



Tema:

Overvekt og fedme

side 9

Prestisjepris til kreftkirurg

side 20

Portrett:

Olav Fausa – 46 år i aktiv tjeneste

side 20



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

Nycomed
P.O. Box 205
NO-1372 Asker
Norway
Tel: +47 66 76 30 30
Fax: +47 66 76 36 36
E-mail: tachosil@nycomed.no
www.nycomed.no
www.tachosil.com



119/2004 NP



Leder

Bjørn Moum
Med. avd.
Aker Universitetssykehus HF
0514 Oslo
T: 22 89 45 02
M: 45 06 52 75
bjmoum@broadpark.no

Sekretær

Aud K. Svendsen
Kirurgisk avdeling
Nordlandssykehuset, Bodø
8092 Bodø
T: 75 53 40 00
audkg.svendsen@trollnet.no
au1@nish.no

Kasserer

Astrid Rydning
Kirurgisk avdeling
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim
T: 73 92 04 20
M: 90 08 71 07
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

Road Torp
Medisinsk avdeling
Sykehuset Innlandet, Hamar
2326 Hamar
T: 62 53 75 82
road.torp@sykehuset-innlandet.no

Tom Glomsaker
Eiganesveien 70
4009 Stavanger
T: 48 25 02 64, 51 53 30 09
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
oivindi@fagmed.uit.no

INNHOOLD



- 4 Leder
- 5 Redaktørens hjørne
- Nytt fra fagmiljøene**
- 7 Prestisjepris til kreftkirurg
- 7 Unge pasienter mer utsatt enn eldre
- Tema: Overvekt og fedme**
- 9 Forebygging og behandling av overvektige
- 10 Veien til landsdekkende tilbud på fedmeoperasjoner
- Rapport fra:**
- 11 Førsklinikken
- 13 Aker Universitetssykehus
- 14 Helse Sør, Sykehuset i Vestfold HF
- 15 Helse Midt-Norge
- 16 Helse Nord, Nordlandssykehuset i Bodø
- 17 Helsekonsernet Aleris
- 19 Sykehuset Innlandet HF, Kongsvinger
- Foreningsnytt**
- 20 Portrett: Olav Fausa
- 24 Prioritering og rett til nødvendig helsehjelp
- 28 Professor Helge Waldum fyller 60
- Reisebrev**
- 30 Train the Trainer kurs 2006, Port Elizabeth, Sør Afrika
- 32 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:

- Helseid, 4-farge – 10.000,-
- Halvsidestående, 4-farge – 6.000,-
- Halvsideliggende, 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 (helside) format 210 x 297 mm + 3 mm
- Halvsideliggende format 210 x 148 mm + 3 mm
- Halvsidestående 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 2006

Nr.	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 4/2006	1. desember	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
Omslagsbilde: Gettyimages

□ Leder

Kjære NGF-medlem

Etter en lang og varm sommerferie har høsten fortsatt med samme fine været. Kanskje har det ikke vært så lett å komme skikkelig i gang?

Opgavene med å rydde ventelister på så vel poliklinikk som for innleggelse, har vel likevel kommet kastende. Vel tilbake møter vi diskusjon om nye budsjettplanlegginger og innsparinger. Halvårsresultatene viser så godt som i alle helseforetak solide underskudd, som selvfølgelig skal rettes opp. Prognosene tilsier at vi ikke klarer å følge de til dels optimistiske planene for nedskrivning av underskudd og gjeld som fjoråret la opp til. Rekordunderskudd er på vei og kriseløsninger ligger og lurer i de neste budsjettene, før evt. ekstraoverføringer kommer fra sentralt hold for å holde skuta flytende og stilne kritikken.

Underskuddet på spesialister

Med disse lite lystige fremtidsutsikter er det viktig å ikke la seg presse til stadig økt produksjon for inntjeningens del på våre poliklinikker, endoskopiundersøkelsesavdelinger så vel som sengeposter og operasjonsstuer. Her er det viktig å holde tunga rett i munnen, fokusere på kvalitet og utdanning, som er ryggmargen i utøvelsen av vår profesjon. Vi har kartlagt et fremtidig underskudd av spesialister i vårt gastromedisinske og kirurgiske fag pga stor avgang og lite volum på nyutdannende spesialister. Det er opprettet flere utdanningsstillinger og stadig flere yngre kolleger vil bli uteksaminert, dels fra utenlandske læresteder, noe som vil sikre rekrutteringen også til sykehusspesialitetene. Vår oppgave vil derfor være kjære spesialistkolleger, å ta imot og ivareta våre yngre kolleger på en god måte. Så vel menneskelig som faglig for å beholde og utvikle interesse, engasjement, fokus og riktige og gode holdninger for utøvelse av faget. Dette gjøres kun ved god og lang-

siktig planlegging av våre underordnedes faglig utvikling og utdanning, praktisk så vel som teoretisk, samtidig som vi skal være forbilde og rollemodeller i utøvelsen av vårt fag.

Undervisning rammer kravet til produksjon

Undervisning krever forberedelse og tar tid som vil medføre nedsatt produksjon. Med andre ord, intet som synes annet enn ved færre behandlede pasienter. Det kreves kvalitet i behandlingen vi tilbyr, noe som forutsetter tid til fordykning, teoretisk som praktisk, i tillegg til å kvalitetssikre egen virksomhet. Intet av dette vil tilfredstille en sykehuseier hvis hovedfokus alene er økt produksjon og effektivitet. Jeg tror og håper våre sykehuseiere er bevisst denne konfliktfylte situasjonen vi



Bjørn Moum
Leder NGF

og de befinner oss i. Samarbeide og synliggjøring av arbeidsoppgaver vil derfor være hovedfokus også i neste halvårsperiode, før vi igjen skal medvirke til ny budsjettplanlegging om et halvt års tid.

□ Redaktørens hjørne

Sommeren er over og de fleste er tilbake i den vanlige hverdag. Ingen unngår å få med seg at vi innleder høsten med nye sparekrav og tiltak for såkalt effektivisering. Utfordringene står i kø i forhold til å takle politiske signaler og vedtak og hva som er grasrotas realitet. Våre ledere settes på umulige prøvelser der både medarbeidere og pasienter kommer i skvis. Fokus er igjen satt på prioriteringer samtidig som politikere lover gull og grønne skoger gjennom pasientrettighetslover og engasjement i enkeltsaker. Håper at de av våre fagpersoner som fortsatt har litt overskudd, orker å ta noen av de viktige debattene som kommer.

Kan vi si fra?

Det er med stor bekymring at vi kan konstatere at signalene som kommer fra foretaksstyrer, informasjonsavdelinger og sykehusedelser på mange måter er virkelighetsbeskrivelser som få kjenner seg igjen i! Vi som helsearbeidere har en plikt i forhold til gjeldende lowtek å si tydelig i fra når vi ser at vi ikke kan gi en forsvarlig pasientbehandling eller vi utsetter pasienter for situasjoner der pasientenes helse står på spill. Lojalitet gjelder like mye til denne dimensjonen som til våre ledere!

Fedme som tema

I dette NGF-nytt vil vi ha fedmeproblematikken som tema. De fleste begynner å ta inn over seg at dette er et av de største folkehelseproblemerkene som vil prege helsetilstanden de neste tiårene. Vi har bare sett begynnelsen. Er vi i stand til å angripe dette på en måte som stopper en trend? Håpet er at vi kan bidra til å få debatten ytterligere i gang og at problemet angripes fra alle nødvendige hold. Kirurgi er på mange måter siste utvei og overhodet ikke hverken ukomplisert eller løsningen for befolkningen totalt, selv om enkeltindivider som har kommet i en irreversibel situasjon, kan ha stor nytte av et inngrep.



Årsmøtet 2007

Tiden går fort og ber at alle begynner å tenke på årsmøtet 2007 på Lillehammer. Det ene er å sette av tid, det andre er å begynne forberedelsene til faglige innlegg. Husk å involvere de yngre! NGF vil bidra med stipender til de yngre i utdanning og stipendiater, som presenterer sine materialer. Ønsker også sterkt å få innlegg til neste NGF-nytt, der det fokuseres på de utfordringene gastromiljøene opplever lokalt (utstyr, bemanning, tjenesteplaner, holdninger, funksjonsfordelinger, ledelse, arbeidsmiljø mm.) Send ditt innlegg slik at vi kan få en debatt som blir en motvekt til de rosenrøde beskrivelsene som vi hører i festtalene.

Ha en riktig fin høst og vær engasjert der du enn er!!

Tom Glomsaker
Redaktør i NGF-nytt

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

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



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**

Nexium[®]
esomeprazol

AstraZeneca

AstraZeneca AS
Hoffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01
www.astrazeneca.no

□ Nytt fra fagmiljøene

Prestisjepris til kreftkirurg

Verden kan komme til å se annerledes på behandling av endetarmskreft etter overlege Birger Henning Endreseths doktoravhandling. USAs største tidsskrift innen fagfeltet karakteriserer resultatene som fjorårets mest betydningsfulle.

Av Jørn J. Fremstad

Endreseth var nylig i Seattle for å holde foredrag om funnene sine og motta tidsskriftet Diseases of the Colon and Rectum sin pris for årets mest betydningsfulle artikkel 2005. I den aktuelle artikkelen, som er en del av doktoravhandlingen, peker overlegen ved Kirurgisk klinikk på at små inngrep ikke nødvendigvis er nok for å helbrede pasienten, selv om svulsten er liten. Dette er stikk i mot trenden på verdensbasis.

– Studien vår tilbakeviser tilsynelatende imponerende internasjonale resultater på dette feltet, sier Endreseth.

Hyppigste kreftform

Årlig får nesten 1000 nordmenn kreft i endetarmen (rectumcancer). Kreft i tykk- og endetarm er den hyppigst forekommende kreftformen i Norge for menn og kvinner sett under ett, ifølge Kreftregisteret, og Norge har nå høyest forekomst av tykk- og endetarmskreft i Norden. Menn og kvinner rammes omtrent like ofte.

Rectumcancerregisteret har registrert samtlige nye tilfeller av endetarmskreft i Norge siden 1993, og Endreseth inkluderte alle pasienter med liten svulst i materialet sitt. Gruppen som har gjennomgått en stor operasjon ble sammenlignet med de som er behandlet ved transanal eksisjon, hvor kirurgen går inn gjennom endetarmsåpningen og fjerner svulsten. Studien viser dårligere resultat hos de som fikk utført det mindre inngrepet.



Overlege
Birger Henning Endreseth

Store inngrep

– Transanal eksisjon er mer skånsomt for pasienten, men problemet er å få med hele svulsten. Det er også oftere residiv (sykdommen kommer tilbake) etter denne typen inngrep enn etter en stor operasjon. I Norge gjør vi hovedsakelig store inngrep, i motsetning til i de fleste andre land, og vi har lurt på om dette var overbehandling av pasienter med små svulster, forteller Endreseth som fikk et klart svar på at så ikke er tilfelle.

– Vi har lært at det er mange utfordringer også ved en forholdsvis enkel prosedyre. Transanal eksisjon kan være et alternativ for pasienter som av ulike årsaker ikke tåler en stor operasjon, men studien viser at denne typen inngrep bør gjøres ved noen få senter så en har god kontroll. Blant annet anbefaler vi strålebehandling ved siden av kirurgien, sier Birger Henning Endreseth.

Oppreisning etter juks

Prisen fra tidsskriftet Diseases of the Colon and Rectum er en anerkjennelse, både for Endreseth og det norske fagmiljøet. Ikke minst er betydningen stor for hele det norske medisinske forskningsmiljøet, få måneder etter at lege Jon Sudbø ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet ble avslørt i å ha jukset med underlagsmaterialet i en kreftstudie.

– Det er svært sjelden at artikler fra Skandinavia blir tildelt denne utmerkelsen. Jeg anser også dette som et lite ledd i en oppreisning for norsk registerforskning i kjølvannet av Sudbø-saken, sier klinikkensjef Ola D. Sæther ved Kirurgisk klinikk ved St.Olavs Hospital. ■



Overlege Endreseth, som her assisteres av operasjonssykepleier Inger E. Gisvold, mottok prisen for fjorårets mest betydningsfulle artikkel innen feltet.

Unge pasienter mer utsatt enn eldre

Unge pasienter med endetarmskreft har høyere dødelighet enn eldre med samme diagnose, uavhengig av svulstens størrelse.

Av Jørn J. Fremstad

Det viser en oppsiktsvekkende studie som overlege Birger Henning Endreseth har gjort i forbindelse med doktoravhandlingen sin. Studien er basert på tall fra Rectumcancerregisteret, og han presenterte materialet under et foredrag i Seattle tidligere i juni.

– Etter fem år lever 54 prosent av pasientene som fikk sykdommen før fylte 40 år, mot 88 prosent i aldersgruppa 40-44 år. Dette skyldes at sykdommen sprer seg, og 56 prosent av pasientene under 40 år har utviklet spredning etter to år. Tilsvarende tall blant pasienter over 40 år er 20-26 prosent, forteller Endreseth.

Fortsetter på neste side ►

□ Nytt fra fagmiljøene

► Studerer gener

Fagmiljøet har foreløpig ikke svaret på hvorfor denne gruppa er spesielt utsatt, og hvordan prognosen kan bedres. Endreseth presiserer imidlertid at det er svært få personer under 40 år som faktisk får kreft i endetarmen, rundt åtte årlig i Norge.

– Men dette er en høyrisikogruppe som vi må være oppmerksomme på, og vi vil gjøre videre studier for å komme nærmere en forklaring på den dårlige prognosen. Det virker som om personer som får kreft tidlig i livet har dårligere beskyttelse mot sykdommen. Derfor har vi planlagt å studere genetikken hos aktuelle pasienter, for å se om det er noe som karakteriserer svulstene hos denne pasientgruppa.

Tilleggsbehandling

Så langt er det stilt spørsmål om disse pasientene skal ha noen form for tilleggbehandling, for eksempel i form av cellegift.

– Generelt har ikke cellegift ved endetarmskreft vist seg å være særlig effektivt, men kanskje kan slik behandling virke på en spesiell aldersgruppe. Dette krever flere studier, sier Birger Henning Endreseth.

Siden det er få tilfeller i den aktuelle aldersgruppa i Norge, er det aktuelt å etablere en skandinavisk studie i jakten på en løsning. ■

Birger Endreseth skrev "Impact Article of the Year" i Diseases of the Colon & Rectum. Foto: JØRN J. FREMSTAD



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.

□ Tema: Overvekt og fedme

Forebygging og behandling av overvektige

Overvekt og fedme er et økende helseproblem, både blant barn, unge og voksne. Siden dette er risikofaktorer for en rekke alvorlige sykdommer, må vi rette særs oppmerksomhet mot denne pasientgruppen. På tiltakssiden er forebygging av overvekt og fedme et hovedtema og inngår i det generelle folkehelsearbeidet. I tillegg trenger overvektige gode behandlingstilbud i helsetjenesten.

Av Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad



Sylvia Brustad,
Helse- og omsorgsminister

Studier viser at BMI over 27 gir økt dødelighet, og risiko for sykdom øker med stigende grad av fedme. De vanligste sykdommene er type 2-diabetes, høyt blodtrykk, hjerteinfarkt, gallestein, søvnapnø, eddplager og enkelte kreftsykdommer. Det er med andre ord viktig med en helhetlig tilnærming som bidrar til å forebygge og redusere alvorlig overvekt.

Tiltak i helsetjenesten

I bestillerdokumentet for 2004 og 2005 ble de regionale helseforetakene pålagt å utvikle behandlingstilbud til sykkelig overvektige. For å følge opp dette pålegget, ble det som kjent etablert regionale sentre for fedmebehandling i hver region. Så langt jeg kjenner til, er disse senterne tverrfaglig bemannet og tilbyr flere behandlingsformer som tilpasses den enkelte. De fleste vil trenge livsstilsendrende behandling. For enkelte er det aktuelt med kirurgisk behandling, men også denne gruppen vil trenge livsstilsendrende oppfølging før og etter en operasjon.

De ulike regionale helseforetakene har valgt en noe ulik modell for livsstilsendrende behandling for alvorlig overvektige. Jeg ser at dette i enkelttilfeller blir oppfattet som forskjellsbehandling mellom pasienter, og vil i den forbindelse vise til gjeldende lovverk som gir rom for ulike organisatoriske løsninger. Forutsetningen er at de ulike løsningene ivaretar forpliktelsene om å tilby befolkningen nødvendige og likeverdige helsetjenester.

Overvekt er også et økende problem blant barn og unge. For å møte denne utfordringen, har flere regionale helseforetak utviklet behandlingstilbud tilpasset denne gruppen. Helse- og omsorgsdepartementet understøtter dette arbeidet, og har tildelt egne midler for 2005 og 2006 til slike prosjekter. Midlene skal bidra til å utvikle slike prosjekter, samt evaluere effekten av dem.

Jeg er kjent med at enkelte steder er det for lang ventetid til behandling. Dette skyldes blant annet et oppsamlet behandlingstilbud som har bygget seg opp over lengre tid, siden behandlingstilbudet til alvorlig overvektige ennå er i en utbyggingsfase. Jeg vil derfor følge utviklingen også fremover.

Fysisk aktivitet

Det forebyggende arbeidet er etter min mening viktigst for å begrense og motvirke utviklingen innen overvekt og fedme. Aktivitetsnivået generelt sett er for lavt i den norske befolkningen, og det er for-

skjeller mellom sosioøkonomiske grupper. For meg er det svært viktig å utvikle en politikk som utjevner de sosiale forskjellene i helse. Det er derfor behov for en styrket og mer målrettet satsing rettet mot grupper med behov for spesiell tilrettelegging og som ikke så lett fanges opp gjennom befolkningsrettede og miljørettede tiltak. Videre er individuelt tilpasset fysisk aktivitet viktig i sekundærforebygging og i behandling av en rekke sykdommer og tilstander, samt i rehabilitering etter sykdom/skade.

Det er viktig at det legges det vekt på tiltak som fremmer utvikling av lokalbaserede lavterskelaktiviteter, kompetansehevede tiltak og treffbare informasjonstiltak.

Kosthold

Generelt inntar store deler av befolkningen for mye mettet fett, sukker og salt, og for lite grovt brød, grønnsaker, fisk og frukt. En spesiell utfordring er det å redusere sukkerforbruket blant barn og unge. I det senere har det skjedd en positiv reduksjon av forbruket av sukkerholdig brus, samtidig som mange skoler installerer vannautomater som et tiltak for å få brusforbruket ytterligere ned. For å møte disse utfordringene har vi satt i gang arbeidet med en tverrdepartemental femårig handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Planen skal iverksettes fra 2007.

Faglige retningslinjer

Mange som ligger i faresonen for å utvikle alvorlig overvekt, eller som skal redusere overvekt og som ikke trenger spesialiserte helsetjenester, kan likevel trenge oppfølging fra øvrige deler av helsetjenesten. For å sikre god systematikk i oppfølgingen av denne pasientgruppen, arbeider Sosial- og helsedirektoratet med faglige retningslinjer som særlig vil rette seg mot fastleger, helsestasjoner, skolehelsetjenester med mer.

Etter min vurdering har forebyggingsaktivitetene og behandlingstilbudet for alvorlig overvektige blitt vesentlig bedre de senere årene. Innen fysisk aktivitet er det iverksatt en rekke gode primær- og sekundærforebyggende tiltak. I tillegg tilbyr alle de regionale helseforetakene nå et helhetlig og systematisert behandlingstilbud som inkluderer både livsstilsendring og kirurgi.

Fremover vil forebyggingsaktivitetene og behandlingstilbudet bli ytterligere styrket når handlingsplanen for bedre kosthold og de faglige retningslinjene for utredning og behandling av alvorlig overvekt i primærhelsetjenesten blir implementert. ■

Veien fram til landsdekkende tilbud på fedmeoperasjoner

Av Villy Vaage



De første inngrep

Overvektsoperasjonar vert delt inn i to hovudgrupper: Malabsorbsjonsprosedyrar og restriktive prosedyrar, alternativt ein kombinasjon av desse. Det første kjente forsøket på å behandle sjukleg overvekt med kirurgi, vart utført av Viktor Henrikson, også kalla "Svarta Henrik", i Göteborg, 1951. Han fjerna 105 cm av ileum på ei sterkt overvektig kvinne "whose appetite was stronger than her character". Operasjonen var mislukka i å oppnå vekttaut i det pasienten la på seg ytterlegare 2 kg dei neste 14 månadane¹. På 50- og byrjinga på 60-talet, vart det forsøkt med ulike former for jejunokolik bypass, i 1969 introduserte så Payne & DeWind jejunoleal bypass (JIB)². Metoden vart snart teke opp av mange kirurgar verda over, men biverknader ("blind loop" problematik, diare, elektrolyttforstyringar, leversvikt, nyrestein) gjorde etter kvart metoden mindre populær. Ei vidareutvikling innan malabsorbsjonsprosedyrar er "biliopancreatic diversion" (BPD, Scopinaro 1979), og "BPD duodenal switch" (BPDDS, Hess 1988).

På 70-80 tallet

Innan restriktiv kirurg introduserte Edvard Mason gastic bypass i 1966, seinare utvikla til Roux-en-Y gastric bypass (RYGBP), - metoden kan kombinerast med ulik grad av tynntarmsutkopling. Betenkt over potensielle metabolske biverknader på lang sikt, arbeide Mason vidare med ulike typar gastroplastikkar, den siste varianten "vertical banded gastroplasty" (VBG) i 1980. VBG viste seg å ha biverknader som reflux, smerter ved matinntak og vekttaut på sikt. VBG er ikkje lenger i bruk medan RYGBP er den mest brukte metoden i USA i dag. Gastrisk band er den minst invasive metoden, den vart introdusert av Wilkinson i 1976. Ikkje-justerbart gastrisk band gav tilsvarande biverknader som VBG men det justerbare bandet introdusert av Kuzmak i 1986 har blitt populært særleg i Sør-Europa og Australia.

Til Norge

I Noreg vart JIB teke opp ved fleire norske sjukehus tidleg på 70-talet, og til dømes ved Haukeland Universitetssjukehus vart det i perioden 1971-1976 operert 36 pasientar med denne metoden. Biverknader av tilsvarande art som det var rapportert om frå utlandet gjorde etter kvart mange norske kirurgar skeptiske mot metoden og på haustmøtet i Norsk kirurgisk foreining 1984 vart det mot to stemmer vedteke å slutte med slike operasjonar. Gastrisk band var då allereie etablert i Noreg etter at Olav Bø hadde introdusert metoden i Fredrikstad i 1980-81. Banding vart snart den vanlegaste overvektsoperasjonen i Noreg, og i 1985 var heile 9 norske sjukehus med i ein norsk multisenterstudie på gastrisk band. 7. juni 1985 vart også "Norsk Adipositasgruppe" stifta med Jan Helge

Solhaug som leiar og Torgeir Løvig som sekretær. Dette skulle vere ei tverrfagleg gruppe for personar interessert i og opptekne med problem knytt til sjukleg overvekt. Mellom anna vart eit nasjonalt register for all type behandling av sjukleg overvekt planlagt. Etter kvart innsåg ein at også banding var forbunde med biverknader. Sjølv om både gastroplastikkar og gastric bypass vart teke i bruk mot slutten av 80-talet og byrjinga på 90-talet var entusiasmen for overvektskirurgi sterkt fallande etter erfaringane med JIB og banding, og på byrjinga av 90-talet var det stort sett slutt med overvektskirurgi i Noreg. Norsk Adipositasgruppe lei ein stille død i byrjinga på 90-talet.

Regionale sentre i alle helseforetak

På vårmøtet i Vestlandske Gastroforum i April 2001 vart adipositas kirurgi teke opp som tema. Basert på kunnskapar om gode resultat av moderne overvektskirurgi kombinert med vedvarande dårlege resultat av livsstilsintervensjon vart det bestemt å la kollegaene i Førde starte opp. Første pasient vart operert med BPDDS våren 2001. Ikkje lenge etter stod ein relativt nyoperert pasient fram i media og fortalte om livredninga hans; overvektsoperasjonen han hadde fått utført i Førde. Dette skapte ein storm av telefonar og medieoppslag. Diskusjonen gjekk både blant helsepersonell og lekfolk: "Er dette nyttig kirurgi?" Diskusjonen fall til ro og overvektskirurgi vart akseptert etter at Senter for medisinsk metodevurdering i sin rapport frå januar 2003 konkluderte med at overvektskirurgi er nyttig kirurgi³. Sidan har det blitt oppretta regionale sentra for behandling av sjukleg overvekt i alle regionale helseforetak, og i nasjonal rapport mai 2005 vart det slått fast at desse pasientane har rett til nødvendig helsehjelp noko som for mange betyr kirurgi⁴. ■



1. Henrikson V. Kan tunntarmsreseksjoner försvaras som terapi mot mot fettsot? Nordisk Medicin 1952; 47:744.
2. Payne JH, DeWind LT. Surgical treatment of obesity. Am J Surg 1969; 118(2):141-7.
3. Nilsen E, Wisløff T, Søreide O. Kirurgisk behandling av ekstrem/sykkelig fedme. 2003; ISBN 82-14-02948-1. <http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Rapport1-03.pdf> Accessed 03.09.2006
4. Behandling av sykkelig overvekt hos voksne. 2005. <http://www.helse-midt.no/templates/Document>. Accessed 03.09.2006

Førdeklivnikken

I Helse Vest har Helse Førde regional funksjon for behandling av sjukleg overvekt. Vi har eit tilbod om livsstilsintervensjon eller kirurgi. Livsstilsbehandling vert utøvd ved Hauglandsenteret, eit trenings- og rehabiliteringssenter med alle treningsfasilitetar inklusive to symjebasseng. Kirurgi vert utført ved Førde sentralsjukehus med kring 60 operasjonar (BPDDS) i 2006.

Av Villy Vaage

Informasjonskurs

Ein har utarbeida standard søknadsskjema som skal nyttast ved søknad om behandling av sjukleg overvekt uansett om det er søknad om livsstil eller kirurgi. Pasienten skal i samråd med fastlege kome fram til kva type behandling pasienten ynskjer / er best tent med, er ein i tvil vert pasienten teken inn til eit informasjonsmøte ved regionalt senter. Dei fleste pasientane er klare på kva dei ynskjer, men for at fastlegane skal vere oppdaterte på dei ulike behandlingformene vert det årleg arrangert kurs med informasjon om dei to behandlingformene. Kursa er opne for alt helsepersonell som er involvert i behandling av sjukleg overvektige.

14 dagers evalueringsopphald

Pasientar som ynskjer livsstilsintervensjon møter til eit 14 dagars evalueringsopphald på Hauglandsenteret. Dei møter her lege, sjukepleiar, ernæringsfysiolog og idrettspedagog. Personalet har opplæring i kognitiv terapi. I løpet av desse 14 dagane kjem ein i samråd med pasienten fram til om vedkommande er eigna og viljug til å gå inn i eit forpliktande livsstilsprogram som går over to år. Pasientar som ynskjer kirurgi vert vurdert av kirurg og eventuelt anestesilog. Dei aller fleste som ber om kirurgi vert etter slik evaluering sett på venteliste for operasjon. Vi har hittil ikkje avslått nokon fordi dei har vore for tunge eller for sjuke. Vi tilrår alle å gå ned i vekt samt å slutte å røyke seks veker føre operasjonen, men pasienten vert operert sjølv om vedkommande ikkje klarer dette. Kring 5 % av pasientane har vore så hjarte- og / eller lungesjuka at vi ikkje har våga å operere dei primært, desse har gått gjennom eit fire-seks vekers treningsprogram på treningssenteret føre operasjonen.

Grupesamlingar etter operasjon

Pasientar som går i livsstilsprogrammet vert følgt opp av fastlege og ved lærings- og meistringssentra. Det er planlagt årleg rapportering tilbake til Hauglandsenteret i 10 år, og alle data vert samla i godkjent database. Pasientar som er operert vert følgt opp dels ved kirurgisk poliklinikk i Førde og dels hjå fastlege. Kontrollane ved 3, 12 og 24 månader vert utført i Førde, og frå og med hausten 2006 er det også tilbod om gruppesamlingar ved lærings- og meistringssenteret i samband med desse kontrollane. Dei fleste pasientane synes gruppesamlingar er kjekt og nyttig, men nokre pasientar ynskjer ikkje å delta og dette vert respektert. Alle pasientane vert prospektivt registrert i godkjent database. Det er planlagt livslang oppfølging etter kirurgi.

Dokumentert livreddande

Sjukleg overvekt er ein kronisk, progressiv, livslang sjukdom, og berre kirurgi er dokumentert å gje vedvarande vekttaut. Overvektskirurgi er dokumentert å vere livreddande, livskvalitetsfremjande og samfunnsøkonomisk nyttig kirurgi. Kirurgi kan likevel ikkje vere løysinga på overvektproblemet. Det viktigaste må vere å



De ansatte ved operasjonssenteret for fedme ved helse Førde

førebyggje, og eg etterlyser langt større politisk engasjement og satsing på dette området. Spesielt er det viktig med førebyggjande tiltak for barn. Eksempel på tiltak er sterk skattlegging av usunn høgkalorimat og subsidiering av sunn mat, frukt og grønnsaker. Skulevegar må vere skjerma frå farleg trafikk slik at borna kan gå til skulen, og bustadfelt må planleggast med rikeleg areal for leik og fysisk aktivitet. I barnehagen må ein legge vekt på fysisk aktivitet og eit sunt

kosthald. Media, til dømes fjernsyn bør takast i bruk til folkeopplysing. Reklame for slankeprodukt må jamstellast med tobakksreklame og bli forbo- de. Og arbeidsgivarar kan legge forholde til rette for at arbeidstakarar skal få mosjonere i arbeidstida.

Forebyggjande arbeid vesentlig

For menneske som allereie slit med overvekt kan gruppesamlingar, gjerne i regi av fastlege i samarbeid med idrettslag, treningskontaktar, lokale entusiastar osv. vere ein veg til å komme i betre

fysisk form på og å unngå ytterlegare vekttaut. På denne måten kan ein klare å leve med si overvekt. Ein skal ikkje ha som målsetjing å oppnå stort vekttaut, sjansen for å bli skuffa og ende med depresjon er då stor. Nyttan på lang sikt av langvarige opphald i treningsentra er dårleg dokumentert men vert no prøvd ut i Noreg. Sjølv om ein styrkar det førebyggjande arbeidet og livsstilsintervensjon lokalt vil det alltid vere pasientar som vil trenge kirurgi for denne sjukdommen og kirurgi må bli langt meir tilgjengeleg enn det er i dag. Førebyggjande tiltak, folkeopplysing gjennom media, tiltak for livsstilsintervensjon og tilbod om kirurgi er tiltak som alle høyrer saman og som naturleg høyrer inn i eit offentleg helse- tilbod. ■



"My slaidy is a doctor and he treats slaidy."
"My slaidy is a targein and he cures it."

Pegasys
er verdens mest brukte
pegylerte interferon til behandling av
hepatitt C¹

En av de viktigste faktorene for vellykket behandling av hepatitt C, genotype 1, er pasientens alder.

Jo yngre pasienten er, dess større er sjansen for å oppnå varig virusrespons²:

- for en 20 åring: 85 % SVR
- for en 60 åring: 53 % SVR

Ref 1 IMS health, 2 Foster et al. Treatment of chronic hepatitis C with peginterferon alfa-2a (40 KD) (PEGASYS (R)) and ribavirin (COPEGUS(R)): Patient age has a marked influence on the individual estimated probability of achieving a sustained virological response. Hepatology, 2003, vol.38, no.4 Suppl.1, p.246A.

Se preparatomtale side 33

□ Tema: Overvekt og fedme

Aker Universitetssykehus Erfaringer med kirurgisk behandling av sykkelig fedme

120 operasjoner i 2006

I juni 2004 ble det etablert et kirurgisk behandlingstilbud for pasienter med sykkelig fedme ved Aker universitetssykehus HF. Bakgrunnen var en nasjonal forståelse for at det kirurgiske tilbudet til pasientgruppen bør styrkes. Aker ble tildelt denne funksjonen i Helse Øst. Behandlingskapasiteten var primært 60 operasjoner årlig, men er nå økt til 120. I 2006 har Sykehuset Asker og Bærum startet fedmekirurgi med en kapasitet på 60 operasjoner årlig, slik at det totalt vil bli operert 180 pasienter pr. år i helseregionen.

Av assistentlege Torgeir T. Søvik, Kirurgisk klinikk, Aker universitetssykehus HF

□ Operasjonsteamet for fedme på Aker



Tverrfaglig team

Kirurgisk behandling av sykkelig fedme kan være indisert for pasienter som har gjennomført forsøk på konservativ behandling og som har en kroppsmasseindeks (KMI) over 40 kg/m², eller over 35 kg/m² med følgetilstander. Ved Aker inkluderes pasientene i et tre måneders opplegg i regi av Lærings- og mestringssenteret der det etableres selvhjelpsgrupper. Pasientene får blant annet informasjon av klinisk ernæringsfysiolog og kirurg om nødvendige livsstilsendringer og det kirurgiske behandlingsopplegget. Virksomheten er organisert i et tverrfaglig team, både preoperativt og i den postoperative oppfølgingen. Inngrepene er utført av de samme to kirurgene.

Operasjoner

Laparoskopisk "long limb" gastrisk bypass er rutineinngrepet ved vår avdeling. Noen av de tyngste pasientene opereres med laparoskopisk biliopankreatisk avledning med duodenal switch. Alternativt gjøres kirurgisk behandling i to seanser; først gastrisk sleeve og senere komplettering til duodenal switch.

På vintermøtet på Lillehammer i år presenterte vi resultatene etter de første 100 laparoskopiske gastrisk bypass-prosedyrene. Disse ble utført fra juni 2004 til januar 2006. Pasientalderen var median 40 år (spredning 22 – 56) og 78 % var kvinner. Median kroppsmasseindeks og vekt var henholdsvis 46 kg/m² (37 – 58) og 131 kg (89 – 194). Operasjonstiden var median 132 minutter (65 – 435). Av pasientene var 36 % tidligere operert i abdomen og 3 % tidligere fedmeoperert med gastrisk innsnøring. Totalt 87 % hadde en eller flere tilleggssykdommer som var antatt fedmerelatert; hyppigst var leddsmerter (36 %), hypertensjon (27 %), diabetes mellitus (24 %) og søvnapné (25 %).

Perioperativ morbiditet var 15 %: pneumoni (5 %), overfladisk sårinfeksjon (3%), instrumentell tynntarmsperforasjon (3 %), anastomoselekkasje (1 %), subfrenisk abscess (1 %), intraabdominal blødning (1 %), portbrokk (1 %), atelektase (1 %) og dilatert ventrikelrest (1 %). En prosedyre ble konvertert til åpen kirurgi på grunn av adheranser. Under oppholdet ble reoperasjon utført hos åtte pasienter (8 %) pga. instrumentell tynntarmsperforasjon (3), anastomoselekkasje (1), intraabdominalt hematom (1), portbrokk (1), dilatert ventrikelrest (1) og en pasient ble laparoskopert på grunn av uklare magesmerter med negativt funn. Reoperasjonene ble primært utført laparoskopisk hos alle pasientene, men tre pasienter ble senere laparotomert. Det var ingen dødsfall i gruppen. Median liggetid var fire dager (2 – 75).

Oppfølging

Oppfølgingsdata forelå på 36 pasienter med median observasjonstid 8 måneder (5 – 18). Vekttapet var median 35 kg (18 – 60). Fem av pasientene (14 %) ble etter utskrivelse reoperert på vårt eller annet sykehus: en på mistanke om ileus og en for akutt abdomen, begge med negativt funn, en strengileus der det ble utført tynntarmsreseksjon, en pasient med ileus fikk utført adheranseløsning og en pasient ble operert for uklare magesmerter uten at man fant sikker årsak. Det ble gjort to laparotomier og tre laparoskopier.

Laparoskopisk gastrisk bypass er etablert ved Aker universitetssykehus med akseptable tall for morbiditet og mortalitet. Det store pasientvolumet gir rask erfaring med den avanserte kirurgiske teknikken og håndtering av pasientgruppen. Alle inngrep og oppfølgingsdata registreres prospektivt i en database som pr. september 2006 inkluderer 170 pasienter ■

Helse Sør:

Regionalt kompetansesenter for diagnostikk og behandling av sykkelig overvekt, Sykehuset i Vestfold HF

Egen modell

Som det eneste regionale helseforetak i Norge startet vi 1. september 2004 "Overvektprosjektet i Helse Sør" (OVP). Prosjektets mandat er å etablere og prøve ut en modell for utredning, behandling, oppfølging og rehabilitering av sykkelig overvekt. Helse Sør RHF er oppdragsgiver og SIV HF prosjektansvarlig. Prosjektet er et tverrfaglig samarbeid mellom Klinikk Medisin og Klinikk Kirurgi. Som ledd i den generelle kvalitetssikring og kompetanseutvikling har vi iverksatt flere prospektive forskningsprosjekter i samarbeid med Øre-nese-hals avdelingen, Lungeavdelingen, Sentrallaboratoriet, Felles Avdeling Tønsberg, Klinikk Medisin og Kirurgisk avdeling. Det er opprettet en database og biobank som kan brukes som utgangspunkt for forskning og kvalitetssikring i flere år fremover.

Operasjon og etterbehandling

Behandling av pasienter med sykkelig fedme i Helse Sør Sykelig fedme er en kronisk sykdom med en prevalens på ca 5 % i USA og 1 % i Norge; tilsvarende omlag 10.000 personer i Helse Sør. Personer med sykkelig fedme og komorbiditet som søvnapné, diabetes eller høyt blodtrykk, har spesielt høy dødelighet. I samarbeid med fastlegene prøves det ut et helhetlig behandlingsopplegg, som innebærer en medisinsk utredning og vurdering, livsstilsråd, og langtidsoppfølging på hjemstedet for alle. Alle blir også vurdert med tanke på behov for kirurgisk behandling eller behandlingsopphold på kurscenter. Fram til nå har vi mottatt mer enn 1000 henvisninger. Totalt 800 personer er blitt vurdert av prosjektlege og 140 er pasienter operert med laparoskopisk gastric bypass ved Sykehuset i Vestfold. Slik tilfanget av nyhenvisninger er per dato, vil vi ha et årlig fremtidig behov for behandlingstilbud på 450 pasienter hvorav minst 150 har behov for kirurgisk behandling. I samarbeid med Helse Sør arbeider vi med å legge forholdene til rette for å kunne operere minimum 150 pasienter i 2007. Det foreligger også et stort behov for rehabiliteringstilbud/kurscenterbehandling for de minst 300 pasientene som ikke er egnet for kirurgisk behandling. Helse Sør RHF har avtale om døgnbasert kurscenterbehandling med Evjeklirnikken (160 plasser) og Telemark rehabiliteringssenter (40 plasser). De forskjellige behandlingstilbudene skal evalueres og sammenlignes i prosjektperioden.

Bariatrisk kirurgi i OVP

SIV har lyktes å implementere bariatrisk kirurgi med en svært lav komplikasjonsfrekvens og uten dødsfall. Blant de pasientene som har fått utført primær gastric bypass (LGBP), har 3 av 104 pasienter hatt komplikasjoner som har krevd intervensjon eller sykehusbehandling. Ingen har hatt behov for behandling på intensiv avdeling. Noe av forklaringen til det gode resultatet, er en streng seleksjon i oppstartsfasen og at kirurgene hadde stor laparoskopisk erfaring på forhånd. I begynnelsen startet man med to meget kompetente overleger som gjorde alle operasjonene sammen. Etter hvert har man lært opp ytterligere to kirurger. En standard LGBP tar nå drøyt en time med de to mest erfarne operatørene. Hele behandlingsskjeden er veldefinert og personalet velutdannet med spesialinteresse innen bariatrisk medisin. Dette bidrar til at avik raskt kan oppdages og adekvate tiltak iverksettes på et tidlig tidspunkt og alvorlig komplikasjon forebygges.



□ Operasjonsteamet på Vestfold HF i sving.

"Gamle pasienter"

Pasienter som har gjennomgått et tidligere kirurgisk inngrep for overvekt og som ikke er fornøyd med resultatet, utgjør en større kirurgisk utfordring med større fare for komplikasjoner. Det er utført 22 slike reoperasjoner, 10 laparoskopiske og 12 åpne. Totalt 3 av disse inngrepene var ledsaget av komplikasjoner som krevde intervensjon eller sykehusbehandling. Vi har nå utvidet repertoaret og begynt å gjøre laparoskopisk duodenal switch (L-DS). Denne operasjonsmetoden er sannsynligvis mer optimal for de aller største pasientene. Men den er også vesentlig mer ressurskrevende og med større risiko for alvorlige komplikasjoner. I oktober planlegges en workshop med tema DS og med deltagelse fra Spania og de andre helseregionene.

Mint 150 inngrep pr. år nødvendig

I løpet av prosjektperioden har vi bygget opp et team med flere kirurger, narkoseleger og annet spesialpersonell som mestrer hele spekteret av utfordringer innen bariatrisk behandling. Med den planlagte kapasitetsøkningen for 2007, vil SIV oppfylle de amerikanske kravene for å defineres som spesialiserte bariatrisk behandling. ACS (American College of Surgeons) anbefaler at et senter må gjøre minst 150 inngrep årlig, ha minst 2 erfarne kirurger som hver har gjort mer enn 100 bariatriske inngrep og man må ha tilgang til et medisinsk utrednings og oppfølgingsteam. ■

Av Øran Hjelmæsæth, Prosjektleder dr.med. og Rune Sandb, Ansvarlig kirurg, dr.med. Overvektprosjektet (OVP) i Helse Sør, Klinikk Medisin, Sykehuset i Vestfold joran@online.no

Helse Midt-Norge

Det har over flere år vært en rask økning av overvekt og fedme i verdens befolkning så vel som i Norge. Fedme medfører en lang rekke komplikasjoner som innebærer forkortet liv, redusert livskvalitet og økt forbruk av helsetjenester.

Av Bård Kulseng, Gjermund Johnsen og Ronald Mårvik

Etter at behandling av overvekt hadde vært et forsømt område i flere år fikk de regionale helseforetak i oppdrag å etablere behandling for pasienter som var hardest rammet, dette i form av styringsdokument 2004/bestillingsdokument 2005 fra Helse og omsorgsdepartementet. I forkant av dette hadde de kirurgiske miljøene i Norge allerede initiert et kirurgisk tilbud i behandlingen.

Flere aktører

I Helse Midt-Norge startet dette med laparoskopisk gastrisk bypass i januar 2003 ved St. Olavs Hospital. Vi så fort at vi ved St. Olavs Hospital ikke ville ha kapasitet til å dekke hele regionens behov for kirurgi hos denne pasientgruppen, og tok derfor tidlig initiativet til å etablere et regionalt nettverkssamarbeid med kirurgisk avdeling i Ålesund og Namsos. Dette ble gjort i form av omforente prinsipper for utredning, operativ behandling og oppfølging av pasientene, og grunntanken var at pasientene i regionen skulle få et likt tilbud nærmest mulig sitt hjemsted i tråd med disse felles retningslinjene. Kirurgene fra St. Olavs Hospital deltok ved de oppstartende prosedyrene ved sykehusene i Ålesund og Namsos inntil metoden var etablert.

Eget regionalt senter

Regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt, ble så etablert i 2005 i tråd med anbefalingene i styringsdokument 2004/bestillingsdokument 2005. Senteret drives med midler fra Helse Midt-Norge RHF. Det har et koordinerende ansvar for helhetlig behandling av pasienter med sykkelig overvekt i Midt-Norge, og virksomheten er basert på en videreføring og utviding av det regionale nettverkssamarbeidet som allerede var etablert innen kirurgisk behandling.

Forskning på overvektsrelaterte problemstillinger og effekt av ulike typer behandling, er en sentral del av virksomheten ved senteret. Livstilsbehandling er ennå ikke etablert behandlingstilbud. Derfor har vi satt i gang et prosjekt hvor livstilsintervensjon i hhv. kurscenter, dagsenter/poliklinikk blir sammenlignet med resultater etter gastrisk bypass. Deltagende senter er Ebeltoft kurscenter i Danmark (30 pasienter), Røros Rehabiliteringssenter (60 pasienter), dagsenter/poliklinikk (fysioterapi/klinisk ernæringsfysiologi) ved St.Olavs Hospital (60 pasienter) og kirurgisk avdeling St. Olavs Hospital (60 opererte pasienter). Dette prosjektet skal følge pasientene i 5 år og har blant annet som formål å avklare hvem som har nytte av slik livsstilbehandling, hvordan bli bedre på å gi riktig behandling til den enkelte og hvilke endringsprosesser som gir resultater. Det arbeides også med et utviklingsprosjekt som omhandler livstilsintervensjon initiert og gjennomført i primærhelsetjenesten.

Forundersøkelser

Kirurgisk behandling av sykkelig overvekt, utføres ved Helse Sunnmøre HF (Ålesund Sykehus), Helse Nord-Trøndelag HF (Sykehuset i Namsos) og St.Olavs Hospital HF.

I Helse Midt-Norge er kirurgisk behandling av pasienter med BMI > 40 eller BMI > 35 pluss komplikasjoner til overvekten i dag eneste etablerte behandling. Pasienter som oppfyller kravene til operasjon, blir innkalt til orienteringskurs som går over to dager. Kursene blir holdt ca. hver 3 mnd og er lagt opp som gruppeundervisning. Her blir det gitt grundig informasjon om overvekt generelt, behandlingstilbud som er tilgjengelig og evt. forskningsprogrammer pasientene



kan få delta i. Det blir også informert om psykologiske forhold ved endringsprosesser og mestringsstrategier, ernæringsbehov, veiledning i fysisk aktivitet, pasientrettigheter og ikke minst brukernes erfaringer både med kirurgi og livstilsbehandling.

Til pasienter, som etter dette forkurset, ønsker kirurgisk behandling, blir det gitt time til poliklinisk vurdering ved kirurg. Hvis pasienten blir akseptert for kirurgi går pasienten til en kardiologisk og lungemedisinsk preoperativ utredning. Kort tid før operasjon blir pasientene innkalt i små grupper som får konkret informasjon om selve det operative inngrepet og utfordringer etter operasjonen. Her er det lagt vekt på mestringsstrategier, ernæring, brukererfaring og oppfølgingsprogram.

Operasjoner

Laparoskopisk gastrisk bypass er valgt som standard inngrep i vår helseregion. Pr. i dag er det utført til sammen 269 inngrep, fordelt slik; St. Olavs Hospital 80, Ålesund 99 og Namsos 90. Samtidig står ca. 170 pasienter på venteliste til operasjon samlet i regionen. Flere av disse har behandlingsgarantifrister som er overskredet. Vi opplever det som et betydelig problem at behandlingstilbudet ikke står i forhold til behovet. I tillegg kommer at DRG-refusjonen på langt nær dekker kostnadene ved denne type kirurgi og derfor også blir en "bremse" for virksomheten.

Etter operasjonen følges pasientene opp dels ved kirurgisk poliklinikk, dels får de tilbud om oppfølging i grupper. Vi jobber med et prosjekt for å involvere primærhelsetjenesten i større grad i oppfølgingen av pasientene på lengre sikt.

Utfordringer

Primærhelsetjenesten mangler gode verktøy til å forebygge og behandle overvekt. Det er også en utilfredsstillende koordinering av tilbud fra folkehelseprogrammer, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Bedre og mer overføring av kunnskap er også etterspurt. Dette gjelder også oppfølging av pasienter etter kirurgi.

Sykkelig overvekt er et symptom på at noe er galt. Vi er i dag for dårlig til å diagnostisere årsaker til at den enkelte pasient er overvektig. Med bedre diagnostikk/utredning, kan behandlingen tilpasses den enkelte. Vi ser i våre undersøkelser at mange med sykkelig overvekt sliter med spiseforstyrrelser og alvorlige psykiske problemer som først avdekkes når pasienten kommer i en forandringsprosess (vekttap).

Vi ser for oss at det ved HF som behandler pasienter med sykkelig overvekt bør opprettes en poliklinikk hvor det er et tett samarbeid mellom kirurg, psykolog, endokrinolog og klinisk ernæringsfysiolog samt mestringsentra. Dette er viktig for å bedre diagnostikk, utvelgelse av riktig behandling og oppfølging av den enkelte overvektige pasient. Et godt samarbeid med primærhelsetjenesten er også nødvendig for et godt behandlingsresultat.

Overvekt er allerede et stort folkehelseproblem. Samhandling i alle ledd i behandlingsskjeden, samt en resurstilgang som står i forhold til problemets størrelse, vil bli avgjørende for behandlingsresultatet. ■

Nordlandssykehuset Bodø



□ Operasjonsteamet i sving. Jens Fromholt Larsen og Torunn Kristin Nestvold (kirurger) samt Operasjonssykepleierne Line Jørgensen og Toril Skaar.

Status

Siden september 2004 har vi ved Nordlandssykehuset Bodø utredet og operert 97 pasienter. Av disse er det utført 7 laparoskopisk gastric banding, hvorav 3 senere er konvertert til gastric bypass - laparoskopisk, i tillegg 90 laparoskopisk gastric bypass. I tillegg har vi utført 7 revisjonsoperasjoner, det vil si fjerning av gamle bånd og konvertering til gastric bypass. Disse operasjonene har vært åpne operasjoner da det foreligger betydelige adheranser opp mot leverkanten, cardia samt fundus etter tidligere åpne inngrep – det for 10-20 år siden.

Vi har utviklet ett adipositassteam bestående av 1 indremedisiner, 2 sykepleiere, ernæringsfysiolog og 2 kirurger. Med Ernæringsfysiolog og Sosionom og psykiatrisk sykepleier tilgjengelig ved behov.

Forundersøkelser

Pasienten innkalles til utredning. Denne utredningen skjer over 2 dager, med klinisk undersøkelse og journalopptak av indremedisiner flere samtaler med sykepleier samt en konsultasjon med kirurg. Det blir tatt en rekke blodprøver inklusive blodsukkerbelastning som screening. Videre bentetthetsmåling samt pulsoksymetri i 24 timer om det avdekkes mistanke om søvnapnoesyndrom i anamnesen.

Pasientene inngår kontrakter i forhold til fysisk aktivitet og kosthold – videre avtale om forventet preoperativ vektnedgang.

De siste ca. 3 ukene før operasjon står pasientene på "pulver-kur", det vil si en kalorifattig flytende diett – ca 1000 kcal/døgn.

Operasjoner

Pasientene som aksepteres til operasjon gjennomgår ett 2 dagers lærings,- og mestringskurs i regi av adipositas-klinikken og Lærings,- og mestrings-senteret ved Nordlandssykehuset Bodø.

Pas. får i den postoperative fase tilbud om ett 4 ukers opphold ved Valnesfjorden Helse- og idretts-senter med tanke på undervisning og informasjon om fysisk aktivitet og kosthold.

Pas. blir innkalt til kirurgisk poliklinikk 1 mnd post operativt – etter det skal pasientene innkalles til Adipositas klinikken hver 4 måned det første året deretter årlig i 10 år. Oppfølgingstiden p.t er max 2 år. Gjennomsnittlig vektnedgang etter 1 år er 50 kilo.

Det planlegges ca 70 operasjoner i 2006, og like mange i 2007.

I forhold til Vitenskapelig virksomhet, er undertegnede i gang med Doktorgrads-prosjekt med utgangspunkt disse pasientene. Tittel: "Effekt av bariatrisk kirurgi på risikofaktorer for atherosklerose." ■

av: Torunn Kristin Nestvold

Helsekonsernet Aleris

Av Gastrokirurg Hjörtur Gislason.

Fedme er en raskt voksende helsemessig trussel, særlig i den vestlige verden. Verdens Internasjonale Helseorganisasjon (WHO) har definert overvekt i form av BMI > 30 som sykdom. BMI = body mass index = kroppsvekt / høyde² (Eks. 100 kg/ (1,78 m)² =32 kg/m², det vil si BMI på 32.). WHO mener overvekt er et av de alvorligste helseproblemene i dag.

Klassifisering av overvekt:

BMI	Definisjon
≤18,5	Undervekt
18,5-24,9	Normalvekt
25,0-29,9	Overvekt
30,0-34,9	Fedme grad _
35,0-39,9	Fedme grad _
≥40	Fedme grad _

Et helseproblem i Norge

I Norge har økningen i fedme gått raskt de siste årene, spesielt blant unge mennesker. Konsekvensene av fedme er mange. Flere rammes av hjerte- og karsykdommer, får skader i muskler og skjelett, sukkersyke og søvnapnø. Fertiliteten reduseres, og graviditet og fødsel er forbundet med større risiko. Forekomsten av sukkersyke og søvnapnø er tyvedoblet hos de som lider av fedme. Økningen av enkelte kreftformer er nesten doblet, og dødeligheten er større blant pasienter som lider av alvorlig fedme. Konsekvensene av fedme øker med økende alvorlighetsgrad og varighet. Det er dermed særlig bekymringsfullt med fedme som starter i ung alder.

I Norge står ca 1600 i kø for fedmeoperasjon ved et offentlig sykehus, den køen øker stadig. Det er kapasitet til å operere ca 250 pasienter årlig ved de offentlige sykehusene. I værste fall kan man risikere å dø av andre følgesykdommer mens man venter på en operasjon. Dette er noe av årsaken til at stadig flere velger å betale dette av egen lommebok. Ved det private Aleris sykehus i Oslo (tidligere OmniaSykehuset) utføre gastric bypass operasjoner. Dette sykehuset er foreløpig det eneste private sykehus i Norge med et slikt tilbud.

Fedmeoperasjoner

Overvekt er et kronisk problem. Virkningsfulle metoder for å få ned vekten og beholde den reduserte vekten lykkes sjelden uten operasjon. Ved alvorlig fedme har "bypass" av mage og tynntarm vist seg å være den suverent beste metoden man kjenner til i dag.

Operasjonsmetode

Det eneste private sykehuset som utføre fedmekirurgi er Aleris sykehus i Oslo (tidligere OmniaSykehuset, Norges største private sykehus). Operasjonen er en magesekk- og tynntarmsbypass som er den mest effektive operasjonen for vekt-reduksjon vi kjenner til i dag. Operasjonen er kun et tilbud til pasienter med alvorlig fedme, og den forutsetter helt nødvendige forandringer i livsstil. Hvis ikke kan resultatene blir dårlige, og risikoen for å gå gradvis opp i vekt igjen vil på lang sikt øke. De som gjennomgår operasjonen og klarer de nødvendige livsstilsforandringene, har svært gode muligheter for å oppnå et godt resultat og holde vekten nede på lang sikt. Vekttap etter operasjonen er raskest de første månedene og pasienten får en ny stabil vekt 1,5 til 2 år etter operasjonen. I denne perioden vil pasienten i gjennomsnitt miste 80 % av overvekten. Over 90 % av pasientene klarer ved operasjon og adferdsendring å komme helt ned mot normalvekt (BMI 18-25).

Operasjoner

Kirurgene ved Aleris sykehus har utført over 500 slike operasjoner med svært

gode resultater. Teamet ledes av fagansvarlig gastrokirurg, dr. Hjörtur Gislason. Den helsemessige gevinsten av en fedmeoperasjon har mange sider. Mange har overvekts relaterte sykdommer eller plager som søvnapnø, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes, hormonforstyrrelser og infertilitet. Disse sykdommene eller plagene forsvinner helt (eller delvis) når pasienten går ned i vekt. Det samme gjelder psykiske lidelser som angst og depresjon forårsaket av overvekten. Operasjonen i seg selv innebærer en risiko for helsemessige problemer, som blant annet dårlig fordøyelse. I enkelte tilfeller kan pasienten få mangel på enkelte vitaminer og mineraler. Det er derfor viktig å følge opp dette og sikre slik tilførsel i det fremtidige kostholdet.

Operasjonen har tre virkningsmekanismer

1. Man kobler ut 95 % av magesekken (ingen ting blir fjernet), slik at man kun bruker 5 % av magen til å ta imot maten man spiser. Dette gjør at pasienten kun kan spise lite av gangen. I løpet av noen måneder vil magevolumet øke noe, men det blir aldri stort. Hvis man spiser for mye av gangen, vil man føle ubehag i magen.

2. Man kobler ut første tredjedel av tynntarmen slik at fordøyelsen kun foregår i nedre 2/3 av tynntarmen. Hvis man spiser for mye fettrik (energirik) mat vil man kun benytte deler av fett i maten og dette vil medføre løs avføring (fettidiarè).

3. Ved at man forminsker magesekken og frakobler det meste av magen og 1/3 av tynntarmen, får man forandringer både i nerve- og hormonkontrollsystemene som styrer fordøyelsen. Dette medfører at de fleste pasientene mister store deler av sultfølelsen og trangen til å spise for mye.

Selve operasjonen tar vanligvis ca. 40 - 60 minutter, men forberedelse av pasienten og oppvåkningen etter operasjonen tar tid, så hele prosessen tar vanligvis 1,5 - 2 timer.

Kriterier for å kunne bli operert ved Aleris sykehus

BMI over 40

Dette er ikke et absolutt tall. Pasienter med lavere BMI kan opereres dersom de har fedme-relaterte sykdommer (som diabetes eller høyt blodtrykk).

Alder under 60 år

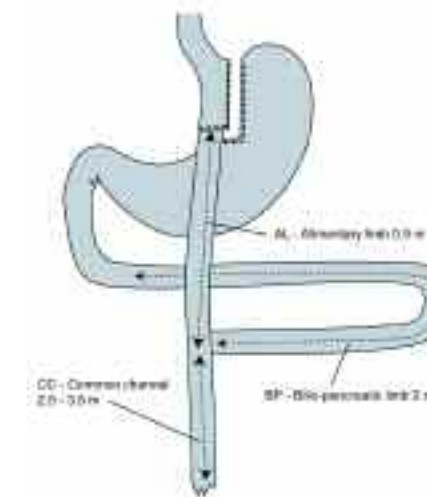
Det anbefales at pasienten er under 60 år, men dette er ikke et absolutt krav og avhenger av pasientens helse.

Egen forståelse for problemet og evne til adferdsendring

Pasienten må endre adferd, og dessuten være i stabil mental og fysisk tilstand og i stand til å takle eventuelle problemer som kan oppstå etter operasjon. Pasienten må føle seg forpliktet til å følge et oppfølgingsopplegg hos sin fastlege resten av livet.

Gjennomført flere andre tiltak for vektreduksjon

Det kreves at pasienten har prøvd ut og fullført de fleste andre tiltak for å gå ned i vekt, og at man anser operasjon for å være den siste og eneste utvei.



□ Tema: Overvekt og fedme



Operasjon av kraftig overvektig pasient



Samarbeid med fastlege

Samarbeid med pasientens fastlege er alltid viktig. Etter operasjonen trenger pasienten tettere tilsyn hos sin fastlege, som må være villig til å påta seg en livsvarig oppfølging. Før operasjonen skal sykehuset ha en skriftlig erklæring fra fastlegen.

Sannsynlighetsrisiko for komplikasjoner etter en gastric bypass:

Lekkasje fra sammenskjøtinger	0,5 – 1,5 %
Blødning som medfører ny operasjon	1 %
Sårinfeksjon	1-2 %
Død	under 1 %

Hos over 95 % av pasientene oppstår ingen komplikasjoner

Ansvarlig kirurgteam ved Aleris sykehus (Hjörtur Gislason/ Björn Geir Leifsson)

har gjennomført over 500 laparoskopiske operasjoner uten dødsfall, og med kun en alvorlig komplikasjon på Island blant disse pasientene (den komplikasjonen medførte 2 måneders liggetid på sykehuset).

Pris for operasjoner

Prisen for en fedmeoperasjon ved Aleris sykehus er kr 138.000. Foreløpig er det et rent privat tilbud. Sykehuset gjennomfører en rekke operasjoner på vegne av det offentlige, men helseregionene har ikke ønsket å benytte private aktører innenfor fedmekirurgi, tross for svært lange ventelister på opptil flere år, avhengig av hvor i landet man bor. Bare i Helse Vest står 250 personer i kø for en slik operasjon, og der er kapasiteten 60 operasjoner i året. Aleris sykehus kommer i år til å ha gjennomført ca 170 slike inngrep, et tall man forventer vil bli vesentlig høyere neste år. Fedmekirurgien ble startet opp ved sykehuset i fjor høst. ■

□ Tema: Overvekt og fedme

Kongsvinger Sykehus



Rask utvikling

Allerede i 1999 startet overvektspoliklinikken forsiktig opp ved Sykehuset Innlandet HF, Kongsvinger. Det var endokrinolog, overlege Jan Aaseth som startet opp dette i sin tid med hjelp av avdelingssykepleier på medisinsk poliklinikk. Overvektspoliklinikken økte og i 2002 ble det startet en "satellitt klinikk" på Flisa. I løpet av 2005 ble overvektspoliklinikken en selvstendig poliklinikk og i løpet av høsten 05/våren 06 er både dr. Jan Aaseth og dr. Eli Brevig medisinsk ansvarlige for avdelingen. Randi W. Skyrud er konstituert avd. sykepleier. I tillegg er det 4 sykepleiere, 1 psykiatrisk sykepleier og 1 helsesekretær knyttet til avdelingen.

Det er ca 350 pasienter i systemet og pasienter kommer fra Hamar, Trysil, Glåmdalsregionen, Akershus, Aurskog og også fra Kongsberg. Ventetiden for å komme inn er nå 3 måneder og vi har mulighet til å ta inn flere pasienter. Det kommer stadig henvisninger fra legene og det er positivt.

Vårt tilbud

Behandlingen omfatter de med: BMI>30 med følgesykdommer eller BMI>35-40. I tillegg har vi fokus på livvidde. Livvidden hos kvinner > 88 cm og menn med livvidde > 102 cm

Alder 18 – 65 år. Vi har et samarbeid med fysioterapeuter, sosionom, ernæringsfysiologer,

Institusjoner som behandler livsstils- og overvektbehandling og Aker universitetssykehus – kirurgisk behandling. Det er en egen gruppe for de som er behandlet ved kirurgi. De går raskt ned i vekt, men det er mye som må endres i tillegg. Uvaner og atferdsendring er viktig for disse pasientene. Struktur og organisering av sin hverdag samt få inn aktivitet her også. De som hadde diabetes II for behandling ved hjelp av kirurgi kan i løpet av 2 til 3 uker etter inngrepet mange ganger helt kutte ut sin medisin for dette.

Undertegnede er prosjektleder i institusjonsbasert behandling av pasienter med sykkelig overvekt og samarbeider med Helse Øst og Tonsåsens Rehabilitering AS.

Prosjektet skal være ferdig i løpet av desember 2006. Det er laget prosedyrer og kravspesifikasjoner som skal kunne brukes som et "verktøy" for de som arbeider med sykkelig overvekt.

Fokus for behandlingen hos oss er å oppnå en bedre helse, redusere livsstilssykdommer – bedre sin livskvalitet.

Vi som arbeider i teamet med livsstilsendring begynner å få erfaring med pasientgruppen.

Oppfølging nødvendig

Hva vi sliter med og hvilke sykdommer dette fører med seg. Det er mange som har fått hjelp og vi ser at det nytter. Det er avhengig av motivasjonen til pasienten og viljen til å gjøre de forandringer som kanskje må til. Behandlingen kan vare over flere år. Alle får en individuell behandling ut i fra sin helsesituasjon. Etter at vi har holdt på noen år ser vi at de første 2-3 år går bra for så at de har en "trend" på å øke i vekt igjen. Det er derfor viktig at pasientene blir tatt tak i og får videre hjelp. Klarer vi å hjelpe de til å snu igjen etter 3 år, hvis de får problemer, er det positivt. Vi har sagt at de første fem år følges opp av oss og etter det må pasientene overlates til kommunehelsetjenesten. Disse må organisere en videre behandling av pasientgruppen.

Overvektbehandling

Besøket hos oss starter med en individuell samtale og blodprøver som blir gjennomgått for å vurdere helsesituasjonen. Deretter foregår behandlingen i grupper på max 8 deltakere. Sykepleier er veileder og underviser i gruppene. Deltakerne i gruppene skal trekke hverandre i positiv retning og hjelpe hverandre gjennom de vanskelige periodene som kan oppstå.

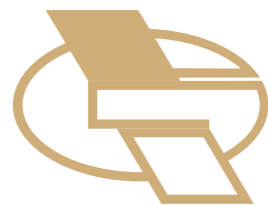
Overvektbehandlingen hos oss er ingen diett, men veien mot et bedre valg av matvarer i hverdagen, motivasjon til aktivitet de mestrer, atferds og psykiske faktorer som spiller inn. Fysisk inaktivitet er en risikofaktor for mange sykdommer og det er mye fokus på å komme i gang med aktivitet. Atferdsendring er også en viktig del av behandlingen og dette baseres på sentrale elementer i kognitiv terapi.

Det nytter, men krever tålmodighet av både de ansatte og pasientene som deltar i overvektbehandling. ■



Av Randi Wangen Skyrud, Konst avd sykepleier

Et samlet team. Fra venstre Mona Sværen, Caroline Ellevold, Aina Gundersen, Randi W. Skyrud, Jan Aaseth, Mona Kleiv og Bente Christensen. Eli Brevig, Kjersti Ruud og Ingebjørg Midtsundstad var ikke til stede



GLYPRESSIN®

terlipressin

- Kontrollerer blødninger hurtig¹
- Enkel å bruke i akuttmottak
- Få bivirkninger³

GLYPRESSIN – Redder liv ved akutt variceblødning²

© GLYPRESSIN «Ferring Legemidler AS»
Vasopressinprekursor. ATC-nr.: H01B A04

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 1 mg: Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Terlipressinacetat 1 mg tilsv. terlipressin 0,86 mg, mannitol 10 mg, saltsyre. II) Ampulle: Natriumklorid 45 mg, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker til 5 ml. **Indikasjoner:** Blødende oesofagusvaricer. **Dosering:** Voksne: Innledende i.v. injeksjon 2 mg hver 4. time. Behandling bør opprettholdes inntil blødningen har vært under kontroll i 24 timer, dog maks. 48 timer. Hos pasienter med kroppsvekt <50 kg eller ved forekomst av bivirkninger kan påfølgende doser reduseres til 1 mg i.v. hver 4. time. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Septisk sjokk. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Blodtrykk, hjertefrekvens og væskebalanse skal kontrolleres under behandling. Injeksjonen settes i.v. for å unngå lokal nekrose på injeksjonsstedet. Barn og eldre og pasienter med hypertensjon eller kjent hjertesykdom bør behandles med forsiktighet. **Interaksjoner:** Terlipressin øker den hypotensive effekten av ikke-selektive betablokkere på portvenen. Samtidig behandling med legemidler som er kjent for å induisere bradykardi (f.eks. propofol, sufentanil), kan nedsette hjertefrekvens og minuttvolum. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. **Overgang i morsmelk:** Ufullstendig informasjon. **Bivirkninger:** *Hypotensjon (>1/100):* Gastrointestinale: Abdominale smerter, kvalme, diaré. *Neurologiske:* Hodepine. *Sirkulatoriske:* Økt blodtrykk, vasokonstriktive effekter som blekhet, cyanose og perifer ischemi. *Mindre hyppige:* *Sirkulatoriske:* Bradykardi. *Sjeldne (<1/1000):* Luftveier: Dyspné. *Sirkulatoriske:* Myokardischemi og -infarkt, venstre ventrikelvikt. *Øvrige:* Nekrose på injeksjonsstedet. Terlipressins antidiuretiske effekt kan føre til hyponatremi dersom væskebalansen ikke kontrolleres. **Overdosering/Forgiftning:** Anbefalt dose bør ikke overskrides da risikoen for alvorlige sirkulatoriske bivirkninger er doseavhengig. Forhøyet blodtrykk hos pasienter med kjent hypertensjon kan kontrolleres med 150 µg klonidin i.v. Behandlingskrevende bradykardi bør behandles med atropin. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Vasopressinprekursor. *Virkningsmekanisme:* Doser 1 mg og 2 mg reduserer effektivt det venose trykket i portvenen og gir uttalt vasokonstriksjon. Senkningen av portatrykket og blodgjennomstrømmingen i vena azygos er doseavhengig. Effekten av 1 mg begynner å avta etter 3 timer, og 2 mg er vist å være mer effektivt da denne dosen gir en mer pålitelig effekt under hele behandlingstiden. *Fordeling:* Farmakokinetikken følger 2-kompartimentmodell. Distribusjonsvolum er ca. 0,5 liter/kg. *Halveringstid:* Ca. 40 minutter. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Ønsket plasmakonsentrasjon av lysinvasopressin nås initialt etter ca. 30 minutter og maks. verdi nås etter 60-120 minutter. *Metabolisme:* Terlipressin har initialt en egen effekt, men konverteres via enzymatisk spalting til lysinvasopressin. *Utskillelse:* Metabolsk clearance er ca. 9 ml/kg/minutt. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares beskyttet mot lys. Brukes umiddelbart etter rekonstitusjon. **Andre opplysninger:** Oppløsningen tilberedes ved å tilsette den medfølgende oppløsningsvæsken (II) til pulveret (I). Brukes umiddelbart. Klar oppløsning skal kun injiseres i.v. **Pakninger og priser per 09.01.2006:** 5 sett, kr 1958,20.

Ref.: 1) Söderlund C et al, Scand J Gastroenterology, 1990; 25:622-630. 2) Ioannou G, Doust J, Rockey DC, The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003;(1):CD002147. 3) Feu F et al, Treatments in Hepatology, Eds Arroyo V, Bosch J and Rodés J, Masson SA, 1995; 9-22.

FERRING
PHARMACEUTICALS

MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS

Ferring Legemidler AS, Postboks 4445 Nydalen, 0403 Oslo. Tlf: 22 02 08 80, faks: 22 02 08 81, mail@oslo.ferring.com, www.ferring.no

Nok et æresmedlem ser tilbake

Av Ragnar Madsen

På årsmøtet i mars ble det utnevnt 2 nye æresmedlemmer i vår forening, professor Arne Skarstein ble utførlig presentert i forrige nummer, mens Olav Fausa var den andre verdige kandidaten. Da F er foran S var det egentlig Olav som skulle presenteres først, men han var bortreist og opptatt hele sommer med reiser og andre gjøremål. Olav er en aktiv mann, jobb, gift med sin Inger, barn, hus, 2 hytter og liker reiser til stadig fjernere reisemål. Han fremhever lidenskap til dyrking av bær og frukt. Kunne han vært botaniker?

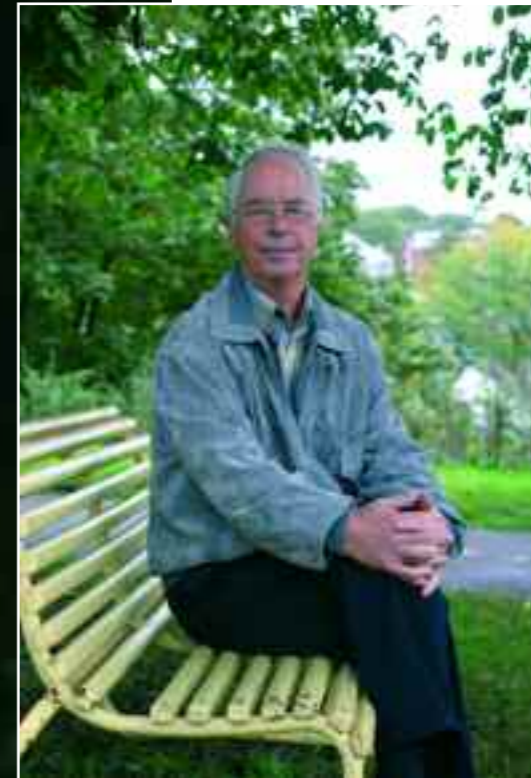
-Tilfeldigheter førte til at jeg valgte medisinstudiet. Firda landskole var en viss garanti for gode artiumkarakterer, men hadde ikke en interkurrent lidelse ført meg til distriktslegen et par dager for søknadsfristen til medinstudiet i Oslo, hadde jeg nok som en stor del av min gymnasklasse havnet på Høyskolen i Trondheim. Jeg har imidlertid aldri angret valget, heller ikke fagfeltet som ble mitt virkeområde.

Bergen ble første base

- Ja, men det skulle ta lang tid før du dristet deg over fjellet til Norges hovedstad?

-Som vestlending ble jeg på geografiske kriterier "forvist" til Bergen og Haukeland sykehus for den kliniske del av studiet. Som de fleste fant også jeg meg vel til rette i studentmiljøet i Bergen. Allerede høsten 1957 fikk jeg kandi-

"Det omfatter såvel kunnskap om sykdomsårsaker og mekanismer som behandlingsmuligheter."



miljø, vakte interesse for området. Valget var derfor enkelt da jeg fikk tilbud om assistentlegevikariat ved medisinsk avdeling A, Rikshospitalet, og opplegg til et forskningsprosjekt. Egil Gjone var i 1970 blitt professor og sjef ved avdelingen. Statsbudsjettet for 1969 inneholdt midler, om enn beskjedne beløp, inkludert 1 legestilling for s.k. spesiallege, til oppbygging av en gastroenterologisk seksjon. På dette tidspunkt var pionerene Johs. Myren (f. 1915) og Egil Gjone (f. 1925) de to eneste med spesialistgodkjenning i fordøyelsessykdommer etter at dette ble egen grenspesialitet i 1967. Som den tredje med spesialistgodkjenning, var jeg den heldige som fikk fast stilling i 1971, med oppgave å stå for oppbyggingen. Stadig nye faglige utfordringer og et usedvanlig kollegialt og stimulerende miljø, er forklaringen på at jeg ble værende ved samme avdeling i mer enn 30 år.

Stor utvikling

-30 år på samme avdeling. Da må du ha opplevd store endringer?

-Ja, det er helt klart. Det omfatter såvel

kunnskap om sykdomsårsaker og mekanismer som behandlingsmuligheter. Mest iøynefallende er likevel de teknologiske framskritt og de muligheter dette har åpnet, bl.a. innen endoskopi. Utviklingen har vært et viktig insitament for tverrfaglig samarbeid, bl.a. mellom kirurgisk og medisinsk gastroenterologisk ekspertise. Framskrittene i støtte- og service-funksjoner, eksempelvis innen billediagnostikk og en lang rekke laboratoriefag, gir mye av basis for nye diagnostiske og terapeutiske tilbud. Utstrakt tverrfaglig samarbeid er i dag følgelig en vesentlig forutsetning for adekvat pasientsorg.

-Enkelte artige opplevelser må vel ha festet seg på netthinnen under disse 30 årene?

-Jo da, noen er det. Den gamle, erfarne kliniker utmerket seg ved spesiell diagnostisk teft. En av mine første overleger kom på sin daglige visittgang (som en parentes kan det nevnes at denne alltid tok minst 3-4 timer) til en kvinne med påstått svelgesvår, noe journalskrivende kandidat mente var funksjonelt, hysterisk betinget. Da overlegen hørte hun var hage- og roseentusiast og han ved lindring bruk av Ewalds magesonde bekreftet at hun ikke kunne svelge slimet dette utløste, var hans diagnose klar- tetatus. Utviklingen har gitt oss verktøy som muliggjør direkte diagnostisk undersøkelse av hele gastrointestinaltraktus, med galleveier og pankreas, eventuelt kombinert med terapeutisk intervensjon.

Opptatt av fag og miljø

Når Olav snakker fag er det vanskelig for han å stoppe. Her ser man en person som er opptatt av det faglige og utviklingen.

-Uten å ville rangere betydningen av framskrittene, kan jeg trygt fastslå at diagnostikk og medikamentelle behandlingsalternativ har endret ulcusbehandlingen fundamentalt, fortsetter Olav

-Ulcus er ikke lenger en kirurgisk sykdom. Endoskopisk diagnostikk med ulike terapimodaliteter fører også til målet hos det store flertall pasienter med gastrointestinalblødning, såvel ved ulcus som variseblødning. Endoskopisk undersøkelse av galleveier og pankreas, ERCP, betydde et enormt diagnostisk framskritt da metoden ble tatt i bruk i Norge i 1974/75. Den er fortsatt den mest sensitive diagnostiske undersøkelse ved mistanke om galleveislidelse og med sitt terapi-

datvikariat ved Lungegården sykehus/lungeavd. Haukeland sykehus og denne erfaringen styrket interessen for indremedisin som studietiden ga.

Deretter ble det turnustjeneste ved Orkdal sykehus som ga ytterligere momenter for valget av spesialitet. Her fikk jeg oppleve to særdeles lærerike og stimulerende år ved medisinsk avdeling i Levanger og opplegget for videre sykehus-tjeneste var klar. Med tilbud om familiebolig og assistentlegestilling ved patologien, Ullevål sykehus dro vi til Oslo med plan om å bli der i 3-4 år for nødvendig sideutdannelse og gruppe-1 tjeneste.

Kroghstøtten ga inspirasjon

-Og det var her det store kippet for gastroenterologi kom?

-Ja, de 3 årene ved Kroghstøtten, med et helt spesielt og faglig utfordrende

► potensiale har ERCP veletablerte indikasjoner, ofte som beste alternativ, til kirurgisk eller annen intervensjon. Selv om gastrointestinal endoskopi generelt har lav komplikasjonsrisiko, krever de fleste prosedyrer både en viss erfaring og kompetanse. Ikke bare i akutte situasjoner. ERCP er et godt eksempel en undersøkelse som innebærer risiko og er sterkt personavhengig. Prosedyren forutsetter stor erfaring og kompetanse for å kunne opprettholdes som et tilbud etter som vi har fått andre diagnostiske og mer pasientvennlige metoder, som MR-CP. Terapeutisk ERCP har fortsatt sine åpenbare plass i behandlingstilbudet, men ettersom færre og færre hender behersker prosedyren, er dette et klart eksempel på at arbeidsdeling og samarbeid, gjerne mellom sykehus, er fornuftig og kanskje vil bli et pasientkrav.

Inflammatorisk tarmsykdom er en annen sykdomsgruppe der diagnostiske framskritt og medikamentelle behandlingsalternativ har ført til mer målrettet og individuell tilpasning i terapi og oppfølging. Lever-transplantasjon har i løpet av få år (første lever-TX ved Rikshospitalet i 1983) fullstendig endret livsutsiktene for mange pasienter med kronisk leverlidelse. Transplantasjon av tynntarm må fortsatt karakteriseres å være eksperimentell medisin, men gir forhåpninger som et behandlingstilbud til utvalgte pasienter med livstruende svikt i tynntarmsfunksjonen.

-Hvordan vil du oppsummere arbeidsdagene gjennom 46 år?

-Den kliniske rutinevirksomhet har lagt beslag på det meste av min arbeidsdag, og jeg har derfor hatt mindre tid enn ønskelig til forskning. Doktorgradsarbeidet ble hovedsakelig til ved siden av vanlig rutine. Likevel har det vært omfattende forskningsaktivitet ved seksjonen, gjerne i nært samarbeid med andre avdelinger og spesiallaboratorier. Forskningen har hovedsakelig vært basert på våre pasientgrupper, med inflammatorisk tarmsykdom, ulcerøs kolitt og Crohn, premaligne tilstander, primær skleroserende kolangitt og cøliaki.

-Hva har miljø og personer betydd for deg?

-Norsk Gastroenterologisk Forening har hatt avgjørende betydning for den brede interessen det er for gastroenterologi i Norge, både som faglig og kollegial inspirasjonskilde. Jeg håper foreningen også i framtida vil være en viktig tverrfaglig møteplass for gastroenterologi-interesserte indremedisinere, kirurger, pediatre, patologer og andre.

Spennende framtid

-Hva mener du om helsereformen og hva er utfordringene fremover?

-Den nye helsereformen gir store rettigheter og åpner for pasientene til selvstendige valg. Tillit til sykehus og leger er ikke utelukkende spørsmål om kvalitet og teknisk dyktighet i behandlingsskjeden, men også et resultat av våre evner til omsorg, empati og kommunikasjon, og informasjon. Regelverket, og spesielt arbeidsordningene, gjør i dag arbeidet oppstykket og over tid tjenesten mindre intensiv, forhold som bl.a. har følger for kontinuitet i såvel pasientbehandling som utdanning. Det er en relativ snever balanse mellom omfang, i form av pasientvolum, og bredde i et kvalitativt godt behandlingstilbud. Dette gir ytterligere utfordringer til organisatorisk og faglig tilpassing og samarbeid.

Mye å takke for

-Som din æresmedlemsvenn Arne Skarstein har vel også du hatt et godt "støtteapparat" rundt deg for å kunne trives og lykkes med jobb og forskning?

-Selv om faget har lagt beslag på en vesentlig del av min tid, har ektefelle og barn vist forståelse og gitt inspirasjon. Mellom slagene har det vært tid både til hyggelige fisketurer på Hardangervidda og skiferier i Sunnmørsalpene. Seinere er det blitt egen hytte ved sjøen og på fjellet, som sysselsetter meg med allsidig aktivitet. Selv om vi bare har en liten hageflekk omkring huset i Bærum, er det plass til forskjellige busker og fruktrær, som tilfredsstill min lidenskap til frukt og bær. Yrket har ført meg til alle verdensdeler, av og til ga økonomien høve til også å ta med ektefellen. Dette har stimulert reisetengen, som nokså regelmessige fortsatt fører oss til opplevelsesrike reisemål.

Totalt sett føler jeg meg privilegert som har fått lov å kunne kombinere en spennende jobb med et godt familieliv og tid til egne hobbyer. ■



Fakta om Olav Fausa

- Seksjonsoverlege, dr. med
- Født 13.mars 1935 i Stranda, Sunnmøre
- Gift 25.juni 1960 med Inger f. Skarstein.
- Barn: Anne Veslemøy (1962) og Bjørn Rikard (1965)

Utdanning

- Cand. med. Universitetet i Bergen 1960
- Dr. med. Universitetet i Oslo 1977

Klinisk kompetanse

- Spesialistgodkjenning Indremedisin 1969
- Spesialistgodkjenning Fordøyelsessykdommer 1971

Akademisk kompetanse

Ikke hatt fast akademisk stilling. Professorkompetanse fra 1978. Dosent (vik) 1977, kst. Professor II Universitetet i Oslo 1987-1994

Utmerkelser

HMK's gullmedalje Prisoppgave ved Universitetet i Oslo 1988/89 "Flere sykdommer samtidig": Primær skleroserende kolangitt og inflammatorisk tarmsykdom
Æresmedlem Norsk Gastroenterologisk Forening.

Stillinger

Juli 1960 - juni 1961	Orkdal Sanitetsforenings sykehus	-turnuskandidat
Juli 1961 - des.1961	Distriktslegen i Førde og Jølster	-turnuskandidat
Jan. 1962 - des.1962	Sola Flystasjon	-stasjonslege/løytnant
Jan. 1963 - des.1964	Innherrred sykehus, Medisinsk avdeling	-assistentlege
Jan. 1965 - des.1965	Ullevål sykehus, Avd. for patologi	-assistentlege
Jan. 1966 - des.1966	Ullevål sykehus, Sentrallaboratoriet	-assistentlege
Jan. 1967 - mars 1970	Krogstøtten sykehus	-assistentlege
April 1970 - sept.1970	Rikshospitalet, Medisinsk avdeling A	-assistentlege
Okt. 1970 - sept.1971	Rikshospitalet, Medisinsk avdeling A	-reservelege
Okt. 1971 -	Rikshospitalet, Medisinsk avdeling A	-spesiallege/-seksjonsoverlege

Som pensjonist har jeg siden januar 2003 hatt spesielle oppdrag ved avdelingen, med deltakelse i forskningsprosjekter og også i vaktjeneste.

Fortsetter på neste side ►

Klinisk erfaring. Mer enn 40 års klinisk tjeneste med fordøyelsessykdommer som hovedfelt. Siden 1971 vært seksjonsleder og bl.a. bygget opp den gastrointestinale endoskopiske virksomhet ved Rikshospitalet.

Doktorgradsarbeidet mitt tok for seg måling av gallesyrer i blod og annet biologisk materiale. Ved bruk av reinframstilte bakteriezymer kunne jeg etablere sensitive og pålitelige metoder for kvantitering av gallesyrer i serum for diagnostisk anvendelse.

Kliniske vitenskapelige arbeider. Kliniske og epidemiologiske studier ved kroniske lever- og galleveislidelser og tarmsykdommer, i første rekke inflammatorisk tarmsykdom og cøliaki, har vært mellom hovedinteressene. De seinere år med spesielle fokus på premaligne tilstander ved ulcerøs kolitt, primær skleroserende kolangitt og polyposesykdom. Ved tiltredelsen i 1971 var gastrointestinal endoskopi ennå ikke etablert ved Rikshospitalet. Ved siden av funksjonsundersøkelser var biopsiproedyrer mellom de viktigste undersøkelser. Jeg innledet derfor et nært samarbeid med Avdeling for patologi, spesielt Histokjemisk laboratorium, seinere LIIPAT (Laboratorium for Immunhistokjemi og Immunpatologi) med Per Brandtzæg som leder. Et langvarig og særdeles produktivt samarbeid har resultert i tallrike publikasjoner omkring gastrointestinal mukosal immunologi og immunpatologi. Sammen med andre prosjekter har dette gitt større eller mindre bidrag til et tjuetalls doktoravhandlinger.

Flere abstrakter med utgangspunkt i kliniske arbeider er publisert og presentert ved nasjonale og internasjonale møter.

Jeg har vært medlem i ulike vitenskapelige komiteer og opponent ved 10 doktorgradsdisputaser.

For tiden deltar jeg i forskningsgrupper som studerer malignitetsrisikoen ved ulcerøs kolitt og duodenal adenomatose ved FAP (familær adenomatøs polypose)

Undervisning. Siden 1967 deltatt i undervisningen av medisinerstudenter. Også hatt undervisning for fysiokjemikerstudenter (bioingeniører), ernæringsstudenter og annet helsepersonell.

Ledet og/eller deltatt i en lang rekke kurs i videre- og etterutdanningen av leger. Dessuten vært invitert foreleser ved mange kurs og møter.

Et stort antall leger har fått sin grenspesialistutdanning ved seksjonen.

Verv

- Styremedlem i Norsk Gastroenterologisk Forening (NGF) i mange perioder
- Medlem og seinere leder av Helga Semb's Fond/NGFS Forskningsfond
- Medlem og i 1986-94 leder av Spesialitetskomiteen i Fordøyelsessykdommer
- Medlem og i 1994-2006 leder av referansegruppen for FAP
- Medlem av Leeds Polyposis Group
- Regionalt medlem i Norsk gruppe for gastrointestinal cancer (NNGIC)
- Styremedlem i Scandinavian Association of Digestive Endoscopy (SADE)
- Medlem av Norsk Selskap for Leverstudier (NASL), seinere NGFS levergruppe
- Initiativtaker til dannelsen av Norsk Cøliakiforening i 1974 og rådgiver for foreningen
- Lokal tillitsvalgt medlem til Direktørens legeråd, Rikshospitalet
- Studieopphald Studieopphald Aalborg sykehus, Danmark, St.Marks Hospital og Central Middlesex Hospital, London ■

**NY GENERASJON GIA!
HELT NY STIFTE TEKNOLOGI!**

tyco Healthcare

Prioritering og rett til nødvendig helsehjelp

Av: Olav Sandstad, olav.sandstad@ulleval.no, Ullevål sykehus.
Bjørn Moum, Medisinsk Gastro avdeling, Aker Universitetssykehus og Norsk Gastroenterologisk Forening.

Endringer i pasientrettighetsloven ble vedtatt av Stortinget i desember 2003 og trådte i kraft 1. september 2004¹. Pasienter og helsepersonell merker i økende grad følgene av loven, men mange har liten kjennskap til den.

I pasientrettighetslovens § 2-1 annet ledd heter det²: "Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet senest skal få nødvendig helsehjelp."

I prioriteringsforskriften³ heter det: "Tidspunktet for når fristen er brutt, må vurderes ut fra situasjonen til den enkelte pasienten og må bero på en konkret helhetsvurdering basert på medisinsk skjønn." Det er grunn til å tro at dette skjønnnet gir rom for betydelig variasjon i vurderingen av tilsynelatende like pasienter.

Allerede før den nye pasientrettighetsloven ble innført har det vært foreslått at det bør utarbeides retningslinjer for prioritering og rett til nødvendig helsehjelp⁴. Ved sykehusene foretas daglig slike prioriteringer. Disse styres forhåpentligvis av ovennevnte, men lovgiver og helsemyndigheter har i liten grad forsøkt å konkretisere hva som er en rimelig frist. Det er derfor grunn til å tro at prioriteringene varierer mye både med hensyn til hvem som anses å ha "rett til nødvendig helsehjelp" og hvilken frist som settes.

I arbeidet med å prioritere henvisninger til gastroenterologiske undersøkelser så vi et behov for retningslinjer som kan gjøre slike vurderinger mer ensartet. Det kan diskuteres om det i det hele tatt finnes noen "riktig prioritering". Men det vil for de fleste pasienter og behandlere være rimelig at slike prioriteringer foretas mest mulig likt ved norske sykehus. På den annen side må det også presiseres at det ved ethvert tilfelle vil foreligge tilleggsinformasjon om alder, kjønn, annen sykkelighet, tidligere undersøkelser og lignende som vil medføre at det ikke finnes "to like pasienter" og dermed to helt sammenlignbare tilfeller.

Metode

Vi ønsket i første omgang å danne oss et bilde av hvordan praksis er i dag. Vi konstruerte 10 korte henvisninger (se ramme) og distribuerte disse til alle medlemmer i Norsk gastroenterologisk forening. For alle kasuistikene ble det spurt om de hadde rett til helsehjelp, og deretter å foreslå en frist. I tillegg ble alle bedt om å angi om slike vurderinger var en del av det daglige arbeidet. Tohundreogsyttiseks av medlemmene var registrert med en e-postadresse i foreningens register og disse fikk en e-post. De øvrige 188 fikk et brev med ferdigfrankert svarikonvolutt. Besvarelsene var anonyme for brev samt for 3 e-poster som var lagt i konvolutt. Det ble ikke foretatt noen puring. Flere besvarelser angav frister som er lengre enn den lengste "lovlige" fristen på 6 måneder. For disse besvarelsene ble det i videre vurdering angitt maksfrist. Der det ble angitt et tidsintervall (for eksempel 10-12 uker) ble korteste frist benyttet i videre vurdering. I sammenligning mellom de som gjør slike prioriteringer i sitt daglige arbeid og

Bakgrunn:

I september 2004 trådte nye regler for rett til helsehjelp i kraft. Det er usikkerhet med hensyn til hvordan de nye reglene praktiseres.

Metode:

Ti korte "henvisninger" med gastroenterologiske sykdommer ble sendt til alle medlemmer i Norsk Gastroenterologisk forening. Det ble spurt om pasientene hadde rett til helsehjelp. Det ble bedt om forslag til tidsfrist for rett til helsehjelp.

Resultater:

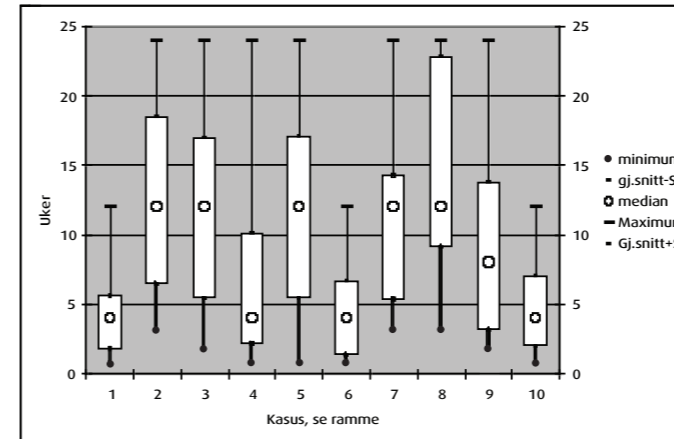
Skjemaet ble besvart av 129 leger. Det var stor spredning i vurderingene. Tre kasus hadde 11 uker forskjell mellom korteste og lengste frist for helsehjelp, mens de resterende 7 kasus hadde en forskjell på 21 uker eller lengre.

Konklusjon:

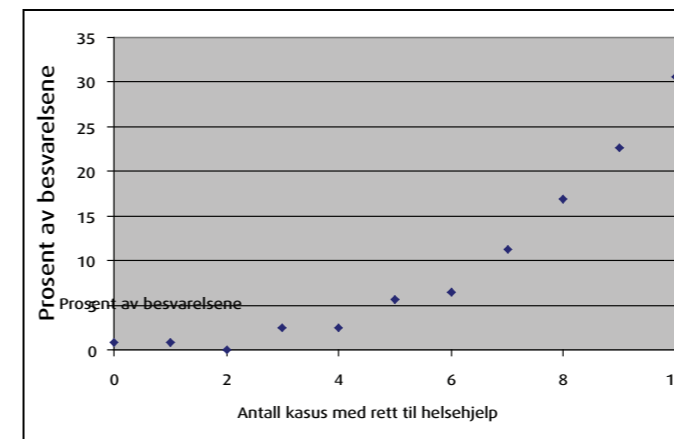
Det er behov for retningslinjer både for prioritering og rett til nødvendig helsehjelp.

Nøkkelord:

Prioritering, venteliste, helsetjeneste, endoskopi, jus.



Figur 1: Fordelingen av 125 svar fordelt på alle 10 kasus. Y-aksen: Uker til siste frist for helsehjelp. Minimum, gjennomsnitt minus ett standardavvik, median, gjennomsnitt plus ett standardavvik, maksimum.



Figur 2: Andel av besvarelsene som gir ingen (1%) til alle (31%) av kasusene rett til helsehjelp.

de som ikke gjør det, ble det benyttet Students t-test og p-verdi <0,025 ble ansett som signifikant.

Resultater

Vi mottok 126 svar, 67 brev og 58 e-poster. To ønsket ikke å svare fordi det ikke var redegjort for om man mente "rett til nødvendig helsehjelp", eller kun rett til helsehjelp. Syttiseks opplyste at de gjorde slike prioriteringer i det daglige arbeid, 31 svarte nei, mens 18 ikke besvarte dette spørsmålet.

Besvarelsene angav fra 52 til 98 % at det konstruerte kasus hadde rett til helsehjelp, se ramme, se ramme.

Fristen for rett til helsehjelp er gjengitt i figur 1 og 2. De som opplyste at de gjør slike prioriteringer som del av sitt arbeid angav noe lengre frister enn de som ikke gjør det. For 8 av 10 kasus hadde disse i gjennomsnitt lengre frist for helsehjelp. For totalmaterialet og for 2 kasus (nummer 5 og 10) var denne forskjellen signifikant (Student-T- test, p henholdsvis 0,008 0,004 og 0,022).

En tredel av besvarelsene hadde gitt alle kasus rett til helsehjelp, mens kun to besvarelser hadde ikke gitt noen rett til helsehjelp, se ramme.

Diskusjon

Denne spørreundersøkelsen har lav svarprosent. Dette skyldes flere forhold. Lister over e-postadresser er ikke oppdatert. Trettito nådde ingen mottaker, enkelte har gamle adresser som ikke lenger benyttes og mange leser e-post sjelden. Det var noe høyere svarprosent blant mottagere av brevpost. Dette skyldes at disse adressene er bedre oppdatert ettersom de benyttes jevnlig til utsendelse av brev og tidsskrift til medlemmene. Enkelte av mottagerne av spørreskjemaet anser kanskje at problemstillingen ikke angår dem. Ved en eventuell puring ville svarprosenten kunne økes. Uansett viser spørreundersøkelsen at det er stor variasjon i vurderingene. Det gjelder også mellom erfarne spesialister som har slik prioritering som del av sitt daglige arbeid. Dette er ikke overraskende for fagfolk, men lovgivere og brukere av helsetjenester vil sannsynligvis finne dette utilfredsstillende.

Det kan innvendes mot undersøkelsen at slik prioritering ofte skjer på et bedre grunnlag. Man har mer informasjon, tilleggsopplysninger fra tidligere kontakter, laboratoriesvar, og andre opplysninger. I tillegg har man en oversikt over ventetider ved egen poliklinikk som spiller en inn når frist for helsehjelp skal settes, selv om det ikke skal være slik. Imidlertid er henvisningene ofte knappe og

Fortsetter på neste side ►

RAMME 1: KASUISTIKKER:

Kasus	Besvart med rett til helsehjelp (%):
1. 60 år gammel kvinne med anemi, hemoglobin 10,2 og 1 av 4 hemofec positiv, henvist til kolonoskopi.	98,4
2. 28 år gammel mann plaget i flere år med sure oppstøt og halsbrann. Han har effekt av H2-blokker.	66,4
3. 45 år gammel mann med vedvarende lett forhøyede transaminaser på 60-80, oppdaget ved rutinekontroll.	69,6
4. 50 år gammel kvinne som har observert noe blod med avføringen, spesielt ved treg avføring, hun har også noe magesmerter.	96,8
5. 70 år gammel mann som har vært til røntgen colon der det er påvist mulig liten polyp i høyre fleksur.	84,8
6. 38 år gammel kvinne med kjent ulcerøs colitt som har fått oppbluss av plager med 4-5 tømninger daglig med litt blod. Hun er afebril og i jobb.	96
7. 50 år gammel kvinne som har vært innlagt og behandlet for divertikulitt, henvist til kolonoskopi.	74,4
8. 40 år gammel mann henvist til kolonoskopi fordi hans far nettopp fikk påvist coloncancer og han er engstelig for kreft.	52,8
9. 80 år gammel mann med økende obstipasjon, henvist til kolonoskopi.	68,8
10. 25 år gammel kvinne med vekttap, diare og lavt vitamin-B12.	97,6

Professor HELGE WALDUM ved St.Olavs hospital har blitt 60 år

Vi har intervjuet den frittalende kollegaen som nok er blitt litt rundere i kantene med årene. Men noen klare meninger har vi fått fram.

-Du avla medisinsk embetseksamen i 1971 med innstilling, ryktene sier karakteren var 11,21. Har du fått bruk for den gode eksamen og evnene dine innen medisinen?

-Ja, jeg visste tidlig at jeg ville velge en indremedisinsk fagretning. Det var litt tilfeldig at det ble gastroenterologi og Tromsø etter turnustiden i Molde. Jeg fikk muligheten til å komme dit av Professor Burhol. Han la forholdene til rette for forskning og det var et inspirerende miljø. Jeg har vært lykkelig for å ha kommet i en posisjon der det har vært mulig for meg å teste ut mine faglige ideer.

Om egen forskning

Helge Lyder Waldum tok doktorgrad i Tromsø i 1980 og i Paris i 1993. Han var professor i Tromsø fra 1980 samme året som han ble spesialist i indremedisin og fordøyelsessykdommer.

-Hvorfor var det gastrin, histamin og mavesyrens biologiske betydning som ble dine tema?

-Da jeg første gang var på en internasjonal kongress om disse tema, ble jeg overbevist om at ingen hadde bedre oversikt eller bedre forståelse av temaet enn meg. Jeg var også overbevist om at en del av de store navnene innen fagfeltet tok feil. Det ble utrolig inspirerende å forske for å vise at våre ideer var riktige.

-Har det vært tungt å være kontroversiell?

-Det har vært som å stå i mot vind hele livet, men den ene dagen med seminar for å markere min 60 års dag har vært en fantastisk oppreisning.

Waldum kom til Trondheim som professor i 1986, og hadde et forskningsopphold i Paris fra 1987 til 1988. Seminaret 5. mai 2006 hadde tittelen Gastrin: past, present and future. Det var flere deltakere som alle ga bidrag over dette temaet. Nobelprisvinner Sir James Black innledet programmet som hadde bidragsyttere fra tre verdensdelene og syv nasjoner.

-Hvorfor tok du en doktorgrad nummer to i Frankrike?

-Jeg hadde et forskningsopphold i Frankrike og ble uenig med sjefen over faglige forhold, det førte til at sjefen uttalte at Waldum ikke skulle ha sluppet inn i institusjonen. Jeg ville da forsvare mine synspunkter med å disputere på fransk. Tema for denne avhandlingen var gastrin reseptorens lokalisasjon.

Waldum har vært hovedveileder til for 12 doktorgradskandidater og fire av disse er nå professorer i Trondheim.

-Har du fått resultater av det arbeidet du har lagt ned i Trondheim?

-Jeg har som sagt hadde gode forhold og muligheter til å test ut mine faglige ideer her.

-Hvilke publikasjoner er du mest stolt av?

-Jeg skrev om "Histamine and the Stomach" i Scandinavian Journal of Gastroenterology i 1989. Den artikkelen var 15 år før sin tid. Bidraget i Gut om rebound hypersekresjon av syre er også blitt verifisert senere av andre forskere. Jeg mener også at våre bidrag om neuroendokrint opphav og dedifferensiering ved cancer ventrikkuli er viktig bidrag for å forstå carcinogensen.



Om forskning og forskningens premisser generelt

-Hvilket forskningsresultat innen ditt eget fagfelt, nemlig gastroenterologien, fra de siste 50 år har betydd mest for medisinen utvikling og folks helse?

-Oppdagelsen at Helicobacter pylori er årsak til ulcus pepticum. Jeg har alltid ment at mavesår sykdommen måtte være infeksøs. Men jeg kan vel si at "da Messias kom, så jeg ham ikke". Jeg trodde det infeksøse agens kunne være et virus av typen herpes for det var biologisk mer forståelig. Da det senere ble vist at Helicobacter gir hypergastrinemi ble den biologiske prosessen mer forståelig for meg og jeg var overbevist.

Waldum har skrevet over 300 vitenskapelige publikasjoner. Han har vært en flittig, og noen ganger fryktet debattant om forskning, undervisning og helsepolitikk. Han har skrevet over 100 vitenskapelige brev. Han har vært en ivrig talsmann for en fri og uavhengig forskning og han har hatt mange innlegg i dagspressen om dette temaet.

-Er forholdene lagt til rette for medisinsk forskning ved universitetene i dag?

-Det er vanskelig å komme i gang og det er vanskelig for unge og nyetablerte miljøer å nå fram og å få bevilgninger. Det er gis støtte til etablerte miljøer. De etablerte miljøene har en tendens til å vokse og bli mer ineffektive over tid, det forskes for å holde miljø og laboratorier i gang. Indre krefter kan bli destruktive og de kreative som brenner kan bli holdt nede.



Professoren har allerede startet barmarkstreningen foran skiturene på Lillehammer i februar 2007.

-Hvordan kan en slik overmodning forhindres?

-Det er viktig med tette bånd mellom klinikk og basalforskningen, det er uheldig når klinikk og forskning skiller lag. Ved noen medisinske fakultet blir det skått mellom grunnforskning og klinikk, da vil forskningen bli seg selv nok og skilt fra undervisning og klinikk.

-I dag er det sterke krefter som går inn for innsatsstyrt bevilgning til forskning. Det fordeles midler i henhold til antall publikasjoner det foregående år. Er det en riktig utvikling?

-Innsats og resultater må belønnes, men metodene kan diskuteres.

-Hvilke lærdommer skal medisinske forskningsmiljøer ta etter Sudbø saken? Hva må endres for at ikke historien skal gjentas?

-Det må stiller strengere krav til delaktighet fra medforfattere og forskningsledelsen ved de miljøene og de institusjonene der arbeidet stammer fra.

-Er det nok midler til forskning i dag?

-Jeg er enig med den kritikk som er kommet fram i media av Helseledelsen. Det sløses med Forskningsmidler. Det bevilges millioner fra Helseforetakene til små sykehus der det ikke finnes veilederkompetanse. Formålet er å holde folk i ro, men det kan ikke bli god forskning i svake miljøer. Sannsynligheten for at resultatene blir uten betydning og bærer preg av produktkontroll eller epidemiologi uten gode hypoteser og sammenhenger er stor. Det er uforståelig at store offentlige midler kanaliseres til forskning ved småsykehus, det er sløsing.

-Hvem bør styre og fordele pengene til forskning?

-Vi kommer ikke utenom at de som har forskningskompetanse er de eneste som kan vurdere om det er gode eller dårlige prosjekter det søkes penger til. Det kreves en viss kompetanse for å vurdere om et prosjekt er realiserbart og for å prioritere mellom flere søknader.

-Hvilke forskningsoppgaver er de store innen gastroenterologien i dag.

-Det å finne etiologien til Mb Crohn og IBD er en stor oppgave. Det er også viktig å forstå mer av carcinogensen.

-Hva tror du er etiologi til Mb Crohn?

-Jeg tror at det er en infeksøs etiologi. Siden det er en segmental sykdom tror jeg det må være et virus som er nevrogen eller som har affinitet til nervesystemet, det er det eneste segmentale organsystemet vi har. Jeg tror ikke vi finner etiologien i genetikken, men at vi kan finne genetiske årsaker til at noen er mer utsatt for å rammes hvis de eksponeres for agens. Jeg tror heller ikke at man finner etiologien ved epidemiologi. Det ble satset stort på epidemiologisk forskning rundt mavesår sykdommen uten at det førte til avgjørende erkjennelse.

-Hvilke forskningsfelt innen carcinogensen blir mer forstått?

-Økende kunnskap om vekstregulering i normale celler vil nok gi bedre kunnskap om carcinogensen etter hvert.

Om å være lege

-Hva er det største kliniske framskritt du har vært vitne til fra du begynte som lege i 71 til i dag?

-Det er uten tvil framskrittene i behandling av koronar hjertesykdom. Framskritt innen diagnostikk, kirurgi, stenting, blokkering og medikamentell behandling har gitt disse pasientene betydelig bedre prognose og livskvalitet enn det jeg erfarte med disse pasientene i min første tid som lege. Dette var pasienter vi ikke hadde noe tilbud til da jeg begynte som lege.

-Er ikke utviklingen innen endoskopi det store framskrittet?

-Nei, behandlingen av koronar hjertesykdom har nok vært et større framskritt, men det har vært moro å være med på utviklingen innen endoskopi.

-Hadde legene bedre forhold da du startet din løpebane?

-Vi hadde høyere status og bedre økonomi i forhold til resten av befolkningen. Nå er legenes innflytelse i sykehusvesenet svekket som resultat av demokratiseringsprosesser. Vi hadde nok større innflytelse før.

-Vil du anbefale medisinen som fagfelt i dag?

-Når jeg ser den arbeidsbelastning de unge legene har i dag både på jobben og hjemme i familien så tror jeg det er vanskeligere å nå fram med ideer i dag. Flinker og kreative unge kolleger holdes nede av miljøene i større grad i dag enn før og det er vanskeligere å etablere seg som forsker og kliniker. I dag må man melde seg på i et etablert miljø og delta i et samarbeid.

-Vil du anbefale dine barn å studere medisin?

-Ja det vil jeg. Jeg har hatt stor glede av å studere og å forstå biologiske prosesser. Men jeg mener at den studiemodellen vi har i Norge i dag er til hinder for slik innsikt. Det legges for lite vekt på embryologi og basalfag og det er for lite sammenheng mellom disse fagene og klinikken. Jeg anbefaler medisinen som fag, men jeg anbefalte min datter å studere i Dublin.

-Hva vil det føre til at medisin er blitt et kvinneyrke, er det en gevinst for faget eller et tap?

-Det er biologiske forutsetninger man må ta hensyn til. I dag vil færre bruke hele livet sitt på fag. Det er naturlig at kvinner prioriterer fag lavere i den perioden de har småbarn. I framtiden vil også menn prioritere annerledes og medisinsk forskning og fagutvikling vil tape på denne utviklingen. Det er også sannsynlig at status vil falle med en økt kvinneandel i medisinen.

-Hvilke ambisjoner har du for den kliniske delen av jobben din? Nå tenker jeg mest på funksjonen som seksjonssjef for fagfeltet fordøyelsessykdommer.

-Vi må ha som målsetting å diagnostisere colorektal cancer på et kurativt stadium. Vi må ha god nok kapasitet på gastrolab til å gjøre de nødvendige colonoskopiene innen rimelig ventetid. Aktiviteten i avdelingen og ved gastrolab skal være konsentrert om pasienter med de alvorlige sykdommene nemlig pasienter med IBD og cancer. Vi må ha bedre kapasitet innen hepatologi. Pasienter med plager som er ufarlige skal utredes for å utelukke cancer eller andre alvorlige sykdommer. De må lære å mestre og å leve med plager helsevesenet ikke kan kurere. ■

Train the Trainer kurs 2006, Port Elizabeth, Sør Afrika

Av Michael Bretthauer, Med. avd. Rikshospitalet, Oslo
Tom Glomsaker, Kir. avd., Stavanger universitetssykehus

Train the Trainer (TTT) organiseres og gjennomføres av verdensorganisasjonen i Gastroenterologi (WGO-OMGE, World Gastroenterology Organisation - Organisation Mondiale de GastroEnterologie), i samarbeid med vertskapsforeningen. Kurset holdes en gang i året i forskjellige land og går over 4 dager. Deltagere er gastroenterologer og gastrokirurger fra hele verden, maks to fra et land, nominert av de nasjonale foreningene.

Det 6. TTT kurset ble holdt i Port Elizabeth i Sør Afrika første uke i august 2006. Det var 50 deltagere fra 22 land, deriblant de undertegnende som deltagere fra Norge. Det var vinter i Sør Afrika, som vi merket i form av storm, regn med oversvømmelser og strømbrydd på hotellet, noe som ga organisatorene hodebry, men som ble løst på en utmerket måte. Foreleserne var meget kompetente og engasjerte, og sammen med et flott sosialt program, ga det en fantastisk gruppedynamikk og teamånd som i seg selv var meget bra.

Innholdet i TTT kan deles inn i to hoveddeler; opplæring for trenere i gastroenterologisk og endoskopisk undervisning og formidling av prinsippene for Evidence Based Medicine (EBM) og studiedesign:

Opplæring av trainees

Det ble poengtert at repetisjon og undervisning i smågrupper er sentral i opplæringen, med forelesninger i noe mindre grad. For trening av nye komplekse teknikker, som for eksempel koloskopi eller laparoskopi, ble det anbefalt å bruke følgende tilnærming:

- 1. Traineren demonstrerer prosedyren for eleven i sin helhet uten å forklare (for eksempel en hel koloskopi).
- 2. Traineren gjennomfører prosedyren og forklarer eleven hva hun gjør ved hvert skritt (for eksempel forklaring av alle manøvre ved innføring av et koloskop til coecum).
- 3. Traineren gjennomfører prosedyren og eleven forklarer treneren hva hun skal gjøre ved hvert skritt.
- 4. Eleven gjennomfører prosedyren og eleven forklarer treneren hva han skal gjøre ved hvert skritt..

TTT sin formann James Tooulli (Australia) gikk gjennom generelle prinsipper for opplæring av unge leger og studenter. Hovedprinsippene var de såkalte Pendelton regler som anvendes for evaluering av nylærte teknikker eller foredrag:



Noen av inntrykkene fra et vellykket TTT kurs i Sør Afrika.

Etter endt prosedyre/foredrag/undervisning evaluerer treneren på følgende måte

- Spør trainee: hva gjorde du bra?
- Spør publikum/gruppen: hva gjorde han bra?
- Spør eleven: hva kan du gjøre bedre neste gang?
- Spør publikum/gruppen: hva kan han gjøre bedre neste gang?
- Oppsummering (av treneren)

Det ble videre understreket at programmer for kontinuerlig evaluering av klinisk arbeid også etter endt opplæring (f.eks. etter endt spesialistutdanning) bør gjennomføres.

Den nederlandske kirurgen Onno van Teipstra underviste i hvordan man holder foredrag og presentasjoner (enkle slides, ikke mer enn seks ord per linje, ikke mer enn seks linjer per slide) og WGO-OMED president Eommon Giuckley (Irland) snakket om publikasjoner (følg alltid forfatterveiledningen, skriv kort og enkelt).



EBM

Geoffrey Metz (Australia) forklarte søketeknikker i Medline og Cochrane databasene, med bruk av MeSH ord (Medical Subject Headings, finnes i Medline) og kombinasjon av ord med AND og OR og NOT. David Bjørkman (USA) poengterte at EBM er et supplement til klinisk vurdering, men ikke en erstatning. Kliniske studier kan deles inn etter måten man ser på materiale på (prospektiv eller retrospektiv) og måten man dele gruppen inn (randomiserte studier, kasus-kontroll studier).

Kurset var veldig godt gjennomført, med ekstremt entusiastiske og flinke foredragsholdere, som også ga seg utslag i meget engasjerte deltagere. Faktisk var alle kursdeltagere og alle foredragsholdere tilstede ved alle deler av kurset, noe som må betegnes som nokså unik. Inndelingen i forelesninger og smågruppearbeid, med rapportering og gjensidig evaluering og kritikk bidro til rask og effektiv læring og god atmosfære i gruppen.

Kurset kan anbefales for alle som lærer opp leger eller studenter i gastroenterologi/gastrokirurgi og/eller endoskopi. ■



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.

contour
Curved Cutter Stapler
CURVED TO FIT

□ Kurs og Konferanser

Norsk ERCP-register

Tom Glomsaker

Som tidligere annonsert ble det avholdt ERCP møte i Oslo 4. oktober. Tema var status for Norsk ERCP- register og veien videre. Det internetbaserte registeret hadde konsesjon for å registrere i perioden 1. mai 2003 til 30. april 2006, og det har derfor vært nødvendig å diskutere hva vi skal gjøre framover. Fagmiljøet er enig om at det er viktig å få et permanent register, der vi tar lærdom av de erfaringene som nå er gjort. I prosjektperioden er det registrert 3872 prosedyrer av 16 sentra. 9 sentra ser ut til å ha hatt en regelmessig og kontinuerlig registrering. Til nå er 181 komplikasjoner registrert. En endelig evaluering av dataene er ikke mulig før vi har kvalitetssikret at alle sentra har gått igjennom sine data og sikret at alle prosedyrer er ført inn fra evt papirregistreringer og at man har sjekket mot journal og oppfølgingsskjema om komplikasjoner har oppstått. Denne jobben må nå slutføres og det er rimelig at vi setter en **deadline på 15. november 2006**, slik at dataene kan presenteres på vintermøtet på Lillehammer.

Veien videre

For å få til et langsiktig permanent register, må vi lage registeret så enkelt som mulig i forhold til skjema, registrering og logistikk generelt. Det må også

etableres et sekretariat og eiendomsretten til registeret må ligge i vårt fagmiljø. Dessuten må vi sørge for at alle godkjenninger foreligger og at vi sikrer en økonomi. På møtet 4. oktober var det full enighet om at vi går for en løsning, der vi bruker et etablert register, nemlig Gastronett som basis for det videre kvalitetssikringsarbeidet og drar nytte av den organisasjonen som er etablert. NGF sitt styre har også sagt seg villig til at de vil ha ERCP-registeret som del av foreningens kvalitetsarbeid og dermed bli fagmiljøets eget register. Styringsgruppen (alle sentra som deltar) for Gastronett vil være organet som har det praktiske ansvaret for framtidig drift, der det også er en arbeidsgruppe med Geir Hoff, Lars Aabakken, Michael Bretthauer som spesielt arbeider med ERCP. Vi tror at denne organiseringen sikrer at vi har en basis for det videre arbeid som er solid og at det er mulig å få alle med i et slikt konsept. De erfaringene vi har med en internet basert løsning, gjør at vi ønsker å gå over til et nytt konsept der man bruker et papirskjema som fylles i ved prosedyren og suppleres lokalt etter 30 dager og så sendes hver måned til et sekretariat for scanning. Pasientene skal også sende inn et skjema, som de får med seg, til sekretariatet.

Alle ERCP-sentra i Norge vil få tilsendt informasjon om deltakelse og det vil bli holdt informasjonsmøter på Gastronett sine samlinger og vi **planlegger et møte i forbindelse med Vintermøtet 2007, torsdag 8. februar, klokken 14.30 - 15.30**. Om noen har spørsmål, ber vi at dere kontakter Tom Glomsaker, Lars Aabakken eller Michael Bretthauer. ■



NORSK FORENING FOR ULTRALYD-DIAGNOSTIKK
norwegian society for diagnostic ultrasound in medicine

SYMPOSIUM I BERGEN Hotel Norge 26.-28. APRIL 2007

Hovedtemaet i år blir mikrobobler og deres anvendelse i medisinsk diagnostikk og terapi. Dette tema inneholder spennende visjoner for fremtiden og nye kliniske applikasjoner.

For gastroenterologer blir det mye relevant program og det er søkt kursgodkjenning i dnlf.

Vi nevner temaer som: Ultralyd av GI traktus med bl.a. tynntarm, kolon og rectum. Ultralyd av pancreas, både ekstern og endosonografisk. Det blir også "hands-on" trening og presentasjoner av innsendte abstrakter. Nytt av året er også at vi har invitert flere ingeniører og teknologer med oss i programarbeidet og det blir på fredag en egen teknologiseksjon. For mer detaljer og påmelding, se www.nfud.no.



**Nasjonalt Senter for
Gastroenterologisk Ultrasonografi**

National Centre for Ultrasound in Gastroenterology
Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

EUS-Symposium i Bergen, Hotel Norge 26/4 2007

20 Years Endoscopic Ultrasonography - At Haukeland University Hospital

Preliminary Program

- 20 years EUS in Bergen (S. Ødegaard, Bergen)
- EUS cancer staging (L.B. Nesje, Bergen)
- Interventional EUS of the pancreas (T. Roesch, Berlin)
- EUS-FNA in staging of lung cancer (P. Vilmann Copenhagen)
- EUS motility of the esophageus (D.A. Lihaug Hoff, Bergen and Aalesund)
- EUS-evaluation of subepithelial masses (M.B. Kimmey, Seattle)
- EUS-elastography (O.H. Gilja, Bergen)
- Endosonography in GI food-allergy (A. Berstad, Bergen)
- The use of ultrasound in Biomechanics (H. Gregersen, Aalborg)
- 3/4D EUS, a clinical tool? (T. Hausken, Bergen)
- EUS in the diagnosis of bile duct stones and cancer (M.B. Mortensen, Odense)
- How to learn EUS? (R.F. Havre, Bergen).
- EUS, future aspects (L. Aabakken, Oslo)

Se forøvrig <http://www.helse-bergen.no/avd/gastroenterologiskultrasonografi>

Ny indikasjon!



Remicade er nå godkjent til behandling av ulcerøs kolitt!

 **Remicade**
INFLIXIMAB

Se preparatomtale side 34

Kurs & Konferanse

Basalkurs i gastrointestinalendoskopi 11. og 12. oktober 2006.

Kurset egner seg for de som er i startgruppen for å lære seg å endoskopere.

Informert gjerne yngre kolleger om dette tilbudet.

Interesserte kandidater kan melde seg på
http://www.legeforeningen.no/index.gan?kurskatalog_side=kurs_detaljer



5th ECCO Clinical Course 28. mars til 1. mars 2007

NGF inviterer til nominasjon av utdanningskandidater innenfor kirurgisk og medisinsk gastroenterologi til ECCO kurset i Innsbruck. NGF gjennom sitt medlemskap vil stille 2 plasser til disposisjon med betalt opphold og kursavgift. Reise må besørges av deltager, men utgifter kan evt. forsøkes dekket over NGFs fondsutdelinger. Nominasjon sendes leder NGF innen 1. november

5th ECCO Clinical Course will take place in Innsbruck on February 28 and March 1, 2007 as the integral part of the IBD Congress.

Program Day 1. February 28

Opening remarks	M. Gassull B. Vuceli_	08:00 – 08:15
Pre-course test	P. Michetti	08:15 – 08:45
Pathophysiology of IBD (lecture)	Y. Chowers	08:45 - 09:15
Genetics of IBD (lecture)	S. Vermeire	09:15 – 09:45
Drugs for IBD: Mechanisms of Action (lecture)A. Forbes		09:45 – 10:15
Coffee break		10:15 – 10:30
Principles of Nutrition (lecture)	M. Gassull	10:30 – 11:00



Seminar I.		
Disease assessment indeces	W. Reinisch	11:00 – 12:00

Seminar II.		
Monitoring of Immunosuppression	D. Hommes	

Seminar III.		
Reproduction and lactation	P. Munkholm	12:00 – 13:00

Seminar IV.		
Novel therapies in IBD	G. Van Assche	

Lunch break 13:00 – 14:30

Ulcerative Colitis Session		
Fulminant colitis	G. D'Haens	14:30 – 15:00
Refractory distal disease	R. Caprilli	15:00 – 15:30
Maintenance and surveillance	H. Tilg	15:30 – 16:00

Coffee break 16:00 – 16:20

Steroid-refractory colitis	M. Lémann	16:20 – 16:50
Pouch, early and late complications	P. Gionchetti	16:50 – 17:20

End of program 17:20

Day 2. March 1 Crohn's disease Session

Persistent diarrhea	J.-F. Colombel	08:00 – 08:30
Mild-to-moderate Crohn's disease	M. Lukas	08:30 – 09:00
Fistulizing disease	S. Schreiber	09:00 – 09:30
Perianal disease	B. Vucelic	09:30 – 10:00

Coffee break 10:00 – 10:20

Cortico-dependent (stenotic) disease	P. Michetti	10:20 – 10:50
Pediatric Crohn's disease	S. Kolacek	10:50 – 11:20
Post-course test	P. Michetti	11:20 – 11:50
Closing remarks	B. Vucelic & Faculty	11:50 – 12:00

End of the course 12:00

Nordic Surgical Society 11. – 13. oktober 2006

The 10th Course in Colorectal Surgery will take place in Ebeltoft, Denmark 11-13 October 2006

Organizers:
Peter Chr. Rasmussen, Søren Laurber

For påmelding: (+45) 8949 7718

(+45) 8949 7549

SADE møte 25-26. januar 2007 Plats: Collegium, Linköping

- Seding ved endoskopi
- Hvem skal scopere hva?
- Simulatorennes rolle i endoskopiutdanning
- Avansert endoskopi og imaging av sykdomer i lever/gallganger og pankreas
- Innen møtet erholdes praksis trening i avansert endoskopi ved det skilte skandinaviske sentre

Skandinavisk og internasjonell fakultet
Mer detaljert informasjon på www.sade.no



NB! Husk NGF's Årsmøte på Lillehammer 8-10. februar 2007.

Årsmøtet på Lillehammer nærmer seg, planleggingen har startet for lengre tid siden. Styret har intensjoner om at deltagerantallet skal være minst like høyt som foregående år. Vi ønsker derfor at våre mottagere av NGF Nytt nå setter av dato og rydder plass for møtet. Vi planlegger Torsdagssymposiet over tema ernæring i regi av Norsk Selskap for Klinisk Ernæring. Møtet vil ellers bli arrangert over samme mal som tidligere år. Dvs at vi inviterer til innsendelse av abstrakt for oral presentasjon. Frist for innsendelse er 1. desember og foregår via vår hjemmeside som tidligere. Industrien vil være representert med utstillinger, og være tilstede for diskusjoner. Vi kommer tilbake med mer informasjon om årsmøtet i de kommende medlemsbladene. Men husk foreløpig dato for møtet og frist for innsendelse av abstrakts.

Bjørn Moum

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.

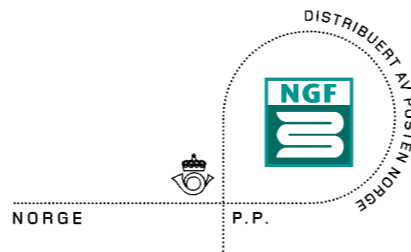


Postboks 248, 1301 Sandvika.
Tlf. 67 52 12 20

A PRIORITY
PRIORITY

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

Norsk Gastroenterologisk Forening
V/Tom Glomsaker
Eiganesveien 70
4009 Stavanger



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