

**God sommer!
Ikke glem å ta et bad!**

N A F' O r u m

Tidsskrift for Norsk Anestesiologisk Forening, DNLF

2002, volum 15, nr 2

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

Redaksjon:

Bjarte Askeland
Kysthospitalet i Hagevik
Øyvind Skraastad
Rikshospitalet
Torben Wisborg
Hammerfest Sykehus

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

- 4 Lederen har ordet. Mårten Sandberg
5 Om høskurset 2002 og Forum for Intensivmedisin
6-7 Program årets høstkurs 2002
8-11 Årsrapport Norsk Intensivregister 2001
12 SSAI intensive care education programme 2003-4
13-14 Fra postkassen (dvs jannicke Mellin Olsen)

Styret i Norsk anestesiologisk 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.no
Sekretær	Anne Berit Guttormsen	Anestavd. Haukeland Sykehus	5021 Bergen	55975000	abgu@helse-bergen.no
Styremedlem	Elin Kryvi	Regionsykehuset i Tromsø	9038 RiTø	77678255	elinkryvi@hotmail.com
Høstmøtesek.	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 (Scandinavian 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 anestesiologiens 4 fagområder. Det er ikke nødvendig å være spesialist i anestesiologi for å bli medlem! Du er velkommen også som helt fersk i faget. Medlemskap koster kr 900,- pr år og tegnes ved å kontakte styret, helst på e-post.

Lederen har ordet

Undertegnede har nettopp vært på ESA-kongress i Nice og den slags avstedkommer jo en del refleksjoner. Der var det flere tusen deltakere og ikke så rent få av oss var norske. Noen var med i gruppen til Bristol-Myers-Squibb, andre hørte til hos Fresenius Kabi, mens atter andre soknet til Organon. Ikke et vondt ord verken om kollegene som ble sponset eller om firmaene som sponser. Jeg tviler ikke på at alt foregikk etter reglene som gjelder for denne typen arrangementer. Men hvorfor skal det være slik at vi skal være avhengige av den farmasøytiske industrien for å få det nødvendige faglige påfyll? Det provoserer meg at holdningen til våre respektive arbeidsgivere og de bevilgende myndigheter er slik at de ikke makter å sette av midler som gjør at de fleste som drar på kongress kan gjøre så for arbeidsgivers regning. Hva er det som gjør at sykehuseier tror at så lenge du er spesialist i anestesiologi så er det ikke nødvendig lenger med faglig påfyll for å utføre en adekvat jobb? Det er som kjent ikke slik at ny kunnskap på metafysisk vis diffunderer fra kilden og inn i hjernebarken til den enkelte! For å oppnå dette må vi få anledning til å oppsøke kildene, det være seg på en vitenskapelig kongress, på et kurs eller i et velutstyrt bibliotek. Dette ansvaret bør arbeidsgiver være seg bevisst og personlig hadde jeg satt pris på at denne typen behov også kunne bli meldt i forbindelse med lønnsoppgjørene.

Det er andre ting som er viktige i tillegg til en rimelig lønn. Mulighet til faglig utvikling er et slikt moment! Det er mange kolleger som ikke har vært på noen internasjonal kongress på lang tid, som jobber på sykehus hvor Internett-tilgangen er nærmest illusorisk og som fungerer som rene produksjonsarbeidere på operasjonsavdelingens samlebånd! Vi skal ikke bli så akademiske at vi fjerner oss fra pasientene, men vi må også passe oss slik at vi ikke blir så dogmatiske at det som var medisinske sannheter når vi gikk ut av doktorskolen nødvendigvis må være gyldige også i dag.

Sykehusene er kunnskapsbedrifter gode som noen, og i kunnskapsbasert industri er det ikke uvanlig at det settes av midler svarende til både 20 og 30

prosent av arbeidstakers lønn til dennes faglige utvikling. På en gjennomsnittlig sykehusavdeling, derimot, kan man regne med at det settes av 4.000 til 5.000 kroner pr. snute år om annet til dette formålet. I tillegg kommer bidraget fra Legeforeningen, men uansett hvordan man regner ser man at mer enn 3-4 prosent blir det ikke satt av. Resultatet av dette er en faglig utarming som ikke er et land som Norge verdig og som i tillegg er aldeles unødvendig landets økonomiske situasjon tatt i betraktning.

Tilbake til kongressen i Nice, med enkelte hederlige unntak så var det langt mellom norske forelesere og abstract-forfattere. Dette skyldes nok delvis forskningens vilkår i Norge. Det er ikke tatt rett ut av luften når en kjent norsk professor i Aftenposten hevdet at man måtte være entusiastisk grensende inntil naivitet hvis man satser på forskning i Norge i dag. Nå som Stortinget har endret tippene risikerer vi at det blir enda mindre ressurser som blir tilført forskningen i årene som kommer, og det er en skam tatt i betraktning at Norge allerede ligger langt under gjennomsnittet i OECD-målestokk hva forskningsressurser angår.

Men det er ikke bare (manglende) ressurser det handler om, det går også på vår evne til å heve oss over Jante-loven. Etter å ha hørt på en lang rekke foredrag og innlegg i Nice så kan jeg trygt hevde at mange av våre hjemlige krefter definitivt kunne ha bidratt i positiv forstand på en europeisk kongress! Dette er en påstand som ethvert høstmøte bekrefter. Det er nemlig ikke slik at man nødvendigvis skal ha publisert en serie artikler i Lancet og Anesthesia & Analgesia for å slippe til på en slik kongress. Hovedkravene er faglig kompetanse og gode evner som formidler. Og dette er egenskaper som mange av våre hjemlige kolleger besitter! Problemet er at dette er personer som til dels er ukjente for fag-miljøene lenger sør i Europa. Denne problemstillingen ble tatt opp på Generalforsamlingen hvor den nyvalgte presidenten i ESA spesifikt ba om forslag til kandidater fra land som i dag er underrepresentert på talerstolen. Oppfordringen går derfor til dere alle, har dere selv de nødvendige kvalitetene til å

ta på dere en slik oppgave, eller er det noen av kollegene på avdelingen som er bedre egnet? Uansett, ta kontakt med meg (marten.sandberg@c2i.net), så skal jeg videreformidle kontakt med ESA's sekretariat i Brussel så kanskje det vil være noen flere norske navn på talerlisten når ESA-møte avholdes i Glasgow neste år!

ESA-kongressen er over, men for de som ikke fikk med seg denne kongressen er det ingen grunn til å fortvile. Det er fortsatt muligheter til å få med seg gode kongresser hvor det nyttige kan forenes med det behagelige. Hva med en tur til ASA-kongressen i Orlando i oktober (www.asahq.org)? Det er en gigant-kongress som årvisst samler mer enn 10.000 deltakere og Florida i oktober er ikke å forakte. Og når ASA-kongressen er over står vårt eget høstmøte for tur. Som alltid skjer dette i uke 43 og programmet finnes annet sted i NAForum. Her burde det vært obligatorisk fremmøte for alle norske anestesiologer. For den mer intensivmedisinske interesserte byr det seg en anledning til å se Barcelona i høst (www.esicm.org), mens de som heller mer i den akuttmedisinske retningen kanskje burde vurdere om Firenze (www.erc.edu) kanskje er stedet å dra. Begge stedene er det flust med kulturtilbud som kan nytes både før og etter kongressen!

For de som ennå ikke er spesialister vil jeg minne om at høstmøtet gir tellende kurstimer for spesialiteten. Og for de som allerede har blitt spesialist vil jeg understreke at Legeforeningen bevilger kroner 10.000 pr. hode pr. år som bl.a. kan benyttes til å reise til en internasjonal kongress. Bruker du ikke opp disse pengene i år så kan du *ikke* overføre dem til neste år. Jeg vil derfor påstå at det er noe nær en forpliktelse å benytte seg av dette tilbudet fra Legeforeningen og med dette vil jeg ønske alle i NAF en riktig god sommer og en like god kongresshøst!

Mårten Sandberg
leder i NAF

Høstkurset 2002

Sommeren står for døren, og da er det lett å glemme både fag og høstens møtekalender!

Ta ikke sommerferie før du har planlagt hva du skal presentere på høstmøtet. Det faglige programmet er nå så å si i boks, men høstmøtet blir ikke vellykket uten at du også deltar både faglig og sosialt. Programkomiteen ønsker at høstmøtet skal være en møteplass der kollegene får muligheter til å presentere hva de er opptatt av, og derfor utfordrer

forskningsutvalget deg spesielt i dette nummer!

Programkomiteens dilemma er alltid å gi plass til alle fagets søyler. Matematisk riktig vektlegging kan det aldri bli, men alle fire søylene er behørig belyst i årets program. På tampen er det kommet en rekke kreative utspill fra ivrige kolleger, som vi har problemer å si nei til. Siden den totale tidsramme er låst, er den

eneste muligheten derfor å legge inn parallelle sesjoner. Vi håper at sammenset-

per ikke mer nå, vent og se!



ningen av de parallelle sesjonene er blitt slik at alle finner noe av interesse.

Legg merke til lørdagens program. Vi kaster oss inn i ledelsesdebatten. Gjør deg klar til en heftig debatt!

Glem ikke kveldsmøtene! Det blir spennende program både onsdag og torsdag! Fredag er det FEST!, og du vil angre om du ikke får med deg den! Jeg rø-

Vi trenger hverandre, både faglig og økonomisk, og det er viktig å pleie gode relasjoner!

Vi sees!

Jan Henrik Rosland,
høstmøtesekretær og
programmedskyldig

Forum for Intensivmedisin

FFI skal ha sitt andre ordinære møte 15-16 november 2002. Denne gang holdes møtet i Bergen, og vi håper riktig mange vil finne veien dit! Vi minner om at møtet er fritt for alle medlemmer i FFI, og medlemskap koster kun kr. 100 per år.

FFI har nå over 500 individuelle medlemmer og 11 firmamedlemmer. Hvis du ikke er medlem kan du melde deg via hjemmesiden (se adresse under). På hjemmesiden kan du også melde deg på årsmøtet. Av tema vi skal ta opp på

årsmøtet kan vgi nevne non-invasiv ventilasjon og infeksjonsproblem på intensiv. Vi har i år to abstrakt priser, en for beste frie foredrag og en for beste poster: hver pris er på kr. 10.000,-

Hilsen styret i FFI

Besøk FFI sine hjemmesider: www.intensivforum.net

Siste nytt om Høstkurset 2002

Høstmøteprogrammet er nå så å si klart. Vi har lagt vekt på å sette sammen et variert program der alle bør kunne finne noe de interesserer seg spesielt for, og vi håper at du også synes at programmet ser spennende ut! Det gjenstår å finpusse noen få programposter, der vi ikke har fått endelig bekreftelse fra foredragsholderne.

Slik ser programmet ut:

Onsdag 23.10:

- 10.00-12.00 **Fellesprogram med kirurgene:** Kirurgenes utspill
12.00-14.00 Lunsj
14.00-14.30 **Åpning** (programkomiteen m.fl.)
14.30-18.00 **Transfusjonsmedisin** (30 min kaffepause + utstilling innlagt)
Transfusjonstriggere i intensivmedisin (N. Smith-Erichsen, Ahus)
Transfusjonstriggere i operasjonsstuen (P. Reine, DNR)
Endringer i erytrocytter ved lagring (BG. Solheim, Rikshospitalet)
Koagulasjonsforstyrrelser ved massive transfusjoner (PM. Sandset, UUS)
Transfusjon av gammelt blod. Tid for nytenkning?(UE. Kongsgaard, DNR)
Status presens for kunstige oksygentransportløsninger (BG. Solheim)
Autotransfusjon: Nye indikasjoner (UE. Kongsgard)
Use of Erythropoietin in the ICU and perioperativ setting (foreleser ikke bekreftet)
19.00-20.00 **Kveldsmøte** (Novo Nordisk)
rFVIIa therapy in critical bleedings - new perspectives (O. Smith, Dublin).

Torsdag 24.10

- 08.30-10.30 **Pseudomonasutbrudd i intensivavsnitt**
Nosokomial infeksjoner hos intensivpasienter (N. Smith-Erichsen)
Mikrobiologisk overvåking av respiratorpasienter (JE. Berdal, Ahus)
Pseudomonasutbrudd på intensiv (G. Bukholm, Ahus)
Håndtering av nasjonalt pseudomonasutbrudd i intensivavsnitt (B. Iversen, Nasjonalt folkehelseinstitutt)
European surveillance of infections in intensive care patients (Helics) (C. Suetens, Belgia)
10.30-11.00 Kaffepause og utstilling
11.00-12.30 **Postere og frie foredrag i parallelle sesjoner**
12.30-13.30 Lunsj
13.30-14.30 **Parallelle sesjoner**

Store sal: **Elektroniske journalsystemer i anestesi og intensivmedisin**- Hvorfor elektroniske journalsystemer (N. Smith-Erichsen)- Kravspesifikasjoner og implementering av elektroniske journalsystemer i intensivmedisin (T. Buxrud, Ahus)- Elektronisk anestesijournal: Erfaringer, muligheter og utfordringer (T. Eken, AUS, mfl) **Møterom 2: Assistentlegens hjørne** - Statistikk for den uinvidde (S. Sjøvik, AUS)- Rtg thorax (HB. Eggesbø, Oslo)- EKG tolkning – arrytmibehandling (B. Bendz, UUS)

- 14.30-18.00 **Fagpolitikk og generalforsamling**
19.00-20.00 **Kveldsmøte** (Glaxo Smith Kline)
Sedation in the intensive care unit (G. Park, Cambridge)

Fredag 25.10

- 08.30-09.15 **Otto Møllestads minneforelesning**
09.15-09.30 Pause
30.30-30.30 **Parallelle sesjoner**

Store sal: **HLR –oppdatering**- Resuscitering: State of the art anno 2002 (K. Lexow, SiR) - Behandling og prognose etter vellykket resuscitering (A. Langhelle, UUS) **Møterom 2: Intensivregistrering** Workshop ledet av H. Flaatten, Hauke-land Sykehus

- 10.30-11.00 Kaffepause og utstilling
11.00-12.30 **Postere og frie foredrag i parallelle sesjoner**
12.30-13.30 Lunsj
13.30-14.15 **Acta forelesning** (S. Lindahl, Stockholm)
14.15-14.30 Pause
14.30-16.00 **Parallelle sesjoner**

Store sal: Smertebehandling - Invasive procedures in pain therapy (Prof. Liam, Nederland)- Behandling av fantomsmerter (G. Rosen, AUS) **Møterom 2: Kvalitetsregistre** (T. Eken m.fl)- Hvorfor kvalitetsregistre- Juridiske aspekter- Praktiske aspekter- Erfaringer og perspektiver

- 16.00-16.30 Kaffe og utstilling
16.30-18.30 **Parallelle sesjoner fortsetter:**

Store sal: Smertebehandling forts. (60 min)- Multidisiplinær smerteklinikk – erfaringer fra Aker (J. Berner m.fl)**Pasientsikkerhet** (60 min) (G.Brattbø, Haukeland Sykehus) **Møterom 2: Den vanskelige luftvei -workshop** (60 min) (A. Myklebust, AUS m.fl)(workshop)- Intubering med bronkoskop- Bruk av fast-trach- Combitube – trach-light**Bruk – misbruk av helikoptertjeneste** (60)- Erfaringer med transport av intensivpasienter (T. Strand, Ahus)- Rogalandsundersøkelsen (HM. Lossius, SiR)

19.30-? **Festmiddag!**

Lørdag 26.10

09.00-12.00 **Enhetlig ledelse: Hvordan takler vi det?**

Hvilke prinsipper skal legges til grunn for valg av ledere? Hvem skal lede sykehusavdelinger som driver med diagnostikk og behandling av pasienter? Hvorfor velge lege som leder - Hvorfor profesjonsnøytralt ledervalg? Erfaringer med ikke-medisiner som leder.

Innledning til paneldebatt v/ Bjørn Magne Eggen, helsedepartementet; Magne Skjørshammer, Diakonhjemmet; Helge Svaar, Ahus, Kåre Danielsen, barneavdelingen Kristiansand, m.fl..

Vi sees på Soria Moria!
Hilsen programkomiteen

Kjære kolleger:

Til høstmøtet 2002 ønsker vi en egen sesjon med kasuistikker i foredrags form. Mange mener utveksling av egne erfaringer er noe av det nyttigste på Høstmøtet. Kasuistikken innsendes som E-postvedlegg til erikwn@fagmed.uit.no innen 1.september.

Se også <http://www.fagmed.uit.no/~erikwn/naf/index.htm>, eller klikk deg inn på NAFweb (<http://www2.legeforeningen.no/yf/naf/styre.htm>) og velg Forskning-utvalgets hjemmeside. Klikk så på ”startside” øverst. Her kan du også laste ned en ferdig formatert abstract-mal i Word format, hvor du kan fylle inn din egen tekst

Kasuistikken bør ha et didaktisk poeng. Den kan være sjelden eller ha nyhetens interesse. Kasuistikken presenteres med **sykehistorie, kliniske funn og supplerende undersøkelser**. Avsluttes med **diskusjon** av klinisk betydning.

Vi ser fram til å høre fra deg. Lykke til!

På vegne av Forskningutvalget; Erik Waage Nielsen



Rapport fra Norsk Intensivregister (NIR) 2001

Redigert av

Hans Flaatten
Overlege Dr.med
Leder, Intensivutvalget i NAF
Hans.flaaatten@haukeland.no

Innledning

Dette er andre året at Intensivutvalget i NAF har ansvar for å bearbeide innkomne rapporter om aktiviteten ved intensivseksjoner ved landets sykehus. I år var også utvalget bedt om å forestå utsendelse av registreringsskjema. I klartekst betyr vel det at Helsetilsynet ikke lenger ønsker å ha noe ansvar for gjennomføring av denne registrering, og Intensivutvalget tar mål av seg til å overta dette arbeidet fullt ut. Helsetilsynet ønsker imidlertid fortsatt å få en rapport om resultatene (NIR 2001).

Skjema ble som i fjor sendt til 30 sykehus med

generelle intensivavdelinger (inklusive Rikshospitalet). Selve skjema ble midlertid litt forandret. Vi ønsket i år ikke å fokusere på kapasitetsprobleme, noe som ble godt dokumentert både i 1999 og 2000. I stedet ble det bedt om opplysninger vedrørende antall senger og det år avdelingen ble bygget (se vedlegg: Registreringsskjema 2001).

Svarprosenten for 2001 ble bedre enn for 2000. Det kom inn svar fra alle 30 sykehus. Av disse hadde 24 tilfredstillende datakvalitet (i betydningen at de fleste viktige poster var besvart). Kun tre sykehus: To sentral og ett lokalsykehus hadde så mangelfulle opplysninger at data ikke er tatt med i oversiktene. Ett sentralsykehus har gitt data fra både en medisinsk og en kirurgisk intensivseksjon, hvor kun data fra den siste er tatt med (pga mangelfulle data oppgitt fra

den medisinske delen). Et regionsykehus har ingen generell intensivhet, kun "sektoriserte" intensivseksjoner (organspesifikke), og hvor kun en av seksjonene har levert opplysninger om driften for 2001. Total tall for liggetid og respiratortid er tatt med fra alle sykehus i den store oversikten, men ikke med tanke på NEMS, SAPS II og mortalitet.

Datakvaliteten var som skrevet betydelig forbedret siden år 2000. Som eksempler kan nevnes (med tall fra år 2000 i parentes) at opplysninger om NEMS poeng ble gitt av 22 sykehus (19), SAPS II data fra 27 (18), intensivmortalitet ble oppgitt av 28 (22) og sykehusmortalitet av 19 (9) sykehus. Det er åpenbart at langt flere sykehus har nå klart å skille mellom hva som defineres som postoperative pasienter og hva

Tabell 1 a

Gjennomsnitt antall pasienter, alder (år), liggetid og respiratortid (døgn som timer/24) ved lokal (n=7), sentral (n=13) og regionsykehus (n=4)

Sykehus	Pasienter	Pas. > 80	Alder (m)	Int.døgn	Snitt Resp.døgn	Snitt	Antall senger
Lokal	240	36	61	954	4,0	391	6,2 8,0
Sentral	332	38	58	1956	5,9	959	6,0 8,9
Region	425	35	52	2236	5,3	1533	4,8 11,5

Tabell 1 b

Gjennomsnitt NEMS, SAPS II skår, Intensiv og sykehusmortalitet ved de samme type sykehus som i 1a

Sykehus	NEMS	SAPS II	Intensivmortalitet	Sykehusmortalitet
Lokal	25,7	31,6	7,2%	18,9% (n=4 sykehus)
Sentral	27,0	35,7	16,4%	24,5% (n=9 sykehus)
Region	38,7	40,4	15,9%	24,9% (n=3 sykehus)

som er intensivpasienter.

Resultat.

Den store oversikten (30/30 sykehus) viser at det i 2001 ble

2).

Som for år 2000 er pasientene betydelig sykere mer ressurskrevende på regionsykehusene. Her er fortsatt

lokal og sentralsykehus, mens regionsykehusene fremstår som mer homogene (med unntak av de sektoriserede intensivseksjoner). For

lokalsykehusene varierer antall intensivpasienter fra 16 til 286 og for sentralsykehusene fra 185 til 601. Fem av sentralsykehusene har en totalaktivitet (liggedøgn og respiratordøgn) som er tilsvarende det regionsykehusene har, og skiller seg klart ut fra de andre sentralsykehusene.

Når det gjelder teoretisk intensivkapasitet (antall senger) varierer dette lite. I snitt er det 8 senger ved lokalsykehus, 8,9

senger ved sentralsykehus og 11,5 senger ved regionsykehusene. Den teoretiske kapasiteten er vist i figur 3 sammen med den aktuelle liggetiden på hvert sykehusnivå.

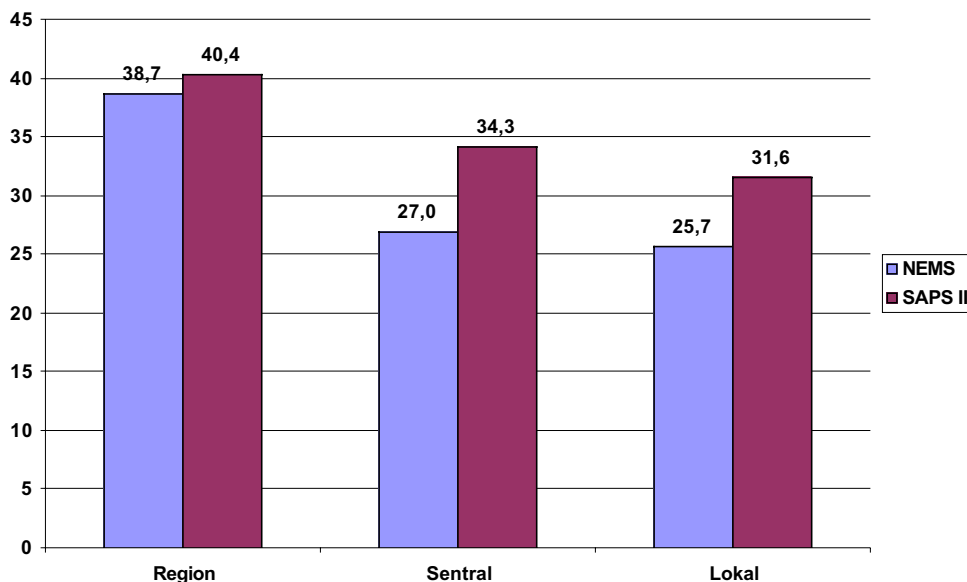
Median byggetid for intensivavdelingene er utregnet til 1990, dvs at halvparten av

behandlet 10220 pasienter ved norske intensivseksjoner, med i alt 51494 intensivdøgn og 23963 respiratordøgn.

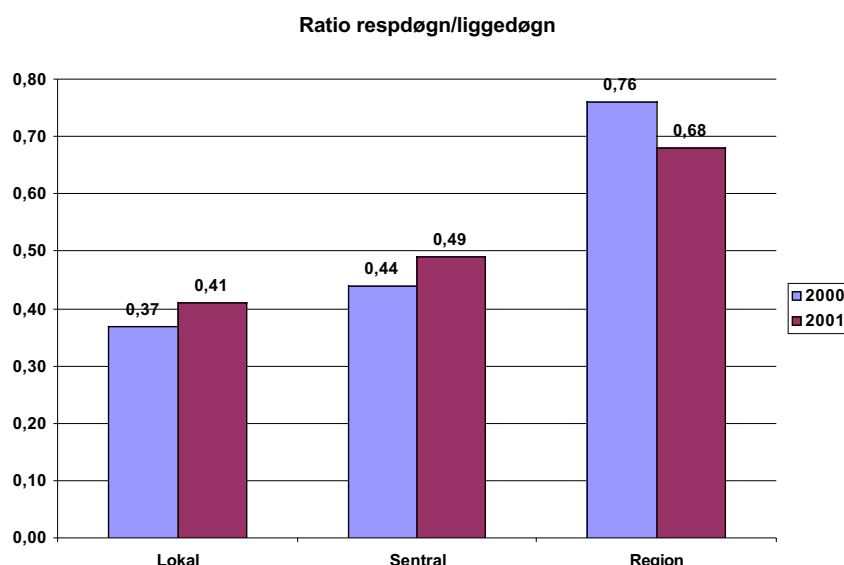
Aggregerte data fra 24 generelle intensivseksjoner er vist i tabell 1a og b, inndelt i lokal, sentral og regionsykehus. Mortalitetsdata er kun tatt med der det er gitt opplysninger om SAPS II og sykehusmortalitet. Som for år 2000 er det interessante forskjeller mellom ulike nivå på sykehusene. Lokalsykehusene har fortsatt som ventet de minst syke pasientene (SAPS II) og minst ressursbruk per pasient (NEMS) (figur 1). De har også i snitt kortest liggetid på intensiv, men lengst gjennomsnittlig respiratortid. Både lokal og sentralsykehus har økt ratio respiratordøgn/liggedøgn fra år 2000, noe som trolig skyldes en bedre seleksjon av intensivpasienter fra postoperative pasienter (Figur

ratioen høy: 0,68. Interessant er det derfor å se at disse sykehus har den korteste respiratortiden (snitt 4,8 døgn) og den laveste gjennomsnittsalder, noe som kan forklares av et større andel barn som trolig blir intensivbehandlet ved regionsykehusene.

Det er store variasjoner i tallene først og fremst i gruppen



Figur 1. Gjennomsnittlig NEMS og SAPS II skår ved de ulike sykehusgrupper.



Figur 2 Ratio respiratortid/liggetid for lokal sentral og regionsykehus år 2000/2001

landets intensivavdelinger > 12 år gamle. Syv avdelinger > 20 år gamle og fire er bygget i løpet av de siste fem år.

Diskusjon

Norsk Intensivregister er for år 2001 mer komplett en noen gang, og datakvaliteten har bedret seg betydelig. Fortsatt sliter noen sykehus med å skaffe pålitelige data selv for så grunnleggende ting som antall pasienter, antall liggedøgn og bruk av respirator. Noe kan trolig skyldes at det fortsatt har vært problem med dataprogram, selv om den siste versjonen av NAFreg ser ut til å fungere bedre. Det er derfor å håpe at også de siste sykehus som mangler for 2001 kan bidra med data for 2002.

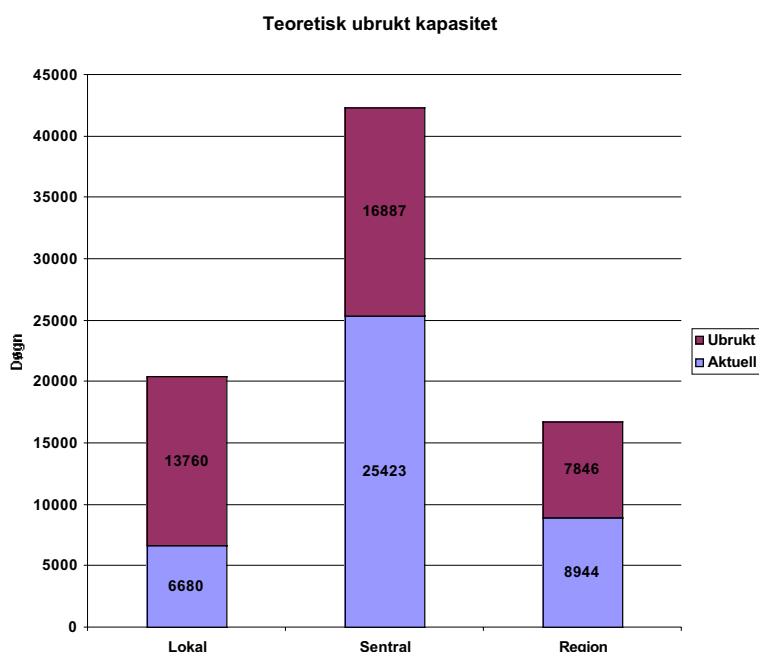
I år har alle sykehus fått tilbakemelding med tilgang på et komplett datasett fra NIR, men i anonymisert form. På dette kan de se egne data sammenliknet med den gruppe av sykehus de tilhører. Det er å håpe at en slik tilbakemelding vil gi verdifulle innspill til det enkelte sykehus, spesielt der avvikene fra "normen" er stor. Som eksempel kan nevnes at gjennomsnittlig liggetid på en intensivseksjon ved sentralsykehus varierer fra 3,9 til 12,3 døgn og gjennomsnittlig respiratortid på intensivavdeling ved lokalsykehus varierer fra 1,7 til 10,6 døgn og ved sentralsykehus fra 3,1 til 9,8 døgn. Ved regionsykehusene er aktiviteten mer homogen med gjennomsnittlig liggetid fra 4,4 til 7,2 og respiratortid fra 3,6 til 6,5 døgn. Men selv ved regionsykehusene representerer dette variasjoner som trolig er større enn det bør være. Det blir således en utfordring for

intensivmiljøet i Norge å jobbe med kvalitetsprosesser som kan redusere respiratortid og derved også liggetid, noe som er vist å kunne gi betydelig effekt¹

De mest syke pasientene krever mest ressurser, noe som går tydelig frem av gjennomsnittlig SAPS II skår og NEMS poeng/pasient. Til tross for dette har regionsykehusene den laveste gjennomsnittlige respiratortiden, noe som kan ha mange årsaker. En årsak kan være at flere pasienter dør tidlig under intensivoppholdet ved disse seksjonene og derved trekker tiden ned. Interessant nok er det ingen forskjell i gjennomsnittlig mortalitet (intensiv eller sykehus) ved sentral vs. regionsykehus til tross for mer syke pasienter. En annen forklaring kan være at regionsykehusene pga stort kapasitetspress har måttet "presse" respiratortiden ned for å øke omsetningen. På Haukeland sykehus har gjennomsnittlig respiratortid gått ned fra 6,2 til

3,6 døgn i løpet av de siste fem år. Dette har kommet som ledd i bevisst strategi for å forkorte liggetid ved å optimalisere sedasjon og avvenning fra respirator.

Når det gjelder ubrukt kapasitet ved intensivseksjoner må en være forsiktig med å tolke disse tallene. De fleste intensivavdelinger har en diskrepans mellom antall fysiske sengeplasser og den faktiske kapasitet seksjonen har, spesielt gjelder dette antall samtidige respiratorpasienter. En regner med at optimal drift av en intensivseksjon ikke bør bruke mer enn ca 80% av teoretisk kapasitet for å ha tilstrekkelig med beredskap til nye pasienter. Intensivseksjonene ved alle typer sykehus ligger langt under dette (lokalsykehus 33%, sentralsykehus 60% og regionsykehus 53%). Dette tyder sterkt på at en manglende intensivkapasitet i Norge først og fremst må løses med å få utnyttet deler av denne



Figur 3. Teoretisk vs.

reservekapasiteten (opp til 80%) før antallet intensivsenger økes. I tillegg tyder tallene på at lokalsykehusene trolig har en reell overkapasitet av intensivsenger.

Mange av intensivavdelingene er gamle og vil trolig bli bygget om i løpet av de neste årene. Det er viktig ved en slik ombygging at en kritisk går igjennom det reelle behovet for intensivplasser slik at en unngår at senger står tomme pga manglende personalressurser eller manglende pasienter.

Veien videre.

I intensivmiljøet blir det nå diskutert når vi skal ta skrittet over til å melde individuelle pasientdata og ikke bare aggregerte data fra hver enkelt intensivseksjon. Ved å melde

individuelle data (anonymisert til kun kjønn og alder) vil det være enklere å gjøre ytterligere kvalitetsvurderinger av den samlede intensivinnsats i Norge. Ikke minst gjelder dette overlevelseshdata. Statistisk sett blir det ikke riktig å regnet forventet overlevelse ut fra snittverdier for SAPS II oppgitt fra en seksjon. En må for hver pasient regne en forventet risiko for død (ut fra hans/hennes individuelle SAPS II data) og så regne et gjennomsnitt av disse risici for død. Dette fordi forholdet mellom SAPS II og forventet mortalitet ikke er lineær. De estimat som kan gjøres for forventet overlevelse/død er derfor beheftet med store feilmarginer (mange prosent i hver reting). Opplysninger om

sykehusmortalitet er avgjørende for at en kan bruke SAPS II på denne måten, og her ligger det fortsatt et potensiale for beydelig forbedring.

Et annet forhold vi kan belyse ved bruk av individuelle data er hva slags pasienter som behandles. Per i dag vet vi lite/ingenting om diagnoser hos norske intensivpasienter. Intensivutvalget og Helsetilsynet har oppfordret til å bruke ICD-10 kodeverket også innenfor intensivmedisin. Ved å få vite eksempelvis de fem mest aktuelle ICD-10 koder/pasient ville vår innsikt i norsk intensivmedisin bli betydelig bedre. Trolig trenger NIR tilsyn fra datatilsynet for et slikt register, noe det vil bli søkt om i løpet av året.



**Vi minner om
Finsekurs i Klinisk
Ernæring som
arrangeres for hvem
vet hvilken gang.
Det kommer
informasjon i posten
med påmelding i
løpet av juni. Har
du ikke vært der har
du en opplevelse
tilgode.**

Call for Applications for the Scandinavian Training Program in Intensive Care Medicine

The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI) co-ordinates an advanced Inter-Nordic training program in Intensive Care Medicine. The training program is limited to 25 trainees. The training period is 2 years, starting January 2003. During the training period the SSAI organises 6 courses. These courses will circulate in all the Nordic countries and the common language will be English. The training period includes an exchange program with a clinic in another country.

During the 2-year period the trainee will be appointed a host clinic. The host clinic will employ the trainee in an appropriate position during the training program. A minimum of one year of clinical training should be done in a university clinic.

The trainee is expected to attend the examination for the European Diploma in Intensive Care Medicine and acquire the European Diploma in Intensive Care (EDIC) awarded by the European Society of Intensive Care Medicine.

Trainees completing the 2-year Inter-Nordic training program will receive a certification in Intensive Care Medicine from the SSAI. All expenses for this program (including travelling, accommodation and a fee for each course) have to be covered by the host clinic. Applicants must be young specialists in Anaesthesiology.

For further information please contact chairman of the SSAI Inter-Nordic training program, Anders Larsson, phone +45 3977 7177, e-mail: andla@gentoftehosp.kbhamt.dk, Niels Andersens Vej 65, Gentofte University Hospital, DK-2900 Hellerup, Denmark

Application form including documented interest in intensive care medicine and a curriculum vitae (one original and two copies) should be sent to the Secretary of the SSAI Steering Committee of the Inter-Nordic training program before November 15, 2002:

Mrs Dorthe Klit, Department of Anaesthesiology and Intensive Care
Gentofte University Hospital
DK-2900 Hellerup, Denmark
Telephone + 45 3977 3391
Fax +45 3977 7625
E-mail dokli@gentoftehosp.kbhamt.dk

Application form SSAI Intensive Care Training 2003-4

Name
Title
Home address

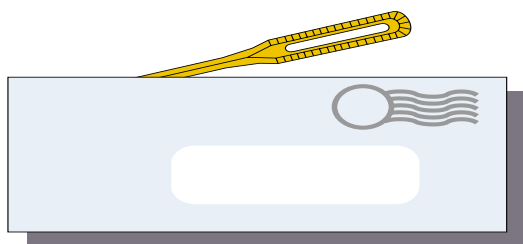
Working address

Country
E-mail (home/work)
Phone (home/work)

I hereby apply for the Inter-Nordic training program in Intensive Care Medicine. All expenses for this program (including travelling, accommodation and a fee for each course) have to be covered by the host clinic.

Date
(Signature of the applicant and name in capital letters)

Date
(Signature of the chairman of the host clinic and name in capital letters)



Fra postkassen

En million anestesioorganisasjoner i Europa?

Jannicke Mellin-Olsen, Bærum sykehus

Klarer DU å holde oversikt over alt som finnes?

Først og fremst: Du er medlem av NAF- Norsk anesthesiologisk forening. Dermed er du også medlem av SSAI (Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine), og jeg har skrevet mer om hva som foregår der, et annet sted i bladet.

Alle som er medlem av en nasjonal forening, er også medlem av CENSA (Confederation of European National Societies of Anaesthesiology). Føderasjonen arrangerer kongresser etter mønster av tilsvarende kongresser i alle verdensregioner, og prøver særlig å være et organ for utveksling av kunnskap og annet mellom de landene med mye ressurser og de som ikke har så mye. I Europa er programmet kalt "West Helps East". (Alle de regionale foreningene i verden er samlet i WFSA – World Federation of Societies of Anaesthesiology, som også arrangerer kongresser hvert fjerde år og har undervisningsprogram og diverse "humanitære" prosjekt.)

EAA (European Academy of Anaesthesiology) arrangerer også kongresser, men har først og fremst utdanning som arbeidsområde. Det er EAA som arbeider med den europeiske eksamen, som alt for få norske har fremstilt seg for (heller ikke jeg). Der er det individuelt medlemskap, som i ESA (European Society of Anaesthesiology). Dette er en organisasjon som er bygget opp over samme modell som den amerikanske anestesiforeningen. Hovedoppgavene er å arrangere en årlig kongress og å utgi tidsskriftet *European Journal of Anaesthesiology*

Paraply-/samarbeidsorganisasjonen EFA (European Federation of Anaesthesiology): Tanken er å samordne de "tre store"- CENSA, EAA og ESA. Alle er enige om at det er for mange organisasjoner og kongresser i Europa, og arrangører, deltakere og industrien ønsker færre. Det har ikke vært helt enkelt å få til et samarbeide, bl.a. fordi organisasjonene har ulik medlemsstruktur (personlig/kollektivt medlemskap). Kongressen i Glasgow til neste år blir første forsøk, men det er planer om å fullføre samordningen innen en 3-4-årsperiode.

I tillegg til disse viktige strukturene finnes også mange andre anesthesi-, intensivmedisinske-, smerte- og akuttmedisinske organisasjoner i Europa, men leseren har gjerne nådd forvirringsgrensen allerede?

Hva skjer i SSAI? *Jannicke Mellin-Olsen, norsk SSAI-representant*

Alle får vi ACTA i posten, men skjer det noe annet i SSAI-styret?

Kongresser.

I januar var det styremøte. Der ble det gitt mye ros til fjorårets kongress i Tromsø. Neste kongress for SSAI er i august til neste år- sjekk www.congrex.fi/ssai2003. Forberedelsene er godt i gang, og alt tyder på at det også blir et møte det er verdt å reise til.

Forskning.

Det er opprettet arbeidsgrupper med referansegrupper for intensivmedisin (der er Ola Winsö fra Sverige leder), smertebehandling (Eija

Kalso, Finland), anesthesi (Lars Rasmussen, Danmark) og akuttmedisin (Eldar Søreide, Norge).

En undersøkelse om aktiviteter ver

ulike sykehus i Norden er underveis. Frem til januar hadde 94 anesthesiavdelinger besvart- og de utfører 800000 generelle anestesier, 100000 spinalanestesier, 50000 "vanlige" epiduraler, 50000 fødeepiduraler. Seksti tusen intensivpasienter (eller snakker vi intensivdøgn?) behandles årlig ved disse sykehusene. Det betyr et kjempepotensial for forskning. Fra tidligere er Norden attraktiv som forskningsscene for store pasientgrupper, fordi vi er systematiske og grundige, og ærlige. Når vi i tillegg kan vise til slike tall, blir vi verdige "konkurrenter" til andre områder i verdener der det gjøres f. eks. kliniske utprøvnings.

Referansegruppene skal utarbeide protokoller og retningslinjer innen sitt område, som så samordnes. Det er meningen å knytte til seg også annen kompetanse, som statistikere, epidemiologer, etisk komite, mm. Deretter er det fritt frem for kolleger å komme med gode forslag til forskningsprosjekt. Det er ikke meningen at SSAI bare skal virke som en tilretteleggende instans, ikke kontrollere og ta ansvaret. Forskerne selv skal gjøre jobben og ta den fortjente æren.

ACTA.

Som kollegene har lagt merke til, har utsendelsen av ACTA vært uregelmessig den siste tiden. Det skyldes barnesykdommer ved at Blackwell Publishing har kjøpt opp Munksgaard, og ACTA produseres nå i Edinburgh. Det er mye som tyder på at det blir bedre heretter. De siste årene har tidsskriftet endret profil til også å være meget godt lesestoff for nykommere i faget med en god blanding av eksperimentelle studier, kliniske rapporter, og oversiktsartikler, i tillegg til gode redaksjonelle innlegg. ACTA er blant de beste av verdens anestetidsskrift, og den eneste blant de store som ikke har en fulltids ansatt redaktør (som kjent er professor Sven Erik Gisvold minst dobbeltarbeidende). Tiden er vel snart inne for å gjøre noe med det?

Utdanning.

Også innen utdanning skjer mye. Det fjerde kullet med intensivkandidater er under utdanning, og den første gruppen smertekandidater er i gang. Luftveis-håndteringskurs er utviklet. Barneanestesi og –intensivmedisin er neste i løypa, gjerne i samarbeid med barneleger.

Dessuten planlegger "Educational Committee" (som er ledet av Hans Flaatten) å samle en gruppe ressurspersoner for å diskutere nye undervisningsmetoder, altså ikke bare forelesninger, f.eks. simulatortrening, læring via Internett, osv.

Kvalitetssikring.

Gruppen arbeider for å finne en god profil. Er det mulig/ønskelig med felles retningslinjer og felles problemrapportering? Skal SSAI arbeide med "auditing", altså at noen kolleger besøker et annet nordisk sykehus for å se forbedringspotensial ved disse avdelingene- som igjen kan brukes som argument ved ressurstildeling? Tendensen er at sykehusadministratorene stadig oftere ber om kvalitetsindikatorer. Vi vil ha hjelp av å samarbeide om slike over landegrensene, slik at vi kan ha glede av arbeid andre har gjort før oss. Tanken er ikke at SSAI skal være storebror, men å være en ressurs/tilrettelegger for avdelingene.

Baltikum

Tidligere "Nordisk anestesiologisk forening" hadde et utdanningsfond som ble brukt til bla. aktiviteter i Baltikum. For tiden gir ACTA 20-30 gratisabonnementer til de baltiske landene, og det er satt ned en gruppe som skal se nærmere på et godt samarbeid med kollegene rundt den baltiske sjøen.

Medlemskontakt.

Som leseren ser, er det altså mer som foregår i SSAI-regi enn at vi får ACTA, men ennå er styret ikke fornøyd. Vi vil arbeide mer for å finne gode måter å få kontakt med hvert enkelt medlem. En felles nordisk Internettportal med lenker til hjemmesidene til de nasjonale foreningene med Tidsskrift, ACTA mm. er aktuell, og ACTA sponser et første møte med en gruppe som kan se på dette, der vår egen utmerkede NAFWEB-redaktør er medlem.

Hva skjer i UEMS, Section and Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care?

Først og fremst: Hva er UEMS? Bokstavene står for "Union Européenne des Médecins Spécialistes" – på engelsk "The European Union of Medical Specialists". Det er EU's organ for legespesialister. Medlemmer er EU-landene, Island, Norge og Sveits. I tillegg er det assosierte medlemmer, som Kroatia, Estland, Ungarn, Malta, Polen, Slovenia og Tyrkia. Det er mange undergrupper, hvorav altså én for vårt fag. Prof. OFM Sellevold har gjort en kjempejobb som norsk representant i mange år. Som noen husker, ble det vedtatt ved generalforsamlingen i NAF i fjor at styret skulle samarbeide med spesialitetskomiteen om å finne et nytt medlem, og det ble altså meg.

Innen vårt fagområde er det følgende underkomiteer:

- CME (Continuous Medical Education)/CPD (Continuous Professional Development).
- Fellowship European Board
- Education and Training
- Manpower
- Emergency Medicine
- Pain

- PACU (Post Anaesthesia Care Unit)
- Sedation

Leder er dr. William Blunnie fra Belfast. Han er ganske ny som leder, men gir et positivt inntrykk av én som ønsker fremdrift i sakene. Det samme gjør de to andre medlemmene i ledergruppen, visepresident prof. Mogens Huttel fra Danmark og sekretær prof. Hans T. A. Knape, Nederland.

Det arbeides for felles standarder innen EU innen alle de ovennevnte områdene, men jeg fikk innblikk i EU's utfordringer, idet alle landene også har nasjonale standarder som man må ta hensyn til.

Det ble holdt korte møter i underkomiteene. OFMS har tidligere møtt i Education and Training, mens jeg skal sitte i CME/CDP-gruppen. Det er en viktig gruppe for oss, og jeg skal komme tilbake med mer informasjon om arbeidet der. Videre ble det diskutert mye om samarbeidsforhold mellom alle de europeiske anaestesiorganisasjonene. Jeg skriver om de utfordringene et annet sted i bladet.

Jannicke Mellin-Olsen norsk representant UEMS

