

Kirurgisk høstmøte

Stor oppslutning om kirurgisk høstmøte

Godt over 100 anestesiloger og kirurger deltok da Norsk kirurgisk forening innledet det 82. høstmøte med traumesymposium.

Symposiet som ble arrangert av foreningens traumeutvalg, hadde som utgangspunkt en fersk rapport om traumeorganisering i Norge. Temaet var: «Dør pasienter i norske sykehus på grunn av manglende traumekompetanse». Innlederne var alle bidragsytere til rapporten som ble forelagt de regionale helseforetakene i slutten av november.

Årets Høstmøte var det 82. i regi av Norsk kirurgisk forening. Den vitenskapelige aktiviteten er høy og resultatet er bl.a. en omfattende utgave av boken *Vitenskapelige forhandlinger* med 384 abstrakt for frie

foredrag. Det ble totalt arrangert 24 symposier og 20 årsmøter/generalforsamlinger under Høstmøtet.

– Vi trenger et nasjonalt traumesystem nå, sa Tina Gaarder ved Ullevål universitetssykehus. – 50 sykehus i Norge har akuttfunksjoner, men vi mangler et overordnet nasjonalt traumesystem. Vi har en plikt til å bidra nasjonalt, men det krever ressurser, kompetanse og systematisk opplæring, sa hun. Hun mente også at det kanskje vil være behov for et nasjonalt kompetansesenter om traumer.

– Alle har ansvar for traumebehandlingen, hver på sitt felt, sa Kari Schröder Hansen, overlege ved Haukeland universitetssykehus. – Vi må ha retningslinjer for hvor man skal sende pasientene, og en organisert plan for behandling av akutt skadde pasienter i en definert region. Men vi kan ikke lage et nasjonalt system som omfatter hele landet, det må lages lokalt, sa hun.

USA er et foregangsland når det gjelder traumesentre som godkjennes på fire nivåer og store sykehus er ledende traumesentre i hver region. I Storbritannia har man landet på en regional modell. Kari Schröder Hansen redegjorde for behovet for et nasjonalt traumesystem, og sa at innføring av traumesystem har ført til en reduksjon i antall unngåelige dødsfall. I Norge har fire av fem sykehus traumeteam, og ett av to deltar i BEST (1).

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Litteratur

1. Brattebø G, Wisborg T, Brattebø J, Brinchmann-Hansen Å. Bedre traumebehandling – BEST eller ATLS? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 505–6.

Kirurgien i endring – hvilke konsekvenser får det?

Professor Erik Fosse, Ullevål universitetssykehus presenterte utfordringene som ligger i den teknologiske utviklingen som skjer innen helsevesenet.

Ny teknologi flytter behandlingen ned på cellenivå, sa han. Rollene endres og den nye teknologiske medisinen stiller stadig nye krav, krav til opplæring og til økende spesialisering av utøverne. Konsekvensene blir press på økonomi og organisasjon. – Vi er på vei fra en håndverkskultur til industrikultur, sa han.

– Det blir stadig flere dagpasienter, mens antall døgnoppholdspasienter ikke øker i samme takt. Samtidig går den gjennomsnittlige liggetiden for innlagte pasienter ned. Teamets kompetanse vil bli enda viktigere. Det blir økt fokus på behandling, men mindre på omsorg. Ansvar for pleie og oppfølgende behandling flyttes fra sykehus til primærhelsetjenesten. Kontakten mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten blir derfor viktigere enn noensinne, sa han.

Flere innledere mente at det er umulig å stoppe utviklingen, fordi pasientene krever den mest moderne behandlingen. Det har bl.a. vært en økning i bruk av mini-

invasiv kirurgi, og en voldsom økning i antall prostektomier.

Man bør imidlertid begrense antall sentre med høyteknologi og få til en sentralisering av robotkirurgi, ble det sagt.

Bjørn Erikstein, administrerende direktør i Helse Sør RHF, mente at samarbeidet med de regionale helseforetakene bør utvikles i lys av den teknologiske revolusjonen som finner sted. Kristin Lossius, fagdirektør i Helse Øst RHF, sa at samhandling er den største utfordringen helsetjenesten står overfor. – Det må være et helhetlig ansvar, informasjonsoverføring og kompetanseoverføring, sa hun.

Vidar Oma Steine, ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, mente at det må være et nasjonalt system for vurdering og prioritering av ny og kostbar teknologi. Gode tiltakeskjeder med pasienten i sentrum må være resultatet, sa han.

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Ønsker ikke oppsplitting av høstmøtet

Under Norsk kirurgisk forenings generalforsamling ble det gitt uttrykk for at det er svært viktig å opprettholde et samordnet høstmøte og å beholde den uformelle formen rundt møtet. Det var engstelse for en oppsplitting av Høstmøtet, bl.a. på bakgrunn av at Norsk ortopedisk forening har vedtatt å arrangere et eget høstmøte annet sted i 2007. Ortopedene ønsker å konsentrere sitt program over færre dager. Generalforsamlingen ba styret vurdere å flytte sammen med ortopedene igjen.

Foreningen har tidligere diskutert å flytte Høstmøtet til annet sted. Da må imidlertid kongressarrangør inn i bildet og det må innføres møteavgift, noe som ikke er ønskelig.

Generalforsamlingen vedtok enstemmig nye vedtekter for foreningen som følge av overgangen til fagmedisinske foreninger fra årsskiftet. Kontingent for assosierte medlemmer ble også enstemmig vedtatt til 200 kroner. Det ble også vedtatt å innføre honorar til styremedlemmene for å stimulere til rekruttering. Leder og redaktør mottar et årlig honorar knyttet til vervene.

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk