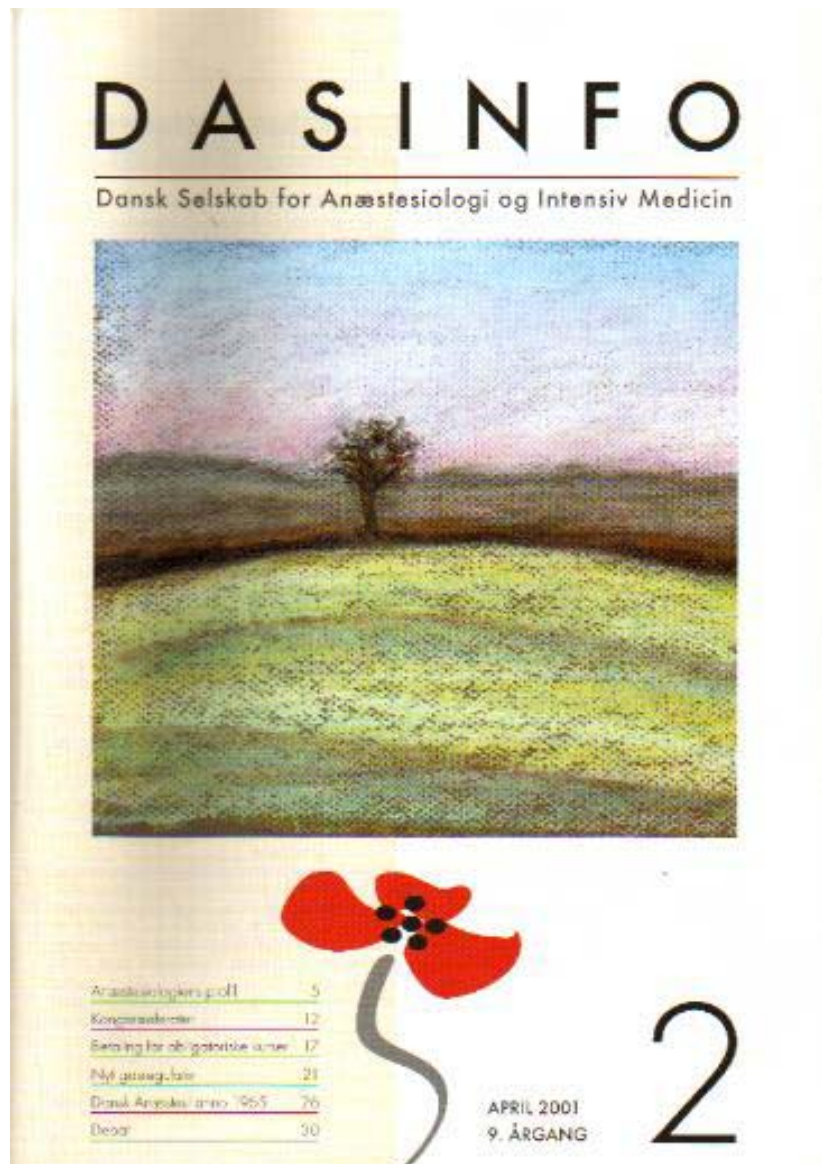


D A S I N F O

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin



Anæstesiologiens profil	4		APRIL 2001
Kongresreferater	9	LOGO	9. ÅRGANG
Betaling for obligatoriske kurser	15		
Nyt gasregulativ	20		
Dansk Anæstesi anno 1965	25		
Debat	32		

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin

Tlf. 58 50 58 17 - Fax 58 50 58 07

E-mail: bestyrelse@dasaim.dk

<http://www.dasaim.dk>

Formand:

Overlæge Mogens K. Skadborg

Århus Amtssygehus, 8000 Århus C.

Tlf. 89 49 75 75 ps 3050; Fax 89 49 72 79

E-mail: president@dasaim.dk

Næstformand:

Overlæge Freddy Lippert (Præhospitalet)

H:S Rigshospitalet, TraumeCentret 3191, 2100 Kbh.

Ø.

Tlf. 35 45 80 07; fax 35 45 29 50

E-mail: lippert@dadlnet.dk

Sekretær:

I. Reserverlæge Birgitte Ruhnau

Dybedalsvej 23, 3520 Farum

Tlf. 44 95 33 27; Fax 44 95 93 27

E-mail: birgitte.ruhnau@dadlnet.dk

Kasserer:

Overlæge, dr.med. Jakob Trier Møller

H:S Rigshospitalet, HovedOrtoCentret 4132, 2100

Kbh. Ø.

Tlf. 35 45 34 74/35 45 34 86; Fax 35 45 29 50

E-mail: moller@rh.dk

Overlæge, dr.med. Jørgen B. Dahl (Anæstesi)

Overlæge, ph.d. Michael Wanscher (Intensiv

Medicin)

Overlæge Jette Højsted (Smertebehandling)

Overlæge Else Hjortso (Videreuddannelse)

Afdelingslæge, ph.d. Per Føge Jensen

(Efteruddannelse)

Reserverlæge Bjørn Mygil (Yngre Læger)

Overlæge Lars Peter Wang (IT-udvalg)

Redaktør:

Overlæge Lars Peter Wang

H:S Rigshospitalet, An.afd. 2041, 2100 Kbh. Ø.

Tlf. 35 45 84 11/35 45 22 33; fax 35 45 25 52

E-mail: rh03387@rh.dk

Sekretariatet:

Annette Ladegaard-Pedersen

Ægirsvej 40, 4200 Slagelse

Tlf. 58 50 58 17; Fax 58 50 58 07

E-mail: sekretariat@dasaim.dk

Oplag: 1400 stk.

Tryk: SvendborgTryk, 5700 Svendborg

ISSN 0908-5203

Forside: Helle Rask: Udsigt over Søborg Sø, 2000.

CA 1000 DANSKE LÆGER ER MEDLEM AF DASAIM

Som dirigenten bemærkede, så var 3% mødt frem til sidste generalforsamling. Selv det fulde medlemstal er i internationale sammenhæng en beskedne skare, hvilket der både kan være fordele og ulemper ved. Fordelene er bl.a. at man oftest er velorienteret m.h.t. kollegernes geografiske tilhørsforhold, og at man er bekendt med de forskellige arbejdspladser specialiseringsgrad og satsningsområder. De årlige møder i Selskabet bidrager til at styrke denne gensidige kollegialitet, skønt det ofte føles som om der er for lidt tid til udbygge de sociale og professionelle kontakter.

En af ulemperne ved Selskabets beskedne størrelse er, at gruppen af anæstesiologer ikke bliver så interessant som målgruppe for sponsorstøtte. Det er ingen hemmelighed, at det bliver vanskeligere at skaffe midler til de arrangementer, som DASAIM gerne vil afholde. Selskabets årsfest er et eksempel derpå - og her drejer det sig om store penge - men også at opnå finansieringshjælp til kurser og tilmed til DASINFO kræver en stor indsats fra DASAIM og stor velvillighed fra sponsorerne - måske særlig i en tid, hvor der ikke er de store nyheder på markedet eller de store penge i sundhedssektoren.

I mange lande har man erfaret samme vanskeligheder som i Danmark, og i flere lande har man forsøgt at udvide besøgstallet til anæstesiologiske arrangementer simpelthen for at få økonomien til at løbe rundt. Således holdes for eksempel anæstesiologekongresser med deltagelse af anæstesi sygeplejersker eller intensivkongresser med deltagelse af intensivsygeplejersker. På disse kongresser er der flere måder at organisere programmet på. Der er eksempler på, at der *visse dage* er programmer arrangeret og præsenteret af sygeplejersker for sygeplejersker. Andre modeller omfatter *identiske* programmer for læger og sygeplejersker og andre igen har *parallelle* sessioner for læger og sygeplejersker.

En fælles kongres vil betyde en 2-3-dobling af deltagere (eller mere hvis kun 3% af anæstesiologerne deltager), samtidig som deltagerne har lidt forskellig indfaldsvinkel til de medicinske produkter, som industrien udstiller. Begge dele gør det mere attraktivt at sponsorere disse begivenheder.

Rent fagligt har faggrupperne forskellige mål med en kongres, men fælles er dog behovet for sponsorhjælp og sociale arrangementer. Der ligger ingen planer om, at disse modeller skal anvendes i Danmark, men de angiver én vej at gå m.h.p. at gøre vores forum mere synligt og dermed genskabe relationerne bl.a. mellem industri og klinik, men også mellem sygehusejere og anæstesi personale.

Hvad mener DASAIM's medlemmer?

Lars Peter Wang

INDHOLDSFORTEGNELSE

LEDER

Anæstesiologiens profil.....

Årsmøde 2001

Indkaldelse af videnskabelige bidrag.....

DASAIMs årsmøde 2001.....

ORIENTERING

Kongres-og mødereferater

Workshop in Evidence-based Anaesthesia at the Chinese University of Hong Kong. *Ann Møller*.....

Reserapport från Society of Critical Care Medicine i San Francisco. *Anders Larsson*.....
Ude godt men hjemme bedst (?) *Lars Peter Wang*.....

Dækning af udgifter til obligatoriske kurser indenfor fase 1, 2 og 3. *Dorte Keld*.....

Efterlysning af Afdelingernes hjemmesiders webadresser

Statusskrivelse for Studerendes Anæstesiologiske og Traumatologiske Selskab. *Allan Iversen et al.*

Sikring af patientsikkerhed ved kontinuerlig levering af medicinske, komprimerede gasser fra rørledning i akutafdelinger. *M. Patrick Deneux*.....

Samarbejde mellem offentlig og privat forskning.....

Klarere og enklere retningslinier for biomedicinske forsøg.....

Dansk Anæstesiologi 1965 – set med udenlandske øjne. Report from a visit to Copenhagen, *JMS Zorab*.....

Videnskabelige afhandlinger.....

DEBAT

Dansk Anæstesidatabase (DAD).....

Risiko for barotraumer

Brug af PEEP-maske.....

Hvorfor bør ”Propofol ikke anvendes” til børn under 3 (16) år? *Lars Peter Wang*.....

LEGATER.....

BØGER

Evalueret af forsøg med lægeambulancen i Stor-Århus.....

Anæstesi.....

NÆSTE MØDER

SFAI.-veckan i Lund 20.-24. august 2001.....

KURSER

Kursus i ekstrakorporal cirkulation.....
Efteruddannelsesudvalgets programsatte kurser.....

Øvrige kurser

Statens Institut for Medicinsk

Teknologivurdering.....

Fælles forårsmøde i DSO og DMO.....

10. årsmøde i klinisk ernæring

Pharmacological Treatment of Pulmonary

Hypertension.....

Kurser i sundhedsøkonomi

ATLS kurser.....

Airway management for

Anaesthesiologists.....

Workshop i axillaris blokade til ambulante håndkirurgi.....

KONGRESKALENDER.....

E-MAIL ADRESSER.....

Manuskripter og indlæg modtages meget gerne elektronisk eller på diskette i Word eller E-mail.

Indlæg til DASINFO sendes til Redaktøren:

Overlæge Lars Peter Wang
H:S Rigshospitalet, An.afd. 2041
Tlf. 35 45 84 11/35 45 22 33; fax 35 45 25 52
E-mail: rh03387@rh.dk

Deadlines DASINFO

DASINFO nr. 3, juli 2001 – Deadline 1. juni 2001

DASINFO nr. 4, november 2001 – Deadline 1. september 2001

DASINFO nr. 1, januar 2002 – Deadline 6. december 2001

Næste møde

DASAIMs Årsmøde 2001 vil finde sted
Torsdag den 1. – lørdag den 3. november 2001 i København

Annonceplacering i DASINFO 2001

Annonce Gabapentin Parke-Davis

Ny annonce fra Pfizer vil fremkomme til DASINFO nr. 3, juli 2000.
venstreside p.4

Annonce Glaxo Wellcome (samme som i 2000)
venstreside p.6

ændring af navn og logo fra Glaxo Wellcome til Glaxo Smith Kline. Mail direkte fra Hanne Elkjær til Bent Nyman, jvf. tlf. samtale 8. marts.

Annonce DuraScan (sendes direkte fra Grey, Odense)
venstreside p.8

Annonce fra Braun (sendes direkte til SvendborgTryk)
venstreside p.10

Annonce Radiometer **Skal være første annonce-højreside**
højreside p.10 sidste

Annonce Abbott Laboratories
højreside p.8 sidste

Annonce TGM Teknik
højreside p.6 sidste

Annonce fra Nycomed **Skal være højreside**
højreside p.4 sidste

Dameca (samme annonce som i 2000)
Bagsiden

LEDER

Anæstesiologiens profil

For et par år siden sad jeg med min bror og svigerinde, som sædvanligt i hyggelig samtale om alt mellem himmel og jord. De er veloplyste om mangt og meget, men pludselig gik det op for mig, at de ikke anede, hvad det vil sige at være Anæstesiolog. Bevares, en narkoselæge bedøver mennesker, der skal opereres – men dertil og ikke meget længere strakte deres viden om vort speciale sig. Siden har jeg talrige gange måttet erkende at deres (mangel på) indsigt i, hvad det vil sige at være Anæstesiolog, er mere almindelig end ualmindelig. Den gamle betegnelse ”narkoselæge” hænger ved overalt, hvor vi bevæger os – selv inden for egne rækker hører man stadig telefoner, der besvares med ”det er narkosen”. Min gamle læremester, professor Bent Juhl, har jeg flere gange hørt vrisse at: ”narkosen – det er noget vi giver – ikke noget vi er”. Inden for hospitalsvæsenets rammer har der mange steder været en tilbøjelighed til at rubricere anæstesiologien som en ”serviceafdeling”, underforstået en service over for de skærende specialer, når disse skulle udføre deres metier uden alt for voldsomme protester fra patienternes side. Ud fra en overordnet forståelse af, hvad sygdomsforløb og sygdomsbehandling er – og anæstesiologens rolle heri, må en sådan opfattelse naturligvis bekæmpes. Anæstesiologer er højtuddannede speciallæger, nødvendige for gennemførelse af en lang række af de funktioner, der varetages i et moderne sundhedsvæsen – både inden for og uden for hospitalets vægge. Vort speciale har undergået en af de mest dramatiske udviklinger, der er set for noget lægeligt speciale inden for de seneste 30-50 år. Anæstesiologens virke rækker ud over operationsstuerne i stadigt stigende omfang. Selvom anæstesiologien fortsat er en væsentlig ydelse – er anæstesiologens virke ikke begrænset til selve operationen, men har i dag karakter af *perioperativ medicin*, hvor præ- og postoperativ profylakse, diagnostik og behandling har afgørende betydning for et samlet set godt forløb for patienterne. Der drives på vore intensiv afdelinger ikke kun ”terapi” af specielle typer af organsvigt, men en omfattende lægelig *medicinsk* diagnostik og behandling af stadigt mere komplekse sygdomsforløb. Komplekse medicinske tilstande behandles af anæstesiologer i respirationscentre samt de tværfaglige smertecentre. Smerteteams, der diagnosticerer og behandler såvel postoperative, benigne som maligne smertetilstande udspringer af de fleste sygehuses anæstesiologiske afdelinger. Hertil kommer, at en stadig forfinelse af anæstesiologens ekspertise inden for thoraxanæstesiologi, neuro- og børneanæstesiologi – er et helt afgørende element i behandlingen. Anæstesiologens virke er ikke kun flyttet uden for operationsstuerne, men også uden for sygehusinstitutionernes rammer. Både i forbindelse med speciallægepraksis, den specialiserede præhospitale medicinske virksomhed, katastrofemedicinen og den palliative behandling udstrakt til den syges hjem, har anæstesiologen anno 2001 sat sit tydelige præg.

Alt dette ved anæstesiologen naturligvis godt. Men dermed er opgaven med at profilere anæstesiologien kun lige begyndt. Anæstesiologi – med alle de ovenfor beskrevne facetter (jeg håber ikke at have glemt nogen!) – er et selvstændigt lægeligt speciale. Et speciale, som vi kan være stolte af og som fortsat skal udvikles gennem såvel grundvidenskabelig som klinisk forskning, prægraduat uddannelse, videreuddannelse og efteruddannelse.

Mange af Selskabets medlemmer gør en stor indsats i det daglige for at øge såvel politikeres som administratorers og befolkningens indsigt i nødvendigheden af den anæstesiologiske ekspertise. Det er afgørende, at vi nationalt som lokalt medinddrages ved planlægning og gennemførelse af diverse handlingsplaner – det være sig ”kræfthandlingsplaner, planer for den præhospitale indsats, hjerteplaner, behandlingsgarantier mv.” – og at ændringer i strukturer, lokalt såvel som nationalt i forbindelse med etablering af funktionsbærende og højt specialiserede enheder, sker under inddragelse af anæstesiologiens ekspertise. Ikke for anæstesiologernes skyld – men fordi det er en *nødvendighed* for at kunne gennemføre den lægelige behandling, der fordres. Opgaven med at etablere, udbygge og synliggøre anæstesiologiens del af mønstret i sundhedsvæsenets spindelvæv vil Selskabet bidrage til af alle mulige offentlige såvel som kollegiale og tværfaglige kontakter. Derudover kræves overalt en daglig og vedvarende indsats fra Selskabets medlemmer – en indsats, der rækker ud over den faglige – men som ustandseligt har den anæstesiologiske kunsts mangfoldighed og lægelige profil for øje. En indsats, der er nødvendig lokalt i eget hus og eget amt afhængig af, hvor den enkelte er placeret i organisationen. Vi skal deltage aktivt i de lokale netværk og ikke forpuppe os i egne. *God arbejdslyst!*

Mogens K. Skadborg

Der indkaldes Videnskabelige bidrag til årsmødet 1.-3. november

i

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin

Det præciseres ved indsendelsen i hvilken form, det indsendte ønskes præsenteret:

- Præsenteres ved posterudstilling – alle tre dage
- Præsenteres ved foredragskonkurrence - lørdag den 3. november

De 6 bedste abstracts (øvrige får tilbud om deltagelse i posterudstillingen) til foredragskonkurrencen deltager i denne med SSAI sponsorerede præmier på

1. præmie 5.000 kr.
2. præmie 3.000 kr.
3. præmie 2.000 kr.

Abstracts til foredragskonkurrencen indsendes til Sekretariatet
senest den 15. august 2001.

Bedømmelseskriterier for abstracts til foredragskonkurrencen:

Tidligere publikation

Bidrag må ikke tidligere have været offentliggjort som originalartikel i et internationalt tidsskrift, men må gerne have været mundtligt fremlagt og/eller vist som poster.

Vurdering

Abstracts vurderes dels ud fra det videnskabelige niveau og dels ud fra dets betydning for anæstesiologi og intensiv terapi.

Emnet:	Relevant for anæstesiologi og intensiv terapi i bredeste forstand? Originalt?
Problemformuleringen:	Klar og velvalgt?
Metoder:	Relevante, veludformede? Etiske problemer?
Resultaterne:	Væsentlige nye fund og observationer, der kan bidrage til udviklingen i faget?
Konklusionen:	Klar og i overensstemmelse med problemformuleringen?
Fremstillingen:	Klar, præcis og sproglig tilfredsstillende?

Bedømmelseskriterier for endelig vurdering ved fremlæggelse i Selskabet:

1. Valg af problemformulering
2. Metoden, egnethed
3. Resultatet
4. Betydning af resultatet
5. Præsentation, skriftlig
6. Præsentation, mundtlig

Jørgen Viby Mogensen, Else Tønnesen, Anders Larsson

Vejledning for udfærdigelse af videnskabelige bidrag til Årsmødet.

Videnskabelige bidrag kan enten præsenteres som *posters* eller som *foredrag*. De seks bedste foredrag vil blive offentliggjort i DASINFO og deltager i konkurrence om

1. præmie på kr. 5000,-
2. præmie på kr. 3000,-
3. præmie på kr. 2000,-

Præmierne er sponsorede af SSAI.

Foredrag, som ikke udvælges til foredragskonkurrencen, kan præsenteres som posters.

Abstracts til foredrag inddeles i

- 1) Titel, forfatter(e), institution, (e-mail)
- 2) Introduktion
- 3) Metoder
- 4) Resultater
- 5) Diskussion
- 6) Konklusion

Abstracts bør fylde < 500 ord af hensyn til spalteplassen i DASINFO.

Jørgen B. Dahl, Lars Peter Wang

Årsmøde i DASAIM

finder sted på **Radisson SAS Hotel i København torsdag 1. – lørdag 3. november 2001**. Endeligt program og tilmeldingsblanket kommer i DASINFO nr. 3, 2001 - og bringes naturligvis på DASAIM's hjemmeside www.dasaim.dk

Årsmødet starter torsdag 1. november kl 10:30 med registrering og afsluttes lørdag 3. november med festmiddag på Radisson SAS Hotel. Der er lagt op til et spændende og varieret program i flotte omgivelser, og med en stor udstilling fra medicinalindustrien både torsdag og fredag.

Torsdag den 1. november

Udstilling

12:00 – 14:30

Sammedagskirurgi, *Niels Chr. Hjortso*

Kirurgiske og anæstesiologiske visioner for dagkirurgi

Pædiatrisk anæstesi, *Steen Henneberg*

Transportrekommandation fra DASAIM og Dansk Pædiatrisk Selskab

Blodprodukter til børn

Kolloider vs. krystalloider til børn. Pro et con:

Peroperativ brug af kolloider/krystalloider til børn.

Derfor bruger jeg aldrig albumin!

Derfor bruger jeg albumin til visse børn!

Kronisk smertebehandling, *Jette Højsted*

Antidepressivas analgetiske virkningsmekanismer

Opioiders påvirkning af patienternes koncentrationsevne, hukommelse og evne til at tænke

Kroniske smerter epidemiologi

Tværfaglig behandling - økonomisk vurderinger

Akut-, traume og præhospital, *Freddy Lippert*

MTV erfaringer fra Lægebambulancen i Århus

Nye data fra de danske lægeambulancer

MTV undersøgelsen i Frederiksborg Amt – foreløbige erfaringer

Lægebaseret præhospital organisation og behandling i Tyskland

14:30 – 15:30

Posterfremvisning

15:30 – 18:00

Thoraxanæstesiologi, *Kirsten Eliassen, Claus Andersen*

1) Total Quality Management – hvad er det?

Danske afdelingers holdninger

TQM og risikovurdering i praksis

2) Teknologiuudvikling i anæstesi og kirurgi:

Robotkirurgi

PDM (Patient Data Management)

Sover patienten under anæstesi?

Obstetrisk anæstesi, *Ulla Bang, Søren Helbo Hansen*

Epidural fødselsanalgesi.

Komplikationer: Temperaturforhøjelse, neurologiske sequelae.
Patientsamtykke
Hvad gør jeg, når epiduralen eller spinalen ikke fungerer til fødsel/kejsersnit?

Postoperativ rehabilitering eller Acute pain Service:

Organisation og økonomi
Acute Pain Service og outcome – hjælper det at smertebehandle?
Acute Pain Service i Danmark, status og visioner

18:00 – 22:00

Uformel middag - Revy

Fredag den 2. november 2001

Udstilling

9:00 – 10:30

Anæstesi og Intensiv parallelsessioner

10:30 – 11:00

Posterudstilling

11:00 – 12:30

Anæstesi og Intensiv parallelsessioner

13:45 – 15:00

Posterdiskussion

16:00 – 18:00

Foreningen af Yngre Anæstesiologer præsenterer forelæsningsen, som er aktuell for alle anæstesiologer:
”Hvordan håndterer vi egne kriser?” *Anders Korsgaard Christensen*

16:00 – 18:00

Danske Anæstesiologers Organisation, generalforsamling

18:00 – 19:30

Middag, Radisson SAS Hotel

19:30 – 22:30

DASAIM, generalforsamling

Lørdag den 3. november 2001

9:00 – 9:45

Erik Husfelt-forelæsning

”Fluid resuscitation 2001”

10:15 – 12:15

Foredragskonkurrence – 6 bedste abstracts præsenteres mundtligt

13:15 – 14:45

Human albumin pro et con ?

Hvorledes erkendes og implementeres ny viden ?

15:15 –16:00

Ole Secher-forelæsning

Professor Petter Andreas Steen, Oslo: ”Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care”.

19:00 – 02:00

Festmiddag, Radisson SAS Hotel

Pris-og legatoverrækkelser - Taler

ORIENTERING

Kongres-og mødereferater:

Workshop in Evidence-based Anaesthesia at the Chinese University of Hong Kong

The Office of Educational Services, Faculty of Medicine, CUHK afholder fagspecifikke evidensbaserede workshops for læger og administratorer ansat ved de 11 universitetshospitaler i Hong Kong. Da turen var kommet til det anæstesiologiske speciale blev undertegnede inviteret til at deltage som kursusleder, foredragsholder og facilitator.

Kursusmappe med materiale blev fremsendt til workshopdeltagerne. Mappen indeholdt artikler inden for genrene: behandling/forebyggelse, systematisk oversigtartikel, prognose og guidelines. Mappen indeholdt desuden vejledning til kritisk gennemgang af artiklerne, samt en checkliste.

Dagen før workshoppen afholdt man en ”faciliator-træningsdag”, hvor facilitatorerne kunne mødes og lære hinanden at kende. Principperne for undervisning ved EBM-case metoden blev gennemgået og diskuteret, og forelæsnings indhold resumeret.

Ved EBM-case metoden præsenteres kursisterne for en sygehistorie og arbejder sig kritisk igennem udvalgte artikler, der refererer til sygehistorien. Gruppedeltagerne arbejder så selvstændigt som muligt og facilitatorens vigtigste opgave er at sikre at alle deltager i diskussionen og at holde denne ”på sporet”. Faciliatoren skal således styre så lidt som muligt. Ofte må faciliator dog især i starten svare på mange spørgsmål og mange gruppedeltagere forventer at faciliator dirigerer slagets gang. Der hviler derfor en stor opgaver på faciliatorens skuldre med hensyn til at lægge initiativerne ud til gruppedeltagerne.

Workshoppen foregik over 4 dage, fra kl. 14 til 18. Hver kursusdag startede med en forelæsning om emnerne - *generelle principper i evidens-baseret medicin og Cochrane samarbejde, principper for litteratursøgning, kritisk litteratur gennemgang, implementering og guidelines.*

Efter forelæsningerne arbejdede workshopdeltagerne i grupper efter EBM-case metoden, med en facilitator tilknyttet hver gruppe og 5-7 deltagere i hver gruppe. I grupperne blev arbejdet med følgende emner – *terapi og forebyggelse, systematiske oversigtsartikler, bivirkninger, prognose og guidelines.*

Selvom man også i det kinesiske samfund benytter evalueringsskemaer, er den vigtigste indikator for et kursus succes at deltager møder op alle/de fleste dage. Vi havde en temmelig stor mødeprocent, hvilket forhåbentligt kan tolkes sådan at workshoppen var nogenlunde vellykket. Deltagerne var generelt veluddannede både kliniske og forskningsmæssigt og var meget modtagelige for den evidensbaserede tankegang. Der faldt dem derimod lidt svært selv at tage ansvar og initiativ for egen indlæring, der var bud efter facilitatorerne. Dette blev dog bedre og bedre i løbet af workshoppens 4 dage.

Det følte meget bekræftende af få lov at arbejde sammen med dygtige kolleger næsten på den anden side af jorden. Evidensbaseret medicin er meget mere end en videnskabelig måde at arbejde på. Det er en tankegang, der ikke kan undgå af præge en indstilling til det kliniske liv og som er livsvarig. Evidensbaseret medicin tager også grundlag i samarbejde på tværs af landegrænser og kulturelle skel, og tager hensyn til den enkelte læge og/eller patients særlige situation.

Lad os håbe at vi i fremtiden kan udbygge det internationale samarbejde mellem anæstesiologer til alles fordel, og forhåbentlig får vi også i Danmark mulighed for at modtage kolleger fra udlandet på den samme venlige og imødekommende måde, som jeg blev modtaget på i Hong Kong.

Overordnet koordinator for workshoppen var professor Clark Hazlett, der direktør for The Office of Educational Services.

Udover initiativet med de evidensbaserede workshops, har professor Hazlett opbygget et ”Clinical Skills Learning Centre” ved det medicinske fakultet. I centret findes udover uovertrufne undervisningsfaciliteter, mulighed for elektronisk kommunikation mellem undervisere og elever, der befinder sig i hver sit rum, computere med internet-adgang såvel i et fælles undervisnings rum, som i små separate rum. Tanken med de separate rum er blandt andet at kunne afholde eksamen, det bygger på informationsøgning (via Internet) samt kritisk evaluering af den fundne information.

Det var yderst inspirerende at stifte bekendtskab med centret og det gav inspiration til og forhåbninger om, at fremtidens eksaminer kan afholdes med baggrund i eksaminandens evner til at søge, evaluere og implementere information, i stedet for at tage udgangspunkt i udenadslære, som det oftest foregår i dag.

Ann Møller

Reserapport från Society of Critical Care Medicine 30th international educational and scientific symposium 10-14 februari 2001

Den amerikanska intensiv medicin kongressen som i år var förlagd till San Francisco var dedikerad till "compassionate care" (mycket viktigt ämne men misstänkt likt "compassionate conservatism") men kom istället att domineras av studien av **rekombinant aktiverat protein C (rhAPC)** vid sepsis (CCM 2000;28 suppl A48). I denna studie påvisades en **absolut mortalitetsminskning på 6%** med rhAPC och är den första "positiva" studien i raden av negativa studier vid sepsis under den sista 15 åren. Resultaten kommer påverka vårt omhändertagande av patienter med sepsis; jag tror att rhAPC-tillförsel kommer bli en rutinbehandling. Eli-Lilly har redan satt igång marknadsföringen genom en "uppföljningsstudie" på 25 patienter i Skandinavien och studier av liknande karaktär är även planerade i andra marknader. Enligt min mening kan inte sådana studier vara indicerade av vetenskapliga skäl. Det är helt klart att rhAPC är säkert och effektivt. Problemet är inte bristande effekt utan högt pris, som enligt uppgifter jag fick i Brussels kan vara 8000 US\$/patient, men även halva denna summa kommer få sjukhusekonomer att vrida sig. Ett billigare alternativ eller som jag tycker ett komplement till rhAPC är **hydrocortison i låg dosering** som i en mycket intressant fransk multicenterstudie (CCM 2000; 28 suppl A46) gav en **absolut mortalitetsminskning på 15%** hos patienter med svår septisk chock (således en kraftigare minskning av mortalitet än med rhAPC). Thomas Dyhr från Gentofte presenterade en studie om lungrekrytering och PEEP (som den enda humana studien om lungrekrytering som presenterades). I övrigt från Norden kom två svenska och två finska presentationer. Eftersom kongressen var anordnad i samarbete med den europeiska intensiv medicin sällskapet fanns många européer i föreläsarlistan, dock inga nordiska. Som alltid var det en variation av symposiernas kvalitet, men många var mycket bra. Jag bevakade framför allt de om koagulation, sepsis och respiration.

SEPSIS

Sepsis och koagulation

Aktiverat protein C

Företrädarna för att koagulationsprocessen är starkt bidragande till den systemiska inflammationen vid sepsis verkar nu ha medvind i och med **att rekombinant aktiverat protein C (rhAPC eller Drotrecogin- α) har i en stor multicenter (PROWESS) studie med 1690 patienter visat sig minska mortaliteten (28 dagars) med 6 % (från 31 till 25%, $p = 0.003$, power 80%).** Detta motsvarar en relativ risk reduktion (RRR) på 19% och en NNT (number needed to treat) på 16. Dvs för var 16:e behandlade patient räddas ett liv. Detta kan jämföras med trombolysbehandling (kontra ingen trombolys) vid hjärtinfarkt där NNT är 38 och tPA kontra streptokinas vid samma tillstånd där NNT är 100. Observera dock att låg dos hydrocortison vid septisk chock har en NNT på bara 8. rhAPC medför en liten ökad blödningsfrekvens (allvarlig blödning förekom i 3,5 % i rhAPC-gruppen och i 2.0% i kontrollgruppen, $p= 0.06$) men i övrigt kunde inga signifikanta bieffekter påvisas. Man fann heller inga påvekan av låg-dos heparin eller "low-molecular weight heparin" på blödningskomplikationer eller terapieffekt.

RhAPC hämmar både den pro-inflammatoriska processen och mikrotrombosbildningen genom 1) hämning av makrofagers och monocytens interaktion med endotelet via hämning av Tissue Factor 2) hämning av pro-koagulationen genom inhibition av factor VIIIa, factor Va och trombin (via trombomodulin och Protein S), och 3) stimulation av fibrinolysen genom hämning av TAFI (thrombin activable fibrinolytic inhibitor) och PAI (plasminogen activator inhibitor). Man skall dock vara medveten om att trots att vi vet om ovanstående mekanismer vet vi inte med säkerhet varför rhAPC minskar mortaliteten då inga pro-inflammatoriska hämmare eller anti-koagulantia har varit effektiva i tidigare sepsisstudier.

I studien fann man i behandlingsgruppen (behandlingenstiden var 96 timmar) att DIC-processen avstannade; d-dimer -och PAI koncentrationen minskade och den naturliga protein C koncentrationen ökade. D-dimer koncentrationen ökade direkt igen efter avslutad behandling upp samma nivå som hos kontrollgruppen, vilket tyder på att koagulationsprocessen fick fart ånyo.

Studien visade att d-dimer och protein C koncentrationerna kanske kan användas som indikatorer på svår infektion (100 respektive 80% av patienterna hade förändringar av dessa vid inklusionen). Koncentrationerna av ATIII och Protein S var sänkta och koncentrationen av IL6 var kraftigt förhöjd. Intressant var koncentrationen av IL6 högre vid grampositiv sepsis än vid med gramnegativ, medan för d-dimerer och PT var detta förhållande omvänt.

68% av patienterna hade positiva dyrkingsvar; 25% var grampositiva och 23 % gramnegativa bakterier. Infektionskällan var lungan i 50%, buk i 20% och urinvägar i 10% (lika i båda grupperna). 80% av patienterna kom hemifrån, medelåldern var 60 år och drygt 40% var kvinnor. Apache II var 25; 70% av patienterna var i chock och respiratorbehandlade vid inklusionen.

De överlevande patienter i båda grupperna respiratorbehandlades lika länge, och stannade lika lång tid på ITA och på sjukhuset. Behandling med rhAPC kommer således belasta sjukhusbudgeten dubbelt, dels genom själva läkemedelskostnaden, men också genom att fler patienter överlever och behöver vårdplatser både på ITA och på vanlig vårdavdelning. Detta faktum får inte, hoppas jag, hindra att vi Danmark får tillgång till, och kan använda detta effektiva farmaka.

Tissue factor pathway inhibitor (TFPI)

TFPI hämmar Tissue factor (TF) som i sig är en viktig initiator av koagulationsprocessen. TFPI binder sig till faktor VIIa och Xa via detta komplex hämmas TF.

I djurexperiment har TFPI (Tifcogin) minskat mortaliteten hos infekterade möss (J Clin Invest 1993;91:2850, CCM 2001;29:13), infekterade kaniner (J Inf Dis 1998;177:668) och gentamycinbehandlade babianer med E-coli sepsis (ICM in press). I en fas II studie hos 210 patienter fanns det en tendens till ökad överlevnad med TFPI (30% mortalitet hos behandlingsgruppen och 38% hos placebogruppen) och det pågår nu en fas III studie (1350 patienter beräknas bli inkluderade) där även danska centra deltar. Den använda dosen är mycket låg, eftersom en högre dos kan ge kraftigt ökad blödningsbenägenheten. Om TFPI ger en mortalitetsminskning så är, liksom vid rhACP, mekanismen för detta inte klar. TFPI har nämligen inga egna anti-inflammatoriska effekter och interagerar inte med vita blodkroppar.

Antitrombin III

Antitrombin IIIs (ATIII) effekter liknar rhAPCs; ATIII hämmar koagulationen (genom bindning till Faktor Xa, IXa, XIa, trombin etc) och hämmar pro-inflammation genom minskning av leukocytadhesion till endotelet. Den senare effekten sker troligtvis via frisättning av prostacyclin, eftersom förbehandling med indometacin (hämmare av cyklooxygenas och således prostacyclinproduktionen) inhiberar denna effekt (Am J Physiol Cell Physiol 2000; 279:190, CCM 2001;29:134). Det krävs emellertid att ATIII binds till endotelet för att prostacyclin skall frisättas. Heparin, vilket används till många ITA-patienter, förhindrar ATIIIs bindning till endotelet och således frisättningen av prostacyclin (CCM 2000;28:2881). Detta förhållande kan delvis förklara att ATIII (30.000 IU under 4 dagar) i en stor multicenterstudie (KYPARSEPT) där 200 centra och 2300 patienter deltog inte visat sig ha några positiva effekter vid sepsis. I placebogruppen var mortaliteten 38,7% och i behandlingsgruppen 38,9%. Ingen skillnad kunde påvisas i minskning av organdysfunktion eller tid på ITA mellan grupperna. I en subgruppsanalys hos patienter som inte fick heparin kunde man dock se en trend till lägre mortalitet i behandlingsgruppen (37,8% mot 43,6%). Hos de patienter som fick heparin var det en ökad incidens av allvariga blödningar hos de ATIII-behandlade patienterna. Ovanstående resultat gör att **ATIII inte kan rekommenderas som en generell behandling vid sepsis.**

Steroider

Korttidsbehandling med en hög dos av steroider vid sepsis har i flera studier från 80-talet visat sig vara ineffektiv (CCM 1995;23:1430) och används därför inte längre på denna indikation. Emellertid tyder allmer data på att en längre behandling med lägre doser (300 mg/dag av hydrocortison) är effektiv (CCM 1998;26:645, CCM 1999;27:723). Detta eftersom många patienter med sepsis har en relativ eller absolut

binjurebarksinsufficiens (Lancet 1991;337:582, Am J Med 1995;98:266, JAMA 2000; 283:1038). Binjurebarksinsufficiens i sig minskar effekten av vasopressorer och ökar mortalitet. Lågdos hydrocortison har potentiella positiva effekter vid sepsis genom hämning av den genetiska kodningen av bl.a. IL6, selektiner och iNOS via NF-κB (t.ex Mol Cell Endocrinol 1999;157:1). Dock skall man vara medveten om att en rebound uppstår om hydrocortison utsätts för tidigt vid sepsis, dvs inom fem dagar.

I en fransk multicenterstudie (CCM 2000; 28 suppl A46) på 301 patienter med septisk chock (med inadekvat svar på vätska och dopamin) randomiserades patienterna inom 8 timmar efter inklusionen till **antingen hydrocortison 50 mg iv var 6 timme + 50ug fludro-cortison (Florinef) p.o.per dag under 7 dagar eller till placebo**. Alla patienter fick adekvat antibiotika och orsaken till sepsis var densamma i de båda grupperna (60 % pneumoni, 20% blodinfektion, 20 % abdominal orsak och 10% UTI). **28-dagars mortaliteten var 55% i behandlingsgruppen och 70% i placebogruppen och skillnaden kvarstod vid efter ett års uppföljning**. NNT var 8. Detta kan jämföras med 16 i rhACP-studien (statistiken är dock starkare i rhACPstudien). Det kunde inte påvisas någon negativ påverkan av immunfunktionen (HLADR på monocytter var samma i båda grupperna, som minskar vid antiinflammation) och det var inte heller någon skillnad i antalet superinfektioner mellan grupperna. Före start av aktiv behandling eller placebo gjordes en ACTH-test (Synacten test) och hos dem som hade adekvat svar (70 patienter) på denna test hade steroider ingen positiv (eller negativ) överlevnadseffekt. Dock hade 229 patienter av de 301 inadekvat svar (lika fördelning mellan de två grupperna). Denna studie stämmer väl med min bias och erfarenhet att de patienter som inte svarar på vätska och adekvata doser vasopressorer vid septisk chock är hydrocortison effektiv. Helst bör man göra en ACTH-test före det att hydrocortison tillförs. Om den visar på att binjurebarken reagerar normalt kan hydrocortison utsättas. Vid utsättning av hydrocortison behöver inget nedtrappningschema användas.

Övrigt

Jonathan Cohen, en känd infektionsmedicinare från London, höll ett föredrag om sepsisbehandling i framtiden och **påpekade att årets framsteg inte är slutet på utan bara en början på utvecklingen av innovativa behandlingstrategier vid sepsis**. Syntetiska icke-toxiska Lipid A molekyler har tagits fram som hejdar endotoxins bindning till toll-4 receptorn (TLR 4) på de inflammatoriska cellerna (Br J Pharmacol 1999;127:853). En molekyl som binder sig till levande bakterier och hämmar fagocytosen (serum amyloid P component) kan öka överlevnaden hos möss som utsätts för vissa bakteriestammar (Proc Natl Acad Sci (USA) 2000;97:14584). Compound R som kan binda sig till meningokocker fördröjer mortaliteten –också hos möss (Proc Natl Acad Sci (USA) 2000;97:1450). En superantigen-absorber har tagits fram – som kan sättas i ett hemofiltrationsmembran och absorbera grampositiva bakteriernas exotoxiner. Även antikroppar mot grampositiva bakteriernas superantigener finns (Nature Medicine 2000; 6:414). Nya djurmodeller har tagits fram. Råttor och möss är naturligt resistenta mot endotoxin och grampositiva bakteriernas superantigener och det fordras således skyhöga doser (1000 gånger högre än till människor) att döda dessa djur och därför blir resultaten mycket svåra att tolka. Det vill säga att de resultat som tagits fram på råttor är tveksamt relevanta (vilket också de negativa sepsisstudierna har visat). Nu finns emellertid transgena möss för HLA-DQ som reagerar på samma dosnivåer av endotoxin och superantigener som människor. Vi vet också att olika människor reagerar olika vid sepsis beroende på skillnader i immunförsvaret som i sin tur beror på den genetiska koden (NEJM 1988;318: 727, TNF-alfa-CCM 1996;24:381, JAMA 1999;282:561, TLR 4-Nature Genetics 2000;25:187) . Om vi i framtiden får reda på den individuella genetiska koden kommer vi också kunna skraddarsy en individuell behandling. Jag tror emellertid att det är åtminstone fem till tio år dit.

Resistensutveckling

Dr Gerberling från CDC i Atlanta tog upp problemet med antibiotikaresistens och visade på att över 2 500 000 patienter i USA drabbas av nosokomiala infektioner och många av dessa beror på (onödig) invasivitet och överbehandling av antibiotika. I USA är 85% av Staf epidermidis och 35% av Staf. aureus resistenta mot oxacillin. Vancomycin resistenta enterococker är ett stort problem (25% resistens i USA). Pseudomonas som utvecklat resistent mot karbapenemer (imipenem och meropenem) har ökat med 20% de sista fem åren. Denna utveckling kan hejdas om den initiala behandlingen är kraftfull och adekvat. **Om felaktigt antibiotika (med ett spektrum som inte avdödar de troliga bakterierna) och i för låg dos (som gör att det blir låga koncentrationer i vissa vävnader) ökar inte bara mortaliteten hos patienterna (Chest**

1999;115:462) utan också resistensutvecklingen. När dyrkingssvaret kommer skall däremot spektrat göras så smalt som möjligt. Dessutom bör man avlägsna invasiva ingångar så fort som möjligt. I USA är katetrar (artär, ven och urin) den vanligaste orsaken till nosokomiell infektion. Slutligen och mycket viktigt, måste vi förbättra handhygien.

Enteral nutrition

En ny metaanalys av Daren Heyland från Kingston i Canada tyder på att **immunonutrition kan vara deletär hos svårt septiska äldre patienter.** I övrigt finns fortfarande inget som med säkerhet visar att mortaliteten minskar med immunonutrition till ITA-patienter. Däremot minskar inläggningstiden på sjukhus och sekundära septiska episoder. En consensusrapport som kommer publiceras i AJPEN rekommenderar att immunonutrition ges tidigt vid elektiv stor gastrointestinal kirurgi och vid trauma. Den kan även vara av värde hos vid annan stor kirurgi och hos patienter som inte kan äta inom fem dagar. Däremot finns ingen indikation för immunonutrition till patienter som korttidsvårdas på ITA, är cirkulatoriskt instabila (snarare kanske farligt) eller har en övre gastrointestinal blödning. Immunonutrition är således inget som gagnar alla ITA-patienter utan kan t.o.m. leda till ökad morbiditet och mortalitet. Man skall heller inte sträva efter att komma upp i full nutrition direkt utan under en tidsperiod på ungefär fem dagar (detta är speciellt viktigt vid sepsis- börja med 10-20 ml/tim och öka med 10 ml/tim/dag). Det var också en allmän uppfattning man skall avvakta minst 5-7 dagar innan TPN startas när enteral nutrition inte tolereras.

I djurexperiment har Kenneth Kudsk påvisat att mucosa-atrofin som orsakas av TPN kan restitueras med iv bombesin (ett gastrointestinalt hormon). Så det kanske finns andra vägar än enteral nutrition att skydda tarmen hos kritiskt sjuka patienter.

Väske terapi

Den ökända albumin- metanalysen (BMJ 1998;317:235) som tydde på att albumintillförsel till kritisk sjuka ökade mortaliteten verkar haverera ytterligare. Förutom det kraftiga torpedskottet av Bente Gymoese Jorgensen och medarbetare (Ugeskr Laeger 2001;163:600) har två nya omgjorda metanalyser (Cook och Wilk, Sibbald personligt meddelande) inte kunnat påvisa någon ökad mortalitet hos kritiskt sjuka av albumin. Min personliga åsikt är detta till trots att framför allt på grund av ekonomiska skäl så bör andra kolloider föredras framför albumin. Det är också att förvånande att vi kan delta i den andra efter den andra av studier när det gäller avancerad behandling av sepsis (anticytokiner, AT III, APC etc) utan att vi vet vilken väskebehandling som den mest optimala. Vi vet att utan väske är med stor sannolikhet mortaliteten närmast 100% och med väske omkring 30%, vilket ger en absolut mortalitetsreduktion på 70%. Vi vet däremot inte om vi kan minska mortaliteten ytterligare genom att ge enbart kristalloider eller att tillföra blandning av kolloider och kristalloider, eller vilken kolloid (där också inbegripet albumin) som är bäst och vilket som i så fall är den optimala doseringen. Är det kanske inte viktigare att vi satsar på (och tvingar samfundet att finansiera) sådan forskning än att vi låter oss fångas av läkemedelsindustrins sirensång och pengar? (Efter över trettio studier och åtskilliga miljarder dollar fann man RhACP som minskar mortaliteten med 6%, men det är "peanuts" jämfört med vad väske terapi kan åstadkomma).

Ventilation

Allmänt

Fortfarande gäller "open up and keep the lung open"-konceptet, även om bara en human studie (NEJM 1998;338:347) har gjorts. Den påvisade å andra sidan markanta positiva effekter. Det pågår dock en NIH-ARDS-net studie som förhoppningsvis kommer ge svar på om detta koncept (lungrekrytering samt PEEP) är lungprotektiv även hos människa. Det är däremot helt klart att låga tidalvolymmer skall användas (NEJM 2000: 342: 1301). Biotrauma (= skadlig ventilation frisätter inflammatoriska mediatorer) diskuteras rikligt och alla var eniga om detta fenomen spelar en stor roll i utveckling av ventilator-induced lung injury (VILI) (J Clin Investigation 1997;99:944). Dessutom ger en skadlig ventilation en ökad translokation av endotoxin från lungvävnad hos kaniner (AJRCCM 2000;162:27) och potentierar också apoptos, inte bara i lungvävnad, utan också i njurparenkym (Imai, att presenteras på ATS 2001). Om den inflammatoriska processen hejdas t.ex. med steroider (Am J Physiol 1998;275 :L1040) kan (åtminstone kortvarigt hos djur) en skadlig

ventilation (stora tidalvolymmer utan PEEP) tolereras utan negativ påverkan av oxygenering eller lungmekanik.

Bugleje (prone position)

En multicenter studie från Frankrike är nu avslutad och där kunde **ingen skillnad i mortalitet** påvisas mellan patienter som respiratorbehandlades i bukläge eller i ryggläge (Gattinoni et al AJRCCM in press).

Væske andning (Partial Liquid Ventilation)

Tre tidigare studier på premature och äldre barn har varit negativa. Nu har emellertid en ny studie just slutförts där man jämfört två doser med perflubron (en fluorinnehållande vätska med god löslighet för oxygen- 50 ml O₂/100 ml væske), 10 och 20 ml/kg på 309 ARDS patienter. Perflubron hålls ner i luftvägarna och sedan används en vanlig respirator på vanligt sätt. En interim-analys tyder på låg mortalitet (< 20%), men det definitiva resultatet kommer först i juni eller juli (Bradley Fuhrman, Childrens Hospital of Buffalo).

Outcome

Laurent Brochard från Paris håll en högtidsföreläsning där han beskrev resultaten från den stora europeiska studien om respiratorbehandling på ITA (361 ITA, 15750 respiratorbehandlade patienter). 60% hade kontrollerad andning och ITA-mortaliteten var 31% (hos COPD var den 22% och hos ARDS 52%). ARDS – patienter hade längre ITA- vårdtid (14±7 dagar). **Topp-luftvägstryck > 50 cmH₂O, Platåtryck > 35 cmH₂O, PEEP 0 cmH₂O och tidalvolymmer < 5 ml/kg (!) var associerade med en hög mortalitet.** Däremot var tracheostomi associerad med låg *ITA-mortalitet*. Det beror emellertid inte på att tracheostomi verkligen minskar mortaliteten. Förklaringen är istället att tracheostomi ofta görs senare i vårdförloppet när man anser att trots allt patienten har möjlighet att överleva. *Sjukhusmortaliteten* var jämförbar med en liknade grupp med samma sjukdomsgrad. **Tracheostomi minskar således inte mortalitet, utan förskjuter den till den tidpunkt då patienten har kommit till den vanliga vårdavdelningen.** Detta stämmer helt med min erfarenhet, men motsäger en tidigare studie (Kollef AJRCCM 1999;27:1714). Brochard beskrev också en annan retrospektiv multicenterstudie av non-invasiv ventilation (NIV) på 691 patienter (42 ITA). De 108 patienter som blev non-invasivt ventilerade hade 20% mortalitet, medan de som blev intuberade hade 35%. I hans egen avdelning är 90% av COPD-patienterna nu ventilerade med NIV och mortaliteten är 7% i denna patientgrupp, jämfört med över 20% då huvuddelen var intuberade.

Sammanfattning.

En spännande och bra kongress med många nyheter. **Vi har fått två nya möjligheter att adjuvant behandla sepsis; lågdos hydrocortison och rhAPC.** Men dessa metoder är utan nytta om inte den basala sepsisbehandlingen sker hurtigt och effektivt (behandlingen av grundorsaken- borttagande av infekterade CVK, abscesser etc, korrekt initial antibiotika (Chest 1999;115:462) och adekvat cirkulationsbehandling med framför allt kraftig væsketerapi (J Trauma 1999;46:209, CCM 2000;28 Suppl:A197)). William Sibbald, en kanadensisk mycket välkänd och högt renommerad intensivmedicinare, använder, liksom jag och många i Skandinavien, en riklig væskebehandling med en blandning av kristalloider och kolloider. Han (är över 60 år) har aldrig sett något avlida på grund av initial för kraftig væsketillförsel och lungödem, men däremot flera på grund av otillräcklig initial væsketerapi!

Anders Larsson

Ude godt men hjemme bedst

Nogle danske anæstesiolger har arbejdet udenlands i længere tid. De fleste har arbejdet i Sverige og Norge, men nogle er rejst længere væk. De fleste af de, som har rejst, synes det har været gode og spændende oplevelser, som opholdet har budt på. En del har svært at omstille sig til at være tilbage i Danmark, men oftest oplever de en positiv modtagelse på de danske afdelinger. Afdelingerne og kollegerne er oftest fælles om at have udbytte af udenlandsopholdet – omend på forskellig vis. Mange henvender sig siden til kolleger, som har været udenlands for at få lidt kontakter eller fif om steder, de gerne selv kunne tænke sig at arbejde.

DASINFO vil gerne bidrage til at gøre professionelle udenlandsophold mulige for de kolleger, som er interesseret i det. Medlemmerne opfordres derfor til at henvende sig til redaktøren med adresser på

udenlandske hospitaler og/eller navne på afdelingernes chefer. Disse oplysninger vil sidenhen og løbende blive bragt i DASINFO. Henvendelse kan ske til redaktøren eller til DASAIM's hjemmeside under rubrikken "Udenlandske hospitaler".

Eksempler kan se ud som følger:

Head of Department, Dept. of Intensive Care Sir Charles Gairdner Hospital, Nedlands 6009, W. Australia. E-mail: Tlf: Fax: Web:
--

Klinikchefen Anestesi och Intensivvårdsavdelningen Universitetssjukhuset i Lund, S.221 85 Lund, Sverige E-mail: Tlf: (+46) 46 17 19 49 Fax (+46) 46 17 60 50 Web: www.anest.lu.se
--

Lars Peter Wang

Dækning af udgifter til obligatoriske kurser indenfor fase 1, 2 og 3

Introduktion

Videreuddannelsesudvalget har gennemført denne undersøgelse for at klarlægge, hvordan udgifter til de obligatoriske kurser dækkes af afdelingerne. Undersøgelsen er blevet gennemført som et telefoninterview med enten den administrerende overlæge eller den uddannelsesansvarlige overlæge på afdelingen, og de oplysninger der fremgår af tabellerne bygger udelukkende på de informationer, som er givet af disse. Der blev udspurgt om betaling af kursusafgift/gebyr, løn, ophold, transport og diæter.

Der er tabeller med forholdene for det enkelte sygehus inden for de tre faser. Tallene i () er antal uddannelsessøgende læger. (()) er antal afdelinger.

Resultater

FASE 1 (Se tabel 1):

I fase 1- uddannelsen, dvs introduktionsstillingen, er introduktionskurserne eneste obligatoriske kurser. Disse kurser opfattes som obligatoriske for at få godkendt sin introduktionsstilling og dermed kunne indstilles til en uddannelsesstilling inden for specialet. Introduktionskurserne planlægges og afholdes i de enkelte regioner og har derfor forskelligt forløb i de tre regioner, men generelt må man sige, at introduktionskurserne dækker de samme grundlæggende emner inden for anæstesiologien trods den forskellige opbygning. I region Øst afholdes 2 uger a 5 undervisningsdage i Roskilde i løbet af et år. Der er et kursusgebyr på ca 250 kr per dag. Alle afdelinger i region øst dækker denne udgift, de fleste fuldt ud, enkelte delvist. I region syd og nord afholdes introduktionsskurser som endagskurser 8-10 dage om året. I begge regioner afholdes kurserne på forskellige sygehuse fordelt efter antallet af normerede introduktionsstillinger på de enkelte afdelinger. Afdelingen betaler for det eller de kurser, de afholder, og der er derfor ikke noget gebyr for introduktionslægen, som indirekte får alle kurserne betalt af afdelingen på denne måde. I alle tre regioner dækkes løn på kursusdage, to steder dog kun, hvis introduktionslægen skulle have været på arbejde. Transportudgifter dækkes ikke af halvdelen af afdelingerne i region øst; to afdelinger dækker kun ved kurser af varighed over flere dage. I region syd og nord dækkes transportudgifter generelt, i region nord er der dog to afdelinger, der ikke dækker transport. Ophold er ikke aktuelt for region nord og syd. I øst dækkes dette kun af to afdelinger. Diæter dækkes generelt ikke i nogle af regionerne.

FASE 2 (Se tabel 2):

Fase 2-læger har A-kurser som obligatoriske kurser. Herudover kommer de centrale kurser som SOSA og farmakologikurserne. Disse kurser er hovedsagligt ugekurser fordelt over hele landet.

For alle fase 2-læger dækkes løn, transport og ophold. Diæter dækkes af 7 af 10 afdelinger, dvs for 57 af 69 kursister.

FASE 3 (Se tabel 3):

For fase 3-lægerne er de obligatoriske kurser de A-kurser, der ikke er taget i fase 2. Typisk vil det første år i fase 3-stilling være på en A-afdeling, og alle kurser vil være afholdt inden start på 2. år på central sygehus. Besvarelserne fra centralsygehusene bar da også præg af at de yderst sjældent, og hyppigst aldrig, havde været i en situation, hvor de skulle dække udgifter i forbindelse med obligatoriske kurser, og at de derfor svarede rent teoretisk på dækningsgraden.

Alle afdelinger ville give fri med løn, generelt betales ophold og transport. Kun to afdelinger (centralsygehusene) ville ikke dække dette. De færreste afdelinger ville dække diæter. Det er primært A-afdelinger, der dækker diæter, og de fleste fase 3-læger er dækket (43/75).

Diskussion

Generelt må det siges, at afdelingerne i stor udstrækning dækker udgifter til obligatoriske kurser.

Da introduktionskurserne er obligatoriske bør introduktionslægen have betalt kursusgebyr, have fri med løn og betalt ekstra udgifter i form af transport eller ophold til disse kurser.

Det er dog først for nylig at forholdene er blevet gode for alle fase 2 og 3-læger og der er enkelte afdelinger, som bør revidere deres dækning i forbindelse med introduktionskurser. Det bør være selvfølgelig at A-kurser dækkes fuldt ud, hvilket også er tilfældet. Da A-kurser er kurser af en uges varighed, ville det være rimeligt, at diæter dækkes for de kursister, der er nødt til at tage ophold på hotel. For flere kursister er det kun for ganske nyligt, at dette er indført. Med hensyn til obligatoriske kurser i fase 3-tiden bør der gælde de samme forhold, som for fase 2-lægerne med afgjort dækning af løn, transport, ophold og evt diæter.

Ved samtale med afdelingerne blev det hyppigt fremført at dækning af kursusudgifter var ude af afdelingens hænder, idet enten sygehuset eller amtet havde en overordnet politik på dette område.

Enkelte afdelinger havde en årlig maksimumramme for udgifter, hvorefter den uddannelsessøgende selv måtte betale resten, eventuelt med tilbagebetaling senere på året, hvis andre ikke havde udnyttet deres maksimumbeløb. Samtidig blev det anført at den uddannelsessøgende læge ofte slet ikke søgte om at få dækket alle deres udgifter. Derfor må en opfordring til alle uddannelsessøgende læger være: Søg alle udgifter dækket, - også selvom I ved, at I får afslag på noget, ikke mindst for at dokumentere et behov, som afdelingen så kan gå videre med til sygehusledelsen eller amtet.

*Dorte Keld
Videreuddannelsesudvalget/DASAIM*

Fase 1	Afdeling	Antal stillinger	Betaling af:				Bemærkninger	
			kursus afgift	løn	transport	ophold		diæter
	Amager	1	ja	ja	nej	nej	nej	
	Bispebjerg	5	ja	ja*	nej	nej	nej	* hvis den YL skulle have været på arbejde
	Esbjerg	3	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
	Gentofte	2	ja	ja	ja	nej	nej	
	Glostrup	2	ja	ja	ja	ja	ja	
	Herlev	3	ja	ja	nej	nej	nej	
	Herning	2	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
	Hillerød	4	ja	ja	nej	nej	nej	
	Hjørring	4	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
	Holbæk	2	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er

							endags
Holstebro	2	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
Horsens	2	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
Hvidovre	5	ja	ja	nej	nej	nej	
Kolding	3	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
Køge	2	ja	ja	ja	nej	nej	
Nykøbing F	3	ja	ja	ja*	nej	nej	*dækkes ikke ved endagskurser
Næstved/ Vordingborg	3	ja	ja	ja*	nej	nej	*dækkes ikke ved endagskurser
Randers	5	ja	ja	nej	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
Roskilde	2	ja*	ja	nej	nej	nej	*50% af kursusudgiften dækkes
Silkeborg	5	ja	ja**	nej	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags ** kun hvis YL alligevel skulle arb.
Slagelse	2	ja	ja	ja	ja	ja	Budget med 3000 kr per YL per år
Svendborg	2	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
Sønderborg	4	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
Vejle	3	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags,
Viborg	5	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
Århus Amtssygehus	4	ja	ja	ja	nej*	nej	*ikke aktuelt da kurserne altid er endags
I alt	80	100%	100%	63%			
				(50/80) ((18/26))			

Fase 2	Afdeling	Antal stillinger	Betaling af:			
			løn	transport	ophold	diæter
	Bispebjerg	4	ja	ja	ja	ja
	Gentofte	5	ja	ja	ja	ja
	Glostrup	5	ja	ja	ja	ja
	Herlev	5	ja	ja	ja	nej
	Hvidovre	4	ja	ja	ja	ja
	Odense	12	ja	ja	ja	nej
	RH	12	ja	ja	ja	ja
	Skejby	6	ja	ja	ja	ja
	ÅKH	6	ja	ja	ja	ja
	Ålborg	10	ja	ja	ja	nej
	I alt	69	100%	100%	100%	83%
						(57/69)((7/10))

Fase 3		Betaling af:			
Afdeling	Antal stillinger	løn	transport	ophold	diæter
Bispebjerg	4	ja	ja	ja	ja
Esbjerg	2	ja	ja	ja	nej
Fredriksberg	2	ja	nej	nej	nej
Gentofte	4	ja	ja	ja	ja
Glostrup	4	ja	ja	ja	ja
Herlev	2	ja	ja	ja	nej
Herning	1	ja	ja	ja	nej
Hillerød	2	ja	ja	ja	nej
Hjørring	1	ja	ja	ja	nej
Holbæk	1	ja	ja	ja	nej
Holstebro	1	ja	ja	ja	nej
Hvidovre	4	ja	ja	ja	ja
Kolding	1	ja	ja	ja	nej
Køge	1	ja	ja	ja	ja
Næstved/ Vordingborg	1	ja	ja	ja	nej
Odense	6	ja	ja	ja	nej
Randers	3	ja	ja	ja	ja
RH	16	ja	ja	ja	ja
Roskilde	2	ja	nej	nej	nej
Slagelse	1	ja	ja*	ja*	ja*
Sønderborg	2	ja	ja	ja	nej
Vejle	2	ja	ja	ja	ja
Viborg	3	ja	ja	ja	nej
ÅKH	3	ja	ja	ja	ja
Ålborg	5	ja	ja	ja	nej
Århus Amtssygehus	2	ja	ja	ja	ja
I alt	76	100%	95%	95%	58%
			(72/76) ((24/26))	(72/76) ((24/26))	(44/76) ((11/26))

*Budgetramme 3000 kr per YL per år

DASINFO opfordrer anæstesi-og intensivafdelinger til at maile afdelingens hjemmesides web-adresse til DASAIM

Bestyrelsen opfordrer til at afdelinger, som har en hjemmeside, mailer eller sender hjemmesidens adresse til

it.udv@dasaim.dk

eller

postmaster@dasaim.dk

eller

webmaster@dasaim.dk

IT-udvalget ser det som formål at bringe en oversigt over hjemmesider på DASAIM's egen hjemmeside (www.dasaim.dk), således at medlemmer via nettet let kan finde oplysninger om kollegernes afdelinger.

Lars Peter Wang

Statuskrivelse for Studerendes Anæstesiologiske og Traumatologiske Selskab

I anledning af at vi har fået ny bestyrelse vil vi gerne i SATS fortælle lidt om vores historie, aktiviteter og fremtidige projekter. Vi vil også gerne benytte denne skrivelse til at sige tak til de, der har taget så godt imod os og har støttet os både økonomisk og fagligt. Udover nedenstående henvises der til Ugeskrift for Læger, der udkom i uge 45, der bringer et interview med den afgående formand.

SATS historie

SATS startede i efteråret 1999. Foreningen blev grundlagt af syv studerende på Københavns Universitet, der ønskede at fordybe sig i emnerne anæstesi, traumatologi og intensiv terapi. Der dannedes en bestyrelse, med Per Bredmose som formand, Jakob Lundager som kasserer og Louise Weitemeyer som sekretær. Denne bestyrelse var den bærende kraft i foreningens opstart og videre arbejde. Det blev vedtaget at foreningens formål skulle være at udbrede kendskabet til, og undervisningen i, anæstesi og traumatologi. Medicinstuderende fra alle semestre skulle kunne deltage i foreningens aktiviteter. SATS skulle arrangere foredrag og forsøge at skabe mulighed for at tilegne sig viden inden for ovennævnte specialer.

Efter et halvt års tid, hvor foreningen var vokset støt, blev det tid til at forsøge at udvide. Første sted blev Odense Universitet. Der var mange fremmødte, da SATS fra København kom og fortalte om de aktiviteter der foregik. Interessen var stor og der blev startet en gruppe med det samme. SATS i Odense er efterhånden oppe på 100 medlemmer.

Siden kom turen til Århus. Også her blev der startet en gruppe. SATS Århus er ligeledes vokset hurtigt hen over sommeren og i efteråret 2000.

De sidste udvidelsestiltag har foregået i Lund og i Tromsø. Begge steder er der interesse for at starte noget lignende, så der håbes på et samarbejde med svenske studerende fra næste semesters begyndelse.

Hvis man skal resumere, kan man konstatere, at SATS er gået fra at have syv medlemmer for et år siden, til nu at have tæt på 250 på landsplan og om kort tid vil være skandinavisk.

Hvad laver SATS så?

SATS aktiviteter er delt op i to typer. De periodiske som udgør grundstenen i vores tilbud og som primært er for betalende medlemmer; og så vores en-gangs aktiviteter, som er åbne for alle og som er med til at markere SATS udadtil.

De periodiske aktiviteter:

- TTT (TraumeTeamTræning) på Traumecenteret
- M&M møder på Traumecenteret
- Observatørstatus på ATLS
- Traumatologi-kursus hos Forsvaret (griseøvelser)
- A-kursus på Herlev
- Månedsmøder, hvor et medlem holder et foredrag på 5-10 minutter om et selvvalgt emne. Her har vi for eksempel hørt om CO-forgiftning, ARDS, hjertemassage og Compartment-syndrom.

En-gangs aktiviteter:

- Foredrag om abdominal- og thoraxkirurgi.
- Lægeambulancens arbejde
- Væsketerapi
- Trykkammeret på Rigshospitalet
- Traumatologi i Australien og USA ved Peter Cook
- Everest-foredrag og læge i bjergene ved Thomas Hornbein og Gerald Dubowicz

Foreningens største projekt til dato var Traumedage 2000, et tre dages kursus som blev afholdt i september måned. Her var studerende fra hele landet inviteret til at høre foredrag af undervisere fra Århus, København, Lund og Norge, samt deltage i workshops med hands-on undervisning. Der blev fortalt om brandsår, arbejde

med lægeambulancen, retsmedicin, patienttransport, ABC-principper og meget mere. Tre gode dage med interessante emner og engagerede studerende og undervisere.

SATS fremtid

Foreningens fremtid ser lys ud. Den store interesse på de tre fakulteter viser, at det er områder, hvor der ikke før har været tilstrækkelig opmærksomhed og som de studerende tilsyneladende brænder for.

Det der er nået indtil nu, skal der arbejdes videre med og foreningen skal konsolideres. Der skal mere koordination mellem de grupper der er og vores tilbud og aktiviteter skal struktureres, så det bliver muligt for medlemmer at danne sig et overblik over, hvilke tilbud de kan benytte sig af. Derudover skal det fortsat tilstræbes, at der afholdes foredrag med interessante og relevante emner, hvor alle har mulighed for at deltage uanset semestertrin. I forbindelse med dette, skal det tilføjes, at vi gerne modtager forslag til foredrag eller anden aktivitet.

Udvidelsesmæssigt er det formodentlig ikke urealistisk, der vil ses flere svenske og forhåbentlig også norske grupper.

For at runde denne beretning af, vil vi gerne, endnu en gang, sige tak til alle de, som har modtaget SATS med velvillighed og interesse og givet os mulighed for at arbejde med det projekt, der blev grundlagt i efteråret 1999. Den positive modtagelse har virket motiverende og inspirerende på alle medlemmer.

På vegne af SATS-bestyrelsen i København

Allan Iversen
aiversen@worldonline.dk
Formand

Søren Stagelund
soerens@mdb.ku.dk
Sekretær

David Ørsted
dynnes10@hotmail.com
Kasserer

Sikring af patientsikkerhed ved kontinuerlig levering af medicinske, komprimerede gasser fra rørledning i akutafdelinger

(Europæisk standard DS/EN 737-3)

M. Patrick Deneux, fa. Hede Nielsen A/S, har fremsendt følgende redegørelse for nye europæiske standarder for medicinske gasser til DASINFO:

Sikring af patientsikkerheden ved kontinuerlig levering af den korrekte medicinske gas (O₂, N₂O, medicinsk luft, vakuum) er et vitalt anliggende i akutafdelinger. I betragtning af, at et menneske ikke kan leve mere end 3 minutter uden O₂, er det væsentligt, at tekniske midler og procedurer kan sikre øjeblikkelig handling i tilfælde af ethvert svigt i distributionen af medicinske gasser.

Den europæiske og danske standard (DS/EN 737-3) angiver særlige bestemmelser til sikring af følgende:

1. Styrings-, overvågnings- og alarmsystemer
2. Reservegasflasker i akutafdelinger
3. Nødprocedurer i tilfælde af forsyningssvigt
4. Vedligeholdelse af rørsystemet med medicinsk gas

Disse forpligtelser vil, hvis de alle opfyldes, gøre det muligt for det medicinske personale at sikre patientens sikkerhed, hvis der opstår et pludseligt stop i den medicinske gasforsyning.

1. Styrings-, overvågnings- og alarmsystemer

I tilfælde af svigt i gasforsyningen i en eller flere kliniske afdelinger er det væsentligt at gøre det medicinske personale opmærksom på behovet for nødhandlinger.

"Kliniske nødalarmer indikerer unormalt tryk i en rørledning og vil kunne kræve handling af det medicinske personale" (DS/EN 737-3, kapitel 6, side 20).

1.1 Forsyning med kliniske nødalarmer (nødalarmskabe)

Der skal være nødalarmer til indikering af følgende situationer (DS/EN 737-3, § 6.4):

- "Rørtrykket efter en lukkeventil afviger mere end plus eller minus 20 % fra det normale distributionstryk" (nominelt distributionstryk for komprimerede medicinske gasser: 4 bar, vakuumtryk mindre end 40 kPa).
- "Det absolutte rørtryk for vakuum før en lukkeventil er steget til mere end 60 kPa".

Afdelingslukkeventiler skal monteres for at beskytte enhver operationsstue, akutafdeling, intensiv afdeling og almindelig sengeafdeling. De skal anbringes i skabe med dæksler og låger.

De kliniske nødalarmer vil normalt blive udsendt fra et nødalarmskab.

Det medicinske personale bør derfor informeres om ethvert trykproblem med den medicinske gas for at kunne reducere brugen af gassen og påbegynde brug af reserveflasken for at sikre patientens sikkerhed i tilfælde af en nødsituation. Der kan så skrides til øjeblikkelig handling, så snart de kliniske nødalarmer meddeler om problemet til personalet i de afdelinger, der involveres.

1.2 Kliniske nødalarmers egenskaber

"Der skal være et synligt og samtidigt et hørbart signal for kliniske nødalarmer" (DS/EN 737-3, § 6.2.4.1).

Disse synlige og hørbare signalers egenskaber skal være i overensstemmelse med EN 475 (farve, frekvens,...), da det er nødvendigt, at de tydeligt kan genkendes af det medicinske personale.

Det er indlysende, at kliniske nødalarmer forbedrer meddelelsen til det medicinske personale om, at der er ved at opstå en nødsituation. Så snart nødalarmeren har gjort opmærksom på problemet, kan det medicinske personale øjeblikkeligt reagere på situationen. Det anbefales derfor, at akutafdelinger er ansvarlig for deres egne reservegasflasker i nødsituationer.

2. Reservegasflasker i akutafdelinger

Disse reserveflasker skal forbindes til nødrørledningens tilslutninger eller på brugsstedet (direkte til patienten). Lageret af disse gasflasker til nødsituationer bør være sådant, at der tages hensyn til det normale, daglige forbrug af gas og den nødvendige tid til overførsel af patienterne til en sikker afdeling.

I tilfælde af forsyning af gas fra reserveflasken direkte til patienten vil forsinkelsen af gasforsyningen blive minimeret, hvis tilsluttede regulatorer forbindes til flaskerne, forudsat at lavtryksslanger med de korrekte gasspecifikke forbindelser er til rådighed på stedet.

Husk, at de fleste af de ulykker, der involverer O₂ i hospitaler, skyldes forkert brug af regulatorer.

Forbindelsen af O₂-flasken til patienten i en nødsituation vil blive endnu mere sikker med en flaske, der er forsynet med en integreret ventil. I det tilfælde vil O₂ blive leveret direkte og øjeblikkeligt ved normalt tryk til patienten uden nogen håndtering af regulatoren (enhver fare for forkert brug af regulatoren og for ulykke undgås). Disse specielle O₂-flasker kan fås med kapaciteter på 1 m³ eller 3,2 m³.

Det medicinske personale bør være ansvarlig for flaskerne til nødsituationer i akutafdelinger (antal flasker på lager, placering,...).

Disse flasker er tillæg til de reserveflasker, der er relateret til hovedforsyningskilderne (normalt hvor centralanlægget er placeret).

I tilfælde af svigt i den normale vakuumdistribution, skal elektriske sugeapparater eller venturirør, der anvender medicinsk luft, forsyne patienten direkte på brugsstedet.

3. Nødprocedurer i tilfælde af forsyningssvigt

Nødprocedurer skal hjælpe det medicinske personale med at sikre øjeblikkelig handling i tilfælde af svigt i den normale gasforsyning (se DS/EN 737-3, tillæg G: Retningslinier for nødprocedurer).

Disse procedurer bør beskrive følgende handlinger:

- Meddelelse om problemet til involverede afdelinger (medicinsk personale).
- Spareforanstaltninger for gasforsyningen (medicinsk personale).
- Finde og udbedre årsagen til svigtet (teknisk personale).

3.1 Kommunikation

Det er vigtigt at udpege **en koordinator blandt det medicinske personale i hver akutafdeling. Denne person skal regelmæssigt trænes i brugen af medicinske gasser og rørsystemer.**

Koordinatoren skal i særdeleshed være informeret om følgende:

- Funktionen af det alarmskab, der er anbragt i afdelingen.
- Placeringen af stopventiler i afdelingen.
- Placeringen af reserveflasker til nødsituationer i afdelingen (gastyper og kapacitet).
- Navnene på koordinatorene i andre akutafdelinger.
- Hvordan en reserveflaske forbindes til patienten

Koordinatoren skal også øjeblikkeligt informere det tekniske personale om at undersøge årsagen til svigtet, som måske også kan involvere andre afdelinger på hospitalet.

3.2 Spareforanstaltninger for gasforsyninger

Når der modtages meddelelse om klinisk nødalarm fra alarmskabet, skal koordinatoren informere lægerne i den afdeling, der involveres, for om muligt at reducere brugen af gas. Reserveflaskerne kan eventuelt forbindes til patienten.

Om nødvendigt skal koordinatoren bestille nye flasker, hvis reserverne på stedet ikke er tilstrækkelige til at forsyne patienten under hele den sandsynlige varighed af nødsituationen (i samarbejde med det tekniske personale).

3.3 Afhjælpende handlinger

Det tekniske personale skal finde årsagen til svigtet og udbedre det.

3.4 Træning og øvelse af nødsituationer

Koordinatoren skal regelmæssigt trænes i brugen af medicinske gasser, herunder alarmskabets korrekte funktion.

Øvelser af nødsituationer (simulering af O₂-trykfall) bør gennemføres mindst en gang om året og inddrage det medicinske personale.

4. Vedligeholdelse af det medicinske gasrørsystem

Det tekniske personale er normalt ansvarlig for denne vedligeholdelse.

Vedligeholdelsen af den medicinske gasrørledning er væsentlig til sikring af kontinuerlig levering af gas til patienten. DS/EN 737-3, tillæg H giver anbefalinger om organiseringen af vedligeholdelsen.

I betragtning af, at den kontinuerlige forsyning af medicinske gasser er et vitalt anliggende i akutafdelinger, bør der rettes særlig opmærksomhed på forebyggende vedligeholdelse i disse afdelinger (terminalenheder, utætheder i rørledningerne...).

Konklusion

Som angivet i DS/EN 737-3 er installationen af "kliniske nødalarmer" i akutafdelinger en helt ny bestemmelse til forbedring af patientsikkerheden ved kontinuerlig forsyning af medicinsk gas.

Men der er ingen sikkerhed uden inddragelse af det medicinske personale.

Alarmskabe og reserveflasker vil ikke sikre patientens sikkerhed, hvis ikke nødprocedurerne opstilles og afprøves regelmæssigt.

Leverandører af medicinsk gas kan være behjælpelige med at sikre, at de nye bestemmelser i DS/EN 737-3 opfyldes. Gasleverandørerne er allerede involverede i leveringen af reserveflasker og regulatorer, men kan også levere alarmskabe og besidder erfaring og viden om medicinske gasser, som kan anvendes ved udarbejdelsen af nødprocedurer og øvelser i samarbejde med sygehusenes tekniske personale.

Patrick Deneux

E-mail: patrick.deneux@airliquide.com

De europæiske standarder kan rekvireres ved henvendelse til Dansk Standardiseringsudvalg, Kollegievej 6, 2920 Charlottenlund. Telefon 39 96 61 02.

Samarbejde mellem offentlig og privat forskning

Hvordan kan vi styrke samarbejdet mellem den offentlige og den private forskning inden for sundhedsområdet? Det spørgsmål giver en stor ny evaluering af 12 "centre uden mure" nogle interessante bud på. Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd har stået for evalueringen.

Et stærkt samspil mellem offentlig og privat forskning vil alt i alt betyde, at samfundet får langt større udbytte af de samlede forskningsmidler. Fra politisk side er der da også et klart ønske om, at de offentlige forskningsmidler skal bidrage til at styrke et sådant samarbejde.

Det er baggrunden for, at man i midten af 90'erne besluttede at afsætte 291 mio. kr. til at bygge bro mellem den offentlige og den private forskning inden for sundhedsområdet.

Satsningen førte til etableringen af 12 "centre uden mure" inden for nogle af de fagområder, hvor både dansk erhvervsliv og de offentlige forskningsinstitutioner har stor kompetence, bl.a. cellebiologi, lægemiddelforskning og hjerneforskning.

Hvad siger evalueringen?

For nylig blev de 12 centre evalueret. Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd (SSVF) har haft ansvaret for midtvejsevalueringen – i samarbejde med en lang række nordiske forskere. Og der er mange plusord at læse i rapporterne:

- Centrene har skabt en synergieffekt ved at etablere et velfungerende samarbejde på tværs af de traditionelle grænser mellem institutioner og sektorer.
- Der er skabt en høj grad af videnoverførsel, da samarbejdspartners forskningssområder supplerer hinanden.
- Centrene har sat ca. 200 unge mennesker i gang med en forskeruddannelse, hvor samarbejdet mellem offentlig og privat forskning er en integreret del af deres forløb. Det giver en række kvalifikationer, der er særdeles attraktive – både set fra erhvervslivets og det offentliges synsvinkel.
- Centrene har store forventninger om, at forskningssamarbejdet fører til produktudvikling.

Stor økonomisk satsning

Økonomisk er der som nævnt tale om en markant satsning. Erhvervsministeriet og Forskningsministeriet bidrog tilsammen med 291 mio. kr. Hvert af de 12 centre har således fået 2-8 mio. kr. om året i en periode på 4-5 år. Dertil kommer bidrag fra de deltagende institutioner og virksomheder på mindst 40% af dette beløb. Og netop de store beløb er en af grundene til, at centrene har udviklet sig så godt, konkluderer midtvejsevalueringen.

Seks forudsætninger for succes

Det helt centrale spørgsmål er naturligvis, hvordan vi fremover kan prøve at sikre, at de offentlige forskningsinstitutioner og erhvervsvirksomhederne inden for sundhedsområdet får større udbytte af hinanden!

Her peger evalueringen på, at for at virke efter hensigten skal pengene uddeles på den rigtige måde. Det vil bl.a. sige, at:

- Forskningsmidlerne skal bevilges i så store portioner, at det bliver attraktivt at yde en ekstra indsats og udvikle et nyt samarbejde.
- Hvis der både skal igangsættes forskeruddannelse og drives forskning på højt niveau, skal der afsættes penge til begge dele.
- Opslaget skal være bredt formuleret, så der bliver mest mulig konkurrence om midlerne.
- Ansøgningsfristen skal være relativt lang, især hvis der skal etableres *nye* samarbejdskonstellationer.
- Der bør opstilles klare kriterier for erhvervslivets deltagelse, herunder aftaler om medfinansiering og forskerrotation.
- Der skal foreligge en skriftlig aftale for udtagelse af patenter og publicering af forskningsresultaterne.

Yderligere information fås ved henvendelse til:

Overlæge Jan Fahrenkrug, formand for SSVF's evalueringsgrupper
Klinisk biokemisk afd.
H:S Bispebjerg Hospital
Tlf.: 3531 2640 og e-mail: bbhjanf@inet.uni2.dk

Fuldmægtig Christina Holbøll
SSVF's sekretariat
Forskningsstyrelsen
Tlf. 3544 6372 og e-mail: ch@forsk.dk

hvor også evalueringsrapporterne kan rekvireres, og der kan formidles kontakt til de enkelte centre.

Nedenfor en beskrivelse af tre centre, der illustrerer konklusionerne vedr. denne type samarbejde.

1. NeuroScience PharmaBiotec har især kompetence inden for cellebiologi, farmakologi, medicinalkemi samt analyser af de biologiske molekyler, der spiller en rolle i signalprocesserne.

Samarbejdspartnerne: Centret er et samarbejde mellem Danmarks Farmaceutiske Højskole, Københavns, Odense og Århus Universiteter, fire hospitaler i hovedstadsområdet og de to virksomheder H. Lundbeck A/S og NeuroSearch A/S. De to virksomheder har egne forskningsafdelinger. Set i et internationalt perspektiv er de ganske små, hvilket gør det nemmere at indgå i nye samarbejdskonstellationer.

Centrets deltagere har haft gode samarbejdsrelationer siden omkring 1990, og er et eksempel på, at konceptet "center uden mure" efter ti år stadig har store udviklingsmuligheder. En højt prioriteret del af centrets aktiviteter er ph.d.- og post doc.-forløb, der lægger beslag på ca. 70 pct. af centrets midler. Der er bl.a. etableret en forskerskole i samarbejde med et andet center uden mure: *Center for drug design og transport*. Der er nu skabt et samarbejde inden for cellebiologi og medicinalkemi, der meget vel kan føre til udviklingen af nye produkter med et stort afkast til følge.

Centerleder: Professor Poul Krosgaard-Larsen, tlf. 35306247, e-mail ano@dfh.dk

2. Center for drug design og transport beskæftiger sig med lægemiddelforskning, herunder udvikling af nye metoder for design af lægemiddelstoffer samt principper for effektivt at få disse optaget i kroppen.

Samarbejdspartnerne: Centret er et samarbejde med deltagelse af Danmarks Farmaceutiske Højskole, Danmarks Tekniske Universitet, universitetshospitalerne i København og Århus samt seks farmaceutiske virksomheder.

Tidligere har et samarbejde mellem offentlig og privat forskning typisk bestået af en virksomhed og en forskergruppe. Det er derfor en nyskabelse, at så mange virksomheder, der til daglig er konkurrenter, går ind i et samarbejde som dette. Bevillingen og de forskellige parter fælles ansvar i forhold til bevillingen har været en vigtig katalysator for samarbejdet.

Et af centrets satsningsområder er forskeruddannelse, og der er i dag ca. 20 ph.d.-studerende tilknyttet centret. For de yngre forskere har det været positivt at have vejledere fra både virksomhederne og de offentlige forskningsinstitutioner, fordi det skaber en større bredde i projekterne og giver bedre udfoldelsesmuligheder. Industripartnerne i centret vurderer, at de ph.d.-studerende vil ændre industriens rekrutteringsgrundlag, fordi de danske forskningsuddannede igen er blevet eftertragtede.

Centerleder: Professor Sven Frøkjær, tlf. 35306270, e-mail sf@mail.dfh.dk

3. Center for medikoteknik beskæftiger sig med medikoteknisk udforskning af elektrofysiologiske signaler, der kan anvendes til diagnostik og behandling af muskel- og nervesygdomme.

Samarbejdspartnerne: Centret er et samarbejde mellem Ålborg og Syddansk Universitet, tre hospitaler i Ålborg, Århus og København og seks virksomheder. Centrets bredde – med mange offentlige og industrielle samarbejdspartnere – har været en udfordring, som dog i praksis har vist sig operationel.

Der er store kommercielle forventninger til centrets forskningsresultater, og virksomhederne bidrager da også med en betydelig større finansiering end oprindeligt forudsat, idet ca. 75 pct. af de samlede projektudgifter i dag betales af virksomhederne.

Hovedparten af de 11 ph.d.-stipendiater forventes at blive ansat i de respektive virksomheders forsknings- og udviklingsafdelinger, hvilket især virksomhederne opfatter som et potentiale for deres fremtidige udvikling.

Centerleder: Professor Thomas Sinkjær, tlf. 9635 8825, e-mail ts@miba.auc.dk

Klarere og enklere retningslinier for biomedicinske forsøg

Den Centrale Videnskabsetiske Komité har udarbejdet nye retningslinier for forsøg, der involverer mennesker og menneskeligt materiale. Retningslinierne er et led i en løbende modernisering og forenkling af reglerne for biomedicinske forsøg.

Den Centrale Videnskabsetiske Komité (CVK) har udarbejdet nye retningslinier for de videnskabsetiske komitéer og forskerne.

De nye videnskabsetiske retningslinier regulerer bl.a. områder som honorering af forsøgspersoner, multicenterforsøg og indberetning af uventede alvorlige bivirkninger.

Klare og enkle regler

Udarbejdelsen af retningslinierne er et led i den modernisering, tydeliggørelse og forenkling af reglerne for biomedicinske forsøg, der er sket gennem det sidste år. CVK's nye retningslinier ligger således i direkte forlængelse af den bekendtgørelse og vejledning om biomedicinske forsøg og den folder til forsøgspersoner, som Forskningsministeriet udsendte i november 2000.

En fortsat proces

Det er hensigten, at retningslinierne sammen med vejledningen og bekendtgørelsen skal være et hensigtsmæssigt og smidigt redskab for de forskere, der ønsker at udføre forsøg, der involverer mennesker og menneskeligt materiale.

For at opfylde den målsætning vil retningslinierne løbende blive revideret og udbygget. I løbet af 2001 påtænker CVK bl.a. at justere og udbygge retningslinierne for følgende områder: opbevaring og anvendelse af biologisk materiale (biobanker), forsøg med ioniserende stråling og honorering af forsøgspersoner.

Hidtil har Den Centrale Videnskabsetiske Komité reguleret forsøgene gennem en række 'rekommandationer'. Med de nye retningslinier ophæves de gamle rekommandationer – bortset fra rekommandation nr. 16, der vedrører forsøg med ioniserende stråling.

Hovedparten af rekommandationerne er altså indarbejdet i den nye vejledning om biomedicinske forsøg. De resterende indgår i en revideret, klarere og moderniseret form i de nye samlede retningslinier for forskerne og de videnskabsetiske komitéer.

Eksemplarer af de nye retningslinier kan ses på CVK's hjemmeside: www.forsk.dk/CVK. Yderligere eksemplarer fås ved henvendelse til Forskningsstyrelsen: 3544 6200. Har De behov for yderligere oplysninger, er De velkommen til at kontakte:

CVK's formand
Administrerende overlæge, dr.med. Kamma Bertelsen
Odense Universitetshospital
E-mail: kamma.bertelsen@ouh.fyns-amt.dk

CVK's sekretariat i Forskningsstyrelsen
Chefkonsulent Berit Andersen Faber
Tlf.: 3544 6303 E-mail: baf@forsk.dk

Dansk Anæstesiologi 1965 – set med udenlandske øjne

I 1965 var de glade 60'ere også en realitet på landets hospitaler. Landets største hospitalsnybyggeri var startet året før med grundstensnedlæggelsen til Rigshospitalet. 60'erne var også teknikkens og teknologiens årti, vel især som følge af rumalderens civile gevinster. På hospitalerne skulle der bygges, og der skulle – især af interesse for anæstesiologer - bygges nye intensivafdelinger.

I 1965 var virkeligheden i England for den yngre læge den samme som idag. Dvs. hverdagen og uddannelsen skulle kombineres med familielivet. Af den grund valgte anæstesiologen Dr. J. Zorab fra Southampton at rejse til Danmark og Sverige i stedet for til USA, sådan som traditionen i England foreskrev. Man skulle have været udenlands ("overseas") for at være kvalificeret til en "consultant position" i UK.

Dr. Zorab gjorde sidenhen en strålende karriere; ud over sin hospitalsansættelse var han i 1980'erne Secretary of the WFSA, verdenssammenslutningen af anæstesiologiske selskaber, og i 1988 blev han President for WFSA. I 1990 holdt Dr. Zorab årets Erik Husfeldt-forelæsning i Bristol. Dr. Zorab blev pensioneret i 1996, og da han ryddede sit kontor efter et langt professionelt liv fandt han en rapport fra opholdet i Danmark og Sverige i 1965. Han sendte rapporten til DASINFO.

Uddrag af rapporten gengives i det følgende; fremhævelserne er redaktørens og afspejler områderne undervisning, kundskabsniveau, supervision, sygepleje, intensiv terapi og patienttilfredshed.

Lars Peter Wang

Report from a visit to Copenhagen

JMS Zorab, FFARACS

"In our age such great usefulness redounds to the physician from his travels that none puts much faith in the authority of a physiscian who has not set foot outside his native land, and although each may have a home in abundance those things that are necessary for medical instruction, nevertheless, they ought to be strengthened or increased by a comparison with things abroad. There is a vast delight and pleasure in gazing upon foreign lands and fields, mountains and rivers, observing the benignity of nature's variety elsewhere, with different conditions of the sick in homes and in hospitals with their great number of beds, which can readily be seen here and there, examining the methods for treating the patients, enjoying the conversation of the learned men and calling forth their experiences and visiting the laboratories, the furnices of the chemists, the pharmacies and unguent shops."

(T. Bartholin, Denmark, 1616-1680: On Medical Travel)

It was due to the helpfulness and generosity of the Board and its officers, together with the directors of the anaesthetics dept.s in Southampton and in the Rigshospitalet, Copenhagen, that I was able to arrange an exchange visit to Denmark for three months last April. As the theme of my visit I hoped to study the organisation, design and equipment of those units variously designated as Intensive Care, Intensive Therapy, Respiratory or Recovery, together with several other names. In this, I was offered the fullest facilities by the Dept. of Anaesthesia at the Rigshospitalet and arrangements were made for me to visit many of the units in Denmark.....I have set down some of the more interesting aspects under their respective headings.

Organisation of anaesthetic services

In Denmark, anaesthesia, as a specialty, has really only developed since about 1950. Its development has been rapid and has been assisted by the World Health Organisation. It is, however, still based on the existence of nurse anaesthetists. In common with most continental medical departments, the majority of the hospitals I visited (13 in all) had a Chief Anaesthetist in overall charge of the department. Only at the Rigshospitalet is the head of the dept. a Professor. The remainder of the anaesthetic staff vary according to the size and location of the hospital. *There may be one or more assistant chief anaesthetists which are permanent posts but trainee anaesthetists are only found in the big centres.* In many places there may be only or two permanent anaesthetists and a number of anaesthetic nurses. The actual administration of anaesthesia is very largely in the hands of the nurse anaesthetists and the degree of supervision the the chief variable factor.....

It is difficult to form an objective opinion of how these arrangements worked. My initial reaction was one of dismay, tinged with horror. With further experience, it was clear that *the nurses in many instances, were very capable technicians* and were able to manage most anaesthetics with a very high degree of safety. Five minutes monitoring of the pulse and blood pressure was carried out everywhere I visited and records were most carefully kept. *Nevertheless, I felt that there was a marked lack of rapport between nurse and patient, anaesthetist and patient, and, most of all, anaesthetist and surgeon.* The last relationship provided the most marked differences between the work here and in Denmark. *It was uncommon for the anaesthetist to be asked his opinion about any particular patient* and in the absence of operation lists, as we know them, meant that *there was little chance for an anaesthetist and a surgeon ever to become a team.* I found that *the presence of nurse anaesthetists tended to reduce anaesthesia from an art to a basic science. There was little room to use a variety of techniques and almost no scope for the expression of any individuality. The overall effect of this seemed to me to make anaesthesia a rather boring and second rate specialty and it has lowered its status compared to this country. Because of this, it is difficult to attract the right people into the specialty, and so, a vicious circle has developed. Possible because of their remoteness from routine anaesthesia (!),* the Danes have found a great deal of time and energy (and money) to devote to the construction, organisation and care of Intensive Therapy and Recovery Units. These units have now been accepted as an essential and integral part of any reasonable sized hospital.

Post-Graduate education

To give an account of the way anaesthetic teaching has developed in Denmark, it is necessary to consider, briefly, the development of the specialty. In the immediate post-war years, *it was realised that Denmark was lagging behind in the field of anaesthesia.* The WHO, already committed to sponsor the development of anaesthesia, agreed to support the establishment of an Anaesthesiology Centre within the Faculty of Medicine at the University of Copenhagen. In its first course, 40% of the teachers came from abroad but this figure diminished until, in the tenth course, only 5% of the teachers were from overseas. Over the first three years, trainees came mainly from the Scandinavian countries but now all six regions under the WHO are represented.

The practical training of the Danish anaesthetists was, I felt, rather neglected. I saw little clinical instruction offered from the senior staff, and, apart from the first few months in the specialty, the junior anaesthetists were largely left to themselves.....

Study abroad does not seem to be very widely practised, although it is actively encouraged in some departments. I gained the impression of a rather narrow-minded and dogmatic outlook in many of the places I visited although there were a few marked exceptions to this. Considerable importance is attached to research and the writing of papers and there is time available to do this. For those aspiring to the higher realms of specialisation, the working up and writing of the THESIS dominates all else. This, of course, is confined neither to Denmark nor to anaesthesia. Finally, the criteria for obtaining a good, permanent anaesthetic post include at least a year's surgical experience, a year in some other specialty, research experience and some publications, together with a good general anaesthetic training.

Practical aspects of anaesthesia

Premises:- many of the hospitals I visited were modern, impressive places..... At only one hospital did I see anaesthetic rooms regularly used, and even here there was only one for each pair of theatres.....various reasons were given for not using them. The basic reason seemed to be that it was more convenient to induce the patient in theatre and *few people seemed to be concerned with the patient's feeling in this matter. Indeed, I found very little thought given to the comfort or reactions of the patient throughout my stay. All patients, except the seriously ill, were expected to climb from their bed to the operating table. Once in position, the nurses would attach brachial stethoscope and blood-pressure cuff, one or both arms would be tied out on the arm-boards, a strap would be buckled over the knees and an indwelling needle inserted into a convenient vein.* When required the patient would be placed in the lithotomy position prior to induction and on many occasions be subjected to an examination per vaginam or per rectum and/or have a perineal or vaginal swabbing.

All patients for elective surgery are seen the previous day by an anaesthetist.....The actual anaesthetic techniques used are basically similar to those seen in this country but there was a certain lack of finesse in their application. *Anaesthesia is practised, not as an art, but as a technical exercise. Similarly, great reliance is placed on clinical and scientific measurement but very little on clinical judgement.*

Intensive therapy units

As I have already mentioned, those units provided the focal interest of my three month visit. There was a very nice unit at the Rigshospitalet itself and I was given opportunities to visit the units at the following hospitals:

- Glostrup Hospital, Copenhagen
- Kommunehospitalet, Copenhagen
- Bispebjerg Hospital, Copenhagen
- Finsen Institute, Copenhagen
- Frederiksberg Hospital, Copenhagen
- Hillerød Hospital, Copenhagen
- Kommunehospitalet, Århus
- Randers Hospital, Randers
- Odense Hospital, Odense.

..... As a result of these visits, I saw a wide selection of different layouts, monitoring equipment, other equipment and organisational methods. There was a great deal to be learned and much that could, with advantage, be copied.

Perhaps the most marked feature of these units was the enthusiasm with which they are viewed from both administrative and medical staffs. *They are regarded as central parts of the layout in all but the smallest hospitals and the relatively high cost in capital outlay is felt to be fully justified and indeed to lead to considerable savings in the long run. Finally, it is felt that there is no prospect in offering the high standards of medical and nursing care which some patients need without such a unit. For these reasons, then, there is no shortage of money for the building and equipping of Intensive Therapy Units and Recovery Units.* In most places I visited, these units were combined for administration and nursing purposes, although the two groups of patients were usually separated.

Social activities

During my first three weeks in Copenhagen, I found life very difficult. Work would finish about 2 pm and Copenhagen is an expensive and lonely place in which to kill time. Nevertheless....this period was soon over and I began to make a number of friends. Once I had begun to be asked out, the whole process snowballed and I maintained an active social programme throughout my stay. It was most regrettable that both the Carlsberg and Tuborg breweries went on strike after the first month and remained on strike until two weeks before my return. Copenhagen without beer is a rather sad thought but we managed to survive..... Tivoli was a constant source of delight and I enjoyed first class performances from Oscar Peterson and Louis Armstrong in very pleasant surroundings of these delightful gardens. During my brief visit to other hospitals, I was always treated royally and shown around with great courtesy. I will be long time before I forget the surprise of finding caviar open sandwiches in the canteen in one of the hospitals I visited.

Conclusion

This was a fascinating and enormously instructive trip. Although I do not think there is a great deal to be learnt in the field of clinical anaesthesia, there is a tremendous value in expanding one's horizon in anaesthetic thought. In the field of Intensive Therapy Units and post-operative units, we have been left standing as far as structure and equipment goes. Nevertheless, the line of treatment adopted for patients in the unit varies but little from that followed in this country. The main difference is that it can be offered to many more patients in infinitely better surroundings.

Videnskabelige afhandlinger

Lars Willy Andersen:

Transient endotoxaemia during cardiopulmonary bypass with special reference to pathogenesis and pathophysiology. Doktorafhandling. Forsvaret fandt sted 12. januar 2001, København.

Opponent: Professor, overlæge, dr.med. Peter Kildeberg Paulsen og Professor, overlæge, dr.med. Anders Larsson.

Sekretær søges

Selskabets sekretær gennem 22 år Annette Ladegaard-Pedersen har valgt at nyde sit otium fra 01.09.01. Annette har i alle årene været en uvurderlig medarbejder i Selskabet. Altid tjenstevillig og vidende om Selskabets forhold, med en stor arbejdsindsats ud over hvad man kan forvente. Annette bliver vanskelig at erstatte, men Selskabet må altså se sig om efter en ny sekretær, og Bestyrelsen vil bede Selskabets medlemmer, der jo kender Annettes allestedsnærværende funktioner, om at give Bestyrelsen et tip, hvis nogle af Selskabets medlemmer er bekendt med en sekretær, der er villig til at forsøge at erstatte Annette. Annette har lovet at deltage i en oplæring i de funktioner som sekretæren varetager.

Mogens K. Skadborg

Cochraneannonce – se særskilt fil

DEBAT

Dansk Anæstesidatabase (DAD)

Udkast til minimumdatasæt for en dansk Anæstesidatabase:

Præoperative data Fødselsdato alder køn ASA score Vægt og højde Rygning (pakkeår) Alkohol (genst./uge) Dato for anæstesi/operation Elektiv/akut operation Anæstesikode/koder (SKS) Operationskode/koder (SKS) Anæstesitid Knivtid Procedure aflyst af anæstesiolog Årsag (SKS)	Per- og postoperative komplikationer (I perioden fra pt. ankommer til operationsafdelingen, til de udskrives fra opvågningsafsnit eller operationsafsnit) Tandskade Vanskelig/mislykket intubation Postoperativ indlæggelse på intensiv afdeling planlagt/ikke planlagt Postoperativ indlæggelse på intermedieærufsnit Anafylaktisk shock Mors
--	---

Oplægget er åbent for diskussion. Vi modtager gerne konstruktiv kritik og nye ideer til hvordan databasen kan forbedres.

Implenteringen af DAD er tænkt inddelt i 3 trin, hvoraf minimumsdatasættet er trin 1.

Trin 2 kan blive mere omfattende og f.eks. indeholde data om

- Postoperativ kvalme og opkastning
- Smertebehandling i opvågningsafdelingen og evt i stamafdeling
- Logbog, hvor den enkelte anæstesiolog har mulighed for anonymt at føre regnskab med sin produktion.
- Andre postoperative komplikationer (postspinal hovedpine, neurologiske komplikationer etc.)
- Mulighed for specielle præformererede ark. til brug ved kvalitetssikring

Trin 3 er tænkt som en elektronisk overført del, der kan indeholde alle data, den enkelte afdeling ønsker at registrere i databasen

Kommentarer, forslag og ideer gerne til Ann Møller : docamm@yahoo.com

DAD udviklingsgruppen

Henvendelse fra Lægemiddelstyrelsen

Risiko for barotraumer i forbindelse med anvendelse af lukkede sugesystemer, som anvendes til opsugning af trachealsekret i forbindelse med kontrolleret mekanisk ventilation på intuberede patienter

Lægemiddelstyrelsen har modtaget en vigilance rapport fra den svenske sundhedsstyrelse ("Socialstyrelsen"), som peger på ovenstående problem og samtidig gør opmærksom på, at de markedsførte produkter til dette formål ofte syntes at mangle brugervejledning som informerer om denne risiko.

Lægemiddelstyrelsen skal i den forbindelse gøre Selskabet opmærksom på dette forhold samt udbede sig Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin's vurdering af i hvilket omfang problemet måtte have

relevans i det danske sundhedsvæsen. Man skal samtidig benytte lejligheden til at henlede opmærksomheden på de nye fælles-europæiske regler for medicinsk udstyr, som blev introduceret i Danmark med Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse i 1994. Den nye rettede bekendtgørelse nr. 92 fra februar i år vedlægges til Deres orientering sammen med oplysninger om den tilknyttede indberetningspligt.

Hans-Kristian Andersen

Selskabets svar

Siemens – Electromedical Systems Division udsendte d. 18/2 2000 en advarsel til landets anæstesi-og intensivafdelinger vedrørende sugning i lukket respiratorpatientsystem.

Advarslen lyder: **Brug ikke stand by position, inspiratorisk pause hold eller expiratorisk pause hold i den lukkede sugeprocedure.**

Det blev desuden anbefalet at man anvendte pressure mode (Servo 900 og 300) eller volumen control med pausetid 0% (Servo 300).

Jeg kan således rekommandere at advarslen og anbefalingen følges samt at personalet informeres om risici og får en grundig instruktion før anvendelse af LSS.

Nedenstående kopi af brevet jeg modtog fra Siemens.

Michael Wanscher

Life Support Systems Servo Ventilator 900-300

Sugning i lukket respiratorpatientsystem.

Endotracheal sugning af mekanisk ventilerede patienter har traditionelt været udført i et åbent system, dvs. at patienten har været koblet fra respiratoren/ventilatoren og er derefter blevet suget. I de senere år har sugning i lukkede kredsløb været betragtet som en opfindelse, der skulle beskytte patienterne imod eksterne infektioner og reducere risikoen for smitsomme stoffer/personer på grund af fortsat udsivning/”levering” af gas fra den frakoblede respirator/ventilator. ”Fordelene ved et ”lukket sugesystem” er også opretholdelse af positivt trykventilation, PEEP og iltforsyning.”

Teknikken har stillet fabrikanterne af respiratorer en udfordring, idet det negative tryk, der bliver fremkaldt af sugning i lukket kredsløb, teoretisk kan skabe et negativt tryk på over 50 kPa (500 cm H₂O). Et højt negativt trykniveau kan påvirke tryktransduceren i respiratoren/ventilatoren, hvilket igen kan forårsage nedbrud på den interne kontrol af respiratoren/ventilatoren.

Tryktransduceren i Servo Ventilator 900 og Servo Ventilator 300 kan holde til et subatmosfærisk tryk på max. 100 cm H₂O (-100 cm H₂O).

Vi anbefaler, at personalet informeres om, at det er vigtigt at foretage sugning i lukket system på grund af eksisterende lokale eller generelle retningslinier.

Bemærk venligst følgende med hensyn til Servo Ventilatoren:

- Servo Ventilator 900 sættes i pressure mode.
- Servo Ventilator 300 sættes i pressure mode eller i volume control med pause tid 0%.

Brug ikke stand by position, inspiratory pause hold eller expiratory pause hold i den lukkede sugeprocedure.

Ventilatortrigging beskytter lungerne mod at kollapse.

Nedenfor angives nogle nyttige referencer, som også angiver risici for patienter, når de bliver udsat for sugning:

Tryk er angivet i forskellige enheder

- 1 kPa \approx 10 cm H₂O
- 1 cm H₂O \approx 0.1 kPa
- 1kPa = 10 mbar
- 1013 mbar \approx 760 mm Hg
- 1mbar \approx 0.750 mmHg
- 1 Torr = 1 mm Hg

Henvendelse fra Lægemiddelstyrelsen

Vedrørende indberettet hændelse den 6. september 2000 i Viborg i forbindelse med brug af en Peep-maske, system 22 på et 9 måneder gammelt barn – barnets vejrtrækning blev umuliggjort pga en forkert samling af rør og maske

I overensstemmelse med § 13, stk. 3 og 4 i sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 92 af 7. februar 2000 om medicinsk udstyr har en alment praktiserende læge fra Viborg indsendt en indberetning, jævnfør ovenfor.

Lægemiddelstyrelsen har i forbindelse med sagsbehandlingen blandt andet rettet henvendelse til en agenturindehaver i Danmark, der varetager salg af T-stykker (enpatientsystem, system 22), som kan tilkobles Peep-masker. I T-stykket findes en ensretterventil i det ene rør – i det andet rør kan indsættes en (variabel) modstand.

I forbindelse med den indberettede hændelse (barnet besvimele kortvarigt pga. manglende vejrtrækning indtil masken blev fjernet) peges på følgende:

1) Hændelsen skete pga. forkert samling (efter adskillelse) af T-rør og maske – T-rørets gren med ensretterventilen blev af barnets moder (forkert) tilkoblet masken (i stedet for tilkoblingsgrenen). Dette kan lade sig gøre, fordi der er ens diameter for T-rørets 3 grene (henholdsvis tilkoblingsgrenen, gren til ensretterventil og gren til modstand).

2) Agenturindehaveren har i de seneste 5 år solgt knap 73.000 system 22-sæt (T-stykke med ensretterventil + mundstykke) i Danmark – og har ikke tidligere haft kendskab til tilsvarende hændelser. Heller ikke en anden forhandler i Danmark – der i samme periode solgte ca. 20.000 system 22-sæt – har kendskab til tilsvarende hændelser.

3) System 22-sæt består af T-rør med ensretterventil + mundstykke og sælges samlet – men der opstår først risiko for en hændelse, når mundstykket erstattes med en maske. Og risikoen omfatter formentlig kun små børn (der ikke selv kan trække masken af hovedet ved ”fejlkombination”).

4) Udstyret forudsættes anvendt af faguddannet sundhedspersonale – som dog i særlige tilfælde kan instruere patienter/pårørende mv. i brugen.

Lægemiddelstyrelsen vil med henvisning til det ovenstående og til telefonsamtale af 5. december 2000 være taknemmelig for en udtalelse fra Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin – herunder henholdsvis vedrørende selskabets kendskab til a) tilsvarende hændelser og b) omfanget af lægfolks anvendelse af udstyr med maske til småbørn – og eventuelle betænkeligheder i forbindelse med en sådan brug og vedrørende selskabets vurdering af behovet for korrigerende foranstaltninger (f.eks. tilbagekaldelse af solgt udstyr, oplysningsbrev til brugere, bedre brugsanvisning/ændring af T-rørets diameter).

Hans Jacob Sejersen

Selskabets svar

Tak for fremsendelse af yderligere materiale i sagen. Jeg har studeret korrespondancen fra Viborg amt, men tager udgangspunkt i de af Styrelsen fremsendte spørgsmål vedr. det aktuelle apparatur.

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin har ikke kendskab til lignende episoder hverken som selskab eller som individuelle speciallæger.

Vedr. omfanget af lægfolks anvendelse af udstyr med maske til småbørn, så er det Selskabets opfattelse at hospitalsafdelinger generelt er tilbageholdne med at anbefale hjemme-brug af kompliceret udstyr til patienter. Det har vist sig at blot inhalationsteknikken med asthma-sprays kan være for vanskelig for enkelte patienter. Intensive afdelinger anvender hyppigt PEP-masker til patienter med lungeproblemer. Denne behandling kan forestås af intensivsygeplejersker, og på sengeafdelingerne er det fysioterapeuter, som leder og instruerer i denne behandling. DASAIM har ikke kendskab til omfanget af brug af PEP-masker i hjemmet hos småbørn, men antallet formodes at være beskedent. Behandlingen må i givet fald forestås af børneafdelingerne.

Vedr. DASAIMs betænkeligheder ved lægfolks anvendelse af medicinsk udstyr i hjemmet, så vedrører betænkelighederne ikke så meget selve anvendelsen som sikkerheden af udstyret. I den foreliggende sag er der ikke tvivl om at patientens moder har fået instruktion i og forklaring om brugen af PEP-maske, ligesom der formodentlig er udleveret brugsvejledning. Problemet ligger i, at det er muligt at samle udstyret forkert med deraf følgende risiko for utilsigtede virkninger.

Vedr. behovet for korrigerende foranstaltninger i den aktuelle sag har patientens praktiserende læge, børneafdelingen på Viborg Sygehus og Teknisk Chef på Viborg Sygehus anmodet om, at der bliver foretaget ændringer på udstyret, så forveksling ikke kan ske. Det er dog værd at bemærke, at fa. Astra Tech i instruktionerne til læger og fysioterapeuter beskriver *et andet* T-rør, end det i sagen anvendte. Astra Tech's informationsmateriale beskriver en model, som kun med store vanskeligheder kan anvendes forkert! I den nævnte sag kan man altså omgå problemet ved at anvende det udstyr som illustreret i instruktionerne fra Astra Tech.

Vedr. det udstyr som blev anvendt i sagen er det indlysende, at forvekslingsmulighederne gør det bydende nødvendigt at ændre designet af T-stykket, hvis man insisterer på at anvende den involverede model til hjemmebrug, således at produktet ikke kan samles - og derved anvendes - forkert. Hvorledes en sådan ændring skal ske må være op til producenterne.

Med hensyn til allerede eksisterende udstyr af lignende art som det i sagen anvendte, fremgår det af sagens akter, at det er Børneafdelingen, som har udfærdiget brugsvejledningen. For at undgå lignende uheldige sager i fremtiden må det derfor henstilles til den som udfærdiger brugsvejledningen, at der gøres særligt opmærksom på forvekslingsmulighederne, og at en forkert samlet maske kan afsløres ved at en voksen person afprøver masken først (d.v.s. trækker vejret frem og tilbage i den), for i tilfælde af forkert samling kan der slet ikke passere luft igennem T-stykket.

DASAIM har i flere år haft fokus på utilsigtede hændelser inden for egne rækker, og da utilsigtede hændelser langt overvejende skyldes menneskelige fejl, stræbes efter at reducere mulighederne for forkert anvendelse. I den foreliggende sag må man sige at det anvendte udstyr ikke er så sikkert som muligt. Der er som anført næppe mange patienter (børn) som anvender PEP-maske i hjemmet, og disse patienters forældre kan via brev gøres opmærksom på, at systemet skal afprøves af en voksen inden barnet anvender det. Man kunne samtidig gøre opmærksom på, at der vil blive udleveret et lidt anderledes T-rør ved næste besøg på Børneafdelingen.

Man må derfor anbefale, at de udleverende afdelinger indsamler udstyret, ved patientens næste besøg på Børneafdelingen/ambulatoriet. Udstyret kan erstattes med f.eks. det omtalte vinklede T-stykke fra Astra. Brugerne kan tilskrives med supplerende brugsanvisning. Under forudsætning af, at sygehuset fortsætter med at anvende den omtalte model, kræves der en modifikation af T-røret således, at masken ikke kan monteres forkert. Indtil denne modifikation er udført må man gøre producenten opmærksom på, at udstyrets anvendelse uden for sygehuset vil ophøre snarest.

DASAIM mener ikke at det er nødvendigt at tilbagekalde udstyret forudsat at

- 1) man tilskriver brugerne om at afprøve udstyret inden det anvendes på småbørn,
- 2) at brugerne på sygehuset har fået grundig instruktion i anvendelsen.

Lars Peter Wang

Hvorfor bør "Propofol ikke anvendes" til børn under 3 (16) år?

Propofol blev markedsført i Danmark midten af 1980'erne. Af Lægemiddelkataloget 2000 fremgår, at propofol er kontraindiceret til anæstesi af børn < 3 år og kontraindiceret til sedation på intensivafdeling af børn < 16 år.

Det er i mange henseender u hensigtsmæssigt, at børn ikke kan bedøves med propofol i tilfælde, hvor intravenøs anæstesi er eneste mulighed som f.eks. ved anæstesi til strålebehandling og anden cancerterapi, MR- og CT-scanninger. Det er en klinisk erfaring fra mange lande, at propofol har samme fordele ved pædiatrisk anæstesi, som ved voksenanæstesi.

Produktgruppechef, cand. pharm. Søren Clausen, AstraZeneca A/S, oplyser, at der *findes* farmakokinetiske og -dynamiske undersøgelser af propofol hos børn < 3 år, som kunne udgøre dokumentationsmateriale til ansøgningsbrug, såfremt propofol skulle indregistreres. Allerede i starten af 1990'erne publiceredes flere studier af propofols farmakokinetiske og -dynamiske egenskaber hos børn < 2 år.

Propofol markedsførtes oprindeligt som Diprivan[®] af ICI, senere Zeneca, nu AstraZeneca. Der findes i dag en række synonympræparater på det nordiske marked. I Danmark angives for Diprivan (AstraZeneca) og propofol (Abbott og Dumex-Alpha), at stoffet **ikke bør** anvendes til anæstesi til børn < 3 år og til sedation af børn < 16 år. Den svenske FASS-tekst (2000) (sv.t. Lægemiddelkataloget) angiver, at Diprivan **ikke anbefales** til anæstesivedligeholdelse af børn < 3 år, men angiver også at **Diprivan** kun **anbefales til**

korte indgreb (< 30 min) hos børn mellem 1 md og 3 år. For Propofol (Alpharma) angiver FASS, at stoffet **slet ikke anbefales** til anæstesi af børn < 3 år. Det ser således ud til, at 1) der er forskellige holdninger i de to lande til anvendelse af Diprivan og 2) parallelimportørerne ikke har taget stilling til differentiering af anvendelsen af Propofol ved anæstesi til børn < 3 år. Formanden for Svensk Barnanestesiologisk Förening, overlæge dr.med. P. Westrin, Lund, oplyser, at SBAF anbefaler propofol til børn < 3 år såfremt indikationen er til stede.

AstraZeneca Danmark oplyser, at propofol for nylig er godkendt i Norge til brug hos børn < 3 år. Ansøgninger om indregistrering af propofol til børn < 3 år er indsendt til de nationale myndigheder i Finland, New Zealand, Spanien og England (UK). De øvrige europæiske lande er der ikke søgt om registrering af propofol til børn < 3år. Årsagen hertil er, at AstraZeneca's patent på Diprivan er udløbet i disse lande. Det betyder, at parallelimportørerne ville få samme udvidelse af indikationsområdet som patentansøgeren, men uden at have de samme betydelige indregistreringsudgifter.

I Danmark ser det derfor ud til, at anæstesi-læger, pædiatriske patienter < 3år til generel anæstesi og pædiatriske intensivpatienter < 16 år indtil videre må undvære propofol - trods stoffets mange og veldokumenterede fordele - på et meget spinkelt grundlag, som ikke synes at være evidensbaseret, men som nærmere skyldes ansøgningsmekanismerne og kravene til dokumentation for parallelimporterede præparater i Danmark. Som klinisk anæstesiolog kan man derfor spørge, om produktbeskrivelserne i Lægemiddelkatalogets præparatspecifikke- og generelle afsnit er hensigtsmæssige med den kliniske viden, som vi har i år 2001. Såfremt der eksisterer en generel klinisk konsensus om, at Diprivan kan anvendes til børn < 3 år i de tilfælde, hvor der er en specifik indikation, er det hensigtsmæssigt at en sådan politik bliver formuleret og offentliggjort.

Lars Peter Wang

DASAIM's hjemmeside – præsentation og vejledning

DASAIM nedsatte ved generalforsamlingen i 1998 et egentligt IT-udvalg til at supplere redaktøren for DASINFO, som hidtil havde stået for al formidling af kommunikation i Selskabet. IT-udvalgets vigtigste opgave var at etablere mulighed for formidling af elektronisk post i Selskabet. DASAIM åbnede i 1999 sin hjemmeside med web-adressen www.dasaim.dk. Det er hensigten, at hjemmesiden med tiden overtager meget af informationsformidlingen, som hidtil er blevet præsenteret i DASINFO. DASAIM's hjemmeside er hovedsageligt konstrueret af Frans Swiatek, som derved er web-master. Web-master redigerer, ajourholder og optimerer hjemmesiden.

En hjemmeside er egentlig en åbningsside på en given internet-adresse. På en hjemmeside henvises ofte – som på DASAIM's – til flere følgende "sider", som altså har samme adresse på Internettet eller World Wide Web (www).

DASAIM's hjemmeside kommer frem på skærmen ved at man skriver www.dasaim.dk på Internet-åbningssiden på sin pc'er. Præsentationssiden (kaldet "forside") indeholder en række "bokse" som henviser til de områder, som står i boksen. F.eks. findes en lodret række bokse i venstre side af forsiden med betegnelserne **NYHEDER – ORIENTERING – UDVALG – KURSER – LEGATER – MØDER – BESTYRELSE – DEBAT**. Ved klik med musen på disse felter henvises til ny "side" med indhold svarende til boksens tekst. På den nye side fremkommer nu en ny lodret række bokse, nu med relation til indholdet på netop *den* side. På denne måde kan man komme frem til nye sider o.s.v. o.s.v.

Under forsiden overskrift findes en række vandrette bokse med teksterne **FORSIDE – DAO – FYA – KONTAKT – LINKS – SØG**. Også disse henviser til nye sider med boksens indhold.

Endvidere findes på den aktuelle forside (marts 2001) mulighed for at klikke på en henvisning til Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine's kongres i Tromsø med kongresprogram, tilmeldingsmulighed m.m.

Man kan/kunne også melde sig til DASAIM's forårskurser via hjemmesiden, og der er vigtige, aktuelle informationer om generalforsamlinger o.lign.

Under boksen **NYHEDER** findes information om FAPA's generalforsamling og officielle henvendelser til DASAIM.

I boksen **ORIENTERING** findes oplysninger om målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen, projektbeskrivelse for kompetanceudviklingsprojekt, der findes information om præhospital

behandlingsindsats og den aktuelle uddannelsesbog til introduktionslæger. Fra overskrifterne føres man videre til de komplette dokumenter/artikler om disse emner ved at klikke på dem.

Under **UDVALG** findes navnelister og henvisning til personernes e-mail adresser, ligesom der er en komplet fortegnelse over alle DASAIM's udvalg og funktioner.

Under **KURSER** findes alle de aktuelle kurser i DASAIM's regi; der fremkommer komplette kursusprogrammer ved at klikke på kursusoverskrifterne, og der er tilmeldingsmulighed via nettet.

Næste boks er **LEGATER** findes alle DASAIM's legater opført med tilhørende betingelser og vejledning for ansøgninger.

I boksen **MØDER** orienteres om kommende møder. Det er primært danske møder, men kan også dreje sig om nordiske møder og kongresser. Aktuelt orienteres om årsmødet i november og FAPA's generalforsamling.

I boksen **BESTYRELSE** opføres (ikke uventet) Bestyrelsens sammensætning med navne og e-mail adresser.

Sidste boks hedder **DEBAT**, der er et on-line forum for anæstesiologer, som vil diskutere et emne eller f.eks. efterlyse oplysninger hos andre kolleger. Det er hensigten, at man bidrager med et indlæg med en overskrift – præcis som man gør det på dagbladenes hjemmesider. Der fordres en anstændig tone og anonyme indlæg accepteres ikke.

De vandrette bokse på forsiden under overskriften giver mulighed for at orientere sig om især de organisatoriske forhold i DASAIM, FYA og DAO. Den første boks **FORSIDE** henviser altid til forsiden, så uanset hvilken side man er havnet på, så kommer man tilbage til forsiden ved at klikke på **FORSIDE**.

Boksene **DAO** og **FYA** henviser til sider med oplysninger om organisationernes opbygning og formål, samt bestyrelsesmedlemmer og/eller formænd

KONTAKT er boksen, man klikker på, hvis man vil henvende sig elektronisk til personer i DASAIM eller til funktioner i DASAIM som f.eks. sekretariatet (Annette Ladegaard), webmaster, postmaster og bestyrelsen som helhed (andre associationer forbundet med **Kontakt** formidles ikke af DASAIM!).

Ved at klikke på boksen **LINKS** får man mulighed for at finde web-adresser (Internet-adresser) på mange organisationer, tidsskrifter, udenlandske hospitaler, lærebogsmateriale – alt med relevans til anæstesiologer.

Frans Swiatek, Lars Peter Wang

LEGATER

Dansk Anæstesiologisk Selskabs Fond

Fondens formål er at fremme dansk anæstesiologi videnskabeligt og fagligt under følgende former:

1. uddeling af disponibelt beløb efter bestyrelsens skøn, som anerkendelse for et originalt videnskabeligt arbejde eller bemærkelsesværdig faglig indsats.
2. ydelse af tilskud til studierejser til yngre anæstesiologer, som har ydet en videnskabelig indsats eller til anæstesiologer, som ønsker at studere specielle emner.
3. afholdelse af en "Erik Husfeldt-forelæsning" ved et af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicins møder.
4. ydelse af tilskud til invitation af udenlandske foredragsholdere.

Ansøgningen stiles til fondens bestyrelse og fremsendes til Dansk Anæstesiologisk Selskabs Fond, att.: Lrs. Svend Oppenheim, Flagstad Lund Elmer, Kalvebod Brygge 39-41, 1560 København V., der cirkulerer ansøgninger til bestyrelsens medlemmer, der herefter foretager indstilling til Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicins bestyrelse.

Ansøgningsfristen er **1. maj** og **1. oktober**.

Oberstinde Kirsten Jensa la Cours legat

Legatet skal anvendes til undersøgelse og forskning af rygmarvsanæstesi, herunder specielt risikoen for og behandling af opstået lammelse og følgetilstande. Såfremt der på grund af udeblevne ansøgninger til det ovennævnte formål, kan legatets afkast anvendes til forskning vedrørende centralnervesystemets funktion i relation til anæstesi. Legatet uddeles én gang årligt til enkeltpersoner, institutioner, institutter eller etablerede forskningsprojekter, hvor dette måtte skønnes at være i overensstemmelse med legatets formål. Uddeling sker i portioner efter legatbestyrelsens skøn. Ansøgningsstermin **31. december**. Der foreligger ikke ansøgningskemaer. Ansøgning sendes til Jensa la Cours Legat, att.: Lrs. Carsten Brink, Flagstad Lund Elmer, Kalvebod Brygge 39-41, 1560 København V.

Lippmann Fonden

Lippmann Fonden kan søges af personer, der måtte have brug for støtte til lægevidenskabelige og humanitære formål inden for anæstesiologien.

Der foreligger ikke ansøgningskemaer, men ansøgningerne skal sendes til Formanden for Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin. Uddelingen finder sted i forbindelse med den årlige Husfeldt-forelæsning. Der vil blive uddelt 1-4 portioner, primært til udgifter i forbindelse med uddannelse og studier i udland. Fondet støtter ikke rejseudgifter til kongresrejser og lignende, hvor man ikke er aktiv deltager.

Ansøgningsfrist **1. oktober**.

Dameca-legatet

Dameca-legatet, der blev oprettet i 1995, kan søges af personer og grupper med speciel interesse indenfor området inhalationsanæstesi og/eller monitorering.

Der er 50.000 kr. til rådighed pr. år, og legatet kan uddeles i flere portioner. Legatet støtter ikke kongresrejser, hvor deltageren ikke er aktiv deltager.

Der foreligger ikke egentligt ansøgningskema. Ansøgninger skal sendes til Formanden for Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin. Uddelingen finder sted i forbindelse med årets Husfeldt-forelæsning, og formanden for Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin og direktøren for Dameca a/s er bedømmelsesudvalg.

Ansøgningsfrist **1. oktober**.

Professor, overlæge Sophus H. Johansens Fond af 23. august 1981

Fra ovennævnte fond kommer et beløb til uddeling i én eller flere portioner.

Fonden yder støtte til yngre lægers forskning inden for anæstesiologien, dvs. anæstesi, intensiv terapi, smertebehandling og præhospital behandling.

Ansøgning sendes til overlæge Doris Østergaard, Anæstesiologisk afdeling, Amtssygehuset i Herlev senest **den 1. oktober**.

Uddelingen vil finde sted i forbindelse med Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicins generalforsamling.

Holger og Ruth Hesses Mindefond

Fondens formål er at yde støtte til forskning og udvikling inden for naturvidenskaberne.

Støtte ydes primært til forskning og udvikling af metoder og apparatur inden for anæstesiologien, eller til akut behandling af lunge- og kredsløbsproblemer.

Legatet uddeles til enkeltpersoner eller institutioner i få portioner.

Der foreligger ikke specielle ansøgningskemaer, men ansøgning med kortfattet beskrivelse af projekt incl. budget, tidsplan, kortfattet curriculum samt oplysninger om evt. ansøgning om støtte fra andre steder.

Ansøgning i 3 eksemplarer sendes til Holger og Ruth Hesses Mindefond, c/o Inga Hesse Kovstrup, Brandsøvej 17, Skærbæk, 7000 Fredericia.

Ansøgningsfrist **1. oktober**. Ansøgningsmaterialet vil blive behandlet fortroligt. Uddeling finder sted på Holger Hesses fødselsdag den 26. november hos Ambu International A/S i Glostrup.

Bøger

Evaluering af forsøg med lægeambulancen i Stor-Århus

Udgiver: DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2001.01

Omfang 77 sider

Pris: 150,- kr. inkl. moms, ekskl. ekspeditionsomkostninger

Rapporten kan købes hos DSI Institut for Sundhedsvæsen

Postboks 2595, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø.

Tlf. 35 29 84 00, fax 35 29 84 99

Anæstesi

Redigeret af: Jørgen Viby Mogensen & Thomas Vester-Andersen

Pris 450,00 kr.

2. udgave 2001, 340 sider, FADL's Forlag

2. april er den her

Den længe ventede gennemredigerede 2. udgave af den velkendte lærebog i anæstesiologi udkommer nu. I forhold til 1. udgaven er bogen kraftigt revideret. Antallet af kapitler er øget fra 22 til 26 og forfatterantallet fra 13 til 24. Tre kapitler er helt nye, 10 kapitler er totalt omskrevet af nye forfattere og de resterende 13 kapitler er alle reviderede, såvel hvad angår indhold som illustrationer, tabeller m.m.

En bred basisbog i anæstesiologi

Anæstesi er en basisbog i klinisk anæstesi og postoperativ smertebehandling. Bogen er forsøgt tilpasset et niveau, der dækker kravene til den anæstesiologiske introduktionsstilling (fase I). Vi håber imidlertid, at også andre grupper som fx anæstesisygeplejersker, lægestuderende og anæstesilæger i fase II- og III-stillinger vil have glæde af bogen.

På WWW.FADL.DK/FORLAG kan der ses tre kapitler fra bogen.

NÆSTE MØDER

SFAI-veckan i Lund 20.-24. august 2001

Anæstesi- og intensivafdelingen og Sektionen for Thoraxanæstesiologi i Lund inviterer til SFAI-uge 20.-24. august. Det er første gang Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård afholder en hel uge med uddannelses- og videnskabelige aktiviteter.

Kongressen afholdes 22.-24. august

på Scandic Hotel Star Lund. Vi håber på mange deltagere fra både Sverige og Danmark. Kongressen omfatter forelæsninger af inviterede forelæsere, symposier og forelæsninger i parallelle sessioner og posterdiskussioner samt en alsidig og spændende industriudstilling. Vi glæder os over at kunne skabe et fællesarrangement med Svensk Forening för Medicinsk Teknik og Fysik.

Kongressekretariatets

e-mail adresse er: sfai.usil@skane.se med telefonnr. (+46) 046171949.

Tilmelding på tilmeldingsblanket via fax eller brev.

Hotelreservationer sker ved individuel henvendelse; kongressen har opnået rabatordninger, se separat pris- og hotelliste. Princippet om først til mølle er gyldigt ved hotelreservation. Bustransport fra hoteller til kongressen arrangeres morgen og aften.

De sociale arrangementer omfatter velkomstarrangement om aftenen 22/8 med underholdning på klassisk Lund-lokalitet. Den 23/8 er der festbanket på det traditionsrige Grand Hotel i det centrale Lund. Golfturneringen "SFAI-svinget" arrangeres før selve kongressen.

Programmet og øvrig information præsenteres på vores hjemmeside www.anest.lu.se.

Den 20.-22. august

afholdes "Introduktionskursus i intensivterapi" og de to postgraduate kurser "Obstetrisk anæstesi" og "Anæstesi til den kardiovaskulært syge patient".

På vegne af Arbejdsgruppen for SFAI-veckan

*Johan Lundberg,
överläkare, Stf Verksamhetschef
Anestesi och Intensivvårdskliniken,
Universitetssjukhuset i Lund*

Program för SFAI-veckan i Lund 20.-24. augusti 2001

Måndag 20. augusti t.o.m. onsdag 22. augusti

Fri kurs för ST-läkare

Grundläggande intensivvård

"Postoperativ smärtbehandling. Men outcome då?"
Mads Werner, Hvidovre Hospital, Köpenhamn

Postgraduatekurser

Obstetrisk anæstesi

Anæstesi och den kardiovaskulært sjuke patienten

*I samarbete med Svensk Förening för Medicinsk Teknik och Fysik:
bland annat*

Ökad livslängd för anesthesiologer eller ökade underhållskostnader?

Ny anestesigas-anvisning

Datorer för operationsmiljön

Människa – maskin. Var går gränsen för nyttig information?

Morgondagens anæstesi- och övervakningsutrustning

Onsdag 22. augusti t.o.m. fredag 24. augusti

Symposier

HLR – till vilken nytta? Effekt, teknik, etik

Inhalationsanæstesi på neutral mark. Korta, långa, gamla, nya – vilka är bäst?

Hjärtskydd – finns det?

Hur mår den skandinaviske narkosläkaren?

Posters med tillhörande diskussioner

Priser för bästa innehåll respektive bästa presentation!

V.g. se anvisningar för abstracts

Föreläsningar

"Anesthesiology in education and politics"

D.David Glass,

Dartmouth-Hitchcock Medical Center, New Hampshire, USA

"MH – still hot?"

Föreningsmöte

Svensk Förening för Anæstesi och Intensivvård

Den årliga Martin H:son Holmdahl-föreläsningen:

Per-Olof Grände,

Anæstesi- och Intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset, Lund

"Endogena peptidantibiotika – sepsispatientens räddning?"

Sociala aktiviteter

Golfturneringen "SFAI-svingen"

Välkomstbjudning i ärkeakademisk miljö

Bankett på Grand Hotel

Välkomna till Lund!

Videnskabelige bidrag (abstracts) til SFAI-mødet i Lund 22.-24. august 2001

Vi indkalder videnskabeligt bidrag til mødet. Alle abstracts præsenteres som a) abstract i programbogen, b) poster på mødet *samt* c) mundtlig præsentation ved postersessioner, hvor abstract vil blive diskuteret med auditoriet og en forberedt opponent.

Præmiering af det bedste videnskabelige abstract og til bedste mundtlige/poster-præsentation.

Abstract sendes som Microsoft Word fil til michael.bodelsson@anest.lu.se senest den 31. maj 2001. Forfatteren meddeles afgørelse om accept senest 10.juni. Abstracts skrives på svensk eller engelsk.

1. Skriv med font Times New Roman 11 og enkelt linieafstand. Abstract må indeholde max. 300 ord. Figurer og tabeller kan inkluderes, men alt skal kunne stå på en A-4 side med 2 cm venstremargen, øvre- og nedre margen og 10 cm højremargen. Skriv al tekst med lodret venstremargen.
2. Skriv titel med **fed**. Anvend både små og store bogstaver.
3. Blank linie
4. Forfattere og på ny linie arbejdsplads(er) samt adresse og e-mail til præsenterende forfatter.
5. Blank linie
6. Teksten deles i følgende afsnit (**fed**) **Baggrund, Metoder, Resultater, Konklusioner**, evt. **Referencer**
7. Blank linie mellem afsnittene
8. Se venligst eksempel:

Eksempel:

Effekten av spolvätskor och prostataextrakt på isolerade hjärtceller.

Hahn R G, Zhang W och Andersson B
Anestesikliniken, Södersjukhuset, 118 83 Stockholm och Institutet för Onkologi-Patologi, Rättsmedicinska institutionen, Karolinska Institutet, Stockholm. E-post: robert.hahn@sos.se.

Bakgrund. En högre mortalitet i hjärtinfarkt har tidigare visats föreligga efter transuretral resektion av prostata (TURP) jämfört med öppen prostatektomi (1). Eftersom absorption...

Priser

VED TILMELDING FÖR 20/6:

Videnskabeligt møde 22.-24 august

SEK 1.950 (SFAI-medlem)	SEK 2.500 (ikke-SFAI-medlem)	SEK 1.200 (ikke-specialist)	_____
----------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------

VED TILMELDING EFTER 20/6:

Videnskabeligt møde 22.-24. august

SEK 2.450 (SFAI-medlem)	SEK 3.000 (ikke-SFAI-medlem)	SEK 1.500 (ikke-specialist)	_____
----------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------

Sociale arrangementer: (sæt kryds)

Golf: "SFAI-svinget"

21/8 eller 22/8

(gratis)

Deltager

Deltager ikke

Lundensisk

velkomstfest

22/8

(gratis)

Deltager

Deltager ikke

Banket

Grand Hotel

23/8

å SEK 425/pers

Deltager

Deltager ikke

Kurser 20.-22. august:

ST-kurs (Universitets- sjukhuset) 20-22/8: "Introduktionskurs i intensivvård"	SEK 3.000	_____
PG-kurs 1 (Universitets- sjukhuset) 20-22/8: "Obstetrisk anestesi"	SEK3.000	_____
PG-kurs 2 (Universitets- sjukhuset) 20-22/8: "Anestesi till den kardio- vaskulärt sjuke patienten"	SEK 3.000	_____
Pris ialt:		_____

KURSER**Kursus i ekstrakorporal cirkulation**

I perioden 23.-25. april 2001 vil der ved Den Danske Perfusionist Skole, Skejby Sygehus i samarbejde med thoraxanæstesiologisk udvalg, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, blive afholdt kursus i ekstrakorporal perfusionsteknik.

Sted: Den Danske Perfusionist Skole, Skejby Sygehus. Undervisningslokale 24, Indgang 4, 1. sal.

Antal deltagere: Max 12.

Indhold: Hjerter-lungemaskinens opbygning og virkemåde, opfyldning og udluftning, perfusionsforløbet, hypotermi og hæmodilution, hæmodynamik, hæmatologi/hæmostasologi, kardioplegi, IABP, LVAS, ECMO, TAH samt praktiske perfusionsøvelser i et dyreeksperimentelt set-up.

Målgruppe: Speciallæger i anæstesiologi med thoraxanæstesiologi som hovedinteresse.

Kursusafgift: kr. 3.000,00.

Tilmelding: Linda Nielsen, T-forskning, tlf. 89 49 54 82 senest mandag den 28. marts 2001.

kl.	Mandag	Tirsdag	Onsdag
08.15		RS	Jl
09.45	Ankomst	Priming Hæmodilution	Hæmostasiologi
	kaffe	Kaffe	kaffe
10.00	PH	HHK	LWA
11.30	Det ekstrakorporale kredsløb	Kardioplegi	Cerebral/organ Protektion
	Frokost	Frokost	frokost
12.30	PH	MH/PH	MH/PH
14.00	Perfusionsforløbet	ECC på gris	ECC på gris
	Kaffe	Kaffe	Kaffe
14.15	PH	MH/PH	MH/PH
15.45	Assist devices	ECC på gris	ECC på gris
	Kaffe	Kaffe	Kaffe
16.00	HN	MH/PH	MH/PH
17.00	Hæmodynamik	ECC på gris	ECC på gris/ Diskussion og evaluering

PH perfusionist, cand.scient.san. Pia Hughes
 HN professor, dr.med. Hans Nygaard
 RS overlæge Ricardo Sanchez
 HHK afd.læge Hans-Henrik Kimose
 LWA overlæge, dr.med. Lars Willy Andersen
 Jl overlæge, dr.med. Jørgen Ingerslev
 MH professor, dr.med. Michael Hasenkam

Programsatte kurser

Efteruddannelsesudvalget planlægger i efteråret 2001 at afholde følgende kurser:

K-126 Ekkokardiografi for anæstesiologer

Tid: Torsdag den 25. og fredag den 26. oktober 2001.

Sted: Aalborg Sygehus.

Kursusledere: Lise Knudsen, Aalborg Sygehus og Erik Sloth, H:S Rigshospitalet, København.

Max 30 deltagere.

Planlægges som et to dages kursus med teori og praksis inden for transthorakal og transoesophageal ekkokardiografi. Dette gøres via demonstrationer fra Ekkokardiografisk laboratorium, hjertekirurgisk operationsstue, videodemonstrationer samt hands-on og forelæsninger.

Indbydelse kommer i DASINFO nr. 3, juli 2001.

K-127 Pædiatrisk Anæstesi

Tid: Torsdag den 15. november 2001 kl. 09.00-17.00.

Sted: Amtssygehuset i Herlev.

Målgruppe: Anæstesiologer, som jævnligt arbejder med børn.

Form: Simulatortræning alternerende med workshop.

Kursusledere: Søren Walther-Larsen, H:S Rigshospitalet og Helle Thy Østergaard, Amtssygehuset i Herlev.

Undervisere: Steen Henneberg; Rolf Holm-Knudsen; Søren Walther-Larsen, Michael Wanscher, Doris Østergaard, Helle Thy Østergaard.

Max 24 deltagere.

Pris: 1.000 kr. incl. frokost og kaffe.

Planlægges som kursus med workshops og 2 parallelle simulatorer.

Indbydelse kommer i DASINFO nr. 3, juli 2001.

ØVRIGE KURSER

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering

inviterer til Årsmøde

Tid: Torsdag den 19. april 2001 kl. 10.00-15.45

Sted: Scandic Hotel Copenhagen, København

MTV vinder i stigende grad indpas både i Danmark og i udlandet. MTV-metoder og tankegange er dermed blevet vigtige, ikke bare for centrale beslutningstagere, men for alle, der træffer beslutninger om sundhed – på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

Årsmødet henvender sig derfor bredt til alle sundhedsvæsenets beslutningstagere – såvel ledere, klinikere, forskere som øvrige interessenter.

Programmet byder på indlæg om MTV-arbejde i dansk og international sammenhæng, tre parallelsessioner og en posterudstilling.

Gæstetaler er i år Douglas Kamerow, direktør for USA's Center for Practice and Technology Assessment. Parallel-sessionerne omfatter én om tidlig varsling af medicinsk teknologi samt to, hvor der fremlægges konkrete MTV-projekter.

Alle interesserede med relevante projekter opfordres til at indsende forslag til en præsentation af projektet til årsmødets posterudstilling.

Gebyr: 750 kr. dækker konferencemateriale, frokost med en øl/vand og kaffe/te.

Tilmelding: MTV 2001, DSB Group & Conference Services, att.: konferencechef Grete madsen, Store Kongensgade 128, 1264 København K. Tlf. 33 37 89 30; fax 33 37 89 99; e-mail: MTV2001@dsb.dk

DASAIM's medlemmer inviteres til

Fælles Forårsmøde i Dansk Selskab for Onkologi (DSO) og Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi (DMO)

Tid: 19.-20. april 2001

Sted: Byggecentrum i Middefart

Fagligt Program: Kræftplanen: Den palliative indsats i Danmark (Kontorchef i Sundhedsstyrelsen, dr.med. Steen Werner Hansen); Udvikling og uddannelse inden for palliation: Intern medicin (Anne Thomassen), Kirurgi (Per Gandrup), Almen medicin (Frede Olesen); Den lægefaglige uddannelse i Palliativ Medicin: En anæstesiologs synspunkter (Per Sjøgren); Status for den palliative indsats i udlandet; Status for den palliative indsats i Danmark (Anders Bonde); Forskning inden for Palliation (Mogens Grønvold); På vej mod et fælles Nordisk Core Curriculum i Palliativ Medicin for læger (Lise Pedersen); Workshop: (Hvordan skal den lægelige uddannelse i Palliativ medicin struktureres? Skal den tilknyttes onkologien? Hvor står de andre specialer i forhold til den palliative medicin? Hvordan kommer vi videre?) Fremlægning og diskussion i plenum; Konklusion.

Tilmelding: Overlæge Flemming Hansen, Onkologisk afdeling D, Århus Kommunehospital, 8000 Århus C. Fax 89 49 25 30. (www.dos.suite.dk).

10. årsmøde i klinisk ernæring

Tid: Fredag den 27. april 2001 kl. 08.30-16.45

Sted: Århus Kongreshus, Amaliegade 23, i centrum af Århus ved Salling (*ikke kongrescentret*)

Målgruppe: Mødet er tværfagligt og arrangeret primært for læger, sygeplejersker og diætister, men andre med interesse for mødets emner er velkomne.

Planlægningsgruppe: Overlæge Ib Hessov, kir.afd.L, Århus Amtssygehus; professor Hendrik Vilstrup, med. afd. V, Århus Kommunehospital; overlæge Jan Eriksen, med. afd., Herning Centralsygehus; klinisk diætisk Mette Borre, med.afd.V, Århus Kommunehospital; afdelingssygeplejerske Gitte Bøje, kir.afd.L, Århus Amtssygehus.

Program: Nutrition in the intensive care unit (Richard D. Griffiths, Liverpool); Diskussion (chairman: Allan Engquist, Bispebjerg Hospital); Evidence based dietary treatment in oncology patients (T.A. Remijnse, Utrecht); Diskussion (chairman: Anne Marie Beck, København); Frie foredrag i tre søjler; Mad og erotik i kunsten (Lennart Gottlieb, Århus Kunstmuseum).

Tilmelding: Gitte Bøje, kirurgisk afdeling L, Århus Amtssygehus, 8000 Århus C.

DASAIM's medlemmer inviteres til

Pharmacological Treatment of Pulmonary Hypertension

Joint meeting mellem Dansk Hypertensions Selskab og Dansk Selskab for Farmakologi og Toksikologi

Tid: torsdag den 17. maj 2001

Sted: Århus

Program: <http://www.dsft.dk> og <http://www.hypertension.suite.dk>

Kurser i sundhedsøkonomi

1. kursus 29.-30. maj og 7. september 2001

2. kursus 3.-4. oktober 2001 og 1. februar 2002.

Kursusafgift 11.875,- incl. 25% moms.

Tilmelding senest 15. april og 1. september 2001 til DSI Institut for Sundhedsvæsen, Dampfærgevej 22, postboks 2595, 2100 København Ø. Telefon 35 29 84 00; fax 35 29 84 99; e-mail: dsi@dsi.dk; www.dsi.dk

ATLS® DANMARK - ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT

Tilmelding: Kurserne annonceres på ATLSs hjemmeside. Tilmelding sker lettest ved udfyldelse af tilmeldingsformular på ATLS hjemmeside <http://www.atls.dk>

Luftvejshåndtering for anæstesi­læger

Læs om vores kursus på <http://www.an-rh.dk/luftvej/ssai-kursus.htm>

Workshop i axillaris blokade til ambul­ant håndkirurgi

Tilmelding: Zbigniew K. Nielsen, Anæstesiafdeling 4132, H:S Rigshospitalet. e-mail: zjkn@rh.dk; telefon 35 45 80 36; fax 35 45 29 50.

KONGRESKALENDER

9th ESA Annual Meeting

7.-10. april 2001, Göteborg, Sverige.

(Information: Dr. Claes Mangelus; tlf. +46 313 431000; fax +46 313 432180; <http://Eurosiva.org>; e-mail: esa@euronet.be; www.euroanesthesia.org)

4th International Congress on Ambulatory Surgery

22.-25. april 2001, Geneve, Schweiz.

(Information: IAAS 2001 Congress, Scientific Congress Management, Bellerivestrasse 42, CH-8008 Zurich, Switzerland. Tlf. +41 (1) 384 93 39; fax +41 (1) 384 93 39; e-mail: congress@access.ch)

2nd Annual Symposium NATA – Transfusion Medicine and Alternatives

23.-24. april 2001, Berlin.

(Information: NATA, 70/86 Avenue de la Republique, F-92325 Chatillon Cedex, France. Tlf. +33 1 49 65 03 49; fax +33 1 49 65 04 35; e-mail: nata.secretary@libertysurf.fr; <http://www.nata-edu.org>).

Austrian Postgraduate Assembly

Vienna International Symposium on Ventilation

27.-28. april 2001, Wien.

(Information: Fax +43/1/40400-4104; E-mail: apa@akh-wien.ac.at; <http://www.apa.akh-wien.ac.at>)

International Advanced Workshop on Brain/Pain Research: From Molecules to Mind

30. april-2. maj 2001, Aalborg.

(Information: Susanne Nielsen, Center for Sensory-Motor Interaction (SMI), Aalborg Universitet, Frederik Bajers Vej 7D-3, 9220 Aalborg. Tlf. 96 35 88 28; fax 98 15 40 08; e-mail: susanne@smi.auc.dk; <http://www.smi.auc.dk/Brain-Pain> Xi'an Workshop).

Obstetric Anaesthetists' Association – Annual Meeting

3.-4. maj 2001, Edinburgh, Scotland.

(Information: OOA Secretariat, PO Box 3219 Barnes, London SW13 9XR, UK. Tlf. +44 (0) 20 8741 1311; fax +44 (0) 20 8741 0611; e-mail: registrations@oaa-anaes.ac.uk).

Society of Ambulatory Anesthesia (SAMBA) 16th Annual Meeting.

3.-6. maj 2001, Palm Springs, Californien.

(Information: e-mail: sambo@asahq.org)

Society of Cardiovascular Anesthesiologists 23rd Annual Meeting & Workshops.

5.-9. maj 2001, Vancouver, Canada.

(Information: e-mail: sca@societyhq.com)

TraumaCare 2001 – 14th ATACCS

17.-19. maj 2001, San Diego, USA.

(Information: (<http://www.trauma.itaccs.com>))

16th Annual Meeting of the European Association of Cardiothoracic Anaesthetists (EACTA). Weimar,

16.-20. maj 2001, Weimar, Tyskland.

(Information: e-mail: akabogu@mcn-nuernburg.de og www.men-nuernburg.de)

Skandinaviska Hjärt-Lung-Räddning Kongressen

18.-20. maj 2001, Göteborg.

(Information: www.hlr.nu)

11th European Congress of Anaesthesiology (CENSA)

55th National Congress SIAARTI

5.-9. juni 2001, Florence, Italien.

(Information: Professor G.P. Novelli, 11th European Congress of Anaesthesiology, Via Panciatichi 40, I-50137

Florence, Italy. Telefon +39 055 4368455; fax +39 055 4368781; e-mail: oliver@dada.it; <http://www.siaarti.it>).

26th Congress The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine

13.-17. juni 2001, Tromsø, Norge

(Information: SSAI Scientific Secretariat, Department of Anaesthesiology, University Hospital, N-9038 Tromsø, Norge.

Tlf. +47 77 62 70 01; fax: + 47 77 62 61 92;

e-mail: SSAI.2001@rito.no; www.ssai2001.org)

2nd World Congress of World Institute of Pain: "Pain Management in the 21st Century"

26.-29. juni 2001, Istanbul, Tyrkiet.

(Information: e-mail: info@dilan.com.tr)

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård

20.-24. august 2001, Lund

(Information: Konferenssekretariatet sfai.usil@skane.se; www.anest.lu.se)

Ambulatory Surgery in the New Millennium

23.-26. august 2001, Stockholm

(Information: ESRA, Options Eurocongress Ltd., c/o Avenue Louise 228, B-1050 Brussels, Belgium. Tlf. +32-2-346.53.01; fax +32-2-346.36.37/54.35; e-mail: esra@options.com.cy). Deadline for abstract: 1 Maj 2001 (cathy@options.com.cy).

Austrian Internations Congress 2001 – Anaesthesia & Intensive Care: The emerging Discipline

12.-14. september 2001, Wien.

(Information: Ögari Austrian Society of Anaesthesiology, Resuscitation and Intensive Care Medicine, Johann Nepomuk Vogl Platz 1/1, A-1180 Vienna, Austria. Tlf. +43-1/406 48 10; fax +43-1/406 48 11; e-mail: oegari@oegari.at; www.oegari.at).

Annual ESRA, EuroPain, ESOA Congress

19.-22. september 2001, Warsawa, Polen.

(Information: E-mail: esra@options.com.cy og zundert@iae.nl).

43 Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation

20.-23. september 2001, Paris

(Information: SFAR, 74, rue Raynouard, F-75016 Paris, France. Tlf. 01 45 25 82 25; fax 01 40 50 35 22; e-mail: sfar@invivo.edu; www.sfar.org)

Refresher Course in Anaesthesiology

22.-23. september 2001, Durban, South Africa.

(Information: Congress Office, Department of Anaesthesia, University of Natal, Private Bag 7, Congella 4013, Durban, South Africa. Tlf./fax +27 31 260 4472; e-mail: mailiti@med.und.ac.za; <http://www.und.ac.za/med/anaesth/sasa2001.thml>).

2nd All Africa Anaesthesia Congress

in conjunction with the National Congress of the South African Society of Anaesthesiologists

23.-26. september 2001, Durban, South Africa.

(Information: Congress Office, Department of Anaesthesia, University of Natal, Private Bag 7, Congella 4013, Durban, South Africa. Tlf./fax +27 31 260 4472; e-mail: mailiti@med.und.ac.za; <http://www.und.ac.za/med/anaesth/sasa2001.thml>).

American Society of Anaesthesiology

13.-17. oktober 2001, New Orleans, Louisiana, USA.

(Information: <http://www.asahq.org>)

8th World Congress of Intensive and Critical Care Medicine: Intensive Care in the New Millenium

28. oktober - 1. november 2001, Sydney, Australien.

(Information: e-mail: iccm@icmsaust.com.au og www.iccm.aust.com).

DASAIMs Årsmøde

1.-3. november 2001, København

(Information: DASINFO nr. 3, juli 2001 og www.dasaim.dk)

2nd International Symposium on Pain Control and Regional Anaesthesia – ESRA

4.-11. november 2001, Jaipur, Indien

(Information: ESRA, Options Eurocongress Ltd., c/o Avenue Louise 228, B-1050 Brussels, Belgium. Tlf. +32-2-346.53.01; fax +32-2-346.36.37/54.35; e-mail: esra@options.com.cy)

55 Postgraduate Assembly

7.-11. December 2001, New York, USA

(Information: The New York State Society of anesthesiologists, 360 Lexington Avenue, Suite 1800, New York, NY 10017 USA. Tlf. 1-(212)867-7140; fax 1-(212)867-7153; <http://www.nyssa-pga.org>)

10th International Pain Clinic

4.-8. maj, 2002, Sardinien.

(Information: World Society of Pain Clinicians. E-mail: wspc@options.com.cy)

9th International conference on Health Promoting Hospitals

16.-18. maj 2001, København.

(Information: DIS Congress Service copenhagen A/S, Herlev Ringevej 2 C, 2730 Herlev. Tlf. 44 92 44 92; fax 44 92 50 50; <http://www.es.euro.who.int> og <http://www.univie.ac.at/hph/>).

1st Joint World Congress on Regional Anaesthesia and Pain Therapy

29. maj-1. juni 2002. Barcelona, Spanien.

(Information: ESRA, Options Eurocongress Ltd., c/o Avenue Louise 228, B-1050 Brussels, Belgium. Tlf. +32-2-346.53.01; fax +32-2-346.36.37/54.35; e-mail: esra@options.com.cy)

International Anesthesia Research Society (IARS)

16.-20. marts 2002, San Diego, California.

(Information: e-mail: iarshq@iars.org og www.iars.org)

American Society of Anaesthesiology

12.-16. oktober 2002, Orlando, Florida, USA.

(Information: <http://www.asahq.org>)

12th International Symposium on Brain Edema and Brain Tissue Injury

10.-13. november 2002, Hakone, Japan.

(Information: e-mail: 2002-office@umin.ac.jp)

International Anesthesia Research Society (IARS)

22.-26. marts 2003, New Orleans, Louisiana.

(Information: e-mail: iarshq@iars.org og www.iars.org)

American Society of Anaesthesiology

11.-15. oktober 2003, San Francisco, California, USA.

(Information: <http://www.asahq.org>)

International Anesthesia Research Society (IARS)

27.-31. marts 2004, Tampa, Florida

(Information: e-mail: iarshq@iars.org og www.iars.org)

13th World Congress of Anaesthesiologists

17.-23. april 2004

American Society of Anaesthesiology

23.-27. oktober 2004, Las Vegas, Nevada, USA.

(Information: <http://www.asahq.org>)

American Society of Anaesthesiology

22.-26. oktober 2005, New Orleans, Louisiana, USA.

(Information: <http://www.asahq.org>)

DASAIM's officielle e-mailadresser

Bestyrelsen	bestyrelse@dasaim.dk
Anæstesiudvalget	anaestesi.udv@dasaim.dk
Børneanæstesiudvalget	boerneaestesi.udv@dasaim.dk
Efteruddannelsesudvalget	efterudd.udv@dasaim.dk
Intensiv medicin udvalg	intensiv.udv@dasaim.dk
IT udvalg	it.udv@dasaim.dk
Kronisk smerteudvalg	kronisk.smerte.udv@dasaim.dk
Neuroanæstesiudvalg	neuroanaestesi.udv@dasaim.dk
Postmaster	postmaster@dasaim.dk
Postoperativ rehabiliteringsudvalg	postop.rehab.udv@dasaim.dk
Præhospital udvalg	præhospital.udv@dasaim.dk
Sekretariat	sekretariat@dasaim.dk
Thoraxanæstesiudvalg	thoraxanaestesi.udv@dasaim.dk
Videreuddannelsesudvalg	videreudd.udv@dasaim.dk
Webmaster	webmaster@dasaim.dk

FYA's hjemmeside www.fya.suite.dk

Postbesørget blad
(8245 ARC)
bladnummer 54942

Dameca

i farver