

Sverige innfører nå et system med basisspesialiteter, grenspesialiteter og tilleggsspesialiteter som erstatning for et system med bare hovedspesialiteter. Dette vil få følger for debatten om spesialitetsstrukturen i Norge

Ny svensk spesialitetsstruktur

Sverige har, på samme måte som Danmark og flere andre land i Europa, lenge hatt en spesialitetsstruktur kun med det vi i Norge kaller hovedspesialiteter (1). Fra 1.7. 2006 innfører Sverige et nytt system som likner mye på det vi har i Norge (2). Den nye strukturen er bygd opp med basisspesialiteter, grenspesialiteter og tilleggsspesialiteter. For å bli spesialist i en grenspesialitet må man være spesialist i basisspesialiteten. Det opprettes 31 basisspesialiteter, 23 grenspesialiteter og to tilleggsspesialiteter (innen akuttmedisin og smertebehandling). Flere av de tidligere spesialiteter blir slått sammen til nye, noen få har opphørt som egne spesialiteter, og enkelte har kommet til. Den viktigste forskjellen mellom det nye svenske systemet og det nåværende norske er at svenskene innfører grenspesialiteter innen flere fag enn det vi har i Norge.

Inndelingen av de indremedisinske grenspesialitetene følger til en viss grad mønsteret fra Norge. Indremedisin er basisspesialitet med sju grenspesialiteter, hvorav seks også finnes i Norge, nemlig kardiologi, medisinsk gastroenterologi og hepatologi, endokrinologi og diabetologi, medisinske nyresykdommer, lungesykdommer, og hematologi. I tillegg opprettes en ny indremedisinsk grenspesialitet i allergologi. Geriatri blir egen basisspesialitet innen gruppen indremedisin. Infeksjonsmedisin er definert som basisspesialitet innen gruppen særskilte basisspesialiteter (enskilte basisspesialiteter), der man også finner revmatologi.

Det er også mange andre detaljer som skiller seg fra det norske mønsteret. Kirurgi er basisspesialitet og med grenspesialiteter for urologi, barne- og ungdomskirurgi, plastikkirurgi og karkirurgi. Thoraxkirurgi er egen basisspesialitet, men uten grenspesialiteter. Ortopedi er egen basisspesialitet med håndkirurgi som grenspesialitet. Det er ingen spesialitet for gastrokirurgi eller mamma- og endokrinkirurgi. Obstetikk og gynekologi regnes som en kirurgisk hovedspesialitet, men har ingen grenspesialiteter. Det skal også være en spesialitet for gynekologisk onkologi, men den sorterer under onkologi innen gruppen særskilte spesialiteter. I Norge har jo gynekologene arbeidet hardt for å etablere en grenspesialitet for gynekologisk onkologi under spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer og har oppnådd støtte for dette i Legeforeningens landsstyre.

Et annet overraskende trekk er at man har delt inn basisspesialiteten for barne- og ungdomsmedisin inn i hele fem grenspesialiteter, nemlig barne- og ungdomsallergologi, barne- og ungdomsnevrologi med habilitering, neonatologi, barneonkologi, og barnekardiologi. Psykiatri får rettspsykiatri som grenspesialitet. Også her skiller det nye svenske systemet seg fra det norske.

Den nye svenske spesialitetsstrukturen kan få følger for Norge, blant annet for godkjenning av spesialister. En del norske leger velger å få spesialistgodkjenning i Sverige og deretter få godkjenningen overført til Norge. Det nye svenske systemet vil få følger for denne praksisen. De mer detaljerte spesialitetsreglene i Sverige er under utarbeiding, men kan forventes å bli sammenliknbare med dem vi har i Norge. I Sverige har til nå avdelingslederne ved sykehusavdelingene godkjent den enkelte leges spesialistkompetanse. I det nye systemet skal det opprettes et rådgivende organ kalt *Nationella rådet för specialiceringsstjänstgöring* (lyder det kjent for norske lesere?). Rådet skal bistå Sosialstyrelsen med tiltak som

vi i Norge stort sett håndterer gjennom spesialitetskomiteene, slik som målbeskrivelser, kriterier for godkjenning av utdanningsavdelinger og oppfølging av utdanningen. I Sverige ser man åpenbart ingen problemer med å innføre slike regler i forhold til andre EU-land (som gjennom EØS-avtalen også gjelder Norge).

Det er ingen tvil om at Sverige ønsker å bruke spesialitetsstrukturen til å sikre overordnede mål innen sitt sykehusvesen. Debatten om dette har, som man vil skjønne, gått livlig. Ideen bak vedtaket er en erkjennelse om at en økende grad av høyspesialisering har ført til et behov for spesialister med bredere kompetanse og med interesse for og muligheter til å ta hånd om komplekse og sammensatte kliniske problemstillinger. Dette behovet er spesielt tydelig innen de store spesialitetene der man tar hånd om store pasientgrupper. Det svenske vedtaket er svært relevant for debatten i Norge, der flere ønsker at deres grenspesialitet skal bli hovedspesialitet. Ortopedene fikk etablert sin egen hovedspesialitet, og mange kardiologer ønsker å gjøre det samme. Nasjonalt råd for legers spesialistutdanning har i sin utredning fra 2004 tatt et klart standpunkt i retning av at mye i den nåværende norske spesialitetsstrukturen bør bestå (1). Dette synet samsvarer med de endringer som nå foretas i den svenske spesialitetsstrukturen. Begrunnelsen er den samme i begge land: behovet for godt skolerte og bredt interesserte spesialister, blant annet med tanke på lokalsykehusenes fremtid.

Disse problemstillingene er heller ikke særegne for Skandinavia. Både i resten av Europa og i USA er det en økende bekymring for at befolkningens behov for sykehustjenester ikke tas godt nok hånd om i et stadig mer spesialisert helsevesen (3, 4). I mange europeiske land snakker man om å gjeninnføre en veldefinert felles grunnutdanning under legers spesialisering innen medisinske og kirurgiske fag (common trunk). I USA snakker man om en revitalisering av generell indremedisin. De svenske endringene er svært interessante og vil legge viktige føringer på utviklingen i andre land, ikke minst i Norge.

Knut E.A. Lundin
knut.lundin@rikshospitalet.no
Tom Glomsaker
tom@glomsaker.no

Knut E.A. Lundin (f. 1958) er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer og dr.med. Han er konstituert overlege ved Medisinsk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet og har vært leder i Norsk indremedisinsk forening siden 2003.

Tom Glomsaker (f. 1960) er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og har mastergrad i helseadministrasjon. Han er seksjonsoverlege ved Seksjon for gastroenterologisk kirurgi, Stavanger universitetssjukehus og har vært leder i Norsk kirurgisk forening siden 2005.

Litteratur

1. Vurdering av spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi. Utredning nr. 4/2004. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, 2004.
2. Ny inndeling av lækerspesialiteterna. Faktablad Socialdepartementet nr. 3, Januari 2006. www2.svls.se/cs-media/xyz/faktab_spec.pdf. (15.5.2006).
3. Weinberger SE, Smith LG, Collier VU. Position paper: Redesigning training for internal medicine. *Ann Intern Med* 2006; 144: under trykking. E-publisert 6.4.2006. www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed (15.5.2006).
4. Bauer W, Schumm-Draeger P-M, Koebberling J et al. Political issues in internal medicine in Europe. A position paper. *Eur J Intern Med* 2005; 16: 214–7.