

Hvilken rolle skal Nkf spille?

side 4

Det norske  
hjertekirurgregisteret

side 6

Endokrin/mamma.kirurgi.  
Ene egen spesialitet?

side 8

Høstmøtet, 21.- 25. Oktober  
Husk! Frist for innlevering av  
abstract: 28. August.

side 11



NKF's nye styre har fungert fra januar 2002. Vi presenterer de nye styremedlemmene i dette nummeret av KIRURGEN, og følger dessuten opp tradisjonen med det faste innlegget fra NKF's leder. Vi gjentar at KIRURGEN ønsker å trykke innlegg fra medlemmer og andre om saker som er viktige for de kirurgiske fag.

### Si ditt om endocrin- og mammakirurgi?

Vi har mottatt et innlegg fra professor emeritus Sten Sander om problemstillingen omkring endocrin- og mammakirurgi. En arbeidsgruppe skal utrede denne saken for styret, og det er ulike oppfatninger. Saken er viktig for å fremme kvalitet i de aktuelle fagfelt, men også fordi dette har ringvirkninger for organisering av kirurgiske avdelinger, for vaksystemer o.a.. Du inviteres til å bruke KIRURGEN's spalter for å si din mening. Alle argumenter vil ha verdi for styret når utredningen fra arbeidsgruppen etter hvert skal behandles.

### Skal kvalitetsregistre offentliggjøres?

Kvalitetsregistre har vært et aktuelt tema i NKF i flere år. Vi ønsker å presentere kvalitetsregistre som finnes i kirurgiske fag i Norge, og starter i dette nummeret med en presentasjon av Sentralregister for hjertekirurgi. Registeret eies av Norsk thoraxkirurgisk forening, og alle avdelinger som driver hjertekirurgi leverer data. Det produseres årsrapporter basert på totalmateriale fra alle avdelinger, og avdelingsvise data kan bare publiseres fra de enkelte avdelinger. I Sverige finnes på Socialstyrelsens web-side [www.sos.se](http://www.sos.se) en oversikt over alle medisinske kvalitetsregistre. Hvert register beskrives, og man kan lese årsrapporter. I Norge finnes ingen slik fullstendig oversikt. Statens Helsetilsyn laget i 2001 rapporten "Nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Rammeverk og retningslinjer for etablering og drift". (Les NKF's høringsuttalelse i KIRURGEN, nr. 2, 2001). I rapporten er det enighet om at nasjonale medisinske kvalitetsregistre bør ha offentlig finansiering, og det anbefales opprettet et felles statlig sekretariat. Det er imidlertid uenighet om eierskap og drift, ved at representanten for eksisterende registre og representanten for legeföreningen mente at DNLF og spesialforeningene fortsatt bør kunne være eiere av kvalitetsregistre, mens flertallet mente at eierskap må knyttes til sykehus. Rapporten anbefaler at kvalitetsregistre skal lage årsrapporter og at disse på sikt bør være offentlig tilgjengelige, men at det må avklares nærmere hvordan man skal kvalitetssikre og tolke data som skal brukes til å sammenligne sykehus.

Det er i den sammenheng interessant at Secretary of State for Health i Storbritannia har stillet krav om at det fra 2004 offentliggjøres resultater i hjertekirurgi på kirurgnivå. Skal vi forberede oss på tilsvarende krav i Norge? Slike krav må sees i lys av pasientenes rett til fritt sykehusvalg, og konkurranse mellom sykehusene om de mest "lønnsomme" pasientene i forhold til innsatsstyrt finansiering. I et system med rankinglister og konkurranse, vil det bli tapere og vinnere. Helseregionene er pålagt ansvar for at befolkningen tilbys de nødvendige helsetjenester, og må derfor sørge for at konkurransen mellom sykehusene ikke medfører at nødvendige tilbud faller bort.

I Norge finnes kvalitetsregistre innen ortopedi, gastrokirurgi, lungekirurgi og karkirurgi, og vi håper på samarbeide fra registeransvarlige slik at disse etter hvert også kan presenteres i KIRURGEN. Planer for et nasjonalt traumeregister ble omtalt i KIRURGEN nr. 3, 2001.

Høstmøtet kommer som vanlig i uke 43, og høstmøteprogrammet presenteres i neste nummer av KIRURGEN.

Kirsten Krohg-Sørensen  
Redaktør  
[kirsten.krohg-sorensen@rikshospitalet.no](mailto:kirsten.krohg-sorensen@rikshospitalet.no)

**GOD SOMMER**

# Organisasjonsdebatt i legeföreningen - spesialforeningenes plass

Norsk Kirurgisk Forening er som kjent en såkalt spesialforening i Den norske lægeförening. Spesialforeningenes plass i Legeföreningen er tema i Organisasjonsutvalgets arbeid og i den generelle debatt i föreningen for tiden.



Hans-Petter Næss, leder

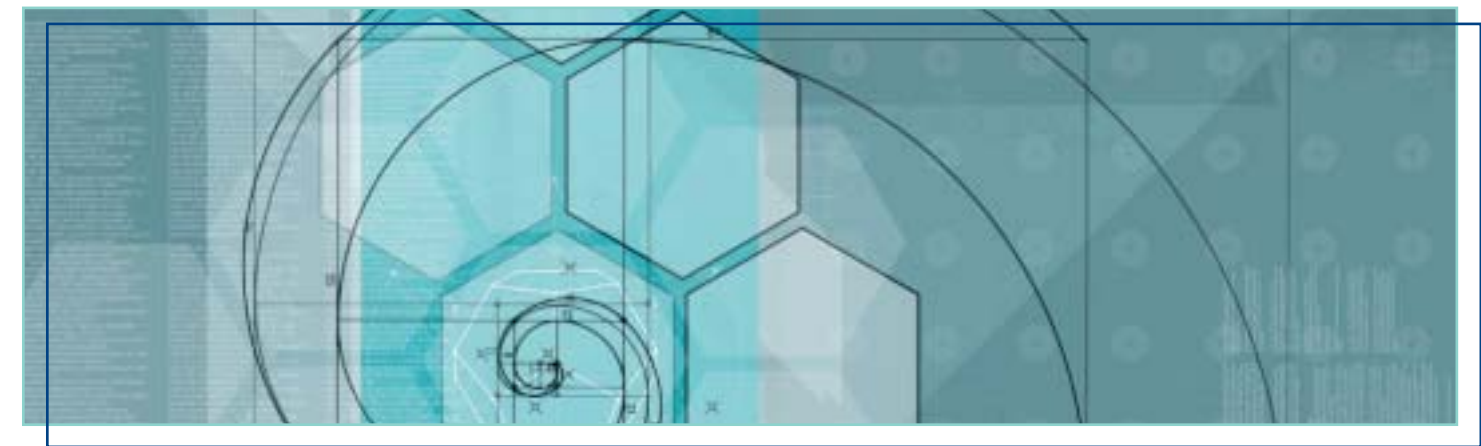
► Den organisasjon Legeföreningen har i dag ble vedtatt i 1994, og omfattet en opprydning som først og fremst omfattet fylkesavdelingene og yrkesforeningene, mens de gjenværende spesialforeningene ble "glemt".

### Opprydning i foreningsjungelen

Ylf hadde vært egen avdeling ved siden av fylkesavdelingene, og ble yrkesforening med mulighet for deltakelse i fylkesavdelingene som de ikke hadde hatt tidligere. Noen spesialavdelinger som i stor grad hadde fungert som fagforeninger, som Of, Aplf og LVS ble også yrkesforeninger. Det som var igjen av spesialforeninger skjedde det egentlig ikke

virksomhet i sin formålsparagraf. Samtidig er noen yrkesforeninger (for eksempel LVS og Oll) også spesialforeninger i den forstand at de arbeider faglig med spesialinteresser. Det som blant annet diskuteres nå, er å få en opprydning mellom faglige foreninger (spesialforeningene) og fagforeningene (yrkesforeningene). Målet for dette må være at spesialforeningenes oppgaver tydeliggjøres og helst videreutvikles og at det kommer en sterkere satsing av ressurser til spesialforeningene i föreningens sekretariat. Dette vil gi bedre muligheter for å arbeide særlig med langsiktige og kontinuerlige oppgaver som spesialforeningene skal ha, og gi mer synlige spesialforeninger.

seg nå. Foreningen er nemlig ingen egentlig paraplyorganisasjon fordi det ikke ligger noen begrensninger på "underforeningene" i forhold til å fungere helt selvstendig som spesialforeninger. Derimot kontrollerer "underforeningene" Nkf gjennom direkte oppnevning av flertallet (5 av 9) i Nkf's styre. Nåværende styre brukte dessuten 3 måneder på å komme i gang i påvente av at de 5 styremedlemmene fra "underforeningene" skulle bli utpekt av deres respektive nyvalgte styre. Disse styremedlemmene er altså ikke valgt av föreningens generalforsamling og deres primære følelse av tilhørighet og deres mulighet for aktiv deltakelse i to föreningers styre samtidig kan derfor stilles spørsmåls-



noe med, og tiden har vel vist at disse ble hengende litt løst i organisasjonen. Spesialforeningene har frivillig medlemskap og man kan være medlem av så mange man vil. Det er egentlig ingen grense for hvor mange spesialforeninger man kan få, og allerede i dag er det flere spesialforeninger enn spesialiteter. Noen er også tverrspecialitetsforeninger. Noen av dem (for eksempel Norsk Kirurgisk Forening) har fagforenings-

### Norsk Kirurgisk Forening - en paraplyorganisasjon?

Kanskje er en mer hierarkisk inndeling av spesialforeningene nødvendig. Norsk Kirurgisk Forening har allerede begynt å innrette seg i den retning som paraplyorganisasjon for de øvrige kirurgiske spesialforeningene. Norsk Kirurgisk Forenings nye organisering har imidlertid flere svakheter som åpenbarer

tegn ved. At Nkf det siste året ikke har klart å finne leder for sitt kvalitetsutvalg kan ha samme forklaring. Alle spesialforeninger, ikke minst Norsk Kirurgisk Forening bør derfor se frem til og delta aktivt i den prosessen som nå går frem til Landsstyremøtet i 2003 og som vil bli debattert i Landsstyret i Tromsø 5. -7. juni. ◀

# Styret i Nkf



Det nye styret i NKF har i løpet av 2002 hatt 3 styremøter. Vi ønsker å presentere de 10 styremedlemmene for KIRURGEN'S lesere og har samtidig stilt dem følgende spørsmål:

## -Hva mener du er NKF's viktigste oppgave?



**Leder:** Hans-Petter Næss (47)  
**Spesialitet:** Generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi  
**Stilling og arbeidssted:** Overlege, kirurgisk avdeling, Sentral-sykehuset i Vestfold (Tønsberg/ Sandefjord)  
**Verv:** En lang rekke verv i Legeforeningen i flere år. Leder av Ylf og medlem av sentralstyret i 1994-95. Nå medlem i Organisasjonsutvalget i Legeforeningen.

### Svar:

-Foreningens viktigste utfordring akkurat nå er å finne sin plass i Legeforeningen og blant de kirurgiske spesialforeningene. Vi må finne en riktig arbeidsdeling mellom disse. Dermed må foreningen medvirke til å profilere kirurgifaget innad og utad og få avgjørende innflytelse på fagets innhold og utvikling samt utdannelsen av nye kirurger. Til dette trenger vi flere interesserte medlemmer og mer ressurser fra moderforeningen. Det siste tror jeg vi skal kunne få til i løpet av et par år.



**Nestleder:** Kirsten Krohg-Sørensen (48)  
**Spesialitet:** Generell kirurgi og karkirurgi  
**Stilling og arbeidssted:** seksjonsoverlege dr. med., Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet, Oslo  
**Verv:** Redaktør i KIRURGEN og ansvarlig for NKF's nettside [www.legeforeningen.no/nkf](http://www.legeforeningen.no/nkf). Har tidligere vært i NKF's styre som representant for Norsk Karkirurgisk forening, og siden samarbeidet med styret som redaktør for KIRURGEN og Vitenskapelige forhandlinger.

### Svar:

-Den medisinske og tekniske utvikling driver oss mot grenspesialisering og utvikling av spissfunksjoner. NKF bør være et forum for samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike kirurgiske spesialiteter, med siktemål å bidra til å opprettholde en riktig balanse mellom det generelle og det spesielle i utdanning, sykehusstruktur, prioritering, forskning og kvalitetsutvikling. NKF's faglige tyngde på dette området bør være viktig for pasienter, myndigheter og sykehuseiere.



**Representant for generelle kirurger:** Gerd Tranø (42)  
**Spesialitet:** Generell kirurgi (2001)  
**Stilling og arbeidssted:** B-gren stilling, gastrokirurgisk sek-

sjon St.Olavs Hospital Trondheim. Utdannet i Oslo, eksamen i 1987. Jobbet 14 år som lege (allmenntidrett, legevakt, ortopedi og kirurgi). Annen utdanning og erfaring: Grunnfag i Psykologi ved Universitetet i Trondheim, cand.mag ved Universitetet i Oslo 1984. Amanuensis II ved Universitetet i Trondheim, Det medisinske fakultet i 1994.  
**Verv:** Tidligere lokale tillitsvalgtoppgaver Ylf ved RiT, bl.a. 2 år som Hovedtillitsvalgt. 4 år i Ylf's styre, 2 år i Sentralstyret i Legeforeningen. Styremedlem Sør-Trøndelag legeforening og Landsstyreprerentant DNLF for Sør-Trøndelag (2002-2003). 1.landsrådsrepresentant Ylf Sør-Trøndelag, Leder av valgkomiteen Ylf og Medlem i redaksjonskomiteen i Ylf forum. Vara ansattrepresentant i styret i Regionalt Helseforetak Midt-Norge

### Svar:

-Jeg ser det som viktig å arbeide for at kvaliteten på utdanningen i generell kirurgi og grenspesialitetene videreføres/forbedres. De utarbeidede målbeskrivelsene bør etterleves i praksis og teori. Nkf deltar aktivt i diskusjonene/planleggingen av funksjonsdeling mellom foretak/helseforetak for å ivareta et helhetlig kirurgisk tilbud til befolkningen under den store omorganiseringen av sykehusene, og for å gjøre det mulig for våre yngre kolleger og få sin kirurgiske utdanning uten en urimelig belastning ved stadig skifte av arbeidsplass.

Nkf motarbeider tendenser til at den kirurgiske spesialistutdanningen skal bli smalere, slik noen krefter i de kirurgiske miljøer arbeider for. Min mening er at det er gunstig at alle kirurger har en bred generell skoleing som sin basis, og at grenspesialisering og spisskompetanse fremdyrkes etter denne basisutdanningen. Nkf arbeider for at forskning skal bli en naturlig del av kirurgisk virksomhet, enten ved at det legges til rette for at flere kolleger kan oppnå en medisinsk doktorgrad, eller som et minimum at man deltar på grunnleggende forskerkurs i metodologi, statistisk skoleing mv. Dette vil ofte være i konflikt med sykehuseiers krav om "produksjon" og effektivisering, og Nkf må bidra til å påpeke overfor arbeidsgivere og sykehuseiere at fagutvikling og forskning er en nødvendig del av legeyrket uansett spesialitet. Nkf bidrar til at yngre leger ønsker å velge kirurgi som spesialitet, bl.a. ved å opprettholde en solid og god utdanning, teoretisk ved å forbedre kurs og støtte krav om tid i tjenesteplaner til faglig fordypning, oppfordre og støtte kolleger som ønsker å forske og praktisk ved å oppfordre alle kolleger til kollegialitet i mestersvenn læringen ved at unge kolleger får en systematisk og god praktisk opplæring. Jeg benytter enhver anledning til å fortelle våre yngre kolleger hvilken fantastisk spennende, utfordrende, morsom og altopplukende spesialitet kirurgi er – uansett hvilken gren av de kirurgiske spesialiteter man velger.



**Representant for kirurger i utdanning:** Knut Magne Augustad (35)  
**Stilling og arbeidssted:** Assistentlege i rotasjonsstilling, Kirurgisk avdeling UNN,

Tromsø med arbeidsted gastrokirurgisk avdeling  
**Verv:** 1 landsrådsrepresentant Troms YLF, Medlem i Troms legeforenings styre.

### Svar:

-Som representant for kirurger i utdanning vil jeg arbeide for at kvaliteten på spesialistutdannelsen opprettholdes. Det er viktig at Nkf fungerer som en "vaktbikkje" i dette arbeidet, spesielt nå etter innføring av den nye sykehusstrukturen. Særordninger innenfor de enkelte foretak bør ikke godtas, for eksempel utstrakt bruk av rotasjon for spesialistkandidaten mellom sykehus. Vi må også arbeide for at akademisk trening skal være et viktig moment under utdanningen.



**Representant for Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi:** Arne Bakka (55)  
**Spesialitet:** Gastroenterologisk kirurgi

**Stilling og arbeidssted:** Avdelingsoverlege, kirurgisk avdeling, Akershus Universitetssykehus (Ahus)

### Svar:

-Nkf har vorte ein paraplyorganisasjon for dei kirurgiske spesialitetane, illustrert ved at styret har eit fleirtal av utpeikte representantar frå spesialforeningane. Det gir eit demokratisk underskott som vi i slike posisjonar bør kompensere ved også å vere lydøve overfor det program dei er valde på som har mandatet sitt direkte frå generalforsamlinga. Fagleg kvalitet er kjerneområde for foreninga, også under skiftande organisatoriske og økonomiske realitetar i norske sjukehus/foretak. "Haustmøtet" er viktig i vid forstand: Vitskapeleg, men også som berar av laganda i vårt vesle nasjonale kirurgiske miljø. Oppgaver av fagforenings- og fagpolitisk karakter må ha sin plass i synleg line til legeforeninga – for å oppnå påverknad.



**Representant for Norsk karkirurgisk forening:** Odd Grenager  
**Spesialitet:** Generell kirurgi og karkirurgi  
**Stilling og arbeidssted:**

Ass. avdelingsoverlege ved Kirurgisk avdeling, Akershus Universitetssykehus  
**Verv:** Nestleder i Norsk karkirurgisk forening



**Representant for Norsk thoraxkirurgisk forening:** Rune Haaverstad  
**Spesialitet:** Generell kirurgi, karkirurgi og thoraxkirurgi

**Stilling og arbeids-**

**sted:** Overlege i Thoraxkirurgi, dr. med., ved Hjerteklinikken St. Elisabeth (Thoraxkirurgisk avdeling), St. Olavs Hospital, Trondheim og Første-amanuensis II i Thoraxkirurgi ved NTNU, Trondheim  
**Internasjonal erfaring:** Overlege i Hjertekirurgi i Storbritania i ca. 2 år (hhv. University Hospital of Wales, Cardiff 1998-1999 og Freeman Hospital, Newcastle-upon-Tyne 1999-2000)  
**Verv:** Leder i Norsk Thoraxkirurgisk Forening 2002-2003.

**Representant for Norsk ortopedisk forening:** Eivind Witsø

**Arbeidssted:** Ortopedisk avdeling, St. Olavs hospital, Trondheim

**Representant for Norsk Urologisk forening:** Tor-Erik Sand

**Arbeidssted:** Akershus Universitetssykehus

**Representant for Norsk barnekirurgisk forening, Norsk nevrokirurgisk forening og Norsk plastikkirurgisk forening:** Borger Loe  
**Stilling og arbeidssted:** St.Olavs hospital

Tilstede på styremøter uten stemmerett og samarbeider med styret:



**Fast sekretær for NKF, og arrangør av Haustmøtet:** Lars R. Vasli (48)

**Spesialitet:** Generell kirurgi, MPH

**Stilling og arbeidssted:** Klinikkssjef,

Klinikk for Kirurgi, Lovisenberg Diakonale Sykehus



**Leder i spesialitetskomiteen i generell kirurgi:** Torgeir Løvig

# Det norske hjertekirurgregisteret

Jan Ludvig Svennevig er professor og avdelingsoverlege ved Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet. Svennevig var medlem i Helsetilsynets arbeidsgruppe for å utarbeide rammeverk og retningslinjer for medisinske kvalitetsregistre. Rapporten fra denne arbeidsgruppen ble sendt til høring i 2001. Han er også en sentral deltager i utvikling og drift av Det norske hjertekirurgiregisteret, og beskriver her hvordan dette registeret er bygget opp og hvilke resultater man får ut.

 Jan Ludvig Svennevig

► I 1992 besluttet Norsk Thoraxkirurgisk Forening (NTKF) å opprette et landsdekkende register for hjertekirurgi i Norge og 27.12.1992 forelå det første utkast til "Sentralregister for hjertekirurgi i Norge" fra foreningens kvalitetssikringsutvalg. Målet var å starte registreringer f.o.m. 1993. Det første trinn omfattet 15 opplysninger vedrørende senter, pasient-id, alder, kjønn, kommune-nummer, operasjonsdato, hastegrad, venstre ventrikkel ejsjonsfraksjon, funksjonsklasse, prisklasse, type inngrep, bruk av hjertelungemaskin, tidligere operasjoner eller PTCA og sykehusmortalitet. For klaffepasienter bad

man i tillegg om posisjon, størrelse, materiale, fabrikat og serienummer.

Senere har registeret blitt utvidet med komplikasjoner (respiratorbehandling >24 timer, mekanisk sirkulasjonsunderstøttelse, postoperativt hjerteinfarkt, postoperativt nyresvikt, postoperativ slag, revisjon for blødning, postoperativ infeksjon, postoperativ sepsis og 30 dagers mortalitet) og risikofaktorer (diabetes, hovedstammestnose, tidligere slag, endocarditt, preoperativ nyresvikt). De to utvidelsene av databasen ble nøye drøftet på NTKF's årsmøter og alle

senterer sluttet seg til en felles definisjonsprotokoll. Etter hvert som senterene sender inn sin årlige datafil får de tilbake både egen rapport og den nasjonale rapport i retur med adgang for å rette evt. feil.

## Teknisk opplegg

Det er laget en mal for registrering, men hvert senter står fritt til å velge verktøy for registrering. De foretrukne formater er Excel, Access, og dBase. Når data mottas konverteres filen og data legges til felles register. Felles data lagres i dbf-format som kan leses av alle brukte statistikkprogrammer.

## Økonomi

Registeret eies og drives av NTKF, som også står for finansieringen. Et mindre budsjett dekker sekretærhjelp, det øvrige arbeid oppfattes som honorært kvalitetssikringsarbeid. Etter at registeret har fått tilskudd fra Helsetilsynet, har man kunnet anskaffet datautstyr, planlegge web-sider og invitere foredragsholdere innen kvalitetssikring.

## Resultater

I 1993 leverte 5 av 7 senter data og allerede i 1994 kunne registeret motta datasett fra alle senter. Fra 1998 har 5 av 7 senter i tillegg til komplette grunnopplysninger også levert data vedrørende risikofaktorer og mortalitet. NTKF har helt fra 1994 gitt ut rapporter med rådata for åpne og lukkede hjerteoperasjoner i Norge og dessuten en

PowerPoint presentasjon på CD eller sendt over e-mail. Ifølge statuttene skal alle publikasjoner baseres på totalmaterialet. Registeret gir ikke ut data vedrørende hvert enkelt senter, men henviser forespørsler til de respektive avdelingsledere. Årsrapporten forfattes på engelsk og inneholder også noen generelle data om norsk helsevesen. Foreningens medlemmer kan derved ved elektronisk klipping og liming benytte deler av rapporten som rammer for egne foredrag. Landsdekkende rapport kan tas ut for utvalgte pasientgrupper. Det har vært et utstrakt samarbeide med Norsk Cardiologisk Selskap i første rekke vedrørende koronarkirurgien i Norge (1). Ved å sette filter på databasen kan standardrapporten tilsvarende taes ut for alle typer pasientgrupper. Vedlagt følger eksempler på presentasjon av årsrapporten 2002. Et minimum databasesett sendes hvert år til Det Europeiske Hjertekirurgiregisteret Ecsur.

## Diskusjon

- Vi har lært følgende:
- ting tar tid, en modningsprosess er helt nødvendig
  - det lønner seg å begynne med en minimumsdatabase, og bygge ut denne gradvis
  - de som bidrar med datasett må ikke påføres ekstra kostnader, det vil derfor ikke bli noen medlemsavgift for å være med i registeret.
  - et hvert senter må stå fritt til å bruke eget dataverktøy for registrering. De fleste brukte verktøy er i dag compatible.
  - registeret må fra eieren få klare fullmakter for hva som kan publiseres. Alle andre henvendelser om bruk av registeret for eksempel til forskning rettes direkte til eieren
  - et internasjonalt engasjement sikrer at databasen er basert på internasjonal konsensus

Vi anser databasen å være av uvurderlig nytte både for planlegging og kvalitetssikring av norsk hjertekirurgi.

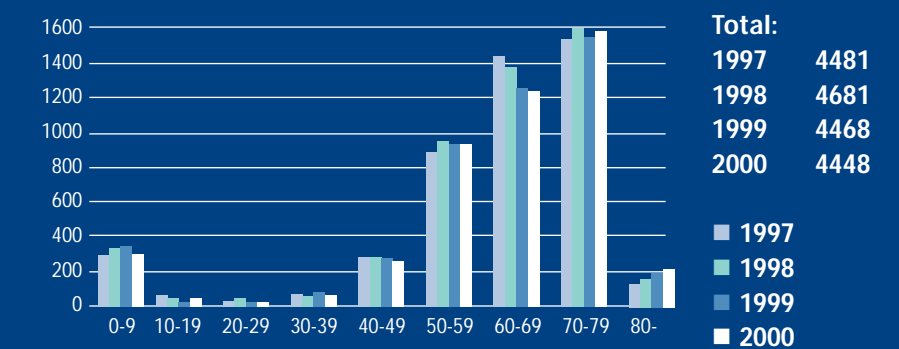
## Referanser

1. Vik-Mo,H, Svennevig JL. Store regionale forskjeller i bruk av hjertekirurgi og koronar angioplastikk ved norske sykehus. Hjerteforum 2002;15:31-37
2. Svennevig JL. Heart surgery in Norway 2000. Norwegian association of Cardiothoracic Surgeons. ◀

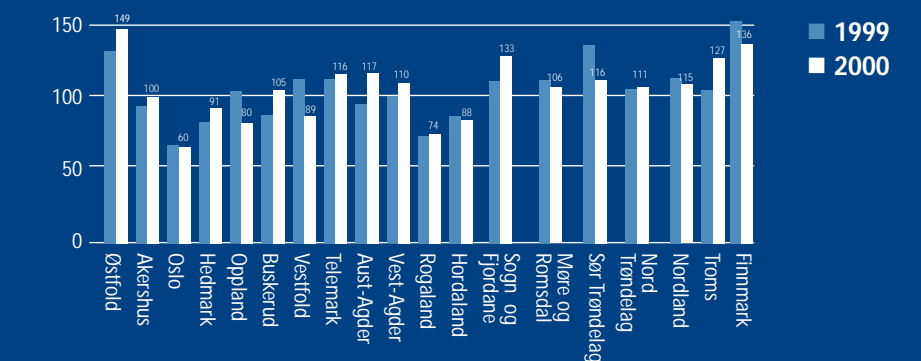
## HEART SURGERY IN NORWAY: ALL OPERATIONS

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Coronary	2883	2945	3222	3207	3104	3021
Valve	645	651	687	838	830	898
Congenital	349	362	354	374	367	356
Aortic	50	75	63	78	80	87
Transplant	37	29	37	44	44	40
Other	79	100	118	83	43	52
<b>Total</b>	<b>4043</b>	<b>4162</b>	<b>4481</b>	<b>4624</b>	<b>4468</b>	<b>4448</b>

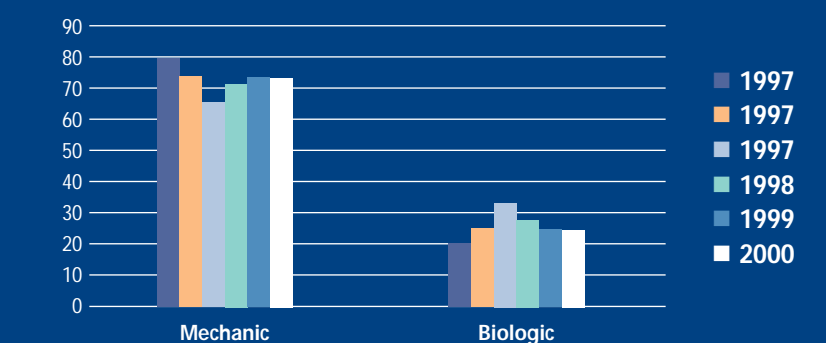
## HEART SURGERY IN NORWAY: AGE DISTRIBUTION



## HEART SURGERY IN NORWAY: NO. OF OPERATIONS PER 100.000 INH.



## MECHANICAL VS. BIOPROSTHESES



# Endokrin/mamma-kirurgi. Egen spesialitet?

Som kjent ble dette debattert på siste høstmøte, og referat ved Ivar Guldvog ble gjengitt i siste nummer av KIRURGEN. Saken har mange sider, og både faglige og organisasjonsmessige konsekvenser må vurderes. Det er delte meninger om hva som er den beste løsningen. Professor emeritus Sten Sander har sendt et innlegg til KIRURGEN hvor han støtter behovet for faglig styrking og sentralisering av endokrinkirurgi, men imøtegår "tvangsekteskap" med mammakirurgi, og konstruksjon av en ny spesialitet. KIRURGEN's spalter er åpne for andre som ønsker å bidra i debatten.

► Endokrin kirurgi er en spesialitet uten fast forankring i andre grener av kirurgien. Fordi endokrinkirurgien har hatt et lavt volum, er virksomheten ofte koblet til andre kirurgiske fagområder, f.eks. urologi (Oslo, Tromsø), mammakirurgi (Bergen), og transplantasjonskirurgi (Rikshospitalet).

Av praktiske og arbeidsmessige grunner er endokrinkirurgien utviklet der spesielt interesserte leger har tatt initiativ og etablert virksomheten innen generellkirurgiske kliniker. Historisk sett er tilknytning til urologi vokst frem og a. samtidig forekomst av nyresten hos pasienter med parathyreoidea hyperfunksjon, cancer prostata (den humane cancerform der endokrine prinsipper er best dokumentert), og binyrekirurgi (anatomisk og teknisk kirurgisk nærhet til nyrene og de lymfeknutene som affiseres først ved testiscancer). Nyresvikt gir hyppig sekundær parathyreoidea hyperfunksjon som medfører behov for operativ behandling. Ved Rikshospitalet er nyretransplantasjon en landsfunksjon og sykehuset har spesiell kompetanse for parathyreoidea inngrep ved nyresvikt.

Det er vanskelig å se anatomiske eller teknisk kirurgiske argumenter for å koble mammakirurgi til inngrep på halsen, enn si binyreoperasjoner.

For endokrinkirurgi vil ofte indikasjonsstillingen være avhengig av et tett samarbeid med spesialist i endokrinologi og legene ved hormonlaboratorium. Dette kvalitetssikres best i et endokrinologisk miljø med regelmessig

møtevirksomhet. Indikasjonene for thyreoidea-, parathyreoidea- og binyrekirurgi må være basert på solid funksjonsdiagnostikk, moderne bildediagnostikk og tett samarbeid med patolog for vurdering av biopsier og extirpert materiale.

Binyrekirurgi blir i dag overveiende utført



laparoskopisk. Laparoskopisk teknikk er underveis også i nyrekirurgi og ved radikal operasjon for cancer prostata. Dette taler for samarbeid med faget urologi. Laparoskopisk teknikk er neppe aktuelt ved mammakirurgi. Bortsett fra østrogen reseptor bestemmelser utført ved spesiallaboratorier har selve den kirurgiske behandlingen av mammacancer liten tilknytning til endokrinologi.

Endokrinkirurgi kan med fordel sentraliseres i fem helseforetak. Økt volum gir noen kirurger anledning til økt erfaring, bedre opplærings-tilbud og gir pasientene et kvalitetssikret tilbud. Det bør være mulig, som i Sverige og Vest-Europa forøvrig, å etablere selvstendige endokrinkirurgiske enheter med tilknytning til avansert bildediagnostikk, patologiservice, endokrinolog, og legeaktive aktører fra hormonlaboratorium.

Et forsøk på å binde endokrinkirurgi til mammakirurgi i form av en ny spesialitet er etter min oppfatning et uheldig forslag. Mammakirurgi er blitt svulmende, ikke minst p.g.a. screening, en virksomhet som det er knyttet tvil og usikkerhet til. Endokrinkirurgi bør utvikles i miljøer med høy endokrinologisk kompetanse og ikke havne i tvangsekteskap med mammakirurgi.

At enkelte sykehus finner det hensiktsmessig å samlokalisere endokrinkirurgi med andre kirurgiske spesialiteter kan forsvares, men ikke konstruksjon av en ny spesialitet. ◀



Legeforeningen og Helsetilsynet samarbeider om en utredning av hvordan behovet for sakkyndige i klagesaker mot leger skal dekkes, og i den forbindelse har legeforeningens sentralstyre sendt saken til høring i spesialforeningene. Det dreier seg om bl.a om sakkyndige i tilsynssaker, erstatningssaker og konflikter mellom leger og trygdekontor om takstbruk. Svaret fra styret i Norsk kirurgisk forening gjengis.

Høringssak - bruk av sakkyndige i klagesaker – Legeforeningens rolle.

Norsk kirurgisk forening har behandlet saken i styremøte 6.mai 2002, og har følgende kommentarer:

Nkf mener det er viktig at legeforeningen ved spesialforeningene klarer å opprettholde ordningen med å bidra til å finne frem til egnede sakkyndige i Helsetilsynets klagesaksbehandling. Nkf har heller ingen innvendinger mot at disse brukes som sakkyndige i andre sammenhenger.

Styret erkjenner imidlertid at Nkf, i likhet med en del andre spesialforeninger, har problemer med å fremskaffe og ajourholde slike lister. Vi tror dette har flere årsaker. For Nkfs vedkommende er en årsak at vi den senere tid ikke har hatt et fungerende kvalitetsutvalg, da vi ikke har klart å få noen til å ta på seg vervet som leder av dette. Foreningen har heller ikke sekretariatsressurser som sørger for kontinuitet over skiftende styreperioder i slike saker. Norsk kirurgisk forening er dessuten en slags paraplyorganisasjon som har representasjon fra de øvrige spesialforeningene for de kirur-

giske fag. Disse er alle i tillegg selvstendig fungerende spesialforeninger som får de samme forespørselene om forslag på sakkyndige. Det kan derfor ha vært uklarheter omkring ansvar for forslag fra Nkf og de andre spesialforeningene. De aller fleste av våre medlemmer er grenspesialister, og oppnevning av slike gjøres evt. av deres spesialforeninger. Nkf er klar over at man, i likhet med flere spesialforeninger som er flere innen samme hovedspesialitet her har et organisatorisk problem. Dette problem løses ikke ved denne saken.

For tross dette å bedre muligheten for å få en ordning der spesialforeningene kan fortsette å bidra med forslag til sakkyndige, har Nkf følgende forslag:

- 1 Styrene i de enkelte spesialforeningene, som evt. kan delegerer dette til sine kvalitetsutvalg, får ansvar for å foreslå aktuelle sakkyndige.
- 2 SHT eller andre brukere av slike lister med foreslåtte personer må selv sørge for ajourhold av disse og komme med nye forespørsler ved behov, evt. be om nye lister med en fast periodisitet.



## Norsk kirurgisk forening har sendt sin høringsuttalelse til Legeforeningen vedrørende opprettelse av ny grenspesialitet i gynekologisk onkologi

Høringsuttalelse fra Norsk kirurgisk forening, landsstyresak: Forslag om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi.

Norsk kirurgisk beklager sen høringsuttalelse, men vil samtidig påpeke problemene med skiftet av styrer ved nyttår og endog frem til mars, mens landsstyretidspunktet er flyttet til juni med dertil hørende høringsfrister.

Norsk kirurgisk forening anser at forslaget er grundig utredet og begrunnet, og ser behovet for en bedre formalisering av kompetansen på dette området. Styret mener de overord-

nede vurderinger i forhold til opprettelse av grenspesialiteter generelt i forhold alternative løsninger for formalisering av kompetanse tilligger overordede organer.

Forslaget inneholder et element i utdanningen med 6 måneders tjeneste ved gastrokirurgisk seksjon, men det er ikke redegjort for innholdet i denne tjenesten og det foreligger ikke forslag til for eksempel operasjonslister. Det er allerede et sterkt press på stillinger ved disse seksjonene fra kandidater i generell og gastroenterologisk kirurgi. Det må derfor redegjøres nærmere for målsetningen for

denne tjenesten og hva innholdet derfor skal være. Det må også avklares hvordan kravet i seg selv og fortrinnsreglene vil påvirke utdanningskapasiteten i de nevnte spesialiteter i kirurgi.

Man registrerer at grenspesialiteten benevnes "gynekologisk onkologi", noe som lett tolkes som en grenspesialitet av onkologi. Det bør vurderes om navnet heller burde være "onkologisk gynekologi", ettersom det skal være en grenspesialitet av gynekologi.

## Minneord om Carl Viktor Hall æresmedlem i Nkf

▶ Carl Viktor Hall døde i januar 2002, 84 år gammel, og mange har nok lest nekrolog i Aftenposten. Selv om det har gått langt tid, finner vi det riktig med et minneord også i KIRURGEN om en av våre æresmedlemmer. Carl Viktor Hall er en av de norske kirurger, kanskje av alle norske leger, som er mest kjent internasjonalt. Han var en av de store pionerer innen hjerte- og karkirurgi, og hans navn er knyttet til viktige behandlingsmetoder som han har introdusert og som fremdeles er i bruk. Han var en av initiativtakerne til utvikling av Medtronic-Hall hjerteventilen som første gang ble implantert ved Rikshospitalet i 1977, og som fremdeles er i bruk verden over, og bærer hans navn. I tillegg regnes han som den som utviklet "in situ" teknikken ved anleggelse av femoropopliteal og femorocrural venebypass ved arteriell okklusjon. Halls publikasjon av dette i Surgery i 1962 regnes som et gjennombrudd innefor karkirurgien. Prinsippet var at vena saphena magna kunne brukes som bypass "in situ" ved at man fjernet veneklaffene, og Hall utviklet også et spesielt instrument for formålet. Halls klaffestripper er fremdeles i daglig bruk ved karkirurgiske avdelinger i hele verden, og in situ bypass er den foretrukne metode ved bypass til leggarterier. I tillegg var Hall den første i Norge som utførte coronar bypass, han deltok i utvikling av elektromagnetisk flowmåling, og han var en av initiativtakerne til oppbygging av hjerte-transplantasjonsvirksomheten. Han var professor og avdelingsoverlege ved Kirurgisk avdeling A ved Rikshospitalet fra 1974, og gikk av ved oppnådd pensjonsalder i 1987. I tillegg til æresmedlemskap i Norsk kirurgisk forening, var han æresmedlem i Nordisk kirurgisk forening, Nordisk thoraxkirurgisk forening og International College of Angiology, og han ble også utnevnt til ridder av 1. klasse i St. Olavs orden. ◀

## Internasjonal kongress om kreftbehandling

▶ The 18th UICC International Cancer Congress arrangeres i Oslo 30. juni til 5. juli 2002. Programmet er stort, og skal gi en oppdatering innen forskning, profylakse, diagnostikk og behandling, - inkludert kirurgisk behandling, av cancer. Mer informasjon finnes på nettsiden: [www.oslo2002.org](http://www.oslo2002.org) ◀



## Nye regler for tildeling fra Legeforeningens utdanningsfond III

▶ Leger under spesialistutdanning kan få støtte til inntil 4 obligatoriske eller valgfrie kurs hvert år. Ferdige spesialister kan få inntil kr. 10 000 pr. år for kurs/kongress i Norge eller utlandet. Kurs/kongressavgift dekkes ikke, heller ikke diettutgifter. Kun legitimerede reiseutgifter og utgifter til overnatting inntil kr. 700 pr. natt kan dekkes fra fondet. Søknadsfrist er 3 måneder etter avsluttet kurs, og søknadsskjema kan lastes ned fra legeforeningens nettside [www.legeforening-en.no](http://www.legeforening-en.no) hvor man også finner fullstendig oversikt over reglene. ◀



## Europeisk eksamen i kirurgi

▶ UEMS (Union Europeene des medecins specialistes) arrangerer eksamen i kirurgiske fag. Vi gjengir invitasjon og informasjon om de ulike arrangementer:

The application system for the EUROPEAN BOARD OF SURGERY QUALIFICATION (EBSQ) is poen for the folowing specialities:

EBSQ general surgery assessments 2nd June 2002, Stockholm, Sweden. Closing date for completed application forms 22nd April 2002.

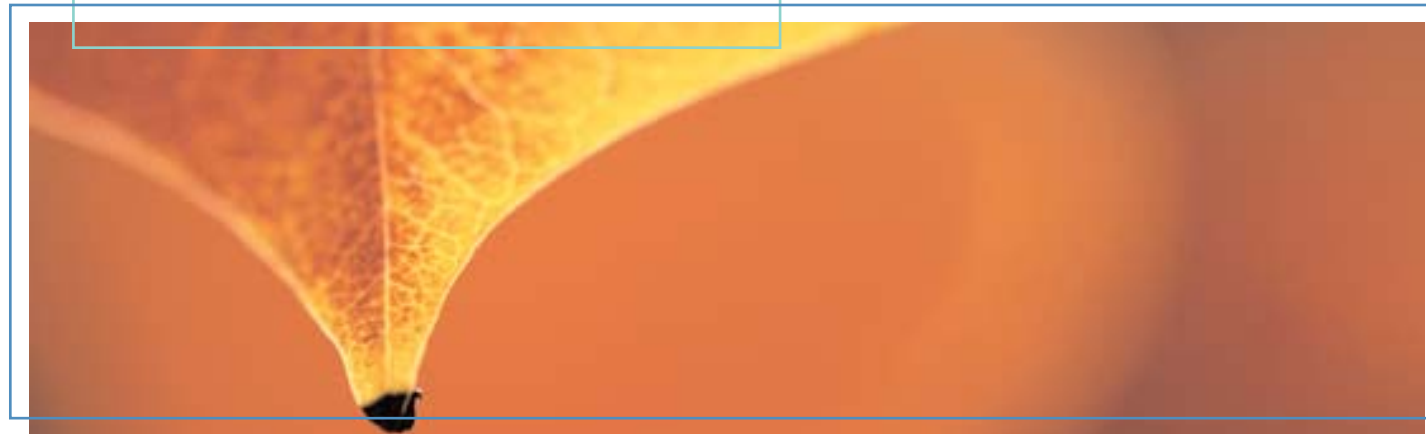
EBSQ coloproctology assessments 12th September 2002, Erlangen, Germany. Closing date for completed application forms 17th July 2002.

EBSQ vascular assessments 25th September 2002, Istanbul, Turkey. Closing date for completed application forms 1st July 2002.

EBSQ traumatology assessments 15th November 2002, Berlin, Germany. Closing date for completed application forms 20th October 2002.

Application forms are available from Mrs JM Delaney EBSQ Eligibility Office 6 Saumarez street, St. Peter Port, Guernsey, GY1 2PT. Channel Islands, GB Tel: +44 1481 724043 Fax: +44 1481 729611 e-post. [100565.2767@compuserve.com](mailto:100565.2767@compuserve.com) ◀

## Høstmøtet 2002



Husk høstmøte-uken! 21. – 25. oktober.

### ▶ Kjære Kollega

Planleggingen av det 78. Høstmøtet i Norsk Kirurgisk Forening er i full gang. Det gjelder også de som skal bidra med foredrag og presentasjoner.

**NB!** Gjør klar foredrag og presentasjoner i god tid

**Siste frist for innsending av abstrakt: 28. august 2002.**

### Instruksjon for innsendelse av ABSTRAKT:

For å forenkle arbeidet og produksjonen av Vitenskapelige Forhandlinger, må alle abstraktene skrives på følgende måte:

- Skrifttype Times New Roman font, str. 12.
- Abstraktet skrives i tekstbehandlingsprogrammet WORD av nyere versjon.
- All tekst må være skrevet innenfor en ramme av 15 x 22 cm, og venstre marg skal være rett.
- Abstraktet skrives fortrinnsvis på norsk.
- OVERSKRIFTEN SKRIVES MED STORE BOKSTAVER.
- Forfatterens navn skrives på ny linje med foredragsholderens navn først.
- Alle abstraktene må sendes elektronisk som "attachment" til Høstmøtets e-post adresse, som er: [nkf-host@online.no](mailto:nkf-host@online.no)

Alle må kontrollere at de får en kvittering med returmail på mottatt abstrakt. Ta kontakt med NKFs – sekretariat, hvis du ikke har mottatt kvittering innen den 4/9-02.

### NB!

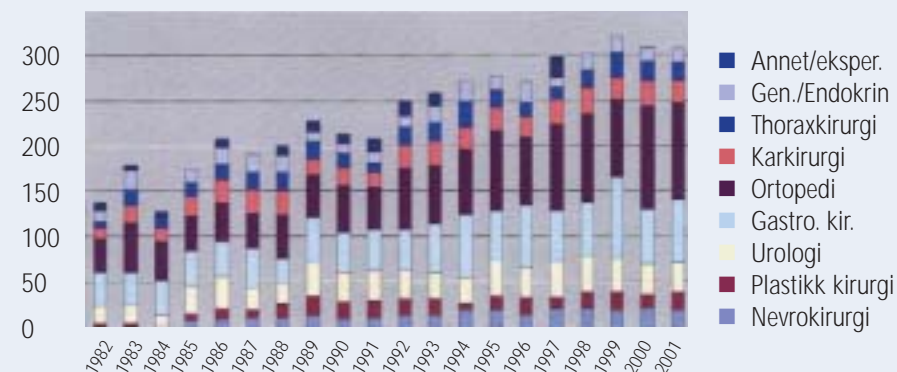
Bare PC presentasjoner i 2002 ! Under

Høstmøtet 2001 ble 89 % av alle foredrag presentert ved hjelp av PC og videokanon. Mye tid og frustrasjon ble spart ved at foredragene var lagt inn på serveren i forkant, og datamaskin var på plass i møterommene. Erfaringene var så gode, at vi i år bare vil gi muligheten til å presentere foredragene på denne måten. Overhead vil også være mulig (brukt av 2% i 2001), mens lysbildefremviser ikke vil være tilgjengelig.

**"Lever presentasjonene i god tid til vårt tekniske sekretariat."** Under Høstmøtet 2002 vil det være et eget **"teknisk sekretariat"** der alle PC baserte foredrag må leveres inn **minst 5 timer** før foredraget skal presenteres. CD-rom eller diskett, som du som foredragsholder bringer med deg, vil bli lastet ned på en sentral server av teknikere. Herfra blir foredragene fordelt ut på de ulike møterom. **Det er viktig at alle foredrag leveres som powerpoint filer.** Disse gis et **fil navn, før de leveres, som svarer til foredragsnummeret** i abstraktboken.

**Siste frist for bestilling av hotell rom til NKFs-pris: 9. oktober 2002.** ◀

## Historikk



▶ Den historiske oversikt over vitenskapelige publikasjoner ved høstmøtet viser en jevn økning over de siste 20 år, med en foreløpig rekord i 1999. Det er lurt å starte planlegging av årets bidrag før sommerferien, - fristen for levering av abstract kommer brått etter at ferien er avsluttet.

Vi regner med at mange er godt i gang allerede, - kanskje blir 2002 et nytt rekordår? ◀

## Høstmøtet 2002



**Husk  
høstmøte-uken!  
21. – 25.  
oktober.**

Planlegging en av det 78. Høstmøtet i Norsk Kirurgisk Forening er i full gang. Det gjelder også de som skal bidra med foredrag og presentasjoner. Se side 11.

Merk følgende:  
Siste frist for innsending av abstrakt:  
28. august 2002.

Siste frist for bestilling av hotellrom til NKFs-pris: 9. oktober 2002.

### STYRET NKf • 2002

Fornavn	Etternavn	Sykehus	Adresse	Postnummer	Telefon - a	Fax-arbeid	Mobil	E-postadresse	Merknader
Hans-Petter	Næss	Sandefjord sykehus	Lundgaards Vei 12	3120 TØNSBERG	33 45 65 00	33 46 28 00	90 53 20 18	h.pnaess@online.no	Leder
Kirsten	Kroh-Sorensen	Rikshospitalet, Kir.A.	Alexander Langes Vei 12	1384 ASKER	23 07 00 00		90 79 28 37	kirsten.kroh-sorensen@rikshospitalet.no	Redaktør
Gerd	Tranø	St. Olavs Hospital HF	Ullinsvei 19	7033 TRONDHEIM	73 86 80 00			g.tranoe@online.no	
Knut Magne	Augestad	UNIN	Kirurgisk avd.	9038 Tromsø	77 62 60 00			knut.magne.augestad@unin.no	
Odd	Grenager	Akershus Unsykehus HF	Narvestad	1816 Skiptvet	67 92 91 86	67 92 91 12	93 49 81 25	odd.grenager@ahus.no	
Eivind	Witso	St. Olavs Hospital HF	Ortopedisk avdeling	7006 TRONDHEIM	73 86 80 00		90 66 82 20	eivind.witso@rit.no	
Arne	Bakka	Akershus Unsykehus HF	Sagerudvn. 12	1482 NITTEDAL	67 92 91 01	67 92 92 79	95 03 14 64	arne.bakka@ahus.no	
Rune	Haaverstad	St. Olavs Hospital HF	Mollebakken 59	7020 TRONDHEIM	73 86 80 00	73 86 70 29	922 10 911	rhaavers@online.no	
Borger	Loe	St. Olavs Hospital HF	Barn kirurgisk sek.	7006 TRONDHEIM	73 86 82 01		92 44 17 29	petterosthus@rit.no	
Tor-Erik	Sand	Akershus Unsykehus HF	Trosterudvn. 9 E	0778 OSLO	67 92 83 11	67 90 21 40	48 14 18 48	toreriksand@ahus.no	
Torgeir	Lovig	Aker sykehus	Gråbeinberget 16	1450 Nesoddtangen	22 89 40 00	22 22 56 48	48 28 68 62	torgelovig@login.eunet.no	
Lars R.	Vasli	Lovisenberg Diak. Sykehus	Lovisenberggt. 17	0440 Oslo	23 22 54 42	22 15 33 30	90 69 63 52	lars@vasli.no	Sekretær