



NAForum

Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLF

Teach LEARN

© Scott Kim, scottkim.com

23 ■ 4
2010

Tema: Utdannelse Spesialistutdanning Helsinki-deklarasjonen
"Undervisningslege" Utdanning og forskning - forskning på utdanning
Supervisjon - hva, hvem, hvorfor, hvordan Velkommen til Bergen i
juni! Spesialisering for spesialister - SSAs utdanningsprogrammer

Hjelp – til økt pasientsikkerhet



Treningsløsninger fra Laerdal Medical

Et viktig bidrag til bedret pasientsikkerhet er at alt helsepersonell regelmessig og systematisk vedlikeholder og videreutvikler sin kompetanse.

Gjennom mer enn 50 år har Laerdal hjulpet sine kunder med løsninger som møter ulike læringsbehov innenfor både grunnutdanning og læring på arbeidsplassen.

Med utgangspunkt i læringsmål for de ulike faggruppene på din arbeidsplass kan vi bistå med løsninger som gir de ansatte større faglig trygghet, noe som igjen vil forbedre pasientsikkerheten.

Ta gjerne kontakt, så vil en av våre konsulenter kunne hjelpe deg med alt fra enkle treningsprodukter til mer omfattende totalløsninger.

www.laerdal.no



Laerdal
helping save lives

NAForum er et uavhengig tidsskrift. Meninger og holdninger avspeiler ikke nødvendigvis den offisielle holdning til styret i NAF eller Dnlf. Signerte artikler står for forfatterenes egen regning. Kopiering av artikler kan tillates etter kontakt med ansvarlig redaktør og oppgivelse av kilde.

Ansvarlig redaktør

Anne Berit Guttormsen
Haukeland Universitetssjukehus
N-5021 Bergen
E-mail: anne.guttormsen@helse-bergen.no

Design/layout

Liv K. Norland
Akuttjournalen Arena AS
4102 Idse
Tlf: 51 74 14 80 / fax: 51 74 14 81
E-mail: artdirector@akuttjournalen.com

Forside: © Scott Kim, scottkim.com

NAForum på internett

www.nafweb.no

Materiellfrister

nr 1 11 1. februar
nr 2 11 1. mai
nr 3-11; 1. september
nr 4-11; 1. november

Styret i NAF

Leder	Per Meinich Akershus universitetssykehus peme@broadpark.no
Sekretær	Signe Søvik Akershus universitetssykehus signe.sovik@ahus.no
Kasserer	Søren Erik Pischke OUS Rikshospitalet spischke@gmail.com
Høstmøtesekretær	Lars Jacobsen Sørlandet Sykehus HF Arendal lars.jacobsen@me.com
Medlemssekretær	Marie Rønning Nordlandssykehuset Bodø marie.ronning@gmail.com
Medlem og NAFWeb-redaktør	Håkon Trønnes St Olavs Hospital HF, hakon.tronnes@stolav.no

Bli medlem i NAF:

NAF er en fagmedisinsk forening under Den Norske Legeforening (DNLF).

Du må være medlem av DNLF for å kunne være medlem av NAF. Spesialister i anesthesiologi er automatisk medlemmer av NAF. LIS må melde seg inn. Meld deg inn via www.nafweb.no. NAF vil gjerne ha deg som medlem!

Medlemsfordeler:

NAForum 4 ganger i året. Automatisk medlemskap i SSAl, Acta Anaesthesiologica, 10 nummer i året, Høstmøtet til redusert pris. Som medlem kan du også delta på "de nordiske utdannelsene" i Intensivmedisin, Smerte, Obstetrisk anestesi, Akuttmedisin og Barneanestesi og intensivmedisin (nysgjerrig? se www.ssai.info)

Kontingent til DNLF

Spesialister 6500 kr; LIS 5 850 kr, < 3 år etter avlagt embedseksamen 4875 kr, Bosatt i utlandet 3250, studenter 450 kr.



- 4 Lederen har ordet
: Per Meinich
- 5 Redaktøren har ordet
: Anne Berit Guttormsen
- 6 Spesialitetskomiteen 2010 - 2013
: Birgitte Sterud
- 9 Spesialitetskomiteen kommer på besøk
: Atle Ulvik
- 12 Individuell utdanningsplan - hva og hvorfor?
: Birgitte Sterud
- 14 SERUS - System for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehusavdelinger
: Birgitte Sterud
- 17 LIS og "ferske" spesialister uttaler seg om veien mot spesialistgodkjenning
: Katrine Finsnes
- 21 Ved målstreken i spesialiseringens skole - tanker mot slutten av en spesialistutdanning
: Ewa Gawicka
- 24 Målbeskrivelse og sjekkliste - endringer i spesialistutdannelsen
: Katrine Finsnes
- 26 Global Oximetry Project
: Jannicke Mellin-Olsen
- 28 ECAMSQ - European Council for the Accreditation of Medical Specialist Qualifications
: Jannicke Mellin-Olsen
- 29 Spesialistutdanning "the European Way"
: Jannicke Mellin-Olsen
- 32 "The effects of recombinant human activated protein C on acute lung injury
An experimental study"
: Kristine Wærhaug
- 33 Villmarksmedisin
: Katrine Finsnes
- 35 Status for den obligatoriske kurspakken
: Kjell Joakimsen og Lasse Grønningsæter
- 36 Teknologistøttet spesialistutdanning
: Kjell Joakimsen og Lasse Grønningsæter
- 37 Avansert Prehospital Medisin for leger - en nautisk mil i riktig retning
: Jostein Hagemo
- 39 Arbeidstid for leger
: Johan Torgersen
- 41 Skal LIS bruke kostbar tid på å lære om forskning?
: Johan Ræder
- 43 OUS og kompetanse
: Hege Gjessing
- 44 Den Europeiske spesialisteksamen: obligatorisk i Norge?
: Per Meinich
- 45 Prisdryss fra Forskningsutvalget - Høstmøtet 2010
- 46 Internt kurs i luftveier, til inspirasjon?
: Frode Kristensen
- 48 Velkommen til Bergen i juni!
- 50 Utdanning i intensivmedisin i Europa
: Hans Flaatten
- 52 Helsinki-deklarasjonen for pasientsikkerhet i anesthesiologi
: Jannicke Mellin-Olsen
- 60 Myter i akuttmedicinsk simulering
: Per P. Bredmose
- 62 Spesialisering for spesialister - SSAls utdanningsprogrammer
: Per Kristian Hyldmo
- 64 Kardiomyopati og amiodaron-indusert thyreotoksikose - for syk for generell anestesi?
: Alte Ulvik
- 67 29 år og skeiv nese
: Jan-Harald Lærum
- 68 Supervisjon - hva, hvem, hvorfor, hvordan
: Torvind Næsheim og Birgitte Sterud
- 71 Professorene om kravene til forskning i spesialistutdannelsen
: Anne Berit Guttormsen og Birgitte Sterud
- 73 Utdanning og forskning - forskning på utdanning
: Torben Wisborg
- 76 Har du kontroll?
: Thomas Husby
- 78 Kjære mor
: Thomas Husby
- 80 Stilling som "undervisningslege"
: Per Kristian Hyldmo
- 81 Fjernet nyrestein med norsk mentorhjelp
: Morten S. Hopperstad
- 84 BASIC and Very BASIC courses
: Charles Gomersall
- 86 William Harvey og 1400 år med forvirring
: Reidar Kvåle
- 88 Referat fra Årsmøte NAF
: Signe Søvik
- 90 Den Europeiske spesialist eksamen i anesthesiologi, intensivmedisin og smertebehandling:
En trist historie i Norge
: Harald Breivik og Anne Aass Hunting

Kunnskap

Sykehus er kunnskapsbedrifter, og legeyrket i særdeleshet krever at man holder seg kontinuerlig oppdatert. Ny kunnskap utvikles hele tiden, og dette fordrer at man tilegner seg det som er relevant for egen praksis. Nye studier erstatter gamle, behandlingsregimer korrigeres og finslipes, og fra tid til annen presenteres resultater som helt endrer behandlingspraksis.

Det har vært sagt at halveringstiden for medisinsk kunnskap er cirka 5 år. Med det mener man at i løpet av 5 år er halvparten av den medisinske kunnskapen blitt endret i såpass betydelig grad at man er akterutseilt, om man ikke har latt seg oppdatere. Dette sier noe om utfordringene vi står overfor, om vi skal drive god og oppdatert medisinsk praksis. Og det skal vi!

Utdanning av leger i Norge har lenge hatt fokus på grunnutdanning og spesialisering, og jeg tør påstå at vi innenfor begge disse områdene hevder oss godt, sammenliknet med hvem det så skal være. Når det gjelder etterutdanning, derimot, så mangler vi mye på å sikre oss at vi tilegner oss nødvendige kunnskap.

Legeyrket, også i sykehus, har tradisjonelt vært preget av selvstendig yrkesutøvelse. Dette har de senere årene endret seg, slik at legene i stadig større grad inngår i behandlingsteam, der det er den samlede innsatsen fra teamet som bestemmer behandlingsresultatet. I stadig større grad defineres det behandlingskjeder. Disse kjedene skal, og vil, defineres av det som til en hver tid definerer god behandling.

I tråd med den selvstendige yrkesutøvelsen har det også tradisjonelt vært den enkelte lege som er ansvarlig for sin egen etterutdanning og at man er oppdatert. Dette skjedde inntil nylig typisk i et tett samarbeid med blant annet legemiddelindustrien. Dette er nå i ferd med å endre seg: legemiddelindustrien har i stor grad trukket seg ut, og legenes etterutdanning blir i stadig større grad avhengig av sykehusenes godkjenning og økonomiske tilskudd.

Hvordan sikrer vi oss da at vår kompetanse i fremtiden er både oppdatert og tilstrekkelig omfangsrik? Noen mener at vi bør innføre jevnlig resertifisering av spesialister, slik man allerede har for spesialister i allmennmedisin, med kurs, eksamener etc. Andre mener dette blir for byråkratisk og mener at så lenge man er i "klinisk drift" så bør dette holde. Nesten alle er enige om at kolleger som over tid ikke har jobbet klinisk bør gjennomføre en periode med oppdatering og veiledning når de igjen starter klinisk aktivitet, men hvilke formelle krav man eventuelt skal stille til dette er ikke klarlagt.

Jeg tror altså at det er på etterutdanning, og ikke grunn- eller videreutdanning, av vi har aller mest å hente på legeutdanningssiden i årene som kommer. Dette området har vært i endring de senere årene, og det må utvikles systemer som sikrer at leger tilegner seg nødvendige faglige oppdateringer. Det er et økende fokus på dette i Norge, og dette nummeret av NAForum vil ytterligere bidra til dette.

Med ønske om en god jul og et godt nytt år,

Oslo, 5. desember 2010

Per Meinich

Leder, NAF





“Enhver idé om å ha fattet helheten påkaller seg gudenes latter.” Søren Kierkegaard

Tid for NAFForum igjen - nr 4 2010 kommer i postkassene i mellomjula og tema er spesialist- og etterutdanning.

Dette nummeret er utarbeidet i samarbeid med Spesialitetskomitéen. I tillegg til utdanningsrelaterte tema vil du også finne referat fra NAF's årsmøte, navn på de som under Høstmøtet ble tildelt priser for beste poster, kliniske og eksperimentelle arbeid, og hvem som fikk forskningsprisen. Som vanlig har vi tatt med et par lærerike kasuistikker.

Hva menes om spesialisteksamen, forskningsskolering, utdanningsplaner, supervisjon.....? Kanskje kan du få gode råd og inspirasjon både i forhold til kursvirksomhet, supervisjon og veiledning, forskningsopplæring som del av utdanningen og nyttige tips for bedre rapportering av utdanningsvirksomheten.

Vi løfter også blikket og ser på spesialistutdanning utenfor Norges grenser. Du kan også bli bedre kjent med Spesialitetskomitéen. Kanskje kommer de snart på besøk nettopp til din avdeling.

Utdanning er ikke gratis; men krever, tid, penger, egeninnsats og engasjement for de som skal supervisere og lære bort – og for de som skal lære. Utdannelse måles ikke i DRG poeng. Hva er en spesialist verdt? Hvilken verdi har et gjennomført utdanningsløp? Et godt gjennomført spesialistkurs gir ikke grønne tall i regnskapet, det gir verken ekstrapoeng eller penger i kassen. Urettferdig? Økte krav til spesialistutdannelsen fører, i dagens system, til at spesialistene løper fortere, gjør mer, og får mindre tid til veiledning, forskning og egen faglig oppdatering.

Hvordan ser fremtiden ut – hva kan vi gjøre bedre?

Det er blåøyd å tro at det vil bli vesentlig mer penger til spesialistutdanning i fremtiden.

Kan vi utnytte ressursene bedre (e-orde)? Sannsynligvis....

I disse dager starter prosjektet Teknologistøttet spesialistutdanning som du kan lese mer om i dette nummeret. Ny obligatorisk kurspakke ble innført fra 2009, med færre kursdager og –timer enn før. Moderne pedagogiske metoder er ment å bidra til større utbytte av kursene pr krone investert. Spesialitetskomiteen har laget forslag til ny individuell utdanningsplan for bedre styring av egen utdanning, og anbefaler at en del av veiledningen gjennomføres i grupper. Og Spesialitetskomiteen vil lære av andre – hvordan de gjør det utenfor våre landegrenser.

Kan vi påvirke RHFene til å prioritere utdanning – med argumentet at det vil lønne seg?

Kanskje.....

Les NAFForum nr 4 2010 – og engasjer deg i debatten!

Birgitte og Anne Berit

Spesialitetskomitéen 2010 - 2013

Birgitte Sterud

Overlege og Prosjektleder Forskning, Fagutvikling og Innovasjon, Sykehuset Østfold, Leder i Spesialitetskomiteen i anestesologi
birgitte.sterud@online.no

Hvem er vi?



Fra v.: Katrine, Lasse, Ragnhild, Kjell, Marie, Birgitte, Atle, Jan Harald

Motivasjonen vår er stor. Her er en oppsummering av hva de enkelte sier om egen motivasjon for å takke ja til å delta i komitéen:

- Ønske om å bidra til at anestesileger under utdanning har best mulig forhold til å få den best mulige spesialiseringen rundt om på landets sykehus
- Flere forhold er lagt godt tilrette med ny obligatorisk kurspakke og denne ønsker vi å videreføre.
- Det er motiverende gjennom arbeidet i Spesialitetskomitéen å få møte alle de ressurspersonene som kan øse av sine erfaringer innen utdanning
- Jeg har hatt ansvar for LIS, særlig de nye, på egen avdeling og det er spennende å se utdannelsen i et større perspektiv enn egen avdeling
- Det er interessant å være med å forme utdanningsløpet innenfor anestesologi. Jeg har mange meninger om hva som er bra og hva som ikke fungerer fullt så bra, og det er gøy å få gjort noe med det
- Jeg er selv i spesialiseringsløpet og kan ta pulsen på utdanningen, og fra denne posisjonen ønsker jeg å bidra med erfaring og engasjement i stadig forbedring av spesialiseringen av anestesileger i Norge.
- Jeg synes jeg har fått en fin utdanning og ønsker nå å gjøre mitt for å bidra til andres utdanning.

Birgitte Sterud, Leder

Utdanning: Cand.med. UiB1991.

Turnus: Lillehammer sykehus og Balsfjord kommune

Annet arbeid enn anesthesi: Fastlege, radiologi

Spesialistutdanning: Universitetssykehuset Nord-Norge, godkjent 2003

Nåværende arbeid: Prosjektleder innen organisasjonsutvikling, Sykehuset Østfold

Hovedoppgaver i spesialitetskomitéen: Leder komitéens arbeid, dokumentkontroll, vurderer søknader om godkjenning av kurs og søknader om spesialistgodkjenning. Var medlem i Spesialitetskomitéen 2006 - 2009.

Kjell A M Joakimsen, Nestleder

Utdanning: Bioteknologi, data, matematikk v Universitetet i Tromsø, Cand.med. UiB 2000

Turnus: Kristiansand Sykehus og Søgne kommune

Annet arbeid enn anesthesi: Fastlege, telemedisin, oppstart av Spectlab i Tromsø, Indremedisin

Spesialistutdanning: Diakonhjemmet, Stavanger Universitetssykehus, Rikshospitalet, godkjent 2009. SSAI utdanning innen smertebehandling.

Nåværende arbeid: Overlege OUS Radiumshospitalet

Hovedoppgaver i spesialitetskomitéen: Arbeid m obligatorisk kurspakke og teknologistøttet spesialistutdanning, håndterer spørsmål fra LIS vedrørende utdanning/kurs, trer inn i vurdering av søknader om spesialistgodkjenning/kurs dersom Atle/Birgitte er inhabile. Var Ylf-representant i Spesialitetskomitéen 2006 - 2009.

Atle Ulvik, Akademisk representant

Utdanning: Cand.med. UiB 1994

Turnus: Nordland Sentralsykehus og Vågan kommune.

Spesialistutdanning: Nordland Sentralsykehus og Haukeland Universitetssykehus, godkjent 2002

Nåværende arbeid: Overlege ved Haukeland Universitetssykehus

Forskning: PhD 2008 "Long-term outcomes after major trauma".

Hovedoppgaver i spesialitetskomitéen: Sjekkliste og målbeskrivelse. Vurdering av søknader om spesialistgodkjenning, samt vurdering av søknad om godkjenning av kurs

Jan Harald Nilsen, Medlem

Utdannet: Cand.med. UiTø 1995

Turnus: Lofoten sykehus og Vågan kommune

Annet arbeid enn anestesi: Forsvaret 2007.

Spesialistutdanning: Universitetssykehuset i Tromsø, godkjent 2008

Nåværende arbeid: Hærens sanitet

Marie Skontorp, Ylf-representant

Utdanning: Cand.med. NTNU 2005. *Turnus:* Ålesund sjukehus og Stranda kommune

Spesialistutdanning: Er under utdanning, Ålesund sjukehus, nå gruppe I-tjeneste ved Stavanger Universitetssykehus.

Annet: Ylf-styremedlem

Oppgaver i spesialitetskomitéen: Målbeskrivelse og sjekkliste.

Mammapermisjon fra medio januar 2011.

Ragnhild Hekneby, vararepresentant

Utdanning: Cand.med. Oslo 1994. *Turnus:* Gjøvik sykehus og Lom kommune

Annet arbeid enn anestesi: Gynekologi

Spesialistutdanning: Gjøvik sykehus, Rikshospitalet, godkjent spesialist i 2005

Nåværende arbeid: Overlege, Sykehuset Innlandet, Gjøvik
Oppgaver i spesialitetskomitéen: Planlegging og tilrettelegging av avdelingsbesøk. Var vararepresentant i Spesialitetskomitéen 2006 - 2009.

Katrine Finsnes, Ylf-vararepresentant

Utdanning: Newcastle, Australia / NTNU i Trondheim 2004

Turnus: Hunter Area Health, Newcastle, Australia, og distriktsturnus i Sandnes, Norge

Annet arbeid enn anestesi: Australia: Nevrokirurgisk avd., akuttmottak, palliativ enhet, ortopedisk og medisinsk avdeling. Ekspedisjonsmedisin: "Fellow candidate" i The Wilderness Medical Society, USA

Spesialistutdanning: Er under utdanning ved Stavanger Universitetssykehus

Oppgaver i spesialitetskomitéen: Målbeskrivelse og sjekkliste. Fokus på internasjonalt utdanningsarbeid.

Lasse Grønningsæter, vararepresentant

Utdanning: Matematikk og fysikk v UiB, Medisinstudier ved Semmelweis University, Budapest Diplom 2002.

Turnus: Gjøvik sykehus og Østre Toten kommune

Annet arbeid enn anestesi: Sjøforsvaret/NATO tjeneste, Indremedisin
Spesialistutdanning: Er under utdanning, tidligere ved Diakonhjemmet sykehus, nå ved Akershus

Oppgaver i spesialitetskomitéen: Arbeid m obligatorisk kurspakke og teknologistøttet spesialistutdanning. Fokus på internasjonalt utdanningsarbeid.

- Gjennom arbeidet i Spesialitetskomitéen får jeg bidra til å legge til rette for læring, både for de som er under spesialistutdanning og de som er ferdige spesialister.
- Arbeidet innebærer besøk til alle lendets anestesiavdelinger, noe som er svært inspirerende og lærerikt. Dette gir oss grunnlag for å bidra med forslag til løsninger på de ulike utfordringene utdanningsavdelingene står overfor
- Jeg sa ja fordi jeg ble spurt, uten å vite så mye om hva det innebar, men fordi jeg synes jeg burde gjøre min del. Motivasjon for de ulike oppgavene har kommet etter hvert.

Hvem har gitt oss mandat, og hva skal vi gjøre?

Dette reguleres av "Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger. Vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet 2. juli 2009".

Vi utfører altså en myndighetspålagt oppgave, men Legeforeningen er delegert å oppnevne oss. Dette vil si at vi ikke er et utvalg under NAF, men er underlagt HOD, dog er Legeforeningens sentralstyre delegert å fatte en del av vedtakene når det gjelder utdanning samt godkjenning av kurs og spesialister med oss som sakkyndig og rådgivende organ innen vårt fag.

Sentralstyret har oppnevnt fem medlemmer og tre vararepresentanter etter forslag fra NAF (Ylf-representantene etter forslag fra Ylf), med funksjonstid 4 år.

I nært samarbeid med NAF skal vi fokusere på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning, her sitert fra bestemmelsene:

- a. Vurdere spesialistreglene og eventuelt foreslå endringer.
- b. Vurdere spesialitetens stillingsstruktur, herunder behov for spesialister og utdanningsstillinger, og innhold i utdanningsstillingene.
- c. Fremme forslag om nødvendige kurs og overvåke gjennomføringen av disse. Sikre at obligatoriske kurs arrangeres hyppig nok til at disse ikke forsinker spesialistutdanningen.
- d. Overvåke virksomheten ved utdanningsinstitusjonene, herunder veiledningsordning, utdanningsvirksomhet og utdanningsprogram.
- e. Vurdere tiltak for kvalitetssikring av videre- og etterutdanningen, herunder ferdighetskrav, bligatoriske kurs med prøver, spesialistprøver m.v., samt holdningsskapende sider ved utdanningen.
- f. Avgi innstilling om søknader om spesialistgodkjenning.
- g. Avgi innstilling til søknader fra sykehusavdelinger m.v. om godkjenning som utdanningsinstitusjon, og vurdere antall og kategorier utdanningsstillinger som hver utdanningsavdeling kan ha ut fra avdelingens funksjon, pasientmateriale m.v.
- h. På bakgrunn av rapporter fra utdanningsinstitusjonene skal spesialitetskomiteene avgi rapport om situasjonen ved utdanningsinstitusjonene til spesialitetsrådet.

Arbeidet er omfattende. Det har vært – og vil fortsette å være – nødvendig å trekke vararepresentantene inn i arbeidet på lik linje med de øvrige. Bare arbeidet med SERUS rapportene krever til sammen 15 hele arbeidsdager pr år, når vi er effektive, altså 2 dager på hver av oss. Vi er alle i fulle jobber, og til tross for bestemmelsen om at vi har rett til fri med lønn for å skjøtte våre verv, opplever nok de fleste at så mye fri fra jobb kan vi ikke be om, selv om de av oss som har holdt på lengst har blitt mye bedre til dette. Resultatet er for oss, som for andre tillitsvalgte og alle de som engasjerer seg på ulike vis i utvalg og komiteer: Fritidsarbeid.

Leserne har kanskje lagt merke til at vararepresentantene ikke står oppført på Legeforeningens nettsider. Dette har vi tatt opp med dem siden mars 2010, uten at det har latt seg gjøre til nå. Sett i lys av ovenstående mener vi dette ikke tar seg helt godt ut for Legeforeningens del.

Vi kan ikke jobbe med alle ovennevnte punkter hele tiden, men velger å fokusere på enkelte av dem over tid, når det er behov for det. Noen er langsgående faste oppgaver som må gjøres hvert år, og krever kontinuerlig innsats. Andre velger vi å fokusere på i perioder, og bør være gjenstand for i det minste vurdering av, og evt. endring i hver spesialitetskomité's "regjeringstid".

5 av komiteens 8 medlemmer (vararepresentantene inkludert) er nye fra 2010 og vi har nedlagt en god del arbeid i standardisering av arbeidsmetoder, dokumentasjon av virksomheten og arkivering av alt vi produserer til hjelp både i vårt eget arbeid og for senere komiteer. Vi fordeler arbeidet etter interesse og kapasitet, og anser oss nå som en samkjørt og effektiv gjeng. Og så er vi så heldige at vi trives svært godt sammen. Humor er et viktig innslag i våre møter.

Når det gjelder hva vi har gjort i 2010 viser vi til årsrapporten som sto å lese i forrige NAF-forum.

Fokus i 2011

Utsendelse av forslag til ny Målbeskrivelse og sjekkliste for spesialiteten blir gjort i desember. Vi inviterer samtlige utdanningsavdelinger, NAF-styret og utvalgene til å komme med innspill før vi legger siste hånd på verket og sender forslaget inn til Legeforeningen for videre godkjenning.

Ny mal for Individuell utdanningsplan ligger nå på Legeforeningens nettsider for vår spesialitet, og vi håper på konstruktive tilbakemeldinger også på denne, før den blir obligatorisk fra 1. januar 2012.

Gjennomføring av "Moodle-prosjektet" – Teknologistøttet spesialistutdanning i Anestesiologi – i samarbeid med Legeforeningen og NAKOS. Se eget innlegg om dette.

Gjennomføring av besøk til og rapport fra alle de avdelingene som ikke har hatt besøk siste 4-5 år, eller som er nye utdanningsavdelinger og ikke har hatt besøk i det hele tatt. Det er til sammen 12 avdelinger, slik at dette vil ta mye av vår tid, selv om vi deler oss, og ikke stiller med hele komiteen til hver avdeling.

Vi ønsker også å fokusere på internasjonalt samarbeid om spesialistutdanning.

Sist, men ikke minst, vil vi ta fatt på det vi mener vil kreve innsats i flere år – nemlig å økt fokus på systematisk etterutdanning av ferdige spesialister.

Samarbeid med NAF

Både vi og NAF-styret innrømmer at samarbeidet oss imellom kunne ha vært atskillig bedre. Det har vi nå gjort noe med!

NAFs leder Per Meinich deltok på deler av vårt komitémøte under Høstmøtet, og 2. desember deltok leder av Spesialitetskomiteen Birgitte Sterud i første del av NAFs styremøte.

Både vi og NAF opplever dette som svært positivt og ikke minst hyggelig. Vi har ambisjoner om ett felles møte pr år, der vi definerer viktige felles satsningsområder og oppgaver vi trenger å samarbeide om. Vi kommer også til å sørge for bedret gjensidig informasjon om vår virksomhet, og vil på første felles møte formalisere samarbeidet noe, for å bidra til at dette kontinueres ved utskiftning av komité og styre.

Kontakt oss gjerne om dere har spørsmål eller gode forslag som gjelder utdanning – både spesialistutdanning og etterutdanning. Imidlertid ønsker vi at dere også bruker nettsidene til Legeforeningen, og der finner de enkle svarene vedrørende krav til utdanning og lignende. Det litt mer kompliserte vil vi gjerne forsøke å hjelpe med.

Spesialitetskomiteen kommer på besøk

Atle Ulvik

Overlege og Akademisk representant i Spesialitetskomiteen, Haukeland universitetssykehus, Bergen

atle.ulvik@helse-bergen.no

Besøk på utdanningsinstitusjoner er en viktig del av spesialitetskomiteens arbeid med å forbedre, sikre og vurdere kvaliteten på spesialistutdanningen ved de ulike sykehusene.



Atle Ulvik

Det formelle grunnlaget for avdelingsbesøk

Spesialistutdanningen av leger baserer seg på erfaringslæring under supervisjon av kompetente kolleger, samt veiledning og teoretisk opplæring. Målet med spesialistutdanningen er faglig kompetanse, ferdigheter og gode holdninger (1).

Per i dag er det Legeforeningen som forvalter spesialistutdanningen etter delegert myndighet fra Helsedepartementet.

Legeforeningens sentralstyre oppnevner spesialitetskomiteene, som er sakkyndig og rådgivende organ angående spesialistutdanningen. I reglementet "Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger" §1 pålegges spesialitetskomiteen å "overvåke virksomheten ved utdanningsinstitusjonene, herunder veiledning, utdanningsvirksomhet og utdanningsprogram".

En kritisk venn

Spesialitetskomiteen skal vurdere om utdanningsvirksomheten ved de enkelte sykehus kan godkjennes. Vesentlige mangler som ikke rettes opp kan medføre endret gruppestatus eller reduksjon av tellende tjeneste.

Tidligere avdelingsoverlege ved Nordlandssykehuset i Bodø, Sven William Nissen, sa en gang at han så på spesialitetskomiteen som en kritisk venn. Dette er et godt bilde på komiteens rolle og funksjon. Vi ønsker en dialog hvor vi både kan gi og få gode råd. På denne måten kan smarte løsninger på utdanningsvirksomheten ved en avdeling komme andre utdanningsinstitusjoner til gode. Målet må være best mulig spesialistutdanning ved alle landets anestesivdelinger.

Program for besøket

Komiteen planlegger å besøke alle godkjente utdanningsinstitusjoner i løpet av en fireårsperiode. En prosedyre for forberedelse og gjennomføring av besøket finnes på www.legeforeningen.no (2). Før møtet skal avdelingen sende inn informasjon om spesialistutdanningen. Denne sammen med den årlige rapporten om utdanningsvirksomheten danner utgangspunktet for møtet. Det er viktig at det legges til rette slik at flest mulig av avdelingens leger kan delta på møtet. Det ønskes også deltagelse fra sykehusets administrasjon, gjerne administrerende direktør eller klinikkssjef/divisjonsdirektør. Organiseringen av selve møtet kan variere, men tre programposter skal alltid være med:

1. Møte kun med LIS
2. Møte med avdelingen der følgende skal være tilstede
 - avdelingsleder/medisinsk faglig overlege
 - utdanningsutvalget ved leder og LIS-representant
 - representant for sykehusadministrasjonen
3. Omvisning på avdelingen.

Momenter til diskusjon

Møtet med LIS alene før plenumsmøtet er viktig for å avklare eventuelle problemer med spesialistutdanningen. Hvordan er avdelingens totale læringsmiljø? Er det problemer eller mangler angående utdanningsvirksomheten? Hva er bra og hva kan forbedres?

Plenumsmøtet bør begynne med avdelingsleders presentasjon av avdelingen. Avdelingens utdanningsutvalg har en sentral rolle i den påfølgende diskusjonen om utdanningsvirksomheten. Konkrete utfordringer for den aktuelle avdeling må gjennomgås.

Spesialitetskomiteen ønsker en oversikt over rammene for utdanningsvirksomheten, det vil si antall stillinger, bemanning, vaktordning, lokaliteter, kontorer, metodebøker, skriftlige prosedyrer og tjenesten innhold. Er alle deler av faget representert? Er det noe som mangler i forhold til målbeskrivelsen/sjekklisten? Er det tilstrekkelig antall prosedyrer og pasienter i forhold til antall LIS?

Når det gjelder selve utdanningsvirksomheten vil vi diskutere forhold angående utdanningsutvalget, veiledere/veiledning, utdanningsplaner, supervisjon, internundervisning, fordypning, kurs og kongresser.

Erfaring med forskningsmetodikk er en viktig del av spesialistutdanningen. Dette gjelder særlig avdelinger med gruppe I-godkjenning. Hvilke forskningsprosjekter pågår i avdelingen? Hvordan er muligheten for LIS til å delta i avdelingens forskningsaktivitet? Hvordan foregår skoloring i forskning, vitenskapsteori, forskningsmetodikk og –etikk? (NB! Dette er obligatorisk for gruppe I-avdelinger.)

Møtet avsluttes med en kort oppsummering ved spesialitetskomiteen.

Et nyttig besøk

Opplæring, supervisjon og veiledning er grunnleggende og må være en naturlig del av driften. Spesialistutdanning, fagutvikling og kompetanseutvikling må prioriteres like høyt som økonomi og produksjon. Et møte med spesialitetskomiteen er en unik mulighet til en grundig og kritisk gjennomgang av avdelingens utdanningsvirksomhet. God forberedelse og godt fremmøte gir det beste utbytte.

Vi har erfaring for at spesialitetskomiteens rapport og tilbakemelding har positive konsekvenser også der vi er særlig kritiske. Det har hendt at avdelinger med betydelig underbemanning i forhold til utdanningsvirksomheten (og da oftest også i forhold til annen virksomhet) med spesialitetskomiteens kritikk/trusler om ”nedrykk” har fått drahjelp i opprettelsen av flere overlegestillinger. Andre opplever å få gode og matnyttige råd i å håndtere utfordringer. De fleste avdelinger har også noe de er svært gode på – og slike eksempler samler vi på. De danner grunnlag for råd og forslag vi kommer med andre steder.

Vi i spesialitetskomiteen synes det er et privilegium å få reise på besøk til alle landets anesthesiavdelinger, og opplever arbeidet meningsfylt. Vi føler oss godt mottatt, og setter selvfølgelig stor pris på en skikkelig lunsj. Takk til alle vi har fått besøke og vel møtt til alle som står for tur de neste tre årene!

Kilder

1. Spesialistutdanningen av leger. Rapport fra Den norske legeforening 2009.
2. Veiledning i forberedelse, gjennomføring og oppfølging av spesialitetskomiteens besøk på utdanningsinstitusjoner.

Nytt samarbeid mellom NAF og ESICM

(European Society of Intensive Care Medicine).

Alle NAF medlemmer kan nå melde seg inn til ESICM til sterkt reduserte priser i 3 år. Medlemskapet er fullverdig og berettiger til deltakelse i alle organisasjonsledd i ESICM samt redusert kongressavgift ved den årlige kongressen. Selvfølgelig er også stemmerett for sammensetning av ESICM styret inkludert. Her stiller norske kandidater som det dermed er mulig å støtte. Les kunngjøring fra ESICM under og meld deg inn hvis du ønsker å være del av det europeiske intensivmedisin miljøet!



Dual Membership Offer

Join ESICM for only €100 if you are already a member of a cooperating society.

As of 2010, ESICM is very happy to offer members of cooperating national societies the ability to also become members of ESICM at a reduced price during the first 3 years of their ESICM membership.

For €100, you get the following membership benefits:

- Access to the online version of the journal *Intensive Care Medicine* (no paper version)
- Access to the PACT web-based learning programme (2nd Edition)
- Free copy of the ESICM year book
- All other membership benefits such as discount rates on EDIC board exams and the ESICM Annual Congress.

Cooperating societies are listed online at esicm.org/dual

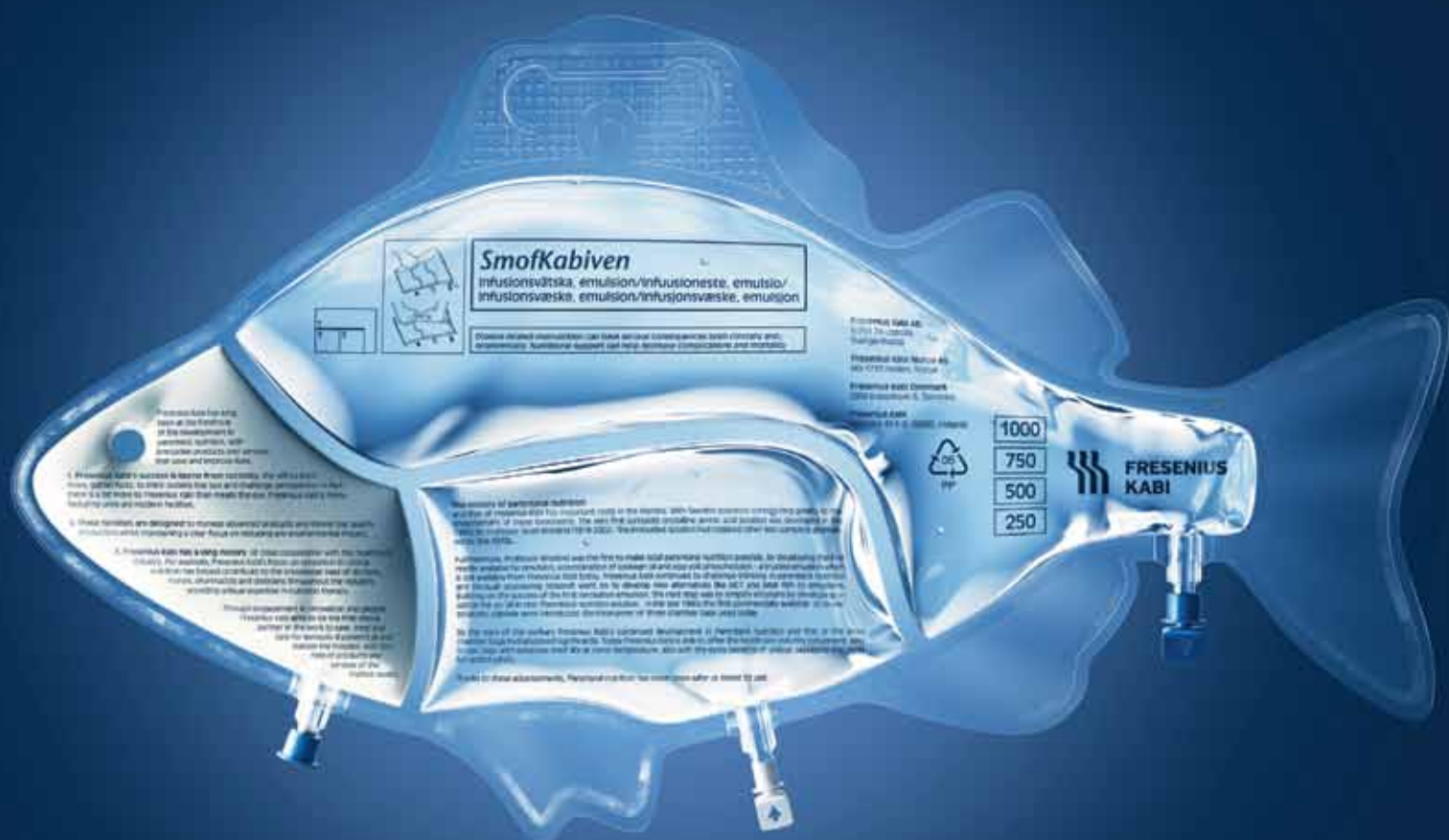
This offer can save you €85.
Don't miss out, join today!

To take part in this offer,
or to find out more, please visit

www.esicm.org/dual

SmofKabiven®

TREKAMMERPOSE



Fresenius Kabi Norge AS
Gjerdrums vei 12
0484 Oslo
Telefon 22 58 80 00
www.fresenius-kabi.no



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Individuell utdanningsplan - hva og hvorfor?

Birgitte Sterud

Overlege og Prosjektleder Forskning, Fagutvikling og Innovasjon, Sykehuset Østfold

Leder i Spesialitetskomiteen i anesthesiologi

birgitte.sterud@online.no

Ansvar for spesialistutdanning deles av utdanningsavdelingen og den som er i spesialisering (LIS).

Utdanningsavdelingens ansvar fremgår av http://www.legeforeningen.no/asset/29713/1/29713_1.pdf "Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanning av leger"

Vi fremhever: Leger under spesialisering skal tilbys et godt utdanningsløp med mulighet for individuelle ordninger.

Hva kreves av LIS?

Ansvar for egen læring! Det er: Å benytte seg av tilbudet og utnytte mulighetene. Avdelingene skal altså gi tilbudet og legge til rette – men det er LIS selv som må gjennomføre.

For å bli spesialist må en ha nødvendig tjeneste med henblikk på lengde og innhold ved en eller flere utdanningsinstitusjoner, inklusive gruppe I-tjeneste. Prosedyrekravene må oppfylles i henhold til målbeskrivelse.

Med nødvendig tjenestes innhold menes alle deler av aktivitetene ved den avdelingen man arbeider ved: Vaktarbeid og tjeneste på dagtid. Dette inkluderer i tillegg til klinisk arbeid også dokumentasjon, deltagelse i avdelingens internundervisning (også ved selv å undervise), gjennomføring av fordypningstid og veiledning (ansvar for det siste er delt med veileder). LIS må oppsøke læringssituasjoner. Avdelingen plikter å stille med supervisjon. Detaljert innhold defineres av målbeskrivelse og sjekklister.



Illustrasjonsfoto: Thomas Husby.

LIS har helt selvstendig ansvar for å følge med på hvilke kurs som må tas, og å melde seg på til disse. Avdelingen plikter å gi permisjon til obligatoriske kurs. Til god hjelp finnes oversikt på Legeforeningens nettsider, og det orienteres om både utdanningsløpet og kurspakken på grunnkurs 1.

Ikke alle klarer å holde oversikten over eller strukturere sin egen utdanning. Det viser seg ved at man glemmer å melde seg på kurs, mangler dokumentasjon, i seneste laget oppdager at man har færre prosedyrer enn det som kreves, osv..

Vi ser enkelte gode individuelle utdanningsplaner (IUP) når vi årlig går igjennom samtlige (!) i forbindelse med vurdering av avdelingens rapporter om utdanningsvirksomheten. Jevnt over er IUP likevel tynne og til dels svært mangelfulle. Det virker som om de av mange betraktes kun som et nødvendig onde man bare trenger å forholde seg til når avdelingen skal sende inn sin rapport, der IUP'ene er obligatoriske vedlegg.

Spesialitetskomitéens motivasjon består bl.a. av et sterkt ønske om å bidra til best mulig spesialistutdanning og å legge til rette for dette. Kan en god mal for IUP være et egnet verktøy i å planlegge, holde oversikt over samt monitorere egen læring i forhold til noen dokumenterbare punkter? Vi håper det, og har derfor laget forslag til mal for IUP. Den finnes nå nedlastbar på Legeforeningens nettsider. NB! Dette er en første versjon og vi vil gjerne ha tilbakemeldinger, både på form og innhold. Det viktigste i den er imidlertid innholdet:

Planen rommer oversikt over planlagte og gjennomførte **obligatoriske og valgfrie kurs** samt andre relevante kurs, gjennomførte og planlagte rotasjoner, og plan for **gruppe I-tjeneste og sideutdanning**. Som før ønsker vi også at LIS fører opp hvilken litteratur som er lest. I tillegg finnes tabell over **tema LIS selv har presentert gjennom undervisning** enten på avdeling eller for andre. Her føres tema og målgruppe. Vi har også lagt stor vekt på **veiledning** i denne planen. Her finnes rubrikker for gjennomførte veiledningsmøter, med konkrete forslag til tema, og med plass for egne tema. Vi håper dette vil bidra til økt fokus på veiledning og kanskje også en hjelp til å vite hva veiledning kan og bør være. Flere av de foreslåtte tema kan egne seg godt for gruppeveiledning, noe vi anbefaler.

Planen inneholder også en tabell egnet for bevisst tilnærming til og planlegging av innlæring av teoretisk kompetanse og **praktiske ferdigheter**.

Legg spesielt merke punktet **opplæring i forskningsmetodikk, forskningsetikk og vitenskapsteori**. Fra 2005 har det vært et krav til Gruppe I-avdelinger å gi LIS dette. Det er obligatorisk og skal kunne dokumenteres. Flere avdelinger har til tross for at dette ble innført i 2005, vært for dårlige til å gi og å dokumentere dette. Spesialitetskomitéen kommer i 2011 til å jobbe for så stor kjennskap til dette at vi fra 2012 kan kreve slik dokumentasjon i forbindelse med søknad om spesialistgodkjenning.

Dette gjelder også for kravet til om at LIS i løpet av sin utdanningstid på gruppe I-avdeling skal ha deltatt i et fagutviklings-, forsknings- eller kvalitetssikringsprosjekt. Disse kravene gjelder som nevnt gruppe I-avdelinger – men vi kjenner til at flere gruppe 2-avdelinger faktisk tilbyr dette, noe som selvsagt er svært positivt! Viktig er altså at det dokumenteres, hvorfor dette også er tatt med i IUP.

Vi har også innbakt i IUP flere målsettinger som en påminnelse til LIS og avdelingen:

MÅLSETTING 1

1 veiledningsmøte pr måned. Hovedtema for veiledningsmøtet bør være avtalt på forhånd. Tema i tabell er forslag og kan byttes ut eller flyttes på, men vi anbefaler at disse tema er diskutert i veiledningsmøter i løpet av utdanningstiden. Flere veiledningsmøter skal og bør selvsagt romme aktuelle tema for den enkelte LIS i relasjon til egen praksis, og andre tema kan også bli aktuelle. Noen tema egner seg for gruppeveiledning, dette er å anbefale og vil dessuten spare avdelingens ressurser.

MÅLSETTING 2

Legens medisinsk-faglige progresjon bør evalueres hvert halvår i forhold til målbeskrivelse for faget, IUP og sjekk-/prosedyrelister. Dersom sjekk-/prosedyrelister brukes i avdelingen bør disse fylles ut og vedlegges IUP og senere søknad om spesialistgodkjenning. Når det gjelder beskrivelse av teoretisk/praktisk kompetansemål eller konkret ferdighet er det en utfordring å beskrive dette konkret og entydig. Målbeskrivelsen for faget kan her brukes, men bør ”brekkes opp” i mindre deler når mulig. Dette feltet kan også brukes til å summere opp når en har planlagt å ha oppnådd et visst antall prosedyrer av en viss type i listen. Det er å anbefale at felt legges til suksessivt, fremfor å slette tidligere mål. Slik vil denne delen bidra til et godt vurderingsgrunnlag for en selv og for veileder/avdelingsleder i forhold til progresjon.

MÅLSETTING 5

Sikring av supervisjon ved at det alltid er ansvarlig spesialist til stede på operasjons- eller intensivavdelingen. På vakttid kan det aksepteres at bakvakt er hjemme, dersom nattlig aktivitet på avdelingen er liten, og bakvakt har kort responstid.

MÅLSETTING 6

LIS skal ha prioritet for å følge internundervisningen ved avdelingen, og skal selv bidra med temapresentasjoner på lik linje med avdelingens øvrige leger. Minimumskrav for avdelingen er 90 minutter pr uke, 36 uker pr år. Sykehusets evt. fellesundervisning teller kun når den er fagspesifikk.

Vi anbefaler alle LIS å laste denne planen ned og å ta den i bruk. Diskuter den, gjør erfaringer og gi oss tilbakemelding!

SERUS - System for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehusavdelinger

Birgitte Sterud

Overlege og Prosjektleder Forskning, Fagutvikling og Innovasjon, Sykehuset Østfold

Leder i Spesialitetskomiteen i anesthesiologi

birgitte.sterud@online.no

Leder av utdanningsutvalget ved anesthesiavdelingen et sted i januar 2010: Pokker, der kom det igjen dette skjemakravet fra SERUS! Synes vi nettopp har levert? Dette har jeg egentlig ikke tid til! Tidsfristen 1. mars nærmer seg i rasende tempo. SERUS maser på meg om utdanningsplaner, tall, meninger, avkrysninger - og jeg maser og maser på LIS for å få dem til å levere oppdaterte utdanningsplaner og gi tilbakemeldinger på spørsmålene i SERUS-skjemaet, på seksjonene for å få tak i tallene, på undervisningsansvarlig for internundervisningsoversikt, og hvem skulle revidere avdelingens utdanningsplan? Og hvordan skal vi beregne tid sammen med spesialist?? Skal vi se - her har vi i hvert fall fjorårets skjema - vi forandrer litt her og der, og håper det holder - tilbakemeldingen i fjor var jo nesten grei nok... Hva skal alt dette være godt for?

Spesialitetskomiteén, mars 2010

Elektroniske meldinger fra SERUS begynner å komme om at avdeling Y og Z har levert sine rapporter. Heldigvis trenger vi ikke å tenke på det før i mai nå som vi har lagt om arbeidsmetodene våre og satser på felles arbeidsmøter for å vurdere utdanningsrapportene...

Spesialitetskomiteén, mai 2010:

Nå skal vi ha arbeidsmøte – men hvor er alle SERUS-rapportene? Vi mangler rapporter fra 15 avdelinger, det er snart tre måneder siden fristen gikk ut. OK, vi gjør de vi kan nå, så får vi ta et nytt arbeidsmøte til høsten... Det må bli før 1. september – håper ferien er tilnærmet avviklet på avdelingen til da, slik at det lar seg gjøre å få permisjon, så jeg slipper å sitte med dette kveld og natt.

Så var det rapportene... Her mangler det individuelle utdanningsplaner. Og denne generelle utdanningsplanen er ikke revidert siden 2003. På

dette skjemaet mangler mange kryss. Og her ser det ut til at de bare har kopiert fjorårets skjema. De har til og med glemt å endre dato... Denne avdelingen har ikke sendt inn oversikt over internundervisning for siste del av 2009. Og her – bare 15 % av LIS har deltatt i å svare.

Hva skal vi egentlig med slike rapporter – når avdelingene ikke rapporterer ordentlig har vi jo ikke noe grunnlag å vurdere på!

**“If you can’t beat them,
join them!”**



E2010-1198

SERUS-RAPPORTENE ER VIKTIGE. OG MANGE AVDELINGER LEVERER GODE RAPPORTER.

Men altså – de som slurver skaffer oss unødige mye frustrerende ekstraarbeid.

Det er svært hyggelig å skrive veldig positive tilbakemeldinger til de avdelingene som viser at de satser på utdanning og leverer svært gode rapporter. Enkelte leverer dårlige rapporter – de underrapporterer god utdanningsvirksomhet, eller satser ikke nok på utdanning. Da blir våre vurderinger deretter. Vi kan ikke vite annet enn det som rapporteres. Og det er mildt sagt kjipt når vi må være strenge, og i enkelte tilfeller true med tap av tellende tjeneste, eller tap av status som utdanningsavdeling.

Er skjemaene egnet til å vurdere kvalitet? Flere har klaget over spørsmålene i skjemaet og det forstår vi i Spesialitetskomiteen godt. Selve hovedskjemaet er likt for alle spesialiteter. Enkelte felt er dermed lite relevante for enkelte spesialiteter. Det er Spesialitetsrådet som rår over dette skjemaet. Det er revidert – men vi mener fremdeles det kunne vært bedre.

Tilleggsskjemaet derimot, rår Spesialitetskomiteen over! Dette er kraftig revidert og dere får ny versjon for 2011. Det er i excel-format, og inneholder en kombinasjon av fritekstfelt, og avkryssingsfelt – der et klikk i musepeker markerer i valgt rute. Vi håper at skjemaet skal være både mer brukervennlig og gi bedre kvalitetsrapportering. Selvsagt er vi svært interessert i konstruktive og konkrete tilbakemeldinger på dette skjemaet, for senere revisjoner.

I kommende rapportering vil det altså være svært avslørende om gammelt skjema benyttes... Bruk det nye! Det kan lastes ned fra SERUS-sidene.

Dessverre er produksjonspresset så høyt på mange avdelinger at det går ut over anledningene til å utnytte læringsmulighetene. Vi vet at

det flere steder er slik at for å få gjennomført operasjonsprogrammet blir de LIS som har tilstrekkelig erfaring satt i produksjonen av det enkle og forventet ukompliserte, mens spesialister gjennomfører det mer kompliserte. Dette er svært uheldig når det blir regelen mer enn unntaket.

Spesialitetskomiteen har ikke som mål å rette kritikk mot den enkelte avdeling vedrørende forholdet mellom produksjonskrav og tilgjengelige legeressurser. Svært få, om noen, rår over dette selv. De fleste har tøyd strikken svært langt og mange overleger har et stort press på seg i forhold til produksjon av anestesi, supervisjon, veiledning, administrative oppgaver, undervisning, forskning osv..

Spesialitetskomiteen ønsker både å anerkjenne det svært gode utdanningsarbeidet som gjøres mange steder, og å peke på utfordringer og mangler ved de ulike utdanningsavdelingene som insitant til forbedring av utdanningsforholdene. Ingen klarer å gjøre alt perfekt. Alle har forbedringspotensial. Man trenger ikke å være dårlig for å kunne bli bedre. Noen får beskjed om at forbedring MÅ finne sted som en forutsetning for at godkjenning kan gis/kontinueres.

Flere avdelinger bruker tilbakemeldingene fra Spesialitetskomiteen som en oppgaveliste for forbedring. Enkelte steder gis utdanningsutvalget i oppdrag å bedre det de kan gjøre noe med. For andre avdelinger må arbeidet delvis omorganiseres, for eksempel ved endring av tidspunkt for internundervisning, eller å legge veiledningstid inn i tjenesteplanene for å få den gjennomført. Atter andre bruker tilbakemeldingen opp mot sykehusledelsen for tilføring av ressurser, dersom dette er nødvendig for forbedring.

SERUS-rapportering: Oppskrift på vellykket rapport -en rapport som gir et godt vurderingsgrunnlag.

1. Begynn med LIS. Skriv ut skjemaet og be dem krysse av på de punktene som er relevante for dem. Dette må gjelde alle LIS. Det svaret som skal leveres inn bør være et gjennomsnitt av LIS'svar. Manglende innsats her bør sees på som manglende vilje til å

utføre en pålagt oppgave, og bør medføre en prat med veileder eller avdelingsleder.

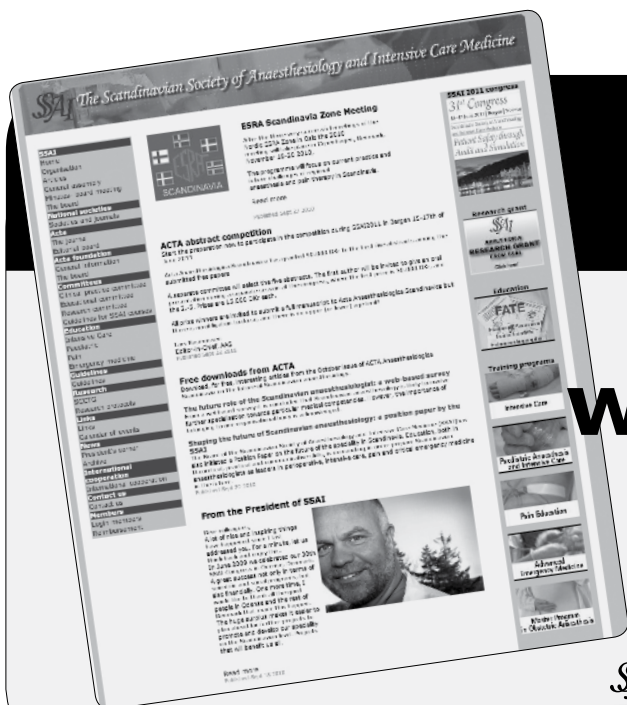
2. Individuelle utdanningsplaner. Ny mal for dette finnes nedlastbar på Legeforeningens nettsider. Gjør LIS oppmerksomme på dette allerede nå. Dette er også en pålagt oppgave, og "skulk" bør påtales.
3. Be LIS og veilederne om å avtale veiledermøter med denne nye malen som tema, og gi dem et tidspunkt på tjenesteplanen for å få dette til, samt faktisk tid til å gjøre det.
4. Avdelingens utdanningsplan kan revideres nå, om det ikke er gjort tidligere i år. Bruk legeforeningens mal. Har den ikke vært brukt før, så se på den likevel, og se om det er noe som mangler. Vi vil gjerne at vaktssystemene fremgår – altså hvor mange-delte vakter LIS og overleger går og om spesialist er tilstede natt/helg. Ta med alt som er bra! Det vi ikke får vite kan vi heller ikke vurdere.
5. Skriv ut tilleggsskjema og deleger til en sekretær (om dere har) å skaffe kvalitetssikrete tall fra sykehusets/avdelingens registreringssystemer.
6. Sørg for at internundervisningsplaner er elektroniske og finnes på et fellesområde, slik at det er enkelt å laste ned. Det er faktisk gjennomført undervisning som skal rapporteres. Assistentlege-kollokvier teller kun dersom spesialist er med. Sykehusets fellesundervisning teller kun dersom den er fagspesifikk for anestesi (stort sett bare de gangene anestesiavdelingen har ansvar for den). MTU-utsjekk og utstyrstrening er en del av forventet og nødvendig opplæring ved avdelingen og teller ikke som

internundervisning, det gjør heller ikke legemiddelpresentasjoner ved legemiddelfirmaer.

7. Vit forskjellen på supervisjon og veiledning. Det fremgår i eget innlegg i dette NAF-forum.
8. Hva var spesialitetskomiteens tilbakemelding i fjor? Ble det gitt råd eller stilt krav? Er de etterkommet? Vær konkrete,
9. Har dere utfordringer så skriv dem gjerne ned! Vi ønsker å bidra konstruktivt, og det er absolutt lov til gjennom SERUS-rapportene å be om råd.
10. Gjør dere noe lurt som det egentlig ikke finnes rubrikk for i rapporteringsskjemaet? Skriv det ned i eget vedlegg! Vi vil gjerne at dere skryter av det som er bra – legg gjerne ved avdelingens publikasjonsliste for aktuelle år, faglige arrangementer avdelingen har stått for og om LIS har fått delta aktivt i utforming og gjennomføring av kurs, møter etc. Dersom dere har sendt veilederne på kurs må dere selvsagt nevne dette.

En grundig SERUS-rapport sparer oss og dere for mye unødigg etterarbeid. Den som skal lage en slik rapport MÅ få satt av arbeidstid til dette og det er avdelingsleders ansvar.

Deres rapportering og våre vurderinger av disse er oppgaver pålagt oss av departementet. Vi kommer ikke utenom. I fellesskap kan vi utnytte dette som et av flere verktøy til hjelp i organisering og kvalitetssikring av utdanningsvirksomheten.



www.ssai.info

SSAI The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine

LIS og “ferske” spesialister uttaler seg om veien mot spesialistgodkjenning

Katrine Finsnes

Assistentlege, Akuttlinikken, Stavanger Universitetssykehus og Medlem i Spesialitetskomiteen
knirken_f@yahoo.com

Det er mange engasjerte og flinke leger i spesialisering (LIS) og unge spesialister rundt forbi i landet. Jeg har spurt noen av dem om deres synspunkter på den obligatoriske kurspakken i anesthesiologi, supervisjon og veiledning. Enkelte LIS ønsket ikke å svare av frykt for å ”avkle” sin egen avdeling.



Søren Pischke

Søren Pischke studerte medisin i Tyskland, og tok en doktorgrad under studietiden. Han hadde ett års forskningsopphold i Pittsburgh, før han kom til Norge i -05. Her jobbet han først tre år ved anesthesiavdelingen i Drammen. Kort tid etter ansettelse der begynte han som avdelingstillitsvalgt, og deretter som YLF hovedtillitsvalgt for helseforetaket. De

siste to årene har han hatt en fulltidsstilling som stipendiat ved OUS, avdeling Rikshospitalet. Arbeid ved Oslo legeambulanses supplerer bankkonto og klinisk erfaring underveis. Målet er norsk doktorgrad i løpet av 2011, og deretter å fullføre spesialiteten med gruppe 1-tjeneste ved samme sykehus.

Han har tatt de fleste kursene i den ”gamle” kurspakken, og mangler kun kurset om smertebehandling og akuttmedisin etter den nye modellen. Overgangsordningen gjelder frem til 2014, så Pischke synes omleggingen er god motivasjon til å bli ferdig. Han mener flere av de

obligatoriske kursene i den tidligere modellen var bortkastet tid fordi en ikke lærte det en hadde behov for. Den nye kurspakken virker å adressere dette på en ambisiøs måte.

Pischke sin erfaring med supervisjon før han gikk ut i forskning er at det er mangelfullt. Han mener det alltid vil være vanskelig fordi det er så personavhengig. Mange overleger er motivert og prøver å videreformidle sin erfaring, men det gjelder ikke alle. Han sier det alltid har vært lett å få supervisjon når det dreier seg om spesielle pasientkasuser eller nye operasjonsteknikker, men ikke i ens daglige virke. **Han savner mer supervisjon i hverdagen slik at en kan få tips om mer optimale metoder og eventuelle uvaner en har lært seg til kan plukkes opp. Han mener også at det ville vært bra med mer direkte kritikk.** Det er veldig hyggelig og nødvendig med ros, men en må heller ikke være redd for å gi konstruktiv kritikk.

Erfaringen med veiledning er langt bedre, og det skyldes delvis avdelingsoverlegen i Drammen som hadde fokus på dette. Han hadde gjennomsnittlig to strukturerte samtaler i året, og ellers ved



Klart vi kan!

Kongress & Kultur AS er en profesjonell kongressarrangør (PCO). Vi har kompetanse og erfaring i rådgivning, teknisk tilrettelegging og gjennomføring av **kongresser, kulturarrangement** og **events**, i samarbeid med nasjonale og internasjonale oppdragsgivere.

Vi avlaster deg for alt det praktiske og du kan konsentrere deg om det faglige programmet.

Sammen skaper vi opplevelsesrike og hyggelige arrangementer.

Kongress & Kultur AS – fast samarbeidspartner for NAF!

Kongress & Kultur 

www.kongress.no eller **55 55 36 55**

behov. I tillegg kom inngående diskusjoner over kaffen imellom “produksjonen”. Pischke sier videre at veiledning blir enda bedre når man tar en doktorgrad. **Hvis en vil se hvordan veiledning egentlig kan fungere bør man ta en doktorgrad, for da er oppfølgingen svært tett. Han mener en selv kan bli en bedre veileder av å bli veiledet igjennom en doktorgrad.**

På spørsmål om hvordan årene med fagforeningsarbeid har formet hans utdanningsløp er han svært positiv. Det er en bra innføring når en kommer til et nytt land, og **han vil anbefale alle nye landsmenn å bli tillitsvalgte.** En får en innføring i hvordan norske sykehus drives, hvordan ansettelsesprosesser fungerer, og hvordan utdanningsløpet er. Ikke minst vil en kanskje oppdage at forhold en ikke forstår som ny i landet er det heller ingen andre som forstår! Det å være tillitsvalgt har også gjort ham oppmerksom på hva en har krav på, men samtidig også mer bevisst på hva en skal yte.

Hege Ersdal

Hege Ersdal studerte medisin ved Universitetet i Oslo (UIO), og begynte ved anesthesiavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) i -02. Under studietiden var hun også tilknyttet Institutt for Internasjonal Helse, der hun fikk et forskningsstipend. Dette medførte bl.a. tre lengre forskningsforhold i Zimbabwe der hun forsket på fødselshjelp. **Ersdal har et sterkt ønske om å bedre vilkårene for fødende i den tredje verden, og ser at en måte å oppnå dette på er gjennom forskning.** Derfor begynte hun på en doktorgrad i forbindelse med det internasjonale prosjektet: Helping Babies Breathe (HBB) i regi av American Academy of Paediatrics og World Health Organization. I -08 fikk Ersdal en fordypningsstilling der hun initialt var i forskning 50% av tiden, og etterhvert 100%. I den senere tid har hun også mottatt et forskningsstipend fra Laerdal Foundation for å evaluere kurset som er implementert gjennom HBB. Kurset er en svært forenklet versjon av Advanced Paediatric Life Support (APLS). I Tanzania evaluerer hun implementeringen av dette på fire nivåer: fra tilbakemeldinger og kunnskapsretensjon i forbindelse med selve kurset, og videre til klinisk implementering og faktiske forskjeller på overlevelse. Ersdal ble ferdig spesialist i år, og satser på ferdig doktorgrad i løpet av neste år.

Som Pischke har Ersdal alle kursene etter den "gamle" modellen. På spørsmål om den nye kurspakken svarer hun spontant at det er godt den tidligere kurspakken er endret. Hun er en av de mange som underviser under Grunnkurs 2, så denne delen av den nye kurspakken er hun kjent med. Grunnkurs 2 har en stor grad av praktiske øvelser og simulering, noe som stimulerer til implementering av teoretisk kunnskap i praksis.

I den tidligere modellen for de obligatoriske kursene lærte en mye teori, men en manglet verktøy til å omgjøre denne til klinisk praksis. Grunnkurs 2 har sikkert rom for forbedringer, men det er stort sett bra og Ersdal tror at målet oppnås.

Supervisjon er ikke aktuelt nå som Ersdal forsker på fulltid, men hun opplevde det som mangefult da hun var i klinikken. Da hun først begynte som LIS ved anestesien opplevde hun en høy grad av supervisjon, men dette ble raskt redusert. Hun har hele tiden opplevd en trygghet ved at hjelp raskt var tilgjengelig ved problemer, men mester-svenn læring har manglet. Ersdal har flere ganger opplevd å stå i situasjoner hun ikke føler seg kvalifisert for. Da er det fort gjort å lære seg egne metoder som ikke nødvendigvis er hensiktsmessige.

Da hun forsket på fødselshjelp hadde hun en veileder ved Karolinska sykehus i Sverige som det var vanskelig å komme i kontakt med. I forbindelse med doktorgraden har hun en veileder i New York, og en i Oslo. Hun har ikke regelmessige, strukturerte samtaler med disse, men hun opplever dem som imøtekommende og tilgjengelige når hun lurte på noe. Ved SUS er det generelt svært sjeldne veiledningssamtaler for LIS. **Dette skyldes nok delvis at folk ikke vet hva veiledning skal inneholde, og det oppleves derfor som ueffektiv tidsbruk.** Utdanningsutvalget som Ersdal er leder for nå jobber for å fremme veiledning som et meningsfylt verktøy.



Ulrich Spreng

Ulrich Spreng ble ferdig med spesialiteten i januar i år. Han har i løpet av spesialiseringen sin jobbet ved Bærum sykehus, og Oslo Universitetssykehus avdeling Ullevål og avdeling Rikshospitalet hvor han fortsatt arbeider. I perioden ved Ullevål var han også tillitsvalgt.

Han synes ikke han kan uttale seg om den nye kurspakken, da han var ferdig med alle kurs før den ble innført. Spreng har positive erfaringer med supervisjon fra sin tid som LIS. Han har ikke så mye erfaring med å supervisere andre så langt, men mener at det er en viktig oppgave. **Det er lett å tro at man kan ting når en fortsatt har mye å lære.** Han syntes det var kjekt å jobbe så mye selvstendig som LIS, og tror også det er riktig at det skal være slik. Men det er fortsatt viktig å få noen tilbakemeldinger på det arbeidet en faktisk gjør.

Spreng synes veiledning fungerte veldig bra da han arbeidet ved Bærum sykehus. Det var regelmessige veiledersamtaler, og veileder tok seg god tid. De prøvde å sette opp et tema på forhånd (f.eks. forskning i anestesi eller videre progresjon i spesialiseringen), og det fungerte bra. Da han startet ved sykehus med gruppe 1-status ble veiledning sjeldnere (ca. hver tredje måned). Han mener det var naturlig, da han allerede hadde lært mye til da.



Ewa Gawecka

Ewa Gawecka begynte å spesialisere seg i anestesi ved Haukeland Universitetssykehus i -05. Etter 8 måneder her startet hun ved Tønsberg sykehus, etterfulgt av en kort stund ved Bærum sykehus. I april i år fikk hun en 4-års utdanningsstilling ved Oslo Universitetssykehus, avdeling Rikshospitalet. Gawecka synes det har vært bra å jobbe ved forskjellige sykehus. **5 års erfaring fra**

4 forskjellige sykehus gjør en mindre firkantet; En ser at det er mange måter å gjøre ting på. Hun har nå startet på SSAI-utdannelsen i avansert smertebehandling. Ellers er hun interessert i pasientsikkerhet, og er blitt med i det nylig opprettede pasientsikkerhetsutvalget. Hun er også stedfortredende verneombud for anestesilegene ved OUS, avdeling Rikshospitalet.

Gawecka har alle kursene etter den tidligere kurspakken. Hennes inntrykk av den nye kurspakken er en positiv oppbygging med en grundel som en bygger videre på. Basisdelen ser ut til å gi et godt grunnlag for dem som er interessert i å ta ESA eksamen. Det er positivt at enkelte ting virker svært gjennomgående, f.eks. farmakologi som en rød tråd gjennom kursene.

Hennes erfaring med supervisjon har vært varierende ved de forskjellige sykehusene. I det daglige har det alltid vært overleger hun kan rådføre seg med, men graden av mester-svenn læring varierer mye. Det er generelt mer press på "produksjonen" ved sentralsykehus enn universitetssykehus. I forhold til tilgjengelige ressurser forsøker en så langt det er mulig å gjennomføre supervisjon ved sentralsykehusene også, men det er en annen opplevelse her ved OUS, Rikshospitalet. Det er 3-måneders lange rotasjoner med fast overlege ved hver seksjon som følger tett opp. Noen av stedene står overlege sammen med LIS hele tiden. Det er forventet at en skal ha forberedt seg grundig og terskelen for å gjøre feil er høyere, men en har samtidig mer tid.

Gawecka sier hun raskt har blitt tildelt veileder etter tiltredelse ved hvert arbeidssted, og hun synes veiledningen stort sett har vært meningsfylt. Oppfatningen har stort sett vært at veiledning handler om progresjonen i spesialistutdanningen, og dette er i hovedsak LIS sitt ansvar. Det er LIS som til enhver tid må gjøre seg kjent med hvordan kravene til spesialistgodkjenning endrer seg. LIS kan så informere sin veileder

om hvordan kravene til spesialistgodkjenning er nå, og hva en mangler for å fullføre spesialiteten. Ut i fra dette kan veileder være behjelpelig med å ordne rotasjoner o.l. Hun har også sett at veiledere ofte forhører seg i avdelingen hvordan en LIS fungerer i forkant av veiledersamtaler. Hun har selv opplevd å få positiv og negativ tilbakemelding på en fin måte som har gjort henne til en bedre lege. **Gawecka mener det er viktig å ha en veileder som gir en et klapp på skulderen og samtidig utfordrer en til å bli enda bedre.** Ved hennes nåværende arbeidsplass har hun fått en svært dreven veileder som selv kontakter henne for å avtale neste veiledningstime, noe hun ikke har opplevd tidligere. **Hennes erfaring er videre at når en selv møter forberedt til en veiledningssamtale får en mer ut av tiden.**



Ingbjørn Vestre

Ingbjørn Vestre startet med spesialiseringen innenfor anestesi i år. Han jobber ved Oslo Universitetssykehus, avdeling Aker, og har nå 9 måneders erfaring. Han har nå tatt Grunnkurs 1 og 2 ifølge den nye kurspakken, og har et positivt inntrykk så langt. Han synes konseptet er bra, men er bekymret over at kullmentaliteten kan bety at kursene blir en flaskehals i spesialiseringsprosessen.

På neste spørsmål svarer han at han selvsagt får supervisjon i arbeidshverdagen, men at det generelt sett blir lite tid sammen med mer erfarne leger. **Han etterlyser mer mester-svenn læring for å skape bedre anestesileger.**

Vestre synes veiledning er en verdifull ordning. Han har selv måttet skifte veileder 3 ganger i løpet av sin korte tid i faget, og har da hatt veiledning 4-5 ganger. Vestre ser potensialet i veiledning som institusjon.



Daniel Manfred Stoffel

Daniel Manfred Stoffel er en verdensborger med bred medisinsk erfaring. Han startet innenfor helsevesenet som ambulansesjåfør under siviltjeneste i Røde Kors. Deretter studerte han medisin i Tyskland og tok en doktorgrad underveis. Forskningen betydde 8 måneder med kontinuerlig arbeid som resulterte i publikasjon i et anerkjent tidsskrift. Stoffel er glad han gjorde det fordi det har vært en døråpner for fremtidige jobber.

“Praktische Jahr” (lignende norsk turnustjeneste) utførte han ved Stanford hospital, Florø sykehus i Norge, og ved anestesivdelingen i Freiburg, Tyskland. I -98 begynte han ved anestesivdelingen i Stavanger hvor han ble i 14 måneder. Deretter begynte han ved Rikshospitalet og ble ferdig spesialist i anestesi der i -03. I løpet av de neste 2 årene tok han SSAI sin videreutdanning i barneanestesi og -intensiv, og jobbet

da bl.a. ved Rigshospitalet i København. Deretter jobbet han to år som anestesilege ved Stanford Hospital sin barneseksjon. Så var han tilbake ved Rikshospitalet i Oslo en kort stund før han fikk en fast overlegestilling ved Bærum sykehus i -09. Der jobber han nå med å innføre ultralyd-veilede prosedyrer til blokkader og intravaskulære tilganger.

Stoffel har erfart forskjellige nivåer av supervisjon ut ifra sine ulike arbeidsssteder. **I Norge jobber en svært selvstendig fra første stund, i hvert fall etter de første 3 månedene. Da er det lettere å lære seg feil som ikke blir plukket opp fordi ingen observerer en i det daglige.** Ved Stanford Hospital hadde han stilling som “Clinical Instructor”. Da arbeidet han 60 % av tiden helt alene, og 40 % av tiden sammen med en LIS. I tiden med LIS var det de som gjorde alt arbeidet så langt det var mulig, med overlegen kontinuerlig tilstede. Med 100 % supervisjon av LIS er terskelen lavere for å gå i gang med mer utfordrende tilfeller under kontrollerte omstendigheter, og dermed utvide kompetansenivået. Den resterende tiden der Stoffel arbeidet alene lærte han å klare seg selv. Det har lært ham å forberede seg godt på forhånd, og ha alt tilgjengelig fra starten av dagen.

I Norge tillater ikke bemanningssituasjonen god nok supervisjon. Han er nå veileder for LIS selv og forsøker å sette opp regelmessige samtaler. Dessverre gjør bemanningssituasjonen seg gjeldende også her, så det blir ikke fullt så ofte som ønskelig.



Theresa M. Olasveengen

Theresa M. Olasveengen jobber ved anestesivdelingen i Ålesund, og begynte der i august -09. I løpet av sine 1,5 år med anestesierfaring har hun tatt Grunnkurs 1 og 2. Hennes inntrykk så langt er at det virker som en fornuftig kurspakke, med bra progresjon i takt med de utfordringer LIS møter etter hvert som de får mer erfaring.

Olasveengen er veldig fornøyd med hvordan supervisjon fungerer i Ålesund. Hun sier det er engasjerte overleger som arbeider der, som nærmest “holder LIS i hånden” i starten. Hun mener det er bra med ressurser som tillater optimal mester-svenn læring.

Selv har hun fått tildelt en ung og entusiastisk veileder som opptatt av at LIS skal bli gode anestesileger. Initiativet til en veiledersamtale kan like gjerne komme fra henne som fra veileder, og de prøver å få det til ca. 1 gang i måneden. Hyppigheten varierer selvsagt noe, men stort sett fungerer det veldig bra.

Ved målstreken i spesialiseringens skole - tanker mot slutten av en spesialistutdanning

Ewa Gawecka

Lege i spesialisering, OUS Rikshospitalet

ewag11@hotmail.com

Over fem år med klinisk arbeid mot et mål, spesialisering innen anestesi og intensivmedisin, er fullført. Utallige loggbøker, utdanningsplaner og møter med diverse veiledere på spesialiseringens vei er unnagjort. Mange ekstra vakter for å kunne lære ennå litt mer, bli enda bedre forberedt i klinikken, for å kunne vite det lille ekstra som kan gjøre at jeg takler en ukjent vanskelig situasjon i fremtiden. Spenning, glede, slit, lite søvn og noen ganger lite mat gjør at jeg mot slutten av en lang spesialistutdanning gjør meg noen refleksjoner.

Hvordan jeg havnet på denne medisinske hyllen

Jeg var heldig nok som hadde interessen for faget allerede under studiet. Det var på en måte som om de aller sykeste pasientene var den ultimate utfordring. Dessuten så jeg at jeg kom til å like arbeidsformen med mye allsidighet og praktisk arbeid så vel som det teoretiske mangfoldet. Som medisinstudent var jeg aller mest fascinert av pasienter som lå der kunstig i narkose eller koma og som viste tydelig de synlige medisinske fremskritt det moderne helsevesen har gjort. Det å kunne jobbe i team med akutt syke pasienter som nettopp har fått livet snudd på hodet i en ulykke eller annen plutselig sykdom virket for meg som det viktigste som vi som sykehusleger kunne drive med. Å hjelpe noen med smerter av ulike slag virket svært utfordrende, ikke bare som et symptom, men med tanke på at det er det hele mennesket vi som anestesileger behandler.

Starten på hele anestesitilværelsen

Det er nesten rart å tenke tilbake på hvordan interessen for anestesi og intensivmedisin først startet. Mange år med studier og deretter mange



Noen av mine kolleger ved Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. Fra venstre: Ewa Gawecka, Bjørn Løvhaugen, Ole Johannes Grymyr, Morten Svalebjørg. Bak: Haakon Fossgård og Rune Kaldestad. Foran ligger en sliten avtroppende vakthavende Gunnhild Øverland. Foto: Overlege Sjur Sponheim.

års arbeid har gjort at det virker som om dette skulle bli min vei helt fra starten. Første virkelige erfaring med anestesi fikk jeg da jeg hadde rotasjon innen anestesi under turnustjenesten min i Glasgow, Skottland. Skotter er ikke direkte kjent for god tannstatus, så noen fortenner gikk naturlig nok med. Men det til tross, allerede da bestemte jeg meg for at dette var spesialiteten for meg. Men jeg vet jo at utallige små og store valg på veien har gjort at målet om å bli spesialist innen anestesilogi og intensivmedisin nå er i ferd med å realiseres. Jeg visste at det ville bli lange arbeidsøkter med mye adrenalin og spenning, men ikke at det skulle bli med på å prege meg så mye. Kurs, konferanser og høstmøter har gjort at jeg har blitt kjent med faget og ikke minst anestesimiljøet her i Norge. Det å jobbe på ulike anestesiydelinger i Norge (Haukeland, Vestfold, Asker og Bærum og nå Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet) har i tillegg gjort at jeg er blitt svært tilpasningsdyktig, kan gjøre ting på ulike måter og i tillegg har blitt kjent med mange av menneskene som representerer spesialiteten her i Norge.

Fordelene ved denne spesialiseringen

Når jeg spør andre kollegaer på slutten av sin spesialistutdanning om hvordan de ser tilbake på tiden i utdanning, sier mange at de føler at de først og fremst har en privilegert arbeidssituasjon. Det å kunne være i en jobb der man kontinuerlig får graderte oppgaver i forhold til sitt kliniske nivå gjør at man er i konstant utvikling, noe som er det beste med anestesifaget vil mange hevde. Mulighetene til å jobbe og bli gode klinikere, også innen andre spesialiteter, er anestesifagets styrke. En av USAs fremste anestesileger, Dr. Ronald Dworkin, skriver at: "Every medical student learns an old adage: You can skimp on some medicine, but you can't skimp on obstetrics or anesthesiology. An elderly surgeon explained it to me this way: In surgery, people die in hours, days or weeks – but in obstetrics and anesthesiology, they die in minutes or seconds" (1). Noe av det jeg da også husker aller mest fra min egen anestesilegutdanning var et hospiteringsopphold i USA som jeg selv klarte å organisere. Det å sette sine egne kliniske erfaringer i et internasjonalt perspektiv lærte jeg særlig mye av.

Når Alvoret slår inn

Mange leger, ikke bare anestesileger, føler at vi i økende grad skvises i alle ender. Mange av oss trodde at vi skulle jobbe med en forlokkende spesialitet med faglig innflytelse, men mye i sykehusene styres nå av andre interesser. Faglighet må veies opp imot praktiske ressurser, økonomisk styring og andre pressede spesialister og pasientgrupper. Det er ikke det at den faglige fremgangen stopper opp, legene merker vel heller hvor lite innflytelse man har over sin egen arbeidssituasjon. Muligheten er imidlertid der til å påvirke, involvere seg og være en engasjert og aktiv anestesilege. Dessuten kan det å kunne jobbe med helt andre ting, som for eksempel forskning og utdanning, kanskje gi mange av oss helt uante muligheter i våre karrierer i fremtiden. Uansett, min erfaring med ulike anesthesiologiske avdelinger har gitt meg forståelsen av at det er ganske store forskjeller på hvordan vi som anestesileger skaper et miljø og arbeidsforhold ved de ulike sykehus

her i landet. Det kan med fordel oppmuntres til mer "rotasjon" ikke bare blant oss underordnede leger.

Forpliktelsene som følger med

Hvordan skal jeg klare å holde meg oppdatert i fremtiden? I mylderet av medisinsk litteratur og i den daglige strøm av publikasjoner krever det disiplin å følge med selv innen ett avgrenset område av vår svært omfattende og allsidige spesialitet. Hvordan skal jeg da klare å holde meg oppdatert innen hele bredden av min spesialistutdanning? Heldigvis har medisinsk litteratur aldri vært så tilgjengelig som nå. Bare ved ett tastetrykk kan man komme inn på all verdens oppsummeringer av kunnskapsbasert praksis. Legeforeningen har strukturert informasjonen for oss under spesialistutdanningen og vært ansvarlige for kurs og kunnskapsformidling. De mange foreningene for anestesileger, både nasjonalt og internasjonalt, bidrar ikke bare til å spre oppdatert kunnskap innen anestesifagets søyler, men inviterer på utallige møter og kongresser der den nyeste kunnskap kan formidles. Hvis man ønsker å fordype seg i en retning innen anestesifaget kan The Scandinavian Society for Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI) tilby nordiske subspecialiseringsprogrammer innen intensivmedisin, barn, obstetikk, smerte og akuttmedisinsk videreutdanning for anestesilegespesialister. Ønsker man å kunne praktisere som spesialist også internasjonalt kan det være nyttig å ta eksamenen European Society of Anaesthesiology (ESA) har kalt European Diploma part 1 og 2 som er for europeiske anestesileger.

De som allerede er spesialister

Hva sier så mine overordnede kollegaer når de ser tilbake på sin tid i spesialistutdanning? Mange husker tiden som svært variert og lærerik, med muligheter til å kunne utvikle seg både allsidig teoretisk og praktisk. Viktigheten ved å ikke bli gående i utdanningsstilling for lenge før man blir spesialist stresses da mange mener at utdanningen er lang nok som den er. Å prøve å få erfaring tidlig som spesialist med alt det som dette innebærer av ansvar og krav blir også fremholdt. Det innebærer imidlertid at vi har en solid spesialistutdanning i bunn. Overlegene er der som veiledere, på tross av alle mulige omorganiseringer som ofte ikke bare truer, men faktisk skaper stor uro i forhold til fagformidlingen. Konsentrasjonen rundt det vi egentlig skal holde på med, nemlig å lære oss spesialiteten så godt at vi kan fungere i et allsidig og krevende medisinsk miljø, kan overskygge det faglige fokus i det så viktige mester-svenn miljøet som vi som anestesileger er så flinke til å skape. Det er også litt vemodig når overleger med svært lang og bred klinisk erfaring går av med pensjon eller slutter av andre grunner å jobbe i avdelinger, følelsen av tap i forhold til det man som yngre kollega ikke fikk erfart eller lært av disse er stort.

Fremtidens skjebne

Hva skjer så i fremtiden med faget? Blir vi alle subspecialisert eller blir det noen igjen av "allmenn-anesteologen"? I følge en stor nordisk undersøkelse i regi av SSAI ser det ut til at verdien av et

felles overordnet fag selv om det går mot ytterligere spesialisering mot særskilte medisinske kompetanser innen anestesi (2). Selv har jeg allerede begynt på ett av SSAIs spesialiseringsprogrammer, men er det riktig å gjøre det såpass raskt etter at man er ferdig generalist? Hva blir kravene fra arbeidsgiverne i fremtiden? Hvordan skal jeg klare å beholde helheten i spesialistutdanningen videre? Ønsket er jo der om å kunne klare "alt", kunne steppe inn og bare ta i et tak der det trengs, men ettersom kravene og forventningene øker blir fallgruvene større. Håpet mitt personlig er likevel at jeg skal klare å beholde så mye av allsidigheten i fra spesialistutdanningen min som mulig. Som kollegaer håper jeg at vi skal stå styrket videre i forhold til å videreutvikle og –

formidle vårt fantastiske fagområde som har revolusjonert og strukket så mange medisinske grenser.

Referanser:

1. DWORKIN, R. An Anesthesiologist's Take on Health-Care Reform. The Wall Street Journal, Opinion, Aug 19, 2009 (<http://online.wsj.com/article/SB10001424052970204683204574358281875211014.html>)
2. ÅNEMAN, A., MELLIN-OLSEN, J., SØREIDE, E. and on behalf of the SSAI Position Paper Task Force (2010), The future role of the Scandinavian anaesthesiologist: a web-based survey. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 54: 1071-1076. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02292.x

Verdenskongressen i Buenos Aires 25 -30. mars 2012

Kjære kolleger!

Det er på tide å tenke på 2012. Det er verdenskongress i Argentina (www.wca2012.com) uken før påske neste vinter, og da vil vi igjen arrangere fellesreise for interesserte norske kolleger og deres familier. Vi kan glede oss til både faglige høydepunkter og alt vi forbinder med Argentina - tango, fotball, vin, biff, kultur, natur.... Det blir lagt opp til sightseeing uken før eller etter kongressen. Det betyr at vi enten kommer hjem før påske, eller at vi buker påsken i Argentina. Synspunkter på dette mottas svært gjerne.

Jannicke Mellin-Olsen

Kontakt meg gjerne: jannicke@mellin.no



15th WFSA World Congress of Anaesthesiologists

Buenos Aires | Argentina | March 25 - 30 2012

www.wca2012.com

Målbeskrivelse og sjekkliste

- endringer i spesialistutdannelsen

Katrine Finsnes

Assistentlege, Akuttklinikken, Stavanger Universitetssykehus og Medlem i Spesialitetskomiteen

knirken_f@yahoo.com

I 2009 fikk vi en ny kurspakke innenfor anesthesiologi. Den obligatoriske kurspakken legger stor vekt på bruk av moderne pedagogiske metoder tilpasset aktuelle læringsmål og faglig innhold. Dette innebærer smågruppeundervisning, trening i praktiske ferdigheter med bl.a. fullskala simulering, og utstrakt bruk av e-læring. De som begynner sin spesialistutdanning nå deles inn i kull som i hovedsak følger hverandre fra kurs til kurs. Dermed kan også kursene tilpasses deltagerens erfaringsnivå bedre. Etter hvert som den teknologistøttede utdanningsportalen utvikles videre (jf. Lasse Grønningsæters innlegg i dette nummeret av NAForum) vil kursdeltagerne kunne holde kontakten med hverandre mellom kursene. I tillegg vil legene i spesialisering (LIS) kunne lese og arbeide sammen i grupper slik at de møter bedre forberedt til kurs. Dette vil resultere i større læringseffekt av kursene, og dermed økt nytteverdi av de investerte midlene (fravær fra avdelingen og utgifter til kurs).



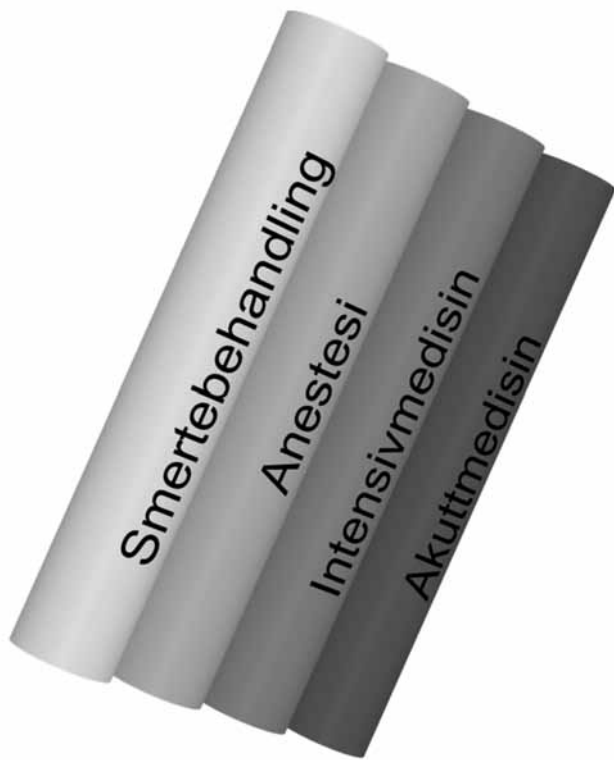
Katrine Finsnes

Målbeskrivelsen og sjekklisten ble "grovrevidert" for å tilpasses innføringen av den nye kurspakken i fjor. I løpet av dette året har spesialitetskomiteen gått grundigere til verks og laget et forslag til ny målbeskrivelse og sjekkliste. **Vi ønsker å få tilbakemeldinger på dette fra så mange som mulig i fagmiljøet før den sendes for godkjenning til Legeforeningen sentralt.**

En kopi er derfor sendt til avdelingsoverlegene ved alle landets anesthesiavdelinger med en utdanningsfunksjon. Er det noen som ikke har mottatt denne er de hjertelig velkomne til å kontakte undertegnede eller andre medlemmer av spesialitetskomiteen for å få en kopi.

Formålet med målbeskrivelsen og sjekklisten er å sikre at de som blir spesialister i anesthesiologi kan mestre de gjøremål som inngår i rutinemessig virksomhet ved anesthesiavdelinger på differensiert akuttstusykehusnivå. Dette innebærer også grunnleggende kunnskaper om forskning, fagutvikling, kvalitetssikringsarbeid, og administrasjon.

Målbeskrivelsen inneholder generelle krav til kunnskaper og ferdigheter, mens sjekklisten er mer spesifikk i henhold til antall og type prosedyrer. Begge starter med generelle krav for hele spesialiteten, etterfulgt av spesifikke krav inndelt i avsnitt etter fagets fire søyler. For å telle en prosedyre til sjekklisten skal LIS ha gjort så mye som er naturlig og forsvarlig i den enkelte situasjon. En del prosedyrer skal ikke LIS stå alene med. Dette innebærer for eksempel at LIS har utført anesthesi selvstendig til en ukomplisert appendektomi, men har vært



sammen med en spesialist ved anestesi til et spedbarn. En løpende individuell vurdering må foretas her med fokus på pasientsikkerhet. Mester-svenn læring er viktig under hele spesialistutdanningen, og utelukker ikke at LIS kan føre prosedyren opp på sjekklisten sin under forutsetning av at man har deltatt aktivt.

Fokus i forbindelse med revisjonen av sjekklisten og målbeskrivelsen har vært oppnåelse av en bred kunnskapsbase uten å kreve for inngående detaljkunnskaper innenfor enkeltområder. Ønsker LIS å fordype seg innenfor et spesielt felt er det selvsagt mulighet for det, men ikke på bekostning av basalkunnskapene. Vi ønsker heller ikke å kreve et urealistisk antall prosedyrer i forhold til hva som faktisk blir utført årlig i Norge, slik at det forsinker spesialiseringsforløpet. Et eksempel her er at det spesifikke kravet til 20 skopier fjernes, og heller tas med i den generelle teksten i målbeskrivelsen. Kravet til hjertekirurgi og lungekirurgi står uendret fra tidligere, da det ansees å gi verdifull kunnskap som kan benyttes til andre pasientkategorier og skal være mulig å gjennomføre i Norge i dag.

Den reviderte utgaven av sjekklisten og målbeskrivelsen forsøker også å ta høyde for utviklingene i faget vårt så langt. Rektal innledning av anestesi fjernes fra målbeskrivelsen, og ultralyd legges mer vekt på. Videre anses kravet på 30 anestasier til laparoskopisk kirurgi for

utdatert ettersom flesteparten av de pasientene LIS teller til kravet om anestesi ved abdominal kirurgi kommer til å være det. Et krav til 30 anestasier ved større laparotomier legges i stedet for til sjekklisten, ettersom dagens funksjonsfordeling mellom sykehus fører til at dette er noe enkelte LIS kan gå glipp av i sin spesialisering.

Forskjellige metoder for registrering av pasientdata er tilgjengelig for LIS. Et arbeidsdokument i Excel format kommer til å legges ut på legeforeningen sine sider, samt en database til bruk på Pocket PC, iPhone etc. som kan benyttes hvis en kjøper programmet HandBase (www.handango.com). Tilstrekkelige opplysninger må registreres til at en i samarbeid med sykehusets database kan etterprøve den enkelte LIS' liste, *uten at en registrerer pasientidentifiserende informasjon*. **Spesialitetskomiteen forventer at LIS kan dokumentere at de har utført minimumskravet under hvert punkt før de søker om spesialistgodkjenning.** Kun *minimale* avvik vil kunne vurderes akseptert hvis god dokumentasjon om årsaken vedlegges.

Målbeskrivelsen og sjekklisten angår både LIS og spesialister som jobber ved utdanningsinstitusjoner over hele landet. **Å få utdannet gode spesialister vil si at du i fremtiden kommer til å ha gode medarbeidere**, så les gjerne igjennom målbeskrivelsen, sjekklisten, veilederheftet og den individuelle utdanningsplanen som spesialitetskomiteen har utarbeidet og kom med innspill! Kontaktdetaljer finner du tidligere i dette nummeret av NAForum og på legeforeningens nettsider. Fristen for tilbakemeldinger er 15. januar 2011.

Et utdrag av foreslåtte endringer:

- Minimumskravet for spinaler økes til 100
- Et minstekrav på 5 anestasier til pasienter med store sårflater legges til
- 30 laparoskopier blir til 30 større laparotomier
- Anestesi til ECT behandling og/eller elektrokonverteringer: min. 20 stk.
- Minstekravet på 20 skopier fjernes
- Listen over intensivmedisinske tilstander LIS skal kjenne igjen og kunne behandle utvides
- Det legges til et krav om innleggelse og bruk av 5 PICCO og/eller LiDCO katetere i tillegg til 5 Schwann-Ganz katetere

Spesialitetskomiteen arbeider kontinuerlig for en best mulig spesialistutdanning, og vi vil fremover også se til andre lands utdanningsløp for å dra lærdom av disse.

Global Oximetry Project

Jannicke Mellin-Olsen

Overlege, Bærum Sykehus Vestre Viken HF og chairman Education Committee WFSA
mellinolsen@gmail.com

Man regner med at 230 millioner mennesker opereres hvert år, og at 1,3 millioner av dem dør. Tilsvarende anslås at en halv million kvinner dør i fødsel hvert eneste år. Mange av disse skyldes dessverre anestesi.



Jannicke Mellin-Olsen

Riktignok har ingen vist at det er smart å bruke pulsoksymeter, men likevel føler vi alle intuitivt at det er smart. Det er anbefalt som minimums-overvåking i de landene der det er tilgjengelig. Men man regner med at det er minst 70 000 operasjonsstuer i verden uten pulsoksymeter.

I 2004 startet WFSA et pilotprosjekt i Vietnam, Uganda, Filippinene og India. Planen var å anslå behovet for pulsoksymetri, vise treningsbehov, se om det var mulig å påvirke pasientsikkerhet via pulsoksymetre, og å se om anestesi-personell ville bruke apparatet og handle i henhold til informasjonene de kunne lese av apparatet.

Man utarbeidet en treningsmanual, hadde opplæring med kliniske scenarier, testet før og etter, brukte loggbok.

Konklusjonene var at det var stort behov for apparater, opplæring og oppfølging. (Walker IA, Merry AF, Wilson IH, et al. Global oximetry: an international anaesthesia quality improvement project. *Anaesthesia*. 2009 Oct;64(10):1051-60.)

Samtidig utviklet WHO sin Safe Surgery Saves Lives-kampanje. Dette ble starten på et samarbeid om pulsoksymeter-prosjektet. Man har nå inkludert flere partnere i tillegg, f.eks. Smile Train, Harvard, den

britiske anestesilegeorganisasjonen, m fl. Det ambisiøse målet er å spre pulsoksymetre i hele verden.

Tanken er at man samtidig skal sette søkelyset mot anestesilogi generelt. Den lille boksen skal følges med opplæringsprogram og settes inn i pasientsikkerhetstenkning. Det er også ventet at en "duppeditt" vil gi større prestisje til en spesialitet som er langt mindre prestisjefyllt i store deler av verden enn det vi er bortskjemt med her.

Pulsoksymeteret som skal ut i verden, er allerede valgt i henhold til spesifikasjoner. I disse dager utvikles utdanningspakken, som setter pulsoksymeteret inn i en større sammenheng. Det hele skal følges av forskning og evaluering og oppfølging i mange år. Man kan tenke seg at apparatet fort havner i lommene på fattige kolleger som ser mulighet for å skaffe seg en liten ekstrainntekt, men hittil har man unngått det problemet, også fattige steder. Det er nå pilottesting i Moldova, Zambia og Honduras.

Målet er at 12 000 apparater fordeles de første to årene, og til sammen skal 80 000 ut i verden. Alle som gir anestesi, skal få opplæring, og samtidig skal man introdusere Surgical Safety sjekklisten.

En algoritme for fallende oksygenmetning er utarbeidet, det er skrevet en instruksjonsmanual og det er laget kliniske scenarier. Nå lages program for instruktørene.

De nærmeste månedene og årene vil vise om programmet fører til ventet forbedring i perioperativ dødelighet og sykkelighet verden over. Følg med!

Visste du at Simdax-behandling kan redusere antall liggedøgn på sykehus for dine hjertesviktpasienter?*



Mer informasjon om Simdax og behandling ved akutt dekompensert hjertesvikt finner du på www.simdax.no

* Cleland JGF, Freemantle N, Coletta AP, et al. Eur J Heart Fail 2006;8:105-10.



Orion Pharma AS
Postboks 4366 Nydalen, 0402 OSLO
Telefon: 4000 4210 | www.simdax.no

C Simdax Kalsiumsensitiserer. ATC-nr.: C01C X08

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE 2,5 mg/ml: 1 ml inneh.: Levosimendan 2,5 mg, povidon 10 mg, vannfri sitronsyre 2 mg, vannfri etanol til 1 ml. **Indikasjoner:** Korttidsbehandling av akutt dekompensert alvorlig kronisk hjertesvikt (ADHF) i situasjoner hvor konvensjonell terapi ikke er tilstrekkelig og ved tilfeller hvor inotropisk støtte er hensiktsmessig. **Dosering:** Skal fortynnes før administrering. Kun til intravenøs bruk via perifer eller sentral infusjon. Dosering og varighet av behandlingen bør titreres individuelt ut i fra pasientens kliniske tilstand og respons. Administrering bør startes med en laddingsdose på 6-12 µg/kg kroppsvikt i løpet av 10 minutter fulgt av en kontinuerlig infusjon på 0,1 µg/kg/minutt. Nedre laddingsdose anbefales til pasienter som samtidig får intravenøse vasodilatorer eller inotrope substanser, eller begge deler, i starten av infusjonen. Pasientens reaksjon bør vurderes ved laddingsdosen eller innen 30-60 minutter etter dosejustering. Hvis responsen synes for kraftig (hypotensjon, takykardi), kan infusjonshastigheten settes ned til 0,05 µg/kg/minutt eller avbrytes. Hvis den initiale dosen tolereres og en økt hemodynamisk effekt er ønsket, kan infusjonshastigheten økes til 0,2 µg/kg/minutt. Til pasienter med akutt dekompenisering av alvorlig kronisk hjertesvikt er det anbefalt at infusjonen varer i 24 timer. Ingen tegn på utvikling av toleranse eller «rebound»-effekt er observert etter avbrytelse av infusjonen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for levosimendan eller hjelpestoffene. Alvorlig hypotensjon og takykardi. Uttalt mekanisk obstruksjon som påvirker ventrikelfylling/tømming, alvorlig lever-/nyresvikt (kreatininclearance <30 ml/minutt). Tidligere «torsades de pointes». **Forsiktighetsregler:** Användes med forsiktighet ved mild til moderat nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Bør anvendes med forsiktighet ved lavt systolisk eller diastolisk blodtrykk ved baseline, og ved risiko for hypotensjon. Et mer konservativt doseringsregime anbefales i slike tilfeller. Bør også anvendes med forsiktighet ved takykardi eller atrieflimmer med rask ventrikulær respons, eller potensielle livstruende arytmier. Alvorlig hypovolemi bør korrigeres før administrering. Ved uttalte endringer i blodtrykk eller hjerterytme bør infusjonshastigheten reduseres eller infusjonen stanses. Ikke-invasiv overvåking i minst 3 dager etter avsluttet infusjon, eller inntil pasienten er klinisk stabil anbefales. Ved mild til moderat nedsatt nyre- eller leverfunksjon anbefales overvåking i minst 5 dager. Brukes med

forsiktighet og under overvåking av EKG til pasienter med pågående koronar ischemi, langt QTc-intervall eller når det gis samtidig med legemidler som forlenger QTc-intervallet. Forsiktighet bør utvises ved ischemisk kardiokardisk sykdom og samtidig anemi, da medikamentell behandling av hjertesvikt kan etterfølges av fall i hemoglobin- og hematokritverdier. Levosimendan kan forårsake et fall i kaliumkonsentrasjonen i serum, og nivået av kalium i serum bør overvåkes i løpet av behandlingen. Lave konsentrasjoner av kalium bør korrigeres før administrering av levosimendan. Begrenset erfaring med bruk ved akutt hjertesvikt relatert til en nylig oppstått tilstand av ikke kardialt omfang, vesentlig forverring av hjertesvikt etter kirurgi, eller alvorlig hjertesvikt hos pasienter som venter på hjertetransplantasjon. Begrenset erfaring med gjentatt bruk. Bør ikke anvendes til barn og unge under 18 år. **Interaksjoner:** Det foreligger kun begrensede data for administrering av vasoaktive midler, inkl. inotrope substanser (unntatt digoksin) sammen med levosimendaninfusjon. Slik administrering kan derfor ikke anbefales, og fordel/risiko vurderes individuelt. Elimineringen av den aktive metabolitten er ikke fullstendig kartlagt, og ev. interaksjoner kan ikke forutsies. En interaksjon kan føre til mer uttalt og forlenget effekt på hjerterefrekvensen. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Toksisk effekt på reproduksjonen er observert i dyrestudier. Bruk til gravide bør begrenses til tilfeller der fordelene veier tyngre enn den mulige risikoen for fosteret. Overgang i morsmelk: Ukjent. **Bivirkninger:** Svært hyppige (>1/10) bivirkninger er hodepine, ventrikulær takykardi og hypotensjon. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, forstoppelse, diaré. Metabolske: Hypokalemi. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Søvnløshet. Sirkulatoriske: Ekstrasystole, atrieflimmer, takykardi, ventrikulær ekstrasystole, hjertesvikt, myokardischemi. Laboratorieverdier: Reduksjon av hemoglobinnivået. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Hypotensjon og takykardi. Høye doser (>0,4 µg/kg/minutt) og infusjon over 24 timer øker hjerterefrekvens og er i blant forbundet med forlengelse av QTc-intervallet. Økt plasmakonsentrasjon av den aktive metabolitten som følge av overdosering, vil føre til mer uttalt og forlenget effekt på hjerterefrekvensen. Behandling: Støttende behandling (vasopressorer, intravenøs væske). Kontinuerlig overvåking av EKG, elektrolyttinnivået i serum og invasiv hemodynamikk. Se Giftinformasjonens anbefalinger C01C

X08. Egenskaper: Klassifisering: Kalsiumsensitiserer med positiv inotrop og vasodilaterende effekt hos hjertesviktpasienter. Virkningsmekanisme: Øker kontraktilkraften, samt gir en reduksjon av både «preload» og «afterload» uten negativ påvirkning av den diastoliske funksjonen. Øker den koronære blodstrømmen etter hjertekirurgi, og forbedrer myokardperfusjon ved hjertesvikt. Dette oppnås uten at oksygenforbruket i myokard øker signifikant. Forsterker sensitiviteten for kalsium i de kontraktile proteinene gjennom en kalsiumavhengig binding til kardialt troponin C. Åpner ATP-sensitive kaliumkanaler i vaskulær glatt muskulatur som inducerer vasodilasjon av systemiske og koronære arterielle motstandskar, og systemisk venøs kapasitetsskar. Proteinbinding: 97-98%, primært til albumin. 40% for den aktive metabolitten. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 0,2 liter/kg. Halveringstid: Ca. 1 time. Ca. 75 timer for metabolittene. Hemodynamisk effekt varer minst 24 timer, 7-9 dager for den aktive metabolitten. Clearance 3 ml/minutt. Metabolisme: Metaboliseres fullstendig, hovedsakelig ved konjugering. Ca. 5% i tarm. Terapeutisk aktiv metabolitt (OR-1896) dannes ved reabsorpsjon og acetylering av metabolitt i tarm. OR-1896 har hemodynamiske effekter tilsvarende levosimendan. Maks. plasmakonsentrasjon for den aktive metabolitten oppnås 2 dager etter avsluttet infusjon. Acetyleringsgraden er genetisk bestemt. Utskillelse: 54% i urin, 44% i fæces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares kaldt (2-8°C), må ikke fryses. Fortynnet infusjonsvæske skal anvendes umiddelbart. Ved fortynning under tilfredsstillende aseptiske forhold kan infusjonsvæsken oppbevares inntil 24 timer. **Andre opplysninger:** Tilberedning: Til konsentrasjonen 0,025 mg/ml fortynnes 5 ml 2,5 mg/ml konsentrat med 500 ml glukoseinfusjonsvæske 50 mg/ml. Til konsentrasjonen 0,05 mg/ml fortynnes 10 ml 2,5 mg/ml konsentrat med 500 ml glukoseinfusjonsvæske 50 mg/ml. Følgende legemidler kan gis samtidig med Simdax via sammenkoblede infusjonsslanger: Furosemid 10 mg/ml, digoksin 0,25 mg/ml, glyseroltrinitrat 0,1 mg/ml. Fargen på konsentratet kan under lagring endres til oransje. Dette påvirker ikke egenskapene. **Pakninger og priser:** 1 x 5 ml kr 7335,80. 4 x 5 ml kr 29240,10.

September 2008
MT-innehaver Abbott

ECAMSQ - European Council for the Accreditation of Medical Specialist Qualifications

Jannicke Mellin-Olsen

Overlege, Bærum Sykehus Vestre Viken HF og chairman Education Committee WFSA
mellinolsen@gmail.com

Har du noen gang hørt om EU-direktivet 2005/36/EC, som handler om ”recognition on professional qualifications”? Det regulerer godkjenning av bl.a. leger på tvers av landegrensene i Europa. Innen EU/EØS er en av de viktigste rettighetene at man kan etablere seg og tilby tjenester i alle land. Denne rettigheten har vært begrenset fordi enkeltland har hatt egne regler. Nå har EU/EØS etablert nye bestemmelser med gjensidig anerkjennelse av kvalifikasjoner, og det garanterer fri flyt over landegrenser. For at det skal være enklere å anerkjenne utdanningen fra andre land, arbeider man nå for å harmonisere spesialistutdanningen, også innen anesthesiologi.

Nå har det allerede gått flere år siden direktivet ble gjort gjeldende (det skjedde da Bulgaria og Romania gikk inn i EU). Sammen med Directive 2006/100/EC skal det føre til enklere administrative prosedyrer, slik at arbeidsmarkedet blir mer fleksibelt.

I mange EU-land er det allerede alvorlig mangel på anesthesiologer. Generelt er jo tendensen at man flytter fra småbyer til sentrale strøk og fra fattige land til rikere. Mange kolleger ønsker også å flytte til et annet land. I flere land har dette ført til kritisk bemanningssituasjon. Løsningen på hjernefluktsproblemet er ikke å nekte kolleger å emigrere - det er en menneskerett å flytte. Løsningen må være å gjøre det mer attraktivt å bli værende der vi trengs mest. Da må man se på faktorer som:

- Økonomiske faktorer blir ofte nevnt først, men viktig er også
- Muligheter for faglig utdanning og utvikling,
- Bedre arbeidsforhold
- Ikke-økonomiske insentiver som studiepermisjon, godt arbeidsmiljø, støtte og tilbakemeldinger, osv.

Intet tyder på at anesthesiologer vil slutte å flytte innen Europa. For å sikre at alle europeiske anesthesiologer er like godt utdannet, må vi altså strømlinjeforme utdannelsen og sertifiseringen av nye kolleger.

Varigheten av spesialistutdannelsen varierer nå fra fire til syv år innen EU. Tendensen er jo nå å se mindre på varigheten av utdannelsen, men mer på innholdet. Likevel er det åpenbart at man kan ikke oppnå de

nødvendige kvalifikasjonene uten at det tar en viss tid. I et gammelt EU-direktiv står det faktisk at tre år er tilstrekkelig for å bli spesialist i anesthesiologi. Derfor forsøker selvsagt land med stor mangel på anesthesiologer å forkorte utdanningen. Det har skapt høye bølger innen EU. Men å endre direktivene er et Sisufos-arbeid.

EBA (European Board of Anaesthesiology/UEMS) arbeider nå med å utvikle en elektronisk plattform som en del av ECAMSQ (European Council for the Accreditation of Medical Specialist Qualifications)-prosjektet. Initiativet er tatt av UEMS og selskapet Orzone. Anesthesiologi, kardiologi og radiologi er pilotspesialitetene. I tillegg er intensivmedisin med i forsøksprosjektet.

Slik skal man kunne bruke samme program i hele Europa. Det er web-basert og loggfører og følger kandidatens progresjon innen:

- **Kunnskap** (opplæringsprogram, emner, MCQ-målinger)
- **Ferdigheter** (antall prosedyrer og andre aktiviteter)
- **Profesjonalitet** (publikasjoner, ikke-kunnskapsbasert evaluering).

Plattformen skal også lette kommunikasjonen mellom kandidat og lærer/eksaminator. De vil kunne sjekke hvordan kandidaten ligger an i forhold til kravene. Den kan også brukes for å resertifisere spesialister. For oss anesthesiologer er det viktig at vi kan være med på å utvikle plattformen, slik at vi selv blir premissgiverne innen anesthesiologisk utdanning og sertifisering i Europa.

Spesialistutdanning ”the European Way”

Jannicke Mellin-Olsen

Overlege, Bærum Sykehus Vestre Viken HF og chairman Education Committee WFSA

mellinolsen@gmail.com

European Board of Anaesthesiology (EBA)/UEMS anbefaler minst fem års trening for å bli spesialistkompetent i anesthesiologi i Europa. Man mener at det er nødvendig for å kunne vise at man har opparbeidet nødvendig kompetanse.

Målene for utdanningen er:

1. Vise kliniske ferdigheter i pre-, peri- og postoperativ anestesilogisk pasienthåndtering
2. Være fortrolig med smertehåndtering i akutte og postoperative situasjoner, i tillegg til hos pasienter med kronisk smerte
3. Være i stand til å håndtere kritiske pasientsituasjoner, inkl. resuscitering
4. Være i stand til å yt intensivmedisinsk behandling til voksne medisinske og kirurgiske pasienter og ved generelle tilstander hos barn
5. Være i stand til å fungere i prehospital og akuttmedisin
6. Være aktiv i å utvikle spesialiteten og i forskning
7. Vise tilfredsstillende atferd og profesjonelle holdninger overfor pasienter og medarbeidere
8. Være rollemodell og lærer for yngre kolleger

Utdanningen skal gi muligheter for progresjon fra enkle til mer kompliserte tilstander, og det bør være rotasjoner innen hovedområder, slik at man blir eksponert for alle viktige områder.

Man skal ha tilgang til litteratur, og alle skal ha en definert veileder. Man går i retning av en mer simulatorbasert opplæring i tillegg til den kliniske eksponeringen. Det skal være kontinuerlig evaluering, i tillegg til evt. avsluttende eksamen.

Man anbefaler bruk av loggbok, og det er anbefalt at minimumsantall

av prosedyrer.

Alle avdelinger bør ha system for avvikshåndtering og pasientsikkerhetsarbeid.

Les mer:

Members of the UEMS Section of Anaesthesiology. Training Guidelines in Anaesthesia of the European Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol 2001;18:563-571.

Carlsson C, Keld D, van Gessel E, Fee JPH, Van Aken H, Simpson P. Education and training in Anaesthesia- Revised guidelines by the European Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol 2008;25:528-530

Evaluering av spesialistkandidater ”the European Way”:

Som nevnt, er det at man har arbeidet innen et fagfelt et visst antall år, ikke tilstrekkelig til å sikre at man behersker faget. Mange kjenner til Miller's inndeling i ”vet, vet hvordan, viser hvordan, gjør”. Også innen vårt fag deler vi evalueringen inn i:

1. Formativ evaluering underveis: Man evalueres av kolleger i løpet av øvelser, direkte observasjoner, kasus-diskusjoner – det tjener hensikten å gi tilbakemeldinger uverveis i utdannelsen.
2. Selv-evaluerings-verktøy, som loggbøker.
3. Opptjene poeng fra kredittsystem etter å ha gjennomgått kurs som ATLS, osv.

4. Summativ evaluering som MCQ, OSCE (Objective Structures Clinical Examination), osv. Simulering kommer også inn her.

Den europeiske eksamen griper også mer om seg. Stadig flere land har det som utgangseksamen for sine spesialistkandidater. Man anbefaler den ikke som eneste eksamensverktøy, men den er gunstig som en del av evalueringen.

Europeiske anbefalinger for utdanningsprogram in anesthesiologi:

1. Klinisk kompetanse bør være tydelig beskrevet (inkl. læringsmål)
2. Klinisk kompetanse bør være realistisk og målbar, altså bør måles
3. Flere evalueringsmidler bør brukes
4. Disse midlene bør brukes ofte underveis
5. Summativ eksamen er ett viktig redskap, mene bør ikke være den eneste metoden
6. Lærerne bør også få opplæring!

Les mer:

Van Gessel E, Goldik Z, Mellin-Olsen J. Postgraduate training in anaesthesiology, resuscitation and intensive care: state-of-the-art

for trainee evaluation and assessment in Europe. Eur J Anaesthesiol 2010;27:673.675

Nå kommer EBA Fellowship

Til neste år blir det mulig å søke om å bli "Member and Fellow of the European Board of Anaesthesiology". Programmet er utviklet nettopp fordi det nå er fri flyt av anesthesiologer i Europa. Intuitivt forstår vi alle at det å være spesialist i ett land, ikke nødvendigvis gjør det kompetent til å arbeide som spesialist i et annet land, selv om du har formalitetene i orden, i følge EUs direktiver. Derfor har man utviklet dette "Fellowship". Da har man garantert en viss standard, ut over et papir på spesialistkompetanse.

For å søke, må man være spesialist i et europeisk land, ha vært i klinisk arbeid minst fem år med minst 18 timer direkte pasientkontakt per uke. Man må ha bestått Europeisk Diploma-eksamen og vist at man har holdt seg faglig oppdatert. Det kommer til å bli overgangsregler i begynnelsen. Søknadene vil bli behandlet av en særskilt komité. Følg med på hjemmesidene til www.euroanaesthesia.org og www.eba-uems.eu



Annonse i
NAForum
når langt

Bildet er fra biblioteket på Haydom Sykehus i Tanzania

I have the honour, and responsibility, of chairing the organising committee of the upcoming 15th WFSA World Congress of Anaesthesiologists (WCA), which will be held in the city of Buenos Aires, Argentina, from 25th to 30th March 2012.

It will be a great pleasure for us to meet you in Buenos Aires!

Alfredo Cattaneo

President of the WFSA 15TH WCA Congress Organising Committee



Key Topics

- Evidence-based practice and quality improvement
- Ambulatory anaesthesia
- Monitoring, equipment and computers
- Tissue perfusion and oxygenation
- Mechanical ventilation
- Transfusion and coagulation
- Neuroanaesthesia and neurosciences
- Local and regional anaesthesia
- Pharmacology and pharmacogenomics
- Paediatric anaesthesia and intensive care
- Obstetric anaesthesia
- Intensive care medicine
- Emergency medicine
- Acute and chronic pain management
- Education and research
- Patient safety
- Perioperative care of the elderly
- Airway management
- Interventions to improve patient outcome
- Total IntraVenous Anaesthesia -TIVA
- Nurses and technicians session
- Battlefield and mass casualties resuscitation
- Post anaesthesia care unit in the XXI Century
- Molecular medicine
- Neonatology
- Anaesthesia for orthopedics and traumatology
- Anaesthesia for spine surgery
- Anaesthesia for robotic surgery
- Innovative approaches in education
- Anaesthesia for liver surgery
- Professionalism and mentorship



15th WFSA World Congress of Anaesthesiologists

www.wca2012.com



”The effects of recombinant human activated protein C on acute lung injury An experimental study”

Kristine Wærhaug

Overlege ved operasjons- og intensivklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

kristine.warhaug@unn.no

Sted:	Store Auditorium, MH-bygget, Universitetet i Tromsø
Disputas:	5. november 2010
Komité:	Professor Pierre-Francois Laterre, St. Luc University Hospital, UCL Brussel, Belgia Professor Anne Berit Guttormsen, KSK, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, Førsteamanuensis Knut Fredriksen, Anestesiavdelingen, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.



Kristine Wærhaug

Akutt lungeskadesyndrom, på engelsk ”Acute Lung Injury” (ALI), er en lungeinflammasjon som fører til respirasjonssvikt hos kritisk syke, oftest etter alvorlige bakterie – og virusinfeksjoner (sepsis) og dessuten etter traumer og sirkulasjonssjokk. Under ALI ødelegges lungenes fine endotel – og epitelcellebarrierer, slik at blodholdige bestanddeler lekker ut i interstitiet – og alveolene. Mekanisk ventilasjon eller ekstrakorporal membranoksygenering blir

nødvendig for å overleve. Blodkonsentrasjonen av aktivert protein C (APC), et endogent antikoagulant, antiinflammatorisk, antiapoptotisk og profibrinolytisk protein, synker ved kritisk sykdom. Nylige studier viser at erstattende behandling øker overlevelsen ved alvorlig sepsis. Hovedhensikten med studiene var å undersøke virkninger av rekombinant humant APC (rhAPC) på to klinikknære modeller av ALI påført ved injeksjon av endotoksin eller oljesyre på sau.

Avhandlingen viser at intravenøs tilførsel av rhAPC stabiliserer pulmonal hemodynamikk, reduserer ødemutviklingen og bedrer

oksygeneringen ved lungeskade utløst av begge modeller. rhAPC demper også aktiveringen av inflammasjon og koagulasjon forårsaket av endotoksin. Siden rhAPC virker antikoagulant, kan medikamentet øke blødningsrisikoen hos utsatte pasienter. Derfor studerte vi også virkningen av medikamentet tilført i forstøvet form via luftveiene. Forsøkene viser at inhalert APC, i tillegg til å bedre oksygeneringen, også øker andelen av godt ventileret lungevev, bestemt med kvantitative CT-undersøkelser. Funnene inspirerer til videre undersøkelser med henblikk på en eventuell nytte av rhAPC i behandlingen av ALI. En slik ny indikasjon må imidlertid utprøves i kontrollerte studier.

Referanser

1. Wærhaug, K., V. N. Kuklin, M. Y. Kirov, M. A. Sovershaev, B. Langbakk, O. C. Ingebretsen, K. Ytrehus, and L. J. Bjertnaes. Recombinant human activated protein C attenuates endotoxin-induced lung injury in awake sheep: Crit Care 2008;12: R104.
2. Wærhaug, K., V. V. Kuzkov, V. N. Kuklin, R. Mortensen, K. C. Nordhus, M. Y. Kirov, and L. J. Bjertnaes. Inhaled aerosolized recombinant human activated protein C ameliorates endotoxin-induced lung injury in anesthetized sheep: Crit Care 2009;13: R51.
3. Wærhaug, K., M. Y. Kirov, V. V. Kuzkov, V. N. Kuklin, and L. J. Bjertnaes. Recombinant human activated protein C ameliorates oleic acid-induced lung injury in awake sheep: Crit Care 2008;12: R146.

Villmarksmedisin

Katrine Finsnes

Assistentlege, Akuttlinikken, Stavanger Universitetssykehus og Medlem i Spesialitetskomiteen

knirken_f@yahoo.com

Villmarksmedisin eller ekspedisjonsmedisin (wilderness and expedition medicine) er en særlig medisinsk disiplin som det er økende interesse for i Norge og internasjonalt. Villmarksmedisin defineres som prehospital medisin der det tar lengre enn en time å transportere pasienten til nærmeste sykehus, og hvor man ofte befinner seg i svært vanskelig terreng. Dette omfatter mye av norsk prehospital medisin, men i realiteten innebærer villmarksmedisin / ekspedisjonsmedisin ofte en transporttid på flere dager.

Per i dag er det en person i Norge som er Fellow of the Academy of Wilderness Medicine, dvs. han er formelt utdannet i følge retningslinjene til the Wilderness Medical Society (WMS, ref. 1) i USA. Vi er i hvert fall fire til som er under utdanning i Norge. I løpet av spesialiseringen skal en dekke medisinsk utøvelse innenfor alle økosystemer som jungel, ørken, arktisk, marine (inkl. dykking), og fjell. Andre kjerneområder er improviseringsteknikker, utstyrsplanlegging, trope- og reisemedisin, felthygiene og forebyggende medisin, sportsmedisin, forgiftninger, og traumer.

Det er flere organisasjoner som tilbyr kurs innenfor disse områdene, bl.a. Expedition Medicine (2). Jeg anbefaler alle eventyrlystne

deres jungelmedisin kurs i Costa Rica (beskrevet tidligere, ref. 3), dykkemedisin kurs i Maldivene og ørkenmedisinkurs i Namibia.

WMS har utviklet seg fra å være en akademisk interesseklubb til en internasjonalt aktiv akademisk organisasjon. De utgir tidsskrifter som Wilderness Medicine Magazine og Journal of Wilderness & Environmental Medicine (4), publiserer anerkjente retningslinjer (Wilderness Medical Society: Educational Lecture Series), og arrangerer internasjonale kongresser.

Villmarksmedisin er en grenspesialitet som gir en mulighet til å kombinere jobb og fritidsinteresser. Flere facebook grupper tilbyr en uhøytidelig kilde til tips om kommende kurs og konferanser (f.eks. WMS, ref. 5). Har du en liten Indiana Jones i deg er det bare å hive seg ut i det!

Referanser:

1. www.wms.org
2. <http://www.expeditionmedicine.co.uk/>
3. K.D.Finsnes, M.E.Iversen-Tennøe. Jungel Nirvana. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:1940-1
4. <http://ees.elsevier.com/wemj/>
5. <http://www.facebook.com/pages/Salt-Lake-City-UT/Wilderness-Medical-Society/138829742132>



Utstyrsdemonstrasjon i jungelen og Barracudasverm i "klasserommet".

SmartX

Trådløs invasiv trykkmonitorering fra Smiths Medical



- **SmartX mottaker**
- passer til alle typer monitorer.



- **SmartX sender**
- for 4 eller 2 transducere.
Trykksignalene overføres trådløst fra sender til mottakerenheten.

Unik trådløs trykkmonitorering basert på bluetooth teknologi.

Status for den obligatoriske kurspakken

Kjell Joakimsen¹ og Lasse Grønningsæter²

¹ Overlege, OUS Radiumshospitalet, kjell.joakimsen@gmail.com

² Assistentlege, Ahus, lagr@me.com

Utviklingen med revisjon av obligatorisk kurspakke og innfasing av denne fra 2009 har vært påkrevet og i stor grad vært en positiv erfaring til dags dato.

Kurspakken er lagt opp som et løp med følgende progresjon:

- To grunnkurs det første året.
- Ett år fritt for obligatoriske kurs følger.
- Kurs i smertebehandling og obstetrisk analgesi/anestesi, kurs i respirasjon og lungesirkulasjon og kurs i sirkulasjon, hjerte- og thoraxanestesi gjennom de neste 2-3,5 år.
- Farmakologikurset er nå delt opp og pensum knyttet til de to grunnkursene og kurs i sirkulasjon, hjerte- og thoraxanestesi.
- Siste halvannet år inneholder kurs i intensivmedisin og kurset som omhandler traumatologi, prehospital medisin, nevroanestesi, barneanestesi og -intensivmedisin og anestesi ved spesielle tilstander. (Det kreative hodet som foreslår et godt navn for sistnevnte kurs premieres!)

Det er lagt opp til en viss grad av kulltilhørighet gjennom dette spesialiseringsløpet. Utdanningsløpet stiller krav til årvåkenhet fra leger i spesialisering om å søke seg til kurs i tide og likeså krav til seleksjon av arrangør for deltagelse. Utfordringene er ennå ikke løst, men tilbakemeldingene har vært gode fra deltagerne som nå er i flyt gjennom dette løpet.

Med revisjon av kurspakken har intensjonen vært i større grad enn tidligere å benytte pedagogiske lærings-metoder som smågruppeundervisning, e-læring og simulering. Forberedelser med nettbasert pretest og kursprøve er også tenkt å skulle fasilitere læring og gi større utbytte av kursvirksomheten.

Flere av disse målene er allerede nådd takket være høyt motiverte og hardt arbeidende kurskomiteer. Mye dagnadsbasert arbeid er utført for å tilfredsstille deltagere og det åpenbare kravet til læringsutbytte. Tilstrekkelig grad av fristilling til representanter i kurskomiteene fra ledelse ved utdanningsavdelingene til dette er arbeidet er hensiktsmessig for utformingen av kurs med dertil god kvalitet.

Færre og kortere kurs med store krav til seleksjon i kursinnhold, stadig større søkermasse og ressurskrevende læringsmetoder under kursene er noen av hovedutfordringene kurskomiteene står i.

Deltagerne er på sin side gitt et stort ansvar i å være forberedt til kursene gjennom litteratur og pretest, interaksjon på intensive og kompakte kursdager og gjennomføring av kursprøve.

Vi mener likevel gevinstene i form av øket læringsutbytte langt overskygger resursbruken

I oktober i tilslutning til høstmøtet ble det på initiativ fra Spesialitetskomitéen avholdt kurskomitéseminar hvor samtlige kurs hadde en eller flere deltagere. Det ble oppgjort en status på kursene per 2010 hvor utfordringene ble drøftet. Særlig håndtering av stor søkermasse er en utfordring for komitéene. Med videre innfasing av kurspakken, strengere seleksjon på deltagere etter ansiennitet og muligheter for bruk av bedret IT verktøy for koordinatorkontorene har vi forhåpninger til at spesialiseringsløpet med kursene vil bli smidigere. Under seminaret ble Spesialitetskomitéen utfordret på i større grad å orientere seg om spesialiseringsløpene internasjonalt for å se hva som har overføringsverdi til våre forhold. Denne utfordringen følges nå opp og vi vil bringe mer nytt om dette til kurskomitéene ved neste års seminar som avholdes i tilslutning til SSAI kongressen og NAFs "høstmøte" i juni 2011.



Kjell Joakimsen



Lasse Grønningsæter

Teknologistøttet spesialistutdanning

Lasse Grønningsæter¹ og Kjell Joakimsen²

¹ Assistentlege, Ahus, lagr@me.com

² Overlege, OUS Radiumshospitalet, kjell.joakimsen@gmail.com

Den kombinerte kraften av datateknologi og kreative mennesker som gjennom internett har samlet forfattere, instruktører og elever har allerede brakt oss forbi et paradigmeskifte innen instruksjon og læring. Ideen om klasserommet er forandret. Med tekst, grafikk, audio og video, interaksjon, samarbeid og deling lever vi i et læringssamfunn. Anestesiologi er åpenbart ikke et unntak. I den norske spesialistutdannelsen må vi henge med i utviklingen, drevet av teknologisk og sosial dynamikk.

Utdanningsinstitusjonene og Legeforeningen har hatt begrensede ressurser og kapasitet til å ivareta den teknologistøttede læringen i spesialiseringsløpet. Med de sparsomme resursene gitt og avsatt er den nettbaserte delen for flere av kursene ikke optimalt utnyttet. Hederlige unntak eksisterer og har inspirert prosjektet som er initiert og nå følges opp av Spesialitetskomiteén i anestesiologi.

Prosjektet omfatter i første omgang etablering av en fagportal for spesialistutdanningen innen anestesiologi. Prosjektet støttes av Legeforeningen. En av de viktigste forutsetningene for prosjektet er at fagportalen har en overføringsverdi i bred forstand, for utforming av kurs og læring innen vårt eget fag men også til andre spesialiteter. Fagportalen vil baseres på Moodle - en av verdens største læringsportaler bygget opp som åpen kildekode. Dette betyr i praksis en etablert programvare man har muligheter for å endre og redistribuere, for eksempel gjennom en fagportal for helsepersonell. Flere kurskomiteer og deltagerne har allerede gjort seg kjent med Moodle gjennom Legeforeningens kurssider.

NAKOS (Norsk Kompetansesenter for Akuttmedisin) har gjennom flere år skaffet seg god erfaring med løsningen og utviklet portaler for en relativt stor bredde av det prehospitale akuttmedisinske miljøet i Norge. Vi er forhåpningsfulle til et samarbeid med NAKOS som sitter på uvurderlig kompetanse mot denne fagportalløsningen. Et felles overordnet mål er deling og spredning av kunnskap.

Moodle støtter moderne metoder for nettbasert læring, ivaretar deling av informasjon og ikke minst kommunikasjon synkront og asynkront, har et enkelt brukergrensesnitt, gir mulighet for integrasjon mot andre portaler med samme plattform, kan støtte sertifiseringsordninger og innehar en kraftig rapportgenerator. Den vil også kunne være et godt verktøy for administrering av søkermassen, altså Leger i spesialisering, hva kulltilhørighet, kursdeltagelse og utdanningsløp angår.

Vi håper at en fagportal gjennom Moodle skal gi en solid basis og samtidig fleksibilitet for utvikling som kurskomiteene kan benytte seg av samtidig som deltagerne gis en bredere arena for læring og deltagelse.

Med den brede geografiske sammensetningen av kursarrangører og deltagerne vil fagmiljøet gjennom portalen bevare det nasjonale perspektivet på spesialistutdanningen samtidig som løsningen med tiden gir mulighet vil knytte til seg flere kurs, deling av etablert og nyvunnet kunnskap, og være en arena i utvikling av og for fagmiljøet.

Fokus for Spesialitetskomiteén i 2011 blir utforming av den nasjonale fagportalen samtidig som vi skal se utover landets grenser for å hente kunnskap om spesialistutdannelsen internasjonalt.

Avansert Prehospital Medisin for leger

- en nautisk mil i riktig retning

Jostein S. Hagemo

Stiftelsen Norsk Luftambulans, Forskningsavdelingen, Drøbak, og Oslo Universitetssykehus, Avdeling for anesthesiologi, Oslo, Jostein.Skjalg.Hagemo@oslo-universitetssykehus.no

- "... og om det nå var du om stod med denne pasienten, intubere eller ikke? Hva ellers gjør du før avreise? Til lokalsykehuset 20 minutter unna, eller universitetssykehuset 1 time unna?" Alle de 16 skandinaviske deltakerne er enige om at evidensgrunnlaget er litt tynt for prehospital behandling av penetrerende halsskader. Det gir grobunn for mange meninger, ofte av diametralt motsatt karakter.



Jostein S. Hagemo

Prehospital akuttmedisin står sterkt i Skandinavia. Med stadig tendens til sentralisering av spesialisthelsetjenesten, vil det også i fremtiden være stort behov for en sterk pre- og interhospital tjeneste. Betydelige kvalitetsforbedringer dukker stadig opp på den flyoperative og redningstekniske siden. Piloter har strenge krav til ferdigheter og vedlikehold. Nasjonal standard for redningsmenn feirer snart tiårsjubileum.

Men hva med legenes utvikling? De formelle kompetansekravene for leger i prehospital tjeneste er vagt definerte, og ansvaret er i praksis i stor grad forskjøvet til idealister på de lokale basene. Er anestesileger med en håndfull års erfaring fra sykehus virkelig modne for å stå med en vanskelig luftvei på en sirkulatorisk dekompenisert pasient i en grøftkant. I mørket. Kan vi bli bedre? Hvor er i så fall kurset som gjør anestesileger til gode prehospitalt leger?

Tredager i slutten av september var 16 leger med betydelig akuttmedisinsk erfaring for første gang samlet til kurset Avansert Prehospital Medisin på Haraldsvangen i Hurdal. Luftambulansavdelingen ved Oslo Universitetssykehus med Per Bredmose som initiativtaker lovte i invitasjonen "Et kurs med høy intensitet og deltakeraktivitet". Med

rundt 30 undervisningstimer på tre dager var vel de fleste enige om at kurset innfridde på dette punktet.

Bredt pedagogisk spekter

Den tilsynelatende overambisiøse timeplanen skulle vise seg å være gjennomførbar i høyeste grad. I det som må ha fortonet seg som et lite



Instruktør Jon-Kenneth Heltne engasjerer i debatt om prehospital undersøkelsesteknikk. Foto: Mårten Sandberg

organisatorisk mareritt for arrangørens del, vekslet dagene knirkefritt mellom plenumsforelesninger, gruppediskusjoner, ferdighetstrening og simuleringer.

Forelesningene var gjennomgående konsise og poengterte, samtidig som de var lagt på et nivå som umiddelbart fanget interessen hos deltakerne. Temaene spant mellom alt fra praktisk problemløsning i vanskelig situasjoner, via prehospital obstetikk, kardiologi, og traumatologi, til crash-kurs i relevant farmakologi og toksikologi. Jevnt over ble det holdt et ryddig skille mellom hva som er evidensbaserte kunnskap, og hva som var erfaringsbasert, og i noen grad ble det også åpnet for diskusjoner og utveksling av erfaringer i plenum. Flere av foreleserne hadde definitivt fortjent å få noe mer tid til sine innlegg, men på en annen side bidro variasjonen og mangelen på faglig drøytgging til at det var lett å holde fokus hele dagen i gjennom. Når sant skal sies var riktignok undervisningen på slutten av dagen av en noe mer lettbeint karakter, som til tider utfordret evnen til selvironi så vel som skuespillerevner.

Selv om hovedtyngden av undervisere var hentet fra Oslo-området, var samtlige universitetssykehus i Norge representert på listen over forelesere. Også blant deltakerne var den geografiske tilhørigheten bred, med omtrent en tredjedel av fra Sverige og Danmark til sammen. Det brede erfaringsgrunnlaget blant deltakerne kom for alvor til sin rett i gruppediskusjonene. Det er betydelige forskjeller i praksis mellom ulike steder som i seg selv er interessante å diskutere. Men det var kanskje de av oss med litt kortere fartstid i prehospital sammenheng som stakk av med det aller største utbyttet fra disse sesjonene.

Simulering med fallhøyde

Et viktig fokus på crew resource management (CRM) har vokst frem i anestesimiljøet i de senere årene, og i noen sammenhenger kan dette etter manges mening ha svekket fokuset noe på den rent medisinskfaglige treningen. Kurset på Haraldvangen forutsetter at man har basal CRM-trening inne, og bygger dette videre med å lage scenarioer som i større grad fokuserer på medisinsk beslutningstaking i vanskelige situasjoner.

En sunn nervøsitet er som regel uløselig knyttet til det å drive fullskala-simulering på medisinsk faglige problemstillinger sammen med kolleger. Fallhøyden blir ikke mindre i et selskap av erfarne prehospitaler leger, og med scenarioer som er skreddersydd for å begå medisinske feilslutninger. Men ikke desto mindre er det meget lærerikt. Scenarioene virket godt gjennomtenkte, og hadde helt klare pedagogiske poenger som ble diskutert i etterkant. Et lite savn var det dog hos noen at, kritisk syke eller skade barn ikke inngikk i noen av simuleringene.

Feil

Prisverdig nok var det også lagt inn en seanse om de ubehagelige



Marit Hetland berger luftveien, men ikke livet til denne sauen. Praktisk trening på nødtracheotomi. Foto: Mårten Sandberg



Christian Waage og Kristine Gudim gjør en heltmodig innsats for den skadelidende. Foto: Jan Martinsen

feilene som skjer i prehospital akuttmedisin. Hvordan takler vi disse, og hvordan kan vi systematisk jobbe for å minimalisere dem? Og sist men ikke minst – listen over dyrkjøpte erfaringer som mange har gjort før oss, og som deltakerne på dette kurset kanskje nå klarer å styre unna.

Et viktig skritt i riktig retning

Med dette kurset er et viktig skritt tatt i retning av å styrke den medisinskfaglige kompetansen til leger i prehospital akuttmedisinsk tjeneste. Kurset hadde et imponerende ambisjonsnivå, som absolutt innfridde på de aller fleste punkter. Med tanke på å minimere fraværstiden fra ordinært arbeid, var kurset komprimert til kun tre dagers varighet. For et kurs av dette formatet er det vel verd å unne seg en uke. Vi ser frem til å følge utviklingen av dette kurset i fremtiden.

Arbeidstid for leger

Johan Torgersen

Nestleder, Yngre legers forening og Assistentlege Haukeland universitetssykehus

jgto@helse-bergen.no

Leger jobber mye. Legers arbeidstid er et tema som jevnlig tas opp i media og settes i ulike søkelys. Noen hevder vi jobber så mye og har så lange arbeidsøkter at det går utover pasientsikkerheten. Andre hevder at leger er for lite fleksible i forhold til når og hvordan vi vil jobbe.



Johan Torgersen

Arbeidstid for leger

Hva er riktig? Finnes det et enkelt svar på hvordan sykehusleger bør jobbe? Er vi supermennesker som kan heve oss over ordinære rammer for arbeidstid og hevde at det verken går utover pasientenes eller egen helse?

Svaret mitt på det siste spørsmålet er et rungende NEI! Når vi er på jobb er det to helseaspekter som vi skal ivareta. Kjerneoppgaven i jobben vår er diagnostikk og behandling av pasientene. Vi skal bedre pasientens helse og livskvalitet. Samtidig skal jobbsituasjonen vår ikke være skadelig for vår egen helse. Helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften og foretaksloven er eksempler på lover og forskrifter som definerer rammer for pasientbehandlingen og stiller krav til både sykehusene som leverandør av helsetjenester og til oss som helsepersonell.

Arbeidsmiljøloven er loven som skal sikre oss som arbeidstakere et "fullt ut forsvarlig fysisk og psykisk arbeidsmiljø". Med andre ord så er de krav som er formulert i arbeidsmiljøloven stilt for å sikre vår helse. Bakgrunnen for arbeidsmiljøloven er blant annet erkjennelsen om at arbeidssituasjonen kan påføre arbeidstaker helseskader. Går en lengre tilbake i tid var arbeidsulykker det mange tenkte på som potensielle farer i arbeidssituasjonen. Etter hvert har en også fått kunnskap om at lange arbeidsøkter, nattarbeid, lite hvile, turnusarbeid, mobbing, ensidige arbeidsoppgaver og annet kan gi helseskader som er relatert til arbeidssituasjonen. Mindre åpenbare sammenhenger mellom arbeid og helse som ved ulykker, men likevel reelle. Det er godt dokumentert at både nattarbeid og lange arbeidsøkter gir økt dødelighet eller sykkelighet hos arbeidstaker. I Danmark er for eksempel brystkreft hos sykepleiere som jobber i turnus godkjent som yrkesskade.

Arbeidsmiljøloven er konkret. Den trekker grenser for hvor lenge en skal kunne jobbe, hvor mye hvile og fri en må ha i løpet av gitte tidsrom. I følge arbeidsmiljøloven skal ingen arbeidsperioder strekke

seg over 13 timer. Hvert døgn skal inneholde minst 11 timer fritid. En arbeidstaker skal ikke kunne pålegges arbeid utover 48 timer pr uke. Hver uke skal inneholde minst 35 timer sammenhengende fri. Til grunn for disse timegrensene ligger en erkjennelse om at lange arbeidsøkter, lite fritid og lite hvile er helseskadelig. Norske lovgivere har her trukket grensen mellom hva som ansees som fullt ut forsvarlig på den ene siden og arbeidsordninger med potensiell helseskade på den andre siden.

Leger er dispensert fra disse grensene gjennom avtaleverket vårt. Arbeidsmiljøloven åpner opp for slik dispensasjon på to punkter: Minimumshvile kan etter avtale reduseres fra 11 til 8 timer pr døgn og fra 35 til 28 timer pr uke. Dette er gjennomført for leger og nedfelt i "vernebestemmelsene" i overenskomstens del A2. I tillegg har vi økt maksimalt antall timer pr uke til 60 og antall timer en arbeidsperiode kan strekke seg over til 19 timer. Vernebestemmelsene er altså ingen hemsko som er hengt på legegruppen for å redusere vår fleksibilitet. Jeg håper alle ser at vernebestemmelsene representerer en betydelig utvidelse av arbeidsgivers styringsrett over vår arbeidstid sammenlignet med andre arbeidstakergrupper.

En del av begrunnelsen for lange arbeidsperioder var blant annet forutsetningen om hvile i løpet av arbeidsperioden. Går en tilbake i tid var legers vaktordninger i større grad beredskapsordninger enn det mange vaktordninger er blitt i dag. Gitt tilstrekkelig hvile ble det ansett forsvarlig å la legene jobbe lengre økter og dispensasjonen fra Arbeidsmiljøloven ble dermed avtalt mellom partene.

Tilbakemeldinger vi i Ylf får fra tillitsvalgte tyder på at arbeidsintensiteten på vakt er økende. Mer kan bli gjort på vakt, mer blir krevd gjort på vakt, liten dagtidskapasitet for øyeblikkelig hjelp skyver arbeid til kveld og natt, pasientene skal skrives ut fort, røntgen kreves tatt og vurdert gjennom hele døgnet for større pasientgrupper... listen kan gjøres enda lengre. Vi oppfatter også signaler om at arbeidsgiver i minkende grad er interessert i å betale for beredskap. De forventer at det arbeides aktivt så lenge en er på jobb. Beredskapsaspektet og forutsatt hvile på jobb er mindre respektert. I og med at 19 timers regelen er nedfelt i vernebestemmelse har det utviklet seg en praksis hvor det forventes at en lege skal jobbe sammenhengende og aktivt over 19 timer. Dette er en ordning som er i strid både med Arbeidsmiljøloven og avtaleverket vårt. Samtidig får vi tilbakemeldinger på at å jobbe 19 timer sammenhengende oppleves utrygt i forhold til pasientbehandling og på virker den enkelte leges liv så negativt at flere og flere tar til orde for at en må bort fra ordningen.

Skal vi som forening akseptere at ordninger videreføres samtidig som begrunnelsen for dem er i ferd med å falle bort? Er det riktig å avkreve 19 timers sammenhengende arbeid av leger i spesialisering og andre tilstedevakter? Hvilken grense skal en trekke opp alternativt? Skal en

akseptere 16 timers sammenhengende arbeid? Må vi kanskje ned 13 timer? En overgang fra status som dagarbeider med vaktteneste til turnusarbeider vil ikke være bærekraftig verken økonomisk, faglig, sosialt eller utdanningsmessig. En slik endring er heller ikke ønsket verken av Legeforeningen eller Spekter. Med andre ord så vil vi møte en nedre grense for hvor korte arbeidsøkter vi kan ha.

Flere og flere fra hardt belastede vaktfag som indremedisin, gynekologi, kirurgi og anesthesiologi hevder at 19 timer er for lang sammenhengende aktiv arbeidsperiode. Hvordan skal disse fagene organiseres for å redusere arbeidsbelastningen til et forsvarlig nivå? Kanskje ville flere på vakt løst noe av problemet. Da kan en tenke seg at en får ivaretatt forsvarlig hvile gjennom en lang vaktperiode. Dessverre passer dette ofte dårlig med arbeidsgivers effektiviseringsønsker. I tilfeller hvor økt bemanning kunne gjort arbeidssituasjonen tryggere, men hvor dette avisses av arbeidsgiver mener Ylf at det er uaktuelt at leger skal kompensere med eget liv og helse for den underkapasiteten som oppstår.

Funksjonsfordelinger mellom sykehus gjør at stadig færre sykehus opprettholder et fullverdig akutttilbud. Akuttfunksjoner samles på færre sykehus. På akuttsykehusene blir kanskje virkeligheten slik at aktivt arbeid må påregnes gjennom hele døgnet. På mindre sykehus uten full akuttberedskap vil vaktene forløpe roligere. Skal en ha de samme grensene for arbeidstid på travle akuttsykehus og på rolige elektive sykehus? Kan grunnprinsippene for organisering av arbeidstid være de samme for små passive vaktlag på fire leger eller store tilstedevaktsjikt som omfatter 15-20 leger?

Vårt fag, anesthesiologi, er et fag hvor vi opplever alle typer arbeidsbelastning. Våre kollegaer jobber i hele spennet fra aktive og travle tilstedevakter på Universitetssykehusene til rolige hjemmevakter på mindre sykehus med lite akutttilbud. Kanskje er det noen av våre vaktlag som er de mest krevende både faglig og i forhold til arbeidsmengden på vakt.

Jeg mener at en ikke kan opprettholde arbeidstidsordninger som i hovedregel forutsetter 19 timers sammenhengende aktivt arbeid. Arbeidstidsordninger som innebærer arbeid utover Arbeidsmiljølovens rammer må kun gjennomføres dersom tilstrekkelig hvile sikres i løpet av arbeidsperioden slik at arbeidsordningen er forsvarlig både i et arbeidstaker- og pasientperspektiv. Dispensasjon fra vernebestemmelsene bør ikke lengre finne sted. Leger må slutte å subsidiere driften i norske sykehus med eget liv. Arbeidstidsordningene må også evalueres i lys av utviklingen i sykehusstruktur og også demografiske endringer i legegruppen. Mye tyder på at tiden for endringer er kommet, men hva slags ordninger vil sikre optimal pasient- og arbeidstakersikkerhet?

Skal LIS bruke kostbar tid på å lære om forskning?

Johan Ræder

Professor, Avd for Anestesiologi, Oslo Universitetssykehus-Ullevål, Oslo

johan.rader@medisin.uio.no

Vi opplever at forskning blir mer og mer spesialisert og spisset tematisk, at forskningsbyråkratiet og formalia rundt forskningen vokser og at det ofte er de store, ressursrike gruppene som lykkes. Hvis man gjennomfører en vellykket, lengre forskningsperiode (les: PhD grad) er tema gjerne smalt og av begrenset direkte verdi i det daglige møtet med gjennomsnittspasienten. Så hvorfor skal vi da bry oss om forskning i undervisningen, når vi kan hente ut konklusjoner og evidens om alle mulige tema fra tidsskrifter, på nettet og kongresser?



Johan Ræder

På dette bakteppet er det nødvendig å argumentere for at kunnskap om forskning er viktigere enn noen gang for den vanlige spesialist. Vi bombarderes av populariserte forskningsresultater av varierende kvalitet fra de fleste media. Hvem som helst kan legge ut sine tanker og funn, i beste fall basert på data, på internett. Produsenter av legemidler og utstyr bruker forskningsresultater tungt i sin markedsføring. Kollegaer og pasienter

forventer at vi er à jour med nyeste viten, mens myndigheter og ledelse forventer godt presenterte kvalitetsdata.

Skal vi klare å leve opp til dette må vi kunne noe om forskningsprosesser, hvordan data blir til og ikke minst hvordan data og resultater skal tolkes. Dette lærer man selvfølgelig best av å forske selv; da vet man hvor vanskelig det er å få gode målinger i laben, hvilke pasienter som ikke er med i de randomiserte studiene, hvordan P-verdier kan vippe

rundt vårt magiske 0,05 mantra, hvorfor data skal tolkes varsomt med alle sine forstyrrende faktorer osv. Et fullført forskningsprosjekt gir ikke bare kunnskap om det man har funnet. Man har underveis blitt kjent med et helt forskningsfelt eller fagfelt, man har diskutert i og utenfor møter med andre forskere, man har skaffet seg et nettverk som en stadig kilde til korrektiv og ferske opplysninger om nye ting. Selv deltakelse i et mindre og enkeltstående prosjekt, for eksempel det å skrive en fordypningsoppgave eller artikkel rundt et fagfelt, bidrar til denne type kompetanse.

Hva skal vi så legge inn i spesialistutdanningen? Vi har en målbeskrivelse som sier at kandidatene skal undervises i vitenskapsteori, forskningsmetodikk og etikk. Dette er ikke presisert nærmere, og per i dag opptil den enkelte kandidat og avdeling. I Danmark hadde man krav om at alle som skulle spesialistgodkjennes måtte være medforfatter på en forskningsartikkel. Dette er nå forlatt og neppe veien å gå; det er lite fruktbart å presse alle inn i konkret forskning når antall prosjekter er begrenset og interessen ikke alltid

passer med prosjektet. Man fikk nærmest parodiske tilstander med 15-20 forfattere på selv den minste artikkel, og diverse hestehandel med forfatterskap som ikke gjenspeilte reell innsats og engasjement. En mer lovende tilnærming kan være å lage egne forskerkurs, hvor målet ikke er at deltakerne skal forske selv, men hvor de skal lære om hvordan forskning foregår. Ut fra dette skal de lære seg å gjøre de riktige reservasjonene og stille de riktige spørsmålene overfor forskningsresultater. Man kan trekke en parallell til ledelseskurs som alle spesialistkandidater må ha: ikke fordi alle skal bli ledere, men fordi alle bør vite noe om ledelsesprosesser for selv å kunne bli ledet og forholde seg profesjonelt til dette. Et tilsvarende forskningskurs kunne basere seg på at deltakerne får jobbe med konkrete eksempler: reklame, internettsteder og artikler. En god lærer kan bruke dette til å illustrere viktige poenger. En tilsynelatende grei artikkel blir meget mer spennende og engasjerende når man blir bedt om å finne "fem feil" og sammen med en dyktig veileder ender opp med at hovedbudskapet kanskje er feil eller skjevt og ikke basert på riktig tolking av valide data. Noe av dette foregår allerede rundt om på sykehusene med fagmøter. Her kan erfarne kollegaer, ofte bedre hvis noen i kollegiet har egen forskningserfaring, legge opp til slike prosesser rundt artikler og tema. Det er imidlertid et problem at vi ikke helt vet hvor bra dette blir for

den individuelle kandidat; et hett tips er at dette ikke fungerer like bra alle steder. Skal man komme videre bør dette formaliseres og støttes; for eksempel ved at man har "undervisningspakker" med forslag til ferdige artikler og tema som kan administreres via internett eller via lokale veiledere på sykehusene. Alternativt kan man lage egne kurs, noe enkelte kollegaer allerede gjør på regional basis. Man kunne også tenke seg at kandidatene ble knyttet opp til et konkret forskningsprosjekt som de fulgte fra ide-fase, gjennom godkjenningsbyråkratiet, selve data innsamlingen, frem til resultater, tolking og sammenskriving. Dette kunne i noen tilfelle innebære at man deltok i prosjektet, mens minstekravet kunne være en mindre tidkrevende observatør rolle. Dette kunne konkretiseres ved at man skrev en kort rapport knyttet til de forskjellige faser og milepeler gjennom et forløp, som oftest vil gå gjennom flere år.

Det er helt nødvendig å sette forskning på dagsorden som en helt nødvendig del av spesialistundervisningen. Skal man være spesialist i anesthesiologi, må det baseres på kunnskap, som igjen er basert på forskning. Her, som ellers i livet, kan ferdigmaten være dårlig og forgjengelig, sammenlignet med det man får ut av egeninnsats med råvarene.



NAFweb.no

Nyheter • Styret • Utvalgene • Møter og kurs • NAForum • NAFWeb Forum • Høstmøtet • Dokumenter • Linker • Kontakt oss • Søk • Innmelding i NAF

OUS og kompetanse

Hege Gjessing

Leder Ylf

Hege.Gjessing@legeforeningen.no

Oslo universitetssykehus er en realitet i navnet. Mesterstykket som står igjen er å skape ett sykehus. Ett sykehus som alle ansatte, pasienter og pårørende kjenner tilhørighet til, ett sykehus hvor alle systemer er oppe og går og er til hjelp i stedet for til hinder, ett sykehus som er blant de første når det gjelder faglig kunnskap og dyktighet og hvor det hele tiden er frihet til å utvikle.



Hege Gjessing

Oslo universitetssykehus er stort. Det ligger muligheter i å være store, men det er selvsagt også åpenbare farer. I OUS vil det være mulig å tilby svært god utdanning og kompetanseheving på alle nivåer. Det vil være mulig å få se og gjøre stort sett alt, gitt at de riktige menneskene vet at du er der og at de har tid til og interesse for å hjelpe deg videre på den faglige og kollegiale veien. Dette gjelder uansett om du er student, jobber deg fram mot en spesialitet eller om du for

lengst er spesialist og trenger oppdatering.

OUS har nedsatt et utdanningsutvalg med 16 medlemmer som skal gjøre strategiske vurderinger og gi råd til ledelsen om alle aspekter som har med utdanning å gjøre. Legeforeningen har vært i møte med OUS. Vi diskuterte spesialiseringen av leger og hva som skal til for å sikre gode forhold for leger i spesialisering både når det gjelder det faglige opplegget, at det til en hver tid er et riktig antall leger ansatt, og hvordan organseringen av tilbudet til legene kan bli så bra som mulig. Med «så bra som mulig» mener jeg at det må lages opplegg som er mer i takt med tiden vi lever i enn det som fremdeles ofte er tilfellet. Det betyr at det må være avdelingens ansvar å sikre at de som trenger det får tilgang til det de trenger når de trenger det. Tilegningen av kunnskap vil selvsagt alltid være et personlig ansvar, men det forholder seg annerledes med tilgangen. Jeg ønsker meg et OUS hvor lederne er

så gode at de fjerner unødvendige hindre og bidrar til å skape enda flere sterke, stolte og friske medisinske miljøer.

Jeg tror OUS gjerne vil å ha til dette. Jeg tror at de absolutt kan få det til. Imidlertid tror jeg ikke at de får det til i første omgang, og kanskje heller ikke i andre. Det har vært sagt fra mange, mange, mange ganger at hastigheten på alle prosessene er alt for høy og at det ikke tas hensyn til vektige faglige råd. På tross av dette er det ikke synlige tegn på at noen stopper litt opp og heller begynner å skynde seg langsomt. Hastverket vil bare bidra til at det tar lengre tid å skape de gode vibbene OUS trenger. Dermed er det også lett å se for seg at opplæring blir nedprioritert hvert fall i nærmeste fremtid.

I høst fikk vi gjennomslag for at faste ansettelser skal være hovedregelen for alle leger i sykehus og ikke bare for dem som har en spesialitet. Dette betyr at vi må ha nye og bedre løsninger med større grad av avtaler mellom sykehus og hvor den klassiske gruppe 1/gruppe 2-modellen forsvinner. OUS skal ha leger innom fra de fleste kanter av landet og de skal rekruttere til seg selv. Vi er klare til å bidra i arbeidet med å lage nye og gode systemer. Vi har allerede vært klare lenge.

Vi er heldige i Norge for vi har flere muligheter enn de fleste andre. Dette gjelder også hvordan vi sørger for fremtiden ved å skape kunnskapsrike, trygge, entusiastiske og uthvilte leger. Vi har mulighetene til det, OUS har mulighetene til det. Det er viktig, og jeg velger å tro at det kommer til å skje, fordi det også er helt nødvendig.

Den Europeiske spesialisteksamen i anesthesiologi, intensivmedisin og smertebehandling: obligatorisk i Norge?

Per Meinich

Leder i NAF og Avdelingssjef Ahus

pmeinich@broadpark.no

Den europeiske eksamenen øker i popularitet rundt om i Europa. Noen har ment at vi bør innføre den som en del av den obligatoriske utdanningen i Norge. Bør vi det?

Norsk spesialistutdanning i anestesi baserer seg på klinisk opplæring og veiledning, gruppe 1 tjeneste, prosedyrelistes samt obligatoriske kurs med kurseksamener. Den gjengse oppfatning, slik vi erfarer det, er at dette systemet gjør at vi får kompetente klinikere som er godt skikket til å fungere i en norsk klinisk hverdag.

Den europeiske eksamenen består av to deler, en teoretisk og deretter en praktisk eksamen. Til tross for at legene som melder seg opp stort sett har noen års erfaring, og til tross for at de fleste nedlegger et betydelig arbeid i forkant av eksamenen, stryker nærmere 50 % på den teoretiske delen og ytterligere noen på den praktiske. Jeg finner det da betimelig å spørre: når så vidt mange leger som stort sett fungerer godt i en klinisk hverdag stryker på eksamen, er denne da et godt verktøy for å teste om den enkelte lege skal få lov til å praktisere anesthesiologi?

Jeg synes det er glimrende at mange kolleger, jo flere jo bedre, prøver å tilegne seg mest mulig kunnskap rundt det faget vi jobber i. Som arbeidsgiver synes jeg vi skal legge til rette, så godt vi kan, for at alle som ønsker det skal kunne ta denne eksamenen. Men jeg ønsker likevel ikke å innføre den som en obligatorisk del av spesialistutdanningen.

Før dette synes jeg, i det minste, vi burde evaluere det systemet vi har, og en slik evaluering bør da påvise betydelige, klinisk relevante mangler ved vår utdanning som den europeiske eksamenen er egnet til å rette opp.

Det jobbes på flere områder i Norge med etterutdanningssystemer (bl.a. simuleringverktøy og nettbaserte løsninger) der både teoretiske og kliniske ferdigheter kan vedlikeholdes og evalueres. Vi aner konturene av et system der vi går over fra et system med en læringsperiode fulgt av en godkjenning en gang for alle, til et system med kontinuerlig kompetansebygging, oppdatering og vedlikehold av kunnskap.

Så altså: all honnør til kolleger som tar den europeiske eksamenen, og som arbeidsgiver mener jeg vi må legge til rette som best vi kan slik at alle som ønsker det gis mulighet til å ta den. Men likevel, jeg ønsker ikke at denne skal bli obligatorisk. Jeg tror ikke at den økte innsatsen som skal til for å få gjennom alle vordende norske anesthesiologer står i forhold til det forventede resultatet, og jeg er svært usikker på om stryk virkelig er et uttrykk for at man ikke er egnet til å praktisere som anesthesiolog.

Prisdryss fra Forskningsutvalget

- Høstmøtet 2010

I år gikk forskningsprisen til Professor Stubhaug fra UiO og Rikshospitalet.

Forskningsprisen tildeles en forsker, en forskningsgruppe eller et forskningsmiljø som har utmerket seg med fremragende forskning. Prisvinneren må, i følge statuttene, være nasjonalt ledende innenfor sitt fagfelt og være vel anerkjent av ledende utenlandske fagmiljøer.

Professor Stubhaug har publisert mer enn 80 artikler og bokkapitler med høy kvalitet innenfor fagfeltene smerteforskning og intensivmedisin. Prisvinneren har veiledet 4 kandidater til dr.grad og er for tiden veileder for 8 PhD studenter.

Prisvinneren er en internasjonalt meget anerkjent smerteforsker og bidrar i redaksjonen til flere tidsskrifter innenfor sitt fagfelt. Han er en etterspurt foreleser på internasjonale kurs og kongresser.

Forskningsprisen (NOK 20.000) ble delt ut under Høstmøtet i Oslo 29. oktober og prisvinneren holdt Otto Mollestads minneforelesning.

Det vanket også abstraktpriser, a 5000 kroner:

Beste kasuistikk: Gunnhild Holmaas. Abstrakt nr. 17.
Om CO₂ reduksjon med Novolung.

Beste kliniske abstrakt: Håkon Haugaa. Abstrakt nr. 11.
Registrering av levertransplantat med mikrodialyse

Beste eksperimentelle abstrakt: Per Steinar Halvorsen. Poster nr. 2.
Monitorering av grisehjerte.

Red

Internt kurs i luftveier, til inspirasjon?

Frode Kristensen

Konstituert overlege Hode-halsseksjonen, KSK, Haukeland Universitetssykehus

frode.kristensen@helse-bergen.no

I en travel hverdag går det ofte fort i svingene og fag blir det ikke alltid så mye tid til bortsett fra en sveip innom nettsidene i våre kjente tidsskrifter Vg og Dagbladet. Når det er sagt skal vi være glad for de formelle kravene til spesialistutdanningen som gir oss noen sårt tiltrengte undervisningsminutter og timer i løpet av året. Ferdige spesialister nyter også godt av dette godet.

Alle kan ikke dra på høstmøtet, men driften er likevel tatt ned slik at vi er tilgodesett med en fagdag i høstmøteuken. Vår hodehalsseksjon fikk ansvar for å sørge for innhold til 7 timer undervisning og dermed ble vårt lille interne luftveiskurs unnfanget. Jeg har deltatt på luftveiskurset som årlig arrangeres i København og det gav inspirasjon til å arrangere en intern miniversjon, uten sammenligning forøvrig.

Så oppskriften starter med noen grunnleggende bestandeler: inspirasjon, litt avsatt tid(en forståelsesfull seksjonsoverlege), noen gamle ahlr dukker, et velvillig slakteri, en entusiastisk SimMan operatør med tilhørende SimMan, noen flere entusiastiske kolleger og selvsagt en avdelingsoverlege som mener fag er nyttig og bra..... Så er vi i gang. Det skal riktignok innrømmes at det gikk med noe familietid til forberedelser.

Vi endte opp med en kompakt dag med halvparten teori og halvparten praksis som da var bygd opp rundt vår luftveisalgoritme. Vi la opp til 4 praktiske stasjoner: supraglottiske hjelpemidler, intubasjon, nødtrach og simulering med SimMan på operasjonsstue. Av dette følger jo at vi ikke kan undervise for mange om gangen (12-16) og at vi trenger minst 4-5 personer til å arrangere det hele. Det er jo den praktiske biten som er vanskelig å få til i en travel hverdag og som krever ekstrainsats utover forberedelser til teoretisk undervisning.

Mht til supraglottiske hjelpemidler hadde vi fokus på hva vi har tilgjengelig og hva nytt utstyr vi kan ha nytte av. Vi bruker blant annet ikke lts- tube intrahospitalt i Bergen, men vi vurderer kanskje å ta den inn i tillegg til fast- trach.

Å trene intubasjon på dukker blir fort banalt for erfarne kolleger, men med fokus på hjelpeteknikker rundt bruk av videolaryngoskop og fiberscop blir det mer nyttig.



Øvelse gjør mester. Foto: Frode Kristensen

Nødricthyroidectomi får vi alle for lite trening på og vi brukte sauestruper med geiteskinn, og trente med våre valgte metoder, grov venefflon, melker-kit og kirurgisk 4 -steg teknikk. Dette kan jo og gjøres med plastdummy, men jeg mener det blir mer realistisk med preparater.

Siste praktiske stasjon var SimMan og scenariotrening. Vi bygde noen scenario basert på virkelige hendelser og fikk stresset deltakerne litt rundt vår luftveisalgoritme. Dette var nok den mest spennende og for oss den mest utfordrende delen av kurset. Det krever endel arbeid med programmering i tillegg til spontanitet hos operatør av SimMan. Vi lærte blant annet at når en anestesileger får los på stemmebånd så kan

vedkommende klare å intubere selv om dukken i øyeblikket ikke skulle være intuberbar (med påfølgende reparasjoner)

Vi er mange anestesileger på Haukeland og tanken bak dette minikurset har delvis vært å få til en enhetlig "oppdragelse" rundt en viktig del av faget vårt. Vi har også lagt opp til at kurset i lett modifisert form skal kunne holdes for anestesisykepleiere. Samtidig var timingen god med at vi har en gjennomgang av vår utstyrspark mht til luftveier: hva skal vi bruke og hva skal vi ikke bruke fremover! I allefall har vi gjort oss erfaringer som vi kan bruke videre, enten det er 1:1 opplæring av nye assistentleger eller evt et fremtidig luftveiskurs for eksterne kolleger.

EuSOS

European Surgical Outcomes Study (EuSOS)

Ny multisenterstudie

En multisenter, internasjonal syv dager evaluering av pasientbehandling og klinisk utkomme for pasienter som gjennomgår ikke-kardial kirurgi. VIL DU VÆRE MED?

Bakgrunn

Omtrent 234 million kirurgiske inngrep utføres hvert år verden rundt. Vi vet veldig lite om perioperativ behandlingen av disse pasientene og om hvordan det går med dem etterpå.

Fordi så mange inngrep gjennomføres er det sannsynlig at komplikasjoner etter operasjon er et viktig årsak til morbiditet og mortalitet postoperative. Pasienter som får komplikasjoner men overlever har fremdeles nedsatt funksjonsevne og markant nedgang i medium- og langtidsoverlevelse.

Vi trenger å vite mer om forskjellen om kvaliteten av postoperativ behandling og hvordan den påvirker frekvensen av dårlig kirurgisk utkomme. Uten robuste epidemiologiske data kan man ikke overbevise at god kvalitet i perioerativ behandlingen er viktig eller at forskning i dette område skulle forbedres. Siden mange pasienter opereres hvert år kan små forbedingen ha en massiv betydning i pasientbehandlingen.

EuSOS studien undersøker den perioperative behandlingsopplegget over hele Europa for å lage et stort men enkelt datasett som kan trigger en forandring i behandlingen av ikke-kardiale pasienter og vil være grunnlag for flere kliniske undersøkelser for å øke standarden enda høyere.

Hvilke spørsmål skal EuSOS svarer for?

EuSOS har blitt designet til å svare på en rekke enkle spørsmål:

- Hva er sykehusmortaliteten for pasienter som gjennomgår ikke kardial kirurgi?
- Hva er liggetiden på pasienter som gjennomgår ikke kardial kirurgi?
- Hva er den aktuelle standarden til cardiac output måling?
- Er det forskjell i perioperativ behandling i forskjellige helsesystemer i europa?
- Er det forskjell i liggetiden og mortalitet etter kirurgi mellom de europeiske nasjoner?

Hvordan fungerer studien?

Allerede nå er 200 sykehus fra 30 europeiske land med i studien. Over en syv dagers periode i april 2011 samles pasientdata som beskriver behandlingen av alle voksne som får ikke kardial kirurgi. Det inkluderes både akutt og elektiv kirurgi og ekskluderes dagkirurgi, hjerte-thorax kirurgi, nevrokirurgi og radiologiske eller obstetriske prosedurer.

Hvert sykehus dokumenterer liggetiden og intrahospitale dødeligheten av disse pasienter.

Har du lyst å være med i studien?

For mer informasjon:

se studiewebsiden <http://eusos.esicm.org> eller kontakt nasjonal koordinator ib.jammer@helse-bergen.no

Velkommen til Bergen i juni!

Som forhåpentligvis alle nå vet skal Norge arrangere SSAI kongressen i 2011. Sist vi hadde den var i Tromsø, 2001, en vellykket kongress med mange deltagere. Vi kan ikke konkurrere med Tromsø om midnattssol, men Bergen burde være et like attraktivt sted å dra (tror og håper vi). For 2011 er dette et felles arrangement mellom SSAI og NAF, slik at kongressen også fungerer som neste års årsmøte, med generalforsamling og Otto Mollestads minneforelesning!

Planlegging av arrangementet er i godt gjenge, og kongresskomiteen legger i disse dager siste hånd på verket med det faglige programmet.

Programmet tror vi er både attraktivt og innovativt! Vi har (for første gang?) inkludert simulering som en integrert del av konseptet, og det vil gå tre parallelle simuleringssesjoner gjennom hele kongressen (onsdag til fredag). Det blir simulering i anestesi, akuttmedisin og intensivmedisin. Vi har et eget nordisk "faculty" som kun har som oppgave å tilrettelegge og utvikle simuleringen. Lærdal er teknisk arrangør av dette.

For øvrig blir det tre linjer med mer tradisjonelle forelesninger og interaktive sesjoner i alle fagets "søyler". Faculty består av ca 1/3 fra Norge, 1/3 fra Norden for øvrig og 1/3 fra Europa/Overseas. Figuren viser oversikt over innholdet i kongressen.

Nytt av året er også det vi kaller elektroniske postere, og dette bli eneste presentasjonsform av abstract. ACTA har også i år sjenerøst gitt oss 95.000 DKr til fem abstractpriser; En første pris på hele 30.000 DKr!



Foto: Bergen Reiselivslag

Bergen har også mye annet å by på, og vi skal holde til i byens storstue: Grieghallen, midt i Bergen sentrum. Mottagelse blir i Håkonshallen, og kongressmiddagen på Fløyen Folkerestaurant. Vi tar også opp igjen fysisk aktivitet som en del av kongressen og arrangerer en tur over vidden torsdag kveld, og ut i de små timer. Det er meldt fullmåne, slik at turen kan (hvis godt vær) bli en fantastisk opplevelse.

På vegne av NAF, SSAI og miljøet i Bergen er det oss en glede å ønske velkommen til faglig og sosialt samvær i Bergen 15-17 juni!

Hans Flaatten, Kongresspresident
Per Meinich, Leder i NAF
Anne Berit Guttormsen, NAFForum redaktør



The Scandinavian Society of
Anaesthesiology and Intensive Care Medicine

SSAI CONGRESS BERGEN 2011 PROGRAM OVERVIEW

31st Congress
15-17 June 2011 | Bergen | Norway
Scandinavian Society of Anaesthesiology
and Intensive Care Medicine
*Patient Safety through
Audit and Simulation*

WEDNESDAY June 15

Peer Gynt			
08.30	OPENING SESSION		
	OPENING LECTURE (Laerdal Lecture)		
10.00			
10.30	Peer Gynt	Klokkeklang	Trolltog
	Simulations		
	A1 Organising everyday anaesthesia	E1 Prehospital hypothermia	I1 Pediatric intensive care
12.00	Electronic poster 1		
	LUNCH/SYMPOSIA		
13.30	A2 Safe surgery	P1 Postoperative & acute pain	I2 Swine flu-2 years later SSA/ESICM
15.00	Electronic poster 2		
15.30	E2 Emergency in extreme conditions	I5 Research in the ICU	A3 Long term effects of anaesthesia
17.00	Electronic poster 3		
17.30	NAF GENERAL ASSEMBLY 17.30-19		
	Get together reception 19-21		

Pain
Intensive care
Emergency med
Anaesthesia
Common session

THURSDAY June 16

Peer Gynt	Klokkeklang	Trolltog	Simulations
I3 Post cardiac arrest care & outcome	E5 Advanced life support	A4 Neuro- anaesthesia	E7 7 - 8
Electronic poster 4			
ACTA lecture A9 Updates in anaesthesia	P2 Analgesics	I4 Sedation in the ICU	E9 9 - 10
LUNCH/SYMPOSIA			
A5 Regional anaesthesia SSA/ESRA	P3 Clinical challenges	G2 World wide education challenges SSA/WSFA	E11 11 - 12
Electronic poster 5			
A6 The difficult airway	E4 Thrombo- embolic emergencies	I6 Organ failure	E13 13 - 14
Electronic poster 6			
Electronic poster 7			
SSAI GENERAL ASSEMBLY 17.30-19			
Full-moon-walk across "Vidden" 3-4 h. night walk with guide 22-02			

FRIDAY June 17

Peer Gynt	Klokkeklang	Trolltog	Simulations
E3 Rapid rescue techniques	A7 Updates: Obstetric anaesthesia	I7 Genetics in intensive care	E15 15 - 16
Electronic poster 8			
A8 Anaphylaxis	P4 Adverse effects & safety	MOLLESTAD lecture (NAF) G3 WFSA	E17 17 - 18
LUNCH/SYMPOSIA			
G4 Withholding care	P5 Hot topics	I8 Nutrition in the ICU	E19 19 - 20
Electronic poster 9			
Electronic poster 10			
G1 Small hospitals- how much is too small?	P6 Palliative medicine	E6 Organi- sation & communi- cation	E21 21 - 22
Electronic poster 11			
CONGRESS DINNER 19-23			

*Interactive sessions

Utdanning i intensivmedisin i Europa

Hans Flaatten

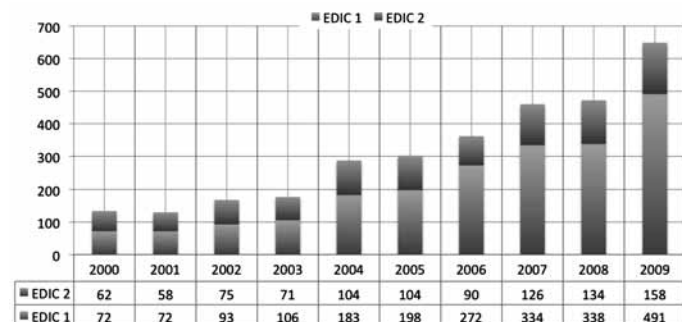
Leder i Educational committee i ESICM

hans.flatten@kir.uib.no

Etter å ha vært ansvarlig for utdanning og "professional development" i European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) fra 2008-2010 har jeg fått et godt innblikk i ulike sider vedrørende Europeisk intensivmedisin generelt, og ESICM sin innsats spesielt. Jeg vil i denne korte artikkelen gi en kort oversikt over de ulike initiativ som nå er tatt av ESICM (se også www.esicm.org)

ESICM er en faglig organisasjon for og av intensivleger, i praksis fra hele verden, men hovedtyngden er leger og sykepleiere fra Europa. Ved siden av å arrangere en faglig vitenskapelig kongress hvert år, har foreningen i sin formålsparagraf å arbeide for utdanning og videreutdanning innen intensivmedisin i Europa.

Det første skrittet ble tatt i 1989 med etablering av European Diploma of Intensive Care (EDIC) som er en todelt eksamen med en skriftlig del med MCQ (EDIC 1) og en klinisk/muntlig del (EDIC 2). Når begge eksamener er bestått, og kandidaten fyller de nasjonale krav til klinisk erfaring, kan hun/han tildeles EDIC, selve diplommet.



Figur 1. Utvikling av EDIC (European Diploma in Intensive Care) siste 10 år

Den skriftlige delen har en tradisjonelt bare kunnet gjennomføre under den årlige ESICM kongressen, eller i Nederland (EDE) i februar. Fra 2011 økes antallet steder hvor EDIC 1 blir tilgjengelig med fem nye Europeiske byer: London, Lisboa, Bonn, Dublin og Bergen. Tidspunktet er 10. februar med frist for påmelding 1. januar 2011.

I figur 1 illustreres antallet som melder seg opp til EDIC årlig de siste årene.

PACT var neste initiativ fra foreningen med start i 1999, et ambisiøst prosjekt som nesten ble "kvalt" pga høye kostnader. Ideen var å lage et internettbasert utdanningstilbud innenfor intensivmedisin. Det ble planlagt publikasjon av 44 ulike moduler. Den siste, om sepsis, ble ferdig i 2008 etter 9 år og mer enn 2 mill € brukt på prosjektet. PACT var også dyrt i bruk, noe som førte til liten spredning i miljøet. Etter en betydelig intern diskusjon ble det vedtatt at PACT prosjektet skulle videreføres, men kun som en web-basert løsning (PACT 2), med målsetning om regelmessig oppdatering av modulene hvert 3.-4. år. Det ble også vedtatt at PACT skulle være inkludert i medlemskapet i ESICM, noe som nok har rekruttert mange nye medlemmer. Fornying av PACT er godt i gang, og snart er 10 moduler på nett i oppgradert versjon.

CoBaTrICe eller "competence based training in intensive care" (www.cobatrice.org) er et initiativ som ble tatt av tidligere president i ESICM, Julian Bion, i et forsøk, på å skape en ny standard for den kliniske delen av intensivutdanningen (2003). Dette har vært et prosjekt som ble støttet av EU, og har resultert i et forslag om kompetansebasert opplæring (samt tre gode publikasjoner, sjekk på CoBaTrICe i pub-med). Det jobbes nå med en e-portefolio hvor utdanningskandidater vil kunne dokumentere de ulike elementer i opplæringen. Mange Europeiske land har adoptert CoBaTrICe som sin nasjonale standard. Også den nordiske fellesutdanningen i intensivmedisin har vedtatt å bruke dette, om enn i en litt modifisert form.

Critical Care Refresher Course er et pre-kongresskurs som har gått lørdag og søndag før selve ESICM kongressen fra 2007. Kurset har blitt meget populært, og til tross for 150 plasser, har vært det første kurset som blir fulltegnet. Nytt kurs planlegges igjen før kongressen i Berlin 2011. Over disse to dagene gjennomgås vel 30 intensivtema av ulike eksperter, vesentlig fra Europa.

Det siste skudd på stammen er de såkalte clinical training courses. ESICM tar sikte på to ulike kurs, som tilbud dels for medlemmer, dels for de ulike nasjonale intensivforeninger.

Det helt grunnleggende kurset (BASIC) basic assessment and stabilisation in intensive care, er et to-dagers kurs dels basert på korte tutorials, dels som "skillstations" og diskusjonsgrupper. Kursekonseptet ble utviklet i Hong Kong, opprinnelig tiltenkt som et kurs for mindre ressurssterke land. Men historien har vist at behovet i land som Australia, New Zealand og England også har vært stort. ESICM vil i første omgang tilby instruktørkurs for sine "medlemsland", slik at de selv kan fortsette utdanning internt.

Det andre kurset er et mer avansert kurs, ATCIC (Advanced Training Course in Intensive Care). Foreløpig er et kurs i bronkoskopi utviklet, og kjørt et par ganger. Vi håper å få dette kurset til SSAI kongressen i Bergen i 2011. Flere kurs er på planleggingsstadiet, og vil utvikles ila de neste årene (Mechanical ventilation, Hemodynamic monitoring, Renal Replacement Therapy etc).

De fleste av disse tiltak er tilgjengelig for så vel medlemmer og ikke-medlemmer av ESICM, men medlemmer har betydelig reduserte priser/avgifter, og PACT er som sagt fritt tilgjengelig for medlemmer. Jeg vil derfor oppfordre alle intensivinteresserte kolleger til å melde seg inn i foreningen som passerer 5000 medlemmer i år.

Undervisningsppdrag i Kenya eller i Palestina?

WFSA rekrutterer frivillige til to opplæringsprogram som nå er i oppstartsfasen. Minimum én måned:

1. Den kanadiske anestesilegeforeningen etablerer spesialistutdanningsprogram i Øst-Jerusalem i samarbeid med den palestinske anestesilegeforeningen og WFSA.
2. Det skal startes et nytt barneanestesi-treningsprogram ved Gertrude's Children's Hospital i Nairobi.

Om du kan tenke deg å bruke en del av overlegepermisjonen til dette, kontakt Jannicke Mellin-Olsen for mange flere opplysninger. jannicke@mellin.no



Helsinki-deklarasjonen for pasientsikkerhet i anesthesiologi

Jannicke Mellin-Olsen

Overlege, Bærum Sykehus Vestre Viken HF og chairman Education Committee WFSA

mellinolsen@gmail.com

Som nevnt i forrige nummer av NAForum, var lanseringen av denne deklarasjonen et av høydepunktene under ESA-kongressen i Helsinki i juni 2010. I dette nummeret trykker NAForum hele teksten og følge-artikkelen. Dette er en ren kopi av den originale publikasjonen fra European Journal of Anaesthesiology (Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF. The Helsinki declaration on patient safety in anaesthesiology. European Journal of Anaesthesiology 2010; 27:592-597). Den trykkes med tillatelse av EBA, ESA og utgiveren Lippincott Williams & Wilkins.

Etter lanseringen følges den nå opp i Europa ved en "EBA - ESA Task Force", ledet av sveitsiske Sven Staender. Guttorm Brattebø er også medlem. Hele høsten har det vært stort påtrykk om å presentere den ved nasjonale og regionale kongresser. Den er publisert den i mange nasjonale tidsskrifter, bl.a. er den oversatt til polsk, romensk, spansk, tysk, osv.

Den har vakt stor oppmerksomhet over hele verden, og det er morsomt å være vitne til det. Australia og Canada støtter den, og det er planlagt egne sesjoner ved både den asiatiske og den panarabiske kongressen til våren. I oktober har ASA "bestilt" en presentasjon, og den kommer

også til å få stor oppmerksomhet ved verdenskongressen i 2012. Vi kan jo håpe på at denne Helsinkideklarasjonen blir et like viktig redskap for pasientsikkerhetsarbeidet som "The WMA Declaration of Helsinki" fra 1964 er blitt for forskningen.

Artikkelen er gjengitt i sin helhet med tillatelse fra ESA, EBA og publisher LWW. Artikkelen skal siteres som:

Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF. The Helsinki declaration on patient safety in anaesthesiology. European Journal of Anaesthesiology 2010; 27: 592–597.

The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology

Jannicke Mellin-Olsen, Sven Staender, David K. Whitaker and Andrew F. Smith

Anaesthesiology, which includes anaesthesia, perioperative care, intensive care medicine, pain therapy and emergency medicine, has always participated in systematic attempts to improve patient safety. Anaesthesiologists have a unique, cross-specialty opportunity to influence the safety and quality of patient care. Past achievements have allowed our specialty a perception that it has become safe, but there should be no room for complacency when there is more to be done. Increasingly older and sicker patients, more complex surgical interventions, more pressure on throughput, new drugs and devices and simple chance all pose hazards in the work of anaesthesiologists. In response to this increasingly difficult and complex working environment, the European Board of Anaesthesiology (EBA), in cooperation with the European Society of Anaesthesiology (ESA), has produced a blueprint for patient safety in anaesthesiology. This document, to be known as the Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, was endorsed by these two bodies together with the World

Health Organization (WHO), the World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA), and the European Patients' Federation (EPF) at the Euroanaesthesia meeting in Helsinki in June 2010. The Declaration represents a shared European view of that which is worthy, achievable, and needed to improve patient safety in anaesthesiology in 2010. The Declaration recommends practical steps that all anaesthesiologists who are not already using them can successfully include in their own clinical practice. In parallel, EBA and ESA have launched a joint patient safety task-force in order to put these recommendations into practice. It is planned to review this Declaration document regularly.

Eur J Anaesthesiol 2010;27:592–597

Keywords: education, patient safety, perioperative care, standards

Received 15 March 2010 **Revised** 9 April 2010

Accepted 19 April 2010

Introduction

The notion of nonmalfeasance as one of the guiding ethical principles of medical practice is as old as Hippocrates. However, as possibilities widen and interventions become more powerful, introducing greater complexity into the healthcare process, the potential for harm has increased. Policy-makers, patients, politicians and the news media are no longer content to allow healthcare professionals to continue to manage the risks alone and without overt control.

Patient safety has three components: a set of guiding principles, a body of knowledge and a collection of tools.¹ The principles are: the tendency for things to go wrong is both natural and normal, rather than an opportunity to find someone to blame; safety can be improved by analysing errors and critical incidents, rather than pretending they have not happened; and humans, machines and equipment are all part of a system, the component parts of which interact to make the system safe or unsafe. Knowledge is largely taken from other safety-critical, high-reliability industries such as mass transportation and nuclear power² and includes an understanding of how accidents arise and how they can be prevented. Finally, the tools include critical incident reporting,^{3–5}

checklists,⁶ safe system design, communication protocols⁷ and systematic analysis of risks.⁸

Morbidity and mortality in medicine

Medical errors cause death and disability,^{9,10} and recently a number of studies have tried to quantify the scale of that problem. In a systematic review examining more than 70 000 records of a general patient-population, the overall incidence of in-hospital adverse events was 9.2%, of which 43.5% were thought to be preventable.¹¹ More than half (56.3%) of these patients experienced none or only minor disability; however, 7.4% of the events were lethal. The majority of the events were surgery-related (39.6%) or medication-related (15.1%).

Morbidity and mortality in anaesthesiology

With regard to risks that are directly related to anaesthesiology, surrogates of safety must be considered. Before 1980, in an era that predates the widespread use of pulse oximetry and capnography, anaesthesia-related mortality rates were estimated between about 1:2500 and 1:5000.^{12–16} It has not been formally proven that the introduction of these new monitoring devices has had a beneficial effect on morbidity or mortality, but nevertheless the decrease in the rate of anaesthesia-related cardiac arrests, mainly related to respiratory causes, from 2.1 to 1.0 per 10 000 anaesthetics over a 20-year period from 1969 to 1988¹⁷ supports this assumption.

During the last decade, mortality rates in anaesthesia have been reported from France, the Netherlands, the

From the European Board of Anaesthesiology/UEMS (JM-O), the Patient Safety Committee of the European Board of Anaesthesiology (DKW), and the Task-Force on Patient Safety of the European Society of Anaesthesiology (SS, AFS)

Correspondence to Dr Jannicke Mellin-Olsen, Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Baerum Hospital, Vestre Viken Health Authority, P.O. Box 83, N-1309 Rud Oslo, Norway
E-mail: mellinolsen@gmail.com

United States and Australia.^{18–20} In the Netherlands, Arbous *et al.*¹⁸ found that, between 1995 and 1997, the incidence of anaesthesia-related deaths within 24 h of a procedure was 0.14 per 100 000 procedures (8.8 per 100 000 for only partly anaesthesia-related deaths). In France, Lienhart *et al.*¹⁹ reported that, in 1999, anaesthesia-related in-hospital mortality rate was 0.7 per 100 000 and partially anaesthesia-related death rate was 4.7 per 100 000; 42% of deaths occurred within 24 h of the procedure. These rates were even lower for the American Society of Anesthesiology (ASA) I patients, in whom mortality solely or partially related to anaesthesia was found to be 0.4 per 100 000.¹⁹ The study from Australia corroborates these findings; Gibbs and Borton²⁰ found for the period 2000–2002 an anaesthesia-related mortality rate within 24 h of anaesthesia of 0.55 per 100 000. In the United States, between 1999 and 2005, Li *et al.*²¹ reported an anaesthesia-related death rate of 1.1 per million population per year and 8.2 per million hospital surgical discharges. The authors estimated that the mortality risk of anaesthesia for surgical inpatients was 0.82 in 100 000 cases, which provides further support for the data from Australia and Europe. Overall, the mortality risk from complications and adverse events of anaesthesia today appears to lie at approximately 1 in 100 000 cases for Australia, Europe and the United States.

There are several limitations to the measurement of anaesthesia-related mortality because of the loose definition of what is meant when an event is described as solely or only partially related to anaesthesia, and also with such low incidences, the denominator needs to be very large in order to draw meaningful conclusions. Further, in long-term studies, study population, technology and patient care may change, making intrastudy and interstudy comparisons difficult.²² Despite this, the overall improvement in the anaesthesia-related mortality rates over the years is obvious. The studies can only speculate as to what has been responsible for the improvement seen; better monitoring and equipment, new anaesthetic drugs, better training, availability of recovery room facilities and improved airway management are just a few advances worthy of mention.

A surrogate of safety is morbidity data. Studies of anaesthesia-related morbidity show that complications still remain frequent, though deaths solely due to anaesthesia are uncommon. A number of well conducted studies have found an overall incidence of minor anaesthesia-related perioperative events of 18–22%.^{23,24} More serious perioperative complications were reported at a rate of 0.45–1.4%, and complications resulting in permanent damage were found at a rate of 0.2–0.6%.²³

These numbers clearly put the low rates of anaesthesia mortality into perspective. In approximate terms, severe perioperative complications with permanent damage occur in 1 per 170–500 patients, whereas anaesthesia-

related death occurs in less than 1 per 100 000 patients. Adverse events that do not cause the patient any harm are much more common, but the exact numbers are unknown due to lack of a denominator.²⁵ These ‘undesirable events’ should be prevented not only because they may represent poor care in themselves, but also because such events have been linked to subsequent, more serious intraoperative and postoperative problems.²⁶ ‘Undesirable events’ should be investigated and analysed in order to learn why they happened and how they can be prevented from happening again.²⁷

Patient safety in anaesthesiology

Since the very beginning, anaesthesiology has participated in systematic attempts to improve patient safety;²⁸ for example, in the setting of standards for colour codes of medical gas cylinders as early as 1932.²⁹ This important fact brings two equally important consequences. First, it is the duty of anaesthesiologists to build on their past achievements and not to allow the familiar and comforting image of the specialty as ‘safe’ to permit complacency.³⁰ Older and sicker patients, increased pressure on throughput, new drugs and devices and more complex procedures all increase hazards in the anaesthesiologist’s work. Second, anaesthesiologists’ care of patients is not limited to the perioperative period. In most European countries, our specialty is closely involved in intensive care medicine, in which patients are exposed to both similar and additional risks.³¹ Anaesthesiologists are also involved in the treatment of acute and chronic pain patients. Finally, critical emergency medicine is another area where anaesthesiologists play an important role.³² One UK study showed that anaesthesiologists were involved in the care of 60% of hospital inpatients, and this included all clinical specialties when their patients’ degree of illness became critical.³³ In all these fields, anaesthesiologists share skills and experience to enhance patient safety. Thus, anaesthesiologists have a unique, cross-specialty opportunity to influence safety and quality of patient care.³⁴

The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology: a European initiative

As a response to this situation and in order to show leadership in such an important area, the European Board of Anaesthesiology (EBA), in cooperation with the European Society of Anaesthesiology (ESA), has developed a Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology (see appendix).

Method

Starting in June 2009, the patient safety subcommittee of the EBA consulted widely before writing this document and many individuals and representatives of national societies have been involved in its drafting and development. The ESA scientific programme subcommittee ‘evidence-based practice and quality improvement’ as

well as the 'patient safety' subcommittee were involved from the beginning. The first draft was discussed in a meeting in London with representatives from all over Europe in November 2009. Subsequently, it was ratified by all EBA representatives as well as the ESA Board of Directors. The Declaration in its present form is the result of a consensus between both the ESA Board of Directors and the EBA.

The Declaration

The Declaration builds on earlier statements about safety and quality of care.^{33,35,36} It represents a shared European opinion of what currently is both worthy and achievable to improve patient safety in anaesthesiology in 2010. The Declaration recommends practical steps that all anaesthesiologists who are not already using them should include in their own practice. These are relatively straightforward and, where they are currently being used, have a track record of improving patient safety. All European anaesthesiology institutions are expected to support the WHO 'Safe Surgery Saves Lives' initiative including the 'Safe Surgery Checklist', where anaesthesiology plays an important role and where other safety recommendations are made. The Declaration was endorsed by the EBA and ESA. It was officially launched at the Euroanaesthesia congress in Helsinki in June 2010 and was subsequently signed by several representatives of European anaesthesiology and other stakeholders [WHO, World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA), European Patients Federation (EPF)].

The way forward

Other healthcare stakeholders are welcome to endorse the Declaration and to join the EBA and ESA in their initiative in improving patient safety in Europe and beyond. Close cooperation between European organisations will be required to achieve this. A joint EBA and ESA task force for patient safety (David Whitaker and Guttorm Bratneb representing the EBA and Andrew F. Smith with Sven Staender (chairman) representing the ESA) has recently been launched to develop and support a variety of patient-safety initiatives and support research in that field in order to put the recommendations of the Declaration into practice in Europe. It is planned to review the Declaration document regularly.

This consensus statement provides an authoritative document that European anaesthesiologists can present to health authorities, politicians, policy-makers, funders, hospital managers or departmental directors in order to help persuade them to introduce the required safety measures locally and nationally. If this can be achieved, we are convinced that in due course the Declaration may become a tool for continual improvement in standards of patient safety in European anaesthesiology, serving the best interests of our patients.

Acknowledgements

We acknowledge input and support from all members of the European Board of Anaesthesiology (EBA), representing all countries in the European Union (EU) as well as representatives from other European non-EU countries, all members of the European Society of Anaesthesiology (ESA) Board of Directors and the Chairmen of the ESA scientific programme subcommittee 'evidence-based practice and quality improvement' as well as the 'patient safety' subcommittee and the ESA guidelines committee.

Travel and accommodation funding for the London 2009 conference was covered by EBA, ESA and several national anaesthesiology societies.

References

- 1 Smith AF. Patient safety: people, systems and techniques. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; **51** (Suppl 1):51–53.
- 2 Van der Schaaf TW. Medical applications of industrial safety science. *Qual Saf Healthcare* 2002; **11**:205–206.
- 3 Staender S, Davies J, Helmreich B, *et al.* The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database. *Int J Med Inf* 1997; **47**:87–90.
- 4 Staender S, Kaufmann M, Scheidegger D. Critical incident reporting systems in anaesthesia. In: Vincent Ch, de Mol B, editors. *Safety in Medicine*. Oxford: Pergamon, Elsevier Science; 2000. pp. 65–82.
- 5 Smith AF, Mahajan RP. National critical incident reporting: improving patient safety. *Br J Anaesth* 2009; **103**:623–625.
- 6 Winters BD, Gurses AP, Lehmann H, *et al.* Clinical review: checklists – translating evidence into practice. *Crit Care* 2009; **13**:210.
- 7 Smith AF, Pope C, Goodwin D, Mort M. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *Br J Anaesth* 2008; **101**:332–337.
- 8 Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, *et al.* How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ* 2000; **320**:777–781.
- 9 An organisation with a memory. Department of Health, United Kingdom. 13.6.2000. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4065083. [Accessed 8 April 2010].
- 10 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. The Institute of Medicine report on medical error. The Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
- 11 de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, *et al.* The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Healthcare* 2008; **17**:216–223.
- 12 Clifton BS, Hotten WJ. Deaths associated with anaesthesia. *Br J Anaesth* 1963; **35**:250–259.
- 13 Harrison GG. Death attributable to anaesthesia. A 10-year survey (1967–1976). *Br J Anaesth* 1978; **50**:1041–1046.
- 14 Hovi-Viander M. Death associated with anaesthesia in Finland. *Br J Anaesth* 1980; **52**:483–489.
- 15 Marx GF, Mateo CV, Orkin LR. Computer analysis of postanesthetic deaths. *Anesthesiology* 1973; **39**:54–58.
- 16 Schapira M, Kepes ER, Hurwitt ES. An analysis of deaths in the operating room and within 24 h of surgery. *Anesth Analg* 1960; **39**:149–157.
- 17 Keenan RL, Boyan CP. Decreasing frequency of anesthetic cardiac arrests. *J Clin Anesth* 1991; **3**:354–357.
- 18 Arbous MS, Grobbee DE, van Kleef JW, *et al.* Mortality associated with anaesthesia: a qualitative analysis to identify risk factors. *Anaesthesia* 2001; **56**:1141–1153.
- 19 Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, *et al.* Survey of anaesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006; **105**:1087–1097.
- 20 Gibbs N, Borton CL. Safety of anaesthesia in Australia. A review of anaesthesia related mortality 2000–2002. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. <http://www.anzca.edu.au/resources/professional-documents/professional-standards/ps7.html>. [Accessed 8 April 2010].
- 21 Li G, Warner M, Lang BH, *et al.* Epidemiology of anaesthesia-related mortality in the United States, 1999–2005. *Anesthesiology* 2009; **110**:759–765.
- 22 Lagasse RS. Anaesthesia safety: model or myth? A review of the published literature and analysis of current original data. *Anesthesiology* 2002; **97**:1609–1617.

- 23 Bothner U, Georgieff M, Schwilk B. Building a large-scale perioperative anaesthesia outcome-tracking database: methodology, implementation, and experiences from one provider within the German quality project. *Br J Anaesth* 2000; **85**:271–280.
- 24 Fasting S, Gissvold SE. Statistical process control methods allow the analysis and improvement of anesthesia care. *Can J Anaesth* 2003; **50**:767–774.
- 25 Thomas AN, Pilkington CE, Greer R. Critical incident reporting in UK intensive care units: a postal survey. *J Eval Clin Pract* 2003; **9**:59–68.
- 26 Boelle PY, Garnerin P, Sicard JF, *et al.* Voluntary reporting system in anaesthesia: is there a link between undesirable and critical events? *Qual Healthcare* 2000; **9**:203–209.
- 27 Catchpole K, Bell MD, Johnson S. Safety in anaesthesia: a study of 12,606 reported incidents from the UK National Reporting and Learning System. *Anaesthesia* 2008; **63**:340–346.
- 28 Gaba DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in healthcare. *BMJ* 2000; **320**:785–788.
- 29 Boulton TB. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 1932–1992 and The Development of the Specialty of Anaesthesia. *Sixty years of progress and achievement in the context of Scientific, political and social change*. London, UK: the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; 1999. pp. 59–60.
- 30 Smith AF, Goodwin D, Mort M, Pope C. Adverse events in anaesthetic practice: qualitative study of definition, discussion and reporting. *Br J Anaesth* 2006; **96**:715–721.
- 31 Moreno RP, Rhodes A, Donchin Y. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Med* 2009; **35**:1667–1672.
- 32 De Robertis E, Tomins P, Knape H. Anaesthesiologists in emergency medicine: the desirable manpower. *Eur J Anaesthesiol* 2010; **27**:223–225.
- 33 Smith A. Audit commission tackles anaesthetic services. *BMJ* 1998; **316**:3–4.
- 34 Jorm C. Patient safety and quality: can anaesthetists play a greater role? *Anaesthesia* 2003; **58**:833–834.
- 35 Vimlati L, Gilsanz F, Goldik Z. Quality and safety guidelines of postanaesthesia care: Working Party on Post Anaesthesia Care (approved by the European Board and Section of Anaesthesiology, Union Europeenne des Medecins Specialistes). *Eur J Anaesthesiol* 2009; **26**:715–721.
- 36 Staender SE. Patient safety in anesthesia. *Minerva Anesthesiol* 2010; **76**:45–50.

Appendix

Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology

BACKGROUND

Anaesthesiology shares responsibility for quality and safety in Anaesthesia, Intensive Care, Emergency Medicine and Pain Medicine, including the whole perioperative process and also in many other situations inside and outside the hospital where patients are at their most vulnerable.

- Around 230 million patients undergo anaesthesia for major surgery in the world every year. Seven million develop severe complications associated with these surgical procedures from which one million die (200,000 in Europe).¹ All involved should try to reduce this complication rate significantly.
- Anaesthesiology is the key specialty in medicine to take up responsibility for achieving the goals listed below which will notably improve Patient Safety in Europe.

HEADS OF AGREEMENT

We, the leaders of societies representing the medical speciality of anaesthesiology, met in Helsinki on 13 June 2010 and all agree that:

- Patients have a right to expect to be safe and protected from harm during their medical care and anaesthesiology has a key role to play improving patient safety perioperatively. To this end we fully endorse the World Federation of Societies of Anaesthesiologists International Standards for a Safe Practice of Anaesthesia.²
- Patients have an important role to play in their safe care which they should be educated about and given opportunities to provide feedback to further improve the process for others.^{3,4}
- The funders of healthcare have a right to expect that perioperative anaesthesia care will be delivered safely and therefore they must provide appropriate resources.
- Education has a key role to play in improving patient safety, and we fully support the development, dissemination and delivery of patient safety training.⁵
- Human factors play a large part in the delivery of safe care to patients, and we will work with our surgical, nursing and other clinical partners to reliably provide this.⁶
- Our partners in industry have an important role to play in developing, manufacturing and supplying safe drugs and equipment for our patients' care.
- Anaesthesiology has been a key specialty in medicine leading the development of patient safety. We are not complacent and know there are still more areas to improve through research and innovation.⁷
- No ethical, legal or regulatory requirement should reduce or eliminate any of the protections for safe care set forth in this Declaration.

PRINCIPAL REQUIREMENTS

Today we pledge to join with the European Board of Anaesthesiology (EBA) in declaring the following aims for improving Patient Safety in Europe. Close cooperation between European organisations will be required to achieve these goals, for which the input and efforts of the European Society of Anaesthesiology (ESA) will be instrumental:

1. All institutions providing perioperative anaesthesia care to patients (in Europe) should comply with the minimum standards of monitoring recommended by the EBA both in operating theatres and in recovery areas.⁸
2. All such institutions should have protocols^{2,9} and the necessary facilities for managing the following
 - Preoperative assessment and preparation
 - Checking Equipment and drugs
 - Syringe labelling
 - Difficult/failed intubation
 - Malignant hyperpyrexia
 - Anaphylaxis
 - Local anaesthetic toxicity
 - Massive haemorrhage
 - Infection control
 - Postoperative care including pain relief

3. All institutions providing sedation to patients must comply with anaesthesiology recognised sedation standards for safe practice.^{10–14}
4. All institutions should support the WHO Safe Surgery Saves Lives initiative and Checklist.¹⁵
5. All departments of anaesthesiology in Europe must be able to produce an annual report of measures taken and results obtained in improving patient safety locally.
6. All institutions providing anaesthesiological care to patients must collect the required data to be able to produce an annual report on patient morbidity and mortality.
7. All institutions providing anaesthesiological care to patients must contribute to the recognised national or other major audits of safe practice and critical incident reporting systems. Resources must be provided to achieve this.

CONCLUSION

- This declaration emphasises the key role of anaesthesiology in promoting safe perioperative care.

CONTINUITY

- We invite anyone involved in healthcare to join us and sign up to this declaration.
- We will reconvene to annually review our progress to implement this declaration.

SIGNED

Dr. Jannicke Mellin-Olsen,
President, European Board of Anaesthesiology/UEMS

Prof. Paolo Pelosi,
President, European Society of Anaesthesiology

Prof. Hugo Van Aken,
Chairperson, National Anaesthesia Societies Committee on behalf of the ESA Member Societies

References

- 1 Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, *et al.* An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 2008; **372**:139–144.
- 2 World Federation of Societies of Anaesthesiologists. International Standards for a Safe Practice of Anaesthesia; 2008. <http://anaesthesiologists.org/en/safety/2008-international-standards-for-a-safepractice-of-anaesthesia.html>. [Accessed 8 April 2010].
- 3 Peat M, Entwistle V, Hall J, *et al.* Scoping review and approach to appraisal of interventions intended to involve patients in patient safety. *J Health Serv Res Policy* 2010; **15** (Suppl 1):17–25.
- 4 Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient Safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect* 2007; **10**:259–267.
- 5 Staender SE. Patient safety in anesthesia. *Minerva Anesthesiol* 2010; **76**:45–50.
- 6 Reason J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
- 7 Gaba DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in healthcare. *BMJ* 2000; **320**:785–788.
- 8 Mellin-Olsen J, O'Sullivan E, Balogh D, *et al.* Guidelines for safety and quality in anaesthesia practice in the European Union. *Eur J Anaesthesiol* 2007; **24**:479–482.
- 9 Vimlati L, Gilsanz F, Goldik Z. Quality and safety guidelines of postanaesthesia care: Working Party on Post Anaesthesia Care (approved by the European Board and Section of Anaesthesiology, Union Européenne des Médecins Spécialistes). *Eur J Anaesthesiol* 2009; **26**:715–721.
- 10 American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by nonanesthesiologists. *Anesthesiology* 2002; **96**:1004–1017.
- 11 Gisvold SE, Raeder J, Jysum T, *et al.* Guidelines for the practice of anesthesia in Norway. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; **46**:942–946.
- 12 SIAARTI Study Group for Safety in Anesthesia and Intensive Care. Recommendations for anesthesia and sedation in nonoperating room locations. *Minerva Anesthesiol* 2005; **71**:11–20.
- 13 Cote CJ, Wilson S. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update. *Paediatr Anaesth* 2008; **18**:9–10.
- 14 Knape JT. The impact of the European guidelines for sedation by nonanaesthesiologists for gastroenterology practice. *J Gastrointest Liver Dis* 2007; **16**:429–430.
- 15 Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; **360**:491–499.



2nd Scandinavian Advanced Obstetric Anaesthesia Training Programme



This is an advanced education programme for specialists in anaesthesiology, with a special interest in obstetric anaesthesia, from the five Nordic countries.

The programme lasts two years and consists of:

- Clinical training, working in one or two departments of anaesthesia, at least one with a special division for obstetric anaesthesia
- Four SSAI courses in various Nordic countries and participation in the SSAI Congress 2013
- A four week exchange programme in a foreign country
- A research project

After fulfilling the Advanced Education Programme, the candidate will be awarded a SSAI Certificate in Obstetric Anaesthesia

For further information, please check SSAI website: www.ssai.info

Application deadline 1 March 2011

Programme start date 1 September 2011



Mythbusters.....

Myter i akutmedicinsk simulering

Per P. Bredmose

Anestesilege og Medicinsk Redaktør SUM, Anestesi- og Intensivavdeling, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet
Luftambulansse afdeling, Oslo Universitetssykehus
Bredmose@hotmail.com

Medicinsk simulering findes flere og flere steder... og flere og flere uddanner egne fasilitatorer.... men hvor er vi på vej hen? Her skal nogle af myterne omkring fasilitatorens rolle vurderes....

Myter:

"Man må aldrig lade en patient dø i et scenario!"

At lave et scenario hvor patienten dør går fint. Hensigten kan være at bruge håndteringen af døde og pårørende i scenariet. Svære skader eller alvorlig sygdom som uventet får døden som udgang kan være vigtige at arbejde med, forsøge at behandle på trods af at patienten er på den nedadgående spiral, hvor alle tiltag og behandlinger ikke kommer i mål. Den kliniske frustration opleves til fulde!

I et scenario, hvor "eleverne/de aktive" i simuleringen gør det så dårligt, ret og slet gør fejlvalg, at det ville medføre døden for patienten, ja så må det jo ske. Hvis man ikke lader patienten dø i denne situationen, så mister hele simuleringen troværdigheden!

"Scenariet skal følge den lagte (og skrevne) plan!"

Planlægning af scenarioet er vigtigt. Et læringsmål skal defineres og være udtænkt på forhånd. Men hvad gør man, når deltagerne gør nogle valg, som man ikke lige havde tænkt på eller forventet? Da SKAL man kunne "følge efter" og lade fysiologien og patient responset passe til den givne behandling uanset, hvor mærkelig den end måtte være og følgelig lade scenariet fortsætte i den (nye) retning.

Dette kræver meget af fasilitatoren. Ikke bare fagligt (se næste punkt) men også at følge ekstremt meget med, og være klar til at følge nye behandlingsretninger og tanker hos deltagerne!

"Fasilitatorens baggrund er ikke så vigtig, det vigtigste er processen!"

Det har hævdedes fra flere hold, at fasilitatorens baggrund ikke er afgørende. Dette stemmer ikke. For at sikre fagligheden og for at sikre muligheden for at "følge" den fysiologiske udvikling i scenariet i henhold til den givne behandling SKAL facilitatoren have sin faglighed i orden. Det betyder således at en sygeplejerske ikke kan lede et scenario for læger på samme faglige niveau som en lægeuddannet facilitator. På samme måde kan en facilitator som har anæstesiologisk baggrund ikke lede et scenario med gynækologiske problemstillinger for gynækologer.

Indenfor piloternes træning i flysimulator vil det være helt utænkeligt at det ikke var en pilot som leder scenariet, og dette en facilitator som kan flyve samme fartøjstype. Al troværdighed og realisme ville forsvinde med en "ikke-pilot" som facilitator!



Illustrasjonsfoto: Laerdal Medical AS

"Feedback skal primært fokusere på samarbejde, kommunikation og team-work!"

I simuleringens barndom var der megen fokus på samarbejde, kommunikation og team-work. Dette er vigtigt og skal naturligvis evalueres og bruges aktivt i simuleringen, men fokus må aldrig fjernes fra den medicinske faglighed. Så længe at alt medicinsk behandling ikke er perfekt, så skal der også fokuseres på dette!

Alle medicinske "fejl" og "suboptimale" behandlinger SKAL kommenteres og korrigeres. Alt andet vil blive opfattet som en "stiltiende accept" og medføre grove fejlindlæringer og deraf potentielt følgende dårligere patientbehandling i fremtiden!

"Dette var ikke helt godt nok" eller "Dette var forkert" er ikke lov at sige i feedback!

Vi skal naturligvis ikke nedbryde og såre deltagerne men korrigere fejl. Dette betyder, at det er tilladt at sige at noget er forkert. Denne gamle myte stammer også fra simuleringens barndom, hvor store farlige overlæger udmygede yngre kolleger. Den tid er jo slut!

Det er fint at give feedback i en god og positiv tone, men det er faktisk OK at sige det som er forkert. Hvis man har viden, kompetance og rygrad til at stå eksponeret som ansvarlig behandler indenfor akutmedicin, så bør man også have rygraden til at modtage konstruktiv kritik, også når både ret og fejl beskrives!



Per Bredmose

Akutmedicinsk simulering er lærerigt, vigtigt og morsomt. Lad det fortsætte på denne måde... med højest mulige faglige niveau – også medicinsk!
God fornøjelse!

Ovenstående artikel bygger på forfatterens erfaringer med simulation i ind- og udland.

Spesialisering for spesialister

- SSAIs utdanningsprogrammer

Per Kristian Hyldmo

Overlege, Anestesiavd. Sørlandet Sykehus Kristiansand, Leder, SSAI Educational Committee

pkh@sshf

Er du spesialist i anestesilogi, eller nesten ferdig, og har lyst til å fordype deg i ett område innen faget? Da har kanskje vår nordiske forening et tilbud for deg. Den nordiske anesthesiologiske foreningen, SSAI (Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine) har i mange år drevet programmer med det for øye. Som du kanskje vet er du som medlem av Dnlf og i anestesijobb automatisk medlem av NAF, men også av SSAI. SSAI gir ut *Acta Scandinavica Anaesthesiologica* (kalt kun "Acta" blant venner).



Per Kristian Hyldmo

Det startet med et to-års program i intensivmedisin, som nå har utdannet over 300 nordiske anesthesiologer. Siden har fire nye programmer kommet til. Advanced Educational

Programmes i SSAI består i dag av:

- Intensive Care Medicine
- Advanced Pain Medicine
- Paediatric Anaesthesia and Intensive care (ett-års program)
- Critical Emergency Medicine
- Obstetric Anaesthesia

Formatet varierer noe fra program til program, men felles er at man i ett til to år går sammen med 20-30 andre kollegaer. I den perioden treffes man på fire til seks kurs over tre til fire dager, har utveksling til andre sykehus, og gjør et mindre prosjektarbeid. For- og etterarbeid til kursene må en regne med, men det er lagt opp til at en ikke skal behøve redusert arbeidstid. Det likner altså litt på spesialistutdanningen. Målet

med programmene er å videreutdanne anesthesiologer i fagets teori og praksis, men også utvikle kritisk holdning til fag og evne til refleksjon over egen praksis.

Deltakerne melder også tilbake at varige nettverk dannes; man treffer jo de samme folkene igjen gjennom to år, og jobber og bor tett sammen. I tillegg møter en, og blir kjent med fagets nordiske topper som kursledere, forelesere og veiledere.

Du har kanskje svart på SSAIs spørreundersøkelse om fremtidens anesthesiologi i Norden, og sett artiklene i *Acta*. Skal faget få subspecialiteter eller "særskilte kompetanseområder"? Skal for eksempel andre enn anesthesiologer spesialiseres seg i intensivmedisin? Bør akuttmedisin bli en egen spesialitet, slik som i Sverige (men ikke i Danmark)? Enn så lenge er vi én spesialitet i anesthesiologi i Norge, med de fire søylene som grunnlag. Da fyller SSAIs programmer rollen som videre spesialisering, og vil bli enda viktigere om en mer formalisert struktur kommer i fremtiden.



E2010-1198



Deltakere i Advanced Pain Medicine-programmet under en av sine kursmiddager, selvlaget.



I CrEM-programmet skal deltakerne øve forskjellige roller i ledelse under katastrofe.

Hvem betaler så for moroa? Helt gratis er det ikke, men ikke ulikt spesialistutdanningen. Avdelingen du jobber ved må inngå en kontrakt med deg og programmet, og dekke kostnaden utover det Dnlfs fond dekker. Kanskje ser din avdeling for seg at du skal bli seksjonsoverlege; da er disse programmene en vei å gå for å dyktiggjøre deg.

Hvis du føler tiden er inn for fordypning i en av vårt fags områder bør du vurdere å søke på ett av SSAIs programmer. Du får garantert en lærerik tid, og et faglig og sosialt nettverk du kan ha glede av i lang tid.

Hvis du vil vite mer, bør du gå inn på SSAIs nettside, www.ssai.info!



Også prehospitalt situasjoner skal øves i CrEM-programmet.

Kardiomyopati og amiodaron-indusert thyreotoksikose – for syk for generell anestesi?

Atle Ulvik

Overlege, Haukeland universitetssykehus, Bergen

atle.ulvik@helse-bergen.no

Amiodaron-indusert thyreotoksikose (AIT) er en sjelden, men alvorlig komplikasjon. Hos pasienter med alvorlig hjertesykdom og AIT kan det bli nødvendig med total thyreoidektomi. På grunn av høy anestesi-relatert mortalitet har det tidligere vært hevdet at man bør unngå generell anestesi til denne pasientgruppen. Kasuistikken presenterer en ung kvinne med alvorlig kardiomyopati og AIT som ble operert i generell anestesi.

Amiodaron

Amiodaron (Cordarone®) er et klasse III-antiarytmikum indisert ved refraktære arytmier, både supraventrikulære, nodale og ventrikulære. Medikamentet er et benzofuranderivat med høyt jodinnhold med molekylær struktur lik thyroxin og trijodthyronin (1). Halveringstiden er ca. 100 dager, og ved tablettbehandling får man i seg jod tilsvarende 100 x vanlig døgndosis. Bivirkninger er hyppige, ses hos opptil 40 %, og mange blant annet lungefibrose, nevropati, arytmi, leverskade og thyroideaforstyrrelser, både hypo- og hyperthyreose.

Amiodaron-indusert thyreotoksikose

AIT er en thyreoiditt som følge av det høye jodinnholdet i amiodaron. Forekomsten er rapportert fra 2-10%, som regel etter flere års tablettbehandling, men er også beskrevet etter en enkelt intravenøs bolus (2).

Symptomene på AIT er uttalt tretthet og muskelsvakhet, vekttap og forverring av underliggende arytmi. Diagnosen stilles ved hjelp av blodprøvene fritt T4, T3 og TSH.

Behandlingen av AIT kan være vanskelig og utfordrende (3). Amiodaron kan ofte ikke seponeres på grunn av manglende behandlingsalternativ til den underliggende arytmi. På grunn av lang halveringstid av amiodaron vil det dessuten ta flere måneder før hyperthyreosen normaliseres etter seponering. Medikamentell behandling omfatter thyreostatika (karbimazol, propyltiouracil) og prednisolon. Plasmaferese kan forbigående forbedre den kliniske situasjonen, og betablokker brukes til symptomatisk behandling av takykardi. Problemet med medikamentell behandling er at det kan ta opp til fire måneder før den har effekt. AIT hos pasienter med alvorlig hjertesykdom er livstruende med rapportert mortalitet på 50% etter medikamentell behandling. Tilstand krever behandling med raskt innsettende effekt, og flere mener derfor at kirurgisk behandling med total thyreoidektomi bør være et 1. valg hos disse pasientene (4, 5).

Anestesiologiske betraktninger ved AIT

Hjertesyke pasienter med AIT er tradisjonelt sett på som høyrisikopasienter, men enkelte forfattere hevder at generell anestesi til disse pasientene er 'a relatively straightforward procedure...' (6). Anestesi-relatert morbiditet og mortalitet er i første rekke knyttet til arytmier og hemodynamisk instabilitet.

Det er ingen spesifikke anbefalinger når det gjelder anestesi til disse pasientene. Det meste er forsøkt med både suksess og fiasko. Generelt bør man unngå sympatikusstimulering, innlede forsiktig til dyp anestesi og overvåke hjerterytme, hemodynamikk og kroppstemperatur (7). **Utfordringen kan være ventrikulære arytmier pre- og postoperativt.**

Det er også mulig å gjennomføre inngrepet i lokalanestesi, men dette avhenger av operasjonsteknisk vanskelighetsgrad, kirurgens kompetanse og samarbeidende pasient.

Kasuistikk

Vår pasient var en kvinne født i -81 med dilatert kardiomyopati fra 1 års alder og sekundær pulmonal hypertensjon. Etter hjertestans i -06 fikk hun implantert en ICD. På grunn av residiverende atrieflimmer var det forsøkt behandling med elkonvertering og radiofrekvensablasjon uten effekt. Hun var behandlet med Cordarone siden -06 i tillegg til Marevan, Symbicort, Emconcor, Burinex, Renitec, Tracleer, Aldactone og Digitoxin.

Medio september-09 ble hun innlagt Haukeland Universitetssykehus etter flere måneder med diaré, vekttap og økende dyspnø. Ved innleggelsen ble hun tungpusten ved minimal anstrengelse. For eksempel måtte hun hvile etter å ha dekket middagsbordet før hun orket å spise.

Etter å ha diagnostisert AIT ble det startet opp med Neo-Mercazole og Prednisolon. Behandlingen hadde imidlertid liten/ingen effekt. De kommende ukene fikk hun symptomer på økende hjertesvikt med hviledyspnø, og hun hadde vedvarende atrieflimmer med frekvens 130-150/minutt. BT 125/70. Rtg thorax viste et forstørret hjerte, men ingen stuvning. Ekko cor viste lett dilatert ve. ventrikkell, infarktsequele i nedre vegg, generelt nedsatt kontraktilitet med EF 35%, dilatert ve. atrium, mitralinsuffisiens grad 2 og alvorlig pulmonal hypertensjon. På grunn av forverring tross medikamentell behandling ble det på vital indikasjon besluttet å tilby pasienten kirurgi. På et tverrfaglig møte mellom kirurg, endokrinolog, kardiolog og anestesilege ble det lagt en plan for det perioperative forløpet. Operasjonstidspunkt ble fastsatt med oppstart fra morgenen. Erfaren kirurg ble plukket ut. Det ble besluttet å gi plasmaferese og amiodaroninfusjon siste to dagene før operasjon. ICD ble programmert i antitakykardiopace-modus, og kardiolog ville være tilstede under operasjonen for eventuell optimalisering av ICD-innstillingen. Det ble bestemt å gi pasienten generell anestesi og monitorere henne på hjerterovervåkingen i dagene etter operasjonen. Primo november-09 ble pasienten operert med total thyreoidektomi i generell anestesi. På grunn av betydelig redusert allmenntilstand

ble det ikke gitt premedikasjon. Pasienten ble innledet med titrerte doser fentanyl (totalt 0,3 mg) og thiopental (totalt 375 mg), samt vecuronium 7 mg før intubasjon; pasientvekt 73 kg. Anestesi ble vedlikeholdt med isofluran. Peroperativt fikk pasienten infusjoner med amiodaron og noradrenalin. Invasiv blodtrykksmåling og EKG ble brukt som hemodynamisk monitorering. Selve ICD-funksjonen ble midlertidig koblet ut ved hjelp av en magnet. Operasjonen forløp uten komplikasjoner og hun var i fin bedring i ukene postoperativt.

På grunn av sin kardiomyopati er hun i dag i NYHA-klasse 3-4. For tiden er hun derfor til vurdering med tanke på hjertetransplantasjon.

Konklusjon

Amiodaron brukes i økende grad i behandlingen av refraktære arytmier. Man må derfor anta at forekomsten av AIT vil øke. AIT hos pasienter med alvorlig hjertesykdom er en livstruende tilstand som krever behandling med raskt innsettende effekt. Total thyreoidektomi vil derfor ofte være beste behandlingsalternativ. Flere rapporter tyder på at generell anestesi trygt kan gjennomføres hos disse pasientene (2, 6, 8). Grundig preoperativ forberedelse anbefales.

Referanser

1. Cohen-Lehman, J. et al. Effects of amiodarone therapy on thyroid function. *Nat Rev Endocrinol* 2010;6:34-41.
2. Fidele, F.J. et al. Fatal outcome during anaesthesia induction in a patient with amiodarone-induced thyrotoxicosis. *EJA* 2007;25:337-9.
3. Bogazzi, F. et al. Approach to the patient with amiodarone-induced thyrotoxicosis. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:2529-35.
4. Gough, J. et al. Total thyroidectomy for amiodarone-associated thyrotoxicosis in patients with severe cardiac disease. *World J Surg* 2006;30:1957-61.
5. Franzese, C.B. et al. Surgical management of amiodarone-induced thyrotoxicosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:565-70.
6. Sutherland, J. et al. Anaesthesia for amiodarone-induced thyrotoxicosis: a case review. *Anaesth Intensive Care* 2001;29:24-9.
7. Gough, I. et al. Surgery and anaesthesia for amiodarone-associated thyrotoxicosis. *Aust N Z J Surg* 2000;70:155-6.
8. Calis, P. et al. Anesthetic considerations in a patient with amiodarone-induced thyrotoxicosis. Hindawi Publishing Corporation. *Case Reports in Medicine* 2010, Article ID 984981.

Kasuistikken er gjengitt med tillatelse fra pasienten.

Se også kasuistikken "29 år og skeiv nese" på side 67 som omhandler samme pasient

B. Braun Space

En pumpe for alle avdelinger



- Brukervennlig og avansert
- TCI
- PCA
- Glucose Control
- Medikamentliste
- For ambulanse og helikopter
- Kommunikasjon mot elektronisk pasientjournalen

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Tlf. 33 35 18 00, e-mail: officemail.bbm@bbraun.com
www.bbraun.com

29 år og skeiv nese

Jan-Harald Lærum

LIS, Kirurgisk serviceklinikk, Helse Bergen

jnh@helse-bergen.no

For noen uker siden gikk jeg previsitt på en 29 år gammel kvinne som skulle til en elektiv rhinoplastikk i narkose pga skjev nese. Pga alderen antok jeg at hun var en frisk 29 åring. Ved gjennomgang av journalen, forstod jeg raskt at dette var en alvorlig hjertesyk kvinne.



Jan-Harald Lærum

Sykehistorie og klinikk

Det første jeg la merke til var at hun var uføretrygdet pga congenital dilatert cardiomyopati, dvs at hennes fysiske kapasitet sannsynligvis var meget dårlig. Hun hadde pga cardiomyopati utviklet pulmonal hypertensjon. I 2006 hadde hun hjertestans, vellykket resuscitert og fikk deretter innlagt ICD. Hun fikk utført RFA/isolasjon av lungevener i 2008 pga atrieflimmer, uten særlig effekt. Pga rask ventrikelaksjon under atrieflimmer ble det i juni 2010 gjort RFA av AV-knuten, og i juli ble ICD oppgradert til en CRT-D.

Kvinnens tilstand hadde ikke bedret seg etter dette og hun var innlagt i oktober 2010 med forverring av hjertesvikt. Ekko cor viste en EF ca 30%, og et pulmonaltrykk på 60mmHg. Hun hadde et maksimalt oksygenopptak på 15 ml/kg/min, og ble klassifisert som NYHA III-IV. Pga dårlig respons på behandling er hun søkt til transplantasjonsutredning for hjerte/lunger.

Preopertiv visitt

Etter at journalen var gjennomlest og blodprøvene sjekket tilså jeg

pasienten. Jeg tok henne med på en spasertur. Hun ble andpusten på vei til undersøkelsesrommet og ved trappegang klarte hun å gå opp 2 etasjer, men var helt utslitt etterpå. Hun fortalte også at hun ikke orket å handle tunge ting på butikken, som for eksempel melk.

Hva så?

For meg var det åpenbart at denne pasienten ikke burde opereres for en skeiv nese med mindre en mente at dette kunne bedre pasientens funksjonsnivå betydelig. Pasienten selv var ikke klar over den betydelig økte risiko i forbindelse med anestesi/kirurgi – dette hadde ingen diskutert med henne. På direkte forespørsel fikk jeg vite at Øre-Nese-Hals legen ikke hadde gått så nøye igjennom journalen.

Jeg konsulterte mine overordnede. Pasienten ble strøket fra operasjonsprogrammet og måtte reise tilbake til hovedstaden med uforrettet sak. Denne sykehistorien aktualiserer nødvendigheten av journalgjennomgang også hos unge presumptivt friske pasienter. Tidlig kommunikasjon og diskusjon med anestesilege i forhold til risikovurdering ville trolig også ha ført til at denne pasienten ikke ville ha blitt satt på operasjonsprogrammet.

Kasuistikken er gjengitt med tillatelse fra pasienten

Supervisjon - hva, hvem, hvorfor, hvordan

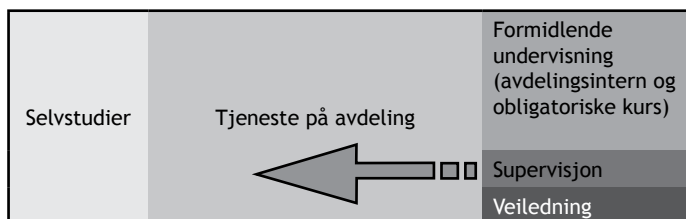
Torvind Næsheim¹ og Birgitte Sterud²

¹ Overlege, Anestesiavdelingen og Akuttmedisinsk avdeling Universitetssykehuset Nord-Norge, torvind@gmail.no

² Prosjektleder og overlege, Sykehuset Østfold, birgitte.sterud@online.no

Alle spesialister på en utdanningsavdeling skal gi supervisjon til leger i spesialisering (LIS). Alle skjønner også at når det kommer en nyutdannet lege til avdelingen er det nødvendig med mye opplæring i alt det praktiske man må kunne - altså håndverket. Teoretisk lærdom forventes det at man tilegner seg gjennom selvstudier, kurs, internundervisning, slik man har gjort i årevis allerede. De fleste tenker også at det er nødvendig å lære seg hvordan man forholder seg til og oppfører seg i forhold til pasienter, pårørende, medarbeidere. Denne lærdommen forventer kanskje de fleste skjer ved diffusjon - den skal liksom sige inn over oss litt etter litt, slik den forhåpentligvis har gjort hele livet i forhold til andre mennesker og i studietiden i forhold til nettopp pasienter og pårørende og annet helsepersonell.

Hvis vi ser litt skjematisk på hva læringen i spesialistutdannelsen består av kan vi se det slik:



Til forskjell fra grunnutdanningen som foregår i en utdanningsinstitusjon med utdanning som primær funksjon, foregår spesialistutdanningen i tilknytning til legers praksis der den primære oppgaven er

pasientbehandling, altså tjeneste på avdeling. De andre boksene i figuren representerer støttefunksjoner ment å fasilitere og å bidra til læring på flere plan.

Dersom vi tror

på ovenstående figur, blir det veldig tydelig at klinisk tjeneste er den viktigste læringsarenaen, hvilket ikke overrasker noen – men det blir også tydelig at supervisjonen blir den viktigste støttefunksjonen i hele spesialistutdanningen. OG – LIS fokus på klinisk arbeid blir



Torvind Næsheim



Birgitte Sterud

det viktigste fokuset, selvsagt uten at det skal bidra til å redusere veiledning, fordypning, kurs, internundervisningens bidrag.

Definisjon

Super+ visio = over+syn. Det er enkelt å definere det slik: Overlegen ser på assistentlegens utøvelse av faget. OG gir tilbakemelding på denne. Slik blir supervisjon den daglige instruksjonen eller mester-svennlæringen, hjelp og råd i forbindelse med gjennomføring av konkrete arbeidsoppgaver, håndtering av akutte problemer osv..

De fleste LIS får meget tett oppfølging i starten av utdanningen, der nærmere 100 % av arbeidet foregår sammen med spesialist, eller nærspecialist. Det samme gjelder for erfarne LIS ved spesielle seksjoner/prosedyrer.

Supervisjonens verdi

Tilgangen på supervisjon er god når spesialist er døgkontinuerlig til stede, slik de er mange steder, eller har svært kort utrykningstid. Likevel er det kun *faktisk gjennomført* supervisjonen som kan ha verdi. Supervisjon inneholder et budskap fra spesialist til LIS. Hvis faktisk gjennomført supervisjon ikke bare skal *kunne* ha, men *har*, verdi innebærer det altså også at budskapet er mottatt og forstått av LIS. Til syvende og sist: Virkelig verdi har den kun dersom den bidrar til bevaring og forbedring av det som allerede er bra, eller inspirerer til endring av uheldige eller lite egnete handlingsmåter.

Ansvar

Som ellers i spesialistutdanningen er ansvaret to-delt. Avdelingen skal legge til rette for og gi læring – og LIS må gjøre seg tilgjengelig for læring, og oppsøke læring. Dette gjelder også supervisjonsdelen av den.

Definisjon av supervisjonsbehov

Når LIS har lært det mest grunnleggende og ansees vaktkompetent erfarer mange at de får jobbe temmelig selvstendig. Og ettersom erfaringen øker, øker også tiden der man jobber helt selvstendig, men unntak av tjeneste på spesielle seksjoner/prosedyrer.

Dersom supervisjon for etter hvert erfarne LIS skal styres av at LIS selv tar initiativ når vedkommende opplever et behov for det, anser vi dette utilstrekkelig.

At en anestesi eller en prosedyre forløper komplikasjonsfritt er ikke det samme som at alt er riktig gjort, ikke kunne være gjort bedre eller burde være gjort annerledes. Uten at det inntreffer en komplikasjon er det ikke alle LIS som vil forstå at de gjorde en feil.

For eksempel er det feil dersom en plan B for luftveishåndtering ikke er gjennomtenkt i det minste der det er anført mulig vanskelig intubasjon, ved narkose til sectiopasienter og lignende.



Læring er kommunikasjon - den foregår begge veier.

Oftest går det bra likevel. Forsømmelsen forblir uoppdaget. Og ingen har lært noe av den.

En kollega sier: Pasienter har en tendens til iblant å overleve selv relativt alvorlige forsømmelser/ feilgrep. Det kan jo fort gå riktig bra! Heldigvis kan vi si. Bra for pasienten! Bra for oss. Svært dårlig for læringens del, om det ikke ble oppdaget.

Flere LIS på flere avdelinger gir uttrykk for at "overlegene vet jo egentlig ikke hva vi kan, eller hva vi gjør. Det er først når noe ikke går bra at man får oppmerksomhet".

Supervisjon er derfor også et ansvarlig spesialist, på eget initiativ, oppsøker LIS i arbeidssituasjoner og vurderer arbeidet som gjøres uansett om det "går bra" eller ikke. Også godt gjennomførte anestesier har læringspotensial ut over det at LIS nok en gang bekrefter overfor seg selv at "Det gikk fint denne gangen også, nå kan jeg dette".

LIS er under opplæring fordi han/hun i utgangspunktet ikke vet og ikke kan. Av samme grunn kan vi heller ikke forvente at de alltid skal vite hva de burde ha spurt om, og hva de burde ha bedt om av råd, tilbakemeldinger, en smule kvalitetskontroll osv..

Det er ikke den som er under opplæring som skal definere behovet for, omfanget av og innholdet i opplæringen.

Korreksjon

Parallelt med at LIS lærer seg ulike teknikker, legger mange til seg større eller mindre uvaner. Dersom spesialist ikke tar initiativ til iblant å se hvordan også en erfaren LIS faktisk utfører for eksempel innleggelse av epiduralkatetre, CVK og gjennomfører vanlige narkoser, vil man ikke kunne oppdage forhold som krever korreksjon. Og om det ikke trengs korreksjon vil det likevel være slik at en spesialist kan ha gode tips og triks å lære bort, eller alternative metoder. Selv erfarne spesialister lærer jo av hverandre når vi fra tid til annen får anledning til og gleden av å arbeide sammen.

Supervisjon på supervisors initiativ

Enkelte spesialister superviserer på eget initiativ. Det kan komme svært overraskende på LIS – avslørende nok. Mange er ikke vant til å bli ”kikkert i kortene”. Men de fleste setter likevel stor pris på det når ”det første sjokket har lagt seg”.

Det å motta supervisjon kan være minst like krevende som å gi supervisjon, det er som i avansert pardans: Dersom den ene parten setter stritter imot blir det ingen dans. Gode supervisjonsforhold (godt læringsmiljø) vokser frem gjennom gjensidige positive opplevelser og tilbakemeldinger: Positivisme avler positivisme. Forbindelseslinjene til gode familie- eller parforhold er nærliggende. Å tillegge den andre gode hensikter er et godt utgangspunkt. Likevel – forholdet Spesialist – LIS er et profesjonelt pedagogisk forhold der spesialisten er den sterke parten. Derfor har supervisor et stort ansvar for å signalisere ”jeg vil deg vel, og ønsker å bidra til din læring, derfor kritiserer jeg”.

Selvstendig ansvar

Hva da med selvstendig arbeid – det å lære seg å ta ansvar, gjøre og stole på egne vurderinger, håndtere uforutsette hendelser? Selvsagt skal det også læres. Det står ikke i motsetning til at også disse delene av tjenesten oftere enn det som er vanlig nå bør gjøres til gjenstand for supervisjon. Det er fullt mulig for en LIS å tenke selv og å gjøre alt selv – noen ganger med en overlege i et hjørne på operasjonsstuen. Spesialistens utfordring ligger i, med mindre det foreligger et akutt behov for inngripen som LIS selv ikke ser, å forholde seg i ro, ikke si eller gjøre noe, kun observere, for senere å gi tilbakemelding.

Ros og anerkjennelse

Å få lov til å gi supervisjon etter å ha observert er ofte en stor opplevelse! Å få stå et par meter unna en assistentlege som gjennomfører og behersker en vanskelig intubasjon, eller i forbindelse med en sectio med stor grad av hast gjør alt rett og dessuten samarbeider helt nydelig med resten av teamet, som meget elegant setter en perfekt ultralydveiledet blokkade, eller i en krisesituasjon viser evne til å ivareta pårørende på en særdeles profesjonell og likevel empatisk måte... Vel, dette er flotte opplevelser – og man får dem bare ved å være der når det skjer!

Den skal være temmelig tykkhudet som ikke kjenner glede ved slikt. Det er både inspirerende og motiverende. Kanskje er det positive hendelser forutgått av konstruktive innspill og korreksjoner. Desto større glede over å få være vitne til læring som gir resultater. Det aller beste er når man kan få dele gleden med den det gjelder. Dette er også en særdeles viktig del av supervisjonen:

”Jeg synes du har en veldig fin teknikk!”

”Jeg hører sykepleierne setter stor pris på dine samarbeidsevner når det haster”

”Den der klarte du veldig flott! Jeg tror det var fordi du hadde planlagt så godt”

”Jeg er glad for at du valgte dette faget - du er på god vei til å bli en svært bra anestesilege, synes jeg!”

”Rapportene dine er svært gode – du er kort og konsis og viser så stor innsikt i hva som er vesentlig å fokusere på”

Hva gjorde slik ros med deg i din utdanning? Eller hva kunne det gjort om du hadde fått den?

Anerkjennelse bidrar til å skape trygghet. Trygghet øker manges evne til å motta også konstruktiv kritikk. Som fører til mer læring, økt kvalitet i gjennomføringen – større grunn til å gi ros. Den skarpe leser kjenner igjen den positive spiralen.

Positivt stress

Noen vil nok straks hevde at sunt stress og litt utrygghet også er bra, fordi det skjerper sansene og ”learning by doing”. Så rett, så rett. Men er det noen som tror at dette noen sinne vil mangle i vårt fag og vår kliniske hverdag selv om vi blir bedre i å gi supervisjon?

Felles mål

Spesialistens mål for LIS bør ikke være:
Du skal bli like god som meg.

Spesialistens mål for LIS bør være:
Du skal bli bedre enn jeg er. Og det er min jobb og hjelpe deg dit.

LIS' mål for sin egen del bør være:
Jeg skal bli minst like gode som min supervisor, og supervisor er en nyttig samarbeidspartner for å oppnå dette.

Dette er et essensielt bidrag til utviklingen av faget vårt!

Professorene om kravene til forskning i spesialistutdannelsen

Anne Berit Guttormsen¹ og Birgitte Sterud²

¹ Overlege, professor, Helse Bergen, anne.guttormsen@helse-bergen.no

² Prosjektleder Forskning, Fagutvikling og Innovasjon, Overlege anestesi, Sykehuset Østfold og Leder i Spesialitetskomiteen i anestesilogi, birgitte.sterud@online.no

Den 4. desember 2010 sendte redaktøren i NAForum følgende tre spørsmål til 13 av landets professorer i anestesilogi:

- 1: På hvilken måte sørger du for at leger i spesialisering får opplæring i forskning ved den klinikken du jobber?
- 2: Dokumentasjon i forhold til forskning/kvalitetssikring/fagutvikling i løpet av utdanningstiden kreves for godkjenning som spesialist. De færreste har til nå levert slik dokumentasjon, og Legeforeningen har ikke villet konkretisere kravene eller implementeringen av dem. Spesialitetskomiteen i anestesilogi ønsker å skjerpe kravene - altså håndheve bestemmelsen og kreve slik dokumentasjon for alle som søker om spesialistgodkjenning etter 1.1.2012. Hvordan vil din klinikk løse denne utfordringen?
- 3: Hvilke virkemidler må til for at forskning skal bli en integrert del av anestesilogens hverdag?

Utvalget av mottakere var tilfeldig med representanter for alle universitetssykehusene. Svarfristen var ekstremt kort og ni av professorene svarte før fristens utløp (imponerende). Som bakgrunnsinformasjon la vi ved Legeforeningens krav med hensyn til forskning/kvalitetssikring i Spesialistutdannelsen (se faktaboks).

Vi oppsummerer svarene vi fikk

Flere presiserer at utdanning av spesialister i anestesilogi ikke er en del av stillingsinstruksen til professoren. Han/hun er ansatt for å forske og for å undervise medisinske studenter. Utdannelse av spesialister er et ansvar som tillegges avdelingsledelse og utdanningsutvalg. Forfatterne erkjenner motvillig at dette er status.

Videre framheves D-stillingene som et viktig virkemiddel for å rekruttere yngre leger med forskningsinteresse, og mange mener at opprettelse av flere slike stillinger vil ha positiv effekt i forhold til å initiere forskning. Tid og ro til å kunne fordype seg er helt nødvendig for at utdanningskandidaten skal kunne komme i gang med forskningsrelatert arbeid. Det er således enighet om at tid må avsettes i en klinisk hverdag hvor drift har første prioritet. Et annet virkemiddel for å skape interesse for forskning og kvalitetssikring er å rekruttere nye assistenter til forskningsprosjekter i det de ansettes i avdelingen. Erfaringen er at noen sier ja takk, mens andre er mer tilbakeholdne i forhold til et slikt tilbud.

Gjennomgang av pasientserier kan også initiere forskningsspørsmål og nye kliniske og eksperimentelle forskningsprosjekt. Utdanningskandidater bør oppfordres til å sende abstrakt til Høstmøtet og til å publisere i NAForum. Dette er lavterskelalternativ som kan tenne en gnist av interesse.

Fora hvor forskningsspørsmål diskuteres, som lunsjmøter, internundervisning og seminarer er andre gode virkemidler. Noen påpeker at det kan bli for mange møter, og at en sliter med oppmøtet.

På spørsmålet om hvordan den enkelte klinikk skal tilpasse seg spesialistkravene (deltagelse i forsknings-, fagutviklings- eller kvalitetssikringsprosjekt) blir noen svar skylding og anfører at dette er et avdelingsanliggende, ikke et professoralt anliggende. Andre er mer offensive og foreslår at LIS deltar i utabeidelse av prosedyrer som må foranlediges av en litteraturgjennomgang. Videre at de vil bidra til at det innarbeides en kultur hvor forskning er en integrert del av avdelingens virksomhet. Det anføres også at avdelingslederne bør utfordres av sykehusledelsen i det enkelte foretak i forhold til at forskning og publikasjoner etterspørres. Forfatterne lurer på om sykehusledelsene har tilstrekkelig fokus på forskning og fagutvikling, og at forståelse for viktigheten av dette måles i økonomiske rammer som gjør forskning og fordypning mulig.

Noen mener at dr. grad bør kreves for å få overlegestilling og at det benyttes økonomiske incentiver overfor den enkelte forsker.

Dessuten må professorene være mer synlige. De må vise seg fram og reklamere for hva de har å tilby. Noen har tro på at delte stillinger mellom klinikk og universitet vil kunne kvalifisere forskningsinteresserte klinikere i veiledning. Disse personene vil også kunne inspirere andre klinikere til å gå inn i forskningsaktivitet - en vinn, vinn situasjon.

Flere påpeker at det vil være naivt å tro at alle utdanningskandidater skal få nok erfaring til å kunne delta seriøst i klinisk forskning i løpet av utdanningstiden. Vi er helt enige. Det er heller ikke det som er intensjonen, hvilket er fremhevet i bestemmelsen om spesialistutdanning: *"... å sikre at legene har den nødvendige innsikt i medisinsk forskning og evne til å vurdere forskningsresultater generelt og i egen spesialitet spesielt, slik at dette kommer til nytte i deres kliniske arbeid."* Legeforeningen er imidlertid ikke konkret nok, verken i forhold til definisjon av omfanget til denne delen av utdanningen, hvordan kravene bør implementeres, eller hvilke virkemidler som er tenkt tatt i bruk for å oppnå dem. Legeforeningens reaksjonsmuligheter når en avdeling eller kandidat ikke oppfyller kravene, er heller ikke definert.

Vår oppfatning er at kliniske lederne må vise at de verdsetter forskning og kontinuerlig jobbe for dette opp mot sykehusledelsen. Forskningsinnsats skal ikke bare berømmes i festtaler. Produksjonspresset er svært høyt mange steder, og LIS opplever at klinisk innsats blir belønnet, mens forskning i mye mindre grad prioriteres eller verdsettes. Stadig flere avdelinger har ledere som er sykepleiere. Er det forskjell i forhold til

fokus på forskning avhengig av om lederen er sykepleier eller lege eller har en helt annen utdannelse?

Det holder ikke å legge ansvaret over på lederne – engasjement kreves fra alle, for å påvirke systemet til å fokusere på fag og forskning, og å skape en struktur og kultur som gjør dette mulig.

Sakset fra Spesialistreglene

Erfaring med forskningsmetodikk må bli en obligatorisk del av spesialistutdanningen. Målsettingen må være at legen etter avsluttet spesialistutdanning skal ha kompetanse til:

Kritisk å kunne vurdere og ta i bruk resultater fra vitenskapelige artikler i sitt eget kliniske arbeid

Med vitenskapelig metodikk å kunne evaluere arbeidsstedets eller egne resultater i diagnostikk og behandling (kvalitetssikring) Å kunne kritisk vurdere og utarbeide systematiske oversikter over vitenskapelige arbeider som omhandler diagnostikk, behandling og prognostisk vurdering av de sentrale sykdommer innen spesialiteten

Å formidle forskningsresultater til pasienter/pårørende og til annet helsepersonell, slik at dette gir tilfredsstillende grunnlag for reelle valg i diagnostikk og behandling.

Hensikten med "forskningskomponenten" i spesialistutdanningen er ikke å skape forskere av alle leger, men å sikre at legene har den nødvendige innsikt i medisinsk forskning og evne til å vurdere forskningsresultater generelt og i egen spesialitet spesielt, slik at dette kommer til nytte i deres kliniske arbeid.

3.2 Krav til utdanningsinstitusjoner i gruppe I for gruppeførte spesialiteter og tilsvarende institusjoner for spesialiteter uten gruppeføring:

...

3.2.2 Forskning

3.2.2.1 Forskning skal være en integrert del av virksomheten ved utdanningsinstitusjoner i gruppe I eller tilsvarende utdanningsinstitusjon.

3.2.2.2 Pågående forskningsaktivitet skal dokumenteres. Antall publikasjoner per år i referee-baserte tidsskrifter skal være med i vurderingen.

3.2.2.3 Det forutsettes beskrevet hvordan legene under spesialisering får skoling i vitenskapsteori, forskningsmetodikk og -etikk.

3.2.2.4 Det skal legges til rette for at leger under spesialisering deltar i forskningsprosjekter og aktivt stimuleres til vitenskapelig virksomhet.

Spesialistkravene kan du lese i sin helhet på www.legeforeningen.no

Utdanning og forskning

- forskning på utdanning

Torben Wisborg

Overlege, Helse Finnmark HF, Hammerfest & professor II, UiT

twi@baretsnett.no

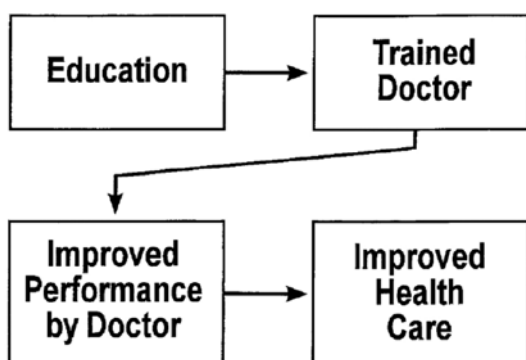
Medisinsk utdanning er alle de aktiviteter vi bedriver for å dyktiggjøre oss selv og andre - i denne sammenheng innen anesthesiologi. Få har reflektert over at ikke all utdanning er effektiv (bortsett fra når de selv har sittet på kjedelige forelesninger), og at det faktisk er mulig å forske på effekten av ulike tiltak. I denne artikkel skal jeg forsøke å gi en smaksprøve på forskningsmetoder og dagens viten.



Torben Wisborg

I et tradisjonelt medisinsk eksperiment ønsker vi et stimulus – en respons. Vi gir et medikament, og måler effekten. I medisinsk utdanning gjør vi en intervensjon overfor en person som allerede har en stor viten, og som ikke eksisterer i et vakuum. Vi forventer/håper så å kunne undersøke effekten, og helst som bedre pasientbehandling med målbart bedre helse/overlevelse. Dessverre innebærer dette en rekke faktorer som forvirrer bildet og gjør målingen vanskelig. Se figuren.

Tidligere var undervisning stort sett basert på mester-svenn opplæring



Harden RM Medical Teacher 1999; 21: 553-62

og den enkelte undervisers mening om hva som var beste tilgjengelige viten. Mange har opplevd begrepet "see one, do one, teach one" i praksis. En gruppe medisinske undervisere introduserte begrepet *best evidence medical education* i 1999 (1). Med dette ble det etablert et verktøy for å vurdere kvalitet i artikler om medisinsk utdanning.

Når vi skal vurdere effekten av utdanning må vi skille mellom de forskjellige ferdigheter og kompetanser vi ønsker å besitte (og at våre utdanningskandidater skal ha). Dette er teoretisk viten (*factual knowledge*), prosedyrerelaterte ferdigheter (*procedural skills*), ikke-tekniske ferdigheter (*non-technical skills*) som kan være ferdigheter i kommunikasjon, ledelse, ressursfordeling og prioritering, overblikk og situasjonsforståelse og endelig det å kunne omsette viten til praktisk handling (*implementation*).

Praktiske ferdigheter i spinalanestesi

Som eksempel på hva vi vet skal jeg ta for meg et viktig felt: hvordan bedømme praktiske ferdigheter i anestesi (2). Som illustrasjon tar vi spinalanestesi. Det burde være rett frem å se om en utdanningskandidat har lært å sette spinalanestesi? Vel, ikke helt så enkelt som man tror.

Formål med testing

Først må en bestemme formålet med bedømmelse av praktiske ferdigheter. Her skiller vi mellom summative assessment og formative

assessment, hvor den første er med henblik på å se om kandidaten har oppnådd tilstrekkelig ferdighet, altså type ”stå/stryk”, mens den andre er en vurdering som gjøres med henblik på hvor kandidaten trenger å styrke læringen. Begge typer bedømmelse kan gjøres basert på kriterier som er veldefinerte og kjente (og de finnes ikke for spinalanestesi), basert på normer som er en sammenligning med samtidige, like erfarne kolleger, eller på sammenligning med kandidaten selv (hor lang tid, hor mange forsøk sammenlignet med tidligere).

Reliabilitet

Hvis testen eller vurderingen skal være til å stole på (reliabilitet) må den ha en evne til å nå til samme konklusjon hvis flere bedømmere vurderer samme lege, og samme bedømmer må nå til samme resultat ved flere uavhengige vurderinger av samme prestasjon (inter- og intraobservatør overensstemmelse, også kalt *external reliability*). Hvis mange kandidater testes bør like flinke kandidater score enten høyt eller lavt i de samme deler av testen (*internal reliability* eller *internal consistency*).

Validitet

Testens validitet betyr at testen faktisk måler det som var intensjonen. Det finnes mange forskjellige aspekter av validitet. Face validity betyr at både eksperter og kandidater aksepterer at testen er relevant og troverdig. Det å kunne intubere en gris er som eksempel langt fra det samme som å intubere et menneske, og vil ha liten *face validity* som test på intubasjonsferdigheter. *Content validity* er derimot om testen faktisk undersøker det som var innhold i undervisning eller relevant atferd bedømt av en ekspertgruppe, mens *concurrent validity* er testens egenskaper i forhold til andre tester ment for samme formål. *Construct validity* brukes når det ikke finnes noen gullstandard og det man vil undersøke er vanskelig å konkretisere. Man kan da definere et konsept – kan testen skille erfarne fra noviser? Jo mer testen klarer å skille grupper med ulik erfaring jo bedre construct validity. Endelig – og viktigst – snakker man om prediktiv validitet, altså om testen i tillegg til å si noe om læring/kompetanse av en bestemt ferdighet i en testsituasjon også kan forutsi hvor godt kandidaten klarer samme oppgave i det virkelige liv – noe som ikke er tilfelle for alle tester.

Hvilke testmetoder finnes?

Tester for ”håndlag” eller på engelsk aptitude er på eksperimentaltadiet. Disse tester brukes innen endoskopisk kirurgi og har vært forsøkt for fiberoptisk intubasjon, men er ikke validert.

Prosedyrelister er populære også i Norge, og sier i alle fall noe om hvor mange situasjoner utdanningskandidaten har vært eksponert for. Dessverre ikke så veldig mye mer... Oftest er prosedyrelister selvrapporterte. De sier ikke om kandidaten har tilegnet seg god teknikk, og det å gjenta samme feil eller dårlige teknikk mange ganger gjør neppe utdanningen og de kliniske ferdigheter bedre.

I Danmark er CUSUM-score populært. *Cumulative Sum analysis* var opprinnelig utviklet som kvalitetskontroll i industri. Denne metoden ser på resultat snarere enn prosess, og må ha et klart definert endepunkt, for eksempel at spinalanestesien ikke må konverteres til

generell anestesi. Dermed sier en CUSUM-score lite om teknikk og fingerferdigheter. Den kan likevel gi en fin grafisk indikasjon på fremgang eller stagnasjon. De fleste kandidater vil i et læringsforløp bli utsatt for stadig vanskeligere situasjoner eller pasienter. Dette er utfordrende for CUSUM, fordi man da må endre endepunkt for ikke urettferdig å oppnå dårligere eller uendrede resultat selv om ferdighetene faktisk blir bedre.

Direkte observasjon (”mester overvåker svennen”) har ganske lav reliabilitet og validitet dersom det gjøres uten fastlagte kriterier. Observasjon kan gjøres mer troverdig med sjekkliste eller kriterier, men heller ikke dette er uproblematisk. Hvis man bruker binære alternativ av typen ”gjort/ikke gjort” eller ”godkjent/ikke godkjent” vil for eksempel det å forklare prosedyren til pasienten kunne telle like tungt som korrekt steril teknikk eller om det fremkalles parestesi. Det er altså nødvendig å vekte slike sjekklister. Slike vurderinger er undersøkt for epidural og plexus brachialis anestesi og har vist god reliabilitet, men har ikke demonstrert prediktiv validitet – med andre ord vet vi ikke om man kan forutsi hvem som faktisk kan ta hånd om for eksempel fødeepiduraler etter en direkte observasjon selv med bruk av sjekkliste.

Neste trinn på stigen er *Global Rating Scales*. Dette er skalaer som vurderer kandidatens ferdigheter i en rekke dimensjoner (informasjon til pasient, steril teknikk, behandling av vev/utstyr, kunnskap om indikasjon/kontraindikasjon, be om hjelp osv.) og for hver dimensjon får kandidaten et antall poeng. En ulempe er at observatøren må være trent i skalaen og vurderingen, at det finnes innebygde psykologiske mekanismer i oss som gjør at vi sjelden bruker ekstremene på skalaen, samt at god utførelse i en dimensjon har en tendens til å trekke opp i andre dimensjoner.

Med dagens viten er den mest lovende og best dokumenterte metode for vurderingen av praktiske ferdigheter i eksemplet spinalanestesi en kombinasjon av *global rating scale* og sjekkliste utført av en trent observatør.

Non-technical skills

Ferdigheter i kommunikasjon, ledelse, ressursfordeling og prioritering, overblikk og situasjonsforståelse kan vurderes med andre verktøy. Dette er et omfattende tema, men to grupper har spesielt jobbet med det: University of Aberdeen – Industrial Psychology Research Centre <http://www.abdn.ac.uk/iprc> (3) og Anaesthesia Crisis Resource Management ACRM (David Gaba et al. (4)).

Betydning av undervisningstiltak

De fleste som underviser er fornøyd dersom tilhørerne holder seg våkne, evt. nikker og kanskje til og med kan reproducere det de har fått forklart/vist. Det er likevel utviklet flere system for gradering av undervisningsutbytte. Kirkpatrick foreslo en fire-trinns skala, hvor det laveste nivå er om deltakerne likte undervisningen, dernest om de er i stand til å reproducere fakta fra undervisningen, om tiltaket førte til endringer i atferd som nivå tre, og endelig om denne eventuelle atferdsendring førte til effekt for pasienten.



E2010-1198

Kirkpatrick's evaluation criteria for educational activities

Step	Designation	Description from Kirkpatrick's original paper
Step 1	Reaction	How well did the conferees like the program?
Step 2	Learning	What principles, facts, and techniques were learned?
Step 3	Behavior	What changes in job behavior resulted from the program?
Step 4	Results	What were the tangible results of the program in terms of reduced costs, improved quality, improved quantity, etc.?

Andre har foreslått modifikasjoner av denne klassifisering (1):



Konklusjon

Undervisning er ikke bare undervisning. Effektiv undervisning må baseres på en analyse av deltakernes behov og deres aktuelle viten, og skal forsøke å føre dem til et definert mål med et bestemt utbytte. Man bør evaluere deltakernes utbytte, ikke bare i form av om de var fornøyd med dagen/kurset, men også i form av atferdsendring og effekt av dette for pasientene. Når man vil evaluere eller bedømme en utdanningskandidat er det viktig å fastslå formålet med bedømmelsen, og å velge troverdige metoder. Ingen enkelt metode er perfekt, og ingen metode er brukbar for alle formål. Forskning på undervisning er vanskelig, også fordi de fleste undervisningstiltak ikke planlegges som forskningsprosjekt, men skal dekke et definert behov. De to formålene kan likevel forenes med planlegging, og da oppnår man en bedre evaluering av den tid underviser og deltaker har brukt på læringen.

Til slutt noen fortsatt gyldige danske visdomsord:

At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke. Vil jeg alligevel gjøre min Mere-Forstaaen gjældende, saa er det, fordi jeg er forfængelig eller stolt, saa jeg i Grunden istedetfor at gavne ham egentligen vil beundres af ham. Men al sand Hjælpen begynder med en Ydmygelse; Hjælperen maa først ydmyge sig under Den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe er ikke det at herske, men det at tjene, at det at hjælpe ikke er at være den Herskesygeste men den Taalmodigste, at det at hjælpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have Uret, og i ikke at forstaae hvad den Anden forstaaer.

Søren Kierkegaard (1813-1855). Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed (Samlede værker ved Peter P Rohde, 3. udgave, Bind 18, side 96-97)

Referanser

1. Harden RM, Grant J, Buckley G, Hart IR. BEME Guide no. 1: Best evidence medical education. Medical Teacher 1999; 21: 553-62.
2. Bould MD, Crabtree NA, Naik VN. Assessment of procedural skills in anaesthesia. Br J Anaesthesia 2009; 103: 472-83.
3. David M Gaba fra 1989 og fremover. Se spesielt Anesthesiology og Anesthesia and Analgesia.
4. Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetists' non-technical skills. Br J Anaesth. 2010;105:38-44.

Anbefalt litteratur

David Greaves, Chris Dodds, Chandre M Kumar et al. Clinical teaching. A guide to teaching practical anaesthesia. Taylor & Francis 2002. **Glimrende og klinisk relevant bok for alle som skal undervise anestesie. Anbefales!**

Robert R Rogers, Amal Mattu, Michael Winthers, Joseph Martinez. Practical teaching in emergency medicine. Wiley-Blackwell 2009. **Mer rettet mot "emergency medicine", men også mange gode tips for undervisere.**

Har du kontroll?

Thomas Husby

Lege i spesialisering ved Haukeland Universitetssykehus

thomas.husby@gmail.com

Generelt er “world wide web” en stor samling av informasjon som krever mye tålmodighet og edruelighet når man skal finne det som er gyldig og pålitelig. Antallet nettsteder med helseinformasjon har eksplodert, og her finnes et helt spektrum av kilder av forskjellig kvalitet. Før man klarer å finne gode oppslagsverk må man gjerne tråle gjennom en jungel av reklame og nettfora med gode råd fra velmenende andre og for de fleste blir dette en tidkrevende øvelse som ikke egner seg for vår arbeidssituasjon. Dette er en liten, ukomplett liste over nettsteder som er velprøvde og verdt et besøk enten man ønsker oppslagsverk, fordypningsstoff eller øving. Men, også her gjelder de samme råd som ellers, at man ikke skal ta imot sukkertøy fra fremmede.



Thomas Husby

Medisinske oppslagsverk på internett

Generelle

www.helsebiblioteket.no

(Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, statsfinansierte. Omfattende nettressurs som “alle” bør ha kjennskap til. Blant annet gis helsepersonell gratis tilgang til en rekke betalingsbaserte nettsteder).

www.uttol.com

(Wolters Kluwer Health, klinisk oppslagsverk innen medisin, tilgjengelig via helsebiblioteket. Søkbar, emneinndelt, oppdatert jevnlig og glimrende utfyllende om det meste man lurer på).

www.interaksjoner.no

(Farmakologisk interaksjonsdatabase drevet av privat selskap, faglig ivarettatt av bla. farmakolog Olav Spigset ved NTNU. Rask, enkel og selvforklarende kryssjekk av medikamenter med gradering av klinisk betydning).

www.legemiddelhandboka.no

(Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok, bok som bør være kjent, komplett tilgjengelig på nett og nedlastbar til egen PC/intranett, PDA og smarttelefon).

www.legehandboka.no

(Norsk Helseinformasjon. Norsk elektronisk Legehåndbok (NEL) har utspring fra klinikere tilknyttet NTNU og St Olavs Hospital i Trondheim, og har blitt et omfattende oppslagsverk innen all medisin, spesielt nyttig fordi innholdet er i takt med norske retningslinjer. Inntil nylig tilgjengelig for helsepersonell via helsebiblioteket, men fortsatt populært og tilgjengelig for betalende abonnenter).

Anestesifaglige

www.martindalecenter.com/MedicalSurgery.html

(Martindale's Anesthesiology & Surgery Center. Stor og omfattende lenkesamling med alt fra tidsskrifter til nettbasert undervisning. God tidtrøye på en fordypningsdag).



The gate to knowledge. Foto: Thomas Husby

www.metrohealthanesthesia.com/links.htm

(MetroHealth Anesthesia, Case Western Reserve University School of Medicine. Lenker til luftveisrelaterte prosedyrer, anesthesiologiske oppslagsverk og andre nettressurser).

www.usra.ca

(The Department of Anesthesia and Pain Management ved University Health Network og Universitetet i Toronto. Teknikker ved nerveblokkader med hjelp av ultralydapparat).

www.nysora.com

(The New York School of Regional Anesthesiology. Teknikker ved nerveblokkader og regionalbedøvelse med hjelp av nervestimulatur eller ultralydapparat eller på frihånd, også med instruksjonsvideoer).

www.trauma.org

(Ikke-kommersiell database grunnlagt og drevet av dr. Karim Brohi, nestor innen traumebehandling basert i London. Artikler, bilder, kasuistikker og annet relatert til traumebehandling).

www.anaesthesiauk.com

(Anaesthesia UK er et samarbeid mellom flere britiske universiteter, dedikert til spesialister og spesialistkandidater innen anestesi. Mye godt stoff og spesielt øvingsoppgaver for britisk og amerikansk eksamen).

<http://anestit.unipa.it/HomePage.html>

(Gasnet, Global Anesthesiology Server Network. Amerikansk basert ressursbase med internasjonale bidrag, lenker, diskusjonsgrupper, artikkelsammendrag, litteraturomtale og mer. Enkelte pekere fungerer ikke men nettstedet er verdt å utforske).

Forskning og fordypning

www.pubmed.com

(National Library of Medicine. Gir tilgang til sammendrag og dels til fulltekst av publiserte artikler fra medline. Trenger kanskje ingen nærmere introduksjon).

www.jameslindlibrary.org

(The James Lind Library. En samling av illustrerte essays om klinisk forskning, pedagogisk og grunnleggende om tester og feilkilder samt interessant historisk tilbakeblikk på dette).

Kjære mor

Takk for øreproppene. Jeg vet jeg har klaget over maset fra personsøkeren og pipetonene fra respiratoren men jeg føler at jeg må bære over med det, eller finne ut hvordan jeg stiller alarmgrensene.

Siden jeg flyttet hit har jeg laget CV og skrevet jobbsøknad på webcruiter. Jeg brukte 2-3 timer på å fylle ut rubrikkene i CVen min selv om jeg hadde en oppdatert CV å hente opplysningene fra. Det ergerlige var at før jeg fikk lagret opplysningene fikk jeg beskjed om å logge inn på nytt på grunn av “?session timeout error”. Så jeg brukte resten av dagen på å gjøre det samme arbeidet om igjen og fant til slutt ut hvordan jeg skulle lagre midlertidig før sesjonen timet ut igjen. Med så mye innsats bak en jobbsøknad er det godt å vite at det ikke er mange jobber å søke på. Helsevesenet må i alle fall sysselsette noen it-konsulenter som gjør alt de kan for å utvikle datasystemer som skal gjøre vår hverdag enklere.

Jobbintervjuet gikk greit. Avdelingslederen var hyggelig virket interessert i meg og mitt liv. Hun ville til og med vite om jeg hadde planer om å få barn!

Min første dag på anesthesiavdelingen var fin. Det var mange trivelige mennesker der.

Vi nye legene ble introdusert på morgenmøtet første dag. En av de andre kom rett fra Finland og fikk en lang rosende omtale av avdelingslederen. Sykehuset han kom fra var blitt kjent i norske medier på grunn av at legene jobbet mer effektivt der. De behandlet langt flere pasienter enn norske sykehus, og legene krevde mindre lønn. Så her kom altså en medarbeider til inspirasjon for oss her i Norge, ble det sagt. Økonomisjefen ved sykehuset ble også sitert på møtet. I en avis kommentar til at helsepersonellet forventet å gå opp i lønn hvert år, sa han at da må vi også løpe fortere.

Mange på møtet krympet seg også da det ble nevnt hvilket privilegium det er å stå opp om morgenen og vite hvilken kommune man skal jobbe i. For ikke å snakke om at vi leger fortsatt kan få være dagarbeidere. Snart er det bare grunnskolen og barnehagen for barna våre som skal ha arbeidstid fra 8 til 16, så noe forutsigbarhet får vi jo beholde.

Jeg ble tidlig tatt til side for å bytte vakter med en hyggelig assistentlege. Han skulle på obligatorisk kurs i Oslo, men hadde ikke blitt kvitt vekten han hadde en av kursdagene. Listeskriveren hadde heller ikke kapasitet til å ta flere vakter, så nå var min kollega litt desperat.

Arbeidsuken er variert. Når alle vakansvakter er bemannet blir det litt tid til å være med på de store operasjonene på dagtid, der vi lærer mye av seksjonsoverlegen. Det føles trygt å følge henne. Når hun er der er alle sykepleierne høflige. Da gjør de som jeg sier og de strekker seg langt for å ikke bli synlig utålmodige når jeg sliter med en vanskelig thorakal epidural.

I tillegg til å bedøve pasienter får vi god anledning til å gå preoperative visitter til de som skal ha anestesi neste dag. Det skal bli fint å kunne forlate undersøkelsesrommet med en pårørende som føler seg betrygget etter å ha snakket med meg. Med litt erfaring skal jeg

Redaksjonell kommentar: De historiene det refereres til i "Kjære mor" er sanne. De kommer fra mange avdelinger, og ikke bare fra anesthesiavdelinger. Den nevnte assistentlegen fra Finland er oppdiktet. Historien er ført i pennen av assistentlege Thomas Husby som er LIS ved Kirurgisk serviceklinikk Haukeland universitetssykehus, Bergen. Redaktøren lurte - er det slik å være LIS i Norge?



Er det slik du føler deg? Foto: AB Guttormsen

klare å huske hvilke seksjoner som vil ha max 35 mg Sobril i premedikasjon og hvem som vil ha max 10 mg. Det er viktig at pasienten ikke sovner for tidlig, og anestesisykepleierne skal jo også få gi litt medisin før legen kommer til operasjonsstuen.

Ukens internundervisning i auditoriet handlet om datasikkerhet. En datakonsulent forklarte oss viktigheten av at vi ikke snoker i journalen til pasienter vi har bedøvet eller resuscitert tidligere. Det kan føre til at vi blir datalogget og straffeforfulgt. Man skal vel ikke prioritere sin egen læring over en pasients private helseopplysninger, skal man vel?

Vi har fordypningstid til å lese oss opp på spesielle emner og til å fylle ut reiseregninger. Fagforeningen har fremforhandlet avtalefestet rett til 1/2 dags fordypning ukentlig. En klok konsulent fra BI som jobber i administrasjonen har funnet ut at vi kan fordype oss hver ukedag mellom kl 1530 og kl 1600. Da unngår vi at produksjonen, som de kaller det, berøres direkte.

Jeg ser lyst på fremtiden. Senest i forrige uke hørte jeg rykter om at en eldre kollega hadde fått fireårsstilling. Han er snart ferdig spesialist, men de trenger jo også å vite at de har en jobb noen år frem i tid. Det gjelder bare å legge seg i selen, så skal det bli min tur en dag.

Det er mye å se frem til. Jeg har lest i Dagens Næringsliv om festene hvor legene møtes. Der får vi anledning til å snakke sammen om jobben og til å betro oss til hverandre og til å gråte. Det finnes en tid for alt. Jeg gleder meg.

Hilsen din sønn ressurs nr 439857-5.

Stilling som ”undervisningslege”?

Per Kristian Hyldmo

Overlege, Anestesiavdelingen, Sørlandet sykehus, Kristiansand

pkh@sshf.no

Fagutviklingssykepleiere finner du de fleste steder, men hvor ble det av fagutviklingslegen? Ved Sørlandet sykehus Kristiansand har de nå gjort alvor av det.

Da Spesialitetskomiteen var på revisjonsbesøk der nylig ble de mottatt av leder i utdanningsutvalget, Olav Søvik. Han kunne fortelle at han nå i tillegg er fagutviklings- og undervisningsansvarlig overlege ved Anestesiavdelingen. Og: Han har fått avsatt én dag i uken for å gjøre jobben. ”Jeg skal sørge for at LiS’ene våre får plan, veiledning, og supervisjon, og at veilederne får veiledning. I tillegg har jeg ansvar for blant annet at MTU-opplæring og utsjekk fungerer, at simulatorentrening blir gjennomført, og jeg skal bidra i utvikling av retningslinjer i avdelinga. Jeg blir nok ikke arbeidsledig...”

Hans seksjonsleder, medisinsk-faglig ansvarlig overlege Arthur Halvorsen skryter av den jobben Søvik har gjort i lang tid. ”Omfanget av dette arbeidet er stort” sier han. ”Nå var det på tide å formalisere det, og 20 % stilling var nødvendig”. Begge er enige om at på dager med for eksempel sykdomsforfall skal Søvik likevel delta i avdelingens drift, men kunne ta ut tiden når bemanningen er normal. ”På denne måten får vi fleksibilitet, og vi trenger ikke tilføre midler for å få det til”, sier Halvorsen.

Et eksempel til etterfølgelse...?



Overlege Olav Søvik i midten, flankert av LiS’er: F.v Kristin Jensen, Aina Zsidek og Nils Christian Ween-Velken (Ylf-representant i avdelingens utdanningsutvalg)

Fjernet nyrestein med norsk mentorhjelp

Morten S. Hopperstad

Løytnant, presse- og informasjonsoffiser i Afghanistan

pioncc@gmail.com

MAZAR-E SHARIF: Mentorert av norske anestesileger og sykepleiere, gjennomfører kirurg Shareque Asadullah en nyresteinsoperasjon.



FÅR HJELP: Balkh sykehus i Mazar-e Sharif i nord-Afghanistan får norsk støtte via Anestesiprojektet.

- Nå holder vi henne her for overvåkning i ett døgn, sier kirurg Shareque Asadullah ved Balkh sykehus i Mazar-e Sharif i Nord-Afghanistan.

Kirurgen, som har 29 års erfaring som krigskirurg i Afghanistan, har nettopp avsluttet en nyresteinsoperasjon ved regionssykehuset. Svettedråper pipler i pannen hans. Varmen utenfor har for lengst flyttet

inn på operasjonssalen. En klam og illeluktende sykdomseim tykner til i rommet.

- Bare vent én måned til, når det er 50 grader, sier kirurgen.

Bak ham på operasjonssalen står den norske anestesilegen Andreas Simensen. Han er på sin første tur til Afghanistan i forbindelse med det norske anestesiprojektet. Under operasjonen, gir han råd og veiledning til sine afghanske kolleger.

- Vi er svært takknemlige for det norske bidraget. Ved hjelp av utstyret de har skaffet til veie, blir arbeidsdagen vesentlig enklere for oss, sier Asadullah.

- Vellykket operasjon

I løpet av ett år gjennomfører traumedoktoren om lag 600 operasjoner.

- Operasjonen var vellykket. De afghanske anestesilegene og sykepleierne gjør en god jobb ut i fra omgivelsene de befinner seg i og ressursene de har tilgjengelig, sier Simensen.

Mange utfordringer

Utfordringene står imidlertid i kø for det norske anestesiprojektet ved



FØRER JOURNAL: Dokumentasjon er ingen selvfølge ved det afghanske sykehuset, og er en av de nåværende utfordringene som prosjektet står overfor.

OPERERT UT: Nyrestein er en av de vanligste årsakene til operasjoner ved Balkh sykehus. Årsak: store mengder mineraler i drikkevannet til den afghanske befolkningen, samt at de drikker lite og blir lett dehydrert.

SØPPEL: Etter operasjonen kastes tuben som har hjulpet pasienten med å puste under inngrepet. Tidligere opplevde man at disse tubene ble vasket og brukt på nytt, noe som ikke lenger er tilfelle.

regionssykehuset i Mazar-e Sharif. Nordmennenes kolleger ved sykehuset utviser ikke samme nøyaktighet når det gjelder hygiene, pasientoppfølging og vedlikehold og testing av utstyr som i Norge.

- Det er en virkelighet vi må akseptere. De mangler holdninger, men vi forsøker å påvirke dem ved å foreslå mellomløsninger som ikke krever enorme ressurser. Dersom hygienen utbedres, vil vi oppleve en helt annen sykdomshistorie, sier anestesilegen, og ramser opp flere eksempler på tiltak de forsøker å innføre ved det afghanske sykehuset, deriblant merking av sprøyter og utskiftning av utstyr etter hver enkelt operasjon.

- Det er ingen selvfølge at noen av delene gjøres i Afghanistan, og det er økonomiske motiver som står bak. Pasientene må kjøpe medikamenter og utstyr selv, noe de ikke alltid har penger til. Det fører til at sykehuset for eksempel bruker samme sugekateter under flere operasjoner. Han får bred støtte av kollega og anestesisykepleier Terje Baever Karlsen, som har vært en del av prosjektet siden oppstarten i 2006.

- Vårt nærvær er derfor desto mer viktig. Det er vanskelig å gjøre noe med kulturen i landet, men vi kan gi faglige råd og overvåke situasjonen. Men det er afghanerne som gjør jobben, påpeker Baever

Om «Anestesiprojektet»:

- * Prosjektet startet i Meymaneh i Nord-Afghanistan i 2006 og ble videreført ved sykehuset i Balkh i Mazar-e Sharif senere samme år.
- * Prosjektet er sivilt, men i regi av Forsvaret. Det ble blant annet etablert av Forsvarets overlege i anesthesi, Knut Ole Sundnes, og anestesilege Kjetil Næss.
- * En uke hver måned reiser anestesileger og sykepleiere fra Norge for å støtte prosjektet ved regionssykehuset som har ansvaret for om lag ni millioner mennesker.
- * Målet er blant annet å etablere selvgående anesthesi-avdelinger med teknisk kompetanse til reparasjoner av eget utstyr, samt å rekruttere flere anestesileger og sykepleiere. I tillegg trenger ikke lenger pasientene i Faryab-provinsen å reise til Kabul for kirurgi.
- * I løpet av prosjektets fem første leveår, har man utdannet to anestesileger og fem teknikere ved sykehuset i Balkh.

KILDE: Forsvarets overlege i anesthesi, Knut Ole Sundnes.

Karlsen, som har fått et nært forhold til flere av sine afghanske kolleger de siste fem årene.

- Det har gjort noe med meg som menneske og lært meg å sette pris på alt som er bra hjemme i Norge. Vi kommer rett inn på elendigheten og får den midt i trynet mange ganger. I tillegg føler jeg at jeg bidrar med å bedre helsesituasjonen i landet på et område som har ligget brakk.

Slurver med rutiner

Ifølge Simensen, er anestesilegene og teknikerne ved sykehuset flinke til å følge de norske rutinene så lenge deres norske kolleger er til stede.

- Men de gjør ikke det når vi har reist igjen, og det er et klart angrepspunkt under fremtidige turer, sier anestesilegen, og opplyser at prosjektet har flatet ut på dette området den siste tiden.

- Det er en vanskelig jobb på grunn av afghanernes mentalitet og holdninger til enkle basale ting, men vi jobber kontinuerlig med problemstillingen. Det må være ansatte med autoritet som kan følge opp rutinene når vi ikke er til stede.

Ønsker lokale ressurser

I løpet av de fem siste årene har det norske prosjektet etablert anesthesiapparater ved regionssykehuset som er robuste og enkle å håndtere og reparere. I tillegg har én afghansk anestesilege gjennomført grunnopplæring ved Sykehuset Asker og Bærum og Ullevål universitetssykehus.

- Vi bør satse mer på lokale ressurser for å unngå at kvaliteten synker når vi reiser hjem igjen. Noen må rett og slett ta over stafettpinnen og være en lokal pådriver og garantist for at nivået opprettholdes ved anesthesiavdelingen, sier Simensen, som ønsker å reise tilbake til sykehuset Balkh ved en senere anledning.

Enorme forskjeller

- Det har vært en veldig interessant opplevelse og kulturelt spennende. Vi har en unik mulighet til å snakke med lokale afghanske leger og helsepersonell som gjør at vi får et innblikk i deres tankegang, sier Simensen.

Anestesilegen har merket enorme forskjeller fra Norge etter sin første tur til Afghanistan og regionssykehuset Balkh: pårørende overtar omsorgen for pasienten direkte etter operasjonen og de får lite smertestillende medikamenter.

- Verdien av enkeltindivider oppfattes lavere, og de har en helt annen pasientrespekt på enkelte områder. De må for eksempel akseptere mer ubehag enn pasienter og behandlere i Norge.

- Hvorfor opplever du din egen sikkerhet ved sykehuset med tanke på smittefare?

- Man skal være forsiktig. Det er et helt annet mikrobiologisk miljø i forhold til bakterier og lignende, men jeg stoler på mine egne tiltak som spritvask, skoovertrekk, frakk og munnbind, sier han.

Børneanæstesiologiske Udfordringer

22.- 23. september 2011

Rigshospitalet, København, Danmark

Forelæsninger:

- Modtagelse og resuscitation af nyfødt
- Neonatal anæstesi
- Luftvejshåndtering hos børn
- Fiberoptisk intubation af små børn
- Modtagelse og vurdering af traumatiseret barn
- Børn med luftvejsinflammation - larynxspasmer
- Børn med kongenit Morbus cordis
- Vanskelig perifer iv-adgang
- UL-vejledt nervebloade og kar-adgang
- Psykisk vanskelige børn
- Lunge separation hos børn
- KIM-KIT + Algoritme
- Nødtracheotomi på børn
- Nye luftvejsdevices til børn



Workshops:

- Ul-Skanning af børn (Live)
- UL-vejledt iv-anlæggelse på fantom (Manikin)
- Fiberintubation af børn
- Emergency luftvej på børn (grisemodel)
- Lunge separation - bronchieblokker hos børn
- Anlæggelse af umbilikal-vene kateter
- Intraosseus adgang
- Indirekte laryngoskopi af børn
- Case: Barn med kongenit mb. cordis

Arrangør:

Anæstesi- og Operationsklinik 4231, HOC, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 Kbh Ø, Danmark.

Undervisere:

Specialister i børneanæstesi, neonatologi og otolaryngologi.

Kursusleder:

Ovl. Rolf Holm-Knudsen rolf.holm.knudsen@rh.hosp.dk

Målgruppe:

Anæstesi-læger med interesse i børneanæstesi

Pris:

3950 DKK inkluderende kursus- og workshopmateriale, kaffe, brød, 2 x frokost og kursusmiddag torsdag.



Sprog:

Kursus bliver holdt på "Skandinavisk" (Dansk).

Tilmelding:

Ledende sekretær Gitte Blom: gitte.blom@rh.regionh.dk
På grund af workshops er deltagerantallet begrænset til 32, hvorfor hurtig tilmelding tilrådes. Ansøgere bliver optaget i den rækkefølge tilmeldinger modtages.

Web site:

<http://www.anop-kursus.rh.dk>



You will meet professor Charles Gomersall, who is an enthusiast and an outstanding lecturer, during the SSAI 2011 congress in Bergen, June 2011.

BASIC and Very BASIC courses

Charles Gomersall

Professor, Department of Anaesthesia and Intensive Care, The Chinese University of Hong Kong

gomersall@cuhk.edu.hk

The BASIC and the Very BASIC courses are courses produced by a collaboration of intensivists from around the world. BASIC came first and Very BASIC is, as it were, its offspring.

BASIC is a 2-3 day course designed to teach doctors with no Intensive Care experience the skills and knowledge that they will need during their first weeks working in the ICU. It consists of a comprehensive course manual, CD-ROM, brief lectures (20-30 minutes) and skill stations. Topics covered include: airway management, acute respiratory failure, mechanical ventilation (basics, common modes, settings, troubleshooting, specific conditions), haemodynamic monitoring, management of shock, severe sepsis, interpretation of arterial blood gases, transport of critically ill patients, severe trauma, neurological emergencies, oliguria & acute renal failure, cardiopulmonary resuscitation, arrhythmias, nutrition, sedation and analgesia, venous thromboembolic disease, stress ulceration, basic applied cardiovascular and respiratory physiology and metabolic & electrolyte disturbances. The format is similar to ACLS and FCCS courses in the participants are expected to read the course manual and complete a pre-course multiple choice test before attending the course. The pre-course test for BASIC is an on-line test so that the test is marked automatically, with the participant receiving immediate feedback on which to base the need for more comprehensive study of the manual. There is a further assessment at the end of the course, but this time the multiple choice questions are generally not factual questions but require interpretation of clinical and/or laboratory data in order to select an appropriate management.

Course material is continually being improved and revised, to the extent that the current version of the course manual is the 79th version. Feedback from participants and instructors is taken very seriously! All course material is provided free of charge, in an electronic format, to course directors, who need to be intensivists and have attended a BASIC instructor course. Individual centres are permitted to make a profit from their courses provided all profits are used to fund Intensive Care education or research. Many of the centres which do make a profit use the funds to support travel to help other centres start running courses.

So far the course has spread to approximately 20 countries from Australia and New Zealand in the south to the United Kingdom in the North with approximately 100 courses being held a year. The European Society of Intensive Care Medicine has recently joined the collaboration and has a representative (currently Prof Hans Flaatten) on the BASIC steering committee. An initial instructor course in Ireland earlier this year, with plans for further instructor courses in several European countries next year. Judging from those who have attended provider courses the name "BASIC" is perhaps slightly misleading. Many of those who have attended and reported benefit from the course have had several years of Intensive Care experience. The course has also proved popular with senior intensive care nurses.

Very BASIC started as BASIC for medical students but in some ways has outgrown its parent. This is, in part, to the more extensive curriculum that it covers and the integration of e-learning and conventional teaching (blended learning). The curriculum is based on the findings of the ACUTE project which used a modified Delphi technique to identify the acute care competencies considered “essential” for students to acquire before qualification {2062}. The course covers almost all of the “essential” competencies which can be usefully addressed in a short course format (some competencies, such as those related to attitudes, cannot be realistically addressed in a few days).

The integration of e-learning into the course has been a highly successful development. Not only has this allowed more of the face to face teaching time (which totals 2.5 days) to be devoted to skill

stations rather than lectures, but the e-learning itself has proved to be useful and popular with the students {2730}. The e-learning consists of narrated lectures, videos, interactive lessons and self-assessments. The course as a whole is the most highly rated (by students) component of the entire medical course, despite the stress of it being a “must pass” component.

Course material is available free of charge to medical schools who wish to run Very BASIC courses.

In addition the collaboration has produced three other courses: Not so BASIC – a refresher for doctors with previous ICU experience who are drafted into the ICU in a disaster, BASIC4NOW – an acute care course for nurses on general wards, and Mechanical Ventilation – beyond BASIC – a blended learning advanced ventilation course.



NAFweb.no

Nyheter • Styret • Utvalgene • Møter og kurs • NAForum • NAFWeb Forum • Høstmøtet • Dokumenter • Linker • Kontakt oss • Søk • Innmelding i NAF

William Harvey og 1400 år med forvirring

Reidar Kvåle

Overlege, Haukeland universitetssykehus, Bergen

rkva@helse-bergen.no

Kven fann opp hjulet? Og kven fann opp dei tre andre? Vi veit sjølvsagt ikkje, men funn i Mesopotamia tyder på at det skjedde for meir enn 5000 år sidan. Mange store oppfinningar og oppdagingar frå oldtida og til i dag har hatt avgjerande innverknad på mennesket si historie.

I medisinen tok det svært lang tid før ein skjønna noko særleg av det kardiovaskulære systemet. Den britiske legen William Harvey (1578-1657) stod for eit gjennombrot då han i på 1600-talet oppdaga og skildra blodomløpet.



Reidar Kvåle.

I antikken undra dei seg over kva dunkinga i brystet var for noko – somme ville ha det til at det var sjela som snakka til oss. Aristoteles (384-322 f. Kr.) meinte blodet vart laga i levra og inneheldt ei livskraft for menneske og dyr. Han trudde også at vi pusta for å kjøle ned kroppen, og at kroppen vart varma av sjela, som fanst i hjartet.

Grekaren Galen (kring 130–201 e. Kr.) var keisar Marcus Aurelius sin livlege, og som lege for gladiatorane vart Galen ein ivrig anatom. Han bygde på Hippokrates og Aristoteles sitt arbeid og formulerte si lære om grunnelementa jord, luft, eld og vatn, og dei fire kroppsvæskene slim/flegma, blod, gul galle og svart galle. Ubalanse i dei fire kroppsvæskene avgjorde om ein av lynne var flegmatisk, sangvinsk, kolerisk eller melankolsk.

Galen studerte fysiologi på levande dyr, og slo fast at det kardiovaskulære systemet inneheldt blod og ikkje luft. Arbeidet hans prega all kunnskap om anatomi, fysiologi og patologi dei neste 1400 åra. Men stort vidare kom ein ikkje før William Harvey publiserte sitt arbeid.

Harvey studerte i Cambridge og deretter i Padova i Italia under Hieronymus Fabricius. Etter eksamen i 1602 reiste Harvey attende til England og var lege ved St. Bartholomew's hospital i London. Han gifta seg med dottera til Elisabeth I sin livlege, og fekk med det ein posisjon som frigjorde tid og pengar til forskning.

Harvey gjorde systematiske anatomiske studiar og elegante fysiologiske eksperiment og observasjonar. Han var kanskje den fyrste som brukte strengt vitenskapelig metode i biologisk samanheng. Han skauv overtru og tidlegare kunnskap til sides, starta så å seie med blanke ark, og godtok ikkje noko for sant utan at det kunne visast i repeterte, kontrollerte forsøk.



at blodstraumen var altfor stor til at den tidlegare teorien kunne vere sann som sa at blodet vart produsert og absorbert utan å sirkulere.

Harvey meinte det måtte vere ein overgang av blod mellom arteriar og venar ute i kroppen. Men dette siste kunne han ikkje vise. Ikkje så rart, sidan mikroskopet kom i bruk først etter at Harvey var død. Men då såg professor Malpighi i Bologna kapillærnettverket i mikroskopet, og siste biten fall på plass.

Harvey presenterte funna i sitt hovudverk frå 1628: *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*. Desse 72 sidene kom altså til å revolusjonere medisinen og fysiologien på eit område der det meste hadde stått stille i 1400 år.

Harvey gav verda eit nytt syn på kroppen, og det inga overdriving å seie at arbeidet hans høyrer med blant høgdepunkta i den vitskapelege revolusjonen og i medisinsk historie.

Kjelder:

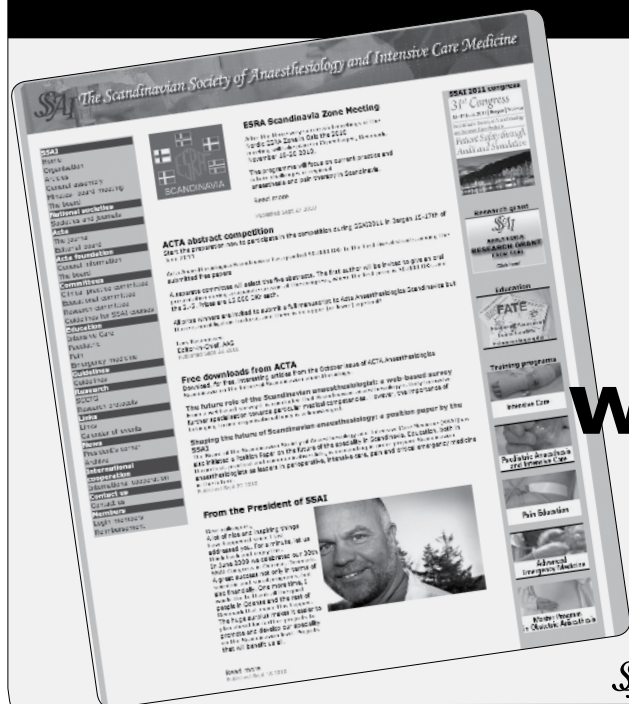
<http://www.bbc.co.uk/history>

Wikipedia

<http://www.blupete.com/Literature/Biographies/Science/Harvey.htm>

Encyclopædia Britannica (<http://www.britannica.com>)

Han påviste såleis at blodet strøymde gjennom kroppen i eit rørsystem av blodårar og hjarte, og at blodstraumen hadde ei bestemt retning som i hjartet og venane var styrt av klaffer. Han viste også at hjartet er ein muskel som ved å trekkje seg saman pumpar blodet rundt i kroppen, og



www.ssai.info

SSAI The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine

Referat fra Årsmøte NAF

Oslo, 28. oktober 2010

Til stede fra styret: Leder Per Meinich, sekretær og nestleder Signe Søvik, kasserer Søren Pischke, høstmøtesekretær Lars Jacobsen, styremedlem Håkon Trønnes, styremedlem Marie Rønning

Saker ref. fra sakliste. Saksnr.: = år, møtenummer og sak fra agenda. Sakliste: (I=Informasjonssak, D=Diskusjonssak, B= Beslutningssak)

Saksnr.	Oppgave/sak
2010-01	Åpning Årsmøtet ble åpnet av leder i Norsk anesthesiologisk forening, Per Meinich
2010-02	Godkjenning av innkalling og sakliste Sakliste akseptert av forsamlingen
2010-03	Valg av ordstyrer Styret foreslo Anne Berit Guttormsen Vedtatt ved akklamasjon
2010-04	Valg av referent Styret foreslo sekretær i NAF, Signe Søvik Vedtatt ved akklamasjon
2010-05	Valg av kontrollører Birgitte Sterud og Andreas Barrat Due ble foreslått Vedtatt ved akklamasjon
2010-06	Årsmelding fra styret i NAF Årsmelding fra styret i NAF ble presentert av leder Per Meinich. Det ble i tillegg referert om resultatet fra følgende saker: a) Rett til utredning for pasienter med spørsmål om MH, b) NAFs deltagelse i høring om fordeling av karkirurgi Helse Sør-Øst, c) NAFs innspill til høring om personell ved ulike fødeavdelinger, d) NAFs involvering i å viderføre APLS-kursene etter at SNLA har trukket seg ut, og e) NAFs involvering i endring i Medisinsk Index til elektronisk versjon. Ingen innvendinger eller kommentarer
2010-07A	Innkommne saker fra styret: Tidsfrist for å melde saker til årsmøtet Styret fremmet forslag til nytt punkt i NAFs vedtekter: "Forslag til vedtektsendringer skal gjøres med minimum 8 ukers varsel. Det gjøres unntak for styret, som fremmer forslag med minimum 4 ukers varsel. Forslag til vedtektsendringer sendes styret ved leder, gjerne elektronisk". Forslaget ble vedtatt uten motstemmer
2010-07B	Opprettelse av nytt utvalg for Pasientsikkerhet og kvalitet Forslag til vedtak: "Styret foreslår å opprette et eget Kvalitetsutvalg med egen, fast leder og egne medlemmer. Utvalget skal arbeide med saker innen sikkerhet, kvalitet og clinical audit, ofte i tett samarbeid med andre av NAFs utvalg". Kommentar om viktigheten av å innlemme pasientsikkerhetstemaet ved Jannicke Mellin-Olsen. Kommentar om avgrensning mot Spesialitetskomiteens arbeid ved Birgitte Sterud. Kommentar om hvor mange utvalg det er behov for og mulighet til å rekruttere aktive medlemmer til ved leder for valgkomiteen Erik Waage-Nielsen Vedtatt uten motstemmer
2010-07-C	Status vedrørende omorganisering av Institutt til fremme for anesthesiologisk forskning Svært langvarig prosess opp mot juridisk og økonomisk avdeling i Legeforeningen. Møte om én uke planlagt. Sannsynlig utfall er at NAF ved en offentlig kunngjøring kan meddele ønske om å fri seg fra bindinger om bruk av donerte forskningsmidler. Om dette går i orden må nye foreslåtte stiftelsesvedtekter aksepteres av Stiftelsestilsynet. Forslag fra Guttorm Brattebø om at NAFs styre ved behov kan bruke inntil 20000,- til privat juridisk hjelp for å løse saken dersom nå Legeforeningen igjen ikke finner å kunne konkludere. Ingen ytrede motforestillinger fra forsamlingen mot dette.
2010-08	Innstilling for valg av nye representanter i NAFs utvalg Orientering om valgkomiteens arbeid fra Waage Nielsen. Det er utarbeidet en liste over utvalgsmedlemmer som skal være tilgjengelig for medlemmene via NAFweb Anestesiutvalget Alf Kristoffer Ødegård, Ålesund – vedtatt Unni Bergland, SUS – vedtatt Else Marie Ringvold, Tønsberg – vedtatt Siw Cathrine Høymork - Vestre Viken – vedtatt Ingrid Elise Hoff - Vestre Viken – vedtatt Akuttutvalget Per Bredemose – vedtatt Anne Cathrine Braarud, Anestesiavdelingen, OUS – vedtatt Andreas Hansen, Prehospital seksjon, OUS – vedtatt Åke Erling Andersen, Vestre Viken – vedtatt Geir Arne Sunde, Haukeland sykehus – vedtatt

Saksnr.	Oppgave/sak	
2010-08	Forskningsutvalget Jostein Hagemo, stipendiat SNLA/OUS – vedtatt Eldrid Langesæther, Anestesiavdelingen, OUS – vedtatt Ole Magnus Filseth, UNN – vedtatt Andreas Barrat-Due, OUS – vedtatt Hege Kristin Brekke – vedtatt Intensivutvalget Eldar Søreide, Stavanger universitetssykehus – vedtatt Hans Flaaten, Haukeland sykehus – vedtatt Pål Klepstad, St.Olavs Hospital – vedtatt Jon Henrik Laake, OUS – vedtatt Årsmøtet gir utvalget mandat til å rekruttere et femte medlem, helst en kvinne	Smerteutvalget Harald Breivik, OUS – vedtatt Olav Magnus Fredheim, St.Olavs Hospital – vedtatt Jon Ole Reiten, Sykehuset i Vestfold – vedtatt Utvalg for pasientsikkerhet og kvalitet Sigurd Fasting, St.Olavs Hospital – vedtatt Jannicke Mellin-Olsen, Vestre Viken – vedtatt Lasse Grønningsæther, Ahus – vedtatt Ewa Gawicka - OUS – vedtatt Valgkomite Anne Berit Guttormsen – vedtatt Erik Waage Nielsen – vedtatt Siri Tau Ursin – vedtatt
2010-09	Årsmelding NAF-økonomi 2009, forslag til budsjett 2011 Kasserer Søren Pischke informerte om regnskapet for 2009 og budsjett for 2011. Vedtak: Regnskap: Ingen spørsmål fra salen; regnskapet 2009 tilsluttes av Årsmøtet. Budsjett 2011 tilsluttes, med forslaget om økt kontingent vedtatt	
2010-10	Forslag til kontingent for 2010 Styret foreslår at kontingent økes med kr 200. Guttorm Brattebø mente at man i stedet skal bruke opp egenkapitalen. Bl.a Siw Høymork og Anne Cathrine Braarud gikk sterkt i mot. Vedtak: Kontingentøkning godtatt, bare 2 stemte imot, totalt antall tilstede 31	
2010-11	Institutt til fremme av anesthesiologisk forskning – årsmelding Tas til etterretning	
2010-12	Forskningsutvalget – årsmelding Årsmeldningen ble tatt til etterretning. Avtroppende leder i FU Lars Marius Ytrebø påpekte at FU i 2010 har vært meget misfornøyd med at Høstmøtekomiteen 2010 valgte å ha posterpresentasjoner i tillegg til foredrag, til tross for at FU hadde gått imot dette. LMY mente at posterpresentasjon er en uheldig form som ikke bør tilbys innsendere av abstrakt. Det var delte meninger om dette blant fremmøtte, og det ble understreket at forholdene rundt posterpresentasjon er avgjørende for utbyttet både for presentør og publikum. Årsmøtet 2011 bør diskutere og klargjøre hvordan ansvar for og myndighet til å avgjøre form for forskningspresentasjon på Høstmøtene fordeles mellom FU og høstmøte-komiteene i fremtiden. Mht. FUs ansvar som reviewere ble det konkludert at abstractforfatter har eneansvar for at forskningskvalitet, -lovverk og -etikk er overholdt. Dette bør slås fast på NAFweb der det inviteres til å sende inn abstract	
2010-13	Spesialitetskomiteen – årsmelding	Tas til etterretning
2010-14	NAForum – årsmelding	Tas til etterretning
2010-15	NAFWeb – årsmelding	Tas til etterretning
2010-16	Kvalitetsutvalget – årsmelding	Kvalitetsutvalget har ikke vært i funksjon i 2010
2010-17	Anestesiutvalget – årsmelding	Tas til etterretning
2010-18	Intensivutvalget – årsmelding	Tas til etterretning
2010-19	Smerteutvalget – årsmelding	Tas til etterretning
2010-20	Akuttutvalget – årsmelding	Tas til etterretning
2010-21	SSAI – årsmelding	Tas til etterretning
2010-22	UEMS – årsmelding	Tas til etterretning
2010-23	NASC – årsmelding	Tas til etterretning

Oslo, 01.11.2010
Signe Søvik

Den Europeiske spesialist eksamen i anesthesiologi, intensivmedisin og smertebehandling: En trist historie i Norge

Harald Breivik¹ og Anne Aass Hunting²

¹ Professor emeritus UiO, Konsulent og forsker ved Avdeling for smertebehandling, OUS, harald.breivik@medisin.uio.no

² Overlege, OUS, a.s.hunting@gmail.com

John Zorab, president i WFSA da jeg var medlem av WFSA-styret, ringte meg en dag i 1983 i Trondheim og undret om jeg var interessert i å hjelpe til med etablering av en spesialisteksamen i regi av European Academy of Anesthesiology. Ti år tidligere hadde jeg tatt den skriftlige og muntlige eksamen til American Board of Anesthesiology og opplevde da at min "eksamenslesing" avdekket for meg ukjente kunnskapshull. Jeg opplevde den store tilfredsstillelsen det var, etter grundig forberedelser, å klare spesialisteksamen i USA og vite at i alle fall min kunnskapsbase var vurdert tilfredsstillende for å kunne bli godtatt som fullt kompetent anestesilege. I den muntlige delen av eksamen opplevde jeg at eksaminatorene også vurderte klinisk skjønn og vurderingsevne.



Harald Breivik og Anne Aass Hunting

Jeg var derfor entusiastisk for John Zorabs prosjekt og så for meg at dette kunne bli et godt stimulus til blivende anestesileger også i Norge. Jeg fikk hjelp av Anne Aass Hunting som også hadde gått gjennom

anestesiutdanning og Board eksamen i Pittsburgh, USA. Dette førte til at den første skriftlige deleksamen i den Europeiske anesthesi-spesialisteksamen ble avholdt for første gang høsten 1984 i Oslo og Strasbourg. De som besto denne skriftlige prøven, fikk anledning til å

ta den muntlige, endelige eksamen i 1985, igjen i Oslo og Strasbourg.

Siden har dette gradvis utviklet seg til en veritabel success-story: I alt 29 steder i Europa avholder nå den skriftlige del I eksamen, siste uke i september eller første uke i oktober hvert år. I flere land er den nå obligatorisk for spesialistgodkjenning. Spørsmålene er på engelsk, og kan også gis i et av følgende 9 språk: Tysk, fransk, spansk, italiensk, russisk, ungarsk, polsk, portugisisk og tyrkisk.

Del II, den muntlige og endelige diplomeksamen for de som består Del I, avholdes tilsvarende fra mars til oktober hvert år. In-training eksamen tilbys på de samme steder som Del I eksamen, og i enkelte akkrediterte anesthesiavdelinger. In-training eksamen tas av de som er tidlig i utdanningen, eller de som vil finne ut hvordan deres kunnskapsbase er i forhold til kravene for å bestå. Samme spørsmål,

mer detaljert tilbakemelding og lavere avgift har gjort også denne in-training evalueringen populær. Denne delen av dette pedagogiske verktøy og kvalitets måleinstrument ble etablert etter forslag fra Anne Aass og Harald Breivik, som begge opplevde verdien av in-training-assessment i USA:

ESA har bestemt at denne eksamens-ordningen fra 2010 kan ta mot kandidater også fra land utenfor EU. Hvert år er det i størrelsesorden 1500 kandidater som tar Del I (som eksamen- eller in-training-kandidater). Noe over halvparten består hvert år, de fleste av disse går videre til Del II eksamen og får sin European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care. Denne brukes nå i økende grad som kvalitetskrav for anestesileger i mange land.

I 2009 var Oslo det eneste eksamens-sted som kunne feire hele 25 år uavbrutt tilbud om Del I eksamen. Den muntlige Del II eksamen ble holdt hvert år i Oslo fra 1985 til 1995, men deretter har norske kandidatene måttet dra til Uppsala for Del II eksamen. Anne Aass Hunting har vært drivkraft og organisator i alle år helt fra begynnelsen i 1984. Hun har hele tiden vært en ressurs for den sentral organisasjonen, som nå er lokalisert til Brussels.

Mer om den norske historien. Ivar Lund, som også fikk sin anesthesiutdannelse i USA, foreslo alt i 1953 å innføre en spesialisteksamen i anesthesiologi. Men Den norske legeforening avslø dette. Vi forsøkte oss igjen med forslag fra spesialitetskomiteen i anesthesiologi til generalforsamlingen i NAF. GF i NAF vedtok at Del I av den Europeiske skulle være obligatorisk i Norge, men GF forlangte at det skulle tilbys flere kurs for spesialist kandidatene først. Dette gjorde spesialitetskomiteen og i 1988 bekreftet GF i NAF at anestesimiljøet nå var villige til å satse på dette. YLF i anestesimiljøet var enig. Forslaget ble sendt til DNLF, som stadig har delegert ansvar for spesialistutdanningen i Norge – delegert fra Helse og Omsorgsdepartement. Spesialitetsrådet i DNLF (på den tiden ledet av HB) var positive. I mellomtiden hadde YLF sentralt engasjert seg,

de fryktet at en obligatorisk spesialisteksamen i anesthesiologi kunne "smitte" over til andre fag. YLF engasjerte seg derfor sterkt mot at DNLF skulle akseptere en spesialisteksamen i anesthesiologi. Dette førte til at pedagogene i DNLF foreslo en "evalueringsprosess" der tre undervisningsavdelinger i anesthesiologi skulle ha krav om obligatorisk Del I eksamen i perioden 1991-93, tre andre skulle slippe å ta eksamen. Intervjuer av utdanningskandidatene angående sosiale og utdanningsmessige forhold i de seks avdelingene viste (kanskje ikke så uventet) ingen forskjeller. Konklusjonen ble at eksamen derfor ikke burde innføres. Utdanningskandidatene på eksamensavdelingene hadde dog et mer positivt syn på eksamen enn de andre. Kunnskapsnivået i de 6 avdelingene ble ikke forsøkt evaluert. Siste gang Del II eksamen var avholdt i Oslo var i 1995. Anne Aass

Hunting har klart å holde liv i Oslo som eksamenssted for Del I og in-training evaluering. Norske anesthesiologer var entusiastiske fødselshjelpere for den Europeiske spesialisteksamen for 26 år siden. Vi som var med fra starten, kan glede oss over at dette er blitt en særdeles viktig og nå globalt anerkjent kvalitetskontroll av anesthesiologer. I Norge har eksamen ikke vært spesielt verdsatt, men også hos oss registreres nå en økende interesse. Det er fortsatt mulig også for norske anestesileger å prøve seg på Del I av den europeisk eksamen i Oslo. Kontakt Anne Aass Hunting på Det Norske Radiumhospital: Anne.Synnove.Aass.Hunting@oslo-universitetssykehus.no. Opplysninger finnes også på ESAs hjemmeside: <http://www.euroanesthesia.org>

Litteratur:

Hunting A. 25th anniversary as the EDA: Early development as viewed from Norway. European Society of Anesthesiology Newsletter. 2010; 12-14.

Registrer din intensivavdeling på
<http://eric.esicm.org>





31st Congress

15–17 June 2011 | Bergen | Norway

Scandinavian Society of Anaesthesiology
and Intensive Care Medicine

Patient Safety through Audit and Simulation



The conference will take place at the centrally located Grieghallen concert hall and conference centre.



*The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive
Care Medicine welcomes you to Bergen and its 31st Congress!*

Bergen is an international city rich with history, a big city with small town charm and atmosphere. Fjord-Norway and Bergen offer you the perfect combination of nature, culture and interesting city experiences.



*The Scandinavian Society of
Anaesthesiology and Intensive Care Medicine*



For information and registration details: www.ssai2011.com