

01 10 | inspira

Tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere



Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp • Anafylaksi • Bruk av sjekklister på operasjonsstuen •
ALNSF Etterutdanningsprogram • Europeisk forening for intensivsykepleie, EfCCNa





Ny revisjon av standard

Arbeidet med å utvikle standard startet for ALNSF allerede under GF i 1988. Tittelen var da "standarder i anestesisykepleie". Målet var å lage standarder som skulle være normgivende for anestesisykepleiepraksis på landsbasis. GF fattet følgende vedtak: Det fremlagte forslag til standard anbefales, og sendes tilbake til styret for videre behandling. Senere samme år ble det etablert et samarbeid med NAF som viste interesse for ALNSFs arbeid, og i februar 1989 ble det opprettet en felles komité bestående av medlemmer fra både NAF og ALNSF. Utviklingen av dokumentet foregikk over tid, med innspill og diskusjoner innenfor de respektive foreninger, og det var først på GF 1991 at "Standard for Norsk Anestesi" ble vedtatt. Dette skjedde parallelt i begge foreninger. Fortsatt var det noe uenighet om deler av dokumentet, men på GF i 1992 ble det hevdet at det var lite hensiktsmessig å utvikle egen standard for anestesisykepleietjenesten, men heller bygge videre på det arbeidet som var igangsatt med et felles dokument for begge grupper.

Og siden oppstarten i 1991 og frem til dag har dokumentet blitt revidert med jevne mellomrom. Graden av direkte samarbeid mellom profesjonene har variert, men det har vært en god dialog i forhold til innspill til dokumentet. Etter siste revisjon (januar 2010), tydeliggjøres etter vår oppfatning samspillet mellom de to profesjoner i det å skulle utøve en faglig forsvarlig praksis innen anestesifaget. Både lokalgruppeledere og ALNSF styre har i forkant gjennomgått dokumentet grundig og har kommet med klare og tydelige innspill. Vi mener at anestesisykepleiernes ansvar og funksjon nå kommer tydelig frem, i tillegg til vektlegging av samarbeidet mellom gruppene.

Normering i forhold til bemanning er ikke tatt med. Dette er en beslutning ALNSFs styre er tilfreds med, da dokumentet skal basere seg på et faglig forsvarlighetsprinsipp og ikke skal diktere hvordan de ulike avdelinger velger å utnytte sine personalressurser.

Uansett er det viktig at standarddokumentet har den funksjon det er tiltenkt. Målet er at dokumentet benyttes aktivt i anestesivdelingene, og at tilbakemeldinger gis hvis det oppstår uklarheter som følge av dokumentet. Overordnede myndigheter og Norsk Pasientskadeerstatning har uttalt at dokumentet vil kunne få betydning ved rettsavgjørelser, selv om det ikke er bindende for sykehuseier. Borgarting lagmannsrett uttalte i en sak at "standarden er en anbefaling, ikke en forskrift, men den må ansees som normgivende for anestesiarbeid". Vi oppfordrer derfor våre medlemmer til fortsatt å innta en aktiv rolle i forhold til Standarddokumentet.

Anne Marie Gran Bruun

Medlemmer i NSF tilknyttet privat sektor i NHO, var nylig i streik. Dette er medlemmer uten tariffavtale, som har en mye lavere lønn enn minstelønnen i tariffavtalen i det offentlige. Streiken endte i tvunget lønnsnemnd, da helsetilsynet mente streiken satte pasientenes liv og helse i fare.

Vi nærmer oss nå "vårens vakreste eventyr", hovedoppgjøret som har mange utfordringer. NSF forventer at 2010 skal være året der likelønnsatsingen starter. Medlemmer med tilsvarende kunnskap og kompetanse i privat sektor har opp til kr. 100.000,- mer i lønn. NSF' landsmøte 2007 vedtok krav om likelønn innen 2012. Staten må komme med friske midler øremerket likelønn. Lønn må stå i forhold til vår utdanning, kompetanse, ansvar og ansiennitet. Lønn er viktig for å rekruttere og beholde sykepleiere.

I følge endringer i arbeidsmiljøloven skulle 3 skifts turnusarbeidere og skiftarbeidere likestilles fra 01.01. 2010. I Statsbudsjettet for 2010 var dette ikke finansiert. NSF forventer at dette tas utenom tariffoppgjøret. Dette vil gjelde for mange av våre medlemmer, der vaktbelastningen er stor. NSF forutsetter også at pensjonsrettigheter ivaretas. Alle virkemidler skal tas i bruk for å høyne sykepleiernes lønn sentralt og lokalt. Til våren blir det et spennende lønnsoppgjør med mange utfordringer, så følg med på NSFs hjemmeside om fremdriften i forhandlingene. Noen av våre medlemmer kan bli tatt ut i streik, selv om intensivavdelinger blir "skånet" da vi har øyeblikkelig hjelp.

Helsedirektoratet bruker kjendiser for å rekruttere flere unge til helsearbeiderfaget. Kampanjen presenterer helsearbeiderfaget som et meningsfylt arbeid med gode jobbutsikter. Nøkkelen til flere kompetente fagarbeidere er å få fram bredden og muligheten. I kampanjen kan vi se kjendiser på bilde med teksten "Er det du som skal ta vare på meg hvis jeg blir syk?".

Flere intensivavdelinger har flere pasienter enn bemanning tilsier, over lengre tid. Merarbeid/overtid/ doble vakter er benyttet, da det er behov for kvalifisert personale på vakt. Lav grunnbemanning med mange ekstravakter, kan føre til et trett og slitent personale som også kan være en fare for "liv og helse".

Gjør intensivsykepleierne og aut. sykepleiere samme oppgaver i våre intensivavdelinger? Innehar de samme type kompetanse? Hvilke krav stiller arbeidsgiver til kompetansen ved våre avdelinger? Hvilke krav og forventninger har pasienter og pårørende til oss? "Hvem skal ta vare på deg når du blir syk?". Synliggjøring av vår kompetanse er viktig. Vi kan stille spørsmålet om "intensivsykepleier gjør en forskjell". Dette er temaet for fagdage i Oslo i september.

Høgskolene har kapasitet til å utdanne flere intensivsykepleiere enn det er intensivstuderenter. Flere takker nei til studieplasser, da de ikke vet hvordan behovet for intensivsykepleiere er når de er ferdig utdannet. Noen tør ikke si opp sine faste stillinger og en del får ikke stipend/"lønn" under utdanningen. Hvordan skal behovet for intensivsykepleiere dekkes i fremtiden?

Hildegunn Synnevåg

Innhold i artikler står for forfatterens egen mening. Dette samsvarer ikke nødvendigvis med synet til styrene i ALNSF og NSFLIS eller redaksjonen.

All redaksjonell korrespondanse til ALNSF og NSFLIS sendes til:

Ansvarlig redaktør

Karin Jensvold
Gauselvågen 47, 4032 Stavanager
T arbeid: 51 51 33 26
M: 99 32 88 48
E: inspira@alnsflis.no

ALNSFs redaksjonsutvalg

Ragna Kleppa
T privat: 51 58 27 93
T arbeid: 51 83 41 66
E: ragna.kleppa@uis.no

Astrid Høie Bøe
T arbeid: 51 51 86 98
E: astbo@online.no

NSFLISs redaksjonsutvalg

Inger Emilie Værland
T privat: 51 86 10 90
T arbeid: 51 51 84 91
E: inger.emilie@amt.birkedal.no

Helga K. Langhelle Freyer
T arbeid: 51 51 91 38
E: helga.freyer@gmail.com

Anna Karlsen
T privat: 51 66 85 06
T arbeid: 51 51 91 38
E: karlsenanna@hotmail.com

Abonnement

Gratis distribuert til medlemmene av NSFLIS og ALNSF.
Andre abonnenter i Norge: 200,-
Abonnenter i andre nordiske land: 250,-

Bestilling av abonnement:
inspira@akuttjournalen.com

Annonser

Kjell O. Hauge
koh@akuttjournalen.com
M: +47 932 41 621

Design

Akuttjournalen
Liv K. Norland
artdirector@akuttjournalen.com
T: +47 99 59 16 86

Materiellfrister

Nr 1 1. februar
Nr 2 1. mai
Nr 3 1. september
Nr 4 1. november

Utgivelsesdato

Nr 1 15. mars
Nr 2 15. juni
Nr 3 15. oktober
Nr 4 15. desember

ALNSF på internett

www.alnsf.no

NSFLIS på internett

www.nsflis.no

INNHOOLD

01
10



14



21

NORSK
INDEKS
for medisinsk nødhjelp
3. utgave

6

Leder	2
Anne Marie Gran Bruun, Leder ALNSF, Hildegunn Synnevåg, Leder NSFLIS	
Bokanmeldelse: Nyfødtsykepleie 1 og 2 Inger Emilie Værland	5
Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp, 3. utgave Kristian Lexow	6
Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp og "Bare brystkompresjoner" ved basal HLR Kristian Lexow	8
ALNSF Etterutdanningsprogram Nils Ivar Trondsen	10
Anafylaksi Anne Berit Guttormsen	14
Bruk av sjekkliste på operasjonsstuen Arvid Steinar Haugen, Shamini Murugesh, Merete Eugenie Holst, Eirik Sjøteland	21
Europeisk forening for intensivsykepleie, EfCCNa Tor Magnus Molund, Astrid Danielsen	26
ALNSF – nytt	30
NSFLIS – nytt	31

ALNSF-styret

Leder
Sekretær/1. nestleder
Kasserer/2. nestleder
Styremedlem
Styremedlem
Styremedlem
Varamedlem
Leder utdanningsutvalg
Leder etterutd.utvalg

Anne Marie Gran Bruun
Beate Stock
Gunn Glimsdal
Ellen Lunde
Carla Miglioni Nilssen
Øystein Høen
Stine Thorvaldsen Smith
Marit Vassbotten Olsen
Nils Ivar Trondsen

annemarie.bruun@c2i.net
stockbeate@gmail.com
gunnglimsdal@hotmail.com
ellen.lunde@fredrikstad.frisurf.no
carla.nilssen@STHF.no
o.hoen@online.no
stine.smith@online.no
marit.vassbotten.olsen@helse-bergen.no
nilsivar@gmail.com

NSFLIS-styret

Leder,
NOSAM representant
Nestleder,
Medlemsansvarlig
Kasserer
Sekretær, Web ansvarlig
Utdanningsansvarlig
Internasjonal kontakt,
EfCCNa kontakt
1. varamedlem
2. varamedlem

Hildegunn Synnevåg
Siw Øfstegaard Heimdal
Grete Sandve Lapin
Erik Bonesmo
Tove A. Gulbrandsen
Tor Magnus Molund
Siv Karlsson Stafseth
Helene Andreassen

hi-syn68@online.no
siwhei@c2i.net
grete.lapin@c2i.net
ebonesmo@ntebb.no / erik.bonesmo@hnt.no
tove.gulbrandsen@hiof.no
t-magnum@online.no / tor.magnus.molund@vesyk.nl.no
Siv.stafseth@rikshospitalet.no / rolf.siv@c2i.net
helenean@online.no

TOOTHette[®] Oral Care

– Hygienisk munnstell redder liv!



q4 reduserer infeksjoner -utfør munnstell hver fjerde time!



- Enklest
- Mest hygienisk
- Lik prosedyre
- Alt inkludert

 **KvinTo AS**
Medisinske Produkter
– for bedre livskvalitet

Brobekkveien 107
0582 Oslo

Tlf: 22 72 03 00
Fax: 22 72 03 01
E-post: post@kvinto.no

www.kvinto.no

NYHET!

Nyfødtsykepleie 1 og 2

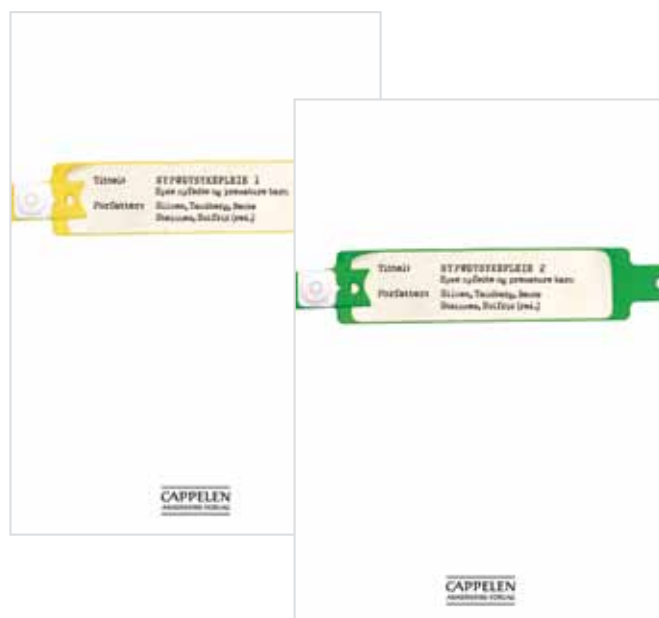
Det har lenge vært behov for en lærebok i nyfødtsykepleie på norsk. Nå er den endelig kommet i to bind. De to bøkene er delt inn i 7 deler og 36 kapitler. Bøkene har 28 bidragsyttere, inkludert redaktørene. Bøkene tar for seg både sykepleiefaglige, medisinske og de sosiale aspektene ved pleien av det nyfødte barnet. Amming, tidlig samspill mellom barn og foreldre og familieperspektivet er sentrale oppgaver i en nyfødtavdeling og disse emnene blir gjennomgått. Det samme gjelder generell sykepleie og sykepleiefaglige utfordringer til de ulike pasientkategoriene i en nyfødtavdeling.

Inger Emilie Værland,
Nyfødt intensivavdeling, Stavanger
Universitetssjukehus

Kapitlene om sykepleie er godt skrevet og gir en god innføring i faget. Medisinske tilstander og patofysiologi er viktig basiskunnskap for sykepleiere i en intensivavdeling. Disse emnene blir behandlet på en grei og oversiktlig måte. Bøkene har en del case i begynnelsen av flere kapitler og disse gir gode bilder av problemstillingene i kapitlene. I en del kapitler går det klart fram hvilken forskning som er aktuell og hva som kan forskes videre på. Et eksempel er kapitlet om NIDCAP hvor problemet med forskning blir gjennomgått på en god og oversiktlig måte, samtidig som forskningens begrensninger påpekes. Nyfødte er også en gruppe det er etisk vanskelig å forske på.

Bøkene hovedproblem er en rotet struktur og gir inntrykk av at redaktørene først og fremst har gått til forelesere ved videreutdanningen og kompetansehevingskurs for sykepleiere ved nyfødtavdelinger i Oslo. Det er 21 nyfødtavdelinger i Norge og seks (ikke fem som redaktørene sier), hvor alle pasientgrupper behandles. Det er derfor god faglig kompetanse over hele landet, men alle forfattere er fra Oslo regionen. Det er sykepleiere som har master- og hovedfag med fokus på smertebehandling for nyfødte som ikke er medforfattere, men de er ikke bosatt i Oslo området. Nyfødtavdelingen i Ålesund er den mest ledende i landet når det gjelder å implementere NIDCAP i avdelingen, likevel er ikke kompetansen brukt.

Det er mange forfattere og det fører til at en del unødvendige gjentakelser. Noen emner er svært generelle som kapitlene om kunnskapsbasert praksis, dokumentasjon og hygiene. Disse kunne ha vært utelatt. Det hadde vært en fordel med litteraturlister etter hvert



*Tandberg, Bente Silnes, Steinnes, Solfrid (red.): Nyfødtsykepleie 1 og 2.
Cappelen Akademisk Forlag, 2009.*

kapittel og stikkordregisteret burde være for begge bøkene. Andre tema burde vært bedre belyst. Eksempler er at oksyhemoglobinet dissosiasjonskurve nevnt, men er ikke forklart. Hjerterytmer er beskrevet uten å vise EKG strimler.

Bøkene gir en grei innføring i sykepleie til nyfødte og premature barn. De vil sannsynligvis bli flittig benyttet av ansatte ved nyfødtavdelingene. Særlig vil nyansatte ha glede av bøkene. Bøkene styrke er at de gir en god oversikt over fagfeltet, selv om de på noen områder kunne ha gått mer i dybden. Redaktørene etterlyser mer forskning innen nyfødtsykepleie, kanskje bøkene kan stimulere til at sykepleiefaglig forskning blir en del av hverdagen på nyfødtavdelingene. Og ikke minst til at flere tar videreutdanning innen nyfødtsykepleie.

Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp – 3.utgave

Revisjonsprosessen

Allerede ved forrige oppdatering av Norsk Indeks i 2005 så en behov for en mer omfattende revisjon.

Dette revisjonsarbeidet har tatt lengre tid enn ønskelig, bl.a. fordi

- oppgaven var mer omfattende enn først antatt
- nye medisinske retningslinjer skulle innarbeides
- et stort antall kompetente bidragsytere ga mange verdifulle, men ikke alltid samsvarende innspill.

Kristian Lexow

Overlege, Akuttklinikken, Stavanger Universitetssykehus.
Leder av Norsk Resuscitasjonsråd.

Revisjonsarbeidet ble organisert av Legeforeningen, først ved Guri Spilhaug og senere ved Bente Ruud Karlsson og Audun Fredriksen. En medisinskfaglig arbeidsgruppe ledet av Kristian Lexow har bestått av Helen Brandstorp, Olav Eielsen, Sindre Mellesmo og Kirsten Mo Haga. Legeforeningen har hatt det siste revisjonsutkastet ute på bred høring forsommeren 2009, og til slutt godkjent innholdet etter vedtak i Sentralstyret i september 2009.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin har påpekt at Norsk indeks er et sentralt beslutningsstøtteverktøy i nødmeldtjenesten. ”Indeks har gjennom tiår bidratt til en høy faglig standard og et omforent begrepsapparat, og dermed også til at den medisinske nødmeldtjenesten i dag framstår enhetlig og av god kvalitet.” nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har bl.a. beskrevet behovet for brukeropplæring.

Alle endringsforslag har blitt grundig vurdert. Noen forslag har måttet utgå pga brudd med strukturen i Indeks, eller rett og slett pga plassmangel. Noen forslag ble tatt med i endret form. I alle oppslag er det medisinskfaglige innholdet oppdatert. Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) har kvalitetssikret innholdet i de nye instruksjonsoppslagene for livreddende førstehjelp. Lærdals fond for akuttmedisin har bidratt med pedagogisk og grafisk kompetanse bl.a. for å sikre best mulig kommunikasjon mellom innringere og AMK/LVS.

Norsk indeks er blitt et referanseverk som er med på å binde sammen nødmeldtjenesten og de øvrige nødetatene. I tråd med intensjonene

i ”Samhandlingsreformen” er Indeks forhåpentlig også et viktig redskap for det operative samarbeidet mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten.

Hva er nytt i 3.utgave?

Det er ikke gjort vesentlige endringer i oppbyggingen/strukturen bortsett fra i instruksjonsoppslagene 01, 02 og 03. Det er ikke lagt til eller fjernet noen oppslag, bortsett fra 01.1 HLR med hjertestarter som er fjernet.

Deter derimot gjort mange og viktige justeringer både i medisinskfaglig innhold og i kriteriene, responsdelen, tilleggsspørsmålene, rådene til innringer, tips til helsepersonell og i ”Om-tekstene” i de fleste av oppslagene.

Følgende større endringer er foretatt:

1. Startskjemaet er forenklet og foreligger nå i kun én versjon.
2. Oppslag 01, 02 og 03 med telefoninstruksjon ved livstruende tilstander er helt omarbeidet og faglig oppdatert i hht gjeldende norske retningslinjer for telefonveiledet instruksjon fra NRR.
3. Bruk av hjertestarter er integrert i oppslag 01. Dagens hjertestartere gir så god veiledning i både bruk og fortsatt HLR at det sjelden er behov for ytterligere telefoninstruksjon.
4. Noen kriterier er endret, noen er strøket, og noen er kommet til. Det har derfor ikke vært mulig å ivareta ønsket fra enkelte om å bevare nummerrekkefølgen på kriteriene fra tidligere utgaver av Indeks.
5. Både den generelt anbefalte responsen og responsen i hvert enkelt oppslag er justert bl.a. etter innspill fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin og fra Legeforeningens sentralstyre. Ved rød

respons alarmerer LVS primærressursene (ambulanse og LV-lege) hvis ikke annet er forhåndsavtalt med AMK.

6. Tilstander med pågående kramper, også feberkramper, er konsekvent oppgradert til rødt, samtidig som det er gitt føringer for nedgradering av hastegrad hvis krampene stopper.
7. Symptomer på hjerneslag er oppgradert til rødt når akutt trombolyse kan være aktuelt, og det anbefales lav terskel for kontakt med slagenhet for rådgivning.
8. Tips til helsepersonell ved hypovolemisk sjokk er faglig oppdatert i alle aktuelle oppslag.
9. Kortfattet "Telefon-HLR for nyfødte" er innført i oppslag "17 – Fødsel".
10. Oppslag 33 (Sår - brudd - småskader), 34 (Trafikkulykke) og 35 (Ulykker) er harmonisert fordi de henger så nøye sammen både faglig og innholdsmessig.
11. Brukerveiledningen i oppslag 40 er omarbeidet.
12. Det foreligger nye forord fra Helsedirektoratet, Legeforeningen, AMK ledere, og leder av revisjonsgruppen.

Framtiden

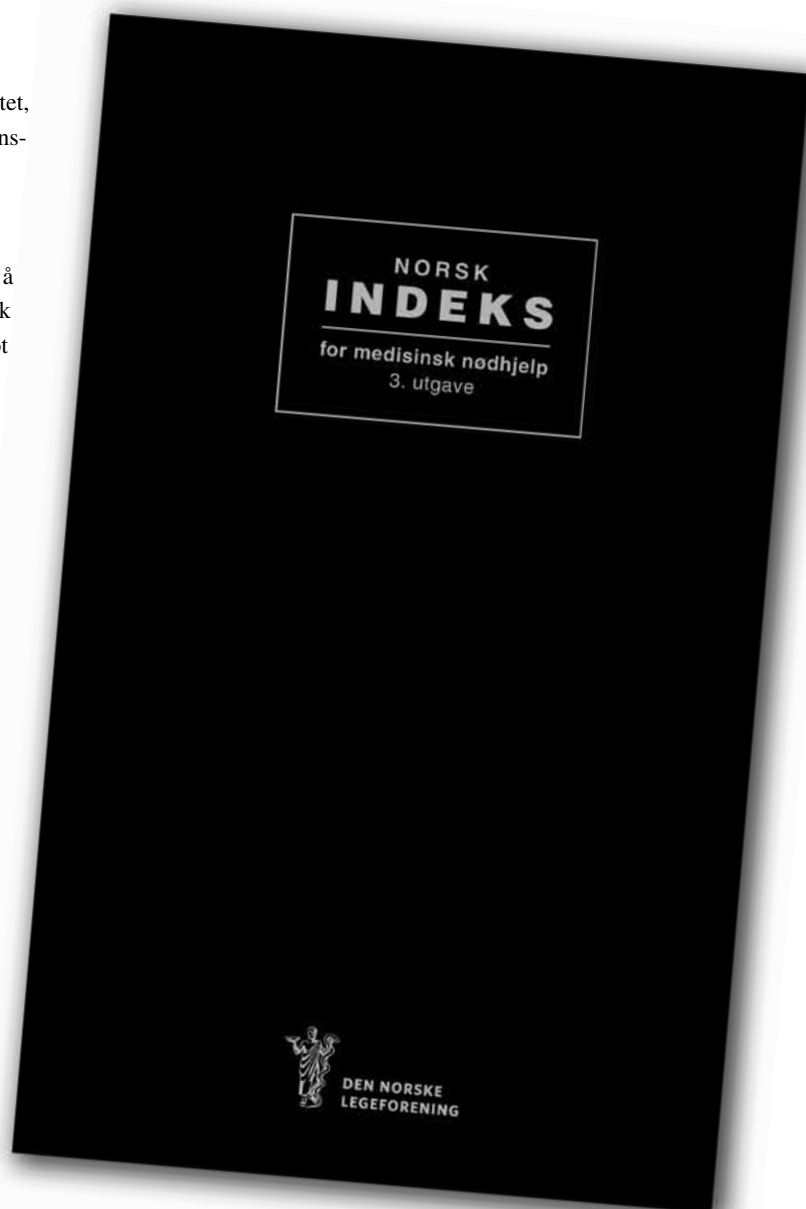
Det er hevet over vil at det etter hvert blir nødvendig å starte arbeidet med en elektronisk versjon av Norsk Indeks og samtidig vurdere behovet for integrasjon mot andre elektroniske hjelpemidler i nødmeldetjenesten.

Det er også på høy tid at brukermiljøene starter en mer systematisk kvalitetssikring av Norsk Indeks. Dette kan for eksempel bestå i å kvalitetssikrer kriteriene opp mot bekreftet hastegrad og alvorlighetsgrad og på den måten få bedre data på kriterienes spesifisitet og sensitivitet. Selv om det er et sterkt mål på validiteten av kriteriene at, så vidt vites, så har ingen klagesaker mot nødmeldetjenesten fått medhold av tilsynsmyndighetene når Norsk Indeks er brukt etter intensjonene, så er det likevel på høy tid med en mer systematisk validering av kriteriene.

Det er derfor svært ønskelig at de ansvarlige i nødmeldetjenesten etablerer relevante kvalitetssikringssløyer som både kan bidra både til forbedring både av pasientbehandlingen og av bruken av Indeks. Erfaringer med og forslag til endringer i Norsk indeks bes sendt til som brev til Den norske legeforening, Postboks 1152, Sentrum, 0107 Oslo eller elektronisk til legeforeningens nyopprettede e-post adresse for Indeks: norskindeks@legeforeningen.no

Det kan også tas som et kvalitetstegn at en svensk utgave av Indeks, som bygger på den norske, har vært i bruk i de svenske SOS-sentralene i mange år. Et samlet dansk akuttmedisinsk miljø har nylig også besluttet å ta i bruk en dansk utgave som også bygger på den norske, men der selvsagt responsdelen er tilpasset danske forhold og dansk infrastruktur.

Helt siden den første utgivelsen av Norsk indeks i 1994 har Legeforeningen vært av avgjørende betydning for at vi i Norge har hatt et hensiktsmessig verktøy for kvalitetssikring i den medisinske nødmeldetjenesten. Feil som gjøres i nødmeldetjenesten, kan lett få fatale konsekvenser. Slike feil blir ofte påtalt av tilsynsmyndighetene og får lett store presseoppslag. Det er reaksjonsgruppens håp at Norsk indeks i 3. utgave må bli brukt riktig og konsekvent av alle involverte, noe som kan bidra ytterligere til at feil unngås. Da vil de som henvender seg til den medisinske nødmeldetjenesten, enda oftere oppleve å få rett hjelp, på rett nivå og til rett tid.



Norsk Resuscitasjonsråd om Norsk Indeks for medisinsk nød- hjelp og "Bare brystkompresjoner" ved basal HLR

Først publisert i *Scandinavian Update Magazine* 4-2009 – Skandinavias tverrfaglige, akuttmedisinske magasin.
www.scandinavian-update.org/magazine.

Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp foreligger nå i tredje utgave og er omtalt annet sted i dette nummeret av Inspira. Norsk Resuscitasjonsråd har vært med på å kvalitetssikre de tre første oppslagene med telefonveiledning for bevisstløse voksne og barn og for håndtering av fremmedlegeme i luftveien.

Kristian Lexow

Overlege, Akuttklinikken, Stavanger Universitetssykehus.
Leder av Norsk Resuscitasjonsråd.



Blant de viktigste endringene som er gjort i denne nye utgaven av Norsk Indeks er omlegging av algoritmen for telefonveiledet HLR: Hvis AMK-operatøren har grunn til å anta at årsaken til sirkulasjonsstans hos en voksen person er plutselig, uventet hjertestans, så anbefales nå instruksjon i "bare brystkompresjoner" i de første ti minuttene. Bakgrunnen for denne anbefalingen om "compressions only" de første ti minuttene hos voksne med antatt kardial og plutselig sirkulasjonsstans er tredelt:

1. Voksne som faller om med plutselig uventet hjertestans av kardial årsak, har vanligvis relativt store oksygenreserver i kroppen (i lungene, i blodet, i vevene og intracellulært) når hjertet stopper og trenger derfor ikke å ventileres de første minuttene.
2. Det er i mange studier vist at legfolk bruker for lang tid til å etablere effektive innblåsninger og at innblåsningene ofte "stjeler" mye tid fra brystkompresjonene som er desidert viktigst til å begynne med etter plutselig hjertestans.
3. Flere studier tyder på at kompresjoner alene gir bedre overlevelse enn kombinasjonen av kompresjoner og ventilasjoner når HLR utføres av utrente (1).

Hvis pasienten derimot er et barn eller hvis operatøren har grunn til å tro at sirkulasjonsstansen kan skyldes hypoksi (f.eks. drukning,

kvelning overdose, forgiftning e.l.) så skal operatøren som før instruere i kombinasjonen av brystkompresjoner og innblåsninger (30:2).

Konseptet "Brystkompresjoner alene" er altså ikke nytt. Allerede i 2006 skrev NRR på sine hjemmesider følgende (2):

"Hvis hjertestansen ikke skyldes oksygenmangel, er kompresjoner alene like effektivt de første minuttene som kombinasjonen av kompresjoner og innblåsninger. Lekfolk som ikke kan eller ikke er villige til å gi standard HLR med både kompresjoner og munn-til-munn, bør i alle fall oppmuntres til å gi kompresjoner til hjelpen kommer. Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp vil revideres slik at AMK-sentralene vil anbefale dette for de som ikke kan eller vil gi standard HLR. Barn og pasienter med hjertestans som antas å skyldes hypoksi (drukning, kvelning, overdoser, etc.), bør fortsatt få både kompresjoner og innblåsninger."

ERC slår i sine gjeldende retningslinjer for basal HLR på voksne fast følgende (3):

Chest-compression-only CPR may be used as follows:

- If you are not able or are unwilling to give rescue breaths, give chest compressions only.
- If chest compressions only are given, these should be continuous, at a rate of 100 pr min.
- Stop to recheck the victim only if he starts breathing normally; otherwise do not interrupt resuscitation.

Continue resuscitation until

- qualified help arrives and takes over
- the victim starts breathing normally
- you become exhausted

I forbindelse med at American Heart Association i 2008 gikk ut med en generell anbefaling om at man i USA skal gå over til "Chest compressions Only"(1) for alle pasienter med sirkulasjonsstans utenfor sykehus, uttalte ERC at dette kun bør være aktuelt hos

voksne under spesielle omstendigheter, bl.a. ved telefonveiledet HLR hvis innringer ikke behersker standard HLR(4):

"..... For those rescuers without BLS training and who receive telephone instructions for BLS, the preferred instruction is to give uninterrupted chest compressions until professional help arrives."

Når nå den tredje utgaven av Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp anbefaler telefoninstruksjon i "bare brystkompresjoner" på voksne med antatt kardial sirkulasjonsstans, representerer dette altså bare en oppfølging av gjeldende retningslinjer for telefonveiledet HLR både fra ERC og NRR.

Det er viktig å merke seg at på førstehjelpskurs anbefaler både Førstehjelpsrådet og Resuscitasjonsrådet at man fortsatt (som før) skal lære lekfolk kombinasjonen av kompresjoner og innblåsninger (30:2).





AMBU LARYNGSMASKE

- UNIK ANATOMISK ENGANGSMASKE

Ambu Laryngsmaske er støpt i en kurve som følger anatomen i hals og svelg. Den unike formen lar pasientens hode ligge i en naturlig bakoverbøyd stilling mens masken er i bruk.

Ta kontakt for mer informasjon.

Distributed by:
Snøgg AS, Pb. 5444 Strai, NO-4671 Kristiansand
Tlf: 38 03 90 60, E-mail: snogg@snogg.no, www.snogg.no

ALNSF etterutdanningsprogram, forslag til praktisk gjennomføring

Etterutdanningsutvalget i ALNSF reviderte i februar 2009 ALNSFs etterutdanningsprogram, forslag til praktisk gjennomføring. Arbeidet bygger på kriterier fra Spesialistgodkjenning for anestesisykepleiere, SPAAS. Det reviderte dokumentet gir bakgrunnsinformasjon og oversikt over programmet. Viktigst er likevel beskrivelsen av hvordan den enkelte anestesivdeling kan tilrettelegge for opplæringen/oppdateringen. Forhåpentligvis vil dette være til hjelp for gjennomføringen i praksis. Det er også utarbeidet dokumenter som beskriver hvordan alle "kurspakkene" er bygd opp: hensikt med kurset, læremål, innhold, pedagogiske metoder, rammebetingelser, evalueringsmetoder og litteratur.

Nils Ivar Trondsen

Anestesisykepleier, Sørlandet Sykehus, Arendal.

I ALNSFs etterutdanningsutvalg sitter:

Björg Ingunn Fjogstad, OUS, Rikshospitalet,
Lise Høvik, St. Olavs Hospital,
Farid Laamiri, Sykehuset Østfold, Fredrikstad,
Marit Vassbotten Olsen, Helse Bergen, Haukeland,
Nils Ivar Trondsen, Sørlandet Sykehus, Arendal.

I henhold til kriteriene i dokumentet, Spesialistgodkjenning for anestesisykepleiere (SPAAS), skal det i løpet av en 6 års-periode gjennomføres 120 etterutdanningstimer, i gjennomsnitt 20 timer pr år. Av disse timene skal obligatoriske tema utgjøre 100 timer, 20 timer kan disponeres fritt av det enkelte sykehus/avdeling. Ved et målrettet og systematisk etterutdanningsprogram tilrettelegges det for at en godkjent spesialist i anestesisykepleie innehar de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som ansees påkrevd. Dette vil sikre en mer enhetlig kvalitet på anestesisykepleiernes kompetanse og ansvarsområde.

Etterutdanningsutvalget har utarbeidet forslag til ferdige kurspakker innenfor noen generelle temaer samt kursmaler til bruk for egenutvikling av kurs innenfor de fagfelt som må tilpasses de enkelte sykehus/avdelinger.

Følgende praktiske tips til hjelp ved implementering av etterutdanningsprogrammet bygger på erfaringer fra de tre pilotsykehusene:

1. Kompetansekartlegging. Spørreskjema som kartlegger den

enkelte anestesisykepleiers kompetanse samt behov for og ønske om undervisning.

2. Utarbeide overordnet strategisk kompetanseplan med kortsiktige og langsiktige mål. I tillegg utarbeides årlig detaljert kompetanseplan som skisserer hvilke kurs/undervisning som skal foregå, på hvilken måte og til hvilken tid. Sistnevnte plan bygger på resultatene fra spørreundersøkelsen og etterutdanningsprogrammet. Det utarbeides evalueringsrapport etter 6 og 12 mnd i forhold til måloppnåelse.

3. Kursavvikling:

- Noen kurstimer vil kunne avvikles gjennom deltakelse på ALNSF's fagkongress og lokalgruppearrangementer, men det er lite sannsynlig at dette vil kunne gjennomføres for hele avdelingens anestesisykepleiere i løpet av 6 år.
- Elektroniske kurspakker har sin fordel ved at disse kan gjennomføres av den enkelte når det er tid å avsette, som f.eks ved avsatt individuell kompetansetid i turnus. Egner seg bl.a. godt til obligatorisk teorigjennomgang før praktisk utsjekking/test.
- Innarbeide gruppefagdager i turnus. Max bemanning og lavaktivitetsdag sikrer normal drift og er bestemmende for gruppens størrelse. Ved identisk innhold på det antall dager som kreves for å nå alle sykepleierne vil man på denne måten kunne tilby alle samme kurs.
- Samarbeid med andre sykehus i nærheten, enten innenfor samme foretak eller samarbeid med andre foretak i rimelig geografisk nærhet.
- Arrangere Miniseminar umiddelbart etter arbeidstid med varighet ca 3 timer. Avspaseres time for time. Egner seg godt til å behandle et tema litt mer inngående.
- Ved oppsett av ukens bemanningslister – utnytte mulig

overskuddsbemannning som øremerkes på listen til f.eks AHLR. Viktig å påpeke at disse timene veldig fort må utebli og at innhold og opplegg velges med det for øye.

- Utnytte evt. muligheter i uke 43 under anestesilegenes høstmøte.

4. Andre mulige former for kompetansehevingstiltak kan være:

- Fellesmøter med legene
- Refleksjon over egen læring
- Kollegaveiledning
- Læring i praksis ved f. eks kasuistikk og fremlegg i egen faggruppe og/eller fellesmøter

5. Synliggjør ansvar for egen læring!

6. Kursgodkjenning:

Alle kurs må godkjennes, inntil videre av etterutdanningsutvalget, før deltakerne kan registreres med godkjente etterutdanningstimer – se www.alnsf.no

Valgte tematikk gjenspeiler Spesialistgodkjenningsdokumentet og den kompetansekartlegging som SPAAS-prosjektets evalueringsutvalg gjorde i de tre pilotsykehusene.

Følgende kurs er obligatoriske: Til sammen 120 timer over 6 år

- Vanskelige luftveier 12 timer. Anbefaler 2 timer praktiske øvelser pr. år.
- Anafylaksi 6 timer. Anbefaler årlig gjennomgang.
- Anestesimetoder, 3 timer pr år = 18 timer
- Anestesi knyttet opp mot medisinske tilleggsutfordringer som f.eks Hjertesyrke, KOLS pasienter, Fedme, Diabetes = 18 timer
- Smertebehandling = 6 timer
- Farmakologi, inklusive blod- og væskebehandling = 24 timer.
- Juridiske aspekter som f.eks Pasientrettighetsloven, <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> - med endringer av 2008: <http://www.lovdata.no/all/hl-20080822-074.html> Helsepersonelloven, <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> med vekt på faglig forsvarlighet, pasientsikkerhet og avvikshåndtering m. m. = 6 timer
- Hygiene = 6 timer
- Barn generelt = 4 timer

Anbefalte kurs: Skal utgjøre 20 timer over 6 år

- Kunnskapsbasert praksis
- Barnekurs
- Transportmedisin
- TNCC
- Etikk
- Leiring
- Klinisk monitorering

Det er viktig å understreke at dette kun er et forslag. Kursenes innhold må tilpasses den enkelte anesthesiavdelings behov.

Kurs som ligger under arbeidsgivers ansvar, som f. eks AHLR- og MTU opplæring / sertifisering, brannvern og lignende, regnes ikke

inn i de 120 timene.

- Ad AHLR:
”I henhold til Norsk Resuscitasjonsråds (NRR) nasjonale anbefalinger for beredskap mot hjertestans bør kompetanse / behandling av hjertestans i og utenfor sykehus vedlikeholdes ved dokumentert etterutdanning en gang i året. Trening bør om mulig gjennomføres hyppigere, minimum hver sjettemåned.”
- Ad MTU-opplæring:
I henhold til DSB’s forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr
§ 13: ”Opplæring av de som skal bruke utstyret skal være systematisk og dokumentert. Dette gjelder både ved nyanskaffelser, ved nyansettelser og som vedlikehold av den opplæring som allerede er gitt”.

Vår anbefaling er at disse kursene utformes etter vedlagt mal og innlemmes i avdelingens samlede kompetanseprogram med egne definerte krav til kvalitet og gjennomføring.

Nedenfor er to eksempler på ”kurspakker” i opplæringsprogrammet.

OPPLÆRINGSPROGRAM:

Anafylaksi

Utarbeidet av: Bjørg Ingunn Fjogstad, Undervisningssykepleier, Anestesiavd. - Rikshospitalet

Hensikt med kurset:

- Sikre at alle anestesisykepleiere innehar nødvendig kunnskap for å kunne identifisere anafylaksi
- Sikre at alle anestesisykepleiere har inngående kunnskap om behandlingen og kan iverksette adekvate tiltak når nødvendig
- Opprettholde høy anafylaksiberedskap gjennom årlige repetisjoner

Læremål:

- Kunnskapsmål:
- Kunnskap om forekomst og patogenese
- Kunnskap om diagnostikk
- Kunnskap om behandling
- Kunnskap om dokumentasjon og utredning
- Kjenne til Anafylaksipakken

Ferdighetsmål:

- Raskt skal kunne fatte mistanke om mulig allergisk reaksjon
- Kan identifisere symptomer på anafylaktisk sjokk
- Kan iverksette livreddende behandling umiddelbart
- Kan iverksette prosedyrene som beskrevet i anafylaksipakken

Holdningsmål:

- Skal være bevisst egne ferdigheter og kunnskap og raskt søke hjelp ved problemer

Innhold:

- Forekomst og definisjoner
- Patofysiologi
- Årsaker
- Differensialdiagnoser

- Symptomer
- Risikofaktorer
- Behandling
- Profylakse, etterbehandling og utredning
- Kasuistikk
- Evt. Simulatortrening

Pedagogiske metoder:

Kurset kan legges opp som

- Selvstudium teoretisk del
- Kasuistikk med eller uten praktiske øvelser i små grupper
- Simulatortrening
- ”Temadag” med både teoridel og praktiske øvelser / simulering

Flere metoder kan benyttes:

- E-læring
- Simulatorlab med kasuistikk
- Undervisning
- Gruppearbeid

Rammebetingelser:

Kan gjøres med enkle og mer avanserte metoder:

- Utarbeidede teorikompendium i henhold til kunnskapsmålene, både elektronisk og papirutgave
- Utarbeidede kasuistikk til gruppearbeid
- Adgang til PC
- Adgang til undervisningslokaler
- Hode for intubasjon
- Kompetente undervisere
- Evt. SimMan

Evalueringsmetode:

- MCQ-test knyttet til teoridel
- Evaluere praktisk del

Litteratur:

- Guttormsen AB, Harboe T, Floorvaag E. Allergiske reaksjoner under anestesi, 2005
- Hegvik, JA, Rygnestad T. Behandling av alvorlige allergiske reaksjoner, 2002
- SSAI Guideline on treatment of anaphylactic reaction during anaesthesia
- Avdelingens prosedyrer og retningslinjer

Læremål:

Kunnskapsmål:

- Kunnskap om gunstige anestesiformer til overvektige
- Kunnskap om leiring pre-, per- og postoperativt
- Kunnskap om utfordringer i forhold til ventilasjon/respirasjon
- Kunnskap om nødvendige preoperative vurderinger og evt. tilleggssykdommer
- Kunnskap om farmakologiske prinsipper, medikamentdoseringer og vektkorrigerende/vektdefinisjoner

Ferdighetsmål:

- Kunne leire pasienter optimalt pre- og postoperativt med tanke på intubasjon, ventilasjon samt unngå trykk- og nerveskader
- Kunne anestesimetoder, medikamenter, doseringer og ventilatorinnstillinger som er mest gunstig for overvektige.
- Kunne regne ut ”korrigert vekt”
- Kunne forberede riktig utstyr

Holdningsmål:

- Unngå stigmatisering av pasientgruppen

Innhold:

- Lungefysiologi hos overvektige
- Farmakologiske prinsipper hos overvektige
- Aktuelle anestesiformer / prosedyrer / komplikasjonsrisiko
- Ventilatorinnstillinger
- Risiko for sykdomsutvikling ved langvarig BMI > 35
- Søvnnapne, definisjon og konsekvenser ved medikamentering og narkose
- Leiring av pasienten

Pedagogiske metoder:

- Undervisning / forelesning
- Demonstrasjon / gruppeundervisning
- Case
- Gruppearbeid med praktisk trening
- Relevante artikler, selvstudium og/eller i plenum
- Hospitering
- E-lærings kurs

Rammebetingelser:

- Utarbeide teorikompendium i henhold til kunnskapsmålene, elektronisk/ papirutgave
- Utarbeide kasuistikker
- Adgang til PC
- Adgang til undervisningslokaler
- Kompetente undervisere

Evalueringsmetode:

- Praktisk gjennomføring under evaluering
- MCQ

Litteratur:

A Bergland, H. Gislason, J. Raeder: Fast-track surgery for bariatric laparoscopic gastric bypass with focus on anaesthesia and peri-operative care. Experience with 500 cases. Acta Anaesthesiol Scand 2008; 52: 1394-1399.
Adams JP, Murphy PG: Obesity in anaesthesia and intensive care. Br J Anaesth 2000; 85: 91-108

OPPLÆRINGSPROGRAM:

Anestesi til overvektige

Utarbeidet av: Gerd-Elin Aune, anestesisykepleier, St. Olavs hospital

Hensikt med kurset:

- Sikre at anestesisykepleiere innehar nødvendig kunnskap for å gi narkose til overvektige
- Sikre at anestesisykepleiere innehar spesifikk kunnskap om pasientgruppen for å forebygge komplikasjoner som kan oppstå pre-, per- og postoperativt

Cullen DJ: Obstructive sleep apnoe and postoperative analgesia - A potentially dangerous combination. Journal of Clinical Anesthesia, 13: 83-85, 2001

Dixon BJ, Dixon JB, Carden JR et al. Preoxygenation Is More Effective in the 25° Head-up Position Than in the Supine Position in Severely Obese Patients. Anesthesiology, V 102, No. 6, Jun 2005.

Collins JS, Lemmens HJM, Brodsky JB et al. Laryngoscopy and Morbid Obesity: A Comparison of the "Sniff" and "Ramped" Positions. Obesity Surgery, 14, 1171-1175, 2004.

Raknes G, Schjøtt JD: Dosering av legemidler ved overvekt og undervekt. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 16, 2008; 128: 1843-4.

Marley R A, Hoyle B, Ries C: Perianesthesia Respiratory Care of the Bariatric Patient. Journal of PeriAnesthesia Nursing. Vol 20. No 6 (Dec), 2005; pp 404-431

Lærebok i anestesisykepleie. Foreligger i løpet av 2010.

esthesiol Scan 2008; 52: 1394-1399.

Adams JP, Murphy PG: Obesity in anaesthesia and intensive care. Br J Anaesth 2000; 85: 91-108

Cullen DJ: Obstructive sleep apnoe and postoperative analgesia - A potentially dangerous combination. Journal of Clinical Anesthesia, 13: 83-85, 2001

Dixon BJ, Dixon JB, Carden JR et al. Preoxygenation Is More Effective in the 25° Head-up Position Than in the Supine Position in Severely Obese Patients. Anesthesiology, V 102, No. 6, Jun 2005.

Collins JS, Lemmens HJM, Brodsky JB et al. Laryngoscopy and Morbid Obesity: A Comparison of the "Sniff" and "Ramped" Positions. Obesity Surgery, 14, 1171-1175, 2004.

Raknes G, Schjøtt JD: Dosering av legemidler ved overvekt og undervekt. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 16, 2008; 128: 1843-4.

Marley R A, Hoyle B, Ries C: Perianesthesia Respiratory Care of the Bariatric Patient. Journal of PeriAnesthesia Nursing. Vol 20. No 6 (Dec), 2005; pp 404-431

Lærebok i anestesisykepleie. Foreligger i løpet av 2010.

**PHYSIO
CONTROL**

a division of Medtronic

Enkel, men samtidig avansert

LIFEPAK® 20 defibrillator/monitor

Med et enkelt tastetrykk på LIFEPAK® 20, går brukeren fra grunnleggende HLR til avansert HLR. Defibrillatoren kan brukes på en akuttvogn, er særdeles lett å bruke og den kan tilpasses ulike pasientmiljøer. Den har en smart løsning med en AED-funksjon for personale som sjelden bruker HLR, kombinert med en manuell funksjon slik at personale med avansert HLR-opplæring raskt og enkelt kan utføre avansert diagnostisk og gi behandling. Det er faktisk to defibrillatorer i ett apparat.

For mer informasjon og visning av LIFEPAK® 20 defibrillator/monitor eller noen av våre andre produkter kontakt oss på telefon 67 10 32 00.

I tillegg til LIFEPAK® defibrillatorer tilbyr Physio-Control andre kompletterende produkter som utgjør viktige elementer i ditt arbeid. Som en del av våre helhetlige løsninger tilbyr vi teknisk service til alle våre produkter, utført av kvalifisert personell.

Besøk også vår hjemmeside www.physio-control.no



Anafylaksi: Alert, Aggressiv og Adrenalin

Først publisert i *Scandinavian Update Magazine* 4-2009 – Skandinavias tverrfaglige, akuttmedisinske magasin.
www.scandinavian-update.org/magazine.

Anafylaksi er en alvorlig livstruende generalisert (systemisk) hypersensitivitetsreaksjon (1). Reaksjonen kan starte i det små og utvikle seg katastrofalt. Symptomene er urtikaria, blodtrykksfall, hjertebank og pusteproblemer.

Anne Berit Guttormsen

Overlege, dr philos, professor, Kirurgisk serviceklinikk,
Haukeland universitetssykehus, Bergen

Diagnosen kan være vanskelig å stille. Hvis en ikke finner annen årsak til lavt blodtrykk eller astmaanfall bør en tenke på at symptomene kan skyldes anafylaksi og iverksette behandling. Behandlingen er aggressiv og dynamisk, dvs tiltak iverksettes i forhold til klinisk respons. Nølende holdning og manglende kunnskap om hvordan alvorlig anafylaksi skal håndteres kan medføre at pasienten får alvorlige men og i verste fall dør. En nylig publisert studie fra Australia viser at det er få som dør av anafylaksi og at data fra England indikerer ett dødsfall per år pr 3 millioner innbyggere (2).

Årsaker

De vanligste årsakene til anafylaksi er medikamenter, herunder antibiotika, matvarer som nøtter og skalldyr og insektstikk. I en oversiktsartikkel av Simons publisert i 2009 lanseres også biologiske legemidler som en årsak til anafylaksi. Dette er en medikamentgruppe som i økende grad taes i bruk, også i Norge (3).

Det synes også som om forekomsten av anafylaksi øker, og i en retrospektiv populasjonsbasert studie økte insidensen fra 1980 til 1990 fra 21 per 100 000 person-år til vel det dobbelte på 90-tallet (3). Før 15 års-alderen er forekomsten høyest hos menn, mens den etter 15 år er høyest hos kvinner (3). I noen land er det en høy forekomst av allergiske reaksjoner på gummi (lateksallergi), spesielt hos pasienter som får anafylaksi under narkose. I et arbeid publisert fra Frankrike i 2003 rapporteres forekomsten av lateksallergi i denne pasientgruppen til 16,7 % (4). Tilsvarende data fra Norge angir forekomsten av lateksallergi i denne pasientgruppen på 3,6 % (5).

Denne forskjellen kan skyldes fornuftig omgang med gummi-produkter i Norge. Det er f.eks. mange år siden gummihandsker med



Dokumentasjon av prikktest. Foto: Anne Berit Guttormsen

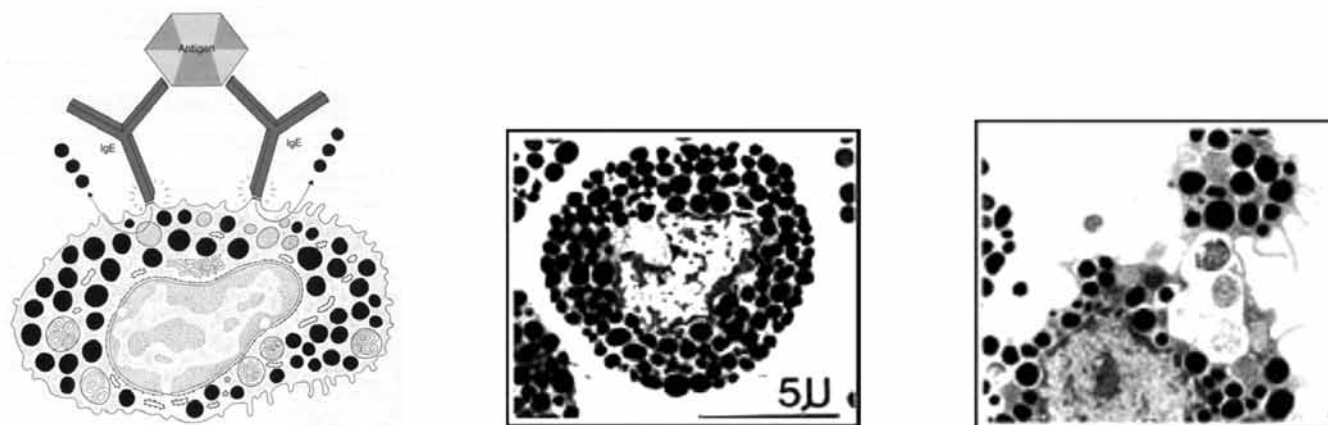
pudder ble fjernet fra norske operasjonsstuer, et viktig tiltak for å hindre sensibilisering av helsearbeidere mot lateks.

Mekanismer

Anafylaksi kan deles i immunologisk (dvs. allergisk, IgE mediert) og ikke-immunologisk anafylaksi (tidligere kalt anafylaktoid reaksjon) (1). Det er gjort mest forskning omkring de IgE-medierte allergiske reaksjonene så der vet vi også mest om mekanismene. Det er også et stort behov for å oppnå mer kunnskap om reaksjoner i tilfeller der man ikke kan sannsynliggjøre immunologiske mekanismer, og dermed ikke med sikkerhet kan påvise en årsakssammenheng. Den anafylaktiske reaksjonen opptrer vanligvis kort tid (innen 30 minutter) etter eksposisjon for antigenet. Reaksjonen inntreffer raskere (innen fem minutter) hvis allergenet gies intravenøst enn om det inntas gjennom mat eller drikke, appliseres på hud, via slimhinner eller subkutant (6, 7).

Ny forskning fra Norge

Jeg har interessert meg spesielt for anafylaksi i forbindelse med bruk av narkosemidler, spesielt muskelrelaksantia (for eksempel



Figur 2. Aktivering av mastcelle og frigjøring av vasoaktive substanser (Kilde [www](#))

Curacit, Esmeron, Norcuron). Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder forekomsten av slike reaksjoner, og professorene Flørvaag og Johansson har gjort et imponerende arbeid for å finne årsakene til hvorfor det er slik. Et nitid arbeid førte til lansering av folkodinhypotesen i 2005 (8, 9). I korte trekk går hypotesen ut på at bruk av hostesaften Tuxi, som inneholder folkodin (et morfinderivat), fører til at noen individer blir overfølsomme for muskelrelaksantia. Hypotesen førte bl.a. til at Weifa trakk Tuxi fra det norske markedet i 2007. Hypotesen har skapt internasjonal diskusjon (10).

Hva skjer under en anafylaktisk reaksjon?

Pasienten kommer i kontakt med et antigen, som ved tidligere eksponering har ført til en sensibilisering for det samme eller stoffer med lignende struktur. Det produseres IgE antistoff mot den gitte substansen. Antigenet kryssbinder to eller flere IgE molekyler på overflaten av mastceller eller basofile granulocytter. Dette fører til en aktivering og en frigjøring av ulike mediatorsubstanser. Disse stoffene påvirker bl. a. kapillærene slik at de begynner å lekke slik at det dannes ødem, spesielt rundt øynene og i halsen. Pasienten begynner også å klø, og det kan dannes vabler (urtikaria) på huden (se bildet). Den glatte muskulaturen i bronkiene kan også stimuleres til kontraksjon, og dette fører til at luftveiene blir trangere slik at pasienten blir bronkospastisk.



Urtikaria hos pasient som har reagert på patentblå

Foto: Anne Berit Guttormsen

Jeg har jobbet med anafylaksi under anestesi i en 10-årsperiode. Mine kliniske erfaringer når det gjelder anafylaksi stammer derfor fra operasjonsstua hvor pasientene vanligvis reagerer på neuromuskulære blokkere, hyppigst Curacit og Esmeron. Andre typiske allergener i operasjons- og anestesisammenheng er lateks (11), klorheksidin (12) og fargestoffet patentblått (7, 13).

De fleste reaksjonene opptrer umiddelbart etter at narkosen er innledet, og de vanligste symptomene er bronkospasme (78,3 %), systolisk blodtrykk under 60 mmHg (63,9 %), hudforandringer (54,2 %) og hypoksemi (oksygenmetning < 90 %) (49,4 %). Seks prosent av de pasientene vi har utredet på Haukeland universitetssykehus, hadde hatt hjertestans i forbindelse med den akutte reaksjonen (5).

Noen pasienteksempler

Pasient 1

Pasienten er en kvinne i tredveårene med atopi, astma og bananallergi. Det gjennomføres keisersnitt i epiduralanestesi med lokalanestesimidlet Marcain (bupivacain). Etter 30 minutter får pasienten en kraftig bronkospasme, hypotensjon og generalisert kløe. Som ledd i utredningen gjøres provokasjonstesting med bupivacain. Testen er negativ. Det påvises imidlertid IgE antistoffer mot lateks, og en konkluderer med at pasienten har reagert på lateks og ikke lokalanestesimiddelet. Bananallergi i sykehistorien gjør at vi skal mistenke at det også foreligger en mulig overfølsomhet mot lateks (denne kasuistikken er tidligere publisert i *Allergi og Praksis*) (14).

Pasient 2

Pasienten er en 22 år gammel mann, uten kjent allergi, som skal hjertekateteriseres. Begge lysker barberes og vaskes. Det lokalanestiseres med lidocain med adrenalin. Etter tre minutter får pasienten urtikaria i begge lysker, etter hvert generalisert. Det er stabil sirkulasjon og respirasjon. Han henvises med tanke på allergi mot Lidocain. Provokasjonstesting med lidocain er negativ. Det gjøres også intrakutantest med klorheksidin som er høygradig positiv. Den mistenkte lokalanestesireaksjonen viser seg altså å være en allergisk reaksjon på klorheksidin. (denne kasuistikken er publisert tidligere i *Allergi og Praksis*) (14)

Pasient 3

Pasienten er en 34 år gammel frisk mann som er blitt litt forkjølet og har hoste. Han tar et målebeger av hostesaften Cosylan, som



Prikktesting pga mistenkt anafylaktisk reaksjon. Foto: Anne Berit Gutormsen.

inneholder ethylmorfin. Etter ti minutter begynner han å klø i hodebunnen, får hevelse i ansiktet, og føler seg svimmel som om blodtrykket er lavt. Han innlegges i sykehus. Her måles blodtrykket til 84/58 mmHg, fallende til 68/40 mmHg. Han er fortsatt hoven i ansiktet. På mistanke om at det forligger en anafylaktisk reaksjon gies adrenalin, væske, antihistaminer og steroider. Tilstanden stabiliserer seg, men en velger å observere ham over natten. Det konkluderes med at den mest sannsynlige årsaken til pasientens reaksjon er Cosylan.

Pasient 4

Pasienten er en 70 år gammel mann som skal opereres i spinalbedøvelse. Bedøvelsen anlegges, og medikamentene Marcain og fentanyl settes spinalt. Etter ca 50 minutter får pasienten urtikaria i ansiktet, på thorax, nedre del av abdomen og i lyskene. Dessuten får han en kløende følelse i kroppen. Han behandles med efedrin (10 mg), antihistaminer og steroider. Pasienten sendes til utredning hos undertegnede med problemstillingen allergisk reaksjon på lokalanestesimiddel. Under konsultasjonen framkommer det at pasienten fire år tidligere hadde vært hos tannlegen og trukket tenner. Etter endt prosedyre hadde han gurglet munnen med Corsodyl munnvann. Etterpå hadde han følt seg rar og fått en kløende følelse i kroppen. Han forlot tannlegekontoret, satte nøkkelen i tenningen på bilen, og det neste han husker er at han våkner opp i akutmottaket. Han utredes, og ekspertisen tror det foreligger et hjerteproblem og tar fra ham førerkortet.

Måltrettet allergologisk utredning med blodprøver og hudtesting viser at denne pasienten reagerte på klorhexidin som finnes både i Corsodyl munnvann og i de desinfeksjonsmidlene en bruker på operasjonsstua.

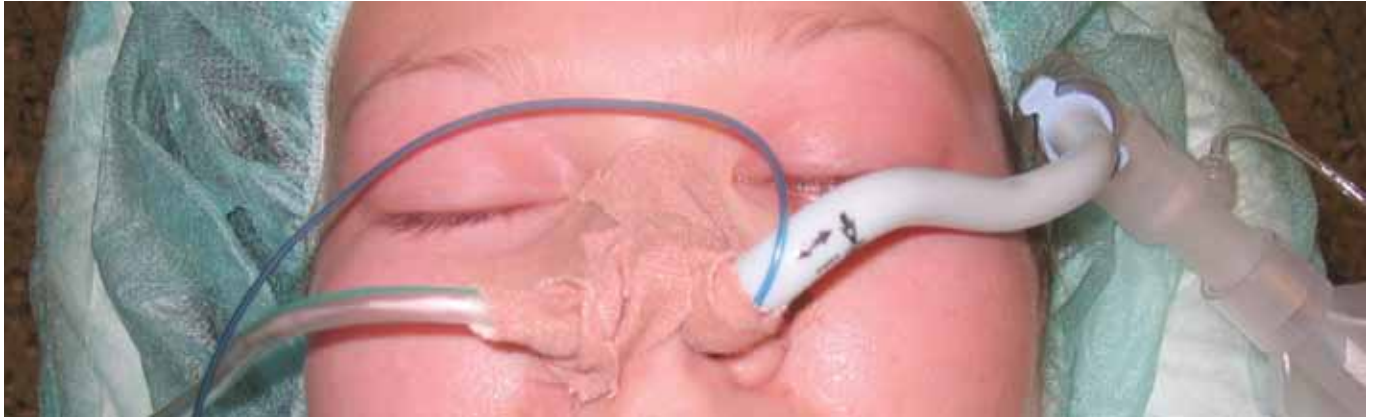
Pasient 5

Pasienten er en 63 år gammel kvinne som skal opereres for brystkreft. For å lokalisere lymfeknuter benyttes det et fargestoff, patentblått. Dette settes subcutant og taes opp av lymfekarene som drenerer til vaktpostlymfeknuten. Tjue minutter etter at fargestoffet er injisert blir pasienten rød i huden, og oksygenmetningen faller til 70 % med 100 % oksygen. Hun er ikke bronkospastisk. Systolisk blodtrykk er mindre enn 65 mmHg i ti minutter. Hun får i alt 4 mg adrenalin intravenøst, noe som er en svært høy adrenalindose. Utredningen identifiserer patentblå som årsaken til det alvorlige anafylaktiske sjokket.

Alle disse historiene viser betydningen av en nøyaktig sykehistorie hvor det inngår hvilke allergener pasienten har vært eksponert for, og tidsangivelser i forhold til oppståtte reaksjoner. Nøyte observasjon og dokumentasjon er derfor viktig, både pre- og innsjokk.

Diagnostikk

I Norge utredes pasienter som har hatt mistanke om anafylaksi ofte på hudpoliklinikker. Det finnes også spesielle poliklinikker som har spesialisert seg på utredning av medikamentallergier, spesielt allergi mot medikamenter som brukes i forbindelse med narkose og regional-/lokalbedøvelse. Utredningen er tidkrevende og krever spesialkompetanse (14, 15).



Øyelokksødem. Foto: Anne Berit Gutormsen.

Laboratorietester

Når mastceller og basophile granulocytter aktiveres, frigjøres mer enn 100 biomarkører. Bare to av disse; tryptase og histamin, analyseres rutinemessig (3) i laboratoriet. Histamin i plasma øker 15 -60 minutter etter symptomdebut. For at prøveresultatet skal bli pålitelig må prøven behandles på en spesiell måte (3). Histamin og dets metabolitt N-methylhistamin kan også måles i døggnurin. Tryptase frigjøres fra mastcellen når den aktiveres, og serum/plasma nivået øker 15 min til 3 t etter symptomdebut (16-18). Tryptase er sjelden økt som følge av matallergi eller hvis den allergiske reaksjonen er mild (3). Fordelen med tryptase i forhold til histamin er at halveringstiden er lengre, og at tryptase er stabilt slik at prøven er enkel å ta og å oppbevare.

Sykehistorie, allergenspesifikk IGE og hudtester

En presis sykehistorie er viktig for å kunne stille en korrekt diagnose i forhold til utløsende årsak til den allergiske reaksjonen. I noen tilfeller har pasienten kun fått et stoff (se pasienthistorie 3). I andre tilfeller kan sykehistorien være mer kompleks, som i pasienthistorie 4. I noen tilfeller kan det være aktuelt å måle spesifikt IgE, men spesifikt IgE er dessverre ikke tilgjengelig for så mange antigener (19). Utvalget er spesielt begrenset i forhold til legemidler og insektgifter.

For å stille eksakt diagnose må pasienten provoseres med det stoffet en tror har utløst reaksjonen. Utredningen er krevende og potensielt farlig, og må derfor skje under nøye overvåkning i omgivelser hvor personalet kan håndtere en alvorlig allergisk reaksjon.

Prikktest, eventuelt intrakutan test er hjørnesteinen i utredningen av pasienter med allergiske reaksjoner under narkose. Det er viktig at utredningen gjennomføres av personer som har erfaring i gjennomføring av testene og tolkning av resultatene. Testsituasjonen og testløsninger må standardiseres, hvis ikke er faren for falskt positive testresultater overhengende (20).

Behandling

Behandling av anafylaksi er uavhengig av årsaks mekanisme og baserer seg på kliniske observasjoner, tolkning av patofysiologi og studier i dyremodeller. Det finnes ingen randomiserte studier i forhold til hvilke medikamenter som skal benyttes. En Cochrane



Vær beredt ved testing! Foto: Anne Berit Gutormsen.

gjennomgang (21) konkluderer med at datagrunnlaget er for tynt til å endre behandlingsstrategi. Ved alvorlige reaksjoner skal livreddende behandling (adrenalin) gies umiddelbart. Tidlig behandling er avgjørende. Noen pasienter stabiliseres raskt, andre behøver store doser adrenalin både som injeksjon og infusjon (22). Prehospitalt og på avdelingene bør adrenalin gies intramuskulært i henhold til internasjonale retningslinjer (23). Væskebehovet kan være flere liter som følge av svær kapillærlekkasje.

Hvordan virker adrenalin?

Adrenalin virker på alfa- og betareseptorer. Alfastimulering øker perifer karmotstand og hever blodtrykket, og fører til bedre

koronarperfusjon og gir minsket angioødem (hevelse som følge av kapillærlekkasje). Stimulering av beta1-adrenoreseptorer fører til at hjertemuskulaturen trekker seg bedre sammen og hjertet slår fortere. I noen tilfeller kan behandling med adrenalin føre til at hjerterefrekvensen normaliseres (24). Stimulering av beta2-reseptorer fører til bronkodilatasjon og til at mastceller og basofile celler stabiliseres. Dette bidrar til redusert frigjøring av vasoaktive inflammatoriske mediatorer. Adrenalin er et meget potent

medikament med mange virkninger. I litteraturen er det beskrevet dødsfall som følge av at adrenalin er gitt i for store doser i situasjoner hvor den anafylaktiske reaksjonen har vært mild/ikke til stede(25). Det er viktig å titrere seg fram til riktig adrenalindose (intravenøst; adrenalin 0,1 mg/ml, start med 50 µg)(6,26). Som hovedregel skal adrenalin gies intramuskulært; adrenalin 1 mg/ml, startdose 0,5 mg. Antihistaminer og steroiders plass i behandlingen av anafylaksi er ikke tilstrekkelig klarlagt.

Konklusjon

Forekomsten av anafylaksi øker. Diagnosen er vanskelig, og de hyppigste symptomene er urtikaria, blodtrykksfall og bronkospasme. I utredning inngår blodprøvetaking med spesifikt IgE og hudtesting med mistenkte allergener. En progressiv tilnærming i forhold til behandling er nødvendig for et godt behandlingsresultat. Adrenalin og intravenøs væske er hjørnesteinene i behandlingen.

Referanser

- Johansson SGO, Bieber T, Dahl R et al. Revised *nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 832-836.
- Liew WK, Williamson E, Tang ML. Anaphylaxis fatalities and admissions in Australia. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 123: 434-442.
- Simons FE. Anaphylaxis: Recent advances in assessment and treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 124: 625-36; quiz 37-38.
- Mertes PM, Laxenaire MC, Alla F. Anaphylactic and anaphylactoid reactions occurring during anesthesia in France in 1999-2000. *Anesthesiology* 2003; 99: 536-545.
- Harboe T, Guttormsen AB, Irgens A et al. Anaphylaxis during anesthesia in Norway: a 6-year single-center follow-up study. *Anesthesiology* 2005; 102: 897-903.
- Kroigaard M, Garvey LH, Gillberg L et al. Scandinavian Clinical Practice Guidelines on the diagnosis, management and follow-up of anaphylaxis during anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51: 655-670.
- Hunting AS, Nopp A, Johansson SGO et al. Anaphylaxis to Patent Blue V. I. Clinical aspects. *Allergy* 2009. Epub ahead of print.
- Florvaag E, Johansson SGO, Oman H et al. Pholcodine stimulates a dramatic increase of IgE in IgE-sensitized individuals. A pilot study. *Allergy* 2006; 61: 49-55.
- Florvaag E, Johansson SGO, Oman H et al. Prevalence of IgE antibodies to morphine. Relation to the high and low incidences of NMBA anaphylaxis in Norway and Sweden, respectively. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49: 437-444.
- Baldo BA, Fisher MM, Pham NH. On the origin and specificity of antibodies to neuromuscular blocking (muscle relaxant) drugs: an immunochemical perspective. *Clin Exp Allergy* 2009; 39: 325-344.
- Ettinger RL. Latex allergy: How real is the problem? *Spec Care Dentist* 2009; 29: 115-116.
- Garvey LH, Kroigaard M, Poulsen LK et al. IgE-mediated allergy to chlorhexidine. *J Allergy Clin Immunol* 2007.
- Johansson SGO, Nopp A, Oman H et al. Anaphylaxis to Patent Blue V. II. A unique IgE-mediated reaction. *Allergy* 2009. Epub ahead of print
- Guttormsen AB, Harboe T, Ekiz N et al. Anafylaktiske reaksjoner under narkose og lokalanestesi. *Allergi og Praksis* 2005; 3: 22-26.
- Guttormsen AB, Harboe T, Florvaag E. Allergiske reaksjoner under anestesi- et nasjonalt nettverk for registrering, diagnostikk og oppfølging. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120: 127.
- Schwartz LB. Tryptase, a mediator of human mast cells. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 86: 594-598.
- Fisher MM, Baldo BA. Mast cell tryptase in anaesthetic anaphylactoid reactions. *Br J Anaesth* 1998; 80: 26-29.
- Dybendal T, Guttormsen AB, Elsayed S et al. Screening for mast cell tryptase and serum IgE antibodies in 18 patients with anaphylactic shock during general anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 1211-1218.
- Phadia AB U, Sweden. Join the Drug Allergy Project. 2005.
- Mertes PM, Moneret-Vautrin DA, Leynadier F et al. Skin reactions to intradermal neuromuscular blocking agent injections: a randomized multicenter trial in healthy volunteers. *Anesthesiology* 2007; 107: 245-252.
- Sheikh A, Shehata YA, Brown SG et al. Adrenaline (epinephrine) for the treatment of anaphylaxis with and without shock. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD006312.
- Heier T, Guttormsen AB. Anaphylactic reactions during induction of anaesthesia using rocuronium for muscle relaxation: a report including 3 cases. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000; 44: 775-781.
- Soar J, Deakin CD, Nolan JP et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 7. Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation* 2005; 67 Suppl 1: S135-170.
- Guttormsen AB, Husby P, Elsayed S. [Anaphylactic shock during elective cesarean section. Sensitizing mechanisms and follow-up]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1989; 109: 3321-3323.
- Pumphrey RS. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin Exp Allergy* 2000; 30: 1144-1150.
- Jowett NI. Speed of treatment affects outcome in anaphylaxis. *Bmj* 2000; 321: 571.

Rettelse av litteraturliste

Redaksjonen beklager å ha trykket feil litteraturliste til artikkel i Inspira nr. 4, 2009:

Vil flere anestesisykepleiere i ambulansetjenesten heve kvaliteten?
- en sammenligning mellom norske og svenske forhold.
av Trond Jensen

Korrigert litteraturliste:

1. Läkemedelshantering inom ambulanssjukvården från och med den 1 november 2005. Socialstyrelsen, Meddelandeblad 2005.
2. Læreplan for videregående opplæring, ambulansefaget. 1998. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet
3. Bodø Kommune. Kilde: Bodø kommunes egen nettside (2009)
4. Svenske kommuner på nettet (2009)
5. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008. Helse og omsorgsdepartementet. www.lovdata.no
6. Forskrift til rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie, 2005. www.lovdata.no
7. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet den 18. mars 2005 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. www.lovdata.no
8. Benner P, Tanner C, Chesla C, (1996) Expertkunnande i omvårdnad. Studentlitteratur

STIPENDIER FOR ANESTESISYKEPLEIERE 2010

Baxter

Baxter AS, kr. 10.000,-

Stipendet kan anvendes til:

- Utdanning / videreutdanning
- Prosjektarbeide
- Kurs- / kongressdeltakelse
- Hospitering ved annet sykehus

Stipendet bør fortrinnsvis knyttes opp mot et av Baxters produkter innen inhalasjonsanestesi.

Mottaker må søke om å få skriftlig rapport publisert i Inspira, gjerne supplert med foredrag eller poster på ALNSFs fagkongress.



Fresenius Kabi, kr. 10.000,-

Stipendiet kan anvendes til

I prosjektarbeid eller faglig utviklingsarbeid innenfor et av våre kjerneområder væsketerapi og/eller smertebehandling.

- Videreutdanning eller perfeksjonering innen feltet
- Faglig spesialisering eller utdypning av spesialområdet
- Studieopphold / kongresser / kurs / seminarer for å lære nytt innen fagområdet
- Undervisnings prosjekter

Stipendiet kan fordeles på flere personer.



ALNSF deler ut 3 stipend à kr 7.500,-

Stipendiene kan brukes til:

- Forskning/fagutvikling innen anestesisykepleie
- Perfeksjonering /studier innen særlige områder for anestesisykepleie

Den som mottar stipendet må skrive rapport til ALNSF, og bør søke å få rapporten publisert i Inspira.

Søknadsfrist er 30. mai 2010

Søkere må være medlem av ALNSF.

Stipendutdeling vil skje under ALNSFs fagkongress i Fredrikstad.

Dersom en ikke kan dokumentere utgifter er alle stipend skattepliktig.

Frikjøp av arbeidstid regnes som lønn og er dermed skattepliktig.

Søknadsskjema finner du på vår internettadresse: www.alnsf.no

Stipendsøknader sendes til ALNSF v/ Beate Stock stockbeate@gmail.com
Evt.: Ørnetua 8b, 6009 Ålesund

Hjelp – til økt pasientsikkerhet



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

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

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

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

Treningsløsninger fra Laerdal Medical

www.laerdal.no



Laerdal
helping save lives

NOKIAS 2010

arrangeres som dere vet på Færøyene.

Deltakere fra NORGE kan velge charterfly fra Oslo direkte til Færøyene torsdag 3. september kl 11.00 med retur søndag 5. september etter kongresslutt. Tur fra Oslo ligger etter tur fra København i påmeldingsskjemaet. Merk at prisen blir lavere om vi fyller flyet med mer enn 70 passasjerer. Her gjelder også "førstemann til mølla".

Vi gleder oss til å se dere på Færøyene.

Informasjon finner du på

www.greengate.fo/da/konferencer/nokias



Bildene er hentet fra NOKIAS 2010s hjemmeside.

Bruk av sjekkliste på operasjonsstuen!

Ved Haukeland Universitetssjukehus, har vi det siste året hatt fokus på bruk av sjekkliste like før oppstart av anestesi og "Timeout" like før oppstart av kirurgi. I Helse Vest introduseres Verdens Helse Organisasjons (WHO's) kampanje "Safe Surgery Saves Lives" med egen sjekkliste. Den består av tre deler som gjennomføres ved ulike tidspunkt, like før induksjon av anestesi, like før kirurgistart og ved avslutning av operasjon. Noen sykehus har allerede tatt sjekklisten i bruk, andre er i startgropen. Det er på tide med et nasjonalt fokus på bruk av sjekkliste ved kirurgi.

**Arvid Steinar Haugen¹, Shamini Muruges²,
Merete Eugenie Holst³, Eirik Søfteland⁴.**

¹ Fagutviklingssykepleier anestesi

² Operasjonssykepleier thorax seksjon

³ Fagutviklingssykepleier operasjon

⁴ Seksjonsoverlege, dr.med, Kirurgisk Serviceklinikk
Haukeland Universitetssjukehus

Bakgrunn

På verdensbasis er det beregnet at det årlig utføres 234 millioner kirurgiske inngrep (1). Kirurgi bidrar til å redde liv, men er i seg selv forbundet med komplikasjoner. Alvorlige komplikasjoner og dødelighet er kalkulert til å ha et omfang på 3-16% for alvorlige komplikasjoner og fra 0,4-1,5% for dødelighet. Det er mulig å forebygge slike konsekvenser av kirurgi i mer enn halvparten av tilfellene (2, 3). Innføring av en kirurgisk sjekkliste som rutine har vist seg å gi signifikant reduksjon i både alvorlige komplikasjoner (fra 11 til 7%) og dødelighet (fra 1,5 til 0,8%) (4). Sjekklister er en del av sikkerhetskontroller både i olje- og flyindustrien, så det er på tide å stille spørsmålet om ikke helsevesenet kan oppnå bedre kvalitet på tjenestene og øke pasientsikkerheten, ved å innføre sjekklister på operasjonsstuen?

WHOs kampanje Safe Surgery Saves Lives

Verdens helseorganisasjon lanserte i 2008 kampanjen "Safe Surgery Saves Lives" (Trygg Kirurgi Verner Liv) og sjekklister for kirurgiske inngrep (5).

WHOs "Safe Surgery Saves Lives" kampanje (5) har 10 punkter som mål:



Time-out før kirurgi. Foto: Merete Holst, Helse Bergen.

Operasjonsteamet skal

1. Operere korrekt pasient, rett prosedyre og på rett side.
2. Bruke kjente metoder for forebygge skade pga anestesi.
3. Gjenkjenne og behandle effektivt livstruende luftveis- og respirasjonsproblemer.
4. Gjenkjenne risiko for og behandle effektivt stort blodtap.

Forberedelse før innledning av anestesi	Time-out før operasjonsstart	Avslutning før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet
Har pasienten bekreftet? Identitet Operasjonsfelt Type inngrep	Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon? ☐ Ja	Teamet gjennomgår muntlig: Hvilke inngrep er gjennomført?
Er operasjonsfelt merket? Ja Ikke aktuelt	Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig: Hva er pasientens navn og identitet? Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side? Er pasienten i rett leie?	Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker og nåler (eller ikke aktuelt)?
Er anestesisekk utført og medikamenter kontrollert? Ja	Gjennomgang av potensielt risikofylte hendelser Kirurg: Hva er forventet blodtap? Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til? Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser? Hva er forventet varighet av operasjonen?	Er prøvematerialet riktig merket, inklusive pasientens identitet?
Har pasienten: Kjent allergi? Ja Nei Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon? Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig Nei Risiko for >500 ml blodtap (>7 ml / kg hos barn) Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig Nei Risiko for hypotermi? Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt Nei	Anestesilege og anestesisykepleier: Hva er pasientens ASA-klassifikasjon? Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til? Operasjonssykepleier: Er steriliteten på instrumentene bekreftet (inkludert indikatorer)? Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret? Perfusjonist (når aktuelt): ☐ Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til? ☐ Er det behov for spesielt utstyr?	Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om? Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten?
Er nødvendig billedinformasjon tilgjengelig? Ja Ikke aktuelt	Infeksjonsforebyggende tiltak ☐ Ikke aktuelt Er antibiotikaprofylakse fullført i løpet av de siste 60 minuttene? Er pasientoppvarming iverksatt? For pasienter med diabetes: Er blodsukkeret innenfor normalområdet? Er tromboseprofylakse aktuelt? ☐ Ja ☐ Nei	Merknader / funn: Dato og pasientidentifikasjon:

Sjekkliste for trygg kirurgi

Tilpasset Versjon HUS 1.0 / 08.12 2009

Denne norske sjekklisten er laget med utgangspunkt i Verden helseorganisasjons (WHO) "Surgical safety checklist" <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> og den tilretteleggingen som er laget for England og Wales <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/>

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet har stått for oversettelsen i samarbeid med Helse Bergen og Helse Førde. Sjekklisten sendes til høring hos regionale fagdirektører, i det norske fagmiljøet og til FFO.

Sjekklisten er ikke uttømmende og lokale tilrettelegginger kan gjøres. Det advares mot å gjøre listen for omfattende og å stryke mange punkt.

- Unngå innledning med allergifremkallende stoffer ved kjent risiko for allergi.
- Bruke kjente metoder for å minimere risiko for infeksjon i operasjonsfeltet.
- Forebygge at instrumenter og kompresser gjenglemmes i operasjonsfeltet.
- Merke og sikre identitet på alle kirurgiske prøver.
- Utveksle og kommunisere kritisk informasjon for en trygg gjennomføring av operasjonen.

Sykehus og offentlig helsevesen skal

- Etablere rutiner for registrering av kirurgisk kapasitet, volum og resultat.

Sjekklistene og "Trygg kirurgi verner liv" i Helse Bergen og Helse Vest

I Helse Bergen har det vært fokus på sjekkliste før anestesi (6, 7) og det er gjort en kartlegging av kunnskap rundt bruk av "Timeout"-protokoll, blant operasjonspersonell knyttet til

sentraloperasjonsavdelingen på Haukeland Universitetssjukehus (8). "Timeout"-protokoll har vært i bruk i USA i flere år (9). Styret i Helse Vest vedtok i desember 2008 (10) å slutte seg til WHO's kampanje for innføring av Safe Surgery sjekklisten (11). Det er derfor etablert et regionalt prosjekt i Helse Vest som ledes fra Helse Førde av professor i kirurgi; Barthold Vonen fra Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Prosjektet har fått den norske tittelen "Trygg kirurgi verner liv" (12). I Helse Bergen har Voss sjukehus brukt sjekkliste siden mai, ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS) har noen seksjoner startet med å bruke den oversatte WHO sjekklisten i november, andre har fulgt etter i desember og januar. Det planlegges innføring på alle seksjonene innen medio 2010. Helse Førde har tatt i bruk sjekklisten, mens Helse Fonna og Helse Stavanger starter opp i februar.

Sjekklisten, e-læringsprogram og veileder

WHO's kirurgiske sjekkliste for Trygg Kirurgi består av tre hoveddeler:

Det er sannsynligvis en fordel å innføre sjekklisten trinnvis og høste erfaringer underveis.

Bruken av sjekklisten har vist seg å gi muligheter til korrigerende tiltak, før man starter med operasjonen. Hele teamet bør være klar og ferdig med forberedelsene, før man utfører "Timeout".

1. Forberedelse anestesi, som gjennomgås like før pasienten får anestesi
2. "Timeout", som gjøres like før kirurgistart
3. Avslutning, som utføres før hovedoperatøren forlater stuen

Nasjonalt Kunnskapssenteret for Helsetjenesten ved Anne Grimstvedt Kvalvik, har i samarbeid med blant andre; Helse Bergen og Helse Førde, oversatt sjekklisten til norsk: Sjekkliste for Trygg Kirurgi. Det er laget en veileder til hjelp for implementering av sjekklisten og i Helse Vest lages nå e-læringsprogram med video. Både WHO og National Health Safety (England og Wales) har på sine nettsider publisert veiledere og videoer for hvordan man skal utføre sjekklisten og hvordan det ikke skal gjøres (13).

Første delen av sjekklisten gjennomgås like før innledning av anestesi, ved anestesilege, anestesisykepleier, koordinerende operasjonssykepleier, sammen med pasienten. Vi har valgt at anestesi sykepleier leder denne gjennomgangen. "Timeout" kan ledes av alle i teamet, men vi har funnet det naturlig at koordinerende operasjonssykepleier ("løsgjenger"), leder den og debriefingen ved avslutning av operasjonen.

Erfaringer

Ved Haukeland Universitetssjukehus, er nå sjekklisten innført ved Ortopedisk Klinikk for alle deres pasienter og er i daglig bruk fra november 2009. Den er også tatt i bruk innen thoraxkirurgi og i fra januar 2010, ved nevrokirurgiske operasjoner og enkelte dagkirurgiske inngrep.

Det er sannsynligvis en fordel å innføre sjekklisten trinnvis og høste erfaringer underveis (14). Noen av tilbakemeldingene fra brukerne så langt, er at man tidligere oppdager mangler ved kommunikasjonen i forberedelsen til inngrepet, og derigjennom får en bedre arbeidsflyt. Bruken av sjekklisten har vist seg å gi muligheter til korrigerende tiltak, før man starter med operasjonen. Hele teamet bør være klar og ferdig med forberedelsene, før man utfører "Timeout". Det er lett å miste konsentrasjonen og vanskelig å høre hva som sies, dersom det er støy og uro ved gjennomgangen. Ved avslutning av operasjon bør den siste delen av sjekklisten gjennomgås ved lukking av operasjonssåret før hovedoperatør forlater stuen ettersom det er han/hun som

er ansvarlig. Det er viktig at den som gjennomfører sjekken (koordinerende operasjonssykepleier) står frem, får alle til å lytte og er tydelig. Samtidig må alle de øvrige i teamet støtte opp om den som får tildelt denne oppgaven.

Erfaringer ved implementering av sjekklisten i England (14), fremhever tre hovedfaktorer for å lykkes med innføringen:

1. Utvikle lokale "drivere"
2. Ledelsen i organisasjonen må støtte opp om innføringen
3. Praktisk trening i bruk av sjekklisten

Forskningsprosjekt

Ved Haukeland Universitetssjukehus er arbeidet organisert som et forskningsprosjekt. Det er samtidig en del av det regionale prosjektet i Helse Vest. Forskningsprosjektet har som hensikt å måle effekter av å innføre sjekklisten, både for alvorlige komplikasjoner og dødelighet, samt prosesser i operasjonsavdelingen. Det gjennomføres også en studie blant operasjonspersonalet på HUS, om deres oppfatning av pasientsikkerhetskultur i operasjonsavdelingen og sykehuset. Hensikten er å undersøke om innføring av sjekklisten, påvirker pasientsikkerhetskulturen. Vi har forskningssamarbeid med blant andre: Helse Førde, Universitetet i Stavanger, Senter for Kunnskapsbasert praksis – Høyskolen i Bergen og forskere fra Centre for Patient Safety ved St. Mary's Hospital–Imperial College i London.

Veien videre

Internasjonalt er det stort fokus på bruk av WHO's Safe Surgery Checklist (15, 16) og stadig flere land innfører sjekklisten. I England og Wales er den gjort obligatorisk å bruke på alle sykehus. Også i Sverige og Danmark er det tatt nasjonale initiativ. I Norge er det nå en del sykehus som er i gang med å bruke sjekklisten, andre ønsker å starte opp med den. Vi mener derfor at det nå er på tide med et nasjonalt initiativ, hvor alle aktuelle profesjonsgrupper er inkludert, samt pasientorganisasjoner og øvrige organ som er opptatt av pasientsikkerhet. Den norske legeforeningen har imøtekommet dette langt på vei og inviterer til en Nasjonal konferanse/kurs om innføring og bruk av Sjekkliste for Trygg Kirurgi. Denne arrangeres på Thon Hotel Arena Lillestrøm, den 16. april, med påmeldingsfrist 1. mars. Påmelding til: kurs.oslo@legeforeningen.no



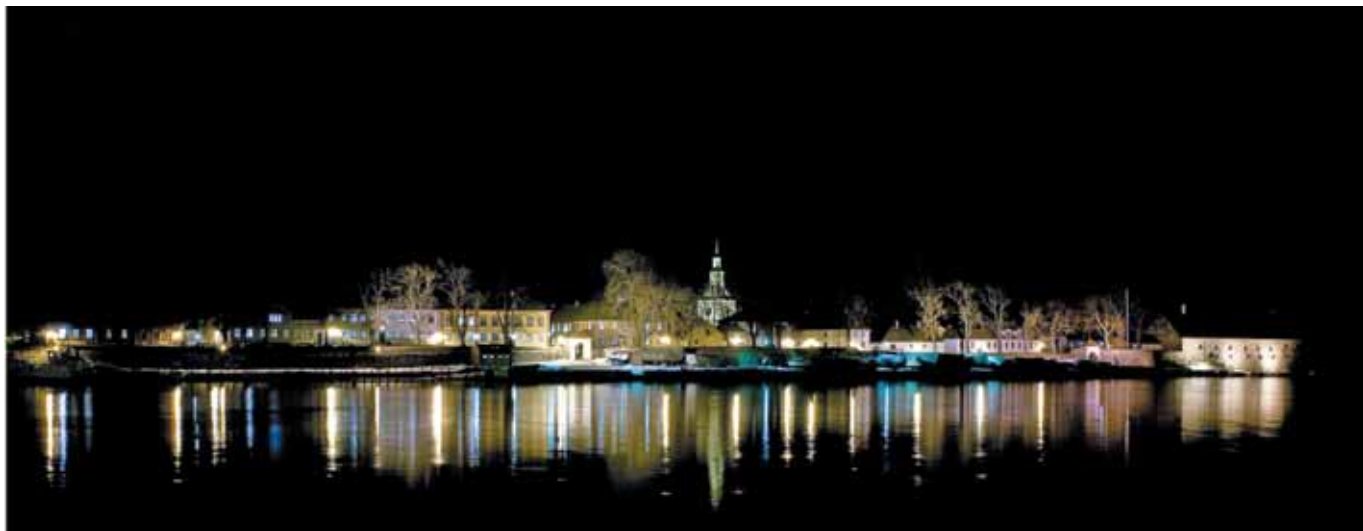
Gjennomføring av Time-out på operasjonsstue. Foto: Anette Hellstrøm, Helse Bergen

Kontaktperson:

Arvid Steinar Haugen, Kirurgisk Service Klinikk, Haukeland Universitetssykehus, 5021 Bergen, tlf: 55976844, mob: 46928421, e-post: arvid.haugen@helse-bergen.no

Referanser

1. Weiser TG, Tegenboden SE, Thompson KS, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 2008; 372: 139-44.
2. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MH, Brennan TA. The incident and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999; 126: 66-75.
3. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse effects in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care* 2002; 13: 269-76.
4. Haynes AB et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009; 360: 491-9.
5. WHO | Safe Surgery Saves Lives Nedlastet 12.12. 2009
6. Thomassen Ø, Brattebø G, Sjøteland E. Sjekkliste før intubasjon, Abstract 9 Anestesi Høstmøte NAF 2008. *NAF-Forum* 2008; 21(3):39
7. Thomassen Ø. En enkel preoperativ sjekkliste kan hindre mange millioner dødsfall i året. *NAF-Forum* 2009; 22(1): 58-59
8. Muruges S. et al. Abstract S07:3: Surgical team members' experiences, routines and views before implementation of a time-out protocol. *Scandinavian Association Thoracic Surgery, Stockholm* 20- 22 August 2009.
9. Charlton N. Time out- The Surgical pause that counts. *AORN journal* 2004; 80(6): 1121-1122.
10. Helse Vest styremøte desember 2008 (124/08)
11. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59860>. Nedlastet 12.12.2009
12. Vonen, B. Trygg Kirurgi Verner Liv. Helse Førde - Skal gjere operasjonar tryggare Nedlastet 14.12.2009 (<http://www.helse-forde.no/Modules/article.aspx?ObjectType=Article&Article.ID=6540&Category.ID=592&PrintPreview=true13>.)
13. How to do the WHO surgical safety checklist | video | NRLS
How NOT to do the WHO surgical safety checklist | video | NRLS
Nedlastet 12.12. 2009
14. Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy K. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience *BMJ* 2010; 340: b5433
15. <http://www.safesurg.org/> Nedlastet 12.12. 2009
16. <http://www.patientforsakring.se/patientsakerhet/checklistan/> Nedlastet 12.12. 2009



ALNSF Østfold ønsker velkommen til Fredrikstad 26.-29. september 2010

Generalforsamling 26. september

Fagkongress 27. og 28. september

Pedagogisk seminar og lederseminar 29. september

Temaet for årets fagkongress vil være **CAVE ANESTESI** og da tenker vi på

- Den eldre/skjøre pasient som ikke tåler anestesi og en smakebit fra temaene er
 - Væskebehandling
 - Blokader
 - Ketalar
- Anestesi fra vindusposten. Nye utstyrs- og plasskrevende kirurgiske teknikker
- På jobb i dag - på forsiden av VG i morgen. Hva vi som anestesisykepleiere utsetter oss selv for
- Medikamenthåndtering

I tillegg blir det

- Stor medisinteknisk utstilling
- Posterutstilling

Sosiale arrangementer

- Lørdag møtes vi på Hotell Quality
- Søndag blir det vandreteater i Gamlebyen med pizza og godt drikke
- Mandag blir det festkveld på Båthusteatret

For nærmere informasjon og påmelding:

www.alnsf.no

Så velkommen til Fredrikstad og Hotell Quality

Europeisk forening for intensivsykepleie, EfCCNa, et forum for intensivsykepleiere

EfCCNa feiret 2. – 4. oktober at det var 10 siden opprettelsen. Det skjedde under styre- og arbeidsmøtet i Berlin. 10 år tidligere var intensivsykepleiere fra nasjonale intensivorganisasjoner samlet for å danne en felles organisasjon av intensivsykepleiere i Europa. Målet var å samarbeide for å utvikle intensivsykepleierfaget. Det ble dannet et forum som i begynnelsen hadde en løs organisering. Etter hvert ble det dannet ett styre som møtes 4 ganger i året og med ett råd som møtes 2 ganger i året. Rådet består av ett medlem fra hvert land. Styrets arbeid er vanlige styresaker som økonomi og å forberede rådsmøtene 2 ganger i året. Under rådsmøtene jobber alle deltakerne i komiteer (utvalg). Mellom møtene arbeides det via mail. Komiteene kan også utvides med personer som ikke er rådsmedlemmer, for eksempel Astrid Danielsen i utdanningskomiteen.

Tor Magnus Molund, NSFLISs EfCCNa representant
Astrid Danielsen, leder for EfCCNas utdanningsutvalg.

EfCCNa samarbeider også med andre sykepleierorganisasjoner i Europa og med Verdensorganisasjonen for intensivsykepleiere, som gir ut det web- baserte tidsskriftet Connect. Dette er tilgjengelig på vår hjemmeside, www.effcna.org

Hva har så organisasjonen oppnådd av resultater i disse årene? Resultatene er vanskelig å måle, men vi vet at innen EU er forskningen som EfCCNa representerer høyt skattet ved utformingen av felles utdanning innen EU. Den felles forskningen som landene driver i EfCCNa er ett viktig bidrag til å høyne kvaliteten på faget vårt.

Etter dette møtet er det tydeligere for oss at dette er et forum som gjør et betydelig arbeid for intensivsykepleiere i Europa. Representanter for intensivsykepleier organisasjoner i Europa samles for å diskutere hvordan intensivsykepleie kan tydeliggjøres i forhold til arbeidsforhold, utdanning, lederskap, markedsføring og forskning. EfCCNas utvalg jobber kontinuerlig med hvert sitt fokus for å finne ut hvordan man kan heve kvaliteten på den sykepleie intensivpasientene får, og hvordan de kan få et best og likest mulig behandlingstilbud. Representantene er bredt sammensatt av intensivsykepleiere som daglig arbeider med intensivpasienter, lærere, ledere og forskere. Diskusjonene er preget av gjensidig forståelse og interesse for hverandres kompetanse og erfaringer. Alle representanter er i tillegg med i et arbeidsutvalg (komiteer).

Følgende komiteer pågår i dag: Congresscommittee.

Forbereder kongressen som arrangeres hver 3. år. Neste kongress er i København 2011. Det er åpnet for påmelding og innsendelse av prospect som det herved oppfordres til å gjøre.

Education committee

Astrid Danielsen er leder for komiteen som arbeider med utdanningsaker i EfCCNa.

Exchange committee

Arbeider med utveksling av intensivsykepleiere mellom sykehus i Europa. Komiteen arbeider med å forenkle hjemmesiden, der deltakeren treffer en sjekkeliste og en PDF-fil med spørsmål.

Management committee

Behandlingskomiteen. Hvordan påvirke pasientbehandlingen. Komiteen kom med forslag om evidence basert sykepleie, integrert medisinsk og sykepleie journal, guideline for utskrivelse av pasient.

Practice committee

Ny komité, som skal samle data fra praksis rundt om i Europa og bruke disse til å lage felles prosedyrer for intensivsykepleie.

Research and development committee

Komiteen som utfører internasjonale spørreundersøkelser web-basert. For tiden E-link og Delphi-studien.

E-link study

Undersøkelse som utføres blant 20 europeiske land, der målet var 20

intensivavdelinger i hvert land. Undersøkelsen består av 100 spørsmål som skal gi innblikk i kunnskapsnivået blant intensivsykepleiere i Europa. Den er avsluttet og resultatene vil bli annonsert i løpet av året.

Delphi-studien

Er en 3 trinns studie som skal vise hvordan forskning prioriteres i intensivavdelinger. Resultatene skal bidra til å fremme forskning i Europa. Undersøkelsen er avsluttet.

Public relation committee

Skal markedsføre EfCCNa, lage forslag til produkter som kan markedsføre oss. Har forslag om posters, pins, t-skjorter.

Sponsorship committee

Ny komité som skal prøve å skaffe EfCCNa nye inntekter. Siste år mistet vi vår hovedsponsor (donator). Veien framover ble det ikke enighet om siden vi ikke er en "business association" og derfor ikke mottar sponsing, men kan motta gaver.

En viktig sak på møte i Berlin var å behandle ikke-europeiske Israels søknad om medlemskap i EfCCNa. Israel hadde søkt om medlemskap og alle landene i EfCCNa hadde hatt mulighet til å kommentere søknaden på forhånd. Israel ble enstemmig vedtatt som medlem. Det ble diskusjon om hvor EfCCNa skal sette de geografiske grensene for medlemskap. Det ble i denne sammenhengen stilt spørsmål om palestinerne skal ha den samme muligheten. Det ble ikke konkludert, men styre tar med seg problemstillingen for videre utredning.

En annen sak var ønsket om å systematisere utvalgenes arbeid ytterligere ved å innføre prosjektplaner for de ulike oppgavene som er beskrevet i handlings- og strategiplanene. Slike planer vil gjøre det lettere å følge fremdrift og ansvarsoppfølging i arbeidet. Utvalgene fikk tid på møtet til å beskrive en del av prosjektene sine og å legge disse frem i plenum etterpå.

Utdanningsutvalget la frem en plan over hvordan en kartlegging av stauts for intensivsykepleier utdanningen i Europa skal gjennomføres. Forrige kartlegging ble foretatt i 2007 og beskrev hvordan de land som ikke har formalisert videreutdanning ser på muligheter for å få dette. Den kommende undersøkelsen vil kartlegge hvor det drives formaliserte utdanninger, innhold i utdanningene, organisering av utdanningene (om de bedrives sykehusinternt, på høyskoler eller universiteter), og hvilket akademisk nivå det er på utdanningen og lærerne. Dette vil gi EfCCNa en viktig oversikt over hvordan man skal arbeide videre mot målet om at utdanning av intensivsykepleiere bør foregå på masternivå. Resultatene av undersøkelsen vil anvendes i utviklingen av en studieplan for Masterutdanning i intensivsykepleie. I Norge har vi Europas eneste rammeplan for videreutdanning av intensivsykepleiere og denne vil derfor være et viktig bidrag til arbeidet. Den har siden den ble skrevet i 1999 vært med på å skape likhet i utdanningene våre, en erfaring vi kan trekke med oss i arbeidet med å skape større likhet i europeiske utdanninger. Etter to dager med fagpolitisk arbeid og jubileumsfeiring sitter vi igjen med ny inspirasjon og nye innspill til å arbeide videre for å tydeliggjøre norske intensivsykepleieres og NSFLISs synspunkter inn i EfCCNa. Vi vil også bidra med kunnskap om medlemslandene for å bedre vårt nasjonale arbeid.

TNCC 2010

23.03.10

20.04.10

04.05.10

01.06.10

www.tncc.no

www.alnsf.no

Bergen
Kristiansund
Oslo
Arendal

SKANDINAVISK AKUTT MEDISIN 2010

23. - 24. mars 2010

Lillestrøm

www.akuttmedisin2010.org

DEN 9. VERDENSKONGRESS FOR ANESTESISYKEPLEIERE 2010

4. - 7. juni 2010

Haag, Nederland

www.wcna2010.com

NOKIAS - NORDISK KONGRESS FOR ANESTESI- OG INTENSIVSYKEPLEIERE

3. - 5. september 2010

Tórshavn, Færøerne

www.greengate.fo/nokias

NSFLIS GENERALFORSAMLING OG FAGLIGE SEMINAR 2010

7. - 10. september 2010

Oslo

www.gfoslo2010.no

NORDISK BARNEANESTESIKURS FOR ANÆSTESI OG INTENSIVTERAPI

28. - 30. januar 2011

København

www.boerneanaesthesi.dk og www.alnsf.no

EfCCNa, EUROPEISK KONGRESS FOR INTENSIVSYKEPLEIERE

24. - 26. mars 2011

København, Danmark

www.efccna2011.dk

Kurs eller andre begivenheter som ønskes annonsert under Aktivitetskalenderen sendes på mail til ansvarlig redaktør inspira@alnsflis.no

SmartX

Trådløs invasiv trykkmonitorering fra Smiths Medical



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



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

Unik trådløs trykkmonitorering basert på bluetooth teknologi.

Velkommen til OSLO

8. – 10. september 2010

NSFLIS Oslo inviterer til:

Generalforsamling
Pedagogisk seminar
Lederseminar
Fagutviklingsseminar

Fagdager

Onsdag 8. - torsdag 9. og fredag 10. september på
Oslo Kongressenter

Støtt opp om vårt fagmiljø!
Prioriter GF 2010 i år, så skal vi
garantere at du får
valuta for pengene!

Følg med på www.gfoslo2010.no
og
www.nsflis.no

INTENSIVSYKEPLEIE GJØR EN FORSKJELL

Program torsdag 9. september

**Betydningen av vurderingen av intensivpasientens behov for smertelindring og sedering.
Hvordan får vi det til i praksis?**

- Audun Stubhaug, Irene Randen, Hilde Wøien

Barn som intensivpasient

Hypotermibehandling av barn

- Annette Heuch Grevstad

Organdonasjon

**Behandling av potensiell organgiver-
organpreservasjon.**

- Viesturs Kerans

**Vurdering av smerte og behov for sedasjon
hos barn på respirator**

- Kari Sørensen

**Organdonasjon etter hjerte- og
respirasjonsstans**

- Torgunn Bø Syversen

**Livskvalitet hos barn som har gjennomgått
ECMO behandling**

- Elizabeth Dorph

**Intensivsykepleierens kompetanse i
organdonasjonsprosessen**

- Kätthe Meyer

Barn som pårørende til kritisk syke pasienter
- Kari Bugge

Program fredag 10. september

Traumepasienten	Pasienten som trenger langt intensivopphold
Traumebehandling: mottak, prioritering og akutt kirurgi - Tina Gaarder/ Pål Næss	Critical illness polyneuropathy. En vanlig og alvorlig komplikasjon hos intensivpasienten? - Anne Kathrine Langerud
Traumeregistrering - Morten Hestnes	Pårørendes behov for hjelp, støtte og informasjon ved en intensivavdeling - Grete Høggaug
	Vurdering og forekomst av delirium ved to norske intensivavdelinger - Hilde Wøien
Frie foredrag	
ICU diaries reduce post traumatic disorder after critical illness - Christina Jones	
Korleis går det med intensivpasientane? - Reidar Kvåle	
"Jeg er for livet og organdonasjon" - Knut Nærum	

INVITASJON TIL PRESENTASJON AV POSTERE OG FRIE FOREDRAG

Postere og frie foredrag er en gylden mulighet for deg som ønsker å presentere et prosjekt eller annet utviklingsarbeid til eget fagmiljø.

Postere

Posteren kan være på maks 90 x 120 cm. Påmelding av poster skal skje innen 24. juni 2010, ved å sende en kort presentasjon av posterens tema til

ann-marie.storsveen@rikshospitalet.no

Frie foredrag

Det er satt av tid til frie foredrag under faglig seminar fredag 10. september 2010.

Vi planlegger 4-5 frie foredrag i løpet av denne timen der hvert innlegg blir på 10-15 minutter inkludert 2 minutter til spørsmål.

Påmelding til frie foredrag skal skje innen 15. juni 2010, ved å sende inn et abstrakt til ann-marie.storsveen@rikshospitalet.no. Antatte abstrakt vil bli publisert i programheftet.

Mer informasjon, påmelding og eventuelle endringer i programmet se: **www.gfoslo2010.no**



Stine T. Smith, styremedlem ALNSF

Organisasjonstilhørighet

GF 2008 besluttet at ALNSFs styre skulle nedsette en arbeidsgruppe med det mandat å vurdere ulike sider ved landsgruppens organisasjonstilhørighet. Bakgrunnen var blant annet å få belyst om dagens struktur og samhandling med NSF ivaretar ALNSFs behov for å kunne drifte landgruppen ut fra gjeldende prinsippprogram og virksomhetsplan. Det er en kjensgjerning at de økonomiske rammebetingelsene har endret seg betydelig de siste årene, noe som bidrar sterkt til at vi som landsgruppe står overfor viktige valg.

ALNSF styre har utarbeidet et mandat for arbeidsgruppen, og er på bakgrunn av det bedt om å legge frem en rapport for behandling på GF 2010 i Østfold. Arbeidsgruppen skal gjennomgå og vurdere styrker og svakheter ved det å være integrert som en del av NSF. I tillegg ligger det i mandatet å vurdere andre organisatoriske løsninger som kan være aktuelle og hvilke utfordringer som eventuelt ligger i disse.

GF 2010 vil bli forelagt rapporten etter at styret har saksbehandlet denne. GF 2010 vil få i oppgave å ta stilling til hvordan styret og landsgruppen skal videreføre arbeidet. GF 2010 skal ikke ta stilling til om ALNSF fortsatt skal være del av NSF eller ikke. GF 2010 skal ut fra gjennomgang av de ulike muligheter for organisasjonstilhørighet beslutte hvordan ALNSF styre i neste GF-periode skal følge opp arbeidet videre. Dette blir en svært viktig sak, hvor det forventes et stort engasjement blant medlemmene, slik at de valg som tas har en bred og solid forankring i medlemskapet.

Valg 2010

Det går nå fort mot GF i Fredrikstad, og valg av nytt landsstyre og leder av ALNSF, ny valgkomitee og utdanningsutvalg. Valgkomiteen oppfordrer derfor ALNSF's medlemmer med å komme med forslag til kandidater.

Det er bare fint om man foreslår seg selv dersom man har lyst på slike utfordringer. Å sitte i landstyret gir en unik mulighet til å følge med i hva som skjer med vårt fag både politisk og utdannelsemessig. Det er et spennende arbeid, med mange flotte opplevelser, og mulighet til å være med å forme fagpolitikken.

Valgkomiteen håper på mange gode kandidater fra hele landet til alle vervene. Forslag til kandidater kan sendes til valgkomiteen ved Eva M Ballo på adresse: lasso@online.no

Kull 2 "Videreutdanning i prehospitalt arbeid for anestesisykepleiere" ved Høgskolen i Gjøvik.

Pilotkullet fullførte "videreutdanning i prehospitalt arbeid for anestesisykepleiere" juni 2009. Tilbakemeldingene fra dette første kullet var svært gode.

ALNSF og Høgskolen i Gjøvik har videreført samarbeidet om denne utdanningen, og kull 2 hadde sin første samling 27.- 29. januar i år. Utdanningen følger i hovedsak samme opplegg som pilotkullet, men har noe mer simuleringsøvelser gjennom lengre dager i forbindelse med samlingene på Gjøvik. Avsluttende samling er i 16.-18. juni.

Info ALNSF- Legemiddelhåndteringsprosjekt

Nå er vi ferdige med å samle inn data til Prosjekt Legemiddelhåndtering. Vi har fått inn data fra sykehus i alle de regionale foretakene. Både mindre og store sykehus har deltatt, noe som gjør at vi har data fra både store og små avdelinger. Prosjektet har tatt tid, og ting har ikke vært like enkelt underveis. Elektronisk innsamling av data skulle gjøre det lettere for oss, men brannmurer rundt om i foretakene har skapt mange problemer. Selv om vi møtte positiv innstilling fra IKT avdelingene, klarte ikke alle å få det til i praksis. Noen steder måtte vi også benytte papirutgaver.

Problemene gjorde at ikke alle fikk spørreskjema selv om dere ønsket å svare. Dette beklager vi stort. Vi har dradd undersøkelsen ut i tid for å prøve å få alle med, men på ett tidspunkt måtte vi likevel slutte.

Takk til alle dere som har svart på undersøkelsen og til dere ledere som har lagt praktiske ting til rette for oss. Vi har møtt mange positive kolleger rundt om i landet og det setter vi stor pris på.

Nå ser vi fram til å analysere data og kommer tilbake til dere med informasjon om resultater - blant annet på Fagkongressen i Fredrikstad.

Verdenskongress i Haag

Den 9. verdenskongressen for anestesisykepleiere arrangeres i år i Haag, Nederland i tiden 4. – 7. juni.

Det faglige programmet er lagt opp med interessante forelesninger, både fra den praktiske hverdagen og omkring utdanningsspørsmål. En tidlig sommer i Haag gir en flott ramme rundt arrangementet med mulighet for å treffe kolleger fra hele verden, både på forelesninger og på lokale arrangement. Gå inn på hjemmesidene til arrangementet og finn mer informasjon <http://www.wcna2010.info/Welcome.html>

Håper vi blir en fin flokk nordmenn i Haag disse dagene!

Innmelding i ALNSF

Det kommer jevnlig henvendelser om problemer med innmelding i ALNSF. Vi beklager at dette kan være problematisk, og vi er også bekymret for om dette kan gjøre at landsgruppen får færre nye medlemmer. ALNSF styre ønsker selvfølgelig at innmelding skal være enkelt.

Innmelding i ALNSF kan skje via vår hjemmeside www.alnsf.no gjennom å følge linken "bli medlem". Dette krever pålogging. For pålogging på ALNSFs hjemmeside gjelder det samme som for pålogging www.sykepleierforbundet.no ellers: medlemsnummer og eget passord.

Det er også mulig å melde seg inn uten å være pålogget. Under "Aktuelt" på ALNSFs hjemmeside følges "Innmelding i Alnsf - LES HER!". Her opplyses det at innmelding også kan skje gjennom å sende navn, adresse, arbeidssted, medlemsnummer i NSF og hvilke type medlemskap som ønskes (ordinært eller student) til anestesi@gmail.com

Stipend 2010

ALNSF oppfordrer alle medlemmer til å søke stipend i år. Dette er en viktig mulighet til faglig oppdatering. Se egen annonse i dette nummer av InspirA. Stipend lyses også ut via vår hjemmeside.

Lars Mathisen - Anestesisykepleier med doktorgrad

20. januar 2010 disputerte Lars Mathisen med sin doktoravhandling:

Pasientopplevd resultat etter kransarteriekirurgi med og uten bruk av hjerte-lungemaskin.

Lars Mathisen og hans medarbeidere har fulgt 120 pasienter gjennom det første året etter kransarteriekirurgi. Det har vært viktig å kartlegge om ny operasjonsteknikk, uten bruk av hjerte- og lungemaskin, kan gi like godt resultat og raskere tilfriskning. Forskningsteamet har sammenliknet de to operasjonsmetodene, pasientenes egen vurdering av helse og livskvalitet, og sett på sammenhengen mellom hjerte- og hjernefunksjon og pasientens vurdering av egen helse. Ved tilfeldig fordeling av pasientene til hver av de to operasjonsmetodene var det sammenliknbart teknisk resultat, og ingen betydningsfulle forskjeller i pasientopplevd resultat. Det betyr at ut fra pasientopplevd helse er det ikke mulig å anbefale den ene operasjonsmetoden fremfor den andre. Men avhandlingen som helhet bidrar til å forstå mer av grunnlaget for ulike pasienterfaringer etter kransarteriekirurgi. Studien har derfor betydning for hvordan helsepersonell snakker med pasienter om forventninger og resultat av inngrepet. Funnene understreker også betydningen av å innhente pasientenes opplevelse ved evaluering av nye behandlingsmetoder.

Vi gratulerer Lars med doktorgrad!!!



Siw Øfstegaard Heimdal, nestleder NSFLIS

Lokalgruppeleder konferanse

Landsstyret har akkurat arrangert lokalgruppeleder konferanse i Oslo. Alle lokalgruppene var representert, utenom Finnmark, som ikke kunne møte.

Det har vært årsmøter og valg i lokalgruppene, og det var flere nye lokalgruppeledere. Vi synes det er flott for rekrutteringen at også kommer nye medlemmer inn i lokalgruppene.

Det var mange saker som ble diskutert på de to dagene møtet varte. Landsstyret har i fått i oppgave av GF-2009 å utrede GF-dagen og hele GF-uka. Denne saken la vi frem for lokalgruppe lederne. De ble delt i 3 grupper og fikk god tid til å diskutere. Landsstyret fikk mange gode innspill da GF ble diskutert i plenum etter gruppe arbeidet. Flertallet ønsket ikke GF dagene i en helg. Mange ønsket også å redusere GF-uka til 3 dager.

GF er vårt høyeste organ, og vi ønsker at flest mulig av våre medlemmer deltar i behandling av sakene på GF.

En annen viktig sak som ble diskutert i Oslo var NSFLIS økonomi. Spesielt hvordan ett overskudd skal deles etter GF-uka, og hvordan og hvem som må betale ett underskudd. Denne saken skal også landsstyret jobbe videre med. Det er en prioritert oppgave for landsstyret å arrangere lokalgruppeleder konferanse. Det er viktig for landstyret å vite hva som opptar lokalgruppene, og på denne konferansen får vi viktige innspill i hva som rører seg lokalt. Neste konferanse blir til høsten.

Utdanningsutvalget

På GF i Lillestrøm ble det valgt ett nytt utdanningsutvalg. Det består av Anne Eikeland, Marit Gimnes og Gro Landfald. I tillegg deltar Tove Gulbrandsen som utdanningsansvarlig fra landsstyret. Arbeidet i utdanningsutvalget er kommet godt i gang.

Det er flere saker som utvalget jobber med fortiden. En av sakene er spriket mellom helseforetakenes behov for intensivsykepleiere og utdanningstakten. En høgscole kan f. eks ha 35 ledige plasser til intensivutdanning. Når søknadsfristen er gått ut kan det være 45 sykepleiere om har søkt videreutdanning. Helseforetaket kan gi stipend og økonomisk støtte til 20 studenter. I de fleste tilfeller vil da de sykepleierne som ikke får økonomisk støtte, trekke seg fra studiet. Det betyr at det bare blir startet opp utdanning for 20 intensivstudenter i stedet for 35. Foretakene gir altså ikke stipender nok til å fylle høyskolenes kapasitet.

Det kan også være begrensning i forhold til praksisplasser. Intensivavdelingene har ikke plass til flere studenter enn de som får økonomisk støtte. Avtaleverk mellom helseforetak og høyskoler regulerer samarbeid om utdanning av spesialsykepleiere.

Utdanningsutvalget følger også med på hva som skjer med Masterløpet. En ønsker på sikt å få ett likt masterløp i hele Norge, med mastergrad i spesialisering i intensivsykepleie.

Det er viktig at vi som fagorganisasjon følger med på hva som skjer med intensivutdanningen i Norge.

Ellers jobber utdanningsutvalget med å få oversatt rammeplanen og funksjonsbeskrivelsen til engelsk. Rammeplanen og funksjonsbeskrivelsen planlegges å være ferdig oversatt innen juni 2010.

Dersom det er noen saker du som medlem ønsker at utdanningsutvalget bør se på, kan du ta kontakt med Tove Gulbrandsen i landsstyret.

Profilering

Vi har som kjent ett mål om å bli 2500 medlemmer i NSFLIS innen 2012. For å få flere medlemmer må vi bli flinke til å profilere faget vårt. I den anledning har landsstyret fått laget nye brosjyrer som ble delt ut på lokalgruppeleder konferansen.

Vi må også komme på arenaer for å rekruttere sykepleiere til å ta intensivutdanningen. I alle fylker arrangeres det yrkesmesser. Her kan vi samarbeide med NSF i vårt fylke, og delta på stands. Ungdommer som skal velge videreutdanning, eller høyskoler bør få vite hvilken vei som må til for å bli intensivsykepleier.

På grunnutdanningen blir det ofte arrangert fagdager, slik at studentene kan få vite hvilke spesialutdanninger det finnes etter grunnutdanningen. Her kan du som er lokalgruppeleder delta for å fortelle om intensivfaget. Her blir det viktig å fortelle at det er en forskjell på intensivsykepleier og autorisert sykepleier. De nye brosjyrene kan være til god hjelp.

Husk at 12.mai nærmere seg raskt. Hva skal ditt NSF fylkesstyre gjøre for å markere sykepleiedagen? Kanskje kan NSFLIS bidra på arrangementet?

Profilering og medlemsverving må skje i alle ledd av NSFLIS organisasjon. Husk at student medlemmer må meldes inn via meg som er medlemsansvarlig i landsstyret.

GF-uka 2010

Årets GF og faglige seminarer blir i Oslo i september. På grunn av underskuddet fra Lillestrøm, blir årets arrangement over 3dager.

"Intensivsykepleie gjør en forskjell", er hovedtemaet. Det forløpige programmet ble presentert på lokalgruppekonferansen. Oslo gruppen har fått til ett flott program. Vi anbefaler alle å delta på vårt årlige arrangement. Det er viktig for alle med faglig input, og å møte kollegaer fra hele landet. Samtidig er det viktig å delta på GF. Vi ønsker engasjerte medlemmer og gode diskusjoner på årets GF. Husk at fristen for å sende inn saker til årets GF er 8. mai.

Reisestipend

Nå er tiden snart inne til å søke om reisestipend. Reisestipendet er på kr. 4000,- pr. søker.

Stipendet må brukes til å dra til GF-uka, eller på NOSAM sine arrangementer. Beskrivelse av kriterier og søknadsfrist finner du hjemmesiden vår.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er fremtidens helsevesen i Norge. Den tar for seg hvor og hvordan pasientene skal behandles. Det er en utfordring for dagens helsevesen. I fremtiden vil kanskje flere pasienter bli behandlet i kommunene i stedet for av spesialisttjenesten. Det kan gi nye arbeids steder og nye pasientgrupper for intensivsykepleierne også.

Jeg anbefaler alle å lese dokumentet om samhandlingsreformen. Den skal finnes på hvert helseforetak i flere eksemplarer. Dessuten finnes den på NSF sine fylkeskontorer.



SmofKabiven®
TREKAMMERPOSE



Fresenius Kabi Norge AS
Gjerdrums vei 12
0484 Oslo
Telefon 22 58 80 00
Telefaks 22 58 80 01
www.fresenius-kabi.no



**FRESENIUS
KABI**

caring for life