

## Enige i at generell kirurgi bør omdefineres

– Man bør gå bort fra å utdanne spesialister i generell kirurgi. Det mente flere da fremtidens spesialistutdanning ble debattert på landsstyremøtet.

Utredningen om fremtidens spesialistutdanning fikk ros fra en rekke hold for grundig og omfattende arbeid, da den var oppe på landsstyremøtet 22. mai. Gruppen bak utredningen anbefaler nå at man omdefinierer generell kirurgi i stedet til å være en spesialitet som gir vaktkompetanse, og som skal ha et utdanningsløp på seks år. Dette fikk gruppen støtte i fra flere hold da utredningen var oppe til debatt.

– Vi har allerede sett en nedgang i antallet som blir spesialister i generell kirurgi, jeg synes vi skal begrave dagens ordning, sa én.

En annen var opptatt av at man også ivaretar spisskompetansen, og ikke bare breddekompetansen og vaktkompetansen. En tredje sa på talerstolen at hun lurte på hvem som skal være representert på et vaktteam i et akuttmottak.

– Man må se på størrelsen på sykehuset. Kirurger kan gjøre en del, men man har skilt veldig lag i grenspesialitetene, sa hun.

### Mister kompetanse?

Andre tok opp hva som skjer hvis en spesialist ikke har praktisert på visse inngrep på mange år. Har vedkommende da kompetanse? Utvalgets leder Frank Andersen viste til at kompetanse kan bli foreldet, og at det er opp til arbeidsgiver å vurdere dette og sørge for oppdatering.

– Hvis det er ønskelig med breddekompetanse, bør flere leger i spesialisering ta gruppe II-tjeneste ved små sykehus, hvor de kan følge hele pasientløpet. Da får de breddekompetanse og opptar ikke plasser på universitetssykehusene hvor andre kan komme til. Det vil være bra for de små sykehusene, og kan også virke rekrutterende, argumenterte én i salen.



Fremtidens spesialistutdanning ble presentert for en lydhør forsamling. Foto Lise B. Johannessen

Et annet felt innen utredningen som debattantene tok opp, var at det er uklart hva formaliserte kompetanseområder skal innebære. Utvalget bak utredningen har blant annet foreslått at det i tillegg til de felle spesialitetene, opprettes kompetanseområder basert på minst tre spesialiteter. Eksempler er alders- og sykehjemsmedisin, akuttmedisin, endovaskulær kirurgi, palliativ medisin, hjerneslag, allergologi og idrettsmedisin.

Flere av de som tok ordet var positive til slike områder, og én viste til at det har fungert godt i Finland. Men noen av debattantene mente det var lite klart hva disse skulle inneholde, utover at det er områder som involverer flere spesialiteter og krever samarbeid på tvers.

– Det er viktig at det er avklart hva f.eks. akuttmedisin innebærer, hvis ikke vil det være å lure befolkningen, sa én.

En annen mente at sykehjemsmedisin er en del av primærhelsetjenesten, og at det burde være et tema allmennlegene jobbet med å heve kompetansen på generelt, og ikke som et eget område.

– Det står i utredningen at man må jobbe videre med å avklare innholdet i slike områder, sa Andersen.

### Rus egen spesialitet?

I utredningen er det også anbefalt at det utredes om det skal opprettes en egen spesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin. Dette var det delte meninger om. Mens samfunnsmedisinene ga sin støtte, var noen yngre leger blant skeptikerne.

– Rus burde heller bli en grenspesialitet, mente noen, mens andre mente at rus kunne passe som et kompetanseområde, siden det krever involvering fra flere spesialiteter.

Underforeningene har nå gitt sine innspill i høringsrunden som ble avsluttet 15. juni. Utredningen skal etter planen ferdigstilles til høsten, mens enkeltforslag må utredes ytterligere før konkrete forslag forberedes for landsstyremøtet i 2009.

### Cecilie Bakken

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

## LANDSSTYREMØTET

### Marit Skogstad, Norsk forening for arbeidsmedisin



– Dette er mitt første landsstyremøte, og jeg synes det er spennende å være her. Det er et velorganisert arrangement, og det er flott at så mange grupperinger er representert. Dessuten er det bra fordelt med tanke på kjønn og geografisk til-

hørighet. Det er imponerende hvor godt forberedt sakene er, presentasjonene er gode og møteledelsen forbillidlig. Legeforeningen er en solid forening som det er morsomt å være en del av. Jeg har fått bedre innblikk i foreningen ved å være her nå.

– Jeg jobber med forebyggende medisin, og jeg savner mer oppmerksomhet mot forebyggende medisin og arbeidsmedisin i forskningsrapporten. Arbeidsmedisinere kan nå store grupper som helsevesenet ikke når tidsnok, og på den måten bidra til å bedre folkehelsen. For eksempel kan vi jobbe forebyggende i forhold til eksponeringer på arbeidsplassene som kan samvirke med røyking. Vi kan få folk til å ta hånd om egen helse før de må medisineres eller motta annen behandling.

### Peder Skancke, Yngre legers forening



– Det er mitt første landsstyremøte, så dette er en helt ny erfaring for meg. Det er interessant å se hvordan ting fungerer i praksis og hvor mye politikk det faktisk er snakk om. Det er artig å oppleve spillet bak kulissene og hva som

skjer før ting kommer på papiret. Samtidig er det et «snilt» landsstyremøte, uten de helt store kampsakene og de heftigste debattene. I tillegg er dette et sosialt forum, hvor vi møter nye personer og hører andre synspunkter.

– Jeg synes rapporten om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere er veldig interessant og relevant. Først og fremst for byene, men også for mindre steder med få innvandrere, hvor det kanskje er vanskelig å tilrettelegge for et komplett tilbud. Den andre statusrapporten er også viktig. Etter å ha hatt turnus i distriktet, ser jeg behovet for å øke akutttilbudet i psykisk helsevern lokalt, slik at det blir et tilbud 24 timer i døgnet.