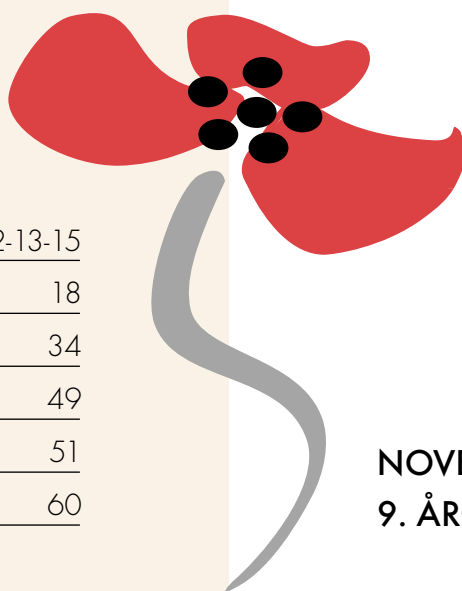
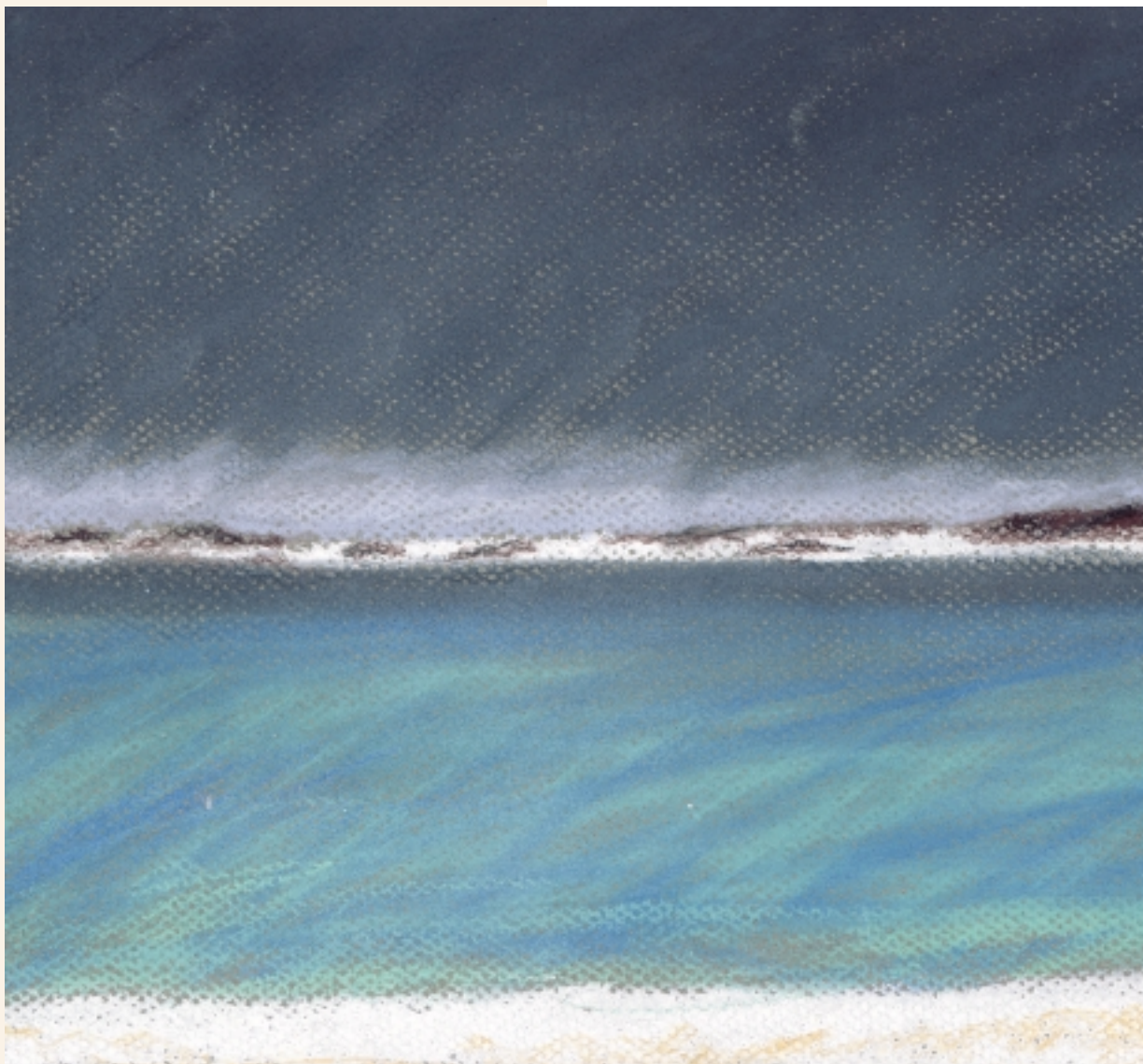


D A S I N F O

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin



Årsprogram 2001	9-11-12-13-15
Generalforsamling 2001	18
Videnskabelige bidrag	34
Uddannelse og forskning	49
Debat	51
Møder og kurser	60

NOVEMBER 2001
9. ÅRGANG

4

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin

Tlf. 35 45 66 02 - Fax 35 45 29 50
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: fmd.praehospital.udv@dasaim.dk

Sekretær:

Afdelingslæge Birgitte Ruhnau
Dybedalsvej 23, 3520 Farum
Tlf. 44 95 33 27; Fax 44 95 93 27
E-mail: best.sekr@dasaim.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: kasserer@dasaim.dk

Overlæge, dr.med. Jørgen B. Dahl (Anæstesi)
Afdelingslæge Reinhold Helbo Jensen (Intensiv
Medicin)
Overlæge Jette Højsted (Smertebehandling)
Cheflæge Else Hjortsø (Videreuddannelse)
Afdelingslæge, ph.d. Per Føge Jensen
(Efteruddannelse)
Reservelæge 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: redaktoer@dasaim.dk

Sekretariatet:

Tina Calundann
Anæstesi- og operationsklinikken, HOC 4132,
H:S Rigshospitalet, 2100 København Ø.
Tlf. 34 45 66 02; fax 35 45 29 50
E-mail: sekretariat@dasaim.dk

Oplag: 1400 stk.

Tryk: SvendborgTryk, 5700 Svendborg
ISSN 0908-5203

Forside: Helle Rask: Skåne, 2000.

Flere danskere går til læge* - flere læger går til årsmøde

En meget stor del af de sidste måneder er gået med forberedelse af Selskabets årsmøde. Programmet er trykt på de første sider af dette nr. af DASINFO, som er årets sidste. DASINFO præges - som altid i årets sidste nummer - af generalforsamlingen. Formandens og udvalgenes beretninger præsenteres efter årsmødeprogrammet sammen med en oversigt over Selskabets bestyrelse, udvalg og repræsentanter, både de, som fortsætter og de, som skal vælges på ny.

Der er i år modtaget ikke mindre end 21 videnskabelige bidrag til årsmødet, hvoraf 19 er abstracts til foredragskonkurrencen, og 2 er posters. Det afspejler en solid aktivitet på de anæstesiologiske afdelinger, skønt bidragene er koncentreret omkring fagets professorer. Samtlige bidrag offentliggøres i dette DASINFO på siderne 34-47. Otte udvalgte abstracts konkurrerer om pekuniære præmier til nr. 1, 2 og 3 ved årsmødet. Selv om årsmødet har krævet forberedelser af bidragsyderne, har sommeren som sædvanligt ikke været den mest aktive kongres-tid; Anders Larsson har dog været i Malawi til Centralafrikansk anæstesi- og intensivkonference og hjembringer nye indtryk på side 47, som bl.a. sætter skandinavisk sundhedsvæsen i perspektiv.

Fortsat fra sidste nummer af DASINFO har Else Hjortsø på Videreuddannelsesudvalgets vegne anmodet om gentagelse af artiklen om kursusstillinger - nu med tabel! Side 49.

Og mere med udspring i DASINFO: Som ét af de få medlemmer, der har reageret på tanken om at gøre det muligt at udvide besøgstallet til årsmøderne, har Jan Kristensen, Svendborg, forfattet et indlæg herom på side 51.

Sagaen om propofol lader foreløbig til at være afsluttet, og propofol kan nu anvendes til anæstesi til børn helt ned til 1 månedes alder, men stadig ikke til intensivbrug til børn. Læs korrespondancen side 51.

Den danske lærebog Anæstesi er udkommet i en 2. og revideret udgave, som er anmeldt på side 58 af Poul Christensen, Esbjerg.

I anledning af årsmødet har redaktionen kigget i Selskabets annaler og fundet videnskabelige bidrag med op til 25 års jubilæum i år - tilbage fra 1976. Man aner på side 58, hvorledes pulsoximetri først udvikledes som metode, hvorefter den evalueredes på et stort patientmateriale, og hvornår metoden til perkutan CVK-anlæggelse i halsvenerne blev udviklet. Men også hvordan det var at være anæstesiolog i 1970'erne, hvor den akademiske fane vajede højt - båret af mænd!

Efteråret er altid travlt m.h.t. undervisning og kurser. DASAIM afholder 3 kurser i sepsis, præhospitalet behandling og akkreditering/kvalitetssikring. Tilmeldingsblanket findes på side 66. På Rigshospitalet afholdes desuden kurser om den vanskelige luftvej, og workshops om anlæggelse af axillarisblokada og anlæggelse af "permanente" centralvenøse katetre. Tilmelding direkte på kursusstederne. Vore radiologiske kolleger afholder nyetablerede RAM-møder på KAS Herlev for en billig penge med start 11/10. Læs side 60.

DASINFO bringer på side 59 tilmeldingsblanket til den skandinaviske uddannelse i smertebehandling; i sidste nummer fandtes tilmeldingsblanket til den skandinaviske uddannelse i intensiv medicin.

Der er således udsigt til et spændende efterår i DASAIM, og de fleste ønsker om uddannelse, kurser og studierejser bør kunne imødekommes af det brede udbud.

På gensyn til årsmøde 2001.

Lars Peter Wang

* *Dagens medicin*, august 2001

• INDHOLDSFORTEGNELSE

LEDER

Dansk Anæstesiologisk forskning: Quo Vadis eller har vi ikke stået stille længe nok? <i>Jørgen Viby Mogensen</i>	5
---	---

ÅRSMØDE 2001

Tilmeldingsblanket	7
Program DASAIMs årsmøde 2001	9-11-12-13-15
DASAIMs Uddannelsespris	16
Industrisymposier	16-17

GENERALFORSAMLING

Dagsorden	18
Forslag til generalforsamlingen	18
Formandsberetning	19
Nye medlemmer	22
Udvalgenes årsberetninger	22
Årsregnskab	30
Selskabets bestyrelse, udvalg og repræsentanter	32

FOREDRAGSKONKURRENCE	34
POSTERS	40

ORIENTERING

Kongres- og mødereferater	
Reserapport från Malawi. <i>Anders Larsson</i>	47

Videnskabelige afhandlinger	49
--	----

Uddannelse og forskning

Kursusstillinger 2001	49
---------------------------------	----

DEBAT

Kommentar. <i>Jan Kristensen</i>	51
Hvad mener medlemmerne? <i>Jan Kristensen</i>	51
Propofol til børn, del III. <i>Steen Henneberg</i>	51
Politiik vedrørende rekommandationer	52
Dansk Anæstesi Database. <i>Ann Møller</i>	54
Deltag i online debat på DASAIM's hjemmeside	55
De 5 paradigmer. <i>Dorte Keld et al</i>	55

LEGATER

Olof Norlanders Minnesstiftelse	56
---	----

BØGER/VIDEO

Anmeldelse af Anæstesi, 2. udg.	58
---	----

I GAMLE DAGE

Det stod i DASINFO	58
------------------------------	----

SSAI

Call for Applications for the Scandinavian Training Program in Advanced Pain Medicine for Anaesthesiologists	59
--	----

NÆSTE MØDER

RAM Herlev	60
Benchmarking i Sygehusvæsenet	60
Trauma Care 2002	60

KURSER

DASAIM's kurser

Kursus i Sepsis	61
Kursus i Akut traume-og præhospitalbehandling	62
Kursus i Kvalitetssikring/udvikling	64

Øvrige kurser

1-dagskursus i rationel håndtering af centrale venekatetre til kronisk brug	68
ATLS kurser	68
Luftvejshåndtering for anæstesilæger	68
Workshop i axillaris blokade til ambulatant håndkirurg	68

KONGRESKALENDER	70
----------------------------------	----

E-MAIL ADRESSER	71
----------------------------------	----

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: redaktoer@dasaim.dk

Manuskripter og indlæg modtages meget gerne elektronisk eller på diskette i Word

DEADLINES DASINFO

DASINFO nr. 1, januar 2002	Deadline 6. december 2001
DASINFO nr. 2, april 2002	Deadline 1. marts 2002
DASINFO nr. 3, juli 2002	Deadline 1. juni 2002
DASINFO nr. 4, november 2002	Deadline 1. september 2002

Næste møder

DASAIMs årsmøder finder sted i København
1.-3. november 2001 7.-9. november 2002
6.-8. november 2003

GENERALFORSAMLING

Der indkaldes til generalforsamling i Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin fredag den 2. november 2001 kl. 19.30-22.00 på Radisson SAS Hotel Scandinavia i København (dagsorden ifølge vedtægterne).

Deltagelse i generalforsamlingen fredag den 2. november er naturligvis gratis og uafhængig af tilmelding til årsmødet i øvrigt.

Lars Peter Wang

Dansk Anæstesiologisk forskning: Quo Vadis eller har vi ikke stået stille længe nok?

Der har længe været tegn på, at dansk lægevidenskabelig forsknings meget stærke internationale position er truet. Vi har nu tal for, at dette også gælder dansk anæstesiologisk forskning. Forskningsaktiviteten på danske anæstesi- og intensiv afdelinger faldt i 7-års perioden fra 1992 til 1998 totalt set med 15%, medens produktiviteten målt som antal artikler pr. anæstesiolog faldt ca. 35%, dvs med ca. 7% pr. år. Samtidig var kvaliteten bedømt vha de benyttede tidsskrifters impakt faktorer og antallet af akademiske afhandlinger stagnerende. En sammenligning med de lande, vi normalt sammenligner os med tyder – ikke overraskende – på, at vi relativt set taber international gennemslagskraft.

Denne udvikling kan man have forskellig holdning til, bl.a. afhængig af hvem man er og hvor man er i systemet og om man bevidst eller ubevidst, retfærdigt eller uretfærdigt føler sig ramt. Personligt mener jeg, at udviklingen er yderst bekymrende både for patienterne og for vort speciale, og at alle gode kræfter bør samle sig om at forsøge at vende udviklingen – således som det vha en opprioritering af og støtte til akademisk medicin er lykkedes i Finland og Norge, og som man meget bevidst også arbejder på i Sverige.

God forskning er en helt nødvendig forudsætning for bl.a. evidens-baseret medicin, Cochrane analyser og undervisning på et højt niveau, og dermed også for de nødvendige løbende forbedringer i patientbehandlingen. Forståelsen af dette, både blandt fagfolk og blandt de politiske og administrative ledere er helt afgørende for, at vi kan få vendt udviklingen.

Tør vi tro på denne forståelse? Ja, det mener jeg faktisk vi tør- og bliver nødt til! Der synes blandt sundhedsvæsenets ledere og blandt politikere at være en voksende forståelse for, at udviklingen inden for dansk sundhedsvidenskabelig forskning og ikke mindst inden for den kliniske forskning

truer kvaliteten af fremtidens sundhedsvæsen i Danmark, og rapporten "Medicinsk Sundhedsforskningens fremtid" - netop udgivet af Sundhedsministeriet og Forskningsministeriet - indeholder mange gode forslag til, hvordan de **overordnede** vilkår for dansk sundhedsforskning kan forbedres.

Vi skal imidlertid også selv gøre meget! Jeg har tidligere bl.a. i bogen "Forandring og Stabilitet", redigeret af Torsten Lang-Jensen og udgivet af DASAIM i anledning af selskabets 50-års jubilæum givet forslag til, hvordan vi selv kan medvirke til at fremme dansk anæstesiologisk forskning på forskellige niveauer (fagpolitisk, uddannelsesmæssigt og på afdelingsniveau), og mange af os med interesse og/eller ansvar for fagets forskningsmæssige udvikling har forsøgt at påvirke udviklingen, hvor det var muligt. I hvilken udstrækning det er lykkedes, vil kun tiden kunne vise.

Tilbage står imidlertid, at vort fag stadig ikke har en fælles holdning til problemerne, endsige en forskningspolitik. I den forbindelse er det tankevækkende, at vort *videnskabelige* selskab, der har udvalg for mange andre relevante ting, ikke har et *videnskabeligt* udvalg. Jeg skal derfor (endnu en gang) opfordre bestyrelsen i DASAIM til at nedsætte et sådant, gerne ad hoc udvalg, hvis kommissorium kunne være at analysere rammerne for dansk anæstesiologisk forskning (klassisk anæstesi, intensiv medicin, smertebehandling og præhospitalbehandling) og på baggrund heraf komme med forslag til en forskningspolitik, herunder forslag til hvordan forskningen kan fremmes.

Else Tønnesen, Anders Larsson og jeg stiller os gerne i spidsen for et sådant udvalgsarbejde, der naturligvis også skulle involvere repræsentanter fra såvel universitets- som ikke-universitetsafdelinger.

Jørgen Viby Mogensen

Tilmeldingsblanket

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicins **Årsmøde 2001** den 1.-3. november 2001.
Sted: Radisson SAS Scandinavia Hotel, Amager Boulevard 70, 2300 København S. Telefon: 33 96 50 00

Allersidste tilmelding mandag den 22. oktober 2001 til

DASAIM Sekretariatet, Anæstesi-og operationsklinikken, HOC 4132, H:S Rigshospitalet, 2100 København Ø.
Tlf. 34 45 66 02; fax 35 45 29 50; E-mail: sekretariat@dasaim.dk

Titel: _____ Navn: _____
Adresse: _____ Postnr.: _____ By: _____
Evt. ledsagers navn: _____ Hospital/Firma: _____

Til årssmødet er det nødvendigt med en mødebetaling. Betalingen dækker udgifterne til de videnskabelige sessioner, sandwich torsdag, frokostbuffet fredag og lørdag samt kaffe alle tre dage. Derudover betales for **aftenarrangementer**: buffet og revy torsdag den 1. november, middag før DASAIMs generalforsamlingen fredag den 2. november samt festmiddag lørdag den 3. november. Alle sociale arrangementer er åbne for medlemmer med ledsagere og repræsentanter fra vore samarbejdspartnere i industrien.

Mødepakke:	Inden 24.	Efter 24.		Beløb
	september 2001	september 2001		
DASAIM medlem, ikke-speciallæge	600,-	1000,-		
DASAIM medlem, speciallæge	1200,-	1500,-		
Andre	2000,-	2500,-		
Aftenarrangementer	Deltager	Ledsager	Firma-deltager	
Torsdag den 1. november 2001				
Aften-buffet og revy	150,-	150,-	350,-	
Fredag den 2. november 2001				
Middag	150,-	150,-	350,-	
Lørdag den 3. november 2001				
Festmiddag	350,-	350,-	825,-	
Total				

- check vedlagt (på totalbeløbet) udstedt til DASAIM
 Totalbeløbet indbetalt til DASAIMs giro 807-7193 reg.nr. 1199

Husk at angive tydeligt navn på indbetalingen!

Ønsker du overnatning?

Nej Ja

Hvis Ja: Overnatning: Enk.vær. Dobb.vær. Ankomst dato: _____ Afrejse dato: _____

Pris: cnk.vær. 1.240 kr.; dobb.vær. 1.340 kr. (Reducerede priser for booking via DASAIM).
Afrekning direkte med hotellet ved afrejse.

_____ Dato

_____ Underskrift

finder sted på **Radisson SAS Hotel i København torsdag 1. – lørdag 3. november 2001.** Program bringes naturligvis også på DASAIM's hjemmeside www.dasaim.dk

Årsmødet starter **torsdag 1. november kl 11:00** med registrering og afsluttes lørdag 3. november med festmiddag på Radisson SAS Hotel. Programmet indeholder indlæg fra både udenlandske og indenlandske foredragsholdere. Knap 1/3 af foredragene holdes af foredragsholdere fra kirurgi, pædiatri, luftfart, psykologi og økonomi. Der er en stor udstilling fra medicinalindustrien både torsdag og fredag. Alt i alt et utroligt spændende program med noget for enhver interesse!

Posters ophænges tidligst muligt torsdag i særskilt område, for at så mange deltagere som muligt har mulighed for at læse dem.

Hovedsponsorer:



Baxter



MERCK SHARP & DOHME
Forskning for livet

ABBOTT LABORATORIES

ØVRIGE SPONSORER: Eli-Lilly Danmark A/S, Janssen-Cilag A/S, Novartis, Radiometer Danmark A/S, Pfizer A/S

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin takker sponsorerne og udstillere og håber, at også de får et udbytterigt DASAIMs Årsmøde 2001.

Torsdag den 1. november 2001

405. møde

11:00 – 12:00 **Registrering. Udstilling med sandwich & vand i udstillingsområdet.**

Parallelsessioner

12:00 – 14:30 **Kirurgiske og anæstesiologiske visioner for dagkirurgi**

SWEDEN ROOM

Mødeledere: Overlæge, dr.med. Peter Vilmann, kir.gastroent. afd. D, Amtssygehuset i Gentofte og Poul Elkjær.

1. MTV rapport om dagkirurgi i Danmark, organisatoriske muligheder og mulige økonomiske gevinster. Konsulent, cand.ocoen., ph.d. *Kristian Kidholm*, Muusmann Research & Consulting.
2. Evidensbaseret anæstesi og smertebehandling. *Peter Ahlburg*.
3. Laparoskopiskolecystektomi i dagkirurgisk regi. Overlæge *Bo Jacobsen*, kir.gastroent. afd. D, Amtssygehuset i Gentofte.
4. Hvor er grænserne for dagkirurgi? Professor, overlæge, dr. med. *Henrik Kehlet*, kir. gastroent. afd., H:S Hvidovre hospital.

12:00 – 14:30

COPENHAGEN ROOM

Pædiatrisk anæstesi

Mødeleder: Steen Henneberg

1. Transportrekommendation fra DASAIM og Dansk Pædiatrisk Selskab. *Per Thorgaard*.
2. Et liv med blå børn. Overlæge *Dolly Doris Hansen*, Harvard Medical School, Boston.
3. Kolloider vs. krystalloider til børn. Pro et con: Peroperativ brug af kolloider/krystalloider til børn. *Steen Henneberg*. Derfor bruger jeg aldrig albumin! Professor, overlæge, dr.med. *Gorm Greisen*, Neonatalafd., H:S Rigshospitalet. Derfor bruger jeg albumin til visse børn! Overlæge *Kim Kristensen*, Pæd. afd., H:S Rigshospitalet.

Torsdag den 1. november 2001 fortsat

12:00 – 14:30 **Kronisk smertebehandling**

**ICELAND
ROOM**

Mødeleder: Jette Højsted

1. Kroniske smerter epidemiologi. Cand.pharm., ph.d.-stud. *Marianne Kettrup Jensen*, H:S Rigshospitalet og DIKE.
2. Antidepressiva og codein i eksperimentelle humane modeller. Læge, ph.d.-stud. *Thomas Enggård*, Odense Universitetshospital.
3. Kronisk opioidbehandling og kognitiv funktion. *Per Sjøgren*.

14:30 – 15:30 **Udstilling og kaffe**

Parallelsessioner

15:30 – 18:00 **Akut-, traume og præhospital behandling**

**DENMARK
ROOM**

Mødeleder: Freddy Lippert

1. MTV erfaringer fra Lægeambulancen i Århus. *Erika F. Christensen*.
2. Nye data fra de danske lægeambulancer. *Steffen Høgskilde og Troels M. Hansen*.
3. MTV undersøgelsen i Frederiksborg Amt – foreløbige erfaringer. *Rikke Borre*.
4. Lægebaseret præhospital organisation og behandling i Tyskland. *Andreas Thierbach, Chief Emergency Physician, Johannes Gutenberg University Mainz, Tyskland*.

15:30 – 18:00

**SWEDEN
ROOM**

Thoraxanæstesiologi

Total Quality Management in anaesthetic practice

Mødeledere: Kirsten Eliassen, Claus Andersen

1. Definitions of Total Quality Management. *Van de Vyver, Göttingen, Germany*

Teknologiudvikling inden for anæstesiområdet:

Mødeledere: Lise Knudsen, Dennis Bigler

1. Robotassisteret kirurgi. *Daniel Steinbrückel, Rigshospitalet, København*
2. PDM-udvikling og implementering. *Ivar Gøthgen*
3. Søvnrykdemåling under anæstesi – Bismonitor. *Per Føge Jensen*
4. AEP-monitorering. *Henrik Jordering*

15:30 – 18:00

**ICELAND
ROOM**

Obstetrisk anæstesi

Mødeledere: Ulla Bang, Søren Helbo Hansen

1. Komplikationer til epidural fødselsanalgesi
Temperaturforhøjelse. *Søren Helbo Hansen*.
Neurologiske sequelae. *Lydia de Lasson*.
2. Patientinformation og samtykke til epidural fødselsanalgesi. *Ulla Bang*.
3. Handlingsplan ved ikke-fungerende epidural eller spinal analgesi til fødsel eller kejsersnit. *Anders G. Jensen*.

Torsdag den 1. november 2001 fortsat

15:30 – 18:00
**COPENHAGEN
ROOM**

Postoperativ rehabilitering eller Acute pain Service Den akutte smerteenhed: Baggrund, aktuel status og outcome

Mødeleder: *Peter A. Christensen*

1. Baggrund, organisatoriske modeller og funktioner. *Peter A. Christensen.*
2. Resultater af en dansk spørgeskemaundersøgelse. *Per Rotbøll Nielsen.*
3. Påvirkes outcome? *Mads Werner.*
4. Den akutte smerteenheds fremtid. Professor, overlæge, dr. med. *Henrik Kehlet, kir. gastroent. afd., Hvidovre hospital.*

18:00 – 22:00
**CASINO BALL
ROOM**

Uformel middag med buffet og fri bar - Revy

Fredag den 2. november 2001

406. møde

07:30 – 08:30

Breakfast symposium. Sponsor: Baxter

08:30 – 09:00

Udstilling

Anæstesi-og Intensiv parallelsessioner

09:00 – 10:30

Anæstesi

**ICELAND
ROOM**

Diabetes mellitus og perioperativ morbiditet og mortalitet

Mødeledere: *Jørgen Wetterslev, Jørgen B. Dahl.*

1. Diabetes og operation - er diabetes en risikofaktor ved anæstesi og kirurgi? *Jørn Wetterslev.*
2. Perioperativ kardial ischæmi og troponin. *Torben Callesen.*
3. Diabetisk kardiomyopati. Medicinsk centerchef, overlæge, dr.med. *Allan Kofoed-Enevoldsen, Ribe amt.*
4. Hvorfor er der behov for store randomiserede kliniske forsøg? Overlæge, dr.med. *Christian Glud, Copenhagen Trial Unit.*
5. DIPOM-projektet: status. Klinisk assistent *Anne Benedicte Juul, Copenhagen Trial Unit.*

09:00 – 10:30

Intensiv medicin

**DENMARK
ROOM**

Nyt i behandlingen af svær sepsis

Mødeledere: *Anders Larsson, Morten Freundlich*

1. Rekombinant humant aktiveret protein C. Professor *Pierre-Francois LaTerre, Cliniques Univ. St. Luc, Bruxelles, Belgium. Sponsor Eli-Lilly.*
2. Lav-dosis steroid. Professor *Josef Brigel, Klinikum der Universität, Munchen. Sponsor Eli-Lilly.*
3. Anti-TNF alfa. Professor *John Marshall, Toronto, Canada. Sponsor Abbott International.*

10:30 – 11:15

Udstilling og kaffe

Fredag den 2. november 2001 fortsat

Anæstesi-og Intensiv parallelsessioner:

11:15 – 12:45

**ICELAND
ROOM**

Anæstesi

Anæstesi og molekylær biologi

Mødeleder: *Jørgen Viby Mogensen*

1. Hvad er molekylær biologi? *Frank Samsøe Jensen*
2. Molekylærbiologiske teknikker
3. Farmakogenetik:
 - Malign hypertermi. *Klaus Glahn*
 - Plasma kolinesterase. *Mona Gätke*
4. Fremtidig anvendelse inden for anæstesiologien. *Frank Samsøe Jensen*

11:00 – 12:45

**DENMARK
ROOM**

Intensiv medicin. Sponsor: Novartis

Mødeledere: *Karen-Lise Welling, Reinhold H. Jensen*

1. Nye fakta om immunonutrition til intensiv patienter. *Kurt Espersen*
2. Nye fakta om "Critical Illness Polyneuropathy" hos intensiv patienter. Overlæge, dr. med. *Lars Eriksson, Karolinska Sjukhuset, Stockholm*

12:45 – 13:15

Udstilling

13:15 – 14:00

Frokost

Frokost Symposium. Sponsor: Norpharma

14:00 – 15:15

Posterdiskussion

15:15 – 16:00

Udstilling og kaffe

Parallelsessioner:

16:00 – 18:00

**DENMARK
ROOM**

Foreningen af Yngre Anæstesiologer præsenterer forelæsningsen, som er aktuel for alle anæstesiologer: "**Hvordan håndterer vi egne kriser?**"
Anders Korsgaard Christensen og Marie Louise Frederiksen.

16:00 – 18:00

**ICELAND
ROOM**

Danske Anæstesiologers Organisation, generalforsamling.

Dagsorden ifølge vedtægter.

18:00 – 19:30

**CASINO BALL
ROOM**

Middag

19:30 – 22:30

**DENMARK
ROOM**

DASAIM, generalforsamling. Dagsorden ifølge vedtægter.

Lørdag den 3. november 2001

407. møde

09:00-09:45

DENMARK

ROOM

7. Ole Secher-forelæsning

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

09:45 – 10:15

Kaffe

10:15 – 12:15

DENMARK

ROOM

Foredragskonkurrence – 8 bedste abstracts præsenteres mundtligt.

Sponsor SSAI.

Bedømmere: Jørgen Viby Mogensen, Bent Husum og Georg Emil Cold.

1. Thue Bisgaard et al.: Effekten af præoperativ dexamethason (8mg) ved laparoskopisk kolecystektomi. En randomiseret dobbelt-blind placebo-kontrolleret undersøgelse.

2. Hanne Abildstrøm et al.: Forandringer i cerebralt blood flow og postoperativ kognitiv dysfunktion efter coronarkirurgi.

3. Jesper Dirks et al.: Gabapentin mindsker sekundær hyperalgesi efter sensitivering med varme/capsaicin.

4. Lars S. Rasmussen et al.: Postoperativ kognitiv dysfunktion hos midaldrende patienter.

5. A. Perner et al.: High glucose impairs superoxide output ..

6. Vibeke Jørgensen et al.: Increased L-lactate concentrations in gut mucosa in patients with septic shock determined by rectal equilibrium dialysis.

7. Thomas Dyhr et al.: Hypoxæmi og udvikling af lungekollaps efter endotracheal sugning hos patienter med svært lungesvigt kan modvirkes ved lungerekrutering.

8. Charlotte H. Rasmussen et al.: Nyrefunktion under hypotensiv anæstesi.

12:15 – 13:15

Frokost

13:15 - 14:45

DENMARK

ROOM

Har albumin en plads i klinisk praksis?

Mødeledere: Anders Larsson, Tom Pedersen

1. Begreber og definitioner i klinisk forskning. Ann Møller

2. Pro albumin. Lars Rasmussen

3. Con albumin. Else Tønnesen

4. Paneldiskussion. Anders Larsson, Else Tønnesen, Lars Rasmussen, Ann Møller

Pause

18:00 – 18:45

DENMARK

ROOM

Medlemmer og ledsagere:

33. Erik Husfelt-forelæsning

Overlæge, dr.med. Georg E. Cold: "Fluid resuscitation and a low ICP are prerequisites for resurrection".

19:00 – 02:00

Festmiddag med musik og dans

Pris-og legatoverrækkelser:

- Lippmann Fonden.

- Dameca-legatet.

- Sophus H. Johansens Fond.

- Vindere af foredragskonkurrencen.

- DASAIM's uddannelsespris.

DASAIM's UDDANNELSESPRIS 2001

Forslag til kandidater ønskes

Uddannelsen er i højsædet, i særdeleshed i DASAIM, hvor selskabet er i front blandt de videnskabelige selskaber. Fokus på uddannelsen skal holdes og helst skærpes. Uddannelsesprisen blev derfor indstiftet på generalforsamlingen 2000. Prisen skal gives til en person, en gruppe eller en afdeling. I vurderingen af kandidaterne vil der blive lagt vægt på, at prismodtageren skal have ydet en ekstraordinær indsats for fremme af uddannelsen i anæstesiologi i bredeste betydning. Indsatsen kan være såvel lokal, regional som landsdækkende. Der er ingen begrænsninger på karakteren af indsatsen, således at også tiltag på forkant med uddannelsen kan indstilles.

Når forslag til kandidater foreligger, vil bestyrelsen for Foreningen af Yngre Anæstesiologer, gennemgå forslagene, og indstille en kandidat til prisen til DASAIM's bestyrelse. Prisen overrækkes under festmiddagen på årsmødet d. 3. november. Prisen udgøres af et:

Legat på kr. 10.000

Legatet er sponsoreret af GlaxoSmithKline A/S

Legatet kan frit anvendes til et af prismodtageren valgt formål.

Bestyrelsen for DASAIM skal derfor opfordre *alle*, høj som lav, til at indsende *motiverede* forslag til kandidater til prisen. Forslag kan enten indsendes skriftligt til DASAIM's Sekretariat, eller endnu bedre via E-formular på DASAIM's hjemmeside: www.dasaim.dk Det skal fremgå hvem forslags-stiller(ne) er.

På bestyrelsens vegne
Bjørn Mygil

Baxter

Breakfast Symposium

on

*Recent Advances in the Understanding
and Management of Protein C Deficiency States
and Meningococemia*

Lecturers:

Dr Owen Smith
Consultant Haematologist
St. James' Hospital
Dublin

Berta Moritz, Ph.D.
Sr. Clinical Project Manager
Baxter BioScience
Vienna

Symposiet afholdes på Radisson SAS Hotel i København i forbindelse med DASAIM's årsmøde, fredag den 2. november 2001 kl. 7.45 –8.45. Morgenmad serveres fra morgenmadsbuffet.

Baxter BioScience



norpharma indbyder til
FROKOST-SYMPOSIUM
om
SMERTEBEHANDLING

Fredag 2. november 2001 kl 13:15 - 14:00
på Hotel Radisson-SAS i forbindelse med DASAIM's årsmøde.
Frokost serveres fra buffet i tilknytning til symposiet.

Obstetrik anæstesiudvalg

Dansk anæstesi savner en interessegruppe inden for obstetrisk anæstesi. Vi indkalder derfor til et møde for interesserede medlemmer i forbindelse med DASAIM's årsmøde, fredag den 2. november kl. 10.30–11.15 i Iceland Room, Radisson SAS Scandinavia Hotel. Ved mødet vil vi diskutere udvalgets kommissorium og medlemmer.

Ulla Bang, Skejby Sygehus
E-mail: ullabang@dadlnet.dk

Søren Helbo Hansen, Odense Universitetshospital
E-mail: soeren.helbo.hansen@ouh.fyns-amt.dk

53. ordinære generalforsamling i Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin 2. november 2001 i København

Dagsorden:

1. Valg af dirigent.
2. Formandens beretning.
3. Beretning fra udvalg og arbejdsgrupper.
4. Beretning og regnskab fra Dansk Anæstesiologisk Selskabs Fond.
5. Indkomne forslag.
6. Regnskab og budget.
7. Valg af formand.
8. Valg af formænd for udvalgene vedrørende anæstesi, intensiv medicin, smertebehandling, præhospitalbehandling, videreuddannelse, efteruddannelse og informationsteknologi.
9. Valg af kasserer og to Yngre Læger til bestyrelsen.
10. Valg af formænd for øvrige udvalg.
11. Valg af øvrige medlemmer til udvalg.
12. Valg af repræsentanter for Selskabet.
13. Valg af to revisorer og en revisorsuppleant.
14. Eventuelt.

Pkt. 5: Forslag til generalforsamlingen:

1) Det foreslås hermed, at der under Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin oprettes et

“Udvalg vedrørende obstetrisk anæstesi” Søren Helbo Hansen og Ulla Bang

2) Bestyrelsens forslag til vedtægtsændringer generalforsamlingen 2001.

Under dagsordenens pkt. 5, jf. vedtægterne foreslår Bestyrelsen følgende vedtægtsændringer:

Nuværende formulering:

§ 4. Selskabets ledelse

Selskabets øverste myndighed mellem generalforsamlingerne er selskabets bestyrelse. Bestyrelsen består af Formanden for Selskabet, kassereren og 2 Yngre Læger (hvoraf den ene konstitueres som sekretær),

samt formændene for udvalgene vedrørende anæstesi, intensiv medicin, smertebehandling, præhospitalbehandling, videreuddannelse, efteruddannelse og informationsteknologi (DASINFO-redaktør).

Forslag til ændring af vedtægt:

§ 4. Selskabets ledelse.

Selskabets øverste myndighed mellem generalforsamlingerne er selskabets bestyrelse. Bestyrelsen består af Formanden for Selskabet, kassereren og 2 Yngre Læger (hvoraf den ene konstitueres som sekretær), samt formændene for udvalgene vedrørende anæstesi, intensiv medicin, smertebehandling, *thoraxanæstesi*, præhospitalbehandling, videreuddannelse, efteruddannelse og informationsteknologi (DASINFO-redaktør).

Nuværende formulering:

Protokollat 1: Selskabet har følgende øvrige udvalg: Børneudvalget, neuroudvalget, thoraxudvalget og postoperativt rehabiliteringsudvalget.

Forslag til ændring af protokolat:

Protokollat 1: Selskabet har følgende øvrige udvalg: Børneudvalget, neuroudvalget, thoraxudvalget, postoperativt rehabiliteringsudvalget og *obstetrikudvalget*. *Thoraxudvalget deltager ved formanden for udvalget i bestyrelsesmøderne, dog uden stemmeret.*

Begrundelse for forslaget:

Thoraxudvalget og bestyrelsen har gensidigt et ønske om at knytte udvalget tættere på bestyrelsesarbejdet i en fælles forpligtelse. Bestyrelsen ser dette som en naturlig fortsættelse af de strukturændringer som Selskabet påbegyndte med den omfattende reorganisation der fandt sted ved generalforsamlingen i 1999. Oprettelsen af et ob-

stetrikudvalg er imødekomme af medlemsønsker, og bestyrelsen finder det positivt at kunne modtage bidrag fra alle interessenter inden for anæstesiologien.

Grunden til at der skal laves en protokolatændring er, at vi dermed “sparer” en ekstraordinær generalforsamling (jf. vedtægternes skrappe krav til medlemsdeltagelse for vedtægtsændringer) og herefter kan inddrage thoraxudvalgets formand i bestyrelsesarbejdet allerede i det næstkommende beretningsår. Protokolatet anfører at, *dog uden stemmeret*. Med denne formulering ønsker bestyrelsen at tilkendegive at der er respekt for de skrappe regler for vedtægtsændringer, idet der således ikke sker en omgåelse af disse via de “nemmere” bestemmelser for vedtagelse af protokolater.

Bestyrelsen håber at generalforsamlingen giver sin opbakning til forslaget. De samlede vedtægter kan ses på <http://www.dasaim.dk/Vedtægter.htm#Dasaim-3>.

Mogens K. Skadborg

3) Dansk Anæstesiologisk Fond og Jensa la Cours Legat har fremsendt to forslag:
a) Personændringer blandt de juridiske medlemmer af bestyrelserne.

b) Et forslag om at medlemsbidraget til Dansk Anæstesiologisk Selskabs Fond øges fra 300 til 400 kr.

Jørgen Viby Mogensen

Formandsberetning til Selskabets 53. ordinære generalforsamling

Medlemsforhold

Pr. 1. september 2001 har Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin 1012 medlemmer, 8 passive medlemmer incl. 4 ekstraordinære medlemmer og 8 æresmedlemmer. 10 medlemmer har udmeldt sig af Selskabet.

Fire medlemmer, *Jens Christian Møller, Ib Hommel Andressen, Mogens B. Kristoffersen og Lars Bo Svendsen* er afgået ved døden. Æret være deres minde.

I alt 46 læger har søgt optagelse som ordinære medlemmer. Navnene fremgår af nedenstående liste.

Bestyrelsen

Arbejdet i bestyrelsen har i beretningsperioden været både spændende og omfattende. Derfor er ikke alle opgaver løste, ikke alle problemer endevendte og ikke alle visioner for arbejdet sat i værk. Der bliver således meget for Selskabet at engagere sig i også i de kommende år. Hvad angår detaljer vedrørende de enkelte udvalgs ressortområde henvises de disses selvstændige beretninger.

Virke i forhold til offentlige myndigheder

En af bestyrelsens og samtlige udvalgs større opgaver har været at komme med høringssvar i forbindelse med Sundhedsstyrelsens revision af "Vejledning vedrørende specialeplanlægning og landslandsdelsfunktion". Det endelige resultat fra Sundhedsstyrelsens hånd foreligger endnu ikke. Som udgangspunkt havde Selskabet bl.a. en udmelding fra Sundhedsstyrelsen om, at man ikke i den aktuelle vejledning ønskede at der skulle være elementer, der refererer til begreber som funktionsbærende – eller højt specialiserede enheder. Selskabet havde ønsket præciseringer vedrørende begreber som intensiv medicin, perioperativ medicin, beskrivelser af anæstesiologers rolle inden for transport- og akut medicin, ved respirations- og smertecentre og behandling af multitraumer. Selskabet har forsøgt at rådgive Sundhedsstyrelsen således, at vort speciales multifacetterede omfang kunne træde i karakter. I hvilket omfang det er lykkedes må den endelige udgave af vejledningen vise. Der er imidlertid fra Sundhedsstyrelsen lagt op til at vejledningen revideres in-

den for en kortere tidshorizont.

DASAIM er endvidere blevet bedt om at give råd og vejledning i forbindelse med Det Nationale Indikatorprojekt. Projektet, der har sæde i Århus er etableret med henblik på "at sikre et fælles grundlag og en fælles metode til måling og forbedring af den sundhedsfaglige kvalitet på nationalt niveau, til gavn for kvalitetsudviklingen på hele sundhedsområdet, og til gavn for patienterne over hele landet". DASAIM blev bedt om at medvirke ved implementeringen af ASA-klassifikationen i forbindelse med indikatorer vedrørende akut mave-tarm kirurgi og hoftenære frakturer. Rikke Maaløe har bidraget med et meget værdifuldt arbejde for at præcisere ASA-klassifikationens anvendelse som risikovurderingsinstrument.

SSAI

Acta Anaesthesiologica Scandinavica redaktør arbejder med gradvist at ændre bladet således, at det også kommer til at afspejle det nordiske samarbejde fx ved etablering af nyhedsformidling inden for SSAIs område. Bladet er blandt de højest rangerede internationale anæstesiologiske tidsskrifter og spiller en stor rolle for formidling af den videnskabelige udvikling inden for vort speciale. Der har i Danmark været problemer vedrørende betaling af moms for Acta, men der arbejdes fortsat på at friholde medlemmerne for denne momsbetaling.

I juni måned blev der afholdt SSAI kongres i Tromsø. En videnskabelig og på andre måder vellykket kongres med stort fremmøde. SSAI boardet havde i denne forbindelse møde vedrørende en lang række forhold af fællesskandinaviske interesse. Det blev vedtaget at etablere den fællesskandinaviske uddannelse i smertebehandling.

Der var endvidere enighed om i SSAI at fortsætte arbejdet med at etablere og udbygge det skandinaviske forskernetværk – med SSAI som koordinator – således, at der kan tilbydes nordiske forskere mulighed for at etablere bl.a. multicenterstudier med en meget større videnskabelig gennemslagskraft end det er muligt at etablere i et enkelt af de nordiske lande alene. Det er håbet at dette arbejde i forskellige ram-

mer kan omfatte hele det anæstesiologiske speciale, herunder den intensive medicin. Der oprettes *advisory panels* med repræsentation fra alle de nordiske lande inden for områderne anæstesi, intensiv medicin, smertebehandling og akut medicin.

En af de store og vedvarende opgaver som skal løses og vedligeholdes er DASAIMs arbejde med rekommandationer. SSAI arbejder også med at etablere rekommandationer for forskellige dele af vort fag. Koordination af de nationale og internationale indsatsområder kræver en ganske stor arbejdsindsats af de involverede parter, hvorfor vi lokalt bør fortsætte arbejdet som anæstesiudvalget har lagt grunden til med udarbejdelse af strategier for hvorledes og hvilke rekommandationer der udformes, og en prioriteringsliste vedrørende de områder der også skal behandles inden for det nordiske fællesskab.

På SSAI's generalforsamling i Tromsø blev *Lars S. Rasmussen* valgt som DASAIM repræsentant i kvalitetssikringsudvalget, der skal koordinere udarbejdelsen af de fællesnordiske retningslinier.

Samarbejde med andre selskaber

Der har i beretningsperioden været mange kontakter til andre selskaber og specialer. Dette har været præget af gensidig respekt og der er ingen tvivl om, at en udbygning af disse samarbejdsrelationer er med til at styrke den anæstesiologiske profil som en central faktor i stort set alle aspekter af det danske sundhedsvæsen. Det er også en profileringsopgave som bestyrelsen så småt har taget fat på i den indeværende beretningsperiode og som det er agten at fortsætte og intensivere. Det er glædeligt at denne indsats også tages op lokalt i fx specialeråd.

Dansk Medicinsk Selskab (DMS) er paraplyorganisation for alle de videnskabelige selskaber, som har til formål at fremme af dansk lægevidenskab og at repræsentere denne overfor indre og ydre opgaver. Tidligere har samarbejdet med DMS været en anelse stedmoderlig – ligesom DMS synlighed i det lægevidenskabelige billede har været begrænset. Men i forbindelse med etablering af speciallægekommisionen og det arbejde der fulgte herefter, er DMS trådt mere i karakter som talerør ved-

rørende opgaver af fælles interesse for de enkelte specialer – især på det uddannelsesmæssige område. Her har DMS således en repræsentation på 3 medlemmer i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Det er ingen hemmelighed at samarbejdet mellem Den Almindelige Danske Lægeforening og DMS i forbindelse med Speciallægekommisionens arbejde blev en anelse anstrengt. DASAIM har sammen med andre videnskabelige selskaber kraftigt opfordret til, at der etableres et godt samarbejde med DADL med henblik på at styrke den lægelige videreuddannelse og at opnå konsensus mellem fagpolitiske og videnskabelige interesser således at arbejdet i det Nationale Råd for Videreuddannelse bl.a. kan fremme vore egne visioner vedrørende etablering af fagområder.

I forlængelse af den mediedebat der var i foråret vedrørende medicinalindustriens samarbejde med læger, har DMS udarbejdet forslag til retningslinier for de videnskabelige selskabers relationer til lægemiddelindustrien (se dette nr. af DASINFO, red.). Bestyrelsen har tilsluttet sig DMS udmeldinger på dette område. Fremtidig sponsorering af Selskabets aktiviteter sker gennem bestyrelsen. DASAIM har på nuværende tidspunkt etableret 3-årige sponsoraftaler med 5 firmaer, ligesom der er vedtaget faste priser for de ydelser DASAIM sælger i forbindelse med årsmødet. Det er bestyrelsen magtpåliggende at der under ingen omstændigheder er skygge af tvivl om de arrangementer som Selskabet afholder eller den politik og de råd, vejledninger og rekommandationer som Selskabet udgiver. Gennem etablering af standardiserede, gennemsigtige aftaler med ydelser og offentlighed efter de af DMS og DADL udarbejdede regler og under bestyrelsens konstante kontrol er det opfattelsen at Selskabets og medlemmernes uhildethed ikke kan anfægtes.

Dansk Cardiologisk Selskab. Der er etableret et samarbejde mellem selskabet og DASAIM mhp at sikre den bedst mulige og en ensartet uddannelse for ambulancepersonale. Styrkelsen af en solidt funderet uddannelse blandt de samarbejdspartnere som mange af landets anæstesiologer arbejder sammen med i lægeambulancer. Den øvrige præhospitalbehandling kan forhåbentligt dels sikre implementering af nye rekommandationer for fx genoplivningsbehandling og dels bidrage til at valide videnskabelige landvindinger inden for

den præhospitalbehandling hurtigere omsættes til praksis.

Dansk Selskab for Intensiv Terapi (DSIT). Der er i samarbejdet opnået enighed om en fornyelse af samarbejdsaftalen mellem DSIT, Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM) og DASAIM. Derudover vil intensivudvalgets beskrivelse af intensiv medicin som fagområde blive forhandlet med DSIT. Det er forventningen at dette arbejde kan etableres og afsluttes i løbet af efteråret 2001-foråret 2002.

Danske Anæstesiologers Organisation & FAPA. Den væsentligste opgave har været at få etableret rekommandationer for anæstesiologiske ydelser i speciallægepraksis. Emnet har på det senest pådraget sig Sundhedsstyrelsens opmærksomhed og det er bestyrelsens håb at fællesudvalget mellem DASAIM/DAO/FAPA kan færdiggøre arbejdet inden årets udgang.

Dansk Selskab for Palliativ Medicin. Selskabet er nystiftet og har fået vor kollega Per Sjøgren som sin første formand. Det er glædeligt at Dansk Selskab for Palliativ medicin som en af sine første arbejdsopgaver har bedt DASAIM om at deltage i udviklingen af og beskrivelsen af dette tværfaglige fagområde og etablering af en lægelig efteruddannelse inden palliativ medicin. Bestyrelsen vil støtte og aktivt deltage i dette arbejde.

Dansk Thoraxkirurgisk Selskab har forespurgt om danske anæstesiologiske afdelinger kunne bidrage med uddannelseselementer i forbindelse med en nystrukturering af den thoraxkirurgiske uddannelse. DASAIM har været positive overfor denne henvendelse – som naturligvis forudsætter en konkret beskrivelse af mål, form og indhold. Det forventes at arbejdet konkretiseres i det kommende år.

Selskabets organisation

Beretningsåret er det andet år med den struktur i DASAIMs organisation der blev vedtaget i jubilæumsåret 1999. Mange havde frygtet at udvidelsen af antallet af bestyrelsesmedlemmer kunne give en tung og usmidig organisationsstruktur der ville hæmme selskabets muligheder for at udbygge specialets faglige gennemslagskraft. Denne frygt har vist sig ubegrundet og det er opfattelsen at mange opgaver lettere finder vej til de fora hvor de kan få en relevant og rimelig hurtig sagsbehandling. Til hjælp for denne indsats har den spæde start med anvendelse af informationsteknologi – i særlig grad E-post – været til uvurderlig

hjælp for bestyrelsen arbejde. Her har IT udvalgets arbejde været formidabelt medført at kommunikationen inden for Selskabets rammer er tydeligt effektiviserede.

Sekretariatsfunktionen

Som sædvanlig har Selskabets sekretariat med *Annette Ladegaard-Pedersen* som uundværlig koordinator bidraget til et godt år i Selskabets organisation. Desværre har Selskabet i årets løb måttet modtage Annettes opsigelse – hvorfor uundværligheden nu skal stå sin prøve. Heldigvis har Annette ikke haft sekretariatsfunktionen alene som et arbejde, men tydeligvis også som et engagement ud over det man sædvanligvis kan forvente – og der er ingen tvivl om at Annette i overgangsfasen vil være til rådighed med vejledning og bistand for Selskabet nye sekretær. Vi er glade for at *Tina Calundann* har villet påtage sig opgaven med at "tage over" efter Annette. Samtidig er der foretaget en omlægning af sekretariatets fysiske placering til Righospitalets ydmyge lokaler – ligesom *Tina Calundann* er ansat dels som Selskabets sekretær og dels som sekretær for professor *Jørgen Viby Mogensen*. Det betyder mere "almindelige" arbejdstider for sekretæren, men også at sekretariatet er "bemandet" året rundt, idet der er udtrykt stor velvilje til samarbejde og gensidig hjælp inden for hele sekretariatet med ledende sekretær *Gitte Blom* i spidsen. Så selv om afskeden med Annette har været tung er vi fortrøstningsfulde – velkommen til *Tina Calundann* og det øvrige personale i hele sekretariatet på Riget.

Årsmødet

Som konsekvens af generalforsamlingsbeslutningen 2000 holdes der i år kun et årsmøde. Det har været bestyrelsens ambition – med jubilæumsarrangementet 1999 som forbillede at arrangere en årlig tilbagevendende begivenhed som alle skal se frem til med forventning og tilbage på med glæde! Bestyrelsen håber at det videnskabelige program kan tiltrække p.g.a. emnernes bredde, aktualitet og kvalitet. Det har samtidig været ambitionen at bringe anæstesiologer fra hele landet sammen om det der optager dem i dagligdagen samt fortsat at være forum for unge forskeres mulighed for at prøve kræfter med den videnskabelige udfordrings ofte mest frygtede dimension – den offentlige og kritiske diskurs af deres videnskabelige indsats. Rammerne er flyttet

til indbydende og professionelle omgivelser. Et årsmøde af denne karakter tager en del af bestyrelsens og udvalgenes ressourcer og er en økonomisk udfordring. Årsmøderne vil forhåbentlig fortsat tilpasse sig behovet for formidling af de seneste begivenheder på den videnskabelige scene kombineret med medlemmernes mulighed for at mødes også under mere afslappede former.

Uddannelse

Både vedrørende speciallægeuddannelsen og efteruddannelsen har Selskabet en væsentlig forpligtelse. Arbejdet i udvalgene der har resulteret i kursusafholdelse og en banebrydende indsats vedrørende uddannelsesbog og målbeskrivelse har vagt berettiget interesse, beundring og også en del misundelse i andre specialer. Ingen tvivl om at uddannelsesbogen er med til at profilere anæstesiologien, og det er bestyrelsens håb, at dette frontliniarbejde må blive flittigt brugt rundt i landets afdelinger. Forhåbentligt vil dette kunne ses i fremtidens inspektorrapporter som efterhånden er en veletableret del af den organisatoriske og kvalitative evaluering som alle afdelinger bør lade sig underkaste.

Bestyrelsen ser det som sin primære opgave at varetage overordnede og koordinerende opgaver – herunder at tilse at *sammenhængen* i Selskabets fagområder eller specialinteresser bevares i fornødent omfang. Men samtidig er det bestyrelsens opfattelse, at styrken og gennemslagskraften i de enkelt dele af specialet – herunder de fagområder der forhåbentligt ad åre får offentlige "stempler" – skal støttes uden forbehold. Der skal være muligheder for udvikling og råderum for nye initiativer i de dele af anæstesiologien som udvikler sig i samklang med andre specialer (ex: præhospitalet, palliativ medicin, algologi), ligesom nye interesseområder skal have selskabets støtte. Derfor er det glædeligt at der har meldt sig særligt interesserede kollegaer der ønsker at etablere et udvalg vedrørende obstetrisk anæstesi under DASAIM's vinger.

Bestyrelsen håber at alle medlemmer både i dagligdagen og i forbindelse med generalforsamlingen vil give deres meninger til kende så selskabet til stadighed afspejler anæstesiologiens forhåbentlig vide rammer.

Anæstesiologiens profil

Det vigtigt for bestyrelsen fortsat at tegne

en skarp og markant anæstesiologisk profil, der naturligt medvirker ved enhver amtskommunal og landsdækkende beslutning om at forbedre patientbehandlingsforløb, sikkerhed, uddannelse, forskning osv. Anæstesiologien er en så væsentlig faktor i behandlingsforløbet på sygehuse, at planlægning er utænkelig uden inddragelse af den anæstesiologiske ekspertise.

Fortsat udvikling af anæstesiologien mod en etablering af et perioperativt koncept med kontinuitet i behandlingen før, under og efter anæstesi er en af de store kliniske udfordringer i de kommende år. I denne proces er der behov for samarbejde med alle vore kollegaer fra andre specialer, men lige så væsentligt, at de forskellige former for specialviden der findes blandt landets anæstesiologer igen samles om den fælles opgave det er at behandle inden for et perioperativt koncept. Det idealiserede billede af anæstesiologien er en "caretaker" – om end ikke fra vugge til grav så dog startende præhospitalet med en akut medicinsk og transportmedicinsk opgave – efterfulgt af en hospitaliseret indsats vedrørende den optimale forberedelse til og udførelse af anæstesi – med tilrettelæggelse af en postoperativ smertebehandling og behandling af postoperative patofysiologiske problemer – nogle gange efterfulgt af en indsats også "posthospitalet" af palliativ karakter.

Der var på Tromsø-mødet i SSAI idéer fremme om en koordinering af de nationale årsmøder for eksempel med afholdelse af SSAI-kongressen hyppigere end nu eller deltagelse af kollegaer fra de andre nordiske lande i de nationale årsmøder. Med etablering af Øresundsforbindelsen håber bestyrelsen at kunne tiltrække vore sydsvenske kollegaer til årsmødet. Endvidere overvejes samarbejde med sygeplejerskernes organisationer omkring etablering af sessioner med særlig fælles interesse. I lyset af sygeplejerskernes specialisering også i intensiv området og den smerteuddannelse der påbegyndes allerede næste år i Dansk Sygeplejeråds regi, vil et samarbejde i forbindelse med årsmøderne styrke de daglige samarbejdsrelationer og efter bestyrelsens opfattelse være horisontudvidende for alle.

Specialeråd

Der findes efterhånden overalt i landet specialeråd. Disse har forskellige udformninger, funktioner og aktivitetsniveau (og ind-

flydelse!) i de enkelte amter. Bestyrelsen håber at kunne samle viden og bidrag fra og til disse råd i årene der kommer. En koordination af indsatsen sikrer at megen lokal viden og engagement kan blive kanaliseret til andre regioner og til bestyrelsen.

Arbejdet med fejl og utilsigtede hændelser

Lægeforeningen har engageret sig dybt i dette arbejde. Gode kollegaer har på fortræffelig vis repræsenteret anæstesiologien inden for dette felt. Det er bestyrelsens håb at koordinere dele af indsatsen på området – formentligt startende med afholdelse af et fællesmøde mellem forskellige interessenter for at klarlægge, hvorledes Selskabet bedst kan bidrage.

Fagområder

Primært fortsættes arbejdet med intensiv medicin. Endvidere er fagområderne algologi og palliativ medicin etableret. Bestyrelsen foreslår at inddrage thorax-anæstesiologisk udvalg som et af selskabets faste udvalg med sæde i bestyrelsen.

Videreuddannelse

Sundhedsstyrelsen har givet de videnskabelige selskaber besked om at man ønsker omfattende ændringer i budgetlægning og administration af A-kurserne. DASAIM har som en lang række andre selskaber og i samklang med DMS haft store forbehold for denne udmelding der, som den primært blev præsenteret, kunne tolkes som om Selskabet skulle påtage sig et økonomisk medansvar for afvikling af disse kurser. Under henvisning til at denne opgave rettelig tilkommer en offentlig myndighed som Sundhedsstyrelsen har Selskabet umiddelbart meddelt, at vi naturligvis fortsat vil bidrage med Selskabets faglige ekspertise, men at de nærmere omstændigheder må aftales efter forhandling mellem de videnskabelige selskaber og sundhedsstyrelsen. Der er siden sket en opblødning og præcisering af Sundhedsstyrelsen ønsker, og den endelige udgang på sagen foreligger endnu ikke. Det er håbet at det arbejde som Videreuddannelsesudvalget har bidraget med også her kan fortsættes konstruktivt.

Informationsteknologi og DASINFO

Selskabets indtræden i den informationsteknologiske tidsalder har været længe underveds, men det er bestyrelsens håb at der må ske en fortsat udbygning til gavn for

medlemmer og speciale.

Med en stadig raffinering af hjemmesiden, www.dasaim.dk - etablering af postlister - løbende justeringer af DASINFOS design og opbygning, er det ambitionen at informationsteknologien kan transformeres til en "dialog"-teknologi - med stadigt kortere afstand mellem selskabet organer og medlemmer såvel som mellem medlemmerne. Der er behov for at debat, visioner, formidling, idéer, konsensus og uenigheder kan flyde frit og hurtigt fra og til alle hjørner af landet - og gerne over landegrænserne.

Der er mange spændende opgaver forude - nogle nævnte andre forhåbentligt i vente. Men hermed hviler sagen - til supplerung i fremtiden og på generalforsamlingen, som det er bestyrelsen håb at mange vil benytte lejligheden til at deltage i, når de nu alligevel har løst billet til årsmødet!

Særpræget Tilbud

Taler du tydeligt? Dette problem kan afhjælpes ved en rationel, effektiv og individuel stemmebehandling.

Dansk Stemmeinstitut.

(Citat fra "Det Grønne Område.")

Kilde: Politiken. Oh Danmark.

2. september 2001.

Mogens Skadborg

Nye medlemmer

Siden udsendelse af materiale vedrørende 52. ordinære generalforsamling er der fremkommet ansøgning om optagelse i Selskabet som ordinære medlemmer fra følgende 46 kolleger, der efter bestyrelsens opfattelse opfylder betingelserne for medlemskab ifølge vedtægterne:

Mette Veien
Thomas Dyhr
Birgitte Duch
Anne Eldrup Vester
Vibeke Ellegaard Hansen
Irina Kridina
Anne Mette Mørcke
Pia Ryhammer
Anette Fedder
Torsten Lauritsen
Nanna Kruse
Djon Solevad
Momme Hansen
Aage Christiansen
Berit Bjerre Handberg
Jan Mick Jensen
Hamid Tousi-Sadr
Klavs Find
Anja Mitchel
Filip Sandbeck
Ken M. Jensen
Mohammad Aimals Bangash
Mary Kruse

Gitte Jørgensen
Ole Suhr-Jessen
Mads Koch Hansen
Irene Ladegaard Petersen
Sten Schytte
Karen Doris Artz
Brian Lerche
André Miran
Morten Steensen
Rolf Dall
Bo Sten Kristensen
Else Knoke
Johannes Theodor Høggård
Dorile Leonaviciute
Christian Frederik Schou
Maybritt Rørbæk Seerup O'Hare
Tommy Larsen
Ewa Leonard
Birgitte Riis Andersen
Dennis Köhler
Pernille Lykke Petersen
Jan Krog
Henrik Lykke Andersen

Årsberetninger

Ad hoc arbejdsgruppen vedr. den skandinaviske uddannelse for kronisk smerteuddannelse og Kronisk Smerteudvalg

Udvalget har i årets løb afholdt to efteruddannelseskurser, dels et kursus i cancersmerter i efteråret 2000 og dels et kursus i non-maligne smerter i foråret 2001.

Udvalgets referencegruppe - Interessegruppen for kronisk smertebehandling - har peget på områder, som man gerne ser, at udvalget tager op. Man afventer med stor interesse udvalgets bestræbelser på at få etableret fagområdet algologi. Der foreligger en rapport og nu også en uddannelsesplan med tilhørende kurser (se senere). Interessegruppen har tidligere udarbejdet en oversigt over smertebehandlingsenheder

der i Danmark, som efterhånden trænger til en revision. Man savner en fælles database over igangværende forskningsprojekter til inspiration, koordinering og samarbejde.

Ad hoc udvalget vedrørende kronisk smerteuddannelse har udpeget to repræsentanter, Jørgen Eriksen og Per Sjøgren til at deltage i en arbejdsgruppe nedsat af SSAI med det formål at udarbejde en fælles nordisk uddannelse indenfor området kronisk smertebehandling. Arbejdet har været præget af mange forsinkelser, og der har været store diskussioner om indholdet af de teoretiske kurser, specielt den indbyrdes vægtning mellem kronisk og akut smertebehandling. Der foreligger nu en endeligt uddannelsesplan, som er godkendt af SSAI. Uddannelsen består af en praktisk del og en teoretisk del. Den praktiske del består af to års ansættelse på mindst to klassificerede smertecentre / palliative af-

delinger. Disse afdelinger findes imidlertid kun i Danmark. I de øvrige nordiske lande har man derfor vedtaget, at kravet til uddannelsesafdelingen er, at mindst 50% af tiden i afdelingen anvendes til smertebehandling. De 5-6 teoretiske kurser er af 3-4 dages varighed, og det første kursus afholdes efteråret 2001. I det omfang, der er plads på kurserne vil der være mulighed for "ældre" smertelæger at deltage i et specielt tilrettelagt uddannelsesprogram. Sekretariatsfunktionen for uddannelsen varetages af Jørgen Eriksen og Per Sjøgren, H:S Tværfagligt Smertecenter 7612, Rigshospitalet, hvorfra også nærmere oplysninger om uddannelsen kan rekvireres.

Ad hoc udvalget vedrørende kronisk smerteuddannelse her hermed fuldført den anmodede opgave og er derfor nedlagt.

Jette Højsted

Selskabets kontaktperson til Sundhedsstyrelsen

Fra den 1. september 2000 til den 31. august 2001 har kontaktperson plus suppleant bedømt 33 sager. I tre tilfælde er anmodningen om § 14 anerkendelse ikke givet. I ét tilfælde fordi ansøgeren ikke efter undervisningsstillingen som 1. reservelæge/afdelingslæge havde været på en anden afdeling i mindst 12 måneder, i ét på grund af mindre end 48 måneders 1. reservelæge-/afdelingslægetid efter undervisningsstillingen, og én udenlandsk ansøger manglede såvel dansk speciallægeanerkendelse som funktionstid.

Sundhedsstyrelsen bemærker i afslagen at der er tale om rådgivning, og mindst en af disse ansøgere er efterfølgende ansat i stillingen.

Finn Wiberg-Jørgensen

Tilforordnede til Sundhedsstyrelsens Specialistnævn

Som opfølgning på betænkningen på Speciallægekommisionen vedr. fremtidens speciallæge ophørte Specialistnævnet med at være rådgivende instans overfor Sundhedsstyrelsen i forbindelse med lægelig videreuddannelse.

I forbindelse med oprettelse af Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse bliver der oprettet et uddannelsesbedømmelsesudvalg, som skal være rådgivende overfor Sundhedsstyrelsen, og i den sammenhæng har styrelsen fundet det vigtigt, at der fortsat formidles rådgivning fra de videnskabelige selskaber via et system af tilforordnede.

Siden sidste generalforsamling har de tilforordnede rådgivet i et antal personsager, herunder rådgivet enkeltpersoner før udrejse til afdelinger i andre lande.

I et konkret tilfælde, hvor styrelsen havde givet afslag på ad hoc klassifikation af stilling til supplerende uddannelse i anæstesiologi ved en neonatologisk afdeling, har styrelsen meddelt afslag på trods af, at de tilforordnede var positivt indstillet, men har samtidig lovet, at man ved revision af uddannelsesbestemmelserne vil være opmærksomme på dette forhold.

I den sidste del af beretningsperioden

har de tilforordnede med interesse konstateret, at man på Odense Universitets-hospitals Anæstesi-og Intensivafdeling har ønsket at genindføre 4 introduktionsstillinger og til dette udarbejdet et lovende uddannelsesprogram.

Der er ingen af de tilforordnede, der er på valg i år, men da der ifølg. vedtægterne skal være 2 suppleanter – og da inhabilitet kan medføre, at der er behov for suppleanter - skal vi opfordre interesserede kollegaer til ved generalforsamlingen at melde sig til dette ikke særligt arbejdsbelastende job.

*Mogens S. Hüttel
Asger Bendtsen*

Anæstesiudvalg

Udvalget har i det forløbne år primært arbejdet videre med DAD (Dansk Anæstesi Database) samt rekommandationer.

DAD: Som tidligere beskrevet består den organisation der skal implementere, drive og udvikle databasen af 3 organer: en overordnet Styregruppe, som udgøres af Anæstesiudvalget, en Driftsgruppe med Tom Pedersen som formand, samt en Udviklingsgruppe med Ann Møller som formand. Værtsskabet varetages af Anæstesiologisk afdeling, Bispebjerg Hospital. Udviklingsgruppen har offentliggjort udkast til minimumsdatasæt (DASINFO Nr. 2, 2001) og efterlyste i denne sammenhæng konstruktiv kritik og ideer til forbedringer. Databasen er klar til modtagelse af data ca. 1. januar 2002. Systemet skal kunne udbygges med to trin: dels et mere omfattende trin 2, der kan indeholde data om smertebehandling og andre "bløde" parametre, komplikationsregistrering og individuel logbog, dels et trin 3, der er tænkt som en elektronisk overført del med data som den enkelte afdeling ønsker at registrere i databasen.

Rekommandationer: Anæstesiudvalget har til bestyrelsen fremsendt og fået godkendt "Politik vedrørende udarbejdelse af rekommandationer", "Vejledning til udarbejdelse af instrukser", samt "Liste over prioriterede områder for revision/nye rekommandationer". Udvalget har udpeget 10 emner som de primære indsatsområder, heriblandt de tidligere rekommandationer fra DAS: Fasteregler; Anæstesi til akutte patienter; Overvågning af operationspatienten; Transport; Ambulant anæstesi; Præeklampsi; Pacemaker og anæstesi;

Administrativ instruks; Anæstesi i speciallægepraksis; Kriterier for flytning af operationspatient til sengeafdeling. Udvalget vil foreslå tovholdere for de enkelte emner, og den videre handlingsplan er præsenteret i dette nummer af DASINFO.

Som annonceret i årsberetningen fra Anæstesiudvalget sidste år (DASINFO Nr. 5, 2000) har (det nu tidligere) EvalueringsCenter for Sygehuse gennemført en undersøgelse på en række anæstesiafdelinger med henblik på at belyse lægers og sygeplejerskers holdning og adfærd i forbindelse med rapportering af fejl og hændelser. Rapporten "**Patientsikkerhed - Fejl og læring**" kan ses på www.ecs.dk.

Jørgen B. Dahl

Intensiv medicin udvalg

Udvalget for Intensiv Medicin(UFIM) konstituerede sig 23.11.00. Michael Wanscher fortsatte som formand frem til 27.03.01, hvor han trak sig i anledning af ansættelse på Inspital Bern, Schweiz. Reinhold H. Jensen konstitueredes som ny formand.

Efter Speciallægekommisionens rapport og Sundhedsstyrelsens efterfølgende kommentarer sommeren 2000 er det klart, at der ikke bliver mulighed for oprettelse af flere grenspecialer - kun definerede fagområder under de eksisterende videnskabelige selskaber. Intensiv terapi skal derfor snarest etableres som fagområde under specialet anæstesiologi. Dette burde være uproblematisk - dels rekrutteres i dag langt hovedparten af det lægelige personale til intensiv medicin fra det anæstesiologiske speciale og dels er DASAIM det eneste selskab, som har et struktureret uddannelsstilbud for specialisering i intensiv terapi i kraft af den nordiske intensiv uddannelse under Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI).

UFIM har derfor udarbejdet en beskrivelse af fagområdet intensiv medicin og dets tilknytning til det anæstesiologiske speciale. Intensiv medicins aktuelle og kommende organisation beskrives - det anæstesiologiske speciale relevante kompetence for intensiv medicin samt muligheden for struktureret videreuddannelse understreges. Arbejdet var færdigt sidst på foråret og skal diskuteres med Dansk Selskab for Intensiv Terapi (DSIT) i efteråret med sigte på fælles præsentation overfor

Sundhedsstyrelsen, Amdradsforeningen, HS samt andre samarbejdspartnere.

I intensiv-uddannelsen under SSAI er der efter et års pause startet nyt hold kurser januar 2001. Pausen er blevet brugt til bl. a. at restrukturere de indlagte 6 teoretiske kurser, således at kurserne forløber uden indholdsmæssigt overlap og med optimal udnyttelse af lokale kapaciteter. Herudover dækkes de danske kursusdeltageres transport og ophold nu af sponsor (Orion-Pharma), hvilket letter finansieringen for de deltagende afdelinger betydeligt. UFIM deltager i arbejdet med intensiv-uddannelsen under SSAI gennem dels Anders Larsson (den skandinaviske styregruppe, formand) og dels Karen-Lise Welling og Kurt Espersen (den danske styregruppe).

Der var stor søgning til intensiv-uddannelsen ved det seneste opslag efteråret 2000: 18 kandidater til 6 pladser. Adgangen vil også fremover være begrænset - det må forudses, at ikke alle interesserede kan få adgang til uddannelsen. Det vil således fortsat være nødvendigt for mange selv at sammenstykke et forløb til uddannelse i intensiv medicin for at opnå slutstilling indenfor fagområdet. UFIM har i forbindelse med beskrivelsen af fagområdet opstillet forslag til et sådant uddannelsesprogram og vil arbejde videre med dette.

UFIM vil gerne medvirke til et øget kursusudbud indenfor fagområdet. I det forløbne år har UFIM i samarbejde med efteruddannelsesudvalget holdt et-dags kursus "Respirationsinsufficiens" samt forberedt et varieret og spændende program med særdeles kvalificerede forelæsere til intensiv-sessionen på efterårets årsmøde (se program).

En revideret samarbejdsaftale mellem Dansk Selskab for Intern Medicin, DSIT og DASAIM vedrørende intensive behandlingsforløb er blevet udarbejdet i årets løb. Aftalen omhandler patientgrundlaget for intensiv medicin, visitation til og fra intensivafdelingen samt ansvars- og opgavefordeling mellem stamafdelingens og intensivafdelingens læger. UFIM har deltaget i arbejdet ved Anne Lippert.

Et hastigt stigende antal intensivafdelinger har påbegyndt eller har konkrete planer om at påbegynde data-registrering på patienterne. Initiativerne spænder fra PDM til lokalt producerede databaser. En stor del af forarbejdet til en central, landsdækkende database er gjort - med opbakning og data-indberetning fra de afdelinger,

som foretager dataregistrering, vil denne forhåbentlig kunne tage konkret form indenfor de næste 1-2 år. UFIM finder fortsat etableringen af lokale og centrale databaser på intensiv patient-populationen afgørende for de kommende års kvalitetsudvikling indenfor fagområdet. Arbejdet hermed vil være en af de kommende års store opgaver.

Reinhold H. Jensen

Akut-, traume- og præhospitaludvalg

Anbefalingerne fra Sundhedsministeriets Rapport fra udvalget om alarmering og akut medicinsk indsats er i gang med at blive gennemført. Omorganiseringen af alarmcentralerne er i gang. Ambulancebehandlingernes uddannelse er ved at blive fastlagt. Der er i flere amter udpeget præhospitalt ansvarlige ledere. ATP-udvalget har tilbudt sin ekspertise og assistance til det videre arbejde på disse tre områder.

Fem af de indtil nu seks udpegede præhospitalt ledere er blevet rekrutteret fra det anæstesiologiske speciale (Nordjyllands amt, Viborg amt, Vestsjællands Amt, Århus amt, Frederiksborg amt).

ATP-udvalget har i 2001 indledt et samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab på det præhospitalt område med henblik på dels præhospital uddannelse og dels samarbejde på det telemedicinske område.

Som det væsentligste skridt i 2001 har udvalget sammen med lægeambulanceorganisationerne i Ålborg, Århus, Vestsjællands amter og i Hovedstadens Sygehusfællesskab taget initiativ til en projektgruppe, der skal arbejde frem mod en fælles database, en fælles udrykningsjournal og opstille standarder for den præhospital behandling. Formålet med arbejdet er at udvikle en fælles og landsdækkende database og at udvikle og standardisere eksisterende behandlingsretningslinjer med henblik på en fælles kvalitetsudvikling og forskningsindsats.

Freddy Lippert

Videreuddannelsesudvalg

I videreuddannelsesudvalget har året været præget af Speciallægekommisionens rapport og de ændringsprocesser den medfører.

Sundhedsstyrelsen har afledt af rapporten i august afholdt temamøde med fremlæggelse af grundlaget for fremtidens målbeskrivelser.

Udvalget er efterfølgende påbegyndt tilrettningen af specialets målbeskrivelse med udgangspunkt i den reviderede udgave der blev godkendt på generalforsamlingen sidste år. Indholdsmæssigt er der god overensstemmelse mellem de ændringer der er foretaget og de krav og ønsker der er fremkommet fra Sundhedsstyrelsen.

Fokus for udvalget har været rettet mod uddannelsesbogen, der blev taget i brug 1. maj i år. Det er udvalgets håb at bogen vil bidrage til bedre betingelser for uddannelse både for de uddannelsessøgende og de afdelinger der uddanner. Det er imidlertid vigtigt for det videre arbejde, at begge parter deltager aktivt i evalueringen af bogen. Den revision, der findes behov for får ikke alene betydning for introduktionslægers uddannelse i fremtiden, men vil også indgå i arbejdet med at udforme et tilsvarende materiale til den egentlige speciallægeuddannelse.

Udvalget håber desuden at bogen vil være til inspiration for de af selskabets medlemmer, der har påbegyndt forarbejdet til senere godkendelse af fagområder indenfor vort speciale. Fagområder kræver jo en supplerende uddannelse, en efteruddannelse, der gerne skulle synliggøres både for de uddannelsessøgende og for Sundhedsstyrelsen.

Besættelsen af kursusstillingerne 2001 forløb uden markante problemer. Vi var i specialet forskånet for en markant nedgang i antallet af ansøgere modsat flere andre specialer. Tendensen viser dog tydeligt at alle må gøre en bevidst indsats for at profilere det anæstesiologiske speciale, hvis vi også i de kommende år ønsker mulighed for at besætte alle kursusstillinger.

På den baggrund vil udvalget tage udfordringen op og aktivt søge at skabe interesse for specialet allerede under lægestudiet. Når der foreligger en handleplan vil udvalget henvende sig til afdelingerne og vi håber naturligvis at mange vil stille beredvilligt op.

Sidst men ikke mindst ønsker jeg som afgående formand at takke videreuddannelsesudvalgets medlemmer for et godt og konstruktivt arbejde, en tak der også gælder bestyrelsen. Det har på så mange måder været berigende at deltage aktivt i Selskabets arbejde og jeg kan kun opfordre andre til at melde sig på banen.

Jeg vil ønske for Selskabet at det i årene fremover vil være muligt at fortsætte med at kombinere særinteresser med et fælles mål for et samlet specialet.

Else Hjortsø

Efteruddannelsesudvalg

Efteruddannelsesudvalget har haft et givtigt år. Forstået på den måde, at hver gang et møde blev afholdt i udvalget, var der rejst så mange spørgsmål og nye tanker, at et nyt møde måtte til. Det har været spændende at være med i den proces. Efter generalforsamlingen kommer et nyt år, hvor tankerne skal gennemarbejdes og føres ud i livet.

Efteruddannelse er blevet en svær "forretning". Medlemmerne skal tilbydes relevante kurser og vi har en forpligtigelse til også at tage emner op, som inviterer til et mindre underskud. Det forløbne år har ikke været en undtagelse. Økonomien i udvalget er dog forsat sund.

Udvalget vil gerne sige Annette Ladegaard tak for den uvurderlige hjælp, hun har givet i forbindelse med kursusafviklingen gennem året. Det bliver meget svært uden Annette, men vi er sikre på at Annette vil nyde hendes otium.

Der har i beretningsåret været afholdt 4 udvalgsmøder, ét i Århus og tre i København.

Siden sidste årsberetning er der afholdt følgende kurser:

K 117 - Kursus i intravenøs anæstesi.
3.-4. september 1999, Middelfart.

K 118 - Kursus i kvalitetsvurdering og -udvikling af speciallægeuddannelsen I.
16.-17. september 1999, Holsted.

K 119 - Kursus i akut nyreinsufficiens.
6. april 2000, Herlev.

K 120 - Kursus i kvalitetsvurdering og -udvikling af speciallægeuddannelsen II.
25.-26. maj 2000, Holsted.

K 121 - Kursus i Inhalationsanæstesi, teori og praksis + workshops.

8.-9. september 2000, Gentofte.

Der påtænkes at afholde følgende kurser:

K 122 - Kursus i Ekkokardiografi.

27. oktober 2000, Aalborg.

K 123 - Læreprocesser i praksisfeltet.

31. oktober 2000, København.

K 124 - 3-dages kursus på Skejby

Sygehus:

Antibiotikabehandling.

20. november 2000.

Opdatering af behandlingen af patienter med kroniske, maligne smerter.

21. nov. 2000.

Den hjertesygge patients perioperative forløb. 22. november 2000.

K 125 - 3-dages kursus i Herlev:

Kursus om respirationsinsufficiens.

5. marts 2001.

Kursus om neuroanæstesiologisk emne.

6. marts 2001.

Kursus i behandlingen af kroniske, non-maligne smertetilstande.

7. marts 2001.

Resultatopgørelse for perioden 01.07.1999 til 30.06.2000

INDTÆGTER

Kursusudgifter	137.670,00
Udstilling	0,00
Tilskud	85.000,00
Moms	2.409,00
Diverse renter	8.226,42
	<u>233.305,42</u>

UDGIFTER

Kontorhold	44.280,45
Lærerhonorarer	48.871,83
Møder & Rejser	54.703,86
Kursuscentre	127.341,00
Moms	0,00
Gebyrer	1.411,50
Diverse	1.145,00
	<u>277.753,64</u>

INDTÆGTER I ALT	233.305,42
UDGIFTER I ALT	277.753,64
RESULTAT	<u>-44.448,22</u>

Status pr. 30.06.2000:

AKTIVER

Lægernes Pensionskasse	320.205,70
Giro	14.781,67
Aktiver i alt	<u>334.987,37</u>

PASSIVER

Skyldige omkostninger	17.997,29
Egenkapital	316.990,08
Passiver i alt	<u>334.987,37</u>

Per Føge Jensen

IT-udvalg

IT-udvalget består af Hans Kirkegaard, Bjørn Mygil ("Postmaster"), Frans Swiatek ("Webmaster") og Lars Peter Wang (Redaktør af DASINFO). Udvalgsarbejdet i året 2000-2001 har overvejende koncentreret sig om det elektroniske medie - især i form af Foreningens hjemmeside (HS). Der har været afholdt 4 møder i hhv. Odense (2), Århus og København.

Selskabet har skiftet internetudbyder for at få mere plads på serveren samt få mulighed for at redigere HS i Frontpage - især med henblik på hurtig formidling af officielle meddelelser, uddannelsesmateriale og medlemskommunikation. Der arbejdes med at tilvejebringe en metode til sikring af arkivering af elektronisk information i Selskabet. Denne opgave er endnu ikke helt løst. Udvalget har arbejdet med en politik for annoncering på HS, som vil blive etableret på bestyrelsesmødet 3.9.01.

Udvalget har præsenteret vejledninger i DASINFO for HS' opbygning og anvendelse samt for vejledning af elektronisk kommunikation i Foreningen.

DASINFO har gennemgået mindre ændringer m.h.t. layout og opdeling, som formodes at blive mere udtalt i det kommende år. Også her arbejdes med fastlæggelse af politik for annoncering, hvilken vil foreligge i forbindelse med de sidste forberedelser til årsmødet.

Medlemsdebatten har ikke været dominerende hverken på HS eller i DASINFO, skønt enkelte medlemmer har leveret store og læseværdige bidrag.

Udvalget fortsætter gerne arbejdet i det kommende år.

Lars Peter Wang

Thoraxanæstesiudvalg

Thoraxanæstesiologisk udvalg har/vil i årets løb afholde 3 møder. Thoraxudvalget arbejder med specifikke uddannelseskrav på fagområdet thoraxanæstesi. Det er en vanskelig proces, men det flotte arbejde fra Intensiv udvalget kan formentlig danne model også for arbejdet inden for thoraxanæstesi. Det er udvalgets opfattelse at der skal udarbejdes realistiske uddannelseskrav som de danske centre kan honorere.

Thoraxanæstesiologisk udvalg har i samarbejde med Perfusionsskolen også i år 2001 arrangeret 3 dages kursus i Per-

fusionsteknik. Der er fortsat stor interesse for at deltage i kurset og evalueringen af indholdet var god. Der vil formentlig blive planlagt nyt kursus i 2002, men dette vil være et økonomisk spørgsmål, idet det er uklart om Perfusionsskolen fortsat kan og vil dække underskuddet på kurserne. Det er fortsat udvalgets opfattelse/forventning at læger, der er beskæftiget inden for ekspertområdet thoraxanæstesiologi bør/vil gennemgå kurset i de kommende år.

Den indholdsmæssige del af Dansk Hjerteregister har længe været på plads, men der har været store tekniske problemer med sammenkøring mellem landets hjerte-centre. Opgaven med at få den centrale løsning op og stå er i årets løb på Sundhedsstyrelsens anbefaling nu flyttet til Statens Institut for Sundhed. Der synes at være flere ressourcer til at løse opgaven her.

Udvalgets "placering" i DASAIM organisationen har været diskuteret og udvalget finder at DASAIM bør gå videre i struktur-omlægningen og blive en egentlig paraplyorganisation for de relevante fagområder. Thoraxudvalget har bedt bestyrelsen tage stilling til denne problematik og har bedt om at i hvert tilfælde Thoraxudvalget hurtigst muligt får status af ordinært udvalg med direkte repræsentation i bestyrelsen.

Thoraxudvalget

Neuroanæstesiudvalg

Neuroanæstesiudvalget har afholdt 1 møde i årets løb.

Antallet af aktive i subspecialet er forholdsvis begrænset, hvorfor der er arbejdet videre henimod et videnskabeligt samarbejde i Nordisk regi. Samtidig har der fra Dansk Neurokirurgisk Selskab's side været uformelle følere ude vedrørende et samarbejde, da man her er ved at "løbe tør" for emner.

I årets løb har udvalgets medlemmer deltaget aktivt ved afholdelse af flere kurser bla. DASAIM's efteruddannelseskursus i "Behandling af Neurotraumer"; hvorfor man i år ikke mente at kunne finde kvalificerede emner i forbindelse med novembermødet 2001.

Udvalget har diskuteret forslaget til Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner; Specialebeskrivelse i anæstesiologi.

Jørn Bo Madsen

Børneanæstesiudvalg

To medlemmer af udvalget har aktivt deltaget/været arrangør af landskursus i interhospital transport af kritisk syge patienter d. 27. april 2001, Aalborg. To af udvalgets medlemmer er underviser/medarrangør af simulatorkursus i børneanæstesi, som holdes i løbet af efteråret. Udvalget opretholder de gode kontakter med sin svenske pendant og formanden har været på besøg i Sverige (Lund) og vi har også haft besøg. Iværksættelsen af fælles projekter har været diskuteret, men der er foreløbig ikke nogen konkrete resultater heraf.

Kommunikationen i udvalget er foregået via e-post og møder i andre sammenhænge. Et af udvalgets medlemmer (Michael Wanscher) er midlertidigt udtrådt af udvalget på grund af arbejde i udlandet.

I forbindelse med den 5. europæiske kongres i pædiatrisk anæstesi i Helsinki afholdtes i maj måned møde i FEAPA (Federation of the European Associations of Paediatric Anaesthetists). Til stede var udvalgets repræsentant (Søren Walther-Larsen). Med de nye østeuropæiske nationer er federationen vokset og der er nu repræsentation fra 30 lande.

På dagsordenen var der bla. diskussion omkring den europæiske kongres og diverse mini-symposier foruden vores relation til ESA/FEA.

Kompetance er nok primært placeret i executiv og uddannelseskomiteen i FEAPA med bla. tilrettelæggelse af den 6. europæiske pædiatriske kongres i Köln i september 2005. Uformelt er der imidlertid gode kontakter i federationen, hvilket gør at hollandske og danske børneanæstesiologer planlægger et møde/studiebesøg i Danmark i 2002.

Program for årsmødet i november er udarbejdet.

Steen W. Henneberg

Postoperativt rehabiliteringsudvalg

Udvalget for Postoperative rehabilitering har i det forløbne år afholdt tre møder. Vi har primært arbejdet med handlingsprogrammet beskrevet i årsberetningen for 1999/2000.

1. Undervisning/uddannelse.
2. Undersøgelse af smertebehandlingen, akutte smerteenheders organisation og ressourcer i Danmark.

3. Acute pain service – har det nogen effekt?

Ad 1) Udvalget ønsker at deltage aktivt i undervisningen/uddannelsen af personale der deltager i rehabilitering og smertebehandling af patienter i det perioperative forløb.

Vi besluttede fra starten at koncentrere os om den lægelige faglige efteruddannelse og Gitte Handberg har via kontakt med Lægeforeningen, arrangeret et kursus i akut smertebehandling for yngre læger. Vi forventer at undervisningen bliver gentaget hvert år.

Undervisningen afholdes første gang i december måned 2001.

Ad 2) For at få et indtryk af smertebehandling, ressourcer og behovet for efteruddannelse /undervisning, besluttede udvalget at lave en National Survey. Udvalget udsendte i slutningen af 2000 spørgeskemaer til samtlige anæstesiafdelinger i Danmark. Vi fik, ved Peter Christensens hjælp, en ganske flot svarprocent på 96 %. Vi har siden bearbejdet spørgeskemaerne og fået nogle interessante resultater.

Resultaterne vil blive præsenteret ved DASAIM's årsmøde i november måned, samt som "Postoperative Pain Treatment in Denmark a Nationwide Survey 2000" ved American Society of Anesthesiologists kongres i New Orleans 2001.

Vi forventer ligeledes at offentliggøre resultaterne i et tidsskrift.

Ad 3) Udvalget har i det forløbne år, ved Mads Werner, foretaget en kritisk gennemgang af litteraturen med det primære formål at undersøge om Acute Pain Service har effekt på outcome.

Arbejdet har været stort på grund af det store materiale, men der er kommet et flot og spændende arbejdet ud af gennemgangen. Resultatet vil blive præsenteret på DASAIM's årsmøde i november.

Vi har ligeledes arbejdet med at arrangere en undervisning session ved DASAIM's årsmøde 2001 og vi synes selv at det er blevet til ganske et spændende program. Udvalgets medlemmer deltager aktivt med hvert et indlæg og ude fra har vi fået hjælp fra Henrik Kehlet.

Udvalget forventer i det kommende år at arbejde med ovenstående emner, men tager selvfølgelig andre emner op hvis det bliver aktuelt.

Per Rotbøll Nielsen

Standardiseringsudvalg

Udvalget har afholdt et møde i foråret 2001. På dansk initiativ arbejdes der for en revision af standarden angående sugekatetre til endotracheal brug. Forslaget er til afstemning.

Dansk Standard har publiceret følgende standarder i 2001:

- EN 794-1 Respiratorer del 1: Specielle krav til respiratorer til intensiv terapi.
- DS/CEN/CR 13903 generel vejledning vedrørende medicinsk udstyr til brug ved behandling af søvnapnø.
- *Danmark har stemt ja til følgende:*
- PrEN ISO 10651-4 Anæstesi og respi-

rationsudstyr. Manuelt betjente resuscitatorer for behandling af mennesker.

- PrEN 13328-1 og 13328-2 Respirationsystemfiltre til anæstetisk og respiratorisk brug. Del 1 og 2
- PrEN 13544-1, 13544-2 og 13544-3 Udstyr til respiratorterapi del 1,2 og 3 Nebulisatorer, slanger og connections
- PrEN/ISO 17510-2 Søvnapnøapparat, masker og tilbehør

Listen over harmoniserede standarder kan findes på Dansk Standards hjemmeside

www.ds.dk

Susanne Wammen

Dansk Anæstesiologisk Selskabs Fond

Bestyrelsen bestod i 2000 af Else Tønnesen, Anders Larsson, Jørgen Viby Mogensen og Irs. Svend Oppenheim.

Bestyrelsen har holdt to møder siden sidste generalforsamling og har derudover kommunikeret jævnlige både skriftligt og telefonisk.

Siden sidste generalforsamling er fondens administration flyttet fra advokatfirmaet Flagstad, Lund og Elmer til advokatfirmaet Linde og Altschuler, Bredgade 23, 1260 København K.

I regnskabsåret (01.01.-31.12.2000) er uddelt ét legat på kr. 10.000 (se regnskab).

Fondens indtægter bygger i meget væsentlig grad på de bidrag, foreningens medlemmer indbetaler, når de for første gang udnævnes til speciallæge. Dette beløb har i mange år uændret været fastlagt til 300 kr. Bestyrelsen foreslår, at dette øges til 400 kr.

Indtægter:

Indgået medlemsbidrag	8.700,00	
Renter, obligationer	42.243,50	
Renter, Den Danske Bank	-16,01	50.927,49

Udgifter

Husfaldt forelæsning	11.093,86	
Møder	1.095,00	12.188,86
Årets resultat		38.738,63
Overførsel fra sidste år		3.273,58
		42.012,21

Skat af årets resultat	4.435,00	
Regulering af skat 1999	-25,00	4.410,00
Til disposition		37.602,21

Legatuddelinger:

Legatuddeling, 5 legater	10.000,00	
Hensættelse til senere uddeling	18.000,00	28.000,00
Medlemsbidrag til kapitalen		8.700,00
Overførsel til næste år		902,21

Fondskapital (kursværdi)		661.393,00
--------------------------	--	------------

Jørgen Viby Mogensen

Jensa la Cours Legat

Bestyrelsen bestod i 2000 af Else Tønnesen, Jørgen Viby Mogensen og advokat Carsten Brink, med Anders Larsson, Georg E. Cold og advokat Kent Brixtofte som suppleanter.

Bestyrelsen har holdt to møder siden sidste generalforsamling og har i øvrigt kommunikeret både skriftligt og telefonisk.

Siden sidste generalforsamling er fondens administration flyttet fra advokatfirmaet Flagstad, Lund og Elmer til advokatfirmaet Linde og Altschuler, Bredgade 23, 1260 København K. Som konsekvens heraf skal der på generalforsamlingen vælges nye juridiske repræsentanter til bestyrelsen. Bestyrelsen foreslår, at Carsten Brink erstattes med advokat Finn Altschuler, og advokat Kent Brixtofte (suppleant) erstattes med advokat Finn Roger.

Der er i regnskabsåret (01.10.99-30.09.00) uddelt i alt tre legater på i alt kr. 32.232 (se regnskab)

Indtægter:

Renter, obligationer	49.873,50	
Renter, bankkonti	85,67	49.959,17

Udgifter:

Kontorhold	10.000,00	
Forvaltningsafgift, bank	2.221,58	
Bankgebyrer	24,00	12.245,58
Årets resultat		37.713,59
Fondsskat 97/98		7.712,00
		30.001,59
Overførsel fra sidste år		584,98
Til disposition		30.586,57

Legatuddelinger:

3 legatuddelinger	32.232,00	
Hensættelse til senere uddeling	8.000,00	40.000,00
Hensættelse fra 98/99	(10.000,00)	30.232,00
Overført til næste år		354,57
Legatkapital (kursværdi)		777.702,00

Jørgen Viby Mogensen

UEMS og EBA

Organisatorisk

Arbejdet i det forløbne år var næsten gået i stå pga mangel på struktur og en del udskiftning af de enkelte landes repræsentanter, men der er nu udnævnt en ny bestyrelse, som er tiltrådt ved det sidste møde 01.09.2001. Denne bestyrelse ser ud til at være handlekraftig og med visioner. Ny præsident er Bill Blunnie fra Irland, vicepræsident er danske Mogens Hüttel og sekretær Hans Knape fra Holland.

Mogens Hüttel har til opgave at få styr på "sub-committees" og deres arbejde, og Mogens fremlagde en plan, der lyder lovende, og som baserer sig på elektronisk kommunikation og stram styring.

Dokumenter

I den senere tid er der arbejdet med at færdiggøre diverse dokumenter mhp publikation i European Journal of Anaesthesia, som er valgt som tidsskrift for den organisatoriske aktivitet i europæisk anæstesiologi:

- Guidelines for specialist training in Anaesthesiology (dokumentet publiceres i september nummeret).

- Guidelines for sedation by doctors non-anaesthesiologists (dokumentet forventes vedtaget i januar 2002).

- Guidelines for specialist training in pain medicine (forhåbentlig kan dokumentet vedtages i januar – det er besluttet, at et udkast frigives, så det kan benyttes i forbindelse med den internationale smerteuge i oktober måned i år).

CME/CPD

CME/CPD arbejdet i UEMS regi ("moder UEMS", ikke kun den anæstesiologiske sektion) er nu ganske veletableret (se under EACCME på UEMS hjemmeside). Hvis man arrangerer faglige møder og gerne vil kunne tildele CME points, som kan benyttes i andre lande, skal man sende ansøgning til UEMS sekretariatet. Der skal i fremtiden betales for at få en europæiske godkendelse. I de lande, hvor man er længst med benyttelse af et CME pointsystem, kan ingen møder forventes at få deltagere, med mindre der kan tilbydes CME points.

Der opereres med en enhed "hour of CME", der er konvertibel i de enkelte landes systemer.

Europæisk inspektorordning

"Hospital visitation" systemet (svarende til den danske inspektorordning) til belysning af om uddannelsesstederne tilbyder uddannelse af en acceptabel standard er blevet rekonstrueret. En universitetsafdeling i Innsbruck er netop besøgt og godkendt – dog med en række anbefalinger til forbedring af kvaliteten af uddannelsen. Bochum (D), Braunschweig (D), Utrecht (NL) og Slagelse (DK) har anmodet om besøg. Turku er tidligere blevet godkendt efter besøg. I forbindelse med at godkendelsen skulle fornys, er det blevet besluttet, at Turku skal besøges igen, fordi der siden det sidste besøg er sket så mange ændringer i afdelingen, at man ikke blot kunne forlænge den tidligere godkendelse.

Det er min vurdering, at disse besøg har en meget positiv effekt, dels fordi de giver større gensidig forståelse for de uddannelsesmæssige vilkår, som eksisterer i de enkelte lande, dels fordi man kan udveksle gode ideer til løsning af uddannelsesmæssige problemer i afdelingerne. Endelig sætter disse besøg større fokus på uddannelse i afdelingerne, ganske som inspektorordningen har gjort herhjemme.

Joint Commission on Intensive Care Medicine

Denne tværfaglige komité fortsætter støt arbejdet med at definere en to-årig overbygning på speciallægeuddannelsen. Man ønsker at anbefale den eksamen, som afholdes af European Society of Intensive Care Medicine til test af kundskaber. Ligeledes ønsker man at indføre inspektorbesøg på linie med dem beskrevet ovenfor til evaluering af uddannelsesstedernes tilbud. Komiteen har fået sin egen underadresse på

UEMS' hjemmeside.

Joint Commission on Pain Medicine

Det er desværre ikke lykkedes at få dannet denne komité endnu, selv om der er generel opbakning hertil.

Web sted

UEMS har en hjemmeside på adressen www.uems.be. Hvis man søger på sektionerne kan man finde den anæstesiologiske og også Joint Commissions side med referater og adresser. Derudover ligger der efterhånden allehånde dokumenter tilgængelige – bl.a. lægedirektivet i EU.

Helle Ørding

Repræsentanterne i Dansk Perfusionisk Skole Sundhedsstyrelsens rådgivningsgruppe vedr. medikoteknik

Inspektørerne i anæstesiologi

15. august udsendte Sundhedsstyrelsen 2. udgave af Manual til brug for Inspektorordningen (www.sst.dk/inspektorordning). I forordet er inspektorordningen beskrevet i korte træk:

"Inspektorordningen blev i 1997 tilbudt som en inspirationsordning til interesserede afdelinger. Formålet med ordningen er at bidrage til en kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse på de enkelte sygehuse.

Maj 2000 udkom speciallægekommisionens betænkning Fremtidens Speciallæge. Betænkningen anbefaler at Inspektorordningen videreføres som en obligatorisk ordning for alle afdelinger, der varetager videreuddannelse af læger.

Samtidig med indførelsen af den obligatoriske Inspektorordning er *Manual til brug for Inspektorordningen* revideret. Af konkrete ændringer kan nævnes at der er udarbejdet et selvevalueringskema til afdelingen, der erstatter det tidligere spørgeskema. Endvidere er anbefalingerne vedrørende udfærdigelse af inspektorrapport uddybet med tilføjelse af en rapportskabelon for at opnå yderligere standardisering af Inspektorordningen og give mulighed for at monitorere uddannelseskvaliteten.

Der er etableret en følgegruppe for Inspektorordningen med repræsentanter fra Amsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Medicinsk Selskab, Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (tidligere Speciallægenet), Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Sekretariatsfunktionen er placeret i Sundhedsstyrelsens 1. kontor, der varetager områder sundhedsfaglige uddannelser. 2. udgave af *Manual til brug for Inspektorordningen* er udarbejdet af sekretariatet i samarbejde med følgegruppen for Inspektorordningen.

Der er mange forventninger til den obligatoriske ordning, ikke mindst til formidling af erfaringer og resultater, som kan medvirke til at styrke den lægelige videreuddannelse i de kommende år. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.sst.dk/inspektorordning, findes manualen i elektronisk form, og i fremtiden vil materialet vedrørende ordningen blive formidlet løbende.

Karsten Bech

Sundhedsstyrelsen, august 2001"

På landsplan er der i alt 636 afdelinger, heraf 36 anæstesi-afdelinger, der skal have inspektorbesøg. Der er i alt 159 inspektorer, heraf 7 inden for anæstesi: Doris Østergaard, Bente Dyrland Pedersen, Michael Sprehn, Nils W. Johannessen, Klavs Lemholt, Karen Skjelsager og undertegnede. På landsplan er der foretaget 116 1.-besøg og 77 2.-besøg, inden for anæstesi hhv. 14 og 10.

Intensionen er at hver afdeling skal have besøg hvert 3. år. Ved hvert besøg deltager 2 inspektorer. Målet er at hver inspektor foretager 2-3 besøg hvert år. Ved enkelt hovedregning kan dette opfyldes på landsplan med gennemsnitlig 2,66 besøg pr. inspektor per år, men der er store forskelle specialerne imellem.

Ser vi på vort eget speciale er tilsvarende tal 3,4 besøg per inspektor per år. Der er derfor fremsat forslag til at der udnævnes yderligere inspektorer inden for anæstesi. Med 8 inspektorer i alt bliver det til gennemsnitlig 3 besøg per inspektor per år, og ved 9 inspektorer bliver det 2,66 svarende til "landsgennemsnittet".

Personligt har jeg store forventninger til 2. udgave af *Manual til brug for Inspektorordningen*. Når afdelingen inden inspektorbesøget skal evaluere sig selv og

prioritere de uddannelsesproblemer, der er i afdelingen og opstille forslag til hvordan de kan løses, er processen startet allerede på det tidspunkt. Inspektorerne kan så mere fungere som inspiratorer og sparingspartnere, når de besøger afdelingen.

Odd Ravlo

ATLS Denmark Fond

Der er stadig stor søgning til ATLS-kurserne. Der afholdes nu 10 kurser om året. Hovedparten af kursisterne er fortsat anæstesiologer.

I det sidste år er ATCN etableret (Advanced Trauma Care for Nurses). ATCN afvikles samtidig med ATLS. Der er 8 sygeplejersker på hvert kursus. Teorien er den samme som ATLS-kurset, men sygeplejerskerne har egen skills stations og afvikler eksamen parallelt med lægerne.

ATLS har haft kontakt med Københavns Brandvæsen og Falcks Redningskorps mhp etablering af PHTLS (Prehospital Trauma Life Support). Der har været en delegation i Chicago for at se konceptet. Beslutning om at indføre PHTLS er endnu ikke taget.

Instruktører og kursusledere er fortsat ulønnede, mens kursUSDirektør, kursuskoordinatører og kasserer er lønede.

Torsten Lang-Jensen

Dansk Råd for Genoplivning

Implementeringen af de nye internationale retningslinier for genoplivning har fyldt meget på rådets møder. De i rådet repræsenterede udbydere af kurser i førstehjælp og genoplivning underviser siden 1. august 2001 efter de nye retningslinier. Repræsentanter for DRG er ved at udarbejde plakater og brochurer omhandlende de nye retningslinier for avanceret genoplivning og har forfattet en artikel til Ugeskrift for Læger herom. Interessen for de nye guidelines har kunnet aflæses på besøgsantallet på DRG's hjemmeside www.genoplivning.dk, der i begyndelsen af året havde op til 1000 gæster dagligt. På hjemmesiden kan læses om DRG's sammensætning, de nye guidelines mm. og på denne kan der også bestilles plakater og brochurer.

Hanns Reich

Scandinavian Resuscitation Council

Scandinavian Resuscitation Council, der består af repræsentanter for de skandinaviske kardiologiske og anæstesiologiske selskaber arrangerede i maj i samarbejde med Cardiologföreningens arbetsgrupp för HLR sin femte skandinaviske Hjerte-Lunge-Rednings-kongres i Göteborg. Kon-

gressen var med 1200 deltagere, heraf kun ganske få danske, overraskende velbesøgt. Den var særdeles velorganiseret og lå på et fagligt højt niveau. Væsentligste og for mange deltagere overraskende budskab var, at ventilation de første 8 til 10 minutter ved et genoplivningsforsøg nok skader mere end det gavner. Hver gang man holder pause i hjertemassagen for at ventilere falder det koronare blood-flow og ved hvert tryk på brystkassen opnås samtidig

ganske lidt ventilation. De i august publicerede internationale guidelines for genoplivning er allerede forældede. Der blev anbefalet, at man de første minutter efter et hjertestop kun masserer med 100 tryk/min. og ikke ventilerer, men tilfører ilt, dersom det forefindes. Efter 8 minutters hjertestop anbefales genoplivning med rytmen 50 tryk og 5 pust.

Hanns Reich

DASAIM - Regnskab Resultatopgørelse 2000/01

		1999/00 t.kr.
INDTÆGTER		
Kontingenter	909.660	492
Renteindtægter	29.105	16
Indtægter i alt	938.765	508
UDGIFTER		
Møder og udvalg m.v.:		
Bestyrelsesmøder	50.172	47
DASAIM-møder	41.918	1.042
Udvalg (note1)	143.004	145
Kontingent WFSA	20.592	17
Kontingent SSAI	405.695	-
	661.381	1.251
Deltagerbetaling, arrangementer		660
Udstillingsindtægter		318
Sponsorbidrag og andre tilskud	31.094	106
		630.287
DASINFO:		
Trykning m.v.	134.519	167
Forsendelse	22.593	18
IT-udgifter	-	8
	157.112	193
Salg af annoncer og abonnemeter	159.182	180
		-2.070
Legater:		
Udbetalt legatportioner		211
Indbetalt fra Dameca		200
		11
Sekretariat og administration:		
Lønninger m.v.	107.347	136
Øvrige udgifter (note 2)	116.106	46
		223.453
Udgifter i alt	851.670	373
ÅRETS RESULTAT	87.095	135

Balance 30. juni 2001

		1999/00 t.kr.
AKTIVER		
Likvide beholdninger	830.452	744
Tilgodehavende hos bestyrelsesmedlemmer	5.000	10
Tilgodehavende ikke forfaldne renteindtægter	16.020	10
Andre tilgodehavender	-	7
Aktiver i alt	851.472	771
PASSIVER		
Skyldig trykning af DASINFO	0	31
Skyldig revisorbistand anslået	13.500	14
Skyldig moms	43.435	32
Forudbetalte kontingenter	50.685	54
Forudbetalte salgsindtægter DASINFO	88.400	71
Feriepengeforpligtelse	16.716	18
Gæld i alt	212.736	220
Egenkapital primo	551.641	416
Årets resultat	87.095	135
Egenkapital	658.736	551
PASSIVER I ALT	851.472	771
Note 1. Udvalg		
Præhospitalsudvalget	8.034	5
Intensivudvalget	21.388	21
Anæstesiudvalget	11.703	10
Videreuddannelsesudvalget	53.553	65
Efteruddannelsesudvalget	1.554	
Thoraxanæstesiudvalget	2.132	1
It-udvalget	6.767	2
Neuroanæstesiudvalget	8.566	
Smertebehandlingsudvalget	5.539	1
Postoperativ rehabiliteringsudvalget	1.333	1
UEMS	0	0
Øvrige udvalg, danske	18.877	35
Øvrige udvalg, udenlandske	3.558	4
	143.004	145
Note 2. Øvrige udgifter		
Gaver	4.056	2
It-udgifter	15.617	10
Kontorartikler og tryksager	22.829	4
Maskiner og inventar	7.798	-12
Mødeudgifter	3.264	0
Nyt logo	12.330	
Personaleannoncer	25.899	
Porto og gebyrer	10.072	27
Revisorbistand	13.500	14
Øvrige	741	1
	116.106	46

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin bestyrelse, udvalg og repræsentanter 2000/2001

Forslag ved nyvalg

Bestyrelsen

(vælges for 2 år, max 2 gange)

Mogens K. Skadborg (2000) formand

Freddy Lippert (1999) (Præhospital)
næstformand

Jakob Trier Møller (1999) kasserer

Birgitte Ruhnau (1999) (YL) sekretær

Jørgen B. Dahl (2000) (Anæstesi)

Michael Wanscher (1999)

(Intensiv medicin)

Jette Højsted (1999) (Smertebehandling)

Else Hjortsø (1999) (Videreuddannelse)

Per Føge Jensen (1999) (Efteruddannelse)

Lars Peter Wang (2000) (IT – Redaktør)

Bjørn Mygil (1999) (YL)

ønsker ej genvalg

?

Susanne Wammen

Reinhold Helbo Jensen

Ryan Hansen

Claus Lemholt

Lise Knudsen

Ad hoc arbejdsgruppe vedr. den skandinaviske uddannelse inden for kronisk smertebehandling

Per Sjøgren

Jørgen Eriksen

Jette Højsted

Kronisk Smerteudvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)

Jette Højsted (formand)

Ryan Hansen

Alf Kornelius Olsen

Jette Højsted

Jakob Westergaard-Nielsen

Kontaktperson til Sundhedsstyrelsen

(vælges hvert 4. år, max 2 gange, sidst 1999)

Finn Wiberg-Jørgensen (1994)

Torben Mogensen (1998) (suppleant)

Tilforordnede til Sundhedsstyrelsens Specialistnævn

vælges hvert 4. år, sidst 1999

Mogens S. Hüttel (1998)

Asger Bendtsen (1994)

Suppleant

Lars Peter Wang

Suppleant

?

Anæstesiudvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)

Jørgen B. Dahl (2000)(formand)

Susanne Wammen

Birgitte Ruhnau

Carl-Johan Jakobsen

Lars Clausen

Bent Chræmmer Jørgensen

Per Herlevsen

Ann Møller

Bodil S. Rasmussen

Susanne Wammen

Hans Kirkegaard

Intensiv medicin udvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)

Michael Wanscher (formand)

Reinhold Helbo Jensen

Anders Larsson

Karen-Lise Welling

Anne Lippert

Reinholdt Jensen

Kurt Espersen

Morten Freundlich (2000)

Forslag ved nyvalg

Præhospital udvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)

Freddy Lippert (formand)

Erika F. Christensen

Torben Mondorf

Torsten Lang-Jensen

Thomas Lohse

Flemming Knudsen

Troels M. Hansen

Steffen Høgskilde

Videreuddannelsesudvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)

Else Hjortsø (formand)

Claus Lemholt

Doris Østergaard (hovedkursusleder)

genvalg

Elin Jensen (YL)

?

Dorte Keld (YL)

genvalg

Morten Freundlich (kursusleder Aalborg)

genvalg

Ole Nørgaard (kursusleder Århus)

genvalg

Jeppe Lund (kursusleder Odense)

genvalg

Bente Dyrlynd Pedersen

genvalg

(kursusleder København)

Peter Mouritsen

Frank Brøgger Nielsen (region Nord)

Hans Mandø

Klavs Lemholt (region Syd)(sekretær)

Lars S. Rasmussen

Finn Molke Borgbjerg (region Øst)

Efteruddannelsesudvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)

Per Føge Jensen (formand)

Lise Knudsen

Grethe Astrup (2000) (kasserer)

Lise Nørrekjær Hansen (YL)

?

Susanne Wammen (anæstesiudvalg)

Anders Larsson (intensiv udvalg)

Jette Højsted (smertebehandlingsudvalg)

Erika F. Christensen (præhospitaludvalg)

Søren Walther-Larsen (børneanæstesiudvalg)

Jørgen Wolff (neuroanæstesiudvalg)

Lise Knudsen (thoraxanæstesiudvalg)

?

Redaktør af DASINFO

Lars Peter Wang (2000)

IT-udvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)

Lars Peter Wang (1999)(2000 formand)

Hans Kirkegaard (2000)

Frans Swiatek (2000)

Bjørn Mygil (1999)

genvalg

Thoraxanæstesiudvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)

Carl-Johan Jakobsen (formand)

Kirsten Eliassen

Ricardo Sanchez

Lise Knudsen

Dennis Bigler

Claus Andersen (2000)

Neuroanæstesiudvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)

Jørn Bo Madsen (formand)

Forslag ved nyvalg

Bent Lob Dahl
Jørgen Wolff
Karsten Skovgaard Olsen
Lars Hedemann Nielsen

Børneanæstesiudvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)
Steen Henneberg (formand)
Michael Wanscher
Per Thorgaard
Søren Walther-Larsen

Postoperativ rehabiliteringsudvalg

(vælges for 2 år, max 6 år, første gang 1999)
Per Rotbøll Nielsen (formand)
Mads Werner
Gitte Handberg
Peter A. Christensen
Kirsens Voss (2000)

Revisorer

vælges hvert år
Lars Clausen (1998) *Bjarne Fogh*
Per Arnbo Kristensen (1998) *genvalg*
Bjarne Fogh (1998) (suppleant) *Michael Weber*

Standardiseringsudvalget

vælges hvert 2. år
Susanne Wammen (1998)(formand)
Niels Lomholt (valgt af Dansk Standard S104)
Nils W. Johannessen (valgt af Sundhedsstyrelsen og
Amtsrådsforeningen)

Dansk Anæstesiologisk Selskabs Fonds bestyrelse

én afgang efter tur hvert 5. år
Jørgen Viby Mogensen (1990)
Else Tønnesen (1995)
Anders Larsson (2000)
Lrs. Sv. Oppenheim (1959)

Oberstinde Jensa la Cours Legat

vælges hvert 5. år, første gang 1988
Jørgen Viby Mogensen (1992)
Else Tønnesen (1995)
Advokat Carsten Brink (1995) *Adv. Finn Altschuler*
Anders Larsson (2000)(suppleant)
Georg E. Cold (suppleant)
Advokat Kent Brixtofte (suppleant) *Adv. Finn R. Nielsen*

Dansk Anæstesiologisk Selskabs Fonds revisorer

vælges hvert år
Erik Jacobsen ?
Ole Beck *genvalg*

UEMS og EBA

vælges hvert 4. år
Helle Ørding (1991)

Repræsentanter i Den Danske Perfusionist Skole

udpeges af bestyrelsen
Lars Willy Andersen
Carl-Johan Jakobsen

Sundhedsstyrelsens rådgivningsgruppe vedr. medicoteknik

udpeges af bestyrelsen
Peer Dejgaard

Forslag ved nyvalg

Inspektorer i anæstesiologi

udpeges af bestyrelsen
Doris Østergaard (1997)
Odd Ravlo (1997)
Nils W. Johannessen (1997)
Jeppe Lund (1997)
Bente Dyrlund Pedersen (1997)
Michael Sprehn (1997)
Morten Noreng (2000)
Klavs Lemholt (2000)
Karen Skjelsager (2000)
professor? (2000)

ATLS Denmark Fond

indstilles af bestyrelsen
Torsten Lang-Jensen (best.medlem) (1997)

Dansk Råd for Genoplivning

indstilles af bestyrelsen
Hanns Reich (1999)

Scandinavia Resuscitation Council

udpeges af bestyrelsen
Hanns Reich (1997)

SSAI

Mogens Skadborg
Jakob Trier Møller (valgt af DASAIM) ?
Ivar H. Gøthgen (direktør for ACTA)

Tilforordnede til Retslægerådet

Jørgen Viby Mogensen
Else Tønnesen

Sagkyndig rådgiver for Sundhedsstyrelsen

ansat efter stillingsopslag
Bent Chræmmer Jørgensen (1991)

Sundhedsvæsenets patientklagenævn

konsulenter ansat efter opslag
Bent Husum
Preben Berthelsen
Jørgen Viby Mogensen
Mogens Wernberg (1999)

Specialistnævnet

udpeget af Sundhedsstyrelsen
Tom Pedersen

Æresmedlemmer

Torsten Gordh, Sverige
Henning Ruben
Ole Lippmann
Henning Poulsen
Bjørn Ibsen
Bent Juhl
Sven Erik Gisvold, Norge
Sten Lindahl, Sverige

Extraordinære medlemmer

Torben Kann
Henrik Kehlet
Carsten Grøndahl Nielsen
Peter Hunæus

• FOREDRAGSKONKURRENCE

Foredragskonkurrence 3. november og posterdiskussion 2. november 2001 ved årsmødet i Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin

Bedømmelsesudvalget består af Else Tønnesen, Anders Larsson, Jørgen Viby Mogensen og Jørgen B. Dahl.

Foredragskonkurrence 3. november kl. 10.15-12.15 sponsoreret af SSAI.

Udvalget har valgt 8 foredrag til deltagelse i konkurrencen. Foredragene konkurrerer om SSAI-sponsorerede præmier (1., 2. og 3. præmie) på henholdsvis 5.000 kr., 3.000 kr. og 2.000 kr. Disse abstracts præsenteres nedenfor.

Hver foredragsholder giver en præsentation på 8 min. efterfulgt af 4 min. diskussion. Der vil være mulighed for diaspræsentation både konventionelt og elektronisk (PowerPoint) og/eller brug af overheadfremviser.

Ved præsentationen den 3. november udgøres bedømmelsesudvalget af Jørgen Viby Mogensen, Bent Husum og Georg Cold. Kriterier for bedømmelse fremgår af DASINFO nr. 3.

Posterdiskussion 2. november kl. 14.00-15.15

Fjorten posters er anmeldt til konkurrencen. Posters fremstilles i formatet 70 x 100 cm.

Posters ophænges tidligst muligt (gerne 1. november) i dertil indrettet område.

Præsenterende forfatter bedes være tilstede ved præsentationen, som vil ske ved en kort (2 min.) fremlæggelse efterfulgt af 2-3 min uddybende spørgsmål fra bedømmelsesudvalget. *Jørgen B. Dahl, Lars Peter Wang*

Effekten af præoperativ dexamethason (8 mg) ved laparoskopisk kolecystektomi. En randomiseret dobbelt-blind placebo-kontrolleret undersøgelse

Thue Bisgaard, Birthe Klarskov, Henrik Kehlet, Jacob Rosenberg, Kirurgisk gastroenterologisk afdeling, H:S Hvidovre Hospital.

Baggrund: Reduktion af det tidlige inflammatoriske respons med steroid kan muligvis optimere forløbet efter laparoskopisk kolecystektomi.

Metode: 88 patienter blev i et dobbelt-blindt design randomiseret til præoperativt 8 mg intravenøs dexamethason eller placebo 90 minutter før operationen. C-reaktivt protein blev målt før, 3, 6 og 24 timer efter operationens start. Præoperativt og i første postoperative uge registreredes 1 gang dagligt træthed og overordnede smerter, samt smerter opdelt i incisionelle, viscerele og skuldersmerter. Præoperativt, 1, 2, 3, 6 og 24 timer efter operationen blev kvalmeintensitet og lungefunktion målt

og ovenfor nævnte smertekomponenter blev evalueret i hvile og under mobilisation. Incidencen af kvalme og opkastninger blev registreret de første 2 postoperative dage. Patienterne noterede dato for genoptagelse af fritids- eller vanlige aktiviteter og arbejde. Alle patienter blev anbefalet 2 dages postoperativ rekonvalescens.

Resultater: 80 patienter blev analyseret og 8 patienter blev ekskluderet af forskellige årsager (heriblandt 2 med infektiøse komplikationer: 1 patient i hver gruppe havde sårinfektion). Sammenlignet med placebo (n=40) fandtes der følgende effekt af dexamethason (n=40): Koncentrationsstigningen af C-reaktivt protein var signifikant lavere (P<0,01), den postoperative træthed var reduceret gennem hele studieperioden (P=0,01) og den overordnede smerteintensitet var lavere på operationsdagen (P<0,01) og følgende dag (P<0,05).

Viscerale intraabdominale smerter var signifikant lavere gennem hele den første postoperative uge (P<0,05). I dexamethason-gruppen var kvalmeintensiteten statistisk uændret gennem de første 24 timer (P=0,4) men placebo-gruppen havde øget kvalme i denne periode (P<0,01). På operationsdagen havde færre patienter opkastninger og antallet af opkastninger var signifikant lavere i dexamethason-gruppen (P<0,05). Fravær fra fritids- eller vanlig aktivitet var median 1 dag i dexamethason-gruppen og 2 dage i placebo-gruppen (P<0,05). Der var ikke signifikante forskelle i øvrige variable.

Konklusion: 8 mg dexamethason præoperativt bedrer det tidlige postoperative forløb med reduceret træthed, smerter, kvalme og opkastninger og forkortet fravær fra fritids- eller vanlig aktivitet.

Forandringer i cerebralt blood flow og postoperativ cognitiv dysfunktion efter coronarkirurgi

H Abildstrøm*, P Høgh[□], B Sperling[□], JT Møller*, S Yndgaard[#], LS Rasmussen*, *Anæstesi- og operationsklinikken, Hoved OrtoCentret, [#]Anæstesiologisk klinik, Hjertecentret og [□]Neurologisk klinik, Neurocentret, Rigshospitalet
E-mail: habil@rh.dk

Introduktion: Den høje incidens af postoperativ cognitiv dysfunktion (POCD) efter hjertekirurgi er blevet tilskrevet brugen af cardiopulmonal bypass med deraf følgende ændringer i den cerebrale perfusion. Vi ville undersøge, om POCD er korreleret til forandringer i cerebralt blood flow (CBF) målt med Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) en uge efter coronarkirurgi.

Metoder: Vi undersøgte 15 mandlige patienter med en gennemsnitlig alder på 66 år (60-74), der fik foretaget coronarkirurgi med en gennemsnitlig varighed af cardiopulmonal bypass på 101 min (42-167). Før og 6 dage efter operation målte global CBF ved inhalation af ¹³³Xenon, og regionalt CBF efter injektion af HMPAO vha. et hjerne-dedikeret SPECT-kamera. Til at definere normalværdier havde vi SPECT-resultater fra 26 kontrolpersoner i samme alder.

Tabel 1: Sammenligning af globalt CBF (ml/100g/min) for kontroller (N=26) og patienter (N=15) præ- og postoperativt. Gennemsnit (SD)

	Kontroller	Patienter præoperativt	Patienter postoperativt
Venstre Hemisfære	53.8 (8.7)	46.1 (5.0)	38.6 (3.8)
Højre Hemisfære	53.7 (9.4)	46.1 (4.6)	38.5 (3.7)

Tabel 1: Ændring i regionalt CBF i frontal cortex (angivet som % af CBF i cerebellum): Sammenligning af patienter med (N=4) og uden POCD (N=11). Gennemsnit (SD)

	Patienter med POCD	Patienter uden POCD	p
Venstre Hemisfære	-6.75 (6.29)	1.82 (9.30)	0.15
Højre Hemisfære	-6.50 (6.58)	1.45 (8.58)	0.15

Diskussion: Forskellen mellem patienter med og uden POCD var ikke signifikant, men type 2 fejls risiko må tages i betragtning. Den observerede forskel mellem grupperne er dog kun sammenlignelig med intra-individuel variabilitet fra dag til dag.

Konklusion: Vi fandt et signifikant fald i globalt CBF en uge efter coronarkirurgi, men ingen signifikant korrelation til POCD.

Neuropsykologisk testning blev foretaget med et testbatteri med 7 parametre samme dag som SPECT, og z-scores blev udregnet. Z-scoren udtrykker, hvor mange SD en patients testresultat er ændret efter operation i forhold til det forventede. POCD var defineret som en z-score over 2.

Globalt og regionalt CBF blev sammenlignet præoperativt mellem patienter og kontroller, og mellem patienter præ- og postoperativt. Forandringer i globalt og regionalt CBF blev udregnet og korreleret til den kontinuerte z-score (Spearmans Rank Correlation Test).

Resultater: 4 ud af 15 patienter havde POCD, svarende til 26.7% (95% CI: 7.8-55.1%). Patienterne havde signifikant lavere globalt CBF end kontrollerne ($p=0.006$), og efter operation faldt det globale CBF signifikant i patientgruppen ($p=0.0001$) (tabel 1). I regionalt CBF fandtes ingen signifikant ændring, og ingen forskel mellem patienter og kontrolgruppen. Der var dog en tendens til et fald i regionalt CBF hos patienter med POCD versus en stigning hos patienter uden POCD ($p>0.15$) (tabel 2). Der fandtes ingen signifikant korrelation mellem den neuropsykologiske z-score og ændring i globalt eller regionalt CBF.

Gabapentin mindsker sekundær hyperalgesi efter sensitivering med varme/capsaicin

Jesper Dirks¹, Karin L. Petersen², Michael C. Rowbotham^{2,3} og Jørgen B. Dahl¹, Smertefysiologisk Laboratorium, Anæstesi- og Intensivafdelingen, KAS Herlev¹. UCSF Pain Clinical Research Center, Departments of Neurology² and Anesthesia³ University of California, San Francisco.

Introduktion: Gabapentin har primært været anvendt som antikonvulsivum, men har ligeledes vist effekt overfor neuropatiske smerter^(1,2). Pre-kliniske studier har demonstreret analgetisk og antialodynsk effekt i forskellige dyreeksperimentelle smertemodeller baseret på central sensitivering og nerveskade⁽³⁾.

Formålet med studiet var at koble data fra dyreeksperimentelle og kliniske studier, via en human smertemodel, ved at undersøge effekten af gabapentin på akut nociception og eksperimentelt induceret hyperalgesi hos raske forsøgspersoner.

Metoder: Studiet var et dobbeltblindt randomiseret cross-over studie. Der deltog 25 mandlige raske forsøgspersoner. Central sensitivering blev induceret, på armen, via en kombination af varme og capsaicin. Herefter modtog forsøgspersonerne gabapentin 1200 mg eller placebo. Hovedeffektparameteren var størrelsen af arealet med sekundær hyperalgesi ved von Frey hår og børste stimulation. Sekundære effektparametre var: 1. Størrelsen af arealet med sekundær hyperalgesi som følge af opvarmning i 3 minutter (45°C) på dominante femur. 2. Varme-smerte-tærsklen (HPDT) i normal og sensitiveret hud. 3. Smerte score under 1 min stimulation med 46°C på normal hud.

Resultater: Gabapentin reducerede i forvejen etableret hyperalgesi til under 30% af udgangsværdien, samt mindskede udviklingen af hyperalgesi på dominante femur, ligeledes til under 30% af udgangsværdien.

HPDT på sensitiveret hud steg signifikant efter behandling med gabapentin. Akut termal nociception samt HPDT i ubeskadiget hud var uforandret.

Bivirkningerne var beskedne og klinisk acceptable.

Diskussion: Gabapentin mindskede i dette studie såvel etableret hyperalgesi som udvikling af hyperalgesi til et niveau under 30% af udgangsværdierne. Denne potente reduktion er af samme størrelsesorden som tidligere vist med remifentanyl i et lignende studie⁴.

Data er endvidere i overensstemmelse med data fra flere dyre-eksperimentelle studier der viser, at gabapentin reducerer sekundær hyperalgesi dosis afhængigt.

Gabapentin har i to store placebo kontrollerede randomiserede studier vist effekt overfor dels post-herpetisk neuralgi, dels diabetisk neuropati^(1,2).

Effekten af gabapentin ved eksperimentelt udløst hyperalgesi samt allodyni i forbindelse med kroniske neuropatiske smerter peger i retning af, at det er de samme mekanismer der ligger til grund for kronisk og eksperimentelt udløst hyperalgesi/allodyni.

Konklusion: Gabapentin har sandsynligvis god effekt på smertetilstande hvori indgår en komponent af central sensitivering. Varme-capsaicin modellen synes velegnet til at teste effekten af nye medikamenter med antihyperalgetisk effekt.

Referencer:

1. Baconja M, Beydoun A, Edwards KR, et al.: *JAMA* 280:1831-1836, 1998
2. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, et al.: *JAMA* 280:1837-1842, 1998
3. Hunter JC, Gogas KR, Hedley LR, et al.: *Eur. J. Pharmacol.* 324:153-160, 1997
4. Petersen KL, Jones B, Segredo V, et al.: *Anesth. Analg.* 94(1):15-20, 2001

Postoperativ kognitiv dysfunktion hos midaldrende patienter

L.S. Rasmussen, H. Abildstrøm, V.D. Siersma, D. Kristensen, J.T. Møller og IS-POCD 2 gruppen, Anæstesi- og operationsklinikken, HovedOrtoCentret 4132, Rigshospitalet, Biostatistisk Afdeling, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og Anæstesiologisk afdeling, Hillerød sygehus. mail: lsr@rh.dk

Introduktion: Postoperativ kognitiv dysfunktion (POCD) optræder væsentligt hyppigere med stigende alder. På den anden side kan konsekvenserne af POCD være mere alvorlige hos yngre patienter. Formålet med undersøgelsen var at finde hyppigheden af POCD hos midaldrende og identificere mulige risikofaktorer.

Metode: Vi inkluderede patienter mellem 40 og 60 år, som gennemgik større kirurgiske indgreb i generel anæstesi. Neuropsykologisk testning blev foretaget præoperativt, 7 dage samt 3 måneder efter operationen. Desuden blev en kontrolgruppe på samme alder undersøgt med samme testbatteri med samme interval. Undersøgelsen var godkendt af Etisk Komite, og alle patienter gav informeret samtykke. POCD blev defineret ud fra ændringer i syv testparametre sammenlignet med de forventelige ændringer i kontrolmaterialet.

Resultater: POCD fandtes hos 89/463 (19.2% [15.7-23.1]) og efter 3 måneder hos 26/422 (6.2% [4.1-8.9]). I kontrolpopulationen var kriterierne opfyldt hos 7/176 (4.0% [1.6-8.0]) efter en uge og hos 7/169 (4.1% [1.7-8.4]) efter 3 måneder. Hyppigheden af POCD var signifikant større i patientgruppen efter en uge, men ikke efter 3 måneder. Multipel logistisk regressionsanalyse viste, at POCD var signifikant hyppigere hos patienter, som havde fået supplerende epidural anæstesi og hos patienter, som ikke drak alkohol.

Diskussion: POCD forekommer hos midaldrende patienter, men synes forbigående. Vi havde forventet, at POCD var mindre hyppig ved brug af supplerende epidural anæstesi, men fandt det modsatte resultat. Det forklares ikke ved varighed af anæstesi eller type af kirurgi, men man kunne forestille sig, at langvarig infusion af lokalnæstetika havde negativ indflydelse på den kognitive funktion. Patienter som ikke indtager alkohol synes mere følsomme for eftervirkningerne af anæstetika.

Konklusion: Kognitiv dysfunktion efter anæstesi synes hos midaldrende kun at forekomme som et forbigående fænomen. Betydningen af lokalnæstetika bør undersøges prospektivt.

High glucose impairs superoxide output from isolated blood neutrophils

A Perner,* SE Nielsen & J Rask-Madsen.
*Department of Anaesthesia & Intensive Care, Rigshospitalet and Department of Gastroenterology, Herlev Hospital, University of Copenhagen.
E-mail: ap@dadlnet.dk

Background: Superoxide (O_2^-) - a key anti-microbial agent in phagocytes - is produced by the activity of NADPH oxidase. High concentrations of glucose may reduce production of O_2^- through inhibition of glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD),¹ which catalyzes the formation of NADPH.

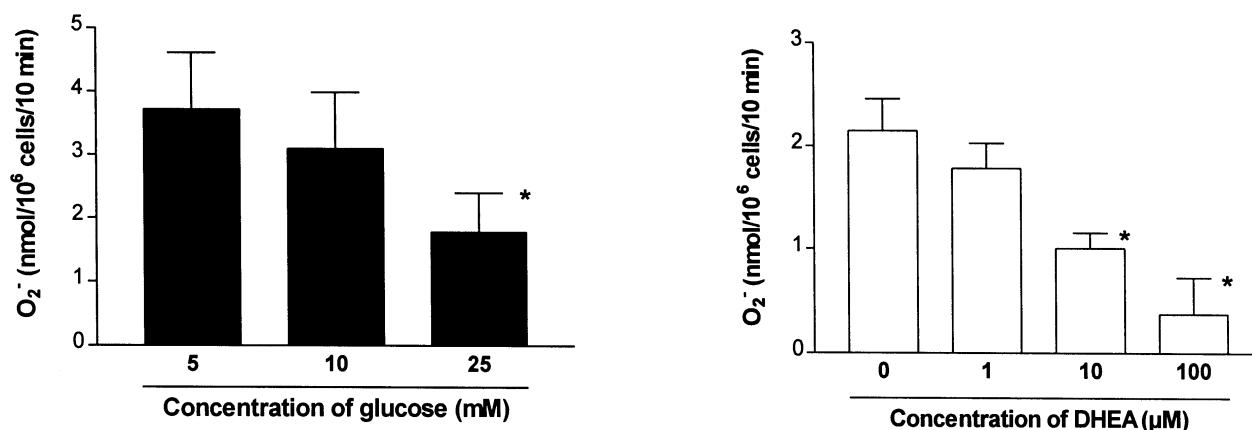
Aims: To measure the acute effects of high glucose or the G6PD inhibitor, dehydroepiandrosterone (DHEA), on output of O_2^- from isolated human neutrophils.

Methods: Neutrophils were isolated from peripheral blood of healthy subjects by gradient centrifugation and incubated for 1 hour in Krebs-Ringer buffer containing 5, 10 or 25 mM glucose, 5 mM glucose with 0, 5 or 20 mM mannitol or 5 mM glucose with 1, 10 or 100 μ M DHEA at 37°C. N-formyl-methionyl-leucyl-phenylalanine (fMLP)-induced O_2^- release was measured by superoxide dismutase-inhibitable redu-

ction of cytochrome c or luminol-enhanced luminescence. Scavenging of O_2^- by glucose or DHEA was assessed by the pyrogallol assay.²

Results: Incubation with glucose or DHEA, but not glucose/mannitol, dose-dependently reduced fMLP-induced release of O_2^- as detected by either method. In a cell free system, neither glucose nor DHEA scavenged O_2^- .

Superoxide output from fMLP-activated neutrophils – effect of high glucose or DHEA



Note. Mean (\pm SEM; n=6) O₂⁻ output. *P<0.01 compared with 5 mM glucose or absence of DHEA (paired t-test).

Conclusions: High extracellular glucose concentrations acutely reduce output of O₂⁻ from activated blood neutrophils, possibly through the inhibition of G6PD. If this

occurs *in vivo*, microbial killing by neutrophils may be impaired during acute hyperglycemia as seen after trauma or severe infection.

Referencer:

1. Zhang et al.: J Biol Chem 2000; 275: 40042.
2. Marklund et al.: Eur J Biochem 1974; 47: 469.

Increased L-lactate concentrations in gut mucosa in patients with septic shock determined by rectal equilibrium dialysis

V. Jørgensen, J. Bonde, K. Espersen,* T. Hartvig Jensen* & A. Perner.* Departments of Anaesthesia and Intensive Care, Herlev Hospital and *Rigshospitalet, University of Copenhagen.

E-mail: v.jorgensen@dadlnet.dk

Gut barrier dysfunctioning may contribute to morbidity in critical illness, but little is known about the metabolic state of gut mucosa in septic patients. Therefore, we measured L-lactate concentrations in rectal mucosa in patients with septic shock.

Participants: Ten healthy subjects and seven patients with established septic shock, who had an intact left colon and rectum, were included. All patients had focus of infection in the abdomen, were fluid resuscitated and received noradrenaline (range 0.04 – 0.47 μ g/kg/min) to maintain MAP > 70 mmHg.

Methods: The L-lactate concentration in rectal mucosa was determined by luminal equilibrium dialysis. Bags of dialysis tubing (cut-off 12 kDa; Sigma, St. Louis, MO, USA), containing four ml of 10% Dextran 40 in isotonic saline (Pharmacia, Uppsala, Sweden), were placed in the rectal lumen for four hours, which was the time required for 100% equilibrium of L-lactate in supplementary *in vitro* experiments. L-lactate concentrations in dialysates and arterial blood were measured by auto-analyser (ABL 625, Radiometer, Copenhagen, Denmark).

Results: In patients with septic shock, dialysate L-lactate was six-fold increased compared to healthy controls (median [range], 4.1 [2.4-7.8] vs 0.7 [0.3-2.1] mM; p<0.001) and correlated positively with the noradrenaline dose ($r^2=0.93$; p<0.01). In contrast, dialysate concentrations of L-lac-

tate did not correlate with systemic concentrations of L-lactate ($p=0.71$).

Interpretation: In patients with septic shock, rectal mucosal concentrations of L-lactate are markedly increased. The correlation of mucosal L-lactate to noradrenaline dose suggests an association to the severity of shock or that noradrenaline induces ischaemia of gut mucosa. In any case, the results indicate that cellular metabolic dysfunctioning exists at the rectal mucosal barrier in patients with septic shock treated with noradrenaline.

Hypoxæmi og udvikling af lungekollaps efter endotracheal sugning hos patienter med svært lungesvigt kan modvirkes ved lungerekuttering

Thomas Dyhr, Jan Bonde og Anders Larsson, Anæstesi-afdelingerne, KAS Gentofte og Herlev.

Introduktion: Endotracheal sugning hos patienter med respiratorkrævende akut lungesvigt (acute lung injury, ALI, eller acute respiratory distress syndrome, ARDS) kan medføre alvorlig hypoxæmi som følge af lungekollaps, når det positive luftvejstryk fjernes og erstattes af et negativt tryk. Dette kan ikke altid modvirkes ved at øge koncentrationen af O_2 i inspirationsluften (FiO_2). Derfor var formålet med denne undersøgelse at undersøge, om lungekollaps og dermed fald i P_aO_2 kan modvirkes ved at foretage en lungerekuttering.

Materiale og Metode: Studiet er godkendt af videnskabetisk komité (sags nr. KA00098). Påførende gav informeret samtykke. Patienterne var 66-81 år, cirkulatorisk stabile og blev respiratorbehandlet pga. ALI (1) eller ARDS (5). Det positive slut-ekspiratoriske tryk (PEEP) var 11 (8-16) cmH_2O (median og range) og P_aO_2/FiO_2 var 21 (13-37) kPa. FiO_2 var uforandret under studiet. Patienterne blev randomiseret via lodtrækning til en af to rækkefølger af sugeseancerne (første seance tracheal sugning efterfulgt af lungerekuttering (2 hyperinflationer til luftvejstryk på 45

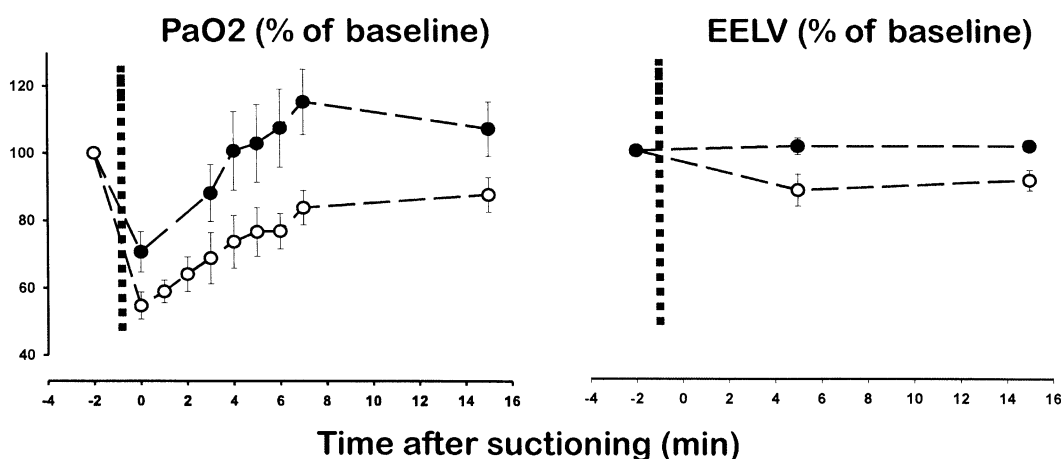
cmH_2O i 20 sek. med 1 min's interval) og respiratorbehandling med PEEP og anden seance sugning kun efterfulgt af respiratorbehandling med PEEP, eller i omvendt rækkefølge). Der blev foretaget følgende målinger: 1) slut-ekspiratorisk lungevolumen (EELV, SF₆ udvaskningsteknik), 2) low flow inspiratorisk tryk/volumen kurve (PV) fra nul ende-ekspiratorisk tryk og 3) blodgasser. Før og mellem de to sugeseancer (respiratoren afkobles og endotracheal sugning foretages under 3 * 5 sek. med et str. 14 kateter (Pennine, grønt), ført ned til 2 cm under tubespidsen med et maksimalt undertryk på 400 mmHg) blev der foretaget en 30 minutters optimering med lungerekuttering efterfulgt af PEEP 1 cmH_2O over "lower inflexion point" aflæst på PV kurven (12 (8-16) cmH_2O). EELV og blodgasser (baseline) blev målt ved afslutningen af optimeringsperioden og med korte intervaller til 15 min. efter sugningsprocedurerne (se figur).

Statistik: ANOVA med PLSD benyttes til at analysere ændringer mellem målepunkterne og Wilcoxon rank test anvendes til at analysere forskellen mellem de enkelte procedurer. På baggrund af en styrkeberegning (power = 0,8 og $p < 0,05$) skal der inkluderes 8 patienter i undersøgelsen. Nedenstående beregninger og resultater

hidrører fra seks patienter, som hidtil er inkluderet i studiet (tre i hver gruppe). Dette indebærer, at power er 0,6.

Resultater: Efter sugning faldt P_aO_2 med 4.9 (0.9-9.7) kPa (median og range), $p < 0,001$. Efter lungerekuttering steg P_aO_2 tilbage til baseline efter 4 minutter, hvorimod P_aO_2 fortsat var signifikant lavere efter 8 min. (-2.8 (-6.1- +0.4) kPa, $p < 0,05$), hvis der ikke blev foretaget lungerekuttering. Ligeledes, efter lungerekuttering var lungevolumen ved baseliniveau ved målingerne 5 og 15 min. efter sugning, mens uden lungerekuttering var EELV reduceret ved begge disse målinger (ved 5 min. -240 (-430-+110) ml, $p < 0,02$ og ved 15 min -160 (-390-+6) ml, $p < 0,07$).

Diskussion og konklusion: Denne undersøgelse bekræfter, at endotracheal sugning medfører et fald i P_aO_2 . Samtidig viser den, at lungerekuttering efterfulgt af ventilation med adækvat PEEP hurtigt kan modvirke dette fald i P_aO_2 og det fald i lungevolumen, som endotracheal sugning medfører. Sugning, som kun efterfølges af ventilation med PEEP, er ikke lige så effektiv og kan ikke inden for 8 min. reversere den reducerede oxygenisering.



Figur. P_aO_2 og EELV i procent af værdierne før endotracheal sugning (= vertikal stiplede linje). • = sugning efterfulgt af lungerekuttering, o = sugning uden efterfølgende lungerekuttering. Mean \pm SEM. Forskellene mellem procedurerne er signifikante ($p < 0,05$) ved alle målinger efter sugning.

Nyrefunktion under hypotensiv anæstesi

Charlotte H. Rasmussen, Erling Anker-Møller, Jørgen Frøkiær, Else Tønnesen, Anæstesiologisk-intensiv afd., Århus Kommunehospital, Afd. for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin, Institut for Eksperimentel Klinisk Forskning, Skejby Sygehus.

Hypotensiv anæstesi er en anæstesi-form, hvor middelblodtrykket sænkes til et niveau mellem 45 og 55 mmHg. Dette sker ved hjælp af epidural eller generel anæstesi evt. kombineret med adrenalin infusion for at opretholde hjertets minutvolumen. Den hypotensive anæstesi blev introduceret i USA, hvor den anvendes i stort omfang, mens den kun anvendes enkelte steder i Danmark. Det er veldokumenteret, at operation i hypotensiv anæstesi er forbundet med mindre blodtab, færre dybe venteromboser og nedsat perioperativ mortalitet jævnført med operation i normotensiv anæstesi. På Århus Universitetshospital anvendes hypotensiv anæstesi rutinemæssigt til større ryg- og hofteoperationer for at begrænse blodtabet. Hidtil har nyrefunktionen under hypotensiv anæstesi kun været undersøgt som ændringer i serum kreatinin, og enkelte undersøgelser har vist forbigående stigning postoperativt.

Formålet med dette studie var at beskrive nyrefunktionen hos patienter, som gennemgik elektiv rygoperation i hypotensiv generel anæstesi. Nyrefunktionen blev vurderet ud fra glomerulær filtrationshastighed

(GFR) og effektiv renal plasma flow (ERPF) ved hjælp af en konstant infusions clearance teknik med de radioaktive stoffer $^{51}\text{Cr-EDTA}$ og $^{125}\text{I-Hippuran}$.

Materiale og metoder: Undersøgelsen var godkendt af den regionale Videnskabs-etiske komité. Patienterne blev bedøvet med propofol, isofluran og remifentanyl, de to sidstnævnte doseret med henblik på at opretholde et middelarterieblodtryk omkring 55 mmHg. Patienterne blev monitoreret med pulsoxymeter, *end-tidal* CO_2 , elektrokardiografi med monitorering af ST-ændringer (V_s), invasivt arterielt blodtryk, centralt venetryk, timediurese m.m. Væskeindgift bestod af isoton NaCl og HAES 6%. Ved hæmatokrit < 0.25 blev der givet blod.

Der blev præoperativt infunderet $^{51}\text{Cr-EDTA}$ og $^{125}\text{I-Hippuran}$ intravenøst som bolus, efterfulgt af en kontinuerlig infusion. Blod- og urinopsamling pågik indtil otte timer efter operationens afslutning. Koncentrationerne af $^{51}\text{Cr-EDTA}$ og $^{125}\text{I-Hippuran}$ blev bestemt i plasma- og urinprøver. GFR og ERPF blev beregnet ud fra nyrens clearance af $^{51}\text{Cr-EDTA}$ og $^{125}\text{I-Hippuran}$.

Resultater: I undersøgelsen indgik 10 patienter, 5 kvinder og 5 mænd med en gennemsnitsalder på 46 år (spændvidde 36-57 år). Operationernes varighed var 300 min (median), (spændvidde 90-540 min) og blodtabet 800 ml (50 - 2700 ml).

Diureserne aftog eller ophørte under hypotensiv anæstesi. Efterfølgende øgedes diureserne, og hos flere patienter var ERPF og GFR forbigående højere postoperativt end præoperativt. Serum kreatinin og karbamid var hos 7 af patienterne kortvarigt forhøjet efter operationen.

En af patienterne udviklede en længerevarende, men forbigående svær påvirkning af nyrefunktionen. Patienten var overvægtig med marginalt forhøjet blodtryk præoperativt, og operationen var kompliceret og langvarig, således at patienten var hypotensiv i næsten 9 timer. På trods af det store indgreb var blodtabet kun 800 ml.

Konklusion: Den anvendte metode var velegnet til at vurdere nyrefunktionen før og efter operation, mens den ikke var velegnet under hypotensiv anæstesi, hvor urinproduktionen var minimal, og beregning af nyregennemblødningen og filtrationen med denne metode forudsætter diurese.

Undersøgelsen maner til forsigtighed med hensyn til selektion af patienter til hypotensiv anæstesi. En ud af de 10 patienter udviklede en længerevarende nyrepåvirkning. Det er helt afgørende, at patienterne vurderes nøje præoperativt.

Man kan muligvis reducere risikoen for nyrepåvirkning ved at tilpasse blodtryksniveauet efter kirurgien, således at blodtrykket kun sænkes i de perioder, hvor der er størst risiko for blødning.

• POSTERS

Rektal og iv paracetamol, samt paracetamol i kombination med NSAIDs, som postoperativ smertebehandling

J. Rømsing,¹ S. Møiniche² og J.B. Dahl²,
¹Danmarks Farmaceutiske Højskole,
²Amtssygehuset i Herlev.

Introduktion: Trods omfattende anvendelse af paracetamol (PCM) i den postoperative smertebehandling er effekten af rektal PCM, samt kombinationen af PCM og NSAID, kontroversiel.

I et kvalitativt, systematisk review blev rektal og iv PCM, samt kombinationen af PCM og NSAIDs, evalueret for postoperativ analgetisk effekt.

Metoder: Randomiserede, kontrollerede undersøgelser blev evalueret og som effekt-parametre blev anvendt smertescore og forbrug af supplerende analgetika.

Resultater: Otte studier sammenlignede rektal PCM med placebo. Det eneste studie der anvendte enkelt-doser på 40-60 mg/kg PCM og 3 studier der anvendte gentagen dosering af 14-20 mg/kg viste signifikant effekt ($p < 0,05$), mens studier med enkelt-doser på 10-20 mg/kg PCM var negative. Ti studier sammenlignede iv PCM med placebo og 8 viste signifikant effekt. Ud af 9 studier der sammenlignede PCM med PCM og NSAID viste 6 studier signifikant effekt af kombinationen, mens kun 2 ud af 6 studier der sammenlignede NSAID med NSAID og PCM viste bedre effekt ved brug af kombinationsbehandlingen.

Diskussion og konklusion: Overraskende få studier var evaluerbare. Studierne viste evidens for en klinisk relevant analgetisk effekt af højdosis eller gentagen dosering rektal PCM og af iv PCM, samt af kombinationsbehandlingen med PCM og NSAIDs sammenlignet med PCM alene. Der var derimod ikke evidens for en additiv effekt ved brug af NSAID og PCM sammenlignet med NSAID alene. Yderligere undersøgelser, især af den analgetiske effekt af gentagen dosering med høje doser rektal PCM samt af kombinationsbehandlingen med PCM og NSAIDs, er påkrævede før endelige rekommandationer kan gives.

Interpersonelle variationer i bedømmelsen af epidurale blokader

Handberg, G. og Andersen, C. Smerteenheden, *Anæstesiologisk-Intensiv afd V, Odense Universitetshospital.*

Baggrund: På Odense Universitetshospital anlægges årligt flere hundrede epiduralkatetre til postoperativ smertebehandling. Kvaliteten af behandling evalueres perioperativt, stratificeret efter operationsdiagnose. Herved er vi blevet opmærksomme på individuelle variationer i vurderingen af tilstedeværelsen af epidurale blok, en problemstilling vi med dette studie ønskede at belyse.

Metode: Patienter til koronar by-pass operation fik med henblik på perioperativ smertebehandling senest, 12 timer før operation anlagt epiduralt kateter på niveau mellem T1-T4. Epiduralkatetrene blev herefter testet for tilstedeværelsen af et blok ved hjælp af is efter indgift af enten 3 ml Bupivacain, 5 mg/ml tilsat Adrenalin (gruppe A) eller 3 ml Natriumklorid som placebo (gruppe B).

Hver patient blev testet af 3 forskellige og tilfældigt valgte anæstesiologer (læge 1-3) for tilstedeværelsen af epiduralblokade.

Undersøgelsen var godkendt af etisk komité for Fyn og Vejle Amt.

Resultater: Otteogtyve af 30 inkluderede patienter indgik i undersøgelsen. To udgik på grund af fejlplacerede katetre. Til vurdering af graden af overensstemmelse undersøgerne imellem blev kappaværdierne for interpersonelle variationer følgende: læge 1 versus læge 2, læge 1 versus læge 3 og læge 2 versus læge 3 opnåede værdier på henholdsvis 0,79, 0,64 og 0,71. Sensitiviteten for læge 1, 2 og 3 var henholdsvis 0,69, 0,69 og 0,77 og specificiteten 0,67, 0,60 og 0,67. Nøjagtigheden på observationerne var 0,68, 0,64 og 0,71 for henholdsvis læge 1, 2 og 3.

Diskussion: I en nyligt offentliggjort undersøgelse (1) fremgår det at sensibilitetsændringer ikke altid korrelerer til graden af

smertelindring i det pågældende område. Test af epiduralblok med is er dog fortsat hyppigt anvendt og i dette studie beskæftiger vi os med is-testens reproducerbarhed. Kappaværdier for interpersonel variation strækker sig fra 1, fuld overensstemmelse mellem observatørerne, faldende mod 0, tilfældig overensstemmelse. Kappaværdier som her på over 0,6 defineres som god interpersonel overensstemmelse. I disse beregningen tages der imidlertid ikke hensyn til hvorvidt enigheden svarer til aktiv vs. placebo behandling. For 4 patienter fra gruppe B og 2 fra gruppe A, var der enighed om tilstedeværelse, henholdsvis fravær af epiduralblok. Dette afspejles i den lave nøjagtighed. En mulig forklaring på denne tilsyneladende usikkerhed i bedømmelserne skal sandsynligvis findes i håndteringen af placebogruppen, som både fik anlagt et regelret epiduralkateter, og fik injiceret tempereret væske epiduralt, hvilket hver for sig kan give fornemmelser svarende til et aktivt blok. Manglende udvikling af perioperativt i

øvrigt velfungerende epiduralblok i gruppe A kan skyldes en for lille mængde lokal analgesi. Nøjagtigheden af is-test kan således ikke vurderes på baggrund af dette studie, men bør undersøges med anvendelse af en metode, hvor placebogruppen håndteres uden manipulation af epiduralrummet.

Konklusion: Der er god interpersonel overensstemmelse ved anvendelse af is-test, mens nøjagtigheden af is-test ikke kan bestemmes ved hjælp af den her anvendte metode.

Referencer:

1. Curatolo m, Kaufman R, Petersen-Felix S et al.: Clin J Pain 1999,15(1);6-12.
2. Altman DG. Practical statistics for medical research. Chapman and Hall. London, 1994

Can haemodialysis-induced hypotension be predicted?

Yan Cai*, Andre Zimmerman*, Søren Ladefoged[#] and Niels H. Secher*, Departments of Anesthesia* and Nephrology[#], Rigshospitalet, University of Copenhagen, Denmark.
E-mail: caiyan@yahoo.com

Introduction: Hypotension is a frequent complication to haemodialysis (HD) and among considered mechanisms, hypovolemia is likely to be important. When HD removes large amounts of fluid it may affect the central blood volume (CBV) to an extent that influences blood pressure. Thoracic electrical impedance (TI) is applied to monitor CBV. At a low and a high frequency current TI distinguishes between the extracellular and total water content. The difference in the reciprocal value of the impedance (Th_{ICW}) reflects the intracellular

water content. We hypothesized that with the use of TI HD-induced hypotension might be predicted.

Methods: Blood pressure, heart rate (HR), TI, Th_{ICW} and total body impedance (TBI) were monitored in 25 dialysis patients. Hypotension was defined as a decrease in systolic blood pressure (SAP) ≥ 30 mmHg or a SAP < 90 mmHg.

Results: In twelve patients a hypotensive episodes occurred after 180 ± 10 min as SAP decreased 35 ± 5 mmHg. TBI increased in all patients and the increase was not significantly different among normotensive and hypotensive patients. In contrast, in the normotensive patients TI did not change significantly for the first two hours but it became elevated at the end of HD (by $2.8 \pm$

$0.6/1.5$ kHz; $2.3 \pm 0.7/100$ kHz Ω). In the hypotensive patients, the increase in TI took place at the onset of HD to reach higher values (by $7.0 \pm 0.5/1.5$ kHz; $5.9 \pm 0.5/100$ kHz Ω). HR and Th_{ICW} were changed only in hypotensive patients (HR increased 9 ± 2 beats/min and Th_{ICW} decreased by $7.9 \pm 2.1 S 10^{-4}$).

To express the predictive value of each variable, the percentage of patients who developed hypotension at a given deviation in a variable was plotted against the deviation (Fig. 1).

Discussion: During HD it is important to maintain the well-being of the patient, but a clinical estimated end point ("dry weight") was unable to secure blood pressure since 12 out of 25 patients became hypotensive. The prevalence of hypotension re-

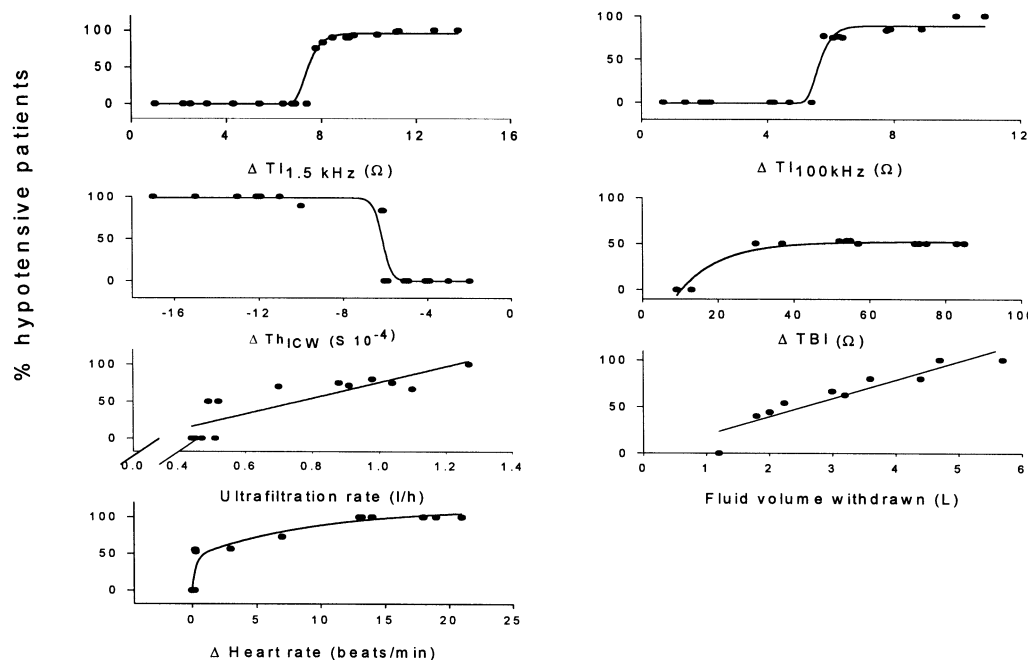


Fig. 1. The percentage of patients who developed hypotension during haemodialysis for a given change in the measured variable.

lated linearly to the ultrafiltration rate and to the volume withdrawn, while a 40 Ω increment in TBI indicated that about 50% of the patients developed hypotension. Thereby, these variables offered a likelihood rather than a prediction of a hypotensive episode. In contrast, TI increased both faster and to a larger extent in the hypotensive than in the normotensive patients, and Th_{icw} was reduced only in the hypotensive patients. Together with an elevated HR, the findings suggest that the main influence of HD on blood pressure was by way of a reduced CBV.

Conclusion: The results suggest that in HD patients it is possible to adjust the ultrafiltration rate so that it affects CBV minimally. Thus, the ultrafiltration rate could be reduced when the increase in TI approaches 5 Ω and HR increases 10 beats/min, or when the index of intracellular water decreases by 6 S 10⁻⁴.

Kompetencemåling i introduktionsuddannelsen i anæstesiologi. Er den valid?

C. Ringsted og D. Østergaard, H:S Postgraduate Medicinske Institut, Bispebjerg Hospital.

Introduktion: I foråret 2001 introduceredes kompetencemåling i introduktionsuddannelsen i anæstesiologi i Danmark. Kompetencemålingen indeholder specifikke test af udvalgte procedurer og færdigheder inden for et bredt spektrum af kompetencer. Disse test er beskrevet i en uddannelsesbog (1), som er gennemarbejdet af en bredt sammensat gruppe af anæstesilæger og godkendt af specialiets videreuddannelsesudvalg. Formålet med dette studie er at undersøge, om landets overlæger i anæstesiologi mener, at kompetencemålingen er valid (2,3).

Metode: Et spørgeskema indeholdende spørgsmål til validiteten blev udsendt til alle landets anæstesioverlæger, 382, sammen med uddannelsesbogen. De blev bedt om på en skala 1-5, hvor 1=slet ikke og 5=i høj grad at angive hvorvidt, 1) udvalget af kompetencemålinger er repræsentativt, om 2) det er rimeligt at alle kompetencemålinger skal være godkendt for at introdukti-

onsuddannelsen bliver godkendt, og 3) om det er rimeligt, at finde den uddannelsessøgende egnet til at fortsætte i hoveduddannelsen på baggrund af kompetencemålingen. Derudover spurgtes 4) om de enkelte kompetencer er vigtige at erhverve sig for introduktionslægen, og 5) om indholdet i kompetencemålingen er relevant og 6) dækkende. Spørgeskemaet indeholdt desuden spørgsmål om baggrundsvariable så som køn, typer af uddannelsesstillinger i afdelingen, uddannelsesmæssig funktion og arbejdsområde inden for anæstesiologien.

Resultater: Fra de i alt 382 adspurgte overlæger indkom 251 (66%) svar. På spørgsmålene om repræsentativitet og beslutning på baggrund af kompetencemålingen er den mediane score 4 for alle tre spørgsmål (spørgsmål 1-3). Mere end 75% af overlægerne svarer 4 eller 5 og kun mellem 2 og 13% under 3. Der er ikke statistisk signifikante forskelle (Median-test) i relation nogen af de ovennævnte baggrundsvariable.

På spørgsmålet, om vigtigheden af de 18 specificerede kompetencer, der spørges til, og om indholdet i hver af kompetencemålingerne er relevant og dækkende (spørgsmål 4-6), er den mediane score 4 eller 5 for alle kompetencerne, og kun mellem 0 og 7% af overlægerne svarer under 3.

Konklusion: Kompetencemålingen for introduktionslæger i anæstesi har ifølge anæstesioverlægers mening en høj grad af validitet mht. udvalg og indhold i kompetencemålingen samt beslutning om den uddannelsessøgende på baggrund af kompetencemålingen. Denne undersøgelse vil blive suppleret med en undersøgelse af kompetencemålingens pålidelighed.

Referencer:

1. Ringsted C, Østergaard D. Uddannelsesbog. Introduktionsuddannelsen i anæstesiologi, H:SPMI, 2001 (www.dasaim.dk og www.hspm.dk).
2. Ebel RL, Frisbie DA. Essentials of educational measurement, 5th edition, pp 102-6. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1991.
3. Fowell SL, Southgate LJ, Bligh JG.: *Med Educ* 1999;33:276-81.

Fastelængde og fastere-laterede gener for patienter til elektiv og non- elektiv kirurgi

Kerstin Lipka, Jon Jacobsen og Per Thunborg, Operations- og anæstesiologisk afdeling Y, Amtssygehuset i Glostrup.

Introduktion: I 1999 publicerede Dansk Anæstesiologisk Selskab rekommandationer for præ-operativ faste ved elektive operationer. Fastelængden forblev i lighed med tidligere 6 timer hvorimod tørstelængden blev nedsat til 2 timer. Rygning var tilladt helt frem til operationstidspunktet. Disse regler blev indført på vores afdeling medio 1999. Da vores indtryk var, at både faste- og tørstetider reelt forblev unødigt lange, foretog vi et år efter indførelsen en spørgeskemaundersøgelse. Kun få studier har tidligere beskrevet den reelle varighed af faste-/tørsteperioden, og udelukkende for patienter til elektiv kirurgi.

Metode: Anæstetisten udfyldte et præformeret spørgeskema ved patientens ankomst til operationsgangen. Ud over patient- og operationsrelaterede demografiske data, blev der spurgt om tidspunkt for sidste fødeindtag, væskeindtag, om pt. var ryger og i givet fald hvornår han sidst havde røget. Der blev noteret om pt. havde fået opsat iv. væske. Herefter skulle pt. svare på om han havde, eller havde haft, en eller flere af følgende gener: 1. Mundtørhed / tørst 2. Mavegener/sult 3. Hovedpine (opstået efter fastens begyndelse) eller 4. Kvalme. Hver af disse 4 mulige gener blev afgraderet som enten: 0. Ingen, 1. Lette, 2. Moderate eller 3. Svære.

Resultat: 641 patienter indgik i undersøgelsen. 11 udgik pga. mangelfuldt udfyldte skemaer. Af de 630 resterende patienter var 427 elektive og 203 non- elektive. For de *elektive patienter* var middelfastetiden 14 timer med en spændvidde fra 6 timer og 5 minutter til 37 timer og 30 minutter. Middeltørstetiden var 10 timer, spændvidde 1 time og 9 minutter til 22 timer. For de *non- elektive patienter* var middelfastetiden 13 timer og 48 minutter, spændvidde 18 minutter til 28 timer og middeltørstetiden 9 timer og 35 minutter, spændvidde 5 minutter til 23 timer og 15 minutter.

Der var 70 angivelser af svære gener, 192 moderate gener og 586 lette gener.

Det totale antal gener fordelte sig med mundtørhed/tørst 394, mavegener/sult 291, hovedpine 117 og kvalme 46.

Der fandtes ingen forskelle i generne hos rygere og ikke-rygere og ingen forskel i klagerne hos forskellige aldersgrupper. Vi fandt at sværhedsgraden og antallet af gener korrelerede til længden af både faste- og tørstetid. Endvidere at de svære og moderate gener var færre hos ptt. som fik iv. væske under fasten.

Konklusion: På trods af mere lempelige fasteregler faster for mange, både elektive og non-elektive, patienter unødigt længe. Resultatet kan være en unødigt ubehagelig oplevelse i forbindelse med operationen. Opmærksomhed omkring dette samt en mere individuelt ordineret faste-/tørstetid for patienterne kunne reducere problemet.

Kvalitetsudvikling og kvalitetskontrol af eksterne transporter ved anæstesiologisk afd. R, H:S Bispebjerg Hospital

Nanna Kruse, H:S Bispebjerg Hospital.

Ide og formål:

- At kortlægge, hvad der registreres under eksterne transporter.
- At udarbejde database og kvalitetssikringssystem til den videre registrering
- At formulere retningslinier vedr. de eksterne transporter
- At udforme et udkast til et nyt transportskema.

Metode: Alle transportskemaer er gennemgået og nøgleparametre er registreret i Access-database. Herefter er resultaterne indhentet og analyseret.

Resultater: I alt er undersøgt 394 transportskemaer. Der er undersøgt en række parametre inden for flg.: Patientdata, klinisk tilstand inden og under transport, ordinationer samt tidspunkt på døgnnet og overflytningsdiagnose. Der er fundet flg.: Patientdata bliver udfyldt på 99% af skemaerne. Under den kliniske tilstand udfyldes skemaerne knap tilfredstillende, bl.a. skønnes saturations-måling kun relevant i 43% af tilfældene, mens blodsukker kun registreres på 7% af patienterne.

1. reservelægens ordinationer findes udfyldt i 86% af tilfældene. Under transporterne registreres standardmonitoreringens værdier rimeligt hyppigt (SAT: 73%, BT/p:78%), mens temperatur og ETCO₂ begge kun bruges i 1% af tilfældene. Det findes endvidere, at knap 60% af alle transporter afvikles i aften-nattevagterne.

Diskussion og konklusion: Alt i alt er skemaerne ikke optimalt udfyldt. Manglerne kan skyldes to faktorer: Manglende registrering eller manglende grundighed i undersøgelsen af pt'en. Førstnævnte søges rettet ved indførelse af nyt transportskema, som er mere logisk opbygget, vejledning til dette samt ved en løbende kvalitetssikring. Sidstnævnte må afhjælpes med de nye retningslinier samt øget information og uddannelse af de involverede faggrupper.

På baggrund af opgørelsen er følgende tiltag iværksat:

Standarder og retningslinier: Er udarbejdet under hensynstagen til Joint Commissions 'Standarder for Hospitaler' og DASAIM rekkommendationen for transport af kritisk syge. Afsnittet indeholder standarder for a) Hvad, der skal registreres på transportskemaet, b) Monitoreringsgrad opdelt på tre monitoreringsniveauer, c) Ledsagelse på eksterne transporter og d) Tidspunkt på døgnnet for transporter.

Kvalitetskontrol: Der er udarbejdet foreslag til den videre kvalitetssikring v.h.j.a. de såkaldte kvalitetsstyringskort, som løbende kommer til at indeholde resultaterne og en logbog med de tiltag, det er gjort for at forbedre procedurerne.

Nyt transportskema: Der er udarbejdet udkast til nyt mere anvendeligt transportskema, som planlægges anvendt i hele H:S, samt vejledning til udfyldelse af dette.

Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af den kliniske oplæring af anæstesilæger

Erik Hohwü-Christensen, Pernille Petersen, Bente Dyrland Pedersen, Anæstesiologisk Afdeling R, H:S Bispebjerg Hospital.

Baggrund: Det er et nødvendigt led i den kliniske uddannelse indenfor specialet anæstesiologi at de uddannelsessøgende læger varetager hele anæstesisforløb som en del af det daglige arbejde. Imidlertid er

det jo således at arbejde ikke nødvendigvis giver anledning til kompetenceudvikling. Med de stadig kortere uddannelsesforløb er det derfor nødvendigt med en fokuseret og struktureret evaluering af den uddannelsesmæssige værdi af lægernes varetagelse af hele anæstesisforløb for at sikre at tilstrækkelig kompetence opnås.

Formål: Formålet var at udvikle en kvalitetssikrings og -udviklingsmetode for den kliniske oplæring i anæstesi. Metoden skulle belyse forhold vedrørende supervision, feed-back, uddannelsesværdi og organisatoriske forhold.

Metode: På den baggrund udviklede vi et registrerings-skema som i dag består af 13 punkter.

Der er overvejende et afkrydsnings-skema, som kan udfyldes på ca. 1 minut. Skemaet er inddelt i tre afsnit:

1) Dato, operationsafsnit, operationens art og varighed samt pt.s ASA-gruppe.

2) Hvem klargjorde udstyret og udførte apparaturkontrol. Hvem assisterede anæstesilægen ved anæstesiinduktionen. Anæstesi-form og monitoreringsudstyr.

3) Efter endt anæstesi evaluerer anæstesilægen graden af supervision med en markering på en skala fra 1 til 9. Tilsvarende markerer lægen den totale uddannelsesværdi af anæstesisforløbet i sin helhed på tilsvarende skala. Endvidere noterer lægen, om der blev givet feed-back på anæstesisforløbet.

Afdelingens tutorer og den uddannelsesansvarlige overlæge vurderer spørgeskemaerne. Uheldige rutiner afdækkes og ændres i den udstrækning, det er formålstjenligt for de uddannelsessøgende læger og afdelingen som helhed. Resultater og konsekvenserne heraf præsenteres for såvel læger som sygeplejersker i afdelingen.

Resultater: Opgørelsen er baseret på 150 udfyldte spørgeskemaer fra perioden oktober 2000 til juni 2001. Skemaerne er omhyggeligt udfyldt. Der er tale om anæstesier til et bredt udsnit af operative indgreb indenfor ortopedkirurgi og kirurgisk gastroenterologi. Apparaturkontrol blev langt overvejende foretaget af andre end anæstesilægen selv.

Mht. graden af supervision og uddannelsesværdi er hovedparten af scoringerne på fem eller derover. Kun en mindre del af lægerne har modtaget umiddelbar feed-back på anæstesisforløbet.

Diskussion: Den beskrevne metode har medvirket til at øge opmærksomheden omkring hvilke anæstetier, der tildeles de uddannelsessøgende læger - ikke blot i lægegruppen, men også blandt anæstetisygeplejerskerne. Samtidig bidrager metoden til at øge de uddannelsessøgende lægers interesse for at definere læringsmål og evaluere det uddannelsesmæssige udbytte af det daglige arbejde.

Uhensigtsmæssige rutiner vedr. f. eks. kontrol og klargøring af apparatur afdækkes og korrigeringsprocesser kan iværksættes på et mere objektivt grundlag end tidligere.

Scoringerne for uddannelsesværdien af anæstetiforløbet er tilfredsstillende omend supervisionsgraden ikke svarer hertil. Den manglende feed-back er bekymrende idet et af de væsentligste elementer i voksenlæring er faglig dialog med en ældre kollega om det arbejde man har udført. En objektivisering af hvor hyppigt der gives struktureret feed-back vil være medvirkende til at nedbryde barrierer både hos de uddannelsessøgende og -givende.

Konklusion: Vi finder den beskrevne metode særdeles anvendelig til en kontinuerlig kvalitetssikring/udvikling af oplæring af anæstetilæger til at varetage hele anæstetiforløb.

Kort sagt - som altid med uddannelse - konstant fokus er nødvendigt for at få ord til handling.

Ekstubation efter koronarkirurgi: Skal det ske på operationslejet eller på intensiv afdelingen?

Marianne Kjær Jensen, Henrik Schmidt, Mogens Hüttel, Kenneth Mejer Jensen, Claus Andersen. *Anæstesiologisk og intensiv afdeling V, Odense Universitetshospital.* E-mail: kjaerscherer@dadlnet.dk

Introduktion: For bedre at kunne udnytte ressourcerne i Sundhedsvæsenet forsøger man at gøre nye tiltag. I denne sammenhæng taler man om det accelererede patientforløb.

Mht. koronarkirurgi er det generelt accepteret, at tidlig ekstubation (1-6 timer postoperativt) er en sikker teknik uden øget hæmodynamisk og pulmonal risiko (1,2). Det ultimative accelererede forløb for koro-

narkirurgi vil være ekstubation på operationslejet.

I et pilotstudie har vi undersøgt, om en koronaropereret patient efter en standard anæstesi kan ekstuberet umiddelbart postoperativt, og samtidigt har vi vurderet risici og komfort.

Metode: Efter godkendelse fra etisk komité og med informeret skriftlig samtykke fra patienten blev 39 patienter til førstegangskoronarkirurgi inkluderet. Alle modtog en standard anæstesi med en torakal epidural blokade fra C₆-TH₁₀, suppleret med en general anæstesi (sevoflurane). Normotherm ekstrakorporal cirkulation (EEC) blev anvendt.

Efter afslutningen af ECC blev patienterne randomiseret til ekstubation enten på operationslejet (OP-gruppe) eller på intensiv afdelingen (I-gruppe).

Ekstubationskriterier: OP-gruppe: klinisk sufficient respiration, I-gruppe: FiO₂<50%, normale blodgasser, hæmodynamisk stabilitet og aftagende blødning.

Til statistisk vurdering anvendtes nonparametrisk analyse med signifikansniveau p<0,05.

Resultater: Fem patienter blev ekskluderet inden randomisering (to pga. hæmodynamisk instabilitet, en pga. blødning, en pga. intubations vanskeligheder og en pga. manglende funktion af epidural katetret).

Demografiske data, antal grafter, iskæmi tid og postoperativ blødning var ens for de to grupper.

Alle randomiseret til OP-gruppen blev ekstuberet umiddelbart på operationslejet 9 (0-18) minutter efter sidste hudsutur. Ingen blev reintuberet. Intubationstiden for I-gruppen (minutter efter ankomst til intensiv afdeling) var 230 (15-840) minutter og er forklaret ved de restriktive ekstubationskriterier. En patient i I-gruppen fik perioperativt et myokardieinfarkt.

Efter ekstubation angav 10 ud af 17 (59%) i I-gruppen svært ubehag fra trakeal tuben.

I et telefoninterview 6 måneder efter operationen var dette stadig hovedklagen. Patienternes scoring for kvalme, opkastning og smerte var ens for de to grupper.

Diskussion: Teoretiske argumenter mod ekstubation på operationslejet er potentiel postoperativ hæmodynamisk og respiratorisk instabilitet med risiko for koronar iskæmi. Brugen af torakal epidural anal-

gesi mindsker denne risiko (3). Vore data tyder på, at umiddelbar postoperativ ekstubation under anvendelse af denne teknik ikke indebærer større risiko.

Konklusion: I vores pilot studie fandt vi, at ekstubation umiddelbart efter koronarkirurgi er mulig for stabile patienter. Det giver god patient komfort uden større risiko og øget tidsforbrug.

Referencer:

1. Cheng DCH, Karski J et al.: J Thorac Cardiovasc Surg 112:755-764,1996.
2. Cheng D. J Cardiothorac Vasc Anesth 14: 626-30,2000
3. Stenseth R, Berg EM, et al.: J Cardiothorac Vasc Anaesth 9:503-9,1995.

Det inflammatoriske respons hos akut svært syge og tilskadekomne

Anne E. Vester, Erika F. Christensen, Else Tønnesen, Århus Universitetshospital.

Introduktion: Formålet med dette studie var at undersøge det inflammatoriske respons og stress respons hos akut svært syge og tilskadekomne. Lægebemandede ambulancer har gjort det muligt at tage blodprøver allerede på skadestedet, i mange tilfælde før nogen behandling blev givet.

Præhospitalt studier med akut svært syge og tilskadekomne indebærer vanskeligheder i forhold til at opnå informeret samtykke og i forhold til kravet om øjeblikkelig behandling.

Metoder: Efter flere revisioner af protokollen samt et pilotstudie accepterede den lokale videnskabetiske komité en procedure, hvor blodprøver blev taget på skadestedet og frosset ned indtil informeret samtykke var opnået fra patient eller pårørende. Først derefter måtte prøverne analyseres.

Projektet blev udført af en gruppe frivillige læger og medicinstuderende, som var ekstra med lægeambulancen udelukkende med dette formål. Det betød at behandling blev iværksat uden forsinkelser.

Analyserne inkluderede: Pro- og antiinflammatoriske cytokiner, leucocytal, C-reaktiv-protein, cortisol, væksthormon, glukagon, insulin, blodsukker og katekolaminer.

Resultater: Projektdeltagere var med på i

alt ca. 500 udrykninger. 42 patienter fik taget blodprøver og 30 gav samtykke. Patienterne fordelte sig ligeligt mellem tilskadekomne og medicinske tilstande.

De tilskadekomne var generelt yngre og lettere klinisk medtagede.

Analyserne viste forhøjede værdier hos mange af patienterne, men der kunne ikke påvises forskelle mellem de to grupper.

Diskussion: Patienternes kliniske tilstand og de fysiske forhold varierer meget i det præhospitale arbejde. Graden af tilskadekomst var forskellig; og de akut svært syge fordelte sig mellem mange forskellige diagnoser. Vores undersøgelse afspejler dette.

Vi finder en aktivering af det inflammatoriske respons, men behøver væsentlig flere patienter i hver gruppe, før vi kan forvente signifikante forskelle.

Konklusion: Vores studie har vist, at præhospital klinisk forskning er mulig på en etisk forsvarlig måde. Dog har den tid, vi har brugt per patient, gjort det nødvendigt at revidere metoden i fremtidige studier.

Præhospital behandling af patienter med akut astma eller forværring af kronisk lungesygdom - før og efter indførelse af lægeambulance

Sanne Katrine Bjerre, Troels Martin Hansen, Hanne Melchiorsen, Erika Frischknecht Christensen, Anæstesiologisk-Intensiv afdeling, Århus Kommunehospital, Århus Universitetshospital og Lægeambulancen, Århus.

E-mail: sannebjerre@dadlnet.dk

Introduktion: Ved indførelse af lægeambulancen i Århus ønskedes en evaluering af effekten af lægelig præhospital behandling. Af etiske og politiske grunde var det ikke muligt at foretage en randomiseret undersøgelse. Derfor blev diagnoser og overlevelse for alle patienter hvortil der var ambulanceudrykning, undersøgt i en periode før og efter indførelse af lægeambulance.

Formålet med denne undersøgelse var at vurdere effekten hos gruppen af patienter med akut astma eller opblussen i kronisk lungesygdom med hensyn til antal intubati-

oner, indlæggelsesfrekvens og overlevelse før og efter indførelsen af lægeambulancen.

Metode: Design: Før-og-efter, registerbaseret undersøgelse. Data blev indhentet fra ambulancetjenestens udrykningsregister, Det Centrale Personregister, Landspatientregisteret (LPR) samt lægeambulance- og hospitalsjournaler. Inklusion: Patienter med diagnosen akut astma eller opblussen i kronisk lungesygdom (LPR: ICD kapitel 10, diagnosekode J40-46.9 samt bekræftet i journal) , hvortil der var udrykning med ambulance, i to 3 måneders perioder, før og efter indførelse af lægeambulance, henholdsvis i september, oktober og november i 1996 (periode 1) og september, oktober og november i 1997 (periode 2). Statistik: Kaplan-Meier metode, Chi-square-test.

Resultater: Der inkluderedes i alt 139 patienter (Periode 1: 72 patienter, Periode 2: 67 patienter). I periode 2 var lægeambulancen involveret hos 57% af disse. I alt blev der foretaget intubation hos 8 patienter, nemlig 2 i periode 1 og 6 i periode 2, heraf 4 præhospitalt af lægeambulancen. Blandt disse var en 22 årig kvinde med akut svær astma, som overlevede efter respirationstop i hjemmet. Før lægeambulancen, i periode 1 blev 67 patienter (93%) indlagt mod 50 patienter (75%) i periode 2 ($p < 0,01$) svarende til, at lægeambulancen færdigbehandlede patienter i hjemmet. Der var ingen ændring i overlevelsen et år efter udrykningen: før lægeambulancen fandtes 76% overlevende mod 85% overlevende efter ($p = 0,20$).

Diskussion: Akut astma og forværring af kronisk lungesygdom er potentielt livstruende tilstande, hvor lægelig indsats præhospitalt kan være nyttig, og intubation kan være livsreddende. Akut forværring af kronisk obstruktiv lungesygdom er dog langt hyppigere end akut astma og en hyppig årsag til akutte indlæggelser. Denne undersøgelse viser, at flere af disse patienter kan undgå indlæggelse efter behandling i hjemmet. Teoretisk kunne den lavere indlæggelsesfrekvens føre til en højere dødelighed hos disse patienter, som har alvorlig kronisk lungelidelse, men det tyder disse resultater ikke på.

Konklusion: Akut astma og akut forværring af kronisk obstruktiv lungesygdom er potentielt livstruende tilstande, der ofte

fører til tilkald af lægeambulance. Denne undersøgelse viste, at lægeambulancen som supplement til den almindelige ambulancetjeneste gjorde nytte ved at foretage intubation præhospitalt samt ved at færdigbehandle patienter i hjemmet, hvorved antallet af akutte indlæggelser blev reduceret.

Svært tilskadekomne patienter intuberet på skadestedet

Troels Martin Hansen, Claus Christian Schovsbo Høyer, Torben Krabbe Lastrup, Uffe Landsfeldt, Erika Frischknecht Christensen. Lægeambulancen Århus, Anæstesiologisk afdeling, Århus Kommunehospital, Århus Universitetshospital. Email: tmhansen@dadlnet.dk

Introduktion: Hos svært tilskadekomne patienter er luftvejshåndtering afgørende i den initiale behandling. Det kan således være indiceret allerede præhospitalt at foretage endotracheal intubation. I Danmark er tilbuddet om lægelig præhospital behandling uensartet, mens udenlandske undersøgelser stiller spørgsmålstegn ved hensigtsmæssigheden af intubation foretaget af ambulancemandskab. Formålet med denne opgørelse var at beskrive omfanget af endotracheal intubation foretaget på skadestedet af svært tilskadekomne patienter, samt at vurdere succesraten.

Metoder: I en 3-årig periode 1.5.97 - 30.4.00 foregik en løbende registrering af tilskadekomne patienter hvortil lægeambulancen i Århus blev rekvireret. Lægeambulancen dækker et område med et befolkningstal på godt 330.000. Patienter intuberet på skadestedet blev identificeret og journalmaterialet blev gennemgået med henblik på demografiske data, patienttilstand og behandling.

Læsioner blev kodet efter Abbreviated Injury Scale (AIS), og Injury Severity Score (ISS) udregnet. Ved $ISS > 15$ er patienten svært tilskadekommen.

Resultater: På tre år blev lægeambulancen tilkaldt til 2546 tilskadekomne patienter. Heraf blev der foretaget intubation hos 95 patienter svarende til 3,7%. Intubationerne var fordelt på 20 læger der foretog mellem 1 og 13 intubationer. I 94 tilfælde (99%)

blev intubationen foretaget uden komplikationer, mens der i et tilfælde blev foretaget cricotyrotomi af ambulancelægen.

Af de intuberede patienter havde 86% ISS>15. I alt 60 patienter havde alvorlig læsion af ISS regionen omfattende hoved/hals. Hos hovedparten af patienterne, nemlig 68 (72%) blev der forud for intubation givet anæstetika. Der var en samlet mortalitet på 56%.

Diskussion: Undersøgelsen viste, at der præhospitalt blev foretaget relativt få intubationer af tilskadekomne patienter i lægeambulancens optageområde. Det er derfor tvivlsomt om rutine i intubation kan oprettholdes alene herved. Succesraten var høj, hvilket kan forklares ved, at alle lægerne er anæstesiologer med erfaring og rutine i intubation fra hospitalsarbejdet.

Opgørelser fra angelsaksiske lande, hvor der er tradition for at præhospitalt intubation foretages af ambulancemandskab, viser varierende succesrater på mellem 49 og 91%, mens opgørelse fra den franske lægeambulancetjeneste (SAMU) viser en høj succesrate med komplikationer i 1-4% af tilfældene.

Konklusion: Der foretages kun få intubationer præhospitalt af svært tilskadekomne patienter i det område der dækkes af lægeambulanzen i Århus. Trods dette er succesraten høj.

Præhospitalt behandling af svært tilskadekomne patienter bør foregå i samarbejde mellem ambulancetjenesten og læger med erfaring i endotrakeal intubation.

Vævets ilt saturation under indledning af generel anæstesi med propofol og fentanyl

Peter Nissen*, Johannes J. Van Lieshout[§] og Niels H. Secher*, *Anæstesi-afdelingen, Abdominalcentret, Rigshospitalet, [§]Department of Internal Medicine, Academic Medical Center, University of Amsterdam, The Netherlands

Introduktion: Ved indledningen af anæstesi falder blodtrykket ofte. Vi har vurderet om dette blodtryksfald er af betydning for vævets oxygenation udtrykt ved en Nær Infra Rød Spectroscopi (NIRS) bestemmelse

af hjernes og skeletmusklers ilt saturation hos 71 patienter i ASA gruppe I – II. Foruden blodtryk og vævsoxygenation blev hjertets frekvens og minutvolumen målt samt det centrale blodvolumen registreret.

Metode: Vævsoxygenation blev fulgt kontinuerligt og non-invasivt med NIRS (*Somanetic INVOS Cerebral Oxymeter*). Hjertes slagvolumen (og minutvolumen) blev monitoreret non-invasivt "beat-to-beat" ved en analyse af puls-amplituden (BeatScope™/Modelflow) fra en blodtryksmanchet anbragt på en finger (Finapres™). Ændringer i det centrale blodvolumen blev registreret med den elektrisk impedans over thorax (TI). Det intracellulære vandindhold i thorax (TI_{icw}) og dermed ændringer i det centrale blodvolumen bestemmes ved $(1/\text{impedans}_{1,5\text{kHz}} - 1/\text{impedans}_{100\text{kHz}}) * 10000$.

Anæstesen blev indledt med propofol og fentanyl i doser anbefalet af producenterne, og patienterne overgik herefter til kontrolleret ventilation (oral indotracheal tube eller laraynx-maske) med en F_iO₂ på 0,8 i overensstemmelse med afdelingens standard.

Resultater: Umiddelbart efter induktion af anæstesi faldt middelarterieblodtrykket fra 93 (126-61) til 63 (103-40) mmHg (median og range) og hjertefrekvensen fra 76 (95-50) til 63 (103-40) slag/min. Den arterielle saturation (pulsoxymetri), steg (97 (89-100)%) til 100 (92-100)%, mens hjertets slagvolumen faldt fra 71 (118-37) til 65 (89-31) ml, og derfor faldt også hjertets minutvolumen fra 5,3 (9-2,4) til 4,1 (7,0-1,9) l/min. Faldet i hjertets minutvolumen indtraf selvom det centrale blodvolumen ikke var påvirket bedømt ud fra det intracellulære vandindhold i thorax: TI_{1,5kHz} faldt fra 58 (59-31) til 56 (88-30) Ω, TI_{100kHz} fra 44 (105-25) til 43 (75-25) Ω og TI_{icw} var stabil (50 (108-13) til 50 (100-20) S⁻⁴). Heller ikke den muskulære saturation (målt på venstre biceps brachii 73 (94-74)%) til 71 (87-52)%) blev påvirket signifikant, mens ilt saturation af den frontal cortex steg fra 67 (93-46)%) til 72 (95-48)%).

Konklusion: Ofte tages et fald i blodtryk og i hjertets minutvolumen som udtryk for en nedsat for oxygenation af vævet. Denne non-invasive undersøgelse af vævsoxygenation under indledning af propofol/fentanyl anæstesi tyder på, at en sådan sammenhæng ikke altid eksisterer. Tværtimod

var faldet i arterielt blodtryk og hjertes minutvolumen associeret til stabil eller øget vævsoxygenation.

HyperBar Oxygenbehandling til patienter med nekrotiserende bløddelsinfektioner

Christian Risby Mortensen og Erik C. Jansen, Rigshospitalets trykkammer

Introduktion

HyperBar Oxygenbehandling (HBO) er en behandling hvor der indåndes ren ilt under tryk i et trykkammer. Der opnås herved et meget højt partialtryk af ilt, hvilket medfører at der kommer store mængder af ilt i fysisk opløsning. Dermed forøges ilttilbudet perifert i vævene væsentligt. Medio 1998 blev der på Rigshospitalet installeret et moderne trykkammer, med mulighed for at bedrive fuld intensiv terapi under tryk. Nekrotiserende bløddelsinfektioner er infektioner der i varierende omfang inddrager hud, subcutis, fascie og/eller muskelvæv. Alvorligere tilfælde har en høj mortalitet (10–75 %). Udgangspunktet for infektionen er hyppigst er underkølemeter og genitalia. Særlige problemer knytter sig til infektioner i halsregionen. Hovedparten af patienterne har kompromitteret immunforsvar, f.eks. som følge af diabetes, alkoholisme steroidbehandling eller lignende. Udgangspunktet er ofte en kendt læsion så som et operationssår, snitlæsion, fremmedlegeme eller tandinfektion. Behandlingen er kirurgisk excision af nekrotisk og inficeret væv samt antibiotika. Herudover tilbydes på Rigshospitalet HBO til alle ud over de letteste tilfælde.

Metode: Retrospektiv gennemgang af samtlige patienter, der blev behandlet med HBO i Rigshospitalets trykkammer, for nekrotiserende bløddelsinfektioner, i perioden fra 1 januar 1999 til udgangen af juli 2001. Oplysningerne er fortrinsvis hentet fra trykkammerets database og det "grønne system" og i mindre grad fra patienternes stamjournaler.

Resultater: I alt 19 patienter falder indenfor denne kategori. Patienterne er fordelt på 12 med et sygdomsbillede af fascieit/myositis/gangræn og 7 med gasgangræn. På mange patienter er der foretaget udbredte

bløddelsresektioner med op til ca. 30% af hudoverfladen og/ eller ekstremitetsamputationer. En undtagelse her fra er 2 patienter med fascieit i halsregionen.

17 af de 19 patienter er behandlet på Rigshospitalets Intensiv Terapi Afsnit (ITA), hvor den gennemsnitlige indlæggelsestid for samtlige patienter var 10 dage. Gennemsnitlig total indlæggelsestid på RH for lidelsen var 30 dage. Mange patienter er overflyttet til stamsygehus, heraf 2 patienter direkte fra ITA til anden intensiv afdeling.

3 patienter er døde indenfor det første 1/2 år efter HBO, heraf 2 på ITA i umiddelbar tilslutning til den akutte sygdomsepisode. De afdøde var i aldersgruppen 74–79 år, og alle med betydende underliggende systemsygdom (bilat. nephrectomi, Mb cordis + steroidbeh, dysreg. DM + tidl. AMI). Patienterne fik mediant 4 HBO-behandlinger (range 1–13).

Konklusion: Nekrotiserende bløddelsinfektioner er en gruppe af alvorlige livs- og førlighedstruende sygdomme. Behandlingen er fortrinsvis kirurgisk excision af inficeret væv og antibiotika. Der er endvidere et vel-funderet teoretisk rationale for adjuverende HBO. Denne opgørelse tyder også på positiv effekt af HBO, idet der er en relativt lav mortalitet, hos patienter med svær sygdom. Risiko ved HBO er relativt lille, forudsat at pt. er "transportabel". HBO bør således tilbydes til patienter med moderat til svær nekrotiserende bløddelsinfektion.

• ORIENTERING

Kongres- og mødereferater:

Reserapport från "the 7th International Seminar on Anaesthesia and Intensive Care" 18-21 Juni i Malawi

Malawi som ligger söder och väster om Malawisjön i hjärtat av Afrika är en av världens fattigaste länder. Sedan i mitten av nittio-talet har det fallit från att varit den sjunde fattigaste landet (från botten!) till det den fjärde fattigaste landet i världen. BNP/innevånare är 180 USD/år. Det bor ca 10 miljoner människor i Malawi, dvs lika många som i Sverige. I Malawi dör vart fjärde barn inom fem år efter födseln och medelöverlevnaden är 35 år. Befolkningen är således mycket ung, hälften är yngre än 15 år. Förutom brist på mat och en flyktingström från det krigshärjade Mozambique så är HIV en stor börda för detta land. En tredjedel av befolkningen bär på HIV och AIDS och AIDS-relaterade sjukdomar såsom tbc och andra opportunistiska sjukdomar är vanliga dödsorsaker. Det märks även på sjukhusen där ett av de vanligaste skälen till ledighet för personalen är att besöka begravingar.

*Queen Elizabeth Central
Hospitals huvudentré.*

Sjukvården har knappa resurser i allt; mediciner, utrustning och lokaler är bristvaror. I hela Malawi finns t.ex. mindre än tio intermedicinare, bara en röntgenläkare och enbart fem anestesiologer. Västvärlden försöker hjälpa till genom att skicka utgångna mediciner (upp till 10 år gamla), gamla utrustningar och emellanåt även modern utrustning. Problemet med utrustning är dock att den infrastruktur som tages

för givet saknas. Det finns inte tryckluft eller oxygen i tuber eller ledningar och strömavbrott är vanliga händelser. Det är svårt att få tag i reservdelar och om det finns så finns det inga medicintekniker som kan reparera utrustningen, utan det måste göras av sjukvårdspersonalen. Således, det är ingen idé att skicka gammal utrustning utan vill man hjälpa till så är det bättre att skicka pengar.



Foto: Anders Larsson

Seminarieret var anordnat av Dr Annekke Meursing, som är sekreterare i World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA) och tillika chef för anesthesi- och intensivkliniken på Queen Elizabeth Central Hospital (QECH) och professor vid Malawi College of Medicine, och var dedikerat till den avgående chefen för kliniken professor Paul Fenton. Dr. Fenton har under sin tid i Malawi signifikant förbättrat anesthesi och intensivmedicinen i landet. Eftersom det saknas anesthesiologer har han startat en 18 månaders utbildning i anesthesi av hjälpdoktorer (clinical officers) som självständigt utför anestesier. Sedan mitten av nittiotalet har 96 utbildats varav de flesta stannar kvar i landet. Men även hos dessa skördar AIDS sina offer, 10 av de färdigutbildade har redan avlidit. Professor Meursing kommer ta upp stafett-pinnen och fortsätta driva denna viktiga utbildning i fortsättningen.

Seminarieret tog upp olika aspekter på anesthesi och intensiv terapi och alla föreläsare utom jag själv och min fru hade erfarenhet från arbete i U-land under svåra förhållanden och kunde rikta in föreläsningarna på ett sätt som gjorde det applicerbart även för detta land. Intensiv terapi är en exklusiv behandling i Malawi. Det finns bara åtta bäddar i hela landet och dessa bäddar var enbart utrustade med EKG och pulsoximetri. Blodgasanalys kan inte utföras och även andra laboratorieprover är svåra att få svar på. Bakteriedyrkning görs sällan eftersom svaren kommer sent och inte alltid är tillförlitliga. Dessutom finns inga möjligheter att anpassa antibiotikaterapin efter dyrkings-svaret eftersom antibiotikautbudet är begränsat; det finns enbart tillgång till

Bädd på intensivavdelningen på QECH i Blantyre.

Observera oxygenkoncentratorn och respiratorn.



Foto: Anders Larsson

de i Danmark välkända medlen PcG, gentamycin och metronidazol samt kloramfenikol. Respiratorbehandling kan utföras, men inte med respiratorer som drivs med tryckluft. Syrgas fås fram med hjälp av oxygenkoncentratorer och en koncentrator kan bara leverera 4 l/min under atmosfäriskt tryck. Sjukhuset i Blantyre har fyra intensivbäddar (dvs hälften av de som finns i Malawi) och vårdar ca 400 patienter per år. Indikationen är framför allt respiratorisk svikt och mortaliteten på intensivavdelningen 25-30%. Jag talade på seminarieret om lungprotektiv respiratorbehandling, lungrekrytering samt behandling av kirurgisk sepsis. Dessa ämnen gick tämligen lätt att anpassa till auditoriet eftersom lungprotektiv respiratorbehandling inte kräver avancerade respiratorer och dessutom minskar oxygenbehovet, och väskebehandling kräver vare sig Swan-Ganz eller CVP för att kunna utföras korrekt. På tal om väskebehandling finns Afrikas enda (?) Carlsbergbryggeri i Blantyre och den van-

ligaste ölsorten i Malawi är "green" Carlsberg.

Staben på QECH anesthesiavdelning består av tre läkare (av de fem som finns i landet) samt nio clinical officers. Det utförs ca 10 000 anestesier på QECH och de flesta sker med tiopentalinduktion, intubation med succinylcholin och fortsatt anesthesi med halothan-luft: Ketamin och spinaler är också vanliga anestesimetoder. På de mindre sjukhusen sker de flesta generella anestesier med eter med ketamininduktion. Spinalanesthesi är också vanlig. Den mest vanliga indikationen för anesthesi är kejsarsnitt, följt sedan av uterusruptur. Därefter kommer incisioner för abscesser och utrymning efter (spontan)aborter. Man gör även större ingrepp såsom osofagektomier för cancer.

Givetvis passade vi på tillfället att se på storvilt i en av nationalparkerna samt hade nöjet att se en total solförmörkelse på floden Zambezi strand. När vi färdades dit på vägar som skulle få en Volvo att bli skrotfärdig efter 50 km såg vi en oerhörd fattigdom. Folk bodde i lerhyddor med vasstak. Vi såg också flyktingläger som upprättats av "Läkare utan gränser" efter inbördeskrigen i de omgivande länderna samt nyligen inträffade översvämningstakastrofen i Mozambique.

Att uppleva kontrasterna mot Skandinavien och mot skandinavisk sjukvård var mycket utbildande och jag tvivlar på att jag kommer en gång till skriva en ledare i ACTA som heter "Scandinavian Intensive Care- too few utilities". Vi i Danmark får inse att vi är mycket privilegierade som lever och verkar i den rika delen av världen.

*Anders Larsson,
Gentofte*



Professor Meursing och jag i WFSA's lokalkontor i Blantyre.

Foto: Anders Larsson

Uddannelse og forskning:

Kursusstillinger 2001

Processen omkring besættelsen af kursusstillingerne i 2001 fulgte nu for 3. gang retningslinierne, hvor et vurderingsudvalg vurderede alle ansøgninger og de regionale ansættelsesudvalg efterfølgende foretager selve ansættelsen.

Sekretariatsfunktionen på amtsgården i Københavns Amt varetog stillingsopslag, koordinering af mødeaktiviteter i forbindelse med processen, samt udmelding til ansøgere og afdelinger om resultatet af sagsbehandlingen.

Vurderingsudvalgets baggrund for vurderingen af ansøgningerne var følgende:

Ansøgerne skal være kvalificeret til en stilling, dvs. at kravene for specialet skal være opfyldt:

- Turnus
- 12 måneders introduktion i specialet
- Supplerende uddannelse af 6 måneders varighed (skal være afsluttet før påbegyndelse af fase III).

Obligatorisk uddannelse gennemgået efter 01.01.95 skal have fundet sted i klassificerede stillinger, hvilket skal dokumenteres i ansøgningen. Uddannelse påbegyndt efter 01.01.97 påføres ESK-nummeret; ved ad hoc klassifikation vedlægges dokumentation fra Sundhedsstyrelsen.

Uddannelsen skal være gennemført ved ansøgningsfristens udløb for at indgå i vurderingen.

Selve vurderingen foretages ud fra fastlagte kriterier, se tabel 1.

Videnskabelige afhandlinger

Kirsten Møller:

Cerebral blood flow autoregulation in patients with acute bacterial meningitis. Ph.d.-afhandling.

Forsvaret fandt sted den 23. august 2001, København. Bedømmere: Olaf B. Paulson, Georg E. Cold og Court Pedersen.

Fortolkningen af de enkelte punkter kommenteres nedenfor. I denne gennemgang er ændringer udmeldt af Sundhedsstyrelsen 13. februar 2001 medtaget.

Ad 1: 6 måneders ansættelse giver 1 point, 12 måneder 2 points også hvis ansættelsen har fundet sted på samme afdeling. Værnepligt medregnes ikke.

Der er ikke krav om at ansættelsen skal være i klassificerede stillinger.

Det er nu pointeret at klinisk arbejde i u-land eller i katastrofeområder kan godkendes. Dokumentation for ansættelsen og arbejdets lægelige karakter skal dog foreligge.

Det er pointeret, at ansættelsen, der tæller som supplerende uddannelse for det pågældende speciale ikke kan medregnes.

Ad 2: 6 måneders ansættelse giver 1 point, 12 måneder 2 points. Ansættelse på den afdeling, hvor introduktionsuddannelsen har fundet sted giver maksimalt 1 point, hvis stillingen er tiltrådt efter 01.01.2000.

Det andet point skal opnås fra anden afdeling.

Undtaget fra denne regel er ansættelser på Færøerne og i Grønland.

Klinisk arbejde i u-land eller katastrofeområder kan som under pkt. 1 medregnes.

Ad 3: Introduktionskurserne tilbydes i alle regioner og opfattes som en del af introduktionsuddannelsen, hvorfor de ikke indgår i pointberegningen af kursusaktiviteten.

Kursusaktiviteten beregnes som summen af de øvrige anførte kurser. Dokumentation for kursernes indhold kan være nødvendig for bedømmelsen.

Ad 4: Administrativt/organisatorisk arbejde i humanitære organisationer eller organisering eller gennemførelse af nødhjælpsprogrammer/katastrofebistand kan medregnes.

Lægefagligt organisatorisk arbejde af minimum 6 måneders varighed giver point. Vagtplanlægning medregnes ikke.

Afgørelsen af hvilke aktiviteter, der med-

regnes afgøres konkret af vurderingsudvalget.

Ad 5: Videnskabelige arbejder skal være endeligt antaget på ansøgningstidspunktet.

Ph.d.-afhandlinger og disputater tæller, hvis de på ansøgningstidspunktet er antaget.

Vedrørende udenlandske disputater fastsætter vurderingsudvalget point efter konkret vurdering.

Det skal pointeres, at Specialistnævnet har besluttet at det ikke er muligt at sammenlægge point i denne kategori.

Ad 6: Undervisningen skal være fagrelevant.

Specialistnævnet udarbejder liste over eksempler på hvilke voksenpædagogiske kurser, der medregnes.

Evt. prægraduate pædagogiske kvalifikationer vurderes af vurderingsudvalget.

Ad 7: Specialespecifikke kriterier relaterer sig alene til det anæstesiologiske speciale. Følgende forhold giver point:

- Uddannelsesophold i udlandet omfattende klinik, forskning og lignende. 1 point. Opholdet skal være af mindst 3 måneders varighed.

- Deltagelse i fagligt udviklingsarbejde, f.eks. kvalitetsudvikling. 1 point.

- Udvist speciel interesse inden for et af fagets emner med lokal forankring udover hvad der er knyttet til introduktionsuddannelsen. 1 point.

At der drejer sig om speciale specifikke emner/funktioner er væsentligt under dette punkt. Ansøgerne skal medsende relevant dokumentation, denne danner grundlaget for vurderingsudvalgets stillingtagen.

Det er ansøgernes pligt at sørge for at medsende dokumentation inden for alle anførte kriterier.

Resultatet af vurderingsudvalgets arbejde fremsendes til medlemmerne i de regionale ansættelsesudvalg. Senere modtager ansøgerne egen vurdering.

Finder ansættelsesudvalget behov for at kommentere vurderingsudvalgets resultat, er der mulighed for dette. Ansøgerne ori-

enteres om evt. ændringer.

I de regionale ansættelsesudvalg foretages den egentlige ansættelsesprocedure, dvs. helhedsvurderingen ud fra job- og personprofil, vurderingen og ansøgernes egne ønsker.

Efter denne proces kontakter sekretariatet først afdelingerne, siden ansøgerne om stillingstilbud.

Den endelige ansættelseskontrakt affattes og underskrives af sekretariatet.

Afdelinger, der ansætter udenlandske medarbejdere bedes fortsat aktivt være behjælpelig med at få deres udenlandske kliniske uddannelse vurderet i Sundhedsstyrelsen.

En projektgruppe nedsat af Videreuddannelsesudvalget har arbejdet intensivt på udarbejdelsen af en uddannelsesbog for introduktionsstillinger i det anæstesiologiske speciale.

Bogen er udsendt i april 2001 og for-

ventes i de kommende år at få betydelig indflydelse på uddannelsesprogrammer samt den kliniske og teoretiske del af uddannelsen. Det forventes at bogens indhold med f.eks. kompetencekort vil få afsmittende virkning på vurderingsudvalgets arbejde. Kommende uddannelsessøgende anbefales derfor at arbejde bevidst med de i bogen udviklede læringsmomenter inklusiv godkendelse af uddannelsens delelementer.

Fastlagte kriterier	Beskrivelse	Max point
1 Supplerende klinisk uddannelse	Klinisk uddannelse efter turnusuddannelse udover bekendtgørelsens krav for det pågældende speciale. Ansættelsen skal være ved afdelinger uden for det pågældende speciale	2
2 Klinisk uddannelse inden for specialet	Klinisk uddannelse efter turnusuddannelsen udover bekendtgørelsens krav for det pågældende speciale	2
3 Teoretisk uddannelse	Relevante kurser vedrørende pågældende speciale, arrangeret af f.eks. videnskabeligt selskab, højere læreanstalt, DADL eller lignende. (min. 40 timer i alt). Kurserne kan ikke samtidig give point som delelement i afsluttet uddannelse som f.eks ph.d.	1
4	Organisatorisk, administrativt arbejde	1
5 Videnskabelig aktivitet (point kan ikke sammenlægges)	Kausuistik, poster, foredrag i videnskabeligt selskab, som 1. forfatter / foredragsholder Original artikel i peer-reviewed videnskabeligt tidsskrift, 1. forfatter, medforfatter 5 eller flere publicerede videnskabelige arbejder Gennemført ph.d.-uddannelse Gennemført disputats (dr.med.)	1 2 1 3 5 6
6 Pædagogiske kvalifikationer	Mere end 40 timers konfrontationstimer Voksenpædagogisk kursus	1 1
7 Specialespecifikke kriterier alene relateret til det anæstesiologiske speciale	Uddannelsesophold omfattende klinik, forskning og lignende (min 3 måneder) Deltagelse i fagligt udviklingsarbejde, f.eks. kvalitetsudvikling Udvist speciel interesse inden for et af fagets emner med lokal forankring ud over hvad der er knyttet til introduktionsuddannelsen	1 1 1

Else Hjortsø

Til formanden

Jeg vil gerne fremkomme med et par kommentarer til din artikel i DASINFO nr. 2, april 2001. Den er jo en udmærket karakteristik af specialet, som det er (burde være) i dag. Antallet af speciallæger i anæstesiologi på landets sygehuse er vokset kraftigt i løbet af de sidste 15 år. Nu er det et job, man har og ikke en livsstil med kronisk vagt, man bekender sig til.

Men, som du er inde på, betragtes meget af anæstesiologens arbejde som service, ikke for patienterne, men for kirurgerne, for Falck, for sygeplejerskerne, for hvem som helst. Perioperativ medicin. Javist, men det har desværre også haft den konsekvens, at mange kirurger overlader alt, bortset fra selve operationen, til anæstesiologerne. Det gavner jo ikke patienterne i de situationer, hvor der ikke er en anæstesiolog involveret.

Bortset fra vagtudtyndingen er det meste af væksten i antallet af anæstesiologer gået til at øge denne nærmest uendelige strøm af tjenester og ydelser. Spørgsmålet er, om det ikke er ved at gå for vidt, når sygeplejersker fra sengeafdelinger ringer direkte til vagthavende anæstesiologer for råd og vejledning.

Jeg synes specialet hænger lidt med næbbet i denne servicetidsalder (Ha' en fortsat go' da'). Men jeg håber der kommer en ny æra, i hvilken fagligt engagement, uddannelse, kollegialitet, humanisme og forskning igen kommer i højsædet.

*Jan Kristensen
Svendborg*

Svar:

Det glæder mig at du har fundet tid til at reflektere og sende mig kommentarer til lederen. Det er mit indtryk at der er mange der har den samme oplevelse som du! Når du skriver: "Men jeg håber, der kommer en ny æra, i hvilken fagligt engagement, uddannelse, kollegialitet, humanisme og forskning igen kommer i højsædet," - kan det ikke udtrykkes mere præcis hvad der også er mit håb for vort speciale. Omvendt tror jeg ikke der er grund til at hænge med næbbet - men bruge vort øgede engage-

ment i den tætte patientkontakt til en kraftigere profilering og dermed forhåbentligt på sigt en mere anæstesiologisk relevant og rimelig ressourcfordeling og indflydelse på planlægningen i vort sygehus- & sundhedsvæsen. Det kommer sikkert til at tage tid - men når vi efterhånden "dukker op" overalt vil anæstesiologens profil forhåbentligt ændre sig i den retning vi ønsker.

Mogens K. Skadborg

Til Redaktøren

Hvad mener medlemmerne?

Med ovennævnte ord afslutter du en kommentar i seneste nummer af DASINFO. Først må jeg sige, at aktuelle nummer er det mest spændende længe. Prof. A. Larssons artikel er fremragende, og meget af det, dr. Zorab fra England undrede sig over midt i 1960'erne består næsten uændret.

I din artikel fremhæver du, at:

1. Firmaerne ikke vil sponsere så meget til anæstesi, idet der ikke er så mange innovationer at promovere.
2. Medlemmerne ikke vil investere tid, rejseomkostninger og evt. overnatning i selskabsmøder, generalforsamling og kurser.
3. At sygehusejerne er utilbøjelige til at investere i anæstesiologernes (og andre specialisters) efteruddannelse. Man glæder sig over et pænt ANTAL ansatte specialister og dermed slut.
4. At yngre kandidater i mindre grad end tidligere ønsker at investere en del af deres fremtid i specialet.
5. At nutidens anæstesiologer måske er fristet af den herskende ekspeditions- og ydelseskultur til at investere mindre af sit liv og sin sjæl i jobbet.

Hvis blot nogle af ovennævnte påstande holder vand, er det efter min mening tidspunktet at tænke alternativt. Dette kunne bl.a. være ved at oprette en fælles organisation for alle (læger og sygeplejersker) med interesse i klinisk anæstesi og måske også intensiv terapi. Et sådant forum kunne være interessant for alle og eventuelt føje en ny dimension til "Den nordiske mo-

del". Om så der ville komme mange til møder i en sådan ny organisation, er et åbent spørgsmål, for jeg fornærmer næppe nogen ved at påstå, at fagtilhørighed og varetænkning har en stor plads i såvel lægers som anæstesisygeplejerskers bevidsthed.

*Jan Kristensen
Svendborg*

Propofol godkendt til anæstesi af børn over 1 måned. (Propofol til børn, del III)

I de to foregående numre af DASINFO er omtalt, at propofol ikke har været registreret til anæstesi af børn under 3 år. Steen Henneberg har undersøgt forholdene i verden, som anført i nr. 3, og Lægemedelstyrelsen har været forespurgt i sagen. Siden har fa. Braun indregistreret Propofol B.Braun, som er godkendt til børn over 1 måned. Fa. Abbott har ligeledes gjort os opmærksom på, at Propofol Abbott nu er godkendt til anæstesi til børn over 1 måned.

Der er således fremover mulighed for at bedøve børn over 1 måned med propofol. Derimod er præparaterne fortsat ikke godkendt til langtidssedation af børn under 16 år.

Steen Henneberg, Lars Peter Wang

Rekommandationer fra Anæstesiudvalget

Anæstesiudvalget har udarbejdet en "Politik vedr. rekommandationer" og "Vejledning i udarbejdelse af instrukser", begge er godkendt af DASAIM's bestyrelse maj 2001 og præsenteres nedenfor.

Det er anæstesiudvalgets intention at samle den ekspertise, der er blandt danske anæstesiologer, således der kan udarbejdes rekommandationer med et højt fagligt niveau og med et bredt funderet "ejerskab".

Anæstesiudvalget har prioriteret, at de tidligere udarbejdede rekommandationer først SKAL revideres. Det gælder følgende og efter de nye retningslinier "uddaterede" rekommandationer:

- Fasteregler.
- Anæstesi til akutte patienter.
- Overvågning af operationspatienten.
- Transport.
- Ambulant anæstesi.
- Præeklampsi
- Pacemaker og anæstesi.

- Administrativ instruks.
- Kriterier for flytning af operationspatient til sengeafdeling.

Anæstesiudvalget opfordrer hermed selskabets medlemmer til at bidrage aktivt og konstruktivt i denne proces til gavn for den enkelte anæstesiologiske afdeling. Den enkelte rekommandation vil blive offentliggjort på DASAIM's hjemmeside til bred diskussion blandt selskabets medlemmer.

Anæstesiudvalget udpeger i december måned 2001 én tovholder for hvert af de 9 "gamle" rekommandationer.

Anæstesiudvalget modtager gerne forslag til yderligere rekommandationer.

Politik vedr. udarbejdelse af rekommandationer i DASAIM

Formålet med at udarbejde rekommandationer i DASAIM er at styrke patientsikkerheden, at sikre et højt og ensartet kvalitetsniveau og at øge patienttilfredsheden.

Fagudvalgene under DASAIM har det

overordnede ansvar for og kompetence til hvilke rekommandationer, der anbefales.

Fagudvalgene har det overordnede ansvar for prioritering af hvilke rekommandationer, der skal udarbejdes til et givet tidspunkt.

Fagudvalgene udpeger ved udfærdigelse af fremtidige rekommandationer en person (formand), der er ansvarlig for hvert indsatsområde.

Formanden er ansvarlig for udarbejdelse af den pågældende instruks og for en løbende opdatering.

Formanden kan overdrage ansvaret til en anden anæstesiolog efter godkendelse fra fagudvalget.

Formanden skal være medlem af DASAIM.

Officiel udsendelse af rekommandationer for DASAIM er betinget af bestyrelsens godkendelse.

Vejledning til udarbejdelse af instrukser

Nedenstående er et forslag til, hvordan man kan udarbejde evidens-baserede instrukser i fremtiden. Instruksen består af fire dele.

1. DEL	Hvad handler instruksen om ?	Introduktionsafsnit der kort beskriver hvad instruksen omhandler
	Dato for i krafttrædelse	
	Beskriv	Hvilke personer/patienter omhandler instruksen.
	1. Populationen	Denne beskrivelse er vigtig når brugeren skal vurdere, hvorvidt instruksen kan benyttes til hans/hendes patienter.
	2. Interventionerne	Hvilke interventioner omhandler instruksen ? Alle relevante muligheder bør beskrives. En intervention kan være en behandling, en undersøgelse, en anæstesiform eller en monitoreringsmetode etc.
	3. Outcomes	Hvilke outcomes bygger instruksen på ? Outcomes bør så vidt muligt være klinisk relevante – det vil sige mortalitet og morbiditet, økonomi eller patientpræferencer.
	Hvad er formålet med instruksen?	En instruks kan have flere formål f.eks.
	Beskriv formålet.	Øge kvaliteten af patientbehandlingen (beslutningsunderstøttende), kontrollere sundhedsudgifterne, medikolegale hensyn, uddannelse af personale, uddannelsessøgende, reducere variationer i patientbehandling, o.a. (kvalitetsmål)

	Hvem har udarbejdet instruksen og for hvilken instans eller institution?	Det er vigtigt for brugeren af instruksen at vide, hvad der ligger til grund for instruksen.
	Hvem retter instruksen sig imod?	Hvilke (hvilken) personalegrupper retter instruksen sig imod.
2. DEL	Informationssøgning. Opstil detaljeret søgestrategi på forhånd.	Se bilag. 1
	Beskriv, hvordan informationssøgningen foretages.	En evidens-baseret instruks bør hvile på den bedst tilgængelige evidens. Det er derfor vigtigt at foretage en grundig litteratursøgning i flere databaser og uden begrænsning i tid eller sprog. Det kan også være nødvendigt at søge information andre steder. Der benyttes så vidt mulig originale artikler eller systematiske reviews.
	Kritisk gennemgang af den tilvejebragte litteratur	Se bilag 2
	Inddrag alle relevante aspekter af problemstillingen	
	Inddrag alle relevante faggrupper	Hvis instruksen skal være anvendelig er det nødvendigt at have en tværfaglig indgangsvinkel
	Inddrag patientpræferencer	Såfremt patientpræferencer er undersøgt bør disse medtages i instruksen.
3. DEL	Udarbejdelse af instruksen	Alle trin i instruksen bør bygge på den bedst tilgængelige evidens og dette bør klart fremgå af referencer, samt en gradering af evidensniveauet Instruksens styrke afhænger af den tilgrundliggende evidens styrke. Se bilag 3.
	Gør rede for Klinisk effektivitet	Hvad vinder vi ved de mulige interventioner ? (Opstilles gerne i skemaform)
	Side- og eller bivirkninger	Hvilke side- eller bivirkninger er interventionerne behæftet med? Risici? Medtag gerne procenter/odds ratio for disse.
	Patient præferencer Medtag evt. decisionsanalyser eller cost-effectiveness-analyser, hvor disse findes.	
4. DEL	Implementering	I hvilke kliniske situationer bør hvilke interventioner foretrækkes ?
	Forfatterens synopsis	Forfatterens forslag til hvordan interventionerne bør implementeres. Hvornår vil instruksen give særlige gevinster ?
	Kvalitetskontrol – indikatorer	Angivelse af hvordan instruksen følges og på hvilken måde. Fastlæggelse af målepunkter
	Perspektiver	Eventuelt forslag til fremtidig satsningsområder (forskning, uddannelse, kvalitetssikring, o.a.)
	Konklusion	Kort konklusion
	Opdatering	Udfra instruksens indhold og under hensyn til udviklingen på området bør der tages stilling til hvornår og af hvem instruksen skal opdateres, helst indenfor et-to år.
	Referenceliste	Reference til den tilgrundliggende litteratur – samt angivelse af grad af evidens.

Anæstesi udvalget

Dansk Anæstesi Database

CPR-nummer	Det er nødvendigt at registrere CPR nummer hvis man vil kunne bruge databasen til audit og kvalitetssikring. Derfor må vi tilpasse sikkerheden hertil.
ASA score	ASA score er en usikker prædikator bl.a. på grund af stor interobservatorvariation og lav specificitet i relation til outcome. Alligevel kan den evt. sammenholdt med andre faktorer danne grundlag for et risikoindeks.
Vægt og højde	Skal bruges til at udregne BMI, et mål for patientens ernæringstilstand. Vigtig factor i risikovurderingen
Rygning <i>Aktuel rygestatus ja/nej</i> <i>Estimat af pakkeår (alder, gennemsnitligt dagligt forbrug)</i>	Rygning er i adskillige undersøgelser den stærkeste prædikator for per- og postoperative komplikationer. Indsamling af rygedata kræver muligvis en adfærdsændring hos mange anæstesiologer og kan være et vigtigt led i forebyggelsen samt øge vores viden om hvordan rygevaner fordeler sig i forskellige kirurgiske populationer.
Alkohol <i>Ugentligt forbrug</i> <i>0 genstand</i> <i>1-17 genstande</i> <i>18-34 genstande</i> <i>>34 genstande</i>	Ligesom rygning er alkohol en stærk prædikator for komplikationer i operationsforløbet og risikoen er formentligt proportional med forbruget. Ligesom rygningen kan alkoholvirkningerne forebygges.
Dato for anæstesi og operation	
Elektiv/Akut	Det er vigtigt at disse faktorer defineres ens på alle afdelinger, der indgår i databasen, hvis de skal kunne bruges. Definitionen på en elektiv operation er indtil videre: En operation der er planlagt på et maskinskrevet operationsprogram senest dagen før kl. 14. Alt andet regnes som akut.
Anæstesikoder	SKS systemet indeholder koder for anæstesitype.
Operationskoder	Skal være de samme, som kirurgen registrerer. Atter må man regne med en adfærdsændring, således at kirurgen oplyser operationskoder inden han/hun forlader stuen.
Lufvejshåndtering <i>Intubation/LAM/maske</i> <i>Crash induktion</i> <i>Lejring</i> <i>Relaxering ja/nej</i>	Disse oplysninger kan muligvis have sammenhæng med udviklingen af komplikationer.
Anæstesitid <i>Anæstesi start</i> <i>Procedure start</i> <i>Procedure slut</i> <i>Anæstesi slut</i>	Disse tider er vigtigt som variable i risikovurdering. Ønsker man en mere omfattende tidsregistrering kan man vælge dette som tillægsmodul efter "Procedural Times Glossary"® Valgfri trin II

Der foreligger nu et revideret udkast til et minimumsdatasæt for dansk anæstesi database. Vi modtager fortsat gerne kommentarer og forslag til forbedringer af datasættet.

Databasen vil være klar til at modtage data 1. januar 2002, og vi hører derfor gerne fra interesserede afdelinger, både afdelinger, der allerede har et registreringssystem og afdelinger, der hidtil ikke

har registreret data elektronisk, som har lyst til at være med til at teste databasen.

Ved tilmelding til databasen forpligter man sig til at registrere det aktuelle minimumsdatasæt. Det vil endvidere blive mulighed for at vælge at tilmelde sig trin II – et valgfrit ydelses-registrerings-datasæt, senere et udvidet klinisk datasæt, samt et uddannelses

datasæt. Sidstnævnte er fortsat under udarbejdelse.

For at opnå en fornuftig fordeling af erfaringerne, hører vi gerne fra såvel universitetssygehuse, som centralsygehuse og fire-delle sygehuse.

Såfremt der er interesse herfor, vil vi udarbejde et anæsthesiskema, der indeholder de påkrævede minimumsdata, samt er opbygget så det letter indtastningen.

Man vil løbende kunne holde sig orienteret om udviklingen i DAD på www.dadbase.dk, der også vil fungere som indgang til indtastningen, når registreringen kommer i gang.

Som anført modtager vi fortsat gerne forslag om kommentarer på docamm@yahoo.com.

Ann Møller

Deltag i online debat på DASAIM's hjemmeside www.dasaim.dk

Hvordan

Gå ind på DASAIM's hjemmeside og klik på "Debat". Klik herefter på det emne som du vil debattere. Klik nu på "svar" og tilkendegiv din mening. Alle holdninger er velkomne; men tonen skal være anstændig og indstillingen seriøs. Anonyme indlæg accepteres ikke.

Hvorfor

Debat giver ny viden og inspiration, og med udviklingen af internettet er der skabt et rum med en dimension, som er særdeles velegnet til åben og levende debat.

Start selv en debat

Send dit diskussionsindlæg til IT-udvalget "it.udv@dasaim.dk", vi vil herefter lægge det ud på hjemmesiden. Alle emner med relation til DASAIM er velkomne faglige såvel som organisatoriske. IT-udvalget vil foretage en redaktion, således at der ikke er for mange emner ude på en gang, og således at emnerne ikke er ude for længe, maksimalt 1/2 år afhængig af aktiviteten omkring net.

Hans Kirkegaard (IT-udvalget)
E-mail: itudv@dasaim.dk

De 5 paradigmer eller "Dengang jeg boede på motorvejen i en skotøjsæske..."

Der er i øjeblikket en voldsom fokusering på danske lægers faglighed – ikke mindst de yngre læger, som skal videreføre det danske sundhedsvæsen, og mange ældre kolleger har udtalt sig med stor bekymring og dybe panderynker om det danske sundhedsvæsens fremtid. Det synes som om specielt fem paradigmer om yngre lægers faglighed går igen, og på grund af gentagelsens magt har rodsat sig hos befolkningen og i medierne:

De yngre læger kan ingenting nu om dage
De nye speciallæger bliver alt for dårlige
De yngre læger er aldrig på arbejde
De yngre læger læser ikke faglitteratur
De yngre læger vil ikke forske

Som regel bliver disse paradigmer fulgt af en lang og tårevædet fortælling om gamle dage, hvor den 2 måneder gamle kandidat blev rykket op som bagvagt, hvor han arbejdede mindst 70 timer om ugen med at bedøve 700 g's børn og ASA 4-patienter med en student som forvagt. Hvis han kom hjem, gik han straks i gang med forskningen.

Er der noget at sige til, at man som yngre læge og snart kommende speciallæge lister langs muren, som den dovne, dårlige og uoplyste læge man er? Står det virkelig så dårligt til?

Nu har tiderne jo ændret sig, og man kunne jo starte med at spørge de selv samme kolleger, om de ville lægge egne børn, børnebørn eller forældre til en 2

måneder gammel kandidat, som konstant arbejder 70 timer om ugen? Eller for den sags skyld afdeling til? Nej, vel? Ligesom resten af befolkningen forventer de den bedste behandling til deres uanset geografi eller tidspunkt på døgnet.

Vi har inden for anæstesiologien oplevet, at vores kursusstillinger er blevet besat med yngre og yngre folk. I andre specialer har de endog ubesatte stillinger. Det har på relativt få år ændret billedet af de yngre læger, som bliver kursister, og dermed også de læger, der 4 år senere kommer ud som speciallæger. Før var det reglen at folk havde op til 10 års kandidatalder på baggen, ofte 5 år eller mere i specialet og bagvagtfunktion og flere former for sideuddannelse, når de fik kursusstilling. I løbet af de

første 1-2 år i specialet var folk oplært i hovedparten af den basale anæstesiologi, kunne passe vagtfunktioner og agere på egen hånd, og der var derefter flere år til at forske og uddanne sig inden for specielle områder. Kursusstillingen blev så brugt til en afpudsning, introduktion til de mere kuriose ting inden for specialet og mest bare til at få det guldrandede diplom som speciallæge. Derfor havde disse folk også en hel anden ballast, når de startede i kursusstilling; det var de simpelthen nødt til det for overhovedet at få kursusstillingen. Nu bliver det hyppigere at de nye kursister har helt ned til det ene års introduktionsuddannelse, der er kvalifikationskravet for at få en kursusstilling og måske kun turnus og et halvt års sideuddannelse yderligere i bagagen. **Selvfølgelig** er det nogle andre læger, men er de dårligere? Lad os gøre et tankeeksperiment; De "gamle" kursister var færdige som speciallæger, når de var 14 -15 års kandidater. Når de "nye" er 15 års kandidater har de været speciallæger i 7-8 år! Det er i **alles** interesse, at folk bliver uddannede så hurtigt som muligt, både yngre læger, overlæger, sygehusene, amterne og patienterne.

Det gælder selvfølgelig om at kvalificere folk hurtigst muligt efter at de har valgt speciale. Der hvor skoen trykker, er på de afdelinger, som gennem mange år har haft kursisten eller 1. reservelægen som vagthavende og lægelig arbejdskraft, her specielt A-afdelingerne, som jo modtager kursisterne friske fra introduktionsstillingerne. Her oplever man i stigende grad yngre kol-

leger, som må trække på bagvagterne til vagtarbejde, som tidligere blev klaret selvstændigt. Mest ondt gør det på afdelinger, hvor kursisterne er de bærende i vagten (tilstedeværelsesvagt), og speciallægerne har tilkaldevagt. Ingen tvivl om, at mange A-afdelinger har set i øjnene, at der er meget stor forskel mellem det, der kræves for at kvalificere sig og få en kursusstilling, og så to måneder senere at stå alene som vagthavende på en A-afdeling. Lad en ting være helt klart: Den difference må fjernes, og det er ikke kursisters kvalifikationer, der kan eller skal ændres. Det er vagten og arbejdstilrettelæggelsen på afdelingerne, der skal ændres. Nu er det jo så det kildne punkt kommer, for den eneste løsning på dette problem er, at speciallægerne skal tilbage i tilstedeværelsesvagt. Der er ingen vej udenom.

Fremtiden er at det er unge kandidater, der skal uddannes og må der med Gud, Sundhedstyrelsen og FAYLs hjælp aldrig igen komme flaskehalse ved kursusstillingerne, som vi har set tidligere. Der er mange positive sider ved en sådan vagtændring; kursisterne er mere tilstede i dagstiden (læs bedre uddannelse), uddannelse og supervision kan også foregå i vagttiden (læs bedre uddannelse), den faglige kompetence i vagten stiger (læs bedre patientbehandling), men selvfølgelig er der en negativ ting, som ikke må overses: Det betyder, at man som speciallæge i det meste af sin karriere må indstille sig på opslidende vagter: om natten, i weekenden og på helligdage. Alle, som har prøvet disse

vagter, ved, hvor fysisk og psykisk opslidende, de kan være, og der er ingen tvivl om, at det ikke bliver nemmere, efterhånden som man bliver ældre. Vores muligvis beskedne erfaring er, at det dog mere er vagthyppigheden end vagtbelastningen, der er afgørende for hvor belastende det er at deltage i et vagtlag. Det må derfor være et udtalt kollegialt ansvar blandt speciallægerne, at så mange som muligt deltager i vagten, så hyppigheden af vagten fortyndes kraftigt.

Alle arbejdsmiljøundersøgelser, der er foretaget, viser at yngre læger arbejder langt mere end 37 timer om ugen, og lægger et betydeligt antal timer til anden faglig aktivitet (artikellæsning, forskning, fagligt arbejde) i deres fritid. Om det er mere eller mindre, end da de selv samme ældre kolleger var yngre læger, skal lades usagt. Dengang blev der så vidt vides ikke lavet den slags undersøgelser. Derimod har vi aldrig mødt en yngre læge, der ikke gerne ville arbejde ekstra, hvis der var uddannelsesmæssigt udbytte af dette ekstraarbejde. Selvfølgelig lønnet efter overenskomsten ligesom alle andre lønmodtagere, det er klart.

Det er faktisk lidt svært at se, at disse ældre kolleger har ret i deres argumenter, og som yngre læge er det på tide at der kommer en ordentlig og nuanceret diskussion, om hvordan disse ændringer – ikke problemer - tackles bedst muligt.

Yngre læger kan, vil og skal uddannes ordentligt.

Dorte Keld og Bjørn Mygil

KAROLINSKA INSTITUTET OLOF NORLANDERS MINNESSTIFTELSE

Karolinska Institutet ledigförklarar härmed ett

Resestipendium om SEK 150 000

Resestipendiet utdelas för att stödja en lovande eller etablerad nordisk forskare inom ämnesområdet **Anestesiologi och Intensivvård** under forskningsvistelse vid utländskt, medicinskt lärosäte.

Ansökan skall åtföljas av meritförteckning inklusive förteckning över publicerade skrifter respektive föredrag samt innehålla en noggrann redogörelse för forsknings-

projektets innehåll och finansiering samt en motivering av valet av utländskt lärosäte.

Original + två kopior av ansökan, ställd till Olof Norlanders Minnesstiftelse, skickas till Institutionen för kirurgisk vetenskap/Anestesi- & Intensivvårdskliniken, Karolinska sjukhuset, SE-171 76 Stockholm, Sverige.

Sista ansökningsdag: 15 oktober 2001

Upplysningar lämnas av professor Sten Lindahl, telefon +46-(0)8-5177 4468/3116 eller telefax +46-(0)8-5177 5180.

• 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, Bredgade 23, 1260 København K., der cirkulerer ansøgninger til bestyrelsens medlemmer, der herefter foretager indstilling til Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicins bestyrelse.

Ansøgningsfristen er **30. april** og **30. september**.

Oberstinde Kirsten Jensa la Cours legat

Legatet skal anvendes til undersøgelse og forskning af rygmarsvanæstesi, 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. Ansøgningstermin **30. april** og **30. september**. Der foreligger ikke ansøgningskemaer. Ansøgning sendes til Jensa la Cours Legat, att.: Advokat Finn Altschulter, Bredgade 23, 1260 København K.

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 OG VIDEO

Anmeldelse af Anæstesi, 2. udg., FADL's Forlag 2001

Jørgen Viby Mogensen, Thomas Vester-Andersen, eds.

Lad det være sagt med det samme, det er en rigtig vellykket introduktionsbog til klinisk anæstesi og postoperativ smertebehandling. Sammenlignet med 1. udgaven fremstår 2. udgaven af bogen som en mere helstøbt introduktionsbog til specialet. Niveaulet er passende til fase I uddannelsen inden for langt de fleste af de behandlede emner. Det er lykkedes, trods relativt mange forfattere, at skabe en homogen bog både sprogligt og fagligt. Kapitel 9, som omhandler almen farmakokinetik er meget velskrevet, det er lykket at give en kort fyldestgørende fremstilling af de klassiske farmakokinetiske modeller og deres sammenhæng med de "nye" kliniske variable som Ke0 og context sensitive halveringstid. I afsnittet omhandlende postoperativ observation kunne forfatterne måske godt have uddybet rationale bag anvendelse af systematiske udskrivningskriterier samt have omtalt den hyppigt forekom-

mende postoperative urinretention. Endelig synes jeg, at man skulle have samlet informationen om postoperativ kvalme og opkastning i et selvstændigt kapitel. Generelt foretrækker jeg, at de enkelte udsagn ledsages af en henvisning det gør grundlaget for en bog mere transparent for læseren. Det kan selvfølgelig diskuteres i en basisbog, men i disse EBM tider var det måske alligevel hensigtsmæssigt.

Hvorfor nu en dansk lærebog, det vrimler jo med gode engelsksprogede introduktionsbøger? Jeg synes godt det kan forsvares; bogens fremstilling rummer på glimrende vis den skandinaviske tilgang til specialet. Som uddannelsesansvarlig synes jeg at "Anæstesi" bogen sammen med "Uddannelsesbogen Introduktionsuddannelsen i Anæstesiologi" (C. Ringsted & D. Østergaard, DASAIM) udgør et godt værktøj til at løfte fagets fase I uddannelse.

Tak for en rigtig god introduktionsbog til klinisk anæstesi.

Poul Christensen

• I GAMLE DAGE

Det stod i DASINFO (eller Selskabsmeddelelser) ...

for 10 år siden - 1991

(redaktør T.Lang-Jensen): *Påvirker pulsoximetri frekvensen af peroperative hændelser og postoperative komplikationer?*
J.Trier Møller,
T. Petersen, N.W. Johannesen,
L. Rasmussen, O. Ravlo, K. Espersen,
P.F. Jensen, B. Dyrland,
N.H. Rasmussen, B.C. Jørgensen,
L. Heslet, F. Wiberg-Jørgensen,
M. Djernes, J.B. Cooper,
J.S. Gravenstein, S. Johansen.

for 20 år siden - 1981

(redaktør Kaj Wisborg): *En sammenligning mellem perifer oximetri og arteriel ilt saturation.*
L. Rybro, S. Troelsen.

Ventrikellindhold hos patienter før akut anæstesi. B. Schurizek, N.B. Bøggild-Madsen, B. Juhl.

for 25 år siden - 1976

(redaktør M.Lunding): *Percutan kateterindlæggelse i v. jugularis interna.* J. Korshin, P. Skovsted.
CPAP-behandling med Siemens ansigtskammer af Respiratory Distress Syndrome". K.M. Modvig.

I juni 1976 afholdtes "Joint Meeting of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland and the Danish Anaesthesiologists' Society" med deltagelse af blandt andre JF Nunn, M Vickers, C Prys-Roberts og HC Churchill-Davidson. Der var (til forskel fra nutidens "Social Programme") endvidere et særligt "Ladies' Programme" ! Those were the days ...

Lars Peter Wang

Call for Applications for the Scandinavian Training Program in Advanced Pain Medicine for anaesthesiologists

The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI) co-ordinates an advanced Inter-Nordic training program in Pain Medicine. The training program is limited to 25 trainees. The training period is 2 years, starting Nov 8, 2001. During the training period the SSAI organizes 6 courses. These courses will circulate in all the Nordic countries and the common language will be English.

The training period includes an exchange program with a clinic in another country.

During the 2-year period the trainee will be appointed a host clinic. The host clinic will employ the trainee in an appropriate position during the training program. A minimum of one year of clinical training should be done in a university clinic. Trainees completing the 2 year Inter-Nordic training program will receive a certification in Pain Medicine from the SSAI.

All expenses for this program (including travelling, accommodation and a fee for each course) have to be covered by the host clinic. Applicants must be SSAI members and young specialists in Anaesthesiology.

Application form including documented interest in Pain Medicine and a curriculum vitae (one original and two copies) should be sent to the Secretary of the SSAI Steering Committee of the Inter-Nordic training program before October 08102001.

Sekretariatet for Nordisk Algologiuddannelse
v/Per Sjøgren og Jørgen Eriksen
HS Multidisciplinary Pain Center
Rigshospitalet
Dept 7612, Blegdamsvej 9
2100 Copenhagen Ø.
jeriksen@rh.dk

Introduction course planned in Uppsala, Sweden, November 8-11, 2001.
More information: dr. Torsten Gordh: torsten.gordh@anestesi.uas.lul.se

Application form

Name _____

Title _____

Address _____

Country _____

E-mail _____

Telephone _____

I hereby apply for the Inter-Nordic training program in Pain Medicine for Anaesthesiologists. All expenses for this program (including travelling, accommodation and a fee for each course) have to be covered by the host clinic.

Date

(Signature of the applicant)

Date

(Signature of the chairman of the host clinic)

• NÆSTE MØDER

R:A:M Herlev - 4 Radiologiske AftenMøder, 300 kr. Efterår 2001 **Tema 2001: Hjerter og kar**

- Torsdag 11/10 **Status og nye områder, - hvor står vi i dag.**
Professor, overlæge, dr.med. Jan Aldershvile, HjerteCentret, H:S Rigshospitalet
MR af hjerte.
Professor, overlæge, dr.med. Carsten Thomsen, DiagnostiskCenter, H:S Rigshospitalet
- Torsdag 1/11 **Ekkokardiografi, KAG og PTCA.**
Overlæge, dr.med. Per Thayssen, Kardiologisk afd. B., Odense Universitetshospital
- Torsdag 15/11 **SPECT og PET, Nuclearmedicin.**
Overlæge, dr.med. Birger Hesse, H:S Rigshospitalet
- Torsdag 22/11 **Elektromekanisk kortlægning af ventrikelfunktionen og Genterapi.**
Overlæge, dr. med. Jens Kastrup, Hjertecentret, H:S Rigshospitalet

Tid: Kl. 17.00-20.00. Der er kaffe fra kl. 16.00, og i pausen vil der være sandwich og drikkevarer.

Sted: Herlev Amtssygehus, store auditorium, indgang fra hovedindgangen ved svingdøren (Forår 2002 i Skejby med samme emne). Vi har forsøgt at arrangere møderne over to gange i Albertslund, men underviserne kunne ikke.

Målgruppe: Radiologer og andre læger, radiografer og røntgen sygeplejersker. Maksimum 350, minimum 100.

Kursusbevis: Udstedes efter 4 aftenmøder. Således er aftenmøderne meriterende. Dansk Radiologisk Selskab har indplaceret RAM i CME, Continuing Medical Education.

Arrangør: Karen Damgaard, klinikchef, overlæge, dr.med., Røntgenafdelingen, H:S Rigshospitalet. Carsten Gyldensted, professor, adm.overlæge, dr.med., Århus Kommunehospital afd. P. Kirsten Juul-Hansen, radiograf, ASTRA TECH A/S. Bjarne E. Neilsen, pro.ing. Mogens Balslev A/S. Leif Hintze, radiograf, Santax A/S. Kim Rosted, radiograf, H:S Rigshospitalet. Ret til ændringer forbeholdes.

Pris for 4 aftenmøder: 300 kr.

Tilmelding og betaling ved første møde, eller www.rraamm.dk. Spørgsmål besvares på 40 34 75 88 Kim, 29 68 79 04 Kirsten, 72 17 73 12 Bjarne eller 21 41 02 98 Leif.

Benchmarking i Sygehusvæsenet

Tid: 24. oktober 2001 kl. 09.00-16.30.

Program: Benchmarking i sygehusvæsenet - redskaber og metoder.

Tid: 25. oktober 2001 kl. 09.00-16.10.

Program: Benchmarking i sygehusvæsenet - erfaringer og muligheder.

Sted: Radisson SAS Scandinavia Hotel.

Pris: 2.875 kr. (24. oktober); 2.875 kr. (25. oktober); 5.000 kr. (24. og 25. oktober).

Arrangør: DSI Institut for Sundhedsvæsen, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø. Telefon 35 29 84 00; Telefax 35 29 84 99.

Welcome to Trauma Care 2002 - Scandinavia in May 2002!

Dear Colleagues and Friends,

I would like to update you on an important event; the 15th Trauma Care Congress to be held in Stavanger, Norway next year.

An international Congress with an exciting scientific program and social events you will never forget! We welcome *all* members of the trauma team (anesthesiologists, emergency physicians, surgeons, nurse anesthetists, trauma and intensive care nurses) to share the Scandinavian experience in May 2002! Co-sponsored by *Trauma Care International (ITACCS)* and *Akuttjournalen - the Scandinavian journal of Trauma and Emergency Medicine*. Among the many supporting societies you will find both the Scandinavian Surgical Society, the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI) and the British Trauma Society. If you would like to contribute, please contact me. For more details, please check out our web-site: www.traumacare2002.com.

Eldar Soreide, MD Ph.D.

General Editor Prehospital Trauma Care

Organiser and Chairman Scientific Committee TraumaCare2002-Scandinavia

• DASAIM's KURSER

Efteruddannelsesudvalget, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
indbyder hermed til K-128:

Kursus i Sepsis

Tid: Mandag den 4. marts 2002 kl. 09.00-17.00.

Sted: Store auditorium, Amtssygehuset i Herlev.

Kursets formål og målgruppe: Opdatering af nye strategier til behandling af sepsis og septisk shock.

Kursusledere: Afdelingslæge Morten Freundlich, Anæstesiologisk afdeling, Aalborg Sygehus; overlæge Kurt Espersen, Intensiv afdeling, H:S Rigshospitalet; professor, overlæge, dr.med. Anders Larsson, Anæstesiologisk afdeling, Amtssygehuset i Gentofte.

Undervisere: Afdelingslæge Morten Freundlich, Anæstesiologisk afdeling, Aalborg Sygehus; overlæge Kurt Espersen, Intensiv afdeling, H:S Rigshospitalet; professor, overlæge, dr.med. Anders Larsson, Anæstesiologisk afdeling, Amtssygehuset i Gentofte.

Kursusafgift: 900,- kr. incl. honorarer til undervisere, frokost og kaffe x 2.

Ansøgning senest den 1. februar 2002 til: Efteruddannelsesudvalget, DASAIM, An.-Op.klinikken HOC 4132,
H:S Rigshospitalet, 2100 København Ø. Tlf. 35 45 66 02; fax 35 45 29 50;
E-mail: sekretariat@dasaim.dk

Foreløbigt program

09.00-09.05	Velkommen. <i>Kursuslederne.</i>	13.30-14.45	Workshop og cases i smågrupper. <i>Alle</i>
09.05-09.45	Sepsis-Definitioner / Pathogenese		- væske - vasoaktiva droger
09.45-10.15	Manifestationer af sepsis / outcome af sepsis		- antibiotika - antiinflammatorisk / koagulations behandling
10.15-10.45	Udstilling og kaffe		- monitorering - Hvordan presser man på for at få kirurgisk intervention
10.45-11.30	Så behandler jeg sepsis. <i>Anders Larsson</i>		
11.30-12.00	Diskussion-kommentarer. <i>Alle</i>	Udstilling og kaffe	
12.00-12.45	Udstilling	Almen diskussion. <i>Alle</i>	- diagnose - behandling - monitorering
12.45-13.30	Frokost		
		16.30-17.00	Summering. <i>Morten Freundlich</i>

Akut traume- og præhospitalbehandling: Hjertestop - Akut koronar syndrom - Traumebehandling og større skadesteder

Tid: Tirsdag den 5. marts 2002 kl. 09.00-16.00.

Sted: Store auditorium, Amtssygehuset i Herlev.

Kursets formål og målgruppe: Efteruddannelseskursen henvender sig til anæstesiologer med interesse for området akut traume og præhospitalsbehandling. Kurset henvender sig ikke kun til ambulancelæger, men til alle med interesse og behov for efteruddannelse inden for det akutte område. Kurset omhandler såvel akutte medicinske tilstande som traumer.

Kursusledere: Præhospital overlæge Erika Frischknecht Christensen, Århus Kommunehospital; Afdelingslæge Susanne Wammen, Traumecentret, Rigshospitalet; overlæge Freddy Lippert, Traumecentret, Rigshospitalet.

Undervisere: Overlæge Erika Frischknecht Christensen, Anæstesiologisk afdeling, Århus Kommunehospital; Afdelingslæge, ph.d. Jens Flensted Lassen, Kardiologisk afdeling, Skejby Sygehus; Overlæge Freddy Lippert, Traumecentret, Rigshospitalet; Frans Rutten MD, Holland (Consultancy and Training in Emergency Medicine and Critical care Transport); Afdelingslæge Susanne Wammen, Traumecentret, Rigshospitalet; Simulatorgruppen på Amtssygehuset i Herlev.

Kursusafgift: 900,- kr. incl. honorarer til undervisere, frokost og kaffe x 2.

Ansøgning senest den 1. februar 2002 til: Efteruddannelsesudvalget, DASAIM, An.-Op.klinikken HOC 4132,

H:S Rigshospitalet, 2100 København Ø. Tlf. 35 45 66 02; fax 35 45 29 50;

E-mail: sekretariat@dasaim.dk

Program

09.00-09.10 Velkomst og introduktion. *Kursuslederne*

Hjertestop: **Undervisningsform:** Oplæg, diskussion, cases, simulatortræning.

09.10-10.00 Hjertestopbehandling i henhold til Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation.

10.00-10.15 Introduktion til simulator - simulator træning.
Efter den fælles præsentation i plenum vil der være mulighed for gruppevis at afprøve hjertestopbehandling i simulatoren. Deltagerne deles op i hold og går i løbet af dagen i simulatoren.

10.15-10.45 Udstilling og kaffe

Brystsmerter - Akut koronarsyndrom. **Undervisningsform:** Oplæg på 20 minutter, spørgsmål 10 minutter samt cases til diskussion.

10.45-11.15 Non-Q-takinfarkt og ustabil angina pectoris

11.15-11.45 ST-elevations AMI
Epidemiologi, symptom-til-behandling tid, diagnostik og behandling.
State-of-the-art og kontroverser

11.45-12.15 Patienter med brystmerter.
Initial diagnostik og behandling.
Case præsentation og diskussion.
12.15-13.00 Udstilling
13.00-13.45 Frokost

Traumebehandling og større skadesteder

Formålet med denne session er at gennemgå ulykkesmekanismer, frigørelsesteknik, skadesteds-lære, lægens ansvar, rolle og opgaver på skadestedet i forbindelse med hverdagens store og små ulykker.
Frans Rutten MD, Holland.

Undervisningsform: Oplæg, video, cases, diskussion

13.45-14.15 Prehospital trauma care: What you need to know about safety and extrication

14.15-14.45 The doctors on scene

14.45-15.15 Udstilling og kaffe

15.15-15.45 Airway management on scene and how to make the patient survive?

15.45-16.00 Opsamling på dagen.

Evaluering og kommentarer med henblik på fremtidige kurser inden for akut, traume- og præhospitalsområdet

Efteruddannelsesudvalget DASAIM indbyder til K-128

Kvalitetssikring/udvikling - instrumenter til at styre organisationer?

Tid: Onsdag den 6. marts 2002 kl. 09.00-16.00.

Sted: Store auditorium, Amtssygehuset i Herlev.

Kursets formål: At give deltagerne en forståelse af kvalitetsstyring som ledelsesredskab til at styre en organisation.
Målgruppe: Anæstesilæger og andre interesserede.

Kursusledere: Afdelingslæge Susanne Wammen, Anæstesiologisk afdeling, HOC, RH og overlæge Brian Lerche, Direktionen, H:S Rigshospitalet.

Undervisere: Professor Finn Borum, Handelshøjskolen; Forskningsleder Anne Frølich, DSI; Projektleder Henrik Larsen, Direktionen, H:S Hvidovre Hospital; Lars Løkke Rasmussen, amtsborgmester Frederiksborg amt (V) og Jesper Poulsen, formand for DADL.

Kursusafgift: 900,- kr. inklusive honorar til undervisere, frokost og kaffe x 2

Ansøgning senest den 1. februar 2002 til: Efteruddannelsesudvalget, DASAIM, An.-Op.klinikken HOC 4132, H:S Rigshospitalet, 2100 København Ø. Tlf. 35 45 66 02; fax 35 45 29 50; E-mail: sekretariat@dasaim.dk

Program

09.00-09.05	Introduktion og præsentation af dagens program. <i>Susanne Wammen</i>	12.00-12.45	Udstilling
		12.45-13.30	Frokost
09.05-10.00	Politiske forudsætninger og begrundelse for kvalitetsstyring. <i>Finn Borum</i>	13.30-14.15	Kvalitetsstyring – i den offentlige og private sektor. Erfaring fra H:S. <i>Henrik Larsen</i>
10.00-10.45	Styring af hospitalsvæsen – ledelse og organisation i sundhedssektoren. <i>Repræsentant fra FLOSS</i>	14.15-14.30	Kaffepause
10.45-11.15	Udstilling og kaffepause	14.30-16.00	Landspolitiske og lægepolitiske perspektiver på kvalitetssikring/udvikling. <i>Lars Løkke Rasmussen og Jesper Poulsen</i>
11.15-12.00	Kvalitetsstyringsmodeller/-systemer. Hvad kan systemerne og hvad kan de ikke. <i>Anne Frølich</i>		

Ansøgning om optagelse på:

K 128 - Kursus i Sepsis
Mandag den 4. marts 2002 i Herlev
(deadline 1. februar 2002)

K 128 - Kursus i Akut Traume- og Præhospitalbehandling
Tirsdag den 5. marts 2002 i Herlev
(deadline 1. februar 2002)

K 128 - Kursus i Kvalitetssikring/udvikling
Onsdag den 6. marts 2002 i Herlev
(deadline 1. februar 2002)

Husk kryds ud for det ønskede kursus!

Navn: _____

Adresse: _____

Postnummer/By: _____

Telefon: _____

Stilling: _____

Afdeling: _____

Hospital/Sygehus: _____

_____ dato

_____ underskrift

Ansøgning til DASAIM Sekretariatet, An.-Op. klinikken HOC 4132, H:S Rigshospitalet,
2100 København Ø, **senest den 1, februar 2002.**

• ØVRIGE KURSER

1-dagskursus i rationel håndtering af centrale venekatetre til kronisk brug

Tid: Alle mandage, onsdage og torsdage undtaget uge 42-43 og uge 52.
Alle kursusdage kl. 8.00 -14.30 inklusiv frokost.

Sted: H:S Rigshospitalet, Abdominalcentrets Anæstetiklinik afsnit 2041, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.

Tilmelding: Sekretær Karen Birck Mark, Abdominalcentrets Anæstesiaafdeling, H:S Rigshospitalet
Telefon: 35 45 22 33, Fax 35 45 25 52.

Afgift: 800 kr. til dækning af undervisningsudstyr samt frokost i Rigshospitalets kantine.

ATLS® DANMARK - ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT

Tilmelding: Kurserne annonceres på ATLS 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 ambulantly håndkirurgi

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

• KONGRESKALENDER

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

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)

3 Day Course on Obstetric Anaesthesia and Analgesia

26.-28. november 2001, London

(Information: OAA 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)

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)

OAA (Obstetric Anaesthesia and Analgesia) Annual Meeting

9.-10. maj 2002, Nottingham, UK

(Information: OAA 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;

<http://www.oaa-anaes.ac.uk>)

9th International conference on Health Promoting Hospitals

16.-18. maj 2001, København.

(Information: DIS Congress Service Copenhagen A/S, Herlev Ringvej 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/>).

2002

Winter Scientific Meeting of the Association of Anaesthetists of Gr. Britain & Ireland.

18.-19. januar 2002, London.

(Information: meetings@aagbi.com)

International Anesthesia Research Society (IARS)

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

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

Euroanaesthesia 2002. Joint Meeting EAA & ESA

10th ESA Anniversary Meeting & 24th EAA Annual Meeting

6.- 9. april 2002, Nice, Frankrig.

(Information:

<http://www.euroanesthesia.org>.

e-mail: secretariat.esa@euronet.be)

10th International Pain Clinic.

World Society of Pain Clinicians.

4.- 8. maj 2002, Sardinien.

(Information: wspc@options.com.cy)

Trauma Care 2002. 15th Annual Trauma and Critical Care Symposium.

23. - 25. maj 2002, Stavanger.

(Information:

www.Traumacare2002.com

og Dr. Søreide. Tlf. (+47) 5151 800).

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)

Annual Meeting of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine.

26.- 29. juni 2002, München.

(Information: mcn@mcn-nuernberg.de)

Annual Scientific Meeting

Association of Anaesthetists of Gr. Britain & Ireland.

18. - 20. september 2002, Bournemouth.

(Information: metings@aagbi.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)

2003

International Anesthesia Research Society (IARS)

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

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

Euroanaesthesia 2003.

31. maj – 3. juni 2003, England (?).

(Information: www.euroanaesthesia.org)

27th SSAI-kongres.

16.– 20. august 2003, Helsinki.

(Information: per.rosenberg@hus.fi)

American Society of Anaesthesiology

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

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

2004

International Anesthesia Research Society (IARS)

27.-31. marts 2004, Tampa, Florida

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

13th World Congress of Anaesthesiologists

17.-23. april 2004, Paris, Frankrig

(Information:

e-mail: wca2004@colloquium.fr; www.wca2004.com).

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	anaesthesi.udv@dasaim.dk
Børneanæstesiudvalget	boerneanaesthesi.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	neuroanaesthesi.udv@dasaim.dk
Postmaster	postmaster@dasaim.dk
Postoperativ rehabiliteringsudvalg	postop.rehab.udv@dasaim.dk
Præhospital udvalg	praehospital.udv@dasaim.dk
Sekretariat	sekretariat@dasaim.dk
Thoraxanæstesiudvalg	thoraxanaesthesi.udv@dasaim.dk
Videreuddannelsesudvalg	videreudd.udv@dasaim.dk
Udvalgsformændenes adresser er	fmd.xxxxxx.udv@dasaim.dk
Webmaster	webmaster@dasaim.dk
Kasserer	kasserer@dasaim.dk
Redaktør af DASINFO	redaktoer@dasaim.dk
UEMS-repræsentant	uems.rep.@dasaim.dk
Bestyrelsens sekretær	best.sekr.@dasaim.dk

FYA's hjemmeside	www.fya.suite.dk
------------------	--

Postbesørget blad
(8245 ARC)
bladnummer 54942