

Rapport fra kirurgisk arbeidsgruppe TB2024-60, Deloppdrag 2 & 3

Innhold

Rapport fra kirurgisk arbeidsgruppe TB2024-60, Deloppdrag 2 & 3	1
Konklusjon fra kirurgisk arbeidsgruppe.....	2
Definisjoner	3
Bakgrunn	4
Arbeidsgruppens sammensetning, arbeidsprosess og mandat	5
Utfordringer knyttet til breddekompetanse i kirurgi i Norge	7
Kompetanse og breddekompetanse hos leger (nullalternativet) – dagens situasjon.....	10
Spesialistutdanningen for leger med “Felles læringsmål for kirurgiske spesialiteter (del 2)” (FKI) Lovverk og rammer.....	10
EØS-direktivet.....	11
Historisk utvikling av generellkirurgi og gastroenterologisk kirurgi	12
Rekruttering.....	13
Forsvarets behov	14
Forslag til ny utdanningsmodell for kirurgiske spesialiteter:.....	15
Modell 1.....	15
Modell 2.....	17
Modell 3.....	19
Modell 4	20
Generelt:.....	23

Konklusjon fra kirurgisk arbeidsgruppe

Ut fra dagens ordning (Figur på side 11) er det helt avgjørende å foreta en endring i spesialistutdanningen av kirurger i Norge. Målet for en slik endring er å sikre at flere kirurger får god breddekompetanse og dermed vaktkompetanse og beredskapskompetanse. Dette er nødvendig for å møte helsetjenestens og forsvarrets behov i fremtiden.

Arbeidsgruppen jobbet frem fire alternative forslag til modeller for å oppnå dette målet. De forskjellige modellene er gjennomgått for å se på struktur, fordeler, ulemper og om modellen kan imøtekomme det behovet en endring skal kunne gi.

I arbeidsgruppen var den foretrukne modell, modell 4. Del 2 med varighet 4 år, som medfører at alle kirurger får beredskapskompetanse. Del 3 generell kirurgi foreslås mindre omfattende enn i dag slik at den kan kortes ned, og allikevel oppnå bakvakts kompetanse. Ved å gjøre generell kirurgi mindre omfattende kan flere kirurger oppnå dobbeltspesialitet. Dette kan bidra til å redusere personellbehov, øke operativt volum per kirurg og forenkle rekruttering ved mindre sykehus.

Det er ønskelig at gastroenterologisk kirurgi videreføres, men gjennomgår en omfattende revisjon med mål om å redusere innholdet i spesialiteten. Videre foreslås det å etablere påbygningsområder.

Det er av stor viktighet at ny spesialiststruktur etableres raskt, da konsekvensene med tanke på opprettholdelse av vaktkompetansen og beredskap i forhold til dagens utdanningsstruktur vil bli redusert i løpet av de neste 5-10 årene.

Arbeidsgruppen vil understreke at en endring av spesialistutdanningen i kirurgiske spesialiteter ikke alene kan løse utfordringene knyttet til breddekompetanse i kirurgi. I rapporten nevnes eksempelvis autonomi, lønnsnivå, en tydelig satsning på generell kirurgi og dimensjonering av spesialistutdanningen i tråd med regionale og nasjonale behov som viktige virkemidler for å styrke breddekompetansen. Politiske beslutninger og organisatoriske endringer i sykehusene som støtter opp under en ny struktur for spesialistutdanning vil være avgjørende for at sykehusene skal lykkes med dette arbeidet og sørge for et likeverdig kirurgisk behandlingstilbud over hele landet.

På vegne av kirurgisk arbeidsgruppe

John Christian Fischer Glent

Oslo 18. Juni 2026

Leder

Definisjoner

Beredskapskompetanse: Definert kompetansekrav som kan oppnås etter 4 år ved fullført kursopplæring, prosedyreliste og eventuelt bestått eksamen. Ved fullført beredskapskompetanse kan lege i spesialisering (LIS) være traumeteamleder, selvstendig behersker et bredt spekter av generellkirurgisk øyeblikkelighjelpkirurgi og elektiv kirurgi.

Vaktkompetanse: Oppnås ved spesialistgodkjenning i generell kirurgi ved å ha fullført all kursopplæring, prosedyreliste og evt. kompetansekontroll for beredskapskompetanse og vaktkompetanse. Med vaktkompetanse kan spesialisten være bakvakt for generellkirurgisk pasientpopulasjon og LIS.

Fordypningskompetanse: Ekstra kompetanse innen et emne som LIS oppnår som en integrert del av Del 3. (Foreslått i modell 1)

Påbygningskompetanse: Kompetanse som oppnås innen et spesielt kirurgisk emne etter fullført spesialistutdanning.

Bakgrunn

Opprettelsen av en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet for å vurdere de kirurgiske spesialitetene og behovet for breddekompetanse har sitt utgangspunkt i et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i 2024. I oppdragsdokumentet ba HOD de regionale helseforetakene (RHF-ene) om å utrede det fremtidige behovet for legespesialister, med særlig vekt på breddespesialitetene, herunder generell kirurgi. Formålet var å få et bedre kunnskapsgrunnlag for hvordan spesialistutdanningen og spesialitetsstrukturen bør utvikles i lys av endringer i sykdomsbildet, tjenesteorganisering, medisinsk utvikling og forventet tilgang på helsepersonell.

Som oppfølging av dette oppdraget ble det gjennomført et interregionalt arbeid, ledet av Helse Vest RHF, som beskrev en utvikling der økende subspesialisering utfordrer tilgangen på kirurgisk breddekompetanse. Helse Sør-Øst (HSØ) leverte en egen tilleggsrapport. Utredningen peker på at mangel på breddekompetanse kan få konsekvenser for kvalitet, pasientsikkerhet og særlig for evnen til å opprettholde akuttkirurgisk beredskap ved lokalsykehus. Samtidig ble det tydeliggjort at fremtidens helsetjeneste vil ha behov for leger med evne til å håndtere et bredt spekter av akutte og sammensatte tilstander.

På bakgrunn av RHF-enes utredning, samt videre faglige innspill gjennom blant annet nasjonalt rådslag, ble det sett et behov for en nasjonal, helhetlig vurdering av hvordan spesialistutdanningen i kirurgiske fag bør innrettes for å møte disse utfordringene.

Behovet for en slik nasjonal oppfølging er også forankret i overordnede helsepolitiske føringer. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (Meld. St. 9 (2023–2024)) fremheves generalist- eller breddekompetanse som et sentralt virkemiddel for å sikre bærekraftige og likeverdige helsetjenester i hele landet. Planen peker på utfordringer knyttet til personellmangel, økende forekomst av pasienter med sammensatte sykdomsbilder og behovet for bedre samhandling. Videre understreker Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4 «Tid for handling» behovet for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og tiltak som kan bidra til å møte fremtidens personellutfordringer. Totalberedskapskommisjonen har også påpekt viktigheten av kirurgisk generalistkompetanse for totalforsvaret og beredskap.

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjennomgå læringsmål i relevante spesialiteter og videreutvikle spesialitetsstrukturen for å innrette spesialiseringen av leger mot pasientenes og tjenestens behov, herunder for breddekompetanse. Med bakgrunn i dette har Helsedirektoratet etablert en arbeidsgruppe med eksterne deltakere for å gi faglige råd og anbefalinger knyttet til videre utvikling av de kirurgiske spesialitetene.

Arbeidsgruppens sammensetning, arbeidsprosess og mandat

Arbeidsgruppen ble etablert i august 2025. I desember 2025 informerte Helsedirektoratet om at arbeidsgruppen ville bli avviklet 31.12.25. Arbeidet ble gjenopptatt i februar 2026. Totalt er det gjennomført 9 fysiske møter og 4 digitale møter. Møter er i hovedsak innkalt til med agenda og det er skrevet referat. Prosjektleder Ingeborg Tyldum Skogen har deltatt på alle møter og rådgitt arbeidsgruppens leder underveis. Det har vært ønske om mer sekretariatbistand i arbeidet, spesielt for innhenting av statistikk og bakgrunnsinformasjon, men også for organisatoriske behov. Representant fra Helse Midt måtte på grunn av personlige årsaker trekke seg fra og med 1.1.26.

Arbeidsgruppen er oppnevnt av Helsedirektoratet etter innspill fra Legeforeningen og de regionale helseforetakene. Arbeidsgruppens medlemmer fremgår av tabellen nedenfor:

Rolle i arbeidsgruppen	Navn	Oppnevningsgrunnlag
Leder	John Christian Fischer Glent ¹	Spesialist i generell- og gastrokirurgi, Ringerike sykehus – Vestre Viken HF
Medlem, Helse Vest	Torhild Veen ²	Spesialist i generell- og gastrokirurgi, Stavanger universitetssykehus – Helse Stavanger HF
Medlem, Helse Nord	Torunn Kristin Nestvold	Spesialist i generell- og gastrokirurgi, Nordlandssykehuset Bodø – Nordlandssykehuset HF
Medlem, Helse Midt	Håkon Angell Bolkan ³	Spesialist i generell- og gastrokirurgi, St. Olavs Hospital – St. Olavs Hospital HF
Medlem, Helse Sør-Øst	Birgitte B. Brandt ⁴	Spesialist i generell- og bryst- og endokrinkirurgi, Sykehuset Østfold – Sykehuset Østfold HF
Medlem, Forsvaret	Marius Svanevik ⁵	Forsvarets overlege i kirurgi, spesialist i generell- og gastrokirurgi
Medlem, Legeforeningen	Lars Martin Rekkedal ⁶	Leder av Spesialitetskomite generell kirurgi, spesialist i generell- og gastrokirurgi
Medlem, Legeforeningen	Lars Martin Bjerke ⁷	Nestleder av Norsk kirurgisk forening, spesialist i generell- og gastrokirurgi
Medlem, Legeforeningen	Håvard Luong Thorsen ⁸	Leder av Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi, spesialist i generell- og gastrokirurgi
Medlem, Legeforeningen	Elin V. Thorsen ⁹	Leder av Spesialitetskomite gastroenterologisk kirurgi, spesialist i generell- og gastrokirurgi
Medlem, Legeforeningen	Henriette Vaage Valen ¹⁰	Leder av Foreningen for unge norske kirurger, lege i spesialisering i generell- og transplantasjonskirurgi

¹ Assisterende avdelingsoverlege ved Kirurgisk avdeling, Ringerike sykehus – Vestre Viken HF. Avtroppende leder Norsk Kirurgisk Forening.

² Leder av regionalt råd gastroenterologisk kirurgi i Helse Vest, leder av tverregionalt råd for gastroenterologisk kirurgi.

³ Førsteamanuensis global helse, NTNU. Deltok i arbeidsgruppen frem til 31.12.2025.

⁴ Assisterende fagdirektør i Sykehuset Østfold, utdanningskoordinerende overlege ved Sykehuset Østfold.

⁵ Overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Sykehuset i Vestfold – Sykehuset i Vestfold HF.

⁶ Avdelingssjef ved kirurgisk avdeling, Hamar sykehus – Sykehuset Innlandet HF, styreleder i Det nasjonale toppledernetverket for helseledere i Norge.

⁷ Leder av Norsk kirurgisk forening fra 01.01.2026. Overlege ved Kirurgisk avdeling, Harstad sykehus – Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

⁸ Overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Haugesund sykehus – Helse Fonna HF.

⁹ Overlege ved Avdeling for gastrokirurgi og Avdeling for Traumatologi, Ullevål sykehus – Oslo universitetssykehus HF.

¹⁰ Lege i spesialisering ved Transplantasjonskirurgisk avdeling, Rikshospitalet – Oslo universitetssykehus HF.

I arbeidsgruppens reviderte mandat fra desember 2025, inngår følgende punkter:

- Forslag til revisjon av felles del 2 kirurgi: Vurdering av formålet med fellesdelen og en begrunnelse for hvordan del 2 i ny drakt ivaretar behovet for breddekompetanse i fremtiden, eventuell anbefaling om endring i nivå og kompleksitet i kompetansen, endring i innhold, varighet, tidsnormering, rekkefølgekrav mellom del 2 og 3 og eventuelt råd om hvordan del 2 organiseres i foretakene mtp. stillinger, læringsarenaer mv.
- Forslag til revisjon av del 3 generell kirurgi: Vurdering av hva generell kirurgi skal være i fremtiden og hvordan forslaget til revisjon og formål med spesialiteten ivaretar behovet for breddekompetanse og helsetjenestenes behov.
- Forsvarets behov for kirurgisk breddekompetanse skal tillegges vekt i revisjon av del 2 kirurgi og del 3 generell kirurgi. I sin rapport til Helsedirektoratet må arbeidsgruppen vise hvordan revisjonen også dekker Forsvarets behov for kirurgisk breddekompetanse, krigskirurgisk kompetanse, beredskap mv.
- Del 3 gastroenterologisk kirurgi, med mange av de samme føringene som for del 3 generell kirurgi over.
- Del 3 andre kirurgiske spesialiteter, vurdere hvordan endringer i del 2 kirurgi og del 3 kirurgi påvirker de andre spesialitetene.
- Forslag til endringer i spesialitetsstruktur for de kirurgiske spesialitetene, i tråd med deloppdrag 2 sine føringer om spesialitetsstruktur.
- Vurdering av om det er behov for differensiering i utdanningstid mellom de kirurgiske spesialitetene, i tråd med deloppdrag 3 om utdanningstid.
- Arbeidsgruppen skal i sin leveranse legge frem en analyse av personellbehov og personellkonsekvenser ved innføringen av endringene som foreslås. Dette arbeidet

gjøres med bistand fra Helsedirektoratet, inkludert personer som har analyse-/statistikkompetanse og arbeider med register mv.

På grunn av fragmentert arbeidsprosess og til dels knappe tidsfrister, har det ikke vært mulig for arbeidsgruppen å levere en rapport som svarer ut alle punktene i mandatet. Manglende sekretariatsbistand til for eksempel innhenting av statistikk og bakgrunnstall har vanskeliggjort arbeidet. Arbeidsgruppen har derfor fokusert på følgende punkter:

- Utfordringer knyttet til breddekompetanse i kirurgi i Norge
- Dagens situasjon for spesialistutdanningen i kirurgiske spesialiteter
- Forslag til ny utdanningsmodell for kirurgiske spesialiteter
- Forsvarets behov for beredskapskompetanse

Utfordringer knyttet til breddekompetanse i kirurgi i Norge

I forbindelse med oppdraget om breddekompetanse, inviterte Helsedirektoratet til et nasjonalt rådslag i april 2024. Man kom der frem til følgende beskrivelse av breddekompetanse i kirurgi:

«Generalist-/breddekompetanse i kirurgi er å ha omfattende kunnskaper og ferdigheter til å håndtere et bredt spekter av kirurgiske problemstillinger, inkludert de mest tidskritiske akutte tilstandene og symptomene, på tvers av det kirurgiske fagfeltet. Kompetansen innebærer at spesialisten har selvstendig vaktkompetanse, kompetanse til å håndtere kirurgiske problemstillinger hos akutt syke og innlagte kirurgiske pasienter i utredning, pre-, intra- og postoperativt forløp, inklusive komplikasjoner til kirurgiske inngrep. Generalist-/breddekompetanse inkluderer også kompetanse fra et kirurgisk perspektiv innen totalforsvar, beredskap og internasjonalt arbeid.

I tillegg omfatter generalist-/breddekompetanse innen kirurgi effektiv kommunikasjon og samhandling med pasienter, annet helsepersonell, internt med samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og eksternt med samarbeidspartnere i kommunale helse- og omsorgstjenester. Samt en forpliktelse til kontinuerlig utdanning og faglig utvikling innen kirurgi.»

Diskusjonen om breddekompetanse i kirurgi er aktuell av mange årsaker. Flere utviklingstrekk i helsevesenet påvirker hvordan kirurgiske tjenester organiseres. Økende sentralisering av spesialiserte funksjoner kombinert med bemanningsutfordringer ved mindre sykehus, gjør det vanskeligere å opprettholde akuttberedskap og et helhetlig tilbud nær pasienten. Denne utvikling i helsetjenesten samsvarer heller ikke med ønsket om likeverdige helsetjenester til hele befolkningen i hele landet. Endringer i spesialistutdanningen har ført til smalere kompetanseområder. Dette har redusert tilgangen på kirurger med bred erfaring. Den demografiske utviklingen med flere pasienter med sammensatte lidelser og flere eldre

forsterker behovet for generalistkompetanse. I tillegg er det skjerpede krav til beredskap i en mer uforutsigbar geopolitisk situasjon

Diskusjonen om breddekompetanse i kirurgi er aktuell fordi flere utviklingstrekk i helsevesenet påvirker hvordan kirurgiske tjenester organiseres. Økende sentralisering av spesialiserte funksjoner, kombinert med bemanningsutfordringer ved mindre sykehus, gjør det vanskeligere å opprettholde akuttberedskap og et helhetlig tilbud nær pasienten. Samtidig har endringer i spesialistutdanningen ført til smalere kompetanseområder, noe som har redusert tilgangen på kirurger med bred erfaring. Dette kan føre til økt variasjon i behandlingen for den kirurgiske pasientpopulasjonen. Den demografiske utviklingen fører til flere eldre og pasienter med sammensatte lidelser. Sammen med skjerpede krav til beredskap i en mer uforutsigbar geopolitisk situasjon, forsterker dette behovet for generalistkompetanse. Dette gjør at behovet for økt breddekompetanse i kirurgi fremstår som en viktig faktor for å sikre kvalitet og tilgjengelighet for kirurgiske tjenester i tiden fremover.

Proessen frem mot innføring av ny spesialiststruktur i 2019 innebar at spesialiteten generell kirurgi ble foreslått avvirket. Helsedirektoratet omgjorde vedtaket, da dette ellers ville medført at kun spesialister i gastroenterologisk kirurgi ville oppnå akutt- og generellkirurgisk vaktkompetanse. Dette ble vurdert å kunne føre til betydelige rekrutterings- og bemanningsutfordringer ved norske sykehus. Til tross for omgjøring ble ikke generell kirurgi implementert ved flere kirurgiske avdelinger. Som følge av dette har flere sykehus ikke tilbudt, eller tilbyr fortsatt ikke, utdanning i generell kirurgi. Dette bidrar til redusert rekruttering og svekket tilgang på kirurger med breddekompetanse.

Den nye spesialistutdanningen har medført betydelige strukturelle utfordringer. Felles del 2 omfatter generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, thoraxkirurgi, karkirurgi, barnekirurgi, plastikkirurgi, bryst- og endokrinkirurgi samt urologi, og er forventet å ta om lag to år. Denne delen av utdanningen gir imidlertid ikke tilstrekkelig generellkirurgisk kompetanse til å ivareta en bakvaktsfunksjon. Dette skyldes både at læringsmålene i felles del 2 ikke ivaretar breddekompetanse i tilstrekkelig grad, og at gjennomføringen av del 2 varierer mellom sykehus. Enkelte sykehus praktiserer ikke rotasjon mellom fagområder, og potensialet for å opparbeide seg breddekompetanse blir dermed redusert. I tillegg kan det være tradisjon for å prioritere egen spesialitet (del 3) fremfor det generelle innholdet i utdanningen, noe som påvirker LIS og deres kompetanseutvikling. Konsekvensen er et økt behov for subspecialister for å dekke vaktordninger og akuttberedskap.

Organisatorisk har svært få sykehus i Norge egne generellkirurgiske seksjoner eller en tydelig definert generellkirurgisk pasientpopulasjon. Dette representerer et brudd med tidligere ordning, hvor «alle» kirurger var generellkirurger og samtidig ivaretok sine spesialiserte kompetanseområder. Denne modellen bidro til fleksibilitet og robusthet, særlig i mindre sykehus. I dag håndteres mange problemstillinger som naturlig tilhører generell kirurgi, i

praksis, av gastroenterologiske kirurger. Dette skaper ubalanse mellom behovet for leger til vakt og ikke-operative oppgaver, og det faktiske behovet for opererende kirurger.

Rekrutteringssituasjonen er krevende, særlig ved små og mellomstore sykehus, hvor det er vanskelig å rekruttere spesialister i kirurgiske fag. Samtidig har universitetssykehusene ofte overskudd av spesialister, og enkelte LIS-stillinger er besatt av ferdige spesialister. Det er utfordrende å rekruttere til LIS-stillinger generelt, blant annet fordi antall LIS-stillinger har økt betydelig. Avgrensningen mellom generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi og andre kirurgiske spesialiteter er i dag uklar. Det er ikke tydelig hva de ulike spesialistene skal kunne eller utføre, og dette avgjøres ofte av den enkelte leges opplevde kompetanse. Dette skaper utfordringer i rekruttering, planlegging og kvalitetssikring, og vil også kunne føre til økt variasjon i helsetjenestene. Erfaringen er at stillinger oftere lyses ut i gastroenterologisk kirurgi heller enn generell kirurgi, noe som ytterligere svekker bredden i kompetansebasen for generell kirurgi. Endringer i vaktplaner og økt arbeidspress har økt behovet for LIS for å dekke vakter og fravær. Samtidig har ikke antall operasjoner økt tilsvarende, og en økende andel pasienter behandles dessuten i privat sektor. Effektivisering og produksjonspress gjør det vanskelig for sykehus å prioritere god opplæring. Dette gir redusert tilgang til operativ erfaring ("knivtid") både for LIS og ferdige spesialister. Resultatet er at kirurger får for lite praktisk trening og oppnår operativ kompetanse sent i karrieren, noe som svekker kvaliteten i utdanningen.

Spesialiteten gastroenterologisk kirurgi er forventet å dekke all gastrointestinal kreftkirurgi, noe som krever eksponering mot flere høyspesialiserte og sentraliserte fagområder, som hepatobiliær kirurgi og pankreaskirurgi (HPB), øsofagus- og ventrikkelkirurgi og rektumkirurgi. Samtidig inneholder gastroenterologisk kirurgi og generell kirurgi mange av de samme læringsmålene. Dette gir lange og komplekse utdanningsløp, hvor LIS i økende grad orienterer seg mot det spesialiserte fremfor det generelle. For høyspesialiserte fagområder oppnås ofte kun kompetanse på «kjenne til»-nivå. Det er usikkert om dette bidrar til bedre kvalitet. Tvert imot kan konsekvensen være at utdanningen ikke sikrer tilstrekkelig kompetanse verken i bredde eller dybde.

Dagens demografiske utvikling, med flere eldre og økende multimorbiditet, øker behovet for breddekompetanse. Samtidig stiller Norges geografi krav til desentraliserte tjenester og lokal beredskap. Den geopolitiske situasjonen har ytterligere aktualisert behovet for generalistkompetanse. Både Forsvaret og Totalberedskapskommisjonen har pekt på nødvendigheten av kirurgisk breddekompetanse i krise- og krigssituasjoner.

Utviklingen i retning av økende spesialisering har påvirket også pasientbehandlingen. Dette kommer til uttrykk for eksempel gjennom økende bruk av diagnostikk og flere parallelle henvisninger til ulike spesialister, ofte uten god koordinering. Selv om spesialisering gir høy kompetanse på enkelte områder, er det ikke alltid nødvendig for å løse enklere problemstillinger. Resultatet kan bli forsinket utredning og behandling, samt økte kostnader for både pasient og helsevesen.

Oppsummert kan utfordringene knyttet til breddekompetanse i kirurgi sammenstilles i følgende punkter:

- endringer i spesialiststruktur og svekket organisatorisk forankring av generellkirurgi
- manglende generellkirurgisk vaktkompetanse
- uklare rolleavgrensninger mellom spesialiteter
- rekrutteringsutfordringer og kapasitetsproblemer
- utilstrekkelig utdanningskvalitet og operativ erfaring
- økende spesialisering og lange utdanningsløp
- demografiske endringer og behov for desentraliserte tjenester
- økte krav til beredskap

Dette viser et tydelig behov for å styrke og tydeliggjøre breddekompetansen i kirurgi for å sikre at kirurgisk behandling i hele landet er både tilgjengelig og av høy kvalitet. Det er, som nevnt, mange utviklingstrekk ved helsevesenet som påvirker behovet for breddekompetanse. Arbeidsgruppen vil derfor påpeke at endring av spesialistutdanningen for leger ikke alene vil løse utfordringene knyttet til behov for mer breddekompetanse i kirurgi.

Kompetanse og breddekompetanse hos leger (nullalternativet) – dagens situasjon

Spesialistutdanningen for leger med “Felles læringsmål for kirurgiske spesialiteter (del 2)” (FKI) Lovverk og rammer.

Det er i dag åtte spesialiteter som har "*felles læringsmål for kirurgiske spesialiteter*" (FKI). Dette er spesialitetene karkirurgi (KAK), thoraxkirurgi (THX), gastroenterologisk kirurgi (GAK), urologi (URO), bryst- og endokrinkirurgi (BEK), plastikkirurgi (PLA), barnekirurgi (BAK) og generell kirurgi (KIR).

Alle leger i spesialisering (LIS) må gjennom en felles del 1 (LIS1). Her stilles det krav til oppnådd kompetanse og rotasjon til spesifikke læringsarenaer.

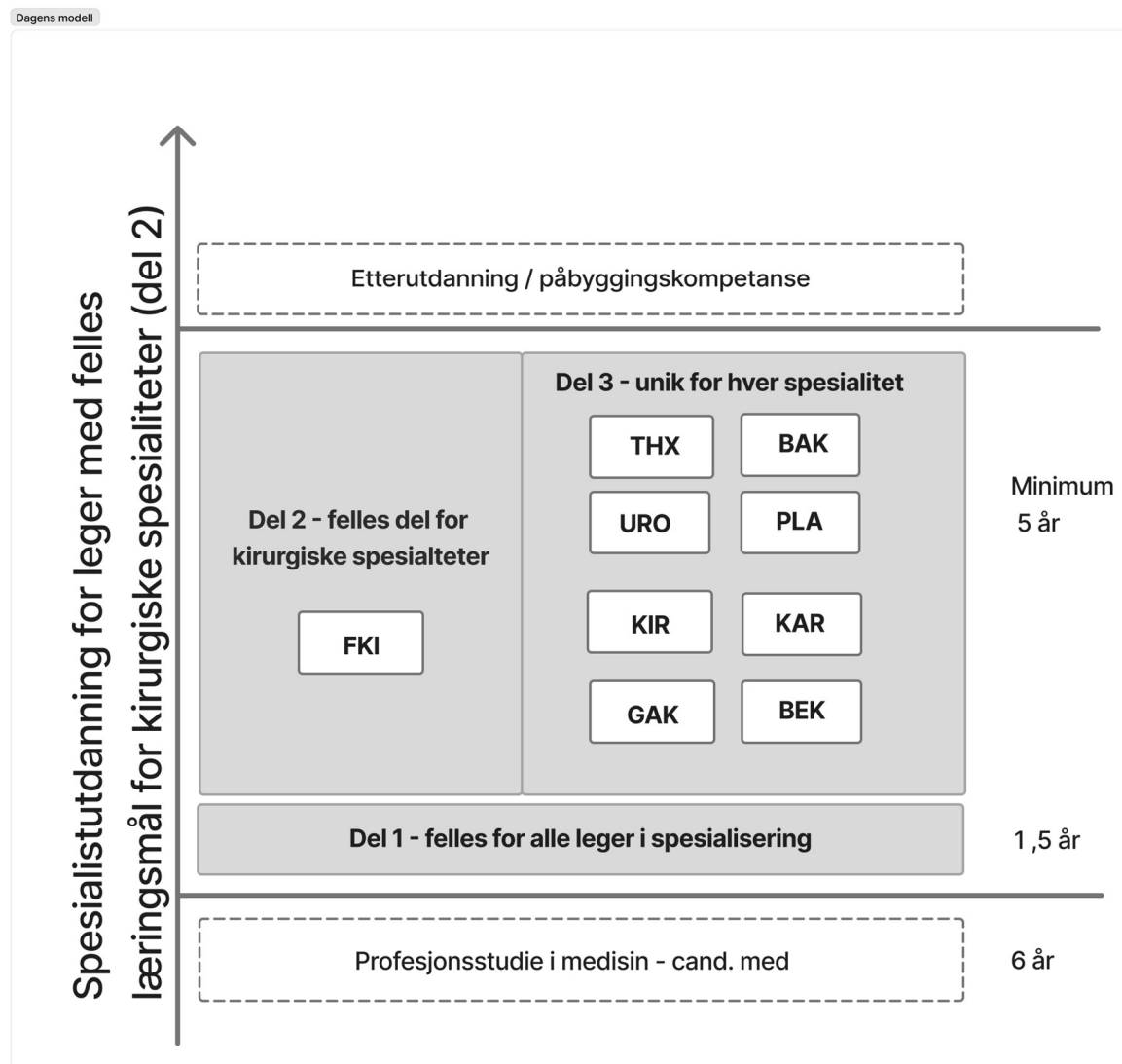
Etter LIS1 kan legen søke seg stilling for ytterligere spesialisering (LIS2/3-stilling).

Spesialistutdanningen i de åtte nevnte kirurgiske spesialitetene inneholder to bolker med

kliniske læringsmål; felles kirurgiske læringsmål (FKI) og spesialitetsspesifikke læringsmål (KIR, GAK, THX, osv.).

Det stilles krav til at LIS1 gjennomføres først, men senere stilles det ikke krav til at kompetanse skal oppnås i rekkefølge. Selv om læringsmål i flere kirurgiske spesialiteter på høyeste kompetansenivå, og LIS skal ha "god kunnskap" om ulike akutte tilstander, stilles det ikke tidskrav til vaktteneste eller spesifikke krav til rotasjoner.

Etter gjennomført spesialistutdanning får legen offentlig godkjenning som spesialist.



EØS-direktivet

En spesialitet kan notifiseres / meldes inn til EU/EØS som en harmonisert spesialitet. Når en spesialitet er harmonisert med EU/EØS blir det enklere å få godkjent sin norske spesialistutdanning i EU. Dette fungerer begge veier, slik at det er enklere for leger fra EU å få autorisasjon som spesialist i Norge.

Harmonisering innebærer at spesialiteten må være med omtrent samme tittel og overordnet innhold, men kravene er ikke spesifisert. Tiden må være minimum det samme som i EU/EØS. Norsk spesialistutdanning inkluderer LIS1 og har varighet minimum 6,5 år. EU/EØS-direktivet stiller krav til at både generell- og gastroenterologisk kirurgi skal ha varighet minimum 5 år.

Både generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi er harmonisert med EU/EØS, se [Vedlegg II til forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land](#).

Generell kirurgi er harmonisert fra totalt 32 land i EU/EØS.

Gastroenterologisk kirurgi er harmonisert fra følgende 12 land; Norge, Belgia, Bulgaria, Kroatia, Tyskland, Frankrike, Italia, Litauen, Luxemburg, Slovenia, Slovakia og Finland.

Historisk utvikling av generellkirurgi og gastroenterologisk kirurgi

Den tidligere ordningen med hoved-/subspesialitet sikret mange kirurger med generellkirurgisk kompetanse som kunne bidra i felles vakt og dermed redusere personellbehov og fasilitere rekruttering. Rundt årtusenskiftet medførte fremvekst av minimalinvasiv kirurgi og nye operasjonsteknikker for tykk og -endetarmskreft en forbedring av prognose og pasientforløp. Dette medførte at denne kirurgien gradvis ble flyttet fra generell kirurgi til gastroenterologisk kirurgi. Konsekvensene av dette var små siden ordningen med hoved- og subspesialist fortsatte. Den samme utvikling eksisterte også i andre subspesialiteter som for eksempel brystkreft og fremvekst av bryst – og endokrinkirurgi. Etter overgang til ny spesialistutdanning medfører dette i praksis at alle som forventes å delta i behandling av tykktarmskreft skal være spesialist i gastroenterologisk kirurgi.

Tykktarmkreftkirurgi

Det ble i 2024 utført 4 004 operasjoner for tykktarmskreft ved 33 sykehus, og 1 120 operasjoner for endetarmskreft ved 23 sykehus i Norge. Det er mange ulike organiseringer for tykktarmskreftkirurgi ved landets sykehus. Ved noen sykehus utføres dette kun av én dedikert gruppe kirurger, mens det ved andre sykehus utføres av kirurger med bredt kirurgisk virke. ”Høyseksjonerte» avdelinger, opplever arbeidsgruppen, er et forsøk på å gi færre kirurger et noe høyere operativt volum innen et spesialområde og dermed bedre kvalitet. Norsk Register for Gastrokirurgi (NORGAST) følger kvaliteten nasjonalt innen disse kreftformene og gir ikke holdepunkter for at kvaliteten varierer mellom høyseksjonerte og useksjonerte avdelinger. (NORGAST årsrapport for 2024). Internasjonale publikasjoner har vist bedre resultater ved høyspesialiserte senter for disse kreftformene, men studiene sin overførbarhet og relevans for norske sykehus er ikke etter gått av arbeidsgruppen.

Rekruttering

Autonomi

De siste årene har man sett at mange yngre leger vegrer seg fra å velge utdanning innen de vaktunge spesialitetene. Det offentlige helsevesen beskrives som lite fleksibelt og med lite autonomi i hverdagen. Nyutdannede leger velger i større grad vekk spesialiteter som ikke lar seg kombinere med et balansert liv ved siden av jobb.

Lønn

Lønn må være et insentiv for å velge vaktunge spesialiteter. Historisk har lønn og tillegg blitt brukt for å kompensere spesialiteter med lite vakt hvilket gir et særskilt insentiv for å velge disse fagene. Arbeidsgruppen påpeker at dette misforholdet må rettes opp for eksempel ved heving av grunnlønn for økning av vakt-kompensasjon. Ved å styrke generell kirurgi vil helseforetakene også kunne redusere antall vaktlinjer, noe som igjen kan gi mulighet for innsparelser.

Tydelig satsning på generell kirurgi

Et tydelig sentralt ønske om å bevare den generellkirurgiske spesialiteten er et grunnleggende fundament for videre arbeid. Unge leger i dag ønsker å spesialisere seg til en jobb som også eksisterer frem i tid.

Utdanne etter regionale og nasjonale behov

Spesialistmangelen i Norge medfører at helseforetakene aktivt må produsere spesialister for fremtiden. En gjeninnføring av «sørge for ansvaret» for å sikre nasjonal dimensjonering av legespesialist produksjonen må vurderes. Siden avvikling av «sørge for ansvaret» har helseforetakene i hovedsak utdannet til eget behov uten å hensynta regionale eller nasjonale behov. En kjerneoppgave for helseforetakene er utdanning av legespesialister. I motsetning til andre kjerneoppgaver følges ikke denne oppgaven opp kvalitativt og det bevilges ikke egne ressurser til oppgaven. Helseforetakene får heller ikke refusjon for kostnader, eksempelvis redusert produksjon og mer bruk av ressurser, knyttet til utdanning av legespesialister. En naturlig konsekvens blir at oppgaven nedprioriteres opp mot andre kjerneoppgaver, primært drift og pasientbehandling. Arbeidsgruppen anbefaler at flere tiltak vurderes for å motvirke dette heriblant økt refusjon for prosedyrer som utføres av LIS, nasjonal rangering av utdanningsvirksomheter bla.

Gode utdanningsløp

Et forutsigbart spesialistløp mtp. tid og innhold vil gjøre spesialiteten mer attraktiv. Arbeidsgruppen bemerker behovet for en omfattende revisjon av læringsmål og læringsaktiviteter. Arbeidsgruppen understreker behovet for at læringsaktiviteter er nasjonale. Ny spesialistutdanning har medført en betydelig regionalisering av utdanningen. For å motvirke dette bør læringsaktiviteter også forskriftsfestes. Kompetanseportalen må revideres og styrkes for å effektivisere bruk og bedre ivareta kompetanseutvikling.

Forsvarets behov

Generell kirurgisk kompetanse, både sivilt og militært, er en integrert del av totalforsvaret. Den samme kompetansen danner i praksis ryggraden både i sivil og militær traumebehandling. Det er i utgangspunktet den sivile helsetjenesten som har hovedansvaret for behandling i hele krisespekteret, også ved krig, men denne kapasiteten vil raskt komme under press ved massetilstrømning, samtidig som Forsvaret vil være avhengig av personell i de samme fagkategoriene. Dette gjør generellkirurgen til en nøkkelressurs, ikke først og fremst som spesialist på ett organområde, men som en bredt trent kirurg som kan håndtere akutt blødningskontroll, kontaminerte sår og skadebegrensende kirurgi på tvers av anatomiske regioner. Erfaringene fra krigskirurgi understreker nettopp dette: behandlingen må være rask, pragmatisk og ofte gjennomføres med begrensede ressurser, der målet er å redde liv, lemmer og funksjon, og stabilisere pasienten fremfor å gjøre definitiv behandling.

I praksis betyr dette at behovet ikke bare handler om antall kirurger, men om hvilken kompetanse de faktisk har. Mange av de klassiske generellkirurgiske ferdighetene som laparotomi for blødningskontroll, thorakotomi, karkirurgiske nødprosedyrer og håndtering av alvorlige infeksjoner og bløtdelsskader er i ferd med å bli mindre hyppig brukt i fredstid, men er helt sentrale i krig og ved store hendelser. I tillegg kommer ferdigheter som for eksempel; systematisk sårdebridement, brannskadebehandling, fasciotomier og håndtering av åpne frakturer. Dette er helt grunnleggende i krigskirurgi, men noe mange sivile kirurger har begrenset erfaring med. Det er også et tydelig behov for å trene på beslutningstaking under press, inkludert triage, og prioritering der man må gå fra individfokus til å tenke “flest mulig reddede liv”.

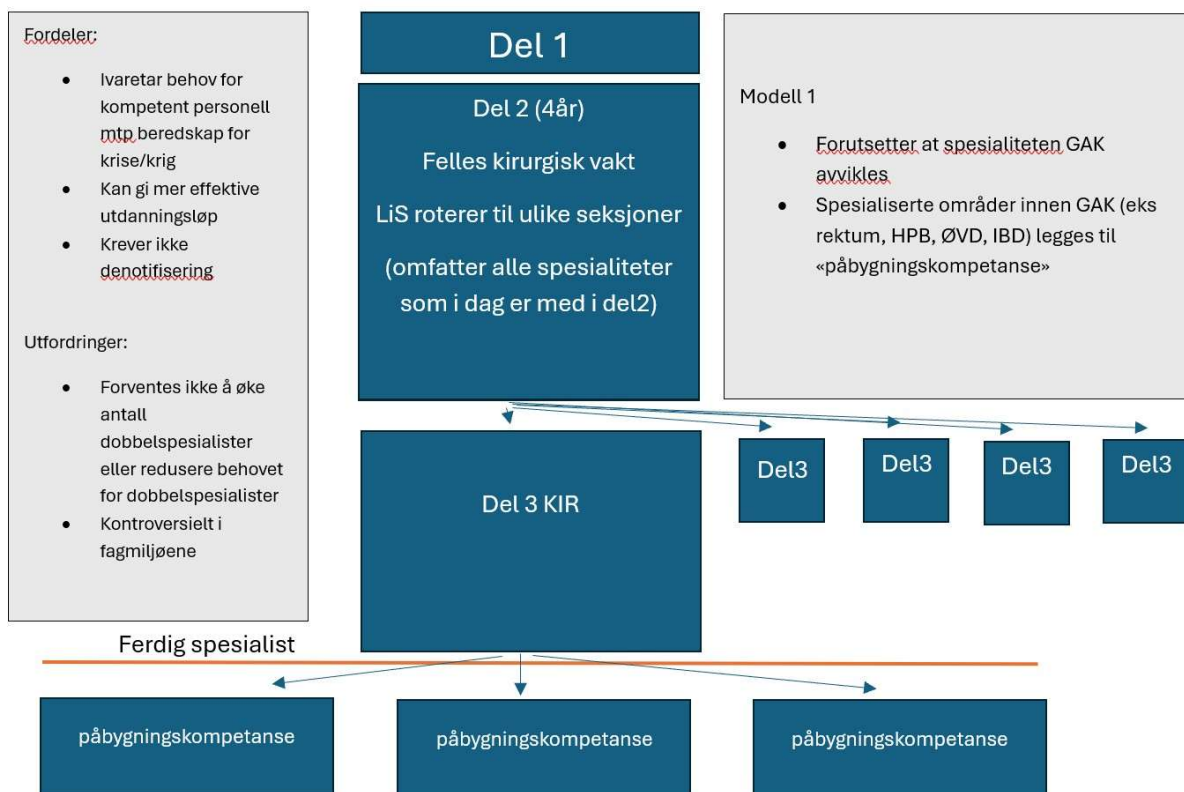
NATOs Medical Action Plan forsterker dette bildet ved å vektlegge utholdenhet, standardisering og interoperabilitet. Det innebærer at norske kirurger må kunne inngå i en større alliert behandlingsskjede og håndtere pasienter både fra egne styrker, flykninger, krigsfanger, allierte og sivile. Det stiller krav til felles prosedyrer, lik forståelse av skadebegrensende prinsipper og evne til å jobbe i systemer med redusert kapasitet over tid. Samtidig må man erkjenne at kirurgisk kompetanse er en knapp ressurs. De samme menneskene trengs både sivilt og militært, og mobilisering vil direkte påvirke den sivile beredskapen.

Generellkirurger må vedlikeholde og trene på åpne akuttkirurgiske prosedyrer som i dag ofte erstattes av mer elektive og minimalinvasive teknikker. Videre må det etableres systematisk opplæring og vedlikeholdstrening i krigskirurgiske prinsipper, inkludert skadebegrensende kirurgi, håndtering av eksplosjons- og penetrerende skader og behandling av alvorlige bløtdelsskader. Det er også behov for felles sivil–militær trening, der man øver på hele behandlingsskjeden – fra triage til kirurgi og videre evakuering – slik at samvirket fungerer i praksis og ikke bare på papiret. Det er også behov for at sykehusene legger til rette for å jobbe over tid med høyt pasientvolum, begrensede ressurser og redusert tilgang på personell og utstyr.

Samlet sett peker dette mot et tydelig behov for å revitalisere og styrke generellkirurgisk breddekompetanse i Norge. Dette er ikke bare Forsvarets behov, men en forutsetning for at hele helsetjenesten skal kunne levere og håndtere fremtidige kriser og krig. Norge skal også øke sin evne til å levere i henhold til NATOs artikkel 3 om å bygge robust nasjonal beredskap – militært og sivilt – som grunnlag for det kollektive forsvaret.

Forslag til ny utdanningsmodell for kirurgiske spesialiteter:

Modell 1



I denne modellen er generellkirurgi den store, vaktbærende spesialiteten.

For å sikre tilstrekkelig generellkirurgisk kompetanse på tvers av spesialiteter foreslås det å øke del 2 fra 2 til 4 år.

Fordeler:

Dette kan gi mindre rekrutteringsutfordringer og vil kunne redusere personellbehovet. Rotasjon mellom seksjoner vil gi høyere operativt volum per LIS og mer attraktive utdanningsløp. Med generellkirurgisk vaktfunksjon kan behovet for tilstedevakt hos andre kirurgiske spesialiteter reduseres, noesom igjen kan bidra til å redusere personellbehovet og sikre bedre utnyttelse av dagtidsarbeid for LIS i utdanning.

Å øke fellesdelen av utdanningen fra 2 til 4 år vil gi samtlige norske kirurger det vi definerer som beredskapskompetanse. Dette vil sikre at alle norske kirurger har høy kompetanse på traume-, vakt- og beredskapsarbeid og dette vil ivareta forsvarrets ønsker og Natos krav. Denne modellen vil også sikre at alle norske kirurger kan bidra med viktig kompetanse i totalberedskapen.

Videre vil en felles del 2 med omfattende læringsmål i generell kirurgi, legge til rette for stor breddekunnskap hos samtlige norske kirurger.

Felles del 2 foreslås avsluttet med en nasjonal kompetansekontroll (forslagsvis eksamen) og krav om resertifisering. Representanten fra Helse Vest støtter ikke dette punktet og tar dissens. Representanten mener at eksamen ikke er egnet for kompetansevurdering og ønsket at dette ble diskutert mer i gruppen. Resten av gruppen støtter dette punktet.

Få land har spesialiteten gastroenterologisk kirurgi (se over), mens flere har generell kirurgi. Behovet i Norge har vært begrunnet med behovet for å sikre kvaliteten innen gastrointestinal kreftkirurgi. Dagens modell sikrer imidlertid ikke nyutdannede spesialister i generellkirurgi den ønskede kompetansen i kreftkirurgi.

Fagområder innen gastroenterologisk kirurgi hvor det kreves tid og erfaring, utover hva som er definert av kravene til generell kirurgi, foreslås lagt til egne tilleggsutdanninger kalt «påbygningskompetanse».

Denne påbygningskompetansen vil bedre reflektere situasjonen slik den faktisk er i dag. De fleste nyutdannede spesialister oppnår kompetansenivået «selvstendig beherske» først etter at de har arbeidet en stund som ferdige spesialister.

Med selektert påbygningskompetanse kan spesialister skaffe seg nødvendig kompetanse relevant for videre karriere selektivt med mindre eksponering mot ikke-relevante fagområder.

Denne påbygningskompetansen vil spisse generellkirurgene inn mot enkelte fagområder. Disse fagområdene vil variere utfra arbeidssted. Intensjonen er at påbygningskompetansen tilfører mindre avdelinger økt og bredere kompetanse på toppen av det generellkirurgiske grunnlaget.

Utfordringer:

Generell kirurgi vil, i denne modellen, erstatte tidligere generellkirurgi fra før 2019, men må være mer omfattende. Spesielt innen det gastrokirurgiske feltet. Dersom framtidens

sykehus skal bemannes av generellkirurger som bakvakter for en generellkirurgisk populasjon må disse også ha kompetanse til å drive elektivt arbeid både i vurdering, utredning og behandling.

Spesielt viktig vil dette være i den delen av gastrokirurgien som i dag ivaretas av gastrokirurger ved små og mellomstore sykehus uten spesialfunksjoner som HPB, ØVD og rektum.

Dette vil, med nødvendighet, måtte gjøre generell kirurgi til et vesentlig større fag enn det var før 2019.

Kolonkirurgi inklusive kreftkirurgi har vist seg å være en helt sentral kompetanse for små og mellomstore sykehus for å kunne være attraktive arbeidsplasser og for å ivareta nødvendig vaktkompetanse innen gastrokirurgi. Gruppen mener derfor at generellkirurgi, slik foreslått i denne modellen, må ha ansvar for kolonkirurgien.

Arbeidsgruppen foreslår at generell kirurgi avsluttes med en nasjonal kompetansekontroll (forslagsvis eksamen) og krav om resertifisering. Representanten fra Helse Vest støtter ikke dette punktet og tar dissens. Representanten mener at eksamen ikke er egnet for kompetansevurdering og ønsket at dette ble diskutert mer i gruppen. Resten av gruppen støtter dette punktet.

Eksempler på påbygningskompetansene kan være:

- Øsofagus/Ventrikkel
- Hepato/Pancreas/Biliær
- Rektum og bekkenbunn

Modell 2

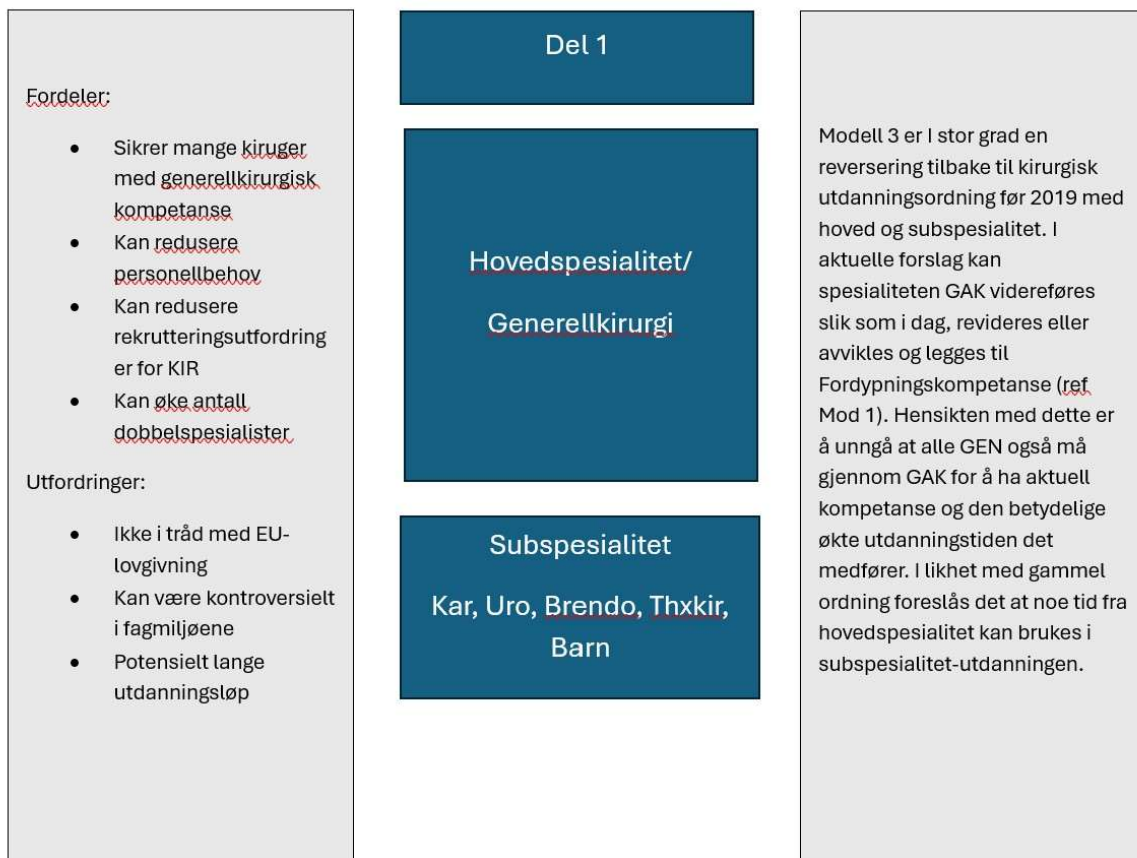


Modell 2 foreslår å fjerne del 2 slik at alle går direkte til del 3 etter del 1.

Flere spesialiteter ønsket dette da ny spesialitetsstruktur og utdanning ble diskutert før 2019. Dette hovedsakelig fordi tidligere ordning, hvor alle var generellkirurger før grenspesialisering, medførte lang utdanningstid. I tillegg mente man at det var u hensiktsmessig at alle hadde generellkirurgisk kompetanse. For spesialiteter med begrenset behov for abdominalkirurgisk kompetanse som plastikk- og mamma/endokrin kirurgi vil modell 2 sannsynligvis medføre mer effektive utdanningsløp. Dette kan gi en rekrutteringsfordel til disse spesialitetene. Modell 2 gir svært få kirurger generellkirurgisk kompetanse, noe som vil medføre et omfattende rekrutteringsproblem nasjonalt. Med utgangspunkt i dagens situasjon vil denne modellen ikke være forenelig med fortsatt drift ved en del av landets sykehus og den kirurgiske beredskapskompetansen vil bli betydelig svekket. Denne modellen støttes ikke av arbeidsgruppen og er derfor ikke diskutert bredere i denne rapporten.

Modell 3

Modell 3



Modell 3 er i stor grad en reversering tilbake til kirurgisk utdanningsordning før 2019.

Fordeler:

Modell 3 sikrer at mange kirurger får generalistkompetanse og legger samtidig godt til rette for dobbelspesialitet. Dette vil sikre breddekompetane, beredskapskompetanse og bakvaktsvaktkompetanse.

Utfordringer:

Dagens utdanningsordning er problematisk mtp. dobbelspesialitet siden notifikasjon krever at del 3 på 3 år skal fullføres for begge spesialiteter uavhengig av om læringsmål kan oppnås parallelt. Det sees derfor som mest hensiktsmessig at utdanningen i «subspesialiteter» denotifiseres.

Modell 3 gir lengre utdanningsløp for alle spesialister sammenliknet med i dag. Dette kan medføre rekrutteringsutfordringer til kirurgiske spesialiteter generelt, og til de primært elektive fagene som urologi, plastikkirurgi og mamma/endokrinkirurgi spesielt.

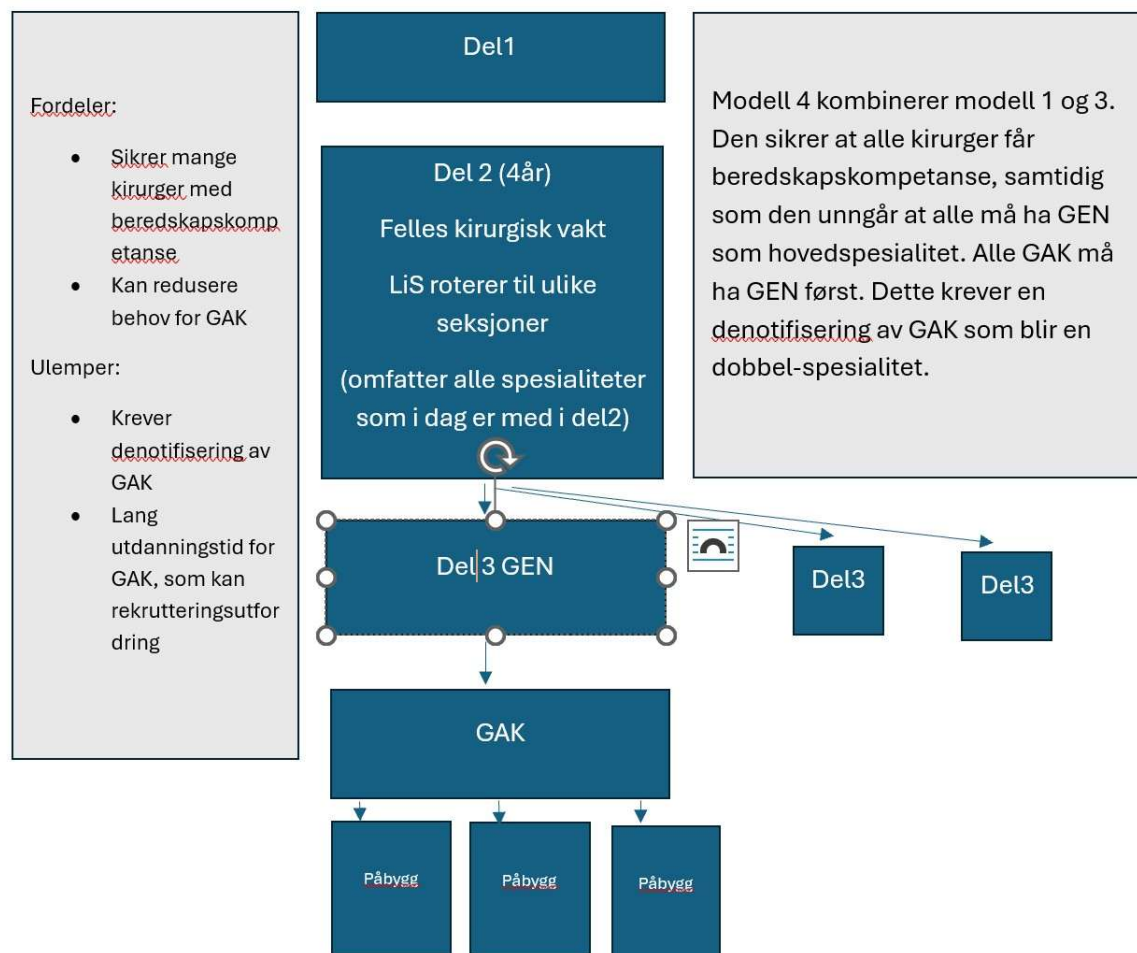
Modell 3 kan tilpasses flere alternativer for gastroenterologisk kirurgi:

1. Hybrid med Modell 1 hvor gastroenterologisk kirurgi avvikles og spesialemner legges til påbygningskompetanse. I likhet med modell 1 vil mesteparten av bakvaktskompetente kirurger være generellkirurger, eventuelt med et emne med påbygningskompetanse. Noe som kan sikre ekstra kompetanse for kreftkirurgi uten å kreve full spesialisitet i gastroenterologisk kirurgi.
2. Gastrokirurgi videreføres etter dagens modell
3. Innholdet i gastroenterologisk kirurgi revideres for å bedre kompetansen innen høyspesialiserte emner

Arbeidsgruppas vurdering er at denne modellen vil gjøre den generelle utdanningen mer omfattende enn nødvendig for flere av de kirurgiske spesialitetene.

Modell 4

Modell 4



Modell 4 er lik Modell 1 for del 1 og del 2.

For å sikre tilstrekkelig generellkirurgisk kompetanse på tvers av spesialiteter foreslås det å øke LIS 2 fra 2 til 4 år.

Fordeler:

Dette kan gi mindre rekrutteringsutfordringer og vil kunne redusere personellbehovet. Rotasjon mellom seksjoner vil gi høyere operativt volum per LIS og mer attraktive utdanningsløp. Med generell kirurgisk vaktfunksjon kan behovet for tilstedevakt hos andre kirurgiske spesialiteter reduseres, noe som igjen kan bidra til å redusere personellbehovet og sikre bedre utnyttelse av dagtidsarbeid for LIS i utdanning.

Å øke fellesdelen av LIS 2 utdanningen fra 2 til 4 år vil gi samtlige norske kirurger det vi definerer som beredskapskompetanse. Dette vil sikre at alle norske kirurger har høy kompetanse på traume-, vakt- og beredskapsarbeid og dette vil ivareta forsvarrets ønsker og Natos krav. Denne modellen vil også sikre at alle norske kirurger kan bidra med viktig kompetanse i totalberedskapen.

Videre vil en felles del 2 med omfattende læringsmål i generell kirurgi, legge til rette for stor breddekunnskap hos samtlige norske kirurger.

Felles del 2 foreslås avsluttet med en nasjonal kompetansekontroll (forslagsvis eksamen) og krav om resertifisering. Representanten fra Helse Vest støtter ikke dette punktet og tar dissens. Representanten mener at eksamen ikke er egnet for kompetansevurdering og ønsket at dette ble diskutert mer i gruppen. Resten av gruppen støtter dette punktet.

Til forskjell fra modell 1 foreslår modell 4 at gastroenterologisk kirurgi videreføres og gjennomgår en omfattende revisjon med mål om å redusere innholdet i spesialiteten.

Del 3 generell kirurgi foreslås dog betydelig mindre omfattende enn i Modell 1 slik at den kan kortes ned og dermed fasilitere at flere kirurger kan oppnå dobbeltspesialitet. Dobbeltspesialitet kan bidra til å redusere personellbehov, øke operativt volum per kirurg og forenkle rekruttering ved mindre sykehus.

Ved å korte ned LIS3 generell kirurgi flyttes tykktarmskreftkirurgien og enkelte andre spesialemer til Del 4 gastroenterologisk kirurgi.

I Modell 4 vil del 3 generell kirurgi være definert som et minstekrav til den kompetansen som må til for å ivareta generell bakvaktskompetanse for vurdering, utredning og behandling av akuttkirurgiske tilstander for en generellkirurgisk populasjon.

Hensikten med dette er å gjøre det enklere for flere spesialiteter å oppnå bakvaktskompetanse slik at de kan inngå i vaktrotasjon. Dette vil være helt essensielt for landets små og mellomstore sykehus som har behov for elektiv kompetanse utover det som omfattes av generell kirurgi. Disse kirurgene vil da enklere oppnå kompetansen som skal til for å inngå i vakt og på den måten opprettholde lønn og øvrige betingelser som følger det å inngå i en bakvaktsordning

Revidert gastroenterologisk kirurgi vil forventes å ta 1,5-2år etter fullført spesialistutdanning i generell kirurgi hvilket medfører at spesialiteten i gastroenterologisk kirurgi kan fullføres etter at man har oppnådd vaktkompetanse og jobber som overlege. Dette er i stor grad slik det i praksis fungerer i dag. Som i modell 1 foreslås de mer spesielle kreftkirurgiske emner som bukspyttkjertel, lever, spiserør, magesekk og endetarm lagt til egen påbygningskompetanse for å effektivisere utdanning og bedre harmonisere utdanningen mot sykehusenes behov.

Eksempler på påbygningskompetansene kan være:

- Øsophagus/Ventrikkel
- Hepato/Pancreas/Biliær
- Rektum og bekkenbunn

Utfordringer:

Med denne modellen vil generellkirurgi bli en betydelig mindre spesialitet. Det vil derfor være nødvendig med ytterligere spesialisering for å oppnå kompetanse til å kunne bidra i den elektive driften.

Gastrokirurgi vil være den eneste spesialiteten som krever generellkirurgi først. Dette vil gjøre denne utdanningen lenger enn for de øvrige spesialitetene, noe som i sin tur kan gi rekrutteringsutfordringer. Forslaget innebærer at gastrokirurgi blir en subspesialitet til generell kirurgi og samtidig at utdanningstiden i gastrokirurgi reduseres. Dette krever en denotifisering av spesialiteten gastrokirurgi. (ref s. 13)

Dersom ikke andre spesialiteter finner det formålstjenlig å ta del 3 generellkirurgi, vil en stor del av vakttyngden falle på generell- og gastrokirurgi. Også dette kan bidra til rekrutteringsutfordringer.

Foruten medlem fra Helse Vest støtter hele gruppen modell 4.

Arbeidsgruppen foreslår at spesialiteten generell kirurgi foreslås avsluttet med en nasjonal kompetansekontroll (forslagsvis eksamen) og krav om resertifisering. Representanten fra Helse Vest støtter ikke dette punktet og tar dissens. Representanten mener at eksamen ikke er egnet for kompetansevurdering og ønsket at dette ble diskutert mer i gruppen. Resten av gruppen støtter dette punktet.

Generelt:

Arbeidsgruppen enes om flere viktige punkter som må implementeres for å sikre kvalitet i utdanning uavhengig av hvilken modell man lander på:

I tillegg til kapittel om rekruttering (side 21) nevnes:

- Rekkefølgekrav; Del2 skal utføres før Del3.
- Obligatoriske prosedyrelister og kurskrav.
- Nasjonal kompetansekontroll (forslagsvis eksamen). Obligatorisk etterutdanning og krav om resertifisering.
- Tydelige og formaliserte krav til sykehus med akuttkirurgi.