

Har kirurgiske fag et rekrutteringsproblem?

Medisinstudenter vektlegger i økende grad ønsket om kontrollert arbeidstid og skjermet tid til familie og fritid. De kirurgiske spesialitetene synes å komme særlig dårlig ut ved valg av karriere og spesialitet. Dette kan føre til en svakere rekruttering av kirurger i fremtiden.

Kjetil Søreide

ksoreide@mac.com

Bjørn Steinar Nedrebø

Kirurgisk avdeling

Stavanger universitetssjukehus

4068 Stavanger

I de vestlige land har det allerede lenge vært påpekt en manglende interesse for og svakere rekruttering til kirurgiske fag, i første rekke til generell kirurgi og de større kirurgiske spesialitetene (1–3).

En kraftig økning i utdanningen av antallet legespesialister er etter all sannsynlighet nødvendig for å oppnå balanse mellom tilgang og etterspørsel etter spesialister innen 2017. Dette kommer frem i dokumentet «Utredning om spesialistutdanningen av leger» som Legeforeningen nå har sendt ut på intern høring. Dette skyldes en kombinasjon av økende antall spesialister som går av med pensjon og fortsatt økt etterspørsel. Alternativet er at det vil bli realisert et økende underskudd av

spesialister, som trolig ikke vil kunne dekkes inn ved import av spesialister fra andre land. Det forventes et tilsvarende underskudd på legespesialister i de andre nordiske land, og det kan således ikke påregnes samme mobilitet av spesialister mellom landene som i dag.

Samtidig som det er ventet et økende behov for helsetjenester i en aldrende befolkning, vil en stor andel av dagens generelle og spesialiserte kirurger gå av med pensjon i de neste årene. Spesialiteten generell kirurgi er den av de større spesialitetene som har den mest negative fremskrivningen av alle spesialiteter, med en allerede observert nedgang i antallet yrkesaktive spesialister siden 2005. Med dagens utdanningstakt er den forventet å avta ytterligere frem mot 2017. Dette gir et økende underskudd selv uten noen økning i etterspørsel.

Olaf G. Aasland og medarbeidere presenterer i dette nummer av Tidsskriftet en undersøkelse utført blant norske medisinstudenter og senere ferdige leger, angående

hvilke preferanser de hadde for valg av spesialitet (4). Endringene i spesialitetsvalg fra student til ferdig spesialist synes å være mest dramatisk for kirurgiske fag, hvor rundt 40 % av menn foretrekker en slik spesialitet i studiet, mot mindre enn 20 % etter endt studium (4). Den samme tendensen ses også hos kvinner, men i mindre grad. Således er trendene kanskje mer et uttrykk for den kommende generasjon medisinerere enn for kjønnsforskjeller per se (3). Laboratoriefagene synes å komme godt ut, mens rekrutteringen til allmenntidmedisin synes relativt stabil med en økende preferanse hos menn etter endt studium (4).

Livsstil som valgfaktor

Færre trekkes altså mot tradisjonelle «prestisjeyrker» mot studiets slutt, og velger spesialiteter som sikrer kontrollert arbeidstid og mulighet for tid til familie (4). Gjennom studietiden øker faglig kunnskap og selvinnsett samtidig som flere utenomfaglige faktorer i større grad er medvirkende i valg av legerolle (5). Også internasjonale studier har vist at hensynet til familie og fritid synes å være en felles faktor for valg av annen type spesialitet enn kirurgi. Dette fremkommer ikke bare hos kvinner, men også hos menn (3).

Betydningen av en helhetsvurdering av jobb og privatliv økte etter studiet, også kontrollert for den økende kvinneandelen i medisinstudiet (4). Dette samsvarer med internasjonale studier (3). De som valgte kirurgi eller indremedisin, var mer motivert av medisinske utfordringer og karrieremuligheter, mens de som valgte psykiatri eller allmenntidmedisin, var mer motivert av forhold som allsidighet og variasjon og tid til egen familie (4). Er valg av spesialitetsfag, og eventuelle muligheter for karriere, en sekundær prioritet etter familie og fritid? Vil det å velge kirurgi som yrkesvei bety forsakelse av fritid og familie i større grad enn det å velge andre spesialiteter? Eller er det andre tilgrunnliggende faktorer som gjør at kirurgiske fag ikke synes å være like attraktive som tidligere? Om det er slik at den nye generasjonen leger velger spesialiteter hvor familie og fritid lettere lar seg forene med legeyrket, og kirurgiske fag derfor kommer særlig dårlig ut, er det muligens selve inntrykket av kirurgi som fag og kirurgers arbeidsform som gjør at studentene velger seg vekk fra denne spesialiteten. Aasland og medarbeideres studie gir ikke svar på det, men slik kunn-



Livsstilsfaktorer påvirker karrierevalget hos leger uavhengig av kjønn. Illustrasjonsfoto GV-Press/NordicPhotos

skap vil være av interesse for å kunne forbedre rekrutteringen til kirurgiske spesialiteter.

Kvinner i kirurgien

Kvinner utgjør nå mer enn 60 % av medisinstudentene i Norge, og man kunne tenke seg at dette var årsak til den synkende rekrutteringen til kirurgiske fag. Fra Legeforeningens tall blant yrkesaktive spesialister under 70 år i Norge fremgår det at kvinneandelen i generell kirurgi er rundt 10 %, noe som er litt høyere enn for ortopedisk kirurgi på 8 %. Når det gjelder de kirurgiske grenspesialitetene, er kvinneandelen høyest i barnekirurgi med 20 % og lavest i thoraxkirurgi med mindre enn 2 %, men legene i disse spesialitetene utgjør antallmessig kun en liten del av alle kirurger. Kvinneandelen ligger rundt 14 % i gastroenterologisk kirurgi, og rundt 10–11 % i karkirurgi og urologi.

Fødselshjelp og kvinnesykdommer er det eneste kirurgiske faget, og kun det andre etter barne- og ungdomspsykiatri, som har en overvekt av kvinner (rundt 51 %) blant yrkesaktive spesialister under 70 år i Norge. Hva er det som gjør at kvinner ikke velger «klassiske» kirurgiske spesialiteter, når de likevel trekkes mot en kirurgisk spesialitet som gynekologi? Utfordringene for familielivet med vaktbelastning og ukurant arbeidstid bør være like store i gynekologi som i kirurgi for øvrig. I en amerikansk studie ble en «spesialitet innen primærhelsen» vurdert som det foretrukne alternativ nummer to hos søkere til faget gynekologi, mens «andre kirurgiske fag» ble foretrukket hos kun en tredel (6). Dette til tross for at de fleste anga at kirurgi i seg selv var attraktivt. I en undersøkelse blant studenter i Canada (med et helsesystem likt Norges) vurderte kvinner kirurgi som lite attraktivt fordi de mente det ga mindre tid til familie og barn, med økt risiko for ekteskapsproblemer. Praktiserende kvinnelige kirurger hadde imidlertid ikke samme oppfatning av sin arbeidssituasjon (7). På bakgrunn av dette kunne man trekke den konklusjon at en av årsakene til at kvinner velger gynekologi fremfor annen kirurgi, kan skyldes de mentale bilder de har dannet seg om kirurgien som fag. Kirurgiske fag har ikke kvinnelige rollemodeller i samme grad som eksempelvis gynekologi, og kirurgi oppfattes

fremdeles som en «mannsbastion» og «gammelmannsklubb» (8). En mulig årsak til rekrutteringssvikten er derfor at de nyutdannede legene tilskriver kirurger og kirurgiske fag både sanne og stereotypiske rollemønstre og arbeidsformer som skiller dem betydelig fra andre fag.

Endring i spesialitetskrav og utdanningsstruktur

En annen mulig årsak til den sviktende rekruttering til kirurgien er at generell kirurgi har en mye lengre utdanningstid enn andre kliniske spesialiteter. I Norge (9) så vel som internasjonalt (1) diskuteres det om spesialiteten generell kirurgi vil overleve i det hele tatt – noe som vil føre til endringer i utdanningen av fremtidens kirurger. Trenden går i retning av en raskere spesialisering – og dermed en kortere utdanningstid. Nettopp at lengden på utdanningen til endelig spesialist nå synes å være veldig lang innen kirurgi (seks år for generell kirurgi – deretter tre år for de fleste grenspesialiteter), kan være et argument for å velge en yrkesvei hvor full spesialitet oppnås innen en kortere periode. Det er tilfelle for de fleste alternative spesialiteter, der er tiden frem til spesialist rundt fem år (gynekologi, anestesi, allmenntmedisin, patologi, radiologi, nevrologi, eller psykiatri).

Generalistkravet i kirurgiske fag er på vei ut. Krav om ortopedi er allerede fjernet fra generell kirurgisk utdanning. Ortopedisk kirurgi har nå fjernet krav til generell kirurgisk tjeneste, noe som gjør at spesialistutdanning i ortopedisk kirurgi tar en seks års tid. For annen bløtdelskirurgi diskuteres store endringer i utdanningstid og spesialiststruktur. Dette vil sannsynligvis korte ned utdanningstiden, og kanskje gjøre fagene mer attraktive på sikt. Endring i vaktstruktur og fordeling av akuttmedisinsk beredskap vil videre kunne få innflytelse på hvordan de kirurgiske fagene organiseres. Eksempelvis er gastroenterologisk kirurgi den kirurgiske spesialiteten som dekker det meste av vaktkirurgien. I en høringsuttalelse vedrørende Legeforeningens utredning anslår Norsk kirurgisk forening med underforeninger at spesialister i gastrokirurgi i fremtiden vil overta mye av oppgavene til dagens spesialister i generell kirurgi ved mindre og mellomstore sykehus. For å dekke den økte etterspørselen som

dermed sannsynligvis oppstår og få balanse i 2017, er det kalkulert med at antall godkjenninger for gastrokirurgi må økes per år til rundt 18, mot om lag 11 i snitt for årene 2002–07. På samme måte som det tok amerikanerne nesten to tiår å se effekten av den dalende interessen for kirurgi (10), kan også det norske helsevesenet i fremtiden møte en graverende mangel på spesialister i kirurgi. Kirurgi som spesialitet er i en brytningsfase (9), og rekruttering av fremtidens kirurger må tas på alvor nå. Det er gjort få, eller ingen, studier blant norske medisinstudenter eller utdanningskandidater til kirurgiske fag på hva som trekker dem mot faget (eller støter dem vekk), hvilke endringer som eventuelt ville hjelpe på å holde dem i faget – både under utdanning, og etter endt spesialitet – eller hvilke endringer som eventuelt må til for å gjøre kirurgisk spesialisering mer attraktivt. Det bør likevel lyse noen varselamper på de negative trendene som vises fra andre land (1–3), og som man nå øyner konturene av også i Norge (4).

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Fischer JE. The impending disappearance of the general surgeon. *JAMA* 2007; 298: 2191–3.
2. Tambrayra AL, McCrea CA, Parks RW et al. Attitudes of medical students toward careers in general surgery. *World J Surg* 2008; 32: 960–3.
3. Sanfey HA, Saalwachter-Schulman AR, Nyhof-Young JM et al. Influences on medical student career choice: gender or generation? *Arch Surg* 2006; 141: 1086–94.
4. Aasland OG, Røvik JO, Wiers-Jenssen J. Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1833–7.
5. Søreide K. Om å fødes og modnes som student. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 828–30.
6. Ogburn T, Espey E, Autry A et al. Why obstetrics/gynecology, and what if it were not an option? A survey of resident applicants. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197: 538.
7. Park J, Minor S, Taylor RA et al. Why are women deterred from general surgery training? *Am J Surg* 2005; 190: 141–6.
8. Lillemoe KD, Ahrendt GM, Yeo CJ et al. Surgery-still an «old boys' club»? *Surgery* 1994; 116: 255–9.
9. Søreide K, Glomsaker TB, Søreide JA. Surgery in Norway – beyond the scalpel in the 21st century. *Arch Surg* 2008; akseptert for publisering.
10. Bland KI, Isaacs G. Contemporary trends in student selection of medical specialties: the potential impact on general surgery. *Arch Surg* 2002; 137: 259–67.

Manuskriptet ble mottatt 30.6. 2008 og godkjent 27.7. 2008. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.