

Vi har spurt noen representanter for de fagmedisinske foreningene hvordan deres forening har merket overgangen til fagmedisinsk forening så langt, og hva foreningene legger opp til i 2008?

**Mette Bratt,
ny leder i Norsk Forening
for Otorinolaryngologi Hode-/
Halskirurgi:**



Mette Bratt

– Vi har merket at det har blitt flere møter, både med Legeforeningen og faglige møter, og flere høringer. Med statusen som fagmedisinske forening blir det vi sier tillagt enda mer vekt. Foreningen

har også fått hjelp til mer tekniske og praktiske ting, som innkreving av kontingent. Samtidig har fagforeningsarbeid og politisk arbeid blitt mer underordnet.

I 2008 ser vi for oss å styrke forskningsarbeidet, fagutviklingen og samarbeidet med andre behandlingsnivå, som primærhelsetjenesten, og tilliggende spesialiteter. God kommunikasjon er viktig for å sikre at pasientene får rett behandling og med rett logistikk. Revirtenkning må unngås. Vi ønsker også å styrke fagutviklingen ved blant annet å satse mer på utvalgene og ha flere møter mellom styret og dem.

**Gisle Roksund,
leder i Norsk forening
for allmenntilleggsmedisin:**



Gisle Roksund

– Vår forening har merket en betydelig endring til det bedre med bl.a. samling og koordinering av allmenntilleggsmedisinske fagutviklingsressurser, større medlemsmasse, og nærmere samarbeid med og

større innflytelse innad i Legeforeningen. I 2008 vil vi prioritere arbeidet med å legge et godt faglig, kvalitetsmessig og utdanningsmessig fundament for framtidig allmenntilleggsmedisin gjennom prosjektet Allmenntilleggsmedisin 2020, økt rekruttering til faget, økt fokus på forskning og fagutvikling i allmenntilleggsmedisin, og fortsatt høyt engasjement i løpende saker som har betydning for norsk allmenntilleggsmedisin.

Spesialistutdanning og pasientsikkerhet på dagsordenen

Hvilke veivalg står vi overfor i fremtidens spesialistutdanning, og hvordan skal helsetjenesten ivareta pasientenes sikkerhet?

Dette var noen av spørsmålene som ble reist da representanter for de fagmedisinske foreningene i Legeforeningen møttes til konferanse på Gardermoen i november. Forskning, serviceprosjekt og ny visuell profil i Legeforeningen var også blant temaene som ble tatt opp.

Jannicke Mellin-Olsen, leder av FaMe (gruppen som representerer de fagmedisinske foreningene i landsstyret) orienterte om vedtaket som lå til grunn for etableringen av FaMe og fortalte om det arbeidet gruppen har gjort så langt. Etter organisasjonsendringen i Legeforeningen er det nå 44 fagmedisinske foreninger som alle er knyttet til en spesialitet. Disse fikk etter vedtak i landsmøtet i mai 2007 totalt 20 representanter i landsstyret for 2008,

og vil alle være representert i FaMe. FaMe ble etablert i 2002 da det under landstyre-møtet ble et tettere samarbeid mellom landsstyrerepresentantene fra spesialforeningene. Samarbeidet ble enda tettere i forbindelse med organisasjonssaken der målet var å styrket faget i Legeforeningen.

– Selv om vi har til dels ulike interesser, så har vi fordeler av å stå sammen og det er nyttig å bryne oppfatninger på tvers av faget, sa Mellin-Olsen og fortalte at de stadig oftere også brukes som referansegruppe i saker som gjelder faget.

Lise B. Johannessen

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

Vaktkompetanse med kirurgi

Spesialiteten generell kirurgi bør i fremtiden opprettholdes, men den må utdanne kirurger som har vaktkompetanse i generell kirurgi, foreslår utvalg.

Dette er viktig for å dekke vaktbehovet på lokalsykehus, mener utvalget som utreder fremtidens spesialistutdanning. Utvalget la på konferansen for de fagmedisinske foreningene frem sine forslag til diskusjon før utredningen ferdigstilles og sendes ut på høring. Arbeidsgruppen på definering av generell kirurgi mente forslaget om å fjerne generell kirurgi og opprette hovedspesialiteter av dagens grenspesialiteter ville være en dårlig ordning.

– Et sykehus som i dag skal ta hånd om kutte kirurgiske pasienter bør som et minimum ha én spesialist på vakt med generell kirurgisk vaktkompetanse. Jeg vil anslå at det trengs ca. 250 kirurger med slik vaktkompetanse for å fylle oppgaven, sa Torgeir Løvig, leder for arbeidsgruppen.

Det har tidligere vært diskutert om gastrokirurgene kunne ta oppgaven med generell kirurgisk vakt, men skulle man ifølge Løvig ha nok gastrokirurger til å dekke vaktene, ville disse gå «på tomgang» på dagtid. Gruppen går inn for at kravene til godkjenning i generell kirurgi må endres betydelig, og at grenspesialiteter i kirurgi får utdanning i generell kirurgi som første del av spesialiseringen. Løvig skisserte at alle bør bruke tre år på generell kirurgi inkludert generell kirurgisk vaktkompetanse, og så eventuelt tre år på grenspesialitet. Dette forutsetter at

felleskravet til alternativ tjeneste fjernes. Godkjenning av hovedspesialiteten må foreligge før man får sin spesialistgodkjenning i grenspesialitetene. Enkelte av deltakerne på konferansen mente denne typen kirurgisk tjeneste vil kunne møte f.eks. indremedisins behov for kirurgisk tjeneste, og at dette er avgjørende for å opprettholde lokalsykehusenes akuttfunksjon.

– Denne modellen erkjenner kirurgenes og ortopedenes tanke om egne fagområder, men det å si at en generell kirurg aldri skal kunne gjøre noen enkle ortopediske øvelser, er veldig fremmed, sa én. Andre var opptatt av at selv om en aksepterer realkompetanse, å stabilisere pasienten og gjøre ham klar for transport, så må likevel fagområdene respekteres.

– Generelt kan en lege gjøre akkurat hva han vil hvis han eller hun bare har kompetanse. Da må ikke fagmiljøene ødelegge for hverandre, mente Løvig. Utvalget tok også opp at viktige kurs i fremtiden blir traume-kurs som krigskirurgi-kurset, Advanced Trauma Life Support-kurset og kurset i Bedre & systematisk traumebehandling.

Cecilie Bakken

cecilie.bakken@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk