

UTBILDNING I DEN NYA SPECIALITETEN KÄRLKIRURGI

Att få formell status som grenspecialitet innebär att kompetens och utbildning måste definieras. Kärllkirurgernas nationella studierektor beskriver detta arbete, som omfattar bl a målbeskrivning, utbildningsbok, loggbok och kursstruktur.

MARTIN BJÖRCK, professor, kirurgkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala; studierektor för utbildning i kärllkirurgi i Sverige martin.bjorck@surgsci.uu.se

När regeringen i december 2005 beslutade om den nya indelningen av medicinska specialiteter var en av målsättningarna att minska antalet specialiteter; ändå infördes kärllkirurgi som en ny egen specialitet [1]. Detta var en nödvändig internationell anpassning och en anpassning till verkligheten inom svensk sjukvård. Kärllkirurgi är liksom urologi, plastikkirurgi och barn- och ungdomskirurgi grenspecialiteter till kirurgi. Svensk förening för kärllkirurgi (SSVS, Swedish Society for Vascular Surgery) beslutade att utse en nationell studierektor för den nya specialistutbildningen. I denna artikel redogörs för den nya utbildningsstrukturen.

Som är bekant för de flesta läkare innebär den nya ST-utbildningen flera viktiga förändringar allmänt sett. Exempelvis har man infört obligatoriska kurser och extern granskning, vilket förhoppningsvis kan garantera en högre minsta acceptabla nivå vad avser specialistutbildningens kvalitet. I denna artikel kommer dock endast det att beskrivas som är specifikt för kärllkirurgin. Eftersom vår specialitet samverkar med många andra specialiteter, i synnerhet medicinsk angiologi, interventionell radiologi och klinisk fysiologi, hoppas vi att denna information kan ha ett bredare intresse. Det kan möjligen också vara intressant för de kollegor som arbetar med att designa utbildningen av andra grenspecialister att ta del av våra erfarenheter.

Målbeskrivning

Målbeskrivningarna för alla nya och gamla specialiteter (utom urologi) beslutades av Socialstyrelsen efter samråd med specialistföreningarna 2008 [2]. Parallellt med processen att definiera målbeskrivningen har en nationell kursstruktur definierats. Dessa två system är inte helt kongruenta, och det är inte alltid glasklart vilket ämne som mest naturligt hamnar i vilken kurs (Tabell I). Exempelvis ger poplitea-aneurysm oftast akut eller kronisk extremitetsischemi. Bör man undervisa om denna sjukdom i kursen akut ischemi, eller

TABELL I. Delmål i målbeskrivningen och kursstruktur.

Delmål	Kursort	Tidpunkt
Angiologi, venösa problem, koagulation och trombos	Malmö	December 2007 November 2010
Aneurysmsjukdom, även torakala aneurysm och dissektioner	Uppsala	Oktober 2008 Oktober 2011
Sjukdomar i aortabågens grenar (framför allt karotiskirurgi) och access-kirurgi (venös och dialysaccess)	Linköping	Maj 2009 Maj 2011
Akut ischemi och kärlltrauma	Stockholm	Mars 2010 2012
Vaskulär bildframställning (imaging) och endovaskulära tekniker	Göteborg	Maj 2010 Mars 2011
Perifer ocklusiv sjukdom (ben- artärsjukdom och diabetesfoten)	Örebro	September 2010 2013

kanske i kursen om kronisk extremitetsischemi, eller varför inte i kursen om aneurysm? Det finns också viktiga sjukdomar som har glömts bort när målbeskrivningen definierades, exempelvis njurartärstenos och tarmischemi. Att samordna detta arbete är därför viktigt. Eftersom en så stor del av styrelsens arbete i SSVS handlar om utbildningsfrågor beslutade man att studierektorn även skulle vara ledamot av föreningens styrelse. Denna nya styrelsepost inrättades 2008.

SK-kurser

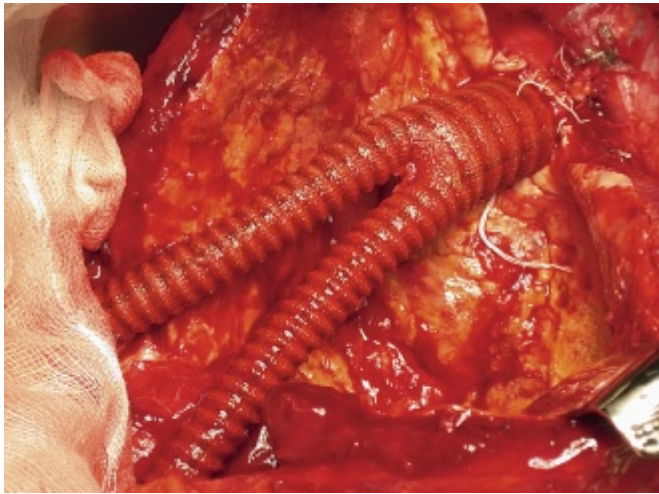
Vi insåg snabbt att det mest brådskande var att få de sex obligatoriska kurserna på banan, eftersom man annars kan skapa allvarliga problem för utbildningsläkarna. Som framgår av Tabell I kommer alla sex kurser att ha givits minst en gång vid utgången av 2010. Vi har valt att sprida kurserna geografiskt, ett lyckat drag på så sätt att många kollegor blivit engagerade i den pedagogiska utvecklingen. Det återstår fortfarande en del arbete med att samordna den pedagogiska strukturen, exempelvis examinationsformerna. Vi har valt att inledningsvis ge kursgivarna stor frihet, i syfte att i ett senare skede sammanställa erfarenheter och utvärdering för att kunna dra nytta av de mest positiva modellerna.

Vi har fortfarande inte helt klart för oss det kvantitativa behovet av kurser. Det beror på flera faktorer, som bara delvis är kända. Exempelvis vet vi inte i vilken utsträckning blivande radiologer, angiologer och toraxkirurger är intresserade av att gå våra kurser. Ett relativt stort intresse har hittills visats från dessa kollegor, och vi är naturligtvis mycket intresserade av att sprida kunskap om kärllkirurgiska sjukdomar till alla som delar detta intresse. Inledningsvis har vi planerat att alla

■ sammanfattat

Den nyligen erkända, men de facto ganska gamla, specialiteten kärllkirurgi har etablerat en utbildningsstruktur som förhoppningsvis kommer att garantera en bra utbildning i hela landet. Arbetet har engagerat ett stort antal av landets kärllkirurger. Specialiteten karakteriseras av ett välutvecklat kollegialt

samarbete både inom specialiteten och med kollegor från angränsande specialiteter samt av en snabb teknisk och vetenskaplig utveckling. Patienten med perifer kärllsjukdom, som är vårt huvudansvar, är i stort behov av detta multidisciplinära samarbete, liksom av välutbildade kärllkirurger.



Figur 1. Efter avslutad kärllkirurgisk utbildning förutsätts man ha kunskap om ingreppen för både öppen (överst) och endovaskulär (nederst) aortaoperation, vilket innebär att man ska ha utfört ett antal ingrepp med en erfaren assistent.

kurser upprepas med minst tre års intervall, men kursen i Göteborg tros vara särskilt intressant även för blivande interventionella radiologer liksom för erfarna kärllkirurger och kan komma att upprepas oftare. Interventionell radiologi är ingen egen grenspecialitet, men det faktum att det är en väl nischad verksamhet och en etablerad subspecialitet gör att man känner ett behov av att etablera kurser även för denna grupp. Vi har ett väl utvecklat samarbete med Seldingersällskapet (Svensk förening för vaskulär och interventionell radiologi) och arrangerar sedan fem år tillbaka ett gemensamt värmöte med omfattande gemensam efterutbildning.

Svensk kirurgisk förening har en egen organisation för SK-kurser via sitt kansli, de sk KUB-kurserna, en reaktion på att IPULS under många år inte har haft tillräcklig finansiering för det stora behov av SK-kurser som krävs. Vi har emellertid fått IPULS-finansiering av fem av de första sex SK-kurserna i kärllkirurgi på grund av att de har värderats högt även av ra-

diologer, angiologer och toraxkirurger. Det är en fördel med IPULS organisation om man vill ha ett multidisciplinärt deltagande på kurserna. Ett potentiellt problem är att kurserna är obligatoriska för ST-läkare i kärllkirurgi och att dessa tvingas konkurrera med andra utbildningsläkare om platserna. Emellertid har alla blivande specialister i kärllkirurgi minst fem års tjänstgöring inom kirurgi innan de påbörjar sin grenspecialistutbildning, och eftersom antalet månader som ST-läkare används som urvalskriterium är detta inget problem.

Skandinaviskt samarbete

Det fanns under 1990-talet ett utvecklat utbildningssamarbete med de nordiska föreningarna för kärllkirurgi. Kärllkirurgi är sedan många år tillbaka en etablerad specialitet i alla våra nordiska grannländer, liksom för övrigt i nästan hela Västeuropa. Undertecknad var under några år ordförande i Educational Committee i Scandinavian Association of Vascular Surgery.

Inspirerad av bla plastikkirurgernas nordiska samarbete med gemensamma SK-kurser utarbetade vi en gemensam kursstruktur som accepterades av alla fem nordiska föreningar. Vi hamnade dock i ett »moment 22« när de finländska myndigheterna krävde att kurserna skulle ges på engelska och de norska att de måste ges på skandinaviska, helst på norska. Den ursprungligen samnordiska kursstrukturen, som är identisk med den svenska i Tabell I, har dock behållits även i Danmark, vilket möjliggör ett utbyte av kursplatser mellan våra två länder.

Utbildningsboken

Efter att målbeskrivning och kurser hade spikats återstod ett omfattande arbete med att utarbeta utbildningsboken, den »kokbok« som utbildningsläkare och deras handledare behöver i den dagliga utbildningen. Utbildningsmålen måste konkretiseras, vilken nivå av kunskap som krävs inom varje delmoment måste definieras och en loggbok framställas där de praktiska erfarenheterna kan sammanfattas.

Kursansvariga från de sex utbildningsorterna har tillsammans med studierektorn bildat en utbildningskommitté. Kursansvariga har även fått ansvaret för den del av utbildningsboken som deras egen kurs täcker, och på så sätt har boken kunnat skrivas snabbt efter att kirurgerna färdigställt utbildningsboken för basspecialiteten kirurgi hösten 2009 (vilket var en förutsättning för vårt arbete). Ett utkast av utbildningsboken i kärllkirurgi presenterades på värmötet i maj 2010 i Linköping, och den slutliga versionen spikades under kirurgveckan i Göteborg i augusti samma år. Alla som vill ta del av detaljerna i detta dokument rekommenderas att läsa det på föreningens webbplats [3].

Den endovaskulära utvecklingen avspeglar sig i både målbeskrivningen och utbildningsboken. Exempelvis är det samma nivå på kunskapskravet för öppen och endovaskulär aortaoperation: att »ha kunskap om« ingreppen, vilket innebär att man efter avslutad utbildning ska ha utfört ett antal ingrepp med en erfaren assistent (Figur 1). Den högre nivån, att »behärska« i betydelsen att kunna utföra ingreppen helt självständigt, gäller däremot för handläggning av akut extremitetsischemi, där man ska kunna utföra både en kirurgisk embolektomi och lägga in en kateter för intraarteriell trombolysbehandling. Mer ovanliga tillstånd räcker det att »ha kännedom om«.

Färskvvara

Med tanke på både att utbildningsboken nu är färdigställd för första gången, och att specialiteten kärllkirurgi genomgår en

snabb klinisk och teknisk utveckling, räknar vi med att en revision av detta viktiga dokument kan komma att behöva genomföras redan efter två år.

Själva utbildningsstrukturen påverkas även av sjukvårdens utveckling. Under 1970- och 1980-talen spreds kärllkirurgin till drygt 40 svenska sjukhus, medan vi på senare år har upplevt en motsatt utveckling med en centralisering till allt färre enheter. Utvecklingen av den endovaskulära tekniken gör att enheterna behöver större patientvolym för att säkra tillräcklig volym för att vidmakthålla kvaliteten avseende både endovaskulär och öppen kirurgi. Samtidigt leder förändringar i indikationsställning, såsom kirurgi på patienter med asymtomatisk karotisstenos [4] och ultraljudsscreening av äldre män för aortaaneurysm [5], till ökade volymer av elektiv kirurgi.

Behovet av hybridsalar på operationsavdelningarna, som möjliggör komplexa ingrepp på nya indikationer, skapar också ett behov av stora investeringar. De nya större enheterna behöver inte nödvändigtvis vara geografiskt lokaliserade till ett enda sjukhus utan kan lika gärna utgöra nätverk med verk-

»En bra, modern kärllkirurgisk utbildning kräver i de flesta fall ett samarbete mellan länskliniker och universitetskliniker.«

samhet på flera orter. I synnerhet i landets mer glesbefolkade delar kan detta vara nödvändigt för att garantera en sjukvård på rimlig nivå för hela landets befolkning. Dessa förändringar påverkar även utbildningens struktur. En bra, modern kärllkirurgisk utbildning kräver i de flesta fall ett samarbete mellan länskliniker och universitetskliniker. Länsklinikerna har ofta stora volymer av rutinpatienter som skapar en utmärkt miljö för vissa delar av utbildningen, medan andra delar är beroende av en mer subspecialiserad verksamhet som finns företrädesvis på universitetsklinikerna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Bergqvist D, Björck M. Kärllkirurgi äntligen egen grenspecialitet. Strukturförändringar väntar nu för att centralisera och effektivisera vården. *Läkartidningen*. 2006;103:2143-5.
2. Läkarnas specialiseringstjänstgör-

ring – föreskrifter och allmänna råd. Målbeskrivningar 2008. Socialstyrelsen 2008. ISBN 978-91-85999-55-2. Målbeskrivning i kärllkirurgi finns på sidorna 78-94. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-2>
3. <http://www.karllkirurgi.com>

4. Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomized controlled trial. *Lancet*. 2004;363:1491-502.

5. Wanhainen A, Lundgren E, Bergqvist D, Björck M. Screening för bukaortaaneurysm startar nu. Uppsala först ut med att kalla alla 65-åriga män. *Läkartidningen*. 2006;103:2038-9.

köp den nya boken

YRSEL – UTREDNING OCH HANDLÄGGNING

– en medicinsk kunskapsbok från *Läkartidningen*

Yrsel är en felsignal som talar om att informationen från sinnessystemen inte stämmer överens. Orsakerna kan vara många. Den här boken fokuserar på de vanligaste yrselsjukdomarna, där yrseln ofta är det dominerande symtomet, och ger handfasta råd om handläggning och utveckling.

Redaktör: Eva Ekvall Hansson, leg sjukgymnast, med dr, Lunds universitet, institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö/Allmänmedicin, Skånes universitetssjukhus, Malmö.



Köp och beställ

på Lakartidningen.se under fliken »Butiken«
Pris 245 kr (inkl moms, frakt tillkommer)
Vid beställning över 50 ex, mejla din order till ulf.jansson@lakartidningen.se

Läkartidningen
förlag ab