

Behov for nytænkning i kirurgisk uddannelse

LEDER

Nis Hallundbæk
Schlesinger & Jens G.
Hillingsø

Dansk kirurgi er i rivende udvikling. På ganske få år er konventionelle åbne kirurgiske teknikker over en bred kam blevet konverteret til minimalt invasive laparoskopiske og endoskopiske metoder. Sideløbende har forskning i perioperative forløb medført en betydelig kortere indlæggelsestid. Operationer for brok og galdesten, der tidligere krævede indlæggelse, behandles nu ambulat. Patienter, der er opereret for f.eks. tarmkræft eller levermetastaser, kan med den rigtige smerte-, væske- og ernæringsterapi nu udskrives efter ganske få dages indlæggelse.

I en statusartikel i dette nummer af Ugeskrift for Læger kritiseres forholdene for de uddannelsessøgende kirurger, der om få år skal videreføre denne udvikling [1]. I artiklen fokuseres der på betydningen af den danske overenskomst og den i international sammenhæng korte arbejdsuge. Det er der såmænd intet nyt i [2, 3]. Siden man i 1981-overenskomsten halverede yngre lægers tilstedeværelse i dagtid, har de fleste kirurger under uddannelse ydet et stort frivilligt engagement for at opnå tilstrækkelig erfaring til at varetage behandlingen af de kirurgiske patienter. Særligt to ting udfordrer i disse år den kirurgiske uddannelse. Dels et behov for subspecialisering som konsekvens af den faglige udvikling. Dels et politisk ønske om at sikre speciallægedækning i hele landet ved at uddanne flere og afkorte tidsforbruget fra kandidat til specialist.

Lad os begynde med det sidste: Allerede inden den udskældte fireårsregel trådte i kraft i 2008, var kandidatalderen ved hoveduddannelsens start kraftigt for nedadgående. For ti år siden var den 8-9 år, i dag er den seks år og forventes med fireårsreglen at falde yderligere [4]. Samlet set er varigheden af uddannelsen beskåret med en tredjedel, hvilket med optimale forhold under speciallægeuddannelsen muligvis kunne kompenseres. Men resultatet af flere og hurtigere uddannede speciallæger er også mange uddannelsessøgende på hver afdeling. Det går ud over variationen af den enkeltes kliniske erfaring og kvaliteten af tekniske færdigheder. At fokus på drift og økonomistyring i en krisetid ydermere sætter »bløde« værdier som uddannelse og udvikling under pres, er alment kendt. Men særligt i et vagttungt speciale som det kirurgiske er det fatalt, når uddannelsen kommer i anden række, og de uddannelsessøgende sendes på afspadsering på deres uddannelsesdage.

Forbedringer i de nævnte forhold kræver som noget helt centralt en anerkendelse af, at uddannelse og udvikling koster. Det koster timer for den enkelte og

ressurser for systemet. Helt konkret foreslår vi, at vagttimer, der i virkeligheden er »ren drift«, kompenseres uddannelsesmæssigt, og at obligatoriske kurser »frikøbes« fra den daglige arbejdstid ved særskilt finansiering. Vi foreslår at øge andelen af dagtid og uddannelsesudbyttet af vagten ved at revidere visitationsreglerne, således at f.eks. pankreatitis, divertikulitis og gastrointestinale blødninger, der kun yderst sjældent medfører kirurgisk behandling, behandles på fælles akutmodtagelser af akutlæger. Endelig har Dansk Kirurgisk Selskab (DKS) allerede foreslået en reduktion i antallet af hoveduddannelsesstillinger, der med uændret dimensionering ville medføre en betydelig overproduktion af kirurger [5].

Vi har beskrevet tiltag, der kunne bidrage til at imødegå forringelser af den kirurgiske hoveduddannelse. Men vi erkender samtidig, at den faglige udvikling stiller krav til subspecialisering, som hoveduddannelsen ikke kan honorere. Denne erkendelse har fået DKS til at afgrænse og beskrive seks kirurgiske efteruddannelser: kolorektal kirurgi, hepato-pankreatiko-biliær kirurgi, oesophagus-cardia-ventrikel kirurgi, børnekirurgi, mammakirurgi og generel kirurgi. Disse fagområdeuddannelser er toårige og indebærer ansættelse på to forskellige afdelinger, relevant forskningsaktivitet, udlandsophold og certificering. Den samme udvikling ses flere steder i Europa, og der findes europæiske certificeringsmuligheder for visse fagområder. Andre fagområder eksisterer ikke i samme form på europæisk plan, og certificeringer må udvikles, gerne i samarbejde med de øvrige skandinaviske lande. Fuld implementering af fagområdeuddannelserne er afhængig af politisk opbakning.

LITTERATUR

1. Andresen K, Achiam MP, Rosenberg J. Øget arbejdstid giver mulighed øget læring for kirurger under uddannelse. Ugeskr Læger 2013;175:1328-31.
2. Hillingsø JG. Kirurgmangel – hvorfor? Ugeskr Læger 2002;164:1543-6.
3. Laurberg S, Rosenberg J. Uddannelseskrisen inden for mave-tarm-kirurgi. Ugeskr Læger 2004;166:3381.
4. Lægeprognose – udbuddet af læger og speciallæger 2012-2035. www.sst.dk (25. jan 2013).
5. DKS høringsvar til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med dimensionering af speciallægeuddannelsen 2013-17. www.sst.dk (25. jan 2013).

KORRESPONDANCE:

Nis Hallundbæk Schlesinger,
Kirurgisk Afdeling P, Slagelse
Sygehus, Fælledvej 1,
4200 Slagelse.
E-mail: schlesinger@
dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk