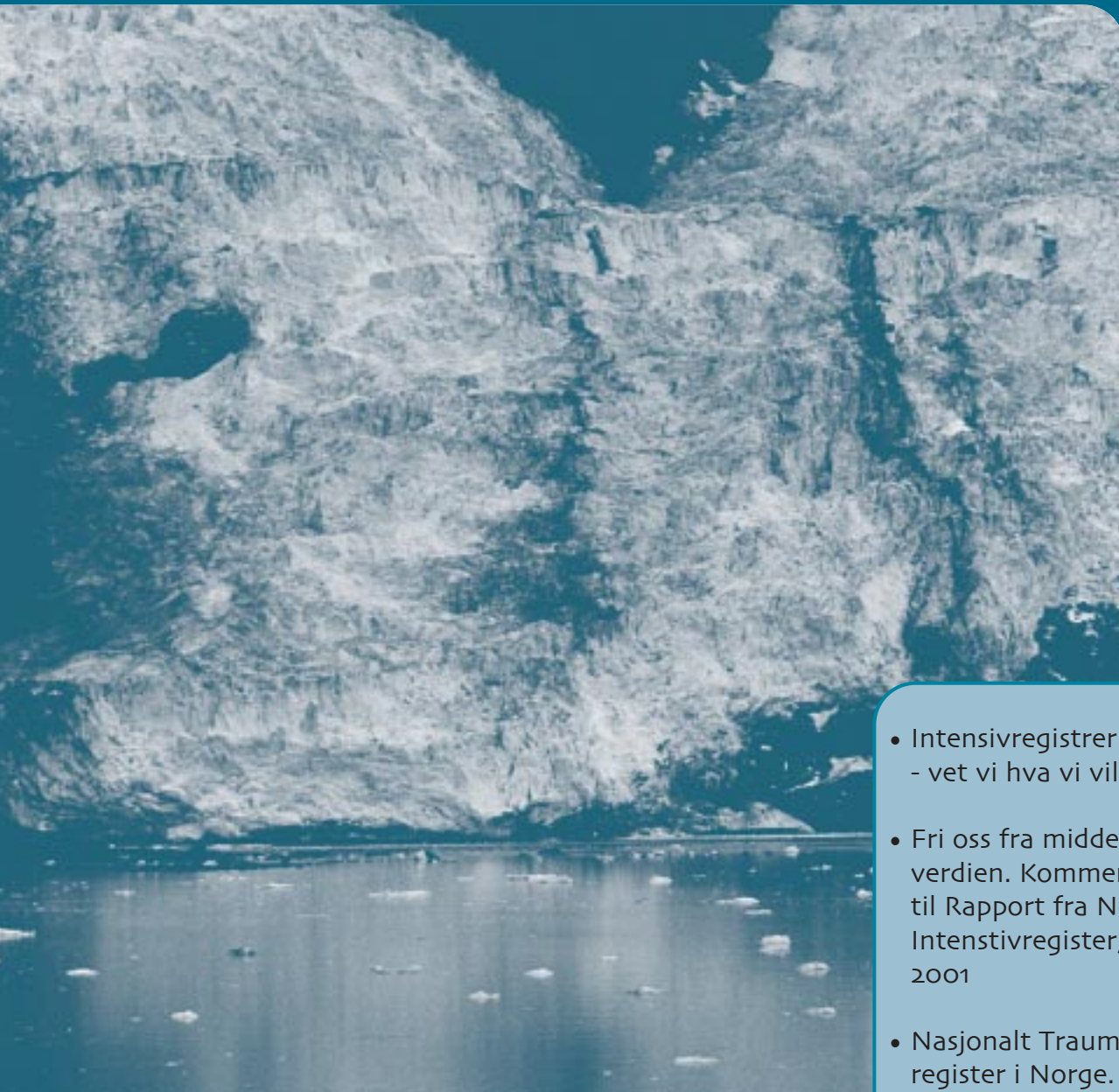


# NA Forum

Tidsskrift for Norsk Anestesiologisk Forening, DNLF

Vol 16; 2003, nr 1



- Intensivregistrering  
- vet vi hva vi vil vite
- Fri oss fra middel-  
verdien. Kommentarer  
til Rapport fra Norsk  
Intensivregister, NIR  
2001
- Nasjonalt Traume-  
register i Norge.  
Hvor står vi



# HyperHAES®

Hyperton NaCl 7,2% og HES 6% 200/0,5



Fresenius Kabi Norge AS  
Gjerdrumsvei 12, 0484 Oslo  
Telefon 22 58 80 04  
Telefax 22 58 80 01  
[lisbeth.taraldsen@fresenius-kabi.com](mailto:lisbeth.taraldsen@fresenius-kabi.com)



**Fresenius  
Kabi**

Caring for Life



Lederen har ordet <i>Mårten Sandberg</i> .....	4
Dnlf og organisasjon <i>(Jannicke Mellin-Olsen)</i> .....	5
Fri oss fra middelverdien. Kommentarer til Rapport fra Norsk Intensivregister, NIR 2001 <i>(Rolf Haagensen &amp; Nils Smith-Erichsen)</i> .....	9
Norsk Intensivregister. Samarbeid utvides og utvikles videre <i>(Hans Flaatten)</i> .....	14
Intensivregistrering-vet vi hva vi vil vite? <i>(Inger-Lise Fonneland &amp; Espen Huldt-Nystrøm)</i> .....	16
Referat fra Fagpolitikk og Generalforsamlingen i Norsk anestesiologisk forening <i>(Anne Berit Guttormsen)</i> .....	21
Nasjonalt Traumeregister i Norge. Hvor står vi <i>(Olav Røise &amp; Hans Morten Lossius)</i> .....	25
Styrenytt .....	26

## Adresser:

Anestesi og Intensivavdeling  
Haukeland Sykehus  
N-5021 Bergen  
Tlf: 55 97 24 50 / fax: 55 97 24 68

## Ansvarlig redaktør:

Hans Flaatten  
Anestesi og Intensivavdeling  
Haukeland Sykehus  
N-5021 Bergen  
E-post: hans.flatten@helse-bergen.no

## Redaksjon:

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

## Design/layout:

Akuttjournalen  
4102 Idse  
Tlf: 51 74 14 80 / fax: 51 74 14 81  
E-post: publisher@Akuttjournalen.no

*Fosidefoto: Jannicke Mellin Olsen  
College Fjord i Alaska*

*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 opp-givelse av kilde.*

## Bli medlem i NAF!

Som medlem i NAF får du tilsendt 4 eksemplarer av NAForum og Akuttjournalen 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.

## Styret i Norsk anestesiologisk forening 2002-2003

Tittel	Navn	Arbeidssted	Postnr/sted	Tlf. arb	Fax. arb	E-post
Leder	Mårten Sandberg	Prehospital Divisjon Ullevål sh	1474 Nordbyhagen	69 78 10 54	67 98 10 89	marten.sandberg@c2i.net
Nestleder	Eldar Søreide	Anestesiavd. SiR	4068 Stavanger	51 51 92 26	51 51 99 32	soed@si.no
Kasserer	Kristin Sem Thagaard	Anestesiavd. Ullevål sh	0407 Oslo	22 11 96 90		kristinsem.thagaard@ulleva.no
Sekretær	Anne-Berit Guttormsen	Anestesiavd./Intensivavd. Haukeland sh	5021 Bergen	55 97 68 50		anne.guttormsen@helse-bergen.no
Høstmøte-sekr.	Jan Henrik Rosland	Haraldsplass diakonale sh	5009 Bergen	55 97 94 00	55 97 93 99	jhro@haraldsplass.no
Medlems-sekr.	Elin Kryvi	Anestesiavd./Intensivavd. Haukeland sh	5021 Bergen	55 97 68 50		eli-kryv@frisurf.no



av Mårten Sandberg

## Lederen har ordet

Et nytt år er i gang, og det blir forhåpentligvis et godt år i NAF-sammenheng. På Generalforsamlingen i oktober var det valg til de fleste utvalgene i NAF. Jeg vil benytte anledningen til å takke for innsatsen til de som nå har gått ut av utvalgene, og samtidig ønske de nye utvalgsmedlemmene velkommen! NAF står foran mange nye utfordringer og sammen kan vi bidra til å bringe faget vårt fremover. Et av de viktigste stikkordene i så måte er kliniske retningslinjer. Styret har nå bedt de ulike fagutvalgene identifisere områder hvor det bør utvikles slike retningslinjer og vi har stor tro på at fagutvalgene sammen med kvalitetsutvalget og styret skal komme godt i gang med dette arbeidet i løpet av året. Utkastene til de kliniske retningslinjene tenkes etter hvert fremlagt på Generalforsamlingen på høstmøtet for godkjenning. Apropos høstmøtet: styret har mottatt et brev fra Soria Moria hvor hotellet annonserer at det ikke lenger ser seg i stand til å opprettholde tilbudet til NAF om å arrangere høstmøtene der oppe. Årsaken til dette er at hotellet har for lav inntjening siden det er mange daggjester og få overnattingsgjester. Dette er påstander som styret stiller seg undrende til all den tid 60-75 % av alle rommene er utleid til NAF-medlemmer i denne perioden og alle måltidene rutinemessig blir inntatt på Soria Moria. Imidlertid så er dette en beslutning som vi må forholde oss til. Ved å inngå enkelte kompromisser med Soria Moria så regner vi med at høstmøtet 2003 vil bli avholdt på Soria Moria, og i år er det Rikshospitalet og Radiumhospitalet som har programansvaret. Disse kompromissene vil imidlertid, slik det ser ut i dag, føre til at det er plass til færre utstillere enn det vi er vant til. Og færre utstillere betyr lavere inntekter for NAF, noe som på sikt kan true kvaliteten på høstmøtene. Det må vi for enhver pris unngå og styret er takknemlig for kreative forslag når det gjelder alternative steder og måter å avvikle høstmøtet på.

Ellers er det de nære ting som opptar undertegnede mest for tiden. Som kjent så har helsevesenet blitt omorganisert nok en gang og de fleste av oss er nå ansatt i et helseforetak. Og endelig har de sentrale forhandlingene blitt avsluttet med en avtale mellom Legeforeningen og NAVO slik at vi får en lønnsavtale å forholde oss til. Grunnlønnen har øket, tilleggene har krympet og de aller fleste ender

forhåpentligvis opp med en tilfredsstillende inntekt. Det vet vi imidlertid mer om når de lokale forhandlingene er unnagjort. Foreløpig er det mange nye begreper som for eksempel basislønn, uforutsette vakter og UTA å forholde seg til. I tillegg er det nye prosentsatser å ta hensyn til. Det tok iallfall meg litt tid å bli fortrolig med hva f. eks. 0,08 % av basislønnen egentlig er i kroner og øre og hvorvidt det er en tilfredsstillende avlønning! Den største utfordringen kommer nok allikevel i forbindelse med de lokale forhandlingene. De fleste av oss har søkt på stillinger avertert i Tidsskriftet og mer eller mindre blindt akseptert det medfølgende lønnstrinnet. Nå skal vi imidlertid sette oss ansikt-til-ansikt med vår overordnede å fortelle hvorfor akkurat JEG fortjener mer enn minus-avlønningen som NAVO-avtalen omtaler. Har jeg noen form for spesial-kompetanse innenfor faget? Hva med forskning, eller kanskje administrasjon og ledelse? Kanskje burde lang og tro tjeneste belønnes, eller hva med fleksibilitet og evne til omstilling? Veiledning av yngre kolleger? Miljø-skapning? Nå er det viktig at hver og en går i seg selv og finner ut hva som er rimelige og rettferdige krav. Vi vet alle at det er noen sjeler på hver avdeling som trekker en større del av lasset enn de øvrige, og nå kan de få sin pekuniære belønning..... så sant systemet fungerer etter hensikten! Jeg ble forresten ganske oppgitt da jeg gikk gjennom avtalen til Ullevål universitetssykehus som jeg selv sorterer under. Der er det nemlig presisert at faglig ferdypning for overlegene inngår i minstelønnen og at den skal foregå utenom vanlig arbeidstid. Dette er til kjedsommelighet nok et eksempel på at våre arbeidsgivere ser på oss som rene produksjonsarbeidere og at de ikke innser at vi bedriver virksomhet på høyt faglig nivå. Behovet for faglig oppdatering er økende i takt med et eksplosjonsartet tilfang i kunnskap, og det må settes av tilstrekkelig tid til dette hvis kvaliteten på vårt arbeid skal være slik som pasientene forventer og fortjener det! Lykke til med lønnsforhandlingene!

Det er for øvrig ikke bare helseforetakene som omorganiseres, det gjelder også Legeforeningen. Et forslag går ut på at fylkesforeningene skal erstattes med regionale foreninger, at antall yrkesforeninger skal

reduseres fra sju til fem, og – viktigst i denne sammenhengen – at spesialforeningene som Norsk anesthesiologisk forening skal erstattes av medisinske foreninger. Dette kommer sannsynligvis til å få få praktiske konsekvenser for NAF, men diskusjonene når

det gjelder organisasjonsstrukturen i Legeforeningen har så vidt begynt. Styret skal etter beste evne følge med i denne diskusjonen og bidra til at spesialforeningene – eller de medisinske foreningene – kommer styrket ut av omorganiseringen.

av Jannicke Mellin-Olsen  
landsstyrerepresentant  
Spesialforeningene



## Dnlf og organisasjon

Interesserer det deg at Organisasjonsutvalget til Legeforeningen har kommet med sin innstilling? Jeg gjetter at noen av dere har registrert det, men de færreste har gidde å åpne dokumentet. Men det er nå dere har mulighet til å påvirke.

Etter at innstillingen er behandlet under landsstyremøtet i mai, er det for sent å klage over at Legeforeningen ikke fungerer, i den grad det skyldes at foreningen ikke er godt nok organisert. Derfor bør alle bruke demokratiet. Høringsfristen er satt til 17. mars, men også etter den tid er det mulig å påvirke ved å snakke med landsstyrerepresentanter. Av dem er anesthesiologer godt representert. Utvalgets viktigste anbefalinger er at

- Fem regionsavdelinger erstatter de nåværende fylkesavdelinger som vedtektsfestede organer for obligatorisk medlemskap i foreningen. Regionsavdelingene pålegges ansvar for å dekke organiseringsbehov på nivå lavere enn region.
- Antall yrkesforeninger godkjent for obligatorisk medlemskap reduseres fra sju til fem.
- De nåværende spesialforeninger som dekker en godkjent spesialitet eller et annet faglig fellesområde, får betegnelsen Medisinske foreninger og får krav på sekretariatsbistand og prosjektstøtte fra Legeforeningen. Medlemskap i slike foreninger og i

spesialforeninger skal fortsatt være frivillig.

- Det gjennomføres en funksjonsfordeling spesielt mellom yrkesforeninger og medisinske foreninger, ved at yrkesforeningene får en uttalt funksjon som fagforeningsorganer mens de medisinske foreningene får ansvar for fagutviklingsarbeidet.
- Det opprettes et fagstyre bestående av leder, nestleder og 5 andre medlemmer samt en observatør for Nmf. Fagstyret skal være underlagt sentralstyret og skal på dets vegne lede og samordne Legeforeningens engasjementer i spørsmål av medisinsk og faglig art, herunder overta sentralstyrets nåværende rolle i forvaltningen av spesialistreglene.
- Styrkingen av de organisatoriske rammer for faglig, vitenskapelig virksomhet skal reflekteres i sekretariatets organisering ved opprettelse av en fagavdeling, som får ansvar for å betjene fagstyret som sekretariat og for kontakten med og bistanden til de medisinske foreninger.
- Landsstyrets sammensetning bygges på prinsippet om gjennomgående representasjon. Det skal bestå av 59 representanter fra de fem styrene for regionsavdelingene (5 x 10 + 9 varamedlemmer fra Legeforeningen Øst), lederne for yrkesforeningene og Nmf, samt fagstyret og sentralstyret, i alt 81 mot nå 121.

Nedenunder er deler av innstillingen angående hvordan Legeforeningen kan ivareta den fag-medisinske delen av formålet. Det er sterke interesse motsetninger i landsstyret, og det kan godt være det blir vanskelig å få gjennom disse endringene. Kanskje ønsker ikke medlemmene det, heller? Eller burde man gå enda lengre? Nå er tiden riktig for å bruke demokratiet!

Bl.a. skriver utvalget: Utvalget ser det som avgjørende viktig at Legeforeningens organisasjonsform gir medlemmene mulighet til å utfolde et faglig engasjement. Utvalget er kommet til at det i utgangspunktet ikke bør være stramme rammer for dette, men en betydelig grad av organisasjonsmessig frihet.

Organisatoriske enheter for faglig virksomhet er viktig av mange grunner:

Forståelsen av konsekvensene ved beslutninger i spørsmål som i videste forstand er medisinske eller medisinsk-administrative krever høy medisinsk kompetanse og innsikt. Det kan dreie seg om lokalisering av medisinske funksjoner, medisinsk funksjonsfordeling, fordeling av økonomi og faglige ressurser, innføring av nytt medisinsk-teknisk utstyr og/eller nye medisinske metoder mv. Alle planer og beslutninger omkring slike spørsmål må bygge på faglig utredning. Legeforeningens tillitsvalgte i kommuner og foretak må i medhold av sin medbestemmelsesrett etter hovedavtalen påse og kreve at konsekvensrike planer og beslutninger har et tilfredsstillende faglig underlag. Slike utredninger kan foretas av fagmiljøer i regionen, men av habilitetsmessige grunner kan det ofte være mer hensiktsmessig å hente kompetansen på et nasjonalt plan. Det er utvalgets erfaring at medisinsk innsikt og kompetanse etterspørres hyppigere og sterkere etter at de statlige foretak overtok eier- og driftsansvaret for spesialisthelsetjenesten. Det er etter utvalgets oppfatning en utfordring for Legeforeningens medisinske foreninger å organisere genereringen av medisinsk kompetanse og spisskompetanse slik at myndighetene får lett tilgang på uhildet kompetanse i det nasjonale, regionale og lokale planarbeid. Også Legeforeningen selv, både nasjonalt og regionalt, vil i rollen som helsepolitisk premissleverandør og aktør ha behov for faglig utredning basert på den ypperste medisinske kompetanse. Utvalget mener det er belegg for at Legeforeningen i kontakt med regjering og Storting får

gjennomslag når den baserer sine analyser av helseplaner og forslag om endring i viktige rammebetingelser på grundig faglig utredning fra anerkjent kompetente krefter og opptrer med representasjon av berørt medisinsk forening.

For øvrig fordrer foreningens engasjement i utdanningsspørsmål, særlig utdanningen av spesialister, at det består et nært og interaktivt forhold mellom foreningen, foreningens organer for forvaltning av spesialistreglene og de spesialforeninger som er engasjert i den medisinske fagutvikling.

Basert på innspill fra medlemmene, fra spesialforeningene og på de diskusjoner som har foregått under organisasjon-sutvalgets arbeid, mener organisasjonsutvalget å ha grunnlag for å hevde at

- spesialforeningene er det medisinske grunnfjellet i foreningen
- medlemmenes innsats i spesialforeningene er først og fremst basert på ønsket om å delta i faglig utvikling
- medlemmenes innsats i spesialforeningene ikke får rettmessig status og gjennomslag slik Legeforeningen er organisert per 2003

Spesialforeningene har per 2.10. 2002 drøyt 11 500 medlemmer som er under 70 år. Særlig blant kirurger og indremedisinere er det vanlig med medlemskap i to eller flere spesialforeninger. Om det forsøkes korrigeret for dette forhold, kan det likevel antas at ca.

9 500 av Legeforeningens medlemmer også er medlem av en eller flere spesialforeninger for å ha arenaer for å utfolde et faglig engasjement. Selv om utvalget ikke har funnet grunn til å foreslå obligatorisk medlemskap på faglig grunnlag, mener vi at det er all mulig grunn for foreningen å tilrettelegge for økt engasjement og innflytelse fra de rent medisinske organisasjonsledd i Legeforeningen.

Visse av de faglige aktivitetene krever fast struktur og dedikerte organer. Det gjelder først og fremst arbeidet med utvikling av spesialistreglene og godkjenning av spesialister, som staten har delegert til Legeforeningen, og som derfor må være under hovedforeningens kontroll. Det er likevel utvalgets oppfatning at spesialistreglenes generelle bestemmelser bør legges om i retning av en

# Der det er behov for en manuell defibrillator

## Heartstream XL defibrillator / monitor

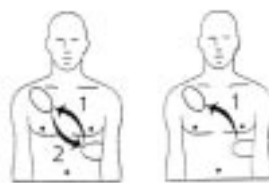
- Lett å bruke
- Kompakt og funksjonell
- Manuell/halvautomatisk bruk
- Lader på under 3 sekunder
- Datakort/Hendelsesrapport
- SMART Biphasic kurve

**PHILIPS**



SMART Biphasic utladning har dokumentert bedre suksessrate enn tradisjonell monofasisk utladning.

SMART Biphasic er den best vitenskapelig understøttede<sup>(1)</sup> defibrillator-utladningskurven på markedet.



SMART Biphasic

Monofasisk

<sup>(1)</sup>SMART Biphasic er understøttet av 13 vitenskapelig publiserte artikler

Forhandles i Norge av  
LAERDAL MEDICAL AS  
Postbox 377, N-4002 Stavanger  
Tel. 51 51 17 00, Fax 51 52 35 57  
E-mail: laerdal.norway@laerdal.no



**Laerdal**  
helping save lives



enkler behandling av søknader om spesialistgodkjenning og at sentralstyret bør overlate sin oppgave i denne sammenheng til et fagstyre. Dette krever muligvis en revisjon av spesialistreglens generelle bestemmelser, noe Legeforeningen kan initiere, men som staten må godkjenne. Et fagstyre bør imidlertid også ha andre koordinerende oppgaver i forhold til aktivitetene i spesialforeningene samt være rådgivende i forhold til sentralstyret. Fagstyret bør velges av medlemmene i de medisinske foreningene etter et mest mulig demokratisk system. Også Ylf har som yrkesforening for spesialistkandidatene en legitim plass i et slikt fagstyre og må følgelig gis plass i valgordningen.

Det er ellers foreslått at spesialforeningene bør endre betegnelse. Utvalget er enig i det. For å klargjøre rollen og oppgavene bør de spesialforeninger som har faglige og vitenskapelige formål, betegnes medisinske foreninger. Dertil bør foreningene som dekker en godkjent spesialitet gis en særlig status når det gjelder tildeling av sekretariatsstøtte. De medisinske foreningene bør ha som oppgave å ivareta vedkommende fagområde på bl. a. følgende felter:

- Forskning og undervisning
- Utdanning (grunn-, videre- og etterutdanning), herunder foreslå kandidater til Legeforeningens organer for forvaltning av spesialistreglene
- Organisering og utbygging, lokalisering, funksjonsfordeling
- Stillingsstruktur
- Praktisering og fagutvikling (implementering av ny kunnskap, utvikling av veiledere/faglige standarder)
- Kvalitetsutvikling
- Samarbeid/grenseoppgang mellom fagområder
- Fagpolitikk
- Informasjonsoppgaver (bl. a. fagområdets rolle og betydning)

Det vil ellers være viktig at de medisinske foreningene driver aktivt rekruttering og stimulerer til økt oppslutning og medlemskap. De medisinske foreningene må fremstå som uavhengige. Støtte fra legemiddelindustrien må falle bort.

I tillegg tenker utvalget seg et nytt Fagstyre, som skal ha

tre roller:

- Avlaste sentralstyret ved å overta sentralstyrets oppgaver etter spesialistreglene og for øvrig uttale seg om alle utdannings saker som behandles av sentralstyret og landsstyret. Det skal ellers være rådgivende overfor sentralstyret i alle spørsmål av overveiende faglig eller fagpolitisk karakter og i saker der faglige premisser danner grunnlag for helsepolitiske synspunkter.
- Være rådgivende for regionsavdelinger og lokale tillitsvalgte, ev. for regional og lokal foretaksledelse, i spørsmål om medisinsk organisering og funksjonsfordeling, spesielt når flere fagområder er berørt. Problemstillinger som bare gjelder ett enkelt fagområde, vil normalt måtte henvises til berørt medisinsk forening.
- Holde oversikt over virksomheten i de medisinske foreningene og virke samordnende i forhold til oppgavene og bruk av fellesressurser for disse.

Fagstyret skal ha fast plass i Legeforeningens landsstyre. Det skal ha sju medlemmer inkludert leder og nestleder, som velges av styret selv. Valg av fagstyret skal skje ved et organisert samarbeid mellom medisinske foreninger for noenlunde beslektede fagområder gjennom seks valggrupper samt Ylfs styre som en sjuende valggruppe (av hensyn til Ylfs rolle i spesialistutdanningen). Hver av valggruppene velger ett medlem med varamedlem.

Utvalget foreslår følgende valggrupper:

- 1) Allmennmedisin
- 2) Grupperettede medisinske fag
- 3) Kirurgiske fag
- 4) (Indre)medisinske fag
- 5) Medisinske servicefag
- 6) Psykiatriske fag
- 7) Ylfs styre

Der står mye annet interessant i innstillingen, for eksempel hvordan helsereformen vil føre til endret geografisk representasjon, med regionale avdelinger i stedet for fylkesavdelinger. Sekretariatet skal omorganiseres. Men i NAFForum er det viktigste å se på det som vil gjelde NAF for fremtiden. Les selv, og gi tilbakemelding til beslutningstakerne, dvs. landsstyremedlemmene- du har minst ett nær deg der du jobber!





# Fri oss fra middelverdiene

## Kommentarer til Rapport fra Norsk Intensivregister

Norsk Anestesiologisk forening har i mange år vært blant de fremste i det norske medisinske miljø når det gjelder virksomhetsregistrering. Siden slutten av -80-tallet har NAFreg vært i bruk ved de fleste norske sykehus. Det er imidlertid først og fremst registrering av anestesi-virkomheten som har vært i fokus, mens registrering av intensivvirksomhet bare har vært gjort av noen få entusiaster.

Siden 1999 har imidlertid antall sykehus (intensivavsnitt) som også driver registrering av intensivvirksomhet økt kraftig slik at for 2001 leverte over 30 sykehus data til Norsk Intensivregister (NIR). Denne økningen er først og fremst et resultat av samarbeidet mellom NAFs intensivutvalg og Statens Helsetilsyn. En stor del av æren for denne positive utviklingen skal lederen av intensivutvalget, Hans Flaatten, ha. Han har vært en viktig pådriver gjennom hele prosessen. Uten hans entusiasme for saken hadde vi neppe vært der vi er i dag.

Dataene fra 1999 ble publisert av Helsetilsynet, mens dataene fra 2000 og 2001 er publisert i NAFforum i regi av intensivutvalget.

Måten dataene for 2001 er presentert og tolket gjør at vi finner det nødvendig å komme med noen kommentarer.

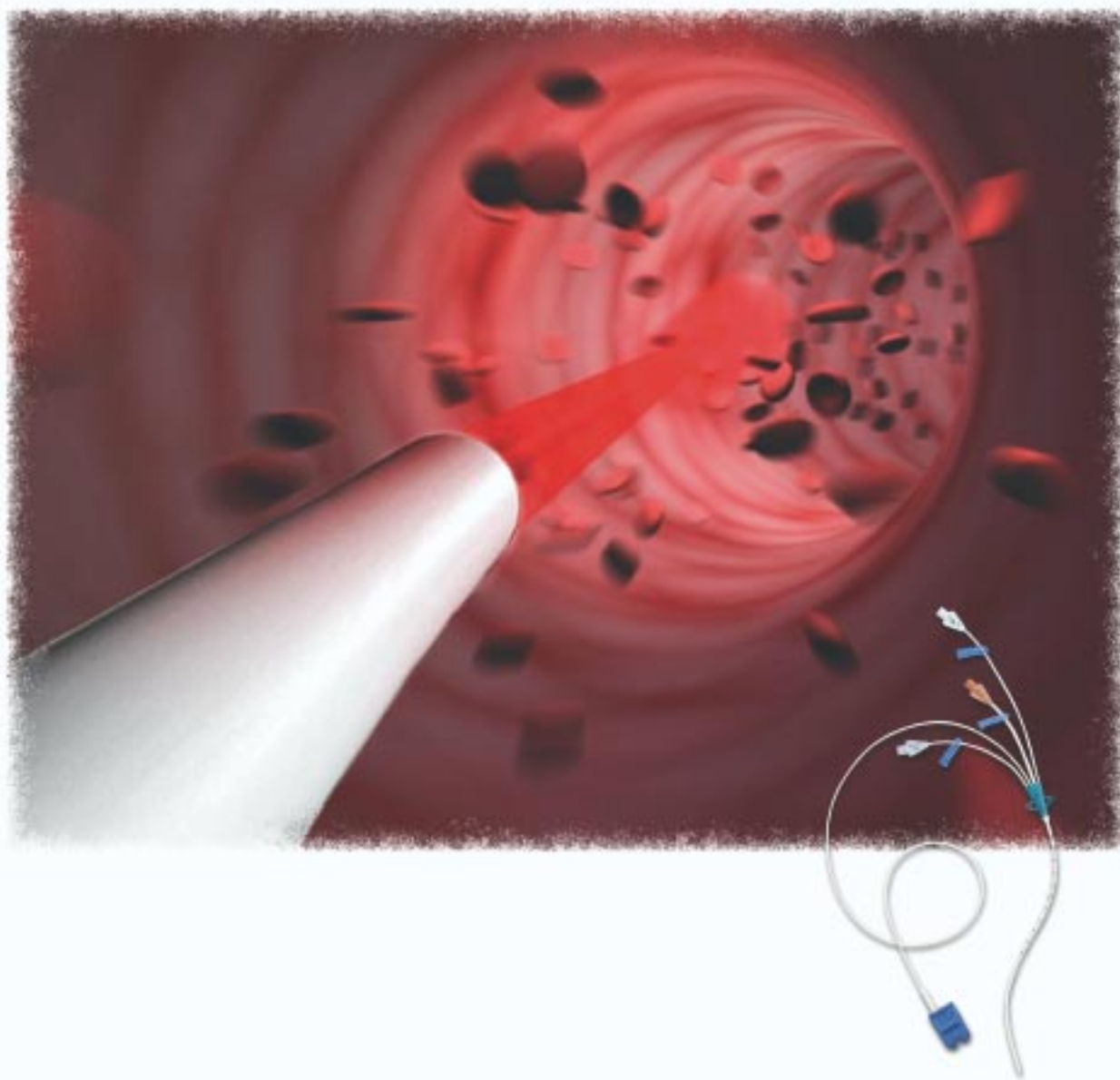
Norsk Intensivregister (NIR) ønsket for året 2001 opplysninger fra norske intensivavdelinger om antall behandlede pasienter og behandlingsopphold, antall pasienter eldre enn 80 år, antall liggedøgn og respiratordøgn, gjennomsnittlig SAPS II skåre og gjennomsnittlig antall NEMS poeng per døgn for pasientene, samt intensiv- og sykehus- mortaliteten. Resultatene er publisert i NAFforum (1) og har blitt omtalt i pressen (2) på en måte som resultatene ikke gir grunnlag for. Det siste kan man neppe klandre Intensivutvalget for, men måten resultatene er presentert på, tilsynelatende uten annen form for statistisk analyse enn middelverdier, er meget uheldig.

En intensivavdeling som ønsker å evaluere egne behandlingsresultater må, statistisk sett, betrakte sitt pasientmateriale som en stikkprøve fra en meget stor populasjon av intensivpasienter hvis egenskaper man i utgangspunktet ikke kjenner. NIR ønsker at landets intensivavdelinger skal måle sine resultater opp mot en populasjon av intensivpasienter som har en fordeling av alvorlighetsgrad og mortalitet som er beskrevet av skåringssystemet SAPS II. Den enkelte avdelings oppgave blir derfor å finne ut om ens egen pasientpopulasjon kan betraktes som en stikkprøve fra en meget stor populasjon av intensivpasienter som har de samme egenskapene som er beskrevet i SAPS II. I så fall kan man konkludere med at ens behandlingsresultater er, og i alminnelighet vil være, like gode som i SAPS II materialet.

For å trekke konklusjoner om ens egne behandlingsresultater på bakgrunn av en stikkprøve kreves det at stikkprøven er av en viss størrelse og har en bestemt sammensetning, fordi den skal betraktes som et miniatyr speilbilde av den meget større populasjonen. Det vi vet om sammensetningen av det opprinnelige SAPS II materialet (case mix) er at gjennomsnittsalderen var ca 58 år, ca 60 % var menn, ca 20 % hadde gjennomgått elektiv kirurgi, ca 30 % øyeblikkelig hjelp kirurgi og resten var non operative eller medisinske. Brannskadde, hjerteopererte og pasienter innlagt for koronar overvåking var ekskludert. Dersom en avdelings sammensetning av pasienter avviker vesentlig fra denne sammensetningen kan man ikke regne med at den forventede mortaliteten i stikkprøven vil variere på same måte med økende alvorlighetsgrad som i originalmaterialet. Med andre ord: et eventuelt avvik i observert behandlingsresultat i egen pasientpopulasjon (stikkprøve) sammenliknet med SAPS II kan meget vel forklares med forskjeller i case mix og ikke nødvendigvis med at avdelingen er bedre eller dårligere enn andre til å behandle sine pasienter.

Et annet forhold man må ta i betraktning når man skal

# Edwards PreSep Central Venous Oximetry Catheter



Early Goal-Directed Therapy (EGDT) with  
Edwards PreSep central venous oximetry catheter  
yields significant reductions in sepsis related<sup>(1)</sup> mortality.

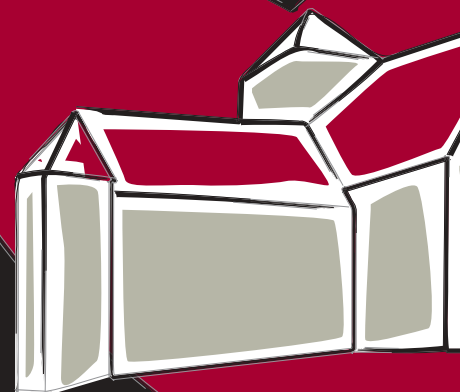


(1) Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al: Early goal. directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Eng J Med 2001; 345 (19): 1368-77

# Hjertelig velkommen til DEN 6. SKANDINAVISKE HLR-KONGRESSSEN

4.-6. september 2003

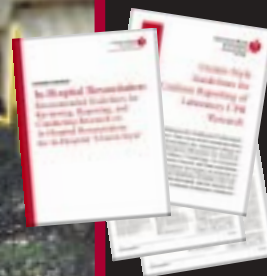
Stavanger, Norge



## Fokus på Kjeden som redder liv



- Keynote lectures
- Pro-con debatter
- Spesielle tema-sesjoner
- Hands-on workshops
- Skill stations
- Frie foredrag
- Abstrakt-konkurranse
- Meet the expert
- Poster-utstilling



### HLR2003

PO Box. 107, N-4001 Stavanger  
Norge

Tel: +47 51 74 49 44

Fax: +47 51 53 80 59

E-mail: sekretariat@hlr2003.org

# www.hlr2003.org



evaluere egne eller andres behandlingsresultater er den tilfeldige stikkprøve variasjon. Dersom man tar en rekke stikkprøver fra en og samme populasjon og måler den samme egenskapen i stikkprøven vil man med meget stor sannsynlighet ikke få samme resultat hver gang. Dette er helt analogt med å trekke et bestemt antall kuler ut av en beholder med et stort antall svarte og hvite kuler og på bakgrunn av fordelingen av svarte og hvite kuler i stikkprøven si noe om fordelingen av fargene på kulene i beholderen. Jo mindre antall i stikkprøven eller jo færre stikkprøver desto større usikkerhet. Et mål for usikkerheten ved observasjoner av denne typen binære hendelser (svart - hvit, død - levende) kan man få ved å beregne et konfidensintervall for den observerte hyppigheten etter formelen (3):

$$sp = \sqrt{\frac{p^*(1-p^*)}{n}}$$

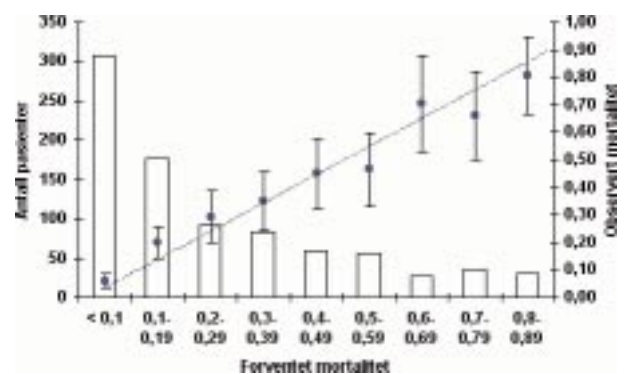
der  $p^*$  betegner den observerte hyppigheten av en egenskap i stikkprøven og  $n$  er antallet observasjoner i stikkprøven. Det er vanlig å oppgi et 95% konfidensintervall for den observerte hyppigheten som  $p^* \pm 2 sp$ . Dette skal forstås slik at "den sanne" hyppigheten av egenskapen i den populasjonen stikkprøven er hentet fra med 95 % sannsynlighet ligger mellom  $p^* - 2 Sp$  og  $p^* + 2 Sp$ .

En intensivavdeling som et år behandler 200 pasienter og finner at mortaliteten er 24 % kan med 95 % sannsynlighet si at stikkprøven er hentet fra en stor populasjon der den "sanne" mortaliteten ligger mellom 18 % og 30 % Dersom forventet mortalitet er 20 % ut fra beregnet mortalitet for hver enkelt pasients SAPS II skåre i stikkprøven ser man at den forventede mortaliteten ligger innenfor det beregnede konfidensintervallet og de kan konkludere med at stikkprøven meget vel kan stamme fra en populasjon der behandlingsresultatene er som forventet ut fra pasientenes SAPS II skåre. Det er med andre ord ikke statistisk grunnlag for å konkludere med at avdelingens resultater er dårligere enn forventet og det observerte avviket kan forklares ut fra tilfeldig stikkprøvevariasjon.

Av formlene kan man se at stikkprøvens størrelse er av meget stor betydning. De fleste av landets intensivavdelinger vil ikke kunne avdekke statistisk signifikante avvik med mindre avviket er meget stort. I det foregående eksemplet måtte den observerte mortaliteten være større en 25,7 % for at man kan trekke den konklusjonen at avviket er statistisk signifikant. Selv da er det en sannsynlighet på ca 5 % for at man trekker en feilaktig

konklusjon.

I årsrapporten for 2001 har NIR for den enkelte avdeling beregnet en forventet mortalitet på bakgrunn av avdelingens gjennomsnittlige SAPS II skåre og sammenliknet denne med den observerte mortaliteten. Dette gir et feilaktig (for høyt) estimat for den forventede mortaliteten fordi sammenhengen mellom SAPS II skåre og forventet mortalitet ikke er lineær. Hvis man for en avdeling sorterer pasientenes SAPS II skåre i intervaller av f. eks 10 poeng vil man finne at fordelingen kan minne om en "normalfordeling". Organiserer man i stedet materialet i grupper med forventet mortalitet (på bakgrunn av SAPS II skåre) på f. eks 10 %, finner man en helt annen og meget skjev fordeling. Dette illustreres godt i figur 1. Materialet er fra Intensivavdelingen ved Ullevål sykehus (4) og viser at den avdelingen (i likhet med de fleste andre intensivavdelinger) behandler flest pasienter med en lav sannsynlighet for død. Det å oppgi en gjennomsnittlig forventet mortalitet for et materiale som er så skjevfordelt og sammenlikne dette med den observerte mortaliteten gir ikke noe entydig og godt mål på avdelingens behandlingsprestasjoner. Figuren illustrerer for øvrig godt hvordan konfidensintervallet varierer med antall pasienter i de enkelte gruppene. De fleste intensivavdelinger i Norge behandler relativt få pasienter og vil følgelig bare kunne oppdage meget store avvik. Dersom den enkelte intensivavdeling slår sammen sine materialer år for år vil de etter noen år få et sikrere grunnlag for å evaluere sine resultater.



Figur 1 Forholdet mellom forventet mortalitet beregnet etter SAPS-skåre og observert sykehusmortalitet for 868 ikke hjerteopererte pasienter innlagt i Intensivavdelingen i perioden mars 1996 – oktober 1999. Søylene angir antall pasienter i hver gruppe. Linjen ----- angir forventet sykehusmortalitet og punktene (med inntegnet 95 % konfidensintervall) angir observert mortalitet i hver gruppe. Fra (4).

Ved å slå sammen resultatene fra samtlige norske intensivavdelinger vil NIR kunne få et meget stort materiale, ca 10 000 pasienter årlig, som kan gi grunnlag for valide konklusjoner vedrørende populasjonen "Norske



Intensivpasienter". Hvis man i første omgang kan vise at behandlingsresultatene for denne gruppen ikke avviker vesentlig fra hva man må forvente ut fra fordelingen av SAPS II skåre for populasjonen er dette i seg selv en meget nyttig informasjon både for det intensivmedisinske fagmiljøet og for helsemyndighetene. Dette vil være mer fruktbart enn å begynne å lete etter forskjeller mellom de enkelte avdelingene (sykehus), slik tilfellet har vært til nå. En slik tilnærming til problemstillingen krever at den enkelte avdeling bidrar med SAPS II skåre og behandlingsresultatet for hver enkelt pasient, noe NIR nå ønsker. Hvis man i tillegg oppgir type innleggelse, alder, antall liggedøgn, respiratordøgn og NEMS poeng for hver pasient vil NIR kunne få en meget god oversikt over behandlingsresultater og ressursbruk for hele populasjon av norske intensivpasienter. Her møter man imidlertid et problem. Noen sykehus flytter sine intensivpasienter til andre, mindre sykehus for fortsatt intensivbehandling der. For eksempel flyttet Ullevål sykehus i perioden mars 1996 til oktober 1999 329 av 1247 (26 %) intensivpasienter til andre sykehus for videre intensivbehandling (4). 45 (14 %) av disse pasientene døde på mottaende sykehus. Tilsvarende praksis følges også ved Rikshospitalet og sannsynligvis andre regionsykehus. Andre sykehus sender på tilsvarende måte pasienter til regionsykehusene for mer avansert behandling enn de selv kan tilby. I Helse Øst legges det nå opp til en omfattende flytting av intensivpasienter mellom sykehusene i regionen for å utnytte kapasiteten optimalt. Til sammen vil dette utgjøre et ikke ubetydelig antall pasienter som årlig intensivbehandles ved flere sykehus for samme lidelse. Det vil da bli vanskelig å kartlegge den totale ressursbruk (liggetid, respiratortid og NEMS poeng) for enkeltpasienter eller like grupper av pasienter. NIR må ta stilling til og redegjøre for hvordan de vil håndtere denne problemstillingen.

I rapporten for 2001 kommenterer NIR gjennomsnittlig liggetid og respiratortid for region-, sentral- og lokal-sykehusene. Gjennomsnittsverdier for denne type parametere sier egentlig svært lite fordi også disse verdiene er så skjevfordelte. De fleste intensivavdelinger har hvert år en eller flere langliggere som kan påvirke en gjennomsnittlig liggetid eller respiratortid for hele avdelingen vesentlig. Et mer hensiktsmessig mål kan være å beregne median verdier med f. eks kvartiler som uttrykk for variasjonen.

Ved enkelte avdelinger vet man erfaringsmessig at et lite antall pasienter (anslagsvis 20 %) forbruker inntil 75 % av

avdelingens ressurser pga lang liggetid. Mange av disse pasientene har et omsorgsbehov som er vesentlig lavere enn hva de tilbys på en intensivavdeling, samtidig er de for syke til å kunne pleies på en vanlig sengepost. De færreste norske sykehus, om noen, har intermedieæravdelinger som kunne ivareta disse pasientenes behov med en vesentlig lavere bemanning enn ved intensivavdelingene. Det er derfor viktig å kartlegge slike forhold, både for det enkelte sykehus og for helsemyndighetene av hensyn til planlegging av fremtidige behov for intensivressurser. Her kan NIR ved å legge opp til fornuftige rapporteringsrutiner yte et vesentlig bidrag.

For tiden er det fra politisk hold et ønske om at målbare resultater fra offentlig virksomhet skal publiseres. Vi har nylig sett eksempler på dette fra skolevesenet, der elevens gjennomsnittskarakter har vært brukt som indikator for undervisningens kvalitet. Mediene publiserer resultatene, villig og ukritisk. Mange skoler der elevenes resultater har vært relativt svake har følt seg urettferdig uthengt som B-skoler. At skolene trolig har forskjellig elevmaterialer å arbeide med er ingen hovedsak for mediene.

Man kan meget vel tenke seg at det kan komme at krav fra helsemyndighetene eller fra politisk hold om at behandlingsresultatene fra landets intensivavdelinger skal offentliggjøres. NIR bør derfor ikke legge opp til at et års innsats fra helsepersonell som behandler og pleier kritisk syke pasienter i landets intensivavdelinger kan komprimeres til enkle tall som lar seg plassere i en rankingsliste. Vi har ikke behov for noe NM i Intensivmedisin eller en liste over landets "beste" intensivavdelinger. Vi har heller ikke behov for slike presseoppslag om årsrapporten fra NIR som vi så i Aftenposten i september 2002 (2). Så, fri oss fra middelverdiene, vi kan jo ikke alle være bedre enn gjennomsnittet.

#### Referanser

1. Flaatten H. Rapport fra Norsk Intensivregister (NIR) 2001. *NAForum* Vol 15; 2002, nr 2, side 8-11.
2. Hafstad, A. 300 flere pasienter kunne ha overlevd. *Aftenposten søndag* 01.09.2002.
3. Aalen, O . Innføring i statistikk med medisinske eksempler. *Ad Notam Gyldendal*, 1994: 116-118.
4. Haagenes R, Jamtli B, Stokland O. Erfaringer med bruk av skåringsystemene SAPS II og NEMS i virksomhetsregistrering i en intensivavdeling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 687-90.



# Norsk Intensivregister

## Samarbeid utvides og utvikles videre

I november 2002 ble det arrangert et "brukermøte" for Norsk Intensivregister i Bergen. Med noen få unntak var oppslutningen meget god, og de fleste sykehus som bidrar med data til NIR var tilstede. De fleste avdelinger/seksjoner var representert med både leger og sykepleiere (til dels flere). Det var også "gjestebesøk" fra Holstebro i Danmark.

På dette møtet var også direktør i HELTEF, Pål Gulbrandsen, (på AHUS) tilstede og holdt et innlegg om hva HELTEF kunne bidra med i prosessen videre. Undertegnede holdt også et innlegg om den videre utvikling av NIR mot et individbasert register, og ikke som nå et register av aggregerte data. Siden dette møtet har utviklingen gått raskt, ikke minst en uventet, men gledelig, finansiell støtte fra Sosial og Helsedirektoratet. Undertegnede var på møte med HELTEF i januar for å

diskutere og formalisere samarbeidet videre. Det overordnede målet er nå å få til en web-basert individregister fra de ulike intensivavsnittene som deltar. Til dette arbeidet er det nedsatt en liten arbeidsgruppe bestående av sentrale personer fra HELTEF og fra NAF. Fire sykehus (AHUS, Haukeland, AustAgder Sentralsykehus og Nordland sentralsykehus) skal være med på en utprøving av systemet når det blir operativt en gang på høsten, og selve systemet tar vi sikte på å kunne presentere på neste "brukermøte" i NIR (høsten 2003). Ikke minst er det viktig nok en gang å gå igjennom definisjoner og begrep som er sentrale innenfor NIR.

NIR trenger også en bredere plattform å stå på. Tanken er at jo flere som føler ansvar for å skaffe et godt intensivregister, jo bedre. I samråd med styret i NAF har intensivutvalget kommet til at det bør lages et styre for



DEPOTTABLETTER 150 mg, 200 mg og 300 mg: Tramagetic® OD: Hver depottablett inneh.: Tramadolhydroklorid 150 mg, resp. 200 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titan-dioksid (E 171). DEPOTTABLETTER 75 mg, 100 mg, 150 mg og 200 mg: Tramagetic® Retard: Hver depottablett inneh.: Tramadolhydroklorid 75 mg, resp. 100 mg, 150 mg og 200 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 75 mg: Indigotin (E 132), jernoksid (E 172), titandioksid (E 171), 100 mg: Titan-dioksid (E 171), 150 mg og 200 mg: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). KAPSLER, harde 50 mg: Tramagetic®: Hver kapsel inneh.: Tramadolhydroklorid 50 mg tilsv. tramadol 43,92 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titan-dioksid (E 171). **Indikasjoner:** Moderate smerter. **Dosering:** Dosen bør justeres i forhold til graden av smerter og følsomheten hos den enkelte pasient. Pasienter som allerede behandles med tramadol tabletter eller kapsler, kan behandles med depottablettene ved at man starter med den styrken som ligger nærmest i forhold til den totale dagsdosis pasienten allerede står på. Det anbefales at pasienten titreres langsomt til høyere dose for å minimalisere forbigående bivirkninger. Behovet for langtidsbehandling må vurderes med jevne mellomrom. Maks. døgndose er 400 mg. Tramagetic® kapsler: Voksne og barn >14 år: 50 mg (1 kapsel) 3 ganger daglig. Kan ved behov økes til 100 mg 4 ganger daglig. Ved akutt smerte anbefales en initial dose på 100 mg. Kapslene svelges hele. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon: Ved levercirrose eller svært nedsatt nyrefunksjon kan elimineringsraten av tramadol og dens mest aktive metabolitt forlenges, og intervallet mellom dosene bør økes til det doble. Tramagetic® OD: Bør tas med 24 timers intervaller. Den korrekte dosen er den som sikrer smertelindring i 24 timer uten eller med tålelige bivirkninger. Voksne og barn >14 år: Vanlig startdose er 150 mg i døgnet. Eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon: En startdose på 150 mg anbefales. Dosejustering oppover, til smertekontroll nås, må skje under nøye overvåking. Tramadol anbefales ikke til pasienter med sterkt nedsatt nyre- eller leverfunksjon (kreatininclearance (10 ml/min). Tramagetic® Retard: Bør tas med 12 timers intervaller. Den korrekte dosen er den som sikrer smertelindring i 12 timer uten eller med tålelige bivirkninger. Voksne og barn >14 år: Vanlig startdose er 75 mg 2 ganger i døgnet. Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon: En startdose på 75 mg 2 ganger i døgnet anbefales. Depottablettene svelges hele og må ikke tygges. Preparatet anbefales ikke brukt til barn <14 år, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tramadol eller noen av hjelpestoffene. Akutt forgiftning og/eller overdosering med alkohol, hypnotika, sentralt virkende analgetika, opioider, psykofarmaka eller andre stoffer med virkning på CNS. Tramadol skal ikke gis til pasienter som får monoaminoxidasehemmere (MAO-hemmere) eller som har fått dette de siste 2 ukene. Forsiktighetsregler: Pasienter som har eller har hatt epilepsi eller tendens til krampet skal bare unntaksvis behandles med tramadol. Forsiktighet ved hodeskader, ved forhøyet intrakranielt trykk, alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, tendens til krampeanfoll og utvikling av sjokk. Forsiktighet tilrådes ved behandling av pasienter med forstyrrelser i åndedrettsenteret eller åndedrettsfunksjonen eller ved samtidig behandling med sentraldepennende legemidler på grunn av respirasjonsdepresjon. Risiko for tilvenning og misbruk foreligger. Forsiktighet bør iaktas ved lang tids bruk og hos pasienter med stoff- eller alkoholmisbruk i anamnesen. Tramadol er ikke egnet som substitutt ved opioidavhengighet. Det undertrykker ikke abstinenssymptomer av morfin. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Samtidig behandling med tramadol og andre sentralt virkende legemidler, inkl. alkohol, kan potensere CNS-depressive effekter. Samtidig eller tidligere behandling med karbamazepin kan redusere den analgetiske effekten og virketiden av tramadol (dosejustering kan være nødvendig). Tramadol kan gi krampet og øke risikoen for krampet ved samtidig bruk av selektive serotoninopptakshemmere (SSRI), trisykliske antidepressiva, psykofarmaka og andre stoffer som senker krampeterskelen. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har blandet agonist/antagonistprofil (f.eks. buprenorfin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Legemidler som inhiberer enzymet CYP3A4, som ketokonazol og erytromycin kan hemme metabolismen av tramadol (N-demetylering), og sannsynligvis også metabolismen av den aktive O-demetylerede metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. Samtidig behandling med legemidler som inhiberer enzymet CYP2D6, som f.eks. kinidin, kan øke konsentrasjonen av tramadol og minske konsentrasjonen av den aktive O-demetylerede metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. **Graviditet/Amning:** Overgang i placent: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Siste timene før forventet fødsel kan preparatet gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Preparater med opioidvirkning gitt over lang tid under graviditet har gitt neonatal abstinens. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ca. 0,1% av morens dose utskilles i morsmelk. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Mest vanlige bivirkninger er kvalme og svimmelhet (over 10%). Hyppige (1/100): Gastrointestinale: Munn tørrhet, kvalme, oppkast, forstoppelse. Øvrige: Svimmelhet, svette, hodepine, døsighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré. Hud: Kløe, hudutslett. Sjeldne (1/1000): Psykiske: Humørsvingninger, forandringer i oppfattelsesevne og aktivitetsnivå. Sentralnervesystemet: Muskelsvakhet, krampeanfoll. Sirkulatoriske: Hypotensjon, takykardi, synkope, hypertensjon. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Blæretømmingsforstyrrelser (urinretensjon). Øvrige: Appetittforandringer, allergiske reaksjoner (åndenød, bronkospasmer, angioneurotisk ødem), anafylaktisk sjokk. Det er rapportert noen tilfeller av levertoksitet. I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. I sjeldne tilfeller er det observert abstinenssymptomer ved seponering. Tilvenningsrisiko foreligger. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Miose, brekninger, kardiovaskulær kollaps, sedasjon og koma, krampetilstander og respirasjonsdepresjon. Behandling: Nalokson kan anvendes til behandling av respirasjonsdepresjon. Krampetilstander kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum med hemodialyse eller hemofiltrasjon. Ven-trikkeltømming kan benyttes for å fjerne uabsorbert depottablett.

**Egenskaper:** Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. Virkningsmekanisme: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på  $\mu$ -,  $\delta$ - og  $\kappa$ -opioidreseptorer med en høyere affinitet til  $\mu$ -reseptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekten er inhibering av gjenopptak av noradrenalin og økning av serotoninfrigjøringen. Absorpsjon: Absorberes nesten fullstendig. Biotilgjengeligheten er ca. 70%. Påvirkes ikke av mat. Maks. serumkonsentrasjon nås etter 1-2 timer for Tramagetic® kapsler, etter ca. 5 timer for Tramagetic® Retard og ca. 6 timer for Tramagetic® OD. Depottablettene har lineær kinetikk, mens kapslene har ikke-lineær kinetikk. Depottablettene gir derfor en mer forutsigbar plasmakonsentrasjon og enklere dosejustering. Proteinbinding: ca. 20%. **Halveringstid: Tramagetic® OD: Ca. 16 timer. Tramagetic® Retard: Ca. 12 timer og Tramagetic®: Ca. 6 timer.** Hos eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon kan halveringstiden være forlenget. Metabolisme: Tramadol metaboliseres ved "first pass"-metabolisme til bl.a. O-demetyltramadol, som er en farmakologisk aktiv metabolitt. Utskillelse: Tramadol og dets metabolitter utskilles hovedsakelig renalt. **Pakninger og priser** pr. 1.12.2002: **Tramagetic® OD:** Depottabletter: 150 mg: Enpac: 20 stk. kr. 221,90, 100 stk. kr. 786,60, 200 mg: Enpac: 20 stk. kr. 234,30, 100 stk. kr. 909,60, 300 mg: Enpac: 20 stk. kr. 322,20. **Tramagetic® Retard:** Depottabletter: 75 mg: Enpac: 20 stk. kr. 130,40, 100 stk. kr. 416,60, 100 mg: Enpac: 20 stk. kr. 133,70, 100 stk. kr. 472,80, 150 mg: Enpac: 20 stk. kr. 180,50, 200 mg: Enpac: 20 stk. kr. 256,70. **Tramagetic®:** Kapsler: Enpac: 20 stk. kr. 74,60, 100 stk. kr. 205,10.



## Tramagetic® OD Når paracetamol og NSAID's ikke er nok

- Mindre avhengighet enn kodein<sup>1-4</sup>
- Mindre obstipasjon enn kodein<sup>5-8</sup>
- 1 tablett daglig



Tramagetic® OD  
Pasientvennlig behandling  
ved moderate smerter

NYCOMED



NIR som er bredt sammensatt, dvs har representanter både fra anestesi/intensivleger, intensivsykepleiere, HELTEF, Sosial og Helsedirektoratet og Helseforetakene. Konkret foreslås et styre på 7 personer, hvor NAF har to (inklusive leder av NIR), NSFLIS to, og de tre andre en representant hver. Fra NAF vil undertegnede og Fridtjof Riddervold (Rikshospitalet) delta. Styret vil samles snart for å legge opp løpet videre for NIR (overordnede linjer), mens arbeidsgruppen og HELTEF vil jobbe med de konkrete problem som søknad til datatilsynet, selve web-applikasjonen/databasen etc.

Det blir således en meget spennende tid fremover, og hvis det går slik vi planlegger vil vi invitere til en bredere deltagelse i det nye NIR fra januar 2004, mens det blir "obligatorisk" fra 2005 (da forlater vi etter planene helt

den gamle ordningen med aggregerte data. Vi håper at NIR ikke bare vil kunne bidra med data til de sentrale styringsorgan som trenger disse data, men ikke minst bli et effektivt verktøy for de enkelte intensivavsnitt, ved at rapporter og sammenlikninger kan hentes ut via nettet. Vi legger ikke opp til noen dobbeltregistrering, de som bruker NAFreg vil kunne eksportere data til NIR ved regelmessige mellomrom, mens de som ønsker også vil kunne bruke NIR som eneste database for sin intensivvirksomhet.

NIR (ved undertegnede) mottar mer enn gjerne synspunkter både på prosess og innhold.

av Inger-Lise Fonneland  
Intensivsykepleier  
&  
Espen Huldt-Nystrøm  
Seksjonsoverleger

Intensivheten Aust-Agder Sykhus



## Intensivregistrering- vet vi hva vi vil vite?

### Almene frustrasjoner og betraktninger.

Norsk Intensivregister er opprettet som et redskap for å evaluere og kvalitetssikre intensivbehandling i Norge. NIR-møtet i Bergen i november 2002 viste at det fortsatt er uklarheter vedrørende det mest basale av alle begreper, nemlig definisjonen av intensivpasient. Resultatet er at det anvendes lokale kriterier og subjektive vurderinger i varierende grad, særlig i grenselandet mellom tung postoperativ overvåking og intensivbehandling, samt i grenselandet mellom adekvat intensivbehandling og overbehandling av håpløst syke. Dette svekker troverdigheten til NIR og gjør meningsfull sammenligning mellom sykehus umulig.

Det kan se ut som norsk intensivregistrering mangler en fundamental strategisk tanke: Hva ønsker vi egentlig å vite? Er vi interessert i å kartlegge hva som foregår på arealet intensivhet, hva som gjøres med pasienter med høyt behandlingsbehov eller hvilke ressurser en stab anvender til tung behandling og pleie? Dagens uenighet om begrepet intensivpasient tyder på at disse spørsmål ennå ikke er stilt.

Intensivheten på regionsykehus har høyt trykk av svært syke pasienter; det er sjelden tvil om deres status. Bare knapt halvparten av registrerte intensivdøgn genereres på regionsykehus.

Skal registrering begrense seg til intensivarealet, eller også



omfatte overvåkningspasienter i andre deler av sykehuset, som er behandlingstrengende nok til status som intensivpasient i mindre sykehus? Er det sengens plassering eller pasientens tilstand som gjelder?

Kombinerte intensiv-/overvåkningsavdelinger ved mindre sykehus har moderat trykk av tungt intensivarbeid og høyt trykk av lettere overvåkning. På grunn av kombinert og fleksibel funksjon, blir det meningsløst eller umulig å støtte seg til intensivareal i definisjonen av intensivpasient. Intensivregistrering i slike enheter må baseres på målbare og entydige pasientrelaterte kriterier uten innslag av subjektiv vurdering.

En ting er at pasientutvalget på regionsykehus trolig er forskjellig fra det på sentralsykehus. En annen ting er at regionsykehus også har pasientutvalg som det sistnevnte, uten at disse pasienter registreres. Hvilke epler en da sammenligner med hvilke pærer og hvorfor, er ikke innlysende.

### Definisjon og registrering av intensivpasienter på et sentralsykehus.

På Aust-Agder sykehus behandles postoperative pasienter og intensivpasienter i samme enhet. Med tro på at enkle kriterier styrker registreringskvaliteten, definerer vi intensivpasient som følger:

- **Alle som får ventilasjonsstøtte.**

Dette tar vi helt bokstavelig; alle som får CPAP eller overtrykksventilasjon registreres.

- **Alle pasienter som har behov for mer enn 24 timers overvåkning.**

Også dette tar vi helt bokstavelig. Postoperative pasienter som ligger mer enn 24 timer, innskriveres som intensivpasient fra innleggelsestidspunktet i overvåkingen. Det vil i vårt system ikke være gjennomførbart å definere intensivpasient på annet tidspunkt enn ankomst til overvåknings-/intensivareal.

- **Alle pasienter som dør på intensiv.**

Vi registrerer alle for å unngå vurderingskriterier. Hospice drives ikke i vår enhet.

- **Alle som overflyttes til annen ressursavdeling,**

enten det er vår egen koronarenhet, eller annet sykehus med høyere behandlingsnivå.

### Diskusjon

- Hvis innleggesdiagnosen er postoperativ overvåkning kodes den Y 83.8; de med ukomplisert forløp kan da tenkes fjernet fra materialet før det sendes NIR.
- Av pasienter som dør på intensiv inkluderes en del som kunne vært vurdert som håpløse i utgangspunktet, og dermed ekskludert. En kunne tenke seg en kategori "håpløse korttidspasienter" som avdelingen for sin egen del ville ha nytte av å vite om, men som kunne trekkes ut av materialet før det sendes til NIR.
- Vi innrømmer at vi skjeler til ressursbruk og til teknisk gjennomførbarhet av registrering, når vi velger definisjon av intensivpasient.
- Pasienter som inkluderes slik føles ikke alltid som "ekte" intensivpasienter, vurdert med tradisjonelt klinisk skjønn. Selv om dette skjønn er utmerket, er det imidlertid ikke objektivt. Nettopp her ligger hovedproblemet som søkes løst.
- Ved å velge pasienter slik, er det mulig at en avviker mye fra grunnlagsmaterialet som SAPSII-registreringen bygger på. Vi er usikre på om dette har praktisk betydning for påliteligheten av beregnet mortalitet.
- Regionsykehusene får betydelig økt belastning med registrering dersom den standardiseres på våre sentralsykehus-premisser. Foreløpig fins det på regionsykehusene heller ikke tilfredsstillende objektive kriterier som mindre sykehus kan anvende med hell.

### Vei videre?

Konsensus om definisjon av intensivpasient er avgjørende for at NIR skal fylle sin ambisjon. Våre private kriterier passer kanskje ikke engang hos oss selv. Kunne en tenke seg organsviktkriterier der antall sviktende organer, samt grad av målbar svikt i hvert enkelt organ er definert? Utvilsomt fins det internasjonale referanser; kunne NAF eller FFI sette dem i system for norske forhold? En debatt i intensivmiljøet ville være fruktbart, kanskje rett og slett nødvendig. Med det for øye legger vi derfor hodet på blokken i dette forum.

# Hva driver du med?



## Ny NAFreg v.3.4 gir deg svar - raskt

NAFreg  
Versjon 3.4 rev 03E396

**MENY**

Menygruppe	Menypunkt
Anestesi	Anestesiregistrering
Intensiv	Operatørskjema
Postoperativ	Strykning på op-progr
Referansedata	
LinkIT	
Rapporter	
Avslutt	
System	

Dobbeltklikk eller ENTER for å utføre et menypunkt

LinkIT: 2.8.7  
DAO: 3.51  
Tilknyttet databasetype: Access

Operatørmodul: Demo - virksom til 28.06.2003 Klikk for mer info  
Strykningsmodul: Demo - virksom til 28.06.2003 Klikk for mer info

VIKTIG! Les her  
Tips og informasjon  
Meldings-skjema  
Utviklet av Database Design AS  
Tlf: 22 60 75 35 Fax: 22 60 75 76

Siste versjon av NAFreg er alltid tilgjengelig for nedlasting fra våre nettsider. Se etter den nye blå menyen, neste gang du logger deg inn. Ser du den ikke, er din NAFreg-versjon for gammel!

### To store og mange gode nyheter:

NAFreg versjon 3.4 inkluderer to tilleggsmoduler som kan testes fritt frem til sommeren:

#### Ny operatørmodul

Tillater kirurger/ operatører å registrere operasjon, operasjonskoder og personell direkte i eget skjermbilde, uavhengig av anestesiregistrering.

#### Ny strykningsmodul

Tillater registrering og klassifisering av planlagte operasjoner som er strøket eller forsinket

#### Andre nyheter:

Nye informasjon- og kontaktsider, kobling mot moduler for operasjonsplan og infeksjonsregistrering, NIR-rapport for år 2002, forbedringer av rapporter, validering og registrering .

**NYHET!**

**XIGRIS® GIR DINE PASIENTER EN STØRRE SJANSE TIL Å OVERLEVE<sup>1</sup>**



[www.sepsis.no](http://www.sepsis.no)

**NYTT BEHANDLINGSPRINSIPP VED ALVORLIG SEPSIS<sup>2</sup>**

Redder 1 av 5 som ikke ville overlevd med standardterapi alene<sup>1</sup>

**Xigris®**

**drotrecogin alfa (aktivert)**

Referanser:

1. Bernard GR et al. *N Eng J med* 2001;344:699-709

2. Godkjent preparatomtale

Eli Lilly Norge A.S, tlf 22 88 18 00

*Lilly*

PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 5 mg og 20 mg: Hvert hetteglass inneh.: Drotrecogin alfa (aktivert) 5 mg, resp. 20 mg, sukrose, natriumklorid, natriumsitrat, sitronsyre, saltsyre og natriumhydroksid.

**Indikasjoner:** Drotrecogin alfa (aktivert) er indisert for behandling av voksne pasienter med alvorlig sepsis med flere organfunksjoner, sammen med standardbehandling.

**Dosering:** Drotrecogin alfa (aktivert) bør forskrives av leger med erfaring i behandling av sepsispasienter. Den anbefalte dosen med drotrecogin alfa (aktivert) er 24 µg/kg/time, gitt som en kontinuerlig intravenøs infusjon med total varighet på 96 timer. Hvis infusjonen avbrytes, skal behandlingen settes igang igjen med en infusjonshastighet på 24 µg/kg/time og fortsettes slik at den anbefalte 96-timers doseadministreringen fullføres. Opptrapping av dosen eller bolusdoser er ikke nødvendig for å oppveie avbruddet i infusjonen. Det kreves ingen dosejustering hos voksne med alvorlig sepsis med hensyn på alder, kjønn, leverfunksjon (målt ved transaminasenivåer) eller nyrefunksjon. Farmakokinetikken er ikke studert hos pasienter med alvorlig sepsis med terminal nyresvikt og kronisk leversykdom. Barn: Begrenset erfaring hos barn og ungdom under 18 år. Effekt og sikkerhet er ikke etablert og det kan derfor ikke angis noen doseringsveiledning.

**Kontraindikasjoner:** Kan gi økt blødningsrisiko og er kontraindisert i følgende situasjoner: Pågående indre blødning. Pasienter med intrakraniell patologi, neoplasme eller tegn på cerebral herniering. Samtidig behandling med heparin  $\geq 15$  IE/kg/time. Kjent blødningsstendens med unntak av akutt sepsisrelatert koagulopati. Kronisk alvorlig leversykdom. Plåtetall  $< 30$  celler  $\times 10^9$ /liter selv om plåtetallet er økt som følge av transfusjon. Pasienter med økt blødningsrisiko, f.eks. ethvert alvorlig operativt inngrep, definert som et inngrep som trenger generell eller spinalanestesi, utført innen 12 timer rett før legemiddelinfusjon, postoperativ pasient som viser tegn på aktiv blødning, eller pasient med planlagt eller forventet operasjon i løpet av infusjonsperioden. Kjent alvorlig hodeskade som har medført sykehusinnleggelse, intracerebral eller intraspinal operasjon, eller hemoragisk slag i løpet av de siste 3 måneder, enhver kjent intracerebral arteriovenøs misdannelse, cerebral aneurisme eller solide tumores i sentralnervesystemet. Pasienter med epiduralkateter eller hvor det er forventet at pasienten vil få et epiduralkateter i løpet av legemiddelinfusjonen. Kjent medfødt blødningsdiatose. Gastrointestinal blødning innenfor de siste 6 ukene som har medført medisinsk intervensjon utenom planlagt operativt inngrep. Traumepasienter med økt risiko for blødning. Kjent hypersensitivitet mot drotrecogin alfa (aktivert), noen av hjelpestoffene eller bovin trombin (sporbar rest fra produksjonsprosessen).

**Forsiktighetsregler:** Drotrecogin alfa (aktivert) har et potensiale for økt blødningsrisiko. Ved følgende tilstander bør risikoen ved administrering veies opp mot de forventede fordelene: Nylig administrering (innen 3 dager) av trombotisk behandling. Nylig administrering (innen 7 dager) av orale antikoagulantia. Nylig administrering (innen 7 dager) av acetylsalicylsyre eller av andre platehemmere. Nylig (innen 3 måneder) ischemisk slag. Enhver tilstand hvor legen vurderer fare for alvorlig blødning. Ved prosedyrer som vanligvis gir en økt blødningsrisiko, skal drotrecogin alfa (aktivert) seponeres 2 timer før prosedyrestart. Infusjon av drotrecogin alfa (aktivert) kan settes igang igjen 12 timer etter store invasive prosedyrer eller operasjoner hvis adekvat hemostase er oppnådd. Infusjonen kan igangsettes rett etter ukompliserte mindre prosedyrer dersom det er oppnådd tilfredsstillende hemostase. Hemostasemålinger (f.eks. aktivert partikkel tromboplastintid (aPTT), protrombintid (PT/INR) og plåtetall) bør tas som del av rutinekontroll under infusjonen. Dersom resultatene fra hemostaseprøvene indikerer ukontrollert eller forverret koagulopati, skal fordelene av å fortsette infusjonen veies opp mot risikoen for blødning. Laboratorietester: Drotrecogin alfa (aktivert) har minimal effekt på PT/INR. Forlengelsen av aPTT hos pasienter med alvorlig sepsis, kan være forårsaket av den underliggende koagulopati, de farmakodynamiske effektene av drotrecogin alfa (aktivert) og/eller effekten av annen samtidig medikasjon. Drotrecogin alfa (aktivert) vil gradvis nøytraliseres av endogene plasmaproteaseinhibitorer. Praktisk talt ingen målbart aktivitet er tilstede etter 2 timer. Blodprøver tatt for aPTT-bestemmelse etter dette tidspunkt vil ikke lenger være påvirket av legemidlet. Immunologisk toleranse: Dannelse av anti-APC antistoffer er uvanlig ( $< 1\%$ ) etter en enkeltbehandling av pasienter med alvorlig sepsis. Muligheten for allergiske reaksjoner mot hjelpestoffene fra produksjonen er likevel ikke helt utelukket hos predisponerte pasienter. Dersom det oppstår allergiske eller anafylaktiske reaksjoner skal behandlingen avbrytes umiddelbart og adekvat behandling igangsettes. Drotrecogin alfa (aktivert) er ikke administrert gjentatte ganger til pasienter med alvorlig sepsis. Dersom drotrecogin alfa (aktivert) readministreres bør forsiktighet utvises. Administrering til friske personer er ikke assosiert med produksjon av antistoff mot APC, selv ved gjentatt administrering.

**Interaksjoner:** Interaksjoner er ikke studert hos sepsispasienter. Forsiktighet bør utvises når drotrecogin alfa (aktivert) brukes sammen med andre legemidler som påvirker hemostasen, inkl. protein C, trombolytika (f.eks. streptokinase, tPA, rPA og urokinase), orale antikoagulantia (f.eks. warfarin), hirudin, antitrombin, acetylsalicylsyre og andre plateaggregasjonsheggere f.eks. NSAIDs, tiklopidin og klopidogrel, glykoprotein IIb/IIIa-antagonister (slike som abiciximab, eptifibatid, tirofiban) og prostacyclinanaloger som iloprost. Det er ikke observert økning i blødningsrisiko eller blødningshendelser rapportert som alvorlige bivirkninger, hos de pasientene som fikk både drotrecogin alfa (aktivert) og profylaktisk behandling med ufraksjonert eller lavmolekylært heparin. Effekten av profylaktisk lavdose heparin og andre legemidler med effekt på koagulasjonen er ikke undersøkt med hensyn på effekten av drotrecogin alfa (aktivert).

**Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Ukjent. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: Ukjent. Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan påvirkes. Bør derfor ikke brukes under amming.

**Bivirkninger:** Økt blødningsrisiko. Majoriteten av blødningshendelsene skyldes ekkymose eller blødninger i gastrointestinaltraktus. Alvorlige blødninger (definert som enhver intrakraniell blødning (ICH), livstruende blødning, blødning som krever administrering av  $\geq 3$  enheter røde blodlegemer daglig i 2 påfølgende dager, eller blødning vurdert som alvorlig) er sett hos 3,5%. Alvorlige blødningshendelser forekom hovedsakelig under administrering av legemidlet. Det er sett enkelttilfeller av ICH i løpet av infusjonsperioden. Risikoen for ICH kan øke med alvorlig koagulopati og alvorlig trombocytopeni. I åpne studier er samlet frekvens av blødningsstilfeller 6,6%. Bivirkninger med en frekvens på  $\geq 5\%$  i fase 1-studiene: Hodepine (30,9%), ekkymose (23%) og smerte (5,8%). Se for øvrig spesiallitteratur som fås ved henvendelse til firmaet.

**Overdosering/Forgiftning:** Det er rapportert én overdosering med drotrecogin alfa (aktivert). Denne pasienten med alvorlig sepsis mottok 181 µg/kg/time i 2 timer. Det var ingen alvorlig bivirkning assosiert med denne overdosen. Inet kjent antidot. Ved overdosering skal infusjonen seponeres umiddelbart.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Antitrombotisk middel. *Virkningsmekanisme:* Drotrecogin alfa (aktivert) er en rekombinant versjon av det naturlige plasmaderiverte aktiverte protein C (APC), eneste forskjell er enkelte oligosakkarider i karbohydratdelen av molekylet. APC begrenser trombindannelsen ved å inaktivere faktorene Va og VIIIa, og er en viktig modulator av den systemiske responsen på infeksjoner og har antitrombotiske og profibrinolytiske egenskaper. Drotrecogin alfa (aktivert) har antitrombotisk effekt ved å begrense genereringen av trombin og bedre sepsisassosiert koagulopati, vist ved raskere gjenoppretting av markører for koagulasjon og fibrinolyse. Gir raskere reduksjon i trombosemarkører som D-dimer, protrombin og trombin-antitrombin og raskere økning i protein C og antitrombin. Gjenoppretter endogen fibrinolysekontroll, vist som raskere trend mot normalisering av plasminogen og raskere reduksjon av plasminogenaktivatorinhibitor-1. Gir raskere reduksjon av interleukin-6, en global markør for inflammasjon, overensstemmende med reduksjon i inflammatorisk respons. *Fordeling:* Plasmaclearance er 41,8 liter/time hos sepsispasienter. Hos pasienter med alvorlig sepsis ble plasmaclearance nedsatt ved nyresvikt og nedsatt leverfunksjon, men selv en betydelig endring i clearance ( $< 30\%$ ) nødvendiggjør ingen dosejustering. *Halveringstid:* Etter fullført infusjon er nedgangen i plasmakonsentrasjonen bifasisk og består i en rask initialfase ( $t_{1/2\alpha} = 13$  minutter) og en mer langsom sekundær fase ( $t_{1/2\beta} = 1,6$  timer).  $t_{1/2}$  består for ca. 80% av AUC. «Steady state»-plasmakonsentrasjon oppnås innen 2 timer etter infusjonsstart. *Oppbevaring og holdbarhet: Kjølenskap.* Beskyttes mot lys. Anbefales brukt umiddelbart etter oppløsning. Hetteglasset med oppløst legemiddel kan likevel oppbevares ved 15-30°C i inntil 3 timer. Tilberedt infusjonsoppløsning er holdbar inntil 14 timer ved 15-30°C.

**Andre opplysninger:** *Uforlikeligheter:* Etter oppløsning med vann til injeksjonsvæsker skal drotrecogin alfa (aktivert) kun blandes med natriumklorid 9 mg/ml injeksjonsvæske. De eneste andre oppløsninger som kan administreres gjennom samme intravenøse slange er natriumklorid 9 mg/ml injeksjonsvæske, Ringer-laktat, dekstrose eller dekstrose-saltoppløsninger. Ved bruk av sprøytepumper ved lave konsentrasjoner ( $< 200$  µg/ml) og ved lave hastigheter ( $< 5$  ml/time), må infusjonssett «primes» i omtrent 15 minutter med en hastighet på cirka 5 ml/time. Se for øvrig pakningsvedlegg vedrørende bruk og håndtering.

**Pakninger og priser:** 5 mg: Hettegl.: 1 stk. kr 2478,20, 20 mg: Hettegl.: 1 stk. kr 9807,40.  
Sist endret: 11.02.2003



# NAForum

NAForum NAForu  
AForum NAForum  
Forum NAForum  
Som NAF-medlem får du  
NAForum og  
Akuttjournalen samtidig i  
en og samme sending

Ved adresse-ændring,  
vennligst ta kontakt med

Legeforeningen,  
sentralt

[register@legeforeningen.no](mailto:register@legeforeningen.no)



Akuttjournalen  
Scand J Trauma Emerg Med



# Referat fra Fagpolitikk og Generalforsamlingen i Norsk anesthesiologisk forening

Soria Moria 24.10.02

## A. Fagpolitikk

### 1. Nasjonale retningslinjer for pasientinformasjon? v/Jan Henrik Rosland

Innleder tok utgangspunkt i pasientrettighetsloven og innlegg ved Aslak Syse på Høstmøtet 2001.

Loven krever at alle pasienter skal ha adekvat informasjon forut for anestesi. Akuttutvalget har kommet med et utkast til informasjon som ble behandlet på NAFs styremøte 280802. Utkastet er et godt utgangspunkt for videre arbeid. Forsamlingen, som teller ca 50 medlemmer, synes enige i at det er fornuftig at informasjonsmateriell utarbeides i regi av NAF. Dette arbeidet bør skape stor aktivitet på weben og i NAFForum. Før publisering må informasjonen prøves på pasienter. Et annet spørsmål er om pasienten skal signere på om han/hun har lest og forstått den informasjonen som er gitt. Styret forbereder saken og oppfordrer til diskusjon.

### 2. "Guidelines" i Anestesi og Intensivmedisin v/Eldar Søreide

Kort innledning. Innleder presiserer at GF har vedtatt at det skal utarbeides kliniske retningslinjer i faget og han konstaterer at arbeidet ikke har kommet i gang. Fagutvalgene oppfordres til å komme med 5 tema som er egnet med tanke på utarbeidelse av kliniske retningslinjer. Styret vil komme med mer informasjon vedrørende "Guidelines" i neste nummer av NAFForum. Styret går inn for at Kvalitetsutvalget koordinerer arbeidet etter innspill fra utvalgene. Arbeidet må starte umiddelbart.

## B. Generalforsamling

### 1. Generalforsamlingen åpnes av leder i Norsk anesthesiologisk forening, Mårten Sandberg (MS).

Ett minuts stillhet for avdød kollega Ragnar Endresen, født 02/07-1920 død 29/01-2000.

### 2. Godkjenning av innkalling og saksliste

Det er ingen kommentarer til innkalling og saksliste. MS informerer om at etter et GF vedtak i 2001 legges GF papirene nå ut på weben. Dette fører til reduserte utgifter for NAF.

### 3. Valg av ordstyrer

Overlege Einar Hysing velges enstemmig til ordstyrer.

### 4. Valg av referent (styret foreslår sekretær i Norsk anesthesiologisk forening Anne Berit Guttormsen)

Anne Berit Guttormsen velges til referent.

### 5. Valg av kontrollører

Gjerløw og Nissen velges til kontrollører.

### 6. Årsmelding fra styret i NAF

Mårten Sandberg går gjennom styrets årsberetning. Han legger vekt på at en må hjelpe utdanningskandidatene til å systematisere sine ferdighetslister enten i form av et enkelt dataprogram eller i form av en håndbok. Spiller ballen over til Spesialitetskomiteen. Kommenterer endringene i spesialistutdannelsen ved at gruppe I utdannelsen har falt bort. Redegjør for at NAFs smertestandard kommer til å danne grunnlag for en nasjonal smertestandard. Komitearbeidet skal være slutført i løpet av 6 mnd. Legeforeningens gruppe skal ledes av overlege Rae Bell og overlege Jannicke Mellin-Olsen (legeforeningens representant) er oppnevnt som sekretær for gruppen. Den gode innsatsen fra Anestesiutvalget og Forskningsutvalget framheves. Det gjøres også rede for at NAFForum fom 2003 skal trykkes av Akuttjournalen. Videre berømmes NAFwebs litteraturservice og det uttrykkes bekymring for at anestesiforums debattmulighet benyttes i så liten grad av kollegiet. Videre uttrykkes det tilfredshet ved at tre av medlemmene i

Sentralstyret er anestesileger.

Vedtak: Styrets årsberetning taes til etterretning.

## 7. Innkomne saker:

Ved tidsfristens utløp er det ingen innkomne saker.

## 8. Valg.

Valgkomiteens innstilling taes til etterretning når det gjelder alle utvalg, og alle utvalgsmedlemmer velges enstemmig.

### Akuttutvalget:

Tina Hakli, St. Olavs Hospital, Hans Julius Heimdal, Akershus universitetssykehus, Birgitte Sterud, Univesitetssykehuset Nord-Norge, Jon Kenneth Heltne, Haukeland Universitetssykehus, Per Kristian Hyldmo, Vest-Agder sykehus

### Anestesiutvalget:

Johan Ræder, Ullevål universitetssykehus, Camilla Arnesen, Akershus universitetssykehus, Sigbjørn Lid, Volda Sjukehus, Lars Andersen, Nordlandssykehuset, Bodø, Vidar Aasbø, Sykehuset Østfold, Fredrikstad

### Forskningsutvalget:

Tom Heier, Ullevål universitetssykehus, Paul Husby, Haukeland universitetssykehus, Pål Klepstad, St. Olavs Hospital, Audun Stubhaug, Rikshospitalet, Elin Helset, Det norske Radiumhospital

### Intensivutvalget:

Hans Flaatten, Haukeland universitetssykehus, Vivi Bjørnø, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg, Magnar Osnes, Universitetssykehuset Nord-Norge, Jon Bergmann, Rikshospitalet, Stephan Balsliemke, Sykehuset Buskerud

### Kvalitetsutvalget:

Hilde Lang-Orren, Bærum sh, Frank Nordlund, Harstad sh, Siri Tau Ursin, Stavanger/SIR, Sven Erik Gisvold, St. Olavs klinikk, Trondheim, Per Anders Hunderi, Haraldsplass sykehus, Bergen

### Smerteutvalget:

Rae Bell, Haukeland Universitetssykehus, Jørgen Hansen, Nordlandssykehuset, Bodø, Per Engstrand, Sykehuset

Telemark, Gunnvald Kvarstein, Rikshospitalet Per Egil Haavik, Sentralsjukehuset i Rogaland

### Valgkomiteen:

Svein Are Osbakk, Universitetssykehuset Nord-Norge, Hilde Østrem, Rikshospitalet, John Hausken, Ullevål universitetssykehus

## 9. Forslag til kontingent for 2002

Kasserer foreslår at kontingenten holdes uendret.

Vedtak: Kontingenten holdes uendret, 1000 kr for spesialister og 900 kr for leger under utdanning

## 10. Årsmelding NAF-økonomi 2001, samt forslag til budsjett 2003

Årsmelding for 2001 og budsjett for 2003 legges fram av Styrets kasserer Kristin Sem Thagaard. Det er ingen kommentarer til regnskapet. Hun presiserer at Styret har satt opp et budsjett som gir Styret stor økonomisk handlefrihet. Forsamlingen oppfordres til å søke midler til kvalitetsforbedrende arbeid.

Guttorm Brattebø uttrykker bekymring over at NAF forgubbes og han oppfordrer styret til å bruke penger som et virkemiddel til å aktivisere de underordnede legene i faget.

Vedtak: Årsmelding, regnskap og budsjett godkjennes.

## 11. Institutt til fremme av anesthesiologisk forskning

Regnskapet gjennomgås av overlege Tom Heier.

Vedtak: Regnskapet taes til etterretning.

## 12. Forskningsutvalget - årsmelding

Årsmeldingen legges fram av Erik Waage Nielsen (EWN). Det vises til forskningsutvalgets nettsider.

Abstrakt til årets høstmøte er mottatt elektronisk og dette har fungert godt. For å øke de yngres interesse har forskningsutvalget denne gangen oppfordret til at det sendes inn kasuistikker. Dette har vært en suksess. EWN presiserer at frie foredrag bør få mer plass i programmet.

### Det ble delt ut følgende stipender for 2002:

Søker	Innvilget beløp	Sponsor
Øyvind Klaastad	10 000	Janssen-Cilag
Wenche Børke	10 000	Fresenius Kabi
Carl M Berg	15 000	Organon

Morten C Moe	20 000	Abott
Svein A Landsverk	5 000	Hovedfond
Ole M Filseth	50 000	15000 NLA/35000 Hovedfond
Alf Jonassen	30 000	Tyco Health Care
Berit Munkeby	10 000	Hovedfond

### 13. Spesialitetskomiteén – årsmelding

Leder Erik Hjelvin (EH) presenterte en foreløpig årsmelding fra Spesialitetskomiteen. Komiteen rapporterer årsviis (januar-januar) og oppnevnes av DNLF etter forslag bla fra NAF. Nåværende komite sitter fra april 2002 og i 4 år. EH redegjør for komiteens sammensetning. Erik Hjelvin (leder), Sven William Nissen, Mai-Elin Koller (akad), Anne-Beate Solås, Jo Kramer-Johansen (YLF), Torkjel Tveita (vara), Bjørn Hågenvik (vara), Kristina Wærhaug (vara YLF). Varamedlemmene deltar på lik linje med medlemmene. Komiteen har hatt 2 møter. Arbeidsoppgavene er mange. Det er vurdert mange søknader om spesialistgodkjenning også prinsipielt viktige saker vedrørende krav til kandidater utenfor Norden/EØS. Medlemmer fra komiteen har besøkt anesthesiavd. i Molde og Ålesund, og St. Olavs Hospital står for tur i høst. Komiteen ønsker å revidere målbeskrivelsen, og å arbeide for å samordne de obligatoriske kursene i spesialistutdannelsen. Det vil bli lagt vekt på å følge opp utdannelsesavdelingene, men komiteens trange budsjett kan begrense dette.

### 14. NAFForum – årsmelding

Henvises til årsrapport i NAFForum- redaktør ikke til stede.

### 15. Kvalitetsutvalg – årsmelding

Henvises til årsrapport - redaktør ikke til stede.

### 16. Anestesiutvalget – årsmelding

Årsmeldingen presenteres av Camilla Arnesen. Anestesiutvalget har hatt jevnlig kontakt pr. mail. Behandler i hovedsak saker fra Styret, og angir at de har kapasitet til å behandle flere saker. Fremmer i liten grad saker selv. Har funnet fem personer som har sagt seg vilige til å fungere som sakkyndige. For mer utfyllende informasjon vises det til årsmeldingen som ligger på NAFweb.

### 17. Intensivutvalget-årsmelding

Årsmelding (se NAFForum nr 3).

### 18. Smerteutvalget – årsmelding.

Årsmeldingen legges fram av leder Rae Bell. For ytterligere informasjon vises til årsmeldingen som ligger på NAFweb.

### 19. Akuttutvalget – årsmelding.

Årsmeldingen legges fram av Hans Morten Lossius. For ytterligere informasjon vises til årsmeldingen på NAFweb.

### 20. SSAI – årsmelding.

Årsmeldingen legges fram av Jannicke Mellin-Olsen. For ytterligere informasjon vises til NaForum nr. 3

### 21. UEMS- årsmelding.

Årsmeldingen legges fram av Jannicke Mellin-Olsen. For ytterligere informasjon vises til NaForum nr. 3

### 22. Referatsaker

På tampen av møtet tar Mårten Sandberg opp et spørsmål rettet til Styret (etter fristen for GF saker) fra overlege. Henning Onarheim, Begen vedr. å avslutte høstmøtet fredag ettermiddag. Det er delte meninger i forsamlingen om saken. Taes opp som sak på neste GF.

Godkjent av Styret 1/2-03



 **abbott norge as**







– ingen grunn til å ikke behandle smerte



  
**GEMSTAR**  
*Advancing the Art of Infusion...EVERYWHERE*

- Ny
- Sikker
- Enkel

**PCA  
infusjons  
pumpe**

 **abbott norge as**

Nesøyveien 4, P.b. 123 1376 Billingstad  
Tel: 81559920  
[www.abbott.no](http://www.abbott.no)  
[www.abbottgemstar.com](http://www.abbottgemstar.com)

 **SEVO<sup>rane</sup>**  
SEVOFLURANE

**TRANSPAC® IT:**

NY, enklere og bedre invasiv trykktransducer. Større utvalg. Erstatter nå Transpac 4.

**Nesøyveien 4, P.b. 123, 1376 Billingstad**

**Telefon: 81 55 99 20**

# Nasjonalt Traumeregister i Norge

## Hvor står vi?

De fleste sykehus med akuttfunksjoner i Norge (ca 60 til sammen) tar i mot hardt skadde pasienter. Det er stor variasjon i kompetansen og erfaring på det personalet som møter pasienten i mottaket på de forskjellige sykehusene. Fra turnuskandidat på de minste stedene til velorganiserte traumeteam med mottak av 250-300 hardt skadde på de sykehusene med mest erfaring (Ullevål Universitets-sykehus). Det ligger i kortene at behandlingen varierer, men per i dag er det verken mulig å si noe om antallet større skader, kvaliteten på behandlingen eller noe sikkert om utfallet av behandlingen samlet for Norge.

Kvalitet i behandling handler om blant annet kunnskap om effekt. Systematisk registrering av effekt er derfor en forutsetning for å kunne si noe om kvalitet. Det er mange eksempler på hvor viktig slik registrering er, men det bør være nok å minne om betydningen av det svenske og også norske hofteregisteret for proteser som tidlig avslørte Boneloc-sementens katastrofale effekt på overlevelseskurvene for hofteproteser der denne sementen var blitt brukt. Uten registrene i denne saken hadde denne sementen kanskje fortsatt vært i bruk.

Traumeregistrering har man drevet med lenge i flere land, blant annet i Sverige som av mange i det norske traumemiljøet anses som en lillebror i traumebehandling. Det har gjennom de siste årene vært flere initiativer også i Norge, men først nå har dette arbeidet kommet i gang her i landet. På årsmøtet i både Norsk Anestesiologisk Forening (NAF) og Norsk Kirurgisk Forening (NKF) ble det lagt fram en orientering om hvor arbeidet står i dag. Det er på initiativ fra blant annet disse foreningene i løpet av det siste året blitt etablert en arbeidsgruppe for å lage et forslag til Nasjonalt traumeregister.

I arbeidsgruppen og styringsgruppen for denne sitter det representanter fra NAF, NKF og sykehus fra alle landsdeler. De har kommet med et første utkast til hva som skal

registreres i dette registeret. I arbeidet har man tatt utgangspunkt i andre internasjonale registre for å sikre seg kompatibilitet med disse og dermed mulighet til å sammenligne norsk traumebehandling med andre land.

De foreslåtte datapunktene til nasjonal traumeregistrering sendes på en faglig høringsrunde. Høringsinstanser blir Norsk Anestesiologisk Forening, Norsk Kirurgisk Forening, sjeflegene ved alle sykehus som bedriver skadebehandling, og medisinske ledere for luft- og bakkeambulanse. For å videreutvikle registeret må man skaffe seg erfaring i en mindre skala før man satser bredt på å opprette et nasjonalt register. Man tenker seg å inkludere noen store sykehus og noen små sykehus for registrering i en prosjektperiode. Aktuelle samarbeidspartnere er: Sentralsjukehuset i Rogaland, Haukeland sykehus, Ullevål sykehus, Førde og Hammerfest sykehus.

Det må arbeides med mulige dataløsninger og dette arbeidet må koordineres med andre nasjonale akuttmedisinske registre. Flere ulike modeller er diskutert inkludert en web-basert modell løsning med registrering lokalt og matning av data sentralt. Den sentrale server gir de bearbejdede data "online" tilbake til lokalt sykehus med direkte sammenligning mot resten av landet.

Som hovedregel er tilsvarende norske registeret (Hofteregisteret, Registeret for hjertekirurgi) eiet av de respektive spesialforeninger. Styringsgruppen og arbeidsgruppen er enige om å gå for en tilsvarende modell hvor Norsk Anestesiologisk Forening og Norsk Kirurgisk Forening står som eiere, et styre og et sekretariat som har ansvaret for kodingen og innlegging samt bearbejding av data.

Når registeret står ferdig til bruk for alle sykehus i Norge vites ikke i dag, men håpet vårt er at vi innen 2 år skal ha kommet godt i gang.



## Litt om medlemsmassen vår

av Elin Kryvi - Styremedlem i NAF

# Styrenytt

## Styrenytt

Vi er nå 655 medlemmer i NAF, og ganske nøyaktig en fjerdedel (165) er kvinner. De siste årene har det vært rekordhøy innmelding; 55 nyinnmeldinger i 2000, 44 i 2001 og 51 i 2002! Dette er vi i styret svært fornøyde med! Velkommen alle sammen!

Totalt er vi 911 anesthesiologer i Norge. 605 av oss arbeider eller har bosted i Norge og 569 er i dag yrkesaktive innen faget og er under 70 år. Utmeldinger fra foreningen er en sjeldenhet, men i de tilfeller hvor det forekommer ser man at det er en viss sammenheng mellom utmeldinger fra Dnlf og fra NAF. Dette er naturlig siden medlemskap i Dnlf er en betingelse for medlemskap i NAF. Totalt er det 79 som har meldt seg ut av NAF gjennom hele foreningens historie og rundt halvparten av disse har også meldt seg ut av Dnlf.

NAF ble grunnlagt i 1949 og i hele denne perioden er det 10 medlemmer som har falt fra. Dette tallet er lavt og det er interessant i diskusjonen om anestesileger lever kortere enn sammenlignbare yrkesgrupper.

Vi har blant våre 655 medlemmer 31 som ikke er yrkesaktive. 30 av disse er alderspensjonister og en er uføretrygdet. 8 av disse 31 er under 70 år. Det er gledelig at også dere som ikke lenger er yrkesaktive, ønsker å forbli i foreningen.

Når det gjelder våre arbeidssteder fordeler vi oss stort sett som andre spesialister. Det er tendens til overrepresentasjon i Akershus og underrepresentasjon i Buskerud og Finnmark. I tillegg bor totalt 13 av oss i utlandet.

Vi har altså registret 610 medlemmer under 67 år, med fylkesavdeling (resten er i utlandet).

Disse er fordelt som følger:

Oslo:	177
Hordaland:	62
Akershus:	60
Sør-Trøndelag:	42
Rogaland:	40
Troms:	28
Østfold:	26
Møre og Romsdal:	25
Vestfold:	20
Buskerud:	20
Nordland:	20
Vest-Agder:	20
Oppland:	16
Telemark:	16
Aust-Agder:	14
Telemark:	11
Nord-Trøndelag:	10
Sogn og Fjordane:	9
Finnmark:	3

Vi har altså 624 yrkesaktive medlemmer under 70 år. Blant disse har vi 164 assistent-leger. Resten er overleger (el kunst overleger) og blant disse har vi 2 sjefsleger og 2 kliniksjefer og 1 klinikkoverlege. Av våre 655 medlemmer er det 495 som er spesialister, ikke alle i anesthesiologi.

Vi er med andre ord en stor forening, med god oppslutning men vi har alltid plass til flere!



# Propofol-<sup>®</sup>Lipuro 10 mg/ml



**B | BRAUN**

B. Braun Medical AS  
N-3142 Vestskogen

Tlf.: 33 35 18 00 - fax: 33 35 18 90

E-mail: [bente.westrum@bbraun.com](mailto:bente.westrum@bbraun.com)

# SSAI 2003

## 27<sup>th</sup> Congress of the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine

Marina Congress Center Helsinki, Finland, 16-20 August 2003

### Programme

- Refresher courses
- Symposia and workshops
  - Cardiac/cardiothoracic anaesthesia
  - Emergency medicine
  - Information technology
  - Intensive care medicine
  - Neuroanaesthesia
  - Obstetric anaesthesia/analgesia
  - Paediatric anaesthesia
  - Pain medicine
  - Regional anaesthesia
- Poster discussions
- Guest lectures
- Problem-based learning discussions
- Get-together party and banquet
- Exciting and educational cultural and social programme

### Important dates

Deadline for abstracts	30 April 2003
Deadline for early registration	30 June 2003

### Contact information

**Congress Secretariat**  
CONGREX / Blue & White Conferences Oy  
P.O. Box 81, FIN-00371 Helsinki  
Tel: +358-9-560 7500  
Fax: +358-9-560 75020  
**E-mail: [ssai2003@congrex.fi](mailto:ssai2003@congrex.fi)**

**Congress President**  
Prof. Per H. Rosenberg  
Department of Anaesthesiology and  
Intensive Care Medicine  
Helsinki University Central Hospital  
P.O. Box 340, FIN-00029 HUS  
**E-mail: [per.rosenberg@hus.fi](mailto:per.rosenberg@hus.fi)**