

## NORDISK UROLOGISK FÖRENING

Anförande i Bergen 1.6.72

Gustav Giertz

Det har ofta sagts att urologin utvecklades sent i Skandinavien. Det är såtillvida sant som detta ämne här blev sent erkänt som specialitet. Men det betyder inte, att den urologi som bedrevs tidigare inte hade samma standard som på de flesta andra håll i världen. Kirurgerna i Norden hade länge ett alldeles speciellt intresse för urologi och de betraktade urinvägarnas kirurgi som en väsentlig del av allmänskirurgin.

I slutet av 40-talet kan man förmärka de första försöken att avgränsa urologin från allmänskirurgin även i Skandinavien. Det var i januari 1950 som Olaf Povlsen vid ett besök i Stockholm tog upp tanken på att bilda någon slags Nordisk urologisk förening. Vi var vid den tidpunkten några få kirurger som hade liknande ambitioner. Vad som förde oss samman var en gemensam strävan att föra fram urologin som egen specialitet jämförbar t ex med thoraxkirurgi och neurokirurgi. Vi insåg att våra strävanden skulle gynnas om vi av och till träffades för att utbyta erfarenheter och så bildades 1950 en reseklubb. Till det första mötet i Köpenhamn hade vi inbjudit några urologer från Norge, Sverige och Danmark.

Vid följande möte i Stockholm 1952 vidgades vår krets. Hellström var värd och Stein Holst var med och vi hade också inbjudit Pauli Tuovinen som finsk representant. Denna reseklubb kan bäst karaktäriseras som en kamratkrets. Vi hade inga stadgar och ingen styrelse. Vi var i Oslo 1954 där Stein Holst och Ragnar Andersen visade en gästfrihet som vi inte har glömt.

Det stod emellertid snart klart att det urologiska samarbetet i Norden behövde en fastare organisation. Det var på våren 1956 som den finska urologföreningen beslöt att undersöka möjligheten av att bilda en Nordisk urologisk förening. Den kom till stånd redan samma höst. I enlighet med ett beslut skall föreningen under en 10-årsperiod ha ett möte i vardera Danmark, Finland och Norge och två i Sverige.

Förutom vår nordiska förening har vi nu urologiska specialföreningar i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Äldst är den svenska föreningen, som bildades i Göteborg 1950, alltså bara några månader före reseklubbens tillkomst. Denna förening blev 1957 en sektion av Läkarsällskapet. Som sådan är föreningen öppen för alla läkare med urologiskt intresse. För att tillhöra den svenska föreningen behöver man sålunda varken vara kirurg eller urolog. Vi har nu i

Sverige ett 80-tal medlemmar. En undersökning hösten 1971 visar att vi då hade 22 specialister i Sverige. Detta antal förväntades öka med 6 under 1972 och med ytterligare 12 fram till 1975. Vi har nu urologiska kliniker vid Karolinska sjukhuset (Giertz), vid regionsjukhusen i Lund (Jönsson), Göteborg (Ekman), Örebro (Fritjofsson) och Umeå (Andersson), vid centralsjukhusen i Västerås (Pompeius) och Boden (Kollberg) och vid Danderyds (Tillegård) och S:t Eriks sjukhus (Palmlöv) i Stockholm och vid Malmö allmänna sjukhus (Widén). Nya avdelningar är planerade vid de övriga två regionsjukhusen, alltså i Uppsala och Linköping. En avdelning kommer i höst att öppnas vid lasarettet i Huddinge. Vid centrallasarettet i Hälsingborg och Jönköping har också överläkarterjänster ledigförklarats.

Vid våra urologiska avdelningar hade vi 1971, 44 läkarterjänster, däribland 10 överläkare och 10 bitr överläkare.

Dansk urologisk selskab bildades i november 1961 som en sektion av Dansk kirurgisk selskab. I januari 1972 fanns i Danmark 13 kirurger med rätt att annonsera specialitet i urologi i enlighet med nya bestämmelser, därtill fanns emellertid ett stort antal kirurgspecialister med urologi som subspecialitet. Vid följande sjukhus kan för närvarande utbildning i urologi ges, nämligen: Rigshospitalet (Flemming Lund), Köpenhamns kommunehospital (Iversen), Sundby hospital (Trautner), Bispebjerg hospital (Christoffersen), Amts Sygehuset Gentofte (Gammelgaard), Odense amts och bys hospital (Jensenius), Aarhus kommunehospital (Aalkjaer), Aarhus amts sygehus (Holm-Nielsen) och Haderslev amts sygehus (Schroeder).

Den finska urologföreningen bildades 1955. För att få bli medlem skall man i princip vara urologspecialist. Medlemsantalet var i januari 1972, 31, varav 10 arbetade heltid som urologer, övriga ägnade en del av sin arbetstid även åt allmänkirurgi. Det finns urologiska kliniker i Helsingfors (Oravisto), Tammerfors (Arvola), Jyväskylä (Lehtonen) och i Åbo (Antila) och i en nära framtid lär det bli en också i Uleåborg (Kontturi). Vid ett antal centrallasarett, där chefkirurgen eller någon annan kirurg är urologspecialist har vissa vårdplatser reserverats för urologiska patienter.

Norsk urologisk förening bildades 1962. Medlemsantalet är 32. För någon tid sedan fanns det 22 specialister i urinvägskirurgi. Utbildning i urologi kan i Norge äga rum vid följande sjukhus nämligen: Vor Frues Hospital (Andersen), Rikshospitalet (Mathisen), Ullevåls sykehus (Høeg), Haukeland sykehus (Gjersvik), Rogaland sentral sygehus (Hatteland), vid Akershus Sentralsykehus och vid Akers sykehus (Sander). Vid alla dessa kliniker är chefen specialist i urologi. Kirurger med specialutbildning även i urinvägarnas kirurgi är knutna också till en rad andra sjukhus t ex till sentralsykehuset i Skien (Dingsør) och Kristiansand (Hanche-Olsen), vid sjukhusen i Lillehamman (Aunan) och Drammen (Vinje), till Diakonissehusets sykehus i Oslo (Muri) och till Radiumhospitalet (Miller). Härutöver är chefkirurgerna vid Gravdal sykehus (Seland) och vid fylkessjukhusen i Molde (Bratlie Jensen), Odda (Igesund) urologspecialister.

Vad krävs nu för att bli specialist i urologi i de nordiska länderna.

I Danmark heter specialiteten urologi eller urinvägskirurgi. Utbildningen i urologi skall omfatta 3 år inom specialiteten och 2 år vid kirurgisk klinik. Härutöver skall man ha 6 månaders utbildning vid en dialysenhet och 6 månader antingen vid en kirurgisk specialklinik annan än urologi eller i anesthesiologi eller patologi.

I Finland är urologin en grenspecialitet inom kirurgin d v s alla urologer måste vara specialister också i kirurgi innebärande 4 års utbildning vid en kirurgisk klinik. Härtill fordras 2 års urologi.

I Norge kallas specialiteten urinvägskirurgi. Huvudutbildningen omfattar 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och 3 års tjänstgöring i urinvägskirurgi. Härutöver fordras 1 års tjänstgöring i medicin, patologi eller pediatrik eller teoretisk institution - alltså i stort sett samma bestämmelser som i Danmark.

I Sverige kallas specialiteten urologisk kirurgi och huvudutbildningen omfattar 2 års tjänstgöring vid allmänkirurgisk klinik och 2 år på urologisk klinik. Därutöver fordras 6 månaders utbildning i anesthesiologi. En undersökning som Svensk urologisk förening gjorde 1971 visar att svenska urologer önskar att i utbildningen också borde ingå tjänstgöring vid njurmedicinsk klinik.

Det är intressant att konstatera att full utbildning i kirurgi endast fordras i Finland. Det är emellertid uppenbart att skandinaviska urologer anser att urologer bör ha en solid utbildning i allmänkirurgi. Sålunda konstaterar en kommitté tillsatt av Dansk urologisk sällskap 1972 att urologer bör ha en så omfattande utbildning i "parenkymkirurgi" att de i viss utsträckning kan ersätta andra kirurger. Endast härigenom kan en lämplig jourtjänst ordnas.

En liknande uppfattning framgår av en rapport som framlagts av Norsk kirurgisk förening 1969. Rapporten framhåller att alla kirurger vid normal- och centrallasarett i princip skall fylla de krav som ställs på en allmänkirurg. Detta är nödvändigt för att de ska kunna delta i allmän jourtjänst. Denna vida kompetens bör krävas <sup>även</sup> av kirurger som i övrigt arbetar framför allt inom ett specialfack.

Styrelsen i Svensk kirurgisk förening har haft samma åsikt. Av den undersökning som Svensk urologisk förening företog 1971 framgår att av 17 överläkare och bitr överläkare vid urologisk klinik förordade 2, 2 års utbildning i allmänkirurgi, 6 ville ha 3 års utbildning, 4, 4 års utbildning och 5, 5 års utbildning.

Av vad som här sagts är det tydligt att man i Norden är tveksam att driva specialiseringen alltför långt. Man talar alltmer om kirurger profilerade inom olika specialiteter.

I Danmark har man beräknat att det behövs ungefär 22 urologiska vårdplatser på 100.000 invånare. Man räknar där med 6 specialiserade regionsjukhus därav 3 i Storköpenhamn, ett på Fyen och två på Jylland. Vid vart och ett av dessa bör den urologiska avdelningen ha omkring 70 vårdplatser varav 50 för att tillgodose sjukhusets primära upptagningsområde på omkring 250.000 invånare och 20 för specialfall från de övriga delarna av regionen.

I Danmark har det förts en intressant diskussion om specialiseringen inom kirurgin. Erkända specialiteter var tidigare kirurgi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi och urologi. 1971 tillkom också specialiteten kirurgisk gastro-enterologi. Man är helt ense om att en så uttalad specialisering endast skall genomföras vid regionsjukhusen. Dansk kirurgisk selskab har nyligen tagit upp till prövning om man vid centrallasaretten bör ha bara två specialiteter nämligen parenkymkirurgi och ortopedisk kirurgi eller tre specialiteter nämligen kirurgisk gastro-enterologi, urologi och ortopedisk kirurgi. Kommittén har stannat för att förorda det förstnämnda alternativet och föreslår alltså att man vid sidan om specialiteterna kirurgisk gastro-enterologi och urologi också inför specialiteten parenkymkirurgi. Denna specialitet skulle ersätta den tidigare specialiteten kirurgi. För att bli specialist i parenkymkirurgi skall enligt förslaget fordras viss utbildning i ortopedisk kirurgi men huvudsakligen skall tjänstgöringarna äga rum på avdelningar för kirurgisk gastro-enterologi, urologi och parenkymkirurgi i flexibla kombinationer.

Dansk kirurgisk selskab anser sålunda att man vid normallasaretten - vilka är omkring 28 till antalet och som har ett upptagningsområde på omkring 100.000 invånare-bör uppdelas kirurgin på en enhet för ortopedisk kirurgi och för parenkymkirurgi vardera med omkring 50 sängar. Den senare svarar då för gastro-enterologisk och urologisk kirurgi.

Centrallasaretten i Danmark, som antas bli omkring 15, beräknas få omkring 220 kirurgiska vårdplatser varav 120 för ortopedisk kirurgi och 100 för parenkymkirurgi. Då vårdplatsantalet här är stort kan man tänka sig en viss differentiering inom dessa två enheter med ett flertal verksamma överläkare. Separata avdelningar för gastro-enterologi och urologi bör emellertid enligt den danska åsikten icke inrättas på denna nivå.

I Norge har resonemangen gått ungefär efter samma linjer, vilket tydligt framgår av en undersökning utförd av Norsk kirurgisk förening 1969. Sjukhusorganisationen är i Norge ungefär densamma som i Danmark och Sverige. Man har här normallasarett, centrallasarett, regionsjukhus och universitetskliniker. För att undvika en alltför stark uppsplittning av kirurgin i små enheter föreslås differentieringen ske inom ramen för de kirurgiska klinikerna. Detta förutsätter att man till dessa kliniker binder kirurger med

differentierad utbildning inom olika specialiteter. Dessa kirurger bör vara parallellställda och således ha överläkarställning. En av dem utses till administrativ chef. För att kunna delta i jourtjänsten bör alla fast anställda kirurger som sagt ha full utbildning i kirurgi. Detta krav behöver emellertid inte uppställas vid regionsjukhusen och universitetsklinikerna.

Preliminära beräkningar gjorda av Svensk urologisk förening antyder att det behövs omkring 20 urologiska vårdplatser på 100.000 invånare en siffra som sålunda väl överensstämmer med de danska beräkningarna. Det är för närvarande svårt att ange hur utvecklingen kommer att gå i Sverige. Läkartjänstkonstruktionerna och utbildningen är under omorganisation och slutliga ställningstaganden har ännu inte tagits. Styrelsen i Svensk kirurgisk förening delar emellertid den inställning som systemorganisationerna i Danmark och Norge intagit. Enligt vår nya sjukhuslag kan mer än en överläkare anställas vid en klinik och härigenom har möjlighet skapats för en differentiering av verksamheten inom klinikens ram.

För två decennier sedan stod vi inför uppgiften att få urologin i Norden erkänd som en specialitet jämbördig med andra specialiteter inom kirurgin. Utvecklingen gick till att börja med långsamt men på sistone går den snabbt. Nya urologiska avdelningar växer fram Norden runt. Den centrala frågan idag är inte hur vi skall hävda urologin som specialitet utan att ta ställning till om vi alltjämt vill förbli kirurger ~~och~~ specialiserade inom urologin eller skilja oss från moderdisciplinen och bli "reinrassige Urologen", som Alken uttryckt det. Jag har en känsla av att det i Norden - och då även inom urologkretsar - finns en strävan att bromsa upp specialiseringen. Drives den för långt blir det nämligen förhållandevis få kirurger inom varje område, organisationen blir sårbar och rekryteringen kan ske endast inom en begränsad grupp. Systemet hämmar den konkurrens och den flexibilitet som är nödvändig för framåtskridande. Med alltför långt driven specialisering kan vi vidare icke klara upp jourtjänsten vid centrallasarett och normallasarett. En långt driven specialisering är därför berättigad endast vid regionsjukhus och universitetskliniker. Dessas uppgift är bl a att ge specialiserad utbildning och att bedriva forskning. Vid centrallasarett och normallasarett kan det däremot räcka med en uppdelning på 2-3 enheter med eventuell ytterligare differentiering inom klinikens ram. Vad vi framför allt behöver är här god tillgång på fast anställda läkare med betryggande allmänutbildning och lämplig differentiering inom olika områden. De i teamet ingående överläkarna skall vara jämställda. Den därför mest lämpade utses till administrativ chef.