

Innspill til rapport fra kirurgisk arbeidsgruppe TB2024-60, Deloppdrag 2&3.

Jeg har deltatt i arbeidet sammen med arbeidsgruppen som har ledet frem til rapporten fra kirurgisk arbeidsgruppe.

Undertegnede deler i hovedsak bekymring rundt manglende breddekompetanse hos kirurger, men mener det er flere aspekter som ikke ble diskutert og som ikke er nyansert i rapporten. Spesielt gjelder dette i forslag til løsninger.

Jeg har vært utdanningsansvarlig for FKI og GAK ved mitt sykehus siden endring av spesialiststrukturen i 2019, og har sett at det tar lang tid å iverksette endringer, kanskje spesielt når det kommer til endring av kultur og tankesett rundt utdanning. Dette er noe vi ved mitt sykehus har jobbet kontinuerlig med siden 2019, og vi er på ingen måte i mål. Det er derfor viktig at eventuelle nye endringer faktisk bidrar til forbedring, og ikke bare innebærer endringer som er krevende å forholde seg til uten at det bidrar til den forbedringen som er ønsket.

Arbeidsgruppen har vært sterkt dominert av Legeforeningen, og av tidligere deltakere i NKF rapport om generellkirurgi fra 2024, noe som i stor grad har formet prosessen.

Enkelte av bekymringene som ble forsøkt adressert i rapporten, er ikke knyttet til behov for breddekompetanse, men til økt antall leger i spesialisering (LiS) i kirurgi som fører til redusert antall operasjoner per LiS og dermed dårligere utdanning.

Det er også ulike behov for breddekompetanse og som Helse Sør Øst i sitt innspill til rapporten fra helseforetakene skriver, så er det behov for at man undersøkes det faktiske behovet i sykehusene.

Er det behov for en generell kirurg per se, eller har man et behov for at urologer, karkirurger og gastrokirurger kan gå felles vakt ved en generell kirurgisk avdeling? Dersom svaret på første er ja, så kan man utdanne LiS som kun blir generell kirurg, men dersom svaret på del 2 er ja, så er det behov for enten en dobbel-spesialitet eller at den kirurgiske utdanningen har større bredde.

Forsvaret har uttalt at deres behov er at flest mulig kirurger har størst mulig bredde, men det er ikke sikkert at det er sykehusenes behov.

Den teknologiske utviklingen i kirurgi innebærer at stor bredde er vanskelig å opprettholde, og dette har også vært grunnlaget for den økende subspesialiseringen som man har sett gjennom flere tiår.

Da jeg har tatt dissens i et par tiltak foreslått av arbeidsgruppen, ønsker jeg å utdype årsaken til dette og også å problematisere et par andre tiltak. Begrepene «beredskapskompetanse» og «vaktkompetanse» er brukt likt som i rapporten. Det vises i tillegg til innlegg til arbeidsgruppen fra meg i høst om dagens utfordringer og eventuelle tiltak.

Tiltak:

1. Øke LiS 2 fra 2 til 4 år.

Forslag i to av modellene er å øke LiS 2 fra nå ca 2 år til 4 år. Denne endringen kan gjøres uavhengig av hvilken modell eller hvilke andre endringer man velger å gjennomføre, og vil øke breddekompetansen til LiS som utdannes i kirurgiske fag.

Det er en tanke om at dette skal kunne gi en beredskapskompetanse, samtidig så har flere sykehus allerede vaktordninger som innebærer at LiS går flere år i felles vakt uten at de nødvendigvis har kompetanse til vakt i ettertid.

Det er nødvendig at det er klare forventninger til rekkefølge både innad i LiS 2 og at LiS 2 kommer før LiS 3. Det må være en klar utdanningsplan for at dette skal øke kompetansen med klare krav til både læringsmål og læringsaktiviteter som kurs og prosedyrer.

Det argumenteres med dette vil kunne redusere behovet for tilstedevakt fra andre spesialiteter, og det er da utydelig om dette gjelder tilstedevakt av spesialister eller leger i spesialisering. Når det gjelder leger i spesialisering er det få sykehus som har seksjonert vaktlinjer for leger i spesialisering, og en slik endring vil derfor i liten grad påvirke antall vaktlinjer for LiS nasjonalt. Når det gjelder overleger, er det lite sannsynlig at man etter 4 år kan erstatte en vaktlinje med overleger.

Endringene vil også bidra til økt utdanningstid for LiS i kirurgiske fag. Hvilke følger dette vil ha for rekruttering til kirurgiske fag, har ikke blitt vurdert.

Jeg har ikke tatt dissens i endringen fra 2 til 4 år, men mener at enkelte utfordringer ikke ble sterkt nok fremstilt i rapporten.

2. Modell 1

En vesentlig ulempe med modellen er at den i liten grad øker antall med breddekompetanse. I dagens system er det en generell kirurgi og en gastrokirurgi, slik at man slipper å ta gastrokirurgisk utdanning skulle man ønske dobbelspesialitet med f.eks generell kirurgi og urologi.

I modell 1 vil man måtte for alle praktiske formål ta en gastrokirurgisk utdanning som dobbelspesialitet, bare at denne da har byttet navn fra dagens GAK til denne modellens GEN.

Det er nevnt som fordel at modell 1 kan gi mer effektive utdanningsløp, men beskriver ikke hvordan. Det nevnes også at den ivareta forsvarets behov for kompetent personell, men da man ikke øker antallet som har en generell kirurgisk utdanning og heller kun bytter navn på gastrokirurgisk utdanning til generell kirurgisk utdanning, så er det vanskelig å se hvordan forsvarets behov er ivaretatt.

Da modell 1 ikke ble foreslått som foretrukne modell har det ikke vært behov for dissens.

3. Modell 4

Modell 4 er den foretrukne modellen for flertallet av arbeidsgruppen, og jeg har tatt dissens da jeg ikke ser hvordan den skal løse utfordringen med behov for økt vaktkompetanse. Jeg mener at enkelte negative aspekter ved modellen er underkommunisert i rapporten, og ønsker derfor å påpeke disse.

Det vises til skissert modell i rapporten. I modell 4 er FKI/del2 4 år og deretter kommer del 3.

Del 3 er URO, KAK, THX, BEK, PLA, BAK og GEN. GAK er tatt bort som en del 3. LiS 3 Gen er da generell kirurgi. Gastrokirurgi bygger videre på LiS 3 GEN, og er ikke egen spesialisering. Flere deler av gastrokirurgi er også tatt ut og lagt til egne kompetanseplaner eller påbyggingsplaner etter gastrokirurgi. Det vil si at gastrokirurgi da blir påbyggingskompetanse i to nivå etter GEN. Modellen gir også en fragmentert utdanning, spesielt for de som skal bli gastrokirurger.

Dette innebærer at utdanningstiden til gastrokirurgi blir svært lang, og kan påvirke rekrutteringen til faget.

Det er også fremdeles kun gastrokirurgi som må gjennom LiS 3 GEN og som dermed har såkalt vaktkompetanse.

Det skal være frivillig for de andre spesialitetene å ta LiS 3 GEN, og det de vil da måtte ta dobbelspesialitet, som vil innebære 3 år og 3 måneder ekstra utdanning i henhold til EØS direktiv.

Jeg kan derfor vanskelig se hvordan denne modellen øker antallet med vaktkompetanse ut over dagens modell. Hvordan skal man kunne oppmuntre flere til å ta dobbelspesialitet? Den samme utfordringen foreligger ved dagens modell, og kunne blitt løst innenfor dagens modell uten en ny større omlegging av utdanningsstrukturen.

Det er også nevnt at det kan redusere behovet for gastrokirurgi. Dette forutsetter da at sykehusene ikke har behov for kreftkirurgi, som i modell 4 fortsatt skal ivaretas av gastrokirurgi. Det er vanskelig å se for seg at man er noe mer enn vaktkompetent etter LiS 3 Gen og man har ikke nødvendigvis den kompetansen som sykehus trenger til daglig drift.

Samlet sett gjør dette at en omlegging fra dagens ordning til modell 4 i sin helhet i liten grad tilfører økning i vaktkompetanse sett i forhold til i dag.

Flere sykehus sitt behov for at ansatte har dobbel spesialisering, som for eksempel URO og i KIR/GEN, løses i like liten grad i denne modellen som i dagens modell.

4. Evaluering i form av eksamen

Det er blitt foreslått i rapporten at evaluering av de ulike stegene i spesialistutdanningen skal gjøres i form av eksamen. Jeg har tatt dissens i dette da eksamen i liten grad ble drøftet i arbeidsgruppens møter og derfor heller ikke ble problematisert.

I arbeidsgruppen var det en generell oppfattelse om at dagens evaluering i form av læringsmål som skal gjennomføres ikke fungerer, og at det egentlig hersker liten kontroll med hva LiS som godkjennes som spesialist har lært.

Det er utfordringer knyttet til eksamen som evalueringsform, blant annet hvilken eksamensform skal man ha og hvem skal arrangere, sette krav og vurdere eksamen. En eventuell praktisk eksamen, skal den ha stor nok bredde og dybde til å kunne vurdere elementene i en spesialistutdanning, vil være omfattende å arrangere. Dersom man velger skriftlig eksamen, tester man kun et sett med kunnskap som trengs i det å være lege.

Dagens evalueringsform har utfordringer, men det foreligger klare krav i form av læringsmål og en videre utvikling av de evalueringsformer som foreligger i forskriften og veileder til forskriften i form av for eksempel evalueringskollegium sees mer hensiktsmessig enn eksamen.

Mvh

Torhild Veen