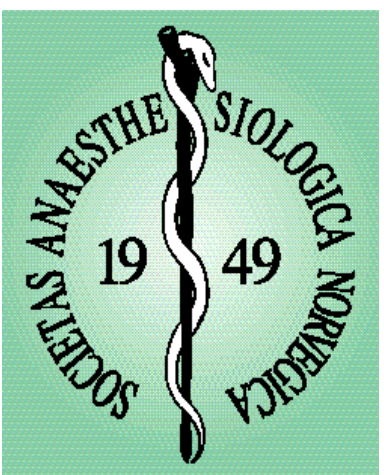




N A F O R U M

Tidsskrift for Norsk Anestesiologisk Forening, DNLF



2002, volum 15, nr 1

Annonse:

NAForum

Tidsskrift for Norsk Anestesiologisk
Forening (NAF)

Adresser:

Anestesi og Intensivavdeling
Haukeland Sykehus
N-5021 Bergen
Telefon: 55 972450 Telefax: 55 972468

Ansvarlig redaktør:

Hans Flaatten
Anestesi og Intensivavdeling
Haukeland Sykehus
N-5021 Bergen
e-mail:
flaatten@online.no
hkfl@haukeland.no

Annonser & trykk:

Media Bergen
Vaskerelven 39
5014 bergen
Tlf: 55540800 Fax: 55540840
e-post: reklame@mediabergen.no

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.

Innhold NAForum

Lederen har ordet. (Mårten Sandberg)

Fra spesialitetskomiteen (M. Conradi)

Åpent brev fra spesialitetskomiteen til DNLF

Regionmøte: Intensivmedisin i Hamar

Lommedata (PDF) (H.Flaatten)

Det nye styret i NAF (nyttige adresser mm)

Høstkurs 02, forløpig program

...og det var alt!

Forsiden: Matterhorn sett fra Zermatt siden oktober 2001 (H.Flaatten)

Styret i Norsk anesthesiologisk forening 2002-2003

Tittel	Navn	Arbeidssted	Postnr/sted	Tel arb	e-post
Leder	Mårten Sandberg	Avd. for akuttmedisin, SiA	1474 Nordbyhagen	69727450	Marten.Sandberg@c2i.net
Nestleder	Eldar Søreide	Anestesiavd. SiR	4023 Stavanger	51519226	soed@sir.no
Kasserer	Kristin Sem Thagaard	Anestesiavd. Ullevål sykehus	0407 Oslo	22119690	KristinSem.Thagaard@ulleva.l
Sekretær	Anne Berit Guttormsen	Anestavd. Haukeland Sykehus	5021 Bergen	55975000	abgu@helse-bergen.no
Styremedl.	Elin Kryvi	Regionsykehuset i Tromsø	9038 RiTø	77678255	elinkryvi@hotmail.com
Styremedl.	Jan Henrik Rosland	Aker universitetssykehus	0514 Oslo	22894000	j.h.rosland@ioks.uio.no

Som medlem av NAF får du tilsendt 4 eksemplarer av NAForum hvert år, pluss at du automatisk blir medlem av SSAI (Scandinavia Society of Anaesthesia and Intensive care) og får ACTA Anaesthesiologica Scandinavica med 10 nummer i året. Her kan du følge med på hva som rører seg innen anestesilegemiljøet i Norge og Norden. NAF arrangerer hvert år høstmøtet, årets faglige og sosiale høydepunkt for anestesileger. NAF driver også fagutvikling innen anesthesiologiens 4 fagområder. Det er ikke nødvendig å være spesialist i anesthesiologi for å bli medlem! Du er velkommen også som helt fersk i faget. Medlemskap koster kr 900,- pr år og tegne ved å kontakte styret, helst på e-post.

Nytt år og nytt styre! Etter flere års stor innsats i styret har Jannicke Mellin-Olsen, Leif Landa, Ole Magnus Filseth og Gunn-Kari Sangolt gått over i "pensjonistenes" rekke. Takk til dem! Skjønt, "pensjonistenes" rekke har man sterke meninger så er man avhengig av en arena å uttrykke dem i. Og sterke meninger manglet det ikke på i det "gamle" styret og det førte til at Jannicke umiddelbart sa seg villig til å være kandidat for NAF da Fellesutvalget for spesialforeninger skulle nominere kandidater til Landsstyret i Legeforeningen. Jannicke har gjort seg bemerket langt utover anestesilegenes rekke og hun ble valgt inn i landsstyret med soleklar margin! Det betyr at vi fortsatt har et meget taleført talerør innad i Legeforeningens sentrale organer, noe som kan være til stor nytte for vår forening i perioden som kommer.

Det var stor utskifting i styret ved årsskiftet. Nye fjes er Elin Kryvi (Universitetssykehuset i Nord-Norge), Anne Berit Guttormsen (Haukeland sykehus), Kristin Sem Thagaard (Ullevål universitetssykehus) og Jan Henrik Rosland (Aker universitetssykehus). Kontinuiteten fra det tidligere styret ivaretas av Eldar Søreide (Sentralsykehuset i Rogaland) og av undertegnede (Akershus universitetssykehus). De fleste av landets hjørner er således representert, og NAF trenger på ingen måte frykte forslag til nye kvoteringsregler når det gjelder kjønnsfordelingen i styrene!

Arbeidsfordelingen innad i styret endres nå noe, og dette gjelder spesielt sekretær-funksjonen. Elin Kryvi har oppgaven som medlemssekretær og styret ønsker å intensivere arbeidet med å rekruttere nye medlemmer. Til en viss grad har holdningen vært at NAF er en forening for spesialister, men vi ønsker å markere at takhøyden er større enn som så. Også de "ferskeste" innen faget skal finne det nyttig å være medlem i NAF og på årets høstmøtet planlegger vi flere innlegg som er spesielt myntet på denne gruppen. Personlig tror jeg imidlertid at også garvede anestesileger vil finne disse forelesningene av stor interesse. Jeg vil samtidig benytte anledningen til å minne avdelingslegene på deres ansvar til å legge forholdene til rette for at flest mulig av avdelingens leger får anledning til å delta på høstmøtet!

Jan Henrik Rosland er høstmøte-sekretær og dette er en helt sentral funksjon. På mange måter er høstmøtet foreningens ansikt utad; det er her vi møtes. Jeg vil si det så sterkt at uten et velfungerende høstmøte så er det ikke "liv laga" for NAF! Møtet må være godt organisert og det må være innlegg som fanger manges interesse. Vi må ha en møteplass hvor etablerte og ikke fullt så etablerte forskere fra våre egne rekke kan møtes og vise at det gror i norsk anestesiologisk forskning. Og vi må ha et godt forhold til samarbeidspartnerne i industrien. Uten den støtten ville vi ha mistet vår økonomiske rygg-

rad. Så summa summarum, høstmøtet er av sentral betydning og dette markeres ved at Jan Henrik kan via all sin styre-tid til dette! I år er det Aker universitetssykehus og Ullevål universitetssykehus som deler ansvaret for programmet. Jan Henrik er også leder av programkomiteén. All ligger med andre ord til rette for et vellykket arrangement på Soria Moria i oktober.

De resterende sekretær-oppgavene er det Anne Berit Guttormsen som tar hånd om.

Lederens side

Hun står ovenfor den formidable oppgaven å bringe styret i NAF inn i den elektroniske tidsalderen. Håpet er at neste sekretær skal slippe å få overlevert tre meter med permer, men nøye seg med en velredigert CD i stedet! På internett har NAF hittil være forbilledlig representert ved Jon Henrik Laake på anestesi.org. Han har gjort en stor innsats der og jeg regner med at de fleste av foreningens medlemmer er innom hans sider flere ganger i uke for å se siste nytt fra anestesi-verdenen. På Generalforsamlingen i fjor ble det diskutert om Jon Henrik kunne avlastes en del ved at de mer rutinepregede oppgavene som oppdatering av medlemmene i ulike utvalg, høstmøte-programmet og lignende kunne overtas av andre. Dette ønsker styret å ta konsekvensen av og Anne Berit har hovedansvaret for å opprette en internett-side som skal ta hånd om denne type informasjon. Vi håper at det for eksempel skal bli mulig å melde seg inn i foreningen og melde seg på høstmøtet via internett. All den tid dette er oppgaver styret må løse ved egen innsats på fritiden kan jeg ikke love at vi lykkes med dette allerede i år, men jeg kan love at vi skal forsøke! En viktig konsekvens av denne satsningen vil for styret være muligheten til å ha egne, lukkede diskusjonssider hvor løpende saker kan diskuteres. Dette vil kunne gi en betydelig tids-innsparing for oss.

Kasserer-funksjonen forble på Ullevål-hender også etter årsskiftet og det er Kristin Sem Thagaard som nå har dette vervet. Det er ikke planlagt noen større forandringer når det gjelder kassererens funksjoner.

Eldar Søreide både var og er nestleder i foreningen. Hans hovedoppgave vil være kontakten inn mot SSAI og det nordiske samarbeidet. For tiden er han meget engasjert i planleggingen av TraumaCare 2002 som avholdes i Stavanger i mai. Der er det allerede registrert over 500 deltakere og programmet er imponerende! Skal du på ett møte i år – i tillegg til høstmøtet, selvfølgelig – bør TraumaCare 2002 være møtet som skal velges! Programmet retter seg like mye mot anestesileger som mot kirurger så det er all grunn til å vurdere om sykehuset har råd til i disse ulvetider å redusere aktiviteten på operasjonsstuen noe slik at flest mulig kan delta! Gevinsten vil være økt kompetanse hos

de som har anledning til å dra, så spørsmålet er kanskje heller om sykehuset har råd til å ikke være representert?

Undertegnede var sekretær i forrige styret og har nå overtatt ledervervet etter Jannicke. Det fører ikke til nevneverdige endringer hva filosofi angår. NAF skal fortsatt være en forening for faget, og det er faget som skal stå i sentrum. Lederstilen blir derimot annerledes. Jannicke har en unik personlighet og hennes utadvendte stil i turbotur blir det ikke lett å matche. Men det er heldigvis flere veier som fører til målet.

Foreningen blir imidlertid ikke bedre enn medlemmene. Vi trenger derfor ditt engasjement! Har du saker som du brenner for, ting som du mener at NAF skal gripe fatt i så ikke vent til vi muligens oppdager det selv. Ta kontakt, du finner alle nødvendige adresser og telefon-nummere annet sted i NAForum!

Den mest aktuelle saken som styret arbeider med akkurat nå er innføringen av ATLS (=Advanced Trauma Life Support) til Norge. Dette er et konsept som eies av den amerikanske kirurgforeningen. Det har spredt seg til store deler av Europa og har blitt innført i både Sverige og Danmark allerede. Kurset går over 2,5 dager og tar for seg initialbehandling av traumatiserte pasienter. Målgruppen er først og fremst leger på sykehus som ikke mottar svært store antall traumatiserte pasienter og i Norge betyr det i praksis samtlige sykehus! Nå er det imidlertid ikke slik at vi bare kan bestemme oss for å starte opp her på berget; først må vi gjennom en møysommelig søknadsprosess. Konseptet eies som nevnt av den amerikanske kirurgforeningen og det er en betingelse at den nasjonale kirurgforeningen deltar når kurset innføres i andre land. Rent praktisk betyr dette at i Norge er det Norsk kirurgisk forening som søker, men bak står en styringsgruppe med en representant fra Norsk kirurgisk forening (Asgaut Viste), Norsk anestesiologisk forening (undertegnede) samt Stiftelsen norsk luftambulans (Jan Erik Nilssen). Søknad er avsendt før nyttår og vil snart bli behandlet og det er i utgangspunktet all grunn til å tro at den går igjennom. Så skal amerikanske kolleger komme til Norge og vurdere forholdene, så skal norske leger settes på skolebenken i USA, før første kurs kan avholdes i Norge. Det skjer i beste fall i 2003 og i første omgang er det Haukeland sykehus og Ullevål universitetssykehus som peker seg ut som kurssteder. Blir interessen like stor i Norge som i andre land så regner vi med at det blir behov for et kurssted i hver region, men det er fortsatt fremtidsmusikk. Det som ikke er fremtidsmusikk derimot, er at alle medlemmer i NAF ilya. kort tid vil få en forespørsel i posten om de har vært på ATLS-kurs tidligere eller er interessert nå og ikke minst om de er aktuelle som ATLS-instruktører. Her håper jeg at flest mulig tar seg tid til å svare slik at vi får loddet interessen. Og la meg gjøre

Fra Spesialitetskomiteen i Anestesiologi

Årsrapport 2001

Til Den norske legeforening, kopi til norsk anesthesiologisk forening v/ NAForum

Medlemmer:

Marius Conradi, leder,

Anne-Beate Solaas,

Ove Hagen,

Olav Sellevold, akademisk medlem,

Jon-Kenneth Heltné, YLF

Varamedlemmer: Jostein Salthe, Sven

W. Nissen, Jo Kramer-Johansen YLF

Det er holdt 4 styremøter i Dnlf lokaler i Oslo: 05.02, 02.04, 10.09 og 30.11.01

Både faste medlemmer og varamedlemmer er innkalt til møtene.

Sekretariatet er invitert til å drøfte spesielle saker når det er nyttig for enten sekretariatet eller komiteen.

1. Spesialistreglene:

Det er ikke gjort endringer i løpet av året. De generelle endringene med forskning er nå gjeldende.

Komiteen har i eget brev til sekretariatet bedt om at "tellende tid" for tysk doktorgrad i relasjon til bla tysk autorisasjon og avlønning av forskningsarbeidet blir presisert av spesialitetsrådet / sekretariatet. Komiteen mener at tyske doktorgrader bør behandles tilnærmet likeverdig i de ulike spesialiteter.

2. Stillingsstrukturen

Det er fortsatt ca 20 ubesatte overlegestillinger i faget. Dessuten er det flere "stafetter" med særlig svenske kolleger.

Utenfor Oslo-området er fortsatt gode muligheter til å få assistentlegestilling.

Det er inntil videre minimal ventetid for å skaffe gruppe 1 tjeneste og lettest utenfor Oslo området.

Det vises ellers til flere uttalelser fra norsk anesthesiologisk forening vedr

leder forts:

en ting helt klart, ATLS-kurset som jeg gjennomgikk i Østersund for noen år siden, er utvilsomt det beste kurset jeg hittil har gått på! Går søknadsprosessen som

alderssammensetning, "seniorpolitikk" og vaktbelastning m.m.

3. Målbeskrivelse

Denne er ikke behandlet i perioden. Etter at sjekklister i faget er innført, planlegges oppdatering av målbeskrivelsen i kommende år.

4. Kursvirksomhet

Den nye planen for obligatoriske kurs virker hensiktsmessig.

Det er enkelte praktiske problemer i en overgangstid i det nye emner er fordelt på annen måte mellom kursene. Det anbefales at kandidatene søker å gjennomføre det nye opplegget.

Evt. regionale utdanningsopplegg bør ikke svekke de nasjonale kursopplegg, men bør komme som et tillegg.

Komiteen anbefaler at sekretariatet utarbeider retningslinjer for hvor mange kurstimer som bør kunne godkjennes per kursdag. Komiteen har vanligvis begrenset tellende enkeltdager til 6 kurstimer.

5. Rapporter fra

utdanningsinstitusjonene.

Disse blir jevnlig av bedre kvalitet. Veiledning og internundervisning blir bedre, men mye kan fortsatt gjøres.

Komiteen viser til eget brev til Dnlf der vi ber om at leder av undervisningsutvalget blir seksjonsoverlege med lønns-tillegg for arbeidet og hvor det i tjenestepå planen legges inn definerte timer til arbeidet. Årsrapportene bør også vurderes lokalt av sjeflegen.

Vi minner nok en gang om at deler av standardkjema til avdelingene er unyttig for anesthesiavdelinger som vanligvis ikke har egne senger og egne pasienter.

6. Besøk som spesialitetskomiteen har gjennomført.

Komiteen prøvde å besøke alle avdelingene i løpet av 4 års perioden.

vi håper, har vi noe å glede oss til og pasientene kan se frem til bedre og mer effektiv behandling i akuttmottaket!

Mårten Sandberg, leder NAF

Komiteen har i år 2001 besøkt Rikshospitalet, Gjøvik, Aker, Bærum og Radiumhospitalet. Besøkene oppfattes som svært nyttig og kontaktskapende.

I løpet av siste 2 år er det budsjett-rammen til komiteen som vesentlig har styrt besøkene. Besøk i Oslo-området legges gjerne til dag før eller etter komiteemøtet og det kan derved spares noe reiseutgifter.

Nåværende besøkspraksis er neppe gjennomførbar med siste års budsjett-rammer, se evt.

7. Søknader fra sykehusavdelinger og institusjoner om godkjenning som utdanningsinstitusjoner.

Diakonhjemmets søknad er anbefalt av leder, saken vurderes nå i sekretariatet.

Radiumhospitalet har etter nåværende ordning forlenget godkjent tellende tid til 2,5 år.

Søknad om godkjenning av anesthesiavdelingen ved Orkdal sykehus er nå til vurdering i komiteen

8. Kvalitetssikring av utdanningen.

Det viktigste enkelttiltak blir sjekklisten.

9. Spesialistgodkjenning

De fleste norske søknadene er ukompliserte å behandle. Komiteen beklager at enkelte søkere er svært opptatt av muntlige opplysninger / mulige tilsagn om anbefaling fra komiteemedlemmer. Det bør stadig gjentas at søker selv har dokumentasjonsplikt.

Komiteen understreker at komiteen selv bare kan gi informasjon og anbefalinger, men at godkjenning krever skriftlig svar fra sekretariatet.

Komiteen anbefaler at sekretariatet understreker dette i sin generelle informasjon til kollegene. Forespørsler om godkjenning av enkelte kurs eller tjeneste

bør derfor rettes skriftlig til sekretariatet.

Enkelte utlandske søkere utenom EØS området har tjeneste som det kan være vanskelig å vurdere. Det er viktig at disse har en aktiv veileder og som informere om norske krav.

Det er vanlig at disse pålegges ca 2 års utdanningstid i Norge hvorav 12 mnd med gruppe 1 tjeneste. Veileder må medvirke til at disse snarest deltar i kursopplegget.

Det oppleves som et urimelig og bortkastet press når enkelte søkere har nok tjeneste, men mangler kurs og når søker bruker dette til å prøve å få godkjenning uten kurs. Slikt blir ikke godtatt i komiteen.

Komiteen anbefaler at påtroppende komiteledere samlet får en innføring og gjennomgang av spesialistreglene i regi av sekretariatet og med representasjon av sentralstyret (f.eks i tilslutning til mai-møtet i regi av spesialitetsrådet).

Det må være ønskelig at de ulike komiteer har en felles forståelse og oppfatning av regelverket; dokumentasjon bl.a. til forskning, krav til evt unntak, krav til intensjonalt legearbeid, krav til utdanningsstilling, krav til søknader fra utenfor EØS området etc.—.

Antall godkjente spesialister i anestesiologi i 2001 er 42, hvorav 17 er overført fra andre EØS-land (10 fra Sverige, 4 fra Tyskland, 2 fra Danmark og 1 fra Island.)

10. Etterutdanning,

Intet spesielt er vurdert.

Det er positivt at fond 3 gir støtte til internasjonale kurs og kongresser.

11. Problemer i spesialiteten.

Endringer av spesialistreglene og med ulike datoer for iverksettelse kan medføre uklarhet om reglene, overgangsordninger m.m.

Det er spesielt viktig at kandidatene til enhver tid gjør seg kjent med både gamle og nye regler når det foreligger overgangsordninger. Disse er nå tilgjengelig på internett via Legeforeningen. Uklarheter bør avklares skriftlig med sekretariatet.

12. Evt.

Komiteens budsjettammer:
Medlemmer og varamedlem-

mer har i hele perioden deltatt i komiteen arbeid. Dette har vært ønskelig og ikke minst nødvendig pga sakenes omfang. I høst er planlagte avdelingsbesøk blitt avlyst pga stram økonomi. Dnlf bør gjøre en vurdering av komiteenes arbeid og nytteverdi i relasjon til dette. Hvis arbeidet skal fortsette omtrent som nå, bør budsjettet styrkes.

Mye vil være avhengig av flypriser og betingelser knyttet til billettene.

Et alternativ er å velge alle komiteemedlemmer fra samme geografiske område f.eks Oslo. En slik løsning vil etter komiteens mening være svært uheldig og uakseptabel.

Det har vært meningsutveksling i komiteen vedr opphør av gruppe 1 tjeneste og følgene av dette. Med bakgrunn i Bakkeutvalget har komiteen lagt vekt på å utnytte ressursene og utdanningstilbudene lokalt når de er av god kvalitet.

Det er fortsatt tilfellet at kandidater som kommer til universitetsklinikkene de første månedene i stor grad blir brukt som ren arbeidskraft.

Samtidig er det viktig at kandidatene får tilstrekkelig tid i et akademisk miljø og hvor vurderinger og holdninger utvikles parallelt med tekniske ferdigheter.

Det er ulike oppfatninger av hvordan en totalt ca 3-6 mnd tjeneste ved Universitetsklinikk vil være tilstrekkelig og ønskelig for kandidater som ellers ikke

arbeider ved "akademisk avdeling."

Det er og spørsmål om hvor fort en universitetsavdeling kan la en søker gå rett til tjeneste i f. eks. hjerteanestesi og nevroanestesi. Også den nye avdelingen bør bli kjent med den nye kandidaten, og kandidaten vil også trenge tid til å bli "varm og kjent" i ny avdeling.

Komiteen er positiv til regionale utdanningsopplegg når disse kommer i tillegg til nåværende opplegg.

Komiteen fremmer høsten 2001 forslag til godkjent tellende utdanningstid for de enkelte anestesiavdelinger. Dette kommer i tillegg til sjekklisten. Godkjent tjenestetid vil fortløpende bli evaluert og de enkelte avdelinger må følge de krav som er lagt til grunn.

Det er derfor viktig at komiteen har økonomiske ressurser og arbeidstid til å følge med utdanningstilbudet og hvordan dette blir utnyttet ved de enkelte avdelinger.

Komiteens medlemmer har generelt fått positiv støtte til sitt arbeid fra sine respektive avdelinger. Det bør vurderes om leder og evt komiteemedlemmer bør ha "rettigheter" etter nærmere avtaler.

Komiteens medlemmer har selv og via kolleger erfaringer med at Dnlfs reisebyrå kan kreve hotell og flybilletter som er dyrere enn det kolleger selv kan skaffe på egen hånd.

Bortfall av mulighet til å endre flyreiser kan medføre ekstra mye tidsbruk for komiteemedlemmene. Dnlf bør derfor tilby bruk av minst en bærbar PC til hver komite til bruk under reise m.m.

Komiteen er bedt om å fortsette sitt arbeid til 01.03.2002 og vi vil derfor fortsette å vurdere spesialist-søknader. Andre saker som ikke har vært vil bli overført til ny komite.

Komiteemedlemmene har utført et stort arbeid i 4 års perioden og jeg takker avtroppende kolleger i komiteen for innsatsen og arbeidet.

Likeens vil jeg takke sekretariatet for godt samarbeid og god støtte.

Ålesund 29. desember, 2001
Marius Conradi



Hornhelen, Nordfjord

Åpent brev til DNLF fra spesialitetskomiteen

Dnlf v/ Einar Skoglund

Ålesund 27.10.2001

Anestesiologi

Vurdering av utdanningspotensialet og eventuell økning av antall assistentlegestillinger i spesialiteten. Din ref ES/EW/ 231.0 av 11.09.2001

Anestesiologi er særpreget ved også å være et særlig praktisk fag. Pasientsikkerhet m.m. tilsier at utdanningskandidater i mange sammenhenger og i en innføringsperiode arbeider nært sammen med en spesialist.

Flere avdelinger vil derfor kunne ha vanskeligheter med å godta 2 assistentleger per overlege.

Komiteen mener at forholdet bør være minst 1 overlege per assistentlege, - avhengig av avdeling, arbeidsoppgaver m.m.

Det er fortsatt ca 30 ubesatte overlegestillinger i faget.

En høy andel av spesialistene er i aldersgruppen ca 50-65 år.

Ved flere avdelinger trengs det flere stillinger knyttet til forskning / administrasjon.

Flere assistentleger ønsker en mer "flat" arbeidstid uten planlagt overtid.

Enkelte avdelinger trenger flere overlegestillinger før de kan opprette flere assistentlegestillinger.

Komiteen vil særlig understreke kravet til kvalitet i utdanningen. Det må ikke presses igjennom en økning av kapasiteten på bekostning av et forsvarlig tilbud til praktisk og teoretisk opplæring.

Komiteen har ikke vesentlige innvendinger mot de forslag som er fremsatt av avdelingene.

For enkelte avdelinger er det likevel anbefalt opprettelse av enkelte assistentlegestillinger selv om avdelingen er avventende.

Enkelte avdelinger har ikke svart. Komiteen har derfor selv vurdert utdanningskapasiteten ved disse avdelingene.

Vedlagte tabell er laget med henblikk på spørsmålsstillingen. Tallene for legestillinger er uoffisielle.

Komiteen mener å ha dekning for å forslø ca 70 nye assistentlegestillinger i løpet av de nærmeste årene.

For spesialitetskomiteen i anestesiologi

**Vennlig hilsen Marius Conradi,
Overlege anestesiavdelingen,
Sentralsykehuset 6026 Ålesund**

Avdeling	Overleger	Ass.leger	Nye ass.leger	Kommentarer
Hammerfest*	4	1	0	
Kirkenes	3	0	0	
Tromsø*	15	12	0	Først flere overleger
Harstad*	4	2	0	
Bodø	9	6	1	
Mo i Rana	3	0	0	
Namdal*	5	2	0	
Innherred*	6	4	0	
Trondheim	27	14	5	Trenger flere overleger
Orkanger*	4	0	0	
Ålesund*	11	4	4	
Kristiansund	4	0	0	
Molde*	5	3	1	Ønsker 3 nye overleger
Volda	4	0	0	
Førde*	9	2	3	
Nordfjordeid*	3	0	0	
Haukeland*	32	17	2	Samarb.nabosykehus
Diakonissehjemmet, Bergen	3	1	0	

NAForum, Tidsskrift for Norsk Anestesiologisk Forening

Voss	3	0	0	
Stavanger*	18	10	5	
Haugesund*	7	5	0	
Kristiansand	7	7	2	Først ny overleger
Arendal*	7	3	2	
Tønsberg*	13	3	4	Samarbeid fylket
Larvik, Horten, Sandefjord*	6	0	0	Samarbeid fylket
Fredrikstad	9	7	2	Samarbeid fylket
Moss, Askim*	6	1	0	Samarbeid fylket
Hedmark*	10	4	2	
Lillehammer	7	3	2	Samarbeid fylket
Gjøvik*	7	3	2	Samarbeid fylket
Skien	10	7	1	
Drammen*	10	5	5	
Lørenskog*	16	11	0	Først ny overleger
Bærum*	9	5	2	Samarbeid MHH
Martine Hansen	3	0	0	
Ullevøl	31	17	5	
Ullevøl Intensiv*	6	0	6	
Aker	17	7	3	
Diakonhjemmet, Oslo*	8	0	3	
Radiumhospitalet*	8	2	2	
Rikshospitalet	30	20	5	

Avdelinger som har svart er merket*

”Utdanningspotensiale i anestesiologi, oktober 2001”.

Tabellen er laget med henblikk på kapasitet til nye utdanningsstillinger. Antall stillinger er uoffisielt.

Kapasiteten for nye utdanningsstillinger blir ca 70.

MC okt 2001



HAMMERFEST SYKEHUS I VINTERSKRUD

Regionsmøte i intensivmedisin- Hamar

Intensivavdelingen ved Hedmark Sentralsykehus arrangerte 9-10.11.01 regionsmøte i intensiv medisin.

Første dag hadde hovedfokus på hvordan går det med intensivpasientene?

Andre dag ble det tatt opp mer konkrete behandlingsstrategier.

Første foredragsholder var avdelingsoverlege ved Sentralsykehuset i Hedmark **Bror Johnstad**. Han tok opp problemstillingen vanskelig etiske valg i intensivmedisin. Utgangspunktet hans var : Flere eldre pasienter.

Flere pasienter med sammensatte kroniske lidelser.

Flere prosedyrer gjøres på dårligere pasienter ,eks. palliativ cancerkirurgi.

De medisinske mulighetene øker.

Intensivressursene er begrenset.

Definisjon av intensivpasienten hentet han fra norsk standard for intensivmedisin hvor det heter at pasienter med truende eller manifest svikt i ett eller flere organsystemer skal intensiv behandles dersom svikten antas helt eller delvis reversibel.

Dette gav grunnlag for hans viktigste etiske spørsmål.

Hvor gode er vi til å forutsi prognose?

Hvor mye bedring skal vi forvente for å starte behandling?

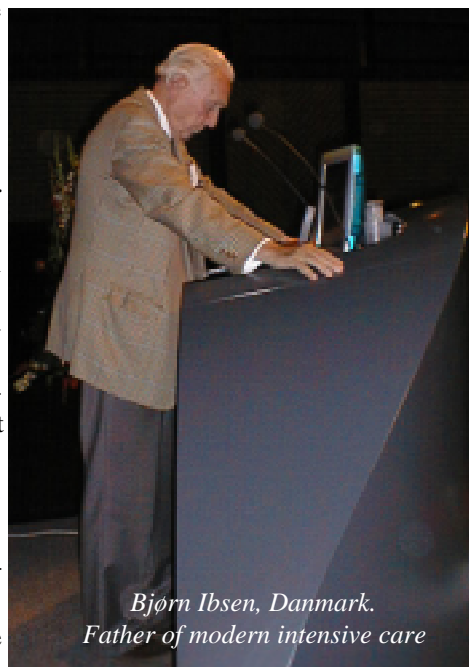
Hva ønsker pasienten?

Dernest refererte han fra CCM febr. 2001 suppl vol 29/2: " Compassionate End- of- Life care in the ICU" angående hvor lenge en skal behandle, hvilke konsekvenser en skal trekke og hvordan avslutning på behandling skal praktiseres.

Johnstad la mange av spørsmålene åpne for innspill fra senere forelesere, men oppfordret i sin konklusjon at det er viktig med kommunikasjon omkring behandling ikke behandling av pasienter. Denne kommunikasjonen må rettes mot pasient- pårørende og innad i behandlingsteamet. Avslutningsvis ønsket han seg beslutninger basert på kunnskap, samt debatt om temaene innad i

avdelingene og i nasjonale/ regionale diskusjonfora.

Neste foreleser var seksjons- overlege **Niels Smith- Eriksen**. Hans utgangspunkt var som Johnstad definisjonen av en intensivpasient, men påpekte at populasjonen vil kunne variere fra sykehus til sykehus. Han viste gjennom undersøkelse fra eget sykehus at pasient populasjonen i eget sykehus har endret seg sterkt fra en primært kirurgisk intensiv avdeling til nå å ha et betydelig større innslag av medisinske pasienter. Likeledes har undersøkelser fra både SiA og Haukeland vist at pasientene blir eldre og at de har høyere SAPS score.



Mortalitetstallene i hans egen avdeling holdt seg konstant gjennom 80- og halve 90-tallet for så å stige markant mot slutten av 90- tallet.

Ressursbruk i intensivmedisin styres av alder, kronisk sykdom, akutt sykkelighet samt langtidsoverlevelse. Materialet besto av ca 1000 pas, med gjennomsnittlig alder 55år og SAPS II på 43. 70 % av pasientene var respirator behandlet med forventet mortalitet på 36% og aktuell mortalitet 36,7%.Det var 9 liggedøgn på respirator pr. pasient og 265 NEMS poeng pr .pas.

Hans resultater viste overraskende mange ekstra leveår i de aller fleste grupper, ikke minst KOLS, samt > 80 år. Pasienter som ble respirator behandlet >

15døgn utgjorde ca 1/6 av pasientene og her vant man over 1700 leveår, dog med høyere mortalitet enn hva SAPS II kunne forvente. Gruppen GI- opererte med komplikasjoner hadde høyere forventet mortalitet ,likeledes rumpert AAA. Kardiologiske akutte pasienter hadde lavere forventet mortalitet, så også infeksjonspasienter. Pasienter med lav mortalitetsrisiko i forhold til SAPS hadde høyere enn forventet mortalitet, mens de sykeste pasientene kom bedre ut. Ressursbruken var størst hos pasienter med forventet mortalitet rundt 25%. Totalt sett krevde langvarig resp.beh, samt infeksjonssyke flest ressurser.

3 tidligere studier har sett på oppfølging av intensivpas. I Norge; Thoner -87, Løes -87 samt Flaaten -01. Disse studiene er av ulik design, men viser en synkende morbiditet/ mortalitet for intensivpas. Etter ca 1 år mot normalbefolkning. Mange har kommet tilbake i arbeid, og svært få pasienter er institusjonalisert etter 2 år. Smith- Eriksen oppsummerte at det er for få norske oppfølgingsstudier, at pasientgrunlaget er svært heterogent, og at "case mix" er avgjørende for langtidsresultatet. Han fant også at svært gamle og svært syke profiterer på intensivbehandling., og at de krever lite ressurser. Dernest så han at resp.beh over 15 dg. angår få pasienter, men krever store ressurser. Avslutningsvis fant han at det er vanskelig å finne grupper som ikke profiterer på intensivbehandling, og at det trengs bedre rutiner/metoder for tidligere å kunne avslutte håpløs intensivbehandling. Langtidsresultatene for behandlede intensivpasienter synes også svært gode.

I neste sekvens snakket intensivsykepleierne **Reidun Emblem og Grete Høghaug** fra Aker om oppfølging/etter- samtale med pasienter behandlet på intensivavdelingen. Inklusjonskriterier var alle voksne pasienter med >14 dg respirator behandling hos voksne pasienter . Oppfølgingen ble organisert med 1. samtale en uke etter utskrivelse fra intensiv avd. 2. samtale umiddelbart før utskrivelse og 3. samtale etter 6 mnd. Før den siste samtalen skulle pasientene ha utfylt SF-36 og sendt det tilbake.

Resultatene viste dårlig matlyst,

lite smerter, store søvnproblemer, en del forflytningsproblemer, stor grad av trygghet, indifferent velvære, særlig på 1. og 2. gangs samtale. Slim og kvelningsfølelse var verste intensivminne, i tillegg redsel for afasi, støy fra diskusjoner ved naboseng. Hygiene opplevdes som positivt. Ingen satt igjen med hallusinasjoner/ mareritt etter 6 mnd.

Fredagens siste foreleser var **Reidar Kvaale** fra Haukeland sykehus. Hans foredrag dreide seg om en undersøkelse fra Haukeland angående livskvalitet hos intensivpasienter. Kvaale tok utgangspunkt i ulik oppfatning om hva en intensivpasient er, og hva en definerer som målsetting for et intensivopphold. At det dreier seg om sammensatte, alvorlig syke pasientpopulasjoner, ressursbruken er høy, terapien er ikke basert på kontrollerte forsøk og at en vet lite om langtidsresultater. Kvaale og Flaaten har tatt initiativ til langtidsoppfølging med følgende incitament: Til beste for pasientene, faglige grunner, prioriteringsgrunner, og at det for behandlerne er viktig. Måling av overlevelse er enkelt, men sier lite om livskvalitet som igjen er vanskelig å måle. Quality of life kan beskrives som et fysisk, psykisk eller sosialt velvære eller en kombinasjon av alle tre. Revickis definisjon fra 1999 beskriver: "den samlede effekt sykdom og terapi har på en pasient- fysisk, psykisk og sosialt- slik han/hun selv opplever dette". Helse-relatert livskvalitet blir således multi-dimensjonalt og må også måles slik. Haukeland har benyttet SF-36 som måler 8 dimensjoner av livskvalitet. Avdelingen har 1000 intensiv pasienter årlig fordelt på 10 senger med alle typer kirurgi. Fordeling kir/med er ca 70/30. Oppfølgings-tidspunkt 6 mnd. Overleving er målt gjennom folkeregistret som er oppdatert inn til siste 2 uker, Statistisk sentralbyrå og Kaplan- Meier overlevningskurver. Livskvalitet måles med SF-36, Karnowsky score og Glasgow outcome score. Fordelen med SF-36 er at dette er et validert verktøy og at det finnes referanseverdier for norsk normalpopulasjon. Materialet ble begrenset av voksne pasienter innlagt i mer enn 25 timer på intensiv mellom juli 99 til desember 00, og som var i live etter 6 mnd. 267 pas ble tilskrevet 113 møtte til poliklinikk samtale. Det var viktig med god tid i disse samtaler. Det ble brukt 2 spørreskjemaer, i tillegg til et intervju angående intensivoppholdet

samt kartlegging av ulike variabler angående livskvalitet etter 6 mnd. Det viste seg at 40% husket ingenting fra intensivoppholdet, 26% hadde hallusinasjoner som verste minne. 20% sov dårligere, og 40% hadde dårligere pustefunksjon enn tidligere. Mest oppsiktsvekkende var at 30% hadde mer enn 15kg vekt tap, hvor flere ikke hadde tatt dette igjen etter 6 mnd. 87% hadde ingen bevegelsehemning etter 6 mnd. Vedrørende informasjon under intensivopphold husket 82% ingenting av dette, 50% ønsket mer info og 75% ønsket skriftlig informasjon. Målt med Karnofsky score hadde 2% var alvorlig syke. Tilsvarende resultater fant man også med Glasgow outcome score. Arbeidsstatus etter 6 mnd viste at bare 1/3 var tilbake i arbeid på fulltid, en del av disse var i deltidsarbeid, andelen utenfor arbeidslivet var tilsvarende økt. SF-36 kurver var noenlunde like for kvinner og menn, og særlig var begrensninger i fysisk rolle stor, mens mental helse var normalisert.

Tidligere undersøkelser har vist bedret livskvalitet for pasienter med redusert livskvalitet før intensivopphold, mens pasienter med akutt sykdom/traumer har redusert livskvalitet. Videre at intensivpasienter generelt husker lite fra intensivopphold, all info må gjentas. Metoden brukt ved Haukeland synes bra som oppfølgingsmetode. Intensivpopulasjonen synes å ha redusert helse etter 6 mnd sammenliknet med normal populasjonen.

Fredagens møte ble avsluttet med en kasusstikk presentert ved seksjons-overlege Christense hvor man havner i en håpløs behandlingssituasjon. Retningslinjer for hvilket nivå en bør legge seg på vedrørende behandlingsnivå ble grundig diskutert, med til dels divergerende standpunkt fra diverse seksjons-overleger.

En gikk så til middag og hyggelig sosialt samvær utover kvelden

Første foredragsholder lørdag var seksjons-overlege **Svein Riis**, sykehuset Østfold. Temaet noninvasiv ventilasjon ble behørig belyst, gjennom en beskrivelse av hans seksjons behandling av akutt respirasjonssvikt i en ikke-intensiv avdeling. Han innledet med en fin gjennomgang av lungefysiologi. Deretter et teoretisk grunnlag for CPAP samt assistert ventilasjons effekt ved ulike kli-

niske situasjoner:

Fordelene ved noninvasiv ventilasjon er mindre prosedyre relaterte komplikasjoner, færre nosokomiale infeksjoner, intubasjonsproblemer, mindre affeksjon av hjerte- minutt volum, samt lettere avvenning.

Ulemper med behandlingen er dårligere kontroll over ventilasjon/ sekret/aspirasjon. Det kan også oppstå trykksår, lekkasje og øyeirritasjon som kan gjøre behandlingen mislykket.

Studier har vist at maskebehandling

forkorter intensivbehandlingstiden og gir

mortalitetsreduksjon med tanke på intubasjonsrelaterte komplikasjoner. Forhindrer 5-7 intubasjoner. CPAP/BIPAP/IPPV gir omtrent like gode resultater

Metoden kan brukes utenfor intensivavdelinger med bemanning 1:3-4.

Sykepleier ressursene er den samme som for pasienter de 2 første døgn, deretter mindre.

Behandlingen gir muligens bedret langtidsoverlevelse

Neste foredragsholder var Seksjons-overlege for kirurgisk intensivavdeling, Ullevål sykehus, **Harald Moen**, med tema sepsisbehandling.

Moen refererte også til langliggende intensivpasienter, outcome og samarbeid mellom intensivmedisinere og kirurger, spesielt gastrokirurger og relapratomier på gastroopererte pasienter, spesielt pancreatitter.

Dr. Moen fremhevet en mer aggressiv tilnærming til relapratomier.

Innen sepsisbehandling ble det referert til flere nyere immunmodulerende mediatorer, hvor aktivert protein C synes å være den best egnede og nærmest å bli tatt inn i klinikken.

Innen monitorering snakket han også om fordelene ved bruk av procalcitonin. Det ble også en diskusjon vedrørende hæmodynamisk overvåking hvor PiCCO- kateter innen avansert hemodynamisk overvåking. Det ble også referert til mer nøye blodsukkerovervåking, da det er vist bedre outcome ved normo- vs hyperglykemi.

Assistentlege **Tor Aasmundstad**, Rikshospitalet, dog egentlig hjemmehørende ved SSH Hamar foreleste om sedasjon og smertelindring til intensivpasienter. Et behov for smertelindring begrunnes i fysiologiske responser som smerte gir, og at det er gunstig å dempe disse (tachycardi, økt myocardiell O_2 -forbruk etc). Av brukte ikke opioider ble paracetamols effekt angående analgesi og antipyreksi fremhevet med et obs angående leverfunksjon. ASA/NSAID er lite gunstig i intensivsetting. Opiatene har gunstige effekter i form av analgesi/sedasjon men mer eller mindre uttalte bieffekter i form av respirasjon deprimering/forstoppelse/urinretensjon/kvalme og forvirring. Alternativene er først og fremst morfin samt fentanyl med sine derivater.

For derivatene av fentanyl ble alfentanil og remifentanils gunstige farmakokinetiske egenskaper fremhevet. Syntetiske opiater som meperidin/petidin har ingen plass i intensivmedisinen.

Vedrørende sedasjon ble behovet diskutert i forhold til medisinsk tilstand/diagnose, nødvendige behandlingstiltak, individuelle forhold (f.eks ved antipsykotika vs sedativa), og til hvilket nivå av sedasjon er ønskelig. Alternativene er benzodiazepiner (Midazolam (obs metabolitter)); propofol med sin ideelle farmakokinetikk men uheldig i forhold til kardiovaskulær depresjon, hyperlipedemi, sepsis og kostnad. Klonidin og barbiturater.

Sedasjonsbehov vurderes ut fra ønsker om pasientens erindring fra intensivopphold, særlig i lys av hvilken forståelse pasienten kan ha av det som skjer.

Sederingen fører til økt forekomst av nosokomiale infeksjoner, økt behov for neurologisk evaluering, inkl. CT, forlenget opphold på avd., og muligens til kognitive/psyksike forstyrrelser. Sedasjonsdybden kan og bør vurderes ut fra enten MAAS eller Ramsey score. Som for smertelindring er det diagnose/tilstand, og varighet av sedering som avgjør valget.

ACCM & SCCM guidelines fremhever morfin som førstevalg, men fentanyl som alternativ til hemodynamisk ustabile, evt. hydromorfon. Som sedasjon foretrekkes midazolam eller propofol un-

der 24t, Lorazepam utover dette. Ved delir anbefales Haldol.

Forsiktighet vedrørende propofol til barn er også anmerket fra FDA. Videre har SLK nylig annekert sammenheng mellom propofol og hjertesvikt, særlig ved høye doser. "Propofol infusjon syndrom" er ikke et etablert klinisk syndrom, men ved sedering utover 48t skal pasienter overvåkes nøye, og sedasjonen skal endres ved tegn til hjertesvikt, met. acidose eller økt s-CK. Eneste indikasjon for neuromuskulær blokkade er respirator behandling og ca 1-10% trenger dette utover 24t. Neuromuskulær blokkade kan gi problemer i form av awareness, immoblisering, og gir økt forekomst av critical illness neuropati.

Total vurdering bør inkludere morfin, fentanyl, benzodiazepin, kortvarig



propofolbruk, evt klonidin, samt vurdering av antipsykotika/depressiva. Ikke-farmakologiske tiltak bør også vurderes.

Vedr kostnader refererte Aasmundstad til dr Riddervold, Rikshospitalet, og fant at Propofol er 2,5x så dyrt som Midazolam, Morfin er 1,5x billigere enn Fentanyl, mens den farmakologisk riktigste smertelindrer Remifentanyl er 24 x prisen for morfin.

Avslutningsvis snakket **Per Christensen** om erfaringer vedrørende percutan tracheostomi ved SsH Hamar. Teknikken ble utviklet i -69, med Seldingers teknikk i-85 av Ciaglia. Åpen tracheotomi er en meget vanlig kirurgisk prosedyre. Det kreves 5 stk i kirurgutdannelsen, men er ressurs-og tidkre-

vende, dyrt og forbundet både per- og postoperative komplikasjoner. Tracheotomi er fordelaktig da det reduserer liggetiden på respirator, øker komforten, gir bedre munnstell og pulmonært toalett, samt senker behov for smertelindring og sedasjon. Den percutane teknikken er enkel, billig, mindre ressurskrevende og gir muligens færre komplikasjoner. Flere sett for teknikken ble vist, hvor SsHH benytter seg av Ciaglia 99, en dilatator. Det vist et materiale av Dulguerov, hvor frekvensen for kirurgisk vs percutan teknikk i tiden 85-96 gikk i den kirurgiske teknikkens favør. Dette gjaldt ikke for postoperative komplikasjoner. Det er vist færre komplikasjoner ved bruk av bronchoscopi og ved bruk av singel dilatator. Operasjonstiden er kortere og peroperative komplikasjoner lik, mens blødninger reduseres ved hjelp av bronchoscop og singel dilatator.

Det ble så vist et materiale ved SsH hvor en har sett på tracheale stenoser. Stenosen må være 80 % for å gi klinikk, men få studier er tilgjengelige og disse har vist fra 0-40% hyppighet av stenoser. Giggs har rapportert 4 av 25 stenoser ved percutan tracheostomi. Det er vært å merke seg at komplikasjonene varierer ved de forskjellige percutane teknikkene og at Giggs har flere peroperative komplikasjoner enn Ciaglia. Kontraindikasjoner til percutan teknikk er <18 år, trachea er umulig å palpere, koagulopati av alvorlig grad, tracheale tumores, ustabil fractur i cervical columna samt uttalt sirkulatorisk instabilitet.

SsHH har gjort 70 prosedyrer på 5 år, siden 99 med Blue Rhino, tidligere multippel dilatasjon. Samtlige ble innkalt til CT av trachea med sagittal og coronal rekonstruksjon, 38% av pasientene var i live og 20 av 24 møtte til undersøkelse og intervju. Av komplikasjoner så man peropr. 1 tilfelle av hypoxi, 5 blødninger, 2 paratracheale stikk samt 1 brudd i tracheal ring. 3 pas var plaget med heshet, mens 1 pasient fikk påvist en stenosing fra 20 til 16 mm.

e-post

per.hillestad.christensen@sjukehuset.no

Lommedata (PDA*)

Hans Flaatten
Haukeland Sykehus

Jeg har tidligere i NAForum (nr. 1 2001) beskrevet noen forhold vedrørende "Lommedatamaskiner" (Håndholdte datamaskiner eller PDA =personal digital assitents). Som konkludert i den oversikten er dette utviklet seg til noe langt mer enn en elektronisk syvende sans og telefonbok. Her er noen nyttige tips for de som ønsker å utnytte dette mediet optimalt mtp medisinsk bruk.

Acrobat Reader for Palm OS og Pocket PC

Acrobat har utviklet en leser for PDF filer tilpasset Palm OS. Med denne installert kan du laste ned PDF filer via synkroniseringen og lese på din lommedatamaskin. Store PDF filer og filer med bilder etc egner seg imidlertid dårlig (så NAForum i PDF format kan du ikke regne med å få godt til).

. Sjekk på Acrobat sine hjemmeside (http://www.adobe.com/products/acrobat/acrrmobiledevices.html) hvis du vil laste ned en slik leser.

Tidsskrift innhold & abstract

En av de virkelige store og gode nyhetene er muligheten for å automaisk få TOC (table of content) med abstract direkte inn på lommedata. Forutsetningen er at du er oppkoplet mot internett før du sykroniserer data (overfører filer mellom lommedata og stasjonær PC).

CogniQ er et slikt "program" fra Unbound medicine. Ved å laste ned dette programmet på din lommedata blir TOC fra utvalgte tidsskrift (internasjonale) automatisk lastet ned til deg. Du må selv på forhånd velge hvilke tidsskrift du ønsker dette fra (ellers sprenges kapasiteten), for tiden er det flere hunder aktuelle tidsskrift som er med på ordningen (jeg fikk først vite om dette fra BMJ sin hjemmeside). Av aktuelle tidsskrift for oss kan nevnes:

Am J of Emerg Med
Anaesthesia and Analgesia
Anesthesiology
BMJ
Crit Care Med
*personal digital assisten
Heart
Thorax

Stadig nye muligheter

Du kan også få lastet ned abstract fra "Clinical evidence" innen ulike fagfelt (fra Tidsskriftet Clinical Evidence og som jevnlig utgir "evidence based" oppdatering innen mange ulike fagfelt og tema.

For tiden kan du få dette som et 6. mnd gratis tilbud via BMJ (sjekk nettsiden: <http://www.unboundmedicine.com/cgi-bin/survey/survey.pl?f=on>). Tilbudet gjelder både Palm OS og Pocket PC brukere.

Jeg har brukt tilbudet i noen tid nå og har stor nytte av å bruke "fem minutter" her og der til å kunne se over innhold og lese abstract fra viktige tidsskrift.

Abbonering på ulike web-sider

En variant er AvantGo fra Mobile Enterprise Solutions (www.avantgo.com). Denne kan også gi den kontinuerlig oppdaterte medisinske opplysninger ved sykronisering, men kan også tilby et bredt spekter av andre tjenester slik som oppdatering av nyheter (Aftenposten, Times etc) av rutetider (SAS og Braathen) mm. Du velger selv

profilen på hvilke sider du vil ha tilgjengelige på din lommedata (men husk at ønskene ofte overskrider tilgjengelig minne).

En av de medisinske sidene som kan abboneres på (helt gratis) er BioMed central (BMC News som har generelle medisinske nyheter) og BMC research (hvor du til en viss grad kan velge fagområde). En annen side (The answer page) gir deg regelmessig kliniske problem og spørsmål (i flere fagområder også anestesi) ned påfølgende svar.

Andre forhold

Nye lommedatamaskiner får stadig fler muligheter for tilleggsutstyr, og får mer minne. Lengst for lommedata med Palm OS har trolig Handspring Visor serien kommet. Her finnes en ekspansjonsmulighet på oversiden (dekket av et tomt deksel når maskinen kjøpes). I dag finnes en lang rekke nyttige (om mindre nyttige men kanksje underholdende) moduler. Selv har jeg forsøkt en modul som lar meg vise Power Point presentasjoner via lommedata. Denne lar deg vise ferdig lagede bilder direkte på ekstern skjerm eller projektor. Avhengig av hvor mange foto du har i presentasjonen lar modulen deg lagre 50-200 PP bilder, altså mer enn nok for en kveld.

Det finnes også digitalkamera-modul, MP3 spillere, satellitnavigator og ekstra minnebrikker. MP3 spilleren lar deg lytte til musikk samtidig som du kan arbeide med andre program på din lommedata. Mobiltelefon finnes også som tillegg til Visor.

Palm lommedatamaskiner har for tiden ikke samme muligheter for tilleggsutstyr, men en brikke lar deg øke minnet med 8-65 MB på de største modellene.

Kombinasjon PDA mobiltelefon

Både Palm og Handspring kommer med fast kombinasjoner av mobiltelefon og lommedatamaskin med Palm OS. De vil etterhvert også bli tilgjengelige i Norge, og vil det mulig blant annet å laste e-post direkte til maskinen (og sende e-post).

Også flere vanlige mobiltelefoner kommer med e-post leser og avtalebøker så forskjellen melleom en mobiltelefon med "noe ekstra" og en lommedata med mobiltelefon minker.



PDA??

Styret i Norsk anesthesiologisk forening - januar 2002- desember 2003

Leder			Mårten Sandberg
Adresse	Arbeid	Avdeling for akuttmedisin/Luftambulansen, Akershus universitetssykehus, 1474 Nordbyhagen	
Telefon	Privat	Nordre gate 13, 0551 Oslo	
	Arbeid	69727450	
	Privat	22870645	
	Mobil	95251054	
Fax		67927451	
E-post 1		Marten.Sandberg@c2i.net	
E-post 2		sanmar21@hotmail.com	
Nestleder			Eldar Søreide
Adresse	Arbeid	Anestesi/Intensivavdelingen, Sentralsykehuset i Rogaland, 4068 Stavanger	
Telefon	Privat	Stokkabrautene 24A, 4023 Stavanger	
	Arbeid	51519226/51518000	
	Privat	51526761	
	Mobil	99274614	
Fax		51519932	
E-post 1		soed@sir.no	
E-post 2		eldar@soreide.com	
Kasserer			Kristin Sem Thagaard
Adresse	Arbeid	Anestesiavdelingen, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo	
Telefon	Privat	Gulleråsveien 26E, 0779 Oslo	
	Arbeids	22119690/23015426 (direkte)	
	Privat	22148993	
	Mobil	99692001	
E-post		KristinSem.Thagaard@ulleva.no	
Sekretær			Anne- Berit Guttormsen
Adresse	Arbeid	Anestesi- og intensivavdelingen, Haukeland sykehus, 5021 Bergen	
Telefon	Privat	Gamle Kalvedalsveien 12B, 5019 Bergen	
	Arbeid	55976850/55976857	
	Privat	55316554	
	Mobil	99162284	
E-post 1		Anne.Guttormsen@haukeland.no	
E-post 2		Anne.Guttormsen@farm.uib.no	
Høstmøte- sekretær			Jan Henrik Rosland
Adresse	Arbeid	Anestesiavdelingen, Aker universitetssykehus, 0514 Oslo	
Telefon	Privat	Postboks 545, 4504 Mandal	
	Arbeid	22894000/22894587	
	Privat	38260001	
	Mobil	91367993	
Fax		23033149	
E-post 1		j.h.rosland@ioks.uio.no	
E-post 2		jan.rosl@c2i.net	
E-post 3		janhros@hotmail.com	
Medlems- sekretær			Elin Kryvi
Adresse	Arbeid	Anestesiavdelingen, UNN, 9038 Tromsø	
Telefon	Privat	Utsikten 31	
	Arbeid	77626000	
	Privat	77678255	
	Mobil	93068772	
E-post		elinkryvi@hotmail.com	

Høstmøtet 2002

Høstmøtet vil også i år finne sted på Soria Moria, tidspunktet er onsdag 23. oktober til lørdag 26. oktober. Det er Aker Universitetssykehus (AUS) og Akershus Universitetssykehus (AHUS) som har ansvaret for høstmøtet. Det er nedsatt en felles programkomite som er godt i gang med arbeidet. Komiteen består av Camilla Arnesen, Nils Smith- Erichsen, Mårten Sandberg og Terje Strand fra AHUS, Torsten Eken, Renata Løvstad, Lene Mathisen, Arne Myklebust og Jan Henrik Rosland fra AUS.

Et foreløpig program er lagt fram og godkjent av styret.

Nedefor presenterer vi en liten forsmak på programmet, slik at dere allerede nå kan begynne å glede dere til høsten! Detaljert program kommer i neste nr.

Onsdag 23.10:

10.00-12.00	Fellesprogram med kirurgene: I år er det kirurgenes utspill
12.00-13.30	Lunsj
14.30-18.00	Sirkulasjonskonservering og transfusjonsmedisin
19.00-20.00	Kveldsmøte (Novo nordisk) Aktivert faktor VIIa

Torsdag 24.10

08.30-11.00	Elektroniske journalsystemer i anestesi og intensivmedisin:
11.30-13.00	Postere og frie foredrag i parallelle sesjoner
13.00-14.00	Lunsj
14.00-18.00	Fagpolitikk og generalforsamling
19.00-20.00	Kveldsmøte (Glaxo): sedering av intensivpasienter

Fredag 25.10

08.30-09.15	Otto Mollestads minneforelesning (forskningsutvalget)
09.30-10.30	HLR –oppdatering
11.00-12.30	Postere og frie foredrag i parallelle sesjoner
13.45-14.30	Acta forelesning
14.30-15.15	Infeksjonsproblematikk på intensivavdeling
15.45-16.45	Smertebehandling
17.00-18.00	Farmakokinetikk

Lørdag 26.10

09.00-12.00	Enhetlig ledelse: Hvordan takler vi det? Innledning + Paneldebatt:
-------------	---

I tillegg til hovedprogrammet blir det parallelle sesjoner med følgende hovedemner:

Den vanskelige luftvei

Klinikerens hjørne

Kvalitetsregistre – nytteverdi og utfordringer

SÅ nå kan dere bare begynne å glede dere!

Med vårlig hilsen

Jan Henrik Rosland

høstmøtesekretær og medskyldig i programarbeidet