



# Innst. 280 S

(2016–2017)

## Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:60 S (2016–2017)

### **Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag frå stortingsrepresentantane Per Olaf Lundteigen, Marit Arnstad, Janne Sjelmo Nordås og Kjersti Toppe om å opprette ein eigen utdanningsspesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi), og nødvendige tiltak for å styrke rekruttering av kirurgar til lokalsjukehus**

Til Stortinget

#### **Sammendrag**

I dokumentet vert følgjande forslag fremma:

«Stortinget ber regjeringa fremje sak om å innføre ein eigen utdanningsspesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi) for å ivareta behovet i nasjonalt og internasjonalt arbeid, og nødvendige økonomiske tiltak for å styrke rekruttering av kirurgar til lokalsjukehus.»

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av regjeringa å vedta nye læringsmål i ny spesialistutdanning for legar. Det er eit mål i ny spesialistutdanning å spesialisere legar raskare enn i dag. Med nytt løp vil legar spesialisere seg i løpet av 6,5 år, mot gjennomsnittleg 9 år i dag. Forslagsstillarane peiker på at læremål i ny spesialistutdanning av legar kan føre til at Noreg i framtida vil mangle kirurgar med generell kirurgisk kompetanse. Medan mange kirurgar i dag er utdanna i generell kirurgi og kan handtere dei vanlegaste akuttkirurgiske tilstandane, vil ikkje det gjelde framtidas kirurgar om Helsedirektoratet sitt forslag til ny spesialistutdanning blir ein realitet. Den nye spesialistutdanninga inneber at generell kirurgi ikkje lenger vil vere ein felles utdanning eller spesialitet for nors-

ke kirurgar. Då vil svært få av framtidas kirurgar sikrast kompetanse til å kunne gå vakt på små og mellomstore sjukehus, ta imot skadde pasientar og utføre vanlege akuttkirurgiske operasjonar. Det vil berre vere mage- og tarmspesialistane (gastrokirurgar) som vil ha slik vaktkompetanse. Forslagsstillarane viser til at det fram til 2022 vil bli utdanna generelle kirurgar i Noreg. Men deretter vil det ifølgje nytt forslag vere mage- og tarmkirurgar (gastrokirurgar) som skal vere dei nye vaktkompetente legane. Dette vil kunne bidra til ei sterk sentralisering av det akuttkirurgiske tilbodet.

Spesialistutdanninga av legar er eit viktig fagpolitisk spørsmål. Forslagsstillarane meiner at legespesialisering og spesialiststruktur må utviklast både i tråd med den medisinske utviklinga og i tråd med samfunnet sitt behov. Det er eit overordna helsepolitisk ansvar å sikre at dette skjer. I dag er det etter forslagsstillarane sitt syn ikkje godt nok samsvar mellom legespesialistutdanninga og behova i helsetenesta. Nye utdanningsløp må ikkje berre sikre spisskompetanse ved dei store sjukehusa. Nye spesialistutdanningar må sjølvsagt også sikre breiddekompetanse på lokalsjukehus og på større sjukehus med lokalsjukehusfunksjonar, der dei fleste pasientane vert behandla.

Som følgje av regjeringa Solberg sin regjeringsplattform vil det bli oppretta ein ny legespesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Denne skal handtere heile bredda av medisinske problemstillingar som kjem inn i norske akuttmottak, deriblant å kunne vurdere kirurgiske problemstillingar i samarbeid med kirurgar og andre spesialitetar.

Men forslagsstillarane meiner det er viktig å vere klar over at denne nye spesialiteten ikkje skal erstatte etablerte spesialistvakter ved norske sjukehus. Det vil seie at ein ny legespesialitet i akutt- og mottaks-

medisin ikkje vil sikre generell kirurgisk kompetanse ved lokalsjukehusa.

Rekruttering av dyktige fagfolk er nødvendig for å bygge opp fagmiljø og sikre kvaliteten i tilbudet. Det er for få legespesialistar i Noreg. Både store og små sjukehus kan ha rekrutteringsvanskar. Men manglande rekruttering til lokalsjukehus blir brukt som argument for å legge ned sjukehus eller sentraliserte tilbud.

Forslagsstillarane meiner at endringar i spesialistutdanninga også må ta vare på behova til lokalsjukehuspasientane, særleg gjeld dette akuttmedisin. Det må opprettast legestillingar som styrkar utviklinga av lokalsjukehusa og samarbeidet med kommunehelsetenesta. Ny spesialistutdanning for legar må difor sikre at utdanning av legar med vaktkompetanse i generell kirurgi fortset, tilpassa behova ved små og mellomstore sjukehus i Noreg. Forslagsstillarane meiner at ein ny spesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi) vil gjere generell kirurgi interessant for mange yngre legar. Det kan også vere legar som kan tenke seg å arbeide utanlands, til dømes for Forsvaret, Røde Kors og Legar Utan Grenser.

## Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Freddy de Ruiten, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Jorid Holstad Nordmelan, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønås Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til Dokument 8:60 S (2016–2017) Representantforslag om å opprette ein eigen utdanningsspesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi), og nødvendige tiltak for å styrke rekruttering av kirurgar til lokalsjukehus. Komiteen viser vidare til brev fra helse- og omsorgsministeren datert 3. april 2017 (vedlagt).

Komiteen viser til at forslagsstillerne fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringa fremje sak om å innføre ein eigen utdanningsspesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi) for å ivareta behovet i nasjonalt og internasjonalt arbeid, og nødvendige økonomiske tiltak for å styrke rekruttering av kirurgar til lokalsjukehus.»

Komiteen viser til at forslagsstillerne frykter at læremål i ny spesialistutdanning av leger kan føre til at Norge vil mangle kirurger med generell kirurgisk kompetanse i framtiden. Når generell kirurgi

ikke lenger er en felles utdanning eller spesialitet for norske kirurger, vil svært få av framtidens kirurger sikres kompetanse til å kunne gå vakt på små og mellomstore sykehus, ta imot skadde pasienter og utføre vanlige akuttkirurgiske operasjoner. Forslagsstillerne peker på at dette vil kunne bidra til en sterk sentralisering av det akuttkirurgiske tilbudet. Forslagsstillerne viser vidare til Stortingets vedtak i Nasjonal helse- og sykehusplan som legger opp til økt kirurgisk aktivitet på lokalsykehusene, og at generell kirurgisk kompetanse på lokalsykehusene er viktig for at dette kan realiseres. Forslagsstillerne mener det i dag ikke er godt nok samsvar mellom legespesialistutdanningen og behovene i helsetjenesten. Forslagsstillerne mener nye utdanningsløp ikke bare må sikre spisskompetanse ved de store sykehusene, men også breddekompetanse på lokalsykehus og større sykehus med lokalsykehusfunksjoner. Forslagsstillerne viser til at den nye legespesialiteten i akutt- og mottaksmedisin ikke skal erstatte etablerte spesialistvakter ved norske sykehus, og at den dermed ikke vil sikre generell kirurgisk kompetanse ved lokalsykehusene.

Forslagsstillerne viser til at manglende rekruttering til lokalsykehus blir brukt som argument for å legge ned sykehus eller sentralisere tilbud. Forslagsstillerne peker på ulike virkemidler som kan forbedre rekrutteringen ved mindre sykehus, og etterlyser nasjonale tiltak for å styrke rekruttering av kirurger til lokalsykehus.

Komiteen viser til at statsråden i sin vurdering av forslag om en ny spesialitet i akuttkirurgi uttrykker at han mener at opprettelse av flere kirurgiske spesialiteter ikke vil redusere utfordringene for de minste sykehusene. Statsråden viser til at nye spesialiteter ofte fører til behov for nye vaktlag, og at det må være samsvar mellom innholdet i den kirurgiske spesialiteten som skal dekke vaktene og det som skal være planlagt kirurgisk aktivitet på dagtid. Statsråden mener utviklingen av de medisinske spesialitetene skal skje i en dynamisk prosess i dialog mellom fagmiljøene og Helsedirektoratet, som har beslutningsmyndigheten. Statsråden viser til at dersom det kommer frem i høringen at læringsmålene i de kirurgiske spesialitetene og den fastlagte strukturen skaper organisatoriske utfordringer i tjenesten og ikke svarer på pasientenes behov, vil Helsedirektoratet vurdere om det er behov for endringer.

Komiteen viser til at statsråden i sin vurdering av forslag om økonomiske tiltak for å sikre rekruttering av kirurger til lokalsykehus, peker på at det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å sikre nødvendig tilgang på spesialister. Han understreker at de regionale helseforetakene og helseforetakene står fritt til å iverksette særskilte ordninger for å re-

kruttere spesialister til lokalsykehusene dersom det er behov for det.

Komiteen viser til at en samlet komité i behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan (jf. Innst. 206 S (2015–2016)) viste til at demografiske forhold fører til et endret sykdomsmønster, og at det blir viktig med spesialister med bred kompetanse i front både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, som kan ta ansvar for helheten i diagnostikk, behandling og oppfølging av de vanligste sykdommene og sykdomskombinasjonene. Komiteen er enig i at organiseringen av spesialistutdanningen for leger fortsatt skal sikre bred kompetanse. Komiteen mener omleggingen av spesialistutdanningen skal bidra til at utdanningen er i samsvar med pasientenes og tjenestens behov, og sikre at vi fortsatt har høy spesialistkompetanse.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at organiseringen og ansvaret for legenes spesialistutdanning har vært uendret i mange år på tross av at helsetjenesten har gjennomgått store organisatoriske endringer. Disse medlemmer mener legenes spesialistutdanning må være dynamisk og tilpasset endringer i sykdomsbildet, pasientenes behov og den medisinske teknologiske utviklingen. Den nye omleggingen skal bidra til at utdanningen er i samsvar med pasientenes og tjenestens behov, og sikre at vi fortsatt har høy spesialistkompetanse. Disse medlemmer viser til at endret spesialistutdanning og ny spesialiststruktur for leger er blitt behandlet i en lang prosess med involvering fra Legeforeningen og andre relevante aktører, og at Helsedirektoratet har sendt flere rapporter på høring. Disse medlemmer viser videre til at Helsedirektoratet for første gang har gjort en helhetlig gjennomgang av legenes spesialistutdanning i rapporten «Fremtidens legespesialister». Utdanningen skal rettes inn mot fremtidens helseutfordringer og ta inn over seg ny fagutvikling og utviklingen i helsesektoren. Disse medlemmer peker på at dagens spesialistutdanning reflekterer behovet i de tradisjonelle tredelte sykehusene med avdelinger for indremedisin, kirurgi og røntgen. Imidlertid har den økende kunnskapsmengden og kravene til spesifikke prosedyreferdigheter ført til en oppdeling i nye spesialiteter og grensespesialiteter. Samtidig kreves det at legene skal kunne forholde seg til pasienter med sammensatte problemstillinger og ha kompetanse til å behandle og forstå helheten. Den medisinske utviklingen gjør det for omfattende å holde seg oppdatert i hele det kirurgiske og indremedisinske fagfeltet. Disse medlemmer viser til at dette er bakgrunnen for Helsedirektoratets forslag om at skillet mellom hoved- og grensespesialiteter oppheves, og at generell kirurgi utgår som egen spesialitet og inngår som en del av spesialiteten mage-tarmki-

rurgi. Disse medlemmer viser videre til at drifts- og organisasjonsmodeller i sykehus også er i endring, med større vekt på teamarbeid, der ulike spesialiteter jobber sammen om en helhetlig behandling. Nye teknologiske løsninger gir mulighet for å organisere vaktberedskap på nye måter. Disse medlemmer deler statsrådets syn på at utviklingen av de medisinske spesialitetene først og fremst må skje i en dialog mellom fagmiljøene og Helsedirektoratet som har beslutningsmyndigheten. Det er viktig at innholdet i utdanningene er i tråd med den medisinske og teknologiske utviklingen, og at det gjøres en fortløpende vurdering av fagmiljøene og Helsedirektoratet om hvorvidt det er behov for endringer i spesialistutdanningene. Disse medlemmer viser videre til at Stortinget i behandlingen av Prop. 81 L (2014–2015) ga sin tilslutning til en lovhjemmel for å kunne regulere innholdsmessige og organisatoriske spørsmål knyttet til spesialistutdanningen av leger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener at den medisinske utviklingen, sammen med geografiske utfordringer i Norge, tilsier at vi må ha en fleksibel og fremtidsrettet løsning for utdanning av legespesialister i Norge. Flertallet mener at en modulbasert spesialistutdanning vil ha den nødvendige fleksibilitet, samt bidra til at vi ikke kommer i en situasjon hvor rigide skillelinjer mellom ulike spesialiteter hindrer gode løsninger.

Både sykehusene og spesialistutdanningen må kunne tilpasses de endringer som skjer over tid. Nye behandlingsmetoder introduseres ofte ved store sykehus, for etter hvert å spre seg til alle sykehus. Bruk av kikkhullskirurgi, dialyse eller diagnostikk ved hjelp av CT, er alle eksempler på metoder som initialt ble ansett å være svært avanserte, men som etter hvert er blitt standard på alle sykehus.

For andre sykdommer, som avansert kreftbehandling eller behandling av sjeldne sykdommer, vil fremdeles behandlingen være sentralisert til sykehus med spesialkompetanse.

Flertallet viser imidlertid til at de fleste pasienter har vanlige sykdommer som ikke trenger avansert behandling og som kan behandles på mindre sykehus.

Den nye spesialitetsstrukturen som er under utforming, er først og fremst tilpasset store sykehus hvor man har tilgang til mange ulike spesialister. Leger som blir spesialister på et smalt område, har ikke lenger tilstrekkelig kompetanse til å gå vakter på et mindre sykehus. Vi trenger generalister både innen kirurgi og indremedisin. Det er viktig at spesialitetsstrukturen som er under utforming, er tilpasset også de mindre sykehusene.

Flertallet mener at en mer modulbasert spesialistutdanning vil kunne ivareta behovet for fleksibilitet på en god måte. I stedet for å etablere stadig nye avgrensede spesialiteter, vil man kunne ha ulike veier inn i en spesialitetsmodul.

Komiteen viser til at et eksempel er sykehjemsmedisin, hvor Legeforeningen har laget et «kompetanseområde», hvor blant annet spesialister i allmennmedisin, indremedisin, geriatri eller nevrologi kan få en formalisert kompetanse innen sykehjemsmedisin.

Komiteen ber derfor regjeringen vurdere hvorvidt den nye spesialistutdanningen ivaretar behovet for generalistkompetanse innenfor kirurgi og indremedisin på en tilstrekkelig måte.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at omleggingen av spesialistutdanningen i tre moduler møter kritikk fordi den ikke ivaretar generell kirurgi. Løsningen på dette kan være at det innenfor den nye spesialistutdanningen blir en egen spesialitet for generell kirurgi opp mot akuttkirurgi, eller en modulbasert løsning som sikrer at leger med ulike kirurgiske hovedspesialiteter kan få tilleggs-spesialitet innen generell- og akuttkirurgi. Dette medlem registrerer at høringsinstansene gikk for en egen spesialitet for generell kirurgi opp mot akuttkirurgi.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Venstre viser til at for kirurgiske fag vil en slik modulbasert modell innebære at kirurger med ulike kirurgiske hovedspesialiteter kan ta en tilleggsmodul innen generell- og akuttkirurgi for å være vaktkompetent på mindre sykehus eller arbeide med akuttkirurgi på et større sykehus.

Med en slik modell vil lokalsykehus med ulik profil kunne ha nok kirurger ansatt til at de kan ha vaktberedskap. For et lokalsykehus med kirurgisk virksomhet innen for eksempel mage-tarmkirurgi og urologi, vil også urologene være vaktkompetente dersom de har tilleggsmodulen i generell- og akuttmedisin.

I den planlagte spesialitetsstrukturen vil kun mage-tarmkirurger ha slik vaktkompetanse. Disse medlemmer mener det vil kunne bli mangel på kirurger som er kompetente til å gå vakt dersom det kun er spesialister innen gastroenterologisk kirurgi som skal inneha denne kompetansen.

Per februar 2017 er det 290 yrkesaktive mage-tarmkirurger i Norge, mens det er 1 330 yrkesaktive generelle kirurger. Hvis det i fremtiden kun skal være mage-tarmkirurger som kan gå vakter på et lite sykehus, vil man raskt komme i en situasjon hvor mangel

på spesialister i realiteten vil styre sykehusstrukturen i Norge.

Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi (mage-tarmkirurgi) skriver i en høringsuttalelse til læringsmålene for egen spesialitet at det vil ta 8–10 år å tilegne seg den nødvendige kompetansen dersom denne spesialiteten skal inneholde generell- og akuttkirurgi i tillegg. Foreningen er bekymret for kvaliteten, både for den spissede delen av mage-tarmkirurgien, samt for generell- og akuttkirurgi i den nye modellen. De anbefaler at det utredes å beholde generell- og akuttkirurgi som egen spesialitet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener akuttkirurgisk kompetanse bør finnes på alle akuttsykehus. Disse medlemmer mener også at flere enn gastrokirurger bør ha en akuttkirurgisk basiskompetanse.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener videre at alle spesialistutdanningene bør legge mer vekt på akutt- og mottakskompetanse. Dersom det er plass og utstyr tilgjengelig i mottakene til å gjøre en større diagnostisk avklaring, vil det for pasienten være en stor forbedring og vil redusere ventetid.

Disse medlemmer viser til at mottakene også er en utdanningsarena for mange ulike helsepersonellgrupper. Her møtes ambulansesarbeidere, spesialsykepleiere, laboratoriefag, radiologifag og ulike sykehusspesialister. Hvis pasienter skal avklares, diagnostiseres og behandling etableres, må alle kirurgiske fag ha en felles vaktkompetanse og akuttkirurgiske ferdigheter «i bunn».

Disse medlemmer viser til at i Norge er førstesortering og startbehandling lagt til både legevaktene og akuttmottakene hvor pasientene kan komme direkte. Dette gir et desentralisert og tilgjengelig tilbud i hele landet. Sykehusenes akuttmottak i Norge er ulikt organisert, og tar imot ulike pasientgrupper. De fleste sykehus har egne skademottak og skadepoliklinikker med ortopedisk og kirurgisk kompetanse. For å være et akuttsykehus må man ha akuttkirurgisk vaktkompetanse. Det betyr ikke at man kan operere alt, eller beherske alle metoder. Førstehjelp og stabilisering bør beherskes godt.

Disse medlemmer vil peke på at det er særlig på de små sykehusene at akuttkirurgi bør være på plass. Det er ofte langt til neste sykehus og ofte langt mellom legevaktene. Pasientene har allerede brukt tid på å komme til dette første sykehuset på veien mot større og sentrale tilbud. Disse medlemmer mener det er nettopp derfor disse sykehusene bør være akuttkirurgiske baser, med basale tilbud. Dermed kan pasienter lindres, stabiliseres, startdiagnostiseres og transporteres tryggere til neste sted.

Disse medlemmer viser til at dersom Helse- direktoratets forslag til nye læringsmål i ny spesialistutdanning for leger blir en realitet, vil det føre til at Norge i fremtiden vil mangle mange kirurger med generell kirurgisk kompetanse. Helsedirektoratet foreslår nemlig at generell kirurgi ikke vil være en felles utdanning eller spesialitet i den nye spesialistutdanningen. Da vil svært få av fremtidens kirurger sikres kompetanse til å kunne gå vakt på små og mellomstore sykehus, ta imot skadde pasienter og utføre vanlige akuttkirurgiske operasjoner. Det vil bare være mage-tarmspesialistene som vil ha slik vaktkompetanse og som vil bli de vaktkompetente legene. Det vil aldri bli nok gastrokirurger til dette, og situasjonen vil kunne bidra til sterk sentralisering av det akuttkirurgiske tilbudet.

Disse medlemmer viser til Legeforeningens brev til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (19. april 2017) der det fremgår at Legeforeningen mener det bør utredes en videreføring av spesialiteten i generell kirurgi med et justert innhold mot generell kirurgi og akuttkirurgi, for å sikre tilstrekkelig antall kirurger som kan gå i generell spesialistvakt. Disse medlemmer viser til at Legeforeningens syn gjenspeiles i innspillene fra Norsk kirurgisk forening, Forening for unge norske kirurger, og felles uttalelse fra Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi, Norsk kirurgisk forening, Spesialistkomiteen i generell kirurgi, Forening for unge norske kirurger, Traumeutvalget i norsk kirurgisk forening og Norsk forening for kolorektal kirurgi.

Disse medlemmer viser til at det fremgår av alle høringssvarene at det i fagmiljøene er bekymring både for ivaretagelsen av akuttkirurgi og av den mer spissede gastroenterologiske kirurgien, hvis gastroenterologisk kirurgi, generell kirurgi og akuttkirurgi samles i én spesialitet. Det er også i fagmiljøene bekymring for at læringsmålene for del 3 i en slik bred spesialitet blir meget omfattende, og at dette vil føre til at spesialiseringen vil ta vesentlig lengre tid i dette faget enn i andre kirurgiske spesialiteter. Det kirurgiske fagmiljøet er bekymret for at det vil skape betydelige problemer mht. tilgang på et tilstrekkelig antall kirurger som kan gå i generell spesialistvakt dersom gastroenterologisk kirurgi skal være eneste vaktbærende akuttspesialitet ved mindre sykehus. Disse medlemmer viser til at fagmiljøene med dette som utgangspunkt har som målsetting å sikre og videreutvikle generell kirurgisk kompetanse i sykehusene. Disse medlemmer mener en egen spesialitet innen generell kirurgi bør utredes, og at det ikke er hensiktsmessig at Stortinget forskutterer utfallet av en slik prosess og konkluderer med en modulbasert løsning nå.

Disse medlemmer viser til at det i Nasjonal traumeplan er tydelig definert hva et akutt sykehus

med traumefunksjon skal kunne utføre av oppgaver. Traumeplanen beskriver krav som sykehusene skal oppfylle for å kunne ta imot alvorlig skadde pasienter. Dette omfatter bl.a. krav til vaktberedskap for kirurg, anestesilege og operasjonspersonell, samt kompetanse for disse gjennom utvalgte kurs. Det er i Nasjonal traumeplan «sterkt anbefalt» at akutt sykehus med traumefunksjon har traumeteam, og i kravene til disse inngår blant annet generell kirurgisk kompetanse. Disse medlemmer mener kravene i Nasjonal traumeplan med tydelighet viser hva som er de faglige anbefalingene for en god akuttberedskap for hele befolkningen, at legeutdanningenes innhold er avgjørende for å oppnå dette og at ansvaret derfor må ligge i Stortinget.

Disse medlemmer mener at spesialistutdanning av leger er et viktig fagpolitisk spørsmål. Det vises til svar fra statsråden, der det antydes at spesialistutdanning av leger er et faglig spørsmål som må avgjøres av Helsedirektoratet etter innspill fra fagmiljøene. Disse medlemmer vil da minne om at regjeringen selv har nedfelt i regjeringsplattformen sin at de ville innføre en ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin, på tross av at dette slett ikke var ønsket fra et samlet fagmiljø. Disse medlemmer viser også til at Stortinget gjennom behandling av Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping (Meld. St. 30 (2011–2012), jf. Innst. 207 S (2012–2013)), vedtok at det skulle innføres en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin for å styrke rusfeltet. Disse medlemmer vil understreke at legespesialisering og spesialiststruktur må utvikles både i tråd med den medisinske utviklingen, men også i tråd med samfunnets behov. Nye utdanningsløp må ikke bare sikre spesialistkompetanse på store sykehus, men også breddekompetanse på lokalsykehus.

Disse medlemmer viser også til Prop. 81 L (2014–2015) om endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven (spesialistutdanningen m.m.) der departementet fikk lovhjemmel til å regulere innholdsmessige og organisatoriske spørsmål knyttet til spesialistutdanning av leger. Slik ga stortingsflertallet regjeringen fullmakt til å endre spesialistutdanning før innhold og organisering var gjort kjent for Stortinget.

Disse medlemmer viser også til at det tidligere er tilrådd å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved lokalsykehusene. I Eriksteinutvalgets rapport «Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede» fra 2007 ble det tilrådd endringer i helsepersonellutdanningene for å innrette kompetansen til personellet mot behovene ved små og store sykehus. Det ble foreslått en utdanningspakke i «lokalsykehuskirurgi» for kirurger som ønsker å arbeide ved lokalsykehus, og at man utredet hva

slags generell kirurgisk kompetanse lokalsykehus trenger.

Disse medlemmer vil også vise til at mange av struktur- og funksjonsendringene som nå foreslås av helseforetakene, er begrunnet med mangel på generelle kirurger i fremtiden. I Odda ble dette av foretaksledelsen brukt som et hovedargument for å avvike all kirurgisk virksomhet ved sykehuset.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til fredagsbrevet fra direktør Lars Vorland i Helse Nord (publisert 24. mars 2017), der han skriver:

«Vi trenger ikke flere medisinske spesialiteter, men en spesialistutdanning som gir trygghet for vaktordninger i mindre sykehus uten at det trengs mange flere leger.»

Vorland etterlyser den generelle kirurgen og at den nye spesialistutdanningen må utformes slik at den også sikrer bred kompetanse til å vurdere og stabilisere pasienter, og at det kommer sterke krav om læringsmål i utdanningene som gjør at sykehusene unngår å måtte opprette mange parallelle vaktordninger.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil understreke at ny spesialitet i akuttkirurgi/generellkirurgi ikke vil føre til nye krav om vaktlag, men vil tvert om kunne spare sykehus for mange dyre og meningsløse vaktlag for å sikre enkel kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse ved mindre sykehus.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen raskt starte en utredning om en modul som sikrer at leger med ulike kirurgiske hovedspesialiteter kan få tilleggsspesialitet innen generell- og akuttkirurgi og/eller videreføring av spesialiteten i generell kirurgi med et justert innhold mot generell kirurgi og akuttkirurgi, for å sikre tilstrekkelig antall kirurger som kan gå i generell spesialistvakt, samt legge til rette for tiltak for å sikre rekruttering av kirurger til lokalsykehus.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener mye kan og må gjøres for å styrke rekruttering av legespesialister til lokalsykehus. Å skape forutsigbarhet er svært

viktig, og dersom sykehus eller funksjoner er under konstant press for nedlegging, er det uheldig. Å legge til rette for desentraliserte grunnutdanninger, videre- og etterutdanning og økonomiske insentiver, som arbeidsgiverbetalt nedbetaling av studielån, er tiltak som bør vurderes i alle rekrutteringssvake områder.

Komiteens medlem fra Senterpartiet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme nødvendige økonomiske tiltak for å styrke rekruttering av kirurger til lokalsykehus.»

## Forslag fra mindretall

### Forslag fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

#### *Forslag 1*

Stortinget ber regjeringen raskt starte en utredning om en modul som sikrer at leger med ulike kirurgiske hovedspesialiteter kan få tilleggsspesialitet innen generell- og akuttkirurgi og/eller videreføring av spesialiteten i generell kirurgi med et justert innhold mot generell kirurgi og akuttkirurgi, for å sikre tilstrekkelig antall kirurger som kan gå i generell spesialistvakt, samt legge til rette for tiltak for å sikre rekruttering av kirurger til lokalsykehus.

### Forslag fra Senterpartiet:

#### *Forslag 2*

Stortinget ber regjeringen fremme nødvendige økonomiske tiltak for å styrke rekruttering av kirurger til lokalsykehus.

## Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og råar Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument 8:60 S (2016–2017) – Representantforslag frå stortingsrepresentantane Per Olaf Lundteigen, Marit Arnstad, Janne Sjelmo Nordås og Kjersti Toppe om å opprette ein eigen utdanningsspesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi), og nødvendige tiltak for å styrke rekruttering av kirurgar til lokalsjykehus – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 9. mai 2017

**Kari Kjønås Kjos**

leder

**Olaug V. Bollestad**

ordfører

**VEDLEGG****Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 3. april 2017****Dokument 8:60 S (2016–2017) – Representantforslag om å opprette en egen utdanningsspesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi) og nødvendige tiltak for å styrke rekruttering av kirurger til lokalsykehus - Representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Olaf Lundteigen, Marit Arnstad, Janne Sjelmo Nordås og Kjersti Toppe**

Det vises til brev datert 14. mars d.å. fra helse- og omsorgskomiteen der man ber om min uttalelse vedrørende ovennevnte representantforslag. Forslaget er som følger:

*"Stortinget ber regjeringa fremje sak om å innføre ein eigen utdanningsspesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi) for å ivareta behovet i nasjonalt og internasjonalt arbeid, og nødvendige økonomiske tiltak for å styrke rekruttering av kirurgar til lokalsjukehus"*

Organiseringen og ansvaret for legenes spesialitetsstruktur og legenes spesialistutdanning har vært uendret i mange år på tross av at helsetjenesten har gjennomgått store organisatoriske endringer. Spesialistutdanningen for leger legges nå om og moderniseres. Omleggingen skal bidra til at utdanningen er i samsvar med pasientenes og tjenestens behov, og sikre at vi fortsatt har høy spesialistkompetanse.

Bakgrunnen for den nye ordningen er et anmodningsvedtak fra Stortinget der Regjeringen ble bedt om å "legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den framtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet" (vedtak nr. 556 (2008–2009), 19. juni 2009). Vedtaket ble truffet ved behandling av Ot.prp. nr.83 (2008–2009) om endringer i helsepersonelloven, jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009). De sentrale elementene i den nye ordningen for legenes spesialistutdanning og overordnet ansvars- og oppgavedeling ble lagt fram som sak til Stortinget i statsbudsjettet for 2016 og i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Ny forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) trådte i kraft 1. mars 2017, slik at de første legene kan starte opp i utdanningsstillinger i utdanningens første del fra september 2017. Forskriften vil tre i kraft for utdanningens andre og tredje del 1. mars 2019.

Spesialistforskriften inneholder bestemmelser om de sentrale aktørenes roller og oppgaver. I henhold til forskriften skal Helsedirektoratet beslutte

endringer i spesialitetsstruktur, beslutte læringsmål som ligger til grunn for godkjenning av spesialister, og anbefale læringsaktiviteter tilknyttet læringsmålene.

Endret spesialistutdanning og ny spesialitetsstruktur for leger ble behandlet i en lang prosess i perioden 2012 - 2014 med involvering fra Legeforeningen og andre relevante aktører. Som ledd i arbeidet sendte Helsedirektoratet flere rapporter på høring. Blant annet foreslo Helsedirektoratet i utredningen "Fremtidens legespesialister" at spesialiteten generell kirurgi utgår, og at læringsmål i generell kirurgi skulle inngå som en del av spesialiteten gastrokirurgi (mage-tarm kirurgi). Bakgrunnen for dette forslaget var utviklingen i de kirurgiske fagene, som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, men som også er beskrevet i et innlegg fra leder av Norsk kirurgisk forening i Bergens Tidende 16. mars i år. Kirurgien spesialiseres slik at en kirurg ikke lenger kan ha kompetanse på alle områder. 80% av akuttkirurgiske innleggelseser er gastrokirurgi, noe som gjør gastrokirurgisk kompetanse sentral på alle sykehus som skal ha akuttkirurgi.

En oversikt over de nåværende legespesialitetene ligger som vedlegg til spesialistforskriften. På denne listen er generell kirurgi utgått som egen spesialitet. Av andre endringer kan nevnes at det er opprettet en ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin med bred innretning som også omfatter læringsmål i det kirurgiske fagområdet, slik at disse spesialistene skal kunne gjøre en første vurdering av pasienter med kirurgiske problemstillinger.

Forslag til læringsmål for de medisinske spesialitetenes del 2 og 3 er sendt på høring i regi av Helsedirektoratet, med frist 1. april. Forslagene er utarbeidet av Legeforeningens spesialitetskomiteer. Helsedirektoratet informerer om at det er lagt til grunn at spesialistutdanningens del 2 i kirurgi skal gi bredkompetanse innenfor kirurgisk diagnostikk og behandling av de vanligste kirurgiske tilstandene, og skal være en felles plattform for de kirurgiske spesialitetene barnekirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi og urologi. Det er videre lagt til grunn at spesialiteten i gastroenterologisk kirurgi skal omfatte læringsmål som gjør spesialistene kompetente til å gå selvstendig bakvakt ved generell kirurgisk avdeling med traumemottak.

Representantene Lundteigen, Arnstad, Nordås og Toppe fremmer forslag om en ny spesialitet i

akuttkirurgi. På generelt grunnlag mener jeg at opprettelse av flere kirurgiske spesialiteter ikke vil redusere utfordringene for de minste sykehusene. Erfaringsmessig vil nye spesialiteter ofte føre til behov for nye vaktlag. Det må også være samsvar mellom innholdet i den kirurgiske spesialiteten som skal dekke vaktene og det som skal være planlagt kirurgisk aktivitet på dagtid.

Utviklingen av de medisinske spesialitetene vil være en dynamisk prosess som må skje i en dialog mellom fagmiljøene og Helsedirektoratet som har beslutningsmyndigheten. Helsedirektoratet har lagt opp til at læringsmålene for del 2 i kirurgiske spesialiteter og spesialiteten i gastrokirurgi skal ivareta be-

hovet for generell kirurgisk kompetanse. Dersom det kommer frem i høringen at læringsmålene i de kirurgiske spesialitetene og den fastlagte strukturen skaper organisatoriske utfordringer i tjenesten og ikke svarer på pasientenes behov, vil Helsedirektoratet vurdere om det er behov for endringer.

Når det gjelder økonomiske tiltak for å sikre rekruttering av kirurger til lokalsykehus, vil jeg vise til at det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å sikre nødvendig tilgang på spesialister. De regionale helseforetakene og helseforetakene står fritt til å iverksette særskilte ordninger for å rekruttere spesialister til lokalsykehusene dersom det er behov for det.