



NAForum

Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLF



Foto: Anders Lund, stud. med, MOFA, UiB, Bergen

28 ■ 4
2015

Et år som intensivlege i Australia - reisebrev, **Akuttmedisin** i Oslomarka, Blod og blodprodukter - når pasienten nekter, **Æresmedlem** i Norsk Anesthesiologiske Forening, NAFs ærespris, **ATLS eller ETC?**, En verden utenfor verden, **Akuttmedisin** i et fremmed land, Referat Årsmøte 2015



I dag er det 20. november. Den første snøen har lagt seg utenfor vinduet der jeg bor, og samtidig har Helseminister Bent Høie nettopp lagt fram Stortingsmelding nr 11: Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).

I Stortingsmeldingen tar man til orde for at akutt kirurgi skal samles i større sentre. Man skal samtidig utvikle virkemidler som gjør det mulig å videreføre et desentralisert indremedisinsk tilbud for pasientene ved små sykehus, uten at det samme sykehuset skal tilby akutt kirurgi. Vi mener at faglig forsvarlighet, god beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst i landets sykehusstruktur. Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus. Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester. Sykehusene må da ha nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap. Betegnelsen stort akuttsykehus brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn 60- 80 000 innbyggere, som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. Vi mener det mangler faglig begrunnelse for en slik tallfesting. Størrelsen på sykehus må avveies mellom forsvarlig reisetid for pasienten, geografi og værforhold, robuste fagmiljøer, bredde i tilbudet og bærekraftig økonomisk drift. Betegnelsen akuttsykehus brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.

Vi mener at betegnelsen akuttsykehus uten akutt kirurgi blir misvisende. Disse kriteriene kan åpne opp for en storstilt nedbygging av akuttkirurgien ved dagens lokalsykehus. Når det gjelder det siste kriteriet, er kan for svakt. Det bør i stedet være slik at sykehusene må ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønstre osv. gjør det nødvendig. NAF vil fortsette å jobbe videre for at pasientene også i fremtiden skal møte sykehus hvor faglig forsvarlighet, fokus på teamarbeid og god beredskap står i fokus.

De fleste medlemmene i styret avslutter sitt styreverv etter inneværende styreperiode. Jeg vil benytte anledningen til å takke alle i styret for en strålende innsats gjennom de siste to årene! Dere har vært en fantastisk gjeng, som har tatt på seg nye arbeidsoppgaver med stor iver når de har kommet. Jeg vil samtidig ønske det påtroppende styret lykke til videre!

Håkon Trønnes, 20. november 2015

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.

STYRETS SAMMENSETNING 2013-2015

Leder	Håkon Trønnes St Olavs Hospital, Trondheim leder@nafweb.no
Nestleder	Oddvar Kvalvik Kirkenes Sykehus nestleder@nafweb.no Kontakt for Utvalget for pasientsikkerhet og kvalitet
Kasserer	Eivinn Årdal Skjærseth St Olavs Hospital, Trondheim kasserer@nafweb.no Kontakt for Akuttutvalget
Sekretær	Janne Jørstad Roshauw Bærum Sykehus, Bærum sekretar@nafweb.no Kontakt for Intensivutvalget
Høstmøtesekretær	Håkon Bjørheim Abrahamsen Stavanger Universitetssykehus, Stavanger hostmote@nafweb.no Kontakt for Forskningsutvalget
Medlemssekretær	Marit Bekkevold Haukeland Universitetssjukehus, Bergen medlem@nafweb.no Kontakt for Anestesiutvalget
Vara	Marius Tjessem Oslo Universitetssykehus - Ullevål, Oslo vara@nafweb.no Kontakt for Smerteutvalget

Design/layout

Centrum Trykkeri
Cecilie Rott
cecilie@centrum-trykkeri.no

Annonser

Akuttjournalen Arena AS
Kjell O. Hauge
koh@akuttjournalen.com

Forside foto

Foto: Akuttmedisin, Foto Anders Lund, Bergen

NAForum på internett

www.nafweb.no

Materiellfrister

nr 1-15 3. mars
nr 2-15 19. mai
nr 3-15 15. september
nr 4-15 27. november

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 SSAI, Acta Anaesthesiologica, 10 nummer i året, Høstmøtet til redusert pris. Som medlem kan du også delta på "de nordiske utdannelsene" i Intensivmedisin, Smerte, Obstetrisk anesthesi, Akuttmedisin og Barneanesthesi og intensivmedisin (se www.ssaai.info)

Kontingent til DNLF: Spesialister: kr 7 315.
Medlemmer uten spesialistgodkjenning: kr 6 480
< 3 år etter avlagt embetseksamen: kr 5 480
Bosatt i utlandet: kr 3 655
Studenter: kr 570

ISSN 0802-5088

INNHold

Vol 28; 2015, nr 4



2 Lederen har ordet

Håkon Trønnes

5 Redaktøren har ordet

Anne Berit Guttormsen

6 NAF styrets hjørne

Marit Bekkevold

7 Reisebrev: Et år som intensivlege i Australiga

Kristian Strand

11 Akuttmedisin i Oslomarka!

Thale Almås

13 En 63 år gammel kald og komatøs mann med svær acidose

Liv Eva Hauvik og Erik Waage Nielsen

16 Ny spesialiststruktur og spesialistutdanning for leger

Kjersti Bergjord

18 Blod og blodprodukter -når pasienten nekter

Jarl-Magnus Kikut Moen

23 Doktorgrad: Komplikasjoner etter kirurgi

Ib Jammer

24 Jannicke Mellin-Olsen, Æresmedlem i Norsk Anesthesiologiske Forening

Janne Roshauw

27 Mads Gilbert, NAFs Ærespris 2015

28 EU- skeptikeren og Europeeren!

30 Sjekklistor eller sunn fornuft?

Terje Løvøy

32 ATLS eller ETC?

Torben Wisborg

34 Spesialist komiteen i anesthesiologi

Øyvind Thomassen

36 En verden utenfor verden - to uker på Lesbos

Hanne Lossius

39 To studenters første erfaring med akuttmedisin i et fremmed land

Anders Myhre Refsum og Pieter Siemon Bezuijen

43 NAFs høstmøte 2015

Søren Pische og Anne Berit Guttormsen

47 Abstraktpriser 2015

48 Stipend utdelinger

49 SUP-ICU tiral

43 Desfluran i antaktisk!

Robert Pedersen

52 Referat Årsmøte 2015



nafweb.no



NYHET

Medela Thopaz⁺™

Forbedret klinisk resultat og behandling gjennom digital måling av luftlekkasje, væske og trykk.

Neste generasjons digitale thoraxdrenasje system, Thopaz⁺, gjør det mulig for helsepersonell å ta nøyaktige beslutninger i forhold til pasientens drenasjebehandling. Dette kan forbedre pasientbehandlingen, ved redusert liggetid og reduserte sykehus kostnader.^{1,2} Thopaz⁺ er designet for en nøyaktig monitorering av post-operative luftlekkasjer og intrapleuralt trykk, samtidig som den også nå måler væskedrenasje.

- Objektiv og nøyaktig informasjon i forhold til viktige parametere, gir trygghet i pasientbehandlingen.
- Enkel å bruke for sykepleiere og annet helsepersonell.
- Forbedret pasientkomfort.
- Mindre miljøpåvirkning og kostnader for håndtering av farlig avfall.



Et innovativt og intelligent, mobilt digitalt thoraxdrenasje system som gir optimal pasient behandling.

1 Multicenter international Randomized Comparison of Objective and Subjective Outcomes Between Electronic and Traditional Chest Drainage Systems; Pompili C., Deterbeck F., Papagiannopoulos K., Sihoe A., Vachlas K., Maxfield M., Lim H., Brunelli A.; The Annals of Thoracic Surgery; accepted for publication 2014

2 Impact of the learning curve in the use of a novel electronic chest drainage system after pulmonary lobectomy: a case-matched analysis on the duration of chest tube usage. Pompili C., Brunelli A., Salati M., Refai M., Sabbatini A., Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2011 Nov; 13(5):490-3

Kontakt oss for mer informasjon:

Alere AS, Pb 93 Kjelsås, 0411 Oslo | **Telefon:** 24 05 68 00 | **Fax:** 24 05 67 80
e-post: kundeservice.no@alere.com | **Nettbutikk:** webshop.no.alere.com

alere.no



“Never bend your head. Always hold it high. Look the world right in the eye.”

- Helen Keller

Nå er det jammen snart jul igjen. Høststormene river i vindusruten- Det er ikke snø, det silregner – ush.

Høstmøtet er vel overstått. NAF-styret jobber godt for tiden og er aktive bl.a i diskusjon i forhold til den nye bebudede spesialiteten i akuttmedisin. Høie har visst allerede bestemt at dette blir en ny spesialitet i Norge. I sakens anledning hadde styret på trykk et innlegg til redaktøren i Tidsskrift for den Norske legeforening medio november (<http://tidsskriftet.no/article/3412914>). Flott innlegg hvor det virkelig presiseres at en ny spesialitet i akuttmedisin er en meget dårlig ide. Jeg hadde tenkt å gjengi innlegget i sin helhet i NAForum, men får ikke lov til det fordi NAFstyrets innlegg er en del av en diskusjon. Så da får dere finne det selv, klikk på linken over.

I dette nummeret av NAForum er det litt av hvert. Tre kollegaer omtales fordi de er blitt hedret for stor innsats for faget både nasjonalt og internasjonalt. De tre er Olav Sellevold, Mads Gilbert og Jannicke Mellin-Olsen. Redaktøren gratulerer. Nytt er at Spesialitetskomiteen ønsker spalteplass i hvert eneste NAForum. Dette begeistrer redaktøren.

Ellers er det stoff om ATLS, sjekklister, og spennende tankevekkende opplevelser deles fra Australia, El Salvador og Hellas (Lesbos).

Jeg vil også oppfordre kollegiet til å delta i SUP (stress ulcerus prophylaxis) studien. Du får om litt en henvendelse. Les mer om studien på side Lukt på det, åpne det og les det!

God jul alle sammen

AB
Desember 2015

Kjære kolleger

Det er mye spennende som skjer i NAF for tiden. Her er en liten oppsummering av hva vi har brukt høsten på.

Årets Høstmøte ble gjennomført på Ullevaal Business Class (UBC). Lokal arrangementskomité med Torsten Eken i spissen hadde gjort en eksemplarisk jobb med et godt organisert arrangement og et veldig bra faglig program. Hovedtemaet var «Akutt kritisk syke pasienter – hvordan behandler vi dem?». I løpet av de tre dagene i Oslo fikk vi sett et spennende og variert program innenfor samtlige av anestesiens fire søyler, med både forelesninger og frie foredrag. Gledelig er det også å se at flere interessegrupper har holdt faglige kveldsmøter. Engasjementet for faget er stort! Vi i styret gleder oss til neste Høstmøte i Trondheim.

I forkant av Høstmøtet ble det også i år arrangert lederseminar. Her var det mange gode innlegg og diskusjoner. Noen av temaene som ble tatt opp var hvordan rekruttere unge kollegaer til lederstillinger, hvordan man som leder takler utfordringen at man stadig blir pålagt flere merkantile oppgaver og opprettelsen av en ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.

Opprettelsen av en ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin hadde styret også en informasjonsrunde om i forkant av årets årsmøte. Helsedirektoratet har fra regjeringen fått i oppdrag å utrede en ny spesialitet innrettet mot utfordringene i akuttmottakene. En arbeidsgruppe er satt ned for å se på innholdet i en slik ny spesialitet. De skal levere sin innstilling før jul. Styret jobber tett på denne saken på flere fronter.

Nasjonal helse- og sykehusplan ble presentert av Helseminister Bent Høie i dag. Modellen som er fremlagt tilsier at fem lokalsykehus ikke lenger skal ha kirurger på vakt døgnet rundt. Styret i NAF mener pasientene er best tjent med å møte et tverrfaglig team når de kommer til sykehuset og at dette innebærer tilstedeværelse av både anestesilege, indremedisiner og kirurg døgnet rundt. Her vil det nok komme mye diskusjon i tiden som kommer. Vi oppfordrer alle medlemmer til å delta aktivt i debatten.

På årets årsmøte ble det valgt et nytt styre som starter sitt virke fra 1.januar 2016. Ny leder av NAF er Reidar Kvåle som til daglig jobber på intensivavdelingen på Haukeland Universitetssjukehus og som leder av Norsk Intensivregister. Med seg på laget får han Oddvar Kvalsvik (gjenvalg, Kirkenes), Anniken Haavind (Tromsø), Wenche Bakken Børke (Oslo), Camilla Bråthen (Elverum/Hamar), Skule Mo (Trondheim) og som vara Thomas Wilson (Hammerfest). De vil dere bli bedre kjent med i neste nummer av NAFForum.

Anestesiutvalget har sammen med representanter fra Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF (ALNSF) revidert Norsk standard for anestesi. Revisjonen sendes nå ut på høring til alle medlemmene i NAF og ALNSF. Vi håper at mange av dere kommer med høringssvar. Styret vil få benytte anledningen til å ønske alle medlemmer en riktig god jul. En ekstra hilsen til alle dere som jobber i julehøytiden.

Bergen 15. november 2015

På vegne av styret

Marit Bekkevold



Reisebrev

Et år som intensivlege i Australia



Kristian Strand
Foto: Privat

Kristian Strand

Intensive Care Unit, Royal Adelaide Hospital, Australia.
E-mail: dr.strand@outlook.com

Etter flere år som intensivlege i Stavanger hadde jeg et sterkt ønske om å oppleve intensivmedisin slik den blir praktisert i en stor avdeling i utlandet. Familien hadde heldigvis tilsvarende utferdstrang og vi ble enige om å forsøke et år i Australia. Australia har lang tradisjon med intensivmedisin som egen spesialitet med gode muligheter for å få jobb som underordnet lege.

Det ble et år med mye innhenting av informasjon, søknader og annen planlegging innen vi ankom Adelaide (1,3 mill innb.) i South Australia hvor jeg var blitt ansatt som registrar ved Royal Adelaide Hospital (RAH). Intensivavdelingen ved RAH er en 42 sengs, generell intensivavdeling med 30 intensivsenger og 12 intermediærsenger. Avdelingen har ca 3000 innleggelser i året. RAH fungerer som traumesenter for et enormt geografisk område og mottar pasienter fra så langt nord som Darwin i Northern Territory. RAH er et gammelt sykehus og nye RAH (angivelig verdens tredje dyreste bygning) er snart ferdigstilt. Innflytning forventes i løpet av 2016.

Intensivavdelingen drives som 4 pods som hver tilordnes en overlege, en senior registrar (SR) og 2 registrars på dagtid. På nattetid har hver pod en registrar mens to mer erfarne registrars tar seg av callinger og et slags totalansvar for hele avdelingen. Med over 40 underordnede leger og stor variasjon i kompetanse er det litt av en kabal som skal gå opp. Blant annet skal det sikres at det er minst to luftveistrente



“Gamle” Royal Adelaide Hospital. Nytt sykehus skal stå klart høsten 2016.

tilstede på natt. SRs går kun dagvakter og enkelte hjemmevakter. Turnusen for SRs er 8 dager på, etterfulgt av 6 dager av. Arbeidstiden er i snitt 38 timer/uke for alle underordnede leger. Overlegene er en uke i klinisk arbeid om gangen og har en rekke andre oppgaver

enn direkte pasientbehandling. Jeg vil for øvrig vise til en utmerket artikkel av vår danske kollega Thomas Dyhr som beskriver avdelingen og området ganske godt (2).

Organiseringen av arbeidet i avdelingen oppleves som totalt forskjellig fra Norge. Det er stor bruk av leger uten erfaring med prosedyrer og luftveishåndtering. Mange av legene har intensivavdelingen som en av mange rotasjoner innad på sykehuset mens andre gjør intensivmedisin som sideutdannelse eller i påvente av å komme inn på ønsket spesialisering. Dette gjør at kunnskapen om spesifikk intensivmedisin er svært variabel på underordnet nivå, mens kunnskapen om generell medisin er meget bra. Det er også en god del europeiske og indiske leger med anestesibakgrunn som jobber i underordnede stillinger. Overlegene har svært bred kompetanse og de fleste har dobbel spesialitet (anestesi, akutt- eller indremedisin).

Mitt møte med intensivavdelingen var sjokkartet. 3-4 manns visitt i rakettempo hvor én undersøkte pasienten metodisk, én fylte ut kurven og en tredje skrev notater. Alle virket å være vant til denne arbeidsformen, men undertegnede følte seg ganske ubrukkelig. Det ble hastet gjennom 10-12 pasienter på denne måten og jeg var temmelig usikker på hva som skulle noteres i journalen de gangene jeg ble satt til å skrive. Slang, forkortninger og engelsk terminologi er et kapittel for seg.

Utdanning er en stor del av driften ved avdelingen. Hver uke er en det en egen undervisnings-overlege som har ansvar for å tilrettelegge daglig undervisning. Dette er undervisning som dekker basics, journal club, simulering, eksamenstrening for spesialistkandidater og mye mer. Legene er konstant i eksamensmodus og siden eksamen er notorisk vanskelig, legges det mye vekt på lesing og spesifikk eksamenstrening. Selv om den norske kurspakken er fabelaktig, kan jeg ikke la være å legge merke til hvor teoretisk sterke de underordnede legene er.

Forskjellen fra norsk intensivmedisin er ganske merkbar. Overraskende lite fokus på respirator og hemodynamikk. Pleuradrenasje gjøres kun unntaksvis, tracheostomi tidligst etter ti dager, men elektrolyttene er det desto viktigere å holde innenfor normalområdet. Det brukes mye tid på å diskutere diagnostikk og utredning, men også avgrensning av behandling. Overlegene bidrar først og fremst med faglige og logistiske innspill og deltar sjelden ved praktiske prosedyrer. Siden det meste av akuttmedisinen og stabiliseringen gjøres av akuttmedisinere i mottak blir også faget mindre preget av adrenalinrush og drama. Vanntette skott mellom anestesi, akuttmedisin og intensivmedisin er internasjonalt en

vanligere måte å organisere fagene på enn den nordiske modellen med den anesthesiologiske tusenkunstner. Jeg opplever imponerende kompetanse i et velfungerende system selv om jeg personlig savner å være en større del av den in-hospitale akuttmedisinske kjeden.

Det som mangler av akuttmedisin kompenseres med en stor mengde pasienter med komplekse medisinske problemstillinger, men uten behov for invasiv ventilasjon. Kravene til indremedisinsk kompetanse i håndteringen av disse pasientene overgår ofte det jeg har rasket med meg hjemmefra.

Etter tre måneder ble jeg flyttet opp som SR. Rollen som SR gir meg mer kontinuitet og betydelig større ansvar (2). Det forventes at du hele tiden har full kontroll på sykehistorien og behandlingen til de 12 pasientene i din pod. I tillegg skal SR kjøre simuleringer, undervise og gå TPN- og tracheostomivisitt på sengepost. Etter 8 dager på jobb er jeg ganske kjørt når friuken kommer.

Den største utfordringen med å reise til Australia var å sikre et godt opphold for hele familien. Med 3 krevende gutter i alderen 6-14 år på slep var det ikke åpenbart at alle ville trives. Heldigvis har dette gått over all forventning. De to yngste går på primary school med engelskprogram for utlendinger, mens eldstemann går på vanlig high school. Utrolig nok fant de seg ganske raskt til rette og har intet hastverk med å komme seg hjem til Norge. Min kone har tatt seg permisjon fra jobben og styrer det meste av skoleaktivitetene. Heldigvis har jeg hatt mye fri i perioder og vi har kunnet gjøre en del sammen både med og uten unger. Et behagelig klima, hyggelige folk samt grei lønn og arbeidstid gjør Australia til et bortimot ideelt land å tilbringe et år eller to i.

Å jobbe i utlandet har for meg vært en utfordring på mange vis. Det å måtte underkaste seg et helt annet system og måter å gjøre ting på etter 14 år som lege i Norge har ikke bare vært enkelt. Samtidig er det på en måte forfriskende og inspirerende å bli utfordret på sine etablerte tankemønstre før de sementeres helt. Vi har lite å skamme oss over i Norge, men jeg gjør jo meg noen tanker om intensivmedisinens status hjemme etter å ha jobbet i et uhyre profesjonelt system. At vår egen fagforening og myndigheter knapt anerkjenner og etterspør intensivmedisinsk kompetanse fremstår som underlig sett fra utlandet.

Danske og svenske anestesileger har i større grad enn norske hatt tradisjon for å arbeide i Australia. Ved min avdeling var jeg den første nordmannen de hadde ansatt, mens de opp gjennom årene hadde hatt mange dansker og svensker i avdelingen. Det er enklere å dra ut når en kan dra veksler på andre kollegers kontakter og erfaring. Således håper jeg at vi som har jobbet i Australia kan



Adelaide Riverbank

bidra til at mange flere norske anestesileger vil "videreutdanne" seg der. Jeg er overbevist om at internasjonal erfaring vil være viktig i utviklingen av fremtidens norske anesthesiologi.

Fellow of College of Intensive Care Medicine (FCICM)

Intensivmedisin er egen spesialitet i Australia. College of Intensive Care Medicine (CICM) utarbeider kravene for å bli spesialist (3). Spesialistløpet er på 6 år etter turnus. Det er vanlig med 1-2 år generell medisinsk/kirurgisk rotasjon (RMO) etter turnus før kandidaten begynner i spesialisering. Primary exam (etter 2 år) og fellowship exam (ved endt utdanning) er de to store milepælene. Disse deles opp i skriftlig og muntlig/praktisk eksamen. Strykprosenten er 50-60 prosent.

I tillegg til intensivmedisinsk praksis er det krav om 1 år anesthesi, 6 mndr indremedisin, 6 mndr akuttmedisin, 6 mndr pediatri og 3 måneder ved lokalsykehus. Det skal gjennomføres 6 tradisjonelle kurs i tillegg til 10 e-læringskurs. Spesialistkandidaten skal også gjennomføre et forskningsprosjekt.

Registrerte kandidater får dekket inntil NOK 50 000 hvert år til

utdanningsutgifter inkl. hardware. (Overleger får dekket inntil NOK 120 000!)

Utdanningen er populær, men antallet overlegetillinger er begrenset. Mangelen på stillinger for ferdige spesialister har ført til debatt om det bør innføres et tak på antall spesialistkandidater som tas opp. Av helsepolitiske årsaker styres dette av myndighetene og foreløpig er det ikke planer om en slik begrensning.

Hvordan komme seg til Australia?

Å reise til Australia slik vi har gjort er ikke gjort på 1-2-3. Det er mye å sette seg inn i. Forhåpentligvis vil jeg kunne bidra til at andre unngår mye av arbeidet og frustrasjonen jeg opplevde. Her er en slags oppskrift:

Jeg vil anbefale at du har minst 2 år fartstid innen spesialiteten. På denne måten kan du søke lisens via specialists-in-training pathway og slipper å avlegge eksamen (4). Dette gjelder også for spesialister. Australsk spesialistgodkjenning kan du i utgangspunktet se bort i fra siden relevant college som minimum vil kreve at du avlegger fellowship-eksamen.



En usedvanlig uformelt antrukket Senior Registrar en sen søndagkveld. Skjorte, penbukse og pensko er foretrukket arbeidstøy på dagtid.

Begynn et år før avreise. Du kan allerede da begynne å kartlegge kontaktpersoner ved forskjellige intensivavdelinger og finne ut hvilke byer som vil passe deg. Husk at boligpriser og logistikk kan bety svært mye for hva du får ut av oppholdet. Kontaktperson ved RAH ICU er Alex Wurm, alex.wurm@health.sa.gov.au. CICM har også opplysninger om de forskjellige intensivavdelinger.

- Søk om Primary Source Verification via Australian Medical Council (5). Kan ta flere måneder. På grunn av rot i Legeforeningen tok min søknad 4 mndr.

- Gjør IELTS academic module (engelsktest). Du trenger karakter 7 eller bedre på alle 4 deler og dette kan være vanskelig. Like greit å få startet hvis du trenger flere forsøk.

Jobb

De fleste jobber har tiltredelse to ganger i året. Dvs begynnelsen

av august og februar. Søknadsfristen er 5-7 mndr før tiltredelse. Søknadsprosessen er web-basert. Du bør på dette tidspunkt ha etablert en dialog med aktuelle avdelinger for tips om søknadsfrist og stillinger ledig. Det vil bli avholdt telefonintervju hvis du anses som en aktuell kandidat.

Etter at du har fått jobb: Forhåpentligvis får du nå betydelig med hjelp fra arbeidsgiver. Du vil bli konfrontert med tidenes papirmølle. Du skal nå søke i flere trinn om specialists-in-training lisens via Australian Health Practitioner Agency (AHPRA) med parallell søknad til relevant college. Du må sende en større mengder notarialbekreftede papirer og CV til arbeidsgiver som så sender videre til AHPRA og relevant college. Du vil så etter noen måneder få en in-principle bekreftelse fra AHPRA som gjør at du kan søke om visum av typen 457.

Tidsmarginene er små og det er viktig at du at du ligger i forkant med papirarbeidet slik at du umiddelbart kan sende inn dokumentasjon når du kommer til neste skritt.

Tips

- CV skal følge AHPRA's mal. Ethvert avvik betyr at prosessen stopper opp. Her er det overhodet intet rom for improvisasjon.
- Last ned alle skjemaer i god tid slik at du ser hvilken dokumentasjon som kreves.
- Kjenner du noen innen politiet som kan notarialbekrefte kan du spare noen tusenlapper og en del turer til tinghuset.
- Hvis du ser at marginene blir små kan det være lurt å søke om turistvisum før du søker om visa 457 slik at du kommer inn i landet hvis endelig visum lar vente på seg.

Referanser:

1. T Dyhr. Et år down under - Critical Care in the air. DASAİM 2010-1 s.15-21. <http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2014/01/DASINFO-nr.-1-2010.pdf>
2. Royal Adelaide Hospital. Intensive Care Unit . Training Program. Senior Registrars. http://www.icuadelaide.com.au/training_registrars.html
3. College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. <http://www.cicm.org.au>
4. Medical Board of Australia. <http://www.medicalboard.gov.au/Registration/International-Medical-Graduates/Specialist-Pathway/Short-term-training.aspx>
5. AMC. Primary source verification. <http://www.amc.org.au/assessment/psv>

Akuttmedisinsk Seminar 2015

Akuttmedisin i Oslomarka!

Thale Almås

Sponsor- og økonomiansvarlig Akuttmedisinsk Seminar 2015
E-mail: thale.almas@akuttmedisinskseminar.no

Over 130 norske medisinstudenter sitter spente i storhallen på Soria Moria Hotell og Konferansesenter i Nordmarka. Direktør for Helsedirektoratet, Bjørn Guldvog er i ferd med å innta scenen for å åpne Akuttmedisinsk Seminar som nå går av stabelen for femte året på rad. "For trygghet og mestring i kritiske situasjoner", lyder plakaten. Da er det klart for en spennende helg med sosialt samvær, nye bekjenskaper, god mat, og, ikke minst, akuttmedisin.

Aktuelt og essensielt

Ved ankomst er det seminarregistrering med valg av workshops som står først på programmet. Interesse, aktualitet og tidligere erfaring er noe av det som spiller inn når det skal velges tre workshops av tretten mulige. Blant annet kunne deltakerne velge mellom venekalylering og intraosseøs tilgang, luftveishåndtering, prehospitale brystmerter, vannredning eller akutt sykt barn. Etter innlosjeringen bærer det videre til storsalen for åpning av seminaret. Helsedirektøren blir så etterfulgt av tre lærerike foredrag med titlene "Hva venter en turnuslege, "Akutt sykt barn" og "Nasjonal traumeplan". På kvelden arrangeres det rebuskonkurranse der deltakerne blir testet i alt fra kims lek og bårestabilisering, til EKG og automatiske hjertekompresjoner med Lucas-maskin.

Teori og trening

På lørdagen våknet deltakerne til skyfrihimmel, samt en av Soria Morias spesialiteter, nemlig styrkende frokost. Deretter var det klart for workshops. Avhengig av hvor deltakerne har ønsket seg blir de sendt til forskjellige steder både inne i og utenfor Soria Moria. Tradisjon tro står Forsvarets Sanitetsavdeling klare utenfor med sin masseskade-workshop. Der venter et stort antall med meget realistisk sminkede markører. Etter en kort teoridel får deltakerne virkelig



Deltakere øver på akutt luftveishåndtering.

brynet seg på triagering og tilhørende ABCDE-drill, med forsvarets befal iakttagende i bakgrunnen. Inne på Soria Moria går det i et mer behagelig tempo. Her sitter konsentrerte deltakere opptatt med hud- og benpenetrerende nåler. Medidyne og AMG har nettopp gått igjennom teorien, og det krever mye trening for å bli god.

Hodet over vannet

I likhet med Forsvaret har også Røde Kors bidratt med kjærkommen



Maren Ranhoff Hov, stipendiat, fra Stiftelsen Norsk Luftambulanse snakker om tidlig diagnostisering av hjerneslag.



Deltakere øver på AHLR utenfor vei.



Røde Kors, Nasjonalt Resurssenter Vannredning Sjøa.

kompetanse på AMS de siste årene – og i år var intet unntak. Med vanntett opplæring fra topp til tå ble deltakerne én etter en kastet ut i, òg reddet tilbake fra, det iskalde vannet. En kjølig opplevelse uten tvil, men en desto mer nyttig erfaring. Selv deltakerne som hadde dette som sin tredje og siste workshop rakk heldigvis å få varmen tilbake til kveldens Gallamiddag.

Gallamiddagen bestod av en fantastisk tre-retters middag. Med gode taler og gøyale leker var dette et fint avbrekk fra det faglige. Hotellbaren med tilhørende panoramautsikt var noe heller ikke å forakte utover kvelden. Her ble det knyttet bånd mellom norske medisinstudenter fra en rekke studiesteder, til lands og utenlands.

Perspektiv og realitetsorientering

Påfølgende morgen gikk kaffemaskinene varme. Det herlige brygget skal nok ha litt av æren for at seminarhallen igjen var fullsatt.

Søndagen bestod nemlig av tre fabelaktige og varierte foredrag der



Forsvarets Sanitet.



Fornøyde deltakere og arrangører etter vel gjennomført seminar.



Arrangørkomiteen for Akuttmedisinsk Seminar 2015.

deltakerne fikk lære om akutt ortopedi og prehospital behandling av hjerneslag, samt vært vitne til en hjerterystede og grafisk fortelling fra et underjordisk feltsykehus i Sarajevo under Balkankrigen. Ingen tvil om at dette har vært et av sommerens høydepunkter. AMS ønsker alle gamle og nye deltakere velkommen tilbake neste år!

Redaksjonell kommentar

NAF støttet Akuttmedisinsk seminar med midler i 2015.

En 63 år gammel kald og komatøs mann med svær acidose



Linn Eva Hauvik og Erik Waage Nielsen

Akuttmedisinsk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø

E-mail: l.hauvik@gmail.com

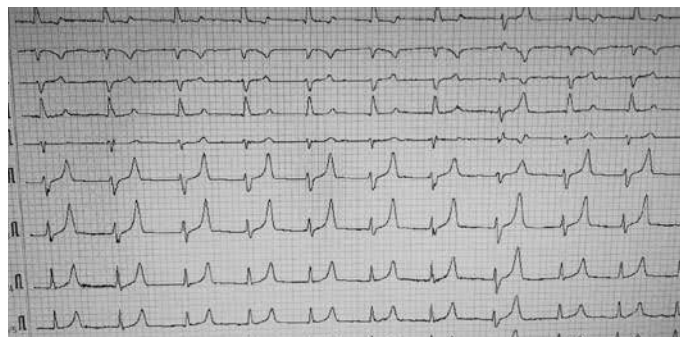
E-mail: erik.waage.nielsen@gmail.com

En 63 år gammel mann ble funnet kald og komatøs kl 08 i sitt eget hjem. Identiteten forelå raskt, og fra tidligere henvisninger mistenkte man alkoholmisbruk. Ambulansehelikopter ble rekvirert fra den nye basen på Evenes. Helikopterlegen fant en kald og komatøs pasient med Glasgow Coma Scale (GCS) på 3-4. Pupillene skal ha reagert tregt på lys. Pasienten pustet dypt og raskt. EKG viste sinusrytme med høye T-bølger.

Ved ankomst intensivavdelingen på Nordlandssykehuset, Bodø var GCS den samme. Pupillene var miotiske uten reaksjon på lys. Rektaltemperaturen var 32,7 °C og huden var blek og kald. Arteriell blodgass målt på syrbasesapparatet på Intensiv viste pH: 6,77 (7,37-7,45). pCO₂: 1,5 kPa (4,7-6,0). Bikarbonat: 2 mmol/L (22-27). BE -30. pO₂: 23,5 kPa. Glukose 8,8 mmol/L (4-6). Natrium 151 mmol/L (136-146). K⁺ 7,4 mmol/L (3,5-5,0). Klor 115 mmol/L (97-107). Laktat var så høy at den ble oppgitt som ikke målbar. Andre analyser viste Calcium 1,25 mmol/L (1,15-1,32), fosfat 1,81 (0,75-1,35). Leukocytter $20,9 \cdot 10^9$ (3,5-11,0). S-etanol < 0,5 g/L (‰).

Anion gap var ved første prøve (Na+Gluk)-(Klor+ bikarbonat) var 41,4. Normalverdien er justert ned til 3-9 mmol (l). Målt osmolalitet var 426 mosmol/kg vann og beregnet osmolalitet var 320. Osmolalt gap var derfor 106. Urinmikroskopi viste tallrike avlange krystaller.

EKG viste svært forhøyede T-takker (bilde). Pulsen var 77 pr. min og blodtrykket var 144/60 mmHg (Figur 1). Det var mistanke om



Figur 1. Hjerterefrekvens 77 pr. minutt. T-takkene er høye og spisse

etylenglykolforgiftning fra frostvæskeinntak ved 3-tiden om natten. Årsaken til forgiftningen var ikke kjent.

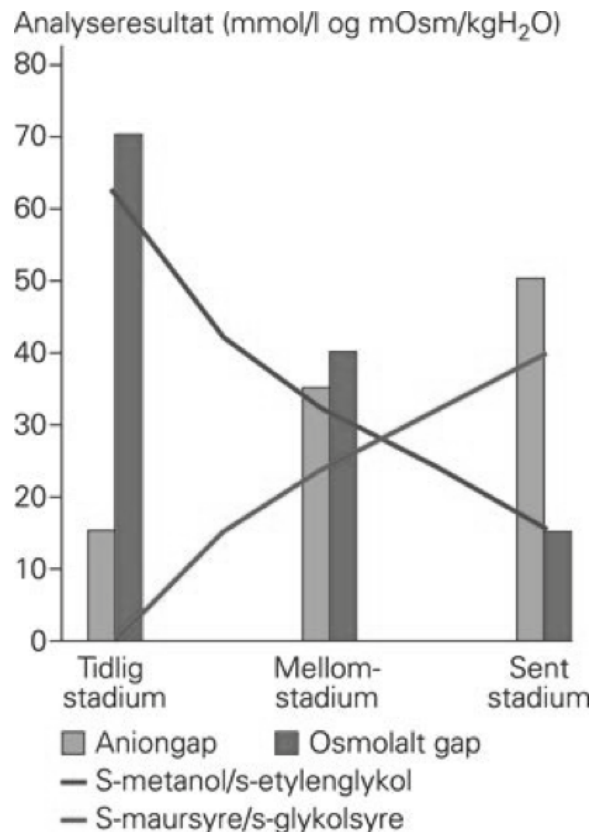
Videre behandling var fomepizol, 11 dagers hemodialyse og kortvarig respiratorbehandling. Han ble utskrevet til hjemmet klar og orientert i tilnærmet sin vanlige tilstand etter 16 dager.

Diskusjon

I denne sykehistorien var det tidlig mistanke om inntak av etylenglykol som er en vanlig alkohol i frostvæske. Pasienten drakk mye alkohol. Pårørende trodde imidlertid etylenglykolen var drukket ved en forveksling. Rent etylenglykol uten annen tilsetning er ganske luktløs og kan smake som brus. Det var årsaken til at en ganske aktiv mosjonist ble innlagt med et helt uforklarlig sykdomsbilde ved vårt sykehus (2). Da var det gått så lang tid etter etylenglykolinntaket at det meste av alkoholen var omdannet til glykolsyre. Det er alkoholen som i kraft av sin lave molekylvekt utgjør svært mange osmotiske partikler. Osmolalgapet er differansen mellom den osmolalitet laboratoriet måler og den vi kan beregne. Om det ikke foreligger en blandingsforgiftning kan dermed alkoholpromillen beregnes indirekte. En promille etylenglykol utgjør 17 mosmol/L vann, etanol 24 og metanol 34 (3). Vår pasient hadde et osmolalt gap på 103. Hovda og medarbeidere sier at "et .. osmolalt gap på over 25 mOsm/kgH₂O uten annen forklaring indikerer inntak av metanol eller etylenglykol, med økende spesifisitet jo høyere osmolalitetsgapet er. Behandling bør i slike tilfeller igangsettes uten å vente på spesifikke analysesvar for metanol eller etylenglykol" (4). Alle de tre nevnte alkoholene omdannes ved enzymet alkoholdehydrogenase. Omdanningen i levercellene krever mange molekyler av elektrontransportøren og koenzymet nikotinamid-adenin-dinukleotid (NAD⁺). Det blir dermed for lite igjen av det oksyderte NAD⁺ i forhold til det reduserte NADH til bruk i andre reaksjoner. NAD⁺ brukes bla. av enzymet laktatdehydrogenase i omdannelsen av laktat til pyruvat i nydannelsen av sukker. Dermed kan det oppstå livsfarlig hypoglykemi om selv moderat alkoholinntak kombineres med faste. På Høstmøtet presenterte vi et slikt tilfelle hos en skiløper (Skjelstad, Tost og Nielsen, manuskript under utarbeidelse). Hos pasienten i denne kasuistikken var imidlertid blodsukkeret normalt. Krystallene i urinen var calciumoxalat. Oxalatsyre dannes i den videre nedbrytning av etylenglykol.

Etterhvert som etylenglykolet omdannes blir osmolalgapet mindre og mindre, mens aniongapet øker. Dette er Oxalsyre krystaller, videre nedbrytning fra glykolsyre fremstilt i den pedagogisk vellykkede artikkelen til Hovda og medarbeidere (4). Glykolsyren avgir H⁺-ioner mens det dissosierte anionet inngår i Gamble-diagrammet som et mellomrom eller gap, og fortrenger de andre negative ionene (Figur 2).

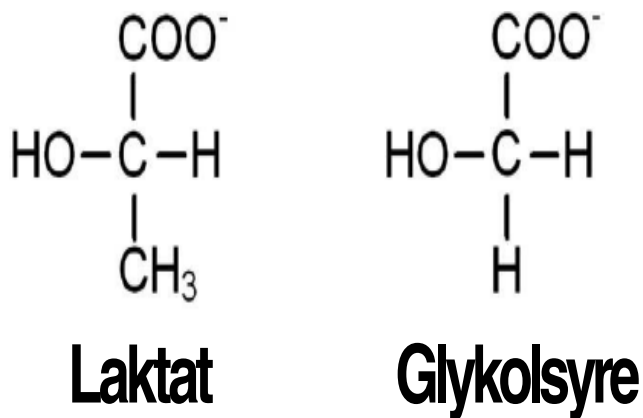
Aniongapet stiger og osmolalt gap faller for hver time som går etter forgiftningen (Figur 4, fritt etter Hovda et al). Analysebildet vil derfor avhenge av når pasienten kommer inn på sykehus og de første prøvene tas. Den metabolske acidosen hos vår pasient var svært alvorlig, og så lav pH ses ikke ofte. Acidosen får også kalium til å flytte seg ut av cellene og var hovedårsaken til hyperkalemien i plasma. Selv om sammenhengene varierer anføres ofte 0,5 mmol økning i



Figur 2: Hovda KE, Hunderi OH, Rudberg N et al. Anion and osmolal gaps in the diagnosis of methanol poisoning: clinical study in 28 patients. *Intensive Care Med* 2004; 30: 1842-6.

plasmakalium for hver 0,1 pH-enhet fall. Hyperventilasjonen var også imponerende effektiv. Så lav PCO₂ ville ikke være lett å oppnå ved overtrykksventilering og lå trolig bak helikopterlegens vurdering om ikke å intubere pasienten prehospitalt. Curacit vil kunne øke plasmakalium ytterligere til farlige verdier.

Blodgass er oftest den raskeste analysen vi får på dårlige pasienter. De mindre blodgassapparaterne på intensiv eller i mottagelse feiltolker glykolsyre som laktat. Det er ikke så rart når en ser strukturlikheten (Figur 3). For å sitere Hans Flaattens kommentar til vår tidligere kasuistikk; "Det er verdt å merke seg poenget med at noen blodgassanalyseapparater som er vanlige utenfor sentrallaboratoriet, ikke er laktatspesifikke. De kan ikke skille mellom laktat og glykolsyre (som er en metabolitt av etylenglykol) og viser derfor en falskt forhøyet laktatverdi. Hvis analysemetoden ved sentrallaboratoriet er laktatspesifikk, kan man indirekte ved hjelp av forskjellen mellom laktatverdiene få et mål på nivået av etylenglykolmetabolitter. Dette kan også være til hjelp i tidligdiagnostikken" (1). Det er altså tre "gap" i diagnostikken av metabolske acidoser; osmolalt gap, anion gap og laktat-gap. Det siste er altså bare en målefeil, men som kan utnyttes i tidligdiagnostikken av etylenglykolintoks.



Figur 3: Strukturformelen for laktat og glykolsyre

I mange tilfeller vil fomepizol være tilgjengelig. Medikamentet lammer alkoholdehydrogenasen. Er ikke fomepizol for hånden må en huske på at etanol er en billig og langt mer tilgjengelig "motgift" som kan

startes før eventuell transport. Oppskrift finnes blant annet her (5). Alkoholdehydrogenasen foretrekker etanol framfor både etylenglykol og metanol og kan gis pr os på sonde eventuelt. I mellomtiden kan de farlige alkoholene pustes ut, utskilles i urin og dialyseres vekk.

Litteraturliste:

1. Flaatten H. Metabolsk acidose - ikke alltid like lett. Tidsskr Den Nor Lægeforen Tidsskr Prakt Med Ny Række 2013; 133: 2487-88.
2. Salomonsen M, Hardersen R, Carlsson M et al. En mann i 70-årene funnet forvirret på treningstur. Tidsskr Den Nor Lægeforen 2013; 133: 2483-87.
3. Osmolalt gap, S/P. Unilabs Labhåndbok. <http://labhandbok.no/labhaandbok/osmolalt-gap/> (accessed 27 Nov2015).
4. Hovda KE, Hunderi OH, Øvrebø S et al. Utredning av metabolsk acidose av ukjent årsak [Diagnosis in metabolic acidosis of unknown origin]. Tidsskr Den Nor Lægeforen 2004; 124: 3203-5.
5. Hunderi OH. Intoksikasjoner - etylenglykol og metanol Sykehuset Østfold. 2013ek.so-hf.no/docs/pub/dok07309.pdf.

European
Society of
Anaesthesiology

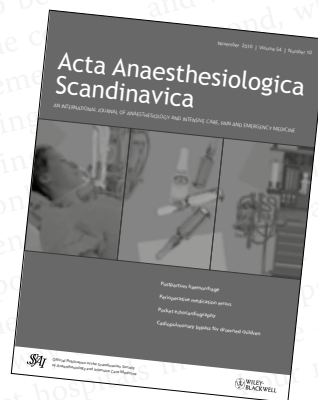
ESA

ESA Associate Member

Som medlem i NAF blir man også «associate member» i ESA (European Society of Anaesthesiology) uten ekstra kostnad. Man får da blant annet gratis onlinetilgang til European Journal of Anaesthesiology (EJA), the Current Opinion in Critical Care og The Current Opinion in Anaesthesiology. I tillegg får man tilgang til nyhetsbrev fra ESA og redusert pris på Euroanaesthesia Congress. Alle medlemmer i NAF er nå meldt inn til ESA. ESA vil sende ut mail med info til alle.

ACTA Online only

Wiley som utgir ACTA sender deg påloggingsinformasjon via mail. Følg instruksene i mailen. Informasjonen sendes ut til den mailadressen du har registrert hos legeforeningen. Hvis du ønsker å endre dette, gå inn på min side på legeforeningen.no. Dessverre bruker ikke Wiley og legeforeningen samme lister. NAF må derfor oppdatere listen til Wiley manuelt. Listen er nå nylig oppdatert. Når du gjør endringer på min side, vennligst send kopi av endringen til medlem@nafweb.no.



Ny spesialiststruktur og spesialistutdanning for leger



Kjersti Bergjord

Leder i spesialitetskomiteen, Ålesund
E-mail: Kjersti.Bergjord@helse-mr.no

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å forberede endringer i struktur og utdanning for legespesialister. Helsedirektoratets rapporter Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold og Fremtidens legespesialister - spesialitetsstruktur og -innhold i allmenn- og samfunnsmedisin ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i november/desember 2014. Målet er at spesialiststrukturen og spesialistutdanningen skal gjenspeile fremtidig behov for spesialisert kompetanse hos leger.

Spesialistutdanningen skal svare på fremtidens utfordringer i helsetjenesten. Dette gjelder innenfor fag- og medisinsk-teknologisk utvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformer i helsetjenesten. Ulike høringer har vært gjennomført, hvor blant annet Spesialitetskomiteen, NAF og Legeforeningen har uttalt seg. Det endelige forslaget med tidspunkt for oppstart skal etter planen foreligge like over nyttår 2016.

Den nye spesialitetsstrukturen innebærer følgende endringer:

- Utdanningsløpet totalt skal være tredelt, der del 1 er felles for alle (og relativt lik dagens turnusordning), del 2 er felles for grupper av fag, og del 3 er unik for hver spesialitet.
- Det innføres felles kompetanseplattformer for grupper av fag, det vil si for indremedisinske og kirurgiske fag.
- Det innføres felles kompetansemoduler innen etikk, kommunikasjon, brukermedvirkning, opplæring av pasienter og pårørende, helsesystemkunnskap, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering, kvalitet og pasientsikkerhet, lover, samhandling, ledelse og organisering. Disse skal strekke seg over hele utdanningsløpet.
- Moderne pedagogikk skal innføres med større vekt på beskrivelser av læringsutbytte, i stedet for krav til tjenestetid og prosedyrer, større vekt på e-læring og simulatorentrening.
- Veiledning av LIS vil styrkes
- Det vil stilles krav kompetansevurdering underveis i spesialiseringsløpet.
- Gruppeføringen for utdanningsavdelingene (gruppe 1 og 2) opphører. Det innebærer at hver utdanningsavdeling må kunne oppfylle læringsutbyttet for å ha LIS i tjeneste.

- Det etableres helhetlige utdanningsløp i sammenheng med innføring av faste LIS-stillinger.
- Klinisk forskning kan inngå i utdanningsløpene.
- Utdanningslengden skal være i tråd med EØS-regelverket og minimum 6 – 6,5 år
- Det innføres obligatorisk etterutdanning for alle spesialiteter

Organisering

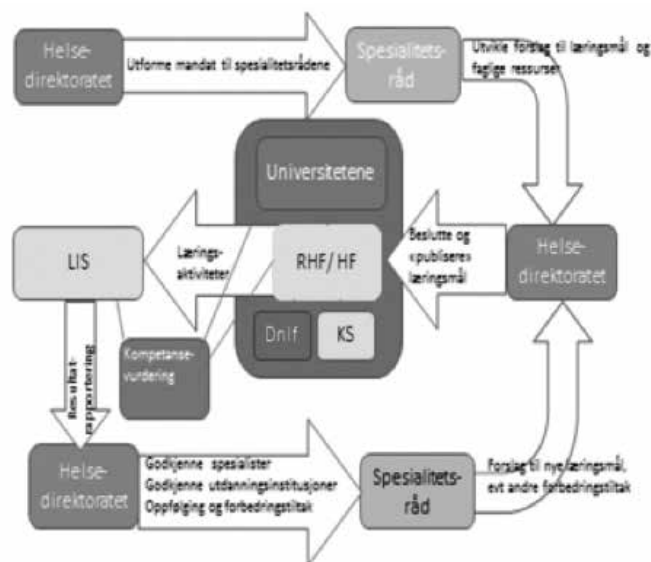
Helsedirektoratet ivaretar myndighetsansvaret. Dette omfatter bl.a. tilråding om spesialiststruktur, fastsette læringsmål og godkjenne spesialister. De Regionale helseforetakene (RHFene) skal ha ansvaret for helheten i den praktiske og teoretiske undervisningen. Utdanningsløpet skal være helhetlig på tvers av helseforetakene. Det skal opprettes et regionalt utdanningssenter i hver region knyttet til regionsykehusene. RHFene vil få ansvaret for veiledning og vurdering av LIS etter retningslinjer fra Hdir. Samarbeid med universitetene skal forankres i et samarbeidsorgan om forskning og utdanning. Universitetene skal bidra i teoriundervisningen, utvikle veilederkurs, e-læringskurs og utvikle tester etter avtale med RHF/regionsykehusene. Det er fortsatt uklart hvilken rolle Legeforeningen skal ha. Det er foreslått at Legeforeningen skal være et rådgivende organ og skal ivareta enkelte oppgaver innen spesialistutdanningen.

Konsekvenser

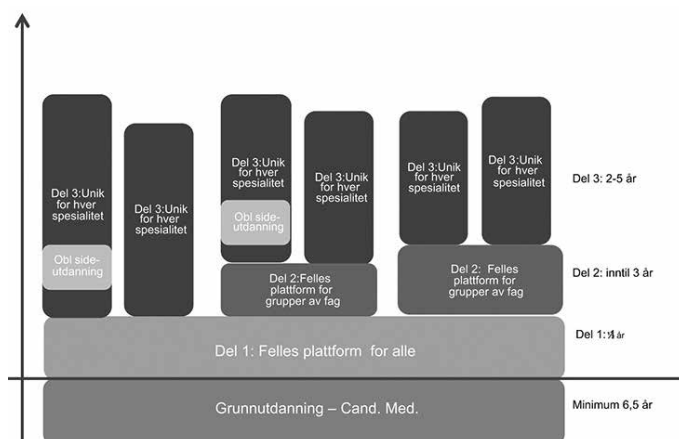
Den nye spesialitetsstrukturen vil gi et mer strukturert spesialiseringsløp. Det er sannsynlig at bedret struktur vil ha en positiv effekt på utdanningen. Det er positivt at veiledning styrkes og at Universitetene trekkes inn i spesialistutdanningen. Bekymring er knyttet til at utdanningsløpene blir kortet ned. Grenspesialitetene innenfor kirurgi og indremedisin forsvinner. Tid og prosedyrelister skal erstattes av læringsmål. I enkelte fag som inneholder praktiske ferdigheter, vil dette gå utover kvaliteten. Mengdetrening er viktig for å nå læringsmålene innenfor faget anesthesiologi, kirurgi mfl. Læringsmålene kan bli "ulne" dersom ikke tilstrekkelig antall prosedyrer er gjennomført. Simulering og e-læringsprogram kan ikke erstatte tid tilbragt på avdeling og arbeid med pasienter. Spesialitetskomiteene erstattes av spesialistråd som er oppnevnt av Hdir. Dagens Spesialitetskomiteer oppnevnes av fagmiljøene, hvor medlemmene er klinikere som kjenner faget godt. Det er også knyttet usikkerhet til om det er bevilget tilstrekkelige økonomiske midler til å drifte og etablere den nye spesialistutdanningen.

Fremdrift

Hdir skal levere sitt endelige forslag ved årsskiftet 2015-2016. Dette forslaget skal så ut på høring. Det er viktig at fagmiljøene, Universitetene, RHFene og NAF uttaler seg om det nye forslaget som kommer. Spesialitetskomiteen ønsker et engasjement rundt den nye spesialiststrukturen. Vi er bekymret for at fagmiljøene ikke lenger blir



Skjematisk oversikt over arbeidsflyt mellom samarbeidspartnerne i spesialistutdannelsen



Forslag til ny organisering av spesialistutdannelsen (2)

premissleverandør for utdanningen. Etter planen skulle første ansettelse skje høsten 2016, men dette blir etter all sannsynlighet utsatt til våren 2017.

Referanse:

1. Rapport IS-2356. Legenes spesialistutdanning. Detaljutredning av Helsedirektoratets oppgaver i ny organisatorisk modell
2. Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

Blod og blodprodukter - Når pasienten nekter



Jarl-Magnus Kikut Moen

Anestesiavdelingen, Akutt og beredskapsklinikken, Sykehuset Telemark
E-mail: jarlmagnus@hotmail.com

En vanlig dag på jobb. Min tur til å ta anestesisilsyn. Første pasient er en ung gravid kvinne. Placenta previa, keisersnitt. Hun kommer med sin mann. De er Jehovas vitner og hun skal ikke under noen omstendighet ha blodprodukter. Det blir sagt på en måte som ikke kan misforstås. Hva gjør jeg? Jeg bør i det minste påse at dette er et informert valg, og at hun forstår potensielle konsekvenser ved å nekte? Er det et valg basert på egen alvorlig overbevisning eller et utslag av press fra menighet? Hva om nektelsen likevel står ved lag; hvordan håndteres situasjonen? Kan man ivareta pasientens rett til å nekte samtidig som man ivaretar faglig og yrkesetisk forsvarlighet? Hva sier loven?

Jehovas vitner. En kort historisk bakgrunn

Charles Taze Russell etablerte sammen med en gruppe bibelstudenter Watchtower Bible and Tract society i 1870-årene i Pennsylvania. De baserte sine ideer på andre trossamfunn som spekulerte i bibelske profetier om verdens undergang. Bibelstudentene utfordret kristne "sannheter", som et brennende helvete, treenighetslæren og sjelens udødelighet. Etter Russells bortgang i 1916, ble Joseph Franklin Rutherford valgt til ny leder. Det var under ham at organisasjonen endret navn til Jehovas vitner, basert på Jesaja 43, 10: «'Dere er mine vitner', lyder Jehovas utsagn, 'ja min tjener, som jeg har utvalgt,'». I dag er Don Adams president i organisasjonen som har hovedsete i Brooklyn, New York. Den åndelige delen av organisasjonen ledes av et styrende råd – alle menn. (1, 3)

Jehovas vitner har ca 8 millioner aktive medlemmer, ca 12 000 i Norge fordelt på 164 menigheter (2). Jehovas vitner mener de er de eneste sanne kristne og at deres trossamfunn er en gjenopprettelse av den kristne menighet fra det første århundre. De avviser treenighetslæren, og mener at all tilbedelse skal være mot Gud, Jehova. Vitnene tror på en dommedagsprofeti, og at menneskeheten i året 1914 gikk inn i «de siste dager». På dommedag, Harmageddon, vil Jesus komme tilbake til jorden og dømme levende og døde. Jehova vil innlemme jorda i sitt rike, og en Edens hage vil komme til hvor både levende men også gjenoppståtte døde vil leve i paradiset (3).

Synet på blodprodukter og blodtransfusjon

For et Jehovas vitne vil det å motta blodprodukter være å gå mot Bibelen

STANDPUNKT	ALLOGENT BLOD	AUTOLOGT BLOD
Avvises	Fullblod Røde blodceller Hvite blodceller Blodplater Plasma	• Preoperativ oppsamling og lagring av autologt blod med tanke på senere reinfusjon
Er muligens akseptabelt	Fraksjoner av røde blodceller • Hemin • Hemoglobin Fraksjoner av hvite blodceller Fraksjoner av blodplater Fraksjoner av plasma • Albumin • Fibrinogen • Immunglobuliner • Koagulasjons-faktorer Jehovas vitner treffer personlige avgjørelser om hva de kan godta ut fra sin samvittighet. Det er viktig å drøfte med hver pasient på forhånd hvilke produkter eller behandlingsmetoder som er akseptable.	• Akutt normovolemisk hemodilusjon • Dialyse • Kardiopulmonal bypass • Blodgjenvinning

Oversikt over akseptable og uakseptable blodprodukter

og Guds lover. Dette baserer de på tolkning av flere bibelvers, enkelte hevder over 400 i tallet, som f.eks. i 1. Mosebok 9:4: «Men kjøtt med dets sjel – dets blod – skal dere ikke spise» og 5. Mosebok 12:23: «Vær bare fast besluttet på å ikke spise blodet, for blodet er sjelen, og du skal ikke spise sjelen sammen med kjøttet». Det skilles ikke mellom det å spise blod og det å motta blodprodukter intravenøst. For Jehovas vitner er sjelen og livet i blodet. Det eneste «riktige» blod er Jesu' offerblod. De tror at ved å takke ja til blodoverføring forlenger man kanskje sitt jordiske liv, men gir da avkall på det evige. Å motta blodprodukter mot sin vilje kan derfor være en svært traumatisk opplevelse for et Jehovas vitne. Sett fra utsiden er de mest synlige konsekvensene at vedkommende kan bli utstøtt fra menigheten, med store sosiale, familiære og økonomiske konsekvenser som følge. Vaktårnet Bibel- og Traktatselskap, som er et lovformelig religiøst selskap som benyttes av Jehovas vitner, uttalte i 2000 at et Jehovas vitne som mottar blod ikke automatisk blir ekskludert. Det er åpnet for tilgivelse dersom man har mottatt blodprodukter mot sin vilje eller takket ja til blodprodukter i en kritisk situasjon hvor man senere har angret på sin handling (4). I kontrast til dette er en publisasjon i menighetens tidsskrift som omhandler flere barn som har mistet livet på grunn av (foreldrenes?) nektelse til blodprodukter. I denne publikasjonen blir slike nektelser med fatale utfall framstilt på en svært positiv måte. (5)

Hva Jehovas vitner kan akseptere av blodprodukter har variert mye. Blodprodukter var godtatt på 1940-tallet, men ikke på 50-tallet (6). Det har tidvis vært perioder hvor plasma har vært akseptert. Albumin har vært akseptert siden 1982 – men enkelte vitner kan selv velge å ikke akseptere dette. Øvrige blodfraksjoner overlates til det enkelte vitnes samvittighet (7).

Fullblod, SAG, plasma og trombocyttkonsentrat aksepteres ikke. Dialyse og hjerte-lungemaskin er som regel akseptert, så lenge blodet er i en lukket krets som ikke kobles fra kroppen. Som en hovedregel aksepteres ikke Jehovas vitner lagring av eget blod for senere benyttelse. Organtransplantasjon er akseptabelt. (3)

Sykehuskontaktutvalg

For å ivareta sine medlemmers, og menighetens, interesser har Jehovas vitner i flere land opprettet et eget Sykehuskontaktutvalg. Dette er en utvalgt gruppe vitner som i følge organisasjonen besitter mye kunnskap og skal fungere som kontaktpersoner mellom lege og pasient. De skal bistå med informasjon rundt alternativer til blodoverføring og formidle kontakt med andre sykehus og autoriteter på blodløs kirurgi. I Norge finnes det 11 slike utvalg.

Utvalget tilbyr sykehusene informasjonsfoldere og dokumentarfilmer. (8,9). Fokuset er på hvorfor blodoverføring er lite heldig, alternativer til dette og hvorfor disse alternativene er like gode – om ikke bedre. Det er listet opp alt fra permissiv hypotensjon, cell-saver og hemodilusjon, til vigilant bruk av pulsoksymetri og Trendelenburgs leie ved behov. En gjenfinner også alternative behandlingsalgoritmer for håndtering av postpartum blødninger uten bruk av blodprodukter. Det er lagt stor vekt på farer ved blodoverføring, blant annet overførsel av smittsomme sykdommer. Det er lite religiøs argumentasjon bak blodnekten i informasjonsmaterialet, dette til tross for at talsmann for Jehovas vitner Gene Smailey nylig uttalte at «Jehovas vitner nekter blodprodukter først og fremst av religiøse grunner, ikke medisinske».(9)

Juridiske betraktninger og blodtransfusjoner

I USA har det vært flere rettstvister vedrørende Jehovas vitner og blodtransfusjoner. I enkelte saker har anklagen vært at kirurgen har gitt blod mot pasientens ønske. I andre saker har kirurgen unnlatt å gi blod, pasienten dør på bordet, og kirurgen blir deretter saksøkt av pasientens familie for kirurgisk inkompetanse. De senere årene har det også vært tilsynssaker i Norge som omhandler problematikken. Mest omtalt er en hendelse hvor en ung fødende kvinne fikk transfundert blod mot eget ønske. Statens Helsetilsyn fant at behandlingsansvarlig lege hadde brutt Helsepersonelloven § 4, som stiller krav til faglig forsvarlighet og til helsepersonells profesjonsutøvelse. Kritikken gikk ikke direkte på at blodprodukter ble gitt, men at man grunnet utilstrekkelig planlegging og manglende rutiner for denne pasientgruppen, satte seg selv i en posisjon hvor det å gi blodprodukter til slutt var tvingende nødvendig for å redde pasientens liv. (10)

I Pasient og brukerrettighetsloven (Pbrl) har pasienten fått sine juridiske rettigheter regulert i egen lov. Dette involverer rett til helsehjelp og samtykke til denne, rett til medvirkning og informasjon. (11)

I Pbrl § 4-9 leser vi i første ledd «Pasienten har på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.» En viktig presisering følger i tredje ledd, samme paragraf: «Helsepersonell må forsikre seg om at pasient som nevnt i første og annet ledd er over 18 år og ikke er fratatt rettslig handleevne på det personlige området, og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen».

I Helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp står det «Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.»(11). Helsepersonellovens § 7 om øyeblikkelig hjelp er derfor begrenset av Pasient -og brukerrettighetsloven § 4-9.

Helsedirektoratet kommenterer lovteksten i § 4-9 på følgende måte: «...Bestemmelsen innebærer at helsepersonell ikke har rett til å gripe inn med tvangsmessig behandling selv om pasienten vil kunne dø som følge av sin beslutning. Helsepersonell kan heller ikke gripe inn etter at pasienten har blitt bevisstløs. ...Bestemmelsens første ledd innebærer også at helsepersonellet skal respektere pasientens selvbestemmelsesrett når det gjelder reservasjon mot å motta blod eller blodprodukter, selv om dette innebærer at pasienten ikke får

Et nettverk av sykehus- kontaktutvalg

*for
Jehovas vitner*



ET STØTTEAPPARAT FOR PASIENT OG LEGE

Jehovas vitners sykehuskontaktutvalg har flere informasjonsfoldere med diverse informasjon rundt blodløs kirurgi og alternativer til blodoverføring



Vakttårnets hovedkontor, Brooklyn, New York (Kilde: Wikipedia).

en optimal behandling og at behandlingen i sin ytterste konsekvens kan medføre at pasienten dør. Bestemmelsen medfører videre at helsepersonell ikke kan gjennomføre en blodoverføring dersom pasienten har avvist slik helsehjelp, selv om det viser seg for eksempel under en operasjon at anvendelse av blod eller blodprodukter er mer nødvendig enn først antatt.» (12).

Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet sier «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»(11). I Tidsskriftet for den norske legeförening problematiserer M Bahus og R Førde lovteksten og tolkningen av denne opp mot legenes faglige og etiske integritet(13). Hvordan skal legen kunne opptre faglig forsvarlig i en situasjon hvor blodprodukter er påkrevet, samtidig som pasienten påberoper seg sin lovfestede rett til ikke å motta blod? Videre har vi Straffeloven § 17 om nødrett, som omtaler en ellers straffbar handling som lovlig når den blir foretatt for å redde liv(11).

Lovteksten gir rom for flere tolkninger. En endelig avklaring får vi kanskje ikke før dette eventuelt blir prøvd for retten.

Ny prosedyre

Pasienten har en lovfestet rett til å nekte blodprodukter. Vi må imidlertid forsikre oss om at pasienten er myndig, at ønsket er basert på alvorlig overbevisning og ikke på en psykiatrisk eller forbigående tilstand, jfr Pbrl § 4-9, tredje ledd. Er muntlig avtale tilstrekkelig? Holder det med et ferdig utfylt nektelsesdokument? Og hvis det foreligger nektelsesdokument, vil disse da være gyldige i en ekstrem situasjon? Hva med akutte tilstander?

Vi har nå akkurat ferdigstilt en prosedyre med tittelen «Blodprodukter

– når pasienten nekter», med det formål å bidra til å ivareta pasientens rettigheter, forenkle og standardisere prosessen når en pasient nekter blod av overbevisningsgrunner, samt sikre at kravene til nektelsen er oppfylt. Prosedyren tar utgangspunkt i lovteksten med Helsedirektoratets kommentarer til denne. Det er ukjent for undertegnede hvor utbredt lignende prosedyrer er i Norge, men jeg vet at SSA og OUS har – og vi har funnet inspirasjon i disse under utarbeidelsen av vår egen prosedyre. Det vil være ønskelig å få til en nasjonal prosedyre, i samarbeid med og aksept fra Jehovas vitner, for på den måten få til et standardisert og kvalitetssikret løp. I vår prosedyre er følgende momenter spesielt vektlagt:

For elektive inngrep

- Krav til nektelsen

- Foreldre kan ikke nekte blodtransfusjon på vegne av sine barn.
- Samtykkekompetanse
- Alder >18 år
- Nektelsen må skyldes alvorlig overbevisning. Det stilles krav til en viss fasthet og varighet.
- Pasienten må forstå konsekvensene av nektelsen

- Preoperativ samtale

- Bør utføres på tomannshånd
- Inngrepet, derunder risiko, skal gås igjennom
- Alle krav til en eventuell nektelse må vurderes i forhold til gyldighet: Informert valg? Samtykkekompetanse? Uttrykk for egen vilje?
- Alternative løsninger til kirurgi og/eller blodtransfusjon skal drøftes
- Overføring til annet sykehus drøftes/vurderes

- Journalføring/dokumentasjon

- Den preoperative samtalen skal journalføres
- Et eventuelt nektelsesdokument skal underskrives og skannes til journal
- Dokumentets gyldighet er begrenset til aktuell behandling/ inngrep.

- Reservasjonsrett for helsepersonell

- Ingen juridisk reservasjonsrett
- Helsepersonell gis kun reservasjonsadgang dersom annet personell kan ivareta pasienten på en god måte

For akutte inngrep

I akutte situasjoner gjelder i utgangspunktet pasientens rettighet til å nekte å motta blodprodukter. Det vil imidlertid sjelden være mulig å avklare kravene som skal være knyttet til nektelsen. Helsepersonell kan dermed ikke med sikkerhet bekrefte grunnlaget for å nekte blodoverføring. Krav om at helsepersonell skal forsikre seg om at pasienten er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått

konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen, er følgelig ikke oppfylt. Ved tvil skal behandlingsansvarlig lege foreta det endelige valget og en skal tilstrebe så langt det lar seg gjøre å unngå behov for blodprodukter.

Blodløs kirurgi

Høiseth og medarbeidere forteller i Tidsskrift for den norske Legeforening i 2006 at større kirurgi til Jehovas vitne uten blodprodukter er et reelt alternativ. Dette gjennomføres på Radiumhospitalet ved hjelp av preoperativ økning av hemoglobinnivå, akutt normovolemisk hemodilusjon og Cellsaver(14). Sykehuset Telemark er et fullverdig akuttstusykehus med bred kirurgisk virksomhet og flere regionfunksjoner(15). Imidlertid har vi ikke cell-saver eller rutiner for bruk av akutt hemodilusjon. Kunstige kolloider er for tiden stuet godt vekk i et skap og benyttes ikke. Et spørsmål er om en pasient, av overbevisningsgrunner, kan kreve at inngrep sentraliseres, kompliseres og fordyres?

Et standardisert løp

Mange mener mye om Jehovas vitner og deres syn på blodprodukter. Å påberope seg etisk monopol på hva som er rett eller galt når det kommer til livssyn og personlig overbevisning kan være en krevende øvelse. For et Jehovas vitne er dette ofte et alvorlig anliggende. En eventuell blodtransfusjon mot pasientens vilje sees ofte på som et reelt overgrep.

Hver dag gjør velinformerte pasienter egne valg rundt begrensning av behandling. Dette bygger på prinsippet om selvbestemmelse og samvalg. Utfordringen for legen er å vite når dette faktisk er informert selvbestemmelse, og når det er en påtvunget doktrine.

Fra en tilfeldig bemerkning i operasjonsmeldingen: "Pasienten er Jehovas vitne og vil ikke ha blod", til en prosedyre med et

standardisert opplegg. Vi har etter beste evne forsøkt å ivareta pasientens interesser og lovfestede rettigheter, samt gjøre det enklere for helsepersonell som håndterer pasienter der av overbevisningsgrunner ikke ønsker blodprodukter.

Referanser:

- (1) https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_Jehovah%27s_Witnesses
- (2) Statistisk Sentralbyrå, ssb.no
- (3) Jehovas Vitner offisielle nettside - jw.org
- (4) Muramoto.- Bioethical aspects of the recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah's Witnesses. BMJ. 2001 Jan 6; 322(7277): 37-39
- (5) AWAKE! 22. mai 1994 - «Youths who put God first»
- (6) Watchtower 1958 Aug 1 p.478 , Watchtower 1961 Jan 15 s. 63-64
- (7) Jehovas vitner - Fullmaktsdokument i helsespørsmål.
- (8) Sykehusinformasjonstjenesten for Jehovas vitner - Medisinske alternativer til blodtransfusjon.
- (9) Transfusion alternatives - Documentary series by Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania
- (10) Statens helsetilsyn, helsetilsynet.no
- (11) Lovdata.no. Helsepersonelloven. Pasient- og brukerrettighetsloven. Straffeloven.
- (12) Rundskriv, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. IS-8/2015. Helsedirektoratet.
- (13) Bahus, Førde - Når pasienten nekter blodoverføring Tidsskr Nor Legeforen 2014;134:850-1
- (14) L Ø Høiseth, K-E Giercksky, S G Larsen, U Kongsgaard. Større kirurgiske inngrep hos Jehovas vitner. □ Tidsskr Nor Legeforen. 2006; 126:2658-61.
- (15) Sykehuset Telemark. <http://www.sthf.no/om-oss/om-helseforetaket>

Ernæringskonferanse

21. januar 2016 i Oslo Kongressenter

Tema for møtet er
«Nytt om ernæring ved mage- og tarmsykdommer»

For nærmere informasjon se

http://www.nske.no/pdf/Program_NSKE_2016_sept_2015_2.pdf



Komplikasjoner etter kirurgi



Ib Jammer

Overlege, Haukeland Universitetssykehus
E-mail: lb.jammer@helse-bergen.no

Prøveforelesning og disputas:
Torsdag 5. november, UiB, Bergen

Prøveforelesning:
A critical view on perioperative fluid therapy

1. **opponent:** Dr. Ramani Moonesinghe, University College Hospital, London, United Kingdom
2. **opponent:** Professor Lars S. Rasmussen, University of Copenhagen, Denmark
3. **member of the Committee:** Professor Asgaut Viste, University of Bergen

På verdensbasis blir det utført cirka 230 millioner operasjoner årlig. Vanlige komplikasjoner som oppstår etter kirurgi er sårinfeksjon, lungebetennelse eller hjerteinfarkt. Dette er komplikasjoner som kan føre til en forlenget periode med redusert livskvalitet, eller i verste fall øke dødeligheten.

Pasientene med høyest risiko for komplikasjoner, utgjør 80 prosent av dødsfallene på sykehus. Selv en liten reduksjon i antall komplikasjoner vil dermed kunne resultere i færre dødsfall.

Det er hittil ikke laget noen felles internasjonale definisjoner for postoperative komplikasjoner. I sin avhandling definerer og standardiserer Ib Jammer slike postoperative komplikasjoner, med tanke på bruk i fremtidige studier.[1] Formålet er å gjøre det mulig å sammenligne kvaliteten på perioperativ behandling og etterlate mindre rom for tolkning av postoperative komplikasjoner.

Jammer deltok i en europeisk datainnsamling som viser at flere pasienter enn tidligere antatt dør på sykehus etter kirurgi. Tidligere var antagelsen at to prosent av pasientene døde på sykehus, mens tallene i realiteten er fire prosent.[2] Denne variasjonen er i følge forfatterne en indikator på at både antall komplikasjoner og dødsfall kan reduseres etter kirurgi.

Videre viser Jammer at det er flere teorier om hvordan man kan redusere postoperative komplikasjoner og dermed bedre pasientsikkerheten og pasientbehandlingen. To faktorer ble undersøkt i avhandlingen: bruk av sjekklister under kirurgi, og målrettet væskebehandling. Jammers studie viser at bruk av sjekklister under kirurgi er forbundet med lavere dødelighet. Men det kunne ikke vises en årsakssammenheng.[3] Bruk av målrettet væskebehandling under mage-tarm-kirurgi ble ikke funnet å påvirke antall komplikasjoner.[4]

Det har hittil vært lite forskning på de pasientene som er mest utsatt for komplikasjoner etter kirurgi. Samtidig kan det antas at denne pasientgruppen vil ha størst nytte av en forbedret totalbehandling ved kirurgi.

Ib Jammer er overlege på Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssykehus, og stipendiat på UiB. Han jobber i Forskergruppen for pasientsikkerhet og utfall etter kirurgi og kritisk sykdom. I forbindelse med avhandlingen ble det knyttet tett kontakt med forskningsmiljøet ved The Queens University of London, samt Europas to største anestes- og intensivforeninger: European Society of Anesthesiology og European Society of Intensive Care Medicine.

Dr.med. Reidar Kvåle har fungert som hovedveileder, og dr.med. Gro Østgaard og professor Hans Flaatten som medveiledere.

Referanser:

1. Jammer I, Wickboldt N, Sander M, Smith A, Schultz MJ, Pelosi P et al. Standards for definitions and use of outcome measures for clinical effectiveness research in perioperative medicine: European Perioperative Clinical Outcome (EPCO) definitions: A statement from the ESA-ESICM joint taskforce on perioperative outcome measures. *European journal of anaesthesiology*. 2015;32(2):88-105. doi:10.1097/EJA.000000000000118.
2. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C et al. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet*. 2012;380(9847):1059-65. doi:10.1016/S0140-6736(12)61148-9.
3. Jammer I, Ahmad T, Aldecoa C, Koulenti D, Goranovic T, Grigoras I et al. Point prevalence of surgical checklist use in Europe: relationship with hospital mortality. *Br J Anaesth*. 2015;114(5):801-7. doi:10.1093/bja/aeu460.
4. Jammer I, Ulvik A, Erichsen C, Lodemel O, Ostgaard G. Does central venous oxygen saturation-directed fluid therapy affect postoperative morbidity after colorectal surgery? A randomized assessor-blinded controlled trial. *Anesthesiology*. 2010;113(5):1072-80. doi:10.1097/ALN.0b013e3181f79337.

Jannicke Mellin-Olsen, Æresmedlem i Norsk Anestesiologisk Forening



På vegne av styret i NAF Janne Roshauw

Bærum sykehus, Bærum

E-mail: janne.jorstad@gmail.com

Æresmedlemskap i NAF kan styret dele ut når det er noen vi ønsker å gi en ekstra påskjønnelse for verdifullt arbeid for faget eller foreningen. Ordningen startet opp i 1981 og de første æresmedlemmer var Åsmund Lærdal og Ivar Lund i -81. I 1989 ble Bjørn Lind utnevnt, og deretter Ellen Lindbæk i 98. For øvrig ble Anna C Mutta Amundsen, Alf Klock Andreassen, Anna Sethne Holther og Andreas Skulberg utnevnt i 2009. Videre har Harald Breivik, Sven Erik Gisvold, Signe Gullestad, Olav Sellevold og Petter Andreas Steen mottatt æresmedlemskap.

I år ble Jannicke Mellin-Olsen utnevnt til æresmedlem i NAF for mange års engasjement for anestesi-faget, og da særlig pasientsikkerhet i inn- og utland. I tillegg til å ha en imponerende CV, er Jannicke er kompromissløst ærlig og gjør det hun mener er riktig i situasjonen uten taktiske hensyn. –Ikke for å fremheve seg selv. Jannicke blir ekstremt lett engasjert og går 120% inn for sakene hun engasjerer seg i. Føler hun at noen blir urettferdig behandlet, står hun alltid opp for å forsvare personen. Hun har en stor omsorg for sine medmennesker.

Jannicke jobber til daglig som overlege i anestesiologi ved Bærum Sykehus, men har utdannelsen fra Trondheim og ble spesialist i anestesiologi i 1992. Hun satt i NAF-styret i åtte år, hvorav fire som leder, og også i SSAI i mange år. Hun er nå både sekretær i ESA og Deputy Secretary i WFSA. Hun var drivkraften for Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, som nå er støttet over hele verden. Hun er den første norske kvinnelige legen som fullførte førstegangstjenesten i Forsvaret i (NORBATT/UNIFIL) i Libanon



Under førstegangstjenesten i den norske FN-styrken i Sør-Libanon, 1987 og har også flere utenlandsoppdrag for Røde Kors. Hun var borte fra klinikken noen år da hun var medisinsk direktør i MedAire Europe og ledet Global Medical Support i NLA as. Listen over verv er lang, men bare for å nevne noen. I tillegg til et langt og enormt engasjement faglig, er hun en lidenskapelig maratonløper og gjennomfører helst 3-4 løp verden rundt i året. Hun har veteran-NM-tittel i maraton.



Vakthavende anestesilege Regionsykehuset i Trondheim, 1988



Total solformørkelse på Svalbard, 20. mars 2015

Hun har anestesilogi-venner og bekjente i hele verden. For første gang siden 92 var Jannicke ikke på høstmøtet i år, fordi det kolliderte med WFSA –styremøte i San Diego. Selve utnevnelsen ble overrakt av meg under et morgenmøte på Bærum Sykehus til stor overraskelse for mottakeren. –Og hun deltok på festmiddagen via Skype med hele styret i WFSA i ryggen. Hun er et fyrverkeri av en dame, og en vi i NAF styret beundrer stort og lar oss stadig vekk imponere av. For å få litt bedre innblikk i hva Jannicke brenner for, bad vi henne svare på noen spørsmål fra styret.

Kjære Jannicke. Vi ønsker med æresmedlemskapet å takke deg for ditt engasjement og pågangsmot. Du er en viktig ambassadør internasjonalt for anestesilogi og for NAF.

Hvilke saker ser du som særlig viktig for anestesifaget i dag?

- Anestesilogi er den beste spesialiteten. Det er fint for hodet (vi må tenke fort og riktig), for hendene (vi har en del praktiske prosedyrer) og for hjertet (vi kommer tett på folk som er i kritiske situasjoner – enten det er før en kreftoperasjon, som pårørende på intensiv, ved smertetilstander og i akuttmedisinske situasjoner. Hvordan vi møter disse menneskene, har stor betydning.)
- I Norge har vi en stor oppgave i å inspirere studentene til å forstå det og velge vår spesialitet.
- Akkurat nå er det viktig for norsk anestesilogi å formidle hva som skal til for at vi kan utvikle og vedlikeholde kompetanse som

gjør oss egnet til å håndtere akuttsituasjoner ved alle sykehus.

- Vi har også mye å dele med resten av verden, ikke minst når det gjelder bredden av faget og samarbeid med andre yrkesgrupper. I andre land er vi ofte kirurgenes slaver, og det er vanskelig å rekruttere nye kolleger til å bare være på operasjonsstuene. Fem av syv billioner mennesker i verden har ikke tilgang til trygg anestesi og kirurgi, og det er viktig at vi er på banen når verdens land arbeider med dette. Ett eksempel er alt arbeidet som gjøres for bedre mor- og barnehelse i verden. Ofte glemmer man at anestesi er en viktig del av den oppgaven.

Hva har gjort størst inntrykk på deg gjennom årene i forbindelse med vervene du har hatt?

- Det er uten tvil møtet med kolleger som prøver å gjøre en forskjell, tross vanskelige forhold. Et eksempel er kollegene i Moldova som stod på med fagutvikling og utdanning, til tross for at de ikke visste om de fikk lønn neste måned, for statskassen var tom.
- Eller jordmor og anestesisykepleier Kessete fra Eritrea, som har æren for at anesthesiopplæring startet i Etiopia og Eritrea, og som til tross for store personlige tap, ikke gir seg.
- Eller hvordan jeg møtte mine egne fordommer i døren da jeg besøkte et barnesykehus i Chile, der de gjorde prosedyrer jeg knapt hadde hørt om.

Jeg kunne nevnt veldig mange andre historier. Jeg mener det er

fredsbevarende å reise og treffe kolleger – vi kaster ikke bomber i hodet på vennene våre. Alle ønsker vi det samme – vann, mat, hjem, trygghet, utdanning for barna, osv. Det var fint å se ukrainske kolleger på det russiske møtet for noen måneder siden, for eksempel.

Hva er du mest stolt av å ha utrettet eller vært med på?

- I NAF var det kanskje da vi samlet hele anesthesiologi-Norge til å markere 150-årsdagen for anestesi i 1996. Hele landet samarbeidet om å forklare hva anesthesiologi er med presseoppslag, publikumsarrangement, osv. Skikkelig morsom dugnad.
- Da jeg representerte NAF i Legeforeningens landsstyre, ledet jeg arbeidet der alle spesialiteter samlet seg for å styrke fagets stilling i Legeforeningen (Dnlf er jo både en fagforening og en forening for faget). I utgangspunktet var det stor uenighet, men alle slukte noen kamelhår for å komme frem til én uttalelse. Det førte også til endringer, som dessverre har falt i fisk fordi det ikke er blitt fulgt opp senere.
- I Europa er det nok Helsinkideklarasjonen for pasientsikkerhet i anesthesiologi, som senere har spredt seg som ild i tørt gress over hele verden. Men mye gjenstår før den er implementert.
- I Verden er det å være med på å forandre WFSA, som har utviklet seg fra å være en «old boys' club» til en solidaritetsorganisasjon,

der de rike landene hjelper de fattige med utdanning og mange andre aktiviteter.

Hvordan kan unge anestesileger som ønsker å gjøre en forskjell, engasjere seg?

Selv har jeg alltid ønsket akkurat det: Å gjøre en forskjell. Men da jeg meldte meg til NAF-styret, forstod jeg ikke hvilke muligheter det innebar. Men er man aktiv i foreningen, har man mulighet til å sette viktige saker på sakskartet og påvirke på en helt annen måte enn man kan som enkeltperson. Det gjelder i utvalgene, også. Det er også veldig lærerikt, også faglig.

Hvor går veien videre?

For mange år siden ble jeg intervjuet av Tidsskriftet. Jeg sjokkerte meg selv da jeg hørte hva jeg svarte på spørsmålet: «Hva gjør du om ti år?» – og jeg svarte «Jeg håper jeg gjør akkurat det samme som jeg gjør nå.» Noe slikt hadde jeg alltid trodd var det samme som «stagnasjon». Det er det ikke: Jeg håper veien videre går i samme spor, men at jeg tar meg bedre tid til det som tross alt betyr mest for oss alle; familie, venner og en selv.

På vegne av styret i NAF

Janne Roshauw



Lansering av Helsinkideklarasjonen for pasientsikkerhet i anesthesiologi, 2010



Norges beste anesthesiavdeling, Bærum sykehus, 2015



Patient Safety Movement Summit, California, 2015



NAFs Ærespris

2015




Mads Gilbert
Foto: Akuttmedisinsk seminar
Warszawa

Årets prisvinner ble født i Porsgrunn 1947. Cand med ved universitetet i Oslo 1973, spesialist i anesthesiologi -83. Doktorerte ved universitetet i Tromsø i 1991 med tittelen: «Myocardial metabolism and coronary circulation

during anaesthesia» Seksjonsoverlege Tromsø fra -91, senere klinikkssjef. Professor 2 ved Institutt for Klinisk medisin, Universitetet i Tromsø fra -95. Han har sammen med andre bygget opp undervisningen i akuttmedisin ved universitetet i Tromsø til å bli blant landets beste. Har hatt utallige kurs i akuttmedisin for allmennleger

Har undervist og aktivert hele kjeden fra lekfolk, via ambulansearbeidere og helsepersonell på sykehjem til sykehusspesialister i akuttmedisin. Han har skrevet flere bøker og flere kapitler i lærebøker i anestesi og akuttmedisin. Han har gitt utallige «invited lectures» utenlands i traumebehandling, psykososial support og

organisering av akuttmedisin Har hatt Undervisning og opplæring av lekfolk i akuttmedisinske nødprosedyrer i en rekke land: Palestina, Burma, Cambodia, Afghanistan, Libanon, Angola, Iran. Har mottatt mange nasjonale og internasjonale priser for sin innsats for akuttmedisinske forskning, undervisning, organisering og for sin innsats for offer i krigsherjede områder. Han er Kommandør av Den kongelige norske St. Olavs orden.

Du har vært og er en fremragende representant for anestesimiljøet lokalt og regionalt i Nord-Norge i særdeleshet, men også nasjonalt. Du har gjort akuttmedisin mer forståelig og klart å aktivere lekfolk til å ta opplæring og til å gi livreddende førstehjelp. Du har styrket alle ledd i den akuttmedisinske kjede. Dette sammen med ditt kontinuerlige og allsidige helsepolitiske engasjement og ditt omfattende humanitære arbeid internasjonalt gjør at vi ønsker å tildele deg NAFs ærespris.

På vegne av styret i NAF
Oddvar Kvalsvik

Eu- skeptikeren og Europeeren!



Ola Dale

St. Olavs Hospital, Trondheim
email: ola.dale@ntnu.no

Da Olav ble utnevnt som æresmedlem i ESA, var min første innskytelse at tiden var inne for et intervju av ham i NAForum: Anne Berit sa ja- og ga meg privilegiet å intervju en god venn:

Olav ble født i Oslo 1947 (selv om han forsøker å holde dette hemmelig). Han vokste opp i Eidsvåg /Bergen og var nest eldste av 5 søsken. Faren Ragnar var barnelege av solid vestlandsk bondeslekt, mens moren Astrid hadde aner innen embetsverk og forretningsliv fra både Danmark og Ungarn.

Olav tok atrium på latin / gresk linjen ved Bergens Katedralskole i 1966, forvillet seg deretter til Oslo og psykologi grunnfag, før legekallet trakk ham tilbake til Bergen for en lynrask realfagsartium og påfølgende opptak ved Det medisinske fakultet i Bergen i 1968.

Etter turnus Hammerfest og Lindås kom han til Trondheim og startet på Anestesiavdelingen ved Regionssykehuset i 1976. Der ble han snart en sentral del av et svært dyktig thorax-anestesiologisk miljø- Han disputerte 1988, og ble utnevnt professor II først i Oslo som han takket nei til og deretter i Trondheim i 1996.

Olavs yrkesmessige karriere har i det store og hele vært forankret ved St. Olavs Universitetssykehus i Trondheim. Han var imidlertid sjef ved Haukeland i perioden 1997-2000 og hadde også et halvårig opphold ved Europas eldste Universitetet i Bologna på 2000 tallet.

Jeg kjenner Olav svært godt. Vi har vært venner siden studietiden i Bergen. Jeg la merke til ham første gang på medisinerrekruttskolen på Gimlemoen ved Kristiansand 1969. På kompanioppstilling, i kraft av å være tillitsvalgt, talte en høy og rakrygget medsoldat med dannet Bergensdialekt uten nøling kapteinen midt imot.



Olav Sellevold Foto: Privat

Siden dannet vi med to andre studiekamerater et uhøytidelig bridgelag som gikk i hele studietida, før våre veier møttes igjen i Trondheim etter turnus. Faglig fikk vi gleden av å starte den anestesiologiske virksomheten ved Hjerteklinikken St Elisabeth 1989. Familiene vår

vokste også opp sammen gjennom mye samvær- og Olav og jeg har eid båt sammen- også det gikk bra.

Olav er en vaskeekte europeer, og har alltid vært det. Det er det som har ført ham ut på en europeisk anestesikarriere som kulminerte da han under åpningsseremonien ved anestesikongressen med over 6000 medlemmer i Berlin i 2015 ble utnevnt til et av de meget få æresmedlemmer. Europeeren var imidlertid en ihuga EU motstander i 1974. Men han er med årene blitt mer velvillig innstilt til EU, ikke minst siden organisasjonen har gått fra å være en rikmannsklubb til også å favne Europas fattigere land. Norge er og blir en del av Europa, og idag synes han at overnasjonale strukturer er naturlig for det europeiske lappeteppet.

Olav er et dannet kulturmenneske. Latin i bunnen, snakker italiensk og engelsk flytende, habil på tysk og klarer seg godt i Frankrike også. Han er en altetende bokorm, musikalsk og har en følsom gane for røde viner - det siste kombinert med mye kunnskap om emnet. Sannelig er han ikke en habil snekker også!

For Olav er fagutvikling uløselig knyttet til forskning, undervisning og formidling. Hans forskning har vært rettet spesielt mot problemstillinger rundt hjerte og sirkulasjon, undervisning likeså. Men både forskning og undervisning favner bredere mot det å vise bredden i anestesifaget for studenter, leger i utdanning og spesialister. Hele anestesifaget, og spesielt thoraxanestesifaget ligger hans hjerte nær. Europeeren startet sin fagutviklingskarriere lokalt i Trondheim, videre som styremedlem, kasserer og leder i NAF i perioden 1991-1992. Han var aktiv i Spesialitetskomiteen i flere perioder og ble utnevnt til æresmedlem i NAF i 2009. Vervene i NAF åpnet opp for deltakelse i styring av SSAI hvor nasjonale medlemsorganisasjonene har stor innflytelse, en viktig erfaring med tanke på innsatsen på den senere innsatsen på den europeiske arena. EACTA (European Association of Cardiothoracic Anaesthesia) var neste skritt der han var «founding member», styremedlem, visepresident og president. Han organiserte EACTA kongress i Bergen i 1998 og ble utnevnt til æresmedlem i 2006 under kongressen i Venezia.

På den generelle anestesilogiske scene trådte Olav inn da han ble utnevnt av legeforeningen / NAF rundt 1990 som norsk representant til UEMS / EBA (Union Européenne des Médecins Spécialistes / European Board of Anaesthesiology). Han ble interessert i et globalt perspektiv på faget og tok på seg styremedlemsskap i CENSA (Confederation of European National Societies of Anaesthesiology). Her ble han valgt til President Elect. Den europeiske scenen var på dette tidspunkt broget med flere europeiske organisasjoner som konkurrerte med hverandre om kongresser og medlemmer. Det var den elitiske EA (European Academy) hvor man ble innvalgt etter forslag fra minst to akademikere (Olav var innvalgt her) til det

kommersielt rettede ESA (European Society of Anaesthesiology) og den nevnte CENSA som var en sammenslutning av de nasjonale foreningene med rot i verdensorganisasjonen WFSA (World Federation of Societies of Anaesthesiology). Som påtroppende leder av CENSA var han med å organisere sammenslutning av disse tre organisasjonene. For å få WFSA med i strukturen var det kjøpslåing med kreftene i de to andre organisasjonene. Et trumfkort var å tilby lederne av disse organisasjonene delt plass som president i den nye organisasjonen, «nye ESA» (European Society of Anaesthesiology) mot at han kun ble med som styremedlem – og slik ble den nye organisasjonen loyet i havn. Den endelige i ESA bærer mye av det nordiske samarbeidet (Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine) i seg.

Med styreverv i det nye ESA som ble en mektig organisasjon både faglig / vitenskapelig / kulturelt og økonomisk kunne europeeren med aner fra Ungarn vende blikket østover. Anestesifaget stod ikke spesielt sterkt blant medisinenes spesialiteter som i vestlige deler. Lik lønn for anesthesiologer og kirurger er et godt virkemiddel. Olav har også minnet om at svake engelskkunnskaper ikke er synonymt med svak kompetanse, det være seg forskning eller klinikk. Olav etablerte kontakt med medlemskapsorganisasjonene i svært mange av de tidligere sovjetiske vasallstatene, ble han en populær foredragsholder med både sitt spesialområde innen faget og fagutvikling som emner. Det han kanskje er mest stolt av er hans innsats i å være med å få stablet på beina Moldavias første internasjonale medisinske kongress overhodet.

Olav har nådd pensjonsalder, men er stadig aktiv. Han har tatt sine vakter hele tiden, og jeg har aldri hørt ham klage. Han har alltid ment at det er viktig å få inspirasjon til å øke bredde og dybde i teoretisk kunnskap. Legeforeningen har ment at det politisk korrekte var å monitorere prosess og ikke resultat. Olav har alltid hatt holdningen at man trenger inspirasjon til å utvide sin kunnskap. Eksamen kan være en slik inspirasjon. Derfor ble spesialistkurset i anesthesiologi i Trondheim kjent for å ha den mest omfattende eksamen med de mest nøyaktige tilbakemeldingene. Han har i mange år vært eksaminator ved europeisk eksamen, men derfor kunne han ikke gå opp selv til denne eksamen. Han valgte derfor å legge hodet på blokka ved å utsette seg for europeisk eksamen transøsofageal ekkokardiografi som avholdes av ESC (European Society of Cardiology) og EACTA i fellesskap (referanse). For livets glade gutter går solen aldri ned!

Olav er den første nordmann som er blitt hedret med æresmedlemskap ESA. Men det er ikke hans første æresmedlemskap. Alle gode ting er tre: I tillegg til ESA har som nevnt NAF og EACTA hedret ham på samme måte. Tilfeldig? Neppe!

Sjekklister eller sunn fornuft?

Må vi velge mellom erfaring eller sjekklister?



Terje Løvøy

Flykaptein, Vice President i SAS Flight Operations og US Federal Aviation Administration Examiner (TCE) for flyfabrikken Boeing. I dag: Foredragsholder og konsulent.
E-mail: terje@gimmestad.as

Bruk erfaring - ikke sjekklister, var en uskreven regel jeg fort lærte som ung trafikkflyger. De fleste hadde erfart å måtte velge mellom godt skipperskjønn eller sjekklisterbruk. Med taleregistratorer som overvåket oss, leste vi alltid sjekklistene, men fort og overfladisk. I dag leser ikke piloter sjekklistene fordi de må, men grundig fordi de vil. Men hva endret seg?

I 1988 våknet jeg da Delta Airlines havarte nær min bopel i Texas. Pilotene glemte flaps, varselhornet for manglende flaps fungerte ikke og sjekklistergjennomgang hadde ikke stoppet feilen. Taleregistratoren viste overfladisk lesing med svar som forventet uten å sjekke. Alle flygere er redde for å glemme flaps, manglende kunnskap eller sikkerhetsrespekt var derfor ikke problemet. Selskapet hadde en ukultur med hurtig lesing. Uvanen var godt innøvd fordi alle airlines hadde «checklists for dummies» med for mange unødvendige punkter. Havarikommisjonen klandret ikke bare flygerne, men konkluderte også med systemsvakheter (1).

Ti år senere havarte Swissair etter en brann i videosystemet. Til tross for uutholdelig hete og røyk var pilotene trofaste. De sirklet og fulgte møysommelig den komplekse sjekklisten som tok for lang tid og alle omkom (2).

Hva lærte vi? For omfattende sjekklistene konkurrerer med sunn fornuft og erfaring. Vi laget en ny konsis liste som raskt skulle konkludere med å nødlande på nærmeste flyplass, trolig kunne dette reddet Swissair.

Sjekklistene skulle kompensere for at selv de beste gjør feil.

Vår nye visjon var tett fokus gjennom konsis enkelhet. Sjekklistene skulle ikke kompensere for kompetanse. Sjekklistene skulle kompensere for at selv de beste gjør feil. Nye lister hadde kun «killer items» basert på: 1. ikke komme i veien for selve jobben og 2. risikoanalyse. Det er mye enklere å etablere gode nye vaner enn å avlære gamle uvaner, men 11 år senere så vi resultatene. En suksessfull nødlanding på Hudson River viste at mer konsise prosedyrer og sjekklistene var en suksess. Dette tok vare på de enkle og «dumme» tingene slik at Kaptein Sullenberger kunne bruke sine mange års erfaring og improvisere i løpet av de 3,5 minuttene han hadde til å løse det umulige (3).

Brukerfokusert design

Ny tekst hadde lyktes med å spille de beste bedre. Ingeniører kaller dette brukerfokusert design. Økonomer bruker ord som lean og verdistrøm-analyse. Jeg kaller det tekstvasking med respekt for fagkompetanse. Målet og prinsippene er like, men metodene er forskjellige. Vi brukte betydelige ressurser for å skreddersy skrivereglene, det var mer krevende enn jeg trodde. Bak hver sjekklister

laget vi ofte forløpsbaserte prosedyrer med mer detaljer. Sjekklistene skal alltid leses, mens prosedyrer er et oppslagsverk, skrevet i konsis imperativ telegramstil. Å trene fagfolk i konsis skriving virket enkelt, men krevde omfattende trening – uansett bakgrunn. Med gamle uvaner avlært og praktisering av konsise skriveregler skrev de fleste bedre prosedyrer og sjekklistene raskere. Dette var en engangsinvestering.

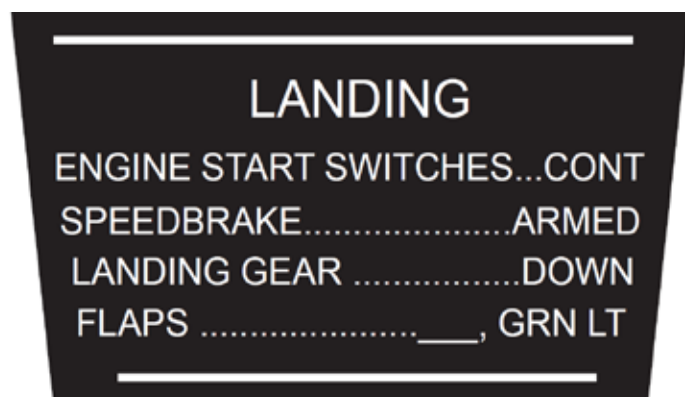
Dialogen endret seg fra bruk av sjekklistene eller ei til forskjellen mellom gode og dårlige.

Vi hadde to revolusjoner; den første var aksept av menneskelig feil og behov for sjekklistene, den andre var respekt for kompetanse gjennom enkelhet og krav til konsis tekst. Dialogen endret seg fra bruk av sjekklistene eller ei til forskjellen mellom gode og dårlige. Første trinn er å definere målsettinger. Neste er å lage en målbar oppskrift for sjekklistene. Siste er å trene fagfolk til å skrive.

Hva var de største utfordringene? De fleste støtter forenkling men har ikke konkrete metoder. Enkelhet skjer ikke av seg selv – det må designes og det krever ressurser. Enkelhet er abstrakt og det er lettere å få midler til tekniske prosjekter. Reell forenkling skjer når vi går fra ord til handling, men først må vi verdsette enkelhet.

Referanser:

1. Accident Report: Delta Airlines Flight 1141, August 31st, 1988. NTSB, Washington, DC 1989.
2. Accident Report: Swissair Flight 111, September 2nd, 1998. TSB, Quebec 2003.
3. Accident Report: US Airways Flight 1549, January 15th, 2009. NTSB, Washington, DC 2010.



Eksempel på en konsis moderne sjekkliste for B737

Publish your PhD Dissertation Abstract in

Acta Anaesthesiologica Scandinavica

Abstracts regarding recently approved Scandinavian doctoral or PhD theses in Anesthesiology and Intensive Care Medicine and related topics are continuously published in Acta Anaesthesiologica Scandinavica. This gives you an opportunity to increase the visibility of your work. Please submit the abstract using <http://mc.manuscriptcentral.com/aas>. The maximum word count should not exceed 600 words but one key illustration can be included. Finally, a list should be enclosed that presents published papers and unpublished manuscripts which the thesis is based on.

Other author instructions can be seen on [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1399-6576/homepage/ForAuthors.html](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1399-6576/homepage/ForAuthors.html)



ATLS eller ETC?



Torben Wisborg

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, NKT-Traume.

E-mail: Torben.wisborg@traumatologi.no

Advanced Trauma Life Support, ATLS, har vært i Norge siden 2004, men ble opprinnelig startet i 1978, og ble i 1980 godkjent av American College of Surgeons. I Norge har over 1100 leger gjennomført kurset, som har blitt obligatorisk i spesialistutdannelsen til kirurgi, ortopedi (fra 2017). Kurset går over to og en halv dag, og krever gjennomført pretest, og avsluttes med en posttest og ferdighetsstasjoner. Det er en omfattende lærebok som må leses før kurset. Kurset holdes nå i over 65 land. Det er en instruktør pr to deltakere. ATLS er bare for leger, og kravene til opptak er 2 års praksis etter turnus.

European Trauma Course, ETC, ble utviklet som et felles initiativ mellom European Resuscitation Council (ERC), European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES), European Society for Emergency Medicine (EuSEM) og European Society of Anaesthesiology (ESA). Kurset består av to og en halv dag, og har et sterkt fokus på ikke-tekniske ferdigheter og teamarbeid. Det ble utviklet i 2006, og første kurs i nåværende form ble holdt i 2008. Kurset finnes nå i 10 land. Det er en instruktør pr to deltakere. ETC er både for leger fra alle spesialiteter som behandler alvorlig skadde, men også åpent for spesialsykepleiere og paramedics. Det krever erfaring i behandling av alvorlig skadde for å kunne delta på kurs.

Begge kurs har en lærebok (student manual), som må leses før kurset. På ATLS er det en pre-test som må bestås, på ETC er det ikke noen formell pre-test. På begge kurs vurderes kandidatene fortløpende, og begge steder tildeles en mentor til hver deltaker. ATLS koster nå

12.500 NKR og holdes flere steder i Norge. ETC koster DKR 7.500 (2014), tilsv. 9.500 NKR.

Jeg har gått begge kurs, ATLS i Baltimore i 1991, og senere i Danmark i 2004 (?), ETC i Danmark høsten 2014. Kursene har litt ulikt fokus. ATLS legger vekt på ferdigheter hos den enkelte legen i en fokusert og systematisk undersøkelse av den alvorlig skadde pasienten med en rekke «skill-stations», mens ETC har større fokus på teamarbeid, og til en viss grad forutsetter at man behersker de ferdigheter som læres på ATLS. Det er mye praksis på ETC, og deltakerne jobber i ulike roller som teamleder og teammedlem.

Hva skal man velge? I Norge er valget enkelt, alle traumeteammedlemmer (leger) MÅ ha ATLS, dessuten arrangeres ETC ikke i Norge. Siden kursene dekker ulike ferdigheter (tekniske ferdigheter, systematisk undersøkelse og prioritert behandling i ATLS, ikke-tekniske ferdigheter og teamarbeid i ETC) er begge



ETC trening København. Foto: European Resuscitation Council



ETC trening København. Foto: European Resuscitation Council



ATLS trening Oslo. Foto: ATLS Norge



ATLS trening Oslo. Foto: ATLS Norge

etter mitt syn nyttige. ETC-kursets innhold dekkes til en viss grad av lokale tverrfaglige teamtreningsskurer (BEST), spesielt dersom man bruker en hel dag på å gå gjennom noe teori om teamfunksjon og får trent samme team to ganger.

En nyttig detalj ved ETC var at alle treninger starter med at teamleder presenterer seg: «Hei, jeg heter Torben og skal være teamleder, jeg er god på luftveier men kan ikke gjøre ultralyd – hvem er dere og hva har dere av kompetanse?». Dette er en god start på et samarbeid, og kan uten videre overføres til hverdagen.

Konklusjonen er at ETC er opprettet som et mindre dogmatisk alternativ til ATLS, men det kan ikke erstatte ATLS-ferdighetene. Det gir god trening i samarbeid og bruk av teamets samlede ressurser, men dette kan oppnås gjennom tilpassede lokale teamtreninger. I

norsk traumebehandling er ATLS fortsatt en hjørnestein som gir et felles grunnlag, og lokale tverrfaglige teamtreninger ledet av fasilitatorer med kompetanse gir kunnskaper om ikke-tekniske ferdigheter. Når man husker at 70% av alle flyhavarier skyldes utilstrekkelig vurdering eller manglende bruk av teamets samlede ressurser (ikke-tekniske ferdigheter) er det god grunn til å prioritere trening i kommunikasjon, samarbeid og ledelse i tillegg til de faglige ferdigheter (som sjelden krever et helt team for å trenes).

Spesialitetskomiteen i anesthesiologi



Øyvind Thomassen

Akademisk medlem av spesialitetskomiteen, Haukeland Universitetssykehus
E-mail: oyvind.thomassen1@helse-bergen.no

Lov om spesialisthelsetjenesten pålegger sykehusene å drive utdanning av helsepersonell. Videreutdanning av LIS og etterutdanning av spesialister er derfor ikke noe sykehusene kan velge bort eller nedprioritere på grunn av trange budsjetter eller en travel klinisk hverdag. Spesialitetskomiteen i anesthesiologi har sin oppmerksomhet mot alle forhold som har betydning for videre- og etterutdanningen.

Spesialitetskomiteen

Spesialitetskomiteene er rådgivende organ for Legeforeningen i spørsmål om utdanning av legespesialister, i samarbeid med de fagmedisinske foreningene og sakkyndige for Helsedirektoratet i enkelte saker. Spesialitetskomiteen i anesthesiologi består av fem faste medlemmer og tre varamedlemmer. Det er et krav at et medlem og et varamedlem skal være en LIS. Komitemedlemmene er foreslått av årsmøtet i NAF og formelt oppnevnt av sentralstyret i legeforeningen. Medlemmene oppnevnes for fire år og kan gjenvelges. Oppgavene til spesialitetskomiteen er regulert og beskrevet i de generelle bestemmelser for spesialistutdanningen av leger.

Kurs og sjekklisten

Spesialitetskomiteen skal fremme forslag om og overvåke obligatoriske kurs samt godkjenne valgfrie kurs både i videre- og etterutdanningen. Den obligatoriske kurspakken vi har i dag er nå under revisjon både med tanke på innholdet i det enkelte kurs og om nye emner skal med eller fjernes. Spesialitetskomiteen kan ikke endre kravet til antall kurs timer.

Attestasjonslisten (sjekklisten) er ikke endret siden 2005. Det har vært en lang prosess over mange år og først nå er det sendt forslag

til revidering til Helsedirektoratet. Vi håper derfor at det ikke er lenge til før den reviderte utgaven er godkjent og kan implementeres. Sjekklisten blir oppfattet som et minstekrav og søknader med mangler blir nesten aldri godkjent. Unntaket er kravet om lungekirurgi der mange LIS innenfor en vanlig rotasjon har problemer med å fylle kravet. Skal vi si dette før den egentlig er godkjent?

Sykehusbesøk

Spesialitetskomiteen besøker alle sykehus med LIS minimum hvert fjerde år. Sykehus med spesielle utfordringer kan besøkes hyppigere. Rapporten fra sykehusbesøkene sendes Legeforeningen som igjen rapporterer til Helsedirektoratet som er eier og ansvarlig for spesialistutdanningen. Et sykehusbesøk starter med at komiteen har et eget møte med LIS. Hovedmålet med dette møtet er å høre hvordan læringsmiljøet og mulighetene for utdanning oppfattes av LIS. Deretter snakker vi med avdelingsledelsen og utdanningsutvalget og diskuterer utdanningsforholdene og eventuelle forbedringsområder. Som regel oppfattes besøkene positivt og lærerike for avdelingene.

Komiteen er også rådgivende organ for godkjenning av antall tellende år ved de ulike utdanningsinstitusjonene. På grunn av politiske og

Medlemmene i Spesialitetskomiteen



Alf Kristoffer Ødegaard



Christina Dahl Solberg



Karen Granheim



Kjersti Bergjord



Lasse Grønningsæter



Tone Høivik



Torgeir Folkestad



Øyvind Thomassen

økonomiske årsaker kan funksjonsfordelinger og omorganiseringer raskt iverksettes uten at konsekvensene for LIS er tatt med i vurderingene. Dette arbeidet er derfor viktig for å synliggjøre den lovpålagte oppgaven om å drive utdanning av høy kvalitet.

Sakkyndige vurderinger

Spesialitetskomiteen er sakkyndige for Helsedirektoratet i søknader om spesialistgodkjenninger der direktoratet trenger faglige vurderinger. Disse vurderingene handler oftest om godkjenning av tjeneste i utlandet, forskning eller ulike kursvariasjoner. Vi ser ikke søknader som blir godkjent uten anmerkning. Når det gjelder spørsmål om godkjenning av spesialistsøknader må alle henvendelser rettes til Helsedirektoratet. Andre spørsmål, kommentarer eller forslag som har med videre- og etterutdanning å gjøre er vi glade for å få. Kontaktinformasjon til leder av komiteen finnes på legeforeningens hjemmesider.

Formalisert etterutdanning

Etterutdanning kan forstås som den livslange læringen som spesialister i anestesilogi gjennomfører for å holde seg oppdatert og for å videreutvikle seg. De siste årene har fokuset på en formalisering av etterutdanning blitt større. I dag er det kun spesialister i allmennmedisin som har krav til regelmessig regodkjenning for å beholde spesialist godkjenningen men det settes i dag større og større krav til at alle spesialister, også i anestesilogi, skal ha en personlig

etterutdanningsplan. Denne planen skal være skriftlig og tilpasset erfaring, personlige faglige interesser, arbeidssted og arbeidshverdag. Det er tillagt spesialitetskomiteen å tilse at slike planer foreligger og at det legges til rette fra arbeidsgiver at de kan gjennomføres.

Spesialitetskomiteen i NAForum

Dagens komite har besøkt over halvparten av landets sykehus med LIS og vi observerer noen avdelinger som har lykket med å legge forholdene til rette på en usedvanlig god måte. Vi i komiteen tenker at det er viktig at disse erfaringene og løsningene kan bli formidlet til andre. Vi vil derfor i hvert NAForum fremover ha «Spesialitetskomiteens spalte». Der vil vi utfordre ulike sykehus til å fortelle og dele erfaringer. Det kan være et sykehus som har gode erfaringer med for eksempel gruppeveiledning eller har en usedvanlig god generell utdanningsplan. Vi ønsker med dette at NAForum blir et forum for formidling og deling av tips og triks for bedre utdanning av LIS og etterutdanning av spesialister. Følg derfor med i neste utgave av NAForum.

Arbeidet i spesialitetskomiteen er både hyggelig og givende. Det er spennende å komme rundt på forskjellige sykehus og snakke med LIS'er og ledelse. Vi blir godt mottatt, det er avsatt tid til både diskusjon, omvisning og en kaffe! I tillegg får vi sett deler av landet der vi ikke ferdes til vanlig.

En verden utenfor verden- to uker på Lesbos



Hanne Heszelein-Lossius

Turnuskandidat, HDS, Bergen
E-mail: hannelossius@gmail.com

Jeg har alltid vært redd for å fly. Klam i hendene og lyttende etter motorlyder som endrer seg. Hjul som kommer ut, flopper og svinging.

- Cabincrew take your seats before landing. Lesbos er under oss, det er storm. Flykroppen kastes frem og tilbake og jeg lurar på om jeg rekker å ringe familien min hjemme og fortelle dem om hva som skjer. Vi er nesten nede da vi skyter mot himmelen igjen, jeg er våt på ryggen. Vi lander på andre forsøk til applaus. Både Gud og kapteinen takkes.

Vi er fremme. Viser våre røde pass til uinteresserte vakter, plukker opp våre ryggsekker og setter oss i en varm bil. - På nordsiden av øyen er det to transitleire for menneskene som kommer. Her, nærmere hovedstaden, er leirene de drar til før reisen går med båt til Athen, forteller Abdil oss. Signe og jeg har lest om leirene, om oppgavene som venter oss, men skjønner raskt at ikke en eneste nyhetsrapport, vitneutsagn eller historie fra denne øyen virkelig kan forberede oss. Å vite bærer med seg et ansvar, og selv om det ikke er meg, men snarere eierne av historiene dere skulle ha lyttet til, føler jeg i dag et sterkt ansvar for å formidle dem når de ikke selv har mulighet. Her er mange uforgjætte historier. De sterke, de modige, de tapre og de som får hjertet til å briste igjen og igjen.

To uker på denne frodige og vakre greske øyen har brutt seg inn i hjertet mitt, lært meg å være doktor på ekte. Hjemmefra har vi mottatt både ros og lovord. Aldri har det vært vanskeligere å ta i mot. Vår innsats er overhodet ikke heroisk eller spektakulær, snarere er vi



Redningsvestene ligger i hauger på alle Lesbos strender slik som her på Eftalou-stranden. Foto: Hanne Heszelein-Lossius

enormt privilegerte som har møtt mennesker som har invitert oss inn i deres innerste i de mest ekstreme situasjoner. Alltid sterke, verdige



Kø av nyankomne utenfor oxy-camp. Foto: Hanne Heszlein-Lossius

og med et mot som dere alle burde takke og beundre. De kjemper for sine barns liv og fremtid, men også for vår alles fremtid. Det er en kamp ingen av oss har råd til å tape. Tusenvis av mennesker kom over havet fra Tyrkisk side mens vi ventet på den andre siden. En dag ventet vi på dem som aldri kom. Vi så kystvakten og to små prikker i det uendelige blå. 17 mennesker druknet. La meg gi dere noen møter, jeg skal gjøre mitt ytterste for å fortelle dem med den verdigheten de fortjener å bli fortalt med.

Hun er like gammel som meg, tannlege fra Afghanistan. Fikk brystkreftdiagnosen for et år siden og fjernet det venstre brystet. Hun har tatt med seg tre små barn og mann over havet for å få medisinsk behandling for det hun selv tror er et tilbakefall av kreften. Hun er våt og har mistet skoene sine. Båten, som ikke klarte vekten av dem i de store bølgene, hadde gått rundt. Hun forteller meg hvordan hun løftet to av barna sine mot overflaten, men stadig fikk medpassasjerens ben i hodet. - Du vet hvordan de sterkeste alltid vil ende på toppen, sier hun. Nei, jeg vet ikke. Jeg har aldri måtte løfte mine egne barn på samme måte. Nå er hele familien samlet i det lille teltet vårt i Scala-camp. Smilende og våte barn, pappa som ikke vil ha nye sko og en mamma som har reddet ungene sine fra å drukne bare timer tidligere. De skal videre til Moria-leiren, leiren for ikke-syriske flyktninger. Jeg skjemmes på tanken over hva familien har i vente. Der er ikke

tepper til alle, der er ikke telt nok. Moria er et fengsel omgitt av høye piggetrådgjerdet hvor våt skogbunn og regn fra åpen himmel er seng og dyne.

Utenfor teltet hører Gina og jeg hvordan fem nedkjølte menn kaster opp. De har reist langt. 20 dager på båt fra Pakistan. Minimalt med væske og ingen mat siste fem døgn. Den hermetiske frukten de har fått ved ankomst på Lesbos er for mye. Vi får dem inn i teltet, fjerner våte klær. Alt må av. Vi jobber så raskt vi kan, vet at nedkjølingen er livsfarlig. Køen utenfor teltet vokser mens vi fyller varm te i engangshansker som plasseres i armhuler og lysker. Tykke ulltepper med FN-logo brettes rundt dem. De får kvalmestillende og hver sin babysmoothie med beskjed om å kun innta små slurker. En av dem åpner posen sin, posen med alle sine eiendeler. Han tar frem en liten hvit pakke med blå logo. FNs nødkjeks. Åpner den og tilbyr Gina og meg hver vår kjeks.

Jeg hører navnet mitt bli ropt. Jeg går ut og møter en syrisk mann på alder med min far. Han gjentar navnet mitt, og jeg tenker det er rart han kan det. Følger etter ham inn i et av teltene i leiren. På gulvet ligger en kvinne. Hun har kollapset. Klarer ikke stå på beina, klarer ikke snakke. Sammen får vi henne inn i medisinteltet. Hun gjentar at hun er redd. Lener seg mot meg og hviler hodet sitt i fanget mitt. Med

mannen sin tett inntil seg puster hun roligere etterhvert. Drikker litt te og forteller at hun heter Hanna. Hun kysser ansiktet mitt slik mamma gjorde da jeg var liten, og går etter en stund ut igjen. Ut i regnet med mannen sin.

Klokken er nesten 23. Vi hører gråt fra leirens største telt. Inne i teltet er det tett i tett med små barn. De ligger på sine mødres fang og gråter. Signe spør når de sist spiste. Vi får høre at det var i Tyrkia. Noen av dem i går. Flasker og morsmelkerstatning hentes av flotte frivillige hjelpearbeidere og snart erstattes gråt av smatting. Mødrene snakker seg i mellom, som alle andre vi møter, smiler og takker de. En liten jente på seks år ligger tett inntil pappaen sin. Hun har lukkede øyne, tårene renner nedover kinnene hennes. Gråten hennes er lav, men den skjærer i ørene. Hun sover.

Det plinger i telefonen min mens jeg står der. Min eldste datter, Alva, har sendt meg bilder fra mormors leilighet hvor alle mine har vært samlet for å bake pepperkaker.

Vi er på vei hjem da alt medisinsk personell blir bedt om å møte på kaien. Det er mørkt. Det er natt. De venter på to båter, 75 personer i den ene og 20 i den andre. Vi organiserer oss slik vi gjør på skadested hjemme, lager soner for dem som kan gå selv, og egne soner for kritiske.

Ny beskjed, båten med 75 personer er på vei inn et annet sted. I det vi løper blir jeg og en serbisk lege holdt igjen. Kystvakten er på vei med de 20. Vi går raskt gjennom det som potensielt kan møte oss, venter. De frivillige står igjen klare, sterke og varme. De er deres første møte med Europa. Kystvakten kommer, det er kaotisk, en bevisstløs kvinne på dekk. En mann som faller i fosterstilling i det han går av båten. Sterke greske hender bærer dem begge inn på akuttklinikken ved stranden. Klær klippes raskt av, svetten renner av meg. De to er kalde. Iskalde. 34 grader.

Vi får en telefon om at den andre båten er på vei. En gresk elektriker blir igjen med de to som har begynt å få igjen varmen. Han tar en stol mellom sengene deres og rekker frem en varm hånd til hverandre av dem.

Ved strandlinjen ser vi båten nærme seg. Den ligger lavt i vannet, frivillige spanske livreddere drar dem i møte. Båten styres trygt mot land. Tre mennesker får rød kode, de oppfattes som kritiske, og bæres på bærer inn i nok et telt. Målinger gjøres, klær klippes, nakne våte kroppar pakkes inn, nåler stikkes i deres armer. Verden smeller oss i hodet igjen. Hvordan i helvete kan dette skje? Hvordan kan dette være verden? Hvordan kan det skje? Hvorfor er det ingen verdensledere som tenker på at både apartheid og nazisme har vært

lovlige statsideologier. Hvorfor lærer vi ikke? Hvorfor roper vi ikke et høyt stop! Khallas! Det er nok nå.

Hvordan skal vi forklare de som kommer etter oss at dette var alt vi hadde å tilby våre brødre og søstre? Det sterke og flotte syriske folket, de som tok i mot grekerne da de dro motsatt vei i båter på 20-tallet. Men grekerne, de skjønner. Folket på Lesbos, fiskerne som ikke har mye selv, de skjønner. Ryktene forteller at folket på Lesbos er nominert til Nobels fredspris. De er roligere enn alle andre, holder seg unna kameraene, poster ingen selfier på facebook. De lager mat, strikker sokker og deler det de har. - Det er på tide å gi tilbake, forteller de, og viser oss sorthvite foto fra 1923 med greske båtflyktninger på vei til Syria.

Solen titter frem og de yngste i leiren spiller fotball. Det eneste som skiller flyktninger fra frivillige er gullfolien som stikker opp fra de våte skoene deres. Det er best å fortsette turen i egne sko, selv om de er våte.

En pappa med tre barn åpner bagen sin. Han tar ut et vått fotoalbum. Forsiktig tar han ut seks bilder med smilende barn. Sjøvannet har klistret dem sammen. Med tålmodige bevegelser deler han minnene fra hverandre. De legges sirlig på stenene på bakken foran Marthe og meg. Han ler, sier på arabisk at han skulle hatt en hårføner. Vi sier oss enige. En hårføner hadde vært fint.

Natten kommer igjen, og med den en palestinsk-syrisk familie med en arabisk gitar. Pappaen i familien klarer det ingen av oss får til. Med den vakre musikken sin fjerner han alle tårer fra leiren. Folk kommer ut fra teppene sine, klapper og danser. Hans kone, tar meg i hånden og vi danser alle sammen til tonene. Hun ler og sier hun heter Hanna. Hun også. Vi deler en sigarett og snakker sammen en stund. Utveksler telefonnumre, tar bilder sammen. Barna hennes sover, vi setter oss på fotendene av hver vår feltseng. Hun får te og spaghetti av frivillige i leiren. Begge deler rekker hun først til meg. Jeg vet at hun ikke har spist på lenge.

Siste kveld på Lesbos kommer. Jeg setter låsen på klinikkens dør, låser en stor del av meg selv inne med nødrasjonene, oksygenflasker, medisiner og tepper. Når flyet letter fra Lesbos leker vinden med dets kropp. Jeg kjenner hvordan jeg gynger i setet. Ikke lenger redd, men så uendelig lei meg. Jeg gråter for første gang siden jeg kom. Faktisk hulker jeg som et lite barn inn i en Kleenex som lukter lavendel. Over at min vei fra denne øyen er så annerledes enn deres. At jeg kan fly hjem til mitt varme hjem på noen timer, mens alle disse flotte menneskene jeg har vært så heldig å møte, må ta den lengste veien. En vei full av politi, gjørme og stengte grenser. En ting er sikkert, det finnes ingen oss og dem. Det finnes bare vi.



To studenter første erfaring med akuttmedisin i et fremmed land



Anders Myhre Refsum og Pieter Siemon Bezuijen

Medisinstudenter MOFA, UiB, Bergen

E-mail: andersrefsum@gmail.com

E-mail: Pieter.Bezuijen@student.uib.no

Hva får to studenter, med kun preklinisk erfaring, til å reise til en av verdens mest hektiske byer for å jobbe i ambulansetjenesten?

Hvem har vi med å gjøre?

For å starte med begynnelsen. Vi er to medisinstudenter som nettopp hadde fullført andre året ved medisinstudiet i Bergen. I regnfrakkenes by er det fortsatt lagt opp til at halvparten av studentmassen kan ta et vente-semester. Her kan studentene reise rundt i verden, jobbe med global helse eller følge sine interesser.

Vi hadde begge tatt interesse i traume og akuttmedisin i starten av studiet etter noen spennende og heseblesende forelesninger med bl.a. redaktør Guttormsen. Inspirasjon og nysgjerrighet fra dette kurset fikk oss til begge til å ta et semester av. Via en studentorganisasjon knyttet opp til Norsk folkehjelp fikk vi høre om muligheten til å jobbe som ambulansarbeider å få "hands-on" trening og erfaringer rundt traume. Dette førte til at Norsk Folkehjelp kontaktet organisasjonen Comandos de Salvamento for å gjøre det mulig for oss å jobbe en måned i ambulanse i El Salvador.

Comandos de Salvamento er en organisasjon som oppstod i El Salvador under borgerkrigen som rammet landet på 80-tallet. El Salvador som land består av rundt 6,5 millioner innbyggere og er på størrelse med Nord-Trøndelag fylke. Comandos som organisasjon

består av 25 lokallag der hovedbasen ligger midt i hovedstaden San Salvador. På hovedbasen finnes det også en gratisklinikk som tar for seg store og små inngrep for de som ikke har råd til det private helsevesenet. Comandos tar for seg oppgaver som utdanning av befolkning, badevakter på lokale strender, opptreden på



Utrykning til pasient med skuddskade og hjertestans. Foto: Prensa Comandos de Salvamento.



Repeleringskurs med nye venner Foto: Pieter Siemon Bezuijen

trafikkulykker og ambulansearbeid i de strekt belastede områdene av hovedstaden.

Som medisin student fikk vi mulighet til å delta på alle arbeidsoppgaver. Opplegget har blitt gjennomført tidligere av studenter fra Bergen men vi følte oss ikke høy i hatten da avreisen nærmet seg. De to første årene på studiet hadde vi nesten ikke sett pasienter og i alle fall ikke de som trenger umiddelbar hjelp. Situasjonen ble heller ikke bedre da Aftenposten i mai publiserte en artikkel om voldsbølgen i San Salvador, der de nevner at rundt 22 ble drept hver dag (1).

Det som møtte oss

Det første som slo oss var standarden på basen, utstyret og bilene. Fasilitetene var godt slitt, og de to ambulansene som fantes, var to gamle biler som Comandos hadde fått av USA, uten oksygen eller andre hjelpemidler. Utstyret som ble brukt kom fra et par større ryggsekker, hvor mesteparten av innholdet var donert, blant annet fra Norsk Folkehjelp. Utdanning innen helse var også nesten fraværende. Organisasjonen besto hovedsakelig av frivillige, hvor hver vakt hadde en utdannet ambulansesjåfør og en utdannet ambulansarbeider som hadde vært gjennom mange kurs og hadde lang erfaring. Resten av troppen besto for det meste av ungdommer på vår egen alder og yngre, uten noen form for utdanning annet enn kurs gitt av organisasjonen.

En annen stor forskjell fra Norge var sikkerheten. På grunn av den tilspissete situasjonen i El Salvador fikk vi klar beskjed om at vi ikke kunne forlate leiren alene og at t-skjortene som viste at vi representerte Comandos skulle være på til enhver tid. Dette er fordi organisasjonen er akseptert som en nøytral hjelp, også av de ulike gjengene. Volden i El Salvador består for det meste av politiet mot gjengvirksomhet, og gjengene seg imellom. I befolkningen hersker det en frykt og en stadig større misnøye. Volden og tallet på antall

døde hver dag var hovedtemaet i nyhetssendingene, avisene dedikerte egne sider med navn på de omkomne. På oss virket det som om konflikten holdt landet i et kvelertak.

Varme i trøya

Etter noen uker ble vi likevel varme i trøya. Etter å ha reist rundt i landet, enten i ambulansen, for å dele ut medisiner og medisinsk hjelp eller som en del av mannskapet som Comandos hadde på forskjellige festivaler, fikk vi se en annen side av menneskene. Befolkningen var veldig imøtekommende og åpne, vennlige og ikke minst nysgjerrige på hvor vi var fra. En trygghet kom over oss og vi startet å ta flere belastende oppdrag og kveldsvakter. Det hele toppet seg da vi fire dager før endt tjeneste skulle rykke ut til en ulykke 5 kvartal fra basen. På den lille tiden vi har til å få slengt på oss et par hansker får vi høre at det er en skuddskade. Det som møtte oss var en 19 år gammel gutt skutt gjennom Carotis og Jugularis. Vi klarte å få stoppet blødningen med det vi hadde men måtte starte gjennopplivningsforøk. Etter en hektisk ferd gjennom byens gater klarte vi å stabilisere ham og frakte ham til et sykehus. I etterkant fikk vi dessverre vite at han døde av skadene.

Hva vi tar med oss videre

Etter endt opphold satt vi igjen med så mange inntrykk og erfaringer. Det vi reflekterte mest over er hvilken jobb Comandos gjør for befolkningen i El Salvador. At ungdommer fra tretten års alderen og frivillige hver dag møter situasjoner langt verre enn den beskrevet ovenfor er vi dypt imponerte over. Det andre var hvordan Comandos opptrådte som en familie ved å gi ungdommer fra belastede miljøer muligheten til å komme seg vekk og heller vie livet sitt til noe godt. Vi setter umåtelig stor pris på alle inntrykk og opplevelser vi sitter igjen med.

Referanse

<http://www.aftenposten.no/nyheter/uriks/El-Salvador-er-pa-vei-til-a-bli-jordens-mest-dodelige-land-8029862.html>



Faksimile fra Aftenposten Mai 2015

COMANDOS DE SALVAMENTO

Norsk Folkehjelp Sanitet Haukeland har et utvekslingssamarbeid med ambulanse- og redningstjenesten Comandos de Salvamento. Denne organisasjonen holder til i El Salvador, et lite land i Mellom-Amerika.

El Salvador, det lille blå på stillehavskysten

Comandos de Salvamento feiret sitt 50-årsjubileum høsten 2010. Det er en organisasjon som er respektert og velkjent i El Salvador. De spilte blant annet en viktig rolle under borgerkrigen på 80-tallet, ved å verne om sivilbefolkningen. Organisasjonen vokser stadig, og har nå 25 lokallag rundt om i landet, i tillegg til hovedbasen i San Salvador.

Hva gjør Comandos de Salvamento?

For det første er det viktig å påpeke at det er en frivillig organisasjon, bortsett fra de få ansatte som tar seg av økonomi og koordinering av arbeidet. Comandos er en viktig del av ambulansetjenesten i El Salvador, da mye av helsevesenet er privatisert. Er du utsatt for en ulykke, vil Comandos bringe deg til sykehus uten å ta betalt. I hovedstaden har de også en skadestue på basen som er døgnåpen. På ukedager tilbys det gratis konsultasjoner med lege. Comandos er også viktig som redningstjeneste. Dersom noen har gått seg vill, kjørt utenfor veien eller det har skjedd en naturkatastrofe, stiller Comandos med mannskap til å takle situasjonen.

Comandos hjelper påkjørt syklist

Comandos holder kurs for sine lokallag, og øker kompetansen innen førstehjelp på landsbygda. De samarbeider med lokalsamfunn for at de skal være forberedt på mulige naturkatastrofer. Mer info om hva Comandos gjør: <http://salvamento.org/about/servicioservices/?lang=NO>

Norsk Folkehjelp har støttet organisasjonen siden midten av 80-tallet. Tidligere har medisinstudenter, som har vært medlem av NFSH, reist på utvekslingsopphold til Comandos de Salvamento. Dette er en gylden mulighet til å få praktisert den førstehjelpen du har lært på kurs! Du vil få mulighet til å bli med rundt å undervise førstehjelp, hospitere på ambulansen og skadestue, hjelpe til på redningsaksjoner og på sanitetsvakter. I helgene kan man reise ned til kysten for å surfe, reise rundt å se vulkaner, landsbyer, kaffeplantasjer og nyte det tropiske klimaet.



Ønsker du å reise på utveksling til El Salvador?

Send en mail til info@nfsh.org



Kilde: Kopiert direkte fra <http://www.nfsh.org/internasjonalt-samarbeid/comandos-de-salvamento/>

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!

EUROPEAN SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE

Scandinavia in ESICM

Recently we attended the 24th annual congress in intensive care medicine in Berlin (Oct 1-5th 2011). Fourteen percent of the attendants were from the Scandinavian countries. Fifteen, 4.8 % (nine from Sweden, three from Norway, two from Denmark, one from Finland) of the speakers came from Scandinavia. Scandinavian intensive care medicine is competent both in research, education and practical skills, and our tradition should influence Europe. To do so Scandinavian intensive care medicine must be visible during the ESICM congresses.

To progress it is necessary to engage! We therefore encourage all Scandinavian intensive care medicine doctors to engage through the different sections in ESICM. The sections are led by a chairperson and a deputy, elected every third year. The main task of the Sections is to provide the Congress Committee and the Research Committee with the expertise within their field. As ESICM member you have the right to be a voting member in one of the sections.

ESICM has the following sections:

- Acute Kidney Injury
- Acute Respiratory Failure
- Cardiovascular Dynamics
- Ethics
- Health Services Research and Outcomes
- Infection
- Neuro-Intensive Care
- Metabolism, Endocrinology and Nutrition (and Hepatology)
- Perioperative Intensive care
- Systemic Inflammation and Sepsis
- Trauma Emergency Medicine

Engage!

Kjetil Sunde, council member Norway, kjetil.sunde@medisin.uio.no

EUROPEAN SOCIETY
OF INTENSIVE CARE
MEDICINE

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!

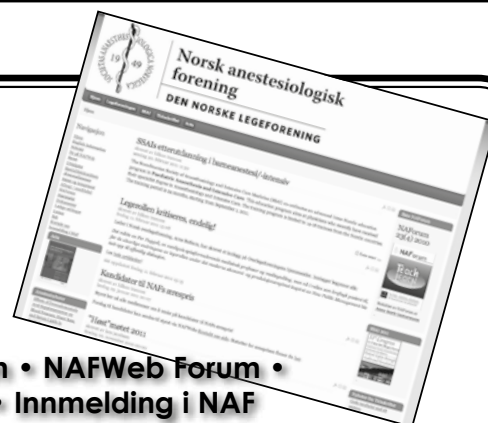
To take part in this offer,
or to find out more, please visit

www.esicm.org/dual

NAFweb.no



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



NAFs høstmøte 2015



Søren Pischke

Overlege, OUS

E-mail: s.e.pischke@medisin.uio.no

Anne Berit Guttormsen

Overlege, professor, Bergen

E-mail: anne.guttormsen@helse-bergen.no

I år ble NAFs høstmøte arrangert av Oslo universitetssykehus HF med Torsten Eken som leder av lokal arrangementskomité og NAF-styre som vanlig ansvarlig for alt som må ordnes utover det faglige programmet. Høstmøtet fant for første gang sted på Ullevål Business Center. Dette er et nytt kongressenter som er tilknyttet Ullevål stadion og derfor i umiddelbar nærhet til begge arrangørsykehusene (Ullevål og Rikshospitalet) samt lett tilgjengelig fra sentrum og flyplassen. Etter å ha snakket med flere deltakere kan opplevelsen av kongressstedet etter vår mening oppsummeres som positivt: nye og gode foredragssaler, god plass for utstillere i pausearealet, mulighet for leger fra OUS til å komme til møtet etter fristilling på morgenmøte (noe som økte antall deltakere betraktelig) og ikke minst: veldig god lunsj med utsikt over (en tom) Ullevål stadion!

Møtet ble innledet av srtykekvartetten "Quartetto Testosterone" som minnet oss på at det er behov for anesthesiologer også hvor vi minst forventer det – en medley av propofol overdoserte Michael Jackson ble fremragende fremført.

Motto for årets høstmøte "akutt kritisk syke pasienter – hvordan skal vi behandle dem?" var en ledetråd gjennom hele møtet og ble introdusert av første hovedforelesning av Richard P Dutton, anesthesiolog fra USA. I sin forelesning "Critical bleeding – the anesthesiologist's role" viste han at koagulasjonssystemet bør begripes i normaltilstand som et stort symfoniorkester og at et traume fører til en kaotisk tilstand sammenliknbar med en massekarambolasje. Han slo et slag for: (1) kun å bruke SAG, plasma og trombocytter istedenfor krystallloider, (2) INR verdi som den beste prediktive testen i blødende traume pasienter, (3)

behandling av hypotermi og lav pH er ikke første prioritet i den akutte fasen og vil normalisere seg hvis man får kontroll over blødningen, (4) hypoton resuscitering inntil blødningskilden er behandlet og (5) restart av koagulasjonssystemet med faktorkonsentrat, fibrinogen og i de mest alvorlige pasienter lavdose faktor VIIa konsentrat. Det ble synlig at det består forskjeller mellom amerikansk og norsk praksis som vi må være bevisst over når vi leser amerikansk litteratur/forskning. Langtidsbehandling av koagulasjonssystemet og dens implikasjoner for våre pasienter ble deretter belyst av overlege Nils Oddvar Skaga fra OUS. Han påpekte at årvåkenhet og anamnese er viktigst til å fange opp akutte pasienter på langtids antikoagulasjonsbehandling og at reverserende behandling også hvis den kun er uspesifikk hos de nye antikoagulantia bør startes tidlig. Han henviste til gode retningslinjer fra Norge (magicapp.no) og Sverige (sssth.se). Sesjonen ble fulgt opp



Avtroppende styre. Foto: Søren Pischke



Quartetto Testosterone. Foto: Søren Pischke



Nye representanter for NAF: Fra venstre, Gunnar Bentsen (SSAI valgt representant), Nye medlemmer i styret Wenche Bakken Børke, Camilla Bråthen, Thomas Wilson, Skule Mo, Reidar Kvåle, Annikken Haavind var ikke til stede da bildet ble tatt. Foto: Søren Pischke



Øyvind Skraastad åpner Høstmøtet. Foto: Søren Pischke

av diskusjon av tromboembolisme hos intensivpasienter hvor overlege Sigrud Beitland (OUS) påpekte at (1) tromboser er underdiagnostiserte og (2) oppstår på alle steder i kroppen, slik at en hver klinisk mistanke må forfølges. Monitorering av antikoagulasjonsaktivitet (INR, aPTT, anti-Faktor Xa) er viktig og ufraksjonert heparin behandling bør startes når man ikke oppnår tilstrekkelig anti-Faktor Xa nivå med lavmolekulært heparin.

Acta forelesning ble relativt spontant holdt av overlege Søren Pischke, OUS fordi Actapris mottakeren Prof. em. Dr. med. Hans-Joachim Priebe av helsemessige årsaker hadde meldt forfall. Det store temakompleks: "hva skjer med våre intensivpasienter etter oppholdet på intensivavdeling" førte til livlig diskusjon og minnet oss på at ansvaret vårt ikke slutter når pasienten flyttes til sengepost med stor forbedringspotensial i oppfølging og videre behandlingsopplegg fra vår side.

Det var stor pågang til kveldssesjonene og det er gledelig å se at tilbudet med spissete foredrag som omhandler spesielle

pasientkategorier tas såpass bra imot! Kveldssesjonene har definitivt blitt en fast og kjær del av høstmøtet som samler faget!

Til sammen 38 abstrakt ble presentert i fire sesjoner. Alt fra kasuistikker av dehydrerte og alkoholpåvirkete hypoglykemiske pasienter, via eksperimentelle studier av bypassopererte gris til kliniske studier i pasientene våre ble presentert foran gledelig mange og engasjerte tilhørere. Tradisjonens tro ble det delt ut tre abstraktspriser etter vurdering fra forskningsutvalget i NAF :

1. Beste kasuistikk: LiS lege Thomas Yates, Vestre Viken HF Bærum: "En sjelden blødningskilde på fødeavdelingen"
2. Beste kliniske studie: overlege Gislí Björn Bergman, OUS: "Early detection of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy"
3. Åpen klasse: overlege Søren Pischke, OUS: "Komplementhemming reduserer infarktstørrelse og ivaretar venstre ventrikkelfunksjon i en koronar iskemi-reperfusjonsstudie på gris"

Torsdagen ble innledet med en sesjon kalt hva driver vi med og

hvordan blir vi bedre? Det ble konkludert med at det er viktig å registrere egne data i den hensikt å forbedre virksomheten. Registerdata danner grunnlaget for slikt arbeid. Erik Waage Nielsen viste hvordan man kan hente ut egne data fra DIPS. Etter kaffepausen var det parallelle sesjoner i anestesi og akuttmedisin. I anestesisesjonen holdt professor Johan Ræder en forelesning om anestesimedikamenter og farmakologi hos den utblødde pasienten. Hans tilnærming var noe annerledes enn den vi ble presentert av Richard Dutton på onsdagen. Ulike syn danner grunnlag for nye diskusjoner, noe NAForumredaktøren håper kan bli et tema i neste NAForum. Dette ble fulgt opp med frie foredrag, parallelt i anestesi og akutt-/prehospital medisin og LIS hjørnet. Særlig i anestesisesjonen ble bredden av vårt fag demonstrert og både prisvinnende kasuistikk som omhandlet en pasient som kom på bakgrunn av fallende hemoglobin etter fødsel til placentaauthenting, men hvor det egentlig forelå blødende leveradenomer samt en klinisk studie på avansert monitorering av Whipple opererte pasienter for å oppdage tidlig pankreaslekkasje ble presentert i denne sesjonen. Gode diskusjoner måtte stoppes altfor tidlig med hensyn til tidsplanen og det var engasjerende å se hvordan anestesileger er premisselverandører for våre samarbeidende avdelinger i det perioperative forløpet. Siste sesjon på programmet parallellt med LIS hjørnet omhandlet hyperinflamasjon og immunologisk respons hos kritisk syke og i et tankevekkende innlegg slo Elin Helset et slag for at vi i større utstrekning skal måle konsentrasjonen av antibiotika i serum hos våre intensivpasienter i den hensikt å optimalisere doseringen. Dette ble fulgt opp av Andreas Barratt-Due som i sin forelesning understrekte viktigheten av å prøve å forstå immunsystemets funksjon i intensivpasienter som alle har en grad av SIRS. Han fastslo at kroppen kan være sin verste fiende selv med dannelse av alarminer fra nekrotiske celler som aktiverer immunsystemet på samme måte som en bakterie eller virus kan og (2) at det er intensivlegene som kan tolke og behandle slik steril immunaktivering siden kunnskap om både fysiologi og medfødt immunsystem er i vår tanker.

Dagen ble avsluttet med NAFs årsmøte (se eget referat i dette NAForum) og NAFs festmiddag! Med utsikt over Ullevål stadions gressplen i kunstig sol ble god mat fulgt opp av god underholdning i regi av toastmasteren Johann Ræder og kulturkomiteen Jostein Hagemo og Andreas Barratt-Due (se komposisjonen av Ketaminds elektra utelukkende bestående av anestesiestyrer genererte lyder her: https://youtu.be/pdtJ-Lc_Syc). Det ble danset og konversert ut i de små timer.

Siste dagen startet med presentasjon av nye spesialistutdanning i akuttmedisin i spesialitetskomiteens halvtime. Spesialitetskomiteen



Den nye lederen i NAF Reidar Kvåle. Foto: Søren Pischke

oppsummerer i en egen artikkel i dette nummeret av NAForum. Årets forskningspris vinner Professor Tor Inge Tønnessen, OUS holdet deretter en engasjerende forelesning om den lange veien til nå å kunne rapportere kliniske resultater i å detektere tidlig organ iskemi ved hjelp av implanterbare mikrosensorer. Fremtiden ser lyst ut: Våre diagnostiske muligheter kan i løpet av kort tid blir signifikant forbedret til nytte for pasientene våre. Møtet ble avsluttet med en diskusjon om anestesilegers rolle i de sammensatte teamene vi alltid jobber i – og tre inviterte kirurger konkluderte med at teamarbeidet med anestesileger oppleves som veldig tilfredsstillende og nødvendig for å utfylle hverandre og å gjøre hverandre gode – en forståelse som ble tilfalt av salen, samt en enighet om at denne fordelingen og dette samarbeidet må bevares og beskyttes av et samlet fagmiljø (jmf. Diskusjon om innføring av en ny spesialitet i akuttmedisin).

Kampen for faget vårt fortsetter med våre samarbeidspartnere i fellesskap og dette blir en stor oppgave for det nåværende og nyvalgte styret!

Annonse i NAForum når langt

NAForum

Bildet er fra biblioteket på Haydom Sykehus i Tanzania

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

Abstraktpriser 2015

Til høstmøte i Oslo 2015 ble det sendt inn 38 abstrakt. Som vanlig favner disse bredt, alt fra kliniske studier, prekliniske eksperimentelle studier, spørreundersøkelser og case. Fellesnevneren for de innsendte abstrakt er at de berører vår hverdag på en eller annen måte og kaster lys over problemstillinger og utfordringer som vi står i. Samtlige abstrakt ble vurdert av Forskningsutvalget som i år tildelte tre priser.

1. Pris for beste kliniske studie gikk til Gisli Bergmann (OUS, Rikshospitalet) med abstraktet;

Early detection of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy (Whipple's procedure) with microdialysis catheters

Pankreatikojejunal anastomoselekkasje etter Whippels prosedyre er relativt vanlig forekommende (12-30%) med ledsagende alvorlige komplikasjoner inkludert død. Forfatterne presenterer en prospektiv observasjonsstudie hvor pasienter som gjennomgår Whippels prosedyre overvåkes postoperativt med mikrodialysekatetre. 9 av 35 pasienter får anastomoselekkasje som detekteres tidlig (<24 timer) observert ved en signifikant stigning i glycerol. Pasientene med anastomoselekkasje legger seg også høyere i laktat. Organovervåking ved hjelp av mikrodialyse er et sensitiv verktøy som muliggjør tidlig deteksjon av en svært alvorlig komplikasjon.

Forskningsutvalget har lagt vekt på at dette er en viktig studie med sterke kliniske implikasjoner som klart representerer en sikrere og bedre medisinsk behandling.

2. Pris for beste kasuistikk gikk til Thomas Yates (Vestre Viken, Bærum sykehus) for abstraktet;

En sjelden blødningskilde på fødeavdelingen

Sykehistorien som presenteres handler om en 30 år gammel kvinne

som går i et blødningssjokk etter vakuumforløsning. Etter CT abdomen avdekkes det overaskende blødning fra p-pille induserte leveradenomer. Med hensyn til flere aspekter har abstraktet en meget fin lyskasterfunksjon noe som har vært viktig for FU sin vurdering.

3. Pris for beste abstrakt i åpen klasse gikk til Søren Pischke (OUS, Rikshospitalet);

Komplementhemming reduserer infarktstørrelse og ivaretar venstre ventrikkelfunksjon i en koronar iskemi-reperfusjons studie på gris

Dette er et eksperimentelt arbeid utført på griser. På en solid måte demonstreres det at skaden etter ischemi-reperfusjon av vev er gjenstand for intervensjon og kan reduseres. Man har i denne studien blokkert komplement (nivå C5) og påviser overbevisende at hjertets infarktstørrelsen etter ischemi-reperfusjonsskade reduseres, i tillegg til at venstre ventrikkelfunksjon bedres.

Forskningsutvalget har lagt vekt på at prosjektet viser høy kvalitet i tillegg til at modellen målbærer en realisme som er overførbar til kliniske studier.

Forskningsutvalget gratulerer alle prisvinnere!

Utdelinger fra: Stiftelsen ”Institutt til fremme av norsk anestesiologisk forskning”

To stipend utdeles i 2015

1) Astrid Vassenden, NTNU St. Olavs Hospital

Prosjekt tittel: Choice of anaesthetic technique used for Caesarean section; a survey of healthcare facilities in rural Zimbabwe.

Vurdering: Prosjektet er ambisiøst og virker seriøst ut fra den settingen det er plassert i. Stipendiet tildeles en medisinstudent som utfører en hovedoppgave i regi av NTNU St. Olavs Hospital sammen med en medstudent. Utvalget har lagt vekt på både det faglige utbytte en slik oppgave kan medføre samt at prosjektet i seg selv vil kunne være formgivende for studenter som er i starten av sin karriere.

2) Erlend Johan Skraastad, Vestre Viken HF, Kongsberg sykehus

Prosjekt tittel: Utvikling og validering av verktøy for klinisk beslutningssøtte postoperativt – efficacy and side effects of postoperative pain treatment.

Vurdering: Skraastad har over flere år holdt på med dette prosjektet. FU mener prosjektet er godt og det har kommet såpass langt og at det er riktig at det støttes. Det vektlegges at han har sterke samarbeidskandidater som målbærer en kvalitetsgaranti for prosjektet.

SUP studien

SUP studien er en randomisert placebokontrollert studie som utgår fra gruppen til Anders Perner, København. Som dere sikkert er kjent med står gruppen til Perner bak en rekke flotte publikasjoner de siste årene. Gruppen er også kjent for å gi kreditering i form av medforfatterskap til de sentra som deltar.

Alt ligger til rette for at også dette blir et flott arbeid.

Hensikten med studien er å undersøke om ulcusprofylakse med protonpumpehemmer gir bedre beskyttelse eller eventuelt flere bivirkninger enn placebo. Det skal rekrutteres ca 3500 pasienter med «risiko» for stressulcus. Oppstart blir så snart som mulig etter nyttår og før Påske. Studien er godkjent av REK-VEST, men det må innhentes samtykke fra lokalt Personvernombud.

Se : www.sup-icu.com

Kontakt oss hvis dere har spørsmål

Jon Henrik Laake

E-mail: jlaake@ous-hf.no

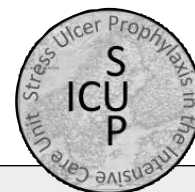
Anne Berit Guttormsen

E-mail: anne.guttormsen@helse-bergen.no



Faksimile

SUP-ICU trial



Title	Stress Ulcer Prophylaxis in the Intensive Care Unit
Short title	SUP-ICU
Objectives	To assess benefits and harms of stress ulcer prophylaxis (SUP) with proton pump inhibitors (PPI) in adult critically ill patients in the intensive care unit (ICU)
Population	Adult critically ill patients in the ICU with one or more risk factors for GI bleeding
Interventions	Intravenous pantoprazole 40 mg (10 ml) once daily until death or discharge from the ICU
Comparator	Intravenous saline (10 ml) once daily until death or discharge from the ICU
Outcomes	Primary All cause 90-day mortality (post-randomization) Secondary 1. Proportion of patients with one or more of the following adverse events: clinically important gastrointestinal (GI) bleeding, pneumonia, clostridium difficile infection (CDI), or acute myocardial ischemia in the ICU 2. Proportion of patients with clinically significant GI bleeding in the ICU 3. Proportion of patients with one or more infectious adverse events (pneumonia or CDI) in the ICU 4. 1-year "landmark" mortality post-randomization 5. Days alive without the use of mechanical ventilation, renal replacement therapy or circulatory support in the 90-day period 6. Number of serious adverse reactions 7. A health economic analysis will be performed. The analytic details will be based on the result of the trial and specified (cost-benefit vs cost-minimisation analyses) The specific elements of the composite outcomes will be reported in the supplementary material of the primary publication.
Eligibility	Inclusion criteria 1. Acute admission to the ICU 2. Age ≥ 18 years 3. One or more of the following risk factors for GI bleeding: • Shock (continuous infusion with vasopressors or inotropes, systolic blood pressure < 90 mmHg, mean arterial blood pressure < 70 mmHg or lactate > 4 mmol/l) • Acute or chronic intermittent or continuous renal replacement therapy • Invasive mechanical ventilation which is expected to last > 24 hours. • Coagulopathy (platelets $< 50 \times 10^9/l$ or international normalized ratio (INR) > 1.5 or prothrombin time (PT) > 20 seconds) documented within the last 24 hours • Ongoing treatment with anticoagulant drugs (prophylaxis doses excluded) • History of coagulopathy (platelets $< 50 \times 10^9/l$ or INR > 1.5 or PT > 20 seconds within 6 months prior to hospital admission • History of chronic liver disease (portal hypertension, cirrhosis proven by biopsy, computed tomography (CT) scan or ultrasound, history of variceal bleeding or hepatic encephalopathy in the past medical history) Exclusion criteria 1. Contraindications to PPI (including treatment with atazanavir (HIV medication)) 2. Ongoing treatment with PPI and/or histamine-2-receptor antagonist on a daily basis 3. GI bleeding of any origin during current hospital admission 4. Diagnosed with peptic ulcer during current hospital admission 5. Organ transplant during current hospital admission 6. Withdrawal from active therapy or brain death 7. Fertile woman with positive urine human chorionic gonadotropin (hCG) or plasma-hCG 8. Consent according to national regulations not obtainable
Sample size	2 x 1675 (20% relative risk reduction or increase (5% absolute risk reduction or increase) in the primary outcome measure, assuming a baseline 90-day mortality of 25% (two-sided $\alpha=0.05$ and $\alpha=0.1$))
Study duration	A maximum of 90 days post-randomizations. 90 days and 1 year follow-up post-randomization. Estimated recruitment period is 2 years commencing June 2015

Desfluran i antarktisk!

“Environmental persistent pharmaceutical pollutants” for Anestesileger



Robert Pedersen

Robert Pedersen

Sykehuset i Levanger

E-mail: Robert.pedersen@helse-nordtrondelag.no

Mange leger er enige i at miljømedisinske problemer er en trussel mot folkehelsen (1), men vi tenker nok ikke at helsevesenet på mange måter bidrar til denne trusselen. ”Environmental persistent pharmaceutical pollutants (EPPP)” er en spesiell del av denne utfordringen. Mange av de legemidlene vi bruker havner i naturen og kan gjenfinnes i biologiske virksomme konsentrasjoner (2). Legemiddelelne lages for å ha biologisk virkning og ofte er målet at de skilles ut uten metabolisme. Da virker det logisk at de også har lite metabolisme i naturen og vil ha biologiske effekter i naturen.

Det finnes flere eksempler på EPPP, selv om mye er ugjort forskningsmessig på dette. Diclofenac gjenfinnes i vann i konsentrasjoner som påvirker fisk (3). Ciprofloxacin, et antibiotikum som brukes mye på sykehus, utskilles hovedsakelig uendret (4) og må utsettes for UV lys for å kunne nedbrytes. Det er ikke bare antibiotikaresistens som er problemet. Ciprofloxacin hindrer veksten til cyanobakterier (5).

EPPP er spesielt et problem som burde oppta anestesileger. Vi bruker til sammen tonnevis med legemidler som vi slipper uforandret ut i atmosfæren. Våre anestesigasser går fra avsuget rett ut i lufta.

At anestesigassene våre er drivhusgasser er gammelt nytt. Anesthesia & Analgesia hadde et nummer i juli 2010 dedikert anestesi og miljø. I en artikkel av Ryan og Nielsen samme nummer så blir det beregnet at Desfluran er den anestesigassen med størst potensiale for global

oppvarming av alle gassene. Når det gjelder potensiale for global oppvarming er desfluran 2500 ganger mer potent enn karbondioksid.

De første artiklene på dette temaet var veldig teoretiske og var basert på salg og beregninger, men i mars i år ble det publisert en artikkel der man faktisk har målt anestesigasser i atmosfæren (6). I 2014 i Sveits ble Isofluran målt til 0.097 ppt (parts per trillion, 10⁻¹²), Sevofluran til 0,13 ppt, mens Desfluran ble målt til 0.30 ppt. Særlig er det Desfluran som har størst potensiale for å akkumuleres på grunn av dens lange levetid i atmosfæren. Vollmer et al har målt flere plasser på kloden. De finner en gradient fra sentrale strøk til perifere strøk. Selv på Antarktisk måles anestesigassene. Konsentrasjonene på Sevofluran og Desfluran i atmosfæren er stigende. Vollmer et al kan beregne at Desfluran har økt forbruket fra 150 tonn per år i 1990 til 960 tonn per år i 2014.

Selvfølgelig er karbondioksid den gassen med størst drivhuseffekt. Anestesigassene har til sammenligning liten effekt, men den er ikke ubetydelig. Sammenlignbare gasser som hydrofluorcarbon og perfluorcarboner bidrar med 33 mW/m² i 2014 (milliwatt per kvadratmeter) ekstra drivhuseffekt, mens anestesigassene bidrar med 0,53 mW/m². Av dette utgjør Desfluran 80%. Igjen, Desfluran er helt klart verst fordi den har så lang levetid.

Spørsmålet er om vi må bruke Desfluran i det hele tatt (7). Desfluran har helt klart kliniske fordeler, men jeg mener at rutinemessig bruk ikke er nødvendig. Dette fordi gassen gir ingen helsegevinst til de fleste pasienter. Det bør være en gass vi tar fram i spesielle tilfeller.

De anesthesiavdelingene i landet som ønsker å bruke mye anestesigass, særlig desfluran, bør vurdere å teste rensing av avsug. Det er under utvikling flere metoder for å samle gass fra avsug (8). Det virker smart å kunne selge tilbake anestesigass til produsentene. Blant annet finnes det et svensk firma som jobber med dette (9). På Sykehuset Levanger har vi testet et system for destruksjon av lystgass på fødeavdelingen. Utslipp av lystgass tilfredsstilte arbeidstilsynets krav om lystgass nivå på fødestua (10). Så det er håp om at vi kan redusere utslipp uten at vi må redusere helsehjelpen vi gir.

Litteratur

1. Lokale og global miljømedisin-norske legers vurderinger. Røttingen, Feraglio, Aasland, Fugelli. Tidsskr Norlægeforening 2002;122:1285-9
2. http://www.pharmaceuticals-in-the-environment.org/files/en/bereich_4/application/pdf/pharmaceuticals_en_141210_screen.pdf
3. Cuklev F, Fick J, Cvijovic M, Kristiansson E, Forlin L, Larsson DG (2012) Does ketoprofen or diclofenac pose the lowest risk to fish? J Hazard Mater. 229-230:100-6
4. Felleskatalogen
5. Ina Ebert, Jean Bachmann, Ute Kühnen, Anette Küste, Carola Kussatz, Dirk Maletzki, Christoph Schlüter; Toxicity of the fluoroquinolone antibiotics enrofloxacin and ciprofloxacin to photoautotrophic aquatic organisms; Environmental Toxicology: Article first published online: 12 OCT 2011, DOI: 10.1002/etc.678
6. Martin K. Vollmer¹, Tae Siek Rhee, Matt Rigby, Doris Hofstetter; Modern inhalation anesthetics: Potent greenhouse gases in the global atmosphere Geophysical Research Letters. Volume 42, Issue 5, pages 1606-1611, 16 March 2015
7. <http://www.anzca.edu.au/events/ANZCA%20annual%20scientific%20meetings/2013-anzca-annual-scientific-meeting/video/tuesday-may-7-asm-day-4/assistant-professor-jodi-sherman>
8. Yasny, White Anesth Prog 59:154-158 2012
9. MEDCLAIR AB
10. Personlig meddelelse: Marianne Mathisen, avdelingsleder, Sykehuset Levanger

A hand to MALAWI

Eric Borgstein is a professor in pediatric surgery, all of this activity is located in Queen Elizabeth Central Hospital in Malawi. They are expanding their hospital with a new building for pediatric surgery. Oslo University Hospital, supported by the Peace corps in Ministry of Foreign Affairs will contribute to a project teaching their up- and coming pediatric intensive care nurses.

In addition OUS will try to supply them with Norwegian second- hand equipment of all kinds. OUS can handle their needs for ventilators, monitors and syringe pumps but they have no second hand anesthesia machines at the moment.

This is a national call for second hand anesthesia machines to all members of Norwegian Society for Anesthesia and intensive care.

**If you can contribute Please contact Head of Department
Øyvind Skraastad, OUS E-mail: oyvskr@ous-hf.no**

Referat årsmøte 2015

Møte nr.: 2015/06



EMNE: Årsmøte Norsk Anestesiologisk Forening
 MØTETIDSPUNKT: Torsdag 22.oktober 2015 kl 17-18:30
 MØTESTED: Ullevål Business Class, oslo
 REFERENT: Janne Jørstad Roshauw

Til stede fra styret: Oddvar Kvalsvik (OK) nestleder, Eivinn Årdal Skjærseth (ES) kasserer, Håkon B. Abrahamsen (HA) høstmøtesekretær, Marit Bekkevold (MB) medlemssekretær, Marius Tjessem (MT) styremedlem, Janne J Roshauw (JR) sekretær.
 Ikke tilstede fra styret: Håkon Trønnes (HT) leder.
 Til stede for øvrig: Anne Berit Guttormsen (ABG) redaktør NAForum. I øvrig 40 oppmøtte NAFmedlemmer.

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

Saksnr		Ansvarlig	I-D-B
2015-01	Åpning av møtet ved nestleder Oddvar Kvalsvik, stedfortreder for leder Håkon Trønnes	OK	I
2015-02	Godkjenning av innkalling og saksliste. Ingen innvendinger.	Alle	B
2015-03	Valg av ordstyrer: Styret foreslår Anne Berit Guttormsen (ABG), godkjennes ved akklamasjon.	Alle	B
2015-04	Valg av referent: Styret foreslår Janne Roshauw, sekretær i NAF. Vedtatt ved akklamasjon.	Alle	B
2015-05	Valg av kontrollør: Guttorm Brattebø og Øyvind Thomassen foreslås, vedtatt ved akklamasjon.	Alle	B
2015-06-01	Årsmelding fra styret i NAF. Ingen ytterligere kommentarer fra styret. Årsmeldingen kan leses i sin helhet i NAForum. Årsmeldingen tas til etterretning.	OK	I-B
2015-06-02	Årsmelding fra Anestesiutvalget (ANU). Ingen tilstede fra ANU. Årsmeldingen tas til etterretning.	Alle	I-B
2015-06-03	Årsmelding fra Intensivutvalget (IU). Eldar Søreide er tilstede. Informerer om videre prosess med retningslinjene i IU. IU har vært i kontakt med helsedirektoratet for godkjenning der, men Hdir har endret praksis og godkjenner ikke lenger slike retningslinjer. Legeforeningen sammen med styret i NAF skal videre sende ut invitasjon til fagmedisinske foreninger for konsensusmøte om retningslinjene. Tas til etterretning.	Alle	I-B
2015-06-04	Årsmelding fra Akuttutvalget (AKU). Årsmelding til etterretning. Ingen tilstede fra utvalget.	Alle	I-B
2015-06-05	Årsmelding fra Smerteutvalget (SU). Ingen tilstede fra utvalget, årsmeldingen tas til etterretning.	Alle	I-B
2015-06-06	Årsmelding fra Utvalg for pasientsikkerhet og kvalitet (UPK). Guttorm Brattebø tilstede, ingen ytterligere kommentarer. Tas til etterretning.	Alle	I-B
2015-06-07	Årsmelding fra Forskningsutvalget (FU). Ingen kommentarer utover årsmelding slik den står i NAForum. Ole Magnus Filseth fra utvalget tilstede. Årsmeldingen tas til etterretning.	Alle	I-B

Blir du med til verdenskongressen i Hong Kong i august/september 2016?



Verdenskongressen i anesthesiologi arrangeres bare hvert fjerde år. { [HYPERLINK "http://www.wca2016.com"](http://www.wca2016.com) } Der kan man få faglig og sosialt påfyll fra kolleger fra alle verdens hjørner. Ved tidligere kongresser i Australia, Sør-Afrika og Argentina har NAF-medlemmer fått tilbud om å reise på fellestur i området, og det har alltid vært vellykket. Etter kongressen i Hong Kong går turen til Vietnam.

Avreise fra Norge blir fredag 26. august med Thai Airways via Bangkok til Hong Kong med ankomst lørdag formiddag lokal tid.

Arrangøren har reservert alle aktuelle hotell under kongressen, men vi arbeider med å få til et tilbud der alle NAF-medlemmene som vil bo sammen med norske kolleger, får til det. Vi venter en snarlig avklaring på dette.

Turopplegg: Etter kongressen som avsluttes lørdag 2. september drar vi på en rundreise i Vietnam fra nord til syd. Pris pr. person kr. 22.950.- som inkluderer:

Flyreise Oslo-Hong Kong/Ho Chi Minh (Saigon)-Oslo tur og retur med Thai Airways.

Flyreise Hong Kong-Hanoi en vei med Vietnam Airways.

Hele rundturen i Vietnam med alle utflukter og måltider inkludert.



Kongressavgift og hotell i Hong Kong kommer i tillegg.

Avreise fra Hong Kong vil være lørdag 2. september med hjemkomst til Norge søndag 9. september.

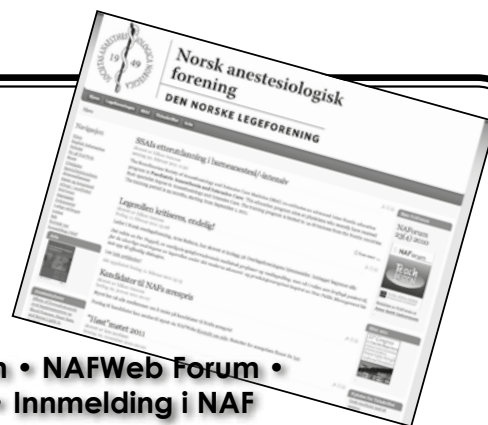
Program for turen og nærmere informasjon - { [HYPERLINK "http://www.temareiserfredrikstad.no/wca2016"](http://www.temareiserfredrikstad.no/wca2016) }

Ta kontakt med: Temareiser Fredrikstad v/ Wiggo Andersen – Telefon 905 57 160 { [HYPERLINK "mailto:wiggo.andersen@temareiserfredrikstad.no"](mailto:wiggo.andersen@temareiserfredrikstad.no) }

Saksnr		Ansvarlig	I-D-B
2015-07	Sak fra styret Godkjenning av “Anbefaling –kirurgiske nødprosedyrer utført prehospitalt av anestesileger” Viser til dokumentet publisert i NAForum nr 3 hvor dette beskrives nærmere. Nestleder OK informerer om dokumentet og bakgrunnen for utformingen av det. Dokumentet skal kunne gi støtte til leger prehospitalt . NAF ønsker å beskrive hvilke kirurgiske nødprosedyrer som NAF mener kan utføres av anestesileger i prehospital tjeneste. I anbefalingen beskrives også det NAF mener vil være korrekte indikasjoner for slike inngrep, rammebetingelser som NAF mener bør være oppfylt ved tjenestestedene og teoretisk kunnskap og praktisk trening som bør sikres hos utøver. Det kommer flere innspill fra salen i denne saken som støtter hverandre på at man må ha konsensus fra øvrige aktuelle fagforeninger i Norge. Det kommenteres på at vi er kompetente til å kunne utføre slike prosedyrer ved behov. Innspill på at man ser behovet for å gi ”ryggdekning” til legene som jobber prehospitalt. Avstemming for om vi kan ta dokumentet videre i en videre nasjonal konsensusrunde med aktuelle fagforeninger. Mot: 0 For: 48 Enstemmig vedtatt at styret kan ta dokumentet videre.	OK/Alle	I-D-B
2015-08	Årsmelding –Stiftelsen “Institutt til fremme av anesthesiologisk forskning” ES gjennomgår årsmeldingen. 4 søknader mottatt, 2 stipend vil deles ut. Ingen innvendinger. Tas til etterretning.	ES	I-B
2015-09	Årsmelding –NAF økonomi 2014 og forslag til budsjett 2016. ES går gjennom dokumentene som gjenfinnes i sin helhet i NAForum, høstmøteutgaven. Informerer om økonomien særlig knyttet til Actaonline som ble vedtatt på årsmøtet i fjor, dette har avlastet økonomien betydelig. Det er mindre inntekter i år knyttet til annonser i NAForum og utstillere på høstmøtet. Innspill fra salen om hvorvidt helsebiblioteket kan bære noen av disse utgiftene ved Acta. Søren Piske fra Acta foundation informerer og angir at dersom helsebiblioteket kan være med å dekke utgiftene, så vil Acta foundation kunne støtte dette.	ES	I-D
2015-10	Forslag til kontingent 2016. Foreslått 200 kr i ekstrakontingent per spesialist Innvending fra salen om at økonomien i NAF er god, og at det ikke ønskes økning i beløpet. Spm om hvorfor ikke LIS innebefattes av ekstrakontingentene. Forklares at dette bunner i legeforeningens regler. Avstemming: For:47 Mot: 1	ES	I-D-B
2015-11	Valgkomiteens innstilling. Valgkomitéens innstilling lagt frem av Jon Henrik Laake. Medlemmer til styret (Omtale av kandidatene kan leses i NAForum) Reidar Kvåle (leder) (Ny) Vedtatt ved akklamasjon. Oddvar Kvalsvik (Nestleder) (gjenvalg) Vedtatt ved akklamasjon. Skule Mo (kasserer) (Ny) Vedtatt ved akklamasjon. Anniken Haavind (sekretær) (Ny) Vedtatt ved akklamasjon. Camilla Bråthen (Høstmøtesekretær) (Ny) Vedtatt ved akklamasjon. Wenche Bakken Børke (medlemssekretær) (Ny) Vedtatt ved akklamasjon. Thomas Wilson (vara) (Ny) Vedtatt ved akklamasjon Representant til SSAI: Gunnar Bentsen. Vedtatt ved akklamasjon. Kommentar fra salen mtp frafall i underutvalg. Disse er imidlertid ikke på valg i år, det vil velges nye kandidater først ved neste års høstmøte.	Alle	I-D-B

Saksnr		Ansvarlig	I-D-B
2015-12	Årsmelding fra NAFWeb. Redaktør ikke tilstede, årsmeldingen kan leses i sin helhet på NAForum. Tas til etterretning.	Alle	I-B
2015-13	Årsmelding fra NAForum. ABG informerer. Tidligere spm om NAForum kan være online only. Redaktør ønsker i utgangspunkt ikke dette, støttes av årsmøtet ved akklamasjon.	ABG	I-B
2015-14	Årsmelding fra Spesialitetskomiteen. Kjersti Bergjord har ingen ytterligere kommentarer, men ber medlemmene møte i morgen for informasjon om ny spesialitetsstruktur. Årsmeldingen tas til etterretning.	Alle	I-B
2015-15	Årsmelding fra SSAI. Søren Piscke har ingen ytterligere kommentarer, men oppfordrer samtidig medlemmene til å følge med på hva som skjer i SSAI på nett. Årsmeldingen tas til etterretning.	Alle	I-B
2015-16	Årsmelding fra UEMS. Guttorm Bratnebø tilstede, ingen kommentarer utover årsmelding slik den står i NAForum. Tas til etterretning.	Alle	I-B
Oslo 22.oktober 2015 Janne Rosshaw (sign.)			

NAFweb.no



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



www.ssai.info

SSAI The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine

Skandinavisk Akuttmedisin 2016



Foto: © Liv K. Norland

5. - 6. april 2016 Thon Hotel Oslo Airport

Hovedtema for Skandinavisk Akuttmedisin 2016 er nye retningslinjer for hjerte- lungeredning -(HLR) for nyfødte, barn og voksne. Retningslinjene presenteres for aller første gang på konferansen 5 og 6 april, og bygger på de Europeiske retningslinjene som kom høsten 2015.

NAKOS har fått i oppdrag å lage et norsk register over offentlig tilgjengelige hjertestartere. Hovedformålet er at medisinsk nødtelefon (113) skal ha oppdatert oversikt over hjertestartere, som del av sine tilgjengelige ressurser ved plutselig hjertestans. Under konferansen vil den foreløpige skissen bli presentert.

Konferansen vil inneholde en sesjon med vitenskapelige abstracts. Akuttmedisinsk personell fra Danmark, Sverige og Norge oppfordres til å sende inn sine bidrag.

Følg oss på akuttmedisin2016.org

akuttmedisin2016.org