



NGF-nytt

Årgang 13

Informasjon fra Norsk Gastroenterologisk Forening

Nr. 1 - jan. 2006

Tema:

Ny organisering

side 8

Rapport fra
International Surgical Week
ISW 2005 i Durban

side 14

Velkommen til Vintermøtet

9.-12. februar på Lillehammer

side 17



Velg TachoSil® – for rask hemostase og vevsforsegling

- Stanser blødninger og forseglar vev raskt og effektivt.²
- TachoSil® er den eneste ferdige kombinasjon av kollagen, fibrinogen og trombin som er klar til bruk.¹ Med en gang den er applisert vil koaguleringen starte og blødningen stanser på 3–5 minutter.²
- TachoSil® er meget elastisk og har en sterk limende evne¹ – gir luft og væsketett forsegling raskt.^{1, 3}
- TachoSil® er et reseptbelagt legemiddel.⁴

1) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gresser JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002. 2) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. Journ. of Cardiovasc. surg. Vol 41, no 4, 553–557 2000. 3) Carbon RT, Schmidt A, Baar S, Kriegelstein S. Tissue management with fleece-bound sealing. 6th World Congress on Trauma, Shock, Inflammation and Sepsis, March 2nd–6th, 2004. 4) Preparatomtale (SPC) FK-tekst annet sted i bladet



Leder

Bjørn Moum
Med. avd.
Sykehuset Østfold, Fredrikstad
1603 Fredrikstad
T: 69 86 00 00
F: 69 86 11 76
bamoum@broadpark.no

Sekretær

Aud K. Svendsen
Kirurgisk avdeling
Nordlandssykehuset, Bodø
8092 Bodø
TLF: 75534000
audkg.svendsen@trollnet.no

Kasserer

Astrid Rydning
Kirurgisk avdeling
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim
T: 73 86 91 73
F: 73 86 74 28
astrid.rydning@stolav.no

Styremedlemmer:

Jørgen Jahnsen
Medisinsk avdeling
Aker Universitetssykehus
0514 Oslo
T: 22 89 48 87
jorgen.jahnsen@medisin.uio.no

Esben Riise
Medisinsk avdeling
Molde sykehus
6407 Molde
T: 71 12 00 00
esben.riise@helsenr.no

Roald Torp
Medisinsk avdeling
Sykehuset Innlandet, Hamar
2326 Hamar
T: 62537582
roald.torp@sykehuset-innlandet.no

Tom Glomsaker
Eiganesveien 70
4009 Stavanger
T: 48250264, 51533009
tom@glomsaker.no

Webmaster:

Øivind Irtun
www.legeforeningen.no/gastro
Avd. for Gastroent. Kirurgi
Universitetssykehuset i Nord-Norge
9038 Tromsø
T: 77 62 60 00
F: 77 62 66 05
ovindi@fagmed.uit.no

INNHOOLD



4 Leder. **Vi trenger NGF**

5 Redaktørens hjørne

5 Nytt fra fagmiljøene

Tema: **Ny organisering**

8 Legeforeningens organisering og Norsk Gastroenterologisk Forening

10 Torunn Janbu:
Ny organisering gir NGF nye muligheter

Reisebrev

13 Madrid:
Referat fra møte om IBD og salicylater

14 Durban:
International Surgical Week ISW 2005

Kurs og konferanser

17 NGF vintermøte på Lillehammer

22 Stipender, kurs og konferanser



Innlegg til NGF-nytt

NGF-nytt skal formidle relevant informasjon til medlemmene. Bladet skal også være bindeledd mellom industrien og brukeren. Dette skal ikke være noe vitenskapelig tidsskrift. "Takhøyden" skal være stor, og vi ønsker oss et levende og leseverdige NGF-nytt.

Materiell som leveres

For å skape et bedre blad og forenkle arbeidet til redaksjonen (frivillig arbeid) ber vi om at man tar hensyn til følgende:

1. Vi ønsker artikler/innlegg med forenklet språkbruk og hvor følgende er tatt hensyn til:

- Heading som vekker interesse
- Ingress som gir innblikk i artikkelen
- Subheadinger som underletter lesing og framhever avsnitt

2. Krav til tekstdokumentet:

- Word-filer
- Uten linjeskift, tekst skrives løpende inn i manuset
- Nye avsnitt med 2. linjeskift (Dvs 1. blanklinje mellom)
- Aldri versaler
- Uthevet tekst markeres i menylinjen med fetere eller større bokstaver
- Saves as, vanlig word-dokument eller ren tekst

3. Bilder/illustrasjoner

Digitalt:

- Minimum oppløsning 300 dpi
- Størrelse ca 10x15 cm eller større
- Format JPG, EPS eller TIFF
- Fargebilder leveres i RGB eller CMYK

Originaler:

- Papirkopier max A4-størrelse

Annonser i NGF-nytt

Gjennom NGF-nytt når du eksklusivt norske gastrointresserte leger. Foreningen har ca. 470 leger som medlemmer. NGF-nytt distribueres også til alle avdelingsoverlegene på medisinske og kirurgiske avd. ved norske sykehus. Annonser i NGF-nytt legges også ut på NGF's hjemmeside og formidles til medlemmene pr. e-mail.

1. Annonsepriser:

- Helseide, 4-farge – 10.000,-
- Halvside stående, 4-farge – 6.000,-
- Halvside liggende, 4-farge – 6.000,-
- Kvartside, 4-farge – 4.000,-

Årsavtale: 20% rabatt på innrykk av 4 helsider pr. år. Prisene er eks. mva.

2. Annonseformat:

- A4 (helseide) format 210 x 297 mm + 3 mm
- Halvside liggende format 210 x 148 mm + 3 mm
- Halvside stående format 105 x 297 mm + 3 mm
- Kvartside (satsflate), format 91 x 138 mm, ikke utfallende
- Høyoppløste PDF-filer, der fonter + høyoppløste bilder er inkludert, 300dpi.

Utgivelsesplan

	Materiellfrist
Nr. 2/2006	1. april
Nr. 3/2006	1. september
Nr. 4/2006	1. desember

2006

Utgivelse
20. mai
20. september
20. desember

Design og grafisk produksjon:

Degrafo AS, Postboks 7002 Majorstuen, 0306 Oslo
Telefon: 22 95 74 00, Fax: 22 95 74 10, e-mail: post@degrafo.no

Kjære NGF-medlem

Når dette leses har dere alle forhåpentligvis hatt en fredfull og hyggelig jul og nyttårsfeiring. Året som gikk har inneholdt mange viktige begivenheter, ikke minst har vårt fagområde blitt tilgodesett med en Nobel Pris i Medisin. Styret i NGF har arbeidet mye med legeforeningens nye organisasjonsmodell, og vår forenings plassering i organisasjonskartet. Bedømt ut fra aktivitet og den kommunikasjon vi i styret har hatt med medlemmene, dekker foreningen et stort behov og er et nødvendig bindeledd til Den norske Legeforening sentralt, til sentrale helsemyndigheter så vel som til legemiddelindustrien. Utfordringene i helsevesenet står i kø i det nye året; vi sliter med lange ventelister til endoskopiundersøkelser og kirurgiske inngrep; rekruttering av spesialister til så vel den kirurgiske som den medisinske gastroenterologien kniper; vi presses stadig mer i situasjonen mellom arbeidsgivers forventninger om effektivitet og kvaliteten i vårt arbeide; vi sliter med nedslitt utstyr og overfylte sengeavdelinger. Dessverre er det lite nytt i vente og ingen signaler fra HF'ene om økte bevilgninger. Vi får innstille oss på at hver enkelt er ansvarlig for det arbeidet vi gjør som leger, at kvalitet fortsatt skal være sentralt og at vår primæroppgave fortsatt skal være å tjene våre pasienter på den beste måte. For at vi fortsatt skal kunne ivareta våre forpliktelser i så måte, har vi bruk for et NGF hvis "oppgave er å fremme norsk gastroenterologisk forskning og praktiske utøvelse og å ivareta medlemmenes faglige og økonomiske interesser." Et forhåpentligvis styrket NGF etter gjennom-

føring av Den norske Legeforenings nye organisasjonsplan til våren vil definitivt kunne bidra til foreningens målsetning.

Til dere alle, et fortsatt godt nytt år, og vel møtt til årsmøtet på Lillehammer i februar.



Bjørn Moum
Leder NGF

Creon® pankreatin



Pankreon® har i mange år vært solgt med merkenavnet **Creon®** utenfor Norden. Siden mars 2004 har vi også i Norge tatt i bruk merkenavnet **Creon®**.

Creon® og **Creon® Forte** blir fortsatt levert i brukervennlige bokser.



**SOLVAY
PHARMA**

Postboks 248, 1301 Sandvika.
Tlf. 67 52 12 20

□ Redaktørens hjørne

Nå er enda et år gått, og vi ser fram mot et nytt år med nye utfordringer. Året vi har lagt bak oss, har på mange måter ført oss som fagpersoner mer sammen, fordi vi alle på et eller annet vis har følt de forskjellige kreftene som spiller rundt oss. For å holde en fokusert stø kurs i rett retning, skal man holde tunga rett i munnen. Vi har sett at vår egen forening omorganiserer med tanke på å møte framtiden, helseforetakene gjør det samme og pasientene våre stiller selvsagt høyere og høyere krav til oss. Mulighetene er mange og fallgropene likeså.

For meg har året vært utrolig variert og spennende. Jeg har både fått muligheten til å brette opp armene og jobbe hardt sammen med mine kollegaer for å få bort køer, samtidig som vi har forsøkt å løfte blikket for å få en bedre virksomhet. En del av dette er å løfte perspektivene opp på et nivå der man kan se seg selv litt utenifra. Både med hospitering på sykehus i USA, kongressbesøk i Canada og studiebesøk til Kina har jeg sett at det ikke bare er vi som har utfordringer. Til og med kan jeg føle meg litt privilegert ved å få lov til å arbeide på et norsk sykehus i et helseforetak.

En ydmykhet for vårt fag og for vår organisasjon har for meg blitt atskillig tydeligere enn før. Allikevel skal vi stå opp og sloss for det vi tror på og det er de engasjerte og entusiastiske medarbeiderne som vil drive det hele videre. Vi må derfor stå sammen, og hjelpe hverandre og våre ledere til å nå de rette målene med de rette midlene. Jeg tror at NGF-nytt er en svært viktig informasjonskanal og kan faktisk være med å påvirke. Håper derfor at alle dere som medlemmer sender inn bidrag!

Ha et riktig godt nytt år!



Tom Glomsaker
Redaktør i NGF-nytt

□ Nytt fra forskningsmiljøene



Takst for videokapselundersøkelse av tynntarm

Norsk Gastroenterologisk forening har per september -05 sendt henvendelse til Helse- og Omsorgsdepartementet, vedrørende refusjon og videokapselundersøkelse. Saken er oversendt Sosial- og Helsedirektoratet for vurdering og uttalelse som har gitt tilrådning.

I henvendelse fra NGF har vi stipulert de totale omkostninger inklusive arbeidslønn til ca. 120.00 kr, noe som er i tråd med tilsvarende takst for den samme undersøkelsen i Sverige og Danmark.

I uttalelsen fra Sosial og Helsedirektoratet, opplyses det at ny kode for videokapselundersøkelsen av tynntarm vil inkluderes i den nye kodeverket (NCMP - Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer) som innføres som registreringsverktøy fra 01.01.06 med kode "JFFX00 tynntarmsundersøkelse via kapsel - inkluderer biopsitaking".

Fra 2006 vil man kunne inkludere prosedyren og derved inkludere denne i den nye ISF (Innsatsstyrt finansiering) ordningen for poliklinikk.

Den tekniske løsningen for ISF finansiering og dermed også refusjonsordning for video-kapselundersøkelsen vil imidlertid tidligst være på plass 01.01.07.

Mangel på objektiv informasjon om det årlige aktivitetsomfanget tilsier en viss usikkerhet med hensyn til økonomiske konsekvenser. Ut fra den aktivitet som så langt er registrert anslås det totale statlige RTV refusjonsbeløpet å ligge på 1,65 mill. kroner. I NGFs opplysninger til direktoratet vedr undersøkelsens omfang og kostnader, vil hver undersøkelse representere en kostnad på ca 10.000 kr. Hvis refusjonsatsen følger normalen mhp RTV-takstsystemet for poliklinikk, vil dekning med 30% av anslåtte kostnader bli 3300kr.

Bjørn Moum

Gastronett - et samarbeidsprosjekt for utvikling av kvalitet ved gastrointestinal endoskopi

Kvalitetssikring og -forbedring er svært aktuelt, ikke minst i lys av Helse- og Omsorgsdepartementets samt Sosial- og Helsedirektoratets initiativ for opprettelse av nasjonale kvalitetsregistre for medisinsk behandling (1). De fleste kvalitetsregistre har startet på initiativ av entusiastiske faggrupper. Samarbeidsprosjektet Gastronett er et slikt eksempel hvor målet er å utvikle kvaliteten på de gastroenterologiske tjenestene. Gastronett er nå et samarbeidsprosjekt mellom 16 sykehus hvor sekretariatet er lagt til Telemark Sykehus HF (STHF), Skien. Flere sykehus har meldt sin interesse for å bli med (kontakt evt. Geir Hoff, hofg@online.no om ditt sykehus/senter er interessert).

Prosjektet startet høsten 2003 med hovedfokus på kvaliteten av koloskopitilbudet. Det har hittil vært finansiert med midler fra Helse Sør RHF, samarbeidsmidler for Sykehuset i Vestfold og STHF og fra Lægeforsknings kvalitets sikringsfond. Det tredje samarbeidsmøtet ble nylig avholdt i Skien (14/11) hvor oppdaterte resultater ble lagt fram for entusiastiske representanter som ønsker å videreføre prosjektet. Erfaringene fra det første driftsåret er "in press" (1). Databasen inneholder nå ►

□ Nytt fra forskningsmiljøene

forts.fra forrige side

12.000 rapporterte koloskopier. Det ble besluttet å justere registreringskjemaet noe og å søke om utvidelse av konsesjonen til å omfatte registrering av diagnose, spesielt antall påviste polyper som nok et uttrykk for kvalitet og at "alt er sett over".

Gjennom Gastronett er det registrert at koloskopikapasiteten for sykehusene i Helse Sør var 8840 i 2002, kun steget med 222 (2,5%) i 2004, dvs. en kapasitet på 10,4/år/1000 innbyggere. Gastroskopikapasiteten har ligget stabil på ca. 15.250, dvs. en kapasitet på 17,5 gastroskopier/år/1000 innbyggere. Det forventes at kapasiteten for koloskopi må økes betydelig de nærmeste årene. I denne utviklingen er det viktig å følge med i kvaliteten på utførte koloskopier.

1. http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/medisinske_kvalitetsregistre_6151
2. G Hoff, M Bretthauer, G Huppertz-Hauss, E Kittang, A Stallemo, O Høie et al. The Norwegian Gastronet project: Continuous quality improvement of colonoscopy in 14 Norwegian centres. Scand J Gastroenterol (in press)

Geir Hoff

SADE

Ved UEGW i København ble det avholdt styremøte og nytt styre ble konstituert i SADE. Dette var en konsekvens av en lengre prosess som var initiert av det gamle styret for å få en fortsatt kraftfull organisasjon i Skandinavia. SADE har hatt stor betydning for utviklingen av Skandinavisk endoskopi, og Magne Osnes og Arne R. Rosseland har vært drivkreftene i dette arbeidet. Vi som skal overta stafettspinnen i det arbeidet de har gjort sammen med sine skandinaviske kollegaer, vil ikke ha lett for å fylle stolene våre forgjengere har hatt. De nasjonale gastroenterologiske foreningene har innstilt følgende personer som medlemmer av nytt styre i SADE :

Danmark

Søren Meisner, Kir.avd. Bispebjerg Hospital, København
Peter Bytzer, Amtssygehuset i Glostrup, København

Norge

Lars Aabakken, Med.avd. Rikshospitalet, Oslo
Tom Glomsaker, Kir.avd. Helse Stavanger, Stavanger

Sverige

Per-Ove Stotzer, Med.kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Peter Andersson, Kir. kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

Det nye styret foretok følgende foredeling av verv :

President	Lars Aabakken, Norge
Generalsekretær	Peter Andersson, Sverige
Kasserer	Søren Meisner, Danmark
Sekretær	Marit Knudsen inntil videre

Det nye styret vil arbeide for å fortsette arbeidet med utdanning og kvalitetsheving av endoskopien, revidere SADE-boken og delta nasjonalt og internasjonalt i fora der endoskopi er en del av dagsorden.

Tom Glomsaker



Utskiftninger i styret Fra v: Magne Osnes og Arne R. Rosseland forlater styret, Lars Aabakken er fortsatt medlem, Marit Knudsen er sekretær og Tom Glomsaker er nytt styremedlem.



 **Remicade**[®]
INFLIXIMAB

Gå ikke glipp av det 23. SADE kurset i avansert endoskopi, Oslo 23 - 27. januar 2006

Temaet for årets SADE kurs vil være endoskopisk palliativ behandling av gastrointestinal cancer. Det vil være stort fokus på hvordan man skal lære nye prosedyrer. Kurset består som vanlig av en praktisk og en teoretisk del. Den teoretiske delen gjennomføres på Soria Moria kurs og konferansesenter i Oslo torsdag-fredag den 26. – 27. januar. Den praktiske delen foregår på ulike skandinaviske endoskopiesentra i perioden 23. – 25. januar. Kurset kan gjennomføres i sin helhet eller man kan velge å delta bare på den teoretiske delen. Hvis man ønsker å delta på den praktiske delen vil deltagelse på den teoretiske delen være obligatorisk. I år gis det også mulighet for at sykepleiere deltar på den praktiske delen.

For påmelding, se
www.sade.no



PROGRAM

Torsdag 26. januar 2006

10.00-10.10	Velkommen	Thomas de Lange
10.10-12.00	Maligne strikturer i Galleveier/Pancreas/Colon	Magne Osnes/ Søren Meisner
10.10-10.40	Hvilken type stent i i galleveiene?	Peter Matzen
10.40-11.00	Duodenal stenting	Truls Hauge

11.00-11.30 PAUSE

11.30-12.00	Endoskopisk behandling av maligne colon strikturer	Søren Meisner
-------------	--	---------------

12.00-1300 LUNSJ

13.00-14.30	Endoscopic palliation of malignancies in oesophagus-cardia	Lars Aabakken/ Peter Vilmann
13.00-13.30	Stent placement in Oesophagus	Christer Stael von Holstein
13.30-14.00	Staging of GI cancer	Peter Vilmann
14.00-14.30	Tumour debulking and EMR in oesophagus	Christian Eil

14.30-15.00 PAUSE

15.00-16.30	Stent placement; how to prevent complications?	Truls Hauge
15.00-15.30	Unsuccessful stent placements	Karl E. Grund
15.30-16.30	Learning by working on models	Karl E. Grund

Fredag 27. januar 2006

09.00-12.00	Live demonstrations	Thomas de Lange/ Truls Hauge
09.00-12.00	Live demonstrations of supervised stent placements on models	

12.00-13.00 LUNSJ

13.00-14.40	PEG innleggelse	Taran Søberg/ Aksel Kruse
13.00-13.20	Teknikk for PEG innleggelse	Taran Søberg
13.20-13.40	Komplikasjoner til PEG innleggelse	Aksel Kruse
13.40-14.40	Etiske aspekter ved bruk av PEG	Aksel Kruse, Taran Søberg, Bjørn Hofstad

14.40-15.10 PAUSE

15.10-15.40	Thermic methods in flexible endoscopy State of the art	Karl E. Grund
15.40-15.50	Avslutning	Thomas de Lange

KURSAVGIFTER

KURSAVGIFT LEGER:

Påmelding før 1. desember: NOK 3.100,-
Påmelding etter 1. desember: NOK 3.400,-

BARE TEORIDEL:

Påmelding før 1. desember: NOK 1.600,-
Påmelding etter 1. desember: NOK 1.800,-

KURSAVGIFT SYKEPLEIERE:

Påmelding før 1. desember: NOK 1.600,-
Påmelding etter 1. desember: NOK 1.800,-

Overnatting og pensjon Soria Moria

Helpensjon 25-27/1

NOK 2.555,- pr. person i enkelt rom inklusive lunsj fredag
NOK 2.005,- pr. person i dobbelt rom inklusive lunsj fredag

Helpensjon 26-27/1

NOK 1.760,- pr. person i enkelt rom inklusive lunsj fredag
NOK 1.460,- pr. person i dobbelt rom inklusive lunsj fredag

Dagpakke 1

NOK 955,- Lunsj torsdag + fredag + festmiddag

Dagpakke 2

NOK 620,- Lunsj torsdag + fredag

Overnattinger under den praktiske delen må den enkelte deltager ordne selv.

□ Tema: Ny organisering

På Legeforeningens landsstyremøte i mai 2005 ble det av Legeforeningens Landsstyre enstemmig vedtatt at det nå skal være tre søyler i Legeforeningen, bl. A. for å styrke den fagmedisinske delen av organisasjonen. Den ene er yrkesforeningene som Overlegeforeningen, Yngre legers forening etc., den den andre er de geografiske foreninger som til nå har vært fylkesforeninger og den tredje vil fra 1.1.2007 være de fagmedisinske foreninger, som til nå har vært spesialforeningene.

Legeforeningens organisering og Norsk Gastroenterologisk Forening

□ Bjørn Moum Leder NGF

Det vil innebære at spesialforeningene blir avdelinger i Legeforeningen som dermed vil få rettigheter, plikter og budsjetter lagt av Landsstyret.

Egen fagmedisinsk forening

Hver spesialitet skal ha sin tilhørende fagmedisinske forening. For spesialiteter med både hoved- og grenspesialitet (kirurgi og indremedisin), skal det være både en hovedforening og grenforening. Den enkelte spesialist får pliktig medlemskap i sin tilhørende fagmedisinske forening. Kontingenten vil bli krevd inn som en del av totalkontingenten til Legeforeningen. Spesialister innen indremedisin og kirurgi som også er grenspesialister får altså pliktig medlemskap i både hoved- og grenforening. Det betyr at alle gastromedisinere blir medlem i Norsk Indremedisinsk Forening (NIF), alle gastrokirurger blir medlem i Norsk kirurgisk forening (NKF). Denne organisering står et enstemmig Landsstyre bak.

Fritt valg

Den enkelte spesialforening står fritt i å velge om de vil være med på en slik organisering eller ikke. Man kan velge å stå utenfor dette organisasjonskartet som frittstående foreninger tilknyttet Legeforeningen. Medlemskap vil da være frivillig. Kontingenten må kreves inn separat. Man blir da stående uten rettigheter eller plikter i forhold til Legeforeningen.

Flere alternativer

Gastrokirurgene har sin egen forening Norsk forening for Gastroenterologisk Kirurgi (NFGK). Indremedisinske gastroenterologer har i dag NGF, som er en felles organisasjon for både medisinerne og kirurger. NGF er derfor i dag en spesialforening, men kan ved en fortsatt organisering som nå forbli en fagmedisinsk forening for gastromedisinere og en spesialforening med frivillig medlemskap for ikke spesialister innen Fordøyelsessykdommer, noe som gjelder også for gastrokirurger. Skulle det være interesse blant gastromedisinere å danne en ny fagmedisinsk forening utenom NGF for at organisasjonskartet bedre skal stemme med det nye forlaget til legeforeningen, vil NGF kunne bli en spesialforening med frivillig medlemskap for alle. En evt. ny fagmedisinsk forening for gastromedisinere vil imt hos gastrokirurgene, bli sidestilt med Norsk Indremedisinsk Forening og de øvrige subspecialitetene innen indremedisin, og på linje med de øvrige fagmedisinske foreningene, totalt 44 stykk. Denne organiseringen blir derved forskjellig fra slik Norsk Kirurgisk Forening har organisert seg på, nemlig som en paraplyorganisasjon for de kirurgiske fagområdene. Det er uaktuelt å organsiere de medisinske foreninger på samme måte som de kirurgiske, da det ikke er noen av de medisinske grenforeninger som ønsker dette. Økonomisk vil dette imidlertid komme ut på det samme vedrørende den obligatoriske fagmedisinske kontingenten.

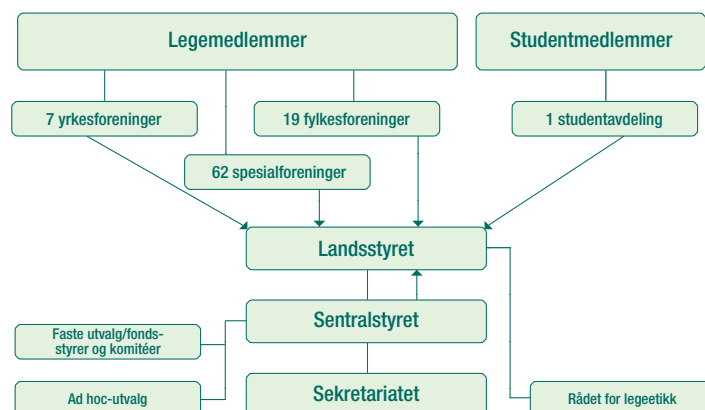
Hvilke alternativer foreligger det så for en ny organisering iht legeforeningens nye organisasjonsstruktur for et NGF som skal ivareta norske gastromedisinere og kirurgers interesser og faglige utvikling nasjonalt så vel som internasjonalt. Hvilke muligheter foreligger det for at NGF fortsatt vil være en forening for gastrofaget, en brobygger mellom kirurgi og medisin? Hvordan kan NGF forbli en forening som oppfattes av såvel kirurger som medisinerne som "min" forening i en ny organisasjonsstruktur i legeforeningen? Det er i den forbindelse grunn til å presisere NGFs målsetting: "Å fremme norsk gastroenterologisk forskning og praktiske utøvelse og å ivareta medlemmenes faglige og økonomiske interesser"

Vårt mål

Styret i NGF sin oppgave er per definisjon å sikre at NGF, som i dag, fortsatt skal ivareta de oppgaver som er til felles beste for norske gastromedisinere og gastrokirurgers interesser. Mao å sikre det arbeidet som har vært gjort gjennom NGF for a) interesseorganisasjonene b) i forhold til helsemyndigheter og politikere c) sikre å utdanne nye spesialister og kvalitetssikre allerede spesialister d) initiere, stimulere og støtte forskning.

Viktig vil det imidlertid være at alle identifiserer seg med NGF i dens nye organisering, og at det råder en likevekt som forhåpentligvis vil styrke faget og interesser, blant så vel kirurger, som medisinerne.

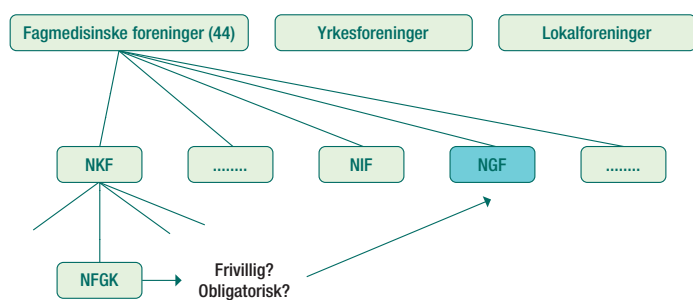
Dagens organisering i Legeforeningen



Følgende muligheter for organisering vil derfor foreligge:

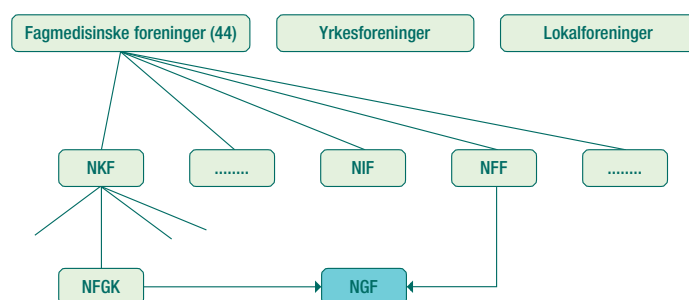
Alternativ 1

Det er et overordnet ønske fra alle parter om at NGF's plassering og funksjon skal være som før, noe godt lar seg gjøre under den nye organisasjonsstrukturen. Det er ønsket om et felles samarbeidsforum for gastroenterologisk kirurgi og fordøyelsessykdommer, hvor organisasjonskartet for NIF, NFGK, NKF og NGF fortsetter som nå, men den ene endringen at indermedisinere med spesialiteten fordøyelsessykdommer får obligatorisk medlemskap i NGF og fagmedisinsk kontingent betalt til NGF! Gastrokirurgene vil som nå ha frivillig medlemskap i NGF, med fulle medlemskapsforpliktelser, rettigheter og vil være valgbar på samme måte som medisinere. NGF's styre ser kun denne organisasjonsmodellen som aktuell, da andre muligheter som alternativene 2 og 3 ligger utenfor NGF's mandat og fullmakter.



Alternativ 3

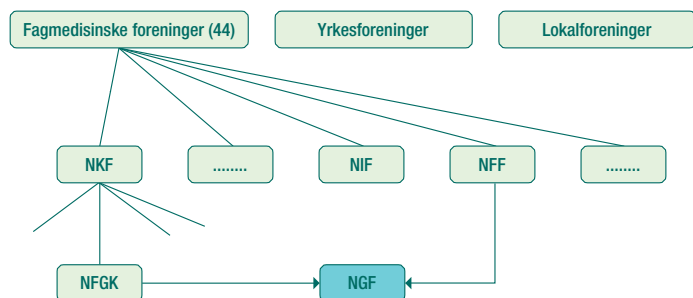
NGF blir en felles fagmedisinsk forening for gastromedisin og gastrokirurgi og NFGK nedlegges. Denne løsningen vil som alternativ 2 ligge utenfor NGF's mandat, og vil kreve at gastrokirurgene selv tar initiativ til en slik organisering. Et felles NGF som fagmedisinsk representant for både kirurgi og medisin vil ivareta alles interesser på beste mulig måte, som gastromedisinernes interesser i NGF har vært ivare tatt under NGF inntil nå. Et styre sammensatt med en lik fordeling mellom kirurger og medisinere som nå vil bidra til og sikre en slik løsning. NFGK har ved siste NGF's årsmøter hatt økt aktivitet som tas til inntekt for at et tettere samarbeide innen gastrofaget er ønsket og en nødvendighet i fagets utvikling. En samlet forening under NGF vil sikre en økonomi som gir betydelig handlingsfrihet til å organisere felles interesser så vel som mer spesialiserte oppgaver innenfor hver av spesialitetene.



Alternativ 2

Det dannes en ny fagmedisinsk forening (tilsvarende NFGK), f.eks. kalt NFF (Norsk Forening for Fordøyelsessykdommer). Det forutsetter at dette ønskes og initieres av indremedisinske spesialister med subspecialiteten Fordøyelsessykdommer eller fra Legeforeningens Sentralstyre. NGF vil ikke ha noe ønske om, langt mindre noen fullmakt til å ta et slikt initiativ til organisering. NGF vil kunne bli spesialforening, hvis styre bør bestå av 1 eller flere medlemmer fra hver av NFGK og NFFs styre og i tillegg en leder som alternerer som nå mellom kirurger og medisinere. Medlemskapet i NGF vil være frivillig og foreningen vil være uten plikter så vel som rettigheter i Legeforeningen. Medlemskontingenten må være frivillig, foreningen blir en Spesialforeningen under Lægeforeningen og må forøvrig forholde seg til Legeforeningens lover og bestemmelser.

I denne modellen må det avklares hvilken posisjon NGF skal ha i legeforeningen. Noen uavklarte spørsmål vil være: Kan vi få aksept fra legeforeningen og vil det være OK for NFGK og NFF at NGF skal være representant som idag internasjonalt (WGO, ANSEMGE, OMGE, ECCO, SADE osv). Vil NGF fortsatt forbli høringsinstans for legeforeningen?



Alternativ 4

At NGF blir en medisinsk gastroenterologisk forening, fagmedisinsk forening, uten kirurger. Kirurgene har sin NFGK som fagmedisinsk forening. Dette innebærer at foreningen splittes, at samarbeidet som inntil nå har foregått opphører samt at NGF og NFGK samarbeider der det synes hensiktsmessig. Det vil imidlertid kunne foreligge en rekke juridiske problemstillinger, så vel som økonomiske vurderinger, som måtte løses av lægeforeningens sentralt. NGF Fondet vil ikke kunne fordeles eller oppløses, men kan søkes av medlemmer i NFGK og NFF (medisinernes fagmedisinske forening) *NGF styret vil ikke støtte en slik løsning.*

Legeforeningens målsetning med ny organisering, er å styrke den fagmedisinske delen av foreningen. I møter med NGF har de signalisert at de vil være svært interessert i å bidra til en løsning som tilfredsstillende faginteressene. De vil bidra til å fremme en løsning overfor sentralstyret som ivaretar gastromedisin så vel som gastrokirurgers interesser i størst mulig grad. Lægeforeningen vil derfor i størst mulig grad bidra til at medlemmenes ønsker skal følges, såfremt disse ikke kommer i direkte konflikt med, og går på tvers av en ny organisasjonsmodell. En tydeligere deling mellom yrkesforeninger, fylkesforeninger og fagmedisinske foreninger vil gjøre arbeidet i NGF mer profilert så vel som styrke det viktige samarbeidet og utvikling av faget. NGF bør derfor kunne bli en virkelig spesialitetsoverbyggende forening av gastrokirurger og gastromedisinere til beste for gastrofaget. ■

Torunn Janbu, president i Den Norske Legeforening:

“Ny organisering gir NGF nye muligheter for kontakt, nettverk, innflytelse og kommunikasjon”

Legeforeningen fikk sin første kvinnelige leder 1. september 2005, valgt på landsstyremøtet i Bergen i mai 2005. På høy tid sa mange. Det er som kjent mange år siden kvinnene inntok legeyrket og de er i dag i flertall som studenter. Men det er få kvinner i viktige verv. Torunn representerer på mange måter det mange kvinner snakker om, men så få gjør noe med.

□ Ragnar Madsen

-Hvordan opplever du å være foreningens første kvinnelige president?

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

Blant studentene nå er det godt over 50 % kvinner, men ikke blant leger under spesialisering. Blant ferdig utdannede leger er det bare 37 % kvinner, blant spesialister 28 % og enda færre blant lege-ledere. Så vi trenger alle de flinke jentene som nå studerer medisin. Det er lenge til kjønnsfordelingen blir jevn for eksempel i min spesialitet - ortopedi - hvor vi bare er 5,7 % kvinner. Torunn har ikke kommet til noe dekket bord. Det har blåst friskt rundt legefóring- en denne høsten og særlig har NAVO-forhandlingene fått mye oppmerksomhet.

-Hva synes du har vært spesielt vanskelig/krevende?

-Det har vært en spennende og utfordrende høst - bratt læringskurve for det nye sentralstyret og meg! Å avslutte forhandlingene med NAVO som hadde pågått i ett og et halvt år, og hvor det i tillegg kom for dagen hemmeligholdte avtaler, var en solid utfordring. Men det gikk - jeg opplever at vi bestod prøven og er kommet samlet og solid ut som sentralstyre og også som Legeforening og med godt samarbeid med Akademikerne.

NAVO -forhandlingene har preget den informasjon som er gått ut fra Legeforeningen, men det skjer mye annet også. Vi jobber med å bevare en god spesialistutdanning, noe som er helt nødvendig for at fremtidens pasienter også skal få god behandling. Et forskningsutvalg er i ferd med å avslutte sitt arbeid med et dokument om Legeforeningens forsknings-policy som vil bli sendt på høring og lagt frem for landsstyret i 2006. Gjennombruddsprosjekt om behandling av rusmiddelavhengige er startet opp og statusrapport om samme tema er under vei. For å kunne kommunisere elektronisk innen helsetjenesten, engasjerer Legeforeningen seg i IKT arbeid. I allmennlegetjenesten må vi ivareta og videreutvikle fastlegeordningen som jeg opplever er under press, få på plass interkommunale legevakter og ikke minst forskning innen allmennmedisin. Temaene er mange og gjør jobben spennende!

Tillitsverv og faglig styrke

Torunn tilhører altså ikke de som ser ned når tillitsverv skal fordeles, uansett om det er i jobbsammenheng eller lokalt i bomiljøet eller i idrettslaget. Hun tar også verv. knyttet til barnas aktiviteter meget seriøst - som for eksempel som

mangeårig leder av Synkronsvømmegruppen i Oslo Idrettslag. I tillegg har hun også sørget for en faglig karriere. Det er kirurgien som har stått henne nærmest.

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

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

Fagforening og faglig forening

Tilbake til presidentvervet. Vi må høre litt nærmere om tankene fremover.

-Hva føler du er de viktigste oppgavene fremover?

-Det blir viktig å lede foreningen slik at medlemmene føler tilhørighet til Legeforeningen og opplever at foreningen jobber med saker som opptar dem. Legeforeningen må være en dyktig fagforening - og en faglig forening. Som fagforening har vi store oppgaver både på de sentrale forhandlingsarenaene og med å ivareta de mange lokale tillitsvalgte behov. Legeforeningen må også vise at vi er en ansvarlig bidragsyter på den helsepolitiske arena. Konkrete viktige oppgaver blir bl.a. å sørge for økt betydning av fagligheten innen spesialisthelsetjenesten, få allmennmedisinsk forskning på plass, interkommunale legevaktssentraler, turnustjenesteevaluering og - organisering.

-Hva legene mistet innflytelse i planleggingen av spesialisthelsetjenesten etter helse reformen i 2002?

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

Organisasjonsendring som styrker det faglige

I den senere tid har det vært mye snakk om spesialforeningenes tilknytning til Legeforeningen og vi ønsker presidentens oppsummering av saken slik den står

-Hvilke forandringer blir det i Legeforeningens organisasjon fra 1. januar 2007?

Torunn Janbu (51)

President i Den Norske Legeforening fra september 2005.

Utdannet cand med i Oslo 1979. Turnustjeneste i Nord-Trøndelag. Spesialist i generell kirurgi og i ortopedisk kirurgi. Dr. med. 1990.

Inntil 1. september 2005 jobb som overlege på ortopedisk avdeling, Rikshospitalet med spesialområde barneortopedi, nå i permisjon for å være president.

Gift med Kjell Maartmann-Moe. Har tvillinger, Ida og Håvard på 23 år, fra tidligere ekteskap. Kjell har 3 barn fra før. Sammen har vi hatt en fantastisk hund, men ingen barn.



-Forslag til nye lover sendes nå ut på høring - og til slutt blir det opp til landsstyret å bestemme i mai 2006. Ut fra de høringer og landsstyremøter som er gjort tidligere, vil den viktigste endringen bli at de spesialforeningene som representerer en spesialitet (kalt fagmedisinske foreninger) får en nærmere tilknytning til Legeforeningen. Det er foreslått et obligatorisk medlemskap i fagmedisinsk forening. Dette er viktig for Legeforeningen som en faglig forening. Det vil gi nye muligheter for kontakt, nettverk, innflytelse og kommunikasjon om fag i Legeforeningen. De fagmedisinske foreningene vil få utvidet støtte fra det sentrale sekretariatet i Legeforeningen. Dette må vi bygge opp i samarbeid med foreningene, både mht rene kontorstøttefunksjoner og mer faglige funksjoner og koordinatorroller.

Når alle legespesialister blir medlem av en fagmedisinsk forening, vil det gi foreningene større bredde og mulighet for bidrag fra og til flere. Antall representanter i landsstyret fra fagmedisinske foreninger som de nå vil bli kalt, økes fra 10 til 20. Det vil også øke de faglig mest engasjertes innflytelse i foreningen. I tillegg til endringsforslag knyttet til faget, vil regionsutvalgene få en lovforankring og det gjøres noen endringer i forhold til organisasjonsmessig oppbygging forøvrig.

-Hvilke implikasjoner har forandringene for spesialforeninger som NGF?

-Det er for tidlig å si noe sikkert. Legeforeningens endelige struktur er ikke vedtatt. Men uansett hva landsstyret kommer til å vedta i mai, er det særdeles viktig å ivareta og videreutvikle de gode fagmiljøene vi har - slike som jeg vet finnes bl.a. i NGF. Jeg har hatt et særskilt møte med gastromiljøene hvor både kirurgisk og indremedisinsk miljø var representert slik at vi kunne gå skikkelig gjennom problemstillingene. Jeg vet de nå jobber aktivt med dette selv også. Utfordringen er at Legeforeningen trenger en fagmedisinsk forening både for det gastro-indremedisinske og gastro-kirurgiske fagområdet samtidig som den aktivitet og engasjement som er i eksisterende spesialforeninger må ivaretas. Jeg har stor tro på at vi finner en løsning som både fremmer fagmiljøene og blir god i forhold til Legeforeningens organisasjonsoppbygging.

-Hvilke implikasjoner har det for det enkelte medlem i Legeforeningen og i Spesialforeningene?

-Landsstyret i år vedtok at det skulle legges frem et lovforslag med obligatorisk medlemskap i en fagmedisinsk forening. Spesialistene blir automatisk plassert i "sin" fagmedisinske forening, de som er under utdanning velger selv. Det er foreslått å ha en fagmedisinsk forening for hver spesialitet og at de av dagens spesialforeninger som representerer en spesialitet, tilbys å bli omdannet til fagmedisinske

foreninger. Vi er klar over at det kommer til å bli spesielle situasjoner som må løses, bl.a. som nevnt i gastrofagene. Jeg vil satse på å få avklart disse på en god måte før vi kommer til landsstyremøte i 2006.

Styrking av den faglige aksene vil bidra til enda bedre faglig grunnlag for de råd og den argumentasjon som gis fra Legeforeningen. Det vil også gi bedre grunnlag for forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår. Vi viser at vi leverer kvalitet i det arbeidet vi gjør.

Legers identitet ligger i faget. Mer fag i foreningen tror jeg vil øke tilhørighetsfølelse til Legeforeningen blant medlemmene. Jeg håper styrkingen av den faglige aksene etter hvert vil bli synlig gjennom alt arbeid Legeforeningen gjør!

Krav og forventninger

Torunn mener at leger generelt burde gjort langt mer for å skape oppmerksomhet på arbeidssituasjon, ønsker og krav, gjennom spesialforeningen man er tilsluttet. Mange er ganske passive.

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

-Det gjøres mye flott arbeid i spesialforeningene. Jeg håper de kirurgiske spesialforeningene kan engasjere seg ytterligere i å komme med faglige råd for eksempel i funksjonsfordelingsprosesser og at de blir lett kontaktbare for gode faglige råd. Engasjement i prioriteringsdebatten, utvikling av kvalitetsindikatorer og fronting av forskning og fagutvikling blir også temaer for fremtidig engasjement. Godt samarbeid med spesialforeningene blir helt nødvendig - og det gleder jeg meg til!

Flest fordeler

Torunn mener at den nye organisasjonen har mange fordeler. Ingen organisasjonsstruktur er perfekt. Den nye strukturen mener jeg vil ivareta fagligheten i foreningene bedre. Noen er bekymret over at det kan medføre mangel på tilstrekkelig autonomi, men det håper jeg er en bekymring som ikke skal bli til virkelighet. Det er på ingen måte intensjonen at ny organisering skal hindre faglig utvikling, kreativitet og engasjement i foreningene. Jeg håper det blir tvert i mot - at det blir flere medlemmer som vil engasjere seg. Økonomi har også vært et tema i de diskusjonene jeg har hatt med spesialforeningenes representanter, - særlig med tanke på bortfall av industristøtte. Dette er noe Legeforeningens landsstyre har vedtatt og jeg tror det er fullt mulig å drive en spesialforening med de midler de nå vil få fra Legeforeningen. Da dette er en nyorganisering, er det imidlertid viktig at vi får tilbakemeldinger dersom dette ikke blir tilfelle. ▶

Legger og media

Helse og leger er daglig i media. Skakkjørt økonomi, helsekøer, griske leger med flere jobber etc. er yndet presseemat.

-Opplever du mediatrøkket som en belastning og vil Legeforeningen gjøre noe med dette?

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

“Spesialforeningene bør bli mer kontaktbare for gode faglige råd”

Andre kvaliteter

Torunn må ha ganske velfylte dager. Å besvare spørsmål via mail er også noe hun tar seg tid til, og tilbakemeldingen kommer akkurat når hun har lovet det. Noen mennesker er utrolig effektive, strukturerte, uten å gi inntrykk av det. Torunn er nok en slik person.

-Men av og til må det da bli for mye. Ønsket om bare å gjemme seg bort?

- Når tempoet er høyt i hverdagen, er det deilig med ferie hvor det ikke skjer så mye annet enn at vi gleder oss over livet! Menneskene rundt meg vil alltid stå øverst på min prioriteringsliste over det som gir meg glede.

Jeg har i hele mitt liv trimmet - med en eller annen form for dans, nå mer aerobicsvarianter og spinning. Jeg har hatt mange verv i forskjellige foreninger bl.a. knyttet til barnas aktiviteter - som for eksempel mangeårig leder av Synkronsvømmegruppen i Oslo Idrettslag.

Jeg er avhengig av å få vært ute i naturen - i det minste en tur i Dælidalen. En film - gjerne en litt annerledes film - sett på kino er også av hverdagslivets gleder.



ENDOTECH

Besøksadr: Arctandersgt. 1 N-0192 Oslo Tel: 23 30 49 20 Fax: 23 30 49 21
Postadr: Postboks 1502 Vika 0179
E-post: endotech@endo-tech.no Web: www.endo-tech.no

Leverandør av:

**Endoskopisk og laparoskopisk
utstyr og instrumentering**

Referat fra møte om IBD og salicylater

Det 7. symposium om IBD og salicylater ble arrangert 18. og 19. november 2005 i Madrid. Professor Miguel Angel Gassull var chairman og leder av den vitenskapelige komiteen. Dette symposiet arrangeres hvert andre år og har som målsetting å gi oppdatert kunnskap om etiologi, patogene, diagnostikk og behandling av IBD.

□ Magne Henriksen og Jørgen Jahnsen

Symposiet åpnet med foredrag om IBD og genetikk. Over 10 regioner på ulike kromosomer der mutasjoner disponerer for IBD er nå identifisert. Det best kartlagte er mutasjoner i CARD 15 ved Crohn's sykdom. Dette genet er involvert i gjenkjenning av bakterielle dipeptider og stimulerer sekresjon av antimikrobielle peptider, inklusive alfa defensiner, som beskytter verten mot infeksjoner. Instabilitet i tarmens mikroflora og uvanlige bakterier i den dominante flora er funnet ved IBD. Muligens spiller stammer av E Coli en sentral rolle i patogenesen, men fortsatt er det mange uløste spørsmål innen dette feltet.

Diagnostikk av Crohn's sykdom

Forskjellige modaliteter for diagnostikk av Crohn's sykdom i tynntarm ble gjennomgått. Nyere CT og MR teknologi gjør at disse undersøkelsene har en høy sensitivitet for påvisning av patologi, angitt til over 95 %. Pga av strålingsbelastning bør CT reserveres for de alvorligste tilfellene med størst sannsynlighet for ekstraluminale komplikasjoner. Kapsel endoskopi betegnes i dag som gullstandard for diagnostikk av Crohn's sykdom i tynntarm. Imidlertid er små erosjoner og petekkier påvist ved kapsel endoskopi hos friske frivillige som ikke brukte NSAID preparater. Opp til 70 % av NSAID brukere har lesjoner i tynntarm. Det ble derfor advart mot å stille diagnosen Crohn sykdom på grunnlag av få og små mucosalesjoner. En nøye anamnese på bruk av NSAID før denne undersøkelsen er viktig for tolkning av eventuelle patologiske funn.

At røykestopp er effektivt for å redusere risikoen for recidiv etter reseksjon for Crohn's sykdom, er det enighet om. Hvordan disse pasientene for øvrig skal håndteres er fortsatt uklart. Steroider er ikke effektive for å hindre postoperativt recidiv og effekten av mesazaline er tvilsom. Metronidazol har vist effekt i to randomiserte studier, men langtidsbruken begrenses av bivirkninger. Foreløpig er det sparsom dokumentasjon på azathioprine, men et par studier har vist effekt. Spørsmålet om man etter reseksjon skal vente til pasienten får symptomer (wait and see) eller om man aktivt skal lete etter recidiv hos asymptomatis-

ke pasienter (wait and scope), ble også diskutert. I forlengelse av dette kom spørsmålet om man skal behandle pasientens lesjoner eller symptomer. Foreløpig var det ikke entydige anbefalinger på dette området.

IBD

Flere sentrale temaer innen behandling av IBD med salicylater ble belyst. Effekten av salicylater ved Crohn's sykdom ble også gjennomgått. Fortsatt er nytten av slik behandling ved Crohn's sykdom omdiskutert og i beste fall helt marginal.

Dysplasi

Colonoskopiscreening for dysplasi ved UC ble også diskutert. Det ble angitt at 80 % av dysplasiene blir påvist der hvor det er makroskopiske forandringer i slimhinnen. Blinde biopsier med 2 - 4 biopsier for hver 10. cm dekker kun 0,05 % av colons overflate, og det er beregnet at 33 - 64 biopsier vil påvise dysplasi med 90 - 95 % sannsynlighet. Flertallet i salen screenet sine pasienter, men kun et fåtall fulgte de guidelines som finnes i dag.

Kasuistikker

I tillegg til rene forelesninger ble det presentert kasuistikker som ble kommentert av et "ekspertpanel". Til tross for relativt enkle kasuistikker fikk man poengtert sentrale spørsmål innen dette feltet, og det fremkom klare forskjeller i hvordan disse pasientene håndteres ved de ulike sykehusene. Alt i alt var dette et nyttig symposium hvor både basale og klinisk relaterte områder innen IBD var på programmet og de tilstedeværende fikk oppdatert kunnskap i et fagfelt hvor det stadig er nyvinninger. ■

Fornøyde deltakere på det 7. symposium om IBD og salicylater i Madrid



Den 41. World Congress of Surgery ble arrangert i Durban, Sør-Afrika 21.-25.august 2005. Som den glade optimist noen kan mistenke meg for å være, sendte jeg inn et abstrakt over et materiale vi hadde gjort opp ved St.Olavs Hospital over behandlingsresultatene etter operativ behandling ved achalasi av øsofagus. Posteren ble antatt som en poster presentasjon, dvs det skulle stilles ut en poster, og det skulle fremføres en verbal presentasjon av materialet over 5-6 minutter med 3 minutter diskusjon. Abstraktet ble antatt, og dermed kunne jeg se frem til en 4 dagers kongress på den andre siden av jorda.

International Surgical Week ISW 2005

□ Gerd Tranø, St.Olavs Hospital

I tillegg til at jeg innså at de få minuttene og den ene plakaten på veggen sammen med andre plakater i en stor konferansesal, kom til å medføre nok så mye arbeid langt inn i en etterlengtet sommerferie, ble jeg raskt klar over at det hele også kom til å bli svært dyrt. Det var derfor veldig bra å få innvilget reisetipend til dekning av reiseutgifter, kongressavgift og oppholdsutgifter av Norsk Gastroenterologisk Forening.

Pump og prakt

Kongressen startet med en storslagen velkomstsereoni med musikk og dans fra de ulike provinser i Sør-Afrika, og taler ved celebre gjester, bl.a. Presidenten i Sør-Afrika, Thabo Mbeki. Med en befolkning på 44 millioner mennesker og kun 800 kirurger, og dertil 18 millioner trafikkulykker hvert år, er kirurger en ettertraktet yrkesgruppe.

Presidenten i the Assosiation of Surgeons of South Africa (ASSA), Michael Davies (hvit sør-afrikaner) ønsket alle velkommen med sitat fra Nelson Mandela: "To be human is to affirm one's humanity by recognizing the humanity of others in its infinite variety of content and form", og han kunne ikke dy seg for å komme med sitt eget lille utsagn, som jeg innrømmer jeg likte enda bedre: "We decide the future of surgery in Africa, no matter what Tony Blair or George Bush say."

Mye å lære

Kongressen sponset alle sør-afrikanske kirurger ved at de slapp å betale kongressavgift, i tillegg ble det arrangert videreutdanningskurs i tilslutning til kongressen. Diskusjon omkring ressurser og spesialisering får et annet perspektiv enn vi er vant til fra den vestlige verden. Man har begrensede ressurser, men til dels ekstreme volumer samt erfaring med tilstander og skader som vi ser lite av. En utveksling av erfaring og ressurser vil gavne begge parter. Det er derfor god grunn til å bruke tid og penger på en slik kongress, for å heve blikket litt fra navlen. En slik tur vil rett og slett være den rene win-win situasjonen, et begrep vi er vel kjent med, og dritt lei av, i vår del av verden.

Faglig interessant

Kongressen favner vidt, både i faglig variasjon og geografi. For min del valgte jeg å høre på tema innen gastrokirurgi og traumatologi. I tillegg kunne man høre mange foredrag innen karkirurgi og endokrinkirurgi. Fremfor alt var det en del foredrag som gjelder all kirurgi, eks HIV/AIDS og kirurgi, post-traumatisk intraabdominal sepsis, pasientsikkerhet i kirurgi, "Specilization, curse or promise for developeing countries". En annen sesjon: "Women surgeons: an underdeveloped resource?". Man kunne tenke seg at det var andre problemstillinger i Afrika enn i Skandinavia i et tema om rammebetingelser og holdninger som





“Utflukt til kongedømmet Lesotho gav mange inntrykk. Et vakkert fjelland med blomstrende mandeltrær, men svært tørt”

vedrører kvinnelige kirurgers muligheter til faglig utvikling og utfordringer. Det er det ikke. Det dreier seg også der om hvordan man rent praktisk ordner svangerskap/fødsel/ammning og permisjoner knyttet til familieliv, de samme problemstillingene vi har her i Norge. Så de (vi?) som trodde at Norge var bedre etter Gro H.Brundtland har antagelig tatt feil, eller Brundtlandeffekten har slått inn over hele verden.

Konferansen inneholdt en sesjon om Tsunamien i fjor jul, med overlevende som beskrev hva de hadde opplevd, og vakthavende kirurg ved kirurgisk avdeling i Phuket holdt et innlegg om vakta si, den varte i 5 _ døgn før første avløsning, "and more and more patients came". De var 6-7 kirurger og endel hjelpepleiere og behandlet nesten 3000 pasienter disse dagene. På forespørsel om hva som var den største mangelen, svarte kirurgen: sykepleiere. Han mente de trengte pause fordi de ble slitne, mens lokalbefolkningen kom med mat, tepper og annet utstyr, og legene tok ikke pause før jobben var gjort.

Arbeidsløshet og ran

Matpauser og sosiale arrangement om kvelden var fine for utveksling av synspunkter og erfaringer fra ulike verdener. For oss som ikke er vant til å ferdes i Sør-Afrika er det uvant å måtte ta sikkerhetsmessige hensyn hele tiden. Det er stor arbeidsløshet (25 %) og dermed fattigdom. Ran er nærliggende. I praksis bør man ikke gå utendørs når det er mørkt, hvilket innebærer 12 timers portforbud, og på dagtid må man unngå enkelte gater og områder. Arrangøren og hotellnæringen er interessert i at man skal ha det bra i Sør-Afrika, man bygger opp et 11 år gammelt demokrati, også økonomisk. Man får derfor gode råd og vennlig hjelp fra ansatte på hoteller, i drosjer og andre. De rådene bør man følge. To kolleger ble utsatt for ran på dagtid mens vi var der, og selv om ranerne ikke fysisk gikk løs på dem, ble de holdt hardt fast mens alle verdisaker ble tatt. For en av kollegene resulterte det i ribbensbrudd. Ubehagelig, upraktisk og svært uvant.

På utflukt

I invitasjonen til kongressen var det tilbud om diverse turer før eller etter kongressen, de fleste med safari eller golfurer. Jeg fikk ikke somlet meg på noen slik tur, men var så heldig å møte et par danske kolleger. Vi dro på improvisert tur til Lesotho, et av to små kongedømmer omkranset av Sør-Afrika. Det var fremfor alt fint å se noe annet enn kongresshotellet, for øvrig er Lesotho et fjell-land med vakker natur. Det var vår nå, mandeltrærne blomstret, for øvrig var det tørt. Gressbranner utløst av bål fra lokale gjetere omringet veien et par steder, men vi kom dit vi skulle og hjem igjen. Passet lå på ca 3000 m høyde, og der var det leid inn noen "locals" som var ikledd noe tradisjonelle klær, og som solgte noen lokalt produserte varer, ull og leirkrukker, antagelig en litt spartansk utgave av Husfliden. Fine ting, synes jeg, og god mat, ingen reisesidiare. Ungene var meget fascinert over digitalkameraet mitt, så de sleit ut batteriet, fotograferte og lo, men det måtte være en kjedelig (sommer)jobb å sitte sånn oppe i et fjellpass.

Neste World Congress om Surgery er i Canada i 2007. Det blir sikkert fint det også, men kanskje er Sør-Afrika mer eksotisk for en skandinav. ■



Årets vintermøte på Lillehammer, viktigere enn noensinne!



Tiden er snart inne for årets NGF-vintermøte. I år blir dette møtet svært spennende med aktuelle symposier på torsdag og fredag, mange frie foredrag og som vanlig muligheten til kollegialt samvær i fantastiske omgivelser. Generalforsamlingen blir i år mye mer viktig enn den har vært før. I år skal vi ta stilling til NGF's framtid i Legeforeningens organisasjon.

Hva Generalforsamlingen velger vil på mange måter avgjøre om vi klarer å holde den tverrfaglige samhandlingen ved liv. Mange av oss mener at NGF er unik og en forening som det er behov for, nettopp i en tid med økende særinteresser og spesialisering. Vi trenger en forening som ser helhet og som har fokus på mage-tarm sykdommer, uavhengig av spesialitet.

Støtt derfor opp om møtet og kom på Generalforsamlingen!! Ta med de unge som har framtiden foran seg!

Meld deg på til årets vintermøte på Lillehammer!

Torsdagssymposiet NGF SAS Radisson Lillehammer

Torsdag 9. februar 2006 kl. 16.00 - 18.30

16.00 - 16.40	Palliativ behandling innen gastroenterologi Kjell-Magne Tveit og Marit Jordhøy
16.40 - 16.55	Palliativ kirurgi Karl-Erik Giercksky
16.55 - 17.20	Behandlingsmuligheter og pasienteksempler Trond Buanes og Truls Hauge
17.20 - 17.40	Kaffepause
17.40 - 18.30	Pasienteksempler diskuteres i plenum

Panel bestående av onkolog, allmennlege, gastrokirurg, gastroenterolog:
Kjell-Magne Tveit, Marit Jordhøy, Karl-Erik Giercksky, Hanne Dinesen, Trond Buanes og Truls Hauge

Norsk Forening for Gastroenterologisk Kirurgi Norwegian Society for Digestive Surgery SYMPOSIUM

“LAPAROSKOPISK COLORECTALKIRURGI”

Lillehammer SAS Radisson hotell,
Fredag 10. februar 2005 kl. 9 - 13

Program:

Møteledere: Ragnhild Størkson Morten Tandberg Eriksen

09:00 - 09:05	Velkommen Morten Tandberg Eriksen NFGK
09:05 - 09:20	Laparoskopisk colorectalkirurgi i Norge, status i dag Ragnhild Størkson Sykehuset Østfold
09:20 - 09:40	Operasjonsmetodikk, ulike tilganger. Anbefalinger? Helgi Sigurdson Stavanger Univ. sh.
09:40 - 10:10	Laparoskopisk teknikk, video av viktige momenter Flere innlegg
10:10 - 10:30	Kostnader ved innføring av ny metode. Regler for samhandling med industrien Morten Jacobsen Sykehuset Østfold
10:30 - 11:00	Pause
11:00 - 11:20	Kompetanse & kompetanseoverføring Anders Debes Sykehuset Østfold
11:20 - 11:40	Trening i boks Ole Christian Olsen Sykehuset Buskerud
11:40 - 12:00	Sertifisering av leger Trond Buanes Ullevål Univ. sh.
12:00 - 12:15	Registrering av laparoskopiske inngrep og videooptak – regler og eiendomsrett Arne Wibe St. Olavs Hospital
12:15 - 12:35	Komplikasjoner ved laparoskopisk colonkirurgi Carl Fredrik Schou Aker Univ. sh.
12:35 - 12:55	Forventninger om liggetid og recovery ved laparoscopi Bent Johnny Nergaard Sykehuset i Vestfold
12:55 - 13:00	Oppsummering og avslutning Morten Tandberg Eriksen

Alle innlegg skal ha 5 min. til diskusjon innen den oppgitte tid

WWW.LEGEFORENINGEN.NO/NFGK

Generalforsamling i Norsk Gastroenterologisk Forening

Fredag 10. februar 2005 kl. 17.30 - 19.30

Weidemannsalen, Radisson SAS Lillehammer Hotel

Dagsorden:

1. Valg av referent og dirigent
2. Konstituering, godkjenning av innkalling
3. Styrets årsrapport for 2005
4. Regnskap, budsjett, revisjon
5. Rapport fra spesialitetskomiteene
6. Rapport fra interessegruppene
7. Rapport om Scandinavian Journal of Gastroenterology
8. NGF's forskningsfond, stipendtildeling
9. Informasjon om Lægeforeningens Organisering og NGFs plassering
10. Hvordan sikre en god økonomi i NGF framover.

Til pkt 9: Styret i NGF ønsker årsmøtets støtte for flg uttalelse: "Årsmøtet stiller seg positiv til en styrking av den fagmedisinske delen av legeföreningen. Vi tar til etterretning at grenspesialister i gastroenterologisk kirurgi og fordøyelsessykdommer får obligatorisk medlemskap i hver sin forening. Styret i NGF bør jobbe for at det gastroenterologiske fagmiljøet og samarbeidet beholdes og stimuleres. Frivillige medlemmer i NGF må beholde de samme rettigheter og plikter som obligatoriske medlemmer enten de er under utdanning eller er spesialister. (Informasjon om saken i NGF-Nytt 2006; 1 og på NGFs Hjemmeside).

Vel møtt til alle NGF-medlemmer.

Fredrikstad 28. desember 2005

Vennlig hilsen

Bjørn Moum (sign.)
Leder NGF

■ NGFs årsmøtet ikke lenger tellende til utdanning eller støtte fra Fond III

Fra og med 2006 vil vårt årsmøte ikke gi tellende kurstimer til utdanning innenfor Fordøyelsessykdommer eller Gastroenterologisk kirurgi. Det vil heller ikke tilfredstille kravene for å få dekket utgiftene ved deltagelse på møtet fra Fond III i Lægeforeningen. Bakgrunnen er den nye avtalen mellom LMI og lægeforeningen og NGFs økonomi.

NGFs styre ser seg nødt til å bedre foreningens økonomi og få en bedre balanse i driftsregnskapet. Derfor har vi ved fk årsmøte invitert legemiddel-industrien til å delta med stands. Dette vil skaffe oss inntekter, som vi bl a ønsker skal gå med til å støtte yngre kolleger som deltar på årsmøtet og presenterer et arbeide. Vi kommer derfor til å øke beløpet for å dekke deltagerutgifter for disse våre yngre kolleger på inntil kr 5.000 pr deltager.

Bjørn Moum Leder NGF

■ Presentasjon av det nye grunnkurset

Grunnkurset i kirurgisk og medisinsk gastroenterologi begynner nå å bli ferdig og vil bli presentert på Lillehammer 10.2. kl. 13.45 - 14.00. Kurset består av 50 leksjoner. Internett egner seg for multimedia. Flere av leksjonene har videofilmer som blant annet viser operative inngrep. Det er også lagt vekt på interaktivitet med øvelser og oppgaver underveis. Meningen er at kurset skal dekke den teoretiske delen, og at det skal kombineres med en fysisk samling der deltakerne blant annet kan diskutere egne case.

Program for abstracts

Muntlige presentasjoner av innsendte arbeider

Fredag 10. februar kl. 14.00 - 17.15
IBD 1 kl. 14.00 - 15.10

6 min presentasjon / 2 min spørsmål
Møteledere: Camilla Solberg og Jørgen Jahnsen

Insidensundersøkelse av IBD hos barn over tid. En prospektiv undersøkelse sammenliknet med retrospektive data ved AHUS
Gøri Perminow, Andreas Rydning, Arnoldo Frigessi og Morten H.Vatn.

Ikke økt mortalitet ved ulcerøs colitt 10 år etter diagnose i en populasjon-basert europeisk multisenter kohorte (EC-IBD Study Group)
O. Høie, L. Schouten, F. Wolters, C Solberg, T Bernklev, E. Langholz, R. Stockbrugger, M. Vatn og B. Moum.

Overlevelse ved kronisk inflammatorisk tarmsykdom relatert colorectal cancer (CRC)
Stephan Brackmann, Solveig Norheim Andersen, Geir Aamodt, Olav Fausa, Erling Aadland, Andreas Rydning, Ole Petter Fraas Clausen, Frøydis Langmark og Morten Vatn.

Tidlig debut av coloncancer ved kronisk inflammatorisk tarmsykdom
Stephan Brackmann, Solveig Norheim Andersen, Geir Aamodt, Olav Fausa, Erling Aadland, Andreas Rydning, Ole Petter Fraas Clausen, Frøydis Langmark og Morten Vatn.

Familier versus sporadisk inflammatorisk tarmsykdom - er det forskjeller i phenotype og klinisk forløp?
Magne Henriksen, Jørgen Jahnsen, Idar Lygren, Jostein Sauar, Morten H Vatn, Bjørn Moum og IBSEN gruppen.

Forekomst av Card15 mutasjon, ASCA og pANCA i en populasjonbasert norsk kohorte av pasienter med inflammatorisk tarmsykdom
C Solberg, J Jahnsen, J Sauar, O Høie, N Stray, Jorunn Brattlie, M Henriksen, T Bernklev, M Vatn, B Moum, I Lygren og IBSEN gruppen.

Forskjeller i helserelatert livskvalitet hos pasienter med ulcerøs kolitt i Europa (EC-IBD STUDY GROUP)
T. Bernklev, O. Høie, C. Solberg, F. Wolters, P.Munkholm, G. Zeijl, R. Stockbrugger, M. Vatn og B. Moum.

Forskjeller i forbruk av helseressurser i en europeisk populasjonsbasert kohorte av IBD pasienter fulgt i 10 år. "European collaborative study on inflammatory bowel disease" (EC-IBD)
Selwyn Odes, Ole Høie, Tomm Bernklev, Camilla Solberg, Frank Wolters, Ebbe Langholz, Reinhold Stockbrugger, Morten Vatn og Bjørn Moum.

Pause kl. 15.10 - 15.30
IBD 2 kl. 15.30 - 16.10

7 min presentasjon / 3 min spørsmål
Møteledere: Kari Erichsen og Bjørn Moum

Fortykket muscularis mucosae og nodulære lymfocyttagregater - nye funn ved Crohns sykdom med in vitro ultralyd
K. Nylund, S. Leh, H. Immervoll, K. Matre, A. Skarstein, T. Hausken, O.H. Gilja, L.B. Nesje og S. Ødegaard.

Magnetisk resonans enteroclyse og kapselendoskopi i utredning av Crohns sykdom
Vemund Paulsen, Anne Negård, Nils Einar Kløw og Idar Lygren.

Crohns sykdom og kirurgisk behandling i en 25-års periode
Arne Skarstein.

Effekt av ferrosulfat og jernpolymaltosekompleks på markører for oxidativt stress hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom
Kari Erichsen, Rune J. Ulvik, Tore Grimstad, Arnold Berstad, Rolf K. Berge og Trygve Hausken.

Pause kl. 16.10 - 16.40
Rectum/kolon kl. 16.40 - 17.15

6 min presentasjon / 2 min spørsmål
Møteledere: Astrid Rydning og Asbjørn Stallemo.

NSAIDs kan gi skader i nedre GI tractus NSA
Øyvind Holme, Morgan Stokkeland, Jon Matre og Asbjørn Stallemo.

Premaligne polypper/tidlig cancer i rectum: Resultater etter transanal endoskopisk mikrokirurgisk reseksjon
Arild Nesbakken, Jafar Mousavi og Ole Christian Lunde.

Transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM): Et nyttig supplement i behandlingen av vanskelige rektum-polypper
Arild Nesbakken, Jafar Mousavi og Ole Christian Lunde.

Norsk ERCP-register - statusrapport
Tom Glomsaker, Arne R. Rosseland og Lars Aabakken.

Lørdag 11. februar kl. 14.00 - 18.45
Tynntarm kl. 14.00 - 14.50

7 min presentasjon / 3 min spørsmål
Møteledere: Roald Torp og Arild Nesbakken.

Alemtuzumab ved refraktær cøliaki type II
Knut E. A. Lundin, Inger Nina Farstad, Melinda Ráki, Yngve Benestad, Ole Høie og Geir Tjønnfjord.

Lav beinmengde er relatert til parathyroidea hormon og ikke vitamin D-status hos pasienter med ubehandlet cøliaki
H Vika, E Deressa, AC Wammer, E Aadland, JA Falch og J Jahnsen.

Feces-transplantasjon til pasienter med irritable tarm syndrom (IBS)
Njaal Stray.

Andre kostvaner hos personer med irritable tarmsykdom: Årsak eller konsekvens?
Solveig C Ligaarden og Per G Farup.

Erfaringer etter hundre laparoskopiske gastric bypass-prosedyrer for sykkelig overvekt ved Aker Universitetssykehus
T Søvik, CF Schou, J Kristinsson, E Aasheim1, A Steen, OC Lunde, A Nesbakken og T Mala.

Pause kl. 14.50 - 15.10
Endoskopi kl. 15.10 - 16.15

6 min presentasjon / 2 min spørsmål
Møteledere: Thomas de Lange og Michael Bretthauer

Hva synes norske endoskopører at endoskopirapportene bør inneholde?
Thomas de Lange, Michael Bretthauer, Geir Hoff og Lars Aabakken.

Systematisk kvalitetskontroll av gastrokopier
Birgitte Seip og Geir Hoff.

CO2 insufflering reduserer smerter ved ERCP. En randomisert studie.
Michael Bretthauer, Birgitte Seip, Mariann Kordal, Geir Hoff og Lars Aabakken

Første erfaringer med dobbel-ballong endoskopi ved Rikshospitalet
Michael Bretthauer og Lars Aabakken

FNA ved endoskopisk ultralyd
Asbjørn Stallemo, Britt Tybakken, Jon Matre, Morgan Stokkeland, Hans Joachim Hauss, Rolf Bruun Bie, Grethe Lill Holt.

Histoacryl injeksjon i duodenalvaricer
Knut E. A. Lundin, Per Martin Kleveland og Lars Aabakken.
Behandling av benigne øsofagusstrikturer med innleggelse av Polyflex stent
Thomas de Lange og Truls Hauge.

Premaligne rectumpolypper behandlet med slyngere-seksjon og laserbehandling
Arlid Nesbakken, Jon Kristinsson, Aud Svindland og Ole Christian Lunde.

Pause kl. 16.15 - 16.45
Lever / diverse kl. 16.45 - 17.25

6 min presentasjon / 2 min spørsmål
Møteledere: Magnhild Gangsøy Kristiansen og Espen Riise

Funksjonelle polymorfismer i kjernereseptoren SXR påvirker sykdomsforløpet ved primær skleroserende kolangitt

Tom H. Karlsen, Benedicte A. Lie, Kathrine Frey Frøslie, Erik Thorsby, Ulrika Broomé, Erik Schrumpf og Kirsten Muri Boberg.

Sykelighet hos 219 pasienter med hovedsakelig stoffrelatert hepatitt C-infeksjon etter 19 års observasjonstid i Nord-Norge

MG Kristiansen, ML Løchen, LK Berg, L. Mortensen, TJ Gutteberg, BO Eriksen og J. Florholmen.

Systematisk inflammasjon ved nonalkoholisk fettlever

JW Haukeland, JK Damås, Z Konopski, EM Løberg, T Haaland, K Bjørø, K Birkeland og P Aukrust.

Multivisceral transplantasjon

Knut E. A. Lundin, Inger Nina Farstad, Iril Monstad, Erik Schrumpf og Øystein Bentdal.

Vurdering av ernæringsstatus hos slagpasienter: Hvorfor og hvordan?

Lisa Ha, Per Ole Iversen og Truls Hauge.

Prioritering og rett til helsehjelp i forhold til gastroenterologiske undersøkelser

Olav Sandstad og Bjørn Moum.

Pause kl. 17.35 - 18.00
ØVD kl. 18.55 - 19.00

6 min presentasjon / 2 min spørsmål
Møteledere: Odd Helge Gilja og Aud Svendsen

Sham-feeding forbedrer ventrikkelfunksjonen og reduserer symptomer hos pasienter med funksjonell dyspepsi

Lars Michael Nordstrøm, Johan Lunding, Alf Olav Haukelid og Trygve Hausken.

Rebound effekt ved on-demand bruk av PPI og H2-blokkere?

Paul Juul-Hansen og Andreas Rydning.

Hvor effektiv er on-demand behandling med et pektinfiber-basert naturprodukt sammenliknet med Esomeprazol hos pasienter med GERD?

Mathis A. Heibert, Victor Høeg og Per G. Farup.

Den enterokromaffin-like cellen er i direkte kontakt med parietalceller via neuronliknede utløpere

Björn I Gustafsson, Ingunn Bakke og Helge L Waldum.

Signetering celler i carcinomer i ventrikkelen er derivert fra neuroendokrine celler

KE Bakkelund, R Fossmark, IS Nordrum og HL Waldum.

Strain måling med ultralyd i doppler i grise-magesekk in vitro

Aymen Bushra Ahmed, Odd Helge Gilja, Hans Gregersen, Svein Ødegaard og Knut Matre.

Laparoskopisk Hellers myotomi med fundoplikater a.m. Dor ved achalasi av øsofagus

Gerd Tranø, Ronald Mårvik og Gjermund Johnsen.

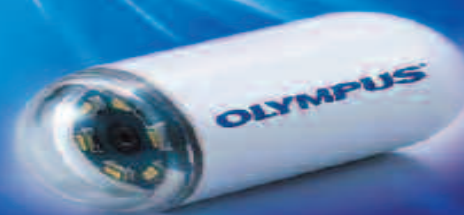
Olympus EndoCapsule



Overlegen bildekvalitet, automatisk lysintensitetskontroll (irisfunksjon), Real Time Viewer, 8 timers funksjonstid, overfører 2 bilder pr. sekund, automatisk strukturforbedring av bildet, kort avspillingstid og Red Button.



Format:
11x26mm



Lysfølsom, høyoppløslig CCD teknologi gir klare, skarpe og naturtro bilder selv under de mest krevende forhold. 6 LED gir klart synsfelt og stor dybdeskarpheit.

For ytterligere informasjon, vennligst kontakt
OLYMPUS NORGE AS. Tlf.: 23 00 50 50. E-post: adm@olympus.no

Påmeldingsskjema

Radisson SAS Lillehammer Hotel 9. - 12. februar 2006 Årsmøte Norsk gastroenterologisk forening 2006

Arrangør: Norsk gastroenterologisk forening



Påmeldingsfrist:
20. januar 2006



Bruk BLOKKBOKSTAVER!

*= påkrevd felt

* Navn:	_____
Tittel:	_____
* Adresse:	_____
* Postnr:	_____
* Tlf. arbeid:	_____
Faks arbeid:	_____
Arbeidssted:	_____
* Ankomstdato	_____
* Avreisedato	_____

Deltakere med overnatting:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Overnatting 1.325,-
pr. person pr. døgn i enkeltrom | <input type="checkbox"/> Overnatting 1.225,-
pr. person pr. døgn i dobbeltrom |
| <input type="checkbox"/> * Røk | <input type="checkbox"/> * Ikke Røk |

Hvis dobbeltrom, dele med hvem? _____

Prisene inkluderer fullpensjon fra og med dagens lunsj ankomstdag til og med frokost avreisedag, møterom samt inntil 2 kaffepauser pr. døgn hvorav 1 med kake
Ekstra lunsj avreisedagen kr. 275,-

Dagsdeltakere:

Dagpakke 10.februar 405,- pr.person
Dagpakke 11.februar 405,- pr.person
Dagpakke 12.februar 405,- pr.person
Prisen inkluderer møterom, dagens lunsj og inntil 2 kaffepauser hvorav 1 med kake

Hvilken dag / dager ønsker du dagpakke / middag?

- 10-feb 11-feb 12-feb

Ledsagere:

Pr. ledsager pr. døgn i dobbeltværelse	705,-
Barn 0-5 år, fritt i foreldrenes værelse	0,-
Barn 6-11 år, pr. barn pr. døgn i foreldrenes værelse	410,-
Barn 12-17 år, pr. barn pr.døgn i foreldrenes værelse	510,-
Navn ledsager	_____
Navn barn 1 (alder)	_____
Navn barn 2 (alder)	_____
Navn barn 3 (alder)	_____
Navn barn 4 (alder)	_____

Prisen inkluderer fullpensjon fra og med dagens lunsj ankomstdag til og med frokost avreisedag.

Prisene forutsetter at årsmøtedeltager betaler enkeltromspris.

I tillegg til ovennevnte priser kommer en registreringsavgift på 250,- pr.

Årsmøtedeltaker (300,- etter 20/1).

Alle beløp betales av deltaker direkte til Radisson SAS Lillehammer Hotel.

NB! Påmeldingen er bindende og deltakeren står økonomisk ansvarlig for bestillingen.

Avbestilling etter 20. januar 2006 må skje skriftlig og ved forevisning av legerklærings gis 100% refusjon.

Sendes innen 20. januar til:

Berg-Hansen Gruppeopplevelser

Att: Linda Fosserud

E-post: linda.fosserud@berg-hansen.no

Faks 21 02 45 79

Tlf. 21 02 45 70

Bekreftelse på påmelding ved bruk av faks får en kun på E-post.

Førpliktende underskrift: _____

Dato: _____



LOVER:

Revidert og vedtatt av årsmøtet februar 2003

§ 1

Norsk Gastroenterologisk Forening er en spesialforening tilknyttet Den norske Lægeforening (jfr. Lover for Den norske Lægeforening § 14).

§ 2

Foreningens oppgave er å fremme norsk gastroenterologisk forskning og praktisk utøvelse og å ivareta medlemmenes faglige og økonomiske interesser.

§ 3

Som medlemmer opptas leger som er medlemmer av Den norske Lægeforening og som har interesse for fordøyelsessykdommer. Som assosierte medlemmer kan andre som ikke er leger opptas dersom de har interesse og utdanning som gjør opptagelse i foreningen naturlig. Styret avgjør hvem som kan opptas som medlemmer. Ikke-leger er ikke valgbar til styret og har ikke stemmerett. Et medlem som tross skriftlig varsel ikke har betalt kontingent på 2 år kan strykes av medlemslisten.

§ 4

Æresmedlemmer og korresponderende medlemmer kan innvelges av et årsmøte etter innstilling fra foreningens styre.

§ 5

Foreningen har et styre på 7 medlemmer: Leder og 6 styremedlemmer. Styret velges på årsmøtet for 2 år av gangen. Lederen velges særskilt. Gjenvalg kan finne sted. Av de 6 styremedlemmene skal 3 være fra fagområdet gastroenterologisk kirurgi og 3 fra fagområdet fordøyelsessykdommer.

Styret fordeler selv saksforberedelsene innbyrdes, dog slik at saker som i vesentlig grad hører til de respektive fagområdene, skal tillegges de i styret som er fra de respektive fagfelt. I slike saker kan den del av styret etter styrets bestemmelse suppleres med den respektive spesialitetskomitees leder.

I forbindelse med Norsk Kirurgisk Forenings respektive norsk Indremedisinsk Forenings høstmøte kan de respektive styrefaggrupper på vegne av NGF stå som representanter.

§ 6

Foreningen har en valgkomite på 3 medlemmer: leder og to medlemmer hvorav en er gastroenterologisk kirurg og en er spesialist i fordøyelsessykdommer. Leder velges særskilt. Medlemmene velges for 4 år av gangen og har som sin oppgave å forelegge for årsmøtet forslag på sammensetning av styret, spesialitetskomiteen i fordøyelsessykdommer og revisorer. Valgkomiteen velges av årsmøtet. I følge Dnlf's lover § 14, skal valgkomiteens mottatte forslag på ny leder og nye styremedlemmer sendes ut sammen med innkallingen til årsmøtet.

§ 7

Styremøtet innkalles av leder eller når 2 styremedlemmer krever det. Styret kan fatte vedtak når 4 styremedlemmer er tilstede. Styrevedtak fattes ved simpelt flertall. I tilfelle stemmelikhet er lederens stemme avgjørende. Styret fører protokoll over sine forhandlinger.

§ 8

Styret ivaretar foreningens interesser og avgjør vanlig løpende saker. Større saker bør styret legge frem for årsmøtet. Prinsipielle saker skal avgjøres av ordinært eller ekstraordinært årsmøte.

§ 9

Årsmøtet er foreningens høyeste myndighet. Årsmøtet avholdes en gang årlig med minst 4 ukers varsel. Vedtak fattes med simpelt flertall. Ved stemmelikhet har lederen dobbeltstemme.

§ 10

Ekstraordinært årsmøte kan innkalles med minst 2 ukers varsel når styret eller 1/3 av medlemmene krever det. Ekstraordinært årsmøte kan ikke fatte vedtak om andre saker enn de som er oppført på dagsordenen.

§ 11

Lovendringer kan bare vedtas på ordinært årsmøte. Forslag til lovendringer må være innsendt til styret minst 6 uker før ordinært årsmøte og styret må gjøre forslagene kjent for sine medlemmer minst 4 uker før årsmøtet. Lovendring krever 2/3 flertall og at minst 20 stemmeberettigede medlemmer er tilstede.

Ferring ønsker alle medlemmer av NGF

Et riktig GODT NYTT ÅR



FERRING
PHARMACEUTICALS

 **Pentasa**
mesalazine
Partnership in mission

ERCP-møte, Göteborg, Sverige

27. - 28. mars 2006

For info. marita.carlsson@vgregion.se



The XXXVII Nordic Meeting of Gastroenterology, Västerås, Sverige

3. - 5. mai 2006

se www.congrex.com/ngc2006



8th OESO World Congress, Avignon, Frankrike 3.-6. september 2006

“Three days of intensive exchanges in Gastroenterology basic, clinical and surgical”

Look to the scientific and social programs (both preliminary, of course) by reaching the following web page:

<http://www.oeso.org/>



C TachoSil «Nycomed Pharma» Lokalt hemostatikum. ATC-nr.: B02B C

MEDISINERT SVAMP: Hver medisineret svamp inneh. pr. cm² humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2,0 IE, equint kollagen, humant albumin, riboflavin (E 101), natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid.

Indikasjoner: TachoSil er indisert som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen der standardteknikker ikke er tilstrekkelige. Effekt er bare vist ved leverkirurgi.

Dosering: Kun til lokalt bruk. Skal bare brukes av erfarne kirurger. Det er utilstrekkelig informasjon om bruk til barn. Antall TachoSil som anvendes bør alltid være i samsvar med det underliggende kliniske behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt av den behandelende kirurg. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 svamper (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved minimal invasiv kirurgi, anbefales TachoSil av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3,0 cm x 2,5 cm).

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Kun til lokalt bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Data for anvendelse ved nevrokirurgi, karkirurgi eller ved gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Som for alle legemidler inneholdende proteiner, kan allergiske hypersensitivitetsreaksjoner oppstå. Tegn på hypersensitivitetsreaksjoner er utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustenhet, hypotensjon og anafylaksi. Dersom disse symptomer/tegn oppstår, skal administrasjonen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal gjeldende prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod eller plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver enkelt tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus som en del av produksjonsprosessen. Til tross for dette kan man ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses å være effektive mot kappekleddede virus som HIV, HBV og HCV, og mot det ikke-kappekleddede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappekleddede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erythropoiese (f. eks. hemolytisk anemi). Av hensyn til pasientene anbefales det meget innstendig å journalføre navn og batchnummer hver gang TachoSil benyttes, for å registrere forbindelsen mellom pasient og den anvendte batch av legemiddelet.

Interaksjoner: Undersøkelse av interaksjon med andre legemidler foreligger ikke. Som for tilsvarende preparater eller trombinoppløsninger, kan det aktuelle legemiddelet denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f. eks. antiseptiske løsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av TachoSil.

Graviditet/Amming: Sikkerheten ved bruk av TachoSil under graviditet eller amming er ikke klarlagt i kontrollerte kliniske studier. Eksperimentelle dyrestudier er utilstrekkelige til å vurdere reproduksjonstoksiske effekter, og/eller effekter på, embryo-/fosterutvikling, svangerskapsforløp, fødsel og/eller postnatal utvikling. Skal ikke administreres til gravide og ammende kvinner, hvis ikke strengt nødvendig.

Bivirkninger: Sirkulatoriske: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme dersom legemiddelet utilsiktet administreres intravaskulært. Øvrige: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner kan oppstå i sjeldne tilfeller hos pasienter behandlet med fibrin. I enkelte tilfelle har disse reaksjoner utviklet seg til alvorlig anafylaksi. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemiddelet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet overfor noen av innholdsstoffene i legemiddelet.

Undersøkelser: Antistoffer mot innholdsstoffer i fibrinpreparater til sårlukking kan forekomme i sjeldne tilfeller. **Overdosering/Forgiftning:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering. **Egenskaper:** Inneholder fibrinogen og trombin som et tørket belegg på overflaten av en kollagensvamp, den aktive siden er farget gul. Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdsstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i såroverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomerer som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagensvampen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limende egenskaper som bidrar til å lukke såret. I 2 kliniske studier er hemostase vist hos 240 pasienter som gjennomgikk delvis leverreseksjon. Ytterligere en kontrollert klinisk studie (n = 189), som undersøkte sårlukking ved lungekirurgi, viste ikke bedre effekt enn standardbehandling, målt ved luftlekkasje.

TachoSil er beregnet kun til lokalt bruk. I dyrestudier er det vist progressiv bionedbrytning av TachoSil. Fibrinkoagelet metaboliseres på samme måte som endogent fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. TachoSil degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 24 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten noen tegn til lokal irritasjon. **Andre opplysninger:** Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger og må behandles deretter. For instruksjoner vedrørende bruk og håndtering, se pakningsvedlegg. **Pakninger og priser:** 9,5 cm x 4,8 cm: 1 stk. kr 3608,60, 4,8 cm x 4,8 cm: 2 stk. kr 3966,10, 3,0 cm x 2,5 cm: 1 stk. kr 713,20, 3,0 cm x 2,5 cm: 5 stk. kr 3429,80.



NASJONALT LEVERMØTE

10. mars 2006

Radisson SAS Scandinavia Hotell

Holbergs plass 30 - Oslo

Program ved Interessegruppen for leversykdommer, Norsk gastroenterologisk forening

Ordstyrer: Helge Waldum

09.30-09.50

Nytt om leverregenerasjon

Kim Mortensen, UNN

09.50-10.10

Kjernereseptorer: kan de ha betydning ved leversykdom?

Tom Hemming Karlsen, UiO

10.10-10.30

Genekspresjon i musemodell for PSC

Esten Nakken, UiO

10.30-10.50

Pause

Ordstyrer: Kirsten Muri Boberg

10.50-11.40

Medikamentell leverskade

Rolf Olsson, Göteborg

Ordstyrer: Ivar Gladhaug

11.40-12.00

Adjuvant behandling etter reseksjon

Kjell Magne Tveit, Ullevål
av levermetastaser fra colorektal cancer

12.00-12.20

Onkologisk behandling av hepatocellulær
cancer og cholangiocarcinom

Halfdan Sørbye, Haukeland

12.20-13.20

Lunch

Ordstyrer: Geir Folvik

13.20-13.30

Helge Bells pris for hepatologisk forskning

Kristian Bjørø, Rikshospitalet

13.30-14.00

Klinisk patologisk konferanse I

Magnhild G. Kristiansen, Bodø
Ole Petter Clausen, Rikshospitalet
Knut Brabrand, Rikshospitalet
Erik Schruppf, Rikshospitalet

14.00-14.30

Klinisk patologisk konferanse II

Kirsten M. Boberg, Rikshospitalet

14.30-14.45

Børstecytologi fra galleveier

14.45-15.05

Pause

Ordstyrer: Børge Døskeland

15.05-15.25

TIPS

Geir Hafsaal, Rikshospitalet

15.25-15.45

3-måneders behandling av hepatitt C genotype 2/3: status

Olav Dalgard, Ullevål

15.45-16.05

Levertransplantasjon for hepatitt C: resultater i Norden

Espen Melum, UiO

Etablering av Norsk selskap for klinisk ernæring

- Har du pasienter med ernæringsmessige utfordringer?
- Mangler du retningslinjer for identifisering og behandling av disse pasientene?
- Møter du på problemer i ernæringsbehandlingen?
- Har du behov for mer kunnskap innen ernæringsbehandling?
- Savner du et forum for diskusjon av pasientens ernæringsmessige utfordringer?

Vi er en gruppe bestående av 3 leger, 1 sykepleier og 1 klinisk ernæringsfysiolog som gjennom en stor norsk/skandinavisk spørreundersøkelse har vist at dette er realiteten for en stor andel leger, sykepleiere og kliniske ernæringsfysiologer i norske sykehus, og er en mer markert realitet enn i både Sverige og Danmark (1,2).

Som en konsekvens av resultatene fra denne spørreundersøkelsen har vi nå gleden av å invitere til

Etableringsmøte for Norsk selskap for klinisk ernæring

18. januar 2006 kl. 10-17

i GSK's Konferansesenter i Forskningsveien 2 i Oslo

Formålet til Norsk selskap for klinisk ernæring vil være å:

- fremme kjennskapet til konsekvensene av under- og feilernæring.
- fremme miljøet for forskning innen klinisk ernæring i Norge
- forebygge under- og feilernæring i forbindelse med sykehusinnleggelse eller utskrivelse fra sykehus.
- etablere klinisk ernæring som en kvalitetssikret og anerkjent del av behandlingen av sykdommer og komplikasjoner til sykdommer, både på sykehus og i hjemmet.
- samarbeide med tilsvarende svensk og dansk selskap samt med ESPEN*

Dette er ment som en preliminær informasjon og som et varsel for å holde av dagen. Program for etableringsmøtet med påmelding vil følge. Vennligst distribuer denne informasjonen videre til alle relevante kolleger med kopi til avsender (oivind.irtun@fagmed.uit.no)

Oslo/Bergen/Trondheim /Maastricht 9.12.05

Anne Berit Guttormsen Overlege, dr.philos, Haukland US HF	Øivind Irtun Professor, dr. med. US i Nord Norge HF	Morten Mowe Seksjonsoverlege, dr.med Aker US HF
--	--	--

Lene Thoresen Ledende klinisk ernæringsfysiolog St. Olavs US HF	Hilde Wøien Spesialsykepleier, Rikshospitalet/Radiumhospitalet HF
--	--

1. Mowe M et al. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia. A questionnaire based survey. Clinical Nutrition 2006. In press.
2. Irtun Ø, Guttormsen AB, Thoresen L, Wøien H, Mowe M. Manglende fokus på klinisk ernæring ved norske sykehus. T Nor Lægeforening Submitted november 2005.

* The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism



Preliminært program Etableringsmøte Norsk selskap for klinisk ernæring 18. januar 2006 - kl. 10-17

- Underernæring – forekomst, konsekvenser og kostnad
- Europarådets anbefalinger for forebygging av underernæring i sykehus
- Identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko
- Effekt av ernæringsbehandling
- Forskjeller i holdninger til ernæringspraksis mellom Sverige, Danmark og Norge
- Hva kan norske leger, sykepleiere og kliniske ernæringsfysiologer om ernæringsbehandling
- Etablering av Norsk Selskap for Klinisk Ernæring
 - Formål
 - Statutter
 - Struktur
 - Program
 - Diskusjon

Det serveres en enkel lunch med kaffe/te/ mineralvann som dekkes av den enkelte gjennom en mindre deltakeravgift.

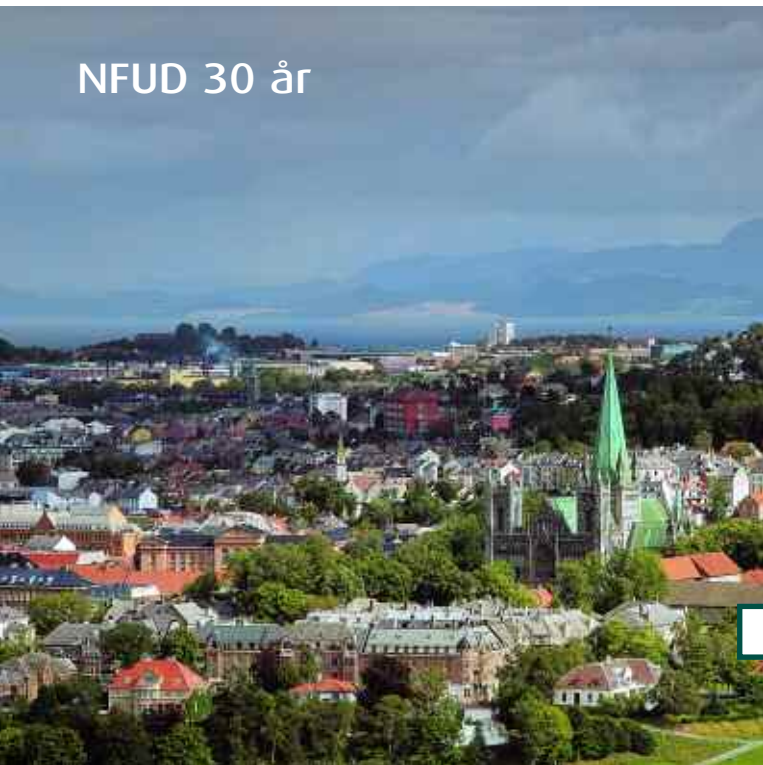
Detaljert program med påmelding vil bli sendt ut snarlig.

Spørsmål angående etableringsmøtet kan stiles til:
oivind.irtun@fagmed.uit.no

Kurs og konferanser

ULTRALYDSYMPIOSIUM

NFUD 30 år



Trondheim 27-29/4 - 2006
Britannia Hotel

- 3-Dimensjonal Ultralyd. Intervensjon
- Fostersirkulasjon, Tidlig graviditet
- Fosterabdomen. Leddundersøkelser
- Ultralyd av lever og distale tarm
- Kontrastforsterket ultralyd
- Tid til praktisk trening -
Frie foredrag med priser

Mer info og påmelding:

www.haukeland.no/nfud

Symposiet er godkjent av Dnlf som tellende kurs i flere fagområder

The world's favourite
suture¹ is now
better than ever

NEW VICRYL* *Plus antibacterial suture*

Now with protection against bacterial colonisation

- In vitro studies demonstrate that VICRYL* Plus antibacterial suture has a zone of inhibition that is effective against the pathogens that most frequently cause surgical site infection (SSI)^{1,2}
- Same handling and performance you've come to expect from VICRYL* (polyglactin 910) suture

Full prescribing information is available from the product insert. For more information on new VICRYL* Plus antibacterial suture, contact your sales representative on +47 66 98 10 30 or visit www.jnjgateway.com

¹Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, methicillin-resistant S aureus (MRSA) and methicillin-resistant S epidermidis (MRSE) are the most common causes of SSIs.
References: 1. Data on file. 2. Rothenburger S, Spangler D, Bhende S, Burkley D. In vitro antimicrobial evaluation of coated VICRYL* Plus Antibacterial suture (coated polyglactin 910 with triclosan) using zone of inhibition assays. Surg Infect. 2002;3(suppl 1):S79-S87.

 Ethicon Products
WORLDWIDE

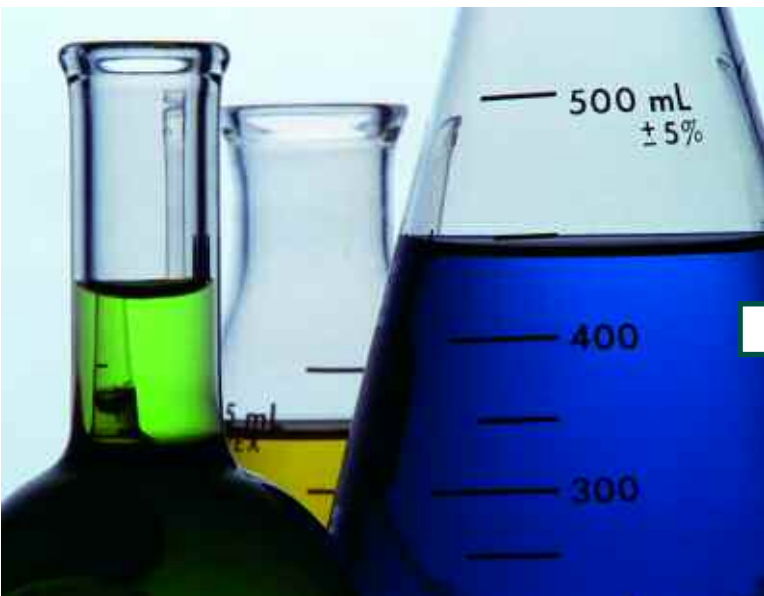
Innovation with every stitch. Exclusively ETHICON

Coated
VICRYL[®] Plus
Antibacterial
(polyglactin 910) suture

*N^oTrademark ©2003, ETHICON, INC

Stipend

Helge Bells forskningspris for god klinisk hepatologisk forskning



Helge Bells pris for god klinisk hepatologisk forskning for 2005 utlyses. Den beste artikkelen innen fagområdet hepatologi publisert i 2005 (kliniske arbeider eller basale arbeider med klinisk vinkling), vil bli belønnet med en pris på 25.000.- som vil bli utdelt ved det Nasjonale levermøtet i mars 2006. Innsendte søknader (kopi av publisert artikkel med vedlagte personopplysninger - maks 1 side) vil bli vurdert av en bedømmelseskomite.

Søknader sendes Kristian Bjøro, Medisinsk Avdeling, Rikshospitalet innen 1. februar 2006

(evt elektronisk til kristian.bjoro@rikshospitalet.no), ytterligere opplysninger fås ved henvendelse samme sted.

contour™
Curved Cutter Stapler
CURVED TO FIT



Access has always been critical to a successful LAR. With this in mind, we developed CONTOUR Curved Cutter Stapler, designed with a unique curved head to help you get lower even in a narrow pelvis. CONTOUR combines stapling and cutting into one device, delivering four rows of staples with a single cut between, eliminating the need for a bowel clamp and scalpel. CONTOUR, another innovative solution with straightforward benefits for you and your patients from Ethicon Endo-Surgery, the leader in staplers and surgical instruments for colorectal surgery.



ETHICON ENDO-SURGERY
a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™



A
Blad

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

Norsk Gastrokirurgisk Forening
V/Tom Glomsaker
Eiganesveien 70
4009 Stavanger



degrafio © 5441 / 2005

TAZOCIN

(piperacillin/tazobactam)



FOREBYGG

uønskede problemer...

PIPERACILLIN KOMBINERT MED β -LAKTAMASE
INHIBITOREN TAZOBACTAM

Indikasjon

- Intraabdominale infeksjoner
- Nosokomial pneumoni hos voksne



Wyeth

Wyeth, Drammensveien 145b, 0277 Oslo, Telefon: 4000 2340, Telefax: 4000 23 41