulterte i rapporten om «Spesialistutdanningen av leger» (1). I dag er hovedpunktene fra denne rapporten, med Bodø-vedtakene i 2009, i all hovedsak realisert. Dette gjelder blant annet ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin og etableringen av kompetanseområder i alders- og sykehjemsmedisin og allergologi.

I etterkant av den forrige utredningen har det kirurgiske og det kardiologiske fagmiljøet meldt inn ønsker om endring i deres spesialitetsstruktur. De argumenterer for at dagens spesialitetsstruktur ikke gir tilstrekkelige ferdigheter for å oppnå tilfredsstillende kompetanse, enten det er snakk om hoved- eller grenspesialisering. I tillegg har flere andre fagmiljøer meldt inn ønsker om grenspesialisering i deres fag. I det radiologiske fagmiljøet og gynekologiske fagmiljøet ønsker man grenspesialisering i henholdsvis intervensjonsradiologi og gynekologisk onkologi. Utgangspunktet for disse tilbakemeldingene var at sentralstyret våren 2012 satte i gang et prosjekt som hadde som mål å evaluere spesialitetsstrukturen og komme med forslag til eventuelle endringer.

Et viktig premiss for dette arbeidet er at den spesialitetsstrukturen man foreslår skal ta høyde for at fagområdene i kunnskapsmessig og metodisk forstand vil være i konstant utvikling fremover. Prosjektgruppen mener at fagutviklingen er den viktigste faktoren som påvirker spesialitetsstrukturen. Fagutviklingen er innrettet på å ivareta de behov befolkningen vil få for helsetjenester og befolkningen forventer kvalitet på disse tjenestene. Fremtidens spesialitetsstruktur må kunne ta opp i seg den raske faglige og teknologiske utviklingen faget vårt opplever. Den enkelte spesialist må etter endt spesialisering ha kompetanse og ferdigheter på høyt internasjonalt nivå.

Parallelt med Legeforeningens arbeid pågår en utredning hos sentrale myndigheter. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å foreta en bred gjennomgang av spesialistområdet der det blir stilt spørsmål om den nåværende spesialiseringsordningen for leger er i tråd med kommende kompetansebehov. Som første trinn i arbeidet leverte Helsedirektoratet 14. mars 2012 rapporten: «Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030». Rapporten aktualiserer diskusjonen om spesialitetsinndeling, struktur og innhold i spesialiseringen.

4 PROSJEKTETS MANDAT OG ORGANISERING

Etter at Sentralstyret vedtok å iverksette et utredningsarbeid om spesialitetsstruktur ble det oppnevnt en prosjektgruppe med undergrupper i kirurgiske og indremedisinske fag høsten 2012. Undergruppene rapporterte direkte til prosjektgruppen. Utredningsarbeidet startet opp høsten 2012. Det har vært tre møter i prosjektgruppen, tre møter i den kirurgiske undergruppen og to møter i den indremedisinske undergruppen. Foreløpige konklusjoner og problemstillinger ble presentert for de fagmedisinske foreninger og spesialitetskomiteene i et seminar 16-17 januar 2013. Prosjektgruppens ferdige rapport ble lagt frem for sentralstyret februar 2013. Rapporten ble videre sendt på bred organisatorisk høring før sentralstyrets framlegg til landsstyret juni 2013.

Utredningen har pågått parallelt med utredningsarbeid i regi av Helsedirektoratet etter oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet og det har vært holdt flere kontaktmøter med Helsedirektoratet for å utveksle informasjon og erfaringer. I tillegg har Legeforeningen fått peke ut representanter til Helsedirektoratets ulike arbeidsgrupper i prosjektet.

4.1 PROSJEKTETS MANDAT

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

I tillegg oppnevnes undergrupper i kirurgi og indremedisin som rapporterer til hovedgruppen.

Johan G. Torgersen, prosjektleder, spesialist i anestesiologi, leder av Yngre legers forening og medlem av Legeforeningens sentralstyre

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

4.2 MANDAT KIRURGISK UNDERGRUPPE

Undergruppens mandat er å foreta en vurdering av antatt utvikling innenfor fagfeltet, og å avgi en anbefaling om hvordan fremtidig inndeling mellom hoved- og grenspesialiteter innenfor kirurgiske fag bør være. Det må gis en vurdering av hvilke konsekvenser endret spesialitetsstruktur i kirurgiske fag vil kunne få for organisering og arbeidsdeling i sykehus og mellom første- og andrelinjetjenesten. Undergruppen rapporterer til prosjektgruppens hovedgruppe. Prosjektgruppens undergruppe i kirurgiske fag har bestått av:

Arne Laudal Refsum, leder, spesialist i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi

Olaug Villanger, spesialist i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi, leder av Norsk kirurgisk forening

Marius Langballe Dalin, spesialist i generell kirurgi og urologi, medlem av spesialitetskomiteen i generell kirurgi

Asbjørn Karevold, spesialist i generell kirurgi og thoraxkirurgi, leder av spesialitetskomiteen i thoraxkirurgi

Christian Beisland, spesialist i generell kirurgi og urologi, leder av Norsk urologisk forening

Turid Aas, spesialist i generell kirurgi og bryst- og endokrinkirurgi, leder av Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi

Jarlis Wesche, spesialist i generell kirurgi og karkirurgi, leder av spesialitetskomiteen i karkirurgi

Brynjulf Ystgaard, spesialist i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi, leder av Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi

Harald Langeggen, spesialist i barnekirurgi, leder av spesialitetskomiteen i barnekirurgi

Jon Kristian Narvestad, lege i spesialisering, gastroenterologisk kirurgi

4.3 MANDAT INDREMEDISINSK UNDERGRUPPE

Undergruppens mandat er å foreta en vurdering av antatt utvikling innenfor fagfeltet, og å avgi en anbefaling om hvordan fremtidig inndeling mellom hoved- og grenspesialiteter innenfor indremedisinske fag bør være. Det må gis en vurdering av hvilke konsekvenser endret spesialitetsstruktur i indremedisinske fag vil kunne få for spesialiseringsløpet, organisering og arbeidsdeling i sykehus samt for sykehusstruktur. Undergruppen rapporterer til prosjektgruppens hovedgruppe. Prosjektgruppens undergruppe i indremedisinske fag har bestått av:

Per Mathisen, leder, spesialist i indremedisin, leder av spesialitetskomiteen i indremedisin

Stein Olav Samstad, spesialist i indremedisin og hjertesykdommer, leder av Norsk cardiologisk selskap

Hanne Thürmer, spesialist i indremedisin og hjertesykdommer, leder av Norsk indremedisinsk forening

Kristine Wiencke, spesialist i indremedisin og fordøyelsessykdommer, leder av spesialitetskomiteen i fordøyelsessykdommer

Thomas Svendsen, spesialist i indremedisin og geriatri, leder av spesialitetskomiteen i geriatri

Peter Albert Meyer, spesialist i indremedisin, leder av spesialitetskomiteen i blodsykdommer

Rafael Alexander Modahl Leiva, spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer, leder av Norsk forening for infeksjonsmedisin

Anders Palmstrøm Jørgensen, spesialist i indremedisin og endokrinologi, leder av Norsk endokrinologisk forening

Cecilia Montgomery Øien, spesialist i indremedisin og nyresykdommer, leder av Norsk nyremedisinsk forening

Terje Tollåli, spesialist i indremedisin og lungesykdommer, leder av Norsk forening for lungemedisin

Jens Kristian Lind-Larsen, lege i spesialisering, indremedisin

5 BAKGRUNN

5.1 KUNNSKAPSVEKST OG KVALITETSKRAV

Kunnskapsmengden øker i alle spesialiteter. Fagene utvikler seg og stadig vinnes ny medisinsk kunnskap og kompetansemulighetene øker. Økende kunnskapsmengde fører i mange spesialiteter til økende spissing av kompetansen til den enkelte spesialist. Skal en kunne tilby spisset kompetanse av internasjonal kvalitet, blir det vanskelig for den enkelte spesialist samtidig å beholde en faglig bredde. Kunnskapsutviklingen med spissing av kompetanse er en internasjonal trend som verken norske myndigheter eller fagmiljøer kan eller bør bremse.

Samtidig øker kravene til kvalitet på tjenestene legene utfører. Vi stiller høye krav til kvalitet til oss selv og ikke minst så krever pasientene som oppsøker oss kvalitet på helsetjenestene som utføres. Pasientrollen er i endring. Legene møter nå en mer opplyst og mer deltagende pasient. Fra andre land vet vi at pasientene nå ønsker å fatte beslutninger om hvem som skal behandle dem og hvor de skal behandles på bakgrunn av kvalitetsindikatorer.

Kunnskapsutviklingen med påfølgende behov for spissing av kompetanse hos den enkelte spesialist er et fenomen som treffer alle spesialiteter, men de enkelte spesialiteter kan være i ulike faser i kunnskapsutviklingen. Store fag som kirurgi og indremedisin er allerede så store at en formalisert faglig spissing gjennom grenspesialisering har vært en realitet lenge. Andre fag, som gynekologi og radiologi, er etter hvert også så omfangsrike at en formalisert faglig spissing er relevant å diskutere. For mindre omfattende fag så er ikke oppsplitting i grenspesialiteter et relevant tema på det nåværende tidspunkt.

Fagene våre lever i et internasjonalt miljø. Premissene for fagutøvelse settes i stor grad utenfor våre nasjonale miljøer samtidig som norske fagmiljøer er viktige bidragsytere til den internasjonale fagutviklingen. Med et internasjonalt fag er mulighetene for legemigrasjon til stede. Norske leger kan reise til utlandet for å tilegne seg kompetanse samtidig som leger fra andre land kan komme til Norge for å bidra i det norske helsevesenet.

Legeforeningen har gjennom tidligere utredningsarbeid slått fast at det trenges flere leger innen flere av spesialitetene i spesialisthelsetjenesten (1). Samtidig har samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift utløst et betydelig økt behov for leger i primærhelsetjenesten også. Migrasjon av legespesialister er stor og Norge importerer mange spesialister, spesielt fra Europa. Dette er helt nødvendig. Spesialitetsstrukturen i Norge kan ikke avvike vesentlig fra spesialitetsinndelingen i Europa uten at det skaper problemer for utveksling av spesialister.

5.2 PROBLEMBESKRIVELSER

5.2.1 HVORDAN IVARETA HELHETEN I PASIENTBEHANDLINGEN

Helhet i pasientbehandlingen innebærer både at den enkelte pasient skal bli helhetlig ivaretatt og også hvordan ulike institusjoner kan ivareta et helhetlig helsetilbud. Med den faglige spissingen følger en bekymring for ivaretagelse av helheten i den medisinske behandlingen av pasienten. Samtidig byr den medisinske og teknologiske utviklingen på ulike utfordringer for ulike sykehus. For mindre sykehus kan spissing av den enkelte spesialists kompetanse utfordre muligheten til å gi fullverdige tilbud mens en ved store sykehus kan oppleve manglende helhetlig ivaretagelse av pasienten til tross for at en besitter stor samlet bredde i spisskompetanse.

5.2.2 VEIEN FREM TIL FERDIG SPESIALISTGODKJENNING

Et rimelig mål for spesialiseringen kan være fra det tidspunktet legen begynner i et spesialiseringsløp hun har til hensikt å fullføre, og frem til spesialistgodkjenning. I dag er det ingen registrering av når leger i spesialisering påbegynner sin spesialisering. Vi vet derfor ikke hvor lang tid spesialiseringen tar.

Som et anslag for spesialiseringstiden, kan man bruke tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning, men dette målet har noen svakheter knyttet til seg. Målet tar ikke høyde for at legen bruker tiden til andre aktiviteter enn spesialiseringen. Legen kan for eksempel ha tatt en doktorgrad, eller arbeidet i en annen spesialitet mens hun ventet på ledige stillinger i fagfeltet hun ønsket å bli spesialist i. På grunn av nevnte forhold, er det sannsynlig at tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning som anslag for spesialiseringstid vil gi et høyere tall enn hva som er realiteten.

Første kolonne i tabell 1 viser alle spesialitetene sortert fra lavest til størst forskjell mellom tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning og minimum spesialiseringstid[1], i gjennomsnittlig antall år. Andre og tredje kolonne viser henholdsvis gjennomsnittlig antall år fra autorisasjon til spesialistgodkjenning og minimum spesialiseringstid (antall år). Den siste kolonnen viser forskjell mellom tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning og minimum spesialiseringstid. Alle tallene gjelder for leger som mottok spesialistgodkjenning mellom 2008-2012.

Som det fremkommer av tabellen, er tiden mellom autorisasjon og spesialistgodkjenning større enn minimum spesialiseringstid for alle spesialiteter. En grunn kan som nevnt være at tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning gir et høyere anslag for spesialiseringstid enn hva som er realiteten.

En annen grunn til misforholdet kan være at tidspunktet for spesialiseringen for mange er sammenfallende med å etablere seg og å få barn. Mange leger i spesialisering har i løpet av spesialiseringen flere avbrudd i lengre eller kortere permisjoner knyttet til svangerskap og fødsel.

[1] For alle spesialitetene foruten om grenspesialitetene, er minimum spesialiseringstid det samme som normert spesialiseringstid. I kirurgi og indremedisin er hovedutdanningen normert til seks år og grenutdanningen tre år (unntaket er geriatri på to år), altså ni år til sammen. På grunn av at man kan få godkjent inntil 2 ½ år (to år i geriatri) av grenutdanningen i hovedutdanningen, er minimum spesialiseringstid for grenspesialister i kirurgi og indremedisin på 6 ½ år (seks år for geriatri).

I tillegg kan forhold knyttet til spesialiseringsløpet og spesialitetsstrukturen bidra til å forklare at spesialiseringen kan ta uforholdsmessig lang tid. Under spesialiseringen må mange vente på å få gjort nødvendig tjeneste eller utført nødvendige antall prosedyrer. For mange er gruppe 1-tjenesten en flaskehals. Særlig hevder det kirurgiske fagmiljøet at kravet om generell kirurgi som grunnlag for grenspesialitet forsinker legene i spesialiseringsløpet. En side av problemet er at det er vanskelig å få gjennomført prosedyrer ved avdelinger man ikke er tilknyttet. En annen side av problemet er at køene for å få prosedyrer er lang.

Dersom vi sammenligner spesialitetene, ser vi at forskjellen i tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning og minimum spesialiseringstid er minst for maxillofacial kirurgi og størst for arbeidsmedisin, en variasjonsbredde på fem år. Videre ser vi at grenspesialiseringen i indremedisin og kirurgi innehar fire av de ti øverste plassene i tabellen, mens ingen av dem befinner seg blant de ti nederste plassene på tabellen. Sammenlignet med de øvrige spesialitetene, er ikke forskjellen i tid fra autorisasjon og spesialistgodkjenning og minimum spesialiseringstid for grenspesialitetene høy.

Det er ikke et mål i seg selv at spesialiseringen skal være kortest mulig. Mange fag krever faglig og personlig modning, og da er tid en viktig faktor. Noen fagmiljøer har tatt til orde for at man må vurdere om normert tid for spesialiseringen er for kort. Problemer knyttet til tidsbruk i spesialiseringen melder seg først dersom den går med til aktiviteter som ikke bidrar til kandidatens utvikling eller modning, slik som å vente på prosedyrer eller ledige vikariater.

Tabell 1: Tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning for leger som fikk spesialistgodkjenning mellom 2008-2012 (2).

Spesialitet	Gjennomsnittlig tid fra autorisasjon til spesialist-godkjenning (år)	Minimum spesialiseringstid (år)	Gj.snittlig forskjell (år)
Maxillofacial kirurgi	7,3	6	1,3
Nevrokirurgi	7,7	6	1,7
Fordøyelsessykdommer	8,5	6,5	2
Øyesykdommer	7,1	5	2,1
Urologi	8,7	6,5	2,2
Endokrinologi	8,9	6,5	2,4
Radiologi	7,4	5	2,4
Hjertesykdommer	9	6,5	2,5
Anestesiologi	7,5	5	2,5
Barnekirurgi	9	6,5	2,5
Øre nese halssykdommer	7,5	5	2,5
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	8,1	5,5	2,6
Plastikkirurgi	8,6	6	2,6
Geriatri	8,7	6	2,7
Nukleærmedisin	7,7	5	2,7
Nevrologi	7,8	5	2,8
Bryst- og endokrin kirurgi	9,3	6,5	2,8
Allmennmedisin	7,9	5	2,9
Gastroenterologisk kirurgi	9,4	6,5	2,9
Psykiatri	7,9	5	2,9
Infeksjonssykdommer	9,5	6,5	3
Ortopedisk kirurgi	9	6	3
Blodsykdommer	9,6	6,5	3,1
Barnesykdommer	8,1	5	3,1
Generell kirurgi	9,2	6	3,2
Karkirurgi	9,7	6,5	3,2
Patologi	8,2	5	3,2
Barne- og ungdomspsykiatri	8,9	5,5	3,4
Indremedisin	9,4	6	3,4
Thoraxkirurgi	9,9	6,5	3,4
Hud- og veneriske sykdommer	8,5	5	3,5
Nyresykdommer	10,1	6,5	3,6
Klinisk farmakologi	8,6	5	3,6
Lungesykdommer	10,2	6,5	3,7
Fysikalsk medisin og rehabilitering	8,7	5	3,7
Medisinsk genetikk	8,8	5	3,8
Medisinske mikrobiologi	8,8	5	3,8
Onkologi	9	5	4
Revmatologi	10	6	4
Medisinsk biokjemi	9,1	5	4,1
Klinisk nevrofysiologi	9,2	5	4,2
Immunologi og transfusjonsmedisin	9,3	5	4,3
Samfunnsmedisin	10,2	5	5,2
Arbeidsmedisin	11,3	5	6,3

5.2.3 BLIR LEGENE FLINKE NOK?

For nye spesialistgodkjenninger (ikke resertifiseringer i allmennmedisin) etter norske regler i 2012 var gjennomsnittsalderen 40,6 år (2). Det er ønskelig at leger får mulighet til å fordype seg i sitt fagområde på et tidligere tidspunkt. Når man er yngre er det lettere å tilegne seg nye ferdigheter. Fra de fagmedisinske miljøene i de kirurgiske grenspesialitetene hevdes det at innholdet i spesialiseringen er organisert slik at en begynner for seint med det faglige fokuset som er nødvendig for å perfeksjonere seg innenfor det en skal drive med. En konsekvens er at man løper risikoen for ikke å oppnå samme faglige høye nivå som kollegaer fra europeiske land.

Videre peker fagmiljøene i de kirurgiske grenspesialitetene og det kardiologiske fagmiljøet på at mye tid går til å vente på og samle prosedyrer og ferdigheter innen de generelle delene av faget som en ikke nyttiggjør seg av som grenspesialist. Tid som kunne vært brukt på perfeksjonering innen egen grenspesialitet.

Samtidig vil en lege som kun virker innenfor en grenspesialitet etter hvert miste sin generelle kompetanse. En spesialitetsstruktur med fokus på grenspesialiteter hvor det forutsettes at den enkelte grenspesialist har beholdt sin generelle kompetanse kan bli en falsk trygghet.

5.2.4 SPESIALISERINGEN AV LEGER

Dagens spesialiseringssituasjon er i endring. Tillitsvalgte for både overleger og leger i spesialisering rapporterer om at behovet for effektiv sykehusdrift mange steder går på bekostning av spesialiseringen. Leger i spesialisering er i økende grad viktige driftsfaktorer samtidig som spesialistenes tid til supervisjon, veiledning og oppfølging er blitt knappere.

Etter at ny kunnskap om effekt av arbeidstid på både legers helse og ikke minst på pasientsikkerhet, jobber leger mindre enn tidligere. Nye arbeidstidsregler (vernebestemmelser) fra 2002 har ført til at mange i tilstedevakt nå deler døgnet i to. Resultatet blir at en er borte fra arbeidet dagen før og etter nattevakt. Både vaktarbeid og arbeid på dagtid med elektive oppgaver er viktige spesialiseringselementer, men mange har fått redusert tid til bruk på ferdighetsutvikling under supervisjon på dagtid. Å finne riktig arbeidstid slik at både pasientsikkerheten og ferdighetsutviklingen blir ivaretatt er vanskelig og forskningslitteraturen gir ikke entydige svar.

I sum kan en velbegrunnet frykte at tid avsatt til spesialiseringsaktiviteter er redusert på bekostning av drift. Det er derfor ikke nærliggende å tenke på reduksjon i normert spesialiseringstid for å korte ned på spesialiseringsløpene.

5.2.5 KVALITET I AKUTTMOTTAK

Kvaliteten på behandlingen i norske akuttmottak er jevnlig blitt påpekt som for lav. Det er også pekt på store organisatoriske utfordringer som i dagens situasjon hemmer god pasientflyt gjennom akuttmottak og videre frem til rett plass i sykehuset eller primærhelsetjenesten. Samtidskonflikter rapporteres som et betydelig problem i akutte sykehusinnleggelser. Mange av pasientene treffer først en turnuslege med lite klinisk erfaring, noe som påvirker pasientflyt og kvaliteten på helsetjenesten. I tillegg virker for stort ansvar negativt inn på den enkelte lege også.

Det har over lengre tid kommet klare ønsker om fremskutt kompetanse i akuttmottaket både fra ledere i akuttmottak, turnusleger, leger i spesialisering og også fra fagmiljøene. For å imøtekomme et økende krav om fremskutt kompetanse bør tilgjengeligheten til spesialistkompetanse bedres. Fremskutt kompetanse vil både bedre kvaliteten på behandlingen av pasientene og også på supervisjonen som uerfarne leger trenger i akuttmottaket. Det er av stor betydning for kvaliteten på spesialiseringen til leger i spesialisering å være sterkt involvert tidlig i pasientforløpet ved innleggelser i sykehus. Akuttmottaket er en viktig læringsarena, men dette må balanseres mot behovet for god organisering og fremskutt kompetanse.

6 UTVIKLING OG KVALITETSSIKRING AV KOMPETANSE

6.1 DAGENS SYSTEMER

Dagens formaliserte system for utdanning og videreutdanning av leger utgjøres av grunnutdanning, turnustjeneste og spesialisering. Det stilles lovhjemlede krav i tiknytning til alle disse nivåene for kompetansebygging hos leger. I tillegg til den formaliserte utdanningen er ulik uformalisert etterutdanning og opplæring helt essensielt for fagutviklingen til leger. All etterutdanning er i prinsippet uformell i dag da det ikke stilles særskilte krav om dette i lov eller forskrift.

Under gjøres kort rede for det innholdsmessige og formalia i det norske utdannings- og spesialiseringssystemet.

6.1.1 GRUNNUTDANNING

Grunnutdanningen i Norge strekker seg over 6 år. Den kan gjennomføres ved fire ulike universiteter. De fire universitetene har ulik studieplan og ulikt pedagogisk opplegg. Alle fire studiesteder har integrert praksis i løpet av studietiden. De fire norske lærestedene følger det gamle «profesjonsstudiet» og er ikke forpliktet av Bolognaprosessene som innebærer at alle typer studier i alle EØS land skal ha en lik struktur slik at det er enkelt å bytte mellom fag og mellom ulike land. Selv om medisinstudiene i Norge er ulikt innrettet og har ulik vekting mellom teori og praksis så leder de alle frem til autorisasjons som lege.

Som autorisert lege får en plikter og rettigheter som følger av Helsepersonelloven (3). Med andre ord er det kompetansen ved endt studium som utløser rettigheter og plikter som lege. Dette er også den eneste autorisasjonen som alle norske leger må ha.

Fra dette tidspunktet og ut karrieren skal legen rette seg etter bestemmelsene om forsvarlighet i Helsepersonelloven som blant annet slår fast følgende: «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner» (3).

6.1.2 TURNUSTJENESTE

Etter at ny turnusordning ble innført med ny forskrift om spesialistutdanning av leger 1. desember 2012 (4) falt kravet om turnustjeneste for å bli autorisert som lege bort. Istedenfor skal gjennomført turnustjenesten nå være et vilkår for å begynne spesialisering, jobbe som fastlege og for å kunne delta i kommunal legevakt. Departementet slår fast at turnustjenesten fremdeles i all hovedsak skal være den felles faglig plattformen leger som skal jobbe i Norge skal ha før de begynner mer selvstendig virke. I turnustjenesten står legerolle, kommunikasjon og forståelse av helsevesenet sentralt, i tillegg til det å målrettet tilegne seg kliniske ferdigheter. Turnustjenesten skal fremdeles godkjennes før en kan søke jobber som lege i spesialisering, fastlege eller delta i kommunal legevakt, men utover dette oppnås det ingen flere rettigheter og plikter enn ved autorisasjonstidspunktet.

6.1.3 SPESIALISERING (VIDEREUTDANNING)

Legers videreutdanning omfattes i stor grad av spesialiseringen av leger som leder frem til spesialistgodkjenning. Hensikten med spesialistgodkjenningen og spesialiseringssystemet er to-delt. På den ene siden skal en gjennom tydelige krav i spesialiseringsløpet sikre at en som titulerer seg som spesialist har oppnådd en faglig minstestandard innen det aktuelle fagområdet. Dette var også bakgrunnen for at

Legeforeningen i 1918 innførte ordningen med spesialistgodkjenning; kvaliteten og kompetansen skulle sikres. I tillegg tjener spesialistgodkjenningen en annen hensikt også. En skal sikre at det norske helsevesenet tilføres den type kompetanse som vi trenger for å gi pasientene den helsetjenesten de har et lovhjemlet krav på. Med andre ord skal ordningen med spesialistgodkjenning sikre både kvalitet og tilstrekkelig samlet bredde på kompetansen til leger som jobber i Norge.

Spesialisering av leger foregår i fastlegepraksiser, i samfunnsmedisinske og arbeidsmedisinske stillinger og i godkjente sykehusenheter kalt utdanningsinstitusjoner. Alle spesialiteter omfattes av de generelle bestemmelsene for spesialistutdanning (5) som blant annet slår fast krav til utdanningsinstitusjonene, internundervisning, forskningsaktivitet, veiledning og supervisjon. I tillegg er det spesielle krav innen den enkelte spesialitet blant annet til tjenestetid, kurs, prosedyrer og ferdigheter. Kravinnholdet er omfattende og de samme kravene gjelder for alle innen den enkelte spesialitet. Det avgjørende at en har en felles nasjonal standard for spesialiseringen.

De fire medisinske fakultetene har ytret ønske om en sterkere tilknytning til legers spesialisering og ser for seg et samarbeidsprosjekt mellom universitetene, helseforetakene og kommunene. Gjennom Lov om universiteter og høyskoler har universitetene et lovfestet ansvar knyttet til videre- og etterutdanningen. Universitetene er formell arrangør av de fleste kursene i sykehusspesialitetene, men har i liten grad evnet å ta denne oppgaven. Universitetskursene administreres av Legeforeningens koordinatorkontorer, som er opprettet i tilknytning til hvert av de fire fakultetene. Få kurs for de primærmedisinske spesialitetene arrangeres av fakultetene, de fleste arrangeres av Legeforeningens kurskomiteer. I all hovedsak er det Legeforeningen, gjennom spesialitetskomiteer, kurskomiteer og koordinatorkontorene som står for innhold, organisering og gjennomføring av kursvirksomheten.

Det er av avgjørende betydning at innholdet i den teoretiske delen av spesialiseringen ikke bare tar utgangspunkt i den høyspesialiserte medisinen ved universitetssykehusene, men også speiler virkeligheten ved de mindre sykehusene og i primærhelsetjenesten.

Spesialistgodkjenningen er lovhjemlet, men status som spesialist utløser ikke ytterligere rettigheter ut over det en oppnår ved autorisasjonen. Imidlertid er det vanlig at spesialistgodkjenning utløser betydelig mer ansvar enn det enn har som lege i spesialisering.

6.1.4 GRENSPESIALISERING

Grenspesialiseringen følger de samme strukturer og regler som spesialisering innen hovedspesialitet. Grenspesialistordningen ble opprettet i 1975 for indremedisinske fag og seinere utvidet til å gjelde kirurgiske fag i 1977. Etter dette har Legeforeningen, med ett unntak, ikke ønsket å utvide ordningen med grenspesialisering til å gjelde andre fag. Unntaket var at landsstyret i 2005 bestemte at en skulle anbefale helsemyndighetene å opprette en egen grenspesialitet i gynekologisk onkologi. Forslaget ble avist av myndighetene.

Grenspesialiseringen hviler på to viktige premisser. Det ene er at grenspesialitetene bygger på en generell kompetanse. En må ha visse elementer fra faget i sin helhet i bunnen for å kunne spisse seg i en grenspesialitet. I tillegg var et viktig premiss at

grenspesialisten skulle ha en generell kompetanse som en kunne nyttiggjøre seg av der det var behov for det, f.eks. i vaktsystemer.

Opprinnelig var grenspesialiteten en påbygning på en fullverdig generell spesialitetsgodkjenning. Etter hvert har det blitt anledning til å integrere deler av den grenspesifikke spesialiseringen i hovedutdanningen, ved at inntil 2,5 års grenspesialisert tjeneste nå kan telle til hovedspesialiteten. Minimumstid for å bli spesialist i generell kirurg eller indremedisin med grenspesialitet er nå 6,5 år (6 år for geriatri).

Ved opprettelse av nye grenspesialiteter kan en tenke seg samme utvikling, hvor en starter sitt spesialiseringsløp i en av dagens hovedspesialiteter og viderefører spesialiseringen i en grenspesialisert, formalisert og innholdsdefinert tjeneste av to-tre års varighet før en oppnår grenspesialistgodkjenning.

6.1.5 ETTERUTDANNING

Spesialiseringen skal sikre nødvendig breddekompetanse og en felles faglig plattform innenfor spesialiteten. Dette medfører at det er vanskelig å oppnå en faglig profilering eller fordypning under spesialiseringen. Selv etter grenspesialisering i indremedisin og kirurgi hevdes det at det er naturlig og nødvendig for mange å etablere seg innenfor et mindre fagområde.

Det er kun i spesialiteten allmennmedisin at det i dag er et formalisert krav til etterutdanningsaktivitet og resertifisering. Gjennom Helsepersonelloven og avtaleverket er imidlertid alle leger forpliktet til å utføre sin virksomhet forsvarlig og til å vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse.

I etterutdanningen står man friere enn i den kontrollerte og kravsstyrte spesialiseringen. Når spesialistgodkjenningen er oppnådd kan den enkelte lege innrette eller spisse sin kompetanse innenfor interessefelt eller etter arbeidsgivers behov.

Det er etter spesialistgodkjenningen at leger i mye større grad raskt kan oppdatere seg og følge den hurtige fremskridende fagutviklingen i faget sitt innenfor ulike fagområder. Gjennom etterutdanningen kan leger velge å tilegne seg bred eller spisset kunnskap og ferdigheter for å gjøre den jobben en er satt til å gjøre.

Leger etterutdanner seg ved å delta på nasjonale og internasjonale kurs, delta på de internasjonale fagkongressene, gjennomføre internasjonale sertifiseringer, som for eksempel gjennom UEMS-systemet, eller ved å jobbe på andre institusjoner i inn- og utland.

6.2 HISTORISK OVERSIKT OVER SPESIALITETSSTRUKTUR

Den norske legeforening har i alle år vært restriktiv med opprettelse av nye spesialiteter. Basert på et utredningsarbeid ledet av Lorentz Eldjarn vedtok Landsstyret i 1973 at man skulle ha en restriktiv holdning til opprettelse av nye hovedspesialiteter, samt at man støttet forslaget om opprettelse av grenspesialiteter innen indremedisin og kirurgi. Denne holdningen ble videreført i 1991, da landsstyret videreførte politikken om en restriktiv holdning til opprettelse av nye spesialiteter og slo fast at man ikke ville gå inn for grenspesialisering i andre fag enn indremedisin og kirurgi. Videre ble muligheten for å opprette særskilte kompetansekrav, for å kunne dekke begrensede medisinske områder som et alternativ til å opprette nye spesialiteter, utredet i 1990. Arbeidsutvalget, ledet av Henry Aasved var positiv til opprettelse av egne kompetanseområder i 1990, men landsstyret ville ikke gå inn for dette.

Tabell 2: Spesialitetsstruktur 1918-2013

År	Antall spesialiteter
1918	13
1930	20
1940	23
1950	31
1960	32
1970	35
1975	36
1980	38
1985	42
1990	43
1994	42
1998	43
2008	44
2013	45

Helsemyndighetene har stort sett vært enig i Legeforeningens syn når det gjelder både å opprette nye spesialiteter og å nedlegge spesialiteter. Det har vært viktig å begrense oppstykkingen av medisinen, forsøke å bevare generalisten og sikre en spesialitetsstruktur som passer til en liten, spredt befolkning – og til en desentralisert sykehusstruktur med relativt mange små sykehus. Oppbygging av høyspesialisert kompetanse har vært løst ved uformell faglig profilering (også kalt subspesialisering) etter spesialistgodkjenning. Dette finnes det en rekke muligheter for i mange spesialiteter, for eksempel intensivmedisin i anestesiologi eller nyfødtmedisin innen pediatri. Norske leger kjenner disse høykompetansemiljøene godt og sørger for at pasienter som trenger det, blir henvist dit. Den faglige profileringen utgjør et fleksibelt system hvor nye behandlingsmetoder raskt kan implementeres og nødvendig kompetanse kan tilegnes og settes ut i livet. I tillegg ser vi også at helseforetak og sykehus organiserer driften rundt uformelle fagområder.

En historisk oversikt over utvikling av legespesialiteter er vist i Tabell 2. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet 7.9.2012 å etablere en egen medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin og har bedt Helsedirektoratet bistå departementet med å etablere spesialiteten. Det arbeides nå med etablering av regler for overgangsordninger, regler for innhold i spesialiseringsløpet, målbeskrivelse for spesialiseringen og vurdering av utdanningskapasitet. Endelig vedtak forventes i løpet av 2013 som følge av Stortingets behandling av stortingsmelding 30.

6.3 GJELDENDE SPESIALITETSSTRUTUR

6.3.1 SPESIALITETSSTRUKTUR I NORGE

Dagens spesialitetsstruktur består av 30 (snart 31) hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter. Norge innførte grenspesialisering i indremedisin i 1975 og i kirurgi i 1977 blant annet av hensyn til vaktordninger i sykehus.

Dagens hovedspesialiteter er allmennmedisin, anestesiologi, arbeidsmedisin, barne- og ungdomspsykiatri, barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, hud- og veneriske sykdommer, immunologi og transfusjonsmedisin, indremedisin, klinisk farmakologi, klinisk nevrofysiologi, maxillofacial kirurgi, medisinsk biokjemi, medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi, nevrokirurgi, nevrologi, nukleærmedisin, onkologi, ortopedisk kirurgi, patologi, plastikkirurgi, psykiatri, radiologi, revmatologi, samfunnsmedisin, øre-nese-halssykdommer, og øyesykdommer

Grenspesialiteter under generell kirurgi er barnekirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi og urologi.

Grenspesialiteter under indremedisin er blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, og nyresykdommer

Norge har noen færre spesialiteter enn EU-systemet, hvilket skyldes at Norge i mindre grad har stykket opp fagområdene. I hovedsak er imidlertid norske spesialiteter de samme som i de fleste andre europeiske land.

6.3.2 SPESIALITETSSTRUKTUR I NORDEN OG EØS-OMRÅDET

Som vi ser av tabell 3, har Danmark og Finland en spesialitetsstruktur utelukkende bestående av hovedspesialiteter. Frem til 2004 hadde Danmark 25 hovedspesialiteter og 17 grenspesialiteter. Finland har tidligere hatt 92 spesialiteter, men i 1999 ble antallet redusert til dagens nivå.

Island, Norge og Sverige har rett i overkant av 30 hovedspesialiteter. Antallet grenspesialiteter varierer mellom 14 (Norge) og 39 (Island). Siden 1980-tallet har den svenske spesialitetsstrukturen gått gjennom flere endringer. I 1992 økte man antall spesialiteter fra 44 til 62 (alle hovedspesialiteter), og i 2006 reduserte man til dagens nivå med 57 spesialiteter (31 hovedspesialiteter, to tilleggsspesialiteter og 24 grenspesialiteter).

En nylig svensk utredning gjennomført av Socialstyrelsen resulterte i et forslag om nok en gang å endre den svenske spesialitetsstrukturen. Fra og med 2014 ønsker man å gå tilbake til 62 spesialiteter. Man beholder en ordning med hoved-, gren- og tilleggsspesialiteter. Imidlertid legger forslaget legger opp til at alle indremedisinske spesialiteter, foruten om allergologi (tilleggsspesialitet), omgjøres til hovedspesialiteter. Den samme endringen gjelder for de kirurgiske spesialitetene, foruten om stemme- og taleforstyrrelser. Videre blir det innført en tydeligere felles kunnskapsbase for henholdsvis fire kirurgiske spesialiteter og for åtte indremedisinske spesialiteter (6).

EUs rådsdirektiv 2005/36 EF inneholder 56 spesialiteter, hvorav 39 av Norges 44 spesialiteter er inkludert. De norske spesialitetene som ikke omfattes av direktivet er

bryst- og endokrinkirurgi, medisinsk genetikk, onkologi, medisinsk biokjemi (tidligere klinisk kjemi) og allmennmedisin. Øvrige spesialiteter i rådsdirektivet som Norge ikke har, er akuttmedisin, allergologi, biologisk hematologi, dermatologi, elektroradiologi, kjevekirurgi (medisinsk grunnutdanning), klinisk biologi, klinisk genetikk, klinisk kjemi, klinisk patologi, medisinsk onkologi, neuropsykiatri, radioterapi, stomatologi, tropemedisin, urogenital medisin, venerologi (7).

Norge har i stor grad en spesialitetsstruktur som er sammenfallende med de andre europeiske land. Men innen en del fagområder har mange land oppstykket medisinen i flere spesialiteter enn det vi har i Norge, for eksempel dermatologi og venerologi (hud- og veneriske sykdommer). Oppbygningen av spesialiseringen og den type læring som gjennomføres, der «mester-svenn-læringen» står sentralt, er tilsvarende som i andre europeiske land. Også spesialiseringens lengde og innhold er i stor grad sammenfallende (1).

Tabell 3: Oversikt over antall Nordiske spesialiteter og harmonisering med EU.

	Hovedspesialiteter	Grenspesialiteter	Godkjente i EU
Danmark	38	-	29
Finland	49	-	41
Island	33	39	32
Norge	30	14	39
Sverige i dag	31 + 2	24	41
Sverige fra 1.1.2014*	45+9	8	

*Socialstyrelsen i Sverige har foreslått å endre spesialtetsstruktur til å bestå av 62 spesialiteter, der 45 er hovedspesialiteter, 9 er tilleggsspesialiteter og 8 er grenspesialiteter. Endringene er foreslått å være gjeldende fra 1. januar 2014 (6).

7 FAKTORER SOM PÅVIRKER SPESIALITETSSTRUKTUREN

7.1 GENERELT

Det er en rekke faktorer som kan legges til grunn for valg av spesialitetsstruktur. Et viktig premiss for Legeforeningen ved valg av hvilke faktorer som skal legges til grunn for spesialitetsstruktur er langsiktighet. Faktorene må ha et langt tidsperspektiv og ikke vær flyktige eller påvirkbare på kort sikt. En endret og ny spesialitetsstruktur vil bruke flere år på å etablere seg og vi må sikre at valgene står seg over tid.

7.2 BEFOLKNINGENS BEHOV

I 2100 er levealderen forventet å øke til 89,5 år for menn og 92,5 år for kvinner (8). En konsekvens av lengre forventet levealder er at eldre personer i fremtiden vil utgjøre en stadig større andel av befolkningen. Med økende gjennomsnittsalder vil sammensatte sykdomsbilder dominere mer, samtidig som livsstilssykdommer som hjerte/karsykdommer, kreft og diabetes vil øke i befolkningen. Vi ser også at etablerte sykdommer sprer seg til nye deler av befolkningen som for eksempel diabetes type 2, fedme og hypertensjon som blir vanligere hos barn og unge.

I tillegg er det en tendens til at Norges befolkning blir mer sentralisert. Veksten blir størst i og rundt de store byene, mens de fleste kommunene med befolkningsnedgang ligger langt fra store byer (8).

I sum kan en forvente seg en befolkning med høyere gjennomsnittsalder, at andelen eldre øker og et mer sentralisert bosettingsmønster.

En eldre befolkning krever endringer i kompetanse, metoder og håndtering av sykdommer. Kirurgiske inngrep bør bruke minimalt invasiv teknologi og utføres med kort «knivtid», med tilpasset anestesiologisk kompetanse og overvåking. Tilgang til kardiologisk, lungemedisinsk, nyremedisinsk og geriatrisk kompetanse vil ofte være nødvendig ved komplikasjoner. Det er derfor naturlig at kirurgiske fag og indremedisinske fag tilpasser seg befolkningens behov. For kirurgiske fag betyr det økt spissing av kirurgiske ferdigheter og skånsomme moderne metoder. For indremedisinske fag er det fortatt behov for å se sammenhenger og behandle flere syke organer samtidig og over tid. Kirurgi på eldre pasienter bør utføres på sykehus med bred indremedisinsk kompetanse, mens mye god indremedisin kan tilbys desentralt og uten alle kirurgiske hovedspesialiteter tilgjengelig lokalt. Uansett må både indremedisinske og kirurgiske avdelinger ha robuste fagmiljø som kan bruke tilgjengelig grenkompetanse og spesialkompetanse, særlig for sammensatte og komplekse tilstander og pasienter.

7.3 FAGUTVIKLINGEN

7.3.1 KUNNSKAPSVEKST OG KVALITETSKRAV

Begrunnelsen for å ønske endringer i spesialitetsstruktur kan spores tilbake til den raske fagutviklingen mange fag opplever sammen med det faktum at kunnskapsmengden innenfor hvert fag stadig øker. Innen kirurgi opplever nå de ulike fagmiljøene at det blir vanskelig å tilegne seg og ivareta både generell kompetanse og kompetanse innenfor grenen. Om fagene er for brede erfares det at det også blir vanskelig å opparbeide seg tilstrekkelige ferdigheter til å kunne yte helsetjenester av den høye kvaliteten det forventes. Dette gjelder også den generelle kompetansen som det er vanskeligere å opprettholde.

Gjeldende spesialitetsstruktur må til enhver tid kunne ta inn over seg kunnskapsutviklingen i faget og den enkelte spesialist må ha anledning til å bli trygg og god innenfor sin del av faget.

7.3.2 NYE METODER OG TEKNOLOGISK UTVIKLING

En sentral del av fagutviklingen er utviklingen av nye metoder og ny teknologi. Også denne delen av fagutviklinger går raskt. Til dels er utviklingen drevet av den kommersielle industrien også. Imidlertid er spesialistene de viktigste premissleverandørene for hvordan nye metoder og teknologi skal settes ut i livet.

Nye metoder fører til at sykdommer som tidligere ikke kunne behandles nå kan behandles, at sykdommer kan behandles på en mer effektiv måte, og at pasienter kan bli friske fra sykdommer som tidligere var kroniske. Dette påvirker igjen i hvilket omfang en møter de enkelte tilstander og også fordelingen av behandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Noen sykdommer kan nå behandles med enklere metoder som kan utføres i primærhelsetjenesten mens en i andre tilfeller har utviklet høyspesialiserte tilbud slik at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret.

Den teknologiske utviklingen gjør at eksisterende tilstander kan behandles med ny teknologi. Teknologien kan gjøre diagnostikk og behandling spesialitetsovergripende. Med det menes at en spesialitet som tradisjonelt har behersket en type teknologi opplever at tilstander tradisjonelt behandlet av andre spesialiteter kan tilnærmes med samme teknologi. Da oppstår en situasjon hvor flere spesialiteter ønsker å benytte samme metodikk og behandle de samme pasientene. Så er spørsmålet i hvilken grad en skal gjøre visse metoder eller tilstander eksklusive for en spesialitet. Det finnes gode faglige argumenter for at en med utgangspunktet i pasientgrunnlaget holder en metode på færrest mulige hender.

Et annet eksempel på teknologisk utvikling som har satt flere fagmiljøene på prøve er overgangen til lapraskopisk kirurgi. Dette var en endring i utøvelse av faget som var omfattende, men som en ikke kunne la være å innføre av hensyn til pasientene. Slike omveltninger vil skje igjen og da må spesialitetene være innrettet for å ta inn over seg slike store endringer.

7.4 INTERNASJONALISERING

Fagutviklingen foregår i et internasjonalt fagmiljø. For å være fullverdige deltagere i disse kan ikke norske spesialiteter organisere seg på en svært avvikende måte. Yrkeskvalifikasjonsdirektivet i EØS slår fast at spesialister skal godkjennes på tvers av landegrensene for de spesialiteter og land som er oppført i direktivet. Overenstemmelse med den europeiske spesialitetsstrukturen kan gjøre det lettere for norske spesialister å delta i det europeiske legemarkedet samtidig som det blir enklere å skaffe nødvendig kompetanse fra utlandet. Mulighet for tett samvirke med det europeiske legemarkedet og de europeiske fagmiljøene vil gjøre norsk helsevesen bedre rustet til å møte nye utfordringer.

I dag eksisterer det en rekke godkjenningsordninger innenfor European Union of Medical Specialists-systemet (UEMS, den europeiske legespesialistorganisasjonen). Fagseksjonene i UEMS jobber blant annet med å utarbeide en europeisk standard for innholdet i den enkelte spesialitet.

7.5 SYKEHUSSTRUKTUR OG SYKEHUSDRIFT

7.5.1 DESENTRALISERT SYKEHUSSTRUKTUR

Det er et politisk mål at vi i Norge skal opprettholde en desentralisert bosetning. Som et ledd i dette skal helsetjenester tilbys der folk bor. Den sittende regjeringen har i sin regjeringserklæring slått fast at «ingen lokalsykehus skal legges ned». Slike politiske føringer kan endre seg, men vi må på lang sikt forholde oss til en desentralisert sykehusstruktur med stor variasjon i størrelse på sykehusene. I tillegg må vi også forvente at dagens sykehusstruktur vil endres over tid.

7.5.2 SYKEHUSDRIFT OG – ØKONOMI

Drift og organisering av sykehus er under stadig forandring og utvikling. Siden foretaksreformen ble innført har antall helseforetak blitt redusert fra 43 til 26. Større enheter vokser frem og den indre organiseringen endres. En klar drivkraft i omorganiseringen av sykehusene er ønske om effektivisering. Effektiviseringen har også ført til sammenslåinger av funksjoner, funksjonsfordelinger og ønske om bruk av spesialister på nye måter. Noen mener at spesialitetsstrukturen i større grad må innrette seg etter den gjeldende sykehusstruktur og sykehusorganisering og ta inn over seg behov knyttet til sykehusenes drift, derunder også sykehusøkonomi.

Sykehusstruktur, sykehusorganisering, sykehus drift og sykehusøkonomi er omskiftelig og kan og vil endres seg også i fremtiden.

7.6 HELSEPOLITISKE SIGNALER

Helse er et av de største politiske områdene i Norge. Alle de politiske partiene har en helsepolitisk agenda. Fra politisk hold kommer klare prioriteringsønsker, ulike forslag til organisering av sykehus, forskjellige reformer og nye forslag til økonomifordeling. Regjeringen er påvirkelig fra opinionen med tanke på utforming av helsepolitikken. En kan også forvente endringer i de politiske føringene med nye regjeringer. Alt dette fører til at en på relativt kort sikt kan forvente endringer i prioriteringer og sykehusorganisering. Spesialitetsstrukturen i Norge må evne og tilpasse seg de ulike politiske føringene som en vet vil komme på kort og på lang sikt.

7.7 HENSYN TIL SPESIALISERING AV LEGER

Endret spesialitetsstruktur kan føre med seg endrede innholdskrav og endret organisering som spesialiseringen må ta inn over seg. Spesialiseringen av leger står i dag overfor store utfordringer. Det overordnete målet om rask og effektiv spesialisering frem til spesialist med gode ferdigheter, kan ikke alene løses ved endringer i spesialitetsstruktur. Skal en oppnå dette, må spesialiseringen struktureres og riktig progresjon i spesialiseringen må være i fokus fra første dag en lege begynner i spesialisering. I arbeidet med faste stillinger for leger i spesialisering er det oppnådd enighet med arbeidsgiversiden om et opplegg for strukturert og effektiv spesialisering. Det viser at det både er vilje og mulighet for å lage systemer innenfor dagens spesialitetsstruktur. Det vil gjelde uavhengig av hvilken spesialitetsstruktur en velger.

7.8 BALANSE MELLOM SPISSKOMPETANSE OG BREDDEKOMPETANSE

Økt spesialisering i medisinske fagområder kan gå på bekostning av breddekompetanse. Med en spesialitetsstruktur som kun bygger opp om den «spisse enden» vil helsetjenesten miste helhetsperspektivene. Demografiske forhold skaper store utfordringer i utformingen av helsetjenesten i Norge og nødvendiggjør et fleksibelt system der hensynet til spisskompetanse og breddekompetanse balanseres i et nasjonalt helsevesen.

For å unngå et tap av helhetlig ivaretagelse av den enkelte pasient og muligheten til å kunne gi helhetlige helsetjenester må spesialitetsstrukturen innrettes slik at det er mulig å profilere sin kompetanse i spiss eller bredde.

7.9 OPPSUMMERING

Det grunnleggende for spesialitetsstrukturen er at pasienter i Norge har krav på likeverdige helsetjenester av høy kvalitet. En spesialitetsstruktur som evner å ta inn over seg den raske kunnskapsveksten og fagutviklingen vil være best rustet for å gi helsetjenester med høy kvalitet til befolkningen. Da vil en også være rustet til å møte de endringer i demografi og epidemiologi som nødvendigvis vil komme. Dette bør være de viktigste faktorene som skal påvirke spesialitetsstrukturen.

Selv om bosetningsmønsteret endrer seg, skal vi fortsatt kunne gi gode helsetjenester i en desentralisert sykehusstruktur. Spesialitetsstrukturen må kunne betjene dagens sykehusstruktur og samtidig nok være fleksibel nok til å leve med endringer som kan komme.

Sykehusorganisering, sykehusdrift, sykehusøkonomi, skiftende helsepolitiske signaler og politiske helsereformer har ofte kortere perspektiver. Spesialitetsstrukturen må kunne ta opp i seg slike skifter uten av strukturen må endres.

8 SPESIALITETSSTRUKTUR I AKTUELLE FAG

8.1 INNSPILL FRA KIRURGISK UNDERGRUPPE

8.1.1 BAKGRUNN FOR ANBEFALT SPESIALITETSSTRUKTUR

Undergruppen i kirurgi trekker frem flere faktorer som grunnlag for ønsket om endret spesialitetsstruktur. Den medisinske og teknologiske utviklingen medfører at fagene øker i kompleksitet og omfang. Kravene til tekniske ferdigheter øker noe som medfører behov for mengdetrening. Krav til økt volum for tilstrekkelig kvalitet i spesifikke ferdigheter nødvendiggjør mer tid til spesialisering i de enkelte spesialiteter. Dagens krav om generell kompetanse i hovedspesialiteten generell kirurgi gjør at det tar for lang tid før kirurger i spesialisering får anledning til å jobbe med egen spesialitet. Lang spesialiseringstid kan hemme rekrutteringen. Kravene til kvalitet i det kirurgiske tilbudet øker og sammen med den medisinskteknologiske utviklingen vil dette føre til at høyspesialiserte kirurgiske tjenester sentraliseres. Samtidig skal det også tilbys kirurgiske tjenester i en desentralisert sykehusstruktur. Dette krever et felles minimum av breddekompetanse innen alle de kirurgiske spesialitetene.

8.1.2 UNDERGRUPPENS ANBEFALINGER OM SPESIALITETSSTRUKTUR

Den kirurgiske undergruppen foreslår at en går bort fra ordningen med grenspesialisering og innfører hovedspesialiteter. Det innebærer opprettelsen av følgende nye hovedspesialiteter: Gastroenterologisk kirurgi, urologi, thoraxkirurgi, karkirurgi, barnekirurgi, og bryst – og endokrinkirurgi. Spesialiteten i generell kirurgi anbefales å opphøre. Den nye hovedspesialiteten i gastroenterologisk kirurgi skal ta opp i seg kompetanse fra generell kirurgi som ikke naturlig faller inn i de andre nye hovedspesialitetene. Gastroenterologisk kirurgi blir således den nye generelle spesialiteten.

Videre anbefales det å innføre et strukturert spesialiseringsløp. Spesialiseringen blir to-delt med en felles kirurgisk basistjeneste av to års varighet og selve hovedspesialiseringen av fire års varighet. Felles basistjeneste kan/bør komme først i spesialiseringsløpet. Videre foreslår undergruppen at felles basistjeneste må inneholde minst seks måneder med tjeneste innen gastroenterologisk kirurgi og minst tre måneder tjeneste i urologi. De resterende 15 måneder kan gjennomføres i valgfri kirurgisk spesialitet. I tillegg må basistjenesten inneholde krav om generelle prosedyrer, krav om akuttmedisin, inklusiv traumatologi, og generell vaktberedskap. Kravene i hovedspesialiseringen og forskningens plass må fastsettes av de gjeldende spesialitetskomiteene og fagmiljøene.

Undergruppen anbefaler ikke ytterligere formalisert spesialisering etter hovedspesialitet. Undergruppen mener at fagutviklingen best vil bli integrert i fagmiljøene gjennom uformell faglig profilering. Å legge til rette for dette vil kunne bidra til økt faglig kvalitet hos norske kirurger.

8.1.3 FORDELER OG ULEMPER VED NY STRUKTUR

Ny struktur vil kunne få konsekvenser for andre spesialiteter. I dag er det krav om tjeneste i generell kirurgi i spesialitetene plastikkirurgi og fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hvilke krav til annen kirurgi disse fagmiljøene ønsker å videreføre må de respektive spesialitetskomitéer avgjøre. Tjeneste i ulike kirurgiske

hovedspesialiteter kan gjennomføres ved hjelp av samarbeidsavtaler mellom avdelingene.

Etter undergruppens syn vil en av de største fordelene ved overgang til hovedspesialitet være at en får mer tid til opplæring i det faget en velger å satse på. Dette kan også bidra til økt rekruttering.

En overgang til hovedspesialiteter kan få betydning for sykehusstrukturen. Mindre sykehus kan ikke opprettholde vaktberedskap innen alle hovedspesialiteter, men spesialister i gastroenterologisk kan besørge en generell kirurgisk beredskap. Sentraliseringen som følger av fagutviklingen kan medføre at pasienter vil måtte transporteres til større sykehus for spesialisert kirurgisk kompetanse.

Kirurgisk undergruppe kommer også med anbefalinger angående mottaksmedisin, traumatologi og transplantasjonskirurgi. Dette omtales under avsnittet om kompetanseområder.

8.2 INNSPILL FRA INDREMEDISINS UNDERGRUPPE

8.2.1 BAKGRUNN FOR ANBEFALT SPESIALITETSSTRUKTUR

Innen det indremedisinske fagmiljøet er det særlig det kardiologiske miljøet lagt frem argumenter for en endring av spesialitetsstruktur og ytret ønske om kardiologi som hovedspesialitet. Pasienter med hjertesykdom utgjør en betydelig andel av pasientene som til enhver tid er innlagt på sykehus, og det kardiologiske fagmiljøet hevder at økt spesialisering i kardiologi kunne bidratt til bedre faglige beslutninger for denne pasientgruppen. Det kardiologiske ønsker å harmonisere spesialitetsstrukturen med det internasjonale fagmiljøet, og hevder at det vil gi økt mulighet for faglig oppdatering og deltakelse i internasjonale utdanningsprogrammer. Det pekes på at den teknologiske utviklingen har bidratt til veletablerte fagområder innen kardiologi som på sikt bør inn i en formell grenspesialitet.

Ingen av de øvrige indremedisinske grenspesialitetene har arbeidet for en overgang til hovedspesialitet.

Fra flertallet i undergruppen ble det pekt på det økende behovet for generell kompetanse for å kunne ivareta en pasientpopulasjon med økende gjennomsnittsalder og høyere forekomst av kompleks symptomatologi og multisykdom. Det ble understreket at de indremedisinske grenspesialitetene var sterkt knyttet til hverandre da kompetanse fra ulike fagfelt var nødvendig for å utøve egen grenspesialitet. Dette ansees i større grad å være tilfelle for indremedisinske fag enn for de kirurgiske fagene. I tillegg så vil det være nødvendig å yte indremedisinsk beredskap i en desentralisert sykehusstruktur hvor generell kompetanse er avgjørende. For å oppnå intensjonen i samhandlingsreformen mener undergruppen at bred kompetanse hos den enkelte spesialist er avgjørende. Det ble også pekt på organisatoriske utfordringer dersom fagene skilte lag blant annet i forbindelse med spesialiseringen av leger hvor tjeneste i flere av de indremedisinske fagområdene er nødvendig.

Undergruppen var enig om at spesialiseringen av leger er for lite effektiv og tar for lang tid. Ustrukturerte spesialiseringsløp og flaskehalser, særlig i forbindelse med gruppe 1-tjenesten, ble sett på som de viktigste årsakene. I tillegg ble det erkjent at

vaktbelastningen noen steder er for stor og at vaktfritak i deler av spesialiseringen kan være nødvendig.

Undergruppen drøftet videre om kardiologi kunne bli hovedspesialitet mens de andre forble grenspesialiteter.

8.2.2 UNDERGRUPPENS ANBEFALINGER OM SPESIALITETSSTRUKTUR

Indremedisinsk undergruppe konkluderte med at alle de indremedisinske grenspesialitetene videreføres inntil videre. Undergruppen ser for seg en mulig overgang til hovedspesialiteter for alle grenene, men forankringen for forslaget var foreløpig ikke til stede i fagmiljøet. Undergruppen åpnet for at en slik overgang kunne bli aktuell på sikt, men at problemstillingen måtte utredes.

Undergruppen anbefalte ikke at kardiologi ikke skulle bli hovedspesialitet alene. Kardiologenes representant støttet ikke denne anbefalingen (se vedlegget «Dissens fra det kardiologiske fagmiljøet»).

Undergruppen anbefalte også at spesialiseringsløpene innen de indremedisinske grenspesialitetene struktureres og effektiviseres. Følgende forslag til strukturert spesialisering ble fremmet: Spesialiseringen starter med en felles faglig basistjeneste på tre år. Denne skal inneholde minst ett år kardiologi med hjerteovervåkning og et obligatorisk kursprogram. Når det gjelder de to påfølgende årene, må de respektive spesialitetskomiteene og fagmiljøene gjennomgå kravene for spesialiteten. Målet med basistjenesten er at legen i spesialisering får en bred innføring i indremedisin.

Etter basistjenesten følger tre år med tjeneste innenfor grenspesialiteten og i tillegg et halvt år med annen tjeneste som for eksempel forskning. Total spesialiseringstid blir på seks og et halvt år, det vil si som minimum tid i dag, og en oppnår da både spesialistgodkjenning i generell indremedisin og aktuell grenspesialitet.

8.2.3 FORDELER OG ULEMPER VED VIDEREFØRING

Undergruppen mener at dagens system fungerer godt. Det evner å spesialisere indremedisinere som i stor grad kan ivareta både generell indremedisin og spisskompetanse innenfor grenspesialitetene. Dagens ordning vil kunne ivareta både helhetlig behandling av den enkelte pasient og helhetlige helsetjenester i en desentralisert sykehusstruktur.

I Norden er det variasjon i hvordan de indremedisinske fagene organiseres, men det er en trend mot overgang til hovedspesialiteter. Det er avgjørende at spesialiseringen blir strukturert i tråd med anbefalingene for å løse problemet med unødig lang spesialiseringstid.

Det nye forslaget til struktur og innhold i spesialiseringen ligger tett opp til det som er systemet i land hvor de indremedisinske fagene er egen hovedspesialitet. Forslaget fra kardiologene om spesialiseringsløp i en ny kardiologisk hovedspesialitet bestod også av en treårig felles basistjeneste, tre år med tjeneste innen kardiologi og seks måneder forskning eller valgfri tjeneste i definerte fag.

8.3 ANDRE SPESIALITETER

I tillegg til å sette ned undergrupper i kirurgi og indremedisin, ble øvrige fagmiljøer kontaktet for å komme med innspill til endringer i egen spesialitetsstruktur. I følgende avsnitt gis en oversikt over innkomne forslag om opprettelse av nye grenspesialiteter.

Radiologi:
- intervensjonsradiologi
- andre områder kan være aktuelt på sikt

Fødselshjelp og kvinnesykdommer:
- gynekologisk onkologi (tidligere foreslått av Legeforeningen, men avvist av helsemyndighetene i 2006)

Patologi:
- rettspatologi

Psykiatri:
- alderspsykiatri
- andre områder kan være aktuelt på sikt

8.3.1 INTERVENSJONSRADIOLOGI

Norsk radiologisk forening og Norsk forening for intervensjonsradiologi anbefaler opprettelse av grenspesialitet i intervensjonsradiologi. Foreningene fremholder at den perkutane teknikken er et alternativ til eller erstatter åpne kirurgiske inngrep, og at den radiologiske metoden har redusert morbiditet, mortalitet og liggetid sammenholdt med tradisjonell kirurgi. Det påpekes at intervensjonsradiologi stiller krav til avansert håndverk, kompetanse innen intervensjonsteknikker og bildetolkning og teoretiske kunnskaper. Det fremholdes at en formalisert utdanning er viktig for å minimere risiko og øke kvalitet og sikkerhet ved perkutane inngrep (se vedleggene «Søknad om subspesialitet for intervensjonsradiologi under spesialiteten Radiologi», «Spesialitetsstruktur – Behov for endringer?» og «Intervensjonsradiologi»).

8.3.2 GYNEKOLOGISK ONKOLOGI

Norsk gynekologisk forening, sammen med faggruppen Norsk forum for gynekologisk onkologi, anbefaler opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi. For å styrke og strukturere gynekologisk kreftutdanning fremmet Legeforeningen i 2005 forslag om opprettelse av slik grenspesialitet, men forslaget ble avvist av helsemyndighetene.

Foreningen fremholder at det er allment akseptert at den bedrede kvaliteten i gynekologisk kreftbehandling og øket overlevelse skyldes sentralisering av behandlingstilbudet og dermed øket kompetanse hos legene. Foreningen uttrykker bekymring for alderssammensetningen hos spesialistene, der >75% er over 50år og halvparten av disse over 60 år, og påpeker at det er nødvendig å styrke rekruttering til gynekologisk onkologi (se vedleggene «Søknad om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi», «Forslag om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi» og «Forslag om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi under fødselshjelp og kvinnesykdommer»).

8.3.3 RETTSPATOLOGI

Den norske patologforening anbefaler at det opprettes grenspesialitet i rettspatologi.

Norsk rettsmedisinsk forening etablerte i 2009 en sertifiseringsordning i rettsmedisin, og har som mål at det på sikt etableres en egen spesialitet i rettsmedisin. Patologforeningen støtter ikke dette forslaget, og fremholder at rettspatologisk sakkyndighet tradisjonelt har vært utøvet av overleger/spesialister i patologi som også deltar i vanlig diagnostisk rutinearbeid, blant annet i sykehusobduksjonsvirksomheten. Patologforeningen mener det er viktig med en formalisert forankring av rettspatologien i patologifaget og foreslår rettspatologi som en grenspesialitet av patologi (se vedlegget «Spesialitetsstruktur i Patologi»).

8.3.4 ALDERSPSYKIATRI

Norsk psykiatrisk forening anbefaler opprettelse av grenspesialitet i alderspsykiatri. Psykiatriske lidelser er vanlig blant eldre og fagfeltet har fått økt aktualitet og betydning som en konsekvens av økende levealder. Alderspsykiatrisk utredning og behandling er en kompleks oppgave. Alderspsykiatri er i dag godkjent som fordypningsområde i psykiatri, men det er ønskelig å styrke fagfeltet ytterligere ved å opprette en egen grenspesialitet (se vedlagt brev fra Norsk psykiatrisk forening).

9 NYE SYSTEMER FOR KOMPETANSESIKRING

9.1 HVA ER KJERNEN I EN SPESIALITET?

Tradisjonelt springer spesialitetene ut fra og er avgrenset til å ivareta sykdommer innenfor de ulike organsystemene. Dette gjelder i stor grad grenseoppgangene mellom spesialiteter i dag også. For eksempel lungesykdommer, gastroenterologi, thoraxkirurgi, urologi, kardiologi, gynekologi, øyesykdommer, øre/nese/hals, nevrokirurgi og ortopedi er eksempler på spesialiteter som har sykdommer og tilstander innenfor avgrensede organsystemer som sitt hovedfokus. Felles for slike spesialiteter er at de tradisjonelt har kunnet ta hånd om pasienten fra symptomdebut, gjennom utredning og diagnostikk til endelig behandling.

Andre spesialiteter er i større grad knyttet opp til en metodisk tilnærming til pasienten. Laboratoriefagene og også fag som anestesiologi og radiologi har metodikk som bærende elementer i faget sitt. Tradisjonelt sett har slike fag blitt sett på som støttefag til organspesialitetene

Dette har endret seg. Organspesialistene er nå helt avhengige av samarbeid med andre spesialiteter og også andre faggrupper for å kunne gi pasientene helhetlig behandling. Organspesialistene må samarbeide med de andre spesialitetene for at pasienten skal få helhetlige pasientforløp. Det er nå vanlig at noen spesialiteter overtar deler av pasientforløpet og også følger opp pasienten selv i etterkant. Anestesiologenes intensivbehandling og perioperative rolle er eksempler på dette. Under et intensivforløp overtar intensivmedisineren ansvaret for pasientforløpet og det er også etablert praksis med at intensivmedisinere følger opp pasientene også etter utskrivelse fra sykehuset.

En annen ramme for spesialiteter er funksjoner. Med dette menes at en kan tenke seg en spesialitet hvor hensikten er å fylle en funksjon i helsevesenet. I norsk spesialisthelsetjeneste er dette lite kjent, men fra utlandet er flere ulike funksjonsspesialiteter i bruk. Et eksempel er «emergency physicans» som skal ivareta legearbeid i akuttmottaket. Denne spesialiteten har sammenstilt kompetanse fra flere ulike organspesialiteter og behersker metodikk fra både organspesialiteter og metodebaserte spesialiteter for å kunne fylle en funksjon.

9.2 ER GRENSPESIALISERINGEN UTDATERT?

Er dagens ordning med grenspesialiteter hensiktsmessig å videreføre? Internasjonale trender går i retning av egne hovedspesialiteter. Når kirurgene ønsker å forlate ordningen med grenspesialiteter og indremedisinerne åpner for en styrt avvikling på lengre sikt må en stille seg spørsmålet om ordningen skal opprettholdes i den norske spesialitetsstrukturen.

Hva oppnår en med grenspesialitetene? Med grenspesialisering oppnår en det samme som med spesialisering generelt. En får klare krav til kompetanse og ferdigheter og sikrer også at helsevesenet innehar nødvendig kompetansebredde også innen de spisse delene av fagene. Fra fagmiljøer som ønsker egne grenspesialiteter hevdes det også at det vil virke rekrutterende og vil øke fagets anseelse. Om en ser hen til utviklingen som de kirurgiske og indremedisinske fagene har gått gjennom er det enkelt å se at noen fag nå nærmere seg en størrelse og har et så komplekst innhold at det vil være naturlig å etablere grenspesialiteter på samme måte som for kirurgi og indremedisin på 70-tallet.

Hva er så motargumentene mot ordningen med grenspesialisering? Opprettelse av nye grenspesialiteter vil etablere et formelt rammeverk rundt et fagområde. Slikt rammeverk virker konsoliderende på faget og vil ekskludere andre aktører en de som har riktig hovedspesialitet i utgangspunktet. I og med at nye grenspesialiteter vil omfatte høyspesialisert kompetanse og ofte kompetanse og kunnskap som er i rivende utvikling kan en stille seg spørsmålet om det er hensiktsmessig å konsolidere denne kompetansen slik.

Grenspesialisering vil medføre en offentlig godkjenning av den enkelte spesialist. Det er helt på det rene at det ikke vil være mulig å gi en offentlig godkjenning til all type kompetanse. Den spisse kompetansen i fronten av faget må leve friere enn innenfor en offentlig godkjenningsordning. Etablering av nye grenspesialiteter vil flytte offentlig godkjenning nærmere den spisse enden av faget.

En kan tenke seg at med den hurtige fagutviklingen så er det ikke hensiktsmessig å sette opp flere rammer for kompetanse enn det vi allerede har. Kanskje bør det være slik at kompetansen og kunnskapen som pr i dag ikke omfattes av en spesialitet (inkludert eksisterende grenspesialiteter) bør kunne være friere organisert nettopp for å kunne ta inn over seg fagutviklingen og den teknologiske utviklingen som går raskere og raskere.

Om deler fagene kan leve uten en offentlig godkjenningsordning vil også fagmiljøene selv ha mye mer påvirkning på fagutviklingen og hvilke deler av faget som skal vektlegges. Dette er særlig viktig i de delene av fagene som er under utvikling og som skal prøves ut eller implementeres.

9.3 FOKUSERT ETTERUTDANNING

Som et alternativ til grenspesialisering vil fokusert etterutdanning være løsningen på kompetansesikring etter spesialistgodkjenning. Etterutdanningen kan innrettes mot det en faktisk skal drive med og den kunnskapen en trenger for å bli flink innenfor sitt fagfelt. Fokusert etterutdanning er mer fleksibel enn offentlige godkjenningsordninger og en kan lettere tilpasse seg fagutviklingen. I tillegg kan etterutdanningen brukes til å oppnå internasjonale sertifiseringer om det finnes hensiktsmessig.

Etterutdanning kan også bidra til at spesialister med ulik bakgrunn kan tilnærme seg det samme fagfeltet. Dette kan bygge opp under mer fleksibel bruk av kunnskap og kompetanse.

Sett i lys av at de kirurgiske fagmiljøene ønsker å forlate ordningen med grenspesialisering og de indremedisinske grenspesialitetene åpner for det bør Legeforeningen drøfte om en skal forlate ordningen med grenspesialisering og heller sørge for at fokusert etterutdanningen skal overta som ramme for kompetansesikring etter at hovedspesialitet er oppnådd.

9.4 KOMPETANSEOMRÅDER

Legeforeningens (1) rapport «Spesialistutdanningen av leger» gir følgende beskrivelse av kompetanseområde: «Et kompetanseområde er karakterisert ved at leger med en særlig interesse og kompetanse arbeidet innenfor et område som griper inn i tre eller flere spesialiteter». I senere tid har Helsedirektoratet brukt det samme begrepet, men betydningen skiller seg blant annet ved at begrepet henviser til kompetanseområder som går på tvers av profesjoner.

I 2009 vedtok Legeforeningens landsstyre å utrede kompetanseområder. Målet med kompetanseområder var å sikre et bedre helsetilbud til betydelige pasientgrupper i fagfelt som griper inn i eller omfattes av flere spesialiteter, og som ikke dekkes av én spesialitet. Legeforeningen har etablert kompetanseområder i alders- og sykehjemsmedisin og allergologi. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre et pilotprosjekt med kompetanseområde palliativ medisin.

9.4.1 FORESLÅTTE KOMPETANSEOMRÅDER

Legeforeningen har mottatt konkrete innspill om opprettelse av nye kompetanseområder innenfor følgende fagfelt:

- mottaksmedisin
- traumekirurgi
- smertemedisin

Prosjektgruppen har en positiv grunnholdning til at det arbeides videre med disse kompetanseområdene.

I tillegg har fagmedisinske foreninger foreslått følgende fagfelt som aktuelle kompetanseområder: nyresykdommer, leddsykdommer, billeddiagnostikk, rehabilitering, klinisk rettsmedisin og transplantasjonskirurgi.

Fra det nukleærmedisinske fagmiljøet har det blitt uttrykt behov for et spesialiseringsløp og tilleggsutdanning i nukleærmedisin og radiologi som sikrer kompetanse i hybriddiagnostikk.

9.4.2 MOTTAKSMEDISIN

Norsk forening for mottaksmedisin arbeider for økt legefaglig kompetanse og tilgjengelighet i norske akuttmottak. Foreningen fremholder at der er bred nasjonal enighet om at det må bli økt fokus på akutt- og mottaksmedisin, og påpeker at det er behov for en nasjonal kompetanseplan og enhetlig rammeverk (utdanningsplan) for å sikre faglig kompetanse i akuttmottaket.

Pasientpopulasjonen i mottak domineres i økende grad av uselekterte, udifferensierte pasienter med diffuse symptomer. Mottaksmedisin er et fagområde som omhandler alle pasienter som utredes og behandles i akuttmottaket. Mottaksmedisin som kompetanseområde kan være et viktig bidrag til å øke legefaglig kompetanse og tilgjengelighet i akuttmottakene (se vedlegget «Utvikling av akutt- og mottaksmedisin i Norge»).

9.4.3 TRAUMEKIRURGI

Norsk kirurgisk forening og foreningens traumeutvalg anbefaler at det opprettes kompetanseområde i traumekirurgi.

Traumekirurgi har i løpet av de siste 10 årene utviklet seg til en høyspesialisert funksjon som krever planlagt og samkjørt multidisiplinær tilnærming. De nødvendige livreddende kirurgiske prosedyrene inngår ikke i noen tradisjonell generell kirurgisk utdanning, men må læres spesifikt.

Foreningen anbefaler at det etableres et kompetanseprogram som kan bidra til å kvalitetssikre den faglige standarden og traumeorganiseringen i Norge. Kompetanseprogrammet skal bygge og sikre en multidisiplinær tilnærming til en kompleks gruppe pasienter, og gi realkompetanse i bred kirurgisk håndtering i akuttfasen, koordinering av tverrfaglig innsats i hele forløpet, samt videre kirurgisk kompetanse innen egen spesialitet. Det fremholdes at systematisert opplæring også vil kunne bidra til å bedre rekrutteringen til fagfeltet (se vedlegget «Traumekirurgisk kompetanseprogram»).

9.4.4 SMERTEMEDISIN

Et bredt utvalg av fagmedisinske foreninger anbefaler opprettelse av kompetanseområde i smertemedisin.

Det fremholdes at smertemedisin angår de aller fleste medisinske spesialiteter og bygger på kunnskap fra mange områder. Smertemedisin omfatter forståelse, diagnostikk og behandling av akutt og kronisk smerte på tvers av tradisjonelle fagdisiplinære skillelinjer. Økt kunnskap om smertemedisin vil kunne føre til bedre beslutninger og bedret samhandling i alle deler av helsetjenesten. Ved å samle leger med interesse for dette problemet i et fagfellesskap kan man stimulere til kunnskapsutvikling og omstilling etter hvert som forståelse og behandlingsmuligheter endrer seg (se vedlegget «Opprettelse av kompetanseområde i smertemedisin»).

10 Allmennmedisin og samfunnsmedisin i fremtiden

Rekruttering er den største utfordringen innen allmennmedisin og samfunnsmedisin. Rekruttering til fastlegeordningen dekker i dag ca. en tredel av behovet. Av tiltak fagmiljøene foreslår vil kunne fremme rekrutteringen og bedre spesialiseringen kan nevnes; en obligatorisk spesialisering for å heve kvalitet og status, et mer strukturert spesialiseringsløp med lettere tilgang, opprettelse av rekrutteringsstillinger/hjemler med valgfri avlønningsform (fastlønn eller som næringsdrivende), opprettelse av flere fastlegehjemler med offentlig «tilskudd» ved start av null-liste, registrering/påmelding til spesialisering for å identifisere utdanningskandidatene og en individuell veileder som oppnevnes når man starter spesialiseringen som en støtte for kandidaten gjennom spesialiseringsløpet.

10.1 ALLMENNMEDISIN

Spesialiseringen i allmennmedisin fokuserer på forebygging av sykdommer, diagnostisering og behandling av sykdom og på hvordan allmennlegene best mulig kan følge opp kroniske sykdommer.

Media, internett og lettere tilgjengelig kunnskap medfører at befolkningen stiller store krav til fremtidens leger. Noen pasientorganisasjoner etterspør fastleger som har spesialkompetanse på "sin" sykdom. Spesialisering på diagnoser/kliniske fagområder vil være i strid med fastlegeordningen, da det vil føre til at multisyke må ha en fastlege for hver diagnose. Det er ønskelig at dagens fastleger opprettholder breddekompetanse. Fastleger i dag kan ha noe ulik faglig profil avhengig av interesser og listepopulasjon, men det er viktig å opprettholde et prinsipp om at fastleger er "spesialister" på breddekompetanse. Fastleger må til en hver tid oppdatere seg i forhold til det som kreves for å ivareta sin listepopulasjon. Det etablerte system for videre- og etterutdanning legger til rette for det, det er en generell oppfatning at systemet med etterutdanning og resertifisering i allmennmedisin fungerer godt og sikrer kvalitet og livslang læring.

Utvikling av kompetanseområder, som bygger på flere spesialiteter, vil kunne inkludere allmennmedisin. Legeforeningen har etablert kompetanseområder innen alders- og sykehjemsmedisin og allergologi. Helsedirektoratet gjennomfører et pilotprosjekt i palliativ medisin. På sikt kan man tenke seg at det etableres kompetanseområder som involverer allmennmedisin innenfor flere spesialitetsovergripende fagfelt.

10.2 SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen pålegger fastlegene økte oppgaver. Pasienter med kroniske sykdommer, som diabetes mellitus, kronisk obstruktive lungesykdommer, nyresykdommer, revmatiske sykdommer og geriatriske problemstillinger, skal i mest mulig grad behandles i kommunehelsetjenesten. En oppgaveglidning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har imidlertid pågått over lang tid og samhandlingsreformen har kun økt tempo og oppgavetilfang.

Det er en utfordring at det mangler arenaer for diskusjon av ansvars- og oppgavefordeling mellom sykehusenes poliklinikker og fastlegene. En hensiktsmessig avklaring av hvilke oppgaver fastlegene har kompetanse og kapasitet til å overta er av stor betydning for ivaretakelsen av kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestetilbudet.

10.3 AVGRENSING MELLOM ALLMENNMEDISIN OG SAMFUNNSMEDISIN

Samfunnsmedisin er grupperettet legearbeid med systemfokus og samfunnsorientering, mens allmennmedisin i hovedsak representerer individrettet legearbeid.

Gjennom den nye fastlegeforskriften er fastlegen tillagt større forebyggende oppgaver. Sekundærforebygging på individnivå vil fortsatt være en allmennlegeoppgave mens primærforebygging bør i all hovedsak foregå på utenfor helsevesenet, men med allmennleger som viktig premissleverandører.

Det er ikke kommet tilbakemeldinger fra fagmiljøene som indikerer ønsker om endringer i spesialitetsstruktur. Dagens spesialitetsstruktur i primærhelsetjenesten fungerer godt og ønskes opprettholdt.

10.4 SAMFUNNSMEDISIN

Samfunnsmedisin bør bestå som egen spesialitet. Det er den eneste spesialiteten med et gjennomgående gruppe/systemperspektiv. Samfunnsmedisin er ikke bare en primærmedisinsk spesialitet, men er aktuell på alle forvaltningsnivåer i helse- og omsorgstjenesten.

I Målbeskrivelsen defineres samfunnsmedisin som grupperettet legearbeid med følgende oppgaver:

1. Ha oversikt sykdomsforekomst/påvirkningsfaktorer
2. Tilrå, evaluere, iverksette, administrere helsefremmende tiltak
3. Anbefale prioriteringer, fordeling av helseressurser basert på konsekvensanalyser
4. Utøve medisinskfaglig tilsyn

Typiske arbeidsplasser for samfunnsmedisinere er kommuneoverlegestillinger, fylkeslegestillinger, stillinger i direktorat og departement og overordnede stillinger i helseforetak og mange stillinger ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Flere stillinger i NAV er også mer system- og gruppeorienterte og bør kunne falle inn under definisjonen over. Det samme kan sies om mange stillinger i Forsvaret.

Samfunnsmedisinske metoder (f.eks. administrasjon og ledelse, saksbehandling, helserett, metodekunnskap, epidemiologi mv) er relevant for de fleste spesialiteter. Det er svært få leger som utelukkende vil sitte med individuell pasientbehandling, de fleste vil i mer ledende posisjoner trenge slik kompetanse. Opplæring i slike emner vil være relevant for leger i alle spesialiteter. Det kan også vurderes om det vil være nyttig å etablere noen felles læringsarenaer for leger i spesialisering i allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin.

11 FORSKNINGENS ROLLE I SPESIALISERINGEN

Forskning er en av fire oppgaver sykehus særlig skal ivareta (9). Forskningskompetanse skal være en sentral del av legeyrket. Medisin er kunnskaps- og evidensbasert. Det ligger innenfor legenes rolle å utvikle og implementere ny kunnskap og sørge for at fagutviklingen baserer seg på kunnskap. Om ikke leger tar en sentral plass i en forskningsdrevet fagutvikling vil andre definere hva vi skal gjøre og hvordan. Forskningskompetanse og forskning er en forutsetning for at legene fortsatt skal være premissleverandører i fagutviklingen og dermed i helsetjenesten.

Forskningsvirksomhet har i tillegg en viktig miljøeffekt. Når forskning er integrert med klinisk virksomhet og ikke minst med kvalitetssikring og innovasjon, har dette ringvirkninger i miljøet som fører til fagutvikling og god klinisk praksis.

Forskning er ikke en faktor som påvirker spesialitetsstrukturen i seg selv, men i og med at spesialitetsstruktur vil påvirke spesialisering og spesialitetsinnhold må forskningen bringes på banen slik at forskning sikrer sin rettmessige og viktige plass i spesialitetene.

11.1 HVORDAN SIKRE FORSKNINGSKOMPETANSE I SPESIALITETENE?

Gjennom grunnutdanningen og spesialiseringen må alle leger tilegne seg ferdigheter i å finne frem til, kritisk evaluere og implementere ny forskningsbasert kunnskap. En lege må evne lese og forstå en vitenskapelig artikkel eller en meta-undersøkelse. Dette kan under spesialiseringen oppnås gjennom obligatoriske kurs i forskningsmetodikk. Videre kan en stille krav om presentasjon av publisert kunnskap i løpet av spesialiseringen, for eksempel i forbindelse med internundervisning og morgenmøter.

Det bør fortsatt være mulig å få tellende tjeneste fra forskning til spesialiteten. I dag godkjenner de fleste spesialitetene inntil ett år forskningstjeneste som tellende tid i spesialiseringen.

I tillegg til minimumskrav til forskningskompetanse og anledning til å få forskningstjeneste tellende må det legges til rette for kombinerte spesialiseringsløp og forskningsløp/forskerutdanning.

En slik tilnærming til forskerkompetanse og forskningsvirksomhet vil bidra til at alle leger har en grunnleggende akademisk kompetanse med seg i sitt virke. Et mindretall av leger skal forske, men vi må ha et system som gjør det mulig for dem som ønsker det, og er egnet og motivert, til å kunne bruke mindre eller større deler av sin tid på forskning til beste for fagutviklingen.

12 KONSEKVENSANALYSE

12.1 HELHETLIGE HELSETJENESTER

Gjennom arbeidet i dette prosjektet er det et forhold som har blitt brakt på banen av flere og ved flere anledninger. Det er spørsmålet om hvordan en skal ivareta helheten i behandlingen av den enkelte pasient og hvordan en skal kunne gi helhetlige helsetjenester i en desentralisert sykehusstruktur. Flere frykter at overgang fra grenspesialiteter til hovedspesialiteter vil svekke breddekompetansen hos den enkelte spesialist. Samtidig pekes det på at fagutviklingen i stor grad foregår i den spisse enden av faget og at interessen for de grunnleggende elementene og den faglige bredden er mindre vektlagt.

Allerede i dagens struktur opplever en tap av helhet i behandlingen. Særlig på store sykehus kan den enkelte spesialist være så spisset i sin funksjon at pasienten mister den helhetlige tilnærmingen til tilstanden og situasjonen sin. På grunn av krav til effektiv drift og ikke minst kvalitet på behandlingen blir nå flere og flere funksjoner sentralisert. Dette innebærer at sykehus som mister funksjoner ikke lengre kan gi det helhetlige tilbudet som befolkningen har vært vant med.

Gitt dagens situasjon og fremtidig mulighet for ytterligere faglig fragmentering må en prøve å finne løsninger som sikrer helhetlige tilbud også med eventuell ny spesialitetsstruktur.

Om en forlater ordningen med grenspesialisering og heller legger vekt på fokusert etterutdanning så vil det være mulig å kunne tilegne seg breddekompetanse etter at en er godkjent spesialist. Det vil da være mulig å innrette kompetansen sin tidligere mot det behovet som er til stede der en skal jobbe. Det vil for noen spesialister innebære en bred fremfor spiss tilnærming til faget.

12.2 SYKEHUSSTRUKTUR OG -ORGANISERING

Innen kirurgi er det en trend i retning av sentralisering av høyspesialisert kirurgi. Dette innebærer at flere sykehus mister kirurgisk kompetanse og også kirurgisk arbeidskraft. Denne utviklingen er drevet frem i all hovedsak av krav til høy kvalitet og dermed tilstrekkelig volum på de kirurgiske inngrepene. En overgang til hovedspesialiteter underbygger denne utviklingen. Dette kan innebære at færre sykehus kan gi komplette kirurgiske tilbud noe som igjen får konsekvenser for akuttkirurgien. I forslaget fra den kirurgiske undergruppen legges det til grunn at gastroenterologiske kirurger skal overta en del av den generelle kompetansen. Sykehus som skal opprettholde et akuttkirurgisk tilbud må derfor ha nok stillinger til spesialister i gastroenterologisk kirurgi som et minimum.

Selv om det fra den indremedisinske undergruppen ikke legges opp til endring i spesialitetsstruktur så gjør den faglige spissingen seg gjeldende i de indremedisinske fagområdene også. Med den foreslåtte endringen til strukturerte spesialiseringsløp er det lagt til rette for at en beholder indremedisinere som kan jobbe bredt og ivareta en generell indremedisinsk akuttfunksjon. Hvorvidt dette oppnås avhenger av at en har nok stillinger i generell indremedisin og at driften organiseres slik at pasientene møter generelle indremedisinere. Dette gjelder ikke minst ved større sykehus.

Som en konsekvens av fagutviklingen vil en i tiden fremover sannsynligvis erfare sykehus med stor variasjon i akuttilbudet. Noen sykehus vil ikke ha akuttmedisinsk beredskap, noen vil ha akutt indremedisin uten kirurgi og noen vil ha akutt indremedisin med basal akuttkirurgisk beredskap. Andre sykehus vil kunne tilby akuttberedskap innen flere kirurgiske spesialiteter mens et komplett tilbud bare kan tilbys ved de store universitetssykehusene. Differensieringen i tilbud vil blant annet bero på nærhet til andre sykehus og transportmuligheter. Dette vil skje uavhengig av spesialitetsstruktur og det blir da viktig å etablere en spesialitetsstruktur som er fleksibel nok til kunne supplere norsk helsevesen med rett kompetanse på rett sted.

12.3 ROBUSTE FAGMILJØER

En forutsetning for at kompetansen skal kunne ivaretas kontinuerlig og forutsigbart ved det enkelte sykehus er et robust fagmiljø. Med et robust fagmiljø menes et fagmiljø som evner å utvikle, beholde og overlevere kompetanse. I tillegg må et robust fagmiljø bestå av en viss mengde leger slik at det ikke er sårbart for fravær ved for eksempel kursaktivitet eller sykdom. Kompetansen skal ikke være avhengig av enkeltpersoner, men i større grad være forankret i fagmiljøet. Dette forutsetter at et tilstrekkelig antall leger er en del av miljøet og at disse bringer med seg kompetanse som hele fagmiljøet drar nytte av. Robuste fagmiljøer hvor gruppen ivaretar breddekompetansen samlet bør være en konsekvens dersom spesialitetene i større grad skal rette seg mot avgrensede områder av faget.

12.4 SPESIALISERING

Både den kirurgiske og indremedisinske undergruppen foreslår at spesialiseringsløpene blir mer strukturerte og planmessige i motsetning til den tilfeldige opplæringen som er tilfellet flere steder. Skal en oppnå dette må en endre måten leger i spesialisering jobber på. Det må ansettes flere leger i spesialisering slik at de får frigjort tid til å drive målrettet med spesialiseringsrelevant arbeid. En vil også trenge flere spesialister slik at legene i spesialisering får nødvendig supervisjon og veiledning.

De ulike fagmiljøene må definere hva behovet for vakttjeneste er slik at en får muligheten til å ha perioder uten vakt for å skaffe seg kontinuerlig erfaring og kompetanse fra elektiv virksomhet.

For å sikre effektiv progresjon i faget må sykehusledelsen organisere rammene for spesialiseringsløpet godt. Dette innebærer blant annet forutsigbare avtaler for tjeneste ved seksjoner og avdelinger innad i sykehuset, men også samarbeidsavtaler med andre institusjoner for annen nødvendig tjeneste.

I prosjektet om faste stillinger for leger i spesialisering er det allerede skissert ordninger for strukturerte spesialiseringsløp som det er enighet med arbeidsgiversiden om.

12.5 OMDEFINERER GENERALISTKOMPETANSE

Generalisten skattes høyt i norsk helsevesen. I hvert fall når den savnes. Imidlertid søker mange seg til avgrensede fagområder og faglige nisjer når de får muligheten. Med den faglige utviklingen blir det vanskeligere og vanskeligere å være «klassisk generalist» i mange fag. Om bredden i kompetansen blir for stor kan kvaliteten synke. Kanskje må vi tenke nytt rundt generalistrollen og hvordan en skal ivareta helhet i helsetilbudet. Generalisten klarer det ikke alene lengre.

Først må vi identifisere hva hos generalisten som gjør den så ettertraktet. I den akuttmedisinske situasjonen er diffrensialdiagnostiske ferdigheter og evne til å sortere og triagere pasienter viktig i en generalists virke. En generalist kan også starte opp med behandling av sykdommer som krever umiddelbare tiltak. Det er begrenset hvor mange tilstander som trenger øyeblikkelig eller rask intervensjon.

I daglig rutinearbeid på post, i poliklinikker og operasjonsstua verdsettes generalisten fordi de ser helhet og kan ivareta et vidt spekter av pasienter. Evnen til å samhandle med andre innad i sykehuset og med primærhelsetjenesten er også en viktig ferdighet hos generalisten.

Mange av disse aspektene ved en generalists virke kan ivaretas på andre måter. Dersom kirurgiske spesialiteter, og eventuelt på sikt de indremedisinske, går over til å bli egne hovedspesialiteter kan for eksempel de generelle akuttmedisinske ferdighetene som behøves legges inn i en felle faglig basis som da gir grunnlag for å kunne håndtere et bredt spekter av øyeblikkelig-hjelp-situasjoner.

Breddeperspektivet til en generalist kan i robuste fagmiljøer ivaretas av et team. Det betyr ikke at flere leger må involveres i den enkelte pasient, men ansvarlige lege vil ha bred kompetanse å støtte seg på.

Slik kan generalistkompetanse videreføres også uten at alt er samlet hos en person. Dette kan gjøre helsetjenestene som ytes mer forutsigbare og mindre sårbare.

13 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Prosjektgruppen mener at den viktigste faktoren som skal påvirke spesialitetsstrukturen er fagutviklingen. Når forskningsbasert fagutvikling settes fremst er det fordi vi mener det vil gi best mulig kvalitet på helsetjenestene til befolkningen. Vi må ha en spesialitetsstruktur som evner å ta opp i seg kunnskapsvekst, kompetansekrav og krav til kvalitet. Dette er en forutsetning for å kunne tilby likeverdige helsetjenester. Samtidig må spesialitetsstrukturen vår tar inn over seg at det skal tilbys helsetjenester av høy kvalitet i en desentralisert sykehusstruktur og være rustet til å ta inn over seg endringer i epidemiologi og demografi som vi vet kommer. Kortsiktige perspektiver som for eksempel sykehusorganisering og- drift og skiftende helsepolitiske signaler skal ikke legges til grunn for spesialitetsstrukturen, men gjeldende struktur må kunne gi gode helsetjenester med skiftende rammer.

Fra undergruppene i dette prosjektet og også fra fagmiljøer for øvrig pekes det på at spesialiseringen i dag tar for lang tid, men at det ikke er grunnlag for å redusere normert tid i spesialiseringen. Spesialiseringsløpene må gjøres strukturerte og mer effektive. Særlig de kirurgiske og også det kardiologiske fagmiljøet mener at den lange spesialiseringstiden og kravet om generell spesialitet i bunnen for grenspesialiteter gjør at leger i spesialisering kommer for seint i gang med spesialiteten sin. Det kan da bli vanskeligere å oppnå gode ferdigheter innenfor fagområdet sitt.

Spesialitetene våre lever i et internasjonalt fagmiljø og vil påvirkes av den internasjonale utviklingen. Det må settes én nasjonal standard for den enkelte spesialitet og denne må korrespondere med de internasjonale standardene. Dette vil legge til rette for nødvendig legemigrasjon over landegrensene.

13.1 KIRURGI

Prosjektgruppen foreslår etablering av nye hovedspesialiteter innen gastroenterologisk kirurgi, thoraxkirurgi, urologi, karkirurgi, barnekirurgi og bryst- og endokrinkirurgi. Videre foreslår vi også at hovedspesialiteten generell kirurgi opphører og erstattes med en utvidet spesialitet i gastroenterologisk kirurgi.

Prosjektgruppen foreslår en felles basistjeneste på to år og en etterfølgende hovedspesialisering i de nye kirurgiske hovedspesialitetene. Prosjektgruppen mener at basistjenesten bør komme først i spesialiseringsløpet.

Videre anbefales det at det kirurgiske undergruppens innspill om spesialiseringsinnhold, tjenestekrav og tidsrammer oversendes de respektive spesialitetskomitéer for endelig utforming. Det forutsettes at spesialiseringen innen de respektive hovedspesialiteter er bred nok til at en ferdig spesialist kan ta jobb ved de fleste av landets sykehus så fremt det eksisterer relevante stillinger. Forskning og akademisk kompetanse som tellende tjeneste i spesialiseringen må tas opp av de respektive spesialitetskomiteene og fagmiljøene, og være i tråd med Legeforeningens politikk på området.

13.2 INDREMEDISIN

Prosjektgruppen foreslår at grenspesialitetene i indremedisin videreføres inntil videre. Imidlertid kom det også tydelige signaler på seminaret om spesialisering på Soria Moria 16. Januar 2013 at overgang til egne hovedspesialiteter må utredes. Undergruppen åpner også for dette i sin konklusjon. Prosjektgruppen anbefaler derfor at arbeidet med å utrede mulig overgang til hovedspesialiteter for de indremedisinske fagene starter raskt.

Prosjektgruppen foreslår strukturert spesialisering med tre års felles faglig basis, tre års tjeneste i grenspesialitet og seks måneder valgfri tjeneste i de indremedisinske grenspesialiteter.

Prosjektgruppen gjør også oppmerksom på at det i prosjektet om faste stillinger for leger i spesialisering, i samarbeid med arbeidsgiversiden, er skissert i detalj hvordan en kan bygge opp gode strukturerte spesialiseringsløp.

13.3 GRENSPESIALITETER

Prosjektgruppen mener at hele ordningen med grenspesialiteter bør vurderes i lys av at den kirurgiske undergruppen ønsker overgang til hovedspesialiteter og den indremedisinske undergruppen åpner for det. Den omfattende og raske fagutviklingen gjør at vi bør vurdere hvilket system en ønsker å ivareta kompetansebygging i etter at en er ferdig hovedspesialitet og i hvilken grad en ønsker formelle rammer rundt dette. Fokusert etterutdanning er en fleksibel måte å bygge kompetanse på etter spesialistgodkjenning. Spesialister kan da velge å bygge bred eller spiss kompetanse i faget. Prosjektgruppen anbefaler at en venter med å ta stilling til nye grenspesialiteter i andre fag til Landsstyret har drøftet ordningen med grenspesialisering i juni 2013.

13.4 KOMPETANSEOMRÅDER

Prosjektet har fått innmeldt flere forslag til kompetanseområder. Prosjektgruppen anbefaler at kompetanseområde i mottaksmedisin utredes. Det foreligger konkrete forslag om kompetanseområder i mottaksmedisin, traumatologi og smertemedisin. Prosjektgruppen anbefaler at det det startes opp ordinær organisatorisk prosess for vurdering av disse kompetanseområdene.

Prosjektgruppen forutsetter at forskningskompetanse integreres i nye spesialiseringsløp og at det legges til rette for å gi forskning tellende tid i spesialiteten samt mulighet for kombinerte løp med forskning og spesialisering.

14 KONKLUSJON

Prosjektgruppas anbefalinger til sentralstyret

- Grenspesialitetene i gastroenterologisk kirurgi, urologi, karkirurgi, thoraxkirurgi, barnekirurgi og bryst- og endokrinkirurgi omgjøres til egne hovedspesialiteter
- Spesialiteten generell kirurgi opphører og erstattes av gastroenterologisk kirurgi
- Det opprettes strukturerte spesialiseringsløp i kirurgi med to års felles basistjeneste og fire års tjeneste i hovedspesialiteten
- Det opprettes strukturerte spesialiseringsløp i indremedisinske grenspesialiteter med tre års felles faglig basis, tre års tjeneste i grenspesialitet og seks måneder forskning eller valgfri tjeneste innen definerte fag
- Kompetanseområde i mottaksmedisin, traumekirurgi og smertemedisin utredes

Prosjektgruppa ber sentralstyret drøfte følgende innspill

- Skal ordningen med grenspesialisering videreføres?
- Forskningens plass og omfang i spesialiseringen? Skal en tilstrebe muligheten for minst 12 måneder tellende tjeneste fra forskning i alle spesialiteter?

15 LITTERATURLISTE

1. **Legeforeningen.** *Spesialistutdanningen av leger.* Oslo : Legeforeningen, 2009.

2. —. *Statistikk fra Legeforeningens legeregister.*

3. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). [Internett] [Sitert: 7 Februar 2013.] http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html.

4. —. FOR 2000-12-21 nr 1384: Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger. [Internett] [Sitert: 8 Febuar 2013.] http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20001221-1384.html.

5. —. Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger. [Internett] [Sitert: 8 Februar 2013.] https://legeforeningen.no/PageFiles/17581/Generelle%20bestemmelser%20for%20spesialistutdanning%20av%20leger%20.pdf.

6. **Socialstyrelsen.** *Översyn av läkarnas specialitetsindelning.* s.l. : Socialstyrelsen, 2012.

7. **Helse- og omsorgsdepartementet.** FOR 2008-10-08 nr 1130: Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land. [Internett] [Sitert: 7 Februar 2013.] http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20081008-1130.html.

8. **Brunborg, Helge, Texmon, Inger og Tønnesen, Marianne.** Befolkningsframskrivninger 2012-2100: Resultater. [Internett] 2012. [Sitert: 7 Februar 2013.]

9. **Helse- og omsorgsdepartementet.** LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). [Internett] [Sitert: 7 Februar 2013.] http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html.

16 VEDLEGG

Dissens fra det kardiologiske fagmiljøet

Dissens: Det kardiologiske fagmiljøet er sterkt opptatt av etablering av egen spesialitet i kardiologi ut fra følgende argumentasjon:

Fagområdet vil som egen spesialitet lettere identifiseres med den rådende internasjonale spesialitetsstruktur. Fra 1.1.2014 vil Norge som eneste land i Norden / EØS-området definere fagområdet kardiologi som en grenspesialitet i indremedisin. Fordelene med en harmonisering mellom det internasjonale og det norske medisinske fagmiljøet vil være økt mulighet for faglig oppdatering og økt mulighet for å dra nytte av internasjonale utdanningsprogrammer for våre leger i spesialisering. Europeiske krav til utdanningsmodell med teoretisk tilnærming, profesjonalitet/ferdigheter og egnethet som legespesialist forventes implementert i løpet av kort tid. Kravene til å oppnå formell kompetanse i Europa, "Europeean Diploma General Cardiology" i regi av UEMS Cardiology Section, bør være et inkludert mål i utdanningen også for norske utdanningskandidater og spesialister i kardiologi.

Den teknologiske utviklingen og det økende mangfold av personer med kronisk hjertesykdom krever vesentlig mer av den enkelte kardiolog nå enn ved siste norske endring av spesialitetsstrukturen som vedrører faget i 1975. I tillegg til dette er det tilkommet nye og nå vel etablerte "kvist-spesialiteter" i intervensjonskardiologi (PCI, TAVI), rytmefeil (ablasjoner, hjertestartere, pacemakere) og hjerteavbilding (Ekkokardiografi, CT og MR). I en fremtidig spesialitetsstruktur er det vanskelig å se for seg at disse meget teknologisk pregede områdene av kardiologien ikke utvikles til formelle grenspesialiteter innen spesialiteten kardiologi.

Omfanget av pasienter med hjertesykdom utgjør en betydelig andel av de pasienter som til enhver tid blir lagt inn ved våre sykehus og vurdert/behandlet ved våre poliklinikker. Innenfor de indremedisinske fagområdene er kardiologi i så måte dominerende. For at disse pasientene skal kunne tilbys best mulig faglig beslutningskompetanse i spesialisthelsetjenesten stilles det økende krav til legespesialistene. Det kan reises tvil om hjertemedisin som interesseområde innenfor det generelle indremedisinske fagområdet i en slik sammenheng oppfattes som tilfredsstillende av de pasienter som ønsker vurdering av sin hjertesykdom. Generell kompetanse i kardiologi må innebære en solid bakgrunnskunnskap om de utrednings- og behandlingsmuligheter som til en hver tid er gjeldende praksis. Denne generelle kompetanse er gjeldende for alle deler av faget, men mest påtrengende for de breddeorienterte kardiologer ved sengeposter, poliklinikker, distriktsmedisinske sentra og i spesialistpraksis. Det er rimelig å anta at høy grad av bakgrunnskunnskap innen fagområdet bidrar til bedre beslutningskompetanse og færre viderehenvisninger på grunn av faglig begrunnet usikkerhet eller manglende kompetanse i bruk av supplerende undersøkelser som ekkokardiografi og elektrokardiogram.

I kardiologi er behandlingsmulighetene radikalt bedret med betydelig reduksjon i mortalitet og tilsvarende økende antall kronikere. Den endrede demografi i tillegg endret pasientsammensetning stiller også økende krav til den enkelte behandlende lege i forhold til de råd og beslutninger som får betydning for den enkelte pasient. Behovet for økt fagkunnskap tenderer til å sprenge de tids- og prosedyrerammer som gjelder for dagens utdanningsmodell. Med ett år kardiologi i basisutdanningen og 3 år i spesialistutdanning vil samlet tid innenfor faget være 4 av i alt 6 år, eksklusive tid til fordypningsfag/forskning. Tilsvarende minimumskrav til tid i dagens modell er 3 av 6 år. Ved å strukturere utdanningen vil det også kunne åpnes for tidligere start på opptrening innefor de mest teknologitunge delene av faget for kandidater som er særlig motiverte og talentfulle. Derved kan det oppnås tidligere selvstendighet i forhold til intervensjonsprosedyrer enn det som nå er tilfelle. I dagens utdanningssystem starter gjerne de prosedyretunge videreutdanningsløpene først når tiden som lege i spesialisering er gjennomført.

Felles basisutdanning innenfor indremedisinske spesialiteter vil bidra til å sikre at vaktkompetanse på generelle indremedisinske avdelinger opprettholdes. Avdelingsstruktur og eventuell seksjonering av medisinske avdelinger i forhold til daglig virksomhet er mer relatert til arbeidsgivers styringsrett enn til spesialitetsstruktur og kan neppe tjene som argument i denne sammenheng.

Til: Den Norske Legeforening
Fra: Norsk Radiologisk Forening / Norsk Forening for Intervensjonsradiologi

Søknad om subspesialitet for Intervensjonsradiologi under spesialiteten Radiologi

Intervensjonsradiologi (IR) er i dag en integrert del av den medisinske verden. I EU er IR godkjent som egen spesialitet eller subspesialitet under radiologi i mange land, blant annet i våre naboland Finland og England. I 1992 ble IR godkjent som medisinsk spesialitet i USA, hvor det i dag finnes mer enn 4000 intervensjonsradiologer.

IR fremstår i dag som et fag med høy faglig kvalitet og integritet. Den perkutane teknikken erstatter eller er et alternativ til åpne kirurgiske inngrep, og den radiologiske metoden har redusert morbiditet, mortalitet og liggetid sammenholdt med tradisjonell kirurgi.

Gjennom CIRSE (Cardiovascular Interventional Radiological Society of Europe) er det etablert et praktisk og teoretisk kurs opplegg med eksamen gjennom EBIR (European Board of Interventional Radiology) for å kunne oppnå en europeisk godkjenning innen IR[1,2]. EBIR jobber for fri bevegelse av intervensjonsradiologer ved å tilby en anerkjent europeisk kvalifisering i tillegg til eventuelle nasjonale kvalifikasjoner.

I 2009 ble det fremlagt en global redgjørelse om hva IR er og bør inneholde[3]. Viktige elementer er:

1. Spesialist i radiologi
2. Avansert kunnskap innen bildestyrte, minimalt invasive prosedyrer og teknikker innen ulike sykdommer og organ
3. Avansert kunnskap innen utredning og behandling av pasienter som er aktuelle for bildestyrt terapi
4. Avansert kunnskap innen strålesikkerhet
5. Kontinuerlig utvikling og innovasjon av nye teknikker, materiale og prosedyrer

Ved "UEMS Specialist Sections and Board Meeting" 21. februar 2009, ble det gitt full støtte til etablering av en "Division of Interventional Radiology within the Section of Radiology" (alle 22 land stemte for, inkludert norsk representant).

IR i Norge

Norsk Forening for Intervensjonsradiologi (NFIR) er den klart største norske radiologiske spesialforeningen, og har hatt en kraftig vekst over flere år[4]. NFIR gjennomførte i 2010-11 en kartlegging av all IR i Norge. Dette viste en betydelig aktivitet og et fag i stor vekst.

NFIR har et godt samarbeid med andre radiologiske grupperinger og nærliggende spesialiteter som karkirurgi, urologi, gastrokirurgi, ortopedi, anestesi, gynekologi og

traumekirurgi. Med dannelsen av en subspesialitet innen IR vil en gjennom et økt praktisk og teoretisk kunnskapsnivå kunne styrke samarbeidet ytterligere.

Kravspesifikasjon[5]

IR stiller krav til avansert håndverk og teoretiske kunnskaper som oppnås under lang og kontinuerlig trening. Med økende krav om kompetanse innen bildetolkning og intervensjonsteknikker, og for å minimere risiko og øke sikkerhet og kvalitet ved perkutane inngrep, er det indisert med en formalisert utdannelse. Norsk IR-kompetanse vil være på linje med EUs krav. NFIR har utarbeidet et forslag til kravspesifikasjon for norsk subspesialitet, dette er forankret i; Klinisk kunnskap, Praktisk trening, Kvalitet, Forskning, Profesjonell innstilling og Sertifisering. Videre inneholder kravspesifikasjonen generelle og spesifikke læringsmål:

- Grunnleggende diagnostiske og tekniske ferdigheter
- Læringsmål innen alle prosedyrer
- Klinisk kunnskap og ferdigheter
- Etiske overveielser

Konklusjon

Under generalforsamlingen til Norsk Radiologisk Forening oktober 2012 ble det gitt en uforbeholden støtte til NFIRs søknad om subspesialitet under spesialiteten Radiologi, basert på følgende;

- En formalisert utdannelse innen IR vil fremme nyrekruttering av radiologer
- Med IR som subspesialitet forsterkes kompetansen innen radiologi med større muligheter for å beholde en samlet radiologisk virksomhet
- Med IR som subspesialitet styrkes samarbeidet med andre spesialiteter
- Subspesialisering med formaliserte krav innen IR vil kvalitetssikre både det teoretiske og praktiske kunnskapsnivået
- Subspesialisering med formaliserte krav innen IR vil øke pasientsikkerheten

Oslo 13/11. 2012

Med vennlig hilsen

Gaute Hagen
Leder NRF

Jon Egge
Leder NFIR

Spesialitetskomiteen i radiologi
DEN NORSKE LEGEFORENING

Sak 12/2322

SPESIALITETSSTRUKTUR-BEHOV FOR ENDRINGER?

Spesialitetskomiteen i radiologi har hatt fokus på behovet for endringer i spesialistutdanningen i lengre tid fordi det har foregått parallelle prosesser både i Legeforeningen og nå i høst også i Helsedirektoratet.
Viser til brev datert 21.01.11 fra Legeforeningen: "Oppdrag til spesialitetskomiteene: Revidere attestasjonsskjema/prosedyrekrav for spesialiteten."
Dette oppdraget igangsatte en stor prosess, spesielt fordi det i brevet ble foreslått at gruppe-1-tjenesten skulle fjernes. Vi var sterkt i mot at dette skulle fjernes for radiologi og forslaget falt også senere bort. Det er viktig at man i denne runden tar med seg erfaringene fra 2011, spesielt fordi vi har fått så kort frist for å svare på høringen.

Radiologi som fag har hatt en svært rask utvikling både når det gjelder teknikk, metoder og diagnostiske muligheter i tillegg til en svært stor økning i volum.
Bildediagnostikk er sentral i utredning av en stor andel av pasientene og de undersøkelsene som gjøres er mer målrettede, mer detaljerte og mer arbeidskrevende enn tidligere.
Utdanning av spesialister i radiologi skal ikke bare følge denne utviklingen, men også ha et nivå som gjør våre spesialister i stand til å stå i front av utviklingen.

UTDANNINGENS LENGDE OG STRUKTUR.

I dagens system er det godkjent med 1 år sidetjeneste i de 5 årene som kreves for spesialiteten radiologi. Det gjør at en kan bli spesialist i radiologi med 4 års tjeneste på radiologisk avdeling.
Vi mener at dette er for kort. Faget har blitt så stort at det er nødvendig med 5 års tjeneste på radiologisk avdeling.
I Europa for øvrig er det allerede nødvendig med 5 års tjeneste og vi bør harmonisere med dem for å sikre at våre spesialister er kvalifisert for europeisk godkjenning.
Som tidligere nevnt mener vi det er nødvendig med tjeneste på et større sykehus. Det kan ha en annen form enn dagens gruppeføring, men det må inneholde et tidskrav og ikke bare krav om spesifikke prosedyrer og undersøkelser som skal læres der. Med den raske utviklingen i faget har store avdelinger bedre muligheter for å holde et gjennomgående høyt nivå enn de mindre avdelingene. Det er også nødvendig for å sikre et mer ens nasjonalt nivå på spesialistene.
En annen strukturendring som kan være hensiktsmessig er en 3+2 modell hvor de tre første årene er en grundig generell utdanning mens de to siste er en fordypning et eller flere områder i faget. Hvilke sykehus som da skal godkjennes for de enkelte delene av utdanningen må diskuteres, og et slikt system må sees i sammenheng med behovet for tjeneste på stort sykehus (dagens gruppe-1-tjeneste.) Dette må ikke forveksles med grenspesialisering.

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Akersgt. 2
www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Faks: +47 23 10 90 10 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA • Bankgiro 5005.06.23189

UTDANNINGENS INNHOLD.
Spesialitetskomiteen har sendt inn forslag til ny sjekkliste for radiologi.
Det første som er endret i forhold til dagens liste er at den definerer hva som skal være gjennomgått av teori i løpet av utdanningen. Kursene skal dekke disse emnene, men lista skal også brukes som rettledning for innholdet i avdelingenes internundervisning og som en oversikt over hva kandidatene skal kunne.
I radiologi har man aldri hatt krav til et bestemt antall undersøkelser og prosedyrer som skal være gjort av kandidaten. Det innføres heller ikke nå fordi det er svært vanskelig å vite hvor mange undersøkelser en skal beskrive for å "kunne" det. Vi viderefører systemet med at den som har lært opp kandidaten signerer på at kandidatens nivå er tilfredsstillende. I lista er det to alternativer en kan krysse av: "kan selvstendig utføre" og "har kunnskap om." I den nye lista er alternativet "har kunnskap om" fjernet for sentrale undersøkelser og prosedyrer som vi mener de skal beherske.

I radiologi er det 10 obligatoriske kurs med til sammen 256 kurstimer. Det er ikke krav om valgfrie kurs. Spesialitetskomiteen ønsker å gjennomgå kursstrukturen. Noen emner dekkes dobbelt og noe burde sikkert vært dekket bedre. Dersom det blir andre endringer i spesialistutdanningen vil det bli helt nødvendig med revidering av dette systemet. Imidlertid presiserer vi at det er ønskelig med mange obligatoriske kurs for å sikre et ens nasjonalt nivå i faget. Det bør i tillegg være valgfrie timer slik at kandidatene får mulighet til å delta på andre kurs som er nyttige for det de skal jobbe med.

I Europa er det vanlig med spesialisteksamen. Vi har kandidater i våre avdelinger som har tatt noen av disse. Det gir dem utvilsomt en bedre teoretisk bakgrunn i faget og det vil derfor gi kvalitetsheving. Vi mener at det på sikt er ønskelig at det innføres en form for spesialisteksamen også i Norge. Om det skal være en stor avsluttende eksamen eller flere deleksamener, kanskje i forbindelse med kurs, må vurderes når det blir aktuelt. Dette vil være en stor endring fra dagens system og vi foreslår at dette vurderes på overordnet nivå.

GRENSPESIALISERING
Radiologi er som tidligere nevnt et stort fag; både i bredde og dybde. På de store avdelingene er det nå vanlig med en seksjonering basert på organ. Vanlige seksjoner er nevro, barn, thorax, abdomen, ortopedi, mammografi, intervensjon og kreft, ofte med lokale tilpasninger. Når det ansettes ferske spesialister på slike seksjoner, beregnes det lang opplæringstid før de er "selvgående." Det gjenspeiler det høye nivået som faget ligger på og er helt parallelt til hvordan det er i andre medisinske fag.
Det er imidlertid ikke definert hva en "organspesialist" i radiologi skal kunne og det er svært forskjellig mellom helseforetakene hvor mye spesialistene får mulighet til å videre- og etterutdanne seg på sine felt.
Det er derfor ønskelig å få radiologiske grenspesialiteter.
Da vil en kunne definere hva en slik spesialist skal kunne, hvilke kurs som må gjennomføres og hvilke prosedyrer en må beherske. Det vil bidra til å heve den faglige kvaliteten ytterligere og øke bevisstheten rundt behovet for videre utdanning av de generelle spesialistene.

I noen av områdene er det utfordrende å definere hva organspesialistene i radiologi skal gjøre og hva andre spesialister skal ha ansvar for.
Norsk intervensjonsradiologisk forening har jobbet med søknad om godkjenning av grenspesialitet i lengre tid. Søknaden fikk støtte av generalforsamlingen til Norsk radiologisk forening nå i høst, noe som viser enigheten i miljøet om at dette er nødvendig. Andre grenspesialiseringer i radiologi vil kunne bli aktuelt på lengre sikt.
Behovet for grespesialisering er det mest presserende av det vi beskriver i dette høringsnotatet.

OPPSUMMERING:
Øke utdanningen til 5 år radiologi.
Tjeneste tilsvarende dagens gruppe 1 skal bestå.
Kursstrukturen trenger revisjon.
Spesialisteksamen?
Grenspesialisering er helt nødvendig. En søknad om grenspesialisering i intervensjonsradiologi sendes i disse dager inn til Legeforeningen.

Spesialitetskomiteen i radiologi ønsker å bidra til utvikling av spesialitetsstrukturen.
Det skjer mye samtidig men det er viktig at helheten ivaretas. Vi håper derfor at prosessen framover blir godt planlagt og koordinert slik at vi får tid til å gjøre grundig arbeid.

Mvh
Marit Morken
Leder
Spesialitetskomiteen i radiologi

INTERVENSJONSRADIOLOGI (IR)

Søknad om godkjenning av Intervensjonsradiologi
som grenspesialitet under Radiologi

INNHOLD

INTERVENSJONSRADIOLOGI (IR) 1

1. INTRODUKSJON 3
1.1 HISTORISKE TILBAKEBLIKK 3
1.2 BAKGRUNN 4
1.2.1 Pasientsikkerhet 4
1.2.2 Eksisterende stillingsstrukturer 4
1.2.3 Kostnader 4
1.2.4 Økt kvalitet-simulator 4
1.3. IR SOM GREN-SPESIALITET 4
1.3.1 Kompetanse 4
1.3.2 Definisjon av IR 5
1.3.3 Viktige elementer 5
1.4 UTDANNELSE 5

2. LÆRINGSMÅL 6
2.1 GENERELLE LÆRINGSMÅL 6
2.2 SPESIFIKKE LÆRINGSMÅL 6
2.2.1 Grunnleggende diagnostiske ferdigheter 6
2.2.2 Grunnleggende tekniske ferdigheter 6
2.2.3 Vaskulære prosedyrer 7
2.2.4 Ikke-vaskulære prosedyrer 7
2.2.5 Klinisk kunnskap og ferdigheter 7
2.2.6 Etikk 7

3. GJENNOMFØRING 8
3.1 UTDANNING-KURS 8
3.2 VEILEDNING 8
3.2.1 Veileder ansvar 8
3.3 INDIVIDUELL UTDANNINGSPLAN 8
3.4 INTERNUNDERVISNING 8
3.5 SELVSTUDIUM 8
3.6 PROGRESJON I UTDANNINGEN 8

4. PROSEDYRER OG SJEKKLISTE 9
4.1 BAKGRUNN 9
4.2 FERDIGHETSNIVÅER 9
4.2.1 Nivå 1 9
4.2.2 Nivå 2 9
4.2.3 Nivå 3 9
4.2.4 Andre prosedyrer 9
4.3 DEFINISJONER 9
4.3.1 "skal kunne utføre selvstendig" 10
4.3.2 "skal ha vært med på/assistert ved" 10
4.3.3 "skal ha kjennskap til" 10
4.4 PROSEDYRER 10

1. Introduksjon

Intervensjonsradiologi (IR) har sitt utgangspunkt i radiologiske teknikker for visualisering av kar, galleganger, urinveier og hulrom med kontrast. Med utgangspunkt i Seldingerteknikken, har IR hatt stor betydning for operativ behandling de siste 50 år. Med perkutan teknikk under bildeveiledning kan radiologer behandle en rekke sykdommer og tilstander i et flertall av kroppens organ. IR har i dag blitt en terapeutisk og diagnostisk spesialitet for bildestyrt invasiv behandling i kar, mage-tarm traktus, lever-galleveier, urinveier, lunger, muskler og skjelett.

IR er i dag en integrert del av den medisinske verden. I EU er IR godkjent som egen spesialitet eller grenspesialitet under radiologi. I 1992 ble IR godkjent som medisinsk spesialitet i USA, hvor det i dag finnes mer enn 4000 intervensjonsradiologer.

Den perkutane teknikken erstatter eller er et alternativ til åpne kirurgiske inngrep. Den radiologiske metoden har redusert morbiditet, mortalitet og liggetid sammenholdt med tradisjonell kirurgi. Utviklingen av IR styres av intervensjonsradiologene i synergi med industrien som har utviklet produkt-porteføljer for minimalt invasive behandlingsmetoder.

1.1 Historiske tilbakeblikk

1950	Seldingerteknikken
1964	Angioplastikk
1966	Embolisering av tumores og AVM
1967	Koronar angiografi (Judkins teknikk)
1967	Embolisering av tarm blødning
1969	Første stent innleggelse
1960-tallet	Material utvikling av katetre, wirer, injektorer etc.
1970-tallet	Perkutan behandling av gallesten
1970-tallet	Utvikling av coiler for embolisering
1972	Selektiv arteriell embolisering av tarm blødning
1973	Embolisering av bekken traume
1974	Selektiv arteriell trombolyse
1974	Transhepatisk embolisering
1977-83	Kjemoembolisering av hepatocellulær cancer og metastaser
1980	Kryoablasjon av lever tumores
1980-tallet	Utvikling av gallegangsstent
1981	Embolisering av miltblødninger
1982	Første TIPS (behandling av blødningskomplikasjoner sekundært til portal hypertensjon)
1982	Perkutan behandling av nyrestein
1983	Ballongekspanderende stent
1985	Selvekspanderende stent
1990	Perkutan ekstraksjon av gallestein
1990	Radiofrekvens ablasjon (RFA)
1990-tallet	Embolisering av ben og nyretumores
1991	Endovaskulær stentgraft behandling
1994	Ballong ekspanderende koronarstent
1997	Intraarteriell genterapi
1999	Utvikling av venøs laser ablasjon
2000-tallet	Utvikling av medikament dekkede stenter og ballonger

1.2 Bakgrunn

En kartlegging av intervensjonsradiologi-virksomheten på sykehus i Norge i 2010, viser at den varierer beroende på organisasjon og ansvarsområde. Virksomheten er nært knyttet opp til de kliniske spesialitetene som finnes på hvert sykehus, så som angioplastikker og kar-kirurgi, og gallegangs-intervensjon og gastro-kirurgi. For å minimere risiko og øke sikkerhet og kvalitet ved perkutane inngrep, er derfor en samlet kompetanse innen radiologi viktig.

IR har vokst frem til et av de store fagene i norsk medisin, og man forventer en ytterligere vekst både innen bildegransking og intervensjon. Behovet for grenspesialisering har derfor vokst frem (så som i kirurgi og indremedisin).

1.2.1 Pasientsikkerhet

Pasientens behov og sikkerhet vil være det bærende element. Dette fordrer standardiserte krav til utøvende lege, og krav om å redusere antall feil-behandlinger. Dette innebærer også likeverdige tjenester, med samme behandlingstilbud uavhengig av bosted og standardisering av pasientforløp. Dernest er det viktig å kunne dokumentere langsiktighet for å sikre god kvalitet, dette kan gjøres gjennom et resertifiseringssystem, for eksempel gjennom regelmessig simulatortrening.

1.2.2 Eksisterende stillingsstrukturer

Det eksisterer egne strukturer for IR, hovedsakelig på de største sykehusene. Dette inkluderer egne avdelinger/seksjoner, som oftest med egne vaktordninger, slik at en formalisert grenspesialisering for IR ikke vil medføre behov for nye stillinger.

1.2.3 Kostnader

En grenspesialisering kan finne sted innenfor helseforetakets eksisterende rammer.

1.2.4 Økt kvalitet-simulator

I tråd med fagets vekst er det naturlig å kunne dokumentere faglig nivå. I enkelte fag har dette vært et problem pga små volumer innenfor enkelte prosedyrer. Innen IR er det nå et aktivt simulator miljø under utvikling, som gjør at en kan trene på selv sjeldne prosedyrer. For eksempel har St Olavs hospital i Trondheim bygget opp kompetanse på dette området, ikke minst pga samarbeid med SINTEF og NTNU. Det vil i kompetansekravene legges inn obligatorisk tjeneste ved simulator.

1.3. IR som gren-spesialitet

1.3.1 Kompetanse

Avansert bildetolkning før, under og etter et inngrep er nødvendig for å slå sammen diagnostikk og intervensjon. Dette forutsetter kunnskap om og forståelse for hvordan bilder skapes og bearbeides.

Variasjon og bredde på intervensjonsprosedyrer er stor. Intervensjons-radiologer samarbeider i prinsippet med alle kliniske spesialiteter.

Intervensjons-radiologer håndterer mye dyrt utstyr. Det bør stilles krav til apparatkunnskap, bildehåndtering og utdannelse av sikkerhetsmessige og økonomiske grunner. Det er behov for intervensjons-radiologer med formell kompetanse.

En tydelig formalisert utdannelse innen IR vil fremme nyrekruttering av radiologer. IR er en svært viktig del av radiologi som fag.

Med utgangspunkt i en formalisert utdanning innen IR i Norge, er det et mål å kunne dokumentere en IR-kompetanse på linje med EUs krav.

1.3.2 Definisjon av IR

1. Spesialist i radiologi
2. Avansert kunnskap innen bildestyrte, minimalt invasive prosedyrer og teknikker innen ulike sykdommer og organ
3. Avansert kunnskap innen utredning og behandling av pasienter som er aktuelle for bildestyrt terapi
4. Avansert kunnskap innen strålesikkerhet
5. Kontinuerlig utvikling og innovasjon av nye teknikker, materiale og prosedyrer

1.3.3 Viktige elementer

1. Klinisk kunnskap
2. Praktisk trening
3. Kvalitet
4. Forskning
5. Profesjonell innstilling
6. Sertifisering

1.4 Utdannelse

IR stiller krav til avansert håndverk og teoretiske kunnskaper som oppnås under lang og kontinuerlig trening. Med økende krav om kompetanse innen bildetolkning og intervensjonsteknikker, er det nødvendig med en formalisert utdannelse.
God kunnskap innen IR krever en intensivert utdannelse etter radiologisk spesialitet under veiledning av erfaren intervensjons-radiolog. Klinisk kunnskap er også viktig der intervensjons-radiologi-kandidaten inngår i et behandlingsteam med de krav på pasientinformasjon, forberedelser og oppfølging som følger med.

2. Læringsmål

2.1 Generelle læringsmål

Målet med spesialistutdanningen i IR er å gi grunnleggende teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter i diagnostikk og bildeveiledet behandling av sykdommer i karsystemet, galleveier, urinveier, mage-tarm traktus og tilstander oppstått ved traumer. En spesialist i IR skal kunne evaluere og håndtere pasienter med sykdommer og tilstander egnet for bildeveiledet intervensjon. Dette innebærer ferdigheter i diagnostisk framstilling og invasive bildeveiledete prosedyrer. Spesialisten skal beherske de mest vanlige og grunnleggende prosedyrene, ha noe trening i enkelte avanserte prosedyrer, og ha god kunnskap om prosedyrenes indikasjon, begrensninger, risiko og komplikasjoner. Spesialisten skal også ha god kunnskap om strålevern.

Det kreves også at spesialisten skal kunne velge riktig utredning for den aktuelle kliniske problemstillingen og planlegge en hensiktsmessig behandling og oppfølging i samarbeid med annen klinisk spesialist.

Spesialist i IR skal kunne veilede, supervisere og undervise kollegaer og medarbeidere. Det er viktig med kontinuerlig faglig oppdatering i forhold til nye diagnostiske og terapeutiske prosedyrer. Spesialisten skal følge anbefalte retningslinjer og sørge for at beste praksis tas opp i utføringen av IR. I tillegg til praktisk og teoretisk utdanning, er det viktig med deltakelse på nasjonale og internasjonale kurs, møter og konferanser.

2.2 Spesifikke læringsmål

2.2.1 Grunnleggende diagnostiske ferdigheter

Spesialist i radiologi behersker og kan bedømme de fleste vanlige radiologiske undersøkelser og prosedyrer. Under utdanningen i IR skal man få økt kunnskap om granskning og utførelsen av diagnostiske undersøkelser innenfor alle modaliteter som benyttes til utredning av pasienter hvor det kan være aktuelt med bildeveiledete intervensjoner.

2.2.2 Grunnleggende tekniske ferdigheter

Grunnleggende ferdigheter i å bruke alle aktuelle modaliteter som bildeveiledning for intervensjon læres i spesialistutdanningen i radiologi. Dette skal utvikles videre under utdanningen i IR, med spesiell vekt på angiografi som bildeveiledning for undersøkelser og behandling av karsykdommer. Utdanningen skal gi god trening i Seldingerteknikk og erfaring i å bruke denne ved forskjellige modaliteter og kliniske problemstillinger.

Utdanningen i IR skal også gi opplæring i biopsi- og drenasjeteknikker, i tillegg til opplæring i vurdering og bruk av utstyr for disse teknikkene.

Utdanningen i IR skal gi spesialisten gode forutsetninger for å vurdere og gjennomføre intervensjon også ved sjeldne kliniske problemstillinger, men også erfaring til å vurdere egne begrensninger og risiki ved prosedyrene.

2.2.3 Vaskulære prosedyrer

Spesialistkandidaten skal kunne planlegge og gjennomføre vaskulær diagnostikk og bildeveiledet intervensjon med hensiktsmessig utstyr. Dette inkluderer perkutan transluminal angioplastikk (PTA), stent implantasjon, stentgraft implantasjon, emboliseringsteknikker og uthenting av fremmedlegemer. En skal ha god trening i å vurdere alternative behandlingsmetoder og ha god kunnskap om håndtering av komplikasjoner. I tillegg skal en beherske forskjellige teknikker for å oppnå hemostase ved punksjonsstedet.

2.2.4 Ikke-vaskulære prosedyrer

Spesialistkandidaten skal kunne planlegge og gjennomføre ikke-vaskulær diagnostikk og bildeveiledet intervensjon med hensiktsmessig utstyr. Dette inkluderer valg av tilgang og plan for hvordan den aktuelle problemstillingen skal løses. Spesialisten skal ha god trening i intervensjonsteknikkene som brukes ved ikke-vaskulær intervensjon. En skal ha god trening i å vurdere alternative behandlings-metoder, og ha god kunnskap om håndtering av komplikasjoner.

2.2.5 Klinisk kunnskap og ferdigheter

Spesialistkandidaten skal ha kunnskap om:

a. Patofysiologi ved de aktuelle sykdommer og tilstander
b. Utredning av de aktuelle sykdommer og tilstander
c. Medisinsk, kirurgisk og profylaktisk behandling av de aktuelle sykdommer og tilstander

Spesialistkandidaten skal kunne gjøre en selvstendig klinisk vurdering, utredning og oppfølging av pasienter som skal eller har gjennomgått intervensjons-radiologisk behandling. Spesialistkandidaten skal også kunne følge opp pasienten etter prosedyren og gi instruksjon til samarbeidende kliniker og pleiepersonale om oppfølging og eventuell videre behandling.

Spesialisten skal kunne vurdere og gjennomføre:

a. Premedisinering
b. Antibiotika-profylakse
c. Smertelindring og sedering
d. Behandling av komplikasjoner

2.2.6 Etikk

Spesialisten må kunne samarbeide godt og tillitsfullt med andre klinikere og radiografer, og akseptere eget ansvar for tilegning og vedlikehold av kunnskaper og ferdigheter. Spesialistkandidaten må respektere den enkelte pasients egenart og problem, informere pasienter og pårørende før og etter prosedyrer, med formidling av undersøkelses- og behandlingsresultater i tett samarbeid med samarbeidende kliniker.

3. Gjennomføring

3.1 Utdanning-kurs

Utdanningen skal baseres på fullført spesialistutdanning i radiologi. I tillegg skal følgende krav oppfylles:

a. Godkjent sjekkliste hvor veileder har signert for godkjent praksis og kunnskaper
b. Gjennomført og godkjent minimum 100 timer kurs utdanning,
   - Kurs gjennomført av NFIR og andre norske spesialiteter med relevant innhold

3.2 Veiledning

Spesialistkandidat i IR skal ha oppnevnt personlig veileder for å følge opp faglig utvikling. I regelmessige samtaler skal legen få hjelp til å løse spørsmål og oppgaver som dukker opp, til å ta profesjonelle beslutninger og til å reflektere over sin egen utdanning og praksis.

3.2.1 Veileder ansvar

Veileder for den enkelte spesialistkandidat utpekes av medisinsk faglig ansvarlig i tjenestegjørende avdeling. Veileder skal være spesialist i IR. Ved endring av tjenestested utpekes ny veileder.

3.3 Individuell utdanningsplan

Veileder og spesialistkandidat skal i samarbeid utarbeide en individuell utdanningsplan. Denne planen skal inneholde legens utdanningsbehov samt planlagt progresjon. Spesialisten er selv ansvarlig for progresjonen i utdanningen, men veileder er ansvarlig for å følge opp planen og for å bidra til en optimal utdanning.

3.4 Internundervisning

Systematisk undervisning hvor de mest sentrale områdene innen IR gjennomgås regelmessig.

3.5 Selvstudium

Avdelingen skal ha et oppdatert fagbibliotek og abonnere på et utvalg sentrale intervensjons-
radiologiske tidsskrifter. Veileder skal i samarbeid med spesialisten gi råd om relevant litteratur innenfor de enkelte emneområder.

3.6 Progresjon i utdanningen

I løpet av utdanningstiden har spesialisten ansvar for å tilegne seg tilstrekkelige teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter til å fylle kravene i sjekklisten.

4. Prosedyrer og sjekkliste

4.1 Bakgrunn

Krav til prosedyrer som bør dekkes under utdannelsen i IR, bygger på hvilke prosedyrer som ble utført av radiologer og intervensjonsradiologer i Norge i 2010 (jfr. spørreundersøkelse av NFIR og svar fra radiologiske avdelinger ved 24 sykehus). Det er tatt hensyn til volumet ulike sykehus har på de ulike prosedyrene.

4.2 Ferdighetsnivåer

4.2.1 Nivå 1

Dette er intervensjonsradiologiske prosedyrer som spesialistkandidaten "skal kunne utføre selvstendig". De fleste er generelle prosedyrer som utføres på mindre sykehus, og som forventes kunne utført av alle godkjente radiologer. I tillegg er det noen prosedyrer som hovedsakelig utføres ved større sykehus, og som skal kunne utføres selvstendig av alle godkjente intervensjons-radiologer.

4.2.2 Nivå 2

Intervensjonsradiologiske prosedyrer som i dag hovedsakelig utføres ved mellomstore og store sykehus i Norge. Nivå 2-prosedyrer er prosedyrer som spesialisten "skal ha vært med på/assistert ved".
Erfaring om disse prosedyrene kan fås ved;

a. Hospitering ved intervensjonsradiologiske seksjoner ved sykehus i Norge
b. Simulatortrening (etter individuell vurdering av veileder)

4.2.3 Nivå 3

Mer sjeldne intervensjonsradiologiske prosedyrer som i dag hovedsakelig utføres ved de største sykehusene i Norge. Nivå 3-prosedyrer er prosedyrer som spesialisten "skal ha kjennskap til".
Kjennskap til disse prosedyrene kan fås ved;

a. Hospitering ved intervensjonsradiologiske seksjoner ved store sykehus i Norge
b. Simulatortrening

4.2.4 Andre prosedyrer

Enkelte sykehus utfører også andre intervensjonsradiologiske prosedyrer enn de som er nevnt i sjekklisten. Det er ingen krav for spesialisten i IR om å kunne utføre eller ha kjennskap til disse prosedyrene.

4.3 Definisjoner

4.3.1 "skal kunne utføre selvstendig"

Prosedyrene er lært under veiledning, mester-svenn, i et stort antall med økende ansvar for intervensjonskandidaten slik at denne kan utføre prosedyrene selvstendig og alene. Veileder signerer for dette.

4.3.2 "skal ha vært med på/assistert ved"

Prosedyrene er lært under veiledning, hvor intervensjonskandidaten har vært aktiv deltakende, men uten krav om at kandidaten skal kunne utføre prosedyrene selvstendig og alene. Veileder signerer for dette.

4.3.3 "skal ha kjennskap til"

Intervensjonskandidaten skal kjenne til prosedyren, indikasjoner og hvor den utføres. Veileder trenger ikke å signere.

4.4 Prosedyrer

Vaskulære intervensjoner

Arterielle

			Nivå	Antall	Sign.
Diagnostikk			1		x
PTA/stent	Overekstremiteter		1	2	x
	Abdominal	Nyre	2	3	x
		Mesenterial	3		
	Bekken		1	30	x
	Underekstremitet	Lår/kne	1	20	x
		Legg/fot	2	10	
Embolisering	Traume/akutt	Lever	3		
		Milt	2	3	x
		Nyre	3		
		Uterus-postpartum	3		
		Bekken	2	3	x
		GI traktus	2	5	x
	Uterus-myomer		2	5	x
	Skjelett		3		
	Tumor		3		
Stentgraft	Thoracal		3		
	Abdominal		2	2	x
Trombolyse			2	5	x
Trombe aspirasjon			3		
Okklusjonsballong aorta			3		

Venøse

Diagnostikk			1	5	x
PTA/Stent	Vena cava sup.		3		
	Vena cava inf./bekken		3		
Trombolyse			1	5	x
CVK innleggelse			1	10	x
Hemodialyse-kateter innl.			3		
Cava-filter innleggelse			3		
Embolisering	Varicocele		3		
	Pelvic congestion		3		
	Portvene		3		
Bruk av snare			2	2	x

Andre vaskulære

Dialyse fistel intervensjon			1	10	x
Transplantat intervensjon			3		
AVM intervensjon			3		
Pulmonal intervensjon			3		
Hybridprosedyrer			3		

Ikke-vaskulære intervensjoner

Biopsier	UL veiledet		1	30	x
	CT veiledet		1	20	x
Drenasjer	Abscess		1	20	x
	Væske	Pleura, ascites	1	30	x
		Perikard	3		
PTC med dren/stent			1	5	x
Nefrostomi			1	10	x
Ureterstent			3		
Cyste intervensjon			3		
Dilatasjoner			2	2	x
Radio Frequency Ablation			3		

Vaskulær non-invasiv diagnostikk

UL doppler			1	30	x
MR angiografi			1	50	x
MR cor			3		
CT angiografi			1	50	x
CT Cor			2	20	x
PET CT			3		

Radiumhospitalet 14/12-12

Til Den norske legeforening

Saksnr 12/2322
Spesialiststruktur-behov for endringer

Søknad om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi

Norsk Gynekologisk Forening (NGF) sammen med faggruppen Norsk Forum for Gynekologisk Onkolgi (NFGO) ønsker på nytt å fremme tidligere anbefaling om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi.

Vi viser til tidligere korrespondanse og kontakt med Legeforeningens sekretariat.

I anledning av oppnevnte prosjektgruppe som skal utarbeide en rapport som skal beskrive dagens situasjon og utfordringer mener vi at behovet for en grenspesialitet i gynekologisk onkologi er ytterligere bekreftet siden foregående søknad ikke minst fordi det nå er allment akseptert at sammenheng mellom den bedrede kvaliteten på kreftbehandling av kvinner i et nasjonalt perspektiv skyldes sentralisering og dermed øket kompetanse hos legene. Det er dokumentert i flere nasjonale og internasjonale studier at sentralisering og kompetanse i gynekologisk kreftbehandling er relatert til øket overlevelse.

Siden tidligere søknader er foretaksmodellen innført, og denne modellen er styrker en praktisk sentralisering som oppfyller behovet for sentralisering av gynekologisk kreftbehandling med en lokalisasjon i hvert helseforetak, samt at enkelte mer sjeldne gynekologiske krefttyper fortsatt er sentralisert til Radiumhospitalet.

For å styrke og strukturere gynekologisk kreftutdanning har NFGO lagt til rette for en subspesialisering i gynekologisk onkologi i regi av ESGO European Society of Gynecologic Oncology der krav til institusjonen og spesifiserte utdanningskrav innen kirurgi og medikamentell behandling foreligger (http://www.esgo.org/Education/Documents/6-ESGO-EBCOG_Logbook_for_fellows.pdf) , og åpner for deltagelse i europeiske kurs og treningsprogram for ESGO kandidatene. Godkjente kandidater får en sertifisering/subspesialisering i gynekologisk onkologi, som også godkjennes i øvrige europeiske land.

ESGO, Europe's leading non-profit gynaecology oncology society, strives to improve gynaecological cancer care by providing training standards, educational opportunities and breakthroughs in the prevention, treatment and study of gynaecological oncology

In collaboration with EBCOG (European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists), ESGO has set up formal guidelines for the Subspecialty Training Programme according to the ***European Accreditation in Gynaecological Oncology****.*

*According to European Standards, ESGO runs accreditation visits certifying those **European Centres in Gynaecological Oncology** that train clinicians. Recognised centres are authorised to provide certified training of **European Gynaecological Oncologists**.*

Sertifisering av institusjonene er tidsbegrenset (5år) og krever fornyelse og ny vurdering av en faggruppe oppnevnt av ESGO. Så langt er Radiumhospitalet (4 kandidater) og Haukeland (2 kandidater) godkjent for utdanning av ESGO kandidater. I praksis er denne utdanningsplanen på 2 år en konkretisering av det vi tidligere har definert som krav til en norsk grenspesialitetsutdanning i gynekologisk onkologi.

Vi ønsker på denne bakgrunn på nytt å søke forståelse for den kritiske situasjonen som foreligger med dårlig rekruttering til onkologifaget generelt og spesielt til gynekologisk onkologi. Alderssammensetningen er skremmende med >75% av gyn-onkologene over 50år og halvparten av disse over 60år. Fagområdet har totalansvar for omsorgen for gynekologisk kreft, ca. 1600 nye tilfeller av invasiv kreft årlig, i tillegg til et betydelig antall premaligne tilstander. Tradisjonen med sentralisert omsorg i regi av spesialkompetente gynekologer innen kirurgi og kjemoterapi har vært ubrutt på fagområdet i mer enn 80 år. Det er ingen miljøer verken innen onkologi eller kirurgi som har kompetanse til å overta dette fagansvaret. En prosess for å formalisere grenspesialitet i gynekologisk onkologi har pågått uavbrutt siden 1996.

Styret i NFGO og NGF ønsker å påpeke det urimelige i at tidligere søknader er avslått, ikke minst i lys av at brystkreftkirurgi har blitt en godkjent grenspesialitet under hovedspesialiteten kirurgi. Vår vurdering er at denne forskjellsbehandlingen har bakgrunn i et prinsippstandpunkt tilbake fra 1970-tallet om at det ikke må opprettes grenspesialiteter utenom kirurgi og indremedisin. Dette prinsippet er foreldet og ikke i tråd med den internasjonal utvikling og behov for spesialisering relatert til å bedre kvalitet innen fagområdet onkologi samt behovet for organisering av spesialkompetanseområder i de enkelte helseforetakene.

Vi vil selvsagt bistå prosjektgruppen i Legeforeningen med ytterligere opplysninger.

For NFGO
Anne Dørum
Leder av styret

For NGF
Knut Hordnes
Leder NGF

Grenspesialisering innen gynekologisk onkologi

- **1997** NOU Norsk Kreftplan
- 1998 Molne utvalget – rapport : Organisering av gynekologisk onkologi i Norge

- **1999** Generalforsamling Norsk Gyn Forening: Vedtak om å fremme søknad om grenspesialitet

- Nedsatt utvalg: B Hagen, OE Iversen, R Kirschner, B Nordling, HB Salvesen
  - Forslag til utdanningsprogram
  - Konsekvensanalyse (Nilsen)

- **2001** SØKNAD OM OPPRETTELSE AV GRENSPESIALITET I GYNEKOLOGISK ONKOLOGI

- Søknad trukket etter noen negative høringsuttalelser, bl.a. Onkologisk Forening

- 2002 Arbeidsgruppe med mandat til å utarbeide ny søknad om grenspesialitet i gynekologisk onkologi, tverrfaglig utvalg gynekologi/onkologi, leder T Iversen (B Hagen, OE Iversen, C Tropé, R Ekanger, S Smeland)

- Enstemmig innstilling, støtter å fremme ny søknad i henhold til nye forutsetninger.

- **2005** SØKNAD OM OPPRETTELSE AV GRENSPESIALITET I GYNEKOLOGISK ONKOLOGI støttes av landsstyrermøtet i Den norske lægeforening

- **2006** - Forslag om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi fremmes for Nasjonalt Råd – STØTTES IKKE

- Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet tar Nasjonalt Råds anbefaling til følge.

Norsk Gynekologisk Forening i samarbeid med Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi nedsetter en arbeidsgruppe som lager en plan for hvordan innholdet i den skisserte grenspesialiteten likevel kan gjøres gjeldende

DEN NORSKE LÆGEFORENING
28 MAR 2006
MOTTATT

SS 4.0.
SR 4.0.

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

KOPI

Sak 12/3/06

Sosial- og helsedirektoratet
Avd for sosial- og helsepersonell
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref	Vår ref	Dato
05/5888	200602264-SHA1/BLS	27.03.2006

Forslag om opprettelse av en grenspesialitet i gynekologisk onkologi

Helse- og omsorgsdepartementet viser til brev fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling datert 02.03.2006 vedrørende forslag om opprettelse av egen grenspesialitet i gynekologisk onkologi under fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Forslaget ble behandlet som sak 4/06 i Nasjonalt Råds møte 15-16 februar 2006. Nasjonalt Råd fattet vedtak om å tilråde Helse- og omsorgsdepartementet om ikke å opprette egen grenspesialitet i gynekologisk onkologi.

Helse- og omsorgsdepartementet tar vedtaket til orientering. Departementet registrerer at forslaget var begrunnet i ønske om å styrke behandlingen av pasienter med gynekologisk kreft, men falt bl a med begrunnelsen at dette bør skje gjennom en tverrfaglig tilnærming til pasientgruppen.

Med vennlig hilsen

Maiken Engelstad

Maiken Engelstad e.f.
fg underdirektør

Brit Solberg
for Bjørg Leinum Seim
seniorrådgiver

Kopi:
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
Den norske lægeforening

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Kontoradresse
Einar Gerhardsens plass 3

Telefon
22 24 90 90
Org no.
983 887 406

Spesialisthelsetjenesteavdelingen

Telefaks
22 24 95 78

Saksbehandler
Bjørg Leinum Seim
22 24 81 68

Den norske lægeforening

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av
Leger og legefordeling
Postboks 7000 St. Olavs Plass
0130 OSLO

Deres ref.: Vår ref.: ELS/4721/2000- /231.6.B Dato: 16.11.2005
u:\fag\utda\felles_utda\ss-styre.brv\nr-gyn-onk.doc

Forslag om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi under fødselshjelp og kvinnesykdommer

Legeforeningens landsstyre vedtok i møte 27. mai 2005 forslag om å opprette ny grenspesialitet i gynekologisk onkologi under fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Bakgrunn
Norsk gynekologisk forening (NGF) fremmet november 2000 forslag om opprettelse av gynekologisk onkologi som grenspesialitet i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Da spesialitetsrådet behandlet saken desember 2000 anbefalte rådet at saken skulle utsettes. Rådet ba samtidig sekretariatet følge opp saken overfor NGF med anmoding om at foreningen skulle utarbeide et bedre begrunnet forslag med bl.a. behovsanalyse, ressursvurdering, utdanningsmessig dimensjonering og alternative løsninger, ved en eventuelt fornyet søknad om opprettelse av grenspesialitet.

Et internt utvalg i NGF utarbeidet en rapport "Organisering av gynekologisk onkologi i Norge" og saken ble fremmet på nytt ved brev av 25. oktober 2001.

Spesialitetsrådet behandlet saken april 2002 og merket seg at argumentasjonen for forslaget om opprettelse av en grenspesialitet i gynekologisk onkologi var at den aktuelle pasientgruppen ikke ble ivaretatt forsvarlig. Rådet mente at dette var sykehuseiernes ansvar å sørge for tilstrekkelige ressurser, oppbygging av nødvendig kompetanse m.v., slik at denne pasientgruppen kunne ivaretas på en tilfredsstillende måte. Rådet viste også til den arbeidsgruppen i spesialitetsrådet som arbeidet med en utredning med vurdering av spesialitetsstrukturen i Norge. Flertallet i spesialitetsrådet anbefalte å utsette behandlingen av saken inntil resultatene av denne utredningen i rådet forelå.

Sentralstyret hadde, i tråd med spesialitetsrådets anbefaling, i møte 25. april 2002 anbefalt overfor landsstyret å fatte slikt vedtak:

> Forslaget fra Norsk gynekologisk forening om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi, utsettes.
>
> Landsstyret avventer en utredning fra spesialitetsrådet om spesialitetsstrukturen i Norge.

Vennligst oppgi vår ref. ved henvendelse

Postadresse	Telefon	Postgiro	Organisasjonsnr.
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo	23 10 90 00	0805 5114707	NO 960 474 341 MVA
Besøksadresse	Telefaks	Bankgiro	E-post
Legenes hus, Akersgata 2, Oslo	23 10 90 10	5005 05 48802	legeforeningen@legeforeningen.no

Norsk onkologisk forening hadde sterke innvendinger til forslaget til organisering av utdanningen i gynekologisk onkologi, og NGF valgte umiddelbart før landsstyrets møte mai 2002, å trekke søknaden for å forbedre denne i tråd med synspunktene som fremkom fra de onkologiske miljøer.

---- ---- ----

Norsk gynekologisk forening (NGF) fremmet ved brev av 25. juni 2004 et nytt forslag om opprettelse av gynekologisk onkologi som grenspesialitet i fødselshjelp og kvinnesykdommer etter en grundig og langvarig utredning innenfor NGF's organer. Det var vedlagt "Utdanningsprogram for grenspesialisering innen gynekologisk onkologi" og "Appendix: Spesifisert angivelse av utdanningens mål og omfang", samt en felles innstilling av 3. september 2003 fra lederen i Norsk gynekologisk forening og lederen i Norsk onkologisk forening.

Bakgrunnen for NGF's forslag om opprettelse av gynekologisk onkologi som grenspesialitet i fødselshjelp og kvinnesykdommer, var Norsk kreftplan – NOU 1997:20 – der det ble påpekt at behandlingsmodellen for gynekologisk kreftbehandling står ved et veiskille, og at det er behov for å ta hånd om en relativt stor pasientgruppe på en bedre måte enn i dag.

Saken ble behandlet av sentralstyret i møte 15. mars 2005, som vedtok å tilskrive landsstyret med anbefaling om å *avvise* NGFs forslag om å opprette gynekologisk onkologi som grenspesialitet i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Landsstyret vedtok i møte 27. mai 2005 å fremme forslag overfor Nasjonalt råd om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi under fødselshjelp og kvinnesykdommer. Samtidig ble det delegert til sentralstyret, i samarbeid med fagmiljøet, å utarbeide forslag til spesialistregler overfor Nasjonalt råd.

---- ---- ----

Norsk gynekologisk forening og spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer ble anmodet om å fremme forslag til spesialistregler i gynekologisk onkologi, vurdere kursutdanning og vurdere aktuelle sykehusmiljøer som bør vurderes som utdanningsinstitusjoner.

Det vises til brev av 15. september 2005 fra nestleder i Norsk gynekologisk forening, Ole Erik Iversen, leder i Norsk Forum for gynekologisk onkologi, Helga Salvesen og leder i spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer, Tone Skeie Jensen, som fremmer forslag til spesialistregler, krav til gjennomførte kurs og forslag til institusjoner som bør vurderes som utdanningsinstitusjoner:

Spesialistregler

1. Spesialistgodkjenning i fødselshjelp og kvinnesykdommer
2. 2 års tjeneste ved seksjon/avdeling for gynekologisk onkologi
3. ½ års tjeneste ved seksjon/avdeling for gastroenterologisk kirurgi
4. ½ års tjeneste ved seksjon/avdeling for onkologi

Kursutdanning
130 timer, heri inngår følgende obligatoriske kurs:

1. Cytostatika- og endokrin behandling
2. Praktisk strålebehandling
3. Smertebehandling
4. Gastrokirurgi
5. Gynekologisk onkologi

I tillegg kreves gjennomført obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse.

Kursene i cytostatica- og og endokrin behandling, strålebehandling og smertebehandling arrangeres allerede innen onkologi. Det er derfor ikke nødvendig med opprettelse av nye kurs innen disse temaene. Når det gjelder gynekologisk onkologi må det opprettes et spesifikt kurs. Kurs i gastrokirurgi arrangeres allerede innenfor spesialiteten gastroenterologisk kirurgi, og det kan vurderes om dette kurset kan benyttes, eller om det blir aktuelt med et spesielt kurs tilpasset gynekologisk onkologi.

Godkjente utdanningsinstitusjoner
Følgende institusjoner foreslås vurdert som utdanningsinstitusjoner i gynekologisk onkologi:
Det norske radiumhospital/Rikshospitalet, Oslo
Ullevål universitetssykehus, Oslo
Haukeland universitetssykehus, Bergen
St. Olavs hospital, Trondheim
Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø

---- ---- ----

I tråd med spesialitetskomiteens forslag og etter sekretariatets anbefaling fattet sentralstyret i møte 10. november 2005 slikt vedtak:

> Det anbefales overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling at det opprettes grenspesialitet i gynekologisk onkologi under fødselshjelp og kvinnesykdommer.
>
> Det foreslås følgende spesialistregler:
>
> 1. Spesialistgodkjenning i fødselshjelp og kvinnesykdommer
> 2. 2 års tjeneste ved seksjon/avdeling for gynekologisk onkologi
> 3. ½ års tjeneste ved seksjon/avdeling for gastroenterologisk kirurgi
> 4. ½ års tjeneste ved seksjon/avdeling for onkologi
>
> *Kursutdanning*
> 130 timer, heri inngår følgende obligatoriske kurs:
>
> 6. Cytostatika- og endokrin behandling
> 7. Praktisk strålebehandling
> 8. Smertebehandling
> 9. Gastrokirurgi
> 10. Gynekologisk onkologi
>
> I tillegg kreves gjennomført obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse.
>
> Ikrafttreden 1.1.2008

Grenspesialiteten gynekologisk onkologi under spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer anbefales opprettet umiddelbart. I en overgangsperiode, frem til 1.1.2008, bør det gis anledning til godkjenning av grenspesialister i gynekologisk onkologi ved dispensasjon fra spesialistreglene etter individuell vurdering av søknad.

Den norske lægeforenings sentralstyre
Etter fullmakt

Terje Vigen
generalsekretær

Hans Asbjørn Holm
fagdirektør

Saksbehandlet: Einar Skoglund
Telefon 23 10 91 25

Gjenpart:
Norsk gynekologisk forening

Den norske patologforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Den norske legeforening
Ved fagdirektør Bjarne Riis Strøm
Utdanningssjef Nina Evjen

Deres ref.: 12/2322 Vår ref.: Dato 27.11.2012

Spesialitetsstruktur i Patologi

Det vises til deres henvendelse vedrørende spesialitetsstrukturen i patologi. Vår mening er at spesialitetsforløpet i patologi fungerer godt slik det nå er lagt opp, med en jevn og god progresjon for kandidatene. 5 års spesialisering er nødvendig for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap og erfaring for å fungere som selvstendig patolog. Tiden er nødvendig både for å få nødvendig faglig bredde og innsikt i alle fagområder innen patologi, og for å få tilstrekkelig mengdetrening og oppnå de kvantitative krav som er satt som et minstemål for spesialiteten.

Det er likevel ett område man kunne ønske seg forbedret innen spesialiteten patologi, og det er forholdet mellom obduksjonspatologi og Rettsmedisin.

Tradisjonelt har rettspatologisk sakkyndighet vært utøvet av overleger/spesialister i patologi. De fleste som utøver rettspatologi i Norge i dag er spesialister i patologi. Med unntak av Oslo, er alle disse nært tilknyttet patologiavdelinger og kan delta i vanlig diagnostisk rutinearbeid, blant annet i sykehusobduksjonsvirksomheten.
Denne organiseringen er hensiktsmessig fordi det samlede antall rettslige likundersøkelser i Norge er for lite til å rettferdiggjøre en egen spesialitet, særlig hvis man ønsker en forsvarlig dekning i alle helseregioner.

I 2009 var det likevel, og uten samarbeid med det norske patologimiljø, en uautorisert innføring av en såkalt sertifisering i rettspatologi og klinisk rettsmedisin, i regi av Norsk rettsmedisinsk forening (NRF). Sertifiseringen er innført av NRF med siktemål å fremtvinge en egen spesialitet.

Dette mener vi er svært uheldig. En oppsplitting av fagmiljøet gjennom opprettelse av en ny spesialitet vil også bety fare for tap av ressurser i patologien. At de leger som utøver rettspatologisk sakkyndighet ikke er spesialister i patologi, vil også by på juridiske problemer : I NOU 2011 21, med forslag om ny obduksjonslov, påpekes at obduksjonsarbeid er spesialistarbeid og at spesialister i patologi skal stå som ansvarlige for medisinske obduksjoner. Rundt halvparten av alle dødsfall som kommer til rettslige undersøkelse er av naturlig årsak. En rettspatolog må derfor like selvfølgelig ha spesialkompetanse i patologi som en rettspsykiater forventes å ha det i psykiatri.

DNP mener derfor det er viktig med en formalisert forankring av rettspatologien i patologifaget og foreslår rettspatologi som en grenspesialitet av patologi. Klinisk rettsmedisin foreslås som et kompetanseområde for flere spesialiteter.

Med hilsen

Ying Chen (sign.)
Leder, DNP

Norsk psykiatrisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Den norske legeforening

Oslo 19.januar 2013

Saksnummer 12/2322

Styret i Norsk psykiatrisk forening drøftet denne saken på møte den 6. desember 2012. Vi beklager sent svar.

Styret i Norsk psykiatrisk forening ser det ikke hensiktsmessig å dele psykiatrifaget opp i flere spesialiteter. Tvert imot er det foreningens oppfatning at det er mange fordeler ved at psykiatri forblir én spesialitet til tross for at psykiatere arbeider med svært ulike oppgaver.

Styret i Norsk psykiatrisk forening oppfatter imidlertid at det kan være grunn opprettelse av grenspesialitet(-er) innenfor spesialiteten psykiatri. Denne vurderingen gjelder foreløpig for fagområdet alderspsykiatri.

Fagmiljøet innen alderspsykiatri har allerede i mange år har fremmet ønske om å bli grenspesialitet. I Plandokument for norsk alderspsykiatri 2010 – 2020 står: "*Alderspsykiatri som egen grenspesialitet. Vi ser på det som et viktig fremtidig mål at alderspsykiatri blir en egen grenspesialitet innenfor psykiatrien. Vi mener at det er viktig å arbeide videre med dette innen den gjeldende planperioden. At alderspsykiatri er blitt godkjent som fordypningsområde, er et første steg på veien.*" Styret i Norsk psykiatrisk forening støtter etableringen av alderspsykiatri som grenspesialitet og anser Norsk psykiatrisk forenings Utvalg for alderspsykiatri som en naturlig instans for å delta i utformingen av faglige krav til grenspesialiteten. Dette er allerede tatt opp med Utvalg for alderspsykiatri som har gitt tilbakemelding om at de gjerne tar imot denne utfordringen.

Styret i Norsk psykiatrisk forening ser muligheter for å vurdere etablering av andre grenspesialiteter innen psykiatri i kommende år, selv om arbeidet med dette innen fagmiljøene ikke foreløpig har kommet like langt som alderspsykiatrien med utredningen av dette. Aktuelle fagfelter å utrede er blant annet rettspsykiatri og C/L psykiatri (Konsultasjon/Liaison psykiatri)

Norsk psykiatrisk forening beklager igjen sent svar, men uttrykker håp om at det ikke blir til hinder for at etableringen av grenspesialiteter innen psykiatri kan settes i verk så raskt som mulig.

Med vennlig hilsen

for: Kari Gjelstad
leder
Norsk psykiatrisk forening

Norsk psykiatrisk forening • Fagmedisinsk forening i Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • 0107 Oslo
Telefon 23 10 91 24 • Faks 23 10 90 10 • npf@npf.legeforeningen.no • Org.nr. 971 480 254 • Bankkto. 9235 18 31016 •
www.norskpsykiatriskforening.no

6. november 2012

Utvikling av akutt- og mottaksmedisin i Norge

Introduksjon

Mottaksmedisin omhandler alle pasienter som utredes og behandles i akuttmottaket. Pasientpopulasjonen domineres i økende grad av uselekterte, udifferensierte pasienter med diffuse symptomer. Tanken om mer erfarne leger i akuttmottakene er definitivt ikke ny, men har fått mer fokus på grunn av økt pasientstrøm, kritikk fra Helsetilsynet og en rekke medieoppslag. Det er bred nasjonal enighet om at det må bli økt fokus på akutt- og mottaksmedisin. Det er likevel usikkert hvordan man skal øke legefaglig kompetanse og tilgjengelighet i akuttmottakene.

Bakgrunnen for dette dokumentet er å presentere en kortfattet beskrivelse av akutt- og mottaksmedisinen i lys av lokale og nasjonale prosesser. Vi har erfart at det er et stort engasjement for utvikling av akutt- og mottaksmedisin i Norge og vi er godt kjent med pågående prosesser i Helsedirektoratet, Legeforeningen og andre sykehus.

Mottaksmedisinens hovedfunksjoner

1. Gi akutt, livreddende basisbehandling og stabilisering av alle typer akutte pasienter, inkludert sikring av ABC.

2. Tilby alle pasienter i akuttmottaket effektiv diagnostikk, som muliggjør iverksettelse av relevante behandlingstiltak i henhold til internasjonale retningslinjer og innen anbefalte tidsrammer.

3. Effektiv hastegradsbestemmelse (triage) av pasienter og hvis indisert, raskt kunne overflytte dem til spesialavdeling eller innhente adekvat spesialisthjelp.

4. Koordinere og prioritere ressurser og innsats i akuttmottaket / akuttkjeden, inkludert effektiv logistikk og pasientflyt.

5. Observere og ferdigbehandle egnede pasientkategorier innenfor de gitte rammene i akuttmottaket.

Akuttmottak i Norge

- Sykepleiestyrt organisering og innhold
- Ingen legefaglig styring eller ledelse
- Stor variasjon i klinikktilhørighet
- Leger er ”gjestearbeidere”
- Manglende introduksjonskurs/opplæring av leger med tjeneste i akuttmottaket
- Lite kvalitetssikret fordeling av pasienter til de ulike fagområdene. En sykepleier velger fagfelt på bakgrunn av opplysninger i innleggelsesskriv eller meldinger fra AMK.
- Manglende legefaglig deltagelse i prioritering og sortering av alle pasienter i akuttmottaket.

- Ingen legefaglig kontaktpunkt
- Ingen fagidentitet
- Ingen felles triage-systemer (RETTS og Manchester dominerer)

Pasientpopulasjonen

- Akutte innleggelsene utgjør opp mot 70 % av alle innleggelser
    - ca 600 000 øyeblikkelig hjelp-innleggelser via norske akuttmottak per år
- Kun 3 % av pasientene ved St. Olavs hospital trenger akutt tilsyn eller intervensjoner av anestesilege i akuttmottaket og mange av disse ivaretas av dedikerte ressurser eller standardisert pasientforløp (f.eks. traumeteam, medisinsk mottaksteam, STEMI, slagalarm, osv.).
- Indremedisinske lidelser dominerer.
- Pasientene fordeler seg på følgende måte ved St. Olavs Hospital: Medisin 60 %, kirurgi 22 %, ortopedi 8 %, nevrologi 7 %, og 3 % andre fagområder (St. Olavs Hospital har eget mottak for barn og obstetriske pasienter samt selvstendig skadepoliklinikk)
- 50 % av pasientene er over 65 år og økende andel av disse har sammensatte lidelser og multimorbiditet
- Økende antall akutte pasientforløp eller ”sus-forbi” pasienter gir en økende andel pasienter med uspesifikke symptomer og utfordrende klinisk bilde i akuttmottaket

Akutt- og mottaksmedisin

- Akuttmedisin oppfattes i dag kun som “blålysmedisin”
- Den internasjonale oppfatningen av akuttmedisin omfatter et bredere spekter av tilstander og symptomer.
- Økende krav om et mer utredende og behandlende akuttmottak

Kompetanse og tilgjengelighet – Leger i akuttmottak

- Legene som tok i mot akutt syke pasienter i norske akuttmottak har en gjennomsnittlig erfaring på 6 måneder.
- Stor forskjell i legefaglig kompetanse og tilgjengelighet ved de ulike sykehusene
- Store samtidighetskonflikter for legene
    - Økte krav til døgnkontinuerlig utredning og behandling
- Varierende tilbud og bruk av supervisjon/rådgivning/veiledning
- Manglende symptomfokusert undervisning i akutt- og mottaksmedisin. (Pasientene presenterer med symptomer, ikke ferdige diagnoser). Undervisningen preges av diagnoser tilhørende den klinikken legene til enhver tid er ansatt i.

St. Olavs Hospital - Lokale prosesser

Akuttavdelingen ved St. Olavs Hospital har innført og planlegger nye tiltak som øker pasientsikkerheten. Disse tiltakene er universelle og vil kunne benyttes nasjonalt. I tillegg foregår det en rekke viktig prosesser i forhold til samhandlingsreformen og utviklingen av mottaksmedisinen. Grunnlagsdokumentet for utvikling av akutt- og mottaksmedisinen ved St. Olavs Hospital er Hovedprogram for forbedring (HPFF) – Akuttfunksjonen Somatikk. Hovedelementene er:

- et mer utredende og behandlende akuttmottak
- økt legefaglig kompetanse og tilgjengelighet

HPFF er forankret i Hovedledelsen, Styret og Direktør ved sykehuset.

Ny klinikkstruktur (Klinikk for akutt- og mottaksmedisin)

For å konkretisere og styrke fokus på mottaksmedisinen har man ved St. Olavs Hospital valgt å skille ut Akuttavdelingen (Akuttmottak og Observasjonsenhet) samt AMK fra anestesifaget. Den nye klinikken vil hete Klinikk for akutt- og mottaksmedisin. Dette vil gi muligheter for faglig og organisatorisk satsing på den store mottaksmedisinske pasientpopulasjonen. Fra 1.1.2013 vil det bli innført ny ledelsesstruktur. Akuttavdelingen har frem til nå vært totalt sykepleiestyrt, men vil fremover bli ledet av to personer hvor en er lege med medisinskfaglig ansvar. Som en del av denne satsningsprosessen har det over to år blitt ansatt 3 faste overleger med bred faglig representasjon (indremedisin, geriatri, akuttmedisin) i Akuttavdelingen.

Utvikling av Akuttavdelingen

For å etablere et mer utredende og behandlende akuttmottak er det og vil det bli gjennomført en rekke tiltak.

Gjennomførte tiltak:

- Akuttdatabasen
  - Registreringsverktøy og logistisk hjelpemiddel i Akuttavdelingen
  - Det jobbes med å få et mer optimalisert verktøy for pasientoversikt og flyt hvor man tar hensyn til Helsedirektoratets anbefalinger ”IKT i norske akuttmottak” (Jostein Dale var delaktig i dette arbeidet)
- Styring og kvalitet
  - God oversikt over pasientpopulasjonen (Publiserte data)
  - Kontinuerlig utvikling av kvalitetsindikatorer
- Innføring av triage (RETTS)
- Beleggskoordinator
  - Person med direktørmyndighet som har full oversikt over sykehusets sengebelegg.
  - Bistår klinisk helsepersonell i adekvat plassering av pasienter
  - Etter innføring av ordningen i januar 2012 har man sett mindre problematikk knyttet til ”fullt sykehus” og leger har fått frigjort mye tid til klinisk arbeid i blant annet Akuttmottaket
- Observasjonsenhet
  - 24-timers enhet med 16 sengeplasser etablert i 2009
  - 75 % skrives ut innen 24-timer (median liggetid er 20 timer)
  - Klinikkovergripende tilbud og buffer
  - Betraktes som en bedriftsøkonomisk suksess
- Akuttsykepleieutdanning i samarbeid med HiST i flere år
  - Økt sykepleiefaglig identitet og tilhørende stabil sykepleiegruppe
- Opprettelse av ulike team
  - Medisinsk mottaksteam (fra 2011)

    - Slagteam (fra 2011)
    - Traumeteam
- Samarbeid med primærhelsetjenesten
    - Bistår i kommunenes opprettelse av ø.hj. plasser i henhold til Samhandlingsreformen
    - Styrke det faglige og logistiske samarbeidet med legevakten. Ny legevaktssjef er lege
    - Kurs i akuttmedisin for allmennpraktikere arrangeres av legene i Akuttavdelingen to ganger per år (obligatorisk for allmennpraktikere fra 2012)
- Fag- og kompetanseutvikling innen mottaksmedisin
    - Regelmessig trening av medisinsk mottaksteam i simulatorsenter
    - Arrangering av nasjonalt symposium og workshop i samarbeid med NORSEM
    - Utvikling av nasjonal kompetanseplan for mottaksmedisin i samarbeid med NORSEM
    - Samarbeid med NTNU
        - Samarbeid angående optimalisering av studentenes fagplan innen mottaksmedisin
        - Leger i akuttavdelingen er instruktører/foredragsholdere ved studentarrangementer
    - Veiledning av studentoppgaver
    - ”Akuttmottak for eldre”: Et samarbeidsprosjekt med Innomed initiert av Jostein Dale.

Planlagte tiltak:

- Innføring av en ny tverrfaglig vaktordning med erfaren lege i akuttmottaket
    - Koordinerende akuttmedisinsk vakt (KAV) (*Se tekst nedenfor*)
- Døgnkontinuerlig bemanning av akuttmottakets radiologiske enhet med utvidede funksjoner
- On-site laboratorieprøver
- Opprettelse av en generell medisinsk overvåkning
- Videreutvikle eksisterende observasjonsenhet
- Kvalitet og styring
    - Kontinuerlig utvikling av gode kvalitetsparametere
    - Evaluering av tiltak
- Utvidet samarbeid med primærhelsetjenesten
    - Akuttavdelingen som utdanningsarena for primærhelsetjenesten
- Fag- og kompetanseutvikling innen mottaksmedisin
    - Kursvirksomhet for interne og eksterne leger
        - Satsing på Ultralydkurs (starter høsten 2012)
        - Praktisk og teoretisk ABC-kursprogram for leger i vakt
    - NTNU
        - Akuttmottaket som klinisk læringsarena
            - Faste leger tilbyr økt klinisk veiledning og undervisning
        - Lektorat
        - ”Studentdrevet seng”
- Forskning/tjenesteutvikling
    - Med bakgrunn i faste ansatte leger og i samarbeid med de store klinikkene er det gode muligheter for tjenesteutvikling og forskning innen mottaksmedisin

- Eksempelvis var det helt avgjørende å ha faste leger i akuttmottaket ved utvikling og optimalisering av slagteam (trombolysealarm)

Koordinerende akuttmedisinsk vakt (KAV)

Leger i akuttmottaket med erfaring og kompetanse innen akutt- og mottaksmedisin vil bidra til bedring i utredning, behandling og logistikk. En rekke publikasjoner dokumenter nytten av tilstedeværelse av leger med god erfaring innen akutt- og mottaksmedisin (Holliman et al., 2011). Økt kompetanse i akutt- og mottaksmedisin samt bedret logistisk kontroll er helt nødvendig for effektiv drift og sikret behandlingskvalitet i akuttmottaket.

Ved St. Olavs Hospital er det besluttet å innføre en 2-årig forsøksordning med en gruppe erfarne leger i tillegg til de eksisterende vaktfunksjoner. Denne vaktfunksjonen blir kalt koordinerende akuttmedisinsk vakt (KAV) og planlagt arbeidstid vil i oppstartsfasen være fra 12-22 på hverdager. De tre faste legene i akuttmottaket vil danne stammen for ordningen. For å få en adekvat vaktbelastning rekrutteres det nå ytterligere 4 leger i kombinerte stillinger opp mot de medisinske fagområdene.

KAV-oppgaver:

- Inngå i triage – også retriagering (Team triage)
    - I initialfasen har en erfaren lege mulighet for raskt å avklare hvilket fagområde som skal ta vare på pasienten videre i akuttmottaket (f.eks. synkope – til nevrologi eller medisin?)
    - Kvalitetssikring i triagesituasjonen
- Ha kontinuerlig oversikt over pasientenes hastegrad, tilstand og videre forløp på tvers av fagområdene.
- Faglig støtte for koordinerende sykepleier
- Kommunisere og samhandle med leger i vaktfunksjon ved de ulike klinikker
- Kontaktpunkt for alle leger i sykehuset
- Avlaste leger i vakt
- Ekstraressurs ved prosedyrer og intervensjoner
- Initial vurdering og behandling
- Klinisk beslutningsstøtte og supervisjon for leger i utdanning
- Kontaktpunkt for prehospitale tjenester
- Bidra til kompetanseheving i Akuttavdelingen

Økt legefaglig kompetanse og tilgjengelighet vil:

- Øke pasientsikkerheten
- Bedre pasientbehandlingen
- Bedre arbeidsforholdene for vakthavende personell
- Forutsetning for et mer utredende og behandlende akuttmottak
- Sikre nødvendig kontroll og styring av virksomheten i akuttmottakene

NORSEMs rolle i utviklingen av akutt- og mottaksmedisin

Norsk selskap for akuttmedisin (NORSEM) er en legefaglig forening som jobber for økt legefaglig kompetanse og tilgjengelighet i norske akuttmottak. NORSEM har som mål å være den nasjonale talerøret for akutt- og mottaksmedisin og samtidig være Norges internasjonale representant innen faget. NORSEM er sterkt knyttet til fagmiljøet i Akuttavdelingen ved St. Olavs Hospital.

NORSEM mener det er viktig å få på plass to elementer for å sikre faglig kompetanse i akuttmottaket; en nasjonal kompetanseplan og et enhetlig rammeverk (utdanningsprogram). NORSEM har utarbeidet et utkast til nasjonal kompetanseplan basert på internasjonal konsensus. Det er imidlertid usikkert hvilke rammer (utdanningsprogram) som må foreligge. NORSEM mener at det i dag primært vil være naturlig å tenke seg et kompetanseområde slik man har i Danmark. Det er naturlig å sammenligne seg med Danmark, da de har flest likhetstrekk med det norske helsevesenet. Det vil likevel være framtidsrettet å parallelt kartlegge premissene for en egen spesialitet slik man nå finner i over 60 land i verden. NORSEM har opparbeidet seg et viktig internasjonalt kontaktnett og er medlem av EuSEM og Nordic Federation. Det er et tett og godt samarbeid mellom Sverige, Danmark og Norge, og det gjennomføres hyppige møter. Rent konkret planlegges det nå felles kurs for disse landene. Det er ønskelig at NORSEM får status som spesialforening under legeforeningen for at norsk mottaksmedisin skal få økt nasjonal og internasjonal legitimitet. En spesialforening vil i tillegg gi mulighet for offisiell NORSEM representasjon i UEMS Section for Emergency Medicine.

Konklusjon

Som vi har vist er Akuttavdelingen ved St. Olavs Hospital i en positiv utvikling for å bedre pasientsikkerheten i mottaksfasen. De lokale tiltakene har i stor grad blitt etablert i samarbeid med klinikksjefer fra de store klinikkene. Direktøren, Styret og Hovedledelsen er nå positiv til status quo og Direktøren er i tillegg tydelig i sine planer for den nye klinikken og dens innhold. Klinikksjef for akutt- og mottaksmedisin, Sindre Mellesmo, samt undertegnede er selvsagt glad for at våre ideer og tanker for utvikling av mottaksmedisin i stor grad støttes lokalt. Det gjenstår dog flere ubesvarte spørsmål både ved form og innhold.

Undertegnede har opplevd stor nasjonal interesse for de lokale prosessene ved St. Olavs Hospital. Vi har blitt invitert til flere formelle møter og konferanser og opplever at vi er langt over "kritisk masse" i engasjement, interesse og støtte fra behandlingsnivåer samt fagområder. Vi er kjent med at akuttmottaket ved AHUS i disse dager er i en omstillingsprosess hvor de mottaksmedisinske tankene beskrevet over er tydelige. Vi har også blitt kontaktet av Torunn Janbu i Helse Sør-Øst i forbindelse med hennes arbeid som leder av en prosjektgruppe som ser på fremtidig legefaglig behov i deres region.

Vi er som nevnt i innledningen godt kjent med det arbeidet som skjer vedrørende spesialiststrukturene i Helsedirektoratet og Legeforeningen. Undertegnede deltar aktivt i samlingene til Helsedirektoratet. Irene Søraas og Even Klinkenberg i Helsedirektoratet var til stede på mottaksmedisinsk symposium samt delaktige i den etterfølgende workshopen som ble arrangert i samarbeid mellom Akuttavdelingen og NORSEM primo oktober 2012. Hans Petter Aarseth har blant annet som leder av Innomed, blitt informert om essensen i våre tanker/ideer og uttrykker tydelig interesse. Johan Torgersen i Spesialitetsrådet er informert og følger prosessen fra Legeforeningens side. I tillegg har vi har hatt møte med Hege Gjessing som ble informert om de pågående prosessene i Akuttavdelingen samt NORSEM sin rolle og tanker vedrørende mottaksmedisinen.

NORSEM sendte våren 2012 søknad til Legeforeningen om å bli godkjent som spesialforening. Bakgrunnen for søknaden er å kunne benytte offisielle og etablerte ordninger for kommunikasjon og diskusjon. Vi er klar over at det er nedsatt en arbeidsgruppe på 5 personer som skal se på kriteriene for godkjenning av spesialforeninger og håper på snarlig avklaring.

Undertegnede har ett hovedmål: Øke pasientsikkerheten ved behandlingen av pasienter i norske akuttmottak. Ideene om at norske akuttmottak bør ha økt tilgang på legefaglig kompetanse innen akutt- og mottaksmedisin er absolutt ikke ny. Rammevilkårene for oppnåelse er viktig, diskusjonen kompetanseområde eller ny spesialitet er underordnet. Vi har etter hvert opparbeidet oss mye kunnskap om utfordringene ved etablering av mottaksmedisin. Vi har imidlertid opplevd en spennende utvikling lokalt og ser frem til etableringen av den nevnte KAV-ordningen. Vi ønsker med dette dokumentet å oppsummere fra vårt ståsted/virke for å gi noen impulser til ansvarlige og andre interesserte i viktige posisjoner. Akuttavdelingen ved St. Olavs hospital og NORSEM stiller seg til disposisjon i det videre arbeidet.

Jostein Dale
Indremedisiner og geriater
Avdelingsoverlege
Akuttavdelingen
St. Olavs Hospital, Trondheim
Epost: jostein.dale@stolav.no
Tlf: 99628244

Styremedlem NORSEM

Lars Petter Bjørnsen
Akuttmedisinsk spesialitet
Overlege
Akuttavdelingen
St. Olavs Hospital, Trondheim
Epost: larspb@me.com
Tlf: 93212617

Leder NORSEM

Traumekirurgisk kompetanseprogram

Bakgrunn/begrunnelse

Traume bakgrunn

I vår del av verden er skade hyppigste dødsårsak i aldersgruppen 1 - 40 år. I gjennomsnitt er den alvorlig skadde pasienten noe over 30 år og tidligere frisk, med potensielt mange leveår som kan reddes. Optimal skadebehandling reduserer dødelighet, komplikasjoner, liggetid i sykehus og varige mén. Fokus på bedret behandling av de alvorligst skadde er derfor både etisk og samfunnsøkonomisk på sin plass. Men har vi gjort jobben vår?

Hyppigste dødsårsaker hos alvorlig skadde som kommer i live til sykehus er alvorlig blødning og hodeskader. Det er vist i land vi kan sammenlikne oss med at inntil 20 % av disse dødsfallene kunne vært unngått ved nasjonal og institusjonell systematisering av skadebehandlingen. I England har nasjonal registrering av skadebehandlingen over mange år kunnet vise at dødeligheten ligger 20 % høyere enn i USA. En større uavhengig nasjonal gjennomgang i 2007 konkluderte med at 50-60 % av skadde pasienter fikk suboptimal behandling, ofte forårsaket av manglende kompetanse i tidlig fase. En fersk rapport angir på den bakgrunn at så mange som 600 liv kunne vært reddet i England per år med bedre skadebehandling.

Det ville være naivt å tro at det står bedre til med skadebehandlingen i Norge. Men manglende gode nasjonale data kan fort bli en sovepute. I utredningen "Når det haster" (NOU 1998) ble det allerede for 12 år siden påpekt at inntil 5000-6000 leveår gikk tapt årlig i Norge på grunn av manglende systematisering av skadebehandlingen.

En kartlegging i forbindelse med planlegging av et nasjonalt traumesystem i Norge konkluderte med at om lag halvparten av norske sykehus med akuttfunksjon mottar færre enn en potensielt alvorlig skadet pasient per uke. Tallene baserer seg på subjektive anslag og i liten grad på reelle registerdata. På grunn av tidsfaktoren og store avstander kan man imidlertid i store deler av landet ikke uten videre bestemme at potensielt alvorlig skadde pasienter ikke skal transporteres til nærmeste sykehus med akuttfunksjon. På den annen side kan kritisk syke pasienter være tjent med lengre transport dersom det garanterer nødvendig kompetanse.

Endring av kirurgien og kirurgiutdanningen i Norge

En stadig økende subspesialisering gjør seg gjeldende innen de kirurgiske fagfeltene. Inn til slutten av 1990-tallet var alle ortopeder også generelle kirurger. Etter en mellomperiode med krav til 2 år generell kirurgi er dette kravet fjernet. Samtidig er det stadig flere som subspesialiserer seg innen de tradisjonelt generelle kirurgiske fagområdene. Dette skjer parallelt med en rask teknologisk utvikling, strengere arbeidstidsbestemmelser og krav til raskere utdanning. Resultatet blir økende sentralisering av stadig flere inngrep. Mange akuttsykehus står igjen med små pasientvolum, mindre interessant kirurgisk spektrum, vanskelig rekruttering, vikarstafetter og varierende kompetanse. Etter hvert vil utviklingen trolig medføre færre akuttsykehus med døgnkontinuerlig kirurgisk beredskap. Dette vil kreve lengre transport av de alvorlig skadde, samt bidra til en mer fragmentert tilnærming til traumepasientene av subspesialister med manglende helhetsforståelse.

Draft

Uten en bevisst oppbygging av traumekompetansen blant kirurger, ortopeder og andre relevante spesialiteter vil kvaliteten i behandlingen av denne pasientgruppen kunne bli lite tilfredsstillende på sikt.

Traumekirurgi

Traumekirurgi har i løpet av de siste 10 årene utviklet seg til en høyspesialisert funksjon som krever planlagt og samkjørt multidisiplinær tilnærming. De nødvendige livreddende kirurgiske prosedyrene inngår ikke i noen tradisjonell generell kirurgisk utdanning, men må læres spesifikt. Kirurgiske beslutninger og type tilnærming baserer seg som oftest på pasientens fysiologi. Kirurgiutdanningen i Norge innbefatter ikke krav til intensivmedisinsk/anestesiologisk praksis (utover ppp-kurset).

Traumesystem for Norge

I 2006 ble rapporten "Traumesystem i Norge" ferdigstilt på oppdrag fra fagdirektørene i de fem regionale helseforetakene. Det fremkom at man manglet nasjonale standarder for behandling og kompetanse i alle ledd av behandlingskjeden. Videre fremkom det at traumeomsorgen i Norge hadde lav status, var sårbar og data for behandlingskvalitet manglet på grunn av mangelfull registrering.

Rapporten konkluderte med et klart behov for implementering av et nasjonalt traumesystem der systemansvaret i traumebehandlingen skulle tillegges de regionale helseforetakene. Traumesystemet skal innbefatte alle fire nivåer i behandlingskjeden: Prehospitalt, akuttsykehus, traumesenter og rehabilitering.

I rapporten defineres det klare krav til sykehus med akuttfunksjon som skal motta alvorlig skadde pasienter. Disse kravene innbefatter skriftlige rutiner for aktivering av traumeteam, tramekoordinatorfunksjon, formelle kompetansekrav til medlemmer av traumeteamet døgnkontinuerlig alle ukens dager (ATLS for alle leger, tilsvarende for sykepleiere, kurs i nødkirurgiske prosedyrer for kirurger og teamtrening), registreringsrutiner, krav til evaluering, regelmessig tverrfaglig trening, oppdaterte prosedyrer vedrørende behandling og overflytting av pasient til høyere behandlingsnivå. Traumesystem for Norge er vedtatt implementert i alle 4 helseregioner.

Hvorfor kompetanseprogram?

I traumesystemrapporten ble det slått klart fast at innføring av traumesystem ville pålegge de regionale traumesentrene et overordnet systemansvar for traumepasientene i sin region. Dedikerte traumeressurser må derfor i tillegg til kvalitetssikring av traumebehandlingen i egen institusjon også ta et ansvar overfor akuttsykehusene i regionen som skal ha en traumefunksjon.| Dette innbefatter, i tillegg til optimalisering av traumebehandlingen på traumesenteret blant annet et regionalt ansvar for undervisning innen traumatologi, for å bidra til at kompetansekrav fylles, og derav kunne definere hvilke pasienter som skal transporteres til de forskjellige sykehus, samt bidra til evaluering og kvalitetssikring av hele behandlingskjeden.

Vi står overfor en situasjon der:

- Den generelle kirurgien er i ferd med å forsvinne til fordel for subspesialitetene
- Dagens kirurgiske utdanning gir ikke engang minimumskompetanse for behandling av alvorlig skadde. Dette er det heller ikke tatt hensyn til i revidert forslag til utdanningsprogram. Minimumskompetanse i henhold til rapporten "Traumesystem i Norge" innebærer ATLS, kurs i

nødkirurgiske prosedyrer og teamtrening for team ved alle sykehus med akuttfunksjon som skal kunne ta imot og behandle potensielt alvorlig skadde pasienter. Sikring av denne kompetansen ved alle aktuelle sykehus krever en gruppe kirurger i Norge med traumekirurgi som spesialfelt som kan bidra i kvalitetssikring, fagutvikling og opplæring.

- Behandlingen av de alvorlig skadde baserer seg fortsatt på tilfeldigheter, der god kvalitet har vært avhengig av entusiaster som engasjerer seg i skadebehandling i tillegg til egen spesialitet.

- Adekvat traumebehandling forutsetter implementering av et traumesystem slik det er beskrevet i rapporten "Traumesystem i Norge". Dette innebærer betydelig innsats av dedikerte traumekirurgiske ressurser som både skal sikre den initiale traumekirurgien på traumesentra, koordinere annen kirurgisk og total tverrfaglig innsats i videre behandling, og kvalitetssikre traumebehandlingen i egen region (se over). Traumesystemet er vedtatt implementert i flere av helseregionene, der Helse Sør-øst har definert tidsfristen til juni 2012 (forlenget til juni 2013)or å sikre en gruppe dedikerte traumekirurger kreves utvikling av en bred spesialutdanning på tvers av dagens subspesialisering. Et kompetanseprogram vil kunne rekruttere aktuelle entusiaster og sikre traumekirurgien fremover.

I rapporten fra legeforeningen omtales kompetanseprogram som alternativ til nye spesialiteter.

I pkt 6.10 stilles det spørsmål om "de kompetanseområder som befinner seg på tvers av spesialitetene blir ivaretatt og utviklet på en tilfredsstillende måte i dag. Hvis så ikke er tilfelle bør man gjøre noen organisatoriske grep for å styrke fag- eller kompetanseområdene på tvers av spesialitetene" Traumekirurgien er et typisk eksempel på dette og svar på spørsmålet ovenfor er ubetinget nei.

Videre "karakteriseres et kompetanseområde ved at leger med en særlig interesse og kompetanse arbeider innefor et område som griper inn i tre eller flere spesialiteter". Med økende spesialisering bort fra generell kirurgi står traumekirurgien igjen og griper inn i alle de generelt baserte kirurgiske spesialitetene: generell kirurgi, gastrokirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, barnekirurgi, urologi og ortopedi (forutsatt generell kirurgisk bakgrunn). Nevrokirurgi, plastikkirurgi, anestesiologi og radiologi er sentrale i skadebehandlingen men ikke aktuelle som traumekirurger i henhold til målet for dette kompetanseprogrammet.

Legeforeningens mål med kompetanseområder er å sikre bedre helsetjeneste til en betydelig gruppe pasienter. Et traumekirurgisk kompetanseområde vil uten tvil oppfylle dette målet. I tillegg vil det:

- Sikre faglig kvalitet og bidra til faglig utvikling innen et område som i dag lider under subspesialiseringen der tilnærmingen blir fragmentert og stadig flere kirurger tar avstand fra den helhetlige behandlingen av alvorlig skadde pasienter pga usikkerhet.

- Gi en kollegial fellesskapsfølelse og høynet status for de som arbeider innen dette området. Dette er nødvendig for å opprettholde entusiasmen da traumekirurgi består av mest ikke-operativ behandling. Av samme grunn vil arbeidet være ekstra utfordrende da traumekirurgene vil måtte ha en fot i egen spesialitet (elektiv) for å opprettholde kirurgisk kompetanse.

Draft

- Bidra til å bygge opp og vedlikeholde et traumesystem slik rapporten ”Traumesystem i Norge” skisserer.
- Bidra til å bygge og sikre en multidisiplinær tilnærming til en kompleks gruppe pasienter.
- Bygge en nødvendig bro mellom spesialitetene.

Legeforeningens rapport skisserer både gevinster og utfordringer med innføring av kompetanseområde:

- Dagens rigide skiller mellom spesialitetene og manglende traumeerfaring medfører en fragmentert/lite koordinert tilnærming til traumepasientene der ingen har oversikten. Et traumekirurgisk kompetanseprogram vil bidra til å imøtekomme denne problemstillingen /utfordringen?
- Kompetanseområdet vil kreve kursvirksomhet. Imidlertid er dette kursvirksomhet som allerede tilbys i Norge eller internasjonalt.
- Traumemiljøet i Norge er lite og avhengig av betydelig kontakt med/impulser fra traumemiljøer internasjonalt. Etableringen av et kompetanseområde vil kunne bidra til å øke denne kontakten og således skape et nettverk innenfor et fagfelt hvor kun et begrenset antall kolleger vil være engasjert i et lite land som Norge .
- Et kompetanseprogram vil bidra til å kvalitetssikre den faglige standarden og traumeorganiseringen i Norge. Systematisert opplæring og forhåpentlig bedre rekruttering og medføre mindre avhengig av noen få entusiaster innenfor faget, slik situasjonen er i dag.
- De fleste skisserte utfordringene omhandler risiko for ytterligere spesialisering/fragmentering i kirurgiutdanningen. Et traumekirurgisk kompetanseprogram vil motvirke denne tendensen. I tillegg vil traumekirurger være involvert i opplæring i egen region, dvs bidra til å sikre den breddekirurgiske kompetansen ved mindre sykehus. Det finnes kun få kirurger med traumekirurgisk kompetanse i Norge som kan dekke behovet for denne typen opplæring i dag.

Formelle ”traumekirurger” vil være mest aktuelle for traumesentra, som trenger denne kompetansen i sikring av egen traumebehandling samt oppfølging av egen region.

Et slikt program sikrer ikke praktisk kompetanse for all kirurgisk håndtering av alvorlig skadde men søker å bygge opp best mulig realkompetanse i bred kirurgisk håndtering i akuttfasen, koordinering av tverrfaglig innsats i hele forløpet samt videre kirurgisk kompetanse innen egen spesialitet.

Kompetanseprogram oppbygging

Forslaget nedenfor bygger på eksisterende programmer i andre land, men tilpasset dagens situasjon i Norge. Det finnes per i dag ingen europeiske traumekirurgiske utdanningsprogram basert på generell kirurgi.

Her tenker vi en jobb sammen med spesialitetskomiteen i generell kir, NKF, Dnlf, NOF

Draft

Aktuelle kirurgiske spesialiteter

Generell kirurgi, gastrokirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, barnekirurgi, urologi og evt. andre spesialisteri generell kirurgi. Forhold til ortopedi avklares.

Tid

2 år

Mentor

Da et slik program må skreddersys og følges opp er det fornuftig å tenke seg en mentorordning.

Tjeneste

1. Kirurgisk tjeneste avhengig av spesialitet. Kan påbegynnes etter 4 år generell kirurgisk trening. Krav til spesialitet i generell kirurgi ved avslutning. Kjennskap/erfaring fra HPB-kirurgi, thoraxkirurgi og karkirurgi m dokumenteres.

2. Dokumentert tjeneste på intensiv/anestesi (3-6 mndr)

3. Traumerelevant tjeneste i Norge:

- Teamleder ved OUS teller 50% i inntil 2 år (dvs max 1 år). Kan telle 100% dersom tilknyttet avdeling for traumatologi i >50% av dagarbeidstid.

- Teamleder ved andre regionssykehus teller 25% i inntil 2år (dvs max 6 mndr).

- Foreslår opprettet utdanningsstilling i tilknytning til Avdeling for Traumatologi, OUS, for inntil 1,5 år. Denne stillingen bør kvalifisere som sideutdanning til generell kirurgiske fag.

- Tellende tjeneste utenfor Norge: Aktivt arbeid i høyvolumsentra skal som hovedregel telle fullt. Vurderes individuelt. Relevant hospitering teller inntil 4 uker (definere relevant og antall steder)

Kurs

Obligatoriske: ATLS, krigskirurgikurs, DSTC, DSTS eller ASSET, tilsvarende grunnkurs i intensivmedisin (timer?), tilsvarende grunnkurs i anestesiologi (?) annet

Valgfrie: kurs/kongresser(?) Antall timer totalt(?), BEST (?),

Prosedyrer

Liste i tillegg til generell kirurgiske krav (?)(kfr. spesialistkomiteer/kursledere for ulike spesialiteter/kurs)

Liste over traumekirurgiske prosedyrer man skal håndtere (appendix I)

Listen vil avhenge av tilgjengelig kompetanse. I Norge er det blitt et klart skille mellom ortopedisk og bløtdelskirurgisk kompetanse. Begge deler vil være nødvendig i behandlingen a alvorlig skadde og tilgjengelig ved alle sykehus som skal kunne ta imot og behandle alvorlig skadde. En utfyllende liste over traumekirurgiske prosedyrer inneholder også ortopediske og nevrokirurgiske prosedyrer for initial behandling ev kritisk skadde dersom man befinner seg i en situasjon uten tilgang til ortoped eller nevrokirurg.

Draft

Teoretisk kunnskap

Hvordan skal dette sikres? Oppgaver? Eksamen? Artikler i tidsskrift?

Vi blir formodentlig ikke det eneste ”kompetanseområdet”, dette må vel Dnlf/ spesialistansvarlige si noe om. Hva med tilsvarende prosedyrer som for andre tilsvarende ”områder”, for eksempel idrettsmedisin. Vi kan ikke stille andre krav til dette kompetanseområdet enn det som ellers stilles av krav innen norsk videre- og etterutdanning innenfor andre spesialiteter det er relevant å sammenligne seg med.

Vedlikehold

Rotasjon? Eks kar hvis gastro, gastro hvis kar?

Kongresser (timer årlig?)

Treningssesjoner /årlig (?) Teamledere v/Ullevål har minst 2 treningssesjoner a 4 timer per år. Det er vel lite grunn til å legge kravene her lavere?

Vi kan vel forslå en minstestandard til et utdanningsprogram og evt. behov for oppdatering, men kfr. kommentar under punkt ”teoretisk kunnskap” ovenfor hva angår vedlikehold for øvrig.

Sertifisering

Eksamen? Vil tro det i Norge er mer aktuelt med individuell vurdering ved oppnevnt komite.

Skandinavisk samarbeid

Alle de skandinaviske landene opplever liknende situasjoner og er på forskjellige måter i ferd med å implementere traumesystemer. Det ville være naturlig å opprette et formelt samarbeid. Dette vil sikre økt kommunikasjon og mer oppdatert traumebehandling generelt, et større miljø og mulighet for utveksling.

Utfordringer

Merarbeid

Få aktuelle

Grensesetting i forhold til andre spesialiteter / legitimitet

Punktene over burde (sammen med en del andre problemstillinger som reises) diskuteres med ansvarlige personer i NKF / NOF/ Dnlf / andre med relevant myndighet i helsenorge. Kan vi bli enige med oss selv og evt. Dnlf / evt. andre spesialistkomiteer /kurskomiteer om å etablere kompetanseprogrammet var det en god begynnelse. Hvilke ressurser kan Dnlf stille opp med? Drøfte med seksjon for spesialisthelsetjeneste i Dnlf, evt også i direktoratet.

Gjennomføring

Traumeutvalget kan gjerne bidra og evt være premissleverandører, men forutsetter dialog/strategi i kommunikasjon med ansvarlige personer i NKF / Dnlf / andre med relevant myndighet i helsenorge

Draft

Oppnevnt nasjonal komité i samarbeid med Traumeutvalget, evt uavhengig organ. NKF ved styret må dra dette organisasjonsmessig, med traumeutvalget som arbeidshester?

Skandinavisk modell?

Positiv respons fra forespurte samarbeidspartnere i Danmark/Sverige. Det vil i tillegg ved et beskjedent volum kolleger (både som evt. kursundervisere og deltakere) være en fordel om et skandinavisk samarbeid kunne realiseres.

Draft

APPENDIX I

Traumekirurgiske prosedyrer

Det er viktig å kunne forskjellen på en damage control-situasjon og en situasjon hvor definitive kirurgi er tilrådelig.

Abdominale prosedyrer

- Forberedelser/planlegging/indikasjoner for traumelaparotomi
- Resusitativ pakking: indikasjoner og gjennomføring
- Prioritering og behandling av bukskader basert på pasientens fysiologi
- Milt: mobilisering, splenectomi, annen hemostatisk prosedyre
- Lever: indikajson for og gjennomføring av blødningskontroll inkludert pakking, Pringle, hemostase i laserasjon, plugging, bruk av lokalhemostatika, omentpatch, blødningskontroll i lig hepatoduodenale, mobilisering av lever.
- Gallegangsskader: stenting evt reparasjon, evt ligatur.
- Identifisering og behandling av hulorganskade: ventrikkel, øsofagus, duodeum, tynntarm, colon, rectum.
- Pancreas: diagnostikk og behandling inkludert sutur og pancreashalereseksjon.
- Nyrer: indikasjon og behamdling inkludert nefrectomi, partiell reseksjon, sutur.
- Ureter: indikasjon for stenting, ureterostomi, reparasjon.
- Blæreskade: intra- vs ekstraperitonela skade. Behandling av urethraskader.
- Diafragma: reparasjon
- Tilgang til bakre bukvegg.
- Karskader: teknikker for proksimal og distal kontroll, reparasjon, pakking, shunting
- Bukveggsskade: diagnostikk og behandling.
- Ekstraperitoneal bekkenpakking.
- Bukveggslukking: indikasjoner og teknikker 'hjemmelaget' ve kommersiell vac.

Thorax- og karkirurgiske prosedyrer

- Thoraxdren
- Anterolateral nødthorakotomi utvidet til clamshell
- Sternotomi
- Subxiphoidalt vindu
- Hjertereparasjon og oppfølging. Pericardskade

Draft

- Tilgang til aortabuen med kar
- Lunge: sikring av hilus, tractotomi, hemostase, bruk av lokalhemostatika
- Brystvegg: hemostase
- Lukking
- Tilgang til ekstremitetskar
- Halsdisskesjon
- Shunting/patching/anastomose

Ortopediske prosedyrer (plastikkirurgisk)

- Ex fix
- Debridement/sårbehandling/amputasjon
- Delhudstransplantat

Nevrokirurgiske prosedyrer

- Craniotomi med evakuering av hematom

Draft

Til Sentralstyret i DNLF

Opprettelse av kompetanseområde i smertemedisin

Bakgrunn

Pasienter med smertetilstander oppsøker alle deler av helsetjenesten, og smerter er del av symptombildet ved flertallet av sykelige tilstander. Ulike studier har vist at 30 - 50 % av befolkningen rapporterer om smerteplager av betydelig grad, men en langt lavere andel omtrent 1 -2 % har plager som fordrer behandling på et høyt kompetansenivå. Mange pasienter har imidlertid vanskelig for å finne leger med adekvat kompetanse. Det fører til en stor grad av «doktorshopping», uhensiktsmessige utredninger, feilbehandlinger og derav følgende store utgifter for den enkelte og for samfunnet. Pasientene lider unødig, fysisk og psykososial funksjonsevne brytes ned og livskvalitet forringes sterkt for pasient og pasientens familie.

Kroniske smerter er sterkt assosiert med tidlig uføretrygd og en stor del av uføretrygdede og sykmeldte har langvarige smerter som største helseproblem

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene har i flere år inneholdt krav om bedre tilbud til pasienter med kroniske smerter.

Dette har ført til opprettelse av smertebehandlingsenheter ved flere helseforetak. Det finnes imidlertid ingen definert kompetanse for de som skal ivareta pasientene. Kompetanse til å utrede og behandle pasienter med sammensatte og langvarige smerte problem både på det nivået og ellers i helsevesenet ble sterkt etterlyst under den debatten som ble ført etter Sonja Sjølies spørsmål til daværende helseminister Anne Grethe Erichsen sist vinter. (Se vedlagte referat av debatten der man etterlyste både kompetanse, retningslinjer og Smertemedisinske sentre.)

Tilgjengelig kunnskap om smerte har økt betydelig i de siste 20-30 årene og forandret vår forståelse både av årsaker til smerte og de mange uheldige psykososiale og kroppslige konsekvenser av langvarig smerte. Langvarig, sammensatt smerte forsterkes og kompliseres av påvirkning av og reaksjoner i det somatosensoriske, men også det motoriske nervesystem. Det dreier seg til dels om en helt ny måte å forstå sykdom og helse på, der det å mobilisere pasientens egne ressurser for å oppnå bedring er sentralt. Denne kunnskapen er ikke alltid kjent for leger i ulike deler av helsetjenesten, og den blir i alle fall ikke alltid tatt hensyn til ved diagnostisering og behandlingsvalg.

Vi anser det som meget viktig at DNLF må ligge i front med hensyn til denne nye sykdomsforståelsen, både for å gi befolkningen best mulig behandling, men også for å forvalte ressursene på best mulig måte. Ulik faglig forståelse vanskeliggjør kommunikasjonen både mellom de ulike nivåer i helsetjenesten, mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten og mellom ulike profesjoner. Dette medfører frustrerte pasienter, leger som slites ut av ikke å klare å hjelpe pasientene. Og det er sløsing med ressursene.

Beskrivelse av smertemedisin som fagområde

Smertemedisin er et fagfelt som omfatter forståelse, diagnostikk og behandling av akutt og kronisk smerte på tvers av tradisjonelle fagdisiplinære skillelinjer.

Den legger til grunn at langvarig smerte kan være et sammensatt helseproblem som følgetilstand også etter at den underliggende eller utløsende årsak til smertetilstanden er ferdig behandlet eller er i en rolig fase.

Et annet grunnleggende premiss er at smerte, uansett årsak og alvorlighetsgrad, er en opplevelse og ikke bare et «sanseinntrykk" (kfr. IASPs definisjon av smerte (1)). Av dette følger at all diagnostikk, evaluering og behandling må bygge på individets subjektive rapportering av smerten.

Smertemedisinens hovedfokus vil naturlig være langvarig smerte siden smertemekanismenes kompleksitet ofte gjør diagnostikk, evaluering og behandling vanskeligere ved kronisk enn ved akutt smerte. Akutt smerte er imidlertid viktig for smertemedisinen bl.a. fordi man har holdepunkter for at tidlig og riktig diagnostikk, evaluering og behandling av akutt smerte er en viktig faktor i arbeidet med å forebygge og redusere skadevirkningene av at den akutte smerte blir langvarig.

Avgrensning

Palliasjon i livets siste fase vil som oftest håndteres av palliasjonsmedisinmiljøer og de aller fleste pasienter med akutte smerter på bakgrunn av aktuell pågående sykdom behandles av allmennmedisiner eller den organspesialitet der sykdommen tradisjonelt behandles.

Hensikten med å opprette smertemedisin som kompetanseområde

Vi mener at vi ved å samle leger med interesse for dette problemet i et fagfellesskap lettere kan stimulere til kunnskapsutvikling og omstilling etter hvert som forståelse og behandlingsmuligheter endrer seg.

- å bedre utdanningen av helsepersonell i diagnostikk, evaluering og behandling av smerte
- å utvikle og å gjøre tilgjengelig flere verktøy i pasientbehandling enn de som i dag er i allment bruk i de ulike organspesialiteter
- å fremme interdisiplinært og tverrfaglig samarbeid omkring smertepasienter
- å fremme samhandlingen mellom allmennmedisin og spesialisthelsetjenesten omkring pasienter med akutte, subakutte og, spesielt, langvarige smerter.
- å identifisere uhensiktsmessig behandling og områder for forbedring
- å utarbeide oppdaterte retningslinjer for smertebehandling

- å fremme forskning på smertemekanismer og smertebehandling
- å fremme opplysning om smerte og smertebehandling til befolkningen

Vi foreslår å opprette et kompetanseområde i smertemedisin etter de nye regler for slike områder.

Denne form for videreutdanning er bedre egnet enn å etablere en egen spesialitet eller subspesialitet for dette kunnskapsområdet fordi det angår de aller fleste medisinske spesialiteter og bygger på kunnskap fra mange områder. Økt kunnskap om smertemedisin vil være svært verdifullt også utenom smerteklinikkene og smerteteamene. Det vil kunne føre til bedre beslutninger i den kliniske hverdag i alle deler av helsetjenesten. Organisering av spesialkunnskap om smerte og smertebehandling som et kompetanseområde er mindre rigid og bedre egnet til å møte de endringer i kunnskap som helt sikkert vil komme

Smertemedisin er etablert enten som kompetanseområde eller sub/gren/»kvist» spesialitet i flere andre land i Europa og Nord-Amerika. Finland har hatt smertebehandling som ”särskilt kompetans” i mange år alt. I Sverige er ”algologi” en subspesialitet for mange hovedspesialiteter.

Det finnes en skandinavisk videreutdannelse i avansert smertemedisin og smertebehandling, opprinnelig utarbeidet som påbygning til spesialiteten anestesiologi. De siste kullene har imidlertid rekruttert spesialister med ulik bakgrunn, også spesialister i allmennmedisin. På smerteklinikkene i Skandinavia arbeider det spesialister fra mange forskjellige andre spesialistområder.

Med den finske kompetanse-ordningen som modell, vil vi forslå en felles teoretisk grunnutdanning uavhengig av grunnspesialitet, men med ulike påbygninger i ulike hovedspesialiteter: Dette vil være forskjellig for en nevrolog med spesialinteresse i nevropatisk smerte eller hodepine, fra det en anestesiolog må kunne om avansert invasiv behandling, e.g. ultralydveiledet blokade, radiofrekvens behandling, med mer. Spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering vil trenge fordypningsområder i smertebehandling av muskel- skjelettlidelser. En spesialist i psykiatri vil trenge videreutdanning i betydning av angst, depresjon og kognitiv adferds-avvik, osv. Noen områder av den fagspesifikke delen vil gå på tvers av spesialitetene, f. eks. vil kunnskap om nevropatisk smerte være aktuelt både for nevrologer, psykiatere, revmatologer, fysikalsk medisinere, ortopeder og allmennleger.

Detaljene i dette vil måtte utarbeides av en gruppe med bred bakgrunn og vi ber om at det oppnevnes en arbeidsgruppe som kan stå for dette og utarbeide et ferdig forslag til hvilken kompetanse området skal inneholde og hvordan man skal oppnå den.

1) The International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som “The sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage”

Med vennlig hilsen

Morten Laudal
Norsk forening for allmennmedisin

Harald Breivik
Norsk anestesiologisk forening

Torhild Warncke
Norsk nevrologisk forening

Karin M F Øien
Norsk forening for reumatologi

Elina Schistad
Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering

Knut Fjeldsgaard
Norsk ortopedisk forening

Egil Fors
Norsk psykiatrisk forening

Unni Kirste

Holgeir Skjeie

Hilde Berner Hammer
Norsk forening for Smertemedisin