

Ny spesialitetsstruktur

Legeforeningen og Helsedirektoratet har siden høsten 2012 jobbet systematisk med spesialitetsstruktur. Legeforeningens prosjekt passerte nylig en viktig milepæl da foreningen avga endelig hørings svar til Helse- direktoratet på deres forslag om ny spesialitetsstruktur.

Hva omfatter begrepet spesialitetsstruktur? Ordningen med godkjenning innen en medisinsk spesialitet ble innført av Legeforeningen i 1918. Hensikten var å stille krav til leger for å kunne kalles spesialist i et fag. For å bli godkjent spesialist måtte en dokumentere et visst minimum av kompetanse og Legeforeningen ønsket med dette å kvalitetssikre leger som kalte seg spesialister.

Formålet med det som nå er blitt en offentlig godkjenningsordning for spesialister i medisinske fag er fremdeles mye den samme; å sikre et minimum av kompetanse hos den enkelte spesialist. Men etter hvert som spesialitetene vokste i både innhold og antall ble det også nødvendig å se de ulike spesialitetene i sammenheng. Den enkelte spesialitet står ikke lenger alene, men utgjør en del av et samlet kompetansegrunnlag som helsetjenesten er avhengig av for å gi det helsetilbudet befolkningen krever.

Spesialitetsstrukturen definerer hvilke spesialiteter vi skal ha, deres innbyrdes ansvarsfordeling, overordnede og detaljerte kompetansekrav innen hver spesialitet slik at spesialitetene samlet sett sikrer dette kompetansegrunnlaget.

Sikrer de rette spesialistene

Gjennom ordningen med spesialistgodkjenning skal helsemyndighetene sikre at vi både har de rette spesialistene og at vi har nok av dem. Spesialistordningen har altså både et

«Kravet til spesialistgodkjenning må ligge på et nivå hvor den godkjente spesialisten er i stand til å ta selvstendig ansvar i ulike roller innenfor egen spesialitet»

kvalitativt og et kvantitativt aspekt. Samtidig vet vi at befolkningen er avhengig av at leger tilegner seg kompetanse ut over det som oppnås under spesialiseringen.

For eksempel er en stor del av kompetansen som trengs for å utøve avansert kreft-



Spesialistgodkjenningsordningen skal sikre at vi både har de rette spesialistene, og at vi har nok av dem. Illustrasjonsfoto Colourbox

kirurgi i dag ikke et krav til å bli godkjent spesialist, men denne kompetansen utvikles i mange tilfeller etter spesialistgodkjenningen. Dette legger grunnlaget for en diskusjon om hvilke kompetansekrav som skal stilles for å bli spesialist og hvilken type kompetanse det er naturlig at utvikles etter spesialistgodkjenning.

Om lista legges for lavt vil vi raskt og enkelt utdanne en lang rekke spesialister, men det vil knyttes usikkerhet til hvor anvendbare disse vil være i helsetjenesten. Om det stilles for mange og høye krav kan vi risikere at mange bruker tid i spesialiseringen på å utvikle kompetanse som de ikke vil trenge i den jobben de starter i etter spesialistgodkjenning. Kravet til spesialistgodkjenning må altså ligge på et nivå hvor den godkjente spesialisten er i stand til å ta selvstendig ansvar i ulike roller innenfor egen spesialitet, og slik være anvendbar i norsk helsetjeneste. Dette vil i neste omgang få konsekvens for de enkelte spesialiteters spesialistkrav.

Må revideres jevnlig

Befolkningens behov for helsetjenester endrer seg over årene. Medisinsk kunnskap utvikler seg i stor fart og våre medisinske fag opplever en rivende teknologisk utvikling. Nye behandlinger utvikles og andre avvikles. Oppgaver tilhørende en spesialitet over-

føres til andre spesialiteter etter hvert som nye behandlingsteknologi utvikles. Dette fører igjen til at spesialitetsstrukturen må revideres jevnlig. Om ikke dette gjøres risikerer vi at de kommende spesialistene er utdaterte før de er godkjente.

Kritisk til forslag om redusert tid i spesialisering

Helsedirektoratet har gjennomført et omfattende revisjonsarbeid som det nå var helt nødvendig å gjøre. Legeforeningen støtter en rekke av forslagene til Helsedirektoratet, men peker samtidig på noen alvorlige mangler og svakheter i forslaget. Vi er særlig kritiske til forslaget om redusert tid i spesialisering. Dette vil redusere kompetansenivået til den enkelte spesialist. Vi frykter at det foreliggende forslaget vil redusere den samlede kompetansen til spesialister utdannet i Norge og gjøre spesialistene mindre fleksible. Det er det motsatte av hva norsk helsetjeneste som skal utøves i et desentralisert helsevesen trenger.

Legeforeningens hørings svar er omfattende og grundig og kan leses i sin helhet på Legeforeningens nettsider www.legeforeningen.no/horingsuttalelser.

Johan Torgersen

johan.torgersen@legeforeningen.no
Yngre legers forening