



NAF forum



33-3
2020

NAFs 62. Høstmøte 2020
Webinar med Årsmøte
Sakspapirer Årsmøte
Minneord Bjørn Lind

En taktendring innen hemodynamikk

Smart. Innovasjon.



Hold deg i forkant av kritiske øyeblikk.

Med teknologi designet for individualisert pasienthåndtering på HemoSphere-plattformen



Acumen IQ-sensor med
Acumen Hypotension
Prediction Index-programvare



ForeSight Elite
vevsoksimetrisystem



Swan-Ganz
lungearteriekateter



FloTrac-sensor

Se mer på [Edwards.com/gb/HemoSphere](https://www.edwards.com/gb/HemoSphere)

Til profesjonell bruk. Når det gjelder indikasjoner, kontraindikasjoner, forholdsregler, advarsler og mulige negative hendelser, se Bruksanvisningen (se [eifu.edwards.com](https://www.edwards.com) der det er aktuelt).

Edwards-utstyr som markedsføres på det europeiske markedet som oppfyller de viktigste kravene omtalt i Artikkel 3 i EEC-direktiv 93/42 om medisinsk utstyr er CE-merket.

Edwards, Edwards Lifesciences, den stiliserte E-logoen, Acumen, Acumen IQ, FloTrac, ForeSight, ForeSight Elite, HemoSphere, HPI, Hypotension Prediction Index, Swan og Swan-Ganz er varemerker eller servicemerker som tilhører Edwards Lifesciences Corporation. Alle andre merker tilhører deres respektive innehavere.

© 2020 Edwards Lifesciences Corporation. Med enerett. PP--EU-0788 v. 1.0

Edwards Lifesciences • Route de l'Etraz 70, 1260 Nyon, Sveits • [edwards.com](https://www.edwards.com)



Edwards



NAForum

Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening

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

STYRETS SAMMENSETNING

| | |
|------------------|--|
| Leder | Jon Henrik Laake Leder Norsk anesthesiologisk forening leder@nafweb.no |
| Kasserer | Skule Mo St Olavs Hospital, Trondheim kasserer@nafweb.no Kontakt for Utvalg for Kvalitet og Pasientsikkerhet |
| Sekretær | Magna Hansen Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø sekretar@nafweb.no Kontaktperson mot Anestesiutvalget |
| Høstmøtesekretær | Camilla Christin Bråthen Sykehuset Innlandet Divisjon Elverum-Hamar hostmote@nafweb.no Kontakt for Forskningsutvalget |
| Medlemssekretær | Gunhild Øverland Akershus universitetssykehus medlem@nafweb.no Kontaktperson mot Intensivutvalget |
| Styremedlem | Eirik Nydal Adolfsen Haukeland universitetssykehus styremedlem@nafweb.no Kontaktperson mot Smerteutvalget |

Design/layout
Apriil Story
www.apriil.no

Annonser
Apriil Story
www.apriil.no
naf@apriil.no

Forsidefoto
Foto: Anne Berit Guttormsen

NAForum på internett
www.nafweb.no

Materiellfrister
nr 4 - 20. nov 2020

INNHold

NAForum, Vol 33; 2020, nr. 3



4 Lederen har ordet

Jon Henrik Laake

6 Redaktøren har ordet

Anne Berit Guttormsen

7 Styrets hjørne

Magna Hansen, Camilla Christin Bråthen

8 Smerter under fødsel - et nødvendig onde?

Silje E. Reme, Leiv Arne Rosseland

10 Bjørn Lind - en pioner og en bauta i norsk anesthesiologi

Harald Breivik, Hilde Norum, Tore Lærdal, Sven Erik Gisvold

14 Nasjonal veileder i obstetrisk anestesi

15 Webinar med årsmøte

15 Sakliste årsmøtet



nafweb.no

NR 3 2020

Bli medlem i NAF

Innmelding skjer via **hjemmesiden til legeföreningen**. Under fanen "medlem", kan du hake av at du ønsker å være medlem i NAF. Evt kontakt medlem@legeföreningen.no, eller kontakt oss på nafweb.no.

Fullt betalende medlemmer (spesialister): kr 8 570.
Medlemmer uten spesialistgodkjenning: kr 7 590.
Stipendiater i full stilling: kr 6 420.

For ytterligere informasjon se medlem@legeföreningen.no



Jon Henrik Laake
leder@nafweb.no

LEDEREN HAR ORDET

De lange linjer

Det kan ikke gjentas ofte nok: Anestesiologi omfatter fire disipliner; anestesi, akuttmedisin, smertemedisin og intensivmedisin. Det historiske bakteppet er velkjent; fra «the ether dome» (1846) til polioepidemien på 1950-tallet og dagens helikoptermedisin, går det en rød tråd. Den heter «pasientsikkerhet» og angir kunnskapen vi behøver for å hjelpe kritisk syke på en trygg og god måte. Tar vi en omvei innom krig og katastrofer får vi illustrert hva som blir konsekvensene når erfarne anestesileger er fraværende. I 1954 skriver Robert D Dripps om erfaringene fra Koreakrigen¹:

“A 26-year-old white male with penetrating wounds of the right side of chest, right hand and arm and left thigh. This soldier did not appear to be seriously wounded. The hypotension which followed the onset of anesthesia was related to a gross overdose of pentothal. A technician anesthetist administered 1.5 g of this drug in 15 minutes in an effort to facilitate tracheal intubation. One cannot blame the drug in this instance so much as the way in which it was administered. It was fortunate that a fatality was averted.”

Dripps var frustrert over at så lite lærdom var blitt høstet siden Den andre verdenskrig, og han var oppgitt over at uerfarne «anestesi-teknikere» ble satt til å bedøve kritisk skadde. Han ville ha erfarne klinikere i fremskutte posisjoner. Det var disse som hadde de beste forutsetningene for å forstå de medisinske utfordringene og for dermed å kunne gi kunnskapen videre:

“As [...] pointed out in “The History of Anesthesiology in the European Theater of Operations”² [...], the greatest need for thoroughly qualified physician anesthetists is in forward medical installations. Decisions requiring judgment and experience are required in these units. If improperly made, the casualty will suffer.”

“Much more would have been learned in Korea had mature, experienced anesthetists been assigned to FECOM* and the 8th Army as consultants. [...] In future wars consultants for field units should be made available. These men should be urged to administer anesthesia in forward units such as the surgical

hospitals so as to have first-hand knowledge of the problems involved, and thus to be able to advise and train others more authoritatively.”

Lære, for selv å kunne lære bort.

Vi har nå gjennomlevd første bølge i det som kan bli en langvarig pandemi. Sammenliknet med det store utland har konsekvensene for Norge vært som en mild bris å regne. Det gått bedre enn fryktet, også med dem som har vært kritisk syke og innlagt i intensivavdeling. Disse pasientene har blitt håndtert på vanlig måte, av erfarent personell og i hht gode rutiner og retningslinjer. Vi har lært, og kan nå lære bort.

I de overbelastede sykehusene vi hører om fra London, New York og Sao Paulo, har uerfarne leger og sykepleiere vært nødt til å ta hånd om pasienter man vanligvis overlater til våre mest kompetente kollegaer. Mange har derfor hatt en bratt læringskurve. For noen har den blitt for bratt; utbrenthet og selvmord blant helsepersonell har økt under pandemien. Andre har latt seg forføre av den sensasjonalismen som pandemien og SARS-CoV2 viruset førte med seg: Alt var nytt, og tidligere ervervet kunnskap unyttig. Det var nye benevnelser og nye behandlingsmetoder, og bevisbyrden ble snudd på hodet: – Ikke vær så skeptisk!

Langsomt har det snudd. Det erkjennes at akutt respirasjonssvikt fortsatt er en livstruende tilstand og ikke «happy hypoxaemia», at de mange legemidlene som ble lansert ved starten av pandemien ikke virker, og at evidensbasert medisin fortsatt har en viktig rolle å spille.

Kan vi gjøre enda mer? Når koronapasientene kommer ut av sykehuset er de overlatt til tilfeldigheter. Noen vil få tilbud om rehabilitering, mens andre må klare seg selv. En stor andel fremmedkulturelle stiller trolig bakerst i køen. Men med riktig oppfølging vil senskader kunne oppdages før de har utviklet seg til kroniske helseplager. Erfarne anestesileger bør nå kjenne sin besøkelsestid; vår kunnskap om pasientens akutte sykdomstilfelle og behandling gir oss en unik mulighet til å

påvirke hvilken hjelp hver enkelt pasient får tilbud om. Slik kan vi bidra til at mennesker ikke bare overlever, men at de får anledning til å leve livet. Dette finnes det mye kunnskap om, men norske anestesileger har i for liten grad engasjert seg i hvordan det går med pasienter som har vært under våre vinger. Her har vi mye å lære av kollegaer i andre land. Vi må lære, for selv å kunne lære bort³.

I kommende periode vil styret ta initiativ til samtaler med ledere i landets anesthesi- og intensivavdelinger. Her vil vi oppfordre til at man etablerer polikliniske oppfølgingstilbud til pasienter som har vært innlagt i våre intensivenheter, slik at disse kan sikres gode rehabiliteringsopphold og medisinsk behandling for forhold som kan tilbakeføres til intensivoppholdet.

*) Far East Command

Litteratur:

1. Dripps, R.D. (1954) *Anesthesia for Combat Casualties on the Basis of Experience in Korea. Medical Science Publication No. 4, Volume 1. US Army Medical Department. Office of Medical History.* <https://history.amedd.army.mil/booksdocs/korea/recad1/ch2-5.html>
2. Waisel, D.B. (2001). *The role of World War II and the European theater of operations in the development of anesthesiology as a physician specialty in the USA. Anesthesiology.* 2001 May;94(5):907-14. <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/94/5/907/41755/The-Role-of-World-War-II-and-the-European-Theater>
3. Hosey M.M. & Needham, D.M. *Survivorship after COVID-19 ICU stay. Nature Reviews Disease Primers volume 6, Article number: 60 (2020).* <https://www.nature.com/articles/s41572-020-0201-1>

Ambu
Ideas that work for life

Evidensbasert kunnskap om bronkoskopi under COVID-19 pandemien

Nye retningslinjer støtter engangskonsept

COVID-19-pandemien har markant endret bronkoskopipraksis verden over. Pandemien påvirker både pasientvolum og deres behandling. Det er et større fokus på infeksjonsforebygging og kontroll, og fordelene ved engangsutstyr reflekteres i nasjonale og internasjonale retningslinjer.

Hold deg oppdatert på de siste anbefalingene i kompendiet: "Bronchoscopy during the COVID-19 pandemic" ved å skanne QR-koden.



Les retningslinjene:



Skann QR-koden med kameraet på smarttelefonen!



Ambu A/S

Kontakt vårt norske team:

Region Sør, Vest & Midt Norge - Henning Tønnessen | 970 83 387 | leht@ambu.com

Region Øst & Nord Norge - Gaute Birkeland Kjellsen | 913 43 663 | gakj@ambu.com



Anne Berit Guttormsen
anne.guttormsen@helse-bergen.no

REDAKTØREN HAR ORDET

En bestemt tilfeldighet
Lite visste jeg
Lite visste verden
Hvor, hvem, hva
Alt kan forandres med et pust
Sårbar er jeg, og sårbar er verden
Fengslet, men nøkkelen ligger i min egen lomme
Vi velger selv hva vi gjør med livets tilfeldigheter
Sommerkroppen er ikke lenger det viktigste

Amalie Jordet

Nå skulle vi snart ha reist til Tromsø, men det har pandemien satt en stopper for.
Dette innebærer at det ikke blir noe Høstmøte i år.

Årsmøtet arrangeres elektronisk
[Mandag 26. oktober 2020 kl 17.00.](#)

Forut for Årsmøtet er det et Webinar med tre foredrag som omhandler det vi alle er opptatt av for tiden- nemlig Covid.



STYRETS HJØRNE

Kjære kollegaer!

I år er et annerledes år. Høstmøtekomitéen har jobbet iherdig for å samle norske anestesileger til vårt tradisjonelle Høstmøte. I år ble det vanskelig, og det er med tungt hjerte at vi bestemte å avlyse det fysiske Høstmøte. Kanskje nettopp i år ville vi hatt ekstra stort behov for å møtes fysisk for å dele fagkunnskap og erfaringer med andre kollegaer og avdelinger som har gjort en ekstra innsats. Vi må i all beskjedenhet fremholde at vi er blant de spesialitetene som har hatt en sentral rolle i pandemien, ennskjønt vi også er takknemlige for at vi har sluppet lettere fra det enn kollegaer og medarbeidere i de fleste land.

Styret i NAF ønsker velkommen til et digitalt Høstmøte-webinar i forkant av et annerledes årsmøte i foreningen, mandag 26. oktober. Webinaret oppsummerer COVID-19 pandemien i norsk og europeisk perspektiv, med kjente og erfarne forelesere i anestesimiljøet i Norge; Hans Flaaten, Eirik Alnæs Buanes og Jon Henrik Laake.

Umiddelbart etter webinaret arrangeres Årsmøte i Norsk anesthesiologisk forening. Styret i NAF håper at flest mulig engasjerte og nysgjerrige kollegaer vil delta for å påvirke anestesifaget og diskutere viktige saker direkte med styret. Velkomne skal dere være! Innloggingsinformasjon til webinaret og årsmøte blir sendt ut per mail når dette foreligger.

På tross av den fysiske avstanden mellom oss, la oss likevel bruke dette kommende digitale møtestedet som en påminning om at faget fortsatt står sammen. Vi ses igjen til neste år, forhåpentligvis ansikt til ansikt. Inntil da kjære kollegaer; vi står han av!

På vegne av styret
Magna Hansen, og Camilla Christin Bråthen



Silje E. Reme

Psykologspesialist OUS/Professor UiO



Leiv Arne Rosseland

Overlege OUS/Professor UiO
l.a.rosseland@medisin.uio.no

Smerter under fødsel – et nødvendig onde?

I dag får halvparten av fødende kvinner i Norge smertelindring med epidural.
Hva betyr dette for fødselsopplevelsen? Og for kvinnehelsen etter fødselen?





Bak fra venstre: Leiv Arne Rosseland, Silje Reme, Harald Breivik (alle UiO og OUS), sittende foran Bjørn Lind.

Smertelindring under fødsel for 50 år siden

Da Bjørn Lind undersøkte smertelindring til fødende i 1969 var det sjelden man ga denne behandlingen. I hans bok «Hvordan behandler vi de fødende – Fakta om fødsler» skriver han at «...epidural benyttes nesten ikke»¹. I dag, 50 år senere, er dette et tilbud de fleste fødende tar imot. På 60-tallet tok Bjørn Lind til orde for at far burde delta og være til stede under fødselen og argumenterte med at dette bidro til en bedre fødselsopplevelse. I hans undersøkelse fra 1969 nektet 40% av landets fødeklionikker far å være til stede. I en spørreundersøkelse fra samme år ved Norsk Gallup – også på Bjørn Linds initiativ – var det kun 6% av kvinnene (N=503) som hadde hatt mannen til stede. Mange hadde også lite tilstedeværelse av jordmor. Det er senere vist i store studier at tilstedeværelse av partner og jordmor er en svært sentral faktor for en god fødselsopplevelse². Av smittevern hensyn har de fødende i disse corona-tider opplevd at tilstedeværelsen av partner begrenses, både i form av begrenset tilgang til å delta under keisersnitt-forløsning og etter fødsel på barselavdelingene.

Epidural som smertelindring under fødsel

Professor emeritus Harald Breivik hadde Bjørn Lind som lærer i anestesifaget og han har siden arbeidet med og forsket på smertebehandling. Hans store innsats for å bedre tilbudet til fødende kvinner bidro til at dette tilbudet i dag er godt utbygget. Han har undervist mange årskull med legestudenter og leger i spesialisering i bruken av epidural. Denne oppgaven ga han videre til sin elev – Leiv Arne Rosseland – som de siste 20 årene har arbeidet med anestesi og smertelindring til fødende på Rikshospitalet. Sammen med psykolog Silje Reme har Rosseland i disse dager publisert en vitenskapelig artikkel om sammenhengen mellom smerte og

fødselsopplevelse og hvilken betydning dette har for kvinnehelsen etter fødsel³.

Epidural blir gitt for sent

I studien «Favn om fødselen», som ble gjennomført på Ahus under ledelse av professor Malin Eberhard-Gran (Akershus Birth Cohort Study 2008-2010, N=2217), var gjennomsnittlig antall cm åpning så mye som 6,5 cm, noe som kan tyde på at mange kvinner burde fått behandling langt tidligere for å få optimal effekt av føde-epiduralen (3). Over halvparten svarte at smertene under fødsel hadde vært svært sterke (9 eller mer på en skala fra 0 til 10 hvor 0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte). Nesten alle fødende kan få den smertelindring de ønsker under fødsel. Mange ulike metoder tilbys, men hvis lystgass, akupunktur eller andre enklere tiltak ikke gir tilfredsstillende effekt er det epidural som benyttes. Epidural til fødende er en trygg metode som gir god effekt i de aller fleste tilfeller. Det kan etableres tidlig i fødselen og kan gis kontinuerlig helt til barnet er ute.

Hvilke faktorer påvirker kvinnehelsen 8 uker etter fødsel?

I studien var det særlig den totale fødselsopplevelsen til kvinnene som hadde betydning for kvinnes helse etter fødsel. Mens smerteintensitet under fødselen ikke var assosiert med verken depresjon eller smerte etter fødsel, var fødselsopplevelsen assosiert med depresjon etter fødsel – jo bedre opplevelse kvinnene hadde av fødselen, jo lavere var risikoen for barseldepresjon. Studien hadde i tillegg detaljerte opplysninger om helse før graviditet som viste at tidligere depresjon og/eller smerter var viktige risikofaktorer for både barseldepresjon og langvarige smerter etter fødsel.

I 2019 fikk 73% av førstegangs fødende og 49 % av flergangsfødende kvinner smertelindring med epidural ved fødeavdelingen på Rikshospitalet. Epidural er nå et etablert tilbud som gis til alle fødende kvinner som har behov for det, men slik har det ikke alltid vært.

Kan epidural under fødsel redusere risiko for plager etter fødsel?

Denne studien peker altså på betydningen av totalopplevelsen av fødselen, men også på viktigheten av risikofaktorer før fødsel som tidligere smerter og depresjon. Studien kan imidlertid ikke besvare spørsmålet om god smertelindring under fødsel, med epidural, reduserer risiko for langvarige smerter og barseldepresjon. Andre studier har tydet på at det kan være en slik sammenheng, men det vet vi ennå for lite om⁴.

God smertelindring og far tilstede bidrar til god fødselsopplevelse

Femti års erfaring og forskning tilsier at epidural som smertelindring under fødsel er et trygt tilbud til fødende. Det er sammenheng mellom smertelindring og fødselsopplevelse, og fødselsopplevelsen er viktig for kvinnehelsen etter fødsel. Partner til stede er nå en selvfølge i alle fødeklionikker, og når smittevern ikke lenger legger restriksjoner blir det igjen mulig å tilby begge foreldre kontinuerlig kontakt med det nyfødte barnet. Vi er takknemlig for den innsats Bjørn Lind gjorde for å bedre fødselsopplevelsen.

Referanser:

1. Lind B. *Hvordan behandler vi de fødende*. Oslo: Tanum, 1970. [https://www.nb.no/items/8db929d87a3562fc7f00df859ea-b7adb?page=0&searchText=lind bjorn](https://www.nb.no/items/8db929d87a3562fc7f00df859ea-b7adb?page=0&searchText=lind%20bjorn)
2. Hodnett ED. *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review*. *American journal of obstetrics and gynecology* 2002; 186: S160-S172.
3. Rosseland LA, Reme SE, Simonsen TB, Thoresen M, Nielsen CS, Gran ME. *Are labor pain and birth experience associated with persistent pain and postpartum depression? A prospective cohort study*. *Scand J Pain*. 2020 Jul 28;20(3):591-602.
4. Wisner KL, Stika CS, Clark CT. *Double duty: does epidural labor analgesia reduce both pain and postpartum depression? Anesth Analg* 2014; 119: 219-21.



Harald Breivik

Spesialist i anesthesiologi, professor emeritus, Universitetet i Oslo og overlege ved Avd for smertebehandling, Oslo Universitetssykehus
harald.breivik@medisin.uio.no



Hilde Norum

Spesialist i anesthesiologi, overlege ved Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus



Tore Lærdal

MSc, leder Laerdal Medical og Laerdal Foundation, Stavanger



Sven Erik Gisvold

Spesialist i anesthesiologi, professor emeritus NTNU og overlegevikar ved St Olavs Hospital, Trondheim

Bjørn Lind

– en pioner og en bauta i norsk anesthesiologi

Han var en pioner i alle fire søylene av vårt fag

Også for Bjørn Lind var det tilfeldigheter som gjorde at han ble interessert i anesthesi: Han var i 1949 kandidat ved kirurgisk avdeling i Trondheim da han så en kriminalfilm der en britisk anestesilege deltok og imponerte den unge legen i Trondheim. Historien gikk ut på at drapsmannen hadde klart å bytte om slangene fra oxygen-flasken med slangene fra en CO₂-gassflaske – slik at det var umulig for anestesilegen å oppdage dette. I våre dager hadde kan hende en snarrådig anestesilege koblet anestesiaparatet fra og gjort munn-til-tube (eller til maske) ventilasjon og berget sin pasient?

Dette førte til at Bjørn Lind rådspurte sjefkirurgen i Trondheim om hvor han kunne lære anestesifaget. Sjekkirurgen foreslo å kontakte Ivar Lund på Ullevål. Og tilfeldigvis var det i 1950 et vikariat ledig fordi Jacob Stovner, vikar for den svangerskapspermitterte Ellen Lindbæk, var dratt til København for det ett-årige WHO-kurset for noviser i anesthesiologi. I 1951 begynte Bjørn på det samme WHO-kurset med lærere fra Storbritannia. Der ble han kjent med professor Ronald Woolmer i Bristol, som tilbød Bjørn et stipend i ett år der.



Professor emeritus i anesthesiologi
Bjørn Lind døde 27.08. 2020, kort tid
før sin 100 årsdag.

Eneste anestesilege i det Norske Feltsykehuset i Korea i 1952 og i 1954

Men før han kunne dra dit, kom et nødrops fra det Norske Feltsykehuset i Korea om at de snarest måtte ha en norsk anestesilege der. Bjørn var den eneste som kunne komme fra på kort varsel. Han har fortalt at han var egentlig ikke særlig høy i hatten da han, med knappe to års anestesierfaring, skulle være eneste anestesilege på et feltsykehus – nær fronten. Feltsykehuset tok daglig imot mange sårede soldater, i løpet av ett døgn kunne tallet overstige 60 sårede.

Han klarte oppgaven helt utmerket og fikk særs verdifull klinisk erfaring.

Han var i Korea i to omganger, til sammen i 9 måneder. Andre gang var hans kone, Randi, med fordi hun fikk stilling som sykepleier ved feltsykehuset. Ellers var det ingen som fikk ha med ektefelle til en så risikofylt stasjon som et feltsykehus like ved frontlinjen under Koreakrigen. Bjørn ble hvert år invitert til Sør-Korea's ambassade i Oslo der hans innsats i Korea ble satt så stor pris på.

Første anestesilege i Stavanger 1956-62 og overlege på Sentralsykehuset i Akershus 1962-87

Etter Koreainnsatsen var Bjørn hos Ronald Woolmer i Bristol, der gjorde han viktige studier på lukket sirkelanestesi, studier som hadde blitt til en sentral doktorgrad i anesthesiologi om han hadde hatt mulighet til å fortsette arbeidet ved tilbakekomst til Norge. Den gangen hadde Norge bare litt over en håndfull ferdig utdannede anesthesiologer. Han var i utdanningsstillinger ved Haukeland og Rikshospitalet til han i 1956 fikk den første anesthesioverlegestillingen ved de to sykehusene i Stavanger. Han dekket både Rogaland fylkessykehus og Stavanger lokalsykehus. En dag på hvert sykehus. Han var i Stavanger til han ble

avdelingsoverlege på Sentralsykehuset i Akershus - SiA i 1962 – og på SiA var han til han gikk av med pensjon i 1987. En interessant hendelse i Stavanger var at Bjørn plutselig ble rammet av et elektrisk støt da kirurgen brukte diatermiapparatet. Bjørn ga beskjed om at kirurgene ikke måtte bruke diatermi når pasienten er i eter-narkose. Så gikk det noen dager, Bjørn var på det andre sykehuset, men ble oppringt fordi det var en voldsom etereksplasjon på operasjonsstua på det første sykehuset. Da hadde kirurgen brukt diatermi på en pasient i eter-narkose. For kirurgen hadde oppfattet det slik at det var bare når Bjørn Lind var til stede at det ikke var lov å bruke diatermi på pasienter i eter-narkose. Heldigvis var det maskenarkose og ved bronkoskopi fant han hissig rød slimhinne nedover i trachea, men ingen alvorlig brannskade på pasienten. Anestesisykepleieren fikk kutt og brannskade fra eter-glass beholderen som eksploderte – like ved sykepleierens kropp.

Heller ikke indremedisinerne visste mye om hva en anestesilege skulle drive med, for i ansettelses-kontrakten stod det at anestesioverlegen skulle skrive innkomstjournaler på medisinsk avdeling når han ikke var på operasjonsavdelingen.

Historien om Resusci Anne dukken til opplæring av leg og lærd i munn-til-munn (m-t-m) ventilasjon

På Nordisk anestesilegekongress høsten 1958, i Gausdal, var Peter Safar gjesteforeleser om sine munn-til-munn forskning på «frivillige» assistentleger (og en sykepleier) i Baltimore i USA¹. De frivillige fikk barbiturat og succinylcholin-narkose. Han hadde også vist at Holger Nielsens metode for kunstig

åndedrett ikke fungerte: Pasienten ligger på maven, ekspirasjon ved å trykke thorax sammen, det fungerte. Men når armene løftes opp slik at thorax utvides, faller hodet frem og obstruerer de øvre luftveiene¹. Holger Nielsens metode hadde lenge vært obligatorisk undervisning i norsk grunnskole og var viktig å kunne for alle som kunne komme ut for drukninger – som var vanlige langs den lange kysten i Norge. En fordel med Holger Nielsen metoden er at elever kan øve på hverandre.

Når Bjørn foreleste om munn-til-munn ventilasjon og demonstrerte for kollegaer brukte han av og til større barn i narkose. Men ved en anledning, ved sykehuset i Haugesund, var dette ikke mulig. Randi foreslo da at han brukte henne: Hun fikk barbiturat og succinylcholin intravenøst slik at Bjørn overbeviste også legene i Haugesund at munn-til-munn, munn-til-nese og munn-til-maske ventilasjon er en effektiv og trygg kunstig ventilasjonsmetode².

Åsmund Lærdal laget livaktige leke-dukke i myk plast, en plast han også benyttet til å lage sår-modeller til øvingsbruk i Røde Kors. Åsmund Lærdal hadde hørt om Safar's studier og fikk den geniale idéen: Lage en kroppsstor «dukke» med øvre luftveier som på et menneske slik at skolebarn og andre kunne trene på munn-til-munn-metoden. I 1959 kontaktet Åsmund Lærdal anestesilegen i Stavanger: Bjørn Lind ble en entusiastisk støtte og rådgiver som sikret at dukkens anatomi stemte, og at luftveiene åpnes når hodet bøyd bakover, og stengtes når nakken ble flektert. De arbeidet sammen nesten daglig i mange måneder og kunne presentere

den første prototypen i 1960^{2,3,4}.

Bjørn Lind foreslo for Åsmund Lærdal at han dro til Baltimore og demonstrerte Anne dukka for Peter Safar. Også han ble en entusiastisk støttespiller for dette prosjektet. Safar foreslo at en stålbøyle ble montert rundt thorax på Anne-dukka slik at den kunne brukes også til instruksjon og øving på utvendig hjertekompresjon^{3,4}.

Bjørn Lind gjorde så en stor undersøkelse på 12-14 år gamle skoleelever og viste at de som fikk trene på Anne-dukka, 3 måneder senere kunne utføre munn-til-munn ventilasjon langt bedre enn de som bare hadde sett en film⁵. Sparebankene donerte Anne-dukke til skoler og andre som skulle trene og lære metoden.

Bjørn Lind var på dette området virkelig en pioner i verdenssammenheng og langt forut for sin tid

Både i radio og TV ble metoden forklart og vist av Bjørn Lind. Snart kom meldinger i lokalavisene rundt om i Norge om vellykkede gjenopplivninger. Bjørn Lind og Jacob Stovner samlet slike avisutklipp og intervjuet et 40-talls livreddere. De dokumenterte at leg-folk virkelig brukte munn-til-munn-metoden, men dette ble publisert i JAMA først i 1963⁶. Men allerede i 1961, da BL presenterte sin skolebarn-undersøkelse, ble munn-til-munn obligatorisk for norske skolebarn. Den erstattet Holger Nielsens metode. Helsedirektør Karl Evang var til stede ved ekspertkonferansen i Stavanger i 1961⁷ og bidro til at dette gikk fort.

Det var stor motstand i legestanden mot m-t-m metoden og at legfolk skulle lære m-t-m: Ingen godtok uten videre at

ekspirasjonsluft kunne inneholde nok oksygen til gjenoppliving av en druknet person, og ingen trodde at legfolk ville ta direkte munn-til-munn kontakt med en død person, som ofte kunne ha kastet opp også. Det var takket være Bjørn Lind's iherdige innsats at disse alvorlige barrierene ble overvunnet^{2,3,4,5,6}.

Pioner i prehospital akutt-medisin

Allerede i Stavangertiden kunne han dokumentere at syke eller skadde pasienter ble utilfredsstillende transportert; i en stasjonsvogn, liggende på ryggen, uten ledsager, og at flere av disse ville ha overlevd om de fikk mer kvalifisert hjelp i ambulanserbiler med adekvat plass og utstyr og relevant opplært ambulanspersonell. En selvfølge i våre dager, at bevisstløse pasienter som puster selv skal ligge i «NATO-stilling», det var også noe Bjørn Lind tok med seg fra Koreakrigen og som han kalte «stabilt sideleie» i sin artikkel om ambulansetransport⁸. I den offentlige utredningen om våre ambulanser som han ledet og leverte i 1963, ble alt dette foreslått, men ikke tatt til følge før et ti-år senere⁹. Han var tidlig oppmerksom på fordeler ved flygende ambulanser⁹.

Pioner i oppvåkning- og intensivavdelinger

Under Koreakrigen hadde Bjørn Lind erfart betydningen av egne recovery-områder. Under polio-epidemien i København i 1952-53 ble langvarig overtrykksventilasjon av de mange pasienter med bulbær polio og respirasjonsmuskelparalyse vellykket organisert av anestesioverlege Bjørn Ibsen. Dette medførte en erkjennelse av at egne intensivavdelinger var best organisert av anestesileger. På SiA etablerte Bjørn Lind

en av de første og best organiserte slike, men Haukeland var først ute ned sin intensivavdeling. Han deltok i et utvalg som foreslo plass, utstyr og bemanning av intensivavdelinger.

Smerteklinisk virksomhet i Stavanger 1956-62 og lindring av sterke smerter under fødsler

Mens Bjørn Lind var alene anestesilege i Stavanger fikk han også tid til å behandle pasienter med kroniske smerter. Lenge var han den eneste i Norge som tok seg av tic douloureux pasienter; han gjorde etanol-blokade og fikk mange takknemlige pasienter. Flere av disse oppsøkte Bjørn etter at han ble avdelingsoverlege på SiA¹⁰.

Da fødeepidural var på vei inn på norske fødestuer, gjorde Bjørn en intervjuundersøkelse av 500 kvinner som hadde født siste par år. Han fant at noen hadde hatt helt forferdelige smerter, men det de klaget mest over var at de var alene i fødestuen i lange perioder¹¹. Dette tok «kvinne-saks-kvinner» opp og resultatet ble at vordende barnefedre etter hvert fikk delta på fødestuen.

Bjørn Lind var også aktiv i fagarbeid og i undervisning.

Han sa opp sin stilling i Stavanger, dels for at anestesioverleger også skulle få normaltilsetnings-kontrakter slik som alle andre overleger hadde i henhold til avtale mellom Legeforeningen og arbeidsgiverne. Eldre overleger i kirurgi og indremedisin hadde liten sans for at de forholdsvis unge anestesioverlegene skulle få samme betaling og betingelser som de seniore kirurgiske overlegene som hadde gått gradene i mange år før de fikk overlegestatus. Men i Stavanger hadde

Bjørn demonstrert og dokumentert at en erfaren anestesilege hadde rikelig med spesialkunnskap og ferdigheter til å fortjene full overlegelønn. I tillegg til dette, gikk mange av de første og andre generasjon anestesileger i kontinuerlig vakt, oftest med anestesisykepleiere som de selv hadde lært opp i tilstedevakt. Han fikk demonstrert at det var nødvendig med egne anestesioverlegestillinger i begge sykehusene i Stavanger, slik at dette ble tatt til følge – og førte til at alle anestesileger i Norge fikk vanlig overlegekontrakt. Flere sykehus etablerte så overlegestillinger for anestesileger.

Visiting professor i Pittsburgh, USA og professor ved Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo

Han var gjesteprofessor hos Peter Safar ved Avdeling for anestesi, intensiv (barn og voksne), og smerteklinikk ved den største anesthesiavdelingene i USA, ved University of Pittsburgh Health Science Center, Pennsylvania i USA i 1970-71. Der gjorde han et så solid klinisk og akademisk inntrykk at en «bro» ble etablert mellom Norge og Pittsburgh. Hele 10 norske anestesileger fikk komme til Pittsburgh for å lære og delta i klinikk og forskning i vårt fag. Blant disse var Harald Breivik som kom rett etter Bjørn i 1971-73 og var den første som fikk nytte og glede av den store good-will Bjørn hadde skapt for yngre norske anesthesiologer. Deretter Eirik Ulseth, Anne Aass Hunting, Sven Erik Gisvold, som den første som fikk fullføre en doktoravhandling ved Safar Resuscitation Research Center¹², Tor Hoel, Per Vaagenes, Lars Wik, Fridtjov Riddervold, og sist Tor Inge Tønnessen.

Inntil nylig, til passert 98 år, foreleste han to ganger årlig på obligatorisk kurs

for yngre anestesileger, om pionertiden i faget og om store fremskritt i moderne medisin som han hadde ansvar for fra 1950-tallet. Han minnet oss om at slike fremskritt som vi i dag tar for selvfølge, den gang møtte stor motstand.

Bjørn var en god mentor for yngre leger som gikk i lære hos ham på Sentralsykehuset i Akershus. Han var respektert av alle kolleger på grunn av sine solide fagkunnskaper og brede kliniske erfaring, men også på grunn av sin saklige og vennlige akademiske stil.

Han hadde et stort nettverk av kolleger, av venner blant musikkinteresserte og hageentusiaster, og andre han så lett kom i kontakt med. Som pensjonist gikk han inn for å bedre sine cello-fremføringer ved å øve hver formiddag. Han var stolt av sin plantekuvøse der han tryllet frem roser og andre vakre planter fra stiklinger.

For sine mange faglige meritter har Bjørn Lind mottatt mange priser og ble utnevnt til **Ridder 1. klasse av Den Kongelige Norske St Olavs Orden**.

Mange flere interessante, viktige og lærerike detaljer om Bjørn Linds rike, langvarige og på mange måter svært gode liv finnes i referat fra samtaler og intervju der Bjørn selv forteller om sitt liv og virke, både iden grundige historieboken om anestesi-faget som Kjell Erik Strømskag publiserte i 1999¹³, av Hilde Margrete Norum i NAFForum i 2006¹⁴, men særlig i de detaljerte fortellingene som Conrad Bjørshol og Per Kristian Hyldmo har video-bevart, takket være Laerdal Foundation¹⁵. **Her er lenkene til intervjuet¹⁵**: Hele intervjuet, på over to timer <https://www.youtube.com/watch?v=noXKIAa2CuQ>

Et 4 minutt utdrag, om utfordringer ved

innføring av munn-til-munn metoden: <https://youtu.be/mcsLlKziUow>

Et korte og fengende klipp sett av 90.000 på Universitetet i Stavanger-nettsiden og i sosiale media <https://www.facebook.com/stavanger.universitetssjukehus/videos/1184054211605563>

For anestesileger som har lest 2020 august nummeret av **Anesthesia & Analgesia** om historien bak ansiktet til Resusci Anne og om den første delen av historien omkring «skapelsen» av Anne dukka vil bli forundret over at Bjørn Lind sin innsats ikke er nevnt i det hele tatt¹⁶. Vi fant derfor at vi måtte sende et brev til redaktøren og påpeke både disse manglene og korrigere et par direkte feil. Dette brevet er akseptert og kommer antagelig i november-nummeret av A&A¹⁷.

Referanser:

- Lind B. "The birth of the resuscitation mannequin, Resusci Anne, and the teaching of mouth-to-mouth ventilation." *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51: 1051-3.
- Safar P, Escarraga L, Elam J. "A comparison of the mouth-to mouth and mouth-to-airway methods of artificial respiration with the chest-pressure arm-lift methods." *New Engl J Med* 1958;258:671-677.
- Tjomsland N, Laerdal T, Baskett P. "The Resuscitation Greats: Bjørn Lind – the ground-braking nurturer." *Resuscitation* 2005;65:133-8.
- Tjomsland N, Baskett P. "The Resuscitation Greats: Asmund S. Laerdal." *Resuscitation*. 2002;53:115-9.
- Lind B. "Teaching mouth to mouth resuscitation in primary schools." *Acta Anaesthesiol Scand (Supple)* 1961;9:63-81. Republished in *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51(8):1044-50. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2007.01403.x. PMID: 17697298
- Lind B, Stovner J. "Mouth-to-mouth resuscitation in Norway." *J Am Med Assoc* 1963;185:933-5.
- Poulsen H., editor. "Emergency resuscitation." *Acta Anaesthesiol Scand Suppl* 1961; 9 (Supple.)
- Lind B. "Våre ambulanser. Transportmidler eller behandlingsheter?" *Tidsskrift Nor Lægeforening* 1962;82:427-31.
- Lind B. «Ambulansefyvning i Sør-Trøndelag.» *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1950;(14-15):483-5. PMID: 15443008
- Lind B. «Blokader ved ggl Gasseri for tic douloureux.» Presentert ved årsmøtet for Norsk Anestesiologisk Forening i 1960
- Lind B. «Hvordan behandler vi de fødende. Fakta om fødsler.» Johan Grundt Tanum Forlag, Oslo, 1970.
- Gisvold SE, Safar P. «Systematic studies of cerebral resuscitation potentials after global brain ischemia. *Crit Care Med*.» 1982;10:466-70. DOI: 10.1097/00003246-198207000-00013
- Kjell Erik Strømskag: «Et fag på søyler. Anestesiens historie i Norge.» Tano Aschehoug, 1999
- Norum HM. «Professor Bjørn Lind.» *NAForum* 2006;19:15-6.
- Conrad Bjørshol og Per Kristian Hyldmo har video-bevart 2 timer intervju med Bjørn Lind i 2016 <https://www.youtube.com/watch?v=noXKIAa2CuQ>
- Gordetsky JB, Rais-Bahrami S, Rabinowitz R. "Annie, Annie! Are you OK?: Faces behind the Resusci Anne Cardiopulmonary Resuscitation Simulator." *Anesth Analg* 2020;131:657-9. DOI:10.1213/00000000000004889.
- Breivik H, Laerdal T. Letter to the Editor: "Comments and correction to "Annie, Annie! Are you OK? Faces behind the Resusci Anne Cardiopulmonary Resuscitation Simulator." *Anesth Analg* 2020; in press DOI:10.1213/ANE.0000000000005209



Grethe Berger Heitmann

Overlege, Sykehuset Østfold HF, Kalnes
grethe.berger.heitmann@so-hf.no

NASJONAL VEILEDER I OBSTETRISK ANESTESI

Interessegruppen for obstetrisk anestesi har nedsatt en redaksjonskomite som vil starte utarbeidelsen av en nasjonal veileder. Norsk gynekologisk forening publiserte i år en revisjon av sin veileder i fødsels- hjelp. Flere av oss er medforfattere på denne og ser verdien av å utarbeide en egen veileder for anestesi. Anbefalingene i veilederen vil utformes ihht krav til utforming som styret i Norsk anesthesiologisk forening (NAF) har vedtatt for nasjonale veiledere.

Redaksjonskomitéen består av Britt Iren Skeide (Haukeland) Torger Aarstad Aase (Ullevål), Leiv Arne Rosseland (RH), Herman Lonnee (St.Olav), Johanna Haynes (SUS), Felix Haidl (LIS-representant), Rita Bjerkaas (UNN Tromsø), Grethe Heitmann (Kalnes) og Vegard Dahl (AHUS). Vi har også med Christian Tappert, Obstetriker fra St.Olav.

Å utarbeide en nasjonal veileder er et omfattende arbeid og vi ønsker å invitere alle kollegaer som vil bidra til å ta kontakt. Det vil være behov for flere kapittelredaktører og medforfattere. Dette vil være en flott mulighet til å knytte kontakter med kollegaer med interesse for obstetrisk anestesi ved andre hel- seforetak. De som var medforfattere på veilederen i

fødselshjelp utgitt av Norsk gynekologisk forening i 2020 oppfordres spesielt til delta.

Alle kapittelredaktørene vil inviteres til et dagsseminar før oppstart. Jon Henrik Laake, NAF leder, vil da gi en gjennomgang av gode kilder for evidens og meto- dekravene i GRADE som skal benyttes i veilederen.

Veilederen vil legges ut på høring før den blir endelig vedtatt.

Det er sendt ut egen mail med påmelding til et webi- nar for alle som ønsker å bidra som medforfattere. Redaksjonskomiteen vil da informere nærmere. Dette vil bli avholdt 26.10. kl 13.30-14.30.

Spørsmål kan rettes til redaktør
grethe.berger.heitmann@so-hf.no

HØSTMØTE-WEBINAR, MANDAG 26. OKTOBER

DEL I. PANDEMIEN OPPSUMMERT. KL 15-17

- Europeiske perspektiver på covid-19 pandemien: Hans K Flaatten, Haukeland universitetssykehus
- Norske covid-19 pasienter innlagt i sykehus: Eirik Alnæs Buanes, Haukeland universitetssykehus og Norsk intensiv- og pådemiregister
- Norske covid-19 pasienter innlagt i intensivavdeling: Jon Henrik Laake, Oslo universitetssykehus

DEL II. ÅRSMØTE I NORSK ANESTESIOLOGISK FORENING. KL 17-18

Det vil komme påloggingsinformasjon senere.

Vel møtt.

SAKSLISTE ÅRSMØTET NAF

MANDAG 26.OKTOBER 2020

2020-01 Åpning av møtet ved leder
Jon Henrik Laake

2020-02 Godkjenning av innkalling
og saksliste

2020-03 Valg av ordstyrer

2020-04 Valg av referent

2020-05 Valg av kontrollør

2020-06 Årsmeldinger

1. Årsmelding fra styret i NAF
2. Årsmelding fra Anestesiutvalget (ANU)
3. Årsmelding fra Intensivutvalget (IU)
4. Årsmelding fra Akuttutvalget (AKU)
5. Årsmelding fra Smerteutvalget (SU)
6. Årsmelding fra Utvalg for pasient sikkerhet og kvalitet (UPK)

7. Årsmelding fra Forskningsutvalget (FU)

8. Årsmelding fra Spesialitetskomiteen

9. Årsmelding fra SSAI

10. Årsmelding fra UEMS

11. Årsmelding fra NAFWeb

12. Årsmelding fra NAFForum

13. Årsmelding fra stiftelsen Institutt til fremme av anesthesiologisk forskning

14. Årsmelding for NAF økonomi 2019 med revisjonsberetning

15. Årsmelding FuNAF

16. Årsmelding NYA

2020-07 Forslag til kontingent

2020-08 Forslag til budsjett

2020-09 Saker fra styret

Kommende høstmøter

Styret anbefaler at høstmøtet 2021 legges til Tromsø

Styret anbefaler at høstmøtet 2022 avlyses da SSAI-kongress skal avholdes med Oslo som arrangørby dette år

2020-10 Valgkomiteens innstilling og valg av medlemmer til styre og utvalg

Årsmeldinger

6-1 Årsmelding fra styret i NAF

6-2 Årsmelding fra Anesthesiutvalget (ANU)

6-3 Årsmelding fra Intensivutvalget (IU)

6-4 Årsmelding fra Akuttutvalget (AKU)

6-5 Årsmelding fra Smerteutvalget (SU)

6-6 Årsmelding fra Utvalg for pasient sikkerhet og kvalitet (UPK)

6-7 Årsmelding fra Forskningsutvalget (FU)

6-8 Årsmelding fra Spesialitetskomiteen

6-9 Årsmelding fra SSAI

6-10 Årsmelding fra UEMS

6-11 Årsmelding fra NAFWeb

6-12 Årsmelding fra NAFForum

6-13 Årsmelding fra stiftelsen Institutt til fremme av anesthesiologisk forskning

6-14 Årsmelding for NAF økonomi 2019 med revisjonsberetning

6-15 Årsmelding FuNAF

6-16 Årsmelding NYA

6-1 Årsmelding fra styret i NAF

Styret har avholdt 3 ordinære og 2 ekstraordinære styremøter i 2020. Ett av møtene har vært avholdt sammen med avtroppende styre, og ett møte sammen med Intensivutvalget.

Styrets sammensetning

Leder Siri Tau-Ursin, Stavanger universitetssykehus, avløst 7/9-20 av Jon Henrik Laake

Nestleder Jon Henrik Laake, Oslo universitetssykehus, avløst 7/9-20 av Magna Hansen

Høstmøtesekretær Camilla Christin Bråthen, Sykehuset Innlandet HF, Elverum-Hamar (p.t. Oslo universitetssykehus)

Kasserer Skule Mo, St. Olavs hospital

Medlemssekretær: Gunhild Øverland, Ahus

Sekretær: Magna Hansen, UNN, fortsetter i samme funksjon + inntar nestledervervet fra 7/9-20

Styremedlem: Eirik Adolfsen, Haukeland universitetssykehus

Endringer i styrets sammensetning

Siri Tau-Ursin har vært leder av NAF siden 2018, og ble gjenvalgt av årsmøtet i fjor. I sommer meddelte hun styret at hun hadde takket ja til å bli administrerende direktør for Finnmarksykehuset HF, og derfor var forhindret fra å inneha tillitsverv i Legeforeningen. I hht Legeforeningens lover har nestleder overtatt ledervervet, og styret har gitt sin tilslutning til dette i styremøte 7/9, d.å. Styret har samtidig bestemt at Magna Hansen, UNN, trer inn som ny nestleder. Det vil bli valg på nytt styre høsten 2021.

Organisering av intensivmedisin i Norge

Fagdirektørene i de regionale helseforetakene ba i 2019 om en gjennomgang av innhold og organisering av norsk intensivmedisin på regionalt og nasjonalt nivå. Denne utredningen medførte en henvendelse til Legeforeningens sekretariat fra det indremedisinske miljøet på Ullevål sykehus, der man ba om at det ble pustet liv i tidligere planer om utvikling av et «felles kompetanseområde» i intensivmedisin. Lederne av en rekke ulike spesialitetsforeninger ble invitert til møte i sekretariatet den 3. februar der problemstillingen ble drøftet. Et «kompetanseområde» skal i hht Legeforeningens definisjon «sikre bedre helsetjeneste til betydelige grupper av pasienter på fagfelt som griper inn i, eller omfattes av, flere spesialiteter, og som ikke er dekket av én enkelt spesialitet».

NAF anser det hverken som nødvendig eller ønskelig å opprette et slikt kompetanseområde, og begrunner dette med at pasientene ikke er

tjent med at det oppstår uklarhet om hvilken spesialitet som har hovedansvar for kritisk syke pasienter med behov for intensivmedisinsk behandling. Idag er drøyt 90 prosent av all sengekapasitet i norsk intensivmedisin administrert av anesthesiologiske fagmiljøer. NAF ønsker ikke å bidra til en utvikling som kan føre til oppsplitting av dette intensivmedisinske fagfeltet i Norge. Vi oppfatter intensivmedisin som en integrert del av den anesthesiologiske spesialiteten, med solide historiske røtter, og faktisk organisering, spesialist- og etterutdanning, fagutvikling og forskning som er tett sammenknyttet med hovedspesialiteten. NAF ønsker ikke å legitimere intensivmedisinsk kompetanse hos spesialister som mangler trening og ferdigheter i håndtering av ustabile pasienter, herunder luftveishåndtering og hemodynamisk stabilisering, og kontinuerlig overvåking og behandling av livstruende organsvikt. Vår oppfatning er at tverrfagligheten i norsk intensivmedisin er godt ivaretatt og at pasientene og faget er best tjent ved at anestesileger har det overordnede medisinske ansvaret for virksomheten. NAF har derfor anmodet Legeforeningens sekretariat om å legge denne saken til side.

Utredning fremtidig driftsform luftambulansetjenesten

Etter anbudsovertakelse i luftambulansetjenesten har det vært ulike oppfatninger om i hvilken grad, og på hvilken måte Legeforeningen bør involvere seg i diskusjonen. Den norske legeforening har uttalt seg om driftsform av fly-luftambulansetjenesten, uten at NAF eller akuttutvalget ble forespurt om innspill på forhånd. NAF har etterspurt involvering. Det var et møte om dette i Legeforeningen 14.02, etter vår henvendelse, men NAF ble likevel ikke involvert. Vi har altså ikke fått noen formell henvendelse om saken. Akuttutvalget har nøytralt beskrevet ulike driftskonsepter, og en slik tilnærming uten å fronte ett spesielt standpunkt støttes av styret i NAF.

Kontroversielle metoder og uønsket oppmerksomhet

Det er naturlig med faglig uenighet i en spesialitetsforening. Stort sett går slik uenighet under offentlighetens radar, men fra tid til annen fatter pressen interesse for det som debatteres i faglige fora, og på vakt- og møterom. I et demokratisk samfunn er det en selvfølge at foreninger som NAF stiller opp når pressen ber om det. Dette kan medføre personrettede og tildels ubehagelige henvendelser fra publikum og også fra kollegaer, noe som kan oppleves som en belastning for den som er tillitsvalgt.

Pandemien

Det første norske smittetilfellet ble identifisert 21. februar, den første intensivpatienten ble

innlagt 10. mars, og Norge innførte omfattende nasjonale smitteverntiltak 12. mars. Tilsammen har 12296 testet positivt, 1077 har vært innlagt på sykehus, herunder 236 i intensivavdeling, og 267 er registrert døde, av disse har 45 vært innlagt i intensivavdeling. Det er ingen grunn til å glede seg over at én av fem pasienter dør, men dette er likefullt et mye bedre resultat enn fryktet, og langt bedre enn i mange andre land. Det er verken nye legemidler eller avanserte tekniske nyvinninger som gjør at vi har kommet såpass godt fra det, men heller godt intensivmedisinsk håndverk, utført av kompetent helsepersonell med gode retningslinjer og godt utstyr. Folkehelseinstituttet har bedt landets sykehus være godt forberedt til en ny smittebølge kommende vinter. NAF har etterspurt konkrete tiltak som kan gi en reell og varig bedring av norsk intensivkapasitet. Dersom kapasiteten i norsk intensivmedisin virkelig blir utfordret, og vi tvinges til å bruke nødløsninger, altså uerfarent personell og uegnet utstyr, er det grunn til å frykte at dødeligheten vil øke.

Nødrespiratorsaken

Statsminister Erna Solberg presenterte 31/3 regjeringens avtale om kjøp av 1000 «nødrespiratorer», utviklet av Laerdal Medical og Servi AS. Samtidig gikk det ut en pressemelding fra de to selskapene, der det står at apparatet er utviklet for intensivbehandling av COVID-19 pasienter. Styret i Norsk anesthesiologisk forening har offentlig karakterisert dette som en svært dårlig løsning som vi ikke tror svarer på de utfordringene norske intensivavdelinger står overfor ved massetilstrømming av COVID-19 pasienter. Som med all annen teknisk apparatur eller annen medisinsk intervensjon er det den som markedsfører et produkt som har ansvar for å dokumentere at dette kan brukes i behandlingen av syke mennesker. Det gjelder særlig ved livstruende tilstander.

Styret har fått gjentatt sterk kritikk fra en gruppe enkeltmedlemmer for vår håndtering av «nødrespiratorsaken», og har også blitt kritisert av NAFforums redaktør for ikke å tillate disse medlemmene å benytte styrets tjeneste for masseutsendelse av e-post for å imøtegå styrets standpunkt. Styret har så langt ikke mottatt henvendelser fra landets intensivavdelinger som indikerer behov for disse apparatene.

Aktivitet i utvalgene

For å stimulere til økt aktivitet i utvalgene har styret bestemt at hvert utvalg skal inviteres til fellesmøte med styret. Det første møtet i denne serien ble avholdt 7. september d.å., da styret hadde møte med intensivutvalget.

Digitalt høstmøte

Styret beklager på det sterkeste at det i år ikke er mulig å gjennomføre et tradisjonelt

høstmøte. Nasjonale smitteverntiltak har gjort dette umulig. Med hjelp fra Legeforeningens sekretariat vil vi istedet arrangere et kort digitalt høstmøte med oppsummering av pandemien som faglig tema.

Dødsfall

To av våre eldste medlemmer, Ellen Lindbæk og Bjørn Lind, har gått bort i år. Begge har hatt stor betydning for utviklingen av norsk anesthesiologi.

6-2

Årsmelding fra Anestesiutvalget (ANU)

Medlemmer

Caroline Fugelli, SUS
Rønnaug Hammervold, Bodø
Torvind Næsheim, UNN
Erik Isern, St Olav

Utvalget har ikke levert årsmelding.

6-3

Årsmelding fra Intensivutvalget (IU)

Medlemmer

Kristian Strand, Stavanger
Universitetssykehus
Hans Flaatten, Haukeland
Universitetssykehus
Pål Klepstad, St.Olavs Hospital Universitets-
sykehuset Trondheim,
Finn Andersen, Helse Møre og Romsdal
Ålesund sykehus
Trine Marie Gundem, Oslo
Universitetssykehus

Året 2020 med Coronaepidemien har preget intensivfaget med drift og organisering. Intensivutvalget har vært aktivt gjennom hele perioden da særlig med tema og spørsmål rettet mot håndtering av Coronapasienter i norske intensivheter. Utvalget har hatt et

godt internt samarbeid med møteaktivitet pr mail og Teams / Skype. Utvalget har fungert som et nettverk på tvers av både regionsykehus og lokalsykehus der man fortløpende har utvekslet ulike pandemiplaner, organisering og til dels kliniske faglige erfaringer når det gjelder håndtering av Coronapasienter. Vi har også skaffet en god oversikt over tilgjengelig respirator kapasitet under pandemien ved de ulike helseregionene. Det har vært en og del kontakt mellom styret og utvalget gjennom året og utvalget har blant annet kommet med bidrag til prioriteringsråd under pandemien i samarbeid med styret i Naf.

Av andre oppgaver har utvalget kommet med innspill til Kloke valg og høring ved Naf styret. Det har også vært tema med innspill

til en pågående prosess vedrørende regional intensivutredning, status og utfordringer; der utvalget ble bedt om innspill inn til styret i Naf. Det har vært været et travelt år med mange innspill og nyttige dialoger, mest med hensyn til hvordan Coronaepidemien har preget intensivdrift med både organisering, rett smittevern, prioriteringer, hensyn til andre intensivpasienter og medisinsk faglig utveksling vedr særlig Coronapasientene. Et givende og krevende år på mange faglige vis.

20. september 2020
Anniken Haavind, leder

6-4

Årsmelding fra Akuttutvalget (AKU)

Medlemmer

Svein Ove Vingsnes, Førde
Kathrine Nergaard Aas, Tromsø
Magnus Lauritzen, Ahus
Per Bredmose, OUS
Bård E Heradstveit, HUS (leder)

Akuttutvalget har ikke i perioden avholdt fysiske møter, men korrespondert pr epost/ tlf. Utfordringen med stor geografisk spredning

har gjort dette til en hensiktsmessig, om ikke optimal arbeidsmetode. Arbeidsområdet er vidt, og dekker pasientens vei fra grøften frem til spesialistene på sykehus. Dette gjenspeiles i utvalgets gjennomførte og planlagte arbeid.

Utvalget har i perioden jobbet mest med utspillet fra Legeforeningen vedr. «Ambulansflysaken». Akuttutvalget har via NAF tydelig adressert utspillet fra Legeforeningen sentralt som

forskutterte en holdning fra bla. NAF's medlemmer, uten en forutgående bred høring. En viktig sak krever en ryddig prosess. Dette blir en viktig sak også videre for Akuttutvalget.

20. september 2020
Bård E Heradstveit, leder

6-5 Årsmelding fra Smerteutvalget (SU)

Medlemmer

Pascal Löhr
Augstein Svedahl
Audun Stubhaug
Anne Gina Schie Berntsen
Aslak Johansen

Smerteutvalget har ikke hatt formelle møter i løpet av det siste året, men har hatt ett tele-

fonmøte og ellers mailkontakt i forbindelse med uttalelser til styret i NAF angående:

- Legeforeningens «Kloke valg»
- Prioriteringsråd til helsemyndighetene ifb med pandemien
- Høringsutkast til nasjonal veileder «Vanedannende legemidler»

Smerteutvalget medvirket til kveldsmøte om

smerte på NAFs høstmøte i oktober 2019 på Soria Moria der ca 20 personer deltok.

Oslo, 7. oktober 2020
Audun Stubhaug

6-6 Årsmelding fra Utvalg for pasient sikkerhet og kvalitet (UPK)

Utvalgets medlemmer: Jannicke Mellin-Olsen (JMO), Sigurd Fasting (SF), Morten Pytte (MP), Marie Skontorp (MS), Skule Mo (SM) (styret) og Guttorm Brattebø (GB) (leder).

Fra vinteren i år har samfunnet vært preget av Covid-19-pandemien og utvalget har vært opp-tatt av ulike sider ved denne situasjonen som grenser opp mot utvalgets oppgaver. Arbeid i smittevernstyr, vanskeliggjort kommunika-sjon og medikamenthåndtering og belastning på kolleger var noen av de tema som ble berørt. I Helse Vest har man f.eks. hatt gode erfaringer med etablering av et nettverk mellom alle de avdelinger som behandler intensivpasienter.

Utvalget har også fortsatt diskutert hvordan vi kan være til hjelp for våre medlemmer og pasientene. Ønsker man mer info på hjem-mesiden NAFweb? Eller mer i NAFforum? Er det spesielle områder som bør fokuseres på? Kliniske retningslinjer, rutiner ved hendelser, annet?

Saker til utvalget

Utvalget har ikke mottatt noen saker fra styret eller andre hittil i år.

Utvalget har hatt ett telefonmøte siden forrige generalforsamling

Saker som har vært behandlet er følgende:

Hvordan etablere en (sikkerhets)kultur ved avdelingene for å kunne snakke om hendelser rundt om på avdelingen?

Arbeidet med å få distribuert presentasjonen med spørsmål rundt en case for diskusjon på f.eks. et morgenmøte, er ikke avsluttet. Utvalget håper at denne kan distribueres med det første.

10 år med Helsinki-deklarasjonen (HD) om pasientsikkerhet

Et spesialnummer av EJA er dedikert til flere ulike tema innen pasientsikkerhet. Artikkelsamlingen er innholdsrik og bør ha interesse for NAFs medlemmer. Spesialnummeret kan finnes her: https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2020/07000/Ten_years_of_the_Helsinki_Declaration_on_patient.1.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=3.

Alle medlemmer oppfordres for øvrig til å distribuere artikkelen. Det er mulig at ESA vil gjøre den tilgjengelig på et format egnet for lesning på mobil. Også grunn til å minne om at det var på initiativ fra EBA at HD så dagens lys! Medlemmer i utvalget har deltatt i ulike andre pasientsikkerhetsaktiviteter, nasjonalt og internasjonalt.

Både JMO og GB er fortsatt medlemmer i EBA (European Board of Anaesthesiology, der Guttorm Brattebø er nestleder i pasientsikkerhetsutvalget, og JMO er med i WWW Standing Committee - Workforce, Working conditions, Welfare. Gjennom EBA er GB medlem i ESAs Patient Safety and Quality Committee, mens JMO er medlem via ESA. Jannicke er også president i World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA) og styremedlem i Patient Safety Movement Foundation.

Valg av representanter til utvalget

Hele utvalget ble valgt for to år i 2018 og er således på valg i høst. Leder ønsker å være med videre, men

Ikke som leder for utvalget. Sigurd Fasting som har vært medlem i utvalget i mange år ønsker å fratruke.

Andre saker

NAFs medlemmer er hjertelig velkomne til å komme med innspill til utvalget ved å kontakte lederen via guttorm.brattebo@helse-bergen.no

Bergen, 18. september 2020
Guttorm Brattebø, leder

6-7 Årsmelding fra Forskningsutvalget (FU)

Medlemmer

Geir Olav Dahle (HUS)
Thomas Lindner (SUS)
Shirin K. Frisvold (Leder, UNN)
Andreas Krüger (St. Olav)
Lars Øyvind Høiseth (OUS)
Hilde Norum (OUS)

Konstitusjonelt

Lars Øyvind Høiseth og Hilde Norum ble satt inn i FU i et mellomår og er således ikke formelt valgt inn. De er foreslåtte kandidater til Årsmøtet 2020.

Viktigste saker

- Dette har vært et spesielt år, og det har ikke vært avholdt fysiske møter i FU. FUs målsetting om å jobbe for å fremme norsk anestesilogisk forskning videreføres.
- Da det ikke arrangeres abstractsesjoner i forbindelse med årets høstmøtet, videreføres

- innsendte abstract til neste års møte.
- FU vurderer også kandidater til Forskningsprisen. Den årlige Otto Mollestads Minneforelesning avholdes heller ikke ved årets høstmøte. Forskningsprisen deles derfor heller ikke ut i år.
- Grunnet usikkerhet om årets høstmøte, har ikke Utlysningen av Stipendet fra Stiftelsen Anestesiologisk Forskning vært fungerende. Forskningsutvalget skal i samarbeid med Stiftelsen, ta stilling til om Stipendet skal

- utlyses på nytt, eller videreføres til neste år.
- Forskningsutvalget vil i det kommende året arbeide med å samle landets anestesiologiske forskermiljø gjennom:
 - Kartlegging av anestesiologisk forskningsaktivitet ved alle landets sykehus. På den måten håper vi att både erfarne og nye forskningsinteresserte leger lettere skal knytte kontakter for forskningssamarbeide.
 - Økt kjennskap til abstract og forskningsstipend søknader gjennom å annonsere i NAF

- forum og i våre respektive regioner.
- Å være en synlig ressurs i våre regioner for kolleger som ønsker starte forskning.

Oslo/Tromsø, september, 2020
 Jostein S. Hagemo, avtroppende leder
 Shirin K Frisvold, leder

6-8 Årsmelding fra Spesialitetskomiteen

Medlemmer

Leder Christiane Skåre,
 Oslo Universitetssykehus, Ullevål (2019-)
 Stine Hårdnes,
 Sykehuset Innlandet Elverum (2019-)
 Ørjan Aasebø,
 Haukeland sykehus (2019-)
 Siri Tau Ursin,
 Stavanger sykehus (2019 -høsten 2019)
 Christina Dahl Solberg
 (Tok over for Siri Tau Ursin høsten 2019-)
 Sofie Leth Iversen
 (LIS representant) (2019-)
 Hans Christian Nyrerød,
 Diakonhjemmet sykehus (2019-)
 Torgeir Folkestad,
 Haukeland Universitetssykehus
 Tina Nilsen
 (varamedlem for LIS), Helgelandssykehuset
 (2019-)

Generelt:

I mars 2019 startet de første LIS-legene på utdanningsløp i ny ordning, og implementering av den nye LIS-strukturen er nå i full gang. Pandemien har påvirket alle områdene av samfunnet – også spesialistutdannelsen. Anbefalte kurs for LIS er utsatt, det har vært utfordrende å gjennomføre internundervisning og flere LIS har blitt forsinket i sitt utdanningsløp. Mange har jobbet hardt for å kunne ta imot og behandle pasienter med mistenkt eller påvist Covid 19. Nå håper vi at mange også har funnet gode løsninger for internundervisning, veiledning og supervisjon under pågående pandemi.

Det er fortsatt en del frustrasjon blant kollegaer over tidkrevende dokumentasjon i kompetanseportalen. Dette systemet eies av helseforetakene, og det er opp til hvert foretak og lage løsninger som kan forenkle dokumentasjonen. Det har også vært påpekt diskrepans mellom læringsmålene som ble foreslått av legeföreningen og de faktiske læringsmålene som er forskriftsfestet av Helsedirektoratet. Spesialitetskomiteen har meldt inn flere av disse feilene, men vil gjerne ha tilbakemelding etter hvert som det dukker opp flere feil.

Vi håper på en smidig implementeringsprosess fremover med utbedring av feil og tidkrevende løsninger slik at vi kan fokusere på at ny LIS-utdanning også er en mulighet til kvalitetsforbedring.

Arbeidsmengden til spesialitetskomiteen er stor og vararepresentanter deltar på lik linje med de øvrige. Vi har hatt flere komitemøter i tilknytning til høstmøtet 2019 og avdelingsbesøk i 2020. Vi har også hatt to heldagsmøter digitalt i vår.

Søknader om spesialistgodkjenning:

Helsedirektoratet kan be legeföreningen om sakkyndig vurdering av søknader. Det er ikke vurdert noen søknader i år.

Søknad om godkjenning som utdanningsvirksomhet:

Alle utdanningsinstitusjoner har måttet sende inn søknad om ny godkjenning som utdanningsvirksomhet for å kunne tilby

spesialistutdanning etter 1. mars 2019. Spesialitetskomiteen har hatt flere arbeidsmøter der vi har gått gjennom og vurdert alle søknadene, og vi har nå gitt våre faglig råd til Helsedirektoratet.

Søknader om godkjenning av kurs:

Vi har behandlet og godkjent 3 søknader om valgfrie kurstimer i år: «European Congress on Paediatric Palliative Care», «Medisinsk toksikologi og rusmiddelfarmakologi», «Smerter fra viscera og ansikt/kjeve, smerter hos barn, eldre, ved og etter kreft.»

Ny kurspakke:

To medlemmer (HCN og CS) fra spesialitetskomiteen har deltatt på heldagsmøte om ny kurspakke.

Spesialitetskomiteens besøk ved utdanningsvirksomhetene:

Gjennomførte besøk i 2019: Voss Sjukehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus i september. Gjennomførte besøk i 2020: Akershus Universitetssykehus og Sykehuset i Østfold – Kalnes. Vi hadde planlagt flere sykehusbesøk i 2020, men dette er utsatt på ubestemt tid pga pandemien.

Oslo, oktober 2020
 Christiane Skåre

6-9 Årsmelding fra SSAI

SSAI er paraplyorganisasjon for alle de skandinaviske anesthesiologiforeningene. Alle NAF-medlemmer er SSAI-medlemmer. SSAI utgir Acta Anaesthesiologica Scandinavica, driver skandinaviske videreutdanningsprogrammer, jobber for utarbeidelse av felles nordiske retningslinjer gjennom Clinical Practice Committee, arrangerer kongress hvert annet år og drifter en nettside med mål om å være et knutepunkt for vår spesialitet i Skandinavia.

Styret, SSAI Board, har hatt to møter i 2020, i Helsinki i januar og på web nå i september. Webmøtet erstattet det planlagte møtet som skulle vært holdt i Oslo i juni. Dette ble avlyst pga Covid-19. Pandemien har hatt stor innvirkning på SSAI-arbeidet i år. Mye er blitt satt på vent. Spesielt har gjennomføringen av utdanningsprogrammene blitt vanskeliggjort.

Registrering av SSAI som en «non-profit organisation»

SSAI er nå registrert som en «non-profit organisation» med adresse i Danmark, og det er inngått avtale med den Danske lægeforening om merkantil støtte, særlig da til utdanningsprogrammene.

SSAI kongressen.

SSAI kongressen «Monitoring life» var planlagt til 16.-18. juni 2021 med Professor Tor Inge Tønnessen fra OUS som kongresspresident. Det er betydelig usikkerhet knyttet til om dette arrangementet vil være mulig å gjennomføre på en god måte pga Covid-19. Dette var hovedtemaet for styremøtet nå i september. Styret besluttet å **UTSETTE kongressen med ETT ÅR.**

Nye datoer blir 8.-10. juni 2022.

Styret vedtok videre at fremtidige kongresser vil arrangeres i partallsår. Neste altså i 2024.

Utdanning.

Under SSAI paraplyen drives det syv to-årige utdanningsprogrammer: Intensivmedisin,

Barneanestesi og intensivmedisin, Smertebehandling, Prehospital- og akuttmedisin, Obstetrisk anestesi, Kardiotorakal og vaskulær anestesi og intensivmedisin, Perioperativ medisin og organisering. Dette er en svært viktig del av SSAI sitt virke og bidrar både til å høyne faglig standard, samt å styrke nettverk landene imellom. Organiseringen av disse programmene har variert mye. Det samme gjør graden av tilknytning til SSAI gjennom SSAI Educational Committee (EdCom). For å bedre dette har EdCom utarbeidet felles Guidelines for programmene. Videre er altså avtale inngått med den Danske Lægeforening om merkantil støtte til programmene. SSAI-styret har vedtatt å ta utdanningsprogrammenes kostnader til dette ut 2021. Styret har også vedtatt at alle programmene må benytte seg av dette og etterleve Guidelines fra og med oppstart av neste program.

Som en følge av at fremtidige kongresser er skjøvet et år frem i tid, har også styret anbefalt at utdanningsprogrammene forlenger pågående kurs med et år, og likeledes utsetter oppstart av nytt opptak med et år.

Klinisk praksis.

The SSAI Clinical Practice Committee (CPC) jobber mot å publisere 1-2 guidelines årlig. I tillegg har man nå startet med "endorsement" av enkelte guidelines publisert av andre. Link til publiserte guidelines finner dere på www.ssaai.info. Man har også begynt å se på muligheten for å harmonisere de nasjonale intensiv- og anestesiregistre.

Acta Anaesthesiologica Scandinavica.

Prof Michael Haney er Editor-in-chief. AAS trykker ca 200 artikler per år. Det utgjør ca 25% av innsendte. Den økonomiske situasjonen er god.

Acta Foundation.

Hovedoppgaven til fondet er å sikre finansiell trygget for tidsskriftet, dvs ha midler til 3 års drift uten inntekter. Fondets økonomi er separat fra SSAI, og den økonomiske situasjonen er god. Søren Pischke er valgt leder av Acta Foundation.

Økonomi.

Den økonomiske situasjonen er stabil og trygg.

Web page.

Mads Astvad er web-redaktør for ssaai.info. Mads står også bak nettstedet scanFOAM som SSAI samarbeider med og som bidrar til web-publisering av innhold fra SSAI-kongressene i 2017 og 2019. Husk at SSAI også er på Twitter (@ssaai_info) og Facebook. Alle oppfordres til å sjekke ut dette og også registrere seg for å få nyhetsbrev. Styret har nå i september satt ned arbeidsgrupper som vil samle Covid-guidelines og Covid-publikasjoner med skandinaviske forfattere på nettsiden.

Unge anestesileger i SSAI

Nordic Young Anaesthesiologists Committee (NYA) er nå tatt inn som en egen komité i SSAI med representant i Styret.

Norske representanter i SSAI-styret.

Gunnar Bentsen ble i 2019 valgt til Generalsekretær i SSAI for fire år med oppstart 1.1.2020.

Jon Henrik Laake har tatt over som leder i NAF, og gått inn i SSAI styret med denne funksjonen. Han satt før som valgt representant, og NAF må derfor velge en erstatter på høstens årsmøte. Tor Inge Tønnessen (kongresspresident 2022) og Søren Pischke (leder av Acta Foundation).

Oslo, 16. september 2020

Gunnar Bentsen

6-10 Årsmelding fra UEMS

Norske representanter:

Guttorm Brattebø (GB)
Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen HF
Jannicke Mellin-Olsen (JMO), Bærum sykehus,
Vestre Viken HF

UEMS er den europeiske organisasjonen for legespesialister. Organisasjonen har stor

betydning for medisinske aktiviteter i det "offisielle Europa", bl.a. fordi samarbeidet med EU er så tett. Mer informasjon finnes på www.uems.net. I det følgende brukes "EBA" synonymt med anesthesiologiseksjonen i UEMS.

Innen vårt fagområde er det flere såkalte «stående» underutvalg:

- Education and Professional Development. Les mer om utdanningsaktivitetene her: <http://eba-uems.eu/Education/education.html>
- WWW - Workforce, Welfare and Working Conditions – JMO medlem. Artikkelen om aldrende anestesiloger er publisert:

Redfern N, Clyburn P, Grigoras I, Calleja P, Mellin-Olsen J, Novak-Jankovic V, Bobek J, De Hert S, Zacharowski K, De Robertis Getting old. Eur J Anaesthesiol. 2020 Jun 23. doi: 10.1097/EJA.0000000000001266. Online ahead of print. PMID: 32590548

Patient Safety and Quality: <http://www.eba-uems.eu/PS/PS.html>, arbeider med medikamentsikkerhet, standardisering av akutt-telefonnummer 2222, oppfølging av pasientsikkerhet i anesthesiologi og mer. Det siste året har vært preget av at det er ti år siden Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology ble lansert, bl.a. med denne spesialutgaven av Eur J Anaesthesiol: Ten years of the Helsinki Declaration on patient safety in anaesthesiology: An expert opinion on peri-operative safety aspects.

Preckel B, Staender S, Arnal D, Brattebø G, Feldman JM, Ffrench-O'Carroll R, Fuchs-Buder T, Goldhaber-Fiebert SN, Haller G, Haugen AS, Hendrickx JFA, Kalkman CJ, Meybohm P, Neuhaus C, Østergaard D, Plunkett A, Schüler HU, Smith AF, Struys MMRE, Subbe CP, Wacker J, Welch J, Whitaker DK, Zacharowski K, Mellin-Olsen J. Eur J Anaesthesiol. 2020 Jul;37(7):521-610. doi: 10.1097/EJA.0000000000001244. PMID: 32487963

Det er også noen arbeidsutvalg:

- Hospital Accreditation and Visitation i fellesskap med ESA: EBA har ansvaret for å akkreditere møter og kurs som tellende på tvers i EU. De møtene og kongressene som godkjennes for å få CME/CPD-poeng av EBA, er automatisk også akkreditert i det amerikanske systemet, og vice versa. EDAIC-eksamen er forankret i ESA og i EBA/UEMS.
- Kiritisk akuttmedisin – avklaring av grensesnitt mot andre spesialiteter.
- Intensivmedisin –ESA-president (Kai Zacharowski) har også vært leder for intensivkomiteen i UEMS.
- Smertebehandling – komiteen er startet av EBA, men aktiviteten kunne vært større.

EBA arbeider tett med ESA, f.eks. når det gjelder retningslinjer. EBA-presidenten møter i ESA-styret uten stemmerett, og ESA-presidenten inviteres til EBA-møtene.

EBA har medlemmer i ESAs «Patient Safety and Quality Committee». GB representerer EBA her. JMO er også medlem, utnevnt av ESA.

Viktige fokusområder nå er bl.a. oppfølgingen av

- Oppdatering av ny læreplan for spesialist-

utdanningen i Europa og EDAIC, inkl OLA (online assessment).

- Varighet og kvalitet på spesialistutdanning (mange land prøver å forkorte utdanningen).
- Akkreditering av utdanningsmøter og kongresser.
- Arbeide med videre- og etterutdanning i form av kursserier (CEEA), e-læring, mm.
- Anestesiologiens plass i intensivmedisin og smertemedisin, inkl utvikle «Common Training Framework» i begge disse «søylene»
- Helsinkideklarasjonen for pasientsikkerhet i anesthesiologi og andre pasientsikkerhetstiltak.
- Personellspørsmål - migrasjon (både innenfor og utenfor Europa), sykepleiere, ansvarsforhold. Rollen til «anaesthesia assistants» er blitt beskrevet, men det er stor uenighet innad.
- Lobbyvirksomhet mot EU

21. september 2020
Jannicke Mellin-Olsen
Guttorm Brattebø

6-11 Årsmelding fra NAFWeb

NAFWeb er Norsk anesthesiologisk forenings side for elektronisk kommunikasjon på nett. NAFWeb har adressen (URL) www.nafweb.no. Hjemmesiden inneholder nyheter og dokumenter som medlemmene kan ha behov for, i tillegg til at NAFForum publiseres elektronisk der. Hjemmesiden oppdateres av NAFWeb-redaktør.

NAFWeb ligger på webhotell hos one.com, et dansk firma som har en stor server-park tilgjengelig. Det betyr at NAFWeb har tilgjengelig stor lagringsplass (200 Gb) på dette området til en rimelig pris.

Det har vært en opprydding på «baksiden» av NAFWeb siden sist årsmelding. Dette skyldes at det var noen feil som måtte rettes i oppsettet. Dette krevde at man flyttet NAFWeb ut av one.com for en stund (til nafweb.com), før det igjen kunne flyttes tilbake. Det er fortsatt noen elementer som ikke er ferdig flyttet, men redaktøren jobber med dette. NAFWeb bruker WordPress som «motor» (CMS) på baksiden. WordPress er et av verdens mest kjente verktøy for akkurat dette.

NAFWeb ønsker seg fortsatt veldig innspill fra medlemmer til ting som kan ligge på

hjemmesiden. Det kan være alt fra nye doktorgrader til andre, inspirerende tema som er interessante for alle anestesileger.

Verdal, 17. september 2020
Håkon Trønnes, redaktør

6-12 Årsmelding fra NAFForum

Redaktør
Anne Berit Guttormsen

NAFForum er Norsk anesthesiologisk forenings (NAFs) organ for publisering på papir.

Produksjonsansvarlig er April. NAFForum distribueres gratis til medlemmene. Det er fortsatt et betydelig potensiale i forhold til å øke NAFForums annonseinntekter. Målet er i år som i fjor nullbalanse. Dette vil kreve ca 10

annonser pr. nummer av NAFForum (se tabell).

6. oktober 2020
Anne Berit Guttormsen

| 2019 | TOTALT | NUMMER 1 | NUMMER 2 | NUMMER 3 | NUMMER 4 |
|----------------------|---------|----------|----------|----------|----------|
| Salg annonser | 127 913 | 39 100 | 10 460 | 46 494 | 31 859 |
| Antall annonsesider | 19,5 | 4,5 | 2,5 | 7,0 | 5,5 |
| Annen inntekt NA | 81 536 | 12 493 | 18253 | 31 350 | 19440 |
| Netto Inntekt | 209 469 | 51 598 | 28 716 | 77 851 | 51 305 |
| Trykk | 76 760 | 16 955 | 19 475 | 20 775 | 19 555 |
| Grafisk | 80 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 |
| Salgskostnader | 44 770 | 13685 | 3661 | 16272,9 | 11150,65 |
| Porto og Adressering | 66 181 | 12 493 | 18 253 | 19 440 | 15 995 |
| Brutto kostnader | 267 711 | 63 133 | 61 389 | 76 488 | 66 701 |
| | 0 | | | | |
| Resultat | -58 242 | -11 536 | -32 674 | 1 363 | -15 396 |

6-13

Årsmelding fra stiftelsen Institutt til fremme av anesthesiologisk forskning

Medlemmer:

Siri Tau Ursin (leder NAF), styremedlem Skule Mo (kasserer NAF), styremedlem Jostein Hagemo (leder FU) til oktober -19, fra oktober -19 Shirin Kordasti Frisvold (Ny Leder FU).

Stiftelsen delte ut 2 stipender i 2019, til Andreas Barratt-Due og Håkon Kvale Bakken. Prisene som ble utdelt var totalt på 57 000 kroner. Regnskapet for 2019 viser renteinntekter på 4 443 kr. De faste og lovpålagte kostnadene til Instituttet er avgift til stiftelsestilsynet (kr 1540),

pliktig regnskapsføring (kr 6 250) og revisjon (kr 2 625). Det utbetales ingen kompensasjon til styret. For 2019 ble resultatet et underskudd på kr 55 182. Regnskapet er revidert av Nye Glommen Revisjon A/S.

Årsaken til underskuddet er at prispengene og utgifter til stiftelsen ble dekket ved å ta fra stiftelsens kapital. NAFs styre kan velge å dekke dette med egne midler etter styrets vurdering og økonomi.

Stipender gis etter søknad, Forskningsutvalget

rangerer de anonymiserte søknadene etter fastsatte kriterier og stiftelsens styre velger en eller to mottakere av stipend fra denne listen.

Stiftelsens styre vil presentere budsjett og status for stiftelsen på NAFs årsmøte.

17. september 2020
Siri Tau Ursin, leder
Skule Mo, styremedlem
Shirin Kordasti Frisvold, styremedlem

6-14

Årsmelding for NAF økonomi 2019 med revisjonsberetning

Norsk Anesthesiologisk Forening (NAF) er en fagmedisinsk forening stiftet i 1949, under Den norske legeforening (Dnlf). Foreningen arbeider for å høyne norsk anesthesiologisk standard, ivaretar medlemmers interesser, og fremmer samarbeid med internasjonale foreninger med samme formål. Foreningen er registrert i Enhetsregisteret i Brønnøysund. Foreningen har fortsatt en økning i antall medlemmer, og hadde 1494 medlemmer 1. Januar 2020, mot 1468 året før.

NAForum profilerer NAF godt. I 2019 har kostnadene vært innenfor budsjett. Avtalen med trykker er uendret, hvor det produseres et bestemt antall sider og vi betaler for utsendelsen.

Høstmøtet 2018 ble arrangert av AHUS, og ble avholdt på Soria Moria. Arrangementet var vellykket på alle vis. Økonomisk gikk det i overskudd på ca 100 000 kr, bedre enn budsjettet. Økonomikontrollen var som ønsket bedret sammenliknet med året før.

NAF har fortsatt kollektive medlemskap i SSAI, WFSa, WFSICCM og ESA, og kollektivt abonnement på Acta Anaesthesiologica Scandinavica (Acta) i elektronisk versjon.

Foreningen har også i 2019 støttet Lifebox foundation økonomisk. Internasjonalt arbeid er en viktig del av NAF sin virksomhet.

Foreningens hadde i 2019 et regnskapsresultat på plus 379 382 kroner. Dette er et overskudd som er over 300 000 kr bedre enn budsjettet. Årsaken til resultatet er at det knapt ble brukt noe i driften av utvalgene, lavere utgifter i nær alle underpunkter i budsjettet, samt overskuddet fra høstmøtet. For SSAI og internasjonalt arbeid var utgiftene som budsjettet.

SSAI inkludert det kollektive abonnementet på Acta var også i 2018 den største utgiften, men er nå på et akseptabelt nivå. Lave renter gir fortsatt minimale finansinntekter.

Budsjettet for 2021 er utarbeidet på grunnlag av faktiske utgifter, det budsjetteres med et mindre overskudd.

Styret ønsker å opprettholde eksisterende aktivitet og ønsker økt aktivitet i underutvalgene. Legeforeningen innkrever en kontingent fra medlemmene, i tillegg kan årsmøtet vedta en «årsmøtefastsatt kontingent», som det var tilslutning til å opprettholde også på årsmøtet i 2019. Økonomien er nå i balanse med denne kontingenten i inntektsgrunnlaget. Ettersom vi har hatt et ikke-planlagt overskudd, vil styret på årsmøtet foreslå en reduksjon i årsmøtefastsatt kontingent til 150 kr per medlem for 2021.

Kasserer vil gjennomgå regnskap for 2019, redegjøre for foreningens økonomi og fremlegge budsjettforslag for 2021 under årsmøtet i oktober 2020

Trondheim, 20. september 2020
Skule Mo, Kasserer, Norsk Anesthesiologisk Forening

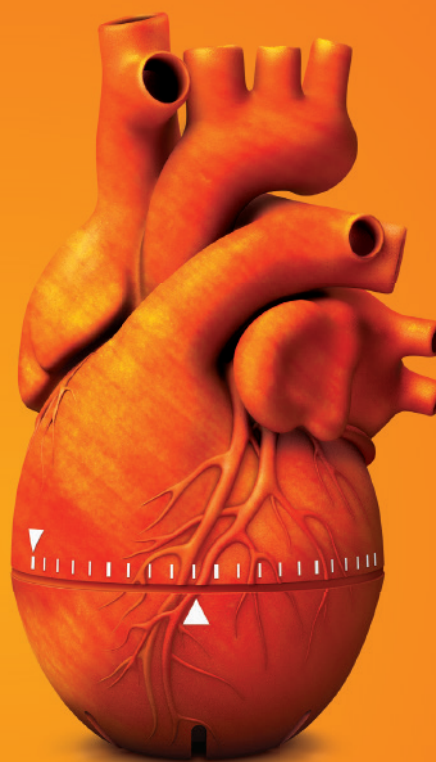
SIMDAX® (levosimendan) GIR DERE TID NÅR DET TRENGS SOM MEST¹



Ved å gi:

- symptomforbedring^{1,2}
- forbedret hemodynamikk^{1,2}
- vedvarende effekt i opptil 9 dager^{1,3}

1. Nieminen MS, Fonseca C, Brito D, et al. The potential of the inodilator levosimendan in maintaining quality of life in advanced heart failure. Eur Heart J Suppl 2017;19:C15-C21.
2. Simdax preparatomtale, 07.11.2016, pkt. 5.1
3. Simdax preparatomtale, 07.11.2016, pkt. 4.2



På websiden
www.orionpharma.no
finner du produkt-
informasjon,
doseringskort
m.m.

SIKKERHETSINFORMASJON SIMDAX®

(preparatomtale, 07.11.2016, pkt. 4.4 og 4.8):

Hypotensjon er en svært vanlig bivirkning.

Alvorlig hypovolemi bør korrigeres før infusjon av levosimendan. Hvis uttalte endringer i blodtrykk eller hjerterytme er observert bør infusjonshastigheten bli redusert eller infusjonen avbrytes.

Forsiktighet utvises hos pasienter med lav baseline systolisk eller diastolisk blodtrykk eller hos de med risiko for hypotensjonsepisode. Leger skal skreddersy dosen og behandlingens varighet basert på pasientens tilstand og respons.



Orion Pharma AS | Postboks 4366 Nydalen, 0402 OSLO | Telefon: 40 00 42 10

C Simdax «Orion»

Kalsiumsensitiserer.

ATC-nr.: C01C X08

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 2,5 mg/ml: 1 ml inneholder: Levosimendan 2,5 mg, povidon 10 mg, vannfri sitronsyre 2 mg, vannfri etanol til 1 ml. **Indikasjoner:** Korttidsbehandling av akutt dekomponert alvorlig kronisk hjertesvikt (ADHF) i situasjoner hvor konvensjonell terapi ikke er tilstrekkelig og ved tilfeller hvor inotropisk støtte er hensiktsmessig. **Dosering:** Kun til bruk på sykehus der tilstrekkelig overvåkningsutstyr og ekspertise for bruk av inotrope midler er tilgjengelig. Dosering og varighet av behandlingen bør titreres individuelt ut ifra pasientens kliniske tilstand og respons. Administrering bør startes med en laddningsdose på 6-12 µg/kg kroppsvekt i løpet av 10 minutter fulgt av en kontinuerlig infusjon på 0,1 µg/kg/minutt. Nedre laddningsdose anbefales til pasienter som samtidig får i.v. vasodilatorer eller inotrope substanser, eller begge deler, i starten av infusjonen. Pasientens reaksjon bør vurderes ved laddningsdosen eller innen 30-60 minutter etter dosejustering. Hvis responsen synes for kraftig (hypotensjon, takykardi), kan infusjonshastigheten settes ned til 0,05 µg/kg/minutt eller avbrytes. Hvis den initiale dosen tolereres og en økt hemodynamisk effekt er ønsket, kan infusjonshastigheten økes til 0,2 µg/kg/minutt. Til pasienter med akutt dekomponering av alvorlig kronisk hjertesvikt er det anbefalt at infusjonen varer i 24 timer. Ingen tegn på utvikling av toleranse eller «rebound»-effekt er observert etter avbrytelse av infusjonen. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og/eller nyrefunksjon:** Se Kontraindikasjoner og Forsiktighetsregler. **Barn og unge <18 år:** Bør ikke brukes. **Eldre:** Ingen dosejustering er nødvendig. **Tilberedning:** Til konsentrasjonen 0,025 mg/ml fortynnes 5 ml 2,5 mg/ml konsentrat med 500 ml glukoseinfusjonsvæske 50 mg/ml. Til konsentrasjonen 0,05 mg/ml fortynnes 10 ml 2,5 mg/ml konsentrat med 500 ml glukoseinfusjonsvæske 50 mg/ml. Følgende legemidler kan gis samtidig med Simdax via sammenkoblede infusjonsslanger: Furosemid 10 mg/ml, digoksin 0,25 mg/ml, glyseroltrinitrat 0,1 mg/ml. Fargen på konsentratet kan under lagring endres til oransje. Dette påvirker ikke egenskapene. **Administrering:** Skal fortynnes før administrering. Kun til i.v. bruk via perifer eller sentral infusjon. For detaljer om infusjonshastigheter for laddningsdose og kontinuerlig infusjon for 0,05 mg/ml og 0,025 mg/ml infusjonsoppløsning, se SPC. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for levosimendan eller hjelpestoffene. Alvorlig hypotensjon og takykardi. Uttalt mekanisk obstruksjon som påvirker ventrikelfylling/-tømming, alvorlig lever-/nyresvikt (kreatininclearance <30 ml/minutt). Tidligere «torsades de pointes». **Forsiktighetsregler:** Brukes med forsiktighet ved mild til moderat nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon kan føre til økt konsentrasjon av metabolittene, som igjen kan resultere i mer uttalt og forlenget hemodynamisk effekt. Bør brukes med forsiktighet ved lavt systolisk eller diastolisk blodtrykk ved baseline, og ved risiko for hypotensjon. Et mer konservativt doseringsregime anbefales i slike tilfeller. Bør også brukes med forsiktighet ved takykardi eller atrieflimmer med rask ventrikulær respons, eller potensielle livstruende arytmier. Alvorlig hypovolemi bør korrigeres før administrering. Ved uttalte endringer i blodtrykk eller hjerterytme bør infusjonshastigheten reduseres eller infusjonen stanses. Ikke-invasiv overvåking i minst 4-5 dager etter avsluttet infusjon anbefales. Ved mild til moderat nedsatt nyre- eller leverfunksjon kan en utvidet periode med overvåking være nødvendig. Brukes med forsiktighet og under overvåking av EKG til pasienter med pågående koronar iskemi, langt QTc-intervall eller når det gis samtidig med legemidler som forlenger QTc-intervallet. Forsiktighet bør utvises ved iskemisk kardiovaskulær sykdom og samtidig anemi, da medikamentell behandling av hjertesvikt kan etterfølges av fall i hemoglobin- og hematokritverdier. Levosimendan kan forårsake et fall i kaliumkonsentrasjonen i serum, og nivået av kalium i serum bør overvåkes i løpet av behandlingen. Lave konsentrasjoner av kalium bør korrigeres før administrering av levosimendan. Begrenset erfaring med bruk ved hjertesvikt etter kirurgi, eller alvorlig hjertesvikt hos pasienter som venter på hjertetransplantasjon. Begrenset erfaring med gjentatt bruk. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Det foreligger kun begrensede data for administrering av vasoaktive midler, inkl. inotrope substanser (unntatt digoksin) sammen med levosimendaninfusjon. Slik administrering kan derfor ikke anbefales, og fordel/risiko vurderes individuelt. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Toksik effekt på reproduksjonen er observert i dyrestudier. Bruk til gravide bør begrenses til tilfeller der fordelene veier tyngre enn den mulige risikoen for fosteret. **Amming:** Ukjent. Studier hos rotter har vist utskillelse av levosimendan i brystmelk. Kvinner som får levosimendan bør derfor ikke amme. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Hjerne/kar: Ventrikulær takykardi, hypotensjon. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, forstoppelse, diaré. Hjerne/kar: Atrieflimmer, takykardi, ventrikulær ekstrasystole, hjertesvikt, myokardiskemi, ekstrasystole. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Søvnløshet. Stofskifte/ernæring: Hypokalemi. **Undersøkelser:** Redusert hemoglobin. Ventrikelflimmer er rapportert. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Hypotensjon og takykardi. Høye doser (>0,4 µg/kg/minutt) og infusjon over 24 timer øker hjerterefrekvensen og er i blant forbundet med forlengelse av QTc-intervallet. Økt plasmakonsentrasjon av den aktive metabolitten som følge av overdosering, vil føre til mer uttalt og forlenget effekt på hjerterefrekvensen. **Behandling:** Kontinuerlig overvåking av EKG, elektrolyttnivået i serum og invasiv hemodynamikk. Se Giftinformasjonens anbefalinger C01C X08 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** For farmakologiske egenskaper, se pkt. 5 i preparatomtalen. **Pakninger og priser:** 5 ml (hettegl.) kr 8962,30. 4 × 5 ml (hettegl.) kr 35740,50. **Basert på SPC godkjent av SLV: 07.11.2016**

For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelsok.no



**ANNONSERER DU I NAFORUM
TREFFER DU ANESTESILEGER
SOM JOBBER PÅ OG UTENFOR
NORSKE SYKEHUS.**

**KONTAKT
OLE@APRIIL.NO
FOR TILBUD**

Aktivitetsregnskap 2019

Norsk Anestesiologisk Forening – Org.nr. 975 566 021

Innhold:
 Aktivitetsregnskap
 Balanse
 Noter

| Anskaffede midler | Note | 2019 | 2018 |
|--|----------------|------------------|------------------|
| Medlemsinntekter | 4, 11 | 1 096 131 | 1 095 508 |
| Tilskudd | 4, 11 | 15 798 | 0 |
| Sum anskaffede midler | | 1 111 929 | 1 095 508 |
| Aktivitet som oppfyller formålet | | | |
| Kursinntekter | 5, 11 | 715 740 | 746 648 |
| Sum aktivitet som oppfyller formålet | | 715 740 | 746 648 |
| Aktivitet som skaper inntekter | | | |
| Finansinntekter | 2, 11 | 7 988 | 3 343 |
| Sum anskaffede midler | | 1 835 657 | 1 845 500 |
| Forbrukte midler | | | |
| Kostnader til formålet | | | |
| Produksjonskostnader tidsskrift | 11 | 119 293 | 118 144 |
| Kurs og konferanser | 11 | 644 695 | 786 510 |
| Internasjonalt arbeid | 11 | 462 072 | 527 146 |
| Faglig arbeid | 11 | 156 425 | 125 829 |
| Sum kostnader til formålet | 2, 3, 7 | 1 382 485 | 1 557 629 |
| Administrasjonskostnader | 2, 3, 7, 11 | 73 789 | 95 491 |
| Sum forbrukte midler | 2 | 1 456 274 | 1 653 119 |
| Årets aktivitetsresultat | | 379 382 | 192 381 |
| Overføringer til formålskapital (egenkapitalen) | | | |
| Avsatt til/fra fri formålskapital | | 379 382 | 192 381 |
| Sum overføringer | 6 | 379 382 | 192 381 |

| Eiendeler | Note | 2019 | 2018 |
|------------------------------------|------|------------------|------------------|
| Omløpsmidler | | | |
| Fordringer | | | |
| Kundefordringer | 9 | 102 889 | 10 290 |
| Andre kortsiktige fordringer | 9 | 2 300 | 10 701 |
| Sum fordringer | | 105 189 | 20 991 |
| Bankinnskudd, kontanter o.l. | 8 | 1 848 143 | 1 621 355 |
| Sum omløpsmidler | | 1 953 332 | 1 642 346 |
| Sum eiendeler | | 1 953 332 | 1 642 346 |
| Formålskapital og gjeld | | | |
| Formålskapital | | | |
| Fri formålskapital | 6 | 1 917 028 | 1 537 645 |
| Sum opptjent formålskapital | | 1 917 028 | 1 537 645 |
| Gjeld | | | |
| Kortsiktig gjeld | | | |
| Leverandørgjeld | | 30 450 | 91 821 |
| Skyldig offentlige avgifter | | 5 855 | 671 |
| Annen kortsiktig gjeld | 10 | 0 | 12 209 |
| Sum kortsiktig gjeld | | 36 305 | 104 701 |
| Sum formålskapital og gjeld | | 1 953 332 | 1 642 346 |

Oslo Dato:
Styret i Norsk Anestesiologisk Forening



Siri Tau Ursin
styreleder



Jon Henrik Laake
nestleder



Camilla Christin Bråthen
styremedlem

Skule Mo
Kasserer



Gunhild Øverland
styremedlem



Magna Hansen
sekretær



Eirik Nydal Adolfsen
styremedlem

Note 1 - Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med God regnskapsskikk for ideelle organisasjoner (NRS F) og består av følgende:

- Aktivitetsregnskap
- Balanse
- Noter

Foreningen er ikke skattepliktig for sin virksomhet, jfr. Skattelovens §2-32.

Hovedregel for vurdering og klassifisering av eiendeler og gjeld

Anleggsmidler omfatter eiendeler bestemt til varig eie og bruk. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost, med fradrag for planmessige avskrivninger. Andre eiendeler er klassifisert som omløpsmidler.

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter normalt poster som faller til betaling innen et år etter balansedagen. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld

balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer oppføres til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av en individuell vurdering av de enkelte fordringene.

Inntekter

Kontingenter inntektsføres i den perioden medlemskapet gjelder. Videre inntektsføres tilskudd til den periode de er bevilget til.

HELAUTOMATISK HJERTESTARTER NYHET! KUN 14.990,- eks. mva.

Ink. mva. 18.738,- Førpris: Kr. 19.990,- eks. mva. **SPAR KR. 5000,-**



- Gir tilbakemelding på kvaliteten av brystkompresjonene.
- Både norsk og engelsk språk.
- Svært brukervennlig.
- Tester alle systemene daglig.
- Tilpasser støt etter pasienten.
- RescueReady - Alltid klar!

 **Røde Kors**
Førstehjelp

BESTILL I DAG! Tlf: 56 12 37 00

Internett: www.rodekorsforstehjelp.no | Telefon: 56 12 37 00 | E- post: post@rodekorsforstehjelp.no

Note 2 - Kostnader etter art

| Forbrukte midler | 2019 | 2018 |
|--|------------------|------------------|
| Formålskostnader | | |
| <i>Produksjonskostnader tidsskrift</i> | | |
| Trykking og utsendelse | 118 161 | 29 250 |
| Datakommunikasjon | 1 020 | 739 |
| Porto | 112 | 88 155 |
| Sum produksjonskostnader tidsskrift | 119 293 | 118 144 |
| <i>Kurs og konferanse</i> | | |
| Møte- og kurskostnader | 644 695 | 786 510 |
| Sum kurs og konferanser | 644 695 | 786 510 |
| <i>Internasjonalt arbeid</i> | | |
| Kontingenter | 418 717 | 412 309 |
| Møtekostnader | 13 661 | 12 503 |
| Internasjonal støtte | 20 000 | 20 000 |
| Reisekostnader | 9 695 | 30 583 |
| Sum internasjonalt arbeid | 462 072 | 475 394 |
| <i>Faglig arbeid</i> | | |
| Reisekostnader | 40 100 | 63 846 |
| Priser | 0 | 10 700 |
| Påløpt arbeidsgiveravgift priser | -1 509 | 1 509 |
| Gaver | 1 489 | 0 |
| Honorarer/møtegodtgjørelse | 5 290 | 12 560 |
| Arbeidsgiveravgift | 2 255 | 1 771 |
| Møtekostnader | 19 800 | 57 195 |
| Stipender/godtgjørelser | 68 000 | 0 |
| Støtte arrangement | 21 000 | 30 000 |
| Sum faglig arbeid | 156 425 | 177 581 |
| Sum kostnader til formålet | 1 382 485 | 1 557 629 |
| Administrasjonskostnader | | |
| Revisjonshonorar | 12 000 | 9 250 |
| Regnskapshonorar | 56 950 | 55 651 |
| Programvare/datautstyr | 1 726 | 30 000 |
| Rep og vedl utstyr | 963 | 0 |
| Bankgebyrer | 610 | 579 |
| Andre kostnader | 1 540 | 11 |
| Sum administrasjonskostnader | 73 789 | 95 491 |
| Sum forbrukte midler | 1 456 274 | 1 653 119 |
| Finansinntekter | 7 988 | 3 343 |

I aktivitetsregnskapet er inntekter og kostnader i den grad det er mulig fordelt på aktivitet. Det omfatter også finanspostene. Forbrukte midler består av sum driftskostnader og eventuelle finanskostnader.

Note 3 - Administrasjons- og formålsprosent

Formålsprosent og administrasjonsprosent beregnes som midler anvendt henholdsvis til formålet og til administrasjon i forhold til sum forbrukte midler.

| | 2019 | 2018 |
|------------------------|------|------|
| Formålsprosent | 95 % | 94 % |
| Administrasjonsprosent | 5 % | 6 % |

Note 4 - Tilskudd

| | 2019 | 2018 |
|---|------------------|------------------|
| Kontingentmidler DNLF | 1 096 131 | 1 095 508 |
| Institutt til fremme av Anestesiologisk Forskning | 0 | 0 |
| Sum | 1 096 131 | 1 095 508 |

Den Norske Legeforening innkrever de ordinære kontingentene.

Note 5 - Inntekter

| | 2019 | 2018 |
|--------------------------------|----------------|----------------|
| Annonseinntekter i medlemsblad | 0 | 0 |
| Inntekter Høstmøte | 715 740 | 746 648 |
| Sum | 715 740 | 746 648 |

Note 6 - Formålskapital

| | 2019 | 2018 |
|---------------------------|------------------|------------------|
| Egenkapital 01.01. | 1 537 645 | 1 345 265 |
| Årets aktivitetsresultat | 379 382 | 192 381 |
| Egenkapital 31.12. | 1 917 027 | 1 537 646 |

Note 7 - Personalkostnader, ytelser til ledelsen og revisor

Foreningen har ingen ansatte.

Foreningen er ikke pliktig til å ha tjenstepensjonsordning etter lov om obligatorisk tjenstepensjon.

| Godtgjørelser | 2019 | 2018 |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Styret - møtegodtgjørelse | 15 990 | 12 560 |
| Arbeidsgiveravgift | 2 255 | 1 771 |
| Priser | 0 | 0 |
| Priser - skattefri | 0 | 0 |
| Påløpt møtegodtgjørelse ink aga | 0 | 12 209 |
| Sum | 18 245 | 26 540 |

Det gis møtegodtgjørelse på kr 780,- per møte.

Det er i 2019 kostnadsført honorar til revisor med kr 12 000 inkl. mva, herav kr 2625,- gjelder Stiftelsen.

Note 8 - Bundne bankinnskudd

I bankinnskudd inngår bundne skattetrekkmidler med kr 3 605.

Note 9 - Andre kortsiktige fordringer

| | 2019 | 2018 |
|---------------------|--------------|---------------|
| Instituttet til NAF | 0 | 10 290 |
| Forskudd lønn | 2 300 | 10 700 |
| SUM | 2 300 | 20 990 |

Note 10 - Annen kortsiktig gjeld

| | 2019 | 2018 |
|---------------------------|----------|---------------|
| Avsatte reisekostnader | 0 | 700 |
| Avsatt arbeidsgiveravgift | 0 | 1 509 |
| Avsatt møtekostnad 2018 | 0 | 10 000 |
| SUM | 0 | 12 209 |

Note 11 - oversikt pr. avdeling

| Avdeling 1 - Inntekter | 2019 | 2018 |
|-------------------------------|------------------|------------------|
| Annonseinntekter NAForum | 0 | 0 |
| Inntekter høstmøte | 715 740 | 746 648 |
| Kontingenter DNLF | 1 096 131 | 1 095 508 |
| Renteinntekter | 7 988 | 3 343 |
| Tilskudd | 15 798 | |
| Sum inntekter | 1 835 657 | 1 845 500 |

| Avdeling 2 - Administrasjon | 2019 | 2018 |
|------------------------------------|---------------|---------------|
| Porto | 112 | 0 |
| Revisjonshonorar | 9 375 | 9 250 |
| Regnskapshonorar | 50 700 | 55 651 |
| Andre driftskostnader | 2 659 | 11 |
| Bankgebyrer | 610 | 579 |
| Sum kostnader | 63 456 | 65 491 |

| Avdeling 3 - Styre | 2019 | 2018 |
|---------------------------|---------------|----------------|
| Bilgodtgjørelse | 0 | 2 513 |
| Reisekostnader | 23 230 | 51 752 |
| Møtekostnader | 21 362 | 46 120 |
| Møtegodtgjørelse | 10 360 | 8 580 |
| Styremøte | 7 790 | |
| Arbeidsgiveravgift | 1 461 | 1 210 |
| Sum kostnader | 64 203 | 110 175 |

| Avdeling 4 - Anestesiutvalg | 2019 | 2018 |
|------------------------------------|-------------|-------------|
| Bilgodtgjørelse | 0 | 0 |
| Reisekostnader | 0 | 0 |
| Møtekostnader | 0 | 0 |
| Møtegodtgjørelse | 0 | 0 |
| Arbeidsgiveravgift | 0 | 0 |
| Prosjekter | 0 | 0 |
| Reisekostnader prosjekter | 0 | 0 |
| Sum kostnader | 0 | 0 |

| Avdeling 5 - Forskningsutvalget | 2019 | 2018 |
|--|-------------|-------------|
| Møtekostnader | 0 | 0 |
| Reisekostnader | 0 | 0 |
| Møtegodtgjørelse | 0 | 0 |
| Arbeidsgiveravgift | 0 | 0 |
| Sum kostnader | 0 | 0 |

| Avdeling 6 - Intensivutvalg | 2019 | 2018 |
|------------------------------------|-------------|-------------|
| Møtekostnader | 0 | 0 |
| Bilgodtgjørelse | 0 | 0 |
| Reisekostnader | 0 | 0 |
| Møtegodtgjørelse | 0 | 0 |
| Arbeidsgiveravgift | 0 | 0 |
| Sum kostnader | 0 | 0 |

| Avdeling 7 -Smerteutvalg | 2019 | 2018 |
|---------------------------------|-------------|-------------|
| Kostnader | 0 | 0 |

| Avdeling 8 - Akuttutvalg | 2019 | 2018 |
|---------------------------------|-------------|-------------|
| Kostnader | 0 | 0 |

| Avdeling 9 -Kvalitetsutvalget | 2019 | 2018 |
|--------------------------------------|--------------|--------------|
| Møtegodtgjørelse | 0 | 780 |
| Arbeidsgiveravgift | 0 | 110 |
| Møtekostnader | 0 | 3 575 |
| Reisekostnad | 3 098 | 2 118 |
| Sum kostnader | 3 098 | 6 583 |

| Avdeling 10 - Prosjekter | 2019 | 2018 |
|---------------------------------|-------------|-------------|
| Møtegodtgjørelse | 0 | 0 |
| Stipender | 0 | 0 |
| Reisekostnader | 0 | 0 |

| | | |
|----------------------|----------|----------|
| Andre kostnader | 0 | 0 |
| Sum kostnader | 0 | 0 |

| Avdeling 11 - Internasjonalt arbeid | 2019 | 2018 |
|--|----------------|----------------|
| Møtegodtgjørelse | 4 930 | 3 900 |
| Arbeidsgiveravgift | 695 | 550 |
| Reisekostnad int arbeid | 23 462 | 31 318 |
| Møtekostnader internasjonalt arbeid | 13 661 | 12 503 |
| Støtte arrangement | 5 000 | 0 |
| Møtekostnader - kurs og konferanser | 10 486 | |
| Kontingent | 52 573 | 61 158 |
| Internasjonal støtte | 20 000 | 20 000 |
| Styremøter | 12 010 | |
| Gaver | 1 489 | 0 |
| Sum kostnader | 144 306 | 129 429 |

| Avdeling 12 - SSAI | 2019 | 2018 |
|-----------------------------|----------------|----------------|
| Aviser, blad til medlemmene | 0 | 0 |
| Kontingent | 366 174 | 351 150 |
| Sum kostnader | 366 174 | 351 150 |

| Avdeling 13 - Representasjon | 2019 | 2018 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| Reisekostnad | 0 | 0 |
| Gaver | 0 | 0 |
| Sum kostnader | 0 | 0 |

| Avdeling 14 - Vårmøte | 2019 | 2018 |
|------------------------------|---------------|-------------|
| Støtte arrangement | 10 000 | 0 |
| Sum kostnader | 10 000 | 0 |

| Avdeling 15 - Høstmøte | 2019 | 2018 |
|-------------------------------|-------------|-------------|
| Møtekostnader | 612 851 | 786 510 |
| Møtegodtgjørelse | - 10 000 | 10 000 |
| Arbeidsgiveravgift | -1 410 | 1 410 |
| Priser/Stipender | 48 000 | 0 |
| Reisekostnad | 0 | 6 728 |
| Gaver | 0 | 3 000 |

| | | |
|----------------------|----------------|----------------|
| Forskningsprisen | 0 | 30 000 |
| Sum kostnader | 649 441 | 837 648 |

| Avdeling 17 - NAF profilering | 2019 | 2018 |
|--------------------------------------|----------------|----------------|
| Trykking og utsendelse NAForum | 118 161 | 29 250 |
| Porto | 0 | 88 155 |
| Datakommunikasjon | 1 020 | 739 |
| Støtte redaktør | 6 000 | |
| Sum kostnader | 125 181 | 118 144 |

| Avdeling 18 - NAF ærespris | 2019 | 2018 |
|-----------------------------------|---------------|-------------|
| Priser | 20 000 | 0 |
| Arbeidsgiveravgift | 0 | 0 |
| Bildeinnramming | 0 | 0 |
| Sum kostnader | 20 000 | 0 |

| Avdeling 16 - Stiftelse til fremme av anesthesiologisk forskning | 2019 | 2018 |
|---|---------------|-------------|
| Tilskudd | 0 | 0 |
| Stipender | 0 | 0 |
| Gebyr lottstift | 0 | 0 |
| Regnskapshonorar | 6 250 | 0 |
| Revisjonshonorar | 2 625 | 0 |
| Arbeidsgiveravgift | 0 | 0 |
| Annen kostnad- Lotteri- og stiftelsestilsynet | 1 540 | 0 |
| Sum kostnader | 10 415 | 0 |

| Avdeling 20 - Datakostnader | 2019 | 2018 |
|------------------------------------|-------------|---------------|
| Datautstyr | 0 | 30 000 |
| Sum kostnader | 0 | 30 000 |

Til årsmøtet i Norsk Anestesiologisk Forening

Uavhengig revisors beretning

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert Norsk Anestesiologisk Forening årsregnskap som viser et overskudd på NOK 379 382,-. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2019, resultatregnskap, oppstilling over endringer i egenkapital og kontantstrømoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening er det medfølgende årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av selskapets finansielle stilling per 31. desember 2019, og av dets resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet. Vi er uavhengige av selskapet slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Øvrig informasjon

Ledelsen er ansvarlig for øvrig informasjon. Øvrig informasjon består av informasjon i årsberetning, men inkluderer ikke årsregnskapet og revisjonsberetningen.

Vår uttalelse om revisjonen av årsregnskapet dekker ikke øvrig informasjon, og vi attesterer ikke den øvrige informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese øvrig informasjon med det formål å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom øvrig informasjon og årsregnskapet, kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen, eller hvorvidt den tilsynelatende inneholder vesentlig feilinformasjon. Dersom vi hadde konkludert med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon er vi pålagt å rapportere det. Vi har ingenting å rapportere i så henseende.

Styrets og daglig leders ansvar for årsregnskapet

Styret og daglig leder (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig



for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Ved utarbeidelsen av årsregnskapet må ledelsen ta standpunkt til selskapets evne til fortsatt drift og opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avvirket.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

Det henvises til <https://revisorforeningen.no/revisjonsberetninger> som inneholder en beskrivelse av revisors oppgaver og plikter.


Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av selskapets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Oslo, 10.10.2020

Plus Revisjon AS


Tom Sverre Bang
Reg.revisor

6-15 Årsmelding FuNAF

Medlemmer

Camilla Christin Bråthen
Eirik Nydal Adolfsen
Thomas Wilson (Norge) har gått ut av FUNAF
og Erik Nydal Adolfsen har blitt valgt inn.

Årsberetning

FUNAF har ikke hatt noen formelle møter.
Camilla Christin Bråthen,
medlem i FUNAF

6-16 Årsmelding NYA

Medlemmer

Sigrid Asker (Sverige)
Birger Eriksson (Sverige)
Benny Hellqvist (Finland)
Anni Herlevi (Finland)
Camilla Strøm (Danmark)
Thomas Wilson (Norge)
Steffen Kløve Albæk Pedersen (leder)
(Danmark)
Camilla Christin Bråthen (nestleder)
(Norge)

Thomas Wilson går ut av NYA og et nytt norsk medlem skal velges inn.

Samarbeidende foreninger:

- SYA - Sveriges yngre anesthesiologer
- FUNAF - Norsk anesthesiologisk forening
- FYA - Foreningen af Yngre Anesthesiologer
- SATEL - Suomen anesthesiologiaan ja tehohoitoon erikoistunut lääkärit – Finland

Formål

- Å etablere et nettverk for nordiske leger i spesialisering i anestesi
- Å tilrettelegge for kurs, klinisk utveksling og møter/kongresser på tvers av de nordiske landene for leger i spesialisering i anestesi

Årsberetning

Nordic Young Anaesthesiologists (NYA) er en nyopprettet komité for LIS som vil ligge innunder SSAI dersom dette vedtas på neste generalforsamling i SSAI. SSAI har foreløpig godkjent NYA sine vedtekter som ble utformet under NYA sitt første offisielle møte i Helsinki 5. November 2018. En LIS representant fra hvert av de nordiske landene deltok under SSAI board meeting i København i juni 2018. SSAI og NYA ble enige om et videre samarbeid. Under SSAI konferansen i København 28. – 30. August 2019 var NYA ansvarlig for en parallellsesjon med tema «Livsfarlig ledelse» og «Compassion». NYA holder på å utvikle egen logo. Vi vil basere oss på videokonferanser

og 1-2 fysiske møter årlig for å få komitéen i fornuftig drift. Acta Foundation har bevilget finansiell støtte til NYA med 100 000 DKK i 2019.

Viktigste saker fremover

- SSAI konferansen i Oslo 2021 (NYA vil ha ansvar for en parallellsesjon)
- Gjøre NYA synlig ved å lage poster og roll up til bruk på nasjonale og internasjonale konferanser samt skrive innlegg om NYA i nasjonale anesthesiologiske tidsskrifter
- Utforme «NYA page» på SSAI sine hjemmesider
- Skrive en felles artikkel om LIS utdanningen i de nordiske landene

Camilla Christin Bråthen,
nestleder i Nordic Young Anaesthesiologists (NYA)

7 Forslag til Kontingent 2021

Det vises til kasserers gjennomgang av økonomi og budsjett.
Styret foreslår en årsmøtefastsatt kontingent på 150 kr per medlem.

Forslag til vedtak: Årsmøtet fastsetter kontingent på 150 kr per medlem for 2021.

8 Forslag til budsjett 2021

Det foreslås et budsjett i balanse som for 2020. Det er gjort noen endringer i inntekter og kostnader, tilpasninger er gjort etter den faktiske situasjonen, med unntak av budsjett for utvalgene. Det er gjort en reduksjon i årsmøtefastsatt kontingent, og Høstmøtet skal etter planen ikke arrangeres i 2021

| | 2020 | 2021 | |
|---|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| | Inntekter | Inntekter | Forklaring |
| Kontingent fra Legeforeningen | kr 780 000 | kr 780 000 | |
| Årsmøtefastsatt kontingent | kr 320 000 | kr 225 000 | 150 per medlem |
| Overskudd Høstmøte | | | Skal ikke arrangeres |
| Sum inntekter | kr 1 100 000 | kr 1 005 000 | |
| | Utgifter | Utgifter | |
| Administrasjon | | | |
| - regnskapsfører | kr 55 000 | kr 60 000 | Økning til faktisk |
| - Revisjon | kr 10 000 | kr 12 000 | Økning til faktisk |
| - Kontorkostnader | kr 10 000 | kr 5 000 | Reduksjon til faktisk |
| Styre | kr 120 000 | kr 120 000 | |
| Anestesiutvalg | kr 15 000 | kr 15 000 | |
| Intensivutvalg | kr 15 000 | kr 15 000 | |
| Forskningsutvalg | kr 15 000 | kr 15 000 | |
| Smerteutvalg | kr 15 000 | kr 15 000 | |
| Akuttutvalg | kr 15 000 | kr 15 000 | |
| Kvalitetsutvalg | kr 15 000 | kr 15 000 | |
| Prosjekter og div støtte | kr 30 000 | kr 15 000 | |
| Internasjonalt arbeid | | | |
| - Kontingenter int. Foreninger | kr 65 000 | kr 65 000 | |
| - int. Støtte | kr 20 000 | kr 20 000 | |
| - int. deltakelse NAF | kr 55 000 | kr 55 000 | |
| - UEMS møte | kr 10 000 | kr 10 000 | |
| - SSAI kontingent inkl Acta | kr 370 000 | kr 370 000 | |
| Representasjon | kr 2 000 | kr 2 000 | |
| Vårmøte | kr 20 000 | kr - | Vil neppe arrangeres |
| Høstmøte | kr 25 000 | kr - | Skal ikke arrangeres |
| Stiftelsen for anesthesiologisk forskning | kr 30 000 | kr 30 000 | Priser, for å unngå kapitalnedgang |
| NAF profilering | | | |
| - NAFforum | kr 150 000 | kr 125 000 | Reduksjon til faktisk |
| - NAFweb | kr 5 000 | kr 2 000 | Reduksjon til faktisk |
| Ærespris | | kr 20 000 | Oddetallsår |
| Datautstyr | kr 30 000 | | |
| Sum | kr 1 087 000 | kr 865 602 | |
| Resultat | kr 8 000 | kr 192 381 | |

9 Saker fra styret

Kommende høstmøter

Styret anbefaler at høstmøtet 2021 legges til Tromsø.

Styret anbefaler at høstmøtet 2022 avlyses fordi det er SSAI-kongress som avholdes med Oslo som arrangørby.

10 Valgkomiteens innstilling

Utvalgenes medlemmer står på valg høsten 2020

Under finnes valgkomiteens innstilling

Anestesiutvalget:

Erik Isern – St. Olav

Svein Are Monsen – Sandnessjøen

Kristoffer Hennum – Ålesund

Faisal Khan - UNN

Intensivutvalget:

Kristian Strand (leder) - SUS

Anniken Haavind - UNN

Pål Klepstad - St. Olav

Finn Andersen - Ålesund

Trine Marie Gudem – OUS

Akuttutvalget:

Per Bredmose – OUS

Magnus Lauritzen – AHUS

Christoffer Sandsmark – Sykehuset Østfold

Camilla Munch

Oda Uhlin Husebekk - Ålesund

Smerteutvalget:

Pascal Löhr – SUS

Augstein Svedahl – St. Olav

Lene Skaaden – Sykehuset Østfold

Aslak Johansen – UNN

Audun Stubhaug - OUS

Forskningsutvalget:

Shirin Frisvold (leder) - UNN

Hilde Norum - Rikshospitalet

Lars Øyvind Høiseith - Ullevål

Andreas Krüger - St. Olav

Geir Olav Dahle – HUS

Thomas Lindner - SUS

Utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet:

Guttorm Brattebø - HUS

Jannicke Mellin- Olsen - Vestre Viken

Maria Bekkenes - OUS

Caroline Fugelli - SUS

Håkon Abrahamsen – SUS

Spesialitetskomiteen:

Christiane Skåre (leder) – OUS

Christina Dahl Solberg (medlem) – UNN

Stine Hårdnes (medlem) – Hamar

Ørjan Aasebø (medlem) – HUS

Guro Kalager (vara) - Arendal

Sofie Iversen (LIS- repr.)

Hans Christian Nyrrerød (vara) – Diakonhjemmet

Tina Nilsen (LIS vararepr.) - UNN

Webredaktør

Håkon Trønnes

Redaktør NAFforum

Anne Berit Guttormsen

Representant faglandsråd

Magna Hansen (vara) - UNN

Årsmøtevalgt representant SSAI

Kristian Strand - SUS

Returadresse:
 April story AS
 Kong Christian
 Frederiksplass 3,
 5006 Bergen



Cyanokit

SERB

Antidot.

V03A B33 (Hydroksokobalamin, Vitamin B12)

PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 5 g:

Hvert hetteglass inneh.: Hydroksokobalamin 5 g, saltsyre.

Indikasjoner

Behandling av kjent eller mistenkt cyanidforgiftning. Skal administreres samtidig med adekvat dekontaminering og støttebehandling.

Dosering

Startdose: Skal gis som i.v. infusjon i løpet av 15 minutter.

Voksne: 5 g. Barn: Fra spedbarn til ungdom er startdosen 70 mg/kg kroppsvekt, maks. 5 g.

| Kroppsvekt (kg) | 5 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 |
|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Startdose | | | | | | | |
| g | 0,35 | 0,7 | 1,4 | 2,1 | 2,8 | 3,5 | 4,2 |
| ml | 14 | 28 | 56 | 84 | 112 | 140 | 168 |

Videre dosering: Avhengig av forgiftningens alvorlighetsgrad og klinisk respons kan det gis en 2. dose som i.v. infusjon. Basert på pasientens tilstand kan infusjonsraten for 2. dose variere fra 15 minutter (for svært ustabile pasienter) til 2 timer. **Voksne:** 5 g. **Barn:** Fra spedbarn til ungdom er 2. dose 70 mg/kg kroppsvekt, maks. 5 g. **Maks. dose:** Voksne: 10 g. Barn: Fra spedbarn til ungdom er høyest anbefalt dose 140 mg/kg, maks. 10 g. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt nyre- og leverfunksjon:** Administreres kun som akuttbehandling i en livstruende situasjon, dosjustering er derfor ikke nødvendig, selv om sikkerhet og effekt ikke er undersøkt hos disse pasientene.

Tilberedning/Håndtering: Hvert hetteglass skal rekonstitueres med 200 ml væske (natriumklorid 9 mg/ml (0,9%) oppløsning er anbefalt), og medfølgende steril overføringskanyler skal brukes. Bare hvis natriumklorid 9 mg/ml (0,9%) oppløsning ikke er tilgjengelig kan Ringerlaktatoppløsning eller 5% glukosebrukes. Vend og snu hetteglasset i minst 60 sekunder for å blande oppløsningen. Må ikke ristes, da ristning av glasset kan føre til skumdannelse som gjør det vanskeligere å kontrollere oppløsningen. Fordi den rekonstituerte oppløsningen er mørkerød, kan det hende at partikler ikke sees. Det medfølgende intravenøse infusjonssettet må derfor brukes, ettersom det inneholder et spesialfilter. Infusjonssettet må primes med den rekonstituerte oppløsningen. Gjenta prosedyren om nødvendig med det andre hetteglasset.

Administrering: Til i.v. infusjon.

Forsiktighetsregler

Ved behandling av cyanidforgiftning må det øyeblikkelig sørges for frie luftveier, adekvat oksygenering og hydrering, kardiovaskulær støtte og behandling av kramper. Dekontaminering må vurderes ut fra eksponeringsmekanismen. Cyanokit erstatter ikke oksygenbehandling, og må ikke forsinke oppstarten for tiltakene ovenfor. Tilstedeværelse og grad av cyanidforgiftning er ofte ukjent i utgangspunktet. Det finnes ingen lett tilgjengelig og rask blodprøve som kan bekrefte cyanidforgiftning. Behandlingsbeslutningene må tas på grunnlag av anamnese og/eller tegn og symptomer på cyanidforgiftning (se SPC). Kilder til cyanidforgiftning inkl. hydrogencyanid (blåsyre) og dets salter, cyanogener, inkl. cyanogene planter, alifatiske nitriler eller forlenget eksponering for natriumnitroprussid, Brannskader, traume eller eksponering for andre giftige substanser kan forverre det kliniske bildet. Før Cyanokit gis anbefales å sjekke aktuelle pasienter for tilstedeværelse av følgende faktorer: Eksponering for røyk i et lukket område, sot rundt munn, nese og/eller orofarynx, endret mental status. I en slik situasjon er hypotensjon og/eller plasmalaktatkonsentrasjon ≥ 10 mmol/liter viktige indikasjoner på cyanidforgiftning. Behandling med Cyanokit skal ikke forsinke ved først å måle laktatkonsentrasjonen i plasma. En nytte-risikovurdering, mht. overfølsomhet for hydroksokobalamin eller vitamin B12 må gjøres før Cyanokit gis, da hypersensitivitetsreaksjoner kan forekomme. Akutt nyresvikt med akutt tubulær nekrose, nedsatt nyrefunksjon og kalsiumoksalatkrystaller i urin kan forekomme. Dette kan kreve hemodialyse. Derfor skal regelmessig overvåking av nyrefunksjonen (inkl. blodureanitrogen og serumkreatinin) utføres til 7 dager etter behandlingsstart. Forbigående, vanligvis asymptomatisk blodtrykkssenkning kan forekomme. Størst økning i blodtrykk er observert mot slutten av en infusjon. Hydroksokobalamin vil senke cyanidkonsentrasjonen i blodet. Å dokumentere cyanidforgiftning kan være nyttig, men å bestemme cyanidkonsentrasjonen i blodet er ikke nødvendig og må aldri forsinke behandlingen med hydroksokobalamin. Ved planlagt måling av cyanidnivået i blodet anbefales blodprøvetaking før man starter behandlingen med Cyanokit. Hydroksokobalamin kan gi rød hudfarge, og kan derfor påvirke vurderingen av brannskader. Hudlesjoner, ødem og smerter er tydelige tegn på brannskader. Hydroksokobalamin kan påvirke bestemmelsen av laboratorieparametre (klinisk kjemi, hematologi, koagulasjon og urinparametre). Grad og varighet av denne påvirkningen kan variere med alvorlighetsgraden av forgiftningen. Forsiktighet er påkrevd ved rapportering og tolkning av laboratorieresultater siden resultatene kan variere betydelig mellom måleapparatene. Hydroksokobalamin kan påvirke alle kolorimetrisk urinparametre. Effekten på disse testene varer vanligvis 48 timer etter en dose på 5 g. Forsiktighet er nødvendig ved tolkning av svar på kolorimetrisk urinprøver så lenge kromaturløst foreligger. Sikkerheten ved å gi andre cyanidantidoter sammen med Cyanokit er ikke undersøkt. Ved beslutning om å gi en annen cyanidantidot sammen med Cyanokit må disse legemidlene ikke gis samtidig i samme intravenøse inngang.

SERB SA – Avenue Louise 480, 1050 Brussels, Belgium – www.serb.eu

Graviditet, amming og fertilitet

Graviditet: Dyrestudier har vist teratogene effekter etter daglig eksponering gjennom hele organogenesen. Det foreligger ikke tilstrekkelig data på bruk under graviditet og human risiko er ukjent. Ved potensielt livstruende tilstand og mangel på passende alternativ behandling, kan hydroksokobalamin likevel gis under graviditet, dersom det tas hensyn til at det maks. må gis 2 injeksjoner. Dersom gravide eksponeres for hydroksokobalamin, må helsepersonell straks informere innehaver av markedsføringstillatelsen og følge opp graviditeten og resultatet nøye.

Amning: Kan utskilles i morsmelk. Siden hydroksokobalamin brukes i potensielt livstruende situasjoner er amning ingen kontraindikasjon. Vis informasjon om graviditet fra Norsk Legemiddelhandbøk.

Bivirkninger

Ukjent frekvens: Blod/lymfe: Redusert lymfocytall. Gastrointestinale: Magesmerter, dyspepsi, diaré, oppkast, kvalme, svelgebesvær. Hjerne/kar: Ventrikulære ekstrasystoler, økt hjertefrekvens, forbigående økt blodtrykk som vanligvis går over etter noen timer, heletokter, redusert blodtrykk. Hud: Reversibel rødfarging av hud og slimhinner som kan vare ≤ 15 dager, pustulære utslett med varighet i flere uker, først og fremst på hode og hals. Luftveier: Pleuraeffusjon, dyspné, klem i halsen, tarr hals, ubehag i brystet. Nevrologiske: Hukommelsessvikt, svimmelhet. Nyre/urineier: Akutt nyresvikt med akutt tubulær nekrose, nedsatt nyrefunksjon, kalsiumoksalatkrystaller i urin. Kromaturløst: Alle vil få rødfarging av urinen som er nokså markert i 3 dager etter administrering. Fargen i urinen kan vedvare ≤ 35 dager. Psykiske: Rastløshet. Øye: Hevelse, irritasjon, rødhet. Øvrige: Hodpine, reaksjoner på injeksjonsstedet, perifere ødemer, allergiske reaksjoner inkl. angionevrotisk ødem, hudutslett, urticaria og kløe.

Overdosering/Forgiftning

Doser opp til 15 g er gitt uten spesifikke doserelaterte bivirkninger. Ved overdose rettes behandlingen mot behandling av symptomene. Hemodialysekan være effektivt i slike situasjoner, men er bare indisert ved betydelig hydroksokobalaminrelatert toksisitet.

Egenskaper

Virkningsmekanisme: Basert på hydroksokobalamins evne til tett binding av cyanidioner. For å forme cyanokobalamin binder hvert hydrokso-kobalaminmolekyl ett cyanidion ved å erstatte hydroksylgruppen.

Proteinbinding: Signifikant binding til plasmaproteiner og fysiologiske forbindelser med lav molekylvekt. Kobalamin (III)-kompleksene som dannes har lav molekylvekt, og inkl. hydroksokobalamin.

Halveringstid: Ca. 26 og 31 timer for hhv. 5 og 10 g.

Utskillelse: Gjennomsnittlig total mengde av kobalaminer (III) utskilt i urinen i en samleperiode på 72 timer er ca. 60% av en dose på 5 g dose, og ca. 50% av en dose på 10 g. Mesteparten av urinutskillelsen skjer i de første 24 timene. Hos cyanidforgiftede er det forventet at hydroksokobalamin binder seg til cyanid og danner cyanokobalamin som skilles ut i urinen. Farmakokinetikken kan påvirkes av kroppens cyanidbelastning, ettersom cyanokobalamin er rapportert å ha en halveringstid 2-3 ganger lavere enn totale kobalaminer (III) hos friske frivillige.

Oppbevaring og holdbarhet

For ambulant bruk, kan Cyanokit i korte perioder utsettes for temperaturvariasjoner som forekommer ved vanlig transport (15 dager utsatt for temperatur fra 5-40°C), transport i ørkenen (4 dager utsatt for temperaturer fra 5-60°C) og frysing/opptining (15 dager eksponert for temperaturer fra -20°C til 40°C). **Oppbevaringsbetingelser for rekonstituert legemiddel:** Ved 2-40°C er kjemisk og fysisk brukstabilitet av ferdigblandet oppløsning 6 timer. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør legemidlet brukes umiddelbart. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er brukeren selv ansvarlig for oppbevaringstiden og oppbevaringsforholdene. Den bør normalt ikke være lengre enn 6 timer ved 2-8°C.

Bare opplysninger

Fysisk inkompatibilitet (partikkeldannelse) er observert når oppløst hydroksokobalamin blandes med diazepam, dobutamid, dopamin, fentanyl, nitroglyserin, pentobarbital, natriumfenytoin, propofol og tiopental. Kjemisk inkompatibilitet er observert med natriumsulfat, natriumnitritt og askorbinsyre. Disse legemidlene må derfor ikke gis samtidig gjennom samme intravenøse inngang som hydroksokobalamin. Dersom blodprodukter (helt blod, røde blodlegemer, blodplattkonsentrat eller fersk frosset plasma) og hydroksokobalamin administreres samtidig, anbefales bruk av separate, intravenøse tilganger (fortrinnsvis på kontralateral ekstremitet).

Sist endret: 26.10.2017 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 27.11.2018

Cyanokit, PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning:

| Styrke | Pakning Varenr. | Refusjon ¹ Byttegruppe | Pris (kr) ² | R.gr. ³ |
|--------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------|--------------------|
| 5 g | 1 stk. (hettegl.) 112073 | - | 7558,80 | C |

¹ Gjelder forhåndsgodkjent refusjon. For informasjon om individuell stønad, se HELFO.

² Pakninger som selges uten resept er angitt med stjerne * i kolonnen Pris. Det er fri prisfastsettelse for pakninger som selges uten resept, og maksimalt utsalgspris kan derfor ikke angis.

³ Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.

Serb Nordic & Baltic
 Cathrin Wall
 c.wall@serb.eu | Tlf. +47 97654133

