

## Nasjonale kvalitetsregistre

Det eksisterer idag et stort antall medisinske kvalitetsregistre i Norge, selv om antallet er mindre enn i Sverige. De tre mest kjente, og nærmest er som institusjoner å regne, er Fødselsregisteret, Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. Dette er alle registre hvor det er pliktig (ved lov) å sende inn data. Andre medisinske kvalitetsregistre er mindre omfattende, og det er mer eller mindre "frivillig" å sende inn data. Antall registre øker år for år. Spennet er stort, og strekker seg fra rent prosedyreorienterte registre som *Norsk register for leddproteser* (i regi av Ortopedisk forening) til sykdomsregistre (*Norsk barnediabetes register*). Hensikten med slike registre er til syvende og sist å gi grunnlag for bedre kvalitet i behandlingen. Uten erfaring fra hvordan det går med pasientene er det vanskelig å gjøre målrettede forandringer.

Også innefor NAF sine "vegger" har vi slike registre. På årets høstkurs var en hel sesjon viet medisinske kvalitetsregistre, og som vil engasjere mange av våre medlemmer. Det register som trolig har kommet lengst (i betdning av å være landsdekkende) er Norsk Intensivregister (NIR). Registeret omfatter ca 7000 norske intensivpasienter, og hadde sin første nasjonale samling i Bergen nå i november. Registeret har i to år offentliggjort en årsrapport som bl.a. er publisert i NAFForum. Registeret omfatter nå alle intensivavdelinger av betydning i vårt land, og oppslutningen om registerdagen (leger og sykepleiere) var meget godt. Foreløpig er registeret i sin oppbygging, og det planlegges overgang fra aggregerte data til individuelle data i løpet av 2003-2005. En vil da få bedre oversikt, samt mulighet for å gjøre kvalitetskontroll med rapporterte data. Registeret har foreløpig fått en beskjeden støtte fra Sosial og Helsedirektoratet, men denne forventes å øke i årene som kommer.

Andre registre som er planlagt/under opparbeidelse er et nasjonalt traumeregister, et register for prehospital hjertestans og et for hjertestans på sykehus. Foreløpig finnes ikke noen resultat offentliggjort fra disse registre, slik at hvor landsdekkende de vil bli vet vi ikke ennå.

Det er flere viktige forutsetninger for at et frivillig register skal bli vellykket. Det må være en nasjonal enighet om at registeret behøves og hva det konkret skal brukes til, og ikke minst hvor registeret skal "ligge". Slik konsensus bør selvsagt være nådd før en starter arbeidet med å samle data. Videre må registeret være sikret en grunnfinansiering slik at ikke alt må foregå på "dugnadsbasis". Et nasjonalt kvalitetsregister krever som minimum at det er en "daglig leder" i og sekretær i hel/deltidsstilling. Registeret må ha lokal forankring på de steder hvor data (les pasienter) genereres, og disse bør ideelt sett også tilføres ressurser. Her kan kompetansesenteret og nasjonalt register for hjemme-respiratorbehandling (lokalisert ved Haukeland Sykehus) være et godt forbilde. De har opprettet et betydelig antall bistillinger (20% stillinger) tilknyttet kompetansesenteret, men spredt på sykehus over hele landet. Til sist må det være system som sikrer at god datakvalitet. Dette er et tidkrevende men viktig arbeide hvis en skal få kolleger og andre til å ta konsekvenser av det som registeret dokumenterer. Til sist må rapportering og videre implementering av funn settes i system, slik at vi virkelig kan hevde at registeret gjør jobben sin: bidrar til bedret kvalitet i behandlingen av våre pasienter.

Hans Flaatten



# Annonse:

## NAForum

Tidsskrift for Norsk Anestesiologisk  
Forening (NAF)

Adresser:

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

Ansvarlig redaktør:

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

Annonser & trykk:

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

NAForum er et uavhengig Tidsskrift.  
Meninger og holdninger avspeiler ikke  
nødvendigvis den offisielle holdning til  
styret i NAF, eller Dnlf. Signerte artikler  
står for forfatterenes egen regning.  
Kopiering av artikler kan tillates etter  
kontakt med ansvarlig redaktør og  
oppgivelse av kilde.

## Innhold NAForum 4-2002

Side

- 4 *Lederen har ordet, Mårten Sandberg*
- 5 *Nytt fra NAF, om høstmøtet mm*
- 6 *Møter og kurs (kommende)*
- 7 *Forum for Intensivmedisin, referat v/ Knut Dybwig*
- 8-9 *Nasjonale kliniske retningslinjer, en fanesak for NAF, Eldar Søreide*
- 10-13 *Nettverk for alvorlige allergiske reaksjoner under anestesi. Anne berit Guttormsen m.fl*

**God Jul!**

## Styret i Norsk anesthesiologisk forening 2002-2003

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

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

# Lederen har ordet

I skrivende stund er over halvparten av november måned unnagjort. Tiden går og høstmøtet er allerede en måned unna. Det er tid for ettertanke i den forbindelse: hvordan fungerer egentlig vår forening? Det er svært positivt at rundt halvparten av NAF-medlemmene la en kortere eller lengre tur innom Soria Moria i løpet av høstmøte-ukene. Der fikk vi alle etterlengtet faglig påfyll og fornyet kontakt med gamle venner og kolleger. Derimot var det relativt få som fant tid til å være med på Generalforsamlingen og på den måten bidra til å påvirke foreningens fremtidige kurs. Valgkomiteén hadde nok en gang gjort en god jobb og komponert solide utvalg. Alle kandidater ble valgt ved akklamasjon. Det er kanskje grunn til å spørre om dette er et sunnhetstegn for NAF eller ikke. Valgkomiteén forteller at det blir stadig vanskeligere å finne villige kandidater. Ikke *egnede* kandidater – de er det nok av – men *villige* kandidater. I dagens hektiske samfunn er vi alle tilsynelatende meget opptatte og de fleste av oss ønsker til stadighet at dagen hadde flere timer. Det gjelder så vel for de som allerede har tatt på seg verv som for de som ikke har det. Jeg vil allikevel med dette oppfordre *alle* til å se på en fremtidig periode i styre eller utvalg i NAF. Dette kan definitivt være en lærerik og givende prosess. Medlemmene i NAF har alle et felles ansvar for at anestesi-faget og vår interesseorganisasjon utvikles og styrkes i årene fremover. Oppfordringen er herved gitt og jeg utfordrer alle til å melde sin interesse til valgkomiteén! ”Spør ikke alltid hva NAF kan gjøre for deg, men heller hva DU kan gjøre for NAF!”

Hva skal skje i NAF i den kommende perioden? Det er i første rekke opp til deg! Har du noen saker som du anser for viktige så ta kontakt med oss i styret så kan vi kanskje jobbe sammen mot et felles mål! Inntil det skjer så har styret en del saker som vi allerede arbeider med. Mange av disse sakene er ”gamle kjenninger” som vi håper kan avsluttes i løpet neste år. Som det ble diskutert på høstmøtet så arbeider anestesi-utvalget

med å utarbeide informasjonsbrosjyrer som kan deles ut til pasientene før de skal anesteseres. Det er et legitimt ønske fra et økende antall pasienter at slik informasjon gjøres lett tilgjengelig. I tillegg oppfatter vi pasientrettighetsloven slik at pasientene har et legalt krav på dette. Det blir en stor utfordring å utforme disse brosjyrene på en slik måte at de gir den nødvendige informasjonen på en nøktern måte som kan brukes på sykehus av alle størrelser.

Som kjent har NAF utarbeidet standarder for anestesi og for intensivmedisin. Tiden nærmer seg for at disse standardene må revideres og dette blir viktige oppgaver for de respektive utvalgene i året som kommer. Men igjen, dette er ikke et ansvar som påligger utvalgene alene, også her må alle NAF-medlemmene ta på seg sin del av oppgaven. Puss støv av dine kopier av disse standardene, ta på deg de kritiske lesebrillene og kontakt oss med forslag om forbedringer. Det er disse standardene som vi skal følge i årene som kommer. Vi kan møte dem i retten, men vi kan også bruke dem som effektive brekkstenger for å oppnå ønsket kvalitetsforbedring i de enkelte helseforetakene. Med andre ord: standardene er viktige for NAF! Det er også andre kvalitetssikringstiltak som er aktuelle for tiden. Annet steds i NAForum finner du informasjon fra Eldar Søreide om utarbeidelse av kliniske retningslinjer. Disse skal være en annen type rettesnorer i vår kliniske hverdag og nok en gang kommer de aktuelle fagutvalgene til å spille sentrale roller. Hvilke retningslinjer skal vi utvikle først? Vi ønsker innspill fra det enkelte NAF-medlem om hvor behovet er størst!

Som tidligere nevnt har vår smertestandard nå blitt aktualisert i Legeforeningen sentralt og det har blitt nedsatt et utvalg som skal se på norsk smertebehandling. Dette utvalget skal ledes av Rae Bell som er lederen i NAF's smerteutvalg. Dette illustrerer at det arbeidet som utføres lokalt i spesialforeningene kan ha stor gjennomslagskraft også sentralt.

En annen sak som har blitt omtalt tidligere er at ATLS (Advanced Trauma Life Support) skal innføres i Norge. Det har blitt sendt ut forespørsel til medlemmene for å lodde interessen for å være instruktør på disse kursene. Vi har allerede mottatt henvendelser fra mange kandidater, men samtidig vet vi at det flere som er interesserte i å bli instruktører som av ulike årsaker ikke har respondert på spørreundersøkelsen. Siste tog går har ikke gått i denne forbindelsen, og etternølere kan fortsatt kontakte undertegnede, men da må det skje meget snart!

Vedtak i EU får også store konsekvenser i Norge og nå er det et vedtak på trappene som i aller høyeste grad kan ramme vår spesialitet. Det er nemlig et EU-direktiv som snart kommer som vil gjøre det påkrevet med informert samtykke før man kan utføre forskning på mennesker. I utgangspunktet høres jo det rett og rimelig ut, men så begynner motforestillingene å melde seg. Hvorledes skal man studere nye behandlingsmetoder ved hjertestans? Eller hva med nye regimer ved alvorlig sepsis eller hos multitraumatiserte pasienter? Det er i mange slike tilfeller ikke mulig å be om informert samtykke, og i verste fall kan forskning innenfor disse feltene stoppe helt opp. Her har NAF en oppgave ved å være en av mange pådrivere for å modifisere dette direktivet på en slik måte at pasientens interesser blir ivaretatt. I det hele tatt: det er varierte og spennende oppdrag i NAF så det er ingen grunn til at valgkomiteén ved neste korsvei skal ha problemer med å finne villige kandidater!

Om ikke lenge går år 2002 over i historien og vi kan snart ønske et nytt år med nye utfordringer velkommen. I mellomtiden vil jeg ønske alle medlemmer en riktig god og fredelig jul.

**Mårten Sandberg**  
**Leder NAF**

# Nytt fra NAF styret

## Så var høstmøtet over for denne gang!

For oss som har vært ansvarlige for program og arrangement, er det mange forskjellige tanker som suser gjennom hodet: Hvordan gikk det egentlig? Var deltakerne fornøyde? Var utstillerne fornøyde? Hva var bra? Hva kan gjøres bedre? Hva bør vi kutte ut, og hva bør vi satse mer på til neste år? Var det noe som gikk helt galt som vi for all del må unngå neste gang?

Tradisjon for konstruktive tilbakemeldinger i vår sammenheng er dessverre ikke spesielt godt innarbeidet. Evalueringsskjemaene ble nesten ikke brukt! Hvordan skal vi da forbedre oss? Vi har snappet opp noen få signaler - om de er representative for majoriteten av deltakerne, er umulig å vite.

Det kunne synes som Assistentlegens hjørne var en suksess, like ens workshopen: "Den vanskelige luftvei." Skal vi gjenta disse tema til neste år?

Ekspérimentet med kveldsprogram "ute" på torsdag var også vellykket, ikke minst takket være en meget underholdende foreleser!

Lørdagen var aktuell og engasjerende. Bare synd det er så få som deltar! Skal vi begynne tidligere på onsdag og avslutte fredag kveld? Da må festmiddagen flyttes til torsdag! For festmiddag vil vi ha?! Det er viktig å kunne slippe latteren løs, og oppleve at seriøse anestesiloger også kan underholde!

Kollegene bør få mer plass til å presentere sine arbeider. Sesjonen frie foredrag og postere må derfor gis mer plass. Det betyr at vi må redusere øvrig program betydelig, for vi har ikke råd til

kortere pauser. Når pausene blir for korte, klager utstillerne, spesielt de som er lengst borte fra foredragssalen. Dårlig besøk hos utstillere som har fått plass langt fra foredragssalen har alltid vært et problem på Soria Moria. Forslag til bedre løsninger?

Hvordan kan vi bli bedre? Jeg gir dere utfordringen nå: Ta pennen eller tastaturet fatt og si din mening om høstmøtet nå mens du husker det!

På nyåret begynner en ny komité å planlegge neste høstmøte, og da er det viktig at de får med seg forslagene slik at de kan lage et enda bedre høstmøte neste gang!

Med høstlig hilsen

**Jan Henrik Rosland**  
**Høstmøtesekretær**  
**e-post: [jhro@haraldsplass.no](mailto:jhro@haraldsplass.no)**

## Høstmøtet 2002 - Priser

### Otto Mollestad minneforelesning /Baxter pris:

Torben Wisborg, Hammerfest sykehus

Astra pris: Jannicke Mellin-Olsen. Bærum.

### Pris for fritt foredrag : DEN SUPRAKLAVIKULÆRE "PLUMB-BOB"

TEKNIKK VURERT VED MR. Øivind Klaastad, MD\*, Timothy R. VadeBoncouer MD\*\*, Terje Tillung R.T. á og Örjan Smedby Dr.Med.Sci.Ü\* Rikshospitalet, anesthesiavd.,\*\* Department of Anesthesiology, University of Illinois at Chicago College of Medicine, Chicago, IL, USA,á Rikshospitalet, Intervensjons-senteret, Ü Universitetssjukehuset i Linköping, rtg.avd.

Pris for fritt foredrag:† CO-FORGIFTNING I TELT. Øyvind Thomassen 1), Morten Rostrup 2), Guttorm Brattebø 3) 1) Akuttavdelingen, Hammerfest sykehus, 2) Leger uten grenser, 3) Haukeland sykehus E-mail: [lkthomas@online.no](mailto:lkthomas@online.no)

NAF's rekrutteringspris: CONTINUOUS INFUSION OF THE NOVEL ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONIST TEZOSENTAN AMELIORATES ENDOTOXIN-INDUCED LUNG INJURY IN SHEEP. Kirov MY, Kuklin VN, Evgenov OV, Kirova SS, Bjertnaes LJ, Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, University of Tromsø, Norway

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

Søker	Innvilget beløp	Sponsor
Øyvind Klaastad	10 000	Janssen-Cilag
Wenche Børke	10 000	Fresenius Kabi
Carl M Berg	15 000	Organon
Morten C Moe	20 000	Abott
Svein A Landsverk	5 000	Hovedfond
Ole M Filseth	50 000	15000 NLA/35000 Hovedfond
Alf Jonassen	30 000	Tyco Health Care
Berit Munkeby	10 000	Hovedfond

## Send inn e-post adressen din!

Kjære alle medlemmer samt potensielle fremtidige medlemmer!

I styret i NAF prøver vi nå å arbeide mot mest mulig bruk av elektronisk post, da dette letter vårt arbeid betydelig.

Av denne grunn oppfordrer vi igjen alle sammen til å oppgi sin **e-post-adresse**.

Vi har stort sett adressene på nyinnmeldte medlemmer, men til dere "gamle"; send meg deres adresse!

I tillegg vil jeg be dere som bytter privat og eller arbeidsadresse om å melde fra.

**Opplysningene sendes til;**  
**[Eli-kryv@frisurf.no](mailto:Eli-kryv@frisurf.no) eller**  
**[elin.cecilie.kryvi@helse-bergen.no](mailto:elin.cecilie.kryvi@helse-bergen.no)**

Overnevnte adresser brukes også ved ny-innmeldinger samt ved andre spørsmål, som f ex om du ikke mottar Acta.



# Kurs&Møter&Kurs&Møter

## Barneintensiv- dagene 2003, Oslo

Det vil bli arrangert barneintensiv-  
dager også i 2003, nærmere bestemt 10.  
og 11. februar.

### Sted:

Vi prøver ut de nye lokalene i  
GSK's innovasjonssenter. Dette ligger i  
forskningsparken rett nedenfor rikshos-  
pitalet. Max. deltagerantall vil være ca.  
150. Kurset har de tidligere år vært god-  
kjent for spesialistutdannelsen i pediatri,  
anestesi og barnekirurgi, og det er søkt  
om samme status også denne gang. Det  
vil i tillegg også være åpent for sykeplei-  
ere. Kursavgiften, inkl. lunsj de to dager,  
er kr.1400.00 for leger, og kr.900.00 for  
sykepleiere.

### Innhold:

Vi har i år valgt å sette fokus på  
enkelte sider ved barneintensiv, og har  
forelesninger fra følgende områder:  
Etikk, respirasjonssvikt, farmakologi,  
endokrinologi, barnekirurgi og  
cerebrovaskulære katastrofer. Forele-  
serne er fra de fleste deler av landet, hver  
med bred og god erfaring i det som er  
emne for deres forelesning.

For nærmere opplysninger og på-  
melding kan Anne Grethe Holth (tlf  
23015713) eller undertegnede kontaktes.

Vi håper på godt oppmøte og lover  
spennende og lærerike dager.

For kurskomiteen

**Thore Henrichsen**  
**Barneintensiv**  
**Ullevål Universitetssykehus**  
**Thore.henrichsen@UUS.no**  
**Tlf 23015550**

## SCCTG- Scandinavian Critical Care Trials group – noe for deg?

**Anne Berit Guttormsen,**  
**overlege dr. philos, Haukeland**  
**Universitetssykehus, nyinnvalgt**  
**norsk medlem i »The Advisory**  
**Board» i SCCTG.**

### Hvordan begynte det?

I Sverige, selvfølgelig, på initiativ  
fra intensiv-gruppen i SFAI (Svensk  
Forening for Anestesi og Intensiv-  
medisin). I august 2000 stakk 18 sven-  
ske og danske intensivmedisinere sine  
hoder sammen og arrangerte et møte på  
Friiberghs Herregård utenfor Uppsala.  
Dette møtet dannet grunnlaget for etable-  
ring av Scandinavian Critical Care Tri-  
als Group. Forbildet var et tilsvarende  
nettverk i Canada (CCCTG).

Vi norske intensivmedisinere har  
vært nokså passive hittil, men det kan det  
da absolutt gjøres noe med, og Jan Fred-  
rik Bugge (min forgjenger i «Advisory  
board») og jeg håper vi kan rette på det.

## Hvorfor et Nettverk av Nordiske Intensivmedisinere?

»Postgraduate» utdannelsen i  
intensivmedisin i regi av SSAI har dan-  
net grunnlaget for å etablere et nettverk  
av intensivmedisinere i Norden. Til nå har  
ca 100 anestesileger fått muligheten til å  
gjennomføre denne utdannelsen som  
omfatter 6 kurs og en utveksling på mi-  
nimum 2 x 14 dager fortrinnsvis til et  
annet nordisk land. Deltakerne på de siste  
to kursene må også avlegge EDIC (euro-  
peisk eksamen). Kontakten med kolleger  
i de andre Nordiske landene har gitt oss  
en unik mulighet til klinisk nettverks-  
bygging som igjen kan bane veien for et  
aktivt forskningssamarbeid.

Intensjonen med SCCTG er å eta-  
blere et intensivmedisinsk forsknings-  
samarbeid i Norden. Til nå har vesent-  
lige deler av skandinavisk intensiv-  
medisin gjennomgått en kartlegging i regi  
av SCCTG; hemodynamisk terapi, me-  
kanisk ventilasjon, sedasjon og dialyse-  
behandling. Flere intervensjonsstudier er  
under planlegging eller har nettopp star-  
tet. SCCTG håper også å kunne samle  
interesserte deltakere til multisenter-  
studier. Videre ønsker vi å kunne tilby  
en effektiv organisasjon for gjennomfø-  
ring av multisenterstudier med logistiske  
verktøy (www-tjenster etc). Skolering i  
epidemiologi, studiedesign og statistikk  
vil også være et



*Diana Beard, Director of the scottish trauma registry, under sin forelesning på  
Registerdagen (NIR) i bergen 14. november.*

# Forum for Intensivmedisin

## Referat fra årsmøtet 2002 i Forum for Intensivmedisin

Forum for intensivmedisin (FFI) er en organisasjonsuavhengig forening av personer som er interessert i intensivmedisin. Det var de positive erfaringene gjennom "Prosjekt gjennombrudd intensivmedisin (DNLF)", som ble avsluttet i 2000, som initierte dannelsen av FFI høsten 2000. Foreningens medlemmer kommer fra en rekke ulike faggrup-

Årsmøtet for 2002 ble arrangert i Store auditorium på Haukeland sykehus

Tema for den første dagen var «Intensivbehandling av pasienter med hematologisk neoplastisk sykdom og andre cancersykdommer.» En rekke lokale forelesere fra Haukeland sykehus ga en bred vinkling av dette emnet (alle foredragene ligger i sin helhet på [www.intensivforum.net](http://www.intensivforum.net)). Det ble blant annet vektlagt av flere forelesere at

10+000,- fikk de for sin poster med tittelen "Hostemaskin - et framtidig verktøy på intensivavdelingen i behandlingen av pasienter med respirasjonssvikt". Alle frie foredrag og posterabstrakter kan studeres på [www.intensivforum.net](http://www.intensivforum.net). Fredag kveld var møtedeltagerne samlet til festmiddag på "Rotunden" på Akvariet i Bergen.

På lørdag var det et variert program med framlegg av rapport for «Dimensjonerende kriterier for intensiv- og overvåkningsavdelinger» ved Harald Noddeland. I tillegg holdt lungelege Anne-Marie Gabrielsen et foredrag om non-invasiv ventilasjon av KOLS-pasienter. Til slutt orienterte lungelege Ove Fondenes om det nyoppstartede nasjonale kompetansesenteret for hjemmerespiratorbehandling på Haukeland sykehus.

Neste år avholdes årsmøtet i Oslo om hovedtema blir da "pasient-sikkerhet". Medlemskap i FFI koster kr. 100,- per år. Medlemmer kan delta på vårt årsmøte uten møteavgift. På [www.intensivforum.net](http://www.intensivforum.net) finner du mer informasjon om FFI og oppdatert intensivfaglig informasjon. Du kan også melde deg inn som medlem direkte på nettet.

*Hilsen Knut Dybwik, referent  
og savtroppende leder i FFI*



per og spesialiteter. At behandling av intensivpasienten er tverrfaglig gjenspeiler den tverrfaglige profilen i FFI. FFI består i dag av 605 medlemmer. Blant annet er det 130 legemedlemmer fra 12 ulike spesialiteter. Foreningen arrangerer ett årlig møte og foreningens hjemmeside er etter hvert blitt et populært møtested for helsepersonell som søker intensivfaglig informasjon. 15. og 16. november 2002 arrangerte FFI sitt andre ordinære årsmøte i Bergen med 140 deltagere.

intensivbehandling av cancerpasienter med multiorgansvikt ofte blir et etisk dilemma.

For første gang hadde vi frie foredrag på programmet med en premie på kr. 10+000,- for beste frie foredrag og 5 foredrag var påmeldt. Nils Smith-Erichsens foredrag om "Respiratorbehandling av pasienter med kronisk lungesykdom" ble kåret til det beste. Posterkonkurransen ble vunnet av Knut Dybwik og Erik Waage Nielsen fra Nordlandssykehuset. Premien på kr.

## Nasjonale kliniske retningslinjer - en fanesak for NAF!

av  
**Eldar Søreide, Stavanger**  
Nestleder NAF og  
kontaktperson  
Kvalitetsutvalget  
Email:  
[soed@sir.no](mailto:soed@sir.no)

### Introduksjon

Retningslinjer for diagnose og behandling av forskjellige medisinske tilstander er ment å være til hjelp i en travelt klinisk hverdag. NAF innså tidlig at dette var en viktig sak. Under ledelse av en meget entusiastisk kollega, overlege Per Erik Ernø, jobbet Kvalitetsutvalget denne saken frem over år. Generalforsamlingen (GF) under Høstmøtet 2000 vedtok at det skulle utarbeides nasjonale retningslinjer innefor alle de fire søylene av faget anestesiologi. Dette ble sett på som en naturlig fortsettelse av arbeidet med de forskjellige Standarder. Det nye Kvalitetsutvalget fikk i oppgave å koordinere dette. Arbeidet er ikke kommet i gang. Mye av årsaken er nok en uttalte skepsis mot at nasjonale retningslinjer lar seg utarbeide innefor gitte økonomiske og tidsmessige rammer.

På årets GF poengterte Styret på ny at prosessen skal settes i gang. Man ser for seg at de respektive fagutvalgene starter med å utarbeide kliniske retningslinjer for fem sentrale temaer. Kvalitetsutvalget har som oppgave å koordinere videre arbeid. NAF Styret ønsker at neste års GF kan godkjenne de ferdige retningslinjene.

### Faglige retningslinjer – hva er det?

Behovet for kliniske retningslinjer i anestesiologi, som i andre fagspesialiteter, er åpenbart (1,2). Våre søsterorganisasjoner i Norden jobber med det samme og mye av arbeidet kan gjøres ved å se hva andre har gjort og adaptere internasjonale og nordiske retningslinjer til Norge.

Den Norske Lægeforening har i samarbeid med Statens Helsetilsyn (1,2) skrevet retningslinjer for hvorfor og hvordan faglige retningslinjer skal utarbeides. Helse- og Sosialdirektoratet har senere tatt over dette arbeidet og publikasjonen "Retningslinjer for retningslinjer. Prosess og metode for utvikling og implementering av faglige retningslinjer (1998)" er nylig trykket opp i nytt opplag. Denne kan bestilles fra

[trykksak@shdir.no](mailto:trykksak@shdir.no) eller  
[frode.forland@shdir.no](mailto:frode.forland@shdir.no).

Stikkord for arbeidet med faglige retningslinjer er "høyere kvalitet og bedre ressursutnyttelse innen helsetjenester av ulike slag", og "faglig forsvarlig virksomhet" (1). Helsetilsynet skriver at "Den enkelte utøver i helsetjenesten har etter den nye Helsepersonell-loven ansvar for egen virksomhet. Erfaringsnivået hos helsepersonell er ulikt, og mange kan ha behov for veiledning og støtte, ikke minst i akutte situasjoner. Dette aspektet har fått sterkere fokusering etter hvert som det rettes mer oppmerksomhet mot pasientenes rettigheter og klageordninger" (1). Helsetilsynet understreker også det kollektive ansvar ulike fagorganisasjoner, som NAF, har for å sikre at medlemmene er oppdatert på det aktuelle området hva gjelder *allment aksepterte faglige normer*, samt det systemansvaret ledere på forskjellig nivå i sykehussystemet har påtatt seg. I følge Ass. Helsedirektør Geir Sverre Braut bruker Statens Helsetilsyn i stadig større grad "god praksis" og ikke bare "om praksis er forsvarlig" som norm for utdeling av kritikk og påtale.

"Den vitenskapelige delen av en retningslinje/veileder bør ha nasjonal og gjerne internasjonal gyldighet, og bør invitere til et sterkt og åpent samarbeid mellom fagmiljøer og regioner, mens den delen som handler om implementering og lokal tilrettelegging må bearbeides lokalt. For aktuelle brukere av en veileder vil eierskapsfølelse og medvirkning i utviklingsprosessen kunne være et effektivt virkemiddel i implementeringsfasen" (1). Det er således ingen tvil om at faglige retningslinjer bør være nasjonalt forankret. Tiden for lokale, faglige "Nessekonger" må være over. Men, hva menes så med "den vitenskapelige delen"?

### Kliniske retningslinjer og vitenskapelig dokumentasjon.

I engelsk litteratur skiller man ofte mellom "standard" (standard), "guidelines" (retningslinjer), "recommendations" (anbefalinger) og "options" (forslag). Jo sikrere den vitenskapelige dokumentasjonen er jo nærmere en "standard for care" kommer man. Kontrollerte, randomiserte studier og meta-analyser har blitt opphøyet til selve gullstandarden for såkalt "evidence based medicine" (3). I virkelighetens verden foreligger det ikke randomiserte, kontrollerte studier for enhver klinisk problemstilling. Randomiserte studier er ofte heller ikke representative for den totale pasient-populasjon man møter i sin kliniske hverdag (2). Meta-analyser har også vist seg å ha betydelige svakheter (4,5). Skal man så bli terapeutisk nihilist? Intet nytter? Eller, det som ikke er "bevist", skal ikke brukes?

I denne diskusjonen er det viktig å huske at "lack of proof of effectiveness is not the same as proof of lack of effectiveness". Vi må leve med at den vitenskapelige dokumentasjonen er varierende i mengde og kvalitet. Vi må være åpne for at mange metoder og terapeutiske valg er basert på erfaring (empiri), sterke synspunkter fra enkeltindivider og patofysiologisk resonnement, og at fremtidige studier kan vise at det vi i dag praktiserer i god tro (dogma) er feil.

Gilbert Park (6) skriver at "evidence based medicine is the intelligent application of current knowledge – not the blind, unquestioning application of the results of a single study to all patients".

Kantene i diskusjonen er blitt slipt med tiden, og nå er det ikke lenger "evidence based medicine" versus "ego- eller experience based medicine" konflikten som bør prege diskusjonen. Vi må bruke den beste kunnskap til å ta beslutninger med hensyn til behandlingen av den enkelte pasient. Således skal "evidence based medicine" utfylle og ikke erstatte det man kan kalle "ego (person) - og experience (erfaring) based medicine". I god Ole Brum ånd sier vi "ja takk, begge deler". Park (5) poengterer også i sitt leder-innlegg at tilgang på vitenskapelig baserte retningslinjer kun er et første steg i kvalitetsforbedringen. Implementering i klinisk praksis er ofte påfallende vanskelig. Vi leger synes å være særdeles refraktære mot kliniske



hjelpemidler av denne typen. Er det lat-skap, og må vi ha innpiskere, ledere og påminnere i nærmiljøet før vi klarer å endre vår klinisk praksis, spør han retorisk.

I en leder i Tidsskriftet (2) skrev Charlotte Haug nylig følgende: "Med den overflod av informasjon som skyller over både leger og pasienter, er sortering, kvalitetssikring og sammenfatning av kunnskapen, gjerne i form av retningslinjer, helt nødvendig. Men dersom retningslinjer skal bli brukbare for klinisk praksis, må atskillig mer informasjon med enn den vi kan få fra randomiserte, kontrollerte studier".

I utlandet kalles slike kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer for "Clinical practice guidelines" (1). "Practice guidelines are recommendations for management of specific medical problems, supported by objective and comprehensive reviews of the literature, which seeks to define the current best and most cost-effective methods of treatment". På norsk: "Systematisk utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeider og pasient å velge passende/hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling" (1).

## Veien videre?

Fagutvalgene skal altså i løpet av de neste 10 måneder ha valgt fem aktuelle emner innen hvert sitt felt og utarbeide kliniske retningslinjer, som så vil bli godkjent av GF 2003. Kvalitetsutvalget skal koordinere arbeidet og vil således måtte legge premissene for hvor lange og detaljerte retningslinjene skal være. Videre bør man sikre felles layout. Enhver retningslinje bør inneholde kjernereferanser og gi tilkjenne i hvilken grad den bygger på ekspertråd, erfaring og vitenskapelig dokumentasjon. Konsensus i faggruppen er en forutsetning. Prosessen med å lage kliniske retningslinjer er i seg selv verdifull, særlig dersom man gjør bruk av "Anestiseforum" <http://www2.legeforeningen.no/yf/naf/forum> og liknende debattforum for å få tilbakemeldinger i prosessen. Ett meget viktig poeng er at retningslinjene ikke skal utarbeides som en ren metode- og prosedyrebok på kokebok nivå. Da risikerer man å lage "terapeutiske tvangstrøyer" og ikke terapeutiske hjelpemidler i den individuelle behandling av hver

enkelt pasient (7). Videre må det fremgå hva retningslinjene skal brukes til. Dette er viktig spesielt med tanke på å skille slike retningslinjer fra de tidligere publiserte NAF Standarder.

Hvilke områder skal man så satse på i første omgang? Sentrale forhold som man anbefaler å se på i denne sammenheng er blant annet

- a) fokus på ny terapi
- b) ulik behandling i landet
- c) økonomiske konsekvenser
- d) konsekvenser av feilbehandling
- e) ønske om å forbedre praksis

Således kan fagutvalgene velge tema som kvantitativt er lite aktuelle, men hvor konsekvensene er store for de aktuelle pasienter. Eller, tema som gjelder mange pasienter og hvor selv små endringer kan få stor betydning. Hva slags tema kan man så ser for seg er aktuelle?

Aktuelle områder for kliniske retningslinjer

Innen anestesisøylen vil retningslinjer for behandling versus forebygging av postoperativ kvalme og oppkast kunne få store kliniske, driftsmessige og økonomiske konsekvenser og være meget aktuelt for nasjonale retningslinjer. Et annet eksempel er preoperative fastereglene og aspirasjonsprofylakse, og postoperativ multimodal smertebehandling.

Innen intensivmedisinen utpeker behandling av alvorlig sepsis/septisk sjokk seg som et meget aktuelt område. Sedasjon av respiratorpasienter, infeksjonsovervåking og bruk av antibiotika er andre aktuelle temaer.

I smertesøylen kan bruk av opiater ved ikke-malign smerte, ikke-medikamentelle terapivalg ved kronisk smerte, smertestige ved cancersmerter, og indikasjoner for lindrende sedering være aktuelle eksempler.

I akuttmedisinen er anestisilegens rolle i forskjellige akutt-team innenfor sykehusets fire vegger et viktig tema og gjennomføring av tidlig trombolytisk behandling et annet viktig tema.

Styret i NAF ønsker Kvalitetsutvalget og de forskjellige Fagutvalg lykke til i dette viktige arbeidet. Styret er mottakelig for innspill og vi oppfordrer Fagutvalgene til å kommunisere

både med medlemmene, Styret og Kvalitetsutvalget i den videre prosessen. Undertegnede er kontaktperson mellom Styret og Kvalitetsutvalget.

Alle NAF medlemmer ønskes en GOD JUL og ET GODT NYTTÅR i kvalitetsforbedringen tegn!

## Referanser

1. Retningslinjer for retningslinjer. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
2. Haug C. Retningslinjer og retningssans. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122:2255.
3. Sackett DL et al. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Churchill Livingstone: Edinburgh, 2000.
4. Olsen O, et al. Quality of Cochrane reviews: assessment of sample from 1998. BMJ 2001;323:829-32.
5. Van Nieuwenhoven CA, et al. Relationship between methodological trial quality and the effects of selective digestive contamination on pneumonia and mortality in critically ill patients. JAMA 2001;286:335-40.
6. Park GR. Evidence-based medicine. Curr Opin Crit Care 2002;8:279-80.
7. Hampton JR. Evidence-based medicine, opinion-based medicine, and real-world medicine. Perspect Biol Med 2002; 45(4): 549-68.

# Nettverk for Alvorlige allergiske reaksjoner under Anestesi (NARA)

**For NARA, Overlege, dr. philos Anne Berit Guttormsen, Haukeland Universitetssykehus, Bergen**

12-3- 1999 ble Nettverk for Alvorlige Allergiske Reaksjoner under Anestesi (NARA) etablert. Bakgrunnen for denne etableringen var ønsket om å bedre behandling og oppfølging av pasienter med alvorlige allergiske reaksjoner under anestesi. I Nettverket valgte vi å inkludere enheter som hadde hatt interesse for problemstillingen. NARA samarbeider også med Statens Legemiddelverk, og det arrangeres Nettverksmøte en gang/år.

## Struktur

### Primær registrering:

Pasienter, som av anestesilegen oppleves å ha en sannsynlig allergisk reaksjon, registreres ved at det tas primære blodprøver som analyseres med tanke på sTryptase, total IgE, spesifikt IgE mot suksameton og lateks. Hovedtyngden av disse primære blodprøvene analyseres ved Laboratorium for klinisk biokjemi, Haukeland Universitetssykehus. Rekvirent får tilbakemelding både fra laboratoriet og fra NARAS leder (AB Guttormsen).

### Pasientoppfølging:

Pasienter med mistenkte allergiske reaksjoner under anestesi bør utredes. Det påhviler den som rekvirerer de primære blodprøvene å sørge for at pasienten blir utredet. Standardisert utredning av denne pasientgruppen foregår ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (overlege Roald Bolle), St Olavs Hospital (overlege Sverre Slørdal), Haukeland Universitetssykehus (overlege Erik Florvaag, ass.lege Torkel Harboe), Sentralsykehuset i Rogaland (overlege Knut Øymar) og Ullevål Universitetssykehus (overlege Villum Willumsen).

pasienter har vært utredet i Bergen (Haukeland Universitetssykehus, dr. Erik Florvaag og dr. Torkel Harboe) og i Oslo (Ullevål Universitetssykehus, dr. Villum Wilhelmsen).

## Forskning og utviklingsarbeid

### Standardisering:

Utredning av allergiske reaksjoner under anestesi er utfordrende pga at det ofte er flere differensialdiagnostiske muligheter. Under anesthesiinduksjon gies mange medikamenter samtidig, og det diagnostiske verktøyet har variabel og til dels ukjent sensitivitet og spesifisitet. Protokollene for utredning er under stadig revidering og det overordnede målet er en standardisert og mest mulig lik utredning av alle pasienter uavhengig av hvor de bor i Norge.

### Forskningsprosjekter

Utvikling av ny screeningstest for spesifikt IgE mot kvartenære ammoniumseptoper (felles epitop for mange narkosemidler): Morfin-CAP

I samarbeid med Pharmacia og prof.S.G.O. Johansson (han oppdager IgE i 1967), Avdeling for Immunologi, Karolinska Sjukhuset i Stockholm er det utviklet en ny analyse som er under validering. NARA, avd. Bergen deltar i dette valideringsarbeidet. I en studie hvor serum fra 300 allergikere i Bergen og Stockholm er undersøkt viser det seg at 10% av norske allergikere har høye nivåer av spesifikt IgE mot morfin, mens dette ikke sees hos allergikere i Stockholm. Denne forskjellen er trolig miljøbetinget, og en ønsker å finne hvilke miljøfaktorer som sensibiliserer den norske populasjonen. Kunnskap om dette kan være viktig for å forstå hvorfor Norge har en uforholdsmessig høy forekomst av alvorlige allergiske reaksjoner under generell anestesi.

Forbedring av histaminfrigjøringstesten i samarbeid med prof. Per Skov,

Referanselaboratoriet, København.

## Under planlegging.

*Å utvikle en diagnostisk metode for å dokumentere basofil aktivering ved anafylaksi.* Kvantitering av serum basogranulin i samarbeid med dr. Andrew F Walls og dr. Allan McEuan), Southampton.

## Publikasjoner:

Akseptert for publikasjon

Rocuronium and Cisatracurium positive skin tests in non-allergic volunteers: Determination of drug concentration thresholds using a dilution titration technique. Berg CM, Heier T, Wilhelmsen V, Florvaag E. (Acta Anaesthesiol Scan). Dette arbeidet ble også presentert ved ASA kongressen i oktober i år.

## I manuskript

"Screening of mast cell tryptase and serum IgE antibodies against ammonium groups, choline, morphine, suxamethonium, thiopentone and latex in follow-up of 18 patients after anaphylactic reactions during general anaesthesia. Dybendal T, Guttormsen AB, Elsayed S, Askeland B, Harboe T, Florvaag E.

Rocuronium bromide (Esmeron,) and anaphylaxis. A standardized allergological follow up study of anaphylactic reactions during induction of general anaesthesia using the novel muscle relaxant rocuronium bromide. Harboe T, E. Florvaag E, Dybendal T, A.B. Guttormsen AB.

## Under forberedelse

Mistenkt allergi på lokalanestetika

Ved Senter for Yrkes- og Miljøallergi, Haukeland Universitetssykehus er det utredet ca 50 pasienter med mistenkt allergi på lokalanestetika. Utredningen viser at ingen har reagert allergisk på lokalanestesimiddel (ansvarlige Harboe

Hovedtyngden av henviste

T, Florvaag T)

### Studier som planlegges gjennomført i NARAs regi:

*Retrospektiv studie som beskriver pasientersom er utredet for anafylaksi i 2001 og 2002 i Stavanger, Oslo, Trondheim, Bergen og Tromsø;*

Som kjent har rocuronium bromid nesten ikke vært i bruk de to siste årene i Norge etter at SLV advarte mot en mulig overhyppighet av anafylaktiske reaksjoner overfor dette medikamentet. Det har stor interesse å se nærmere på hvilke medikamenter som forårsaker anafylaksi under narkose i Norge. Andre muskelrelaksantia har overtatt markedsandeler etter at bruken av rocuronium ble begrenset. Norge ser ut til å være i en særstilling (sammen med Frankrike) for anafylaktiske reaksjoner av denne typen (Prosjektleder; ass.lege Torkel Harboe og overl. Erik Florvaag i samarbeid med NARA)

Intrakutantest med rocuroniumbromid hos pasienter med diagnostisert allergi mot rocuroniumbromid

Dette er en oppfølgingsstudie hvor en undersøker en populasjon av pasienter med diagnostisert allergi for rocuronium, n=15. Oppfølgingsstudien er viktig for å finne ut om intrakutantesten har en akseptabel sensitivitet for dette medikamentet og for å finne den riktige konsentrasjonen på testsubstansen. (Prosjektleder Tom Heier i et samarbeid med ass.lege Carl Mikael Berg og Villum Wilhelmsen, Ullevål Universitetssykehus og Erik Florvaag og Torkel Harboe, Haukeland Universitetssykehus).

### Epidemiologi:

Siden 1997 har en i NARAs regi registrert ca 350 pasienter med mulig allergisk reaksjon under anestesi. Pasientmaterialet vil bli gjennomgått retrospektivt i samarbeid med SLV (ansvarlig Anne Berit Guttormsen, Elin Kryvi og to medisinerstudenter).

Et nettverk i Norden for registrering og utredning av pasienter med allergisk reaksjon under anestesi

Tanker omkring et nettverk i Norden har vært lansert, men er foreløpig bare på tegnebrettet

Hvordan kan du bidra til å bedre kvaliteten på de data som rapporteres hos pasienter med allergiske reaksjoner under anestesi?

Norske anestesileger er dyktige til å rapportere pasienter med mistenkt allergisk reaksjoner under anestesi. På begynnelsen av 1990 tallet ble det registrert 2-4 reaksjoner/år. Hittil i år er det rapportert ca 80 reaksjoner. **Meget bra!**

Det er fortsatt et forbedringspotensiale hva gjelder rapportenes nøyaktighet. Hva kan du gjøre bedre?

Det er utarbeidet et eget anamneseskjema (finnes i dette nr. av NAForum) som vi ønsker at du benytter når du rapporterer pasienter med mistenkt allergisk reaksjon under anestesi. Det er også utarbeidet en egen blodprøverkvisisjon (finnes i dette nr. av NAForum). Tidspunkt for reaksjon og tidspunkt for prøvetaking må være registrert, hvis ikke kan prøvesvaret ikke vurderes. Vi håper at du kan ta deg tid til å fylle ut Anamneseskjema neste gang du kommer borti en slik pasient. Det er også

ønskelig at anestesiskjema og journalnotat vedlegges.

Vi håper du kan bidra til dette. Netteverkets medlemmer:

**Bergen (HUS)**  
**Anne Berit Guttormsen**  
**Erik Florvaag**  
**Torkel Harboe**  
**Elin Kryvi**  
**Turid Dybendal (pt**  
**Kongsvinger sykehusapotek)**

**Tromsø (UNN)**  
**Olav M. Sivertsen**  
**Roald Bolle**

**Oslo (Ullevål**  
**Universitetssykehus)**  
**Tom Heier**  
**Villum Wilhelmsen**  
**Randi Støen**  
**Carl Michael Berg**

**Trondheim (St Olavs Hospital)**  
**Sverre Slørdal**  
**Sigrid Lachmann**

**Stavanger (Sentralsykehuset i Rogaland)**  
**Knut Øymar**  
**Knut Reite**

*Fotnote:* Anamneseskjema er utarbeidet av ass.lege Torkel Harboe, Haukeland Universitetssykehus

---

---

Hva med et lite nyttårsforsett om å lage et innlegg til NAForum i 2003?

---



## Anamneseskjema (se artikkel om anafylaksi)

HELSE BERGEN HF  
Haukeland Sykehus  
Anestesi-og intensivavdelingen



### Anafylaksi under anestesi, kliniske opplysninger

Rekvirentens navn	<input type="text"/>	Pasientens navn	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Personnummer	<input type="text"/>
Tlf. nr	<input type="text"/>		
E-post	<input type="text"/>		

Tidspunkt for reaksjon	Inngrep/Prosedyre	<input type="text"/>
Dato <input type="text"/>	Tid <input type="text"/>	Tid fra prosedyrestart til reaksjon <input type="text"/> minutter
Legemidler gitt i forkant av reaksjonen	<input type="text"/>	
Ev. tidligere legemiddelreaksjon	<input type="text"/>	

### Reaksjonsbilde

Laveste målte BT <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	Ventilasjon <input type="checkbox"/> Bronkospasme <input type="checkbox"/> Luftveisødem <input type="checkbox"/> Ingen reaksjon	CNS <input type="checkbox"/> Kramper <input type="checkbox"/> Annet ..... <input type="checkbox"/> Ingen reaksjon
Tid hypotensiv SAP < 80 mmHg <input type="text"/> minutter	Høyeste målte luftveistrykk <input type="text"/> cmH <sub>2</sub> O	GI <input type="checkbox"/> Brekning <input type="checkbox"/> Annet ..... <input type="checkbox"/> Ingen reaksjon
Høyeste (eller laveste) hjertefrekvens <input type="text"/> /min	Laveste målte metning <input type="text"/> %	Andre manifestasjoner <input type="text"/>
Endring i rytme <input type="checkbox"/> Ventrikkeltachycardi <input type="checkbox"/> Ventrikkelflimmer <input type="checkbox"/> Asystoli <input type="checkbox"/> Annet ..... <input type="checkbox"/> Ingen endring	Hud <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Angioødem <input type="checkbox"/> Ingen reaksjon	

### Akutt behandling

Medikamenter <input type="checkbox"/> Adrenalin <input type="checkbox"/> Annen vasopressor <input type="checkbox"/> Steroider <input type="checkbox"/> Antihistamin <input type="checkbox"/> H <sub>2</sub> -blokker <input type="checkbox"/> Annet ..... <input type="checkbox"/> Ingen	Væske Type/mengde <input type="text"/>
Adrenalin totaldose <input type="text"/> mg	Respirasjonsstøtte <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> på maske/kateter <input type="checkbox"/> Intubert p.g.a. reaksjonen <input type="checkbox"/> Intubert før reaksjonen <input type="checkbox"/> Ingen
Annen pressor Type/mengde <input type="text"/>	Hjertekompresjon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei      Defibrillering <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Dette skjemaet gir nødvendig tilleggspinformasjon for tolkning av tryptaseverdiene og skal følge blodprøverekvisisjonen.



## Rekvisisjonsskjema (se artikkel om anafylaksi)

### HAUKELAND SYKEHUS 5021 BERGEN

LAB. FOR KLINISK BIOKJEMI TLF. 559 73100

Rekvirentkode  
Rekvirentens navn og adresse

Fødselsnr.

Navn

Adresse

Poststed

Betales av

Trygdekontor  Institusjon  Bedrift

Prøvetaker



Klinisk problemstilling

LKB sender kopi av rekvisisjonen og svarrapport til

Overlege Anne Berit Guttormsen  
Anestesi- og Intensivavdeling  
Haukeland Sykehus  
5021 BERGEN

### Prøvesett for:

Anafylaktisk reaksjon på anestesimiddel		Dato	<input type="text"/>
		KL.	<input type="text"/>
Prøve - preoperativ	3mL serum	Dato	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> s Tryptase 0			
Prøve - umiddelbar	2 x 3mL serum	Dato	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> s Spesifikt IgE mot lateks (k82)		KL.	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> s Spesifikt IgE curacit (r2)			
<input checked="" type="checkbox"/> s Total IgE			
<input checked="" type="checkbox"/> s Tryptase 1			
Prøve - postoperativ	3mL serum	Dato	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> s Tryptase 2		KL.	<input type="text"/>

Prøvetaking og forsendelse

Tidspunkt for prøvetaking og reaksjon må påføres skjemaet. Prøvene merkes med navn, fødselsnummer, dato og klokkeslett. **Ekstern bruker sender en rekvisisjon pr. prøvesett.**

**Intern bruker ved Haukeland Sykehus sender en rekvisisjon pr. prøve.**

Send nye rekvisisjoner      Antall: .....

-----  
UTFYLLES AV LABORATORIET

EDB-kommentar

Serum på gel

Serum

Annet

Mottatt