

# SFAI

*Svensk Förening för  
Anestesi & Intensivvård*



Officiellt Organ för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård

Volym 8 • nr 3 • Oktober 2002



**Program för  
riksstämman i Göteborg**

**Förslag till nya stadgar i SFAI**

**Styrelsen för Svensk Förening för  
Anestesi och Intensivvård**



**ORDFÖRANDE**

**Professor Lars Wiklund**

Prof, Chöl FRCA Lars Wiklund Ordf  
Anestesikliniken Akademiska Sjukhuset  
751 85 Uppsala

[lars.wiklund@anestesi.uas.lu.se](mailto:lars.wiklund@anestesi.uas.lu.se)

Tel: 018-611 48 51 Fax: 018-55 93 57



**VICE ORDFÖRANDE**

**Överläkare, klinikchef Sigga Kalman**

Anestesikliniken Universitetssjukhuset i  
Linköping 581 85 Linköping

[sigga.kalman@lio.se](mailto:sigga.kalman@lio.se)

Tel: 013-22 28 71 Fax: 013-22 28 36



**VETENSKAPLIG SEKRETERARE**

**Överläkare, Docent Stefan Lundin**

Anestesi- och intensivvårdskliniken  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
413 45 Göteborg [stefan.lundin@medfak.gu.se](mailto:stefan.lundin@medfak.gu.se)

Tel: 031-342 20 28 Fax: 031-41 38 62



**FACKLIG SEKRETERARE**

**Överläkare Marie Rodling-Wahlström**

Operationscentrum  
Norrlands Universitet • 901 85 Umeå  
[marie.rodling.wahlstrom.us@vll.se](mailto:marie.rodling.wahlstrom.us@vll.se)

Tel: 090-785 00 00 Fax: 090-13 26 73



**REDAKTÖR**

**Överläkare, Docent Kai Knudsen**

Anestesi- och intensivvårdskliniken  
Sahlgrenska Sjukhuset • 413 45 Göteborg  
[kai.knudsen@aniv.gu.se](mailto:kai.knudsen@aniv.gu.se)

Tel: 031-342 10 00 Fax: 031-41 38 62



**SKATTMÄSTARE**

**Överläkare Gunnar Enlund**

Anestesikliniken Universitetssjukhuset  
i Linköping • 581 85 Linköping  
[gunnar.enlund@lio.se](mailto:gunnar.enlund@lio.se) Tel: 018-22 39 51,  
Tel växel: 018-22 20 00, Fax: 018-22 28 36



**ÖVRIGA STYRELSEMEDLEMMAR**

**Prof, Överläkare Björn Biber**

Operationscentrum  
Norrlands Universitet • 901 85 Umeå  
[bjorn.biber@anestesi.umu.se](mailto:bjorn.biber@anestesi.umu.se)  
Tel: 090-785 00 00 Fax: 090-13 13 88



**Doktor, Emma Pontén**

Anestesikliniken  
Akademiska Sjukhuset • 751 85 Uppsala  
[emma@holistic-designs.se](mailto:emma@holistic-designs.se)  
Tel: 018-66 30 00 Fax: 018-55 94 69



**Överläkare, Docent, Hans Sellden**

Astrid Lindgrens Barnsjukhus  
171 76 Stockholm  
[hans.sellden@ks.se](mailto:hans.sellden@ks.se)  
Tel: 08-517 77 267



**Överläkare Hans Sköld**

Anestesikliniken  
Centralsjukhuset • 651 85 Karlstad  
Email: [hans.skold@liv.se](mailto:hans.skold@liv.se)  
Tel: 054-61 50 00 Fax: 054-616099

# SFAI-tidningen



**Officiellt organ för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård**  
**Volym 8, nummer 3 2002.**

**Adress:** SFAI-tidningen, Anestesikliniken, Sahlgrenska Sjukhuset 413 45 Göteborg

**Telefon:** 031-342 34 19, fax 031-41 38 62

**Grundare:** Rolf Sandin [rolfs@tkalmar.se](mailto:rolfs@tkalmar.se)

**Ansvärig utgivare:** Lars Wiklund [lars.wiklund@anestesi.mas.lu.se](mailto:lars.wiklund@anestesi.mas.lu.se)

**Redaktör:** Kai Knudsen [kai.knudsen@aniv.gu.se](mailto:kai.knudsen@aniv.gu.se)

**Prenumeration:** Genom medlemskap i SFAI

**Utebliven tidning** anmäles till Birgitta Nehlin med epost till [sfai@swipnet.se](mailto:sfai@swipnet.se).

**Annonsering:** Annonser anmäles till redaktören

**Annonsmaterial** inskickas till tryckeriet, Gunlög Andersson  
[gunlog@kalmarsundtryck.se](mailto:gunlog@kalmarsundtryck.se) Box 844, 391 28 Kalmar, tel. 0480-45 87 73

**Grafisk form:** Anette Silver [anette.silver@kalmarsundtryck.se](mailto:anette.silver@kalmarsundtryck.se)

**Repro/Tryck:** KalmarSund Tryck

*Nu även på Internet under adressen <http://swan.medicallink.se>*

## Prenumeration

Prenumerera gör Du genom att bli fullvärdig eller associerad medlem i SFAI. Fyll i och skicka in medlemsansökan, som Du finner i denna tidning, till Överläkare Marie Rodling-Wahlström, Operationscentrum, Norrlands Universitet 901 85 Umeå. Email [marie.rodling.wahlstrom.us@vll.se](mailto:marie.rodling.wahlstrom.us@vll.se)

## Material till tidningen

Allt material avsett att publiceras i SFAI-tidningen skall insändas till Dr Kai Knudsen, Anestesikliniken, Sahlgrenska Sjukhuset, 413 45 Göteborg.

Material skall skickas i in en pappersupplaga samt en elektronisk upplaga på diskett, zip-skiva eller via e-post.

Texten skall vara skriven i ordbehandlingsprogrammet Microsoft Word oberoende av plattform (PC/Mac). Allt material skall vara skrivet i teckensnittet Times New Roman storlek 12 och abstracts får innehålla maximalt 300 ord. Tabeller kan infogas i texten men bilder och figurer måste biläggas separat. Bilder får ej infogas i texten i elektroniskt inskickat material utan måste skickas som separata filer. Bilder inskickade som fotografier skall numreras och förses med artikelförfattarens namn. Bildtexter infogas i brödtexten. Insända bilder återfås efter publicering.

Huvudrubrik samt författare och adress skrives centrerat i versaler i typstorlek 16. På raden under anges samtliga författares för- och efternamn, samt kliniktillhörighet och sjukhus. All brödtext skrives med rak vänstermarginal. Abstracts skall struktureras efter **Introduktion, Material och Metoder, Resultat och Konklusion**. Som språk kan användas svenska, danska, norska eller engelska. Inskickat material ifrån fax accepteras ej. Power Point eller Excelfiler accepteras ej.

## Nästa utgåva i december 2002.

**- Bidrag och annonser Kai Knudsen tillhanda senast 1 november.**

Fyra nummer utkommer 2002; mars, juni, oktober och december.

**Materialet skall vara oss tillhanda senast 1 feb, 1 april, 1 sept, 1 nov.**

SFAI postgöro: 42 82 38-0, SFAI Verksamheter AB, pg: 944086-8; bg: 5618-5325  
Annonspriser: Kontakta redaktören Tryck: KalmarSund Tryck AB, Gunlög Andersson  
tel: 0480-45 87 73, Box 844, 391 28 Kalmar, E-post [gunlog@kalmarsundtryck.se](mailto:gunlog@kalmarsundtryck.se)

**NYHET**

# PAIN- KILLER

JAN 2002 03-03-VIOX-02-S-5-J

**VIOXX<sup>®</sup> AKUT**  
(rofecoxib, MSD)

**EFFEKTIV & SNABB VID AKUT SMÄRTA.**

VIOXX<sup>®</sup> AKUT är en COX-2 hämmare godkänd för symptomlindring vid behandling av akuta smärttillstånd samt vid smärta orsakad av primär dysmenorré. VIOXX<sup>®</sup> AKUT finns som tabletter i styrkorna 25 mg och 50 mg. Dosering 50 mg följt av 50 eller 25 mg EN gång dagligen vid akuta smärttillstånd, 25 el. 50 mg EN gång dagligen vid dysmenorré. VIOXX<sup>®</sup> AKUT (rofecoxib) är ett registrerat varumärke hos Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

För ytterligare information vid förskrivning se FASS-text på annan plats i denna tidskrift.

 **MSD** 08-626 14 00

Besök oss på:

 **För läkare**  
msd.my.yahoo.se



# Innehållsförteckning

<b>Ordföranden har ordet</b> .....	5	<b>Respiratorbehandling</b> .....	58
Lars Wiklund		Fri SK-kurs på Akademiska sjukhuset Uppsala 6-9 maj 2003 Filip Freden, Ulf Sjöstrand	
<b>Ansökningsformulär för medlemskap i SFAI</b> .....	6	<b>SFAI:s jämställdhetspolicy</b> .....	59
<b>Redaktören har ordet</b> .....	7	<b>Intensivvårdskurs som kursinternat på Såstaholm, 6-8 november</b> .....	61
Kai Knudsen		<b>Postgraduatekurser 2002</b> .....	62
<b>UEMS</b> .....	8	<b>Kurser för ST-läkare 2002</b> .....	64
Christer Carlsson		SK & Fria kurser	
<b>Förslag till nya stadgar i SFAI</b> .....	10	<b>Ansökningsblankett till "fria" kurser för ST-läkare</b> .....	66
<b>Kallelse samt dagordning till årsmöte 2002 i Göteborg</b> .....	14	<b>Allvarliga sjukdomsfall på operascenen</b> .....	68
<b>Program för riksstämman i Göteborg 2002</b> .....	16	Eddie Persson	
<b>Kallelse samt dagordning till bolagsstämma 2002 i Göteborg</b> .....	18	<b>Kongresskalender 3/2002</b> .....	72
<b>Protokoll från föreningsmötet 2002 i Örebro</b> .....	20	<b>SFAI-kansliet</b> .....	75
<b>Verksamhetsberättelse i SFAI 2001-2002</b> .....	22	<b>Akademiska avhandlingar år 2002</b> .....	76
<b>Aktiverat protein C</b> .....	34	<b>Än finns det några pigga nya anestesiologer</b> .....	80
Hans Blomqvist och Leif Tokics		Magnus Trofast	
<b>Obstruktivt Sömnapné syndrom (OSAS) Referat från ett Mini-symposium vid Riksstämman 2001</b> .....	46	<b>Fri SK-kurs 5-7 mars 2003</b> .....	82
<b>Kommentar till Lars Wiklund</b> .....	52	<b>Call for Applications for the Scandinavian Training Program in Intensive Care Medicine</b> .....	86
Rolf Hörnqvist		<b>Postgraduatekurs: Hyperbar- och dykerimedicin</b> .....	88
<b>PG-kurs i Pediatrisk anestesi och intensivvård 14-15 november</b> .....	55	Karolinska sjukhuset November 2002	
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, SU/Östra, Göteborg			
<b>SK-kurs i Örebro 24-28 februari 2003 i lokalanestesi</b> .....	57		
Titti Thoren			

# Ordföranden

Lars Wiklund



## Kära/Käre SFAI-medlem!

Sedan styrelsen i vår förening kommit fram till ett förslag om hur våra utomordentligt viktiga relationer till SSAI och Acta Anaesthesiologica Scandinavica skulle kunna hanteras i framtiden (förslaget finns att läsa på annan plats i denna tidning), så har vi efter moget övervägande beslutat oss för att koncentrera styrelsens och föreningens ansträngningar på ett mindre antal frågor, som vi kallar fokus- eller policyuppgifter:

1. Ökad dialog med medlemmarna
2. Arbetsmiljöfrågan
3. Forskning
4. Utbildning
5. Riktlinjer för den kliniska verksamheten
6. Webb sidan

Ad 1: En styrelse måste genom kommunikation med sina medlemmar få reda på medlemmarnas prioritering av de olika möjligheter till program föreningen har. För att uppnå detta syfte kommer styrelsen att prioritera sådana företeelser som emailenkäter, öppen programtid vid våra års- och föreningsmöten och annan kommunikation med medlemmarna.

Ad 2: Styrelsen tror sig veta att medlemmarna prioriterar fortsatt aktivitet för att förbättra vår arbetsmiljö. Detta sker dels genom kontakt med huvudmän, myndigheter och Läkarförbundet, men kanske framför allt genom att internt driva skapandet av ett arbetsmiljöprogram kallat "Den goda kliniken".

Ad 3: Jag har i föregående ledare beskrivit den effekt på vår självkänsla och självidentifikation som frånvaron respektive förekomsten av nya forskningsresultat

har (eller kommer att få) på oss alla, vare sig vi själva har ett eget forskningsintresse eller ej. Styrelsen kommer således att göra vad den kan för att olika typer av forskningsprojekt (som t.ex. kohortstudier, interventionsstudier, kontrollerade dubbelblindstudier) gärna med olika angreppsmetoder (som t.ex. epidemiologiska, fysiologiska, kemiska och molekylärmedicinska) skall få det utrymme de förtjänar inom föreningen och därvidlag uppmuntra forskning inte bara på universitetskliniker utan på alla sjukhus, gärna i samarbete. Studier av de breda folksjukdomarna med avancerad teknik måste särskilt uppmuntras, eftersom det är de studier som attraherar forskningsanslag från olika stiftelser och statliga organ.

Ad 4: Vikten av aktivitet för att kunna erbjuda ett tillräckligt antal SK-kurser kan inte nog betonas. Verksamheten inom KVASt gruppen (Johan Pontén m. fl.) planeras fortsätta för att ge Föreningen instrument för planering av ST-utbildningen, kvalitetsövervakning i form av SPUR-inspektioner. En diskussion om implementering av nya bestämmelser från Socialstyrelsen beträffande utfärdande av intyg från verksamhetschefen inför specialitetstjänstgörings avslutande kommer nog också att bli aktuellt.

Ad 5: En revision av redan existerande riktlinjer för vår kliniska verksamhet

pågår. Vissa riktlinjer kan under processen tillkomma.

Ad 6: För Föreningens inre dialog kommer så småningom att finnas möjlighet för Internetkommunikation med en i framtiden förbättrad hemsida liksom möjligheter att kommunicera direkta spörsmål mellan styrelsen och medlemmarna via email. Skicka därför Din email-adress till [sfai@swipnet.se](mailto:sfai@swipnet.se).

Är denna lista den som Du tycker är relevant? Kommer att skicka över frågan på din emailadress (om den är känd) och hoppas på svar från de som har ändringsförslag till [lars.Wiklund@anestesi.uas.lul.se](mailto:lars.Wiklund@anestesi.uas.lul.se)

Vänliga hälsningar

Lars Wiklund

Svensk Förening  
för



Anestesi och Intensivvård

# ANSÖKNINGSFORMULÄR FÖR MEDLEMSKAP I SFAI

Tjänsteställning: \_\_\_\_\_

Arbetsplats: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

E-postadress: \_\_\_\_\_

Läkarexamen, år: \_\_\_\_\_ Leg läkare, år: \_\_\_\_\_

Specialistkompetens, år: \_\_\_\_\_ DEEA, år: \_\_\_\_\_

Annan akademisk examen: \_\_\_\_\_

Medlem i annan specialitetsförening: \_\_\_\_\_

*Ej läkare = Associerad medlem*

Medlem i Läkarförbundet  Ja  Nej

Ort, Datum, Underskrift: \_\_\_\_\_

Vidimeras (CHÖL alternativt SFAI:s kontaktperson) \_\_\_\_\_

**Ansökan inskickas ifyllt och vidimerad till Överläkare Marie Rodling-Wahlström  
Operationscentrum, Norrlands Universitet, 901 85 Umeå, Fax 090-13 26 73.**





## Hej kära läsare!

Välkomna till ett nytt nummer av SFAI-tidningen. Hösten är äntligen här efter en lååång sommar och det känns skönt att vara igång med SFAI-tidningen igen. Till min glädje har tillströmningen av artiklar varit god och ni har ett späckat nummer framför er. Jag har fått många goda råd om hur man skulle kunna förbättra tidningen. Det är flera som önskar se resultaten av våra akademiska ansträngningar. Detta skulle man kunna tillgodose genom att publicera abstracts till de avhandlingar som lagts fram inom anestesi och intensivvård. Grundregeln gäller dock; jag kan endast publicera det material som jag får in. Jag har ingen möjlighet att själv leta reda på alla avhandlingar, däremot kan jag gott tänka mig att publicera abstracts från avhandlingar som skickas till mig i elektronisk form. Så kära forskaraktiva anestesiologer, när er avhandling är klar, skicka gärna ett abstract till SFAI-tidningen. Även andra abstracts kan skickas till tidningen, vi är öppna för förslag.

### Medlemsomröstningen

Efter medlemsomröstningen i slutet av förra året har styrelsen i SFAI fortsatt att arbeta med en omstrukturering av medlemsreglerna. Detta har utmynnat i ett förslag till nya stadgar som presenteras i detta nummer av SFAI-tidningen. Ni kan alla ta del av detta förslag. Förslaget kommer att läggas fram till årsmötet under riksstämman i Göteborg och ni har alla möjlighet att yttra er över förslaget där. Om det då antas av församlingen så gäller det efter det, dvs. efter 27 november 2002. Fram till dess gäller de nuvarande stadgarna och den nuvarande medlemsstrukturen. Förändringen i medlemstrukturen inne-

bär i korthet att det i fortsättningen kommer att finnas tre medlemsnivåer inom SFAI: *fullvärdig medlem* som förutom medlemskap i SFAI även innebär medlemskap i SSAI, *nationellt medlemskap* som enbart innebär medlemskap i SFAI samt *associerat medlemskap* för icke anestesiologer med medlemskap enbart i

för den 27 till 29:e november och kom till Göteborg. Årets riksstämma vars program ligger i tidningen verkar mycket bra, det äger rum mitt i centrala Göteborg i Svenska Mässan. Hotell Gothia som ligger i omedelbar anslutning till mässan har nordens största beläggningsskapacitet. Svenska mässan ligger vid första stoppet från Landvetter flygplats och på gångavstånd från Liseberg och avenyn mitt i Göteborg. Information om riksstämman har mejlats ut till alla sfai-medlemmar som har gett oss sin mejladress. Ännu en fördel med att ge SFAI-kansliet er mejladress! Du som har en okänd mejladress, skicka ett mejl till [sfai@swipnet.se](mailto:sfai@swipnet.se) med ämnet "här är min nya mejladress".

I tidningen finner du också en intressant artikel av Rolf Hörnqvist om värdet av vårt slit i den anesthesiologiska vardagen. Mycket bra och läsvärt!

Aktiverat protein C är nu ett nytt läkemedel vid sepsisbehandling. Lovande resultat i en väl genomförd studie, men med förbehållet att det än så länge är enbart en studie med positiva resultat. Hur detta skall tolkas och impliceras i kliniken beskrivs här av Hans Blomqvist och Leif Tokics. Vidare finner ni en sammanställning om obstruktivt sömnapné syndrom av Per Nellgård med medarbetare samt inte minst en fascinerande berättelse om döden och doktorer på operascenen. Tala om dramatik!

Hälsningar

Kai Knudsen

SFAI. För nationella medlemmar innebär förslaget att förutom att man mister de förmåner och rättigheter som ingår i medlemskapet i SSAI kan man ej heller komma ifråga för resestipendier eller såsom styrelsemedlem. Man kan ej heller välja eller väljas till föreningens representant i SSAI.

### Dagens tidning

I detta nummer finner ni flera inslag av facklig karaktär typ verksamhetsberättelsen, kallelsen till årsmötet, det nya stadgeförslaget m.m. Lagg märke till de olika datum som gäller och sök nu ledigt

# UEMS – *vad är det?*





UEMS utläses antingen som Union Européenne des Médecins Spécialités eller European Union of Medical Specialists och är en EU-övergripande organisation med sitt säte i Bryssel. Organisationen är en paraplyorganisation för de olika specialiteterna – det finns exempelvis en subgrupp för vår egen specialitet, som i ursprungsdokumentet kallades för "Anaesthetics". Jag vet att SFAI:s medlemmar känner svensk anestesilogis relation till Norden (SSAI), till Europas kliniska (ESA) och akademiska (EAA) organisationer. Jag vill i denna rapport beskriva ett arbete där vi deltar i EU:s struktur och utvidgning. UEMS är således en del av EU och ansvarig organisation i Sverige är Svenska Läkaresällskapet i samarbete med SFAI. Jag har blivit utsedd att tillsammans med vår nuvarande ordförande, Lars Wiklund, vara representant.

Att bilda EU har inte enbart varit ett politiskt arbete utan olika harmoniseringsprogram har krävts för att kunna tillämpa s.k. rörlig arbetskraft. UEMS arbetade initialt med att definiera läkarutbildningens längd och innehåll och UEMS/anestesi fick sedan ta fram

hur specialistutbildning skulle se ut för att vara jämförbar. Detta arbete låg före min sejour i delegationen.

De frågor som vi sysslat med de senaste åren har varit att definiera/beskriva områden som ligger inom vår specialitet. Exempelvis har delegationen kunnat enas om definitioner, utbildning inom samt kvalitetsnivåer i områden som: "conscious sedation, PACU, pain control" och till viss del "education". Delegationens rapporter har publicerats i EJA (18: 563-571, 2001) eller är under publicering. Frågor som för tillfället är aktiva är: "education /teaching skills, manpower/anaesthesia nurses, CME/CPD, emergency medicine".

Intensivvården har varit ett särskilt kapitel. Den skandinaviska modellen att detta ligger inom vår specialitet gäller inte generellt över EU. Kirurger, lungmedicinare och pediatriker försöker göra inbrytningar. Efter gott politiskt arbete, genom att skapa en Joint Committee on Intensive Care med dessa specialiteter har vi lyckats få gehör och kunnat ändra vår delegations namn till "Section and Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care"

Ett spännande arbete som delegationen sysslar med är att förbereda kommande medlemsländers harmonisering. Utbildningens innehåll och specialistbehörighet för Polen och de baltiska länderna är klar att implementeras vid deras officiella medlemskap. Vi arbetar nu med Sloveniens kommande medlemskap och i januari i år var UEMS/anestesi inviterade till Ljubljana för att ta del av deras anestesiutbildning samt genomföra en "inspektion".

På bild 1 ses den grupp som besökte Ljubljana. Sittande från vänster ses Hans Knappe (sekreterare), Holland, förre ordföranden i UEMS/anestesi Simon de Lange, Holland, nuvarande ordförande William P. Blunnie, Irland, prof. Vesna Paver-Erzen, Ljubljana (värd för mötet) och delegationens vice ordförande Mogens Hüttel, Danmark. Delegationen i arbete vid besöket visas på bild 2.

Jag har med denna korta rapport velat ge en bild av vad vår förening utför på den europeiska arenan.

Christer Carlsson  
Malmö

# FÖRSLAG TILL NYA STADGAR



## FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD



1. Föreningen utgör en svensk sammanslutning av läkare verksamma inom: anestesi och intensivvård, anesthesiologisk smärtdiagnostik och behandling, ambulanssjukvård eller annan anesthesiologisk verksamhet.



2. Föreningens ändamål är att främja kontinuerlig kunskapsbaserad utveckling inom anesthesiologisk verksamhet i Sverige genom att

- verka för erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan kliniskt verksamma anesthesiologer,
- tillhandahålla kontinuerlig efterutbildning för kompetensutveckling efter uppnådd specialistkompetens,
- ange mål och innehåll för specialistutbildningen,
- uppmuntra och stödja anesthesiologisk forskning och utgöra forum för vetenskapligt utbyte,
- utveckla nationella standard- och kvalitetsmått för anesthesiologisk verksamhet,
- särskilt beakta anesthesiologens betydelse för ledning av anesthesiologisk verksamhet,

- främja internationell samverkan,
- under läkarutbildning och allmän-tjänstgöring (AT) förmedla kunskap om specialiteten Anestesi och Intensivvård,
- stödja och utveckla system för att mäta resultat av anesthesiologisk verksamhet.

Föreningen skall tillvarata medlemmarnas fackliga och ekonomiska intressen samt verka för jämställdhet.



3. Föreningen utgör Svenska Läkaresällskapets sektion för anestesi och intensivvård och är specialitetsförening i Sveriges Läkarförbund.

Som Svenska Läkaresällskapets sektion för anestesi och intensivvård ombesörjer föreningen föredrag vid Sällskapets sammankomster i överensstämmelse med den för Sällskapet gällande arbetsordningen samt avger utlåtande och handlägger ärenden som hänskjutits till sektionen. Vid handläggning av sådana ärenden som berör annan (andra) sektion(er) i Sällskapet skall samråd med denna (dess) ske. Som Sveriges Läkarförbunds specialitetsförening i anestesi och intensivvård avger föreningen utlåtande och handlägger ärenden som av Läkarförbundet hänskjutits till föreningen.



4. Ansökan om medlemskap skall göras på särskilt formulär till facklige sekreteraren. Styrelsen beslutar om inval. Styrelseledamot skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund. Övriga medlemmar - om därtill behöriga - bör vara ledamöter av Sällskapet och Läkarförbundet. Fullvärdigt medlemskap innefattar med automatik även medlemskap i The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI), medan nationellt och associerat medlemskap ej omfattar medlemskap i SSAI. Till nationell medlem kan inväljas läkare inom anesthesiologisk verksamhet. Till associerad medlem kan inväljas annan medicinsk yrkesutövare eller företrädare till disciplinen närstående verksamhet. Medlem som önskar utträda ur föreningen skall skriftligen anmäla detta till facklige sekreteraren. Styrelsen beviljar utträde. Medlem, som oaktat två påminnelser under ett år underlåtit att betala årsavgift, anses ha utträtt ur föreningen. Medlem som ändrar adress har själv att meddela detta till facklige sekreteraren. Medlem vilkens adress är okänd undandras från föreningens sändlista intill dess korrekt adress erhålles. Om korrekt adress inte erhållits under ett år anses ansökan om utträde föreligga.

§ 5. Till hedersledamot kan föreningens årsmöte, på förslag av styrelsen, kalla svensk eller utländsk person, vars insatser varit av utomordentlig betydelse för utvecklingen inom svensk anesthesiologisk verksamhet. Hedersledamot är befriad från årsavgift. Medlem som gått i pension får efter anmälan till facklige sekreteraren en reducerad avgift.

§ 6. Föreningens styrelse består av ordförande, vice ordförande, vetenskaplig sekreterare, facklig sekreterare, redaktör, skattmästare och fyra styrelseledamöter. Val av styrelse sker vid årsmötet. Endast fullvärdiga medlemmar är valbara. Ordförande, vice ordförande, vetenskaplig sekreterare, redaktör och skattmästare väljes på 3 år, övriga ledamöter på ett år. Val av ordförande, vetenskaplig sekreterare och skattmästare bör förläggas till skilda år. Ordförande, vetenskaplig sekreterare och skattmästare bör efter respektive mandatperiod kvarstå som övrig ledamot av styrelsen under ett år. Styrelsen är gemensamt ansvarig för föreningens medel. Firma tecknas av ordföranden och skattmästaren var för sig.

§ 7. Styrelsen håller protokollförda sammanträden på kallelse av ordföranden.

Styrelsen är beslutsmässig när minst halva antalet styrelsemedlemmar är närvarande. Ordföranden är skyldig sammankalla styrelsen om minst två ledamöter gör framställan därom. Omröstning är öppen om ej annat begärs. Vid lika röstetal äger ordföranden utslagsröst. Ärende kan avgöras vid sammanträde per capsulam om samtliga styrelseledamöter är ense om beslutet. Vid föreningsförhandlingar skall protokoll föras och justeras av ordföranden och två vid ifrågasvarande tillfälle valda justeringsmän. Beslut i ärende, som berör för Sällskapet gemensamma angelägenheter, skall snarast delges Sällskapets nämnd.

§ 8. Förslag till val som skall förrättas vid föreningens årsmöte upprättas av en valberedning bestående av tre fullvärdiga medlemmar. Som regel skall en av dessa vara närmast föregående ordförande som inte längre sitter i föreningens styrelse.

§ 9. Föreningens räkenskapsår omfattar tiden 1 juli - 31 juni.

Föreningens årsmöte äger rum inom sex månader efter räkenskapsårets utgång på dag som bestäms av styrelsen. Under årsmötet föredrages verksamhets- och revisionsberättelse, fastställs årsavgiftens storlek, beslutas om ansvarsfrihet för styrelsen, behandlas ärenden som styrelsen förelagt mötet eller som medlem anmält till styrelsen senast två måna-

der före mötet samt väljs styrelseledamöter, två revisorer och en suppleant för dessa jämte representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa. Dessa senare väljs för två år. Fullmäktigerepresentant (suppleant) skall vara ledamot av Sällskapet. Av fullvärdiga medlemmar väljs med en mandattid på 4 år tre representanter till SSAI (en styrelseledamot i SSAI, en ledamot av kvalitetsutskottet samt en ledamot av utbildningsutskottet). Omval kan ske för ytterligare en period om två år. Dessutom utses valberedning av årsmötet. Skriftlig kallelse till årsmötet utsänds till medlemmarna minst en månad i förväg. Fråga eller frågor som sektionen skall uppföra på full-



mäktigemötets arbetsordning för Svenska Läkaresällskapet bör behandlas på ordinarie möte med sektionen och tillställas Sällskapets nämnd minst två månader före ordinarie fullmäktigemöte. Extra föreningsmöte må av styrelsen sammankallas när styrelsen så finner nödvändigt eller minst tjugo medlemmar så påkallar.



10. Omröstning vid val sker öppet, då ej annat begärs. Vid lika röstetal avgörs val genom lottning. Andra frågor avgörs, därest omröstning begärs, genom öppen sådan. Vid lika röstetal gäller då den mening som biträds av ordföranden vid sammanträdet.



11. Ledamot av Svenska Läkaresällskapet eller Sveriges Läkarförbund, vilken ej är föreningsmedlem, äger tillträde till föreningens sammanträden med rätt att delta i förhandlingarna men ej i föreningens beslut. Detta gäller även associerad medlem. Föreningsmedlem skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet för att kunna delta i beslut om speciella frågor, som avses i paragraf 3, samt av Sveriges Läkarförbund för att kunna delta i beslut i speciella frågor, som avses i paragraf 3, sista meningen. Avgiftsbefriad medlem och associerad medlem äger ej rätt att delta i föreningens beslut.



12. Beslut om ändring av dessa stadgar kan endast äga rum på årsmötet. Skriftligt förslag om ändring insänds minst två månader före årsmötet till styrelsen. Förslag till stadgeändring skall, åtföljt av styrelsens yttrande däröver, tillställas medlemmarna samtidigt med kallelse till årsmötet. För ändring fordras att minst 2/3 av de vid mötet närvarande medlemmarna är ense om beslutet. Beslutad ändring träder i kraft sedan Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund godkänt densamma.

Förslag till årsmötet för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård 27 november 2002.



- Med bred dokumentation vid svåra smärtor

- **Effektivt** <sup>(1,2)</sup>
  - vid behandling av svåra opioidkänsliga smärtor hos patienter med såväl icke cancerrelaterade som cancerrelaterade smärtor
- **Enkelt** <sup>(3)</sup>
  - startdos 10-20 mg x 2 för opioidnaiva patienter
  - utsättning direkt i doser upp till 60 mg/dygn
- **Säker långtidsbehandling** <sup>(4)</sup>
  - över ett års behandling utan gradvis ökande doser

Smärtföretaget Mundipharma • Mölndalsvägen 26 • 412 63 Göteborg • Telefon: 031-773 75 30 • Telefax: 031-773 75 49 • [www.mundipharma.se](http://www.mundipharma.se)

Källor: 1. Watson et al., Neurology 1998;50:1837-1841. 2. Muccio-LoRusso et al., European Journal of Pain 1998;2:239-249. 3. Fass-02. 4. Roth et al., Arch. of Int. Med. 2000;160:853-60.

Vid långvarig svår opioidkänslig smärta såsom smärta vid cancer. ♦♦♦ Beroendeframkallande medel. lakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. ▲ Trafikvarning: Vid behandling med OxyContin® kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t.ex. vid bilkörning. 10, 20, 40 och 80 mg slow-release tabletter i förpackningar om 28 och 98 st.

©: OXYCONTIN är ett registrerat varumärke

**DEN NYA GENERATIONENS  
SPECIFIKA COX-2 HÄMMARE  
FRÅN PHARMACIA**

# **DYNASTAT<sup>®</sup>**

## **Kraftfull smärtlindring utan förlängd blödningstid**

◆ **Effektiv analgesi:**

40 mg IV/IM-dos är lika effektivt som ketorolak i max-dos<sup>1</sup>

◆ **Verkar snabbt och varar länge:**

Märkbar smärtlindring inom 7 till 13 minuter efter IV/IM dos  
– upp till 12 timmars effekt<sup>1</sup>

◆ **Ingen påverkan på blödningstiden:**

COX-2 specifik hämning innebär ingen effekt på  
trombocytfunktionen eller blödningstiden<sup>2</sup>

Indikation: Korttidsbehandling  
av postoperativ smärta.

1. Cheer. Drugs 2001;61 (8).

2. Noveck et al. Clinical Drug Invest 2001;21 (7)

Förpackningar: 10 inj flaskor à 40- och 20 mg för spädning.

Dosering: Initial dos 40 mg IV/IM. Vid behov följt av

20-40 mg var 6:e till 12:e timme

För ytterligare information se FASS.



**Dynastat<sup>®</sup>** IV/IM  
PARECOXIB

**- den första injicerbara COX-2 hämmaren**

*Kallelse samt Dagordning till*

# Årsmöte

*för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård*

Tid: 14.00 – 16.00

ONSDAGEN DEN 27 NOVEMBER, 2002

Plats: Svenska Läkaresällskapets Riksstämma  
Svenska Mässan, Göteborg Sal F2

1. Mötet förklaras öppnat.
2. Val av mötesordförande.
3. Val av justeringspersoner.
4. Godkännande av dagordning och kallelse.
5. Godkännande av föregående mötesprotokoll.
6. Godkännande av verksamhetsberättelse, 2001-2002.
7. Rapporter från referensgrupper och styrgrupper.
8. Ekonomisk redovisning av kassören.
9. Revisionsberättelse.
10. Beslut om ansvarsfrihet för styrelsen.
11. Val av styrelseledamöter. Val av två föreningsrevisorerna samt en suppleant. för dessa jämte representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa samt valberedning Val av styrelseledamoten i SSAI.
12. Fastställande av årsavgift.
13. Rapport från facklige sekreteraren.
14. Rapport från redaktören.
15. Diskussion och beslut rörande förslag till stadgeändring.
16. Styrelsens fokusfrågor. Information och diskussion.
17. Övriga frågor.
18. Mötet förklaras avslutet.

*Lars Wiklund ordförande*



NYHET

## Angrip infektionen, inte patienten

**Caspofungin** är ett nytt antimykotikum, det första i klassen echinocandiner.

**Caspofungin** har en unik verkningsmekanism – angriper specifikt svampens cellvägg.

Preparatet har väldokumenterad effekt i kombination med en fördelaktig biverkningsprofil\*. Kort sagt; **Caspofungin** angriper infektionen, inte patienten.

**Caspofungin** MSD

\*vid invasiv aspergillos



MSD

Tel: 08-626 14 00 • Besök oss på:  [msd.my.yahoo.se](http://msd.my.yahoo.se)

Caspofungin MSD. Antimykotikum (echinocandin) för systemiskt bruk med effekt på svampens cellvägg. Ampuller 50 mg och 70 mg.

# RIKSSTÄMMO

## ONSDAGEN DEN 27 NOVEMBER

Sal F 2 08.30 – 10.00

**Vägen till specialistkompetens - mot bättre vetande.**

Moderator Emma Pontén. Deltagare: Mikael Bodelsson, Gunilla Islander, Lars Wiklund och Johan Pontén.

Sal ? 10.15 – 12.15

**Allmänna mötet. Akut-sjuk-vård.** Moderator Dag Lundberg. Deltagare Ola Stenqvist m. fl.

Sal F 2 13.00 – 13.45

**Gästföreläsning. Salt, water and cerebral edema.**

Professor Desmond Bohn, Hospital for Sick Children, Toronto, Kanada

Sal F 2 14.00 – 16.00

**ÅRSMÖTE** för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård.

Sal A 3 16.30 – 18.00

**Symposium: Akut gastrointestinal blödning.**

Moderator Christer Stael von Holstein.

Sal F 4/5 16.30 – 18.00

**Symposium: Akut omhändertagande av diabetespatienten – ett multidisciplinärt perspektiv.**

Moderator Elisabeth Björk.

## TORSDAGEN DEN 28 NOVEMBER

09.00 – 17.00 **POSTERUTSTÄLLNING**

Postersession med presentation och diskussion vid utställningen arrangeras kl. 16.00 – 16.30

Sal K 3 08.30 – 10.00

**Symposium: Akut omhändertagande vid anafylaxi.**

Moderator Janne Björkander.

Sal K 1 08.30 – 10.00

**Symposium: Massiva obstetriska blödningar.**

Moderator Margaret Hellgren.

Sal F 2 10.30 – 12.00

**Sektionssymposium: Narkosläkaren på salen eller i korridoren?**

Moderator Eva Bålfors. Deltagare: Gunnar Gren, Gunnar Nordberg, Gunilla Odensjö

Sal F 2 13.00 – 13.45

**GÄSTFÖRELÄSNING. Torsten Gordhs Högtidsföreläsning:**

Professor Per Rosenberg, Helsingfors, Finland.

Dosering av lokalanestetika

- effektiv dos - rekommenderad maximal dos - toxisk dos.

Sal F 2 14.00 – 15.30

**Sektionssymposium: Kommer intensivvården för sent?**

Moderator Lars Berggren. Deltagare: Hans Friberg, Rafael Kavati, Klas Bennegård.

16.00 – 16.30 **Postersession.** Samling vid utställningen för presentation och diskussion.



# PROGRAM 2002

## FREDAGEN DEN 29 NOVEMBER

Sal F 2 08.30 - 10.00

**Sektionssymposium:**

**Nyheter inom brännskadevården.**

Moderator: Folke Sjöberg.

Deltagare: Fredrik Huss, Plastikkirurg,  
Mimmi Willebrand, Gunnar Kratz.

Sal F 2 10.30-11.30

**Gemensamt med sektionen för thoraxkirurgi:**

**Sektionssymposium: Pro Con diskussion:**

**Fast track hjärtkirurgi med TEDA.**

Moderator Anders Jeppsson. Pro: Vigdis Hansdottir,  
Con: Jan van der Linden, Huddinge.

Sal F 4/5 10.30-12.00

**Symposium: Ja är ja och nej är nej och däremellan  
intet? Respekterar sjukvården den avlidnes inställning  
till organtransplantation?** Moderator: Annika Tibell.

Sal B4 13.00 - 14.30

**Sektionssymposium: Jet-ventilation - ånyo högaktuellt.**

Moderator: Per Nellgård. Deltagare: Jan Hallén, Gunnar  
Lindberg, Johan Ullman och Per-Arne Lönnqvist



Kallelse till

# Bolagsstämma

i SFAI Verksamheter AB

2002-11-27, direkt efter SFAI:s årsmöte.

Svenska mässan i Göteborg,  
sal F2; i samma lokal som SFAI:s årsmöte.

1. Val av ordförande
2. Upprättande och godkännande av röstlängd
3. Val av justeringsman
4. Godkännande av kallelseförfarande
5. Framläggande av årsredovisning och revisionsberättelse
6. Beslut om:
  - a. fastställande av resultat- och balansräkning
  - b. dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust enligt balansräkningen
  - c. ansvarsfrihet för styrelsen
7. Fastställande av arvode åt revisorn
8. Val av styrelse och revisor
9. Övriga ärenden som i behörig ordning hänskjutits till stämman.  
Ärenden skall vara SFAI:s styrelse tillhanda senast två veckor före stämman.

*Gunnar Enlund*

*Ordförande i SFAI Verksamheter AB.*

# Adekvat anestesidjup, optimal sedering?

Dan-Sjö Medical AB lanserar en ny modul, **BIS-XP**, till Datex-Ohmeda S/5 system.



BIS är ett registrerat varumärke för Aspect Medical Systems Inc, USA

BIS-XP modulen är avsedd för användning inom anesthesi och IVA.

BIS-XP har en helt ny artefakt programvara vilket gör den lämplig att använda på IVA patienter.

All information lagras i trendminnet på S/5 monitorn.

BIS-XP finns även som fristående monitor. *Aspect A-2000XP*

Vi erbjuder introduktionserbjudande på modul och elektroder.

Vill ni veta mer?

Kontakta oss för information.



Tel: 08 564 80 960  
Fax: 08 98 11 30  
[www.dansjo.se](http://www.dansjo.se)



# Protokoll

FÖRENINGSMÖTE SFAI 2002-09-09

## PRELIMINÄRT PROTOKOLL

Protokoll från Föreningsmöte i Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård  
Tid: Torsdagen den 22 augusti 2002  
kl 13.15-14.45

Plats: Hjalmar Bergmanteatern, Örebro  
Kongresscenter, Örebro

§ 1. Ordföranden Lars Wiklund förklarade föreningsmötet öppnat.

§ 2. Lars Wiklund valdes till mötesordförande.

§ 3. Anne Gro Egeland och Mats Halldin valdes till justeringspersoner.

§ 4. Kallelse samt dagordning godkändes.

§ 5. Protokoll från årsmötet under Riksstämman i Stockholm 2001 godkändes.

§ 6. Ekonomisk rapport från kassören. Föreningen SFAI och SFAI Verksamheter AB har bägge haft ett positivt resultat för verksamhetsåren. Fortfarande noteras ett sjunkande medlemstal i föreningen. Informerades om att medlemsavgift i framtiden kommer att kunna betalas med hjälp av autogiro om så önskas.

§ 7. Facklige sekreterarens rapport. SFAI:s jämställdhetspolicy presenterades. Denna kommer att publiceras i tidningen i nästa nummer. Lönestatistik för anestesiloger och andra läkarkategorier presenterades. Planerna för projektet "Den goda kliniken" presenterades. Rapport i denna fråga kommer att föreläggas i samband med Riksstämman i Göteborg.

§ 8. Rapport från redaktören. Två nummer av tidningen kommer att utkomma i höst, den 15 oktober och 15 december. Innehållet presenterades.

§ 9. Årets Riksstämmoprogram presenterades.

§ 10. Specialistutbildningen. Emma Pontén informerade om nästa års SK-kursprogram. KVASt-gruppens verksamhet presenterades. Informerades om att riktlinjer för specialistutbildningen kommer att tas fram. Nya SPUR-inspektioner planeras i landet.

§ 11. Anestesi- och intensivvårdsforskning. Frågan har diskuterats vid ett symposium under SFAI-veckan. Betonades att forskning är en angelägenhet inte bara för forskande läkare på universitetssjukhus och andra sjukhus utan även för alla kliniker inom specialiteten. Föreslogs att vetenskaplig produktion och avhandlingar skall uppmärksammas mer i tidningen. Informerades om att avhandlinglicensiat kan vara en bra nåbar nivå för yngre forskare.

§ 12. Styrelsens förslag vad gäller medlemskap i SFAI/SSAI. Förslaget presenterades. Kommer att publiceras i nästa nummer av tidningen. Förslaget diskuterades. Magnus Hägerdal och andra ansåg att förslaget var bra förutom paragraf 6 där det framgår att endast fullvärdiga medlemmar i SFAI är valbara till föreningens styrelse. I övrigt kon-



staterades att associerat medlemskap även i fortsättningen är en möjlighet, inte bara för andra medicinska yrkesutövare utan även för icke läkare, t ex personer från läkemedelsindustrin.



### 13. Övriga frågor.

#### A. Styrelsens fokusfrågor.

1. Dialogen med medlemmarna
2. Forskningsfrågor
3. Utbildningsfrågor
4. Arbetsmiljöfrågor
5. Hemsidan
6. Riktlinjer

Arbetet i arbetsmiljöfrågan fortgår i form av projektet ”Den goda kliniken”. Läget vad gäller undersökningar om narkosläkarens livslängd diskuterades. Den av Läkarförbundet beställda undersök-

ningen angående livslängd för narkosläkare som beställts från Statistiska Centralbyrån har ännu ej påbörjats. Kontakt kommer att tas med Läkarförbundet angående detta. Arbetet med SFAI:s riktlinjer presenterades av Hans Sellden.

B. Öppet forum. Under denna punkt på föreningsmötet gavs auditoriet möjlighet att ge synpunkter på styrelsens arbete. Flera talare önskar att SFAI skall ordna kurser i ledarskap, ledningsfrågor och arbetsorganisation specifikt för specialiteten. Kurserna skulle kunna bli en plantskola för att ta fram framtidens ledare inom specialiteten. Föreslogs att föreningen skulle ordna en postgraduate kurs i ledningsfrågor och frågan hänsköts till postgraduate gruppen.

C. SFAI-mötet i Huddinge/Stockholm 2003 presenterades av verksamhetschef

Bengt Eriksson. Mötet kommer att pågå under onsdag till fredag vecka 34 år 2003 med SK-kurser och postgraduate kurser under fredagen och lördagen denna vecka.



### 14. Ordförande Lars Wiklund förklarade föreningsmötet för avslutat.

Stefan Lundin  
Vetenskaplig sekreterare

Justeras:

Anne Gro Egeland  
Mats Halldin

# Verksamhetsberättelsen

för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård arbetsåret 2001 - 2002

## Medlemskap

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård hade 998 medlemmar vid utgången av verksamhetsåret; av dessa var 28 associerade medlemmar.

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård utgör en del-förening i The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI), är representerad i världsfederationen av anestesiföreningar (WFSA) samt i intensivvårdsfederationen (WFSICCM). Föreningen har fullt medlemskap i Union Européenne des Médecine Spécialistes (UEMS).

## Arbetsfördelning inom föreningen

Styrelse

Ordförande: Lars Wiklund, Uppsala

Vice ordförande: Sigga Kalman, Linköping

Vetenskaplig sekreterare: Stefan Lundin, Göteborg

Facklig sekreterare: Marie Rodling-Wahlström, Umeå

Redaktör, IT-ansvarig: Kai Knudsen, Göteborg

Skattmästare: Gunnar Enlund, Uppsala

Övriga ledamöter: Björn Biber, Umeå  
Emma Pontén, Uppsala,  
Hans Sellén, Stockholm  
Hans Sköld, Karlstad

Hedersordförande: Torsten Gordh, Sr, Stockholm

Styrelsen har under verksamhetsåret genomfört tio protokollförda sammanträden.

styrelsemöte	22 augusti	2001
styrelsemöte	24 augusti	2001
styrelsemöte	20 september	2001
styrelsemöte	1 oktober	2001 T
styrelsemöte	27 november	2001
styrelsemöte	28 november	2001
styrelsemöte	12 december	2001 T
styrelsemöte	24 januari	2002
styrelsemöte	25 mars	2002 T
styrelsemöte	27 maj	2002

(T= telefonkonferens)

## Styrgrupper och referensgrupper

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård har två styrgrupper och tio referensgrupper.

Sammankallande i respektive grupp är angiven.

SFAI's styrgrupp för SK-kurser  
Mikael Bodelsson

SFAI's styrgrupp för postgraduatekurser  
Hans Sellén

Referensgruppen för allmän anestesi  
Sigga Kalman

Referensgruppen för intensivvård  
Carl-Johan Wickerts

Referensgruppen för gynekologisk och obstetrisk anestesi  
Gunnar Dahlgren

Referensgruppen för thoraxanestesi och thoraxintensivvård  
Jan Hultman

Referensgruppen för prehospital vård/ambulanssjukvård  
Anna Notander (gruppen under ombildande)

Referensgruppen för neuroanestesi och neurointensivvård  
Bengt Nellgård

Referensgruppen för öron- och plastikanestesi  
Per Nellgård

Referensgruppen för barnanestesi och barnintensivvård  
Per Westrin

Referensgruppen för smärtbehandling  
Staffan Arnér

Referensgruppen för hyperbarmedicin  
Folke Lind

## Representation i SSAI

SSAI's styrelse:

Lars Wiklund och Dag Lundberg.

SSAI Educational Committee:

Hans Selldén.

SSAI Committee for Clinical Practice: Sigga Kalman.

## Huvudfrågor som drivits av styrelsen

Liksom under föregående verksamhetsår har narkosläkarens arbetsmiljö och livslängd varit en viktig fråga för styrelsen. Ytterligare kontakter har tagits med Arbetslivsinstitutet och andra myndigheter i frågan. Trots ett ofta stort intresse för läkarens och i synnerhet anestesilogers arbetsmiljö har emellertid inga konkreta resultat vad gäller handlingsplaner för att förbättra arbetsmiljön för oss framkommit. I ett möte i april med representant för vår arbetsgivare Landstingsförbundet, framkom till och med att några specifika åtgärder för att förbättra arbetssituationen för anestesiloger inte planeras från Landstingsförbundets sida. Åtgärder vad gäller arbetsmiljö skulle istället vidtagas mot alla personalgrupper inom sjukvården. Den vidare hantering av arbetsmiljöfrågan har efter detta diskuterats i styrelsen. Arbetet i frågan inriktas nu på att lokalt på de olika klinikerna förbättra situationen genom att SFAI skall ta fram riktlinjer för god arbetsmiljö inom ramen för projektet ”Den Goda Kliniken”.

Förhållandet SFAI-SSAI var fortsatt en central fråga för styrelsen även under verksamhetsåret. Under stor vända i styrelsen beslutades med knapp majoritet att anordna en rådgörande medlemsomröstning i frågan. Denna genomfördes i januari 2002 där en majoritet röstade för att SFAI skall inrätta möjlighet till ett associerat medlemskap för anestesiloger. Frågan har ytterligare behandlats av styrelsen och utmynnat i ett förslag till stadgeändring för föreningen som skall föreläggas årsmötet i november 2002.

Förslaget innebär att det i fortsättningen kommer att finnas tre medlemsnivåer inom SFAI: fullvärdig medlem som förutom medlemskap i SFAI även innebär medlemskap i SSAI, nationellt medlemskap som enbart innebär medlemskap i SFAI samt associerat medlemskap för icke anestesiloger med medlemskap enbart i SFAI. För nationella medlemmar innebär förslaget att förutom att man mister de förmåner och rättigheter som ingår i medlemskapet i SSAI kan man ej heller komma ifråga för resestipendier eller såsom styrelsemedlem. Man kan ej heller välja eller väljas till föreningens representant i SSAI.

Utbildningsfrågor har även detta verksamhetsår varit viktiga för styrelsen. Arbetet pågår i den sk KFAST-gruppen för att kvalitetssäkra ST-utbildningen. Detta skall ske genom att återskapa SPUR-inspektionerna av klinikerna, nationellt rekommendera godkänd träningskrivning som en del i en genomförd specialistutbildning samt att genomföra ackreditering av instruktörer/handledare. Ett viktigt arbete gjordes fortsatt också av SFAI's styrgrupp för ST som tillhandahåller av föreningen initierade SK-kurser. Styrelsen har även bevakat Socialstyrelsens översyn av de medicinska specialiteterna under ledning av utredaren Gudmar Lundqvist.

Ett antal andra viktiga frågor har också behandlats av styrelsen. Jämställdhetsfrågan har under året uppmärksammats och en jämställdhetspolicy har utarbetats och presenterats vid föreningsmötet i Örebro. Ett arbete har startats under ledning av Hans Selldén för att aktualisera och strukturera SFAI's riktlinjer. Detta är en viktig fråga eftersom myndigheternas riktlinjer i författningen för anestesi och intensivvårdsarbetet inte längre är aktuella utan har utgått. Det är därför viktigt för föreningen att själv ta fram riktlinjer för verksamheten inom vår specialitet.

Slutligen har en ny fokusfråga för styrelsen aktualiserats nämligen svensk anesthesiologisk och intensivvårdsforskning. Ett arbete pågår för närvarande inom styrelsen för att analysera situationen och utarbeta ett handlingprogram för att stärka forskningsroll inom specialiteten. Detta är en fråga som är viktig inte bara för forskningsverksamma anestesiloger utan för alla läkare verksamma inom vår specialitet.

## SFAI – kansliet

Under året har kansliets verksamhet inte förändrats påtagligt. Den största delen av arbetet rör medlemsavgifter och kontakten med SSAI angående medlemskap och ACTA:n.

## Medlemstidning

Under verksamheten har föreningens medlemmar nåtts av 4 nummer av Svensk Anestesi och Intensivvård (SFAI-tidningen). Tidningens ekonomi har varit i positiv balans.

## Övriga funktionärer

Revisorer: Nils Dahlgren och Helene Seeman-Lodding med suppleant Anders Jakobsson.

Valberedning: Christer Carlsson (sammankallande), Görel Nergelius och Torsten Gordh Jr.

Standardiseringsfrågor: Claes Mebius, Stockholm

Anestesikoder: Gunnar Enlund, Norrköping

Representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktige: Christer Carlsson, Görel Nergelius, Hans Selldén, Kai Knudsen. Suppleanter: Emma Pontén, Gunilla Odensjö, Jan Wernerman, Lars Wiklund.

Representant i Svenska Läkaresällskapets riksstämmodelagation: Rolf Sandin

Representant i Svenska Läkaresällskapets delegation för etik: Karin Norlén

Representant i Svenska Läkarförbundet: Marie Rodling-Wahlström

Konsultationsläkare: Henrik Zetterström

Vetenskapliga råd: Lars Wiklund, Hengo Haljamäe, Eva Bålfors och Lars Irestedt

Föredragande i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd: Börje Hallén, Karin Norlén

Svensk representant i Intensivvårdsfederationen: Lars Berggren

### **Stipendier**

SFAI har under verksamhetsåret 2001-2002 utlyst resestipendier med stöd från följande företag: Abbott Scandinavia AB, Aga Gas AB, Pfizer AB och Astra Läkemedel AB. SFAI vill särskilt tacka ovanstående samarbetspartner för det generösa bidraget till stipendierna.

### **Föreningens möten under arbetsåret**

Föreningsmöte den 23 augusti samt årsmöte den 28 november.

### **Riksstämman**

Föreningens Riksstämmaprogram var omfattande och bestod av fem symposier arrangerade av vår sektion med titlarna: "Preoperativ bedömning/optimering av högriskpatient – betydelse för vårdresultatet" med moderator Lennart Jivegård, "Orsaker dålig arbetsmiljö för tidig död för anestesio- loger? med moderator Torsten Gordh, "Misstag i vården - bestraffning eller haverikommission; moderator Ola Stenqvist, "Organdonation i Sverige en gemensam angelägenhet" med moderator Lars Bäckman samt "Obstruktiv sömnapné syndrom (OSAS) en anesthesiologisk utmaning med moderator Per Nellgård.

Tre utländska gästföreläsare medverkade också i vårt program nämligen Alain Forster, Geneve som presenterade synpunkter på hur åldrandet påverkar vår professionella karriär som anestesio- loger, Professor JJ Rouby höll en "state of the art" föreläsning om svår akut lungsvikt och Docent Bertil Widman som gjorde en historisk tillbakablick kring anesthesiologins tidiga utveckling i Sverige.

Under Riksstämman presenterades dessutom 11 vetenskapliga abstrakts i posterform med diskussion.

### **SFAI:s styrgrupp för ST**

#### **Mikael Bodelson**

SFAI:s styrgrupp för ST har under året 2002 bestått av Mikael Bodelsson, Lund (sammanställande), Emma Pontén, Uppsala, Hans Blomqvist, Stockholm, Gunnar Nordberg, Göteborg, Björn Lisander, Linköping och Sture Blomberg, Umeå.

Styrgruppen har samordnat 16 kurser för ST-läkare som ett komplement till Socialstyrelsens SK-kurser under 2002. Tre kurser har fått ställas in på grund av för få sökande. Dessutom föreligger en fullständig kurskatalog över styrgruppens

10 planerade kurser för 2003. Denna skickas ut till samtliga kliniker och ST-läkare. Kursutbudet för år 2003 baseras helt och hållet på de enkätundersökningar riktade till ST-läkarna som styrgruppen genomfört och kommer att råda bot på den överetablering av "fria" SK-kurser som rått under de senaste åren. En ny kartläggning av landets ST-läkare inom specialiteten har genomförts.

Under 2003 kommer den fria kursverksamheten att knytas hårdare till föreningen än tidigare. Bland annat kommer kursavgiften att differentieras mellan medlemmar och icke medlemmar i SFAI. Vidare kommer kursgivarna att, om de så önskar, mot en avgift få hjälp med kursadministration via SFAI:s kansli. Styrgruppen har tillsammans med skattmästare Gunnar Enlund utarbetat riktlinjer för detta.

### **Referensgruppen för thoraxanestesi**

#### **Jan Hultman**

#### **Mötesaktiviteter**

Föreningen har aktivt bidragit i planeringen och genomförandet av följande möten/kongresser:

- Svensk Hjärtförenings årliga möte denna gång i Malmö
- Det årliga svenska thoraxkirurgiska och thoraxanesthesiologiska mötet detta år i Karlskrona.

Svensk Hjärtförenings årliga möte har hittills lockat drygt 1000 deltagare med bred representation från alla specialiteter involverade i svensk hjärtsjukvård. Mötet är upplagt som en blandning av symposier/pro con debatter och posterpresentationer. Hög standard eftersträvas med goda inhemska och utländska föreläsare.

Det årliga mötet för thoraxkirurgi och thoraxanestesi är fokuserat kring våra svenska förhållanden med postgraduate utbildning och kliniska nyheter. Dessutom presenteras några avhandlingar som lagts fram under året.

#### **Som referensgrupp**

SFTAI är representerat i den arbetsgrupp inom Socialstyrelsen som utreder den svenska hjärtsjukvårdens organisation och verksamhet. Inom den Svenska Hjärtföreningens centrala organisation finns representanter för föreningen. En specialgrupp inom den Svenska Hjärtföreningen är konstituerad för att se över organisation, verksamheten och samarbets- möjligheter för hjärtintensivvården i Sverige. I denna grupp finns 3 representanter från SFTAI.

#### **Utbildning**

Thoraxanestesi på Karolinska gav en kurs i thoraxanestesi under året. I övrigt har styrelsen inom SFTAI kunnat konstatera att behovet av SK kurser med inriktning mot thoraxanestesi har haft svårt att locka deltagare. Behovet av postgraduate kurser för thoraxanesthesiologer bedöms däremot att vara något att satsa på men med thoraxanesthesiologer i Skandinavien som målgrupp. Det svenska underlaget, ca 100 thoraxanesthesiologer, bedöms som alltför litet.

#### **Forskning**

Under året har vi i styrelsen diskuterat ett ökat samarbete inom klinisk forskning mellan landets enheter för att lättare samla tillräckligt stora kliniska material. Det har utmynnat i

ett projekt kring Levosimendan som vi hoppas starta under hösten 2002.

### Hemsidan

Föreningen har en egen website: [www.sftai.org](http://www.sftai.org). Hemsidan har utvecklats mycket under det gångna året och innehåller många länkar och även rapporter/nyheter/fallbeskrivningar från landets thoraxanestesi-kliniker.

### Referensgruppen för allmän anestesi

#### Sigga Kalman

Referensgrupp för allmän anestesi har under året deltagit i arbetet för att revidera SFAI:s tryckta riktlinjer.

Initiala deltagare i detta arbete har varit Claes Lennmarken, Ola Stenqvist, Lena Nilsson, Lars Wiklund, Jan Hallén, Michael Lagerkrantz, Gunnar Enlund, Björn Holmström, Rolf Sandin, Lars I Eriksson, Jan Jakobsson och jag. Gruppen har haft ett telefonmöte där stukturen för arbetet beslutats. Delar av gruppen har även deltagit i ett möte på Rik-

stämman för denna diskussion. Grupper har bildats för de olika riktlinjerna och ytterligare högkompetenta anesthesiologer har knutits till arbetet. På vår grupp föll arbetet med riktlinjer för fasta inför anestesi (Eriksson), basal övervakning vid anestesi och intravenös sedering (Lennmarken), dokumentation av perioperativt anestesiarbete (som föreslås döpas om till perioperativt anestesiarbete, denna riktlinje kommer även innehålla riktlinjer till återhämtning efter anestesi och dagkirurgi) (Jakobsson), epidural/intrathekal opioid behandling för postoperativ smärta (Holmström), ryggbedövning och trombosprofylax (Lagerkrantz), och slutligen riktlinjer för registrering av anestesiarbete (Nilsson). Sammanfattande i grupperna är angivna i parentes. Gruppen för registrering av anestesiarbete har fått ekonomiskt bidrag från SFAI för att kunna träffas. Detta har skapat en utmärkt möjlighet för gruppen att ge sig i kast med ett så stort och omdiskuterat område som vad ska registreras och hur. Arbetet har under året fortskridit i grupperna om än i något långsammare takt än initialt planerat. Under kommande år hoppas vi kunna lägga fram förslag till revidering.





## Referensgruppen för intensivvård

### Carl Johan Wickerts

Gruppens medlemmar under 2001 har varit Christina Gri-vans, Karlstad; Stefan Lundin, Göteborg; Ola Winsö, Umeå; Sten Walther, Linköping; Hans Blomqvist, Stockholm; Peter Dahm, Lund och sammankallande Carl-Johan Wickerts, Stockholm.

Gruppens verksamhet kan även under 2001 indelas i tre huvudfrågor, postgraduate kurs i intensivvård, tillskapande av ett nationellt kvalitetsregister för intensivvård och att stödja det nybildade skandinaviska forskningsnätverket.

Referensgruppen för intensivvård har sedan 1997 anordnat en årlig postgraduate kurs som internat under hösten. Kursen har varit mycket uppskattad och med mycket god uppslutning både hos intensivvårdsintresserade anestesiologer och sponsorer. 2001 års kurs höll en minst lika bra klass som tidigare år trots sena mässfall som följd av händelserna den 11:e september. I kurskritiken framkom, som även tidigare år, att man helst vill se kursen anordnad under vardagar i stället för över en helg. Referensgruppen beslöt att 2002 skall kursen hållas onsdag lunch till fredag lunch, 6-8 november, för att senare utvärdera om detta är mer uppskattat. Hans Blomqvist och Carl-Johan Wickerts ansvarade för kursen 2001 och 2002 kommer Hans att själv ansvara för postgraduate kursen i intensivvård.

Svenska intensivvårdsregistret SIR bildades som en intresseförening med en interimistisk styrelse med 9 st medlemmar där Stefan Lundin är ordförande och John Mälstam sekreterare. Vidare utsågs Göran Karlström, Kristianstad, till exekutivt ansvarig och en IT och en FoU grupp bildades. Ytterligare information finns att hämta på SIR:s hemsida, [www.icuregsw.se](http://www.icuregsw.se). Första ordinarie årsmöte i SIR kommer att hållas i samband med postgraduate kursen i intensivvård på Sästaholm förmiddagen den 6 november 2002.

Scandinavian Critical Care Trails Group (SCCTG) har nu tagit form och hitintills har denna skandinaviska grupp träffats vid tre tillfällen, vintern -01 i Hemavan, hösten -01 i Köpenhamn och vintern -02 i Åre. Någon studie har redan genomförts i SCCTG:s namn och flera är på gång. Även om denna skandinaviska grupp inte helt är SFAI:s referensgrupp för intensivvårds verk så har vi en mycket stor del i att den nu existerar. I framtiden kommer dock detta skandinaviska forskningsnätverk att leva sitt eget liv utan någon direkt koppling till någon annan organisation.

## Referensgruppen för obstetrisk anestesi och obstetrisk intensivvård

### Gunnar Dahlgren

Årligen hålls ett efterutbildningsmöte som är öppet för alla anestesiologer och obstetrikere med intresse för obstetrisk anestesi. I samband med detta möte hålls ett kort årsmöte då omröstning sker om utseendet av referensgruppen för det kommande året.

Årets efterutbildningsmöte som var det tionde i ordningen hölls på Högbo Bruk utanför Sandviken 25-26 april. Mötet samlade liksom tidigare år anestesiologer representerande en absolut majoritet av landets förlossningar vilket ger mötet en hög "impact-faktor".

Arbetet med att omarbete och publicera SFAI:s riktlinjer under ledning av Hans Sellén har inletts.

Några remissärenden från SFAI:s styrelse har ej inkommit under det gångna verksamhetsåret, vilket skulle kunna tolkas som att obstetrisk anestesi i Sverige idag har en väl fungerande struktur.

Efter det senaste årsmötet i april -02 har referensgruppen följande utseende: Gunnar Dahlgren (ordförande, Stockholm), Andreas Harsten (Kristianstad), Lars Irestedt (Stockholm), Susanne Ledin-Eriksson (Gävle), Eva Nordenskjöld (sekreterare, Skövde) samt Christina Raner (Göteborg).

## Referensgruppen för smärtbehandling

### Staffan Arnér

Från referensgruppen för smärtbehandling kan följande rapportereras från det senaste året:

Referensgruppen för smärtbehandling har under året utlovat en revision av riktlinjerna för postoperativ behandling med spinala opioider där också de fettlösliga är inkluderade. Det kommer att bli Narinder Rawal, som producerar detta dokument. Detta speciellt som han också har stark referens till områdets utveckling internationellt.

Under året har dokumentet "Behandling av postoperativ smärta, riktlinjer och kvalitetsindikatorer" publicerats i serien Svensk medicin, Gothia nr 70 från det Medicinska kvalitetsrådet med medverkan av referensgruppen. Narinder Rawal har varit ordförande och Staffan Arnér och Gunnar Olsson har representerat referensgruppen.

Utöver oss har sjuksköterskorna Renée Allvin och Ewa Idvall från Riksföreningen mot smärta deltagit. Från kirurgin har Bo Anzén representerat obstetrik och gynekologi, Bertil Hamberger kirurgi och Karl-Åke Jansson ortopedi.

Dokumentets innehåll anvisar riktlinjer i form av patientinformation, smärtskattning dokumentation, smärtbehandlingsprinciper, dagkirurgi, barn och postoperativ smärta, personalutbildning samt organisation och kvalitetsindikatorerna för uppföljning och utvärdering av smärtbehandling är inlagda tillsammans med lämpliga referenser. Dokumentet kan sannolikt hämtas från nätet från Svenska läkaresällskapet och serien Svensk medicin i samarbete med förlagshuset Gothia AB.

Referensgruppen har också åstadkommit ett reviderat dokumentet kring smärtbehandling i livets slutskede där gruppen representerats av Staffan Arnér som huvudansvarig för hela dokumentet i samverkan med Christina Bolund, professor emeritus Björn Meyerson, överläkare Gunnar Eckerdahl och professor Thomas Hedner. Lars Johansson vid Socialstyrelsens enhet för medicinteknik ansvarar för avsnitten om medicinteknik och Socialstyrelsens representant i arbetet och ansvarig för det slutgiltiga manuskriptets utformning har varit medicinalrådet Mats Ribacke.

I dokumentet har också det som tidigare benämndes "terminal sedering" tagits upp under termen "lindrande sömn" (sid 46). Utvecklingen av denna viktiga del och eventuell behov av att konsultera anestesiologin behöver ytterligare belysning och Staffan Arnér följer denna utveckling. Läkaresällskapet har under året haft sammankomster i denna fråga och ett slutdokument kommer sannolikt att produceras inom inte alltför avlägsen tid.

Även detta dokument kan tas ner från nätet eller beställas från Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm och bör kanske inköpas till samtliga vårdavdelningar där cancerpatienter framför allt vårdas men också till palliativmedicinska organisationer i hela vårdkedjan från sjukhusen till hemmet.

Referensgruppen har också konstaterat att utvecklingen avseende behov av smärtekonsulter i landet inom anesthesiologin har skapat frustration och på vissa håll behov av starkt reducerad service

Smärthandikappets utveckling till att idag vara den största folksjukdomen, alla kategorier, har då innefattat behov av att reducera insatserna till den behandlingsbara smärtan, vilket som regel betyder ett fokus på den postoperativa, posttraumatiska smärtutvecklingen samt smärta i samband med svår organisk sjukdom eller skada och i livets slutskede.

Referensgruppen finner detta som en rimlig strategi vid överbelastning och vi ser gärna att gruppen informeras om eventuella nedläggningar av verksamheter för att senare kunna formulera konsekvensbeskrivning i förhållande till tilldelade resurser. I övrigt följs utvecklingen också av Svenska läkares algologiska förening, som också kan utnyttjas i fortsatt opinionsbildning kring resursbehov och annat.

Från referensgruppen är både Staffan Arnér och Torsten Gordh styrelsemedlemmar och i denna förening kan vi konstatera att John Bonicas gamla rekommendation om multidisciplinaritet och multiprofessionell samverkan med hjälp av sjuksköterskor, sjukgymnaster, beteendevetare och rehabresurser i övrigt är en viktig del organisatoriskt.

I övrigt har Staffan Arnér medverkat till att den av Landstingsförbundet och Kommunförbundet i samverkan nyproducerade "Metodboken" kring smärtbehandling nu också innefattar rekommendationer kring organisation och metodik vid spinal smärtbehandling.

Smärtgruppen har genom Staffan Arnér också faktagranskat aktuell Handbok i hemsjukvård också utgiven på Gothia samt Cancerfondens senaste dokument om smärtbehandling vid cancer.

### **Referensgruppen för neuroanestesi och -intensivvård**

#### **Bengt Nellgård**

Det intima samarbetet med neurokirurger i Sverige som medlemmarna i SFNN har gör att undervisningar och rekapituleringskurser sker tillsammans med svensk respektive nordisk Neurokirurgisk Förenings möten. I maj har medlemmar från SFNN genomfört en temadag angående hjärnischemi för intensivvårdsläkare och neurokirurger. Denna var mycket välbesökt med ett 70 tal deltagare. Vi hade förmånen att ha både Dr Claudia Roberts från Texas, USA Tadeusz Wieloch från Lund och Sven-Erik Gisvold från Trondheim med oss. Det framkom bl.a. att även ledande neurokirurger nu anser att terapin med skallskador skall vara ICP- istället för CPP-orienterad, vilket sedan länge är gängse rutin i Sverige.

Alla Sveriges Neurointensivvårdsavdelningar (NIVA) samlas årligen två dagar där representanter från SFNN liksom neurokirurger diskuterar gemensamma spörsmål 2001 avhölls mötet i Linköping. I oktober 2002 skall mötet avhållas i Göteborg med följande tema: Spasmbehandling vid

subarachnoidalblödning samt behandling vid bakteriell meningit. Det sistnämnda temat tror vi är början till en gemensam policy för dessa svårt sjuka patienter som många avlider i en cerebral herniering.

Eftersom det i nuläget finns 2 ST-kurser i neuroanestesi/IVA under 2002-2003 har vi inte planerat en sådan under 2003. Däremot är det rimligt att hålla en postgraduatekurs för anestesibakjourer för "state of the art" inom omhändertagande.

### **Referensgruppen för öron och plastikanestesi: Svensk Förening för Anestesi vid ÖNH- och Plastikkirurgi (SFAÖP).**

#### **Per Nellgård**

Under verksamhetsåret har föreningen träffats vid SFAI-mötet i Lund och Riksstämman i Stockholm. Årsmötet hölls i samband med Riksstämman. Arbetet med målbeskrivning för ST-läkare inom ÖNH-anestesi har fortsatt. Föreningen ordnade ett Mini-symposium vid Riksstämman om "Obstruktivt sömnapné syndrom (OSAS) – en anesthesiologisk utmaning" och det blev ett välbesökt möte. Deltagarna var Johan Ullman, Jan Hallén och Hasse Ejnell, verksamhetschef ÖNH, Sahlgrenska Universitetssjukhuset med Per Nellgård som moderator. Arbetet med att ta fram ett handlingsprogram om OSAS och Percutan trakeotomi (PCT) pågår. Föreningen har stimulerat till ett ökat utbud av SK-kurser inom området svåra luftvägar.

Styrelsen har under året bestått av Per Nellgård - ordförande, Sahlgrenska, Johan Ullman – vice ordförande, KS, Jonas Åkeson – sekreterare, UMAS och ledamöterna Jan Hallén, USÖ, Gunnar Lindberg, Växjö, Hans Wermesjö, Karlstad, Yvonne Ricci, Lund.

### **Referensgruppen för barnanestesi och intensivvård:**

#### **Svensk Förening för Barnanestesi och Barnintensivvård SFBABI**

##### **Per Westrin**

Svensk Förening för Barnanestesi och Barnintensivvård har juni 2002 61 st medlemmar, varav en hedersledamot.

#### **SK-kurs**

Hans Selldén och medarbetare höll en SK-kurs i Barnanestesi/Barnintensivvård i september 2001 i Stockholm. Krister Nilsson och Kerstin I Sandström anordnade en extra SK-kurs i Barnanestesi i januari 2002 i Göteborg.

#### **SFBABI - internmöte**

SFBABI höll ett medlemsmöte på Grand Hotel, Saltsjöbaden i Stockholm 28-29 september i samband med SK-kursen i Barnintensivvård och Barnanestesi på Karolinska Sjukhuset. Till SFBABI-mötet hade Professor Jean-Marie Bertrand, Bryssel, inbjudits för att presentera ämnet "Strategies in HFV".

#### **Föreningsstämma**

Föreningsstämma hölls 29 november 2001 i anslutning till Riksstämman, Stockholm.

### **Kassaförvaltning**

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård har förvaltad föreningens medel.

### **Svensk Förening för Barnanestesi och Barnintensivvård:**

Styrelsen

Ordförande: Per Westrin, Lund

Sekreterare: Ulf Hildingsson, Stockholm

Kassör: Marga Brisman, Göteborg

Övriga ledamöter: Krister Nilsson, Göteborg  
Hans Selldén, Stockholm

Revisorer: Hans Feychting, Stockholm  
Karl-Erik Edberg, Göteborg (suppleant)  
Valberedning: Ninna Gullberg, Stockholm  
(sammankallande), Jan Gelberg, Lund

### **Referensgruppen för Hyperbarmedicin**

#### **Folke Lind**

SFAIs Referensgrupp för Hyperbarmedicin består av de anestesiologer som är ansvariga för klinisk hyperbar oxy-

genbehandling (HBO) vid respektive tryckkammare i Sunderbyn (Johan Wilhelmsson), Stockholm (Folke Lind), Karlskrona (Johan Douglas), Helsingborg (Christer Hammarlund), Göteborg (Per Arnell) och Uddevalla (Lars Spetz).

Under året har ett möte hållits i anslutning till Svenska Hyperbarmedicinska Sällskapets vårmöte 8-9 April, 2002 på Sahlgrenska sjukhuset/Östra sjukhuset. Vi arbetar på att uppdatera gällande indikationslista samt bedriva fortsatt arbete kring utbildning och säkerhet för infogande i SFAIs samlade riktlinjer.

SFAIs referensgrupp deltar också indirekt i tvåveckorskursen "Hyperbar- och dykerimedecin" som årligen (v. 46+47) genomföres i samarbete mellan Karolinska sjukhuset/institutet och Marincentrum, Navalmedicinska Sektionen. Kursen som ges enligt europeisk standard ger en grundläggande teoretisk kompetens inom dykerifysiologi/medicin och HBO behandling. Efter kursen skall deltagaren kunna diagnostisera och behandla dykolycksfall, utföra "fitness to dive" undersökningar samt under handledning delta i klinisk hyperbarmedicinsk verksamhet. Årets kurs är planerad till 11-22 november.



# Go Everywhere, Without Going Anywhere



## INFINITY EXPLORER

Time is short. Decisions can't wait. Get all of the information you need about your patient without leaving the bedside. Access vital signs, lab results, patient history, even radiology images – all without going anywhere. INFINITY EXPLORER™ critical care

workstation integrates the data you need on a single screen, at the point of care. You get more information faster, helping you deliver better patient care. Don't go anywhere without contacting Siemens. Visit [www.siemensmedical.se/sms/](http://www.siemensmedical.se/sms/)

A91004-ME000-Z04-5-01-7600

Siemens Medical Solutions that help

**SIEMENS**  
medical

INFINITY EXPLORER is not yet licensed in accordance with Canadian Device Regulations

# Det här med att behandla smärta – prata med oss på Abbott

**CHIROCAINE®**  
LEVOBUPIVAKAIN



## Regional Anestesi och...

Årlig återkommande utbildning i Regional Anestesi och Postoperativ Smärtlindring.

18–19 april 2002 (Stockholm)

10–11 april 2003 (Stockholm)

## ...Postoperativ Smärtlindring

Årligt återkommande utbildning i Postoperativ Smärtlindring. Kursen är inriktad för en smärtorganisation med smärtombud på vårdavdelningar.

22–23 mars 2002 (Göteborg)

21–22 mars 2003 (Stockholm)

  
**GEMSTAR®**



Abbott Scandinavia AB, Box 509, 169 29 Solna  
Tel 08-54 65 67 00, Fax 08-54 65 69 00

Operationsavdelningen

# – Konsten att bygga ett lag

Vad kan vi lära av andra organisationer?

Välkommen till ett heldagssymposium

Fredagen 6/12, 2002

Program:

- 8.00 – 9.00 Registrering, Jubileumsaulan ingång 59, Universitetssjukhuset MAS
- 9.00 – 9.10 Inledning och bakgrund. Per Brunkwall, överläkare
- 9.15 – 10.30 Laget betyder allt. Bengt Johansson, Svenska Handbollslandslagets coach
- 10.30 – 11.00 Kaffe
- 11.00 – 11.50 Vem passar till vad? Marianne Mörck, regissör/skådespelare, Malmö stadsteater
- 11.55 – 13.00 Att vara beroende. Gunnar Krantz, skeppare, team SEB
- 13.00 – 14.00 Lunch
- 14.00 – 14.50 Hur stärker man en svag länk? Barbro Fridén, Verksamhetschef, KK, Varbergs sjukhus
- 14.55 – 16.00 En ny verksamhet föds. Lena Munkhammar, sjukhusdirektör, Gävle Sandviken

Kontakta oss via [anestesikliniken.umas@skane.se](mailto:anestesikliniken.umas@skane.se) för broschyr och anmälan

Kostnad: 500 SEK + moms

*Välkomna!*

*Per Brunkwall och Christer Carlsson*

*Anestesikliniken, UMAS*



The logo for Xigris features a stylized 'X' composed of overlapping blue and yellow circular shapes. To the right of this graphic, the word 'Xigris' is written in a bold, blue, sans-serif font, followed by a registered trademark symbol (®).

**Xigris®**

**drotrecogin alfa (activated)**

För mer information se FASS.

Eli Lilly Sweden AB  
Box 30037, 104 25 Stockholm  
Tel 08-737 88 00, Fax 08-618 21 50, [www.lilly.se](http://www.lilly.se)

The Lilly logo is the word 'Lilly' written in a red, cursive script font.

# Hur ska vi använda aktiverat protein C vid sepsis ?

Sepsis har enligt en stor amerikansk epidemiologisk undersökning (1) en incidens på 3/1000 invånare, kräver intensivvård i ca 50% av fallen och har en mortalitet på ca 30%. Intensivvårdskrävande patienter har ofta svår sepsis eller septisk shock med en än högre mortalitet, ca 50% (30-70%) (2). Intensivvårdsbehandlingen av septiska patienter består i att avlägsna infektiöst fokus när så möjligt (tarmperforationer, abscesser, infekterade implantat/katetrar), val av rätt antibiotika (3), intensivvård, volymtillförsel (4-5), vasoaktiva läkemedel (4-5), lågdossteroider (6) och aggressiv målstyrd behandling (7).

Metoder som plasmaferes eller tidig kontinuerlig dialys vid tidig ospecificerad sepsis är mer kontroversiella och ännu utan säkert vetenskapligt stöd. Farmakologiskt har man under decennier försökt finna läkemedel som hämmar den inflammatoriska processen och under de sista 5-10 åren även läkemedel som ingriper i koagulationen. En rad läkemedel, anti-endotoxin, anti-TNF, antitrombin III, tissue factor pathway inhibitor mm har i fas III-studier ej visat sig påverka överlevnad vid sepsis trots lovande resultat såväl i experimentella som i några fas II-studier. Den enda substans som så här långt bevisligen har visat sig rädda liv är behandling med aktiverat protein C (8) och som skall ses som ett tillägg till övrig behandling vid svår sepsis.

## Vad är aktiverat protein C

Såväl protein C som den aktiverade formen är kroppsegna substanser. Det är bara den aktiverade formen som anses ha biologiska egenskaper. För att bilda aktiverat protein C krävs en komplexbildning av protein C, trombin, trombomodulin samt endoprotein C receptor. Normalt sker en ökning av den aktiverade formen vid en rad sjukdomstillstånd men vid sepsis är processen störd, - dels för att protein C-nivåerna är lägre än normalt och dels för att processen att bilda av aktiverat protein C från protein C är störd.

Aktiverat protein C (APC) har såväl antitrombotiska, fibrinolytiska som antiinflammatoriska egenskaper. Den antitrombotiska egenskapen beror på att APC inaktiverar faktor Va och VIIIa varvid trombinhalten minskas och därmed bildandet av tromboser, mikroembolier och kanske disseminerad intravasal koagulation (DIC). Den fibrinolytiska egenskapen kan huvudsakligen hänföras till att APC bildar ett komplex med plasminogen activator inhibitor- 1 varvid tissue plasminogen activator ökas och därmed omvandlingen av plasminogen till plasmin. Som slutresultat fås en ökad upplösning av tromboser och mikroembolier. Indirekt sker även en inhibering av trombin activateable fibrinolysis inhibitor som bidrar till samma slutresultat. Den antiinflammatoriska effekten består i en minskad frisättning av cytokiner

som TNF-a, IL-1, IL-6 men också genom av indirekt hämning av trombinmedierad inflammatorisk aktivitet.

## Aktiverat protein C ökar överlevnaden vid svår sepsis !

I en stor randomiserad, placebokontrollerad, multicenterstudie (8) jämfördes behandling med aktiverat protein C med placebo hos patienter med svår sepsis (säkerställd/misstänkt infektion+ > 3 tecken på SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome, kriterier-se appendix) + > 1 organdysfunktion (kriterier, se appendix)). Patienter med blödningsrisker exkluderades (se appendix). Patienter gavs recombinant humant aktiverat protein C i en dos av 24 µg/kg/tim under 96 tim med mortalitet efter 28 dag som primärt end-point. Patienterna var svårt sjuka, medel-APACHE II på ca 25, shock förelåg i ca 70% och dysfunktion i > 2 organsystem fanns i ca 75%. Studien avbröts efter den andra interimsanalysen (ca 1700 pat) på grund av det gynnsamma utfallet. Resultaten visade en mortalitet på 24.7 % med aktiverat protein C mot 30.8 % i placebogruppen, dvs en absolut riskreduktion på 6.1 %, eller uttryckt som number needed to treat (NNT) på 16. Inga skillnader förelåg i biverknings-mönstret förutom risken för blödning som totalt var ca 25 % med APC mot ca 18 % där eccymoser och gastro-intestinal blödning var vanliga. Allvarlig blödningsbiverkan före-



SODIUM CHLORIDE 0.9%

CHA 676 STUDY DRUG (PDA)  
ALBUMIN 25%

PHARM 1222 INVESTIGATIONAL USE  
PROTECT FROM LIGHT  
FOR INVESTIGATIONAL USE ONLY  
TOTAL VOLUME: 100 ML  
INFUSE AT: 15.750 ML/hr  
START 09:00 02-02-99

100 ML

15.750 ML/hr

5 GM

EXPIRES 24H after start time

MON TUE WED THU FRI SAT SUN  
S M T W T F S

kom i 3.5 % mot 2 % i placebogruppen. Analys av data har visat att de som uppvisade blödning ofta hade riskfaktorer för blödning och hade genomgått någon invasiv åtgärd.

### Vilka är bäst lämpade för behandling ?

I den refererade studien (8) samt i nu genomförda subgruppsanalyser har information framkommit som kan underlätta ställningstagandet till vilka patienter som behandling med APC är bäst lämpade för.

**Ju sjukare, ju bättre resultat!** Sammanfattningsvis kan sägas att den absoluta riskreduktionen för mortalitet förefaller vara större ju sjukare patienten är om man med detta menar grad av sjukdomspåverkan och organ dysfunktion. Den absoluta riskreduktionen vid en sjukdomssvårighetsgrad mätt enligt APACHE II var 13 % jämfört placebo om APACHE II var > 25 medan ingen reduktion i mortalitet rådde om APACHE var mindre än ca 19-20 (1:a kvartilen)

Ju fler organsystem som uppvisade dysfunktion enligt de uppställda kriterierna desto större var den absoluta riskreduktionen. För patienter med dysfunktion i > 2 organsystem var mortaliteten 26.5 % vs 33.9 %. På motsvarande sätt föreföll den absoluta riskreduktionen vara större om patienten hade shock jämför avsaknad av shock, DIC jämfört frånvaro av DIC och bäst riskreduktion vid stratifiering för trombocyttalet (TPK) var för patienter med lägst TPK.

**När skall behandlingen startas ?** I studien tilläts ett tidsfönster upp till 24 tim före start av infusionen när patienten väl var inkluderad. I medeltal påbörjades behandlingen efter 18 tim. Analys av data visade dock att ingen säker skillnad i absolut riskreduktion fanns om man startade behandlingen tidigt jämfört senare. Detta innebär att man har en tid på sig, dels att starta och kanske utvärdera annan behandling, och dels att ta ställning till om patienten skall behandlas med APC eller ej.

**Underliggande fokus och bakterietyp.** Lungan var vanligast fokus, 54%, och den absoluta riskreduktionen förefaller

vara större för pneumonier än för andra infektionsfokus.

**Samtidig heparin eller steroidtillförsel.** Patienterna behandlades i övrigt enligt lokala traditioner. Således erhöll vissa patienter heparin (DVT-profylax) och/eller kortison. Det kan inte helt utslutas att heparin kan minska effekten av APC även om det förefaller osannolikt. Inga hållpunkter har heller framkommit att samtidig tillförsel av steroider skulle påverka resultaten. Tolkningen av dessa data bör dock ske med försiktighet då studien ej varit designad att svara på dessa frågor. Indikationerna för dessa läkemedel har säkert varierat utifrån patienters sjukdomssvårighetsgrad, lokala behandlingstraditioner och skillnader i dosering av dessa läkemedel.

**Övrigt.** Uppföljning har visat att den ökade överlevnaden med aktiverat protein C ej varit förknippat med ökade vårdtider på IVA eller på sjukhus. Det har också visat sig att patienter som behandlats med aktiverat protein C hade en snabbare normalisering av kardiovaskulär- och lungfunktion. I pågående studier med APC tycks de gynnsamma resultaten för överlevnaden (8) vid svår sepsis bestå.

Fortfarande kvarstår dock en del frågor kring behandlingen ; Råder det skillnad i behandlingsresultaten mellan primär och sekundär sepsis ? - Vilken är optimal dos ? - Kan behandlingen styras eller individualiseras utifrån eventuella markörer ? - Vilken behandlingstid är nödvändig ? - Påverkar heparin effekten av APC ? - Studier planeras redan för att få svar på några av dessa frågor.

### Egna behandlingserfarenheter

Vid intensivvårdsavdelningen, Huddinge Universitetssjukhus har vi sedan november 2001 behandlat 14 patienter med rekombinant humant aktiverat protein C inom ramen för en öppen studie. Läkemedlet gavs som kontinuerlig infusion under 96h (effektiv behandlingstid, infusionsuppehåll adderades). Inklusionskriterierna i denna studie överensstämmer med PROWESS-studien (8). Kontraindikationer fokuserades på att minimera risk för blödning. Dessa kontraindikationerna har sedan i stort sett oförändrat

inkluderats i produktresumén, som kommer att ligga till grund för FASS-texten. Se appendix 2.

De flesta patienterna kom till IVA från akutmottagningen. De flesta hade cirkulatorisk chock och krävde respiratorbehandling. Vi hade under denna tid en ansamling av svåra mjukdelsinfektioner, men vanligaste fokus var lungan. Behandlingen med APC gavs som tillägg till all övrig behandling, som genomfördes enligt våra rutiner.

Tabell 1.

Medelålder	59 (38-86)
Kvinnor/män	4/10
Fokus lunga	6
Fokus mjukdelar	4
Döda	2*
Chock	12
Mekanisk ventilation	13
Dialys	3

\* n=13, en patient har inte passerat 28 dagar.

### Effekter vid behandling med APC

Cirkulation och respiration. Start av infusionen med APC (24 µg/kg/h) är helt odramatisk. Man ser inga omedelbara förändringar av patientens cirkulatoriska eller respiratoriska parametrar.

**Koagulation.** Ett viktigt skäl att genomföra vår studie var att samla erfarenhet fr.a. gällande säkerhet, t.ex. blödningskomplikationer. Hos friska försökspersoner föreligger en dosberoende förlängning av APTT vid APC-infusion. Hos patienter med aktiverad koagulation påverkas såväl APTT som D-dimerer. I PROWESS (8) steg APTT 6s (median) och D-dimerer sjönk under infusionen. Vid sepsis är halveringstiden för APC kortare. Förutom den biologiska variationen i känslighet för APC kommer under pågående svår sepsis den enskilde patientens reaktion bero på graden av koagulationspåverkan av sjukdomen.

Vi såg en stor spridning i förändring av APTT bland våra patienter på den standardiserade dosen. Två patienter steg till >180s i APTT tidigt i förloppet, medan senare, på samma dos, APTT inte alls påverkades lika mycket (Fig 1).

Hos 9 av 14 patienter genomfördes kirurgiska ingrepp omedelbart före eller

under behandlingstiden. Detta inkluderade trakeostomi, incisioner av stora mjukdelinfektioner (varav en fasciotomi omfattande hela nedre extremiteten och upp på bålen) samt en bukoperation. Protokollet föreskrev behandlingsuppehåll 2 timmar före och 12 tim efter större kirurgiskt ingrepp, medan rekommendationen vid t.ex. trakeostomi inskränker sig till 2h före och 1h efter. Två patienter bronkoskoperades utan behandlingsuppehåll (i strid med protokollet) utan blödning.

**Blödningar.** Hos fyra patienter förekom blödning av sådan dignitet att infusionen stoppades. Tre av dessa patienter hade genomgått kirurgisk incision av inflammatoriskt förändrad vävnad och utgjorde därför en påtaglig blödningsrisk. Den fjärde patienten led av en

mycket svår pneumokocksepsis med uttalad koagulationsstörning (APTT 140 s, tpk 90, fibrinogen 0,8 g, PK-INR 2,9 och D-dimerer 83mg/l) vid inklusionen. Vid infusionsstart steg APT-tiden till >180 s. Patienten hade utbredda echymoser vid inkomsten samt cirkulationsstörning i nästipp, fingrar och tår. Detta har utvecklats till yttlig nekros på näsan, samt gangrän i ett flertal tår. Behandlingsindikationen bedömdes som mycket stark. Blödning, som föranledde upprepade infusionsstopp uppträdde från insticksställen för CVK och CDK. Samtliga iakttagbara blödningar upphörde hos vid behandlingsuppehåll. Hos 3 av patienterna återstartades infusionen efter 4 till 12 timmar. Hos en patient beslöt vi att inte återuppta behandlingen då patienten kliniska tillstånd i övrigt förbättrats

så att vi inte ansåg det motiverat att fortsätta behandlingen och därmed riskera förnyad blödning.

Hos en patient med upprepade blödningsepisoder och behandlingsuppehåll uppträdde blödning vid APTT-nivå vid vilken blödning tidigare upphört och APC därmed återinsatts. Även i ett ytterligare fall uppträdde blödningen inte vid högsta APTT. Möjligen kan det tala för att ökad fibrinolys och inte endast reducerad trombinbildning spelar roll för uppkomst av blödning.

#### **Vilka patienter skall behandlas ?**

Då en behandling med aktiverat protein C är förenad med uppenbar blödningsrisk och är dyr rekommenderar vi att behandlingsbeslutet är väl underbyggt. Beslut att behandla patienten bör ske av



specialist, kanske tom på bakjournsnivå. Ett sätt att underlätta ställningstagandet är att lokalt ha en egen checklista för att identifiera patienter som är lämpade eller inte lämpade för behandling. Ett exempel på sådan checklista framgår av appendix. Några kommentarer ;

#### • Föreligger infektion?

– Försäkra dig om huruvida säkerställd infektion finns (odling) eller att stor sannolikhet för infektion föreligger. Anamnes och tecken på infektion inklusive fokus bör finnas (se checklista).

#### • Har patienten en förväntad överlevnad?

Patient som är moribund eller på klinisk grund ej förväntas överleva den period som behandlingen kräver (96 tim) skall bör ej behandlas. Endast patienter där i övrigt fulla behandlingsinsatser planeras är enligt vår mening kandidater att behandlas med APC.

#### • Är patienten optimalt behandlad i övrigt?

Försäkra dig om att övriga behandlingssåtgärder har påbörjats och utvärderats. Patienter som redan tillfrisknat eller klart förbättrats på sedvanlig övrig behandling (ex en urosepsis) torde ej vara lämpliga för behandling även om de inledningsvis uppfyllt kriterier på svår sepsis.

#### • Har patienten svår sepsis?

Enligt indikationen för läkemedlet skall patienten uppfylla kravet på svår sepsis (se checklista ). Multiorgandysfunktion bör ej vara äldre än 24 tim och betingad av patientens septiska tillstånd. Du bör enligt vår uppfattning samtidigt värdera grad av påverkan (sjukdomssvårighetsgrad) då bevisligen en gynnsam effekt föreligger först när patienten är tillräckligt sjuk (skattad enligt APACHE II eller motsvarande) även om kriterierna för svår sepsis i övrigt kan vara uppfyllda.

#### • Föreligger kontraindikationer?

Exklusionskriterierna i PROWESS- studien (8) utgör i dagsläget underlaget för FASS-textens kontraindikationer (se appendix 2). Man bör hålla i minnet att exklusionskriterierna i studien var medvetet strikta och ingen eller mycket liten erfarenhet finns därför i dagsläget huruvida dessa framgent kan ses som absoluta eller relativa. Enligt vår uppfattning är

förstås pågående blödning, nyopererade (inom 12 tim), traumapatienter med blödningsrisk, intrakraniell eller spinal kirurgi inom 3 månader, intrakraniell sjukdom (aneurysm, masslesion), epiduralkateter eller samtidig heparinbehandling med > 15 IE/kg/tim tillstånd där behandling med APC ej kan komma ifråga. Enligt vår uppfattning måste i det enskilda fallet alltid en avvägning mellan vinster och risker ske. Som framgår av förslaget på checklista kan vi därför tänka oss att på våra egna kliniker behandla utvalda patienter med exklusionskriterier som fanns i PROWESS-studien (8). Detta kommer dock ske efter noggrant övervägande och en skärpt kontroll under pågående behandling.

PROWESS- studien (8) och egna erfarenheter talar mycket starkt för att vi fått tillgång till en behandling som reducerar mortaliteten vid svår sepsis. Behandling skall ses som ett tillägg till övrig behandling vid svår sepsis och septisk shock. Behandlingseffekten kan inte avläsas som en omedelbar förbättring av patienten kliniska tillstånd utan successivt ses förbättrad utgång fram till dag 28 (och senare). Blödning är en reell risk vid behandlingen, men vid ordinära kirurgiska procedurer är problemet litet med de rekommenderade infusionsuppehållen. Beslutet att behandla med APC skall ske på goda grunder efter en avvägning mellan behandlingsvinst och risker och då gärna med en checklista som hjälp och dokumentation.

#### Referenser

1. Angus D, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky M. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome and associated cost of care. *Crit Care Med* 2001;29:1303-1310
2. Wichman MW, Inthorn D, Andress H-J, Schildberg FW. Incidence and mortality of severe sepsis in surgical intensive care patients: the influence of patient gender on disease process and outcome. *Intensive Care Med* 2000;26:167-174

3. Ibrahim EH, Sherman G, Ward S, Fraser VJ, Kollef MH. The influence of inadequate antimicrobial treatment of bloodstream infections on patient outcome in the ICU setting. *Chest* 2000;118:146-155
4. Vincent J-L. Hemodynamic support in septic shock. *Intensive Care Med* 2001;27:s80-92
5. Task force of the american college of critical care medicine, society of critical care medicine. Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in the adult patients in sepsis. *Crit Care Med* 1999;27:639-660
6. Annane D, Sébille V, Charpentier C, Bollaert P-E, Francois B, Korach J-M et al. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. *JAMA* 2002;288:862-871
7. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001;345:1368-77
8. Bernard G, Vincent J-L, Laterre P-F, LaRosa SP, Dhainaut J-F, Lopez-Rodriguez A et al. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. *N Engl. J Med* 2001;344:699-709

## Appendix 1

Exempel på checklista fört att identifiera patienter som kan vara lämpliga alternativt inte lämpliga för behandling med aktiverat protein C

### Beslutsunderlag för behandling med Aktiverat Protein C (APC)

#### 1. Infektionsfokus (bakteriologiskt säkerställd eller misstänkt)

Minst ett av följande; Ja  Nej

- Positiv odling ( blod, sputa, urin mm)       Pneumoni (RTG, CT)
- Perforerad organ (tarm)                               Leucocyter i normalt steril kroppsvätska (ex urin, CSF)
- Andra tydliga tecken på infektion
  
- Lunga       Abdominell       Urinvägar       CNS       Hud/mjukdel       Annan

#### 2. Svår sepsis eller septisk shock

> 3 av SIRS-tecken       Ja       Nej

- Temp > 38 eller < 36
- Hjärtfrekvens > 90
- Andningsfrekvens > 20 eller PaCo<sub>2</sub> < 4.3 eller respiratorvård
- LPK > 12.000 eller < 4.000 eller > 10% omogna celler

> 2 organ dysfunktioner < 24 tim       Ja       Nej

- Cirkulation      Systoliskt blodtryck (SAP) < 90 / MAP < 70 under minst en timme trots adekvat volymtillförsel eller stabil cirkulation ( SAP>90/MAP>70) med vasoaktiv substans.
- Ventilation      PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 33,3 kPa eller PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 27 kPa om lungan är enda fokus
- Njurfunktion      Timdiures < 0.5 mg/kg/tim, eller kreatininstegring > 50% eller dialys
- Koagulation      TPK < 80.000 eller > 50% reduktion inom 3 dygn
- Metabol      pH < 7.3 eller BE > - 5 med samtidig laktatökning > 1.5 ggr normalvärdet

**Om Nej på någon av ovan      Patienten ej lämplig för behandling med APC**

**Om Ja på alla frågor      Kontrollera att inga kontraindikationer finns**



### 3. Kontraindikationer

Ja     Nej

- Pågående blödning
- Intrakraniell sjukdom (neoplasm/aneurysm)
- Operation (inom 12 tim) eller omedelbart förestående operation
- Skalltrauma (sjukhusvårdad) eller Intrakraniell /intraspinal operation mindre än 3 månader
- Samtidig Heparinbehandling > 15 IE/kg/tim
- EDA eller planerad EDA
- Trauma med blödningsrisk (inklusive skalltrauma)
- Hemorrhagisk stroke under de senaste 3 mån
- Överkänslighet mot APC

**Om kontraindikation föreligger      Patienten är ej lämplig kandidat för behandling med APC**

**Om ingen kontraindikation            Patienten är lämplig kandidat för behandling med APC**

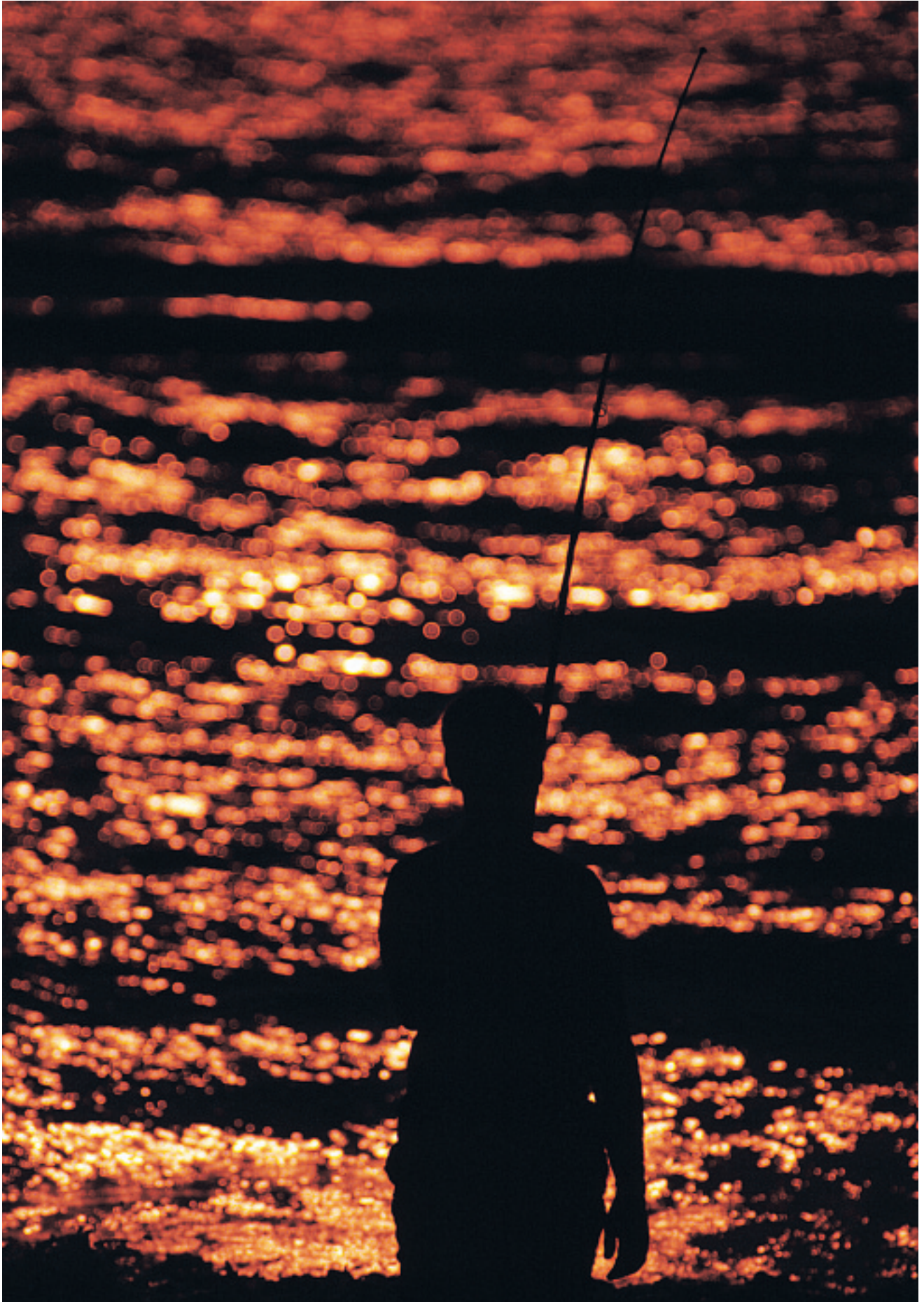
**Överväg behandling** om vinsten med behandling med APC överväger risken vid nedanstående tillstånd där en ökad blödningsrisk föreligger vid samtidig APC-behandling.

- Känd blödningsbenägenhet med undantag av akut koagulopati i samband med sepsis
- Kronisk allvarlig leversjukdom
- Trombocytal < 30.000 även om trombocyttalet ökat efter transfusion
- Gastrointestinal blödning inom senaste 6 v.
- Trombolytisk behandling under de senaste tre dagarna
- Administrering av orala antikoagulantia under de senaste sju dagarna
- Administrering av acetylsalicylsyra eller trombocyttaggregationshämmande medel under de senaste 7 dagarna
- Nyligen inträffat (senaste tre månaderna) ishemiskt slaganfall

Tillstånd där effekt av APC ej är undersökt eller där behandlingserfarenheter är begränsad ;

Ålder < 18 år, adipositas (>135 kg), kronisk hemodialys, benmärgs/organtransplantation med acceptabel blödningsrisk.

**Om någon av ovan positiv = Överväg om behandling kan ges eller ej**



## Appendix 2

### Kontraindikationer

Eftersom drotrecogin alfa (aktiverat) kan öka blödningsrisken är Xigris kontraindicerat vid följande tillstånd:

- aktiv, inre blödning
  - intrakraniell sjukdom; neoplasm eller känt cerebralt aneurysm
  - samtidig heparinbehandling med  $\geq 15$  internationella enheter/kg/timme
  - känd blödningsbenägenhet med undantag av akut koagulopati i samband med sepsis
  - kronisk, allvarlig leversjukdom
  - trombocytal  $<30 \times 10^9/l$ , även om trombocyttallet ökat efter transfusion
  - hos patienter med ökad risk för blödning (till exempel):
- a) de som genomgått större operation, med vilket menas operation som kräver allmän narkos eller spinalanestesi, inom 12 timmar omedelbart före Xigris-infusionen, eller patienter som postoperativt visar tecken på aktiv blödning, eller patienter med planerad eller förutsedd operation under infusionstiden med läkemedlet.
  - b) de som haft en allvarlig skallskada, som krävde sjukhusvård, intrakraniell eller intraspinal operation, patienter som haft ett hemorragiskt slaganfall under de senaste 3 månaderna eller tidigare intracerebral, arteriovenös missbildning, cerebralt aneurysm eller expansivitet i centrala nervsystemet, patienter med epidural kateter eller som förväntas få en epidural kateter under infusion med läkemedlet.
  - c) patienter med kongenital blödningsbenägenhet.
  - d) patienter som haft en gastrointestinal blödning under de senaste 6 veckorna, vilken har krävt medicinskt ingripande, såvida inte slutgiltig operation har utförts.
  - e) traumapatienter med ökad risk för blödning.

Xigris är också kontraindicerat hos patienter med känd överkänslighet mot drotrecogin alfa (aktiverat), något av hjälpämnen i formuleringen eller mot bovin trombin (spårrest från tillverkningsprocessen).

### Varningar och försiktighetsmått

#### Blödning

Drotrecogin alfa (aktiverat) kan öka risken för blödning. I följande situationer skall den förväntade nyttan av behandlingen noggrant vägas mot risken:

- trombolytisk behandling under de tre senaste dagarna
- administrering av orala antikoagulantia under de senaste sju dagarna
- administrering av acetylsalicylsyra eller andra trombocyttaggregationshämmande medel under de senaste sju dagarna
- nyligen inträffat (senaste tre månaderna) ischemiskt slaganfall
- andra tillstånd där det enligt läkaren är troligt att betydande blödning kan uppkomma

Vid behandlingar som innebär blödningsrisk, bör Xigris-tillförseln avbrytas två timmar före behandlingen. Xigris kan åter administreras 12 timmar efter större, invasiva behandlingar eller operationsingrepp, om adekvat hemostas har uppnåtts. Xigris-tillförseln kan påbörjas omedelbart efter ett okomplicerat mindre ingrepp, om adekvat hemostas har uppnåtts.

# HÖGKVALITATIV SNABBTEST FÖR MISSBRUKSANALYSER

- 8 droger på 15 minuter
- Inbyggd positiv/negativ kontroll
- Välkänd och väldokumenterad

**Metadon,  
Benzodiazepiner,  
Kokain,  
Amfetamin/Extasy,  
Cannabis,  
Opiater,  
Barbiturater,  
Tricykliska  
antidepressiva.**

Två inbyggda reaktiva  
kontroller, en positiv  
och en negativ,  
för säkra analyser.

Logiskt analysområde  
synligt band indikerar  
positivt svar, inget band  
indikerar negativt svar.

Ingen kalibrering,  
inga rörliga delar,  
inget underhåll,  
ingen väntetid.

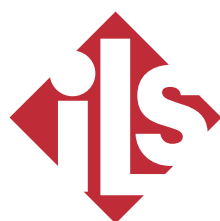


**Synlig logisk  
svarstolkning**

**Synligt band, positivt,  
över "cut-off"\***

**Inget band, negativt,  
ingen drog eller un-  
der "cut-off"\***

\*  
TRIAGE 8 är en högkvalitativ snabbtest.  
En konfirmerande analysmetod rekommenderas  
ändå vid kritiska frågeställningar för att bekräfta  
analysresultatet.



**LABORATORIES**  
**SCANDINAVIA**

**Ketogan<sup>®</sup> Novum**  
ketobemidon

**Ketodur<sup>®</sup>**  
ketobemidon

**KETODUR<sup>®</sup> (KETOBE MIDON). NARKOTISKT ANALGETIKUM. NO2A B01. BEROENDEFRA MKALLANDE MEDEL. IAKTTAG STÖRSTA FÖRSIKTIGHET VID FÖRSKRIVNING AV DETTA LÄKEMEDEL.**  
**INDIKATIONER: LÅNGVARIGA OCH MYCKET SVÅRA SMÄRTTILLSTÅND. KONTRAINDIKATIONER: SEKRETSTAGNATION, ANDNINGSDEPRESSION. OROSTILLSTÅND UNDER ALKOHOL- ELLER SÖMNMEDELSPÅVERKAN. Δ TRAFIKVARNING: VID BEHANDLING MED KETODUR KAN REAKTIONSFÖRMÅGAN NEDSÄTTAS. DETTA BÖR BEAKTAS DÅ SKÄRPT UPPMÄRKSAMHET KRÄVS, T.EX. VID BILKÖRNING. FÖRPACKNINGAR: DEPOTKAPSLAR 10 MG - 20 ST • 100 ST. DEPOTKAPSLAR 25 MG - 20 ST • 100 ST. FÖR FULLSTÄNDIG INFORMATION OM KETODUR, SE FASS.**  
**KETOGAN<sup>®</sup> NOVUM (KETOBE MIDON). NARKOTISKT ANALGETIKUM. NO2A B01. BEROENDEFRA MKALLANDE MEDEL. IAKTTAG STÖRSTA FÖRSIKTIGHET VID FÖRSKRIVNING AV DETTA LÄKEMEDEL. INDIKATIONER: STARKA SMÄRTOR. KONTRAINDIKATIONER: SEKRETSTAGNATION, ANDNINGSDEPRESSION. OROSTILLSTÅND UNDER ALKOHOL- ELLER SÖMNMEDELSPÅVERKAN. Δ TRAFIKVARNING: VID BEHANDLING MED KETOGAN NOVUM KAN REAKTIONSFÖRMÅGAN NEDSÄTTAS. DETTA BÖR BEAKTAS DÅ SKÄRPT UPPMÄRKSAMHET KRÄVS, T.EX. VID BILKÖRNING. FÖRPACKNINGAR: TABLETTER 5 MG - 20 ST • 100 ST. INJEKTIONSVÄTSKA 5 MG/ML - AMP. 5 X 1 ML • INJ. FL. 10 X 10 ML. FÖR FULLSTÄNDIG INFORMATION OM KETOGAN NOVUM, SE FASS.**

Distans till smärtan ger närhet till livet  
– effektiv smärtlindring



# Ett intelligent sätt att fasta på



Fasta och det kirurgiska traumat förorsakar ett katabolt tillstånd. Insulinresistens utvecklas <sup>(1,2)</sup> vilket kan förorsaka hyperglykemi. Detta i sin tur associeras med ökade postoperativa komplikationer. <sup>(3)</sup> Graden av insulinresistens har ett tydligt samband med den postoperativa vårdtiden. <sup>(2)</sup> Traditionell preoperativ fasta gör också att patienterna känner sig hungriga, törstiga och oroliga.

Svensk Förening för Anestesi & Intensivvård har förändrat riktlinjerna för preoperativ fasta och tillåter klara drycker (t.ex. vatten, kaffe, te) fram till 2-3 timmar före anestesi. <sup>(5,6)</sup> Dessa drycker motverkar törst men har liten effekt på hunger, oro och katabolism.

Nutricia preOp är en klar dryck rik på kolhydrater som baseras på senaste forskningsrön.

Nutricia preOp:

- förändrar metabolismen från fasta till energiuppladdning genom att bibehålla kolhydratdepåer
- töms från magsäcken inom 2 timmar <sup>(7)</sup>
- minskar den postoperativa insulinresistensen <sup>(8,9)</sup>
- minskar törst, hunger och oro preoperativt <sup>(4)</sup>
- ökar det postoperativa välbefinnandet <sup>(10,11)</sup>
- bidrar till att vårdtiden kan kortas <sup>(12)</sup>

1. Ljungqvist O et al. Surgery 2000; 128: 757-760; 2. Thorell A et al. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 1999; 2: 69-78; 3. Khaodhriar L et al. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 1999; 2: 79-82; 4. Hausel J et al. Anesth Analg 2001; in press; 5. Eriksson LI, Sandin R. Acta Anaesthesiol Scand 1996; 40: 971-974; 6. ASA. Task Force on Preoperative Fasting. Anesthesiology 1999; 90: 869-905; 7. Nygren J et al. Ann Surg 1995; 222: 728-734; 8. Nygren J et al. Clin Nutr 1998; 17: 65-71; 9. Soop M et al. Am J Physiol Endocrinol Metab 2001; 280: E576-E583; 10. Nygren J et al. Clin Nutr 1996; 15 (suppl): 30; 11. Hausel J et al. Clin Nutr 1999; 18 (suppl): 21; 12. Hofman Z et al. Clin Nutr 2001; in press

**NUTRICIA**  
**preOp**

## Optimal förberedelse inför operation

Nutricia Nordica AB • Box 1348 • 111 83 STOCKHOLM Tel: 08-24 15 30 • Fax: 08-24 18 80 • [www.nutricia.se](http://www.nutricia.se)

# Obstruktivt Sömnapné syndrom (OSAS) En Anestesiologisk Utmaning!

Referat från ett Mini-symposium vid Riksstämman 2001.

Moderator: Per Nellgård, Med.Dr., VÖL ÖNH-Op, An/Op/IVA, SU/S

Deltagare: Hasse Ejnell, Docent, Verksamhetschef ÖNH, SU/S,

Johan Ullman, Med.Dr. Överläkare, ÖNH-Op, Anestesi-kliniken, KS

Jan Hallén, Överläkare, Anestesi-IVA-kliniken, RSÖ

Detta mini-symposiumet blev en naturlig fortsättning på det multidisciplinära symposiumet som hölls på förmiddagen om olika nya behandlingsstrategier vid sömnapné. För den intresserade har det 2002 utkommit en bra vältäckande bok (förutom anestesi) "Breathing disorders in sleep", WB Saunders förlag under redaktion av W. T. McNicholas (Irland) och E. A. Phillipson (Canada) med Jan Hedner från Göteborg som medförfattare.

Att patienter med OSAS många gånger kan vara en anestesiologisk utmaning känner väl de flesta anestesiologer till. De huvudsakliga problemen är att cirka 20 procent av OSAS patienterna har bedömts som svårintuberade, och dessa patienter kan vara särskilt opiatkänsliga. Det försvårar den post-operativa smärtstillningen och ställer större krav på post-operativa övervakningsmöjligheter och rutiner. Detta är inte minst viktigt när OSAS patienter skall akut opereras för någon annan sjukdom eller vårdas efter trauma etc. Det finns en ökad mortalitet inom gruppen sömnapnoiker som naturalförlopp och OSAS kan vara kombinerad med flera andra

komplicerande sjukdomstillstånd och faktorer. Dessutom finns det ingen perfekt behandling som passar alla.

Det finns flera olika syndrom som inkluderar snarkning, sömnstörning och dagsömnighet och för att tydligare definiera dessa har man (American Sleep Disorders Association, 1990) antagit följande definitioner:

## **Obstruktivt sömnapné syndrom (OSAS)**

OSAS är ett potentiellt letalt tillstånd med tung snarkning, väsentligen obstruktiva apnéer och dagsömnighet. En vanlig skärpning är apnéindex  $> 5$  där varje apné är minst 10 sekunder och att syrgassaturationen sjunker med  $\geq 4\%$ . Vissa har även med att  $\text{SaO}_2 < 90\% \geq 1\%$  av undersökningstiden på natten.

## **Upper airway resistance syndrome (UARS)**

Patienter med UARS har ett ökat luftvägsmotstånd och tung snarkning under sömn. Dessa patienter desaturerar  $< 4\%$ , men har AHI  $> 10$ . Detta leder till fragmenterad sömn. Diagnos via polysomnografisk registrering.

## **Socialt Handikappande Snarkning (SHS)**

Ett socialt störande snarkningssyndrom utan spontana apnéer eller spontana uppvakningar.

### **Övriga definitioner:**

- **Obstruktiv apné:** Upphört luftflöde  $\geq 10$  s pga luftvägsobstruktion, men fortsatta andningsrörelser och  $> 4\%$  sänkning av  $\text{SaO}_2$ .
- **Central apné:** Upphört luftflöde  $\geq 10$  s utan andningsrörelser.
- **Hypopné:**  $\geq 50\%$  reduktion av luftflöde pga luftvägsobstruktion  $\geq 10$  s.
- **Apnéindex (AI):** Antal apnéer per timme sömn.
- **Hypopnéindex (HI):** Antal hypopnéer per timme sömn.
- **Apné-Hypopnéindex (AHI):** Antal apnéer/hypopnéer per timme sömn.
- **Oxygen desaturationsindex (ODI):** Antal desaturationer,  $> 4\%$ , per timme sömn.

I Pickwick syndrom består av fettma-inducerad OSAS och hypoventilation med hypercapni dagtid enligt Gastaut et al & Hung et al 1965. Dessförinnan hade Charles Dickens beskrivit "Fat Joe" i Pickwick Papers 1837 och 1956 beskrev Berwell et al en patient som led av "Pickwick syndrom".

### **Obstruktivt Sömnapné syndrom (OSAS)**

Luftvägsobstruktion  
Apnéer  
Normal andningsdrive

### **Centralt Sömnapné syndrom (CSAS)**

Otillräcklig andningsdrive  
Neuromusk. Sjd  
Endokrina sjd  
Fetma (Pickwick)  
CNS lesion  
Primär hypoventilation (Ondines curse)

### **OSAS är vanligt - 18 miljoner amerikaner har OSAS**

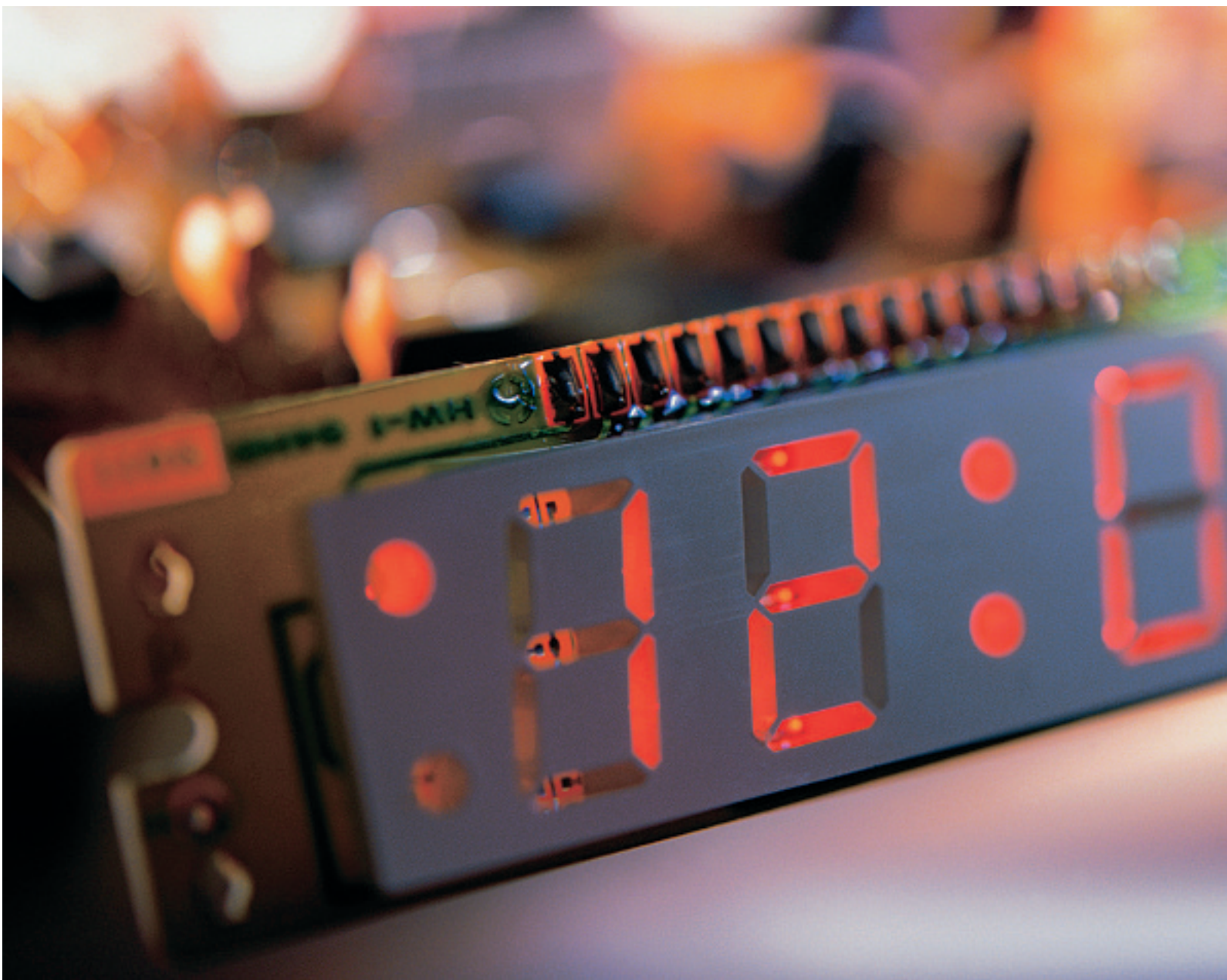
OSAS är ett mycket vanligt sjukdomstillstånd och vissa beskriver det som en "ny folksjukdom" eftersom man i amerikanska studier av medelålders män funnit 2-4 % som har det. Några menar att detta är underskattning och att "trötta snarkare" är 5-10 % av männen. OSAS är mycket (5-10 ggr) vanligare hos män än kvinnor i fertil ålder 0,1-2 %. Efter menopausen verkar det öka även hos kvinnor. Det finns en överrepresentation av OSAS hos fäder till barn med plötslig spädbarnsdöd så en genetisk komponent kan inte uteslutas.

OSAS drabbar fr.a. medelålders män med ett body mass index (BMI) > 30 (60-90 % av OSAS har BMI  $\geq$  29 i USA), men det kan förekomma i alla åldrar. Tonsillhyperplasi är den vanligaste orsaken hos barn. Trång näsa, som Spicer beskrev 1899 i BMJ som orsak till

snarkning, kan förvärra en obstruktion, men är nästan aldrig den enda orsaken till OSAS.

### **OSAS är dyrt för samhället**

Det kostar samhället och individen med OSAS mycket pengar varje år. Man beräknar att patienter med AI > 20 har 7 gånger högre risk att vara med i trafikolyckor och att singel olyckorna är 15 gånger vanligare hos dem. Dessutom har man i USA visat att under en 7-års period konsumerar OSAS patienterna sjukvård för dubbelt så mycket pengar som den utan OSAS. Dessutom är det för många socialt handkappande med ångest, huvudvärk och irritabilitet och dessutom ger det en ökad risk för skilsmässa. OSAS ger upphov till en rad andra sjukdomar och ökade risker för mycket annat.



### OSAS och de vanligaste medicinska konsekvenserna:

- Depression – ”serotonin brist” ger även slappare svalgmuskulatur.
- Hypertoni såväl systemiskt som pulmonellt och leder till hjärthypertrofi.
- Ischemisk hjärtsjukdom och hjärtinfarkt.
- ”Cardiovascular events” är 1,5–2 gånger vanligare och korrelerar med OSAS graden.
- Hjärninfarkt – stroke är 1,5–2 gånger vanligare och korrelerar med OSAS graden.
- Sannolikt mycket annat, men framför allt sänkt livskvalitet inom flera områden?

### Akuta kardiovaskulära förändringar under apnéer

Under apné sker en vasokonstriktion av muskelkärlbädden, bradycardi (dykreflexen), sänkt intrapleuralt tryck vid varje inandningsförsök och sänkt blodtryck vid varje inandningsförsök. Detta leder till cirka 25 % sänkning av cardiac output och pooling av blod i thorax. Stora höjningar av blodtrycket i slutet av varje apné och hypopné fr.a. sekundärt till arousal och ökad sympatikus tonus. Initialt ytterligare sänkt cardiac output följt av en ökning.

När man under natten ständigt vaknar eller får hypoxiperioder ökar perioderna med högre sympatiscustonus. Under REM sömn ökar PA kärltonus (fr.a. REM burst & fasisk REM jämfört med tonisk REM) och höjningen av PA kärltonus är oberoende av graden av hypoxi.

### OSAS och andra operationer

OSAS patienter har även ökade risker när de opereras för andra sjukdomar och i en amerikansk studie OSAS patienterna 24 % risk för allvarliga komplikationer, medan matchade kontroller hade 9 % vid ortopedisk proteskirurgi. Dessutom hade de längre vårdtid 6,8 dagar mot 5,1 dagar för kontrollerna.

### Effekter av övervikt – viktigt att tänka på för anestesilog

Vid övervikt minskar luftvägarna i farynx i lateral riktning, medan muskler som lyfter fram tungan verkar i anterior riktning. Övervikt minskar lungornas

funktionella residual kapacitet FRC och ger mindre marginaler och tid till desaturation.

### Preoperativ utredning-screening

I denna utredning ingår förutom en noggrann anamnes och klinisk undersökning, även EKG och mätning av syrgasmättnad, puls, andningsrörelser, luftflöde, kroppsläge och snarkljud vid nattlig minst 6 timmars registrering och minst 4 timmars subjektiv sovtid som ambulatorisk screening. Man använder också Epworth sleepiness scale (EPSS). Hos de som har ett misstänkt OSAS går man vidare med fullständig polysomnografi (PSG). Detta används också vid forskning och vid differentialdiagnostik.

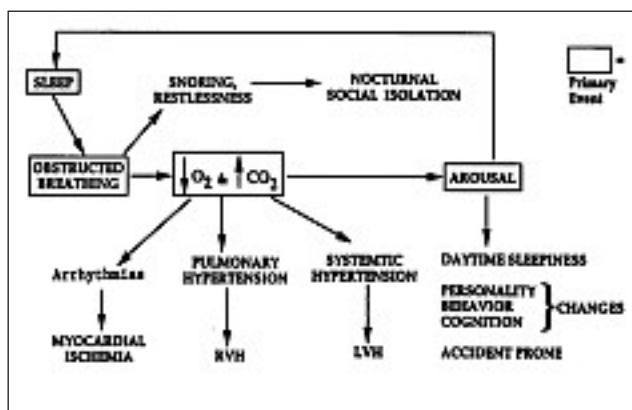
Dessutom kan man göra ett multiple sleep latency test (MSLT).

### Icke kirurgisk behandling

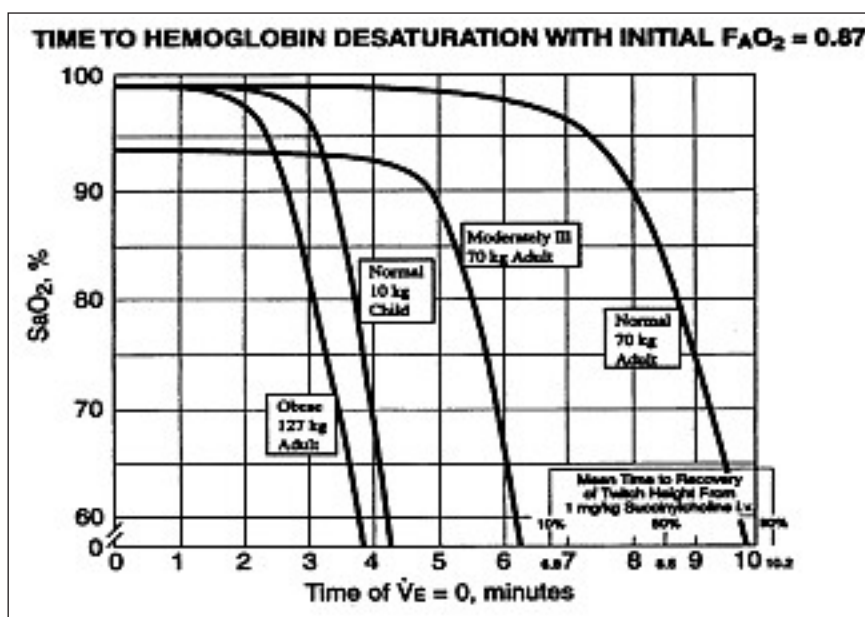
Bantning är första behandlingsprincipen, det gäller att minska ”kragmättet” och BMI.

Detta kan ge långtidseffekter och bantning kan kombineras med eller efter annan behandling. Undvik alkohol och sömmedel och försök sova på magen är andra råd.

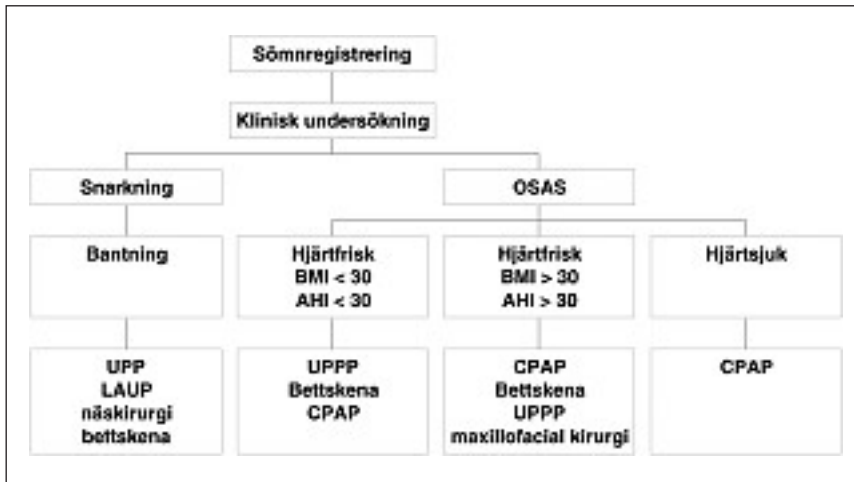
Vid **näsobstruktion** skiljer man på slemhinnesjukdom som i första hand behandlas farmakologiskt och på statisk näsobstruktion. Kirurgi vid statisk näsobstruktion ger ofta subjektiv effekt på snarkning, men ringa objektiv effekt.



Figur 1. Visar patofysiologin hjärthypertrofin och ischemi vid OSAS



Figur 2. Visar hur fort olika individer desaturerar vid apné.



Figur 3 Schema över utredning och behandling av OSAS

Dock förbättrar kirurgin compliance för näs-CPAP (continuous positive pressure airway pressure).

**Farmakologisk behandling** av OSAS är ännu ej lösningen, medel som höjer serotonin och noradrenalin som t.ex. Saroten, och Fontex., men även Diamox, med flera medel är testade och tyvärr verkar få medel ha bra effekt.

Subjektiv effekt på snarkning.

**Olika mekaniska metoder** för att förbättra luftpassagen är testade och en nyligen presenterad odontologisk avhandling visar på att bettskenor kan vara en bra hjälp för många genom att lyfta fram underkäken och på så sätt skapa öppnare luftvägar under sömnen.

En annan icke-invasiv behandling är

näs-CPAP som är effektiv, men compliance är sämre och efter ett år har många sin näs-CPAP i garderoben. Näs-CPAP är dock förstahandsvalet vid svårt OSAS.

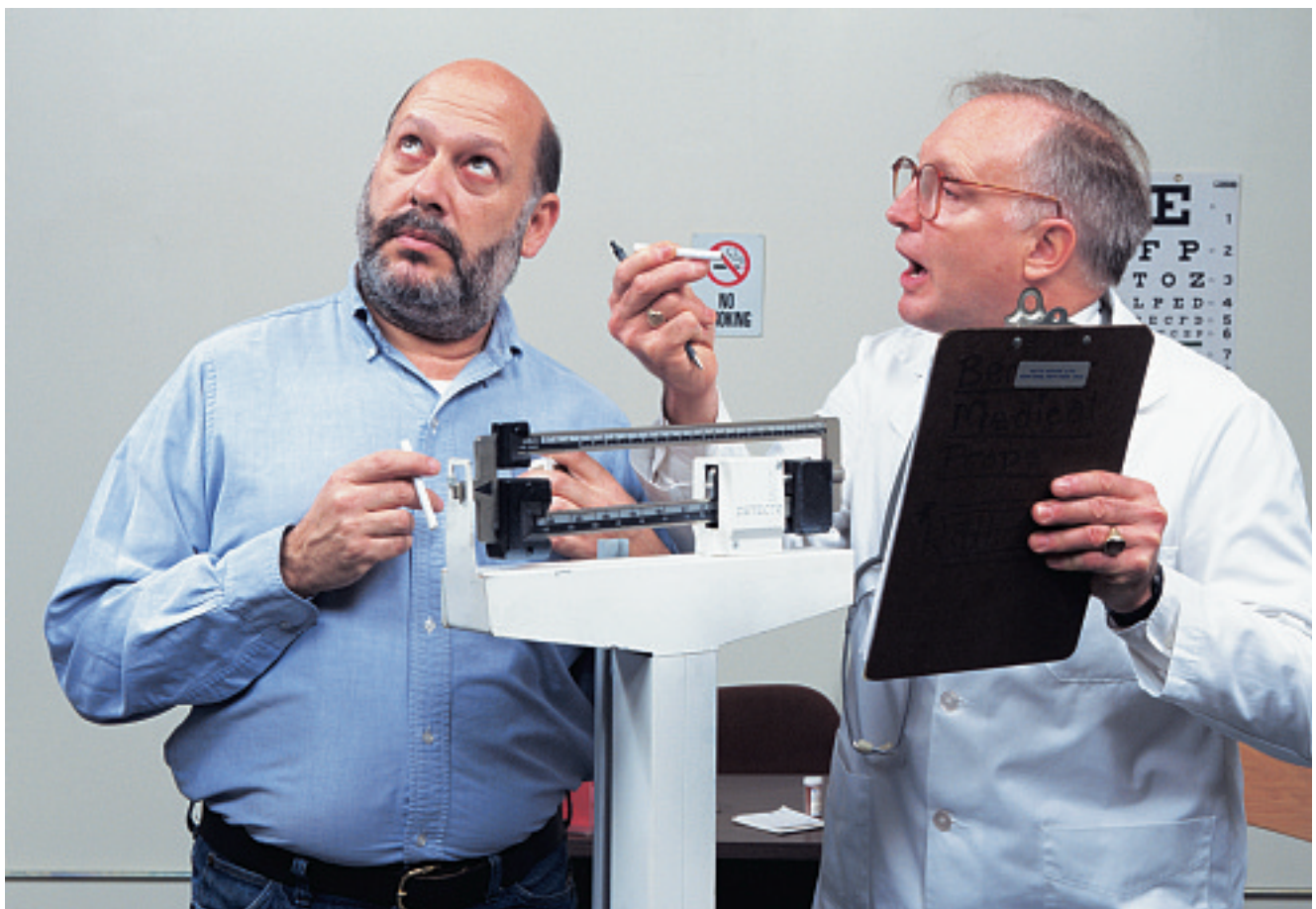
Minimalt invasiv behandling är **radiofrekvensmetoden** där man kan få uvula, chonca och tungbas att skrupna ihop litet, därmed ge ökade luftvägar. En ovanligare metod är att ge en, med andningsmuskulaturen korrelerad, elektrisk stimulering via en pacemaker kopplad till n. hypoglossus så att tungan åker fram vid varje inandning.

### Kirurgisk behandling

Vid snarkningsproblem enbart är laserassisterad uvulopalatoplastik (LAUP) eller vanlig uvulopalatoplastik (UPP) ett bra alternativ, men har ringa dokumentation på OSAS.

Vid **lindrigt – måttligt OSAS** är uvulopalatopharyngoplastik (UPPP) inklusive tonsillectomi (TE) en kirurgiskt behandling som passar för de med BMI < 30, AHI < 30 och inga komplicerade andra sjukdomar. Hos dessa är 70% ”responders”.

Vid **gravt OSAS** där non-invasiv tera-



pi (näs-CPAP och/eller bettskena) misslyckats är UPPP & TE är ett alternativ. Andra alternativ är maxillofacial kirurgi och trakeostomi.

Till patienter med **tungbasobstruktion** finns maxillofacial kirurgi, skruv och sutur genom tungbasen, tungbensupphängning och medellinjeglossectomi och till sist naturligtvis trakeotomi som ger permanent bot mot OSAS, men som ej motverkar centrala apnéer.

### Barn med OSAS

Hos barn är anamnes och klinisk undersökning viktigast. Barn med OSAS har dålig tillväxt och psykomotorisk utveckling och en del har hjärt- lungsjukdomar. Prevalensen är cirka 2-3 %.

Behandlingen är i första hand abrasio och tonsillektomi, men hos vissa barn krävs näs-CPAP och t.o.m. trakeotomi för att hålla luftvägarna öppna. Nya rön talar för att man vid utredning av OSAS hos barn även måste göra en polysomnografisk undersökning.

### Komplikationer vid kirurgisk behandling

Av de peroperativa komplikationer nämns intubationssvårigheter (19 %) och sekundära kardiovaskulära problem hos dessa patienter med anti-hypertensiv medicinerings (71 %) och naturligtvis blödningsproblem. Postoperativt behöver man reintubera (0-2%) med högsta risken inom 2 timmar.

Patienter med högt BMI har ökad risk för komplikationer postoperativt. För att minska riskerna bör man bara göra en operation per gång, dvs inte operera både näsa och hals.

Näs-CPAP postoperativt är naturligtvis viktigt för de patienter som i vanliga fall använder det hemma och man behöver ofta poängtera för patienten vikten av att de tar med sin apparat till sjukhuset vid inläggning.

### Behov av postoperativ övervakning enligt rutiner vid SU/S

”Sociala snarkare” behöver vanlig postoperativ övervakning.

Vid lindrig OSAS (AHI<20-30, Syremättnad > 80%, BMI<30) och inga interkurrenta sjukdomar behöver patienten övervakas på lämplig uppvakningsavdelning 4-6 timmar.

Vid måttlig till grav OSAS eller inter-

kurrenta sjukdomar bör patienterna ha nattlig övervakning på postoperativ avdelning/IVA.

## Anestesi vid OSAS

**Informera patienten** om preoxygenering, sen extubation och om möjligheten till att ha kvar tuben tills nästa dag och respirator. Informera patienten om riskerna inklusive risken för akut trakeostomi och t.o.m. död, se [www.gasnet.org](http://www.gasnet.org).

### Premedicinering

Patienterna kan vara extra känsliga för benzodiazepiner så de bör helst undvikas. Följande kan vara tänkbara (enligt Jan Hedner, klin.farm, SU): Halcion,, Imovane,, Sonata,, Stilnoct, och några till. Var försiktig och ge helst låg dos och överväg om det kan ges på vårdavdelningen. Ge eventuellt något antikolinergikum t.ex. Robinul. Vid SU ges dessutom paracetamol 1 gram och Cox-2 hämmaren Vioxx akut 50 mg till OSAS som premedicinering.

### Anestesiinduktion

Att säkra luftvägarna är extra viktigt hos OSAS patienterna. Överväg vakenintubation med eller utan fiberbronkoskopisk hjälp. Anestesiläkemedel sänker tonus i övre luftvägarna och överväg möjligheten till induktion med inhalationsmedel och bibehållen spontanandning. När patienten är nasalt (bäst) eller oralt intuberad bör kontrollerad ventilation användas. Patienterna kan ha en svår luftvägsanatomy och därför vara svårintuberade. De kan ha en dålig andningsdrive så tänk på hypoxi- och hypercapniriskerna. De kan ha nedsatta reflexer i övre luftvägarna och de kan ha en ”svår extubation”. Många föredrar att ha en nasalt nedsatt V-sond (Salem-sond) peroperativt och första tiden postoperativt, för att minska risken för illamående pga av nedsvalt blod.

### Anestesi per-operativt

Använd helst kortverkande läkemedel (propofol) och de som är lätt styrbara.

Undvik gärna muskelrelaxation och om det används (helst relativt kortverkande) var noggrann med TOF-mätning. Undvik helst att ge mer än en initialdos av fentanyl/alfentanil eller använd remifentanil i pump. Var liberal med lokala-

nestesimedel och använd gärna paracetamol, NSAID-preparat eller coxiber och eventuellt tramadol. Var liberal med 5-HT3 blockerare för att undvika postoperativt illamående och kräkning, vilket negativt kan påverka det kirurgiska resultatet.

### Extubation

#### - Ja, men frågan är när ?

Planera extubationen preoperativt !

Extubation när operationen är slut sker hos sociala snarkare och lätta OSAS samt många måttliga OSAS, under förutsättning att operationen skett komplikationsfritt. Ett alternativ är att mot slutet av anestesi byta till en larynxmask eller att extubera över en Cooks exchange kateter, så att man lätt kan reintubera om det skulle behövas.

”Delayed extubation” 2-4 timmar postoperativt bör ske om det finns tecken på svullnad, pågående blödning eller kvarvarande anestesieffekt. Det samma bör övervägas för svårintuberade patienter.

Patienter med svårt OSAS väljer många att ha kvar intuberade till nästa morgon, liksom patienter med hjärtsvikt. De bör vårdas över natten på en postoperativ avdelning. Det samma bör övervägas för svårintuberade patienter.

Var liberal postoperativt med att använda CPAP.

### Postoperativ vård

Sociala snarkare ligger på uppvaket som andra patienter och lätta fall av OSAS kan ligga 4-6 timmar innan de överförs till vårdavdelning.

### Referenser

Harding Curr Opin Pulm Med 2000;6:485-489

Am J Respir Crit Care Med 1999; 159:1766-1772

Gupta et al Mayo Clin Proc 2001 Sept; 76 (9): 897-905.

Riley et al Otolaryngol Head Neck Surg 1997;117(6): 648-652

Terris et al. Laryngoscope 1998 Jun;108(6):784-788

Young et al, N Engl J Med 1993; 328: 1230-1235

# ESRA SCANDINAVISK ZONE MØDE

25. og 26. oktober 2002

Hvidovre Hospital, København, Danmark



THE EUROPEAN SOCIETY OF  
REGIONAL ANAESTHESIA  
& PAIN THERAPY

## PERIFERE BLOKADER. TEORI OG PRAKSIS.

PROGRAM FREDAG D. 25.10.2002 KL. 10.00 – 16.00

- Nervestimulatoren funktion og anvendelse.  
Zbigniew Koscielniak-Nielsen, København
- Overekstremiteten (skulder).  
Billy Kristensen, København
- Albue. Øjvind Klaastad, Oslo
- Hånd + håndled.  
Zbigniew Koscielniak-Nielsen, København

### FROKOST

- Hofte og knæ.  
Dusanka Zaric, København
- Ankel og fod.  
Peter Ahlburg, København
- Komplikationer.  
Dag Selander, Sverige

LØRDAG D. 26.10.2002 KL. 09.00 – 12.00.

## PRAKTISKE ØVELSER PÅ MODELLER SAMT DISKUSSIONER MED EKSPERTER.

SPROG: Skandinavisk. Organisationskomite: Torben Mogensen, Billy Kristensen, Zbigniew Koscielniak-Nielsen. Nils-Christian Hjortsø. Jens Gyrn

ESRA SCANDINAVISK ZONE MØDE • 25. og 26. oktober 2002 • Hvidovre Hospital, Kettegård Alle 30  
DK 2650 Hvidovre, Danmark

### BETALING

Medlem af ESRA Dkr. 995

Ikke medlem af ESRA Dkr. 1200

Betaling med  Mastercard  Eurocard  Visa  Dankort

Kort nr. .... Udløbsdato .....

Navn på kortholder ..... Underskrift .....

Navn ..... Tlf. ....

Adresse ..... E-mail.....

Deadline prel. 15. september 2002. Betalingen dækker kursus samt frokost og middag fredag.

TILMELDING til: Torben Mogensen, ledende overlæge, dr.med.  
Anæstesiaafdelingen 532 • Hvidovre Hospital • DK-2650 Hvidovre  
Danmark • Tlf. +45 3632 2504 • Fax +45 3632 3356  
E-mail torben.mogensen@HH.hosp.dk

### INFORMATION

Sekretær Lisbeth Friisenbach, tlf. +45 3632 2504.

Perifer nerveblokade vinder mere og mere indpas som supplement til generel anæstesi. Hermed opnås gevinst i form af bedre post-

perativ smertelindring samt færre bivirkninger og hurtigere opvågningsstid. Mødets formål er at give en teoretisk gennemgang af anlæggelse af perifere nerveblokader samt praktisk demonstration af anatomi på modeller samt diskussion i grupper med eksperter. Efter mødet vil deltagerne være i stand til at anlægge alle perifere blokader på ekstremiteterne.

European Society of Regional Anaesthesia (ESRA) er en organisation med interesse for regional anæstesi. Nærmere oplysninger og tilmelding kan ses på ESRA's hjemmeside [www.esraeurope.org](http://www.esraeurope.org).

SPONSORER: B BRAUN MEDICAL. MAERSK-MEDICAL.

# Kommentar!

## till Vår Arbetsmiljö

I förra numret av SFAI-tidningen (nr. 2/2002) skriver vår nye ordförande Lars Wiklund om vår arbetsmiljö. Vällovligt men inte vällyckat!

Hans grundtanke är att "utveckling av kunskande" ger oss "självkänsla" som är "nödvändig för god arbetsmiljö". Tanken är riktig men hårdras. Enligt vår ordförandes målsättning för SFAI är vi "helt tvungna att med alla medel försöka uppmuntra produktionen av sådana forskningsresultat som forskarvärlden och kollegor inom andra ämnesområden anser vara substantiella framsteg."

Om SFAIs ordförande gör den prioriteringen: "helt tvungna" och "med alla medel", blir det ju inte kvar några resurser för något annat arbetsmiljöarbete eller annan verksamhet. Då skulle även jag, liksom många före mig, begära utträde ur föreningen.

Självfallet ska SFAI stödja forskning, men inte med alla medel.

För många kliniskt verksamma medlemmar kan forskning innebära en intellektuell stimulans och ett välkommet avbrott från vardagen. Det är en angelägen uppgift för SFAI att bidra till att finna former för olika kombinationer av kliniskt och vetenskapligt arbete.

Jag anser givetvis att forskning är viktigt, liksom "utveckling och självkänsla", men jag tror inte att "den nya molekylära medicinens metoder" löser våra arbetsmiljöproblem ens på lång sikt. Enligt min uppfattning beror inte vår dåliga arbetsmiljö, i första hand, på bris-

tande kunskande eller självkänsla. Den beror istället på många och långa arbetspass, där vi ensamma måste fatta viktiga, ibland livsavgörande, beslut under tidspress och ofta med bristfälligt beslutsunderlag för multistjuka åldringar och svårt skadade personer på ofysiologiska klockslag. Bristen på resurser för att bemanna stängda operationssalar och IVA-platser upplever jag då mera pressande än bristen på medel till forskning. Åter en angelägen uppgift för SFAI, att ta fram modeller för stöd åt medlemmarna i kaotiska vårdssituationer.

Lars Wiklund skriver att "smärre förbättringar av rutinanesier eller intensivvårdsprocessen eller smärterapin inte kommer att bedömas som värda att prioritera". Bedömas av vem? Av våra patienter, deras anhöriga och valda företrädare? - dem vi är till för och som betalar våra löner och mycket av våra forskningsanslag?

Under snart 30 år i verksamheten har jag märkt hur ett mycket stort antal "smärre förbättringar" gradvis revolutionerat anesthesi och intensivvård samt smärtebehandling. Jag är övertygad om, att även "forskarvärlden och kollegor inom andra ämnesområden" uppskattar det, den dag de själva blir sjuka.

Vår ordförande är också rädd för att "den dagliga kliniska verksamheten kan tas över av lägre utbildade och därmed mindre värlönlade grupper än vår". Det är väl utmärkt om andra kan göra jobbet med samma kvalitet till lägre

kostnad. De kvalificerade arbetsuppgifterna kommer säkert att räcka till för oss, i synnerhet om nyrekryteringen och utbildningen i specialiteten, p.g.a. dålig arbetsmiljö, inte motsvarar pensioneringar, förtida avgångar och dödsfall.

Till slut uttrycker sig Lars Wiklund direkt förnedrande om oss, som kanske ett helt yrkesliv "förpassas till att vara bassjukvårdens ödmjuka tjänare" Det är ju den som är hela vår specialitets raison d'être; utan den ingen forskning och inga professorer! Det är i bassjukvården vi har problem med vår arbetsmiljö och det är där problemen måste lösas. Det är på de "ödmjuka tjänarna", vilka genomdriver "smärre förbättringar" i bassjukvården som "specialitetens framtid och utvecklingsriktning" beror. Om tjänarna tröttnar får kanske de mindre ödmjuka herrarna dra det tunga lasset själva.

Ville man vara lika nedrig kunde man hävda, att det är ett arbetsmiljöproblem för professor Wiklund och några få likställda, att som moderna flygande hölländare, behöva åka från den ena internationella kongressen till den andra och hålla samma föredrag, gång på gång, och visa samma bilder, om än i aldrig så tjuviga powerpoint-presentationer. Visst skulle ny forskning kunna lösa det problemet.

*Rolf Hörnquist  
Karlstad*



**RIKSTÄMMA  
I GÖTEBORG  
29 NOVEMBER - 1 DECEMBER**  
**NARKOSLÄKARE DÖR I FÖRTID?**

# Prenumerera på SFAI-tidningen

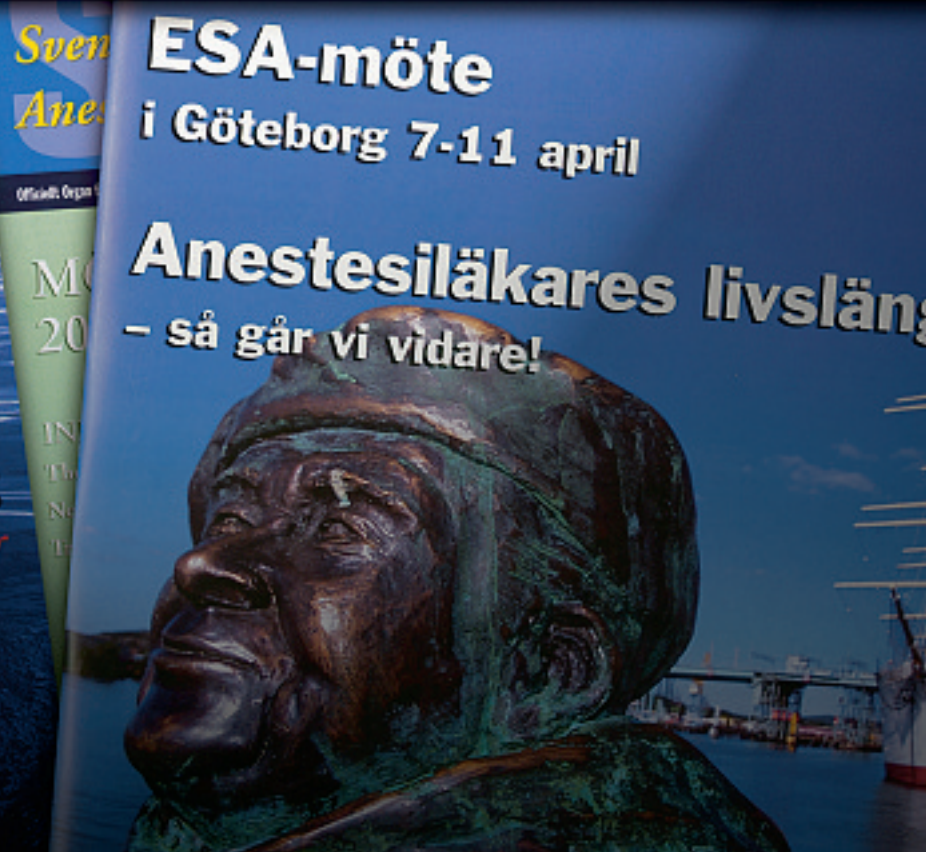
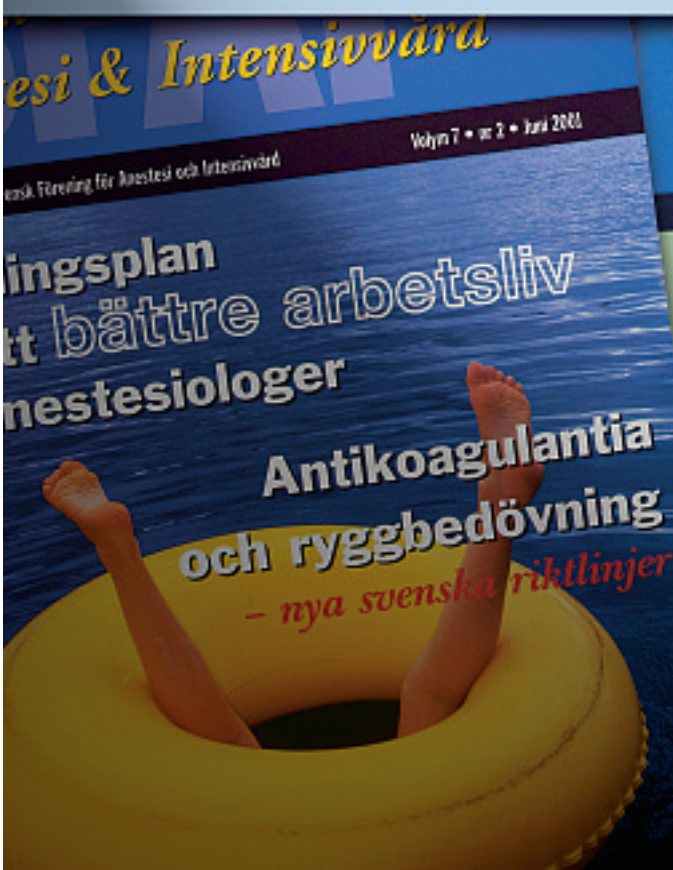
SFAI-tidningen har genom en toppmodern layout och ett attraktivt format ökat i upplaga och blivit mycket populär bland svenska narkosläkare.

Genom en prenumeration på SFAI-tidningen kan du på ett enkelt och smidigt sätt hålla dig uppdaterad med den senaste utvecklingen inom ditt eget verksamhetsområde. Du får aktuella artiklar och senaste information om utbildning för läkare såväl under som efter specialistutbildningen, bland mycket annat.

Prenumerera genom att bli associerad\* eller fullvärdig medlem\*\* i SFAI. Skicka in din anmälan till Överläkare Marie Rodling-Wahlström, Operationscentrum Norrlands Universitet, 901 85 Umeå, tel 090-785 00 00, fax 090-13 26 73, [marie.rodling.wahlstrom.us@vll.se](mailto:marie.rodling.wahlstrom.us@vll.se). Du kan också kontakta redaktören Kai Knudsen med fax 031-41 38 62 eller epost [kai.knudsen@aniv.gu.se](mailto:kai.knudsen@aniv.gu.se) eller telefon 031-342 10 00

\*associerat medlemskap kostar 550:-/år

\*\* fullvärdigt medlemskap kostar 870:-/år för underläkare och 1150:-/år för specialister



# VIOXX® AKUT

### MSD

**Substans, nummer:** F769

**Registrering, nummer:** 178250

**Registrering, förpackning:** tabletter 25 mg

**Registrering, nummer:** 178260

**Registrering, förpackning:** tabletter 50 mg
**Läkemedelsform:** *Tabletter 25 mg och 50 mg*

## R

#### Karaktäristik

Coxib (COX-2-hämmare) med antiinflammatorisk, analgetisk och antipyretisk effekt

#### Deklaration

*1 tablett innehåller:* Rofecoxib 25 resp. 50 mg, laktosomonohydrat 79 resp. 159 mg, mikrokristallin cellulosa, hydroxipropylcellulosa, kroskarmellosnatrium, magnesiumstearat och järnoxid (färgämne E 172).

#### Indikationer

Symptomlindring vid akuta smärttillstånd och vid smärta orsakad av primärdysmenorré.

#### Dosering

*Akuta smärttillstånd:* Den rekommenderade startdosen är 50 mg 1 gång dagligen. Efterföljande doser bör vara 25 eller 50 mg 1 gång dagligen. Högsta rekommenderade dagliga dos är 50 mg.

*Primär dysmenorré:* Den rekommenderade dosen är 25 eller 50 mg 1 gång dagligen.

Högsta rekommenderade dagliga dos är 50 mg. Viioxkakut är sannolikt mest effektivt för patienter med milda till måttligt svåra akuta smärttillstånd. Hos patienter med svåra akuta smärttillstånd har Viioxkakut visats minska opioidanvändningen. Det är dock inget substitut för opioider.

Viioxkakut kan tas med eller utan föda och bör endast användas när akuta symptom föreligger. Viioxkakut bör inte användas samtidigt med andra produkter som innehåller samma aktiva substans, rofecoxib.

*Nedsatt njurfunktion:* Ingen dosjustering är nödvändig för patienter med kreatininclearance 30 - 80 ml/min. Viioxkakut är kontraindicerat för patienter med kreatininclearance <30 ml/min.

*Äldre:* Liksom för andra läkemedel är det klokt att vid behandling av äldre använda den lägsta rekommenderade dosen. Försiktighet bör iaktas vid behandling av äldre patienter.

#### Kontraindikationer

Känd överkänslighet mot något hjälpämne i produkten, hos patienter med aktivt magsår eller gastrointestinal (GI) blödning, vid svår kronisk hjärtsvikt eller inflammatorisk tarmsjukdom, vid nedsatt leverfunktion eller beräknat kreatininclearance <30 ml/min. Hos patienter som tidigare har utvecklat symptom på astma, akut rinit, nasala polyper, angioneurotisk ödem eller urtikaria efter intag av acetylsalicylsyra eller andra icke-steroida antiinflammatoriskamedel (NSAID).

Tredje trimestern under graviditet samt amning.

#### Varningar och försiktighet

Renala prostaglandiner kan spela en kompensatorisk roll vid upprätthållandet av renal perfusion. Vid nedsatt renal perfusion kan därför rofecoxib orsaka minskning i prostaglandinbildning och sekundärt, renalt blodflöde, med försämrad njurfunktion som följd. Patienter med störst risk för detta är de med tidigare signifikant försämrad njurfunktion, inkompenenserad hjärtsvikt eller cirros. Kontroll av njurfunktionen hos dessa patienter bör övervägas.

Försiktighet skall iakttas vid initiering av behandling med rofecoxib hos patienter med uttalad dehydrering. Dessa patienter bör rehydreras innan behandling med rofecoxib påbörjas. Vätskeretention, ödem och hypertension har observerats hos patienter som tagit rofecoxib. Dessa effekter synes vara dosrelaterade och ses med en högre frekvens vid kronisk användning av rofecoxib och vid högre terapeutiska doser. Eftersom behandling med rofecoxib kan ge vätskeretention, bör försiktighet iakttas vid behandling av patienter med anamnes på hjärtsvikt, vänsterkammarsvikt eller hypertoni och hos patienter med ödem av annan orsak i anamnesen. Behandling med rofecoxib bör initieras med lägsta rekommenderade dosen till dessa patienter.

COX-2-selektiva hämmare kan inte ersätta acetylsalicylsyra som kardiovaskulär profylax eftersom de saknar effekt på trombocyterna. Eftersom rofecoxib, som ingår i denna grupp, inte hämmar trombocytaggregationen, bör inte trombocytaggregationshämmande behandling avbrytas och om indicerat bör trombocytaggregationshämmande behandling övervägas till patienter med risk för eller med anamnes på tidigare kardiovaskulära eller andra trombotiska händelser.

Försiktighet bör iakttas hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom i anamnesen på grund av den farmakodynamiska profilen hos COX-2-

selektiva hämmare beskriven ovan. Lämpliga åtgärder bör iakttas och avbrott i behandlingen med rofecoxib bör övervägas om det finns kliniska tecken på symptomatisk försämring av tillståndet hos dessa patienter.

Lämplig medicinsk övervakning bör upprätthållas när rofecoxib används av äldre patienter samt av patienter med njur-, lever- eller hjärtnu-sufficiens. Rofecoxib kan maskera feber.

Användning av rofecoxib, i likhet med andra läkemedel som hämmar COX-2, rekommenderas inte till kvinnor som önskar bli gravida.

Viioxkakut har inte studerats hos barn och bör endast användas av vuxna patienter.

*Ytterligare varningar gällande användning av rofecoxib vid artros.* I kliniska studier utvecklade några artrospatienter behandlade med rofecoxib perforationer, ulcerationer eller blödningar (PUB). Patienter med tidigare anamnes på PUB och patienter äldre än 65 år förefaller ha en högre risk att utveckla PUB. Vid dagliga doser högre än 25 mg, ökade risken för gastrointestinala symptom andra än PUB.

ALAT- och/eller ASAT-stegringar (cirka tre gånger eller mer än den övre normalgränsen) har rapporterats hos cirka 1% av patienter behandlade med rofecoxib i kliniska studier vid artros. En patient med symptom och/eller tecken på ned-satt leverfunktion eller med onormala leverfunktionsvärden, skall utvärderas avseende onormala leverfunktionsvärden.

#### Interaktioner

*Farmakodynamiska interaktioner:* Hos individer som behandlas kroniskt med warfarin var tillförelse av rofecoxib 25 mg dagligen förenat med en cirka 8%-ig ökning av protrombintiden (INR). Ökning i INR, vilket medförde avbrott i warfarin-behandlingen och i några fall föranledde ett snabbt upphävande av antikoagulationen, har rapporterats hos patienter som tagit kliniska doser av rofecoxib samtidigt med warfarin. Patienter som behandlas med warfarin eller liknande medel bör därför kontrolleras noggrant med avseende på protrombintiden, särskilt under de första dagarna när behandling med rofecoxib påbörjas eller doseringen ändras. Hos patienter med mild till måttlig hypertoni gav rofecoxib 25 mg dagligen tillsammans med en ACE-hämmare (10-40 mg benazepril dagligen) i 4 veckor en ringa minskning av den antihypertensiva effekten (genomsnittlig ökning av medelartärtrycket på 2,8 mmHg). I likhet med andra COX-hämmare kan samtidig administrering av ACE-hämmare och rofecoxib hos vissa patienter med nedsatt njurfunktion resultera i ytterligare njurfunktionsförsämring, som vanligtvis är reversibel. Dessa interaktioner bör övervägas då rofecoxib och ACE-hämmare ges samtidigt.

Vid steady state hade rofecoxib 50 mg 1 gång dagligen ingen effekt på den trombocytaggregationshämmande effekten av en låg dos acetylsalicylsyra. Samtidig användning av rofecoxib och högre doser av acetylsalicylsyra eller andra NSAID bör undvikas. Njurfunktionen bör övervakas när rofecoxib och ciklosporin eller takrolimus kombineras. Data saknas angående eventuell interaktion med betablockerare eller diuretika.

*Effekten av rofecoxib på farmakokinetiken för andra läkemedel:* Hos patienter med RA som fick 7,5–20 mg metotrexat 1 gång per vecka, hade rofecoxib 12,5, 25 och 50 mg givet 1 gång dagligen under 7 dagar ingen signifikant effekt på metotrexatkoncentrationen mätt som AUC<sub>(0-24h)</sub>. Rofecoxib 75 mg (3 till 6 gånger högre än den rekommenderade dosen vid artros) givet 1 gång dagligen i 10 dagar, ökade plasmakoncentrationen av metotrexat (AUC<sub>(0-24h)</sub>) med 23% hos patienter med RA, vilka fick 7,5 till 15 mg metotrexat per vecka. Adekvat monitorering av metotrexatrelaterad toxicitet bör övervägas när rofecoxib och metotrexat ges samtidigt.

In vivo data från rofecoxib/warfarin - och rofecoxib/teofyllininteraktioner antyder att rofecoxib kan ge en svag hämning av CYP 1A2. Försiktighet bör iakttas vid administrering med andra läkemedel vars metabolism primärt katalyseras av CYP 1A2 (t ex amitriptylin, takrin och zileuton). Rofecoxib 12,5, 25 och 50 mg givet 1 gång dagligen i 7 dagar ökade teofyllinkoncentrationerna i plasma (AUC<sub>(0-∞)</sub>) med 38-60% hos friska personer som fått en engångsdos på 300 mg teofyllin. Adekvat monitorering av teofyllins plasmakoncentration bör övervägas när rofecoxib sätts in eller när dosen ändras hos patienter som behandlas med teofyllin. NSAID kan öka plasmakoncentrationen av litium. Efter godkännande har förhöjda plasmanivåer av litium rapporterats vid samtidig behandling med rofecoxib.

Eventuell hämning eller inducering av CYP 3A4-aktivitet utvärderades i humanstudier med oralt midazolamtest och intravenöst erytromycin-andningstest. AUC för midazolam minskades med 30%, när rofecoxib gavs (25 mg dagligen i

12 dagar) troligen pga en ökad första-passage metabolism via induktion av intestinalt CYP 3A4. Ingen skillnad observerades i demetyleringen av erytromycin jämfört med placebo, vilket indikerar att CYP 3A4 i levern inte induceras av rofecoxib (75 mg dagligen under 14 dagar). Rofecoxib ger en liten induktion av intestinalt CYP 3A4, dock förväntas ingakliniskt relevanta effekter på farmakokinetiken för läkemedel, primärt metaboliserade via CYP 3A4. Dock bör försiktighet iakttas vid samtidig förskrivning av substrat för CYP 3A4.

Baserat på in vitro studier förväntas inte rofecoxib hämma cytokrom P450 2C9, 2C19, 2D6 eller 2E1.

*Effekter av andra läkemedel på farmakokinetiken för rofecoxib:* Samtidig tillförelse av rofecoxib och rifampicin, en potent inducerare av CYP-enzymr, gav en ca 50%-ig minskning av plasmakoncentrationerna av rofecoxib. Därför bör den högsta rekommenderade dosen övervägas vid samtidig administrering med potentia inducerare av metabolism i levern. *Samtidig användning utan kliniskt relevant interaktion:* Inga kliniskt relevanta interaktionseffekter har setts när rofecoxib har getts samtidigt med digoxin, prednison/prednisolon, perorala antikonceptionsmedel (etinylöstradiol/noretisteron 35/1), ketokonazol, cimetidin eller antacida.

#### Graviditet

Kategori C. I likhet med andra läkemedel som inhiberar COX-2, rekommenderas ej rofecoxib till kvinnor som önskar bli gravida.

I likhet med andra läkemedel som hämmar prostaglandinsyntesen, är användning av rofecoxib kontraindicerat under graviditetens sista trimester då det kan orsaka uterin inertia och prematur slutning av ductus arteriosus.

Användning av rofecoxib hos gravida kvinnor har inte studerats i adekvata och välkontrollerade kliniska studier och därför bör rofecoxib inte användas under graviditetens två första trimester, såvida inte den potentiella nyttan för patienten överväger den potentiella risken för fostret.

#### Amning

Grupp IVa. Det är okänt om rofecoxib utsöndras i modersmjölk. Rofecoxib utsöndras i råttmjölk. Kvinnor som använder rofecoxib bör inte amma.

#### Trafikvarning

Patienter som upplever yrsel och somnolens under behandling med rofecoxib bör avstå från att köra bil eller handha maskiner.

#### Biverkningar

Säkerhetsprofilen för rofecoxib har utvärderats i kliniska studier inkluderande cirka 11800 individer. Cirka 1200 patienter har behandlats med rofecoxib i kliniska smärtstudier. Följande läkemedelsrelaterade biverkningar rapporterades i en incidens högre än 1% och högre än placebo hos patienter behandlade med rofecoxib 50 mg eller 25 mg i 1 till 5 dagar.

*Vanliga (>1/100)*

*Allmänna:* Yrsel, hidros.

*GI:* Diarré, dyspepsi.

Följande läkemedelsrelaterade biverkningar har setts i kliniska studier gällande artros och reumatoid artrit (i högre inciden än placebo) eller efter godkännande av rofecoxib.

*Vanliga (>1/100)*

*Allmänna:* Yrsel, huvudvärk.

*Blod:* Sänkning av hematokrit.

*Cirk.:* Ödem/vätskeretention, hypertoni.

*GI:* Halsbränna, epigastrisk obehagskänsla, magont, diarré, illamående, dyspepsi.

*Hud:* Klåda.

*Lever:* Förhöjda ALAT och ASAT (ca 3 gånger eller mer över den övre normalgränsen rapporterades hos 1% i kliniska studier).

*Mindre vanliga (1/100-1/1000)*

*Allmänna:* Asteni/trötthet, gasbildning, bröstsmärta.

*Blod:* Sänkta värden av erythrocyter, hemoglobin och leukocyter.

*GI:* Obstruction, orala sår, kräkningar, symtom på gasbildning, sura uppstötningar.

*Hud:* Hudutslag, atopisk dermatit.

*Lever:* Förhöjda alkaliska fosfataser.

*Luftvägar:* Dyspné.

*Metabol.:* Viktökning.

*Muskuloskel.:* Muskelkrampor.

*Neurol.:* Insomnia, somnolens.

*Psyk.:* Depression, minskad mental skärpa.

*Urogenital.:* Proteinuri, förhöjt BUN och serumkreatinin.

*Öron:* Tinnitus.

*Sällsynta (<1/1000)*

*GI:* Peptiska sår, gastrointestinal perforation och blödning (främst hos äldre patienter), gastrit.

*Mycket sällsynta*

*Allmänna:* Överkänslighetsreaktioner inkluderande angioödem, urtikaria och anafylaktiska/anafylaktoida reaktioner.

*Blod:* Trombocytopeni.

*Cirk.:* Kronisk hjärtinsufficiens.

*Hud:* Hårfall.

*Luftvägar:* Bronkospasm.

*Neurol.:* Parestesier.

*Psyk.:* Förvirring, hallucinationer.

*Urogenital.:* Njursufficiens inkluderande njursvikt vanligtvis reversibel vid utsättande av behandling.

*Ögon:* Dimsyn.

Enstaka fall av aseptisk meningit, hepatotoxicitet inklusive hepatit och gulsot samt mukokutana biverkningar och allvarliga hudreaktioner inkluderande Stevens-Johnsons syndrom har rapporterats. Även hjärtinfarkt har rapporterats, dock har inget orsakssamband fastställts.

#### Överdosering

I kliniska studier med engångsdoser av rofecoxib upp till 1000 mg och multipla doser upp till 250 mg/dag i 14 dagar sågs ingen signifikant toxicitet. Rofecoxib är inte dialyserbart via hemodialys. Det är okänt om rofecoxib är dialyserbart med peritonealdialys.

Se även speciellt avsnitt märkt **Ö**.

#### Farmakodynamik

Rofecoxib är en oralt aktiv selektiv hämmare av cyklooxygenas-2 (COX-2) inom det kliniska doseringsintervallet. Cyklooxygenas är ansvarigt för bildningen av prostaglandiner. Två isoformer, COX-1 och COX-2, har identifierats. COX-1 uttrycks konstitutivt i ett antal vävnader, såsom magsäck, tarmar, njurar och trombocyter medan COX-2 uttrycks konstitutivt i ett begränsat antal vävnader, såsom hjärna, njurar och fortplantningssystemet. Data tyder på att COX-2 är involverat i ovulation, implantation, slutning av ductus arteriosus, samt funktioner i centrala nervsystemet (feberinduktion, smärtupplevelse, kognitiva funktioner). COX-2 tycks vara involverat i sårläkning hos försöksdjur och även om COX-2 har identifierats i vävnader angränsande till magsår hos människa har dess relevans för sårläkning hos människa inte fastställts. COX-2 är den isoform av enzymet som har visats induceras av pro-inflammatoriska stimuli och antas vara primärt ansvarig för syntesen av prostanoida mediatorer för smärta, inflammation och feber. Statistiskt signifikant hämning av COX-1 har inte visats hos människa vid någon dos av rofecoxib. Baserat på in vitro data, kan hämning av COX-1 förekomma vid kronisk administrering av rofecoxib >250 mg dagligen.

Genomgående i alla kliniskt farmakologiska studier gav rofecoxib i dagliga doser om 12,5 mg och 25 mg en dosberoende hämning av COX-2 jämfört med placebo. Vid dagliga doser om 12,5 mg och 25 mg hämades COX-2 med cirka 70% medan rofecoxib 375 mg dagligen och en engångsdos om 1 000 mg hämmade COX-2 med cirka 95%. Dosberoende hämning av COX-1 jämfört med placebo sågs ej. Rofecoxib hämmade inte gastrisk prostaglandinsyntes och hade ingen effekt på trombocytfunktionen.

I kliniska studier vid akuta smärttillstånd lindrade rofecoxib smärta efter tandkirurgi, smärta efter ortopedisk kirurgi och smärta vid primär dysmenorré. Smärtlindringen efter en engångsdos om 50 mg rofecoxib inföll inom 45 minuter och varade så länge som 24-timmar efter intag. I kliniska studier gav rofecoxib efter en initial dos på 50 mg följt av 25 till 50 mg dagligen i upp till 5 dagar, effektiv smärtlindring efter ortopedisk kirurgi och vid primär dysmenorré. I en klinisk studie av smärtlindring efter ortopedisk kirurgi som utvärderade måttlig till svår smärta efter större ortopediska ingrepp (exempelvis knä eller höftledsbyte) inkluderade totalt 218 patienter, varav 20% hade svår smärta före dosering, reducerade rofecoxib signifikant användningen av opioider jämfört med placebo. Rofecoxib har inte studerats i en rent visceral smärtmodell eller i större abdominell kirurgi eller toraxkirurgi. För ytterligare information se även FASS-text för VIOXX.

#### Farmakokinetik

Se FASS-text för VIOXX.

#### Prekliniska uppgifter

I prekliniska studier har rofecoxib visats vara varken genotoxiskt, mutagent eller karcinogent. Data från en cross-fostering studie visade på toxicitet hos avkomman, troligen på grund av exponering via mjölk från behandlade mödrar.

#### Innehav av godkännande för försäljning

Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Nederländerna

Svensk representant: Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB, Box 7125, 192 07 Sollentuna

#### Noteringar

*Texten är baserad på produktresumé: 2002-01-25.*

Postgraduate kurs i

# Pediatrik intensivvård

**Kursplats:** Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

**Tid:** 14-15 november 2002

**Kursledare:** Sylvia Göthberg

**Kurssekreterare:** Kerstin Sandström

Kursen riktar sig till anestesi- och intensivvårdsspecialister inom läns- och regionssjukvård, som har ansvar eller intresse för intensivvård av barn i olika åldrar. Den innehåller modern handläggning av respiratorisk och cirkulatorisk svikt, allvarliga infektioner och intensivvårdskrävande neurologiska sjukdomar. Vidare ingår ett avsnitt om omhändertagande av familjen till det svårt sjuka barnet, samt ett avsnitt om organdonation och transplantation. Stor vikt kommer att läggas på samarbetsformer mellan läns- och regionssjukvård då det gäller kritiskt sjuka barn.

**Upplysningar och anmälan till:**

kerstin.i.sandström@vgregion.se

Tel: 031 343 40 00, fax 031 343 58 80.

Pris: 3 500:-



# Narop<sup>®</sup> (ropivakain) styrbar blockad – tidig mobilisering

**Narop<sup>®</sup>, är ett långverkande lokalanestetikum som i lägre koncentrationer (2 mg/ml) ger en god postoperativ smärtlindring med en minimal motorisk blockad.**

**I högre koncentrationer (7,5 mg/ml och 10 mg/ml) kan doser ges som erbjuder en mer uttalad motorisk blockad och bättre kirurgisk anestesi jämfört med Marcain<sup>®</sup> (bupivakain).<sup>1</sup>**

Beredningsform: Injektionsvätska  
Referens: 1. Wolff et al BJA 1995;74:458-60

**Narop<sup>®</sup>**  
ropivakain



**STYRBAR BLOCKAD – TIDIG MOBILISERING**

# Lokalanestesi, blockadteknik och smärtbehandling

Fri SK-kurs i Örebro 24–28 februari 2003



Nociceptiv smärta, uppkomst och kontrollmekanismer

Smärtkontrollerande mekanismer

Lokalanestetika, fysiokemiska egenskaper, farmakologi, humantoxikologi

Spinala opioider

Epiduralanestesi

Spinalanestesi

Kombinerad spinal-epiduralanestesi

Perifera blockader

Regional anestesi inom obstetiken

Komplikationer vid regional anestesi

Sympaticus vid smärta och regional anestesi

Spinal smärtmodulering

Postoperativ smärta och dess behandling

**FÖRELÄSNINGAR**

**FALLDISKUSSIONER**

**GRUPPARBETEN**

Ansökan skickas på "Anmälningssblankett till fria kurser för ST-läkare anordnade på uppdrag av SFAI". Anmälningssblanketten finns i tidningen. Ansökan skickas till Ing-Marie Dimgren ([ing-marie.dimgren@orebroll.se](mailto:ing-marie.dimgren@orebroll.se)) **senast den 22 november** 2002. Antalet kursdeltagare är begränsat. Ange hur många tjänstgöringsmånader inom anestesi- och intensivvård som Du gjort vid kursens start på ansökningsblanketten. OBS! Anmälan är bindande, dvs. även vid återbud äger kursgivaren rätt att debitera kursavgift. Förfrågningar på telefon 019-602 11 21. Kursavgift 5000 kronor + moms.

Kursledning:

Magnus Wattwil ([magnus.wattwil@orebroll.se](mailto:magnus.wattwil@orebroll.se)), Titti Thorén ([titti.thorén@orebroll.se](mailto:titti.thorén@orebroll.se))

Tel: 019-602 10 00

Anestesi- och intensivvårdskliniken

Universitetssjukhuset

701 85 Örebro

# Respiratorbehandling

**Fri SK-kurs på Akademiska sjukhuset  
Uppsala 6-9 maj 2003**

**Denna kurs ges som en kombinerad SK-kurs och postgraduate-utbildning, således är även specialistkompetenta anestesiologer välkomna.**

**Under kursen ges en översikt i grundläggande lungfysiologi samt lungfunktion under anestesi. Respiratoriska problem inom intensivvården kommer att behandlas avseende invasiv och noninvasiv respiratorbehandling, HFOV, ECMO och NO-behandling. Specifika problem inom neonatal intensivvård, barnintensivvård, allmän intensivvård samt intensivvård av brännskadade kommer att tas upp. Tid ges också för falldiskussioner samt praktiska demonstrationer av metoder för alveolär rekrytering och protektiv ventilation.**

**Anmälan göres senast den 31 januari 2003 på "Anmälningsblankett till fria SK-kurser för ST-läkare anordnade på uppdrag av SFAI" till:**

**Sarah Åhman**

**Anestesi & Intensivvårdskliniken**

**Akademiska sjukhuset**

**751 85 Uppsala**

**(Sarah.Ahman@anestesi.uas.lul.se,**

**tel 018-6114852).**

**Ange antal tjänstgöringsmånader vid kursstart.**

**Kursavgift 5000 kr + moms.**

**Kursledare: Ulf Sjöstrand; Ulf.Sjostrand@anestesi.uu.se**

**Kurssekr: Filip Fredén; Filip.Freden@anestesi.uas.lul.se**



# SFAI:s Jämställdhetspolicy 2002

## – ett steg i rätt riktning

Jämställdhetspolicy handlar om respekt och god attityd emot den enskilde personen i små och stora sammanhang och inte om regler och procenttal.

Jämställdhetslagen från 1991 har till syfte att främja mäns och kvinnors lika rätt i fråga om arbete, anställnings- och andra villkor samt utvecklingsmöjligheter i arbetslivet. Enligt lagen skall arbetsgivare och arbetstagare samverka för att uppnå jämställdhet i arbetslivet, dvs. söka förhindra eller upphäva löneskillnader och skillnader i arbetsvillkor. Arbetsgivaren skall också verka för en jämn fördelning mellan män och kvinnor på arbetsplatsen och stävja sexuella trakasserier. På varje arbetsplats med minst tio anställda skall arbetsgivaren göra en plan för sitt jämställdhetsarbete och redovisa eventuella löneskillnader mellan män och kvinnor. Diskrimineras någon så att det strider mot lagen kan arbetsgivaren bli skadeståndsskyldig.

Här presenteras den handlingslinje vi i SFAI enats om som stöd för fortsatt arbete för jämställdhet och som riktlinje för ställningstagande i enskilda fall.

Jämställdhetspolicy för SFAI's olika verksamheter är framtaget under ett års tid i samverkan mellan styrelsen och medlemmarna. Arbetet har föranlett genomgång av andra programförklaringar med avseende på jämställdhet och ingående diskussioner i styrelsen.

Vid frågor kontakta facklige sekreteraren eller annan ledamot i styrelsen.

### JÄMSTÄLLDHETSPOLICY FÖR SFAI 2002

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvårds olika verksamheter och dess styrelsearbete präglas av medvetenhet om jämställdhetsfrågornas betydelse; från en värderingsgrund där genderberoende jämställdhet är en självklarhet.

1. Att informera om löneläget för kvinnor och män inom specialiteten och förhållandet till övriga specialiteter.
2. Att medvetandegöra könsfördelningens betydelse.
3. Att arbeta för utjämning, vid likvärdiga kvalifikationer, av könsfördelning inom SFAI's olika arbetsgrupper.
4. Att aktivt eftersträva representativ könsfördelning då föreläsare och moderatorer engageras till arbete i SFAI's regi.
5. Att stimulera och motivera så väl kvinnor som män till att vilja och våga representera SFAI inom olika åtaganden.
6. Att relationer mellan individer, så väl personal som patienter, oavsett etnisk, politisk eller religiös bakgrund, skall grundas på respekt för människors lika värde.
7. Att aktivt beakta jämställdhetsperspektivet i SFAI's informations- och medlemsmaterial.

Implementering i föreningens stadgar; §2 (sista raden); Föreningen skall tillvarata medlemmarnas fackliga, ekonomiska och jämställdhetsmässiga intressen.

# SFAI:s hemsida på Internet

Läs aktuella artiklar och medicinska nyheter.

Deltag i debatten och skapa egna nyhetsgrupper.

Du finner en uppdaterad kongresskalender, samtliga större anestetidskrifter, samtliga större anestesioorganisationer,

PubMed, FASS med mera.

<http://swan.medicalink.se>

"Gå in och registrera din emailadress för att bli uppdaterad och informerad i anestesinyheter"



SVENSK FÖRENING FÖR ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD

# INTENSIVVÅRDSKURS

som

## KURSINTERNAT

SFAI:s arbetsgrupp för intensivvård arrangerar i år sitt 6:e nationella fortbildningsmöte på Såstaholm i Täby/Stockholm.

Vi kommer som tidigare att blanda föreningsfrågor och aktuella medicinska frågeställningar.

Både inhemska och internationella föreläsare kommer att delta.

Kursen är en post-graduate utbildning för anestesiologer med intensivvårdsinriktning.

- Ämnen:** Sepsis  
Koagulation och koagulationsrubbningar inom intensivvården  
Nutrition  
Outcome research in intensive care  
Nordiska forskningsnätverket - lägesrapport  
Intensivvårdsregistrering -lägesrapport  
Övriga "föreningsangelägenheter"
- Tid:** 6-8 November (från onsdag 12.00 till och med fredag kl .12.00)
- Plats:** Såstaholm  
(Täby kyrkby, mellan Arlanda och Stockholm)
- Deltagare:** 70 st Vid eventuell överbokning kommer principen först till kvarn att tillämpas, dock max 3 deltagare/klinik.
- Kursavgift:** 5500 inkl. inkvartering i enkelrum, helpension och kursmaterial. Moms ingår.  
Kursavgiften faktureras efter antagning.

Anmälan sker senast den 9 September genom brev eller fax till Hans Blomqvist, Anestesikliniken Sankt Görans Sjukhus.  
Ange namn, sjukhus, adress, e-postadress på anmälan.  
Antagningsbesked och faktura utsändes senast i början av oktober.

Hans Blomqvist  
Anestesikliniken  
Sankt Görans sjukhus AB  
112 81 Stockholm  
tel: 08-58 70 12 60  
fax: 08-618 46 58  
E-mail: [hans.blomqvist@stgoran.se](mailto:hans.blomqvist@stgoran.se)

POSTGRADUATE

# utbildning

FÖR SPECIALISTER I ANESTESI & INTENSIVVÅRD

- **Pediatrik anesthesi och intensivvård**  
Postgraduate kurs i pediatrik anesthesi och intensivvård med tonvikt på intensivvård 14:e till 15:e november i Göteborg. Kursen anordnas av svensk förening för barnanesthesi.  
För mer information kontakta;  
Kerstin Sandström  
Tel 031-343 00 00  
epost: [kerstin.i.sandstrom@vgregion.se](mailto:kerstin.i.sandstrom@vgregion.se)  
Barnanesthesi, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus,  
SU/Östra, 416 85 Göteborg.
- **Hyperbar- och dykerimedisin**  
Plats: v. 46 Berga örlogsskolor, v 47 Karolinska sjukhuset  
Tid: 11 - 22 Nov (v. 46-47)  
Pris: 11.600 exkl moms  
Kursansvarig: Folke Lind, [folke.lind@ks.se](mailto:folke.lind@ks.se)  
Antal deltagare: 30
- **Den svåra luftvägen - alternativa strategier**  
Lokal: Hven i Öresund 21-23 maj 2003.  
Kursledare: Jonas Åkeson, Lund  
E-mail: [jonas.akeson@anestesi.mas.lu.se](mailto:jonas.akeson@anestesi.mas.lu.se)  
Phone 046-40331000  
Mobile:0708-311113 Facsimile 040-337380

Vissa av kurserna vänder sig även till sjuksköterskor med vidare utbildning samt läkare under utbildning med special intresse. Flertalet av kurserna riktar sig inte enbart till anesthesiologer utan har läkare från andra specialiteter.

Därutöver erbjuds det flera gånger per år ATLS och PHTLS utbildningar samt utbildningar i Hyperbar medicin, Transplantationsenhetens kurser och Socialstyrelsen.

Kurser i Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) finns på egen hemsida : [www.phtls.nu](http://www.phtls.nu). Ytterligare upplysningar kan fås av Dr Anna Notander, e-post: [0865615832@telia.com](mailto:0865615832@telia.com) eller Åsa Ljungquist, nationell koordinator, [asa.ljungquist@dmc.sos.sll.se](mailto:asa.ljungquist@dmc.sos.sll.se)

ATLS (advanced trauma life support)

Kurser spridda över regionala centra under hösten.  
Kontakta ATLS Sverige, 031-342 00 00

Har egen hemsida: [www.ATLS.nu](http://www.ATLS.nu)



# Bli medlem

i Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård



Som medlem kan du få:

- ✓ en bra möjlighet att påverka ditt yrke och din utbildning
- ✓ SFAI-tidningen
- ✓ ACTA Anaesthesiologica Scandinavica
- ✓ PG-kurser för specialtläkare
- ✓ SK-kurser för underläkare
- ✓ medlemskap i SSAI (vår nordiska anesthesiologiska förening)
- ✓ reducerade priser till SFAI-kongressen

För medlemskap kontakta din lokala representant eller SFAI:s fackliga sekreterare Marie Rodling-Wahlström, [marie.rodling.wahlstrom.us@vll.se](mailto:marie.rodling.wahlstrom.us@vll.se). Fax: 090-13 26 73

\*associerat medlemskap kostar 550:-/år\*\* fullvärdigt medlemskap kostar 870:-/år för underläkare och 1150:-/år för specialister



# Kurser för ST-läkare 2002 & 2003

## SOCIALSTYRELSENS SK-KURSER

Ansökan skickas till socialstyrelsen enligt SK-kurskatalog.

Kursnamn	Kursort	Kursdatum	Kontaktpersoner	E-postadress
Traumatologi	Linköping	10-14 februari	Thore Wikström, Thomas Franzén, Universitetssjukhuset	kmc@lio.se
Mekanismbaserad diagnostik och behandling av akuta och kroniska smärttillstånd	Stockholm	3-7 mars	Märta Segerdahl, Jens Draiby, Linda Storskrubb, Huddinge Universitetssjukhus	linda.storskrubb@anaesth.hs.sll.se
Donation av vävnader samt översikt om transplantation	Göteborg	10-13 mars	Bengt-Åke Henriksson, Lars Bäckman, Daniel Brattgård, Håkan Gäbel, Sahlgrenska Universitetssjukhuset	bengt-ake.henriksson@medfak.gu.se
Sepsis på akutmottagningen och IVA	Linköping	10-14 mars	Håkan Hanberger, Solweig Bladh, Hälsouniversitetet	solweig.bladh@imk.liu.se
Akuta förgiftningar och metabola syndrom	Stockholm	7-11 april	Jonas Höjer, Mark Personne, Marianne Staaff, Giftinformationscentralen	marianne.staaff@apoteket.se
Den svåra luftvägen – ett problem för anestesiologer och ÖNH-läkare	Stockholm	6-9 oktober	Michael Lagerkranser, Richard Kuylenstierna, Johan Ullman, Kirsi Dolk, Karolinska sjukhuset	michael.lagerkranser@ks.se
Obstetrisk smärtlindring och anestesi för gynekologer/obstetriker och anestesiologer	Stockholm	5-7 november	Nina Olofsson Anestesi- och intensivvårdskliniken Karolinska sjukhuset	nina.olofsson@ks.se
Akutmedicin och medicinsk intensivvård	Stockholm	10-14 november	Johan Hulting, Stina Falk, Södersjukhuset	stina.falk@sos.sll.se
Hemodynamik och monitorering, invasiv och noninvasiv	Linköping	10-14 november	Ingemar Cederholm, Universitetssjukhuset	ingemar.cederholm@lio.se

## “FRIA” KURSER ANORDNADE PÅ UPPDRAG AV SFAI

Kurslistan uppdateras löpande. Fullständiga kursbeskrivningar kan rekvideras från SFAI:s kansli. Ansökan på särskild blankett skickas till respektive kursansvarig senast 3 månader före kursstart om inget annat anges. En kursavgift på 1.000-2.000 kr per kursdeltagare och kursdag debiteras hemmakliniken efter antagning. OBS! Anmälan är bindande, det vill säga även vid återbud äger kursgivare rätt att debitera kursavgift. Från och med 2003 kommer kursdeltagare som inte är medlemmar i SFAI att debiteras en högre kursavgift.

Kurser i specialämnena till exempel pediatrik, anestesi, thoraxanestesi, obstetrisk anestesi osv. Kan även sökas av nyblivna specialister vilka kan beredas kursplats i mån av tillgång.

Kursnamn	Kursort	Tidpunkt	Kontaktpersoner	E-postadress
Svåra luftvägen	Göteborg	6-8 november	Per Nellgård, Gunnar Nordberg, Sahlgrenska universitetssjukhuset	per.nellgard@vregion.se gunnar.nordberg@medfak.gu.se
Grundläggande anestesi (För ST-läkare i början av eller som ännu inte har påbörjat sin specialistutbildning)	Lund	11-14 november	Mikael Bodelsson, Nils Dahlgren, Louise Walther, Monica Vikingsson, Universitetssjukhuset	monica.vikingsson@anest.lu.se
Hemodynamik och monitorering	Linköping	11-15 november	Ingemar Cederholm, Bengt Peterzén, Universitetssjukhuset	ingemar.cederholm@lio.se
Traumatologi	Linköping	25-29 november	Thore Wickström, Sten Lennquist, Pia Olofsson, Universitetssjukhuset	thore.wikstrom@lio.se
Thoraxanestesi och intensivvård (för blivande specialister i anestesi och intensivvård som i sina SK-block inte haft thoraxplacering eller som inte har sådan placering planerad. Nybliven specialist kan delta i mån av plats.)	Stockholm	2-4 december	Sten Samuelson, Anders Öwall, Karolinska sjukhuset	sten.samuelsson@ks.se anders.owall@ks.se
Neuroanestesi och neurointensivvård	Stockholm	3-6 februari	Anders Rudehill, Karolinska Sjukhuset	anders.rudehill@ks.se
Lokalanestesi, blockadteknik och smärtbehandling	Örebro	24-28 februari	Magnus Wattwil, Titti Thorén, Regionsjukhuset	ing-marie.dimgren@orebroll.se
Obstetrisk anestesi och intensivvård Karolinska sjukhuset	Stockholm	5-7 mars	Gunnar Dahlgren, Lars Irestedt,	gunnar.dahlgren@kirurgi.ki.se
Grundläggande anestesi (För ST-läkare i början av eller som ännu inte har påbörjat sin specialistutbildning)	Örebro	24-26 mars	Anne-Gro Egeberg	anne-gro.egeberg@orebroll.se
Trombos och hemostasproblem i samband med kirurgi	Stockholm	7-10 april	Hans Johnsson, Michael Lagerkranser, Kerstin Larsson Karolinska sjukhuset	michael.lagerkranser@ks.se Kerstin.larsson@ks.se
Grundläggande intensivvård (För ST-läkare i början av eller som ännu inte har påbörjat sin specialistutbildning)	Stockholm	7-10 april	Hans Hjelmqvist Huddinge universitetssjukhus	hans.hjelmqvist@cfss.ki.se
Respiratorbehandling	Uppsala	6-9 maj	Ulf Sjöstrand, Filip Fredén, Sarah Åhman, Akademiska sjukhuset	sarah.ahman@anestesi.uas.lul.se
Grundläggande intensivvård (För ST-läkare i början av eller som ännu inte har påbörjat sin specialistutbildning)	Uppsala	12-15 maj	Sten Rubertsson, Akademiska Sjukhuset,	sten.rubertsson@anestesi.uas.lul.se
Ev. Fördjupningskurs inom intensivvård (ST-läk i slutet av sin specialistutbildning)	Stockholm	September	Jan Wernerman Huddinge universitetssjukhus	jan.wernerman@anaesth.hs.sll.se
Allmän intensivvård (ffa för ST-läk i slutet av sin specialistutbildning)	Lund	6-9 oktober	Peter Dahm, Bengt Roth, Staffan Holbeck, Monica Vikingsson, Universitetssjukhuset	monica.vikingsson@anest.lu.se
Grundläggande anestesi (För ST-läkare i början av eller som ännu inte har påbörjat sin specialistutbildning)	Lund	10-13 november	Mikael Bodelsson, Nils Dahlgren, Louise Walther, Monica Vikingsson, Universitetssjukhuset	monica.vikingsson@anest.lu.se
Traumatologi	Linköping	24-28 november	Thore Wikström, Thomas Franzén, Universitetssjukhuset	kmc@lio.se
Thoraxanestesi och -intensivvård	Stockholm	Sen höst 2003	Sten Samuelson, Anders Öwall, Karolinska sjukhuset	sten.samuelsson@ks.se anders.owall@ks.se

## Ansökningsblankett till "fria" kurser för ST-läkare anordnade på uppdrag av SFAI 2002

### TEXTA TYDLIGT

<b>Kurs</b>	Kursbeteckning	
	Kursansvarig	Kursdatum
<b>Person- uppgifter</b>	Personnummer	
	Efternamn och tilltalsnamn	
	Utdelningsadress (arbetsplats)	
	Postnummer	Postort
	E-mail	
	Telefonnr till bostaden (även riktnr)	Telefonnr till arbetet (även riktnummer)
<b>ST-läkare/ Vik underläkare</b>	Specialitet	Antal tidigare genomgångna kurser för ST-läkare
	Antal aktiva tjänstgöringsmånader efter legitimationsdatum     månader	Varav inom anesthesi- och intensivvård       månader
<b>Övriga upplysningar</b>		
	<input type="checkbox"/> Är specialistkompetent sedan .....	
<b>Underskrift</b>	Datum	Ort
	Sökandes namnteckning	

Kursavgift 1.000 – 2.000 kr per kursdag + moms, faktureras efter antagning.

Ansökan skickas till respektive kursansvarig senast 3 månader före kursstart. Antagningsbesked skickas ut cirka 2 månader före kursstart.

Godkännes	Verksamhetschef eller motsvarande
-----------	-----------------------------------

Fakturaadress: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Blanketten får kopieras

**SFAI:s styrgrupp för ST-utbildning 2001**



# PGA56

## new york

You can register via the Internet by  
accessing our website: [www.nyssa-pga.org](http://www.nyssa-pga.org)

General Panel &  
Focus Sessions

Case Discussions  
with Experts

Hands-On and  
Interactive Workshops

Miniworkshops

Problem-Based  
Learning Discussions

Scientific/Technical  
Exhibits

Poster Presentations

Social Events



# POSTGRADUATE ASSEMBLY IN ANESTHESIOLOGY

December 6<sup>th</sup> - December 10<sup>th</sup> 2002

Sponsored by : The New York State Society of Anesthesiologists, Inc., • Hilton New York • 40 Category 1 CME Credit

# ALLVARLIGA SJUKDOMSFALL PÅ OPERASCENEN

Teaterscenen ”de tiljor som föreställa världen” är ett av de föreställande konsternas känsligaste instrument för att visa människan hur vår värld ser ut och fungerar. Operakonsten intar här en särställning genom att kombinera dramatik med musik. Ingen annan konstform kan förmedla känslor bättre än musik. Det är säkert därför som opera i större utsträckning än någon annan konstform uppehåller sig vid de stora känslorna; kärlek, hat, lidande och död.

Dödligheten bland operans olika rollgestalter är fruktansvärt hög (Tabell 1). Av samtliga bärande rollgestalter i standardrepertoaren avlider inte mindre än 30 % innan sista aktens ridåfall [1]. Sopraner är mest utsatta och avlider i 45 %, därefter tenorer i 33 %. Med denna höga incidens av dödsfall skulle det behövas ett helt sjukhus, med fullt utrustad akutmottagning och intensiv-

vårdsavdelning för att kunna ta hand om alla skadade och döende. Förvisso förekommer det en hel del doktorer på operascenen, men tyvärr är flertalet av dessa inte alls läkare utan snarare charlataner och kvacksalvare. Några skickliga eller kunniga läkare är svåra att hitta och det medicinska omhändertagande blir därefter, det är ytterst få som erbjuds kvalificerad hjälp.

I den tidiga 1600-talsoperan måste man ha goda kontakter med Olympens gudar för att klara livhanken. Apollon, musikens och läkekonstens gud (sic!), har mången gång gripit in och räddat liv i en akut situation. I 1700-talets operakonst är det gott om doktorer, trots detta är kanske den rådigaste av dem alla en tjänsteflicka, Despina, som utklädd till läkare räddar två arsenikförgiftade ungdomar till livet med hjälp av en magnet i Mozarts opera *Così fan tutte*. Magneteten

tillskrevs läkande kraft redan under renässansen av Paracelsus och användes senare med stor framgång av den österrikiske läkaren Franz Anton Mesmer under 1700-talets senare hälft.

Dödsätten på operascenen kan ibland vara av det avgjort överraskande slaget, fantasin visste inga gränser i 1800-talets romantiska operaverk. I Donizettis opera *Maria de Rudenz* kan man påstå att sopranen faktiskt dör två gånger, i alla fall har hon två helt skilda dödsscener. I en våldsam konfrontation sticker älskaren Corrado sin dolk i Marias bröst och hon faller ned döende i sin första dödscen. Hon reser sig dock senare, dödar sin rival, öppnar sina sår och dör slutgiltigt i sin andra dödscen. Här gäller det således för sopranen att inte bara att ha tillräcklig lungvolym utan att även ha en tillräcklig blodvolym för att klara denna dubbla prestation.

	SOPRAN	MEZZO SOPRAN	TENOR	BARYTON	BAS	TOTALT
Totalt antal	176	82	159	123	98	638
Antal döda	79	16	52	25	17	189
Procent	45	20	33	20	17	29

Tabell 1. Andelen rollfigurer som avlider på operascenen, uppdelade i olika röstlägen. Uppgifterna baserar sig på analys av de viktigaste rollgestalterna i 150 operaverk under en tidrymd av 400 år.

OPERAN



Operatoxikologi är ett mycket speciellt kapitel där det kan vara ganska så svårt att försöka reda ut vilka farmakologiska substanser som ligger bakom alla de sömndrycker, trolldrycker, giftdrycker och kärleksdrycker som erbjuds. Giftmord är särskilt omhuldade på operascenen. Det enda sättet att klara sig är att ta motgift och då är det brådskande att finna rätt substans. Så förhåller det sig t.ex. i operan *Lucrezia Borgia* av Donizetti. Sopranen drar sig inte för att göra sig av med misshagliga personer medels gift. Då hon tvingas att förgifta sin egen son får hon bråttom att inte bara i största hast utan också i största hemlighet erbjuda honom ett supersnabbt motgift.

I några operaverk går det att med viss säkerhet att lista ut vad som används. I *Romeo et Juliette* av Gounod torde Julia intoxikera sig med tetradotoxin. I *Suor Angelica* av Puccini framgår av operans ursprungsversion att den olyckliga nunnan i självmordssyfte förgiftar sig med atropin, cicutoxin, olika hjärtglykosider och alkaloider samt en liten dos vätecyanid. Detta medicinskt inriktade sätt att betrakta operan ger verket en dimension av grym tragik och olyckligt människöde till skillnad från det vanligen förekommande teologiska perspektivet som får operan att framstå i en mer sentimental dager.

Det förekommer faktiskt flera läkekunniga rollgestalter på operascenen, två av dem utför t.o.m. en regelrätt kirurgisk operation. Den första, med lyckat resultat, utförs av en namnlös läkare i Verdis *La forza del destino* då tenoren Alvaro, dödligt sårad av en kula, räddas till livet genom ett thoraxkirurgiskt ingrepp, utan vare sig respirator eller hjärtlungmaskin. I Pavel Haas opera *arlatán* skildras den oerhört vidlyftige doktor Pustrpalk, som tveklöst är den medicinskt mest aktive rollgestalten i operahistorien. I första akten botar han påssjuka, ormbett, förlamning och förgiftning med olika metoder. I tredje akten utför han en bukoperation på en sjuk man och ger då narkos via en svamp som fuktats med ämnen som avger sövande ångor. Patienten avlider tråkigt nog postoperativt. Pustrpalk förklaras vara en mördare, han tvingas fly och framlever sina sista dagar i misär.

Narkos förekommer också i operan *McTeague* av den amerikanske kompositören William Balcom. Operan byggs på en bok skriven 1899 av Frank Norris, berättelsen utspelas i San Francisco.

*McTeague* är tandläkare med en framgångsrik praktik där han även ger tandbehandling under narkos. *McTeague* blir kär i en vacker, kvinnlig patient. Då hon befinner sig i narkos kan han inte motstå frestelsen att omfamna den sovande kvinnan.

Narkos i samband med tandbehandling utgjordes vid tiden för romanens tillkomst vanligen i form av inhalation av lustgas, en metod som tandläkaren Horace Wells introducerade redan 1845. I operan *McTeague* får dock patienterna inandas eter. Denna form av narkos demonstrerades offentligt den 16 oktober 1846 av William Morton, men den amerikanske landsortsläkaren Crawford Long hade börjat söva sina kirurgiska patienter med eter redan 1842. Operan *McTeague* utspelas under 1890-talet och är intressant därför att den ger en korrekt historisk bild av en tandläkarmottagning från den tiden. Dessutom får publiken uppleva en musikdramatisk skildring av eternarkos.

Långt ifrån alla operadoktorer är handlingskraftiga eller skickliga i sitt yrke. Ett av Umberto Giordanos mera kända verk är *Fedora*, ett passionsdrama med politiska förtecken. Fedoras fästman gör tidig entré dödligt sårad av en kula. Kirurgspecialisten doktor Lorek undersöker honom, skriver ut ett recept och kallar på en präst. Sett ur vanliga kliniska erfarenheter är detta ett synnerligen extraordinärt drag hos en kirurg.

Den intensivvårdsorienterade anestesologen får också en del kniviga fall att reda ut på operascenen. Där förekommer flera fall av sepsis och endotoxinutlöst chock. Tristan i Wagners *Tristan und Isolde* torde vara svårt septisk i tredje akten. Gustav Aschenbach i Britten *Death in Venice* avlider i en speciell form av kolera. Det anges nämligen att tenoren avlider av cholera sicca, en endotoxinemi med ett snabbt dödligt förlopp innan diarréer och kräkningar hinner manifesteras sig. Säkerligen ett klokt val av sjukdom – vem vill se en tenor avlida av diarré? Den arma Mélisande föder ett barn strax innan hon dör i Debussys ödesmättade opera *Pelléas et Mélisande*. Det är fullt förståeligt att den stackars doktorn i operan inte kan göra något för att rädda henne eftersom situationen måste uppfattas så att hon drabbats av barnsängsfeber, ett septiskt tillstånd som i många fall kräver att patienten omedelbart måste erbjudas avancerad intensiv-

vård för att säkert klara livhanken.

Även smärtlindring förekommer i operans värld. I Francis Poulencs opera *Dialogues des carmélites* finns en skakande scen där den gamla priorinnan ligger för döden. Hon är svårt plågad av smärtor och ber läkaren Javelinot om analgetika vilket förvägras henne med motiveringen att hon redan fått tillräckligt. Detta är läkarens enda replik i operan och är oerhört tragisk i så motto att den är djupt oetisk. Ingen patient med smärta skall förvägras smärtlindring! Ingen läkare i världen kan bestämma hur ont en annan människa har! Javelinot är en urusel representant för läkarkåren och borde omedelbart tillrättavisas genom att beredas möjlighet att gå en fördjupad kurs i smärtlindring, även om det råkar vara revolution i Frankrike och tiden är 1790-tal. Operapubliken kan vara tacksam över att den bara behöver stå ut med honom några minuter under denna treaktsopera.

Det är lätt att förstå att operascenen inte utgör någon bra skola för att lära sig hur läkaren arbetar och hur sjukvård skall bedrivas. Däremot skall man givetvis gå på operan för att höra god musik i den totalupplevelse som endast ett fullödigt musikdramatiskt verk kan ge!

#### Referens

- [1] Persson E. Opera – död, dårar och doktorer. Santérus förlag ([www.santerus.com](http://www.santerus.com)), Stockholm 2002.

EDDIE PERSSON är överläkare i anesthesi & intensivvård vid Stockholms Specialistvård AB, Löwenströmska sjukhuset, Upplands Väsby. Han har inom ramen för Svenska Läkaresällskapets föredragsserie "Konst och Läkekunst" hållit flera olika föredrag om Opera och Medicin. Detta material är nu samlat i boken "OPERA – död, dårar och doktorer" som utgör en historisk analys av hur doktorer, vainsinne, sjukdom och död framställts i litteraturen och de föreställande konsterna under en tidrymd av 400 år. Boken utkom i september 2002 på Santérus förlag, Stockholm ([www.santerus.com](http://www.santerus.com)).

Eddie Persson, med. dr., överläkare,  
Stockholms Specialistvård AB,  
Löwenströmska sjukhuset,  
Upplands Väsby

# Hur du än vrider och vänder på det...

med SEVOrane har du kontroll.



 **SEVO***rane*<sup>®</sup>

SEVOFLURAN



# Kongresser & Symposier 2002 inom Anestesi och Intensivvård 2005

## År 2002

### ASA Annual Meeting

12 - 16 Oct. 2002 Orlando, Florida USA  
Contact ASA Secretariat, American Society of Anaesthesiologists, 520 N Northwest Highway, Park Ridge, IL 60068-2573, USA  
Tel. +1 847 824 5586 Fax +1 847 825 1592  
E-mail: [mail@asahq.org](mailto:mail@asahq.org)  
WEB: [www.asahq.org](http://www.asahq.org)

### The Toronto Critical Care Medicine Symposium

October 31 - November 2, 2002 Metro Toronto Convention Centre, Toronto, Ontario Canada  
[www.tcms.com](http://www.tcms.com) Kathleen Barrett  
[kbarrett@idirect.ca](mailto:kbarrett@idirect.ca)

DASAIm Årsmede 7 - 9 november 2002, Köbenhavn Info: [www.dasaim.dk](http://www.dasaim.dk) og Dasinfo nr. 3, 2002

### 8th International Congress of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia in

conjunction with 19th International, November 10, 2002 - November 13, 2002, Congress of the Israel Society of Anesthesiologists, Jerusalem, Israel  
Tel: 972-3514-0000 Fax: 972 -3514 -0077  
E-Mail: [anesth2002@kenes.com](mailto:anesth2002@kenes.com)

### International Congress on Cardiothoracic and Vascular Anesthesia 10 - 13 november 2002, Jerusalem

Info: [anesth2002@kenes.com](mailto:anesth2002@kenes.com)  
[www.isranest.org.il/congress2002](http://www.isranest.org.il/congress2002)

### 12th International Symposium on Brain Edema and Brain Tissue Injury

10 - 13 november 2002, Hakone, Japan  
Info: [2002-office@umin.ac.io](mailto:2002-office@umin.ac.io)

PGA 56th Postgraduate Assembly of the New York State Society of Anesthesiologists  
December 06, 2002 - December 10, 2002, New York, NY, United States,  
Contact: Kurt G. Becker,  
Phone: 212-867-7140 Fax: 212-867-7153  
[www.nyssa-pga.org](http://www.nyssa-pga.org)

## År 2003

**13th Symposium on Intensive Medicine and Intensive Care**, February 19, 2003 - February 21, 2003. Bremen, Tyskland.

**2003 Colorado Review of Anesthesia and Ski Holiday** February 22, 2003 - February 28, 2003 Vail, CO, United States

**6th Annual Conference on Acute Medical Emergencies** February 24, 2003 - February 25, 2003 London, England, United Kingdom

**Controversies in Obstetric Anaesthesia** March 05, 2003 - March 05, 2003 London, England, United Kingdom

**Association of Pediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland Annual Scientific Meeting** 10 - 12 marts 2003, Norwich, UK Info: [www.apagbi.org.uk](http://www.apagbi.org.uk)  
[kathy.wilkinson@norfolk-norwich.thenhs.com](mailto:kathy.wilkinson@norfolk-norwich.thenhs.com)

**International Anesthesia Research Society (IARS)** 22 - 26 marts 2003, New Orleans, Louisiana Info: [iarshq@iars.org](mailto:iarshq@iars.org) og [www.iars.org](http://www.iars.org)

**28th Annual Meeting of the American Society of Regional Anesthesia** April 02, 2003 - April 06, 2003 San Diego, CA, United States ASRA, PO Box 11086, Richmond, VA 23230 Phone: 804-282-0010 Fax: 804-282-0090

**German Congress of Anaesthesiology** April 09, 2003 - April 12, 2003 Munich, Germany

**EACTA 18th annual meeting The European association of cardiothoracic anaesthesiologists**  
25-28 maj 2003, Prag Tjeckien. Info: [www.eacta.org](http://www.eacta.org)

**Eurovisa UKSIVA: Combined Meeting of the European and UK Societies for Intravenous Anaesthesia** May 30, 2003 - May 31, 2003 Glasgow, Scotland, United Kingdom

**Euroanaesthesia 2003** 31 maj - 3 juni 2003, Glasgow, Skottland.  
Info: [www.euroanaesthesia.org](http://www.euroanaesthesia.org)  
[secretariat.esa@euronet.be](mailto:secretariat.esa@euronet.be) Org: ESA,  
32 Ave. de Turvuren, Bte 30, Brussels, 1040, Belgium Phone: 00-32-2-743-3290 Fax: 00-32-2-743-3290

**27th SSAI-kongress** 16 - 20 august 2003, Helsinki Info: [congreg@congreg.fi](mailto:congreg@congreg.fi)  
[www.congreg.fi](http://www.congreg.fi)

**2003 års SFAI-möte**, 20-23 augusti 2003, Huddinge Stockholm, huvudansvarig verksamhetschef Bengt Eriksson.  
Tel: 08-585 80 000.

**American Society of Anaesthesiology**  
11 - 15 oktober 2003, San Francisco, California, USA Info: [www.asahq.org](http://www.asahq.org)  
[ASCCA@ASAhq.org](mailto:ASCCA@ASAhq.org)

**Joint Meeting of APAGBI and the Society of Pediatric Anaesthesia of Australia and New Zealand (SPANZA)** 1 - 2 november 2003, Adelaide, S.Australia  
Info: [vanderwalt@wch.sa.gov.au](mailto:vanderwalt@wch.sa.gov.au)  
[www.apagbi.org.uk](http://www.apagbi.org.uk)

**DASAIm Årsmöte** 6 - 8 november 2003, Köbenhavn Info: [www.dasaim.dk](http://www.dasaim.dk) og Dasinfo nr. 3, 2003

## År 2004

**International Anesthesia Research Society (IARS)** 27 - 31 marts 2004, Tampa, Florida  
Info: e-mail: [iarshq@iars.org](mailto:iarshq@iars.org); [www.iars.org](http://www.iars.org)

**13th World Congress of Anaesthesiologists** 17 - 23 april 2004, Paris, Frankrig  
Info: e-mail: [wca2004@colloquium.fr](mailto:wca2004@colloquium.fr)  
Internet: <http://www.wca2004.com>

**American Society of Anaesthesiology**  
23 - 27 oktober 2004, Las Vegas, Nevada, USA Info: <http://www.asaha.org>

## År 2005

**All Africa Anaesthesia Congress**  
21 - 25 maj 2005, Tunis  
Info: [ms.benamner@rns.tn](mailto:ms.benamner@rns.tn)

**American Society of Anaesthesiology**  
22 - 26 oktober 2005, New Orleans, Louisiana, USA Info: <http://www.asaha.org>



# Ta kontrollen över er infusionsterapi



Den unika fm-controllern sätter ny standard vad gäller säkerhet och bekvämlighet.

Från en central monitor är det nu möjligt att styra ett helt fm-system med upp till 18 infusionspumpar (finns i tre olika modeller).

- Ökad säkerhet
- Lättare hantering av intravenös anestesi (OTCI)
- Tidsbesparande vätskebalansfunktioner
- Enklare utvärdering av progressen inom infusionsterapi
- Förenklad koppling till andra system (PDMS)

Kontakta oss för mer information om systemen fm anestesi och fm intensiv!

**B | BRAUN**  
HOSPITAL CARE

B. Braun Medical AB  
Box 221, Gustavslundsvägen 50  
167 22 BROMMA  
Tel: + 46 (0)8 634 34 00  
Fax: + 46 (0)8 634 34 34  
E-mail: info.sverige@bbraun.com  
Hemsida: www.bbraun.com

# SFAI-kansliet

Till kansliet ska man vända sig för att få hjälp med olika ärenden som:

- e-postadresser
- medlemsavgifter
- adressändringar
- registerärenden
- rekvisition av ansökningsblanketter för medlemskap
- rekvisition av abstrakt till riksstämmor
- rekvisition av SFAI:s Samlade Riktlinjer

Hälsningar från SFAI:s kansli  
Birgitta Nehlin  
Myrvägen 27  
SE-291 43 KRISTIANSTAD

Använd gärna e-post för att nå SFAI-kansliet.  
Annars går det bra att ringa hem till Birgitta Nehlin på kvällstid.

Telefon 044-12 39 48 (kväll) · E-postadress: [sfai@swipnet.se](mailto:sfai@swipnet.se)



A K A D E M I S K A  
A V H A N D L I N G A R  
Å R 2 0 0 2

Under den här rubriken kommer vi att presentera abstracts från avhandlingar framlagda i anestesi och intensivvård under det senaste året. Vi kan nu med glädje presentera följande 2 abstracts:

**Michael Haney.**  
Heart-lung interactions.  
Left ventricular performance during controlled alterations in loading conditions and airway pressure.

**Barbro Österlund.**  
Coronary release of t-PA  
– an experimental and clinical study.

UMEÅ UNIVERSITY MEDICAL DISSERTATIONS  
 New Series No 775- ISSN 0346-6612 ISBN 91-7305-202-7

From the Department of Surgical and Perioperative Sciences Anesthesiology and Intensive Care  
 Umeå University, Umeå, Sweden

HEART - LUNG INTERACTIONS:  
 LEFT VENTRICULAR PERFORMANCE DURING  
 CONTROLLED ALTERATIONS IN LOADING CONDITIONS  
 AND AIRWAY PRESSURE

AKADEMISK AVHANDLING  
 som med vederbörligt tillstånd av Rektorsämbetet vid Umeå Universitet  
 för avläggande av medicine doktorsexamen, offentligen försvarades  
 i Sal B 9tr, Tandläkarhögskolan den 15 mars 2002.

av  
 Michael F. Haney

Fakultetsopponent:  
 Docent Jan Hultman, Anestesiologi och Intensivvård. Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Umeå 2002

HEART-LUNG INTERACTIONS:  
 LEFT VENTRICULAR  
 PERFORMANCE DURING  
 CONTROLLED ALTERATIONS IN  
 LOADING CONDITIONS AND  
 AIRWAY PRESSURE

Michael F. Haney  
 UNIVERSITY MEDICAL  
 DISSERTATIONS  
 New Series No 775- ISSN 0346-6612  
 ISBN 91-7305-202-7

Department of Surgical and  
 Perioperative Sciences, Anesthesiology  
 and Intensive Care  
 Umeå University, S-901 85 Sweden

**Background:** The physiology of heart-lung interactions during increases in airway pressure is not completely understood. Assessment of myocardial function through analysis of the left ventricular pressure-volume relationship (LVPVR) in the setting of airway and intrathoracic pressure elevation is a robust though complex means of describing heart-lung interactions that has relevance to clinical cardiology, as well as in perioperative and intensive care medicine. This series of studies aimed to test for and assess load altering and myocardial effects of elevations in airway and intrathoracic pressure

through analysis of the LVPVR in a large animal model.

**Methods:** Measurements included direct left ventricular volume and pressure, using conductance volumetry and tip manometry, in anesthetized adult pigs that were subjected to alterations in intrathoracic pressure by experimental manipulation of airway pressure, pericardial infusion, and pleural insufflation. Myocardial contractile state was prospectively increased and decreased through pharmacological means using negative and positive inotropic drugs as well as through manipulating body temperature. Myocardial loading conditions over broad physiological ranges were brought about through vascular occlusion, both vena cava and aorta, as well as manipulation of intrathoracic (airway) pressure.

**Results and conclusions:** a) APP brings about a change controlled progressive loading alteration that can be implemented with LVPVR analysis to derive Ees and PRSW. b) LVPVR analysis during elevated extracardiac pressure is robust as far as independence from loading conditions such that transmural LV pressures are not necessary for accurate calculation of

PRSW. c) Measurements of changes in systolic function parameters derived using APP as a preload reduction method demonstrated no differences from those incorporating a venous vascular occlusion, though the absolute values of systolic function parameters derived from APP show a positive bias in relation to those derived by IVCO. d) Elevation of airway pressure brings about an increase in myocardial contractile function within a very short onset time, and as well during a sequential preload alteration, as measured by load-indexed single heart cycle parameters, suggesting mediation through the autonomic nervous system. Thus, changes in airway pressure and intrathoracic pressure events must be taken into consideration when performing serial measurements of left ventricular function. Further study of heart-lung interactions during airway pressure elevation are warranted, with special attention to study of possible mechanisms of changes in heart function, as well as optimization of the airway pressure elevation method of preload alteration.

**Key words:** ventricular performance, myocardial contractility, pressure-volume relationship, airway pressure, intrathoracic pressure.

UMEÅ UNIVERSITY MEDICAL DISSERTATIONS  
 NEW SERIES NO 787 - ISSN 0346-6612 ISBN 91-7305-239-6

From the Department of Surgical and Perioperative Science Anaesthesiology and Intensive Care  
 Umeå University, Umeå, Sweden

Coronary release of t-PA  
 An experimental and clinical study

AKADEMISK AVHANDLING  
 som med vederbörligt tillstånd av Rektorsämbetet vid Umeå Universitet  
 för avläggande av medicine doktorsexamen, offentligen försvarades  
 i Sal B 9tr, Tandläkarhögskolan den 31 maj 2002.

av  
 Barbro Österlund

Fakultetsopponent: Docent Anders Öwall.  
 Institutionen för kirurgisk vetenskap, Sektionen för anestesi och intensivvård. Karolinska institutet, Stockholm.

Umeå 2002  
 Coronary release of t-PA  
 An experimental and clinical study

Barbro Österlund

UNIVERSITY MEDICAL  
 DISSERTATIONS  
 NEW SERIES NO 787 - ISSN 0346-  
 6612 ISBN 91-7305-239-6

Department of Surgical and  
 Perioperative Science, Anaesthesiology  
 and Intensive Care  
 Umeå University, S-901 85 Sweden

**Background:** Tissue type plasminogen activator (t-PA) is the most important initiator of intravascular fibrinolysis. t-PA is synthesised and stored in endothelial cells. A regulated release of the enzyme from this storage pool is important for removal of intravascular fibrin formations. Plasminogen activator inhibitor type-1 (PAI-1) is the main inhibitor of t-PA. The aim of this thesis was to study the effects of local and general stress activation on the capacity for regulated coronary release of t-PA and to explore the role of b-2 receptor dependent mechanisms in this context. Further, we aimed to study the relation between coronary artery disease (CAD) and coronary t-PA release during cardiac surgery.

**Methods:** Three studies were performed in an acute pig model. The fourth study was conducted in patients with (n=14) and without CAD (n=8). The net fluxes of t-PA and PAI-1 across the coronary vascular bed was studied during anaesthesia, at baseline and during stimulation by different stressors. Arterial-venous concentration gradients of t-PA (total and active) and total PAI-1 were obtained for the coronary vascular bed together with coronary blood flows (retrograde thermodilution), from which coronary net release could be derived. Myocardial ischemia-reperfusion (by temporary coronary artery ligation) and sternotomy were chosen to represent stress activation at organ and systemic levels, respectively. Intracoronary infusion of isoprenaline (beta-2 receptor agonist) was used for activation of local adrenergic mechanisms, while atrial pacing was used to provoke changes in heart rate and coronary blood flow.

**Results:** In the pig model, a release of t-PA into the coronary vascular bed was produced by ischemia-reperfusion, intracoronary isoprenaline and sternotomy. A rapid net release of t-PA, returning towards baseline levels in

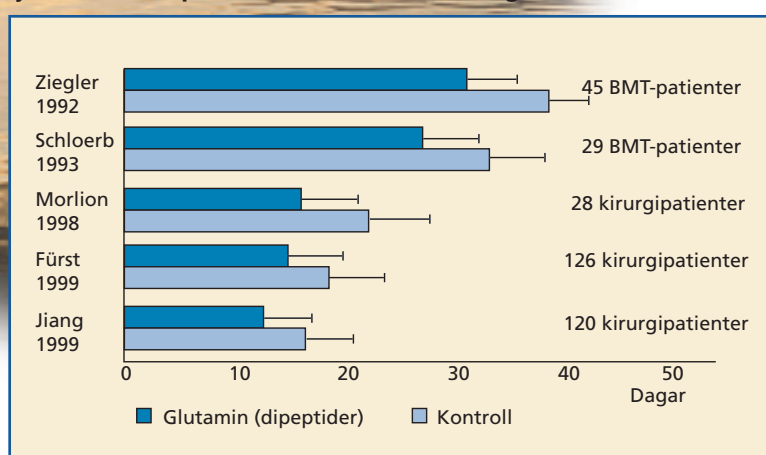
about 10 minutes was observed. In the clinical study, CAD patients showed a markedly impaired capacity for regulated coronary t-PA release after sternotomy as compared to non-CAD patients. Increases in heart rate and coronary blood flow (by atrial pacing) did not influence the release of t-PA or PAI-1.

**Conclusion:** These findings support the hypothesis that stress, at different levels of actions, can initiate a t-PA dependent, adrenergically mediated, fibrinolytic response in the coronary vasculature. One key finding was that the capacity for regulated coronary t-PA release was reduced in patients with CAD. Atherosclerosis itself can explain the attenuation of regulated t-PA release in the vessels compromised by arteriosclerotic plaque. The decreased endothelial capacity for t-PA release could be a significant mechanism in the high incidence of coronary thrombosis in CAD patients.

Key words: tissue-type plasminogen activator, plasminogen activator inhibitor type-1, endothelium, ischemia, beta-stimulation, surgery, heart rate.

# Kortare vårdtid med glutamin

Parenteral nutritionsbehandling med glutamindipeptider har i ett antal studier visat sig leda till kortare vårdtider, jämfört med parenteral nutrition utan glutamin.



## Fresenius Kabi har parenterala nutritionsprodukter med glutamindipeptider

### Dipeptiven®-

tillsatslösning med alanyl-glutamin.



### Glavamin®-

komplett aminosyralösning med glycyl-glutamin.



Ref: Jiang et al. JPEN 1999; 23:62-66, Schloerb et al. JPEN 1993; 17:407-413, Morlion et al. Ann Surg 1998; 227:302-308, Ziegler et al. Annals of Internal Med 1992; 116, No 10, Fürst P. Clin Nutr 1999; abstr 62.

**Företaget inom parenteral nutrition, enteral nutrition och vätsketerapi.**

**Fresenius  
Kabi**

Caring for Life

Kundtjänst: 018-64 44 11, [www.fresenius-kabi.se](http://www.fresenius-kabi.se)

# Än finns det några pigga nya anesthesiologer

Efter att ha läst de senaste årens nummer av SFAI tidningen med dystra rapporter om överbelastade kollegor, förkortad livslängd, dålig utbildningssituation och doktorer som flyr till utlandet eller byter specialitet, undrar jag ibland om jag själv har missat något. Måste det vara så? Själv känner jag att jobbet visserligen kan vara en utmaning, men då stimulerande, att stödet finns hos kollegor, att arbetet är fritt och varierat och att det finns stunder att vila upp sig. Är detta "ungdomlig dumhet" eller kan det vara så att det faktiskt kan vara bra att jobba som anesthesiolog ?

Jag har nyligen avslutat min ST och blev klar narkosläkare i februari '02. ST'n har jag till största del gjort på mitt hemsjukhus i Värnamo (upptagningsområde på 86 000) med randningar på såväl anestesi/IVA, thoraxanestesi/THIVA och neurokirurgi/ NIVA i Linköping, infektion i Jönköping, neonatologen på Östra Sjukhuset/SU. Samtliga randningar har fungerat väl och givit mig goda erfarenheter som jag förhoppningsvis kommer att ha nytta av i framtiden. Utan att på något vis klassa ner på övriga delar av ST'n så måste jag säga att tiden på thoraxanestesi/THIVA både var den mest lärorika perioden, samt även var det då jag tyckte att man började få grepp på även svårt cirkulatoriskt sjuka patienter. Förkommande ST läkare, vilket sjukhus man än må jobba på i slutändan, så anser jag att en randning på thoraxanestesi bör vara en självklar del.

Hur har det varit med handledningen ? Lite så där om man ska följa alla upplagda scheman med undervisning varje vecka och genomgång med handledaren ofta. Enligt mitt eget sätt att se det - väldigt bra. I Värnamo var vi under min ST tid fem överläkare och fyra underläkare. All anestesi sker på "centraloperation". Detta gör att man har en bra överblick på vad som händer och det är lätt att komma till och få göra de praktiska momenten. Händet det något speciellt på IVA så visste man ofta detta och kunde vara med. På så vis upplevde jag att man fick daglig handledning, samt att äldre kollegor var måna om att vi fick lära oss de praktiska momenten. Att alla sen har sina egna "specialare" får man ju leva med. Samarbetet med min handledare fungerade bra och det jag framför allt är tacksam för är att han agerade de (om än få) gånger som man som ST behöver stöd med vad det nu månne vara.

Den teoretiska utbildningen blir annorlunda på ett mindre sjukhus, då vi inte har samma uppbackning med kollegor som är specialister på olika delar av anesthesiologin, som man har på universitetssjukhus. Men vi försöker! Varje vecka har vi genomgång av någon ny artikel inom anestesi eller fallgenomgång, undervisningstillfällen med överläkare ibland, vissa möjligheter till självstudier på arbetstid samt en mycket positiv syn på att vi får åka på kurser. "Det vi inte kan erbjuda hemma, får vi hämta någon annanstans". Den regionala

ST utbildningen med träffar i Linköping en gång/månad fungerade väl under en tid och gav mig samtidigt en chans att lära känna andra ST och höra hur det var på andra sjukhus. Under ST'n kom jag totalt iväg på sex SK kurser, tre fria SFAI kurser, ATLS, samt fem andra kurser inom anestesi. Om det är få eller många vet jag inte men det känns som jag fått en rätt bra täckning av de olika bitarna av anestesi och IVA. I slutet av ST'n har jag även gått upp på European Diploma och i samband med detta fick jag två veckors betald inläsning inför såväl skriftlig, som muntlig del. Med ett godkänt European Diploma får man väl anse att den teoretiska utbildningen är fullgod. Tilläggas ska att oavsett hur mycket kurser, utbildning och handledning man får "serverat" så handlar det till sist om att lägga manken till själv och läsa, annars går det inte.

På den praktiska sidan har jag under min ST bokfört allt vad jag gjort och kommit fram till att min ST innehållit bla: 493 st intubationer (ett antal nasala, fiber och dubbellumen) 1037 st spinaler, 198 st epiduraler (ca hälften på förlossningen), 185 st CVKér (av varierande slag, inkl några Swan Gantz och dialys), 47 st plexus, 203 st barnöronnarkoser (50 st med intubation), 265 st sövningar för ECT/ elkonv, 14 st pleuradrän, 17 st pleurakatetrar, 4 st percutana tracheostomier, samt 195 st jourer. Om detta är mycket eller lite är svårt att veta. Följer man utbildningsboken för anestesi så innefattar ovanstående det mesta, undan-

taget är stellatum/coeliacus/lumbal sympaticus blockad och Sengstaken sond, som jag inte utfört. Det skulle vara intressant att veta om någon annan har gjort liknande bokföring, som jämförelse.

Jourer var det som sagt 195st. Över ett halvt år på sjukhuset tillgänglig dygnet runt. Huh !

Fast mest har det känts bra. Det kan vara pressande, ovisst, svårintuberat, ”trycket nere i källaren”, katastrofsnitt och asfyktiska barn, men ändå måste jag säga att jag tycker att det känns bra att gå jour. Lagarbetet med narkos och IVA personal, improvisationerna, att sitta och klura på IVA, det har sin charm. Givetvis har även jag haft mina funderingar, då det är fullt med patienter i respirator på IVA, cirkulatorisk instabilitet och inget resultat av insatta åtgärder, på vad jag egentligen gett mig in på. Ån så länge har jag fortfarande en bakjour och det är klart att den stora förändringen blir när denna ”livlina” försvinner. I Värnamo är man ensam jour på huset och det kan jag ibland uppleva som lite ensamt, ffa efter att man randat sig och alltid varit två på huset. Det är väl dock något som man vänjer sig vid.

Något som jag upplever som mycket positivt på hemmaplan och har saknat en del på många andra kliniker är att vi doktorer träffas flera gånger dagligen och kan prata av oss. Vi har gemensamt ”fika” på IVA på morgonen, kaffe på eftermiddagen och då kan man dels prata av sig om jobbet, men även om helt andra ämnen från var det är bra svampskog till gårdagens TV-serier. Jag uppskattar detta och så vitt jag vet gör även kollegorna det. Detta är givetvis något som är mycket lättare på mindre sjukhus, men kanske skulle man satsa mer på det även på större kliniker. Upplever på så vis att vi har ett mer ”prestigelöst” samarbete här, i alla fall jag, kan ta upp alla saker med alla vad gäller jobbet och på så vis kan ett stress/press problem försvinna.

En helt annan sida av jourerna är jourkompen och den nämns sällan. I jämförelse med vänner och bekanta som har ”vanliga jobb” har jag enormt mycket ledig tid. De är bundna till sina fyra sommarveckor, resten vid älgjakten och sen möjligen lite inarbetad komp vid jul. Självt kan man ta någon extravecka eller extradagar ledigt här och var, för att vara

hemma med familjen, barnen kan ”slippa” dagis och istället ha pappa hemma, träna, göra ärenden när inte hela resten av Värnamo är ute osv. Detta upplever jag som lite ”lyx”, gör en utvilad och man kan varva ner. Varför nämns aldrig den sidan i debatten? Sen ger ju även jourerna ett visst lönetillskott och det är ju inte negativt.

Ett problem som ofta tas upp är att man inte kan släppa jobbet då man är ledig och att detta kan vara tärande på så väl hälsa som psyke. Det är väl bara att skriva under på att det är så, men även här tycker jag att vi har ett gott läge inom anestesin. Vi har inga överfulla mottagningar, inte mycket diktering, inga patienter som ringer om än det ena än det andra på alla tider på dygnet. När vi går hem från jobbet så är man klar och joutren har tagit över. Visst kan det vara så att man funderar vidare på en IVA patient, eller har tankarna på något som inte gått helt optimalt under dagen, men det är ju långt ifrån alla dagar det är så. Något som jag känner som viktigt är att jag får vara själv någon gång under dagen, för att kunna ”rensa hjärnan”. Det kan vara ett löppass, en tur i skogen, eller bara att slappa vid TV'n. Oftast går det att lösa även om det ibland kan bli sent efter allt annat som ska göras, barn som ska nattas osv.

Vad jag vill få fram med detta är att trots allt som stod i inledningen är jag övertygad om att jag valt rätt specialitet ( vad är alternativet?) och att jag ser att det finns en framtid och faktiskt i stort sett alltid är kul att gå till jobbet. Det är kanske dags att lite fler såna röster gör sig hörda i debatten. Visa fram att vi har ett unikt, varierat och spännande arbete. Ge plats för de positiva sidorna och inte bara älta det negativa, då lär vi ju inte rekrytera många nya. Så som sagt, åtminstone en yngre (33år) pigg anestesiológ finns det (känner faktiskt några till) och jag har även tänkt att så förbli – pigg alltså !

Magnus Trofast, narkosläkare

Anestesikliniken

Värnamo sjukhus, 331 85 Värnamo

magnus.trofast@ljkg.se



# Fri SK-kurs

## 5-7 mars 2003

arrangerad av Anestesi och Intensivvårdskliniken vid Karolinska Sjukhuset i Stockholm

Kursen vänder sig i första hand till ST läkare i anesthesiologi.  
Intresserade obstetiker är också välkomna.

*Kursen fokuserar på nedanstående ämnesområden:*

Graviditetsfysiologi

Graviditet/amning och läkemedel

Regional resp systemisk analgesi vid vaginal förlossning

Anestesi vid akut kejsarsnitt

Neonatal resp maternell återupplivning

Graviditetskomplikationer

Intensivvård av den gravida eller nyförlösta kvinnan

Examination ersätts av fallbeskrivningar utgående från kursdeltagarnas egna kliniska erfarenheter.



Ansökan skrivs på av SFAI faställd blankett och skickas per post eller mail till Gunnar Dahlgren, Anestesi och Intensivvårdskliniken, Karolinska Sjukhuset, 171 76 Stockholm, email [gunnar.dahlgren@kirurgi.ki.se](mailto:gunnar.dahlgren@kirurgi.ki.se)  
*Sista anmälningdag 16/12.*

Deltagarantalet är begränsat. Antagning sker efter ansökningsdatum.  
Antagningsbesked och kursinformation levereras per brev i januari.  
Ev övertaliga kommer att sättas på reservlista, dessa personer informeras separat.

Kursavgift 3600 kronor + moms  
(lunch och kaffe ingår) debiteras moderkliniken efter antagning.

Kursledare: Gunnar Dahlgren och Lars Irestedt

Kurssekreterare: Kerstin Larsson,  
tel 08 5177 2066, email [kerstin.larsson@ks.se](mailto:kerstin.larsson@ks.se)

# CEPROTIN

Humant protein C

## det fysiologiska svaret på protein C-brist



CEPROTIN® Antitrombotiskt medel. Pulver och vätska till injektionsvätska för behandling av Vitamin K-antagonistinducerad purpura fulminans och hudnekros, samt korttidsprofylax inför kirurgiska ingrepp eller som komplement till AVK-behandling hos patienter med allvarlig medfödd protein C-brist. Förpackningar: Pulver och vätska till injektionsvätska, lösning 500 IE och 1000 IE.

*Denna text är ett sammandrag, se FASS för ytterligare information.*

**Baxter**

# ABBOTT NUTRITION

## Världens största nutritionsföretag

### NU ETABLERAT I SVERIGE!

I sortimentet finns sondnäringar och kosttillsätt, både standard och sjukdomsspecifika. Ett exempel på sjukdomsspecifik sondnäring är

# OXEPA

I en multicenterstudie publicerad i Crit Care Med 1999, Vol.27, No. 8, visar resultaten att man signifikant kan minska antal vård dagar på IVA, antal dagar i respirator samt antal nya sviktande organ.

**Vill du veta mer kontaktar du oss på  
telefon 08 54 65 67 00  
E-post: [abbott.nutrition@abbott.se](mailto:abbott.nutrition@abbott.se)**



**ABBOTT  
NUTRITION**



Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet  
ledigförklarar inom kort en anställning som

# Professor

i anesthesiologi och intensivvård  
förenad med befattning som överläkare vid  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Anställningen är tillsvidare placerad vid institutionen för de kirurgiska disciplinerna.

**Arbetsuppgifter:** – att bedriva och leda forskning/forskarutbildning inom anesthesiologi och intensivvård vid Sahlgrenska akademien; - att delta i utbildning av läkare på grund-, specialist- och fortbildningsnivå; – att delta i den kliniska verksamheten och dess utveckling inom ämnesområdet vid Sahlgrenska universitetssjukhuset.

**Behörighetsgrunder:**

Vetenskaplig och pedagogisk skicklighet samt klinisk specialistkompetens.

**Bedömningsgrunder:** I första hand vetenskaplig skicklighet. I andra hand pedagogisk skicklighet. I tredje hand administrativ och klinisk skicklighet. Vid tillsättningen kommer även förmåga till samarbete att beaktas.

**Upplysningar:**

Om anställningen:  
Professor Hengo Haljamäe, tfn 031-342 15 95  
Verksamhetschef Lars Sahlman, tfn 031-342 12 68

Om Sahlgrenska akademien  
och medicinska fakulteten:  
Dekanus Staffan Edén, tfn 031-73 35 72.

Om löne- och anställningsvillkor:  
Byrådirektör Ylva Bengtson, tfn 031 – 773 38 48.

Fackliga företrädare:  
SACO: Annika Badre, tfn 031-773 19 89.



Ansökan: Sökande skall till ansökan bifoga curriculum vitae samt meritportfölj i enlighet med de anvisningar som framgår av Sahlgrenska akademins Meritportföljer. Samtliga handlingar skall inges i tre exemplar

Sahlgrenska akademins meritportföljer kan beställas från Sigbritt Welin, tfn 031 - 773 35 70, fax 031-82 58 92, e-mail: Sigbritt.Welin@sahlgrenska.gu.se alternativt hämtas via Internet [www.sahlgrenska.gu.se/akademien/ dokument/meritport/index.html](http://www.sahlgrenska.gu.se/akademien/dokument/meritport/index.html)

De skrifter (max 20) som den sökande särskilt önskar återropa skall inges tillsammans med ansökan i tre exemplar. Dock finns möjlighet att komplettera ansökan med dessa senast inom tre veckor från ansökningstidens utgång.

Tjänsten kommer att annonseras i Läkartidningen inom kort.

Undertecknad ansökan, med angivande av referensnummer, skall vara inkommen till Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Registrator, Akademiförvaltningen, trolig senaste ansökningstid den 25 november 2002..

Postadress: Box 400, 405 30 GÖTEBORG.  
Besöksadress: Medicinargatan 16 A, GÖTEBORG.

# Call for Applications for the Scandinavian Training Program in Intensive Care Medicine

The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI) co-ordinates an advanced Inter-Nordic training program in Intensive Care Medicine. The training program is limited to 25 trainees. The training period is 2 years, starting January 2003. During the training period the SSAI organises 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.

The trainee is expected to attend the examination for the European Diploma in Intensive Care Medicine and acquire the European Diploma in Intensive Care (EDIC) awarded by the European Society of Intensive Care Medicine.

Trainees completing the 2-year Inter-Nordic training program will receive a certification in Intensive Care 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 young specialists in Anaesthesiology.

For further information please contact chairman of the SSAI Inter-Nordic training program, Anders Larsson, phone +45 3977 7177, e-mail: andla@gentoftehosp.kbhamt.dk, Niels Andersens Vej 65, Gentofte University Hospital, DK-2900 Hellerup, Denmark

Application form including documented interest in intensive care 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 November 15, 2002:



## APPLICATION FORM

Name .....

Title .....

Home address.....

Working address.....

Country .....

E-mail (home/work).....

Phone (home/work) .....

I hereby apply for the Inter-Nordic training program in Intensive Care Medicine. 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 and name in capital letters)

Date  
(Signature of the chairman of the host clinic and name in capital letters)

Mrs Dorte Klit, Department of Anaesthesiology and Intensive Care • Gentofte University Hospital • DK-2900 Hellerup, Denmark  
Telephone + 45 3977 3391 • Fax +45 3977 7625 • E-mail dokli@gentoftehosp.kbhamt.dk



Att uppleva annat  
än smärta

 **Durogesic**<sup>®</sup>  
FENTANYL DEPOTPLÅSTER

Durogesic (fentanyl depotplåster), mot långvarig svår opioidkänslig smärta, upplevs av patienter som mindre störande i det dagliga livet. Behandling med Durogesic anses vara mer bekväm jämfört med peroral opioidbehandling.<sup>1</sup>

Indikation: Långvarig svår opioidkänslig smärta såsom smärta vid cancer. Ref. I. Ahmedzai S, Brooks D. J Pain Symptom Management 1997; 13(5):254-61.

❖ △ Beroendeframkallande läkemedel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Depotplåster 25 µg/h, 50 µg/h, 75 µg/h och 100 µg/h.

Janssen-Cilag AB, Box 5052, 426 05 Västra Frölunda. Telefon 031-69 59 00.

The background of the slide features a dark blue, textured surface. Scattered across this surface are several purple, oval-shaped capsules. A silver stethoscope is positioned in the center, with its chest piece resting on the surface and its tubing looping around the text.

Postgraduatekurs:

# Hyperbar- och dykerimedicin

**Plats: v. 46 Berga örlogsskolor, v 47 Karolinska sjukhuset**

**Tid: 11 - 22 Nov (v. 46-47)**

**Pris: 11.600 exkl moms**

**Kursansvarig: Folke Lind, folke.lind@ks.se**

**Antal deltagare: 30**

# Väl beprövat, till mer än ~~48~~ 60 miljoner patienter



# Hur hanterar du kritiska blödningsepisoder?

NovoSeven® (rekombinant faktor VIIa) har visat sig vara en säker och effektiv behandling av kritiska blödningar hos patienter som har utvecklat inhiberande antikroppar mot faktor VIII eller IX. Hos dessa patienter kan kritiska blödningar uppstå spontant, i samband med trauma eller vid kirurgiska ingrepp.

Tack vare sin unika verkan, agerar NovoSeven® specifikt vid blödningen där det reagerar med lokalt aktiverade trombocyter och exponerat tissue factor.

*NovoSeven® finns som pulver och vätska till injektionsvätska i förpackning/doser om 1x60 KIU (1,2 mg), 1x120 KIU (2,4 mg) och 1x240 KIU (4,8 mg). För övrig information, se [www.fass.se](http://www.fass.se).*





I nästa nummer:

**SPECIALISTUTBILDNINGEN GRANSKAS**

**OBSTETRISK ANESTESI**

**DANSK KÄRLEK**

*Nästa nummer utkommer i december*

*Vid utebliven tidning – maila Birgitta Nehlin, [sfai@swipnet.se](mailto:sfai@swipnet.se)*

**B**

# Minns du tiden före?



Zofran® finns även i multidosflaska.  
ondansetron

#### Indikationer 2002

Profylax och behandling av illamående och kräkningar inducerade av högemetogen kemoterapi eller av strålbehandling.

Profylax och behandling av postoperativt illamående och kräkningar.

#### Produktsortiment 2002

Injektionslösning 2 mg/ml: 1 x 20 ml, 5 x 4 mg, 25 x 4 mg, 5 x 8 mg, 25 x 8 mg. Tabletter 4 och 8 mg: 10 x 4 mg, 50 x 4 mg, 10 x 8 mg, 50 x 8 mg. Munlöslig 4 och 8 mg: 10 x 4 mg, 10 x 8 mg. Mixtur 0,8 mg/ml: 1 x 50 ml.

