

DSIT-nyt 9

Nummer 9,
Januar 2002

Redaktion: Jens
Schierbeck

Øversigt

- Formandens klumme
- Referat GF 2001.
- 14th Annual congress of the European Society of Intensive Care Medicine.
- Fra intensiv medicin til intensiv terapi. Et fremskridt.

Formandens klumme Vagn Bach

Så er et nyt arbejdsår gået i gang i DSIT. Bestyrelsen er blevet større og dermed håber vi på at få noget mere gang i aktiviteterne i det nye år.

Bestyrelsen har konstitueret sig. Både næstformand, kasserer og sekretær er forblevet på deres tidligere pladser, hvilket skulle gøre at kontinuiteten bliver fastholdt.

Bestyrelsen har i skrivende stund endnu ikke haft kontakt til FS3 med henblik på at få associeret en sygeplejerske til bestyrelsen. Vi håber dog på, at FS3 finder det lige så vigtigt som os, at få opbygget et godt samarbejde mellem læger og sygeplejersker indenfor intensiv terapi.

Det absolut højst prioriterede emne i den næste periode er at få skabt et fagområde i intensiv terapi. Dette arbejde står lige for at starte. DSIT og DASAİM har nedsat et fælles udvalg der skal forsøge at opbygge et fælles grundlag for fagområdet på basis af de papirer vi tidligere har udarbejdet om et grenspeciale og et ny forslag fra DASAİM. DSIT's medlemmer i dette udvalg er Niels-Erik Drenck og Jens Schierbeck. Begge har tidligere deltaget i specialiserings arbejdet og vi finder dem derfor yderst kompetente til at indgå i dette arbejde. Vi håber på hurtigt at kunne nå frem til et fælles grundlag, der bygger på den definition af fagområdet, som blev vedtaget på Dansk Medicinsk Selskabs repræsentantskabsmøde i november 2001. Definitionen er et forhandlingsoplæg til de videre forhandlinger i de centrale myndigheder:

- Et fagområde er et klinisk område inden for et speciale eller mellem flere specialer, som indebærer en særlig ekspertkompetence og derfor nødvendiggør særlig uddannelse, som løbende er nødvendig for et antal læger.
- Fagområdeuddannelsen repræsenterer en uddannelse udover den eller de relevante speciallægeuddannelser.

terer en uddannelse udover den eller de relevante speciallægeuddannelser.

- Uddannelsen sker efter vejledende regler udarbejdet af de relevante videnskabelige selskaber.
- En række specialer vil omfatte flere fagområder.
- Oprettelse og nedlæggelse af fagområder besluttet i Sundhedsstyrelsen efter indstilling fra de videnskabelige selskaber.
- Fagområdeuddannelsen er en forudsætning for ansættelse som overlæge med ansvar for det pågældende kliniske område.

I øvrigt vil bestyrelsen arbejde videre med de aktiviteter som generalforsamlingen foreslog. Det drejer sig først og fremmest om ændringer i kursusaktiviteten mhp. at få øget deltageren til vore arrangementer.

Kursusudvalget arbejder i øjeblikket med et større møde i efteråret 2002. Derudover har vi aftalt, at bestyrelsen og Poul Klint Andersen arbejde videre med et mindre forårsmøde omhandlerende rekommandationer i intensiv terapi. Mødet vil blive afholdt lørdag den 4/5. Dagen før vil der endvidere blive afholdt, som aftalt i efteråret, en ny workshop om registrering. Så – reserver allerede den 3/5 & 4/5 til aktiviteter i DSIT.

Poul arbejder i øjeblikket ihærdigt sammen med rekommandationsudvalget på at få udarbejdet et forslag til rekommandationer for intermediær afsnit. Der synes flere steder i landet at være tanker og planer om oprettelse af intermediær afsnit. Samtidig indgår begrebet også i vores samarbejdsaftale med DSİM. Derfor anser vi netop dette område skal være et fokusområde for rekommandationsudvalget.

Bestyrelsen satser også på at bygge videre på samarbejdet med andre videnskabelige sel-

skaber. Derfor besluttede vi på sidste bestyrelsesmøde at rette henvendelse til formændene for Dansk Kirurgisk Selskab og DASAIM med henblik at udarbejde en samarbejdsaftale i lighed med den vi netop har underskrevet med intern medicinerne.

Det sidste fokusområde, som bestyrelsen vil kaste sig ud i er af mere generel politisk karakter.

Landet har fået en ny regering. Denne har afgivet løfter om 1,5 milliard kroner mere til det danske sundhedsvæsen i 2002 mhp. at nedbringe ventelisterne. Derudover har der i de seneste uger været mediefokus på 2 aflyste transplantationer begrundet i manglende personaleressourcer. Det er min personlige opfattelse, at disse 2 aflysninger netop fokuserer på de store problemer som prioriteringerne i sundhedsvæsenet forårsager. Fordelingen af midler til sundhedsvæsenet er i alt for høj grad et resultat af hvilken mediedækning et givet område kan opnå og dermed i hvilken grad, der kan slås politisk mønt på problemet. Emner og patient kategorier, der ikke har opbakning fra store og ressourcestærke patientforeninger og enkeltpersoner bliver ikke prioriteret. Hvad er ellers begrundelsen for at de 1,5 milliard danske kroner lige netop skal gå til nedbringelse af ventelister? Kunne disse penge ikke gøre mindst lige så stor gavn ved at blive allokeret til patienter med behov for akut behandling?

Der er ingen ventelister til intensiv afdelingerne. Hvis der ikke er plads, ja så bliver behandlingen måske ikke tilbudt, eller patienterne bliver flyttet rundt, med betydelig øget risiko til følge. Der findes ingen pressionsgruppe for øgede midler til intensiv terapi. Der er ingen stærke patienter der forventer at få brug for disse dyre og højteknologiske afdelinger. Derfor er der ikke andre end os til at forsøge at få de manglende ressourcer til intensiv terapi op i lyset.

Bestyrelsen har tænkt sig at forsøge. Men vi håber også på, at andre medlemmer af DSIT vil gå i brechen for intensiv terapi.

Der er således rigeligt med opgaver også i det næste år. Vi har brug for alle, der har overskud til at medvirke. Så kære medlemmer. Hold jer ikke tilbage. Kontakt bestyrelsen og fortæl hvad der har jeres interesse. Så skal vi nok i fællesskab finde ud af at bruge ressourcerne til fordel for intensivterapien i Danmark.

Jeg vil ønske alle medlemmerne af DSIT et godt og flittigt nytår. Der er ingen risiko for, at vi bliver arbejdsløse.

Vagn Bach
15. december 2001

Referat fra den 6. generalforsamling lørdag den 6. oktober 2001, Aarestrup auditoriet Odense Universitetshospital. 01e Viborg

Pkt. 1. Valg af dirigent.

Lynge Kirkegård vælges.

Pkt. 2. Godkendelse af nye medlemmer.

Følgende nye medlemmer godkendes:

Overlæge Kurt Krogh Knudsen
Overlæge Bodil Steen Rasmussen
Overlæge Per Vedel
Afdelingslæge Søren Kjærgård
Afdelingslæge Birte Sørensen
Afdelingslæge Birgitte Viebæk
Reservelæge Morten Lund Christiansen
Reservelæge Aleksander Zincuk
Produktspecialist Bo Fjelster.
Klinisk sygeplejespecialist Susanne Fischer.
Klinisk sygeplejespecialist Ditte Andersen
Klinisk sygeplejespecialist Ayo Brandt Pedersen
Sygeplejerske Lena Johansen
Sygeplejerske Kirsten Brink Thøgersen.
Sygeplejerske Pernille Mortensen
Sygeplejerske Ann Petersen
Sygeplejerske Jette Toft
Sygeplejerske Ebba Westergaard.

Pkt. 3. Formandens beretning.

Vagn Bak (VB) havde følgende supplerende kommentarer til den skriftlige beretning:

Overgangsfasen fra den første formandsperiode til den anden har medført visse indkøringsvanskeligheder, som har påvirket hele bestyrelsens arbejde. Disse problemer er hele bestyrelsen opmærksom på og den næste periode skulle gerne blive præget af en konsolidering med den følgevirkning at bestyrelsesarbejdet bliver effektiviseret.

VB opfordrede generalforsamlingen til at diskutere kernepunkter for DSIT's fremtidige funktion.

DSITnyt har fået nyt og "pænt" ansigt.

DSIT tæller i. flg. den sidste opgørelse 145 lægelige medlemmer og 28 ikke- lægelige.

Samarbejdsaftalen mellem DSIM og DAS fra 1992 er blevet genforhandlet nu mellem DSIM, DASAIM og DSIT og dette har været et stort og tidskrævende projekt. Den nye aftale er nu godkendt i de respektive selskaber og kan læses på DSIT's hjemmeside i den nærmeste fremtid.

VB fremhævede betydningen af at intensiv afdelingerne har påtaget sig ansvaret for at skaffe plads til patienter med behov for intensiv terapi, at der er en konsensus med medicinerne om at der er for få senge

allokeret til intensiv terapi i Danmark og, at intermedieærfsnit er beskrevet i den foreliggende form.

Rekommandationsudvalget er blevet bedt om at udarbejde rekommandationer for intermedieærfsnit.

Anbefalingerne om Renal Substitution skal genforhandles med Nefrologisk Selskab, idet der er indkommet kommentarer derfra.

Bestyrelsen samarbejder med DASAIM om anerkendelse af intensiv fagområde. Fra DASAIM deltager Mogens Skadborg og Reinholt Jensen og fra DSIT Jens Schierbek og Niels Erik Drenck.

VB spørger GF om man ønsker at etablere et tættere samarbejde med FS3 evt. gennem deltagelse af en udpeget person derfra ved Bestyrelsesmøderne i DSIT.

VB foreslår at Kursusudvalgets arbejde opprioriteres. Og fremhæver iøvrigt Jørgen Sten Hansen's utrættelige indsats på IT området.

Til slut henleder VB forsamlingens opmærksomhed på at DSIT nu kan fejre 5 års generalforsamlingsjubilæum.

Jan Bonde (JB) takker bestyrelsen for et godt arbejde. JB har den opfattelse at der er et stort behov for DSIT og ser sig hellere repræsenteret af et videnskabeligt selskab end af et udvalg.

JB opfordrer til at der indgås en samarbejdsaftale med kirurgerne, i lighed med den med DSIM indgåede.

VB erklærer at denne udmærkede ide vil blive taget op i bestyrelsen.

Poul Klint Andersen (PKA) opfordrer til at DSIT fremover også prioriterer arbejdet opad i det administrativt / politiske system for også på det måde et fremhæve fagområdet.

Bo Dilling (BD) tilkendegav interesse for anbefalingerne om intermedieærfsnit, da man er i gang med at etablere sådant på Esbjerg Centralsygehus.

BD opfordrer endvidere til at DSITnyt udkommer til faste tider og at bladet også anvendes til andet end "politiske" tilkendegivelser.

Fra flere sider ytrede ønske om et større socialt samvær og Lyng Kirkegård (LK) foreslog få, større møder med opprioritering af dette aspekt, samtidig med en bedre kommunikation om mødeaktivitet.

LK foreslog endvidere samarbejde med intensiv sygeplejerskerne ved sygeplejerske associeret bestyrelsen.

VB introducerede en strategi med DSIT som fortaler for "De tavse, livstruede patienter"

Generalforsamlingen godkendte herefter formandens beretning.

Pkt. 4. Beretninger fra udvalg.

Kursusudvalget:

Jan Emborg (JE): Foreslog fremover 1 årligt møde suppleret med workshops, da det var erfaringen fra det sidste år at workshops var betydeligt bedre besøgt end de videnskabelige møder. JE foreslog endvidere at det årlige møde skulle arrangeres som et internatmøde f. eks. i nov.

Der udspandt sig herefter en længere diskussion om mødeaktivitet, fremmøde, annoncering af møder, regionale kontra nationale møder etc. Og konklusion herpå blev at Kursusudvalget arbejder videre med planlægning af et årligt møde, og Bestyrelsen og Kursusudvalget sammen tager stilling til forårsmøder.

På opfordring fra LK forsøges annoncering af møder i Dråben, DASINFO og Acta.

IT udvalget:

VB supplerede for Jens Strøm som desværre var forhindret i at være tilstede. Man diskuterer stadig "det minimale dataset" ligesom værtskabet for den kliniske database stadig ikke er afklaret. Man håber stadig at Sønderjyllands Amt vil påtage sig dette.

Jørgen Sten Hansen (JSH) opfordrede til at bruge DSIT's hjemmeside til f.eks. chat og link. JSH vil gerne videreformidle intensiv afdelingers vejledninger og instrukser via link på hjemmesiden og dette vakte stor begejstring på

generalforsamlingen.

Rekommendationsudvalget: Ingen kommentarer.

Pkt. 5. Ad hoc udvalg.

Renal substitution: Se under formandsberetningen.
Antibiotika strategi: Ingen kommentarer.
Hypotermi: Ingen kommentar i Niels Erik Drenck's fravær.

Pkt.6. Beretning fra kasserer.

Regnskabet er påtegnet af selskabets revisorer og findes i orden.

Pkt.7. Indkomne forslag.

Vedtægtsændringer: Ændringen af paragraf 5 stk 1 ” bestyrelsen består af en formand, en næstformand, en sekretær, en kasserer og yderligere tre medlemmer ” og paragraf 6 stk 3 som udgår skal godkendes endeligt på denne generalforsamling for at være gyldige. Generalforsamlingen godkender begge vedtægtsændringer enstemmigt.

Bestyrelsen foreslår at den danske repræsentant i ESICM støttes med kr. 5000 til dækning af rejseudgifter i forbindelse med mødeaktivitet i ESICM. Vedtages af generalforsamlingen.

Pkt.8. Kontingent.

Bestyrelsen foreslår uændret kontingent. Dette vedtages.

Pkt.9. Valg til bestyrelsen.

Jens Schierbeck og Jan Emborg er på valg. Begge modtager genvalg og vælges af GF.
Som nyt bestyrelsesmedlem Jvf. ovenstående vedtægtændring vælges Lars Rasmussen.

Pkt. 10. Suppleanterne Stanley Jensen og Palle Toft er begge på valg. Begge modtager genvalg og vælges af GF.

Pkt.11. Valg af udvalgsmedlemmer.

Kursusudvalg: I Kursusudvalget fortsætter:

Jan Emborg
Ebbe Rønholm
Bo Dilling

Nyvalgt Henrik Christensen.

Bestyrelse og kursusudvalg løser I fællesskab problemet med endnu en person til kursusudvalget.

IT-udvalg:

Jens Strøm
Henning Jonsen
Cristian Bruun Mogensen
Jørgen Sten Hansen

Rekommendationsudvalget:

A.L
LK Udtræder
Anette Schultz
Martin Skielbo Ny.

Pkt. 12. Dato for næste generalforsamling: 26 oktober 2002.

Pkt. 13. Evt. Ingen kommentarer.

Dirigenten takker for god ro og orden, og formanden takker dirigenten for god mødeledelse.

Århus d 14.10.01.

Reserapport från den "14th annual congress of the European Society of Intensive Care Medicine" Geneve, 30.september–2. oktober 2001.

Anders Larsson

Årets ESICMs kongress var förlagd till Geneve. Deltagarantalet var inte helt i klass med det i Rom, men bättre än i det i Berlin, vilket troligtvis återspeglar attraktionskraften av dessa tre städer. En annan bidragande faktor var att världskongressen i intensiv medicin i Sydney är två veckor efter Geneve-kongressen och Sydney är ju en riktig magnet som turistmål. Det var mycket få danskar på kongressen och även Norden i övrigt var skvalt representerad. Detta gällde också den vetenskapliga biten; Danmark hade inga vetenskapliga presentationer och hela den övriga Norden presenterade 18 abstrakt. Det sistnämnda kan tyckas vara bra men skall jämföras med andra länder, t.ex. med Grekland som hade 29 abstrakt. Och förutom jag själv var bara tre andra nordiska anestesiologer och intensivister med i faculty. Det tycks som vi måste skärpa oss. Det gäller även den politiska delen. Presidenten i ESICM, Jukka Takala hade inbjudet ordförandena (formand) i alla europeiska nationella intensiv- och anesthesi sällskap inklusive de nordiska (DASAIM, DSIT, SSAI, SFAI samt de finska, norska och isländska föreningarna) till ett möte för att diskutera och informera om gemensamma problem och spörsmål. DSIT var representerat men inga representanter från de andra nordiska sällskapen dök upp! Sådana negativa signaler gynnar inte nordisk anesthesi-och intensiv medicin internationellt.

Kongressen i år var emellertid en mellankongress då det fanns, åtminstone i de områden jag bevakade, fr.a. respiration, inga stora nyheter, så kanske mina nordiska kollegor trots allt inte missade allt för mycket.

Respiration

Det poängterades att **oxygenering är ett dåligt surrogat för outcome** eftersom inga studier med metoder som förbättrar oxygeneringen (t.ex. NO och bugleje) har lett till förbättrad outcome. Det som är säkert är att ventilation med små tidalvolymmer och låga end-inspiratoriska tryck är viktigt (NEJM 2000;342:1301), men ännu är det osäkert om lungrekrytering och höga PEEP skall ingå i en lungprotektiv behandling, även om det är min bias. Min åsikt stöds dock av två prospektiva, randomiserade och kontrollerade, men små studier (NEJM 1998;338;347, JAMA 1999;282:54). Emellertid kommer vi få svar på ovanstående spörsmål när ARDS-net NIH-sponsrade studie är klar (<http://hedwig.mgh.harvard.edu/ardsnet/>).

Högfrekvent oscillation (HFOV) ger inte bättre resultat än modern lungprotektiv konventionell ventilation ("open up

and keep the lung open") på lungfunktion och oxygenering hos spädbarn och yngre barn. Tvärtom kan HFOV vara farlig eftersom den i en ny studie presenterad av Guy Moriette från Paris var associerad med en ökad frekvens av cerebrala blödningar hos prematura barn. Också i en multicenterstudie på över 300 vuxna patienter med ARDS kunde man inte påvisa några positiva effekter på outcome med HFOV (L.Brochard). Men som vanligt i alla negativa multicenterstudier fann man i en efteranalys (ej planerad) en förbättrad överlevnad i en subgrupp (känns det igen från alla cytokinstudier?). Detta gör att "HFOV-believers" (och respiratortillverkaren) inte ger sig inte utan kommer fortsätta försöka övertyga de "otroende" om HFOVs förträfflighet med en ny studie.

En multicenterstudie på 311 patienter som presenterades av Francois Lemaire från Paris på **væskeandning, partial liquid ventilation (PLV)**, var också negativ. 28-dagars-och (6 månaders) mortaliteten var 26% (30%) med PLV och 15% (25%) med konventionell ventilation ("open up and keep the lung open" + små tidalvolymmer). PLV-gruppen hade dessutom längre respiratortid, längre ITA-tid och lägre PaO₂/FiO₂-ratio. Pneumothorax-frekvensen var 17% i PLV-och 6% i kontrollgruppen. Det vill säga en totalt negativ studie. Men även där fann man i en efteranalys en grupp som kanske hade nytta av behandlingen så man planerar en ny studie (jag skulle dock inte låta mina pårørende delta i en sådan). I detta sammanhang diskuterades den mycket viktiga kommentaren i AJRCCM om hur man skyddar patienter i behandlingsgruppen från ökade komplikationer och mortalitet i multicenterstudier (Freeman, AJRCCM 2001;164:190).

Flera posters handlade om **endotracheal sugning** och den intressantaste kom från Ola Stenqvists grupp i Göteborg som visade att sugning med ett slutet system har få biverkningar men å andra sidan dålig effekt (vilket har påpekats av sygeplejesker tidigare) (ICM 2001;27: S246).

Pulmonaliskateter

En fransk multicentersstudie på 681 patienter med ARDS eller septisk chock där ena hälften fick pulmonaliskateter, PAC (men behandlades med den enskilde läkarens rutiner och inte i enlighet med ett speciellt protokoll) och den andra inte fick PAC, presenterades av dr Richard från Paris. I båda grupperna användes annan monitoring, såsom ekokardiografi, vid behov. Det var ingen skillnad i mortalitet (28 d) mellan grupperna (62 % i båda grupperna), så PAC verkar vara ofarlig. Men i denna studie, liksom i alla andra föregående studier, ledde inte denna monitoreringsmetod till förbättrad behandling eller outcome (Chest 1987; 92:721, Chest 1990;98:1331, JAMA 1996;276:889, JAMA 2001;286:309, AJRCCM 2001;163:A16).

Septisk chock

En amerikansk studie där hurtig "goal directed therapy" jämfördes med konventionell behandling presenterades av dr Rivers från Detroit. I behandlingsgruppen var "goals"

normaliserad base excess (BE), pH och laktat. Vid ankomsten till hospitalet (skadestuen) fick patienterna omedelbart 20 ml Ringer/kg, och om systoliska blodtrycket förblev < 90 mmHg randomiserades de till två grupper, en där hurtig terapi med vëske och blod gavs (och inotropika och i sista hand vasoaktiva droger) i syfte att uppfylla "goals" (115 patienter) och en som behandlades konventionellt (118 patienter). Grupperna var lika när det gäller ålder (medel 64 år), kön och fick i lika utsträckning adekvat antibiotikabehandling (90%). 72% av patienterna i båda grupperna hade positiv dyrking. Behandlingsgruppen fick initialt 1-2 l mer vëske, mer blod och mer inotropa läkemedel än kontrollgruppen. Emellertid var vëskebalansen lika i båda grupperna efter något dygn, medan däremot blodtryck och CVP var högre och BE, d-dimerer och APACHE-poäng var lägre i behandlingsgruppen. Mortaliteten var 61 % och 70% i kontrollgruppen efter 28 respektive 60 dagar och motsvarande siffror var 38% och 50% i behandlingsgruppen. Denna studie visar klart att **tidig kraftfull behandling räddar liv och dessutom minskar antal ITA-dagar** (4 dagars kortare tid hos de överlevande i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen). Studiens resultat överensstämmer också väl med min bias och protokollet är likt det som används sedan flera år på ITA i Gentofte.

Kroppsläge och nosokomiell pneumoni.

Ett flertal studier har tytt på att behandling av respiratorpatienter i halvsittande kroppsläge minskar antal nosokomiella pneumonier (Ann Intern Med 1992;116:540, AJRCCM 1995;152:1387, NEJM 1999;354:1851). Emellertid visade Dr Van Nieuwenhoven en holländsk multicenterstudie på 255 respiratorbehandlade patienter, där man syftade till att vårda patienterna antingen med **45° eller 10° höjd huvudända, att det var ingen skillnad i nosokomiella pneumonier** mellan grupperna (11,6 respektive 7,3% i enlighet med CDC-kriterierna) (ICM 2001; 27, S585). En förklaring till detta oväntade resultat kan vara att man i 45° gruppen bara i 15 procent lyckades vårda patienterna i 45°, och hos de andra patienterna i den gruppen ändrades läget på huvudändan mycket frekvent (som i sig kan ge regurgitation) vilket medförde att i genomsnitt var huvudändan bara höjd 26°. Ytterligare skillnader mot de föregående studierna var en högre sedationsgrad och att fler kirurgpatienter ingick i studien.

Critical illness polyneuropati-myopati (CRIMNE)

Vid noggrann undersökning drabbas **30 till 80 procent av ITA-patienter av critical illness polyneuropati-myopati**, CRIMNE (Lancet 1996;347:1579, Neth J Med 2000; 56:211, ICM 2000;26:1360). Vid misstanke på CRIMNE kan patienterna undersökas med EMG och ENG, även om dessa metoder inte kan differentiera mellan neuropati och myopati. Det är viktigt att denna diagnos överväges vid fastställandet av död med hjärnrelaterad diagnostik, eftersom vid svår CRIMNE kan patienten var helt paralytisk och således uppfylla många av "hjärndöds"- kriterierna (ICM 1999;25:1437). Prognosen är oftast god då myopatin alltid reverseras, även om det kan ta upp till 3-6 månader. Däremot kan neuropatin kan ge permanenta deficit (men också den går vanligtvis tillbaka, men efter 6-24 månader).

ESICM council

Council kommer omändras från att bara varit formell till en församling som kan få inflytande ESICMs utveckling och policy. Medlemmarna i Council kommer närmast obligatoriskt att få deltaga i utskottsarbetet om organisation och utbildning. Scientific committee kommer dock även i fortsättningen att helt utses av de vetenskapliga sektionerna och för att få inflytande där fordras att ESCIMs medlemmar går till sektionmötena. Därför är det viktigt att de nordiska ordinarie medlemmarna i ESICM går på dessa möten. Medlemsantalet i ESICM har ökat kraftigt och är nu uppe i över 2600 varav Danmark har 56 medlemmar. Fler danskar behövs i ESICM och om ni vill bli medlemmar kontakta mig (andla@gentoftehosp.kbhamt.dk).

I Europa är trenden att intensiv medicinen koncentreras till en organisation på hospitalen, och inte som i Norden att den splittras i många små delar som t.ex. thorax, barn- och neurointensivvård. I t.ex. Bern och Göttingen så har dessa specialavdelningar förenats igen (efter en flerårig splittring) i gemensamma intensiv kliniker som har stärkt utvecklingen av intensiv medicinen på dessa sjukhus. Jag hoppas att vi kan lärdom av dessa exempel och driva utvecklingen i en sådan positiv riktning även här i Skandinavien.

Sammanfattning

Liksom många av de senare kongresserna återspeglar även denna att "back to basics" är bäst; 1) Sofistikerade respiratorbehandlingar med högfrekvens eller med vëskeandning ger inte bättre resultat än "common sense" konventionell respiratorterapi, 2) hurtig adekvat terapi vid septisk chock där man reverserar "endorgan-dysfunktion" är effektivare än där man bara reverserar cirkulationsparametrar och att 3) pulmonalis-kateterisering i sig aldrig räddar liv. Dessutom fick vi reda på att ESICM kommer bli mer demokratisk och att i Europa är den nuvarande trenden att intensiv medicinen koncentreras och förenas.

Fra intensiv medicin til intensiv terapi. Et fremskridt.

**Poul Klint Andersen
Lars Heslet**

I 1993 blev der indgået en samarbejdsaftale med Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM). Aftalen, der omfattede regler for visitation, samarbejde og ansvarsforhold, var det første væsentlige skridt med henblik på en afklaring af begreberne intensiv medicin og intensiv terapi.

Et af hovedpunkterne i forhandlingen var, at betegnelsen IMA eller Intensiv Medicinsk Afdeling gav signalforvirring. DSIM påpegede, at man var utilfreds med, intensiv terapiafdelingerne ville overtage behandlingen af de intensive medicinske patienter, omfattende patientkategorierne coma diabeticum, akut svær asthma og akut myokardieinfarkt. Samtidig

blev forholdene også afklaret til akut modtageafdelinger (AMA).

Dette var i virkeligheden grundlaget for at intensiv terapi nu kunne fungere som selvstændig ekspertenhed, hvor den aller-væsentligste indsats, nemlig diagnostik, terapi, monitorering og pleje blev varetaget af intensiv læger og specialuddannede sygeplejersker.

Kun 8 år efter ændrer Dansk Anæstesiologisk Selskab (DAS) selskabets navn til Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) og for nylig er begrebet intensiv medicin atter blevet lanceret i form af et foredrag i februar i Dansk medicinsk selskab (DMS) med titlen ”Fra intensiv terapi til intensiv medicin”. Dette må i allerhøjeste grad betragtes som et tilbageskridt, altså tilbage til før tiden for den indgåede kontrakt med DSIM. Begrebet intensiv medicin skaber signalforvirring, fordi indsatsen kan forveksles med aktiviteten på de mange intermediær afdelingerne.

Sidst men ikke mindst signalerer begrebet intensiv medicin en farmakologisk intervention, som navnet siger, og omfatter ikke aktiviteten diagnostik, monitorering og pleje. Dernæst antyder intensiv medicin også, at det kun drejer sig om interne medicinske patienter. Da de fleste intensive terapiafdelinger, som er multidisciplinære, også har patienter fra de kirurgiske specialer og andre specialer, gør denne betegnelse ikke sagen mere klar - tværtimod.

For nylig er samarbejdskontrakten med DSIM blevet fornyet.

I denne kontrakt er alene anvendt betegnelsen intensiv terapi og ikke intensiv medicin, jvf. de første forhandlinger. Intensive medicinske afdelinger, som ikke er ledet af læger med anæstesiologisk baggrund, er derfor ikke omfattet af samarbejdskontrakten.

Derfor var det et fremskridt, da man forlod betegnelsen intensiv medicin og overgik til intensiv terapi.

Nylige tiltag, som at man går fra betegnelsen intensiv terapi til intensiv medicin må betragtes som et væsentligt tilbageskridt, en nedtoning af selvstændigheden af intensiv terapi ekspertfunktionen. Samtlige afdelinger i Danmark drevet af læger med anæstesiologisk baggrund er benævnt ITA. Gennem de sidste 10 år har ITA begrebet levet godt og udviklet sig. En enkelt klinik har udviklet sig til at være selvstændig, også på lægesiden, og er nu blevet selvstændig stamafdeling samtidig. Denne type intensiv terapi afdeling må være målet for i det mindste de større intensive afdelinger i Danmark.

Konklusion

Behandling af kritisk syge patienter bør fortsat foregå på intensive terapiafdelinger og ikke på intensive medicinske afdelinger. Fagområdet, der beskriver faget hedder derfor – i overensstemmelse med betegnelsen ITA – intensiv terapi og ikke intensiv medicin, uanset hvilket videnskabeligt selskab man er medlem af.



Kommende DSIT møder

Forårsmøde

Arrangør: Bestyrelsen/kursusudvalget
Fredag den 3. maj: Registrering
Lørdag den 4. Maj: Rekommandationer

Efterårsmøde & generalforsamling

Lørdag den 26. oktober

Announce

Fredag d. 12.4.2002, UddannelsesCentret Østre Allé, Aalborg

Arrangør: Anæstesiologisk afdeling, AIOS, Aalborg Sygehus.

Formål: Præsentation af en samlet opdateret viden om inter- og præhospital transport af kritisk syge patienter.

Målgruppe: Læger, sygeplejersker, falckreddere, medicoteknikere og andet personale der deltager i inter- og præhospital transport af kritisk syge patienter.

09.00 - 11.45 "Generelle forhold ved inter- og præhospitale transporter".

- Teknisk gennemgang af transportudstyr samt transportmidler.
- Telemedicin i forbindelse med interhospital transport.
- Specialisering i forbindelse med interhospital transport - er det relevant?
- Uddannelse i forbindelse med interhospital transport og evt. specialisering.

Eftermiddag: 13.45 - 16.00 - "Specielle patientkategorier". "Transportrekommandation" "Sikkerhedsaspekter".

- Neurotraumepatienter.
- Børn.
- Voksenrekommandationer.
- Børnerekommandationer.
- Norsk luftambulance med specielt focus på organisation.
- Sikkerhed i forbindelse med transport.

Tilmelding!

Sidste frist for tilmelding: **5. april 2002**

Tilmelding til: Sekr. Lotte Back, Anæstesiologisk Afdeling, Aalborg Sygehus:

Telefonnummer: 99321066.

Faxnummer: 99321069

E-mail: anae@aes.nja.dk

Postadresse: Anæstesiologisk Afdeling
Aalborg Sygehus Nord
9000 Aalborg

Husk at opgive navn, adresse og ansættelsessted.

Kursusafgift: **500 kr.** (indbetales på girokort tilsendt efter tilmelding).

**Besøg hjemmesiden
på www.DSIT.DK**

Redaktion: Jens Schierbeck
Intensiv terapi afsnit, ANSA
Odense Universitetshospital
Sdr. Boulevard 29
DK5000 Odense C

Telefon: 6541 1723
Fax: 6541 3415
E-mail: jens.schierbeck@ouh.fyns-amt.dk

De individuelle indlæg i DSIT-nyt repræsenterer alene forfatterens meninger og holdninger og er kun, hvor dette fremgår eksplicit et udtryk for bestyrelsens holdninger.

Indlæg til DSIT-nyt, modtages gerne og publiceres med angivelse af forfatterens navn.

Har du positiv eller negativ kritik af aktiviteterne i selskabet.

Har du meddelelser vedrørende intensiv terapi f.eks.

- *Oplevelser fra intensiv kongresser*
- *Væsentlige faglige milestene*
- *Aktiviteter i de skandinaviske og internationale selskaber*