

ÅRSMØTE I NORSK KIRURGISK FORENING 2008

TORS DAG 23. OKTOBER KL. 17.00 I SAGA AB, HOLMENKOLLEN PARK HOTELL

Sakliste

- Sak 1 Åpning av møtet
- Sak 2 Valg av møteleder, godkjenning av innkallingen
- Sak 3 Årsberetning fra styret
- Sak 4 Rapport fra Spesialitetskomiteen i generell kirurgi
- Sak 5 Rapport fra Norsk Thoraco-laparoscopiforum (NTLF)
- Sak 6 Rapport fra Traumeutvalget
- Sak 7 Rapport fra Nordisk kirurgisk forening
- Sak 8 Rapport fra de fagmedisinske foreningene
- Sak 9 Prisutdelinger
- Sak 10 Samarbeid med Royal College of Surgeons
- Sak 11 Saker forelagt av styret
 - 11.1 Honorar til styret
 - 11.2 Spesialiteten generell kirurgi/utdanning av fremtidens kirurger
 - 11.3 Sykehusstruktur og akuttkirurgi
 - 11.4 Organisering av Traumesymposiet
 - 11.5 Æresmedlemmer
- Sak 12 Saker forelagt av medlemmene
 - 12.1 Spesialitetskomiteen i generell kirurgi sitt syn på prosessen angående ny spesialitetsstruktur og utdanning av spesialister
 - 12.2 Bekymringsmelding
- Sak 13 Regnskap
- Sak 14 Budsjett
- Sak 15 Valg av revisor
- Sak 16 Årsmøtet 2009

- Vedlegg 1 Referat fra Årsmøtet 2007
- Vedlegg 2 Gjeldende lover for NKF
- Vedlegg 3 Høring: "Omstillingsprosessen i helsesørøst: Akutfunksjoner"
- Vedlegg 4 Høring: "Utredning om spesialistutdanningen av leger"
- Vedlegg 5 Høring: "Omstillingsprogrammet i Hovedstaden."

ÅRSBERETNING FRA STYRET 2007-2008

1. Styrets virksomhet i perioden

Norsk kirurgisk forening har i 2008 bestått i 97 år. Styret har avholdt 5 ordinære styremøter (desember 2007, januar, mars, september og oktober 2008) der det har blitt behandlet til sammen 49 saker.

Hovedsaker dette året har først og fremst vært saker knyttet til omstillingsprosessene i Helse SørØst og reformering av kirurgiutdannelsen. Denne prosessen har utfordret styret til å gå inn i diskusjoner internt i Legeforeningen, i Helseforetak og politiske arenaer om grunnleggende spørsmål angående sykehusstruktur, akuttfunksjoner, hvordan vi som kirurger anser at vi må satse for å få en spesialitetsstruktur som er fremtidsrettet og rekrutterende, funksjonsfordelinger med mer. Aldri før har styret hatt et så intensivt år i forholdet til Legeforeningen. Dette er et resultat av at vi har blitt betraktet som en viktig aktør som paraplyorganisasjon og ikke minst den satsingen Legeforeningen har gjort i forhold til å knytte de fagmedisinske foreningene inn i de besluttende delene av organisasjonen.

Styret har hatt besøk av Norsk Helsenett og vi har gjennomført besøk på nye Ahus. Arbeidet med nærmere tilknytning til Royal College of Surgeons har vært kontinuert og leder hadde møte med ledelsen i RCS i august og et nytt møte er berammet til ultimo november. Ullevål sykehus vil 2009 etter planen gjennomføre første samarbeidskurs med RCS i basis kirurgi. NKF har i dag en sentral rolle i forbindelse med ATLS og ønsker også å få et økt internasjonalt samarbeid innen andre deler av kirurgiutdanningen. Satsingen sammen med RCS er derfor viktig og vil forhåpentligvis gi positive ringvirkninger. Gjennom samarbeidet i UEMS får vi et godt innblikk i de utfordringene kirurgien har i Europa og dette styrker også behovet for internasjonalisering også av utdannelsen. Norge og NKF har fått vertskapet til møte i Section of Surgery i UEMS våren 2009. Møtet vil bli avholdt i Stavanger.

Styret har også arbeidet målrettet med utvikling av Kirurgen og hjemmesiden. Bård og Jon Helge har gjort en fantastisk jobb for å komme dit vi er nå. Gjennom Kirurgen har vi forsøkt kontinuerlig å opplyse medlemmene om hva som foregår i styret og i fagmiljøet og ikke minst har det gitt medlemmene mulighet til å bruke Kirurgen og hjemmesiden som en viktig kommunikasjonskanal. Vi har også fått ny sekretær (Ida Waal) og hun har vært en uvurderlig støttespiller i en stadig økende flom av saker som skal håndteres.

2. Medlemmer, Styret, Utvalg

ÆRESMEDLEMMER

Pål Benum, Jon Haffner, Arne Haukebø, Nils Helsing, Torgeir Løvig, Hans Olav Myhre, Helge Nornes, Arne R. Rosseland og Einar Sudmann.

MEDLEMMER

Per 31.08.2008 har foreningen 1100 medlemmer, Av 747 medlemmer er 657 leger med spesialitet, 226 leger uten spesialitet, 91 pensjonister under 75 år, 81 pensjonister over 75 år og 45 assosierte medlemmer.

STYRETS SAMMENSETNING 2007-2008

Leder	Tom Glomsaker	Stavanger universitetssykehus
<i>Styremedlemmer</i>		
Repr. generell kirurgi	Bård Røsok	Rikshospitalet
Repr. for leger i kirurgisk utdanning	Jon-Helge Angelsen	Haukeland universitetssykehus
Norsk barnekirurgisk forening	Hans Skari	Rikshospitalet
Norsk f. f. bryst- og endokrin kirurgi	Rolf Kåresen	Ullevål universitetssykehus
Norsk foren. for gastroent. kirurgi	Morten Tandberg Eriksen	Ullevål universitetssykehus
Norsk karkirurgisk forening	Alfred Arvesen	Aker universitetssykehus
Norsk nevrokirurgisk forening	Tomm Müller Brostrup	St.Olavs hospital
Norsk ortopedisk forening	Hebe Désirée Kvernmo	Ullevål universitetssykehus
Norsk plastikkirurgisk forening	Bjørn M. Hokland	Ullevål universitetssykehus

Norsk thoraxkirurgisk forening Norsk urologisk forening	Rune Haaverstad Rolf Høgetveit Hagen	Haukeland universitetssykehus Sykehuset Buskerud
REDAKTØR KIRURGEN	Bård Røsok	Rikshospitalet
REDAKTØR http://www.kirurgen.no	Jon Helge Angelsen	Haukeland universitetssykehus
SPESIALITETSKOMITEEN I GENERELL KIRURGI <i>Leder</i> <i>Medlemmer</i>	Torgeir Løvig Alf F. Rosenlund Marius Langballe Dalin Terje Hasselgård Ingrid Alm Andersen	Helsedirektoratet Universitetssykehuset i Nord-Norge Førde sykehus Molde sjukehus Universitetssykehuset i Nord-Norge
<i>Varamedlemmer</i>	Gry Dahle Torbjørn Dahl Andreas Reite	Rikshospitalet St. Olavs hospital Stavanger universitetssjukehus
LEDER TRAUMEUTVALGET	Christine(Tina) Gaarder	Ullevål universitetssykehus
LEDER FOR NORSK THORACO-LAPROSCOPI FORUM	Arne R. Rosseland	Rikshospitalet
REPR. TIL EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS (UEMS)	Tom Glomsaker Torgeir Løvig	Stavanger universitetssjukehus Sosial- og helsedirektoratet
NORDISK KIRURGISK FORENING	Nærmest avvirket, men en liten gruppe arbeider med å se om det er noe behov for å ha foreningen fortsatt registrert. Det betales ingen kontingent lenger.	
REPRESENTANT NORSK FØRSTEHJELPSRÅD	Styret er kontaktorgan	
RÅDGIVENDE GRUPPE FOR SYKEHUSUTBYGGING	Styret er kontaktorgan	
VALGKOMITÉ <i>Leder</i> <i>Medlemmer</i>	Arne-Chr. Mohn Helga Loose Christine(Tina) Gaarder	Haugesund sykehus Stavanger universitetssjukehus Ullevål universitetssykehus
REVISORER	Arnt Jakobsen Rolf Kåresen	Rikshospitalet Ullevål universitetssykehus
KVALITETSSIKRING	Det er bestemt at styret tar hånd om kvalitetsarbeidet.	

3. Høstmøtet

Høstmøtet (det 84.) arrangeres i år med besøk fra 70 medlemmer av den Nederlandske gastrokirurgiske foreningen. Oppslutningen både fra kirurger og utstillere er fortsatt meget stor. Registrering og innsending av abstrakt er også i år gjort via vår hjemmeside. Dette har i år fungert meget bra og gjør håndteringen av abstraktene mer effektivt i forhold til svar til innsender og oversendelse til spesialforeningene. Bearbeiding av innsendte abstrakt er blitt betydelig bedre med dette systemet. Interessen fra leverandørene er stor, og vi har i år fått plassert de aller fleste utstillerne i utstillings arealet, Valhall.

Vitenskapelige innlegg: Det er i 2008 antatt 271 abstrakts som er det samme som i 2007. Antall symposier blir totalt 14 og det arrangeres i tillegg to universitetskurs.

4. Traumeutvalget / ATLS

Se egen årsrapport fra traumeutvalgets leder, Christine(Tina) Gaarder.

5. UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)

Torgeir Løvig og Tom Glomsaker møter i UEMS, Section of Surgery.

6. Profesjonalisering av sekretariatet

Ida Waal tok over som sekretær etter Ragni Skille Berger mars 2008. Dette er en 15 % stilling der sekretæren bl.a. har ansvar for å skrive referater, holde orden på korrespondanse samt utarbeiding av styredokumenter og årsmøtedokumenter.

7. Årsrapport for Kirurgen og nettsiden www.kirurgen.no

Jon Helge og Bård – muntlig orientering på generalforsamlingen

8. Hjemmeside på Legeforeningens nettsider

www.legeforeningen.no/kirurgen / www.legeforeningen.no/nkf

Foreningen har også egen hjemmeside via Legeforeningen. Disse oppdateres av sekretær og inneholder bl.a. nye vedtekter, årsmøteannonsering, årsmøtedokumenter, årsmøtereferater, høstmøteinformasjon (lenke), medlemmer av styret og annet av organisasjonmessig karakter.

9. Høringer

Styret har i perioden 1.11.07 – 31.09.08 fått oversendt til sammen 22 høringer for uttalelse.

Av disse har styret avgitt svar i følgende høringer:

Kurs i utlandet som ledd i legers videre- og etterutdanning: Økonomisk dekning fra utdanningsfondene for gjennomføring av kurs i utlandet for leger i spesialisering

Nasjonal handlingsplan for kreftbehandling

Revisjon av norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Etablering av arenaer for utstillinger av medisinsk utstyr

Utredning om spesialistutdanning for leger 2007

Handbok for redningstjenesten

Utkast til revidert veileder om antibiotika i allmennpraksis

Hovedstadsprosessen: Lokalbaserte tjenester – somatikk

Hovedstadsprosessen: Innspillsnotat området sentrum

Omstillingsprosessen i helse SørØst: Akuttfunksjoner

Omstillingsprogrammet innsatsområde 1: Hovedstadsprosessen

Stillingsstruktur for leger

Relevante dokumenter om høringer finnes på Legeforeningens nettsider www.legeforeningen.no

Legeforeningens høringsuttalelser legges ut på nettsidene straks de er behandlet og vedtatt av sentralstyret.

ÅRSRAPPORT FRA SPESIALITETSKOMITEEN I GENERELL KIRURGI FOR PERIODEN 01.09.2007 – 30.08.2008

Komiteen sammensetning i perioden:

Medlemmer :

Leder	Torgeir Løvig	Sosial- og helsedirektoratet
	Alf Frimann Rosenlund	Universitetssykehuset i Nord-Norge
	Marius Langballe Dalin	Haukeland universitetssykehus
	Terje Hasselgård	Molde sjukehus
	Ingrid Alm Andersen	Universitetssykehuset i Nord-Norge

Varamedlemmer:

Gry Dahle	Rikshospitalet
Torbjørn Dahl	St.Olavs Hospital
Andreas Reite	Stavanger Universitetssjukehus

Kjartan Stormark og Christina Rike har gått ut av komiteen i løpet av perioden og erstattet med Ingrid Alm Andersen og Andreas Reite

Spesialitetskomiteen skal i nært samarbeid med spesialforeningen ha oppmerksomheten henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning av generell kirurger, herunder:

- Vurdere spesialistregler og eventuelt foreslå endringer.
- Vurdere spesialitetens stillingsstruktur, herunder behov for stillinger og innholdet i utdanningsstillingene.
- Foreslå nødvendige kurs og overvåke gjennomføringen. Sikre tilstrekkelig med obligatoriske kurs.
- Overvåke virksomheten ved utdanningsinstitusjonene.
- Vurdere tiltak for kvalitetssikring av videre- og etterutdanningen.
- Avgi innstilling til søknader om spesialistgodkjenning.
- Avgi innstilling til søknader fra sykehusavdelinger om godkjenning som utdanningsinstitusjon.
- Avgi rapport om situasjonen ved utdanningsinstitusjonene til Spesialitetsrådet.

Møter og tilsyn med utdanningsavdelinger:

Komiteen har hatt 5 møter og behandlet 38 saker. Komiteen har i perioden gjennomført besøk ved 5 avdelinger (Sykehuset Østfold Fredrikstad, Rikshospitalet, Stokmarknes sykehus, Narvik sykehus og Harstad sykehus). Dessuten har komiteen planlagt nye avdelingsbesøk i november/desember 2008.

Spesialistgodkjenninger.

Det har i perioden 01.09.2007 til 30.08.2008 blitt godkjent 59 spesialister i generell kirurgi. Av disse er 35 overføringer ifølge EØS avtalen. Av de 24 spesialistene som er godkjent primært i Norge, er det 5 kvinner og 19 menn.

Av overføringene etter EØS avtalen var det 6 kvinner og 29 menn, og av de 35 overføringene etter EØS-regler kommer 13 fra Sverige, 9 fra Danmark, 7 fra Tyskland, 2 fra Ungarn, 1 fra hver av landene Nederland, Spania, Polen og Bulgaria. Dette er de første konverteringene noensinne fra Spania, Polen og Bulgaria..

Betraktninger fra komiteen :

I løpet av forrige år utarbeidet representanter fra Spesialitetskomiteen og styret i Norsk kirurgisk forening sammen en enstemmig innstilling om fremtidig utdanning av kirurger i Norge. Denne innstillingen ble behandlet under Årsmøtet i 2007 hvor den etter spesialitetskomiteens oppfatning fikk tilslutning fra Årsmøtet. Forbauselsen i spesialitetskomiteen var derfor stor da høringssvaret fra styret i Norsk kirurgisk forening på legeföreningens "Utredning om spesialistutdanningen av leger" ble kjent. Legeföreningens utredning som bygger på fellesinnstillingen fra representanter for Spesialitetskomiteen i generell kirurgi og Norsk kirurgisk forening fra 2007, fikk ikke støtte fra styret i Norsk kirurgisk forening. Tre av styrets representanter som hadde vært med å utarbeide innstillingen ga et høringssvar som gikk i mot sin egen innstilling. Styret i Norsk kirurgisk forening går inn for å avvike spesialiteten i generell kirurgi i Norge som det første landet i Europa. Styrets høringssvar var ikke diskutert med spesialitetskomiteen, og heller ikke medlemmene av Norsk kirurgisk forening

har blitt hørt i denne saken. Dersom styret høring skulle bli tatt til følge, ville det bety en nedleggelse av Norsk kirurgisk forening som fagmedisinsk forening . Spesialitetskomiteen som har som oppgave å vurdere spesialistreglene og utdanningen i generell kirurgi, er mildt sagt overrasket over at styret avgir en så dramatisk høringsuttalelse uten en skikkelig organisatorisk behandling og en grundig konsekvensanalyse. I Norsk kirurgisk forenings vedtekter står det at ”viktige saker som ikke kan utstå til Årsmøte kan av styret legges frem til skriftlig avstemming. Spesialitetskomiteen mener at dette absolutt er en slik sak.

Nesodden 15. september 2008.
For Spesialitetskomiteen i generell kirurgi

Torgeir Løvig

SAK 5

Årsberetning fra Norsk Thoraco-laparoscopiforum (NTLF)

Styret i Norsk thoraco-laparoskopiforum har bestått av følgende medlemmer:

Leder :	Arne R. Rosseland
Sekretær:	Bjørn Edwin
Kasserer:	Marianne Berg
Medlemmer:	Olaug Villanger
	Erik Fosse
	Jørn Kjæve
	Ronald Mårvik
	Trond Buanes

Styret har avholdt 5 styremøter hittil i 2008 og behandlet 28 saker, gjennomsnittlig 6 saker pr. møte.

Kursvirksomhet

Avholdt ett kurs i laparoskopisk kirurgi i Trondheim 3.-5. september 2008. Dette er et obligatorisk kurs for generelle kirurger og i Trondheim klarte man å få plassert 60 deltagere, hvorav halvparten fikk tatt den praktiske delen 3.-5. september – resten får den praktiske delen i november.

B-gren kurset i 2008 holdes i Tromsø 1.- 3. desember 2008.

Symposier under Høstmøtet 2007

Bariatrisk kirurgi i samarbeid med Forening for bariatrisk kirurgi samt en gjesteforelesning: Ventrikkelkirurgi/øsofagus kirurgi ved Peter Funch-Jenssen.

Under høstmøtet ble det delt ut 4 priser:

- Beste foredrag : N. Wessel et al: Partiell laparoskopisk nefrektomi, Aker Universitetssykehus
- **Beste video : Carl Fredrik Schou et al: Laparoskopisk gastrektomi og D2 - lymfadenektomi for ventrikkelcancer, Aker Universitetssykehus**
- Beste eksperimentelle/vitenskapelige innlegg : T.T. Sjøvik et al: Gastrisk bypass: effekt av prosedyrevolum på perioperativ morbiditet, operasjonstid og postoperativ liggetid, Aker Universitetssykehus
- Beste yngre kollega : A.M. Kazaryan et al: Laparoskopisk leverreseksjon: 9 års erfaring, Rikshospitalet

Vintermøtet 2008

Ble dessverre avlyst.

Diskusjonsmøte i Trondheim

Diskusjonsmøte ang. opplæring og eventuell sertifisering ble avholdt i Trondheim 19. juni 2008.

Nyhetsbrev

Det har vært utgitt 2 egne nyhetsbrev samt 2 i samarbeid med Kirurgen.

Oslo, 2. oktober 2008

Arne R. Rosseland
Leder

Marianne Berg
Kasserer/Kontorsjef

SAK 6

Årsberetning for 2007 fra Traumeutvalget

1. Medlemmer

Representant for styret I NKF	Morten Tandberg Eriksen
Representant for NFGK	Tina Gaarder (leder)
Representant for Nof	Kjell Matre
Representant for Karkirurgisk forening	Morten Vetrhus
Valgt fra NKF	Pål Aksel Næss

2. Møter

Nytt styre konstituert ved møte avholdt februar 2008, etter at Olav Røise avsluttet sin periode som leder oktober 2007. Det planlegges møte i forbindelse med høstmøte 2008.

3. Saker til behandling fra styret I norsk Kirurgisk Forening

Et av arbeidsområdene til traumeutvalget er å belyse og være høringsinstans i dagsaktuelle saker. Utvalget har ikke mottatt saker siden nytt styre ble opprettet.

4. Saker Traumeutvalget har jobbet med i perioden

- Traumesystem for Norge
Rapporten "traumesystem for Norge" har vært ute til høring og ligger til behandling hos de regionale helseforetakene. Traumeutvalget ser det som en av sine viktigste oppgaver å fortsette å engasjere seg i implementeringen av traumesystemet. Blant annet gjenspeiler programmet for årets traumesymposium dette.
- Traumesymposium på Høstmøte 2007
Symposiet var todelt og fokuserte på viktigheten av implementering av traumesystem og katastrofeberedskap. I den forbindelse var Professor Sten Lennqvist, Linkøping, og Mr Karim Brohi, Royal London Hospital, invitert som foredragsholdere. På grunn av planlagt separate Høstmøter for NKF og Nof i 2008, ble det før opprettelse av nytt styre i Traumeutvalget, vedtatt at traumesymposiet 2008 skulle legges til Høstmøte for Nof. Videre gjennomføring av traumesymposiet vil ble evaluert.

- Traumesesjon på Høstmøte 2007
Ble avholdt på vanlig måte med utdeling av NLA's pris for beste foredrag.
- DSTC i Norge
Definitive Surgical Trauma Care er et internasjonalt kurskonsept i avansert skadekirurgi med utstrakt bruk av internasjonale instruktører. Målgruppe er spesialister i kirurgi med ansvar for alvorlig skadde pasienter. Kurset fyller et behov i Norge, i og med at Krigskirurgikurset er forbeholdt kirurger under spesialisering. Traumeutvalget støttet innføringen av kurset i 2006, og per i dag arrangeres 2 kurs per år. Kurset arrangeres av traumeenheten ved UUS i samarbeid mellom Forsvaret. Traumeutvalget vil fortsatt støtte kurset og arbeide for at det skal kunne tilbys kirurger i Norge etter behov.
- Opprettelse av Norwegian Society for Trauma, Emergency and Disaster Medicine
NKMF (Norsk Katastrofemedisinsk Forening) planlegges omgjort til Norsk Forening for Traume, Akutt- og Katastrofemedisin. Norge har manglet en tverrfaglig forening innen dette området, og Traumeutvalget har bidratt til planer om omgjøringen av NKMF til en bredere traume- og akuttmedisinsk profil. Formell endring vil skje i forbindelse med et planlagt resusciteringsseminar 27/11 2008
- Traumekirurgisk kompetanseprogram
Med økende kirurgisk subspecialisering og i tråd med anbefalinger internasjonalt og i "Traumesystem for Norge" tvinger det seg frem behov for å definere traumekirurgiske kompetansekrav for sykehus på forskjellige nivåer i et traumesystem. Traumeutvalget har, i samråd med NKF, tatt på seg oppgaven å utarbeide forslag til traumekirurgisk kompetanseprogram.

Oslo, 25/9 2008

Tina Gaarder

SAK 7

Rapport fra Nordisk kirurgisk forening

Nordisk kirurgisk forening er i prinsippet nedlagt og ingen kontingent betales. Formelt er ikke foreningen avvirket fordi enkelte i foreningen ønsker å se om det er grunnlag for å se om det kan være plass til en Nordisk kirurgisk forening også i framtiden. NKF er nordens eldste kirurgiske forening. Spesielt de finske og islandske kirurgene ønsker at det fortsatt skal være en forening og det vil bli avholdt møter knyttet til de nasjonale møtene i 2009 for å diskutere eksistensberettigelsen og evt hva det skal bestå i. Det er forslag om evt å ha seminarer knyttet til kirurgiske tema, kirurgutdannelse med mer. Undertegnede var på møte i forbindelse med Dansk kirurgisk selskaps 100 års jubileum sommeren 2008, der vi diskuterte situasjonen.

Tom Glomsaker

Rapport fra Fagmedisinske foreninger

8.1 Årsrapport 2008 fra Norsk urologisk forening

Det har vært avholdt fire styremøter, og styremedlemmene har hatt regelmessig kontakt via E-post. Vintermøtet foregikk på Hafjell, og tema i år var tolkning av vitenskaplige artikler. Urologene i Tønsberg arrangerte et meget vellykket vårmøte i juni hvor hovedtema var blærecancer.

Styret sendte i april en søknad til legeföreningen om omgjöring av urologi til egen hovedspesialitet med tre års tjeneste i generell kirurgi etterfulgt av tre års tjeneste i urologi.

Norsk Urologisk Forening deltok i den europeiske urologiuken i september. Hovedtemaer var prostata, inkontinens og impotens. Vi hadde i Oslo en stor prostatamodell til demonstrasjon for publikum hele uken, og det ble gjennomfört fem kvelder med foredrag.

Rolf Høgetveit Hagen
Styreleder NUF
Høvik 25.09.08

8.2 Årsrapport 2008 Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi

Styret i NFGK har i 2008 bestått av Morten Tandberg Eriksen (leder), Hartwig Körner (nestleder), Marit Helene Hansen (kasserer), Hans Wasmuth (høstmøte-ansvarlig), Robin Gaupset (kurs-ansvarlig) og Torgeir Søyvik (internett-ansvarlig). Som vararepresentanter: Arne Christian Mohn, Kristoffer Lassen og Henrik Dalen.

Foreningen har internt arbeidet mye med høringsuttalelser vedrørende Hovedstadsprosess, samt med spesialitetsstrukturen. Hovedarrangementet i 2008 var Gastrokirurgisk vårmøte over to dager på Gardermoen i april. Dette ble et svært vellykket arrangement både faglig og sosialt og vil bli fulgt opp med tilsvarende arrangement neste år.

For utfyllende årsrapport og andre nyheter fra foreningen, henvises til våre internettsider www.nfgk.no

8.3 Rapport fra Norsk forening for bryst og endokrinkirurgi

Organisasjon

På årsmøtet i 2007 ble følgende valgt til styremedlemmer for perioden 2008-09:

Rolf Kåresen, Ullevål universitetssykehus (leder)

Anne Irene Hagen, St Olavs hospital (kasserer)

Anne Marthe Foshaug Jenssen; Universitetssykehuset i Nordnorge (Ylf representant)

Lars Erik Krag, Stavanger universitetssykehus (nettredaktør)

Turid Aas (sekretær)

Kjetil Skansar, Sykehuset Innlandet (vara)

Eivind Stenhjem, Sykehuset Sørlandet (vara)

Det har vært avholdt 3 styremøter: 070108, 220508 og 250908.

Som revisor er Legeföreningens faste revisor Kjelstrup & Wiggen AS ved statsautorisert revisor Paul Thomassen engasjert.

Økonomi og kontingent

Styret vedtok 070108 følgende budsjett:

Inntekter		Utgifter	
Tilskudd fra legeföreningen	100 000,-	Reiser for styret 3 møter	24 000,-
Kontingent fra legeföreningen per medlem 600 x 30	18 000,-	Reisestipend 2 x 20 000	40 000,-
Overført overskudd fra 2007	60 000,-	Nettleie undervisning	24 000,-
		Reise og honorar for invitert utenlandsk foredragsholder Høstmøtet 2008	20 000,-
		Reserve	50 000,-
Sum	178 000,-		178 000,-

Foreningen har i år fått det faste grunnbeløp fra Legeföreningen på 100.000,-.

Regnskapet per 31.08.08 er som følger:

Inntekter	Utgifter	Prognose til 311208
Saldo 311207 75 030	Reise styre 8746	Styre reise/opphold høstmøtet 20 000
Legeföreningen 114 846		Utenlandske foredragsholdere 20 000
SUM 179 885	8746	40 000

Det er invitert tre gjesteforelesere til høstmøtet og det skal deles ut to reisestipend a 25 000 kr.

Budsjett 2009

Inntekter	Utgifter
Prognostisert saldo 311208: 139 885	To reisestipend a 25 000 kr 50 000
Overføring fra Legeföreningen 150 000	Reise/opphold styret 30 000
	Reise/opphold inviterte
	Foredragsholdere Høstmøtet 30 000
	Prognostisert saldo 311209 179 885
SUM 289 885	289 885

Foreningen reserve vil altså øke fra 139 885,- kr 311208 til 179 885 kr 311209. På denne bakgrunn har styret vedtatt å øke reisestipendpotten fra 2x 25 000 kr i 2008 til 2x 30 000 kr i 2009 (for utbetaling i 2010)

Medlemmer og utdanningsinstitusjoner

Per 070108 hadde foreningen 30 medlemmer hvorav 2 Leger I spesialisering (LIS). Det er viktig at en får flest mulig medlemmer da finansiering gjennom legeföreningen skjer ved et basistilskudd på 100 000 kr per år. I tillegg kommer det så et beløp på cirka 600 kr per medlem. Alle som leser dette og som ikke har meldt seg inn oppfordres til å gjøre det ved å sende melding til medlem@legeforeningen.no. Det er da viktig at man presiserer om man ønsker å være hoved- eller assosiert medlem. For FM bryst- og endokrinkirurgi er det viktig at man er ordinært medlem da det kun er de som gir oss bidrag fra legeföreningen direkte uten tilleggskontingent. For de som velger å være assosiert medlem har vi anledning til å ta ekstra kontingent, men det vil ikke bli innkrevet av nåværende styre.. Per 310808 var tallene: ?? Økningen er mindre enn vi skulle ønske, og vi oppfordrer derfor alle til å oppmuntre aktuelle kandidater til å melde seg inn.

Til samme tidspunkt hadde Sentralstyret godkjent 5 personer som subspecialister i Bryst- og endokrinkirurgi og 5 helseforetak var godkjent som utdannelsesinstitusjoner: Haukeland som gruppe I, Stavanger, Kristiansand, Østfold, og A-hus som gruppe II. Ullevål/Aker har hatt problemer med Ylf godkjenning av samarbeidsavtalen, men dette ser nå ut til å ordne seg etter et dialogmøte. For å gjøre subspecialiteten troverdig er det viktig at flest mulig sykehus nå sender inn søknad. De som arbeider ved sykehus som ikke er godkjent bør oppmuntre avdelingsleder på sitt sykehus til å søke slik godkjenning.

En oppskrift på hvordan både individsøknad etter overgangsreglene (senest 311209) og for institusjoner legges på foreningens hjemmeside.

Representasjon i andre fora

Rolf Kåresen har representert foreningen i styret i Norsk Kirurgisk Forening (NKF). Viktige tema i løpet av 2008 har vært høring om spesialistutdanningen hvor NKF styret har gått inn for å gå bort fra kravet om generell kirurgi som krav for subspecialisering. Videre har det uttalt seg om struktur for sykehus som skal ha akuttkirurgi (nedslagsfelt fra 250-450 000 inbyggere) og hvilke krav det skal settes til bemanningen ved slike sykehus. Se ellers årsmeldingen for NKF på deres hjemmeside.

Internett

Foreningens internettside under www.legeforeningen.no har vært holdt fortløpende oppdatert med nyheter fra den fagmedisinske forening og referat for alle aktuelle kurs om møter. Vi anbefaler regelmessige besøk der

Høstmøtet 2008

Det har kommet 22 abstrakt til årets høstmøte, omtrent det samme som i fjor da det var 24! Frie foredrag, gjesteforelesninger og årsmøtet avholdes på en dag, torsdag 231008. Gjesteforelesningene er: 0800-0840. Web-basert dataregister for registrering av diagnostikk og behandling av thyroidea- og parathyroideasykdom. Svenske erfaringer med drift. Professorene Gøran K. Wallin/Anders Bergenfeltz, Karolinska sjukehuset.

1230-1315. Hot flashes and night awaking. Etiology, diagnosis and treatment. Medical Director Eugene Lipov, Lipov Institute, Chicago, USA

Det vil bli utdelt 3 priser for beste foredrag i endokrinkirurgi og brystkreft; hver på kr. 5.000,- Prisene er sponset av Nycomed, Astra Zeneca og Novartis. Bedømmelseskomite er Turid Aas, Anne Marthe Foshaug Jensen og Lars Erik Krag

Det deles ut to reisestipen a 25 000 kroner

Planer for 2009

- Følge opp enkeltsykehus som ennå ikke er godkjent som utdannelsesinstitusjon slik at de får sendt inn søknad
- Videreutvikle hjemmesiden og spesielt sørge for at vi fortsatt får fortløpende referat fra styremøter, årsmøter, aktuelle konferanser og kurs
- I samarbeid med spesialitetskomiteen og aktuelle sykehus bidra til at vi i 2009 får avviklet både et endokrinkurs(Haukeland til våren) og ordinært mammakurs på Høstmøtet slik at de som mangler kurs kan få dette godkjent før til for godkjenning etter overgangsreglene går ut 311209
- Arbeide videre med å bredde nettbaserte undervisningsmøter til hele landet
- Arbeide for bedre økonomi både for LIS og overleger i bryst- og endokrinkirurgi. Det er et faktum at manglende vakttillegg for mange gir et lavere lønnsnivå enn for de vaktgående kirurgiske fag. En viss forskjell må aksepteres, men blir den for stor kan det bli et rekrutteringsproblem
- Utlyse to reisestipend a 30 000 kr for 2009
- Opprettholde to priser for beste foredrag også ved Høstmøtet 2009 et for mamma- og et for endokrinkirurgi
- Opprette valgkomite og gjennomføre valg på nytt styre på årsmøtet 2009
- Diskutere og ta aktive fagpolitiske standpunkt for å bedre tilgjengelighet og kvalitet av bryst- og endokrinkirurgi (se eksempel i referat fra styremøtet 260908)

Rolf Kåresen
Professor dr med
Leder av Fagmedisinsk forening for Bryst- og endokrinkirurgi
Ullevål Universitetssykehus
0407 Oslo
Telf. 22118024/95079498
Mail roka@uus.no

8.4 Årsberetning fra styret i Norsk Nevrokirurgisk Forening

Siden årsmøtet oktober 2007 har det vært avholdt 2 styremøter, 28. februar i Trondheim og 8. september i Tromsø og ytterligere ett vil bli avholdt i forbindelse med årets høstmøte. En god del av arbeidet i styret har også foregått pr e-post. Følgende saker kan nevnes:

1. **Nevrokirurgi i Helse-vest:** Etter forespørsel fra Legeforeningen kom styret med en uttalelse om saken 07.11.07 som i all hovedsak refererer til styrets forrige uttalelse 06.07.05 til daværende Sosial og helsedirektoratet.
2. **Høringer fra legeforeningen:** Dette styret har videreført praksis fra de tidligere år og kun vurdert høringsuttalelser med direkte relevans for vårt fagområde. I en del saker har man valgt å kun slutte seg til felles høringsuttalelse fra Norsk Kirurgisk Forening.
3. **Hovedstadsprosessen:** Foreningen har ikke vært direkte involvert i denne saken, men styret har kommet med en uttalelse som er lagt inn i høringssvaret fra Norsk Kirurgisk Forening til Legeforeningen.
4. **Høstmøtet 2008:** På bakgrunn av tidligere års erfaring har styret i år flyttet foreningens årsmøte frem til første dag (torsdagen) for å bedre oppmøtet. Også i år vil høstmøtet gå over to dager, torsdag og fredag. Årets Vilhelm Magnus foreleser er prof. Samii, Hannover, Tyskland.

Tomm Brostrup Müller

Leder, Norsk Nevrokirurgisk Forening

SAK 9

Prisutdelinger

Det vil også i år bli delt priser for beste vitenskapelig foredrag og abstracts. Viser til annonsering i Kirurgen.

SAK 10

Samarbeid med Royal College of Surgeons

Det er et behov for effektivisering av kirurgiutdannelsen i Norge. Vi er et lite land, og det er vanskelig å tilby et fullt kursprogram for utdanningskandidater i kirurgi.

NKF har som strategi å supplere tilbudet av norske utdanningskurs via et samarbeide med større utenlandske kirurgiske foreninger. Et eksempel er suksessen med etableringen av ATLS kurs i Norge, et samarbeid mellom American College of Surgeons, NKF og Stiftelsen norsk luftambulans.

Royal College of Surgeons of England (RCS) har et godt utbygget kursprogram (<http://www.rcseng.ac.uk/education/courses>), og mange kurs holdes utenfor Storbritannia i samarbeid med RCS. Vårt mål er å importere aktuelle kurskonsept fra RCS til Norge, og i de tilfelle det er få utdanningskandidater i Norge, skaffe tilgang til norske kandidater ved kurs i Storbritannia.

Etter vårt skjønn har helsemyndighetene og helseforetakene et stort ansvar økonomisk og ved å gi permisjon med lønn til utdanningskandidater. Som et pilotprosjekt har NKF tatt kontakt med utdanningsenheten ved Ullevål Universitetssykehus (UUS) og foreslått etablering av et kurs i "Basic surgical training" som et samarbeid mellom UUS og NKF. Sykehuset har sagt seg villig til å holde lokaler, stå for det praktiske

arrangement, mens RCS/NKF står for kursoppleggets innhold. UUS har også finansiert en legestilling, der del av arbeidet skal være å være faglig leder av kurset. Vi tenker oss at kurset skal være åpent for norske utdanningskandidater i kirurgi. Målet er å arrangere første kurs i vårsemesteret 2009.

Er pilotkurset vellykket, er det naturlig å ta kontakt med andre universitetssykehus og regionale helseforetak med tanke på andre lokaliseringer av kurset, og etablering av andre kurs.

Knut Kvernebo

SAK 11

Saker forelagt av styret

Sak 11.1 Honorar til styret

Styret foreslår å øke honoraret til styrets leder og redaktøren av Kirurgen fra Kr. 60.000,- til Kr. 100.000. Etter de nye regnskapsreglene må styrehonorarer og honorar til redaktørene utbetales som lønn. Det må betales vanlige sosiale kostnader av honorarene. Arbeidsmengden for leder av foreningen og redaktøren av Kirurgen har i 2008 fått et betydelig større omfang og en økning i honoraret for 2008 reflekterer den økte aktiviteten i foreningen.

Styret foreslår følgende Honorarer for regnskapsåret 2008:

Leder	Tom Glomsaker	Kr. 100.000,-
Redaktør	Bård Røsok	Kr. 100.000,-
Co-editor	Olaug Villanger	Kr. 20.000,-
Co-editor		Kr. 20.000,-
Nettredaktør	Jon Helge Angelsen	Kr. 20.000,-

Forslaget er lagt inn i Prognosen for 2008 og budsjettforslaget for 2009

For styret i NKF
Lars R. Vasli, regnskapsfører

Sak 11.2 Spesialiteten generell kirurgi/utdanning av fremtidens kirurger

Styret i Norsk kirurgisk forening har hatt mange diskusjoner og en omfattende prosess på spørsmålet om utdanning innenfor kirurgien og spesialitetsstruktur framover i Norge. Spørsmålet ble høyaktuelt i forbindelse med de prosessene som har dukket opp i kjølvannet av Helse SørØst sammenslåingen og de utredninger Legeforeningen har hatt. Styret ønsker å presentere sitt syn for årsmøtet. Høringsdokument om utdanning og Spesialitetsstruktur er vedlagt årsrapporten. Norsk kirurgisk forening er en paraplyorganisasjon for et samlet kirurgisk kollegium og ikke bare en fagmedisinsk forening for generell kirurgi. Dette er fastslått i vedtektene.

Sak 11.3 Sykehusstruktur og akuttkirurgi

Styret i NKF ønsker å presentere sitt syn på sykehusstruktur og akuttkirurgi. Viser til vedlagte høringsrapport. Dette spørsmålet har også vært gjenstand for en omfattende prosess som følger av de raske forandringene som skjer i Helseforetakene.

Sak 11.4 Organisering av Traumesymposiet

Det har fremkommet synspunkter på fremtidens Traumesymposier og hvem som skal ha ansvar for avvikling og plassering av møtet. Det er bestemt at Traumesymposiet i år arrangeres i tilknytning til Ortopedenes høstmøte og 2009 skal det plasseres i tilknytning til kirurgenes høstmøte. Styret ønsker en prinsippdiskusjon om det er et fortsatt ønske at Traumesymposiet skal gå på rotasjon.

Sak 11.5 Æresmedlemmer

Det er kommet inn forslag fra medlemmer om at Rolf Kåresen og Jan Erik Varhaug blir æresmedlemmer i NKF. Styret bifaller og legger forslaget frem for årsmøtet om at disse innstilles som æresmedlemmer.

SAK 12

Saker forelagt av medlemmene

12.1 Spesialitetskomiteen i generell kirurgi sitt syn på prosessen angående ny spesialitetsstruktur og utdanning av spesialister.

Leder av Spesialitetskomiteen for generell kirurgi, Torgeir Løvig har bedt om å få presentere komitéens syn på kirurgiutdanning og Spesialitetsstruktur i fremtidens norske helsevesen og ha kommentarer til prosessen som har vært.

12.2 Bekymringsmelding

Jeg ønsker som medlem av kirurgisk forening å få overbrakt en bekymringsmelding til styret. Jeg håper du kan være behjelpelig med å få videreformidlet denne tekst. Jeg har lest NKF's uttalelse til høring om utdanning og er alvorlig bekymret. De strukturendringene som har skjedd i norsk helsevesen etter statlig overtakelse og omlegging til helseforetak samt det som er gjort senere av innsparingstiltak for å holde budsjett har utvilsomt bedret kontrollen over budsjettene og overskridelser og man har utvilsomt også klart å effektivisere mye. Dette har imidlertid hatt og kommer til å få ytterligere konsekvenser for leger i spesialisering (LIS) sin utdannings situasjon, og da i negativ retning. Tid på dagtid er redusert og vil trolig reduseres ytterligere for denne gruppen. Å bruke argumenter om at det kan stilles etiske betenkeligheter med å la utdanningskandidater utføre operasjoner de senere kanskje ikke skal utføre blir som å bite seg selv i halen. Selvfølgelig hadde det vært det mest kostnadseffektive og kanskje det beste for pasienten at kun ferdige spesialister tok seg av pasientbehandlingen slik vi ser det ved private klinikker. Vår oppgave må imidlertid være å sikre best mulige forhold for kommende spesialister og sørge for at det stilles krav nok til at vi selv tør å legge oss og våre barn under deres kniv. Vi skjønner alle at tiden for den generelle kirurg er forbi, jeg er imidlertid svært skeptisk til at man i tillegg til den betydelige reduksjonen i volumtrening vi ser i dag for LIS i tillegg skal forkorte utdanningstiden betydelig. Jeg tror det er farlig å bagatellisere den betydning kravet til generell kirurgisk kompetanse har hatt for norske kirurger i dag.

Vi flommes per i dag over av medisinerstudenter som følge av en betydelig overproduksjon. Dette er trolig bevisst politikk fra helsemyndighetene. Hvis de i tillegg får gehør for å korte ned på spesialistutdannelsen er vi med på å godta at kvaliteten i betydelig grad reduseres på kommende spesialister ved siden av å grave vår egen grav i lønnspolitisk sammenheng. Her går vi virkelig med sjumilsstøvler og bind for øynene strake veien inn i rollen som seriøst lavtlønnet.

mvh

Øysten Drivenes

Spesialist i generell kirurgi og barnekirurgi, Overlege ved Barnekirurgisk avd, St Olavs Hospital

Regnskap

Endrede regnskapsprinsipper og regnskapsår for NKF.

Samtlige av Legeforeningens underforeninger er fra 1.1. 2008 regnskapspliktige og skal avlegge regnskap i henhold til den nye regnskapsstandarden for ideelle organisasjoner. Avvikende regnskapsår er ikke lenger tillatt. Regnskapsåret skal dermed følge kalenderåret og må for 2008 avsluttes den 31.12. 2008. Videre har sentralstyret vedtatt at regnskapene skal revideres av registrert eller statsautorisert revisor.

Disse endringene har medført at NKF i år legger frem flere regnskap for generalforsamlingen. På generalforsamlingen i 2007 vedtok NKF et budsjett for regnskapsåret 1/9-2007 til 31/8-2008. Dette regnskapsåret måtte på grunn av de nye reglene fra DNLF deles i to. Vi har fått våre faste valgte revisorer til å revidere regnskapet for perioden 1/9-2007 til 31/12-2007.

Videre presenterer vi et foreløpig regnskap for perioden fra 1/1-2008 til 31/8-2008. Summen av det reviderte regnskapet for siste tertial 2007 og det foreløpige regnskapet for de to første tertial i 2008 gir et grunnlag for å sammenligne regnskapet med budsjettet vedtatt på generalforsamlingen i 2007.

Videre presenteres et budsjett / prognose for kalenderåret 2008 som vil bli revidert av DNLF sin faste revisor i henhold til de nye kravene fra legeforeningen (se egen sak 15 – valg av revisor).

Til slutt presenteres et budsjettforslag for 2009.

**NORSK KIRURGISK FORENING
REGNSKAP 1/9-2007 TIL 31/12-2007**

HØSTMØTET 2007	2007-08 INNTEKT	2007-08 UTGIFT
STANDLEIE ETC.	1 341 500	
LEIE/MAT/TRYKKING/ETC		728 857
LUNSJ	160 700	269 441
KIRURG MIDDAG	24 400	52 234
HOTELL/OVERNATTING	437 907	437 907
AVSATT FRA HØSTMØTET 2006	445 301	
OVERSKUDD TIL DRIFT AV NKF		921 369
SUM	2 409 808	2 409 808

DRIFT AV NKF	INNTEKT	UTGIFT
MEDLEMSKONTINGENT 2008	0	
MEDLEMSKONTINGENT 2007	5 150	
MEDLEMSKONTINGENT		0
RENTER	78 804	
OVERSKUDD FRA HØSTMØTET	921 369	
STYRE UTGIFTER		157 774
NORDISK KIRURGISK FORENING	10 931	
REISER: UEMS, TRAUME UTVALG		29 351
KONTOR		39 834
KIRURGEN		103 702
DIVERSE		1 461
OVERSKUDD NKF		684 132
SUM	1 016 254	1 016 254

BALANSE	31.12.2007	31.08.2007
- SERVICE KONTO (NOR)	434 663	772 050
- HØYRENTE KONTO (NOR)	1 633 282	1 567 672
- NFBEK	(75 030)	(82 433)
- KORTSIKTIG FORDRING / (GJELD)	568 078	(380 427)
SUM	2 560 993	1 876 862
OVERSKUDD	684 131	

NORSK KIRURGISK FORENING

Regnskap 1/9-31/12-07, Foreløpig regnskap 1/1– 31/8-08

Foreløpig regnskap 2007-2008 og budsjett 2007-2008

HØSTMØTET	RESULTAT 3.tert. 2007	RESULTAT 1+2 tert 2008	RESULTAT 2007-2008	BUDSJETT 2007-2008
STANDLEIE	1 341 500		1 341 500	1 200 000
LEIE/MAT/ETC	-628 857	-4 717	-633 574	-900 000
ARRANGEMENTS UTGI	-100 000		-100 000	-125 000
LUNCH	-108 741		-108 741	-100 000
BANKETT / NKF-MIDD/	-27 834		-27 834	-100 000
AVSATT HØSTM.06	445 301		445 301	445 301
FORDELT SPES. FOR.	0		0	-300 000
OVERSKUDD	921 369	-4 717	916 652	120 301

DRIFT AV NKF

MEDLEMSKONTIGENT	5 150	444 025	449 175	400 000
RENTER	78 804		78 804	50 000
OVERSKUDD - HØSTMØTET	921 369	-4 717	916 652	120 301
- TIL FORDELING	0	0	0	
STYRE MØTER	-40 074	-71 023	-111 097	-100 000
STYRE HONORAR	-117 700		-117 700	-160 000
NORDISK KIR. FORENING	10931		10 931	0
REISER	0	0	0	-30 000
KONTOR – SEKRETARIAT	-39 834	-101 373	-141 207	-130 000
KIRURGEN	-103 702	-117 609	-221 311	-50 000
TRAUMEUTVALG	0	-3 741	-3 741	-10 000
UEMS	-29 351	-17 086	-46 437	-30 000
KVALITETSUTVALG	0	0	0	0
DIVERSE	-1 461	-1 872	-3 333	-10 000
OVERSKUDD	684 132	126 604	810 736	50 301

Budsjett

NORSK KIRURGISK FORENING

Foreløpig regnskap 1/1– 31/8-08, Prognose/budsjett 1/9-31/12-08
 Prognose/budsjett for hele 2008 og budsjett for 2009

HØSTMØTET	RESULTAT 1+2 tert 2008	PROGNOSE 3 tert 2008	PROGNOSE 2008	BUDSJETT 2009
STANDLEIE		1 300 000	1 300 000	1 300 000
LEIE/MAT/ETC	-4 717	-795 283	-800 000	-800 000
ARRANGEMENTS UTGIFTER		-100 000	-100 000	-125 000
LUNCH		-130 000	-130 000	-130 000
BANKETT / NKF-MIDDAG		-100 000	-100 000	-100 000
AVSATT HØSTM.06		0	0	0
FORDELT SPES. FOR.		0	0	0
OVERSKUDD	-4 717	174 717	170 000	145 000

DRIFT AV NKF

MEDLEMSKONTIGENT	444 025	0	444 025	450 000
RENTER		140 000	140 000	150 000
OVERSKUDD - HØSTMØTET	-4 717	174 717	170 000	145 000
- TIL FORDELING	0	0	0	0
STYRE MØTER	-71 023	-48 977	-120 000	-120 000
STYRE HONORAR		-338 000	-338 000	-338 000
NORDISK KIR. FORENING		0		0
REISER	0	-100 000	-100 000	-50 000
KONTOR – SEKRETARI	-101 373	-28 627	-130 000	-130 000
KIRURGEN	-117 609	-102 391	-220 000	-150 000
TRAUMEUTVALG	-3 741	-6 259	-10 000	-10 000
UEMS	-17 086	-2 914	-20 000	-20 000
KVALITETSUTVALG	0	0	0	0
DIVERSE	-1 872	-3 128	-5 000	-5 000
OVERSKUDD	126 604	-315 579	-188 975	-78 000

Valg av revisor

Avtale om revisjon

Legeforeningen har inngått avtale med Kjelstrup og Wiggen AS, som også er Legeforeningens revisor. Valg av revisor foretas på årsmøtet. Etter at årsmøtet har valgt revisor, må det innhentes villighetserklæring fra revisor hvor det bekreftes at firmaet tar på seg oppdraget.

Styret har kontaktet statsautorisert revisor Paul Thomassen i Kjelstrup & Wiggen AS som foreløpig har sagt seg villig til å foreta revisjon av NKF sitt regnskap for 2008.

Styret foreslår derfor at NKF velger Kjelstrup og Wiggen AS som foreningens revisor.

Årsmøtet 2009

Styret går ut fra at Høstmøtet i 2009 vil bli arrangert på Holmenkollen Park Hotell.

Norsk ortopedisk forening ønsker ikke å samkjøre NKF og NOF sitt Høstmøte. Styret har derfor ikke arbeidet videre med dette, men planlagt årsmøtet som tidligere i uke 43 i 2009.

Vedlegg 1

Referat fra Årsmøtet i Norsk kirurgisk forening

25. oktober 2007

Holmenkollen Park Hotell

Sak 1 Åpning av møtet

Leder Tom Glomsaker åpnet møtet og ønsket velkommen. Det var 33 personer til stede. 9 døde fra i fjor ble minnet med et minutts taushet.

Sak 2 Valg av møteleder, godkjenning av innkallingen

Tom Gerner ble valgt til møteleder som takket for tilliten nok en gang. Ingen hadde kommentarer til innkallingen eller til dagsorden. **Enstemmig vedtatt.**

Sak 3 Årsberetning fra styret

Tom Glomsaker gikk gjennom styrets årsberetning. Sak vedr. Kirurgen og de nye nettsidene ble spesielt nevnt. Redaktør Bård Røsok ble takket for den fantastiske jobb som er gjort med Kirurgen samtidig som det ble understreket viktigheten av bladet framover.

Hjemmesiden <http://www.kirurgen.no> ble presentert ved ny nettredektør Jon Helge Angelsen. Nettsidene er under oppbygging, men er tenkt å dekke flere funksjoner bl.a. elektroniske utgaver av Kirurgen og div. kurs og møter i hoved- og grenspesialitetene. Sidene er ment å være en felles plattform for det kirurgiske miljøet og en finner også lenker til utenlandske foreninger og tidsskrift her. Det ønskelig med innspill fra alle interesserte. Hjemmesiden vil ha reklameinnslag.

Årsberetningen ble tatt til etterretning.

Sak 4 Rapport fra Spesialitetskomiteen i generell kirurgi

Torgeir Løvig redegjorde for komiteens arbeid og viste til komiteens fydige rapport vedlagt sakspapirene. Noen flere spesialister er utdannet i år – 22 mot 14 i fjor, dette er fortsatt et noe for lavt antall. Spesialiteten Mamma- og para-/tyreoideakirurgi, grenspesialitet under generell kirurgi, ble godkjent i 2006.

Rapporten ble tatt til etterretning.

Sak 5 Rapport fra Norsk Thoraco-laparoscopiforum (NTLF)

Leder av NTLF Arne Rosseland la fram årsrapporten på årsmøtet. NTLF har hvert år ansvar for obligatoriske kurs innen gastroenterologisk utdanning. De har også ansvar for å arrangere symposier under høstmøtet. Fire priser ble utdelt på høstmøtet, første gang at en under 30 år får en pris. For øvrig vises til rapporten som finnes på NKFs nettsider: www.legeforeningen.no/nkf

Rapporten tas til etterretning.

Sak 6 Rapport fra Traumeutvalget

Leder Olav Røise orienterte fra traumeutvalget som i det meste dreide seg om de samme saker som foregående år. Traumeutvalget har fått gjennomslag for at AIS-manual som brukes for å katalogisere skader nå er frigitt for digital bruk og følgelig er tilgjengelig "world wide".

Rapporten ble tatt til etterretning.

Sak 7 Rapport fra Nordisk kirurgisk forening

Tom Glomsaker orienterte. Nordisk kirurgisk forening er i prinsippet nedlagt og de pengene som foreningen hadde til disposisjon er tilbakeført. NKF har donert disse pengene til traumeutvalget. Fortsatt vil det være saker av felles nordisk karakter, men disse sakene antas vil foregå på spesialforeningsnivå.

Saken tas til etterretning.

Sak 8 Prisutdelinger

Styret i Norsk Kirurgisk Forening hadde vedtatt å utdele fire priser - to for beste artikkel i Kirurgen i løpet av det siste året og to som ble trukket ut blant abstracts levert til Høstmøtet. Prisene er et stipend på inntil kr.15.000 for deltagelse på valgfritt kurs arrangert av Royal College of Surgeons (RCS). Styret ønsket med dette å styrke interessen for at medlemmene bl.a. publiserer i Kirurgen og at et samarbeid med Royal College of Surgeons vil gi nye impulser og muligheter for opplæring og utvikling i de kirurgiske fag.

Bedømmelsen for beste artikkel i Kirurgen er basert på presentasjoner i enten seksjonen for tema, fagnytt eller mini-invasiv kirurgi (MIK). Det ble lagt vekt på aktualitet og originalitet, at den språklige formuleringen var god og illustrasjonene opplysende. Presentasjon av egne materialer og strukturerte litteraturhenvisninger var også tellende.

Artikkelen skal i prinsippet tilstrebe standarden i et fagtidsskrift, men ikke nødvendigvis med de samme formelle krav til detaljer.

Bedømmelseskomiteen har bestått av Tom Glomsaker, Bård Røsok og Arne Skarstein (leder). Komiteens konklusjon ble at to likeverdige priser for beste artikkel i Kirurgen gikk til følgende arbeider:

1) Prisvinner Kirsten Krogh Sørensen

**Behandling av aortasykdom med skalpell eller kateter? Ikke enten-eller, men både-og
Kirsten Krogh-Sørensen og Odd R. Geiran,**

Seksjoner for karkirurgi og voksen thoraxkirurgi, Thoraxkirurgisk avdeling, Hjerter-Lungeklinikken, Rikshospitalet.

Artikkelen gir en velskrevet og balansert fremstilling av dagens situasjon vedrørende et sentralt kirurgisk tema. Det gjøres rede for indikasjoner og behandling av ervervet aortasykdom, en tilstand som er økende og hvor behandlingen er ressurskrevende.

Redigeringen er oversiktlig med egne avsnitt for de forskjellige nivå av aorta. Det gis forklaring på og begrunnelse for anvendelsen av tradisjonell åpen kirurgi og nyere endovaskulære metoder som utføres i samarbeid med andre avdelinger.

Avdelingens egne resultater presenteres på en oversiktlig måte og diskuteres i forhold til andre arbeider i referanselisten. Illustrasjonene er av høy kvalitet og gir et godt supplement til teksten. Artikkelen er et godt eksempel på hvordan en kontrollert anvendelse av ny teknikk gradvis kan erstatte deler av den etablerte.

2) Prisvinner Anders Debes

Objektiv evaluering av kirurgiske ferdigheter

Anders Debes, Divisjon for Kirurgi, Sykehuset i Østfold HF, Fredrikstad.

Artikkelen gir en systematisk og god oversikt over hvilke hjelpemidler man har til objektivt å evaluere kirurgiske ferdigheter.

Opplæring med samtidig objektiv evaluering av ferdigheter og konstruktiv tilbakemelding øker effekten av opplæringen og forkorter læringskurven for en gitt ferdighet. Det kan nevnes her at dette er i tråd med intensjonene til Royal College of Surgeons (RCS).

I egne avsnitt gjøres rede for hva kirurgisk kompetanse er, hva som oppnås ved objektiv kompetansevurdering, hvordan kirurgisk kompetanse måles i dag, og metoder for evaluering av teknisk kirurgiske ferdigheter. Videre beskrives metoder til analyse av håndbevegelser og evaluering av det endelige produkt. I tabeller og bilder gis eksempler på hjelpemidler til objektiv evaluering med henvisning til relevante referanser i en strukturert og fyldig litteraturliste.

Artikkelen omhandler et meget aktuelt tema i dagens situasjon. Med redusert arbeidstid og mindre operasjonsvolum er det behov for supplement i opplæring og videreutdanning i de kirurgiske spesialiteter. I tillegg krever den raske tekniske utvikling stadig nye utfordringer til kirurgiske ferdigheter.

De to neste prisvinnerne ble trukket ut blant de innleverte abstractene til Høstmøtet.

3) En pris gikk til abstract nr. **17** om **Kutan CSF fistel etter kraniotomi behandlet med fri muskuloperitoneal lapp** av T. Brommeland, R. Kloster, L. de Weerd og P. Lindholm

4) Siste pris gikk til abstract nr. **77** om **Urinavledning hos MS-pasienter med vannlatingsplager** av O. J. Nilsen, T. Talseth og A. Schultz.

Sak 9 Royal College of Surgeons (RCS)

Knut Kvernebo orienterte. På høstmøtet i 2006 var det et symposium vedr. bl.a. utdanningstiden for kirurger i Storbritannia. Nå utdannes kirurger i Storbritannia på 15000 timer, under halvparten av hva som ble brukt tidligere (35000 timer).

I Norge kan det bli nødvendig å gjøre noe med systemene og rammene rundt utdanningen. Det kommer kortere arbeidstid for sykehuslegene, EU aksepterer kanskje bare en max arbeidstid på 40 timer (EU-direktivet sier 48 timer). Samtidig er det en betydelig mangel på spesialister ved norske sykehus.

Ansvar for utdanning ligger i dag hos arbeidsgiver. NKF fikk i sin tid etablert ATLS kurs i Norge og har klart å påvirke pensumet i Norge på dette området. Det er derfor tatt et lignende initiativ for samarbeid mellom universitetssykehusene, de regionale helseforetak og NKF i samarbeid med RCS (www.rcseng.ac.uk/education).

Ullevål universitetssykehus har sagt seg interessert i å delta i denne prosessen ved å se på muligheten til å arrangere kurset "Basic surgical training" og de være med i et pilotprosjekt på dette (effektivisering, avklaring av pensumkrav, finansiering etc.)

Sak 10 Traumeutvalgets statutter

Traumeutvalget ble opprettet i 2002. Utkast til statutter lagt fram for vedtak under årsmøtet i 2006. Disse ble vedtatt med én anmerkning; at *siste setning i avsnittet i Organisatorisk plassering* ble omformulert. Statuttene er gjennomgått igjen, og setningen ble funnet unødvendig og er derfor strøket. Ellers er statuttene forslått uendret.

Forslaget ble enstemmig vedtatt.

Sak 11 Saker forelagt av styret:

11.1 Endring av vedtektenes § 9; Styret

Forslaget om å tilføye at "leder av Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi" også skal være representert i styret ble **enstemmig vedtatt**.

11.2 Honorar for leder, redaktør og co-editor

Lars Vasli la fram forslag om at honorar til redaktør skulle heves til kr 60.000 og at også co-editors skulle honoreres med kr 20.000. Leders honorar ble foreslått uendret. Forslagene ble **enstemmig vedtatt** (ved akklamasjon).

11.3 Spesialistregler generell kirurgi

Torgeir Løvig orienterte om et pågående prosjekt der alle spesialistutdanninger gjennomgås. Innen generell kirurgi har det vært nedsatt en arbeidsgruppe som har bestått av tre personer fra spesialitetskomiteen og tre personer fra Norsk kirurgisk forening.

Prosjektgruppen har presisert at spesielt med Norges geografi er det viktig å utdanne generelle kirurger der det legges vekt på deres vaktkompetanse bl.a. innen akuttkirurgi, bløtdelskirurgi og traumatologi. Traumatologi foreslås prioritert og ATLS-kurset ønskes som et obligatorisk kurs i utdanningen. Politisk er det et ønske at lokalsykehusene skal opprettholdes.

Fagmiljøene bes om å komme med innspill.

Styret fikk fullmakt av årsmøtet til å videreføres dette arbeidet.

11.4 Høstmøtet - videre planer – Norsk kirurgisk forening/Norsk ortopedisk forening

Lars Vasli orienterte og det var ingen store nyheter. Dette året må sees på som et prøveår nå som ortopedene har arrangert sitt eget høstmøte.

Styret har bedt om fullmakt til å vurdere alternativer når erfaringer fra dette møte foreligger.

Det er gjort undersøkelser om lokaler mht. samlokalisering. Ortopedene har vært nokså tydelige på at de vil fortsette med egne høstmøter og har reservert plass de neste 10 årene.

Styret ønsker fullmakt til å fortsette arbeidet og tar innover seg de muligheter de har.

Enstemmig vedtatt.

11.5 Teknisk arrangør for Høstmøtet 2008

Styret foreslo å få fullmakt til å velge årsmøtearrangør for Høstmøtet 2008.

Dette ble **enstemmig vedtatt**.

Sak 12 Valg av styre, revisor og valgkomité

Leder av valgkomiteen Steinar Solberg la fram følgende forslag for årsmøtet.

Styret

Leder	Tom Glomsaker
Representant generell kirurgi	Bård Røsok
Lege i kirurgisk utdanning	Jon-Helge Angelsen.

De foreslåtte ble **enstemmig vedtatt** (v/akklamasjon).

Resten av styret består av ledere fra de fagmedisinske foreningene innen kirurgi.

Revisorer

Arnt Jacobsen og Rolf Kåresen hadde sagt seg villig til å fortsette i den rollen og de ble begge **enstemmig valgt** (v/ akklamasjon).

Valgkomité

Forslag til ny leder ble Arne Chr. Mohn, Helga Loose og Christina Gaarder ble foreslått som medlemmer. Disse ble **enstemmig valgt** (v/ akklamasjon).

UEMS-representanter

Torgeir Løvig og Tom Glomsaker ble **enstemmig valgt** til denne oppgaven.

Traumeutvalget

Nåværende leder Olav Røise la fram benkeforslag om ny leder til traumeutvalget. Forslaget var Pål Aksel Næss, Ullevål, som ble **enstemmig valgt**.

Sak 13 Regnskap

Lars Vasli gikk gjennom regnskapet for 2006-2007 som viser et lite underskudd på 33.223. Høstmøtet i 2006 gikk med et stort overskudd/rekord i forhold til tidligere, men styret hadde vedtatt at - pga. usikkerhet rundt dette høstmøtet uten ortopedene – så valgte en å overføre fjorårets overskudd til årets høstmøte (derfor underskudd). Foreningen har en god økonomi. Pga. omorganisering av de fagmedisinske foreninger har kontingentinntektene økt betraktelig.

Revisorene hadde ingen anmerkninger til regnskapet som ble **enstemmig vedtatt** .

Sak 14 Budsjett

Budsjett for 2007-2008 ble framlagt og **enstemmig vedtatt**.

Årsmøtet ble hevet kl. 1830

Tom Glomsaker/Ragni Skille Berger (referenter)

Vedtekter for Norsk kirurgisk forening

Vedtatt på Årsmøtet 04.11.1927 med revisjon vedtatt av Årsmøtet (tidligere generalforsamlingen) den 03.11.1939 / 02.11.1946 / 31.10.1953 / 29.10.1964 / 25.10.1984 / 26.10.1995 / 23.10.1997 / 24.10.2002 / 21.10.2004 / 26.10.2006 og 25.10.2007

Foreningen er av sentralstyret i Den norske lægeforening den 16.11. 2006 godkjent som fagmedisinsk forening for spesialiteten generell kirurgi.

§ 1 Navn

Foreningens navn er Norsk kirurgisk forening og initialene NKF kan benyttes. Foreningens engelske navn er The Norwegian Surgical Association.

§ 2 Forholdet til Den norske lægeforening

Foreningen er som fagmedisinsk forening en avdeling i Den norske lægeforening og omfattet av foreningens lover. Vedtektene gjelder i tillegg til Legeforeningens lover.

§3 Formål og oppgaver

I tillegg til formålsbestemmelsene i Legeforeningens lover, § 1-2 og § 3-6-3, er foreningens formål:

- I. Å fremme kirurgiens utvikling i Norge. Foreningen er en fellesorganisasjon for de kirurgiske hovedspesialiteter og grenspesialiteter. Foreningen skal arbeide for utviklingen av de kirurgiske spesialitetene til beste for de kirurgiske pasientene.
- II. Å virke for sykehusvesenets utvikling.
- III. I samarbeid med Den norske lægeforening å sikre sine medlemmers stilling sosialt og økonomisk med særlig henblikk på lønns- og arbeidsvilkår som gir kirurgene muligheter til å følge med i fagets utvikling, samt å arbeide for at ansettelse og avansement skjer ut fra medisinske kvalifikasjoner.

§ 4 Medlemskap

Foreningens medlemmer er medlemmer av Legeforeningen som blir tilmeldt foreningen eller som velger denne som fagmedisinsk forening.

Foreningen kan etter søknad oppta som assosierte medlemmer enhver som har tilhørighet til foreningens fagområde. Assosierte medlemmer som ikke er leger har ikke stemmerett.

Årsmøtet fastsetter kontingent for assosierte medlemmer. Assosierte medlemmer som etter varsel ikke har betalt kontingent blir utmeldt av foreningen.

§ 5 Æresmedlemmer

Til æresmedlem kan årsmøtet velge enhver som har gjort en særlig fortjenstfull innsats for kirurgien eller for Norsk kirurgisk forening og som foreningen vil hedre i særlig grad.

Forslag til nye æresmedlemmer må være styret i hende senest 4 uker før årsmøtet.
Æresmedlemmer betaler ikke kontingent.

§ 6 Foreningens organer

Foreningens organer er:

Årsmøtet
Styret
Valgkomité

§ 7 Årsmøtet

Årsmøtet er foreningens høyeste organ og er åpent for alle medlemmer. Media har adgang unntatt ved særskilte saker som årsmøtet måtte bestemme.

Årsmøtet skal behandle:

Styrets beretning
Saker forelagt av styret
Saker forelagt av medlemmene
Revidert regnskap
Fastsettelse av styrehonorarer m.v.
Kontingent til assosierte medlemmer
Budsjett
Vedtaksendringer
Valg av - Styre
- Revisor
- Traumeutvalg
- Valgkomité

Forslag om saker som skal behandles på årsmøtet må være innkommet til styret senest 4 uker før årsmøtet. Forslag om lovendring, eksklusjon og andre viktige saker må være kunngjort for medlemmene senest 14 dager før årsmøtet. Viktige saker hvis behandling ikke kan utstå til årsmøtet, kan av styret forelegges medlemmene til skriftlig avstemning.

Årsmøtet – med foreløpig program - skal kunngjøres for medlemmene senest 4 uker på forhånd og skal avholdes innen utgangen av oktober måned.

Årsmøtet ledes av en valgt dirigent.

Årsmøtet fastsetter honorar til leder og andre styremedlemmer.

Valgkomiteens leder og de to revisorene legger fram forslag til styrehonorar.

Vedtak i årsmøtet fattes med simpelt flertall blant de fremmøtte stemmeberettigede medlemmer.

Ved stemmelikhet har foreningens leder dobbeltstemme.

Valg skal skje i henhold til Legeforeningens lover § 3-3-3

Årsmøtet kan med flertallsbeslutning bestemme at valgene skal foregå skriftlig.

Årsmøtet velger leder, én representant for generell kirurgi og én lege i kirurgisk utdanning for 2 år om gangen med adgang til gjenvalg.

Årsmøtet velger to revisorer for 2 år om gangen.

Bestemmelsene i forretningsorden for Legeforeningens landsstyremøter gis anvendelse så langt denne passer.

Det utarbeides protokoll fra årsmøtet.

§ 8 Ekstraordinært årsmøte

Ekstraordinært årsmøte kan innkalles av styret med minst 14 dagers frist. Slikt møte skal også avholdes dersom minst 30 medlemmer krever dette. Bestemmelsene i § 7 gjelder så langt de passer. Saker som skal behandles skal fremgå av innkallingen.

§ 9 Styret

Styret består av følgende representanter:

Leder

Styremedlemmer:

- En representant for generell kirurgi
- En lege i kirurgisk utdanning

Lederne av følgende fagmedisinske foreninger med nestleder som vara:

- Norsk barnekirurgisk forening
- Norsk foren. for bryst- og endokrinkirurgi
- Norsk foren. for gastroenterologisk kirurgi
- Norsk karkirurgisk forening
- Norsk nevrokirurgisk forening
- Norsk ortopedisk forening
- Norsk plastikkirurgisk forening
- Norsk thoraxkirurgisk forening
- Norsk urologisk forening

Styrets funksjonsperiode er 2 år gjeldende fra 1. januar i år som begynner med like tall.

Styret innkalles etter beslutning av leder eller hvis minst tre styremedlemmer krever det.

Styret er beslutningsdyktig når minst fem av styrets medlemmer er til stede.

Leder har ved stemmelikhet dobbelstemme. Det utarbeides protokoll fra styremøtene.

Viktige saker hvis behandling ikke kan utstå til årsmøtet, kan av styret forelegges medlemmene til skriftlig avstemning.

Andre møter og kurs arrangeres ved behov etter styrebehandling.

Foreningen betaler etter regning alle nødvendige utgifter for styremedlemmenes reiser i foreningens anliggender. Styret ansetter nødvendig lønnet hjelp til kontorarbeid, økonomiarbeid o.l.

§ 10 Valgkomiteen

Valgkomiteen består av leder og to medlemmer.

Valgkomiteen velges av årsmøtet for kommende styres funksjonsperiode.

Valg av valgkomité skjer ved simpelt flertall.

Valgkomiteen forbereder valg av leder, én representant for generell kirurgi, én lege i kirurgisk utdanning og evt. andre utvalg/komiteer som er lovfestet eller opprettet av årsmøtet.

Valgkomiteens innstilling skal fremlegges i årsmøtet.

§ 11 Vedtektsendringer

Forslag om endringer i vedtektene må være innsendt til styret minst 2 måneder før årsmøtet og utsendt til medlemmene minst 14 dager før møtet.

Til gyldig vedtak kreves 2/3 flertall av de fremmøtte stemmeberettigede i årsmøtet.



Norsk kirurgisk forening

DEN NORSKE LEGEFØRENING

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 07.04.08

”HOVEDSTADSPROESSEN” – NORSK KIRURGISK FORENINGS KOMMENTARER OG INNSPILL TIL STYRESAK I STYREMØTE HELSE SØR-ØST RHF

Sammenfatning

- Dette høringssvaret er vedtatt av et enstemmig styre i Norsk Kirurgisk Forening (NKF) som er en paraplyorganisasjon for alle fagmedisinske foreninger i det kirurgiske fagfeltet
- NKF anbefaler ny struktur i tre nivå: Basissykehus, områdesykehus og regionsykehus
- Basissykehusene skal ikke ha akuttkirurgisk beredskap, men kirurgisk spesialpoliklinikk, skadepoliklinikk og eventuelt dagkirurgiske enheter betjent av kirurger fra områdesykehuset og ha et nedslagsfelt på 30 - 100 000 personer. Avvikende løsninger må opprettes der geografi, populasjon og værforhold tilsier dette.
- Områdesykehuset skal dekke hoveddelen av de akuttkirurgiske funksjonene i sitt nedslagsfelt som bør ligge mellom 200 og 450 000. Det bør ha alle kirurgiske spesialiteter ”under et tak” og også ha en bred tverrfaglig sammensetning. Der det er naturlig vil disse også dekke basissykehusfunksjonen.
- Allmennpraktikerne må ha anledning til å legge pasienter som de vurderer som mest sannsynlig kirurgiske, direkte inn ved områdesykehuset.
- Regionsykehusene skal dekke de høyspesialiserte funksjonene akutt og elektivt og sjeldne sykdomstilstander som må samles for å få tilstrekkelig volum. Rikshospitalet/ Radiumhospitalet og Sunnaas kan være regionsykehus med nasjonale, flerregionale og regionale oppgaver mens Ullevål, Haukeland, St Olav og Universitetssykehuset i Nord-Norge bør være både område med basis- og regionssykehus. Nasjonale sykehusfunksjoner må defineres og tillegges de av sykehusene som får status som nasjonale kompetansesentra.
- Det må lages en ”**masterplan**” for hele landet for hvilke sykehus som skal være områdesykehus og basissykehus, og samtidig ha en plan for de investeringer som må til for å få driftseffektive sykehus med en fremdriftsplan
- Tjenester må ikke nedlegges et sted før de er etablert et annet sted og det må utarbeides en klar tidsplan for prosessen. Syketransportbehov må kartlegges og opprettes i riktig omfang.
- Kirurgutdannelsen må revideres i lys av ny struktur og basert på en innstilling som er avgitt om dette. NKF vil komme tilbake med høringssvar om dette
- Ortopeder har i dag lite generell kirurgi i sin utdanning, på samme måte som bløtdelskirurger tidligere har kuttet ut ortopedi i sin utdanning. Vaktteam ved akuttkirurgiske sykehus må derfor som et minimum bestå av en ortoped og en som kan ta ansvar for bløtdelskirurgien. Den bløtdelskirurgiske vaktkompetansen må defineres og bygges inn i utdannelsen til kirurger i bløtdelskirurgisk vakt.
- Forholdene må legges bedre til rette for at kirurger kan delta i forskning. Det kan særlig skje ved at antall LIS i såkalte D-stillinger utvides kraftig og at målet med disse stillingene skal være at de fører frem til en doktorgrad (PhD).

Innledning

Norge har hatt en formidabel økning i BNP brukt på helse de siste årene, og ligger med sine 8,7 % for 2007, høyere enn land det er naturlig å sammenligne seg med for eksempel ligger Norge 45% over Finland og 35% over Sverige per innbygger.

Helse Sør-Øst er av Helse- og omsorgsdepartementet i styringskravene av 30. mai 2007 pålagt å definere resultatkrav som bedrer foretakets økonomiske stilling og gir fremtidige handlingsrom, samt at tiltak som gjennomføres skal vurderes innenfor et *nasjonalt helhetsperspektiv* for spesialisthelsetjenesten og komme pasientene til gode. Soria Moria-erklæringen skal imidlertid følges, dvs. at ingen sykehus skal legges ned. Sykehusene inndeles i 3 nivåer, hhv. basissykehus, områdesykehus og regionsykehus for de mest spesialiserte fagområdene.

Under gitte betingelser som skisseres under, kan styret i Norsk kirurgisk forening (NKF) se en mulighet for at disse ambisiøse målene kan nås og vil hevde at dette må gjelde for hele landet og ikke bare Helseregion Sør-Øst.

Det dokumentet vi her legger frem, er utarbeidet av styret i NKF, som er en paraplyorganisasjon for alle fagmedisinske foreninger i det kirurgiske fagfeltet. Det er bred enighet om hovedlinjene i dokumentet og styret står enstemmig for høringsnotatet.

Sykehusstrukturen må omlegges

Nåværende sykehusstruktur med rundt 50 somatiske, frittliggende sykehus med akuttfunksjon for både kirurgi og indremedisin er uhensiktsmessige spesielt for kirurgien.

Norsk Ortopedisk Forening har slått fast at ortopeder som utdannes i dag ikke lenger er kvalifiserte til å gå i generellkirurgiske vakter, og NKF er enig i vurderingen. Likeledes er heller ikke bløtdelskirurger lengre kompetente til å ivareta ortopedkirurgisk behandling da kravet til ortopedi i utdanningen er frafalt. Som en konsekvens vil alle avdelinger med akuttkirurgi måtte ha to vaktlag, et for bløtdelskirurgi og et for ortopedi. Heldøgnsvakter bør ikke forekomme oftere enn hvert 5-6 døgn og det blir derfor med nåværende struktur behov for 6-800 spesialister for å dekke behovet, langt over det som er tilgjengelig ved dagens struktur, og i tillegg meget dyrt.

NKF mener at kirurgisk akuttberedskap ikke er nødvendig ved alle lokalsykehus med generell indremedisinsk beredskap, i alle fall i de deler av landet hvor det er avstander og værforhold som tillater rask transport til område eller regionsykehus, dvs. hele Sør-Øst regionen og for det meste av Vest og Midtregionen. Vi mener imidlertid at det bør være anestesilege i vaktberedskap. For helseregion Nord kan det være nødvendig å gjøre avvik fra de prinsipper for akuttkirurgisk beredskap for lokal- og områdesykehusene vi skisserer under, grunnet store avstander og værforhold.

NKF mener at man bør gå inn for en tredelt struktur med basissykehus, områdesykehus og regionsykehus, og hvor kun område- og regionsykehusene har kirurgisk akuttberedskap.

Basissykehus

Basissykehus med befolkningsunderlag på 30-100 000 mennesker bør ha heldøgnsberedskap for indremedisinske akutt tilfeller og bemannes av indremedisinere med breddekompetanse som også tillater dem å sortere ut pasienter med suspekterte kirurgiske tilstander og eventuelt stabilisere skader som så videretransporteres til områdesykehuset for vurdering og behandling. Det vil av denne grunn være nødvendig med anestesiberedskap, som også kan ha i oppgave å hjelpe de generelle indremedisinerne. Stabilisering av skader og håndtering av pasienter med akutt sykdom, kan også utføres av allmennlege med skoling innenfor akuttmedisin. På dagtid bør kirurger fra områdesykehuset som i sin stillingsbeskrivelse eller etter individuell avtale, ha i oppgave å ha klinisk virksomhet ved basissykehuset, ha systemansvar for skadebehandlingen, samt drive utredningspoliklinikker, skadelegevakt for eksempel fra 0800-1800 og eventuelt der det er god infrastruktur for det, utføre enklere dagkirurgisk aktivitet. Allmennpraktikerne må ha anledning til å legge pasienter som de vurderer som mest sannsynlig kirurgiske, direkte inn i områdesykehuset.

Områdesykehus

Områdesykehusene har hovedfunksjon for akuttkirurgi for en befolkning på 200-450 000 mennesker. De skal minimum bemannes av to vaktlag, et i ortopedi og et av spesialister med bløtdelskirurgisk vaktkompetanse. Disse sykehusene bør være kirurgisk komplette, dvs. ha alle vanlige spesialiteter som gastro-, urologi-, kar-, thorax-, bryst og endokrin-, ortopedisk kirurgi, gynekologi, slik at en komplisert pasient som for eksempel trenger ortoped, gastrokirurg, urolog og karkirurg skal få dette på et og samme sykehus og under samme tak. Man må unngå at man lager områdesykehus hvor spesialitetene splittes på enheter med titalls kilometers avstand slik en for eksempel ser det i Innlandet HF i dag. Områdesykehusene forventes å være komplette sykehus med de vanligste spesialitetene representert for å sikre et helhetlig tilbud.

Regionssykehusene

Høyspesialiserte tilfeller skal kunne sendes direkte til regionsykehusene. Regionssykehusene skal ha heldøgnsberedskap innenfor alle kirurgiske spesialiteter og må kunne håndtere komplekse kirurgiske tilfeller til enhver tid. Øvrige kirurgiske regionsoppgaver vil ellers være elektiv behandling av sjeldne og komplekse sykdomstilfellene som krever samling for å gi tilstrekkelig volum til å oppnå tilfredsstillende kompetanse.

Rikshospitalet/Radiumhospitalet bør som i dag ha både nasjonale og flerregionale funksjoner i tillegg til regionale oppgaver sammen med Ullevål. De regionale oppgavene innenfor helse Sør-Øst bør fordeles i samråd med de respektive fagmiljøer på Ullevål og Rikshospitalet. Fagmiljøer som naturlig hører sammen, bør ikke splittes.

Regionsykehusene Ullevål, Haukeland, St Olav og UNN bør i tillegg også fungere som områdesykehus med basissykehusfunksjoner for deler av sitt nedslagsfelt.

Nasjonale sentra må også bli videreført og ytterligere definert innen for områder som med fordel kan samles på et sted i Norge.

Felles ledelse

For å få til et smidig samarbeid bør basissykehus og områdesykehus ha felles gjennomgående ledelse og organiseres som egne helseforetak. Et områdesykehus kan godt ha flere basissykehus. Dette betyr, slik vi leser innstillingen "Lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunen" Delprosjekt 3 i Hovedstadsprosessen mars 2008, at vi er enig med flertallet i den gruppens syn på fordeling av akutfunksjoner slik det sammenfattes i de to første bollepunktene i sammendraget. For å møte mindretallet i sin gruppe har de to avsluttende bollepunkter som vi finner meget uklare. Vi er også enig med utvalget i at det er viktig at: "Tjenester må ikke nedlegges før de er etablert på nytt sted. Det må fastsettes en klar tidsplan for gjennomføringen".

Hensiktsmessig reduksjon

Med en slik løsning kan antall sykehus med akuttkirurgisk beredskap på landsbasis kunne reduseres til 15-20 og i Helseregion Sør-Øst til 8-9. Den medisinske teknologiske utviklingen innen kirurgi har vært formidabel og det er i dag vanskelig for en kirurg å holde seg oppdatert i, og beherske avansert behandling fra samtlige grensespesialiteter. Dette krever økt spesialisering og behov for seksjonerte bakvaksordninger. NKF's vurdering er at dette først og fremst gir et faglig mye bedre tilbud til befolkningen enn i dagens situasjon hvor småsykehusene ofte løser sine bemanningsproblemer med "kirurgstafetter" hvor i alle fall kontinuiteten blir dårlig, men hvor det også blir svært vanskelig å forsikre seg om den enkelte kirurgs faglige kvalifikasjoner. At løsningen skissert av NKF i tillegg vil gi betydelige økonomiske gevinster er vi heller ikke i tvil om, men vi har ikke apparat til å kvantifisere den. Det burde ha vært gjort som ledd i Hovedstadsprosessen, se neste avsnitt.

Vi ønsker også å kommentere at NKF i høringssvar til "Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede" hvor vi 14.02.05 uttalte: " NKF støtter arbeidsgruppens oppfatning som mener at "akutfunksjon som et minimum innebærer tilstedeværelse av indremedisinsk, anestesiologisk og kirurgisk vaktkompetanse, tilgang på adekvat teknologi og nødvendig støtte av laboratorie og radiologiske tjenester. NKF mener at både ortopedisk- og gynekologi/obstetrikkvaktkompetanse bør inngå i en fullverdig akuttberedskap, i tillegg til bløtdelskirurgisk vaktberedskap. Den ovenstående uttalelsen fra NKF ble avgitt fordi vi oppfattet det som en politisk premiss at en skulle ha fullverdig vaktberedskap i alle lokalsykehus og som en presisering av hva NKF mente med det. Av styringsdokumentet for Hovedstadsprosessen leser vi at en slik premiss ikke gjelder lengre og dermed har vi kun tilsynelatende endret standpunkt. Vårt høringssvar av 14.02.05 kan derfor omtolkes som standpunkt for minimumsberedskap for et områdesykehus. I nytt høringssvar til samme utredning 04.05.07, har vi fokusert på utdanningskravene til kirurger som skal inngå i akuttberedskapen. Det mener vi fortsatt et uløst problem som må tas tak i parallelt med strukturendringen. Vi behandler dette i eget punkt under.

Det må lages en "masterplan" for sykehusstruktur og etter denne gjøre investeringer for å få driftseffektive enheter

Et grunnleggende problem er at flertallet av de somatiske sykehusene i landet er bygget tidlig på 1900-tallet, har en lite driftseffektiv struktur og til dels store vedlikeholdsetterlep. Fornyelsen er i gang og et flott nytt Ahus er eksempel på dette. Men fornyelsen går etter NKF's oppfatning altfor langsomt. Ønsker man å rasjonalisere norske sykehus, er effektive driftsbygninger en vesentlig forutsetning. Kostnadene er heller ikke urimelig høye dersom en sammenligner med driftsutgiftene. Investeringskostnadene for nye A-hus, cirka 7,5 milliarder kroner, tilsvarer driftsutgiftene i 2-3 år.

I Helseregion Sør- Øst har en både i Østfold, Innlandet og Buskerud/Asker/Bærum en meget uheldig sykehusstruktur og ingen av sykehusene der har forutsetning for, slik de står i dag, å fungere som et områdesykehus etter den modellen vi skisserer over. I Østfold har man imidlertid kommet så langt at man har ferdig konseptfasen for et slik sykehus til en beregnet kostnad på cirka 5,5 milliard. Etter NKF's oppfatning kan dette være et eksempel på hvordan man ved å gjennomføre dette prosjektet, legge ned enkelte av de til sammen 5 somatiske enhetene man nå har i området og gjøre de mest egnede om til basissykehus, kunne få en løsning som kombinerte driftseffektivitet med et godt tilbud til befolkningen.

NKF foreslår at man, forutsatt at modellen med regionssykehus, områdesykehus, basissykehus blir vedtatt for Helseregion Sør-Øst, oppnevner et tverrfaglig utvalg bestående både av politikere, helsefaglig personell og byggkyndige som får i oppdrag å gjennomgå sykehusstrukturen i resten av Norge og i en NOU levere et begrunnet forslag med en grov kost-nytte analyse av forslaget, - en "**masterplan for sykehusstruktur**" og i tillegg estimere investeringsbehovet. Alternativt kan Helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte gi instruks om at hver region skal gjøre analysen på egen hånd. Basert på de forslag som da kommer frem kan man legge en plan for tempo og finansiering hvor hele landets behov veies mot hverandre i Regjering og Storting.

Vi synes for øvrig at det er en stor svakhet ved den prosessen som nå pågår i Sør-Øst regionen, at den ikke inkluderer en analyse av hvilke investeringer det vil kreve å gjennomføre eventuelle vedtak. Slik analyse bør etter NKF's oppfatning startes så raskt som mulig. Å tro at man kan gjennomføre en så stor endring som den som nå er indikert uten betydelige investeringskostnader og ekstra driftskostnader i omorganiseringsfasen, er en farlig illusjon som i verste fall kan få en viktig og nødvendig endring til å stoppe før en har kommet ordentlig i gang.

Spesialistutdanningen må endres

Fra vårt hørings svar 07.05.07 siteres: " NKF mener tiden er overmoden for å revidere utdanningen i generell (GK). Det er satt ned et utvalg for gjennomgang av spesialistreglene og det diskuteres om GK bør erstattes med en "common trunk" som alle utdanningskandidater i de kirurgiske grenspesialitetene skal gjennom. I denne pakken må det foreligge en god og bred utdannelse i akutt- og vaktkirurgi."

Dette utvalget har nå levert sin innstilling "Utredning av spesialistutdanningen av leger 2007" og Legeforeningen har iverksatt en høringsrunde med frist 15.06.08. Vi vil komme tilbake til dette når vi har fått tid til å bearbeide denne innstillingen og har fått høringene fra de forskjellige Fagmedisinske foreningene i det kirurgiske område.

På generelt grunnlag kan vi allerede nå si at dersom man får vedtak om en områdestruktur for kirurgisk akuttberedskap med 15-20 sykehus for hele landet, vil behovet for spesialisert utdanning i akuttkirurgi forenkles vesentlig. For det første fordi skader i muskel/skjelettsystem da dekkes av hovedspesialiteten ortopedi. For det andre vil antallet spesialister med kompetanse for akutt bløtdelskirurgi bli redusert til et antall som i større grad harmoniserer med dagens situasjon.

Færre sykehus med akuttkirurgiske funksjoner kan også føre til færre stillinger for Leger i spesialisering (LIS). Man må derfor se på hvordan en kan sikre at antall LIS stillinger tilfredsstiller behovet for nye kirurgiske

spesialister i tiden fremover i lys av eventuell ny struktur. Men dette ønsker vi altså å komme mer detaljert tilbake til når vi har satt oss bedre inn i innstillingen til gruppen som har sett på spesialistutdanningen i Norge.

Forholdene for forskning må tilpasses ny sykehusstruktur

Som ledd i Hovedstadsprosessen er det nedsatt et utvalg som har levert egen innstilling om Forskningsstrategi i Helseregion Sør- Øst. Det er et meget omfattende dokument på nær 200 sider som så vidt vi har forstått skal behandles i styret i det regionale helseforetak i juni 2008. Så omfattende som dette dokumentet er, har vi ikke hatt noen som helst mulighet til å sette oss godt inn i det, men har noen få kommentarer sett fra kirurgisk synsvinkel.

Deltagelse i forskning

Kirurgene sammen med patologene og onkologene er helt sentrale personer i moderne molekylærbiologisk forskning, særlig i kreftfeltet og ortopedien. Det er meget viktig at kirurgen ikke bare blir en "råvareleverandør" til andre spesialiteter eller yrkesgrupper, men heller blir "biokirurg".

Det må også åpnes for muligheten i større grad til deltakelse i prosjekter med utvikling av moderne komplekse kirurgiske behandlingsteknikker som for eksempel avanserte minimalt invasive prosedyrer.

Økt deltagelse og innsikt i tverrfaglige prosesser gir økt motivasjon til deltakelse i analysearbeidet og den like viktige oppfølgingen av pasientene. Man får da utdannet kirurger, som med sin innsikt, også kan delta i kliniske forsøk med nye medikamenter samt nye, avanserte teknikker som forventes å komme ut av disse forskningsprogrammene.

Ny sykehusstruktur med kirurgien samlet i færre enheter vil gi større mulighet for å få til slik innsamling og utprøving, under en forutsetning: Man må legge opp til at flere enn de få kirurgene som er i akademiske stillinger får frigitt tid fra rutinearbeid for å bidra i forskning. Særlig viktig mener NKF det er at antallet såkalte D-stillinger for LIS utvides i betydelig grad. Dette er stillinger hvor LIS går i ordinære vakter, og dermed holder kontakt med kirurgien og bygger opp sin kompetanse videre, men hvor resten av tiden er frigitt til forskningsarbeid. Målet med D-stillinger må være at de skal føre til et doktorgradsarbeid (PhD).

Oppsummering

Styret i NKF ser det som helt avgjørende at det snarest blir tatt prinsipielle beslutninger omkring framtidig sykehusstruktur i Norge. På grunn av medisinsk teknisk kompleksitet, økonomi, tilgang på kompetanse, tverrfaglig teamarbeid, utdanning av spesialister og behovet for stabile robuste fagmiljøer, vil akuttkirurgi og kreftbehandling måtte bli sentralisert til enheter som har tilstrekkelige pasientvolum. En slik omstrukturering vil kreve betydelig dialog med tilgrensende fagområder for å finne gode lokale løsninger og ikke minst en nasjonal "masterplan" med medfølgende investerings- og omstillingsmidler. Vi håper at styret i NKF kan bidra til at Helse Sør-Øst tar de rette nødvendige beslutningene.



Den norske legeforening
Medisinsk fagavdeling

Deres ref.: ELS/07/142

Vår ref.:

Dato: 15.06.08

HØRING OM ”Utredning om spesialistutdanningen av leger” Fra Norsk kirurgisk forening.

Sammenfatning

- *Alle kirurgiske grenspesialiteter gjøres om til hovedspesialiteter.*
- *Generell kirurgi opphører som hovedspesialitet*
- *Utdanningen av kirurger baserer seg på en 3-årig kjerneutdannelse fulgt opp av 3 år i den hovedspesialitet man har valgt. Samlet utdanningstid blir da minimum 6 år*
- *Kirurgisk vaktkompetanse deles i ortopedi og bløtkirurgi*
- *Bløtkirurgisk vaktkompetanse må bygge på en av de kirurgiske spesialiteter med 3-årig kjerneutdannelse, men innebærer en individuell vurdering av kompetanse bygget på utdanning, kurs (spesielt traumatologi) og arbeidserfaring*
- *Operasjonslisten for 3 årig kjerneutdannelse og 3 årig hovedspesialitet må være så omfattende at den ferdige spesialisten er kompetent til å gå bakvakt i sin hovedspesialitet*
- *Gastrokirurger, urologer, kar-/thorax- kirurger og barnekirurger forventes å inneha en slik bakvaktkompetanse, mens andre kirurger valgfritt kan supplere sin utdanning for å oppnå vaktkompetanse*
- *Endokrinkirurger som innehar vaktkompetansen, kan delta i vaktteamet, men det forventes at endokrinkirurger i stor grad vil bli ”elektive” kirurger*
- *Akuttkirurgi samles i færre sykehus der det etableres separate bakvaktlinjer med hovedspesialister med vaktkompetanse i bløtkirurgi, ortopedi, samt gynekologi hvis det bedrives fødselshjelp. Det bør tilstrebes minimum fem overleger i hvert team for å ha en rimelig vaktordning og et solid bærekraftig fagmiljø.*
- *Overgangsordninger for de som er generelle kirurger etter nåværende system etableres*
- *Denne reformen krever at det i nærmeste framtid settes ned et bredt sammensatt utvalg som arbeider fram konkrete utdanningsopplegg for basisdelen av kirurgiutdannelsen inkl operasjonslister, kurskrav og øvrige krav. Også innholdet i hovedspesialiteten må revurderes i forhold til disse nye forutsetningene*
- *Samtidig med konkretisering av nye krav i utdanningen må man gjennomgå generelle implikasjoner av reformen og komme med løsningsforslag, blant annet om transplantasjonskirurgi skal bli hovedspesialitet på lik linje med flere steder i Europa, forholdet til konvertering av utenlandske spesialister generelt og fordeling av utdanningsstillinger*

Innledning

Vi ønsker å uttrykke vår beundring for det meget solide arbeidet som er gjort av de som har stått for denne

utredningen. Den belyser på en meget god måte status i utdanningen i det kirurgiske fagfeltet som er den delen av utdanningen vi har konsentrert oss om å vurdere. Videre gir den i oversiktlige tabeller en god oversikt over tilgang og avgang av spesialister i årene fremover og kalkulerer under gitte premisser hvordan spesialistdekningen vil bli frem mot 2017.

Svakheten ved utredningen er at den ikke berører og problematiserer den omstrukturering av kirurgien som nå er i gang i Helse Sør Øst, og som man vel må forvente vil komme i resten av landet etter hvert. En slik omorganisering kan få store konsekvenser for kirurgutdannelsen og burde ha vært nevnt i utredningen.

Fra grenspesialitet til hovedspesialitet

Det har skjedd store endringer faglig og organisatorisk i norsk kirurgi de siste ti år. Faget er blitt betydelig mer spesialisert og ortopedi er hovedspesialitet uten krav til generell kirurgi. Inngrep som tidligere var å regne for "generell" kirurgi, er i dag høyspesialiserte i form av krav til spesialistens kompetanse, men også i grad av teknisk utstyr som kreves. I tråd med sentralisering av store deler av kreftkirurgien, har muligheten for å få bred generell kirurgisk kunnskap blitt redusert.

Den "gamle, generelle kirurg" har stort sett forsvunnet. Antallet nye spesialister i generell kirurgi (uten grenspesialitet) er raskt synkende og utgjør kun et fåtall. Utvalget påpeker da også i rapporten at dagens spesialitet i generell kirurgi er passé.

Rapporten foreslår imidlertid å bevare generell kirurgi gjennom å endre denne for å ivareta vaktkompetanse på mindre sykehus. Dette mener vi er feil vei å gå.

For grenspesialister oppleves det som ressursløsning at man skal gjennom en lang generell kirurgisk utdanning før man kan ta fatt på grenspesialiteten da denne tiden heller kunne ha vært brukt til å sikre en god skoleing i eget spesialfelt. Det er også etiske betenkeligheter med å drive opplæring av kirurger i prosedyrer som de senere aldri skal utføre. Vi er derfor sterkt for at kirurgutdannelsen omgjøres slik at alle grenspesialiteter endres til hovedspesialitet hvor utdannelsen består av tre års kjerneutdanning ("core education" i europeisk sammenheng) med undervisning i generelle tekniske ferdigheter og patofysiologi og som samtidig sikrer vaktkompetanse. De første tre år skal vektlegge generelle kirurgiske ferdigheter, akutt og vaktkirurgi og bør ha et definert innhold over kurs, prosedyrer/operasjonsliste og avdelingsrotasjon. Deretter kommer tre års utdanning i valgt spesialitet. Samlet utdanningstid blir da minimum seks år. Dette er på linje med det flere andre grenspesialiteter, som for eksempel urologi har ønsket, og på linje med den løsningen som nå innføres i flere og flere EU-land, konf. utredningen.

Vi må også skille spesialistgodkjenning fra krav om real-kompetanse. Det er stor forskjell på norske sykehus og krav til vaktkompetanse må vurderes individuelt hvert sted. Der hvor kompetansen strekker seg over flere spesialiteter, må sykehuset sørge for utdanning av sine leger slik at de innehar realkompetanse.

Akuttkirurgiske problemstillinger

For å ivareta kravet til faglig kvalitet og tempo i utdanningen av spesialister, ønsker NKF at generell kirurgi utgår som egen spesialitet.

Hovedargumentet mot en løsning med hovedspesialiteter i Norge, er at det da ikke vil være mulig å opprettholde akuttkirurgisk vaktberedskap på de mindre sykehusene. Utredningen problematiserer da også dette kraftig på sidene 94-96 og konkluderer med at dette må løses ved at generell kirurgi må opprettholdes som en hovedspesialitet. Samtidig sier den at "Prosjektgruppens oppfatning er at med de strukturendringer og den funksjonsfordeling som har skjedd innen norsk spesialisthelsetjeneste siden Staten overtok sykehusene, har revet bort grunnlaget for å utdanne spesialister i generell kirurgi etter tradisjonelt mønster." De mener derfor at kravene til generell kirurgi må endres vesentlig med vektlegging av de akuttkirurgiske bløtdelsinngrepene, men ønsker å opprettholde tidskravene til tjenesten. De slår også fast at spesialister i hovedspesialiteten ortopedi ikke kan dekke den bløtdelskirurgiske del av akuttberedskapen. Det er vi enig i, om ikke ortopedene har kompetanse som generell kirurg etter gamle regler, eller gjennomgått tilsvarende i ny modell. Hvordan bløtdelskirurger, som går alene vakt i mindre lokalsykehus, da skulle kunne håndtere de ortopediske skadene som utgjør nær halvparten av all akuttkirurgi, har de ikke noe klart svar på, men indikerer at kirurger alene om vakt "må kunne ta hånd om enklere ortopediske prosedyrer, herunder stabilisere frakturer til ortoped blir tilgjengelig". Etter vårt

skjønn viser dette at man har lett etter kompromiss som kan tilfredsstillende den politiske Soria Moria erklæringens krav om at ingen norske sykehus skal nedlegges. Et kompromiss vi ikke ser har noe faglig begrunnelse og som lett kan føre til alvorlige negative konsekvenser for pasientene.

Pr i dag er de mindre sykehusene avhengig av at samtlige grenspesialister bidrar i vaktarbeidet, og det er usikkert om det vil endre seg dramatisk på lang sikt. (avhengig av strukturforandringer). Inntil videre må det satses på grenspesialister (gastro/uro/kar) perifert, med mer trening og utdanning i nødkirurgi/traumatologi (BEST, ATLS, hemostasekirurgi etc), samtidig som en øker tilgjengeligheten for ambulansetjenestene for rask overflytting til større sentra der dette er påkrevd. Terskelen for hva som overflyttes etter initial stabilisering, bør de også senkes.

Rapporten har i store linjer ivaretatt de hensyn som er nødvendig for ortopedien, men noen presiseringer er viktige:

Landsstyremøtet har vedtatt at ortopediutdanningen er 6 år og at det er valgfritt 1 år annen tjeneste. Innstillingen er oversendt Helsedepartementet. Dette vil for fremtiden definitivt bety flg.:

- *et sykehus med akuttkirurgi som minimum, må ha både ortoped og bløtdelskirurg i vakt.*
- *bakvakt i ortopedi går i bakvakt bak LIS i ortopedi, og IKKE bak LIS i kirurgi som det foreslås på side 95 i utredningsrapporten om spesialistutdanningen.*
- *Ortopedene ønsker seg primært ortopedi på sykehus som har de nødvendige ressurser til å kalle seg akuttkirurgiske sykehus med doble vaktteam. Så lenge det forefinnes sykehus uten dette, ønsker ortopedene å sikre seg at ortopeder som har behov for å gå i generell kirurgiske vakter - kan gjøre det (i samsvar med s. 96 i rapporten) såfremt de innehar nødvendig realkompetanse.*

Behov for strukturendring

Helse Sør-Øst har i "Hovedstadsprosessen" laget en gjennomgripende strukturendring av norske sykehus med en inndeling i 3 sykehusnivåer: Lokalsykehus, områdesykehus og regionssykehus. Norsk Kirurgisk forening (NKF) har i sin høringsuttalelse til Legeforeningen datert 07.04.08 støttet at akuttkirurgien samles i sykehus med et nedslagsfelt på 200- 450 000 mennesker (noen unntak i deler av landet med ekstremvær og lange avstander, men det er kun få steder).

Hvis man får en slik tredelt sykehusnivåinndeling vil en ressursmessig kunne forsvare å ha to vaktteam, et for bløtdel og et for ortopedi med minst fem spesialister i hvert, ved at det også vil være tilstrekkelig arbeid for dem på dagtid pga sykehusets størrelse.

Dette forslaget til løsning har en rekke fordeler:

- *Det vil først og fremst sikre at befolkningen møter spesialister med høy kompetanse også i akuttsituasjonen.*
- *Det reduserer behovet for spesialister i heldøgnsberedskap betydelig og gir dermed kostnadsreduksjon. Det vil gjelde flere spesialiteter enn kirurgi for eksempel også anestesi og flere kategorier helsepersonell, som for eksempel operasjons-, anestesi, og intensivsykepleiere.*
- *Det vil redusere utdanningstiden for de spesialiteter som ikke skal inngå i vaktarbeid.*
- *Det vil øke tilgjengeligheten på dagtid for de spesialitetene som ikke inngår i vaktarbeid, både fordi de blir tidligere ferdig som spesialister og fordi de ikke behøver avspasering som kompensasjon for arbeid i vakttid.*
- *Det vil sannsynligvis heve kvaliteten også for det planlagte arbeidet på dagtid, siden man tidligere kan fokusere på å skaffe seg ferdighet og kunnskap innen et mer begrenset felt i forhold til det brede feltet man må dekke for å være tilfredsstillende oppdatert i generell kirurgi.*

Det er en bred enighet i NKF's styre om innholdet i dette notatet med et unntak. Norsk karkirurgisk forening (NKKF), som eneste fagmedisinske forening i NKF, opplyser at de ikke er beredt til å skrive under dette nå, fordi de føler de trenger å forankre sine holdninger i en bredere prosess blant medlemmene. De vil komme tilbake med en egen uttalelse etter dette. Styret i NKF har hatt forståelse for dette synspunktet.

Med hilsen
Styret i Norsk kirurgisk foren

Vedlegg 5

Høring om omstillingsprogrammet i Hovedstaden.

Styret i Norsk kirurgisk forening har fått forespørsel om å komme med innspill til Omstillingsprogrammet i Hovedstadsprosessen. Vi har nå hatt klare synspunkter i forhold til akuttkirurgi og fremtidens kirurgutdanning (se vedlegg). Det er derfor rimelig at vi engasjerer oss i dette viktige arbeidet videre, og bidrar slik at vi får fram hva som er essensen i hva man i et overordnet kirurgisk perspektiv anser som det beste for pasientene og for en effektiv utnyttelse av helsekronene. Det vil selvsagt også være viktig å knytte spesifikke forhold til dette som har med fagutvikling/forskning, arbeidsmiljø, utdanning, tverrfaglig samarbeid og kirurgenes arbeidsvilkår generelt og spesielt.

Styret i NKF synes at prosessen omkring omstillingsprogrammet har vært uoversiktlig og vanskelig å forstå. Det var i starten klare ønsker om å få en faglig profil på endringene og at fagmiljøene skulle selv få medinnflytelse på hvordan framtiden skulle se ut. I de siste dokumentene og innspillene så synes det mer og mer klart at dette er en overstyrt prosess der det er politiske og økonomiske argumenter som vinner fram og at fagligheten tones ned. Dette er en skremmende utvikling og gjør at styret i NKF ikke helt vet hvordan vi skal agere framover. Om det visere seg at man overhodet ikke velger å ta hensyn til de råd man får i en prosess der mange har lagt ned mye energi og entusiasme, vil det bli vanskelig å samarbeide om løsninger framover. Har derfor en stor tro på at Legeforeningens prosess først og fremst går på å få Helse SørØst til å komme inn på et faglig spor igjen og få fagmiljøene som de viktigste premissgiverne i tiden framover.

Svarene som sendes inn her preges av at prosessen oppleves som uryddig og vanskelig. Å gå inn å gi råd om forslag som legges frem i pakke 1 og 2 i hovedstaden er nesten umulig fordi premisser og konsekvenser overhodet ikke er verken utredet eller gjennomtenkt. Det hele blir derfor mest en filosofisk synsing. Velger å legge ved innlegg fra Nevrokirurgene spesielt som på mange måter gjenspeiler viktige holdninger i NKF

*Tom Glomsaker
Leder for NKF*

Svar på konkrete spørsmål til høringsinstansene som stilt i Kap. 5 i høringsnotatet.

I denne fasen av prosessen er det ikke konkludert verken på organisering eller geografiske plasseringer. Det er ikke foretatt beslutninger vedrørende fjerning av avdelinger, sengeposter eller flytting av ansatte. I høringsperioden vil Helse Sør-Øst RHF arbeide videre med kvalitetssikring og konsekvensvurdering av løsningene. Aktuelle dokumenter vil fortløpende bli publisert og dermed være tilgjengelig for høringsinstansene. Helse Sør- Øst RHF vil ta initiativ til møter med fylkeskommuner, kommuner, helseforetak og andre interessenter.

1. Det bes om synspunkter på ønsket utviklingsretning og styrende prinsipper for utvikling og omstilling av tjenestestrukturen. Det vises til kapittel 4 og den punktvisse fremstillingen av prinsipper og alternativer. Vil en utvikling i den retningen Helse Sør-Øst presenterer bidra til:
 - En bærekraftig utvikling som sikrer god ressursutnyttelse.
 - At pasientenes behov settes i sentrum og befolkningens behov for tjenester av høy kvalitet sikres?

Svar:

Så lenge det er et fokus på innsparinger fremfor investeringer i bedre systemer for pasientbehandling, vil nærmest enhver prosess kunne medvirke til forringelse av behandlingstilbudet. En omstillingsprosess må etter vårt syn ledsages av nødvendige investeringer for å forbedre eksisterende systemer hvis man senere skal hente ut en rasjonaliseringsgevinst.

Som ved de fleste andre tidligere prosesser med samme formål, nemlig å spare penger, er enhver prosess kun understøttet av meninger og påstander fra diverse konsulentbyråer og ikke av dokumenterte hendelser fra tilsvarende prosesser fra sammenlignbare miljøer.

I dokumentet som er skissert holder man seg til overordnede prinsipper. Det er mye fasinerende i et slikt dokument, og man kan lett bli revet med i en eufori at endring vil løse alle utfordringer. Om man i den prosess som kommer klarer å få fagmiljøene til å samarbeide på sine premisser, vil det kunne komme mye godt ut av dette. Blir det derimot en endeløs prosess med frustrasjon vil energitapet fort bli så stort at det vil gå kraftig utover ressursutnyttelsen. Det er åpenbart et stort behov for overordnet styring og kontroll i den reformen som skal gjennomføres. Spørsmålet er om ikke det fort fører til at fagmiljøene føler seg både overkjørt og satt tilside. Her vil utfordringen bli å la fagmiljøene få en reell innflytelse og ikke la det bli en skinnprosess. Da vil det fort bli penger og ressurser som settes i sentrum, mens kvalitet og pasientenes behov bare blir noe for festtalene.

Allerede i dag ser vi at vi bruker mer og mer til administrative prosesser for å koordinere og styre. Her er det en reell fare i en mastodontorganisasjon, der ledelse er fjernet fra pasienten og den daglige virksomhet. Fagfolkene kan fort bli sittende mer i møter enn å behandle pasienter.

2. Formålet med organisering i større sykehusområder er å gi pasientene et mer helhetlig tilbud. I lys av dette bes det om synspunkter på inndelingen i sykehusområder og de foreslåtte grensene for disse.

Svar:

Samling av spesialfunksjoner i større enheter vil i teorien kunne medføre gevinst ved at pasienten treffer representanter fra komplette fagmiljøer når de legges inn på sykehus. Dette vil i stor grad gjelde pasienter som legges inn med komplekse lidelser hvor behandlingsresultat avhenger av spisskompetanse. Problemer må derimot forventes hos pasienter med sammensatte og kroniske lidelser som legges inn med uklart sykdomsbilde og der diagnostikk kan forsinkes på grunn av mangelfull kompetanse på et lokalt sykehus uten komplett behandlingstilbud.

Et sykehusområde som har et totalansvar for pasienten høres flott ut, men spørsmålet er om området klarer å leve opp til dette om de i denne prosessen samtidig får store besparingskrav. (Noe man må forvente). Det frie sykehusvalg og pasientenes mange rettigheter kan også fort bli satt på prøve i et slikt sterkt regulert system. Samtidig er det viktig at det offentlige sørger for å opprettholde en god beredskap for øyeblikkelig hjelp, og har en så god kvalitet som mulig på det som det skal satses på. Det avgjørende er at fagmiljøene sammen lager behandlingsskjeder som er logiske og effektive, og at disse blir til i konsensus og minst mulig i politisk beslutning. Dette kan bli en stor utfordring der mange vil slå ring rundt sin enhet.

De foreslåtte områdene virker på mange måter helt ok. En utfordring er å finne en arbeidsfordeling som gjør at pasienter ikke skal inn på områdesykehuset for tilstander som greit kan løses effektivt i nærmiljøet. En må i sammen jobbe med å finne løsninger for å få fornuftige pasientstrømmer.

Det har i denne prosessen blitt tatt lite høyde for nye politiske regimer og økt valgfrihet for pasientene. Tror at man i den teknologiske utviklingen vi ser, lett må innse at vi vil få en konkurranse som styrer pasientene mot sentra som får status som "centre of excellence".

3. Hva er det viktig at Helse Sør-Øst legger vekt på ved valg av styringsmodell innenfor sykehusområdene? Herunder:
 - a) Hvilke styringsmodeller legger best til rette for å oppnå målene om å styrke lokalbaserte og spesialiserte tjenester, samhandling mellom sykehus og med kommunene, samt brukermedvirkning og pasientopplæring?
 - b) Hva er fordeler og ulemper ved eventuell fusjon i sykehusområdene?

Svar:

a) Ingen synspunkter

b) Den største fordel kan være at man kan styre ressursbruken bedre. Samtidig vil man få økte koordineringsproblemer og stordriftsulemper. Erfaringen fra Sykehuset Innlandet med 4 sykehus som skulle være et virtuelt sykehus, var at lederne brukte mesteparten av tiden på eksterne møter. Egen virksomhet fikk man ikke tid til.

4. I høringsnotatet beskrives to modeller for sykehusområde Sentrum. I modell 1 beskrives et samlet

somatisk region- og områdesykehus (Ullevål og Rikshospitalet fusjoneres). I modell 2 beskrives ett somatisk regionsykehus med landsfunksjoner og hoveddelen av regionfunksjonene (Rikshospitalet) og ett områdesykehus med multitraume og tilhørende regionfunksjoner (Ullevål). I begge modeller legges opp til tre robuste lokalsykehus.

- a) Hvilken modell vil høringsinstansene anbefale?
- b) Hvordan kan valgt løsning best realiseres?
- c) Hvilke konsekvenser vil valgt løsning ha for utvikling av tilbudet i sykehusområdet?
- d) Finnes det andre modeller som bør legges til grunn for organisering av sykehusstilbudet i sykehusområde Sentrum?

Svar:

a) Mye kan tale for å gå inn for en modell med samling av alle regionsfunksjoner på ETT sted på sikt. Det bør skje på det stedet som er best egnet for en slik utbygging. Dette er imidlertid ikke realistisk gjennomførbart på flere år på grunn av behov for betydelige investeringer. I mellomtiden bør man sikte på å samle åpenbare regionsfunksjoner som ikke nødvendigvis må ligge på begge de nåværende regionsykehusene. Eksempelvis bør man innenfor gastrokirurgien kunne samle kirurgisk behandling av kreft i lever, bukspyttkjertel og galleveier ved ett senter som må innehar alle behandlingsmodaliteter for disse komplekse lidelsene. Det er imidlertid viktig at man ikke ensidig splitter opp fagmiljøer som naturlig hører sammen, ved for eksempel å dele inn etter spesifikke organer.

b) Den anbefalte løsning med ett regionsykehus bør gjennomføres ved å fokusere på de åpenbare regionsoppgavene og skille ut tradisjonelle lokalsykehusfunksjoner som bør ivaretas av fremtidige lokal- og områdesykehus. Man må snarlig starte planleggingen av hvordan et fremtidig fusjonert regionsykehus skal finansieres ettersom en slik løsning må innebære betydelige investeringer.

c) Man vil som nevnt i b) få et tydeligere fokus på hva som er regionsoppgaver og hva som er lokal- og områdeoppgaver slik at pasienten kan behandles på et mest mulig korrekt behandlingsnivå.

d) På kort sikt,- se pkt a). På lang sikt ,- NEI

5. Hvilke tiltak vil best kunne bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i regionen?
Har høringsinstansene synspunkter på forslaget om å samle alle regionale funksjoner i ett rehabiliteringsforetak?

Svar: *Tror at det vil måtte være avgjørende at man her definerer nøyte hva man mener med rehabilitering og ikke minst får et utsøkt samarbeid mot kommunene. Om regionen er tjent med enda flere foretak er usikkert.*

6. I hvilken grad kan de ulike forslagene til endringer påvirke utvikling og ivaretagelse av kompetanse, fagmiljø, medarbeidernes arbeidssituasjon og arbeidet med å utvikle et godt arbeidsmiljø?

Svar: *Samling av funksjoner i større enheter kan hindre god rekruttering til de mindre sykehus som mister deler av sine funksjoner. I den forbindelse er det viktig å legge til rette for og å etablere mulighet for, faste rotasjonsordninger/ hospiteringsordninger/ ambulerende tjeneste for de som måtte ønske. Samt stimulere til deltagelse i forskningsprosjekter i form av samarbeidsprosjekter mellom flere institusjoner.*

Det blir viktig å få fram at alle delene av behandlingsskjeden er viktige for at dette skal fungere. Det betyr at man må få meningsfulle oppgaver på de stedene som skal bestå i det nye systemet og at man er en del av et større kollegium der man kan utvikle sin kunnskap og sitt engasjement. Gode systemer for utdanning og forskning blir særdeles viktig.

All usikkerhet og frustrasjon knyttet til endring kan rasere fagmiljø hvor de i prinsippet blir tapt for alltid. Norge har få bærekraftige fagmiljø, og man må være spesielt beredt på å finne de riktige løsningene slik at vi i Norge ikke plutselig står uten nødvendig ekspertise innenfor en del områder. Stimulering til at fagmiljøene selv skal finne de rette løsningene må være hovedregelen. Overstyring må kun gjøres dere alle forsøk har mislykkes med konsensus og man må ha kalkulert risikoen.

7. Har høringsinstansene forslag til tiltak og løsninger som kan bidra til å styrke brukerperspektivet omstillingsprosessen?

Svar: *Gode nettbaserte tjenester hvor brukerne kan sammenligne de respektive sykehus med tanke på relevante faktorer av betydning for deres sykdomstilstand, krever utvidelse av dagens service med fremleggelse av reelle medisinske faktorer (komplikasjonsrate, overlevelse osv) og ikke bare de dels irrelevante data slik man i dag har (ventetid på poliklinikk, prosent korridorpatienter osv.)*

8. God samhandling med kommunehelsetjenesten er avgjørende for å sikre helhetlig tilbud og god ressursutnyttelse. Det bes om synspunkter på foreslåtte innretning av tjenestene og særskilte tiltak for å styrke samhandlingen mellom nivåene.

Svar: Har stor tro på at det må bli løsninger der det er mulig å overflytte pasienter direkte til sykehjem fra sykehus, og at man finner eierformer som gjør det mer ubyråkratisk. Det må også satses mer på legevakt og fastleger slik at man får henvist de pasientene til sykehus som virkelig trenger det.

9. Er det andre problemstillinger eller løsninger høringsinstansene ønsker å påpeke? Alternative løsningsforslag for å nå målene?

Svar: *Har tro på at man må bestemme seg for hvilken struktur som skal gjelde for bygninger og ledelse. Deretter må man la fagmiljøene få et klart oppdrag og la disse få en reell innflytelse. Man bør også sørge for at fokus skal her være kvalitetsforbedring og ikke innsparing. Ved innsparingsfokus vil de fleste prosesser fort komme i vranglås og være demotiverende.*

Det er veldig viktig for NKF å påpeke at man legger spesiell vekt på utdanning, arbeidsmiljø og forskning i denne omleggingen. Ingen av delene er direkte lønnsomt på kort sikt, men avgjørende for det norske Helsevesen og pasientene på sikt. NKF ønsker et godt offentlig helsevesen både for de som arbeider der og de som bruker det. Skattebetalerne må også føle at kronene blir riktig brukt. Der har den politiske ledelsen store utfordringer i dag og større vil de bli.

10. For å skape god forankring og legitimitet for de løsninger som fremmes til beslutning etter høringsrunden, er det ønskelig at innspillene fra høringsinstansene er basert på brede drøftinger som skaper forankring. Høringsinstansene bes gi en kort beskrivelse av hvilken prosess som ligger bak høringsvaret.

Svar: *Denne høringen bygger på en kontinuerlig diskusjon i styret i NKF som består av lederne i alle de kirurgiske fagmedisinske foreningene.*

Tom Glomsaker
Leder NKF

Innspill fra Nevrokirurgene.

Det er bedt om Norsk nevrokirurgisk forenings synspunkter i forbindelse med utarbeidelse av høringsuttalelse vedrørende hovedstadsprosessen fra Norsk kirurgisk forening til Helse Sør-Øst.

Det nevrokirurgiske tilbudet til befolkningen i Helse Sør-Øst dekkes i dag av de nevrokirurgiske avdelinger ved Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus. Tradisjonelt har avdelingene hatt ulike profiler hvor nevrokirurgisk avdeling ved Rikshospitalet har hatt ansvar for nasjonale funksjoner innen epilepsikirurgi, craniofaciale misdannelser og avansert endovaskulær behandling ved vaskulære nevrokirurgiske lidelser. Rikshospitalet har også en omfattende virksomhet innen pediatrik nevrokirurgi og mottar et antall pasienter fra andre helseregioner. Ullevål har hatt ansvar for traumekirurgien innen regionen og har hatt en utstrakt spinal virksomhet.

Med et befolkningsgrunnlag på ca 2,6 mill er det god plass til to store, komplette nevrokirurgiske avdelinger i helseregionen. Hvorvidt en eventuell sammenslåing av avdelingene vil medføre stordriftsfordeler i forhold til drift og økonomi for Helse Sør-Øst har foreningen ingen mening om. Når det gjelder vurdering av de medisinskfaglige konsekvenser av en mulig omorganisering er det ikke antallet avdelinger som er det avgjørende, men at man ikke ødelegger de sterke fagmiljøene som i dag finnes ved begge avdelinger. Vi vil også

advare mot en eventuell omorganisering med to avdelinger hvor den ene av disse kun vil opprettholde et begrenset nevrokirurgisk tilbud, f. eks. en avdeling med kun traume- og spinalvirksomhet. Nevrokirurgi er et såpass lite fag at de enkelte spesialområder bør utøves innenfor et minimum av faglig bredde for å unngå faglig utarming og risiko for svekkelse av kvaliteten.

Med hilsen
Norsk nevrokirurgisk forening

Tomm B. Müller
Leder