

KIRURGEN



TIL MEDLEMMER AV NORSK KIRURGISK FORENING | Nr. 1/2005

**Velkommen til det
81. Høstmøtet! SIDE 5**

**Torunn Jambu, ny
president i DNL SIDE 6**

**Spesialforeningene
orienterer SIDE 9**

**ATLS: De første
kursene en suksess
SIDE 15**



Unik kombinasjon – klar til bruk.

**TachoSil® – pålitelig hemostase og vevsforsegling.^{1,2}
Hemostase på 3-5 minutter.¹**

- Den eneste kombinasjon av kollagen, humant fibrinogen og trombin.³
- Ideel ved behov for rask og effektiv hemostase.²
- Kan klippes til ønsket fasong.²
- Enkelt å applisere rundt anatomiske strukturer.²
- Er elastisk og har en sterk limende evne.³

1) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue componets. Journ. of Cardiovasc. surg. Vol 41, no 4, 553-557, 2000 2) Preparatortale SPC 3) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gresser JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002.

KIRURGEN



UTGIVER

Norsk Kirurgisk Forening
Postboks 17 Kjelsås
0411 Oslo

ANSVARLIG REDAKTØR:

Lars R. Vasli • Tlf.: 90 69 63 52
E-mail: lars@vasli.no

LAYOUT, PRODUKSJON OG ANNONSESALG:

Degrafo AS • Pb 7002 Majorstuen • 0306 Oslo
Tlf.: 22 95 74 00 • Fax: 22 95 74 10
E-mail: post@degrafo.no

KIRURGEN og Vitenskapelige forhandlinger distribueres til medlemmer i følgende foreninger:

- ▶ Norsk kirurgisk forening
- ▶ Norsk barnekirurgisk forening
- ▶ Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi
- ▶ Norsk forening for maxillofacial kirurgi
- ▶ Norsk forening for reumakirurgi
- ▶ Norsk karkirurgisk forening
- ▶ Norsk forening for håndkirurgi
- ▶ Norsk nevrokirurgisk forening
- ▶ Norsk ortopedisk forening
- ▶ Norsk plastikkirurgisk forening
- ▶ Norsk thoraxkirurgisk forening
- ▶ Norsk urologisk forening

ÅRSAVTALE: 20% rabatt på 4 innrykk. Gjelder helsider, 4 farger. 3xKirurgen og 1xVitenskapelige forhandlinger. Bilag etter avtale.

ANNONSEPRISER 2005

KIRURGEN

STR.	SORT	4-FARGER
1/1 side	4.800	7.000
1/2 side liggende	3.100	4.800
1/2 side stående	3.100	4.800
1/3 side liggende	2.600	4.200
1/4 side liggende	1.500	2.900
1/4 side stående	1.500	2.900

VITENSKAPELIGE FORHANDLINGER

STR.	SORT	4-FARGER
1/1 side	6.800	10.000
1/2 side liggende	4.400	6.800

ANNONSEMATERIELL

Digitale EPS-filer, PDF-filer eller Quark Express. Ev. bilder til Quark Express vedlegges i CMYK/TIFF og 300 dpi i oppløsning. Glem ikke fonter. Alt materiell leveres på CD eller mail, høyoppløst. Print/kopi av annonsen må alltid sendes med.

UTGIVELSESPPLAN 2005

NR	Bestillingsfrist/ Materiellfrist	Levering Posten
Juni (KIRURGEN nr. 1)	20/6	1/7
September (KIRURGEN nr. 2)	1/9	20/9
Oktober (Vitenskapelige Forh.)	1/9	5/10

innhold



Redaktørens hjørne **4**

Velkommen til det 81.
Høstmøtet! **5**

Torunn Jambu, ny president I DNL:
"Høstmøtet må stadig være en viktig møteplass" **6**



Nytt fra spesialforeningene **9**



ATLS: "En bedre og mer
enhetlig skadebehandling ved
sykehusene stadig nærmere" **15**

Saker fra landsstyremøtet **17**



Nye norske kirurgisk forening **18**

**Kan NKF ta ansvar for
fag og politikk?** **19**



DNLF i endring, NKF – i endring, Høstmøtet i endring?

Landstyremøtet i Legeforeningen ble avholdt den 25.-27. mai i Bergen. Flere av vedtakene får konsekvenser for NKF og de kirurgiske spesialforeningenes medlemmer.

Obligatorisk medlemskap

Den viktigste endringen er at det innføres obligatorisk medlemskap, også i spesialforeningene fra 1.1.2007. Målsetningen med flere av de endringene som ble vedtatt, er å styrke den faglige aksene i legeforeningen. Spesialforeningenes representasjon i Landstyret ble øket fra 10 av 125 representanter til 20 av 128 representanter. Dette sammen med det obligatoriske medlemskapet, skal forhåpentligvis bidra til å styrke den faglige aksene. Tanken er at spesialforeningene gjennom dette skal få en mer stabil og god økonomi.

Medlemmene må mer på banen

For at de kirurgiske spesialitetene og den faglige aksene skal bli hørt, kreves det imidlertid et stort engasjement fra kirurgene. Den nye organiseringen av NKF som ble vedtatt på NKF sin generalforsamling, med et styre som består av lederne fra de kirurgiske spesialitetene, legger et godt grunnlag for at vi skal bli hørt. Imidlertid krever dette full oppslutning fra spesialforeningene og en god koordinering av kirurgenes synspunkter. Vi etablerer derfor et felles sekretariat for de kirurgiske spesialforeningene og vi satser videre på et felles Høstmøte. Det blir svært viktig at alle med interesse for det kirurgiske fag og dets utvikling nå engasjerer seg i våre spesialforeninger og vår felles plattform Norsk Kirurgisk Forening. Jeg håper at mange stiller seg positive til å gjøre en innsats for spesialforeningene når de nå skal velge nye styrever på kommende Høstmøte.

Dispensasjon til Høstmøtet?

Landstyret vedtok å stadfeste, samt gjøre enkelte presiseringer i Loen-vedtaket, om samhandlingen mellom legemiddelindustrien. De kirurgiske representantene på landstyremøtet påpekte under debatten behovet som vi som kirurger har for å møte utstyrsleverandørene. Den strenge tolkningen av Loen-vedtaket har skapt problemer for flere kirurgiske kurs, og har medført at man har fått gjennomslag for at det kan søkes om dispensasjon fra reglene under spesielle vilkår. NKF mener at Høstmøtet har en form og et innhold som bør medføre at sentralstyret bør kunne gi dette møtet dispensasjon fra DNLF sine regler. Dette er foreløpig ikke avklart. Får vi ikke dispensasjon, vil det medføre at Høstmøtet ikke blir godkjent som et tellende kurs og vil heller ikke bli godkjent som videreutdanningkurs. Således vil det for medlemmene bety at man ikke vil få dekket kostnader i forbindelse med reise og opphold på Høstmøtet, men at en kongress utenfor landet vil kunne dekkes. Dette mener vi er helt urimelig og håper at sentralstyret ser det urimelige i dette.

Først kvinnelige president

Landstyremøtet valgte Torunn Janbu til ny president for DNLF. Torunn er overlege i ortopedi på Rikshospitalet og medlem av NKF i mange år. Kirurgen ønsker å gratulere henne og presenterer henne på side 6 i dette nummer. Vi håper at hun fortsatt vil få tid til å besøke Kirurgisk Høstmøte under sin presidentperiode.

Ha en fin sommer!

Lars R. Vasli
Redaktør
lars@vasli.no

Velkommen til Høstmøtet 24.-28. oktober 2005

Kjære kollega

Årets Høstmøte er det 81. Høstmøtet i regi av Norsk Kirurgisk Forening. Den vitenskapelige aktiviteten blant kirurger har vært høy, og vi håper at det også i år resulterer i mange bidrag til «Vitenskapelige Forhandlinger». Høstmøtet ønsker å opprettholde sin plass som sentralt forum for faglig og sosial interaksjon mellom norske kirurger. All informasjon om Høstmøtet vil ligge på vår internett side (www.legeforeningen.no/nkf). Her vil du, fra ca. 27. september finne fullstendig program, med alle abstrakt som presenteres under møtet.

Høstmøte-uken vil by på et stort og variert program. Over 350 abstrakt, 20 symposier og en rekke mindre faglige gruppemøter, gir et bredt faglig tilbud til det kirurgiske miljø. Vi håper at mange setter av uke 43 til Høstmøte - deltakelse. Det faglige samværet er en viktig bidragsyter for å fremme kvaliteten i norsk kirurgi.

Velkommen til Høstmøtet

Lars R. Vasli
Leder NKF



Priser og stipender

Vi minner om at det under Høstmøtet deles ut en rekke priser og stipendier innen alle de kirurgiske fagområdene. Vi kan nevne:

- Pris for beste foredrag og video i mini invasiv kirurgi.
- Pris for beste eksperimentelle og beste kliniske foredrag i gastrokirurgi.
- Pris for beste foredrag i Nevrokirurgi, Karkirurgi og Urologi.
- Reisestipend i Reumakirurgi, Håndkirurgi, Maxillo facial kirurgi og Plastikkirurgi.
- 3 Forskningsstipend i Ortopedi.
- NLA's forskningspris i traumatologi blir i år på hele kr. 25.000!

Gjør klar foredrag og presentasjoner til Høstmøtet 2005!

Siste frist for innsending av abstrakt: 2. september 2005.

Innsendelse av ABSTRAKT

Alle abstrakt må skrives på følgende måte: Skrifttype Times New Roman font, størrelse 12. Abstraktet skrives i WORD. All tekst må være skrevet innenfor en ramme av 15 x 22 cm. 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; **nkf-host@online.no**. Alle må kontrollere at de får en kvittering med returmail på mottatt abstrakt. Ta kontakt med NKF's – sekretariat, hvis du ikke har mottatt kvittering innen den 12/9-05.

NB!

Bare PC presentasjoner!

Alle foredragsholderne må bruke PC (Powerpoint) og videokanon som teknisk hjelpemiddel under Høstmøtet. Alle foredragsholdere må i god tid leverer presentasjonene til vårt tekniske sekretariat.

Følg med på vår Hjemmeside:

All informasjon om Høstmøtet 2005, program, frie foredrag og hotell bestilling, finner du på Høstmøte 2005 linken på www.legeforeningen.no/nkf fra og med den 1. juli 2005.

Torunn Jambu, president i Den Norske Legeforening:

“Jeg håper Høstmøtet også i fremtiden vil være en viktig møteplass for bransjen”

► Legeforeningen har fått sin første kvinnelige leder. På høy tid sier mange. Det er som kjent mange år siden kvinnene inntok legeyrket og de er i dag i flertall som studenter. At Torunn kommer fra det kirurgiske og ortopediske miljø er hyggelig og gledelig sett fra NKFs sitt ståsted. På siste årsmøte ble det fattet mange nye vedtak med betydning for foreningens fremtid. Mange har nå begynt å si “Den nye norske kirurgiske forening”, og med Torunn på laget tror vi mye kan realiseres.

-Men for å plassere deg i det kirurgiske miljø, kan du kort beskrive din kirurgiske løpebane?

-Min første jobb på en kirurgisk avdeling var på Diakonhjemmets sykehus. Planen var å gjøre unna kirurgi-året for å bli gynekolog. Men kirurgien var så spennende at jeg valgte å fortsette med det i stedet. Senere har jeg jobbet på kirurgiske og ortopediske avdelinger på Aker Universitetssykehus, Lovisenberg sykehus og på Rikshospitalet.

-Hva blir dine viktigste oppgaver som President i legeforeningen?

-Det blir en viktig oppgave å lede foreningen slik at medlemmene føler tilhørighet til Legeforeningen og opplever at foreningen jobber med saker som opptar dem. Legeforeningen må være en dyktig fagforening – og en faglig forening. Som fagforening har vi store oppgaver både på de sentrale forhandlingsarenaene og med å ivareta de mange lokale tillitsvalgtes behov.

Legeforeningen må også vise at vi er en ansvarlig bidragsyter på den helsepolitiske arena.

Konkrete viktige oppgaver blir bl.a. å sørge for økt betydning av fagligheten innen spesialisthelsetjenesten, få allmennmedisinsk forskning på plass, interkommunale legevaktssentraler, turnustjeneste-evaluering og – organisering.

-Hvordan tror du styrkingen av den faglige aksens i legeforeningen vil endre legeforeningen de neste årene. Hvordan vil vi se resultater av dette i løpet av din president periode?

-Styrking av den faglige aksens vil bidra til enda bedre faglig grunnlag for de råd og den argumen-

tasjon som gis fra Legeforeningen. Styrking av den faglige aksens kan også gi bedre grunnlag for forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår. Vi viser at vi leverer kvalitet i det arbeidet vi gjør.

Legers identitet ligger i faget. Mer fag i foreningen tror jeg vil øke tilhørighetsfølelse til Legeforeningen blant medlemmene.

Jeg håper styrkingen av den faglige aksens etter hvert vil bli synlig gjennom alt arbeid Legeforeningen gjør!

-Hvilken betydning vil det obligatoriske medlemskapet få for spesialforeningene?

-Det obligatoriske medlemskapet vil knytte spesialforeningene nærmere til Legeforeningen. Det vil gi nye muligheter for kontakt, nettverk, innflytelse og kommunikasjon om fag i Legeforeningen. Spesialforeningene vil få utvidet støtte fra det sentrale sekretariat i Legeforeningen. Dette må vi bygge opp i samarbeid med spesialforeningene, både mht rene kontorstøttefunksjoner og mer faglige funksjoner og koordinatroroller.

Når alle legespesialister blir medlem av en spesialforening, vil det gi foreningene større bredde og mulighet for bidrag fra flere.

-Har legene mistet innflytelse i planleggingen av spesialisthelsetjenesten etter helsereformen i 2002?

-Nei, det mener jeg ikke vi har. Her er det i stor grad spørsmål om å delta og om engasjement. Den tydelige økonomistyringen kan nok medvirke til motløshet blant mange mht faglighetens muligheter, men jeg tror mulighetene for å nå fram med klare faglige argumenter er der.

-Høstmøtet har hatt en viktig rolle i norsk kirurgi. Har du gjort deg noen tanker om hvordan denne kirurgiske møteplassen bør tilpasse seg de nye retningslinjene som legeforeningen har vedtatt.

-Retningslinjer for samarbeid med industrien bl.a. mht arrangement av kurs, ble vedtatt på landsstyremøtet i Loen i 2004. Disse har vært debattert i foreningen og selvsagt er ikke alle enige. Men - en

nylig høring har vist at vedtaket har bred støtte i foreningen. Dette ble bekreftet også på Legeforeningens landsstyremøte i Bergen nå i mai hvor landsstyret valgte ikke å vedta noen endringer. Retningslinjene gjelder for alle kursarrangører og sier bl.a. at legemiddel- og utstyrsindustrien ikke kan være tilstede på godkjente kurs som skal være tellende i utdanningen. Kirurgisk Høstmøte må også arrangeres i forhold til dette - og det håper jeg går bra. Det kan tenkes flere muligheter å løse de økonomiske utfordringene på. Jeg håper virkelig at Høstmøtet fortsatt vil være den viktige møteplassen det har vært.

-Hvilke oppgaver ønsker du som President i legeforeningen at de kirurgiske spesialforeningene bør engasjere seg sterkere i?

-Det gjøres mye flott arbeid i spesialforeningene. Jeg håper de kirurgiske spesialforeningene kan engasjere seg ytterligere i å komme med faglige råd for eksempel i funksjonsfordelingsprosesser og at de blir lett kontaktbare for gode faglige råd. Engasjement i prioriteringsdebatten, utvikling av



Torunn Janbu (51) president i Den Norske Legeforening fra september 2005.

- Cand med. i Oslo 1979. Turnustjeneste i Nord-Trøndelag.
- Spesialist i generell kirurgi og i ortopedisk kirurgi. Dr. med. 1990.
- Jobber nå som overlege på ortopedisk avdeling, Rikshospitalet med spesialområde barneortopedi.
- Gift. Har tvillinger, Ida og Håvard, på 22 år fra tidligere ekteskap.

kvalitetsindikatorer og fronting av forskning og fagutvikling blir også temaer for fremtidig engasjement. Godt samarbeid med spesialforeningene blir helt nødvendig – og det gleder jeg meg til!

-Helse og leger er daglig i media. Skakkjørt økonomi, helsekøer, griske leger med flere jobber etc. er yndet pressemat. På grunn av mye hardt, faglig arbeid har ikke legestandenn hatt tid, fokus, vilje til å drive org. arbeid, bearbeide pressen etc. Har du noen tanker om i hvilken grad dette skader legebransjen og hvordan man kan imøtekomme dette bedre?

-Leger er opptatt av å behandle pasienter, legge til rette for at befolkningen får et godt helsetjenestetilbud og utvikle faget. Legetjenester har vært og er mange steder fortsatt mangelvare og leger jobber hardt og lenge. At fokus ikke har vært i særlig grad på vår mediaprofil, er derfor forståelig. Vi har en jobb å gjøre med å fortelle hvem den vanlige legen er, å gi både leger og Legeforeningen en annen profil. Det krever årvåkenhet om problemstillingen.

-Hvordan opplever du å være foreningens første kvinnelige president?

-Jeg opplever stor interesse fra omgivelsene i at jeg er foreningens første kvinnelige president. For meg er det viktig å være valgt for det jeg står for – så får det være en hyggelig bivirkning at Legeforeningen endelig får sin første kvinnelige president!

Blant studentene nå er det godt over 50 % kvinner, men ikke blant leger under spesialisering. Blant ferdig utdannede leger er det bare 37 % kvinner, blant spesialister 28 % og enda færre blant lege-ledere. Så vi trenger alle de flinke jentene som nå studere medisin. Det er lenge til kjønnsfordelingen blir jevn for eksempel i min spesialitet – ortopedi - hvor vi bare er 5,7 % kvinner.

-Hva med sommerferie og andre viktige sider ved livet?

-Sommerferien er viktig! Min man Kjell og jeg har leid et rullesteinshus på Skåtøy, i fredelige omgivelser. Her blir det åpne dører for alle våre barn med kjærestere, for våre venner og familie. Når tempoet er

høyt i hverdagen, er det deilig med ferie hvor det ikke skjer så mye annet enn at vi gleder oss over livet! Menneskene rundt meg vil alltid stå øverst på min prioriteringsliste over det som gir meg glede. Jeg har i hele mitt liv trimmet – med en eller annen form for dans, nå mer aerobicsvarianter og spinning. Jeg har hatt mange verv i forskjellige foreninger bl.a. knyttet til barnas aktiviteter – som for eksempel mangeårig leder av Synkronsvømmegruppen i Oslo Idrettslag. Jeg er avhengig av å få vært ute i naturen – i det minste en tur i Dælidalen. En film – gjerne en litt annerledes film – sett på kino er også av hverdagslivets gleder.

-Tilslutt, hva kan du si til NKFs medlemmer som nå ser fram til hyggelig lesning av Kirurgen i strandkanten?

-Riktig god sommer til alle! Jeg gleder meg til å ta fatt 1. september. Håper på et godt samarbeid med mine egne spesialforeninger - Norsk kirurgisk forening og Norsk ortopedisk forening. ◀



Brukerne har talt!

Og vi har ytterligere forbedret
våre lukkede
sårdrenasjesystemer!

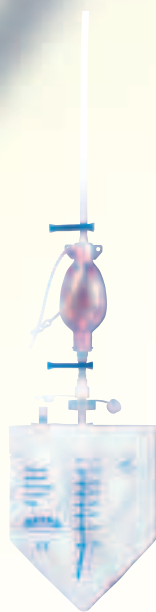
Vi dekker hele spekteret av
indikasjonstilpasset lavvakuum
sårdrenasje og postoperativ
autotransfusjon.



bellovac®



abdovac®



exudrain®



exudrain® mini



Bellovac™ ABT

Nytt fra spesialforeningene

På disse sidene vil Kirurgen presentere nyheter og annet stoff fra de enkelte kirurgiske spesialforeningene. Hensikten er at de enkelte spesialforeningene kan bruke Kirurgen som informasjonskanalen for eksisterende og potensielle medlemmer. Informasjon om kurs, møter, nytt om navn, stoff knyttet til utdanning, forenings saker, viktige lenker er noen eksempler. Vi håper foreningene benytter seg av dette tilbudet til glede å nytte for alle som mottar Kirurgen.

Norsk Ortopedisk Forening

Knut Fjeldsgaard Redaktør av Norsk ortopedpost

Det er positivt at Kirurgen åpnes som informasjonskanal for spesialforeningene. Informasjon til eksisterende og potensielle medlemmer er viktig. Det kan vår forening underskrive på.

Eget blad

Derfor har vi vårt eget, eksklusive organ – Norsk Ortopedpost (NOP). Det utkommer 4 ganger i året, på drøye 50 sider og fungerer som nyttig lim mellom våre ca. 500 medlemmer og styret i foreningen. Med god annonsesupport fra industrien kan vi tilby dette gratis tilsendt alle våre medlemmer.

Godt utviklet nettsted

Som om ikke dette er godt nok. Vi har også oppgradert vår hjemmeside. www.ortopedi.no med new look og betydelig enklere navigering.

Arbeidet med å utvikle Nof's nettsider fortsetter. Man kan nå søke direkte på nettsidene om medlemskap, og om kort tid vil det være mulig å søke på stipendiene på nettsidene ved hjelp av nettbaserte søknadskjemaer. En slik ordning vil forenkle søkerprosessen og forhåpentligvis føre til at flere søker på stipendiene.

Norsk Ortopedpost legges også ut på nettet! Denne økte tilgjengeligheten vil forhåpentligvis medføre at flere vil bruke Ortopedposten til alle slags ytringer, reise- kildringer og kunngjøringer, med mer. www.ortopedi.no/nopen.php og søk videre derfra.

Forhåpentligvis vil abstraktene til det kommende Høstmøtet bli lagt ut på nettsidene i en ny database, men dette er ennå ikke klart.

Mangler kvinnelige ortopeder

Over 50% av de under legeutdanning er kvinner. Blant ferdig utdannede leger er det bare 37 % kvinner, blant spesialister 28 % og enda færre blant lege-ledere. I ortopedi er det under 6% kvinner! Hva skal vi gjøre for å rekruttere kvinnelige kollegaer til ortopedien. Hvorfor er det slik? For vårt faglige miljø, for pasientene er dette et viktig tema. Vi ønsker innspill og gode råd fra Kirurgens lesere. Kanskje vil noen av de finne det interessant å satse på ortopedi? I så fall lover vi et meget hyggelig, raust og oversiktlig miljø.

Forslag om endrede spesialistregler i ortopedisk kirurgi

Spesialitetskomiteen i ortopedisk kirurgi vil fremme forslag om å endre spesialistreglene på generalforsamlingen i NOF og medlemmene oppfordres til å sette seg inn i saken og komme med kommentarer.

Spesialitetskomiteen mener tiden er moden for å fjerne kravet om generell kirurgi, men at man samtidig må strukturere utdanningen bedre. Saken vil bli fremmet på årets generalforsamling og må godkjennes der for å komme videre i Den Norske Lægeforening og NR.

Det er derfor særdeles viktig at medlemmene møter opp til denne diskusjonen på generalforsamlingen. For de som ønsker å sette seg inn i dette; les artikkel NOPén nr. 2/2005 som du finner på:

www.ortopedi.no/nopen.php og søk videre derfra.

Nye regler for industristøtte – Loen.utvalget 2004

Vi registrerer at vedtaket har bred støtte i foreningen. Dette ble bekreftet også på Legeforeningens landsstyremøte i Bergen nå i mai hvor landsstyret valgte ikke å vedta noen endringer. Retningslinjene gjelder for alle kursarrangører og sier bl.a. at legemiddel- og utstysindustrien ikke kan være tilstede på godkjente kurs som skal være tellende i utdanningen. Norsk Ortopedisk Forening mener dette kan påvirke spesialutdannelsen. Ortopedien er avhengig av mye tildels kostbart utstyr på våre kurs. Det faktum at deltakerne eller helseforetakene selv må betale helt andre avgifter fordi kurskostnadene drives i været, kan påvirke deltakerantallet og dermed vanskeliggjøre gjennomføringen. Det siste "Vossakurset" som er obligatorisk kurs i fracturbehandling fikk i år dispensasjon for de nye reglene. Uten dispensasjon ville det vært vanskelig å avvikle dette kurset.

LEDER: Eivind Witsø • Ortopedisk avdeling • St. Olavs Hospital • 7006 TRONDHEIM
Tlf: 73 86 74 78 • E-Post: eivind.witso@stolav.no

ØVRIGE STYREMEDLEMMER: Ole-Edvard Bergsdal Gabrielsen (nestleder), Hebe Désirée Kvernmo (sekretær), Ketil Holen (Kasserer), Knut Fjeldsgaard (Redaktør NOP), Anders Walløe (leder av spesialitetskomiteen), Emil Mohr (leder av kvalitetsutvalget)

Norsk urologisk forening

Tor-Erik Sand, leder

Vår forening ble stiftet i 1962 og har i dag 177 medlemmer (31.5.2005). Foreningens formål er å fremme urologiens vitenskapelige og praktiske utvikling og ivareta medlemmenes faglige og økonomiske interesser. Tor-Erik Sand er nåværende leder av foreningen

Urologi – komplisert fag med mange utfordringer

Ved siden av å være i et kirurgisk fag får urologer, er det også bruk for et stort register av kunnskaper innen basal fysiologi, farmakologi, endokrinologi, nevrologi og gynekologi. Vi fjerner oss raskt fra tradisjonell generell kirurgi. Mange av våre pasienter har lidelser som krever at vi inngår i et multidisiplinært samarbeid med nevrologer, gynekologer, onkologer, osv. Urologien er derfor stort sett lokalisert på større sykehus.

Våre aktiviteter

Norsk urologisk forening har tradisjonelt samlet egen faglig aktivitet rundt vårt vårmøte annethvert år og det årlige vintermøtet. Vårmøtet, som samler deltakere fra inn og utland, har vært arrangert i de fleste byer med urologisk avdeling, sist i Fredrikstad i 2004.

Vårmøtene fokuserer på sentrale urologiske temaer, mens vi på vintermøtene prøver å ta opp viktige emner som man i en travel klinisk hverdag ofte ikke får tid til å utdype, for eksempel sist etiske problemstillinger i forbindelse med prioritering av urologiske pasienter. Utdanningskandidatene i urologi har en egen forening TUR-klubben med ca. 20 medlemmer, derav 7 – 8 kvinner. Aktiviteten er stor og TUR-klubben avholder egne faglige møter og har hatt representanter i ledelsen av den europeiske foreningen for urologiske assistentleger.

Urologene i Norge var først ute med nettbasert undervisning via Norsk Institutt for Urologi (NIU). Dette arbeidet skal fortsette, men vi er i gang med å finne nye arbeidsmåter og håper å kunne bruke ressursene mer mot forskning og utvikling.



Strukturendringer i faget

Fagmiljøene samles i større enheter. Det gjør at den enkelte urolog kan fordype seg og etter hvert vil man kanskje se en seksjonering av faget. Teknologisk endringer med dyrt utstyr bidrar også til at det blir en mer rasjonelt å samle miljøene. Laparoskopisk kirurgi blir en utfordring for utdannelsen av urologer og tvinger kanskje frem mer oppdeling av faget slik at vi får urologer med mer operative oppgaver og urologer som driver "office urology".

Uheldig aldersstruktur og få kvinner i faget

Vi har mange eldre urologer. Avgangen i årene fremover vil være lik tilgangen på nyutdannede urologer. Antallet godkjente urologer har økt noe pga. at vi har fått kollegaer fra EØS-landene. Noen har sagt at urologi er et fag for og av menn. Første norske kvinnelige urolog ble godkjent i 1996. Heldigvis er det kommet flere til siden og i dag er en tredjedel av utdanningsstillingene besatt av kvinner.

Ønsker å bli egen spesialitet

Urologien er en grensespesialitet under generell kirurgi. Norge er det eneste landet i Europa der urologi ikke er en egen spesialitet. Det er et stort ønske blant norske urologer om å få etablert urologi som egen spesialitet. Vi tror at rekruttering til faget ville blitt bedre, ikke minst fordi man ville korte ned utdanningstiden. De fleste ønsker å arbeide ved urologiske avdelinger med egne vaktssystemer.

Vi har et sterkt ønske om å øke antallet urologer. I Norge ligger vi under det antallet som Verdens Helseorganisasjon anbefaler. Vi har pasientgrupper som nå ivaretas av andre og som vi gjerne skulle tatt tilbake og som vi tror ville fått et mer helhetlig tilbud hos oss.

LEDER: Tor Erik Sand • Akershus Universitetssykehus HF.
E-Post: tesand@fromoslo.com

ØVRIGE STYREMEDLEMMER: Arvid van der Hagen (nestleder)
Per Espen Lähne (Sekretær og kasserer)

Økt medlemskontakt

Styret har siste året prioritert arbeidet for økt medlemskontakt, både i form av seminarer og via e-post. Foreningen har bygget en medlemsliste med e-postadresser og prøver å holde medlemmene informert om aktuelle kongresser med lenker for påmelding, forslag om reiseopplegg og reservasjon av hotellplasser. Vi har også brukt e-post til å informere om lokale møter og seminarer med utsendelse av program og påmeldinger.

Årsmøte med interessant seminar

I forbindelse med NGFs årsmøte i februar 2005, arrangerte NFGK et seminar om kirurgiutdannelse under tittelen "Er det nødvendig å være 45 år for å bli overlege?" Seminaret belyste kirurgiutdannelse på flere måter. Blant foredragsholderne var assistentleger, overleger, representanter fra Nasjonalt Råd og Legeforeningen. Morten Tandberg Eriksen la frem resultat av en spørreundersøkelse utført av NFGK, hvor nesten alle kirurgiske avdelinger hadde svart. Det var stor variasjon i vaktstrukturer og ønsker. Verdt å merke seg var at sentralsykehus, uten seksjonerte vakter, var lite fornøyd med sin situasjon. Blant avdelingsoverlegene kom det også frem at de fleste sykehusene har rekrutteringsproblemer innen gastroenterologisk kirurgi. Det var også sendt ut spørreskjema til assistentleger med en svarprosent på bare 23 %. Store sykehus var overrepresentert, men at bare 5 av 77 svar anga lokalsykehus som ønsket fremtidig arbeidssted, burde gi grunn til bekymring for bemanningssituasjonen ved lokalsykehusene. Generelt sett ønsket assistentlegene en bred grunnutdannelse, men svært få ønsket å ha generell kirurgi som eneste spesialitet. Seminaret ga som ventet intet entydig svar på hvilken retning man bør lede utdannelsen i kirurgi i årene som kommer. Likevel er det viktig å være bevisst en rekke forhold som helt sikkert vil påvirke utdannelsen.



Krav om behandling av spesialister

Pasientene krever med økende styrke å bli behandlet av spesialister og forventer at resultatene ved behandlende sykehus skal være på beste internasjonale nivå. Politikerne understreker dette ytterligere ved samle kompetansekrevende kirurgi i forhold til volum og resultater. Man kan spørre seg hvor lenge pasientene vil finne seg i å bli behandlet av leger med andre spesialområder i vakt sammenheng. Er det riktig at overleger med andre spesialiteter enn gastroenterologisk kirurgi skal operere øyeblikkelig hjelp pasienter med koloncancer, eller at gastroenterologiske kirurger skal behandle pasienter med karkirurgiske problemer på vakt? Ortopedene har tatt konsekvensen av dette for lenge siden.

Kirurgiutdannelse på en ny måte?

Kirurger i utdannelse ønsker fortsatt bredest mulig utdannelse, men ingen vil forbli generelle kirurger – alle vil ha en grenspesialitet (90%). De opplever også stadig vekk at det ikke er mulig å få utdannelsen på ett sykehus, men at de må rotere til flere andre sykehus. Avdelingene på sin side ønsker i stadig mindre grad å ta inn assistentleger i rotasjon for at de bare skal fylle sine operasjonslister. Det blir stadig vanskeligere å bygge opp gode rotasjonsordninger. Mange opplever også at kravene til inngrep i generell kirurgi virker urimelige, for eksempel 20 karanastomoser i en tid hvor slike inngrep blir stadig sjeldnere. Noen lurer også på hvorfor alle endringer innen kirurgifaget skal godkjennes av sentralstyret i Legeforeningen hvor det er svært få kirurger. Tiden er kanskje moden for at man ser på utdannelsen i kirurgi på en ny måte. Kanskje vil den nye organisasjonsformen i Norsk Kirurgisk Forening være i stand til å kjøre en slik prosess. Det går an å håpe!

Vellykket om kolocancer

Den 29. april arrangerte NFGK det første nasjonale symposium om koloncancer på Gardermoen. Ideen med en-dags symposium har slått an. Symposiet samlet 95 deltagere på en dag hvor det samtidig ble arrangert kurs andre steder. Aker universitetssykehus var ansvarlig for programmet som var både teoretisk og praktisk lagt opp. Det var en rekke innlegg av meget høy standard. Videodelen med både åpne og laparoskopiske inngrep var praktisk nyttig. Alle foredragene er tilgjengelig på NFGKs hjemmeside (www.legeforeningen.no/infkgk). Ved neste års april symposium vil vi igjen satse multidisiplinært på rektumcancer.

God sommer!

LEDER:

Erik Carlsen • Ullevål universitetssykehus • E-Post:erik.carlsen@ulleva.no

ØVRIGE STYREMEDLEMMER:

Øvind Irtun (nestleder), Ranveig Aspevik (kasserer)
Morten Tandberg Eriksen (sekretær) Christine Gaarder (styremedl.)
Trond Haugstvedt (styremedl.) Ronald Mårvik (styremedl.)
Jon Arne Søreide (styremedl.)

Norsk Karkirurgisk Forening (NKKF)

Forfattere ?

Foreningen har vært igjennom et år hvor funksjonsfordeling har vært i fokus. I mai 2004 ble det med i utgangspunkt i styret startet en prosess som endte opp med et forslag til funksjonsfordeling som hadde utgangspunkt i "Strukturrapporten om karkirurgi i Norge".

Funksjonsfordelingsforslaget ble lagt frem for generalforsamlingen i NKKF under Høstmøtet 2004 og ble av forskjellige årsaker forkastet. Det ble derfor nedsatt en gruppe med representanter fra alle helse-regionene som igjen hadde arbeidsgrupper med representanter fra alle HF-ene med karkirurgi. Under vintermøtet ble en foreløpig rapport fremlagt, som viste at man var kommet godt på vei med et forslag som man kan enes om. Den endelige rapporten vil bli lagt frem under generalforsamlingen på høstmøtet 2005.

Mange aktiviteter

Spesialistkomiteen har vært aktiv med besøk på og vurderinger av flere sykehus

Det har blitt avholdt flere kurs blant annet under høstmøtet og vintermøtet. Dette bringer oss over i et annet aktuelt tema, nemlig vårt forhold til industrien.

Vanskelighetene rundt utstillere i forbindelse med kurs virker uoverkommelige. NKKF fikk ikke godkjent kurset som ble avholdt under vintermøtet fordi det var utstillere tilstede på hotellet. Denne saken vil rulle videre under regi av Norsk kirurgisk forening.

I 2009 vil den europeiske karkongressen bli avholdt i Oslo. Det er nedsatt en komite av det karkirurgiske miljøet med Jørgen J. Jørgensen som leder.

Det er også å nevne at vi har representanter i de europeiske og skandinaviske sammenlutninger.

Aktuell webadresse (se også lenker knyttet til denne adresse):

<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=2670&subid=0>



LEDER: Jarlis Wesche (Kirurgisk avdeling • Akershus Universitetssykehus • 1474 Nordbyhagen)

ØVRIGE STYREMEDLEMMER: Jon Otto Sundhagen (nestleder/kasserer)
Gustav Pedersen (sekretær)
Antonio Rosales (varamedlem)
Jens Evjensvold (varamedlem)

Norsk Thoraxkirurgisk Forening

Rune Haavestad, leder

Vi bruker vår plass i Kirurgen til å redgjøre om Ventetidsgaranti som opptar våre medlemmer:

Norsk Thoraxkirurgisk Forening foreslår ventetidsgaranti for lungekreft, angina pectoris og aortastenose

Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 (med revisjoner 12.12.2003 og 01.09.2004) sikrer pasientene rett til helsehjelp og en fastsatt frist for når medisinsk behandling skal være utført.

§2 "Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten" foreligger ihht. følgende tre forutsetninger:

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
2. Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
3. De forventede kostnader står i et rimelig forhold til tiltakets effekt

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte og lidelse, problemer med vitale livsfunksjoner som for eksempel redusert næringsinntak eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger en god dokumentasjon for at aktuell medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling, eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

Pasienter som behandles innen spesialiteten Thoraxkirurgi fyller for en stor andel kriteriene for "rett til helsehjelp". For langt de fleste er den dokumenterte effekten av behandling så omfattende at dette er ukontroversielt og kan vurderes uten spesiell veiledning av de ventelisteansvarlige ved landets thoraxkirurgiske avdelinger.

Fastsettelse av "frist for gjennomført behandling" er imidlertid en skjønnsmessig vurdering med lite kunnskapsbasert informasjon tilgjengelig. Fastsettelse av frist for når medisinsk behandling skal være utført må alltid være en individuell og skjønnsmessig vurdering.

Norsk Thoraxkirurgisk Forening er av den oppfatning at generell fastsettelse av ventetidsfrister bør gis for:

1. Tilstander som forekommer hyppig og dermed utgjør en stor andel av pasientene på ventelistene i Norge.
2. Klinisk stabile tilstander (ikke øyeblikkelig hjelp eller krav til behandling under samme sykehusopphold) hvor utsettelse av behandlingen gir potensielt prognosetap eller fare før død i ventetiden (dvs. sykdom med forventet såkalt "ventelitemortalitet").

Etter Norsk Thoraxkirurgisk Forenings mening omfatter dette 3 tilstander:

1. Lungekreft
2. Stabil angina pectoris
3. Aortastenose uten livstruende symptomer

Nedenfor er disse tilstandene vurdert hver for seg. Relevant referanselitteratur finnes etter omtalen av de tre sykdomskategoriene.

Lungekreft

Det finnes ingen dokumentasjon på at kort ventetid fra diagnose til kirurgisk behandling av lungecancer gir bedret overlevelse. Tumorvekst i ventetiden kan være betydelig, men det er ikke mulig å predikere vekst av svulsten for den enkelte pasient. Det er sannsynlig at en del pasienter i ventetiden vil gå fra å være kirurgisk operable til å bli inoperable uansett ventetid.

Norsk Thoraxkirurgisk Forening anbefaler at kirurgisk behandling av diagnostisert lungecancer skal være gjennomført senest 4 uker etter at søknaden er mottatt ved den thoraxkirurgiske avdelingen. Hvis pasienten skal gjennomgå preoperativ behandling med

kjemoterapi, noe som kan bli mer vanlig i fremtiden, vil behandlingen skje utfra individuell behandlingsplan.

Stabil angina pectoris

Følgende risikofaktorer gir øket risiko for mortalitet i venteperioden:

- hemodynamisk påvirkning eller behov for understøttende behandling for å opprett holde tilstrekkelig blodsirkulasjon; enten medikamentelt eller ved hjelp av eksterne pumper
- uttalte smerter, også i hvile (spesielt ved behov for pågående intravenøs medikamentell behandling)
- alvorlig koronarpatologi (uttalt hovedstammestenoze eller omfattende tre-karsykdom)
- hjertepumpesvikt (spesielt redusert venstre ventrikkelfunksjon)
- biokjemisk tegn på myokardskade
- samtidig aortaklaffe-sykdom

Disse faktorene medfører oftest prioritet til kirurgi med øyeblikkelig-hjelp status eller behandling under samme sykehusopphold.

Mindre uttalte symptomer av samme kategori, samtidig høy alder og spesielt hos menn, utgjør spesielle risikofaktorer også hos pasienter på elektiv venteliste. Forekomst av slike symptomer må derfor medføre kortere ventetid enn angitt maksimalventetid.

Dersom pasienter med koronarsykdom ikke har spesielt høy risikoprofil, anbefales den maksimale ventetid til elektiv koronarkirurgi satt til 8 uker etter mottatt søknad.

Aortastenose uten livstruende symptomer Aortastenose utgjør en egen risikofaktor for mortalitet på ventelisten til hjertekirurgi (se over). Dette krever spesiell aktpågivenhet ved uttalte symptomer.

Ventetiden til kirurgisk behandling av aortastenose hos pasienter uten alarmerende symptomer anbefales til maksimalt 8 uker etter mottatt søknad.

LEDER: Rune Haavestad • St. Olavs Hospital • Hjerteklinikken St. Elisabeth • Tlf.: 73 99 85 00

ØVRIGE STYREMEDLEMMER: Eltvedt Fiane Arnt, Truls Myrmel, Svein Rørdam, Theis Tønnessen

Departementet ønsker en utvidet rett til å praktisere kosmetisk kirurgi

Foreningen har den siste tiden arbeidet med høringsuttalelser vedrørende markedsføring og rett til utøvelse av kosmetisk plastikkirurgi. Departementet har ønsket liberalisering av retten til utøvelse av estetisk plastikkirurgi. I Norge har kun plastikkirurger en generell rett til å utføre kosmetisk plastikkirurgi. Dertil kan spesialister praktisere kosmetisk kirurgi innen sitt "anatomiske" spesialområde. Foreningen mener dagens regulering fungerer godt og sikrer pasientene mot useriøse aktører og metoder.

Regulering av markedsføring av kosmetisk plastikkirurgi

Departementet har samtidig tatt til orde for en mer restriktiv markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester. I praksis vil man innskjerpe gjeldene regler til også å gjelde nettbasert markedsføring. Man har særlig fokusert på før- og etterbilder og den tildels folkelige benevnelsen av indikasjonsområder. Foreningen støtter Departementets syn, men mener man bør skille mellom generell markedsføring og informasjon som pasienten selv oppsøker.

Forholdet mellom offentlig og privat sektor

Foreningen har i denne perioden vært opptatt av forholdet mellom offentlig og privat virksomhet og de problemer som oppstår når offentlig ansatte leger slutter for å arbeide ved private klinikker. Dette er et viktig problem og årsakene er komplekse. Dette var også tema på en sesjon ved siste årsmøte og det var en heftig debatt i et fullsatt auditorium. Temaet har også vært hyppig omtalt i mediene. Ved årsmøtet hadde Norsk forening for estetisk plastikkirurgi, som er en underavdeling av Norsk plastikkirurgisk forening, et seminar om den nye pasientrettighetsloven med særlig fokus på de private sykehusenes ansvar.



Adressefelt
kontaktperson

Olav Røise, ortoped Ullevål sykehus og nasjonal formann for ATLS i Norge:

“Målet om bedre og mer enhetlig skadebehandling ved sykehusene er stadig nærmere.”

ATLS eller Advanced Trauma Life support er et kursprogram utviklet i USA for initial skadebehandling. Hovedmålet er å redusere tiden i akuttmottaket, slik at pasientene raskt kommer til definitiv kirurgisk behandling. De første kursene gikk av stabelen høsten 2004.

Kirurgen tok kontakt med Olav Røisi, som er nasjonal formann for kursene i Norge, for å få en statusrapport.

► -Hva erfaringene med ATLS-kursene så langt.

-Siden vi startet opp med det første kurset for norske instruktører i Bergen i september i fjor, har vi nå arrangert 3 kurs med tilsammen 46 deltagere. De fleste er anestesileger eller kirurger, men vi har også hatt med oss allmennleger, blant annet i fra Svalbard.

Kursene er godt mottatt med gode skriftlige evalueringer. Mange hevder kurset er det beste de har vært på. Svært hyggelig siden vi bare står i startfasen. Tror den oppfatningen skyldes et par ting; Vi har lyktes å få et meget sterkt instruktørkorps som i tillegg til å ha svært mye traumeerfaring, også er vant til å undervise. Men ikke minst, entusiastiske instruktører smitter over på hele læresituasjonen. Dessuten; i motsetning til de fleste kursene jeg kjenner til i Norge, så har vi eksamen og en pretest der det stilles klare krav til forberedelse. Dersom man ikke har lest den tilsendte litteraturen i forkant, så klarer man neppe eksamen. Dette medfører at de fleste er godt forberedt før de kommer og det medfører også at dialogen og utbyttet av kurset blir bedre enn på andre kurs. Alle studentene tildeles en fadder som blant annet ringer opp kandidatene før kurset for å sjekke ut om de forbereder seg og om det er noe de trenger hjelp til.

-Hvordan går det med økonomien @for kurset?

-Så langt klarer vi oss. Dessverre er kurset veldig dyrt. Hovedårsaken til dette er det høye antall instruktører, 0,75 instruktør per student.



Kursavgiften er på kr 8000,- og dette går til å dekke de direkte utgiftene vi har til hvert enkelt kurs. Instruktørkorpsen kommer fra hele landet og utgiftene til reise og opphold for dem er den største utgiften. Instruktørene får ikke selv lønn for kurset – i motsetning til praksis på universitetskursene – dette bidrar til å holde kursavgiften på det nivået den er i dag. Ellers går kursavgiften til å dekke læreboka (bare kr 300) og innleie av en spesialdukke til de praktiske kirurgiske prosedyrene. Disse dukkene brukes i stedet for griser – vi valgte denne løsningen fordi vi mente det er ønskelig å bruke dukker der det er mulig som alternativ til dyr. Dukka er velegnet til innleggelse av dren i brysthulen, peritoneal lavage, cardiocentese og etablering av kirurgisk luftvei. Den produseres av et firma i Seattle og vi håper at vårt hjemlige firma (Lærdal Medical) i nær framtid skal gi dem konkurranse. Endelig så bidrar Stiftelsen Norsk

Luftambulanses betydning for å holde utgiftene nede. De står for et meget effektivt og godt sekretariat som både ordner alt med påmeldinger og

ikke minst står for alt arbeidet med å skaffe markører til kurset og den selve praktiske gjennomføringen

-Hva med planer framover?

-I år arrangerer vi tilsammen 4 kurs. Neste år øker vi kapasiteten til 6 kurs. Vi øker instruktørstaben fra 14 til 23 nå i september. Vi har som målsetning at hver instruktør ikke skal ha mer enn 2 – 3 kurs i året. Vi er redde for å misbruke entusiasmen – og håper at diverse tiltak skal holde den ved like. Vi vil øke kursproduksjonen i årene framover til vi når et nivå som dekker behovet – det tror vi ligger på 10 i året basert på erfaringer fra andre land som vi kan sammenligne oss med.

Vi jobber også for at disse kursene skal bli obligatoriske for å kunne drive med traumebehandling – det vil si at ansvaret for å ta kursene flyttes til sykehuseier i stedet for den enkelte deltager. En del sykehus har heldigvis forstått betydningen av disse kursene og dekker kursavgiften uten at dette nå er pålagt dem. ◀

Aage W. Karlsen,
Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA):

”ATLS - en av tiltakene for å utvikle den akuttmedisinske kompetanse i og utenfor sykehuset”



Kirurgen tok kontakt med undervisningsleder i SNLA, Aage W. Karlsen som har ansvar for opplegg og gjennomføring av de enkle ATLS-kursene.

► **Hva er Stiftelsen Norsk Luftambulans bakgrunn og målsetting for å satse på kurs innen akuttmedisin?**

-Som ledd i vår målsetting om ”Å redde liv” har det å utvikle den akuttmedisinske kompetanse utenfor sykehuset vært viktig. Dette innebærer at vi i dag tilbyr en rekke kursaktiviteter som f. eks PHTLS (Prehospital Trauma Life Support) og kurs som knytter redningsetater tettere sammen (brann, politi og ambulans).

SNLA har imidlertid sett et behov også for å komme med kurs som vil forbedre det akuttmedisinske tilbud i akuttmottak. Derfor organiserer vi i dag kurser i traumebehandling for sykepleiere i akuttmottak med kurset TNCC (Trauma Nursing Core Course). Videre har vi blitt en samarbeidspartner til Norsk Resuscitasjonsråd ved etableringen av APLS (Advanced Pediatric Life Support).

Sammen med Norsk kirurgisk forening og Norsk Anestesiologisk forening, har vi vært med på å få etablert ATLS kursene i Norge. Disse etableringene er i stor grad finansiert gjennom SNLA's medlemsinntekter.

-Kan du si kort hva som er SMLA's arbeid knyttet til prosjektet?

-I dag administrerer SNLA kursene, dvs. markedsfører, tar imot påmeldinger, sender materiell til både deltakere og instruktører og tilrettelegger

kursene rent praktisk. En betydelig del av disse kostnadene dekkes foreløpig av SNLA.

Utvelgelse av deltakere, antall kurs, utvelgelse av instruktører etc. står styringsgruppen med medisinsk direktør i ATLS, Olav Røise i spissen for.

-Hva er planene fremover?

-Etter en god start i fjor høst har vi nå høstet mange erfaringer og har planlagt 2 kurs i høst og 6 kurs i 2006. Det innebærer at ca. 200 leger da vil ha gjennomført dette kurset. ◀

Framtidige planlagte kurs

År/Tidspunkt for kurs	Januar	Mars	April	Juni	September	November
2005					27. – 29. Bergen	15. – 17. Oslo
2006	11. -13. Oslo	22. – 24. Bergen	26. – 28. Oslo	14. – 16. Bergen	20. – 22. Bergen	22. – 24. Oslo

Påmelding via Websiden www.ATLS.no

Informasjon om Kongresser og møter:

EATES- kongressen, 6. - 9. september 2006, i Malmø, Sverige



1st Announcement -
<http://www.eates.se>

► Hilsning fra Sverige:

Organising Chairman Else Ribbe, Docent, Överläkare, Lunds Universitet, Kir. klin., Kristianstads Lasarett skriver:

Kongressen kommer att belysa trauma, akuttkirurgi, prehospital vård, sjuksköterskeomhändertagande, ortopediskt trauma och katastrofmedicin. Den vänder sig alltså till flera yrkesgrupper och specialiteter. ◀

Saker fra landsstyremøtet i Legeforeningen 27. mai 2005

► På årets landsmøte ble det fattet en rekke tiltak som har betydning for medlemmer i Norsk kirurgisk forening. Her de viktigste:

1. Endret størrelse og sammensetting av landsstyret i Legeforeningen

De fagmedisinske foreningenes representasjon skal økes fra 10 til 20 delegater, og det samlede antallet landsstyredelegater skal økes fra 125 til 128.

Vedtaket ble gjort med stor enighet om endring av antall delegater og sammensetting av landsstyret. Endringene følger av ønsket om å styrke den faglige aksene i Legeforeningen, samt at representasjonen mellom lokalforeningene og yrkesforeningene bør endres til fordel for yrkesforeningene. Yrkesforeningene vil med dette sikres gjennomgående representasjon i den utstrekning de ønsker det. 27.5.2005

Terje Sletnes - Avdeling for informasjon og helsepolitikk

2. Obligatorisk medlemskap også i spesialforeninger

Landsstyret har vedtatt gjennomgående representasjon med obligatorisk medlemskap i fylkesavdeling, yrkesforening og spesialforening for Legeforeningens medlemmer.

I kjølvannet av Landsstyrets diskusjon om Legeforeningens fremtidige organisasjon vedtok Landsstyret at medlemskapet i tillegg til å være betinget av legemedlemmenes arbeid geografisk og yrkesmessig, også skal være betinget av deres faglige interesse. Bakgrunnen for vedtaket er at Landsstyret ønsker at medlemmenes faglige engasjement, som i de fleste fag har utfoldet seg i godkjente spesialforeninger med frivillig medlemskap, skal bli nærmere integrert i Legeforeningen for å styrke foreningens faglige profil og virksomhet.

Fagmedisinske foreninger

Av vedtaket fremgår det at legemedlemmer med autorisasjon ilegges et tillegg for faglig medlemskap i kontingenten til Den norske lægeforening. Nåværende spesialforeninger som representerer de faglige interesser knyttet til en godkjent spesialitet, endrer status fra 1.1. 2007 og betegnes deretter som fagmedisinske foreninger.



Legemedlemmer som er godkjente spesialister fordeles automatisk til de foreninger som representerer den enkeltes spesialitet som ordinære, obligatoriske medlemmer. Medlemmer med fastlegeavtale (også ikke-spesialister) tilmeldes den fagmedisinske forening for allmennmedisin. Unntatt er leger i kombistilling (allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk arbeid) som kan velge mellom den fagmedisinske forening for allmennmedisin eller samfunnsmedisin.

Trygg økonomi

De fagmedisinske foreningene vil ikke lenger kreve egen kontingent overfor ordinære medlem-

mer. De tilføres i stedet økonomisk tilskudd til drift av foreningen over Legeforeningens budsjett. Dette gir de fagmedisinske foreninger en trygg økonomi for drift og faglige aktiviteter på minst samme nivå som tidligere.

Nåværende spesialforeninger som ikke dekker en spesialitet, og således ikke omfattes av utvidelsen av det obligatoriske medlemskapet, forutsettes videreført som frivillige foreninger innen Legeforeningen og etter sine nåværende lover så langt de passer, inntil ev. oppdatering finner sted.

Lise Berit Johannessen - Avdeling for informasjon og helsepolitikk

3. Landsstyret presiserer Loen-vedtaket

Det har vært noen uklarheter etter Loen-vedtaket i fjor angående legemiddelindustriens tilstedeværelse ved kurs i legers videre- og etterutdanning. Seks presiseringer ble derfor vedtatt under årets landsstyremøte.

Sentralstyret la frem forslag til seks prinsipper, og ba om landsstyrets tilslutning til disse.

1. Prinsippene i landsstyrets vedtak mai 2004 om tellende, godkjent videre- og etterutdanning uten medvirkning fra medisindustrien opprettholdes.

2. Det tillates heller ikke markedsføring av andre typer produkter og tjenester i tilknytning til tellende kurs i legers videre- og etterutdanning.

3. Retningslinjene for vurdering av kurs, vedtatt av sentralstyret 24. august 2004 opprettholdes, og prinsippene i disse videreføres.

4. Sentralstyret kan fortsatt etter begrunnet søknad, gi unntak fra bestemmelsene for lån av utstyr fra utstyrsfirmaer når det er nødvendig av hensyn til kursets kvalitet.

5. Når det for kursgjennomføring er nødvendig å låne utstyr fra firmaer, skal innbydelse sendes alle aktuelle firmaer og minst to bør låne ut utstyr.

6. Leger skal normalt undervise og demonstrere bruk av utstyr. Bare når det er nødvendig for undervisningen, kan firmarepresentanter bistå i demonstrasjon og bruk av utstyr.

De seks presiseringer ble vedtatt. De tre siste punktene utløste debatt, og de seks forslagene ble derfor stemt over i to omganger. Punkt 1-3 ble enstemmig vedtatt. Også punkt 4-6 gikk gjennom, men landsstyret påla sentralstyret i et oversendelsesvedtak, å utrede konsekvensene av vedtaket om samhandling med utstyrsindustrien.

Eline Feiring - Nettredaksjonen

Nye norske kirurgisk forening!

Høstmøtet i Norsk Kirurgisk Forenings regi er igjen vellykket gjennomført som faglig og sosial møteplass for alle våre kirurger. Det legitimerer som det er sagt, i seg selv NKF, med ambisjonen er altså at NKF også skal få helsepolitisk innflytelse etter de mange år på sidelinjen. Det skal skje ved at samtlige kirurgiske spesialforeninger og YLF går sammen under Nye NKF som "paraplyorganisasjon" med et styre bestående av deres ledere. Dette er etter min mening et dristig prosjekt.

Nils Helsing, Professor emeritus

"We must now think differently - completely differently!"

Richard Smith-redaktør BMJ



► Blant annet fordi lederne jo er valgt på andre premisser. De- og vi- må si som Richard Smith-redaktør BMJ: "We must now think differently - completely differently!" Vi må igjen tenke som "generelle kirurger"!

Nepe innflytelse

Jeg tror ikke at vi uten videre kan regne med noen spesiell innflytelse ved denne omorganisering, heller ikke ved å frskrive oss all "fagforeningsstatus". Man vil utvilsomt møte mistillit fra det helsepolitiske miljøet, både fra politikere og byråkrater. Departementet legger f.eks. skylden på avdelingsoverlegene "som ikke vil ta sitt medansvar for helheten" når det gjelder å forklare hvorfor sykehusene er så vanskelige å styre! (Rapport 2001)

Kvalitetsstragi og Innholdsreform

Vi aksepterer konfliktdiagnosen, men ser vel motsetningene først og fremst som en følge av uhold-

bare ansvars- og ledelsesforhold i sykehusene: Ved overgangen fra profesjonsledelse til administrativ styring (1969) ble også avdelingene styrt "samtidig ovenfra og nedenfra" som det offisielt heter. Dette måtte skape de motsetninger som senere har preget våre sykehus internt og sykehusvesenet som helhet. Det var også situasjonen da den "revolusjonerende" Kvalitetsstrategien skulle introduseres 1995. Byråkratene så det som en selvfølgelig administrativ oppgave, mens legene tolket det hele som ennå et forsøk på kontroll. Dialogen manglet. Den unike mulighet for konsensus ble ikke utnyttet.

Sykehusreformen 2001 omfatter som kjent også en Innholdsreform, som ifølge departementet skal være selve garantien for "bedre og mer effektive sykehus". Kvalitetsstrategien vil være det selvfølgelig svar på Innholdsreformen men var altså ikke på agendaen. Og Innholds-reformen er derfor fortsatt ikke gjennomført!

Fristillingen må gjennomføres

La meg bare i stikkords form konkretisere nærmere hvordan Reformen etter min mening kan fullføres: Sykehusene må "fristilles" til selvstendig ansvar i samsvar med deres nye status som foretak. Fristillingen må videreføres internt med klart skille mellom administrativ sykehusledelse og operativ profesjonell avdelingsledelse med fullt ansvar for pasientbehandling og økonomistyring. I avdelingen vil Kvalitetsstrategien da være en selvfølge! Med "ansvarliggjorte" avdelinger vil også reell sykehusledelse igjen bli mulig etter de mange år som "a mission impossible". Dette er helsepolitiske spørsmål som Nye NKF da må ta stilling til når organisasjonen blir operativ fra Årsmøtet 2005.

Kirurgene kan igjen ta ledelsen!

Kan NKF ta ansvar for fag og politikk?

Mandag den 25. april arrangerte Den Kirurgiske Forening i Oslo et åpent medlemsmøte i samarbeid med ledelsen i Norsk Kirurgisk Forening. Tema for møte var Norsk Kirurgisk Forenings rolle etter 2004.

Skal foreningen være et talerør for kirurgifaget eller en overflødig forening?

Knut Strømsøe, leder DKFO

► Møtet ble avholdt i møterommene på Diakonhjemmets sykehus og ble som vanlig innledet med sosialt samvær og en lett bevertning. Lederen i Den Kirurgiske Forening i Oslo ønsket velkommen til de ca. 20 fremmøtte etter å ha informert om bakgrunnen for hvorfor foreningen hadde invitert ledelsen i Norsk Kirurgisk Forening for å orientere om Norsk Kirurgisk Forenings strategi i fremtiden som talerør for de kirurgiske fagene. Dette med bakgrunn i den omstrukturering av Norsk Kirurgisk Forening som ble vedtatt på generalforsamlingen i 2004. Møtet var lagt opp som et debattmøte.

Ny satsing i NKF

Norsk Kirurgisk Forenings leder, Lars Vasli, innledet med en orientering omkring Norsk Kirurgisk Forening i et historisk perspektiv frem til i dag. Målsetningene til foreningen er de samme i dag, som da foreningen ble opprettet i 1911, nemlig å fremme kirurgiens utvikling i Norge. - til beste for pasientene. Utover dette skal foreningen arbeide for sykehusvesenets utvikling, sikre kirurgenes stilling både sosialt og økonomisk og gi kirurgene muligheter til å følge med i fagets utvikling. Fragmenteringen av kirurgien i stadig flere spesialområder i de siste årtiene, har ført til at foreningen, som "moderforening" for de kirurgiske fagene har mistet mye av sin betydning. Tapet av "gjennomslagskraft" som overordnet forvalter av de kirurgiske fagenes interesser, var bakgrunnen for at man på generalforsamlingen i 2003 nedsatte et utvalg som skulle vurdere NKF's forhold til medlemmene og spesialforeningene innenfor de kirurgiske disiplinene. Utvalget skulle utarbeide forslag til hvordan NKF kunne utvikle handlekraft som gjorde foreningen til en konstruktiv og aktiv deltager i den fag og helsepolitiske debatten.

Unngår sprikende interesser

Innlederen redegjorde for den prosess som førte til at man på årsmøtet i NKF i 2004 etablerte det

man i dag kan kalle "Nye Norsk Kirurgisk Forening". Det viktigste i denne prosessen har vært analysen av "Nå" situasjonen og visjonene for fremtiden. For å samle de av og til "sprikende interessene" til spesialforeningene i de kirurgiske fagene, ble det på generalforsamlingen i 2004 vedtatt at styret i NKF skulle bestå av alle lederne i de forskjellige spesialforeningene og at ledervervet skulle skje ved valg i generalforsamlingen. Den eneste ikke valgte representant i styret skulle være YLF's representant. En forutsetning for at NKF skal lykkes i sitt mål om å være et talerør for de kirurgiske fagene, er at generalforsamlingen og spesialforeningene godkjenner NKF som sitt talerør ovenfor overordnede myndigheter inklusive legeforeningen.

Dette innebærer at alle høringer skal skje gjennom styret i NKF som så har delegasjonsmyndighet ut av styret. En garanti for at dette skal fungere, er en sammensetning av styret som besluttet på generalforsamlingen i 2004. For å muliggjøre en slik oppgave vil et sekretariat for håndtering av disse oppgavene bli opprettet. Det vil også bli reist midler til delvis frikjøp av leder for foreningen. NKF ønsker å være aktiv i informasjonen om denne nye strategien, ovenfor de overordnede instanser i fremtiden og tilby sine tjenester. For at NKF skal lykkes i dette, må foreningen ivareta spesialforeningenes interesser på en tilfredstillende måte og synliggjøre at man oppnår bedre resultater gjennom å arbeide på denne måten enn om man står alene. Avvikende meninger mellom styret i NKF og spesialforeningene må synliggjøres og spesialforeningenes mening må ikke "undertrykkes" av NKF.

Den kirurgiske utdannelsen

Sammensetningen av styret i NKF skulle kunne garantere for at dette fungerer etter hensikten. En av hovedoppgavene til NKF i fremtiden, må være å samordne den kirurgiske basis for de forskjellige kirurgiske spesialitetene. Dette innebærer også at man gir anbefalinger for hvordan denne basale kirurgiske utdanningen bør koordineres og struktureres i fremtiden. Mulighetene for å hente inspirasjon fra andre land når det gjelder dette foreligger. Blant annet kunne en studie av situasjonen i England og Skottland være interessant. Her har man delt kirurgenes fag interesser og de fagpolitiske interessene mellom to forskjellige organisasjoner. Royal College of Surgeons ivartar fagets interesser for de kirurgiske disiplinene.

Lars Vasli avsluttet innledningen omkring Norsk Kirurgisk Forenings rolle i fremtiden med å understreke at foreningens hovedsatsingsområde i fremover vil være å arbeide for en strukturert grunnutdanning i kirurgi for alle kirurgiske spesialiteter. Dette arbeide vil bestå i en styrking og samordning

av denne utdanningen. Norsk Kirurgisk Forening vil arbeide for, også i fremtiden, og være et rekrutteringsforum for kirurger i utdanning. Traumatologien er et sentralt element i den kirurgiske virksomheten og bør samles i NKF. Oppnåelse av traumatologisk / akuttkirurgisk vaktkompetanse bør være en primær målsetning for basiskompetansen i kirurgi uansett spesialtilhørighet. ATLS – utdannelsen vil være en naturlig del av dette arbeidet.

Helsepolitikk og sykehusorganisering må bli en viktig del av arbeidet for en fornuftig faglig utvikling. I en tid med økende subspecialisering, vil behovet for en overbygning for de kirurgiske spesialforeningene bare øke. NKF ønsker å skape en felles arena for faglige og helsepolitiske diskusjoner. De Kirurgiske Foreningers Høstmøte, i regi av NKF, vil fortsatt være viktig i denne sammenheng.

God debatt

Innledningen til debattmøte ble godt motatt og etterfulgt av en times debatt omkring emnet. I denne debatten deltok debattanter fra flere forskjellige kirurgiske spesialiteter.

Det var stor enighet omkring betydningen av en sterk og handlingskraftig forening som taler de kirurgiske fagenes sak utad. For å ha gjennomslagskraft i den fagpolitiske diskusjon, trenger man et talerør og dette talerøret kan NKF, slik foreningen nå presenterer seg, meget godt bli. Diskusjonen omkring Generell Kirurgi som basis for all kirurgisk utdanning er nå lagt til side og man må nå konsentrere seg om basiskompetansen for å være kirurg på en annen måte enn tidligere. Debatten omkring dette synliggjorde en viss "forskjell i forståelsen av behovet" mellom den eldre og den yngre del av debatt deltagerene.

Tro på "Den nye norske kirurgiske forening"

Man var uenige om fagpolitiske spørsmål skulle overlates til moderforeningen (DNL), eller om NKF, i tillegg til det faglige, også skal ta seg av det fagpolitiske. NKF's nye struktur ble vedtatt på generalforsamlingen 2004. Foreningen vil naturlig nok trenge tid på å etablere en strategi for fremtiden. Diskusjonsmøtet ga imidlertid håp for fremtiden for de kirurgiske miljøene. Fragmentert og ute av stand til å samordne vesenlige deler av de felles interessene man har, vil kirurgien, som fag, i fremtiden svekkes og rekrutteringen i faget være skadelidende. "Den Nye Norske Kirurgiske Forening" kan være drivkraften i denne "gjenfødelsen" av "kirurgien" i Norge, ◀

A
Blad

Eftersendes ikke ved varig adresseendring men sendes tilbake til senderen med opplysninger om den nye adressaten

Norsk Kirurgisk Forening
Postboks 17 Kjelsås
0411 Oslo



degrah © 4155 / 2004

*Revolutionizing
Orthopaedic Surgery*

FiberWire®

Braided Composite Suture

Arthrex

OrtoMedic

Vollsveien 13F • Boks 317 • 1326 Lysaker • Telefon: 67 51 86 00 • Telefax: 67 51 85 99
E-post: ortomedic@ortomedic.no • www.ortomedic.no