



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING



Kjeve, munn og uhelse

Sykdom i munn og kjeve
angår både tannleger og leger

SIDE 187, 190, 191, 228, 232, 236

Hvordan har pandemien
rammet fødende kvinner?

SIDE 189, 214

Norsk psykiatri har
en forventningskrise

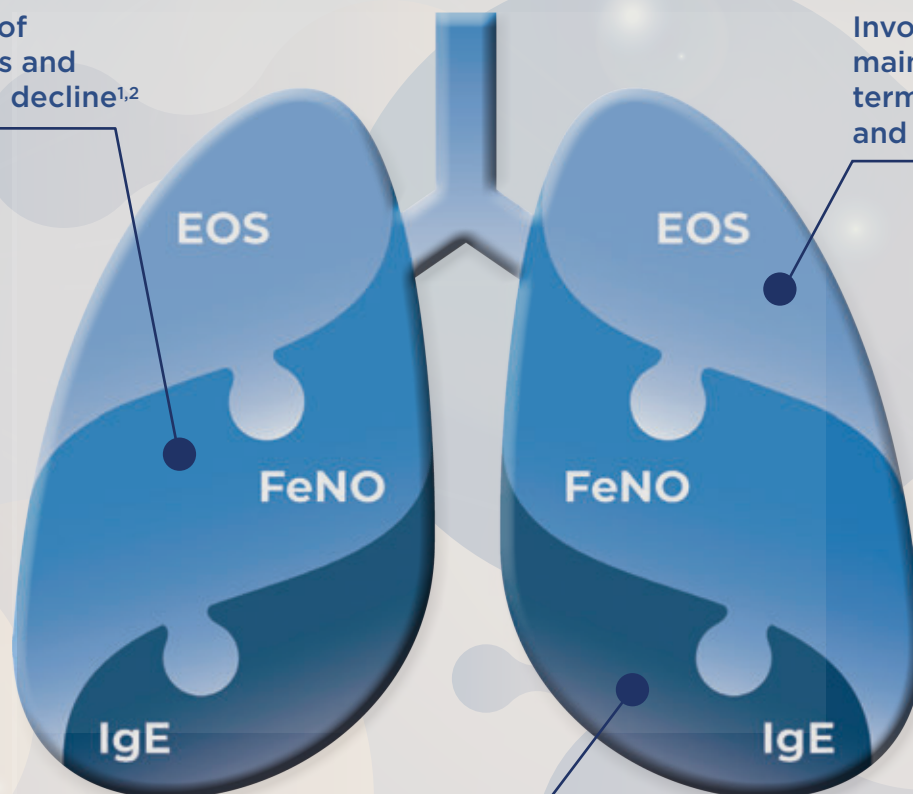
SIDE 202

Measure all type 2 biomarkers for severe asthma

THE FULL PICTURE TELLS THE FULL STORY

Predicts risk of
exacerbations and
lung function decline^{1,2}

Involved in
maintaining long-
term inflammation
and exacerbations³



Mediates the allergy related
processes in asthma⁴

Type 2 inflammation is present in approximately 50 % -70 % of patients with asthma.⁵⁻⁷ It encompasses patients with eosinophilic asthma, allergen-driven asthma, or both.^{3,7,8} Unfortunately, no single inflammatory biomarker captures the whole spectrum of type 2 inflammation in asthma.⁴ Only by testing FeNO, EOS and IgE can you get the full picture of your patient's need and ensure proper treatment.¹⁻³

EOS = eosinophil; FeNO = fractional exhaled nitric oxide; IgE = immunoglobulin E

References: 1. Mansur AH, et al. *Respiratory Medicine*. 2018;143:31-38. 2. Matsunaga K, et al. *Allergology International*. 2016;65:266-271. 3. Robinson D, et al. *Clin Exp Allergy*. 2017;47(2):161-175. 4. Couillard S, et al. *Thorax*. 2021;77(2):199-202. 5. Seys SF, et al. *Respir Res*. 2017;18(1):39. 6. Peters MC, et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133(2):388-394. 7. Tran TN, et al. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2016;116(1):37-42. 8. Dweik RA, et al. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184(5):602-615.

SANOFI-AVENTIS NORGE AS
Prof. Kohtsvei 5-17, Postboks 133, 1366 Lysaker
www.sanofi.no

SANOFI GENZYME 

Pustepausen



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

I to år har vi levd med ekstreme inngrep i samfunnets normale funksjoner, inngrep som har kostet milliarder og berøvet barn og unge år av deres liv. Begrunnelsen har i stor grad vært at helsevesenets kapasitet ikke skulle overbelastes. Likevel, to år etter pandemiens start, har Norge fortsatt en av de laveste dekningene av både intensivsenger og sykehussenger i Europa, og det er knapt nok økning i utdanningen av intensivpersonell.

Nå har tiltakene lettet nok en gang, og vi har fått enda en pustepause. Men nye varianter av SARS-CoV-2 kan komme. Og nye helsekriser vil helt sikkert komme. Forrige regjering styrte Norge godt gjennom krisen, men forsømte seg grovt i ansvaret for det kanskje viktigste: å sørge for at vi er bedre rustet neste gang. Det finnes ingen unnskyldning for nåværende regjering for ikke å ta det ansvaret. Uten en helhetlig plan for å ruste opp sentrale deler av vår helseberedskap vil ikke befolkningen godta like inngripende tiltak neste gang. En slik svikt i tilliten mellom styrende og styrte vil kunne true selve demokratiets grunnlag. Denne pustepausen må utnyttes bedre enn den forrige.

LES I DETTE NUMMERET

Oral medisin er også medisin

Munnen er en del av kroppen, sies det gjerne for å påpeke at sykdom i munnhule og kjeve krever et godt samarbeid mellom tannleger og leger. Her er noen eksempler fra denne utgaven av Tidsskriftet: Oral helse kan være en markør for sosial status og risiko for fremtidig sykdom. Munntørrrhet er ofte et betydelig problem for alvorlig syke og døende pasienter med behov for palliativ pleie og behandling. Osteomyelitt i kjeven kan utgå fra bakterielle tanninfeksjoner, men kan også ha andre årsaker. Pasienter med ensidig nummenhet i leppe og hake vil ofte søke tannlege først.

SIDE 187, 190, 191, 228, 232, 236

Kvinneres fødselsopplevelser under pandemien

Hvordan har covid-19-pandemien rammet gravide, fødende og deres barn? Rundt en tredel av spedbarnsmødre som besvarte et nettbasert spørreskjema under covid-19-pandemien, hadde høy skår for depressive symptomer. Mange uttrykte misnøye med omsorgen på barselavdelingen og mangel-full oppfølging av deres psykiske helse. Andre studier tyder på at morens immunrespons er mer skadelig for fosteret enn selve viruset, og at stress tidlig i svangerskapet er assosiert med økt psykisk sykkelighet hos barnet. Har vi glemt de fødende og de ufødte barna under pandemien?

SIDE 189, 214, 254

Forventningskrise i psykiatri og ny strategi i hepatologi

Debatten om psykisk helsevern «har avdekket en stor avstand mellom forventninger og virkelighet. I somatikken godtar vi at sykdommer er kroniske og dødelige. Hvorfor gjelder ikke det i psykiatrien?» skriver to kronikkforfattere, som mener at norsk psykiatri har en forventningskrise.

Dødeligheten av leversykdom øker på grunn av høyt alkoholforbruk, overvekt og type 2-diabetes. «Leverprøver» er lite treffsikre for å finne pasientene som trenger tidlig behandling. Vi trenger en ny strategi for å bekjempe leversykdom, mener en gruppe spesialister i fordøyelsessykdommer.

SIDE 202, 206

FORSIDE



Illustrasjon © Kristian Hammerstad / byHands

Pasientens ressurser er avgjørende for tilgangen til enkelte helsetjenester. Dette gjelder spesielt tannhelse. «I illustrasjonen kontrasteres et åpent og smilende ansikt med dårlig tannstell», sier Kristian Hammerstad, som har illustrert forsiden. «Jobben min ble å få til noe som ikke var altfor støtende eller ekkelt, men som likevel skulle merkes», sier Hammerstad. Flere av hans arbeider kan du se her: www.kristianhammerstad.com

Fra redaktøren

- 187 Munnhelsen er en del av folkehelsen
Kari Tveito

Leder

- 188 Hurtigtesting for SARS-CoV-2-virus gir falsk trygghet
Elling Ulvestad, Øyvind Kommedal
- 189 Glemmer vi gravide kvinner og ufødte barn i covid-19-pandemien?
Cathrine Ebbing, Mette Brekke
- 190 Pasientsentrert behandling – er det mulig?
Nina Aass, Stein Kaasa
- 191 Osteomyelitt i barns kjeve
Johanna Elisabeth Rykke Berstad

DEBATT

Kommentarer

- 194 Rastløse bein og kirurgi
Einar Kinge
- Nyretransplantasjon og prognostiske faktorer for overlevelse
Johan Pillgram-Larsen, Theiss Tonnessen

Debatt

- 196 Endringer i opioidbruken i Norge må tas på dypeste alvor
Ingvild Odsbu, Marte Handal, Petter C. Borchgrevink, Thomas Clausen, Svetlana Skurtveit
- 199 Ny tvangslov umyndiggjør kommunehelsetjenesten
Torgeir Fjermestad

Kronikk

- 202 Psykiatriens forventningskrise
Anders Malkomsen, Carl Tollef Solberg
- 206 Vi trenger en ny strategi for leversykdom
Mette Vesterhus, Kristin Kaasen Jørgensen, Svein Oskar Frigstad, John Willy Haukeland, Tom Hemming Karlsen

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

- 210 Trombektomi med eller uten trombolysedose ved hjerneslag?
- 211 Alderen til celler kan tilbakestilles

Originalartikler

- 214 Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien
Malin Eberhard-Gran, Lena Yri Engelsen, Iqbal Al-Zirqi, Siri Vangen
- 220 Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler
Ingvild Odsbu, Marte Handal, Vidar Hjellvik, Petter C. Borchgrevink, Thomas Clausen, Ragnar Nesvåg, Svetlana Skurtveit

Klinisk oversikt

- 228 Munntørrethet hos alvorlig syke og døende
Siri Flagestad Kvalheim, Ileana Mihaela Cuida Marthinussen, Einar Berg, Gunhild Vesterhus Strand

Kort kasuistikk

- 232 Nummen hake
Fredrik Eika, Johanna Elisabeth Rykke Berstad
- 236 Osteomyelitt i underkjeven
Anja Nilsen Nyland, Elin Serine Nordtveit, Franziskus Johannes Bosse, Sigbjørn Løes
- 242 Rask eliminering av SARS-CoV-2 hos fullvaksinert pasient
Svein Arne Nordbø, Linh Hoang, Sidsel Krokstad, Denis Kainov, Eli Oline Sagvik

Medisin og tall

- 245 Hva er forventet levealder?
Jon Michael Gran, Mats Julius Stensrud

Fra laboratoriet

- 247 Hva består oksymetripåvirkningene på blodgassutskriften av?
Erik Wilhelm Vinnes, Gunhild Holmaas

MAGASIN

Intervju

- 250 Med omsorg for legene
Marit Tveito

Reportasje

- 254 Depressive symptomer hos hver tredje fødekvinne under pandemien
Caroline Ulvin Johansson

Legelivet

- 258 Skiftarbeid
Frederik Emil Juul

Språkspalten

- 259 Antibiotikaprofylakse eller infeksjonsprofylakse?
Erlend Hem

Tidligere i Tidsskriftet

- 260 Kusmaepidemi i Steigen
Julie Didriksen

Anmeldelser

- 263 Bøker

Ph.d.-disputaser

- 264 Avlagte doktoravhandlinger

ANNONSER

- 266 Legejobber
- 270 Kurs og møter
- 271 Spesialister

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

- 273 Takk for all støtte og forståelse i blåresepsaken
Anne-Karin Rime

Aktuelt

- 274 Et nytt samtaleverktøy skal hjelpe legene til å snakke bedre med pasientene
- 276 Vil satse på sykehus, fastlegeordningen og utdanning gjennom hele legelivet
- 278 Sykehustalen 2022: Nødvendig tiltakspakke
- 279 Arrangerte webinar om sammenhengen mellom oppvekstvilkår og helse

INDIKASJONER:

- **Kutan plateepitelkarsinom (CSCC):** som monoterapi til behandling av voksne pasienter med metastatisk eller lokalavansert kutant plateepitelkarsinom (mCSCC eller laCSCC) som ikke er egnet for kurativ kirurgi eller kurativ strålebehandling
Refusjon CSCC: Libtayo finansieres av sykehus (H-resept) og er innført av Beslutningsforum.
- **Basalcellekarsinom (BCC):** som monoterapi til behandling av voksne pasienter med lokalt fremskredet eller metastatisk basalcellekarsinom (laBCC eller mBCC) som har gått videre med eller er intolerante overfor en «hedgehoghemmer» (HHI)
- **Ikke småcellet lungekreft (NSCLC):** som monoterapi til førstelinjebehandling av voksne pasienter med ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) som uttrykker PD-L1 (i ≥ 50 % tumorceller), uten EGFR-, ALK- eller ROSI-avvik, som har: lokalt fremskredet NSCLC som ikke er kandidater for definitiv kjemostråling, eller metastatisk NSCLC.

▼ Libtayo «Regeneron»

Antineoplastisk middel, monoklonalt antistoff. ATC-nr.: L01X C33

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 350 mg/7 ml: Hvert hetteglass inneh.: Cemiplimab 350 mg, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, sukrose, L-prolin, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. **Dosering og administrasjonsmåte:** Behandlingen må startes opp og overvåkes av leger med erfaring innen kreftbehandling. **Dosering:** Anbefalt dose er 350 mg cemiplimab hver 3. uke (Q3W), administrert som en intravenøs infusjon over 30 minutter. Behandlingen kan fortsette frem til sykdomsprogresjon eller uakseptabel toksisitet inntreffer. **Dosejusteringer:** Ingen dosereduksjoner er anbefalt. Det kan være nødvendig å avbryte eller seponere dosering basert på individuell sikkerhet og toleranse. For anbefalte justeringer, se preparatomtalen. **Administrasjonsmåte:** Cemiplimab er til intravenøs bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Alvorlige og fatale immunrelaterte bivirkninger som kan involvere alle organsystemer er sett. De fleste oppstår under behandlingen, men kan også oppstå etter avsluttet behandling. Kan påvirke mer enn ett kroppssystem samtidig, som f.eks. myositt og myokarditt eller *myasthenia gravis*. Overvåk pasientene for tegn og symptomer på immunrelaterte bivirkninger. Immunrelaterte bivirkninger bør håndteres i tråd med anbefalte justeringer av cemiplimab-behandlingen, hormontilførsel (hvis klinisk indisert) og kortikosteroider. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger bør pasienten undersøkes for å bekrefte dette og for å ekskludere andre mulige årsaker, inkludert infeksjon. Cemiplimab-behandlingen bør avsluttes midlertidig eller seponeres permanent avhengig av alvorlighetsgraden av bivirkningen. **Bivirkninger:** **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse og kvalme. **Infeksjoner og Infeksiøse:** Øvre luftveisinfeksjon. Blod og lymfe: Anemi. Stoffskifte/ernæring: Redusert matlyst. Luftveier: Hoste. Hud: Utslett og pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Muskel- og skjelett-smerter. Generelle: Fatigue. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Endokrine: Hypertyreose, hypotyreose. Gastrointestinale: Smerte i abdomen, oppkast, stomatitt og kolitt. Immunsystemet: Infusjonsrelatert reaksjon. Lever/galle: Hepatitt. Luftveier: Dyspné, pneumonitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt. Nyre/urinveier: Nefritt. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Nevrologiske: Hodepine og perifer nevropati. Karsykdommer: Hypertensjon. **Refusjon CSCC:** Libtayo finansieres av sykehus (H-resept) og er besluttet innført av Beslutningsforum.

Refusjon BCC og NSCLC: Libtayo finansieres ikke av sykehus (H-resept). Beslutning fra Beslutningsforum avventes. Pakninger og priser: 7 ml (hettegl.) kr 68112,50. Sist endret: 30.11.2021 Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 12 Oktober 2021.

For fullstendig informasjon, les Libtayo preparatomtale.

SANOFI GENZYME  **REGENERON**

sanofi-aventis Norge AS · Prof. Kohts vei 5-17 · 1325 Lysaker



LIBTAYO er indisert ved avansert
CSCC, BCC og NSCLC

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

TYSVÆR KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 1. mars

VERDAL KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 25. februar

VESTRE VIKEN HF

Overlege, psykiatri
Frist 28. februar

SYKEHUSET INNLANDET HF

Overlege, radiologi
Frist 28. februar

SØRLANDET SYKEHUS HF

Overlege, immunologi og
transfusjonsmedisin
Frist 1. mars

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Overlege, fødselshjelp og
kvinnesykdommer
Frist 28. februar

REHABILITERINGSSENTERET AIR AS

Legespesialist
Frist 1. mars

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Overlege, patologi
Frist 28. februar

HELSE FONNA HF

Avdelingsleiar, psykiatri
Frist 25. februar

ELVERUM KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 25. februar

Munnhelsen er en del av folkehelsen

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

*Sunne tenner og friskt tannkjøtt gir et pent smil.
Men ikke alle har råd til det.*

Tross økende velstand i Norge det siste århundret er de sosiale helseforskjellene fortsatt betydelige (1). Den delen av befolkningen som har lang utdanning og god økonomi, lever lenger og har færre helseproblemer enn den delen som har kortere utdanning og mindre å rutte med. En sterk indikator på forskjellene er tannhelsen.

Alle som har opplevd å få tannverk, har fått en ubehagelig påminnelse om hva tennene og munnen betyr for vårt psykiske og fysiske velvære. God oral helse er avgjørende for sentrale menneskelige aktiviteter som å spise, å snakke og å sosialisere med andre. Det er derfor slående hvor liten oppmerksomhet oral helse får i det offentlige ordskiftet – og i den globale helsepolitikken.

«Levekårsundersøkelsen om helse i Norge viser at personer med svekket helse bruker flere helsetjenester. Unntaket er tannhelsetjenester»

Sykdom i munnhulen er et av de vanligste helseproblemene på verdensbasis og rammer over 3,5 milliarder mennesker (2). Det vanligste er ubehandlet karies, etterfulgt av periodontitt, tap av tenner og kreft på lepper eller i munnen. Verst står det til i lavinntektsland, der majoriteten av befolkningen har ubehandlet karies, og tannhelsetjenester er en luksus forbeholdt de rike og privilegerte. I lav- og middelinntektsland er karies også et stort helseproblem blant barn, som kan få store smerter og høyt skolefravær (3). I høyinntektsland er svekket tannhelse først og fremst et problem i den voksne og eldre befolkningen.

Til tross for at vi vet mye om årsakene til karies og hvordan det kan forebygges, har den globale byrden av ubehandlet karies i melketenner og permanente tenner endret seg lite de siste 30 årene. Mange har pekt på at det trengs en radikal omlegging av hvordan vi tenker på forebygging og behandling av orale sykdommer (4). I høyinntektsland er det et stort fokus på å stimulere individer til helsefremmende atferd og på å intervenere med stadig mer teknologisk avanserte metoder for å reparere tennene. Dette kan ha skygget for behovet for å gjøre endringer på et politisk nivå og å gjøre noe med de to viktigste drivkreftene bak ulikhet i oral helse: de såkalte sosiale og kommersielle determinantene.

Den siste levekårsundersøkelsen om helse i Norge viser at personer med svekket helse bruker flere helsetjenester (5). Unntaket er tannhelsetjenester. Den høyeste andelen med et udekket behov for

tannlege finner vi nettopp blant de som har helseproblemer, ikke minst psykiske: Én av fire med psykiske plager har unnlatt å ta kontakt med tannlegen når de trengte tannhelsehjelp. Det er også en klar sammenheng mellom inntekt, tannhelse og hvor ofte man går til tannlegen. Blant de som har lav inntekt, er det flere som svarer at de ikke har god tannhelse, enn det er blant de som tjener bedre. Likevel besøker den førstnevnte gruppen tannlegen sjeldnere enn andre, og dårlig råd er den vanligste oppgitte grunnen (5).

Lov om folketannrøkt av 1949 var startskuddet for den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Formålet med loven var blant annet å spre tannlegene og sikre god tannlegedekning på bygdene. Gratis skoletannpleie sørget for at man i stor grad fikk bukt med tannråten blant barn og unge. I dag er tannhelsen relativt god på befolkningsnivå (5). Men noen faller altså utenfor. Stortingets beslutning i 2018 om å gjennomgå refusjonsordningene for tannlegetjenester var et viktig skritt for å gjøre noe med den sosiale ulikheten i tannhelse. Globalt sett har reformer med innføring av universelle helseforsikringer og integrering av tannhelsetjenester med den generelle helse-tjenesten gitt gode resultater i flere land (4).

Dårlig kosthold, bruk av tobakk og overforbruk av alkohol er felles risikofaktorer for orale sykdommer og ikke-smittsomme sykdommer (*non-communicable diseases*, NCD), blant annet hjerte- og karsykdom, diabetes og kreft (6). Særlig bekymringsfullt med tanke på epidemien av karies, overvekt og diabetes er dagens høye sukkerinntak. I de fleste land i verden er sukkerinntaket langt høyere enn WHO's anbefaling om at mindre enn 10 % av det totale energiinntaket skal komme fra sukker tilsatt i matvarer (7). Årsaken finner vi blant annet i sukkerindustrien, *Big Sugar*. I den globale dietten er brus en hovedkilde til sukker, og noen få selskaper, blant annet Coca-Cola Company og PepsiCo, dominerer markedet. Disse to selskapene alene står for over en tredjedel av brussalget på verdensbasis, med samlede inntekter på mer enn 100 milliarder dollar i 2020 (8). Store summer brukes på markedsføring og reklame, ofte rettet mot barn. Sukkerindustrien påvirker også den globale helsen gjennom verdensomspennende forsyningskjeder, finansiell støtte til institusjoner og lobbyvirksomhet overfor de som utformer helsepolitikk (2).

Å stå imot sukkerindustriens markedsføring kan ikke overlates til den enkelte. Et globalt samarbeid på politisk nivå er nødvendig for å kontrollere de kommersielle selskapenes innflytelse på hva vi spiser og drikker. Sammen med bedre tilgang til tannhelsetjenester for alle er det avgjørende for å bedre den orale helsen, og dermed folkehelsen.



KARI TVEITO

kari.tveito@tidsskriftet.no

er ph.d., spesialist i indremedisin og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Foto: Einar Nilsen

LITTERATUR

- Strand BH, Madsen C. Sosiale helseforskjeller i Norge. Folkehelseinstituttet. Lest 30.1.2022.
- Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019; 394: 249–60.
- Watt RG, Mathur MR, Aida J et al. Oral Health Disparities in Children: A Canary in the Coalmine? *Pediatr Clin North Am* 2018; 65: 965–79.
- Watt RG, Daly B, Allison P et al. Ending the neglect of global health: time for radical action. *Lancet* 2019; 394: 261–71. Lest 2.2.2022.
- Lunde ES, Ramm J. Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd. Rapporten 2021/23. Statistisk Sentralbyrå. Lest 30.1.2022.
- World Health Organization. Noncommunicable diseases. Lest 30.1.2022.
- World Health Organization. Guideline: sugars intake for adults and children. Lest 30.1.2022.
- TREFIS. Coca-Cola vs PepsiCo: How Have Revenues For The Two Beverage Giants Trended Over Recent Years? Lest 30.1.2022.

Hurtigtesting for SARS-CoV-2-virus gir falsk trygghet

Bruk av antigenhurtigtaster for påvisning av SARS-CoV-2-virus kan gi falsk trygghet og økt smittespredning.

I desember 2021 holdt Norge på å gå tom for antigenhurtigtaster for SARS-CoV-2-virus, til tross for at norske helsemyndigheter hadde kjøpt inn mer enn ti millioner enheter. Ettersom bruk av hurtigtaster kanskje kan avlaste behovet for mer inngripende smittevernsregimer, ble det raskt inngått kjøpsavtaler om 15 millioner hurtigtaster og ytterligere 50 millioner tester med leveranse tidlig i 2022 (1). Testene er angitt å koste 30 kroner per stykk (2), og så langt er 2,25 milliarder kroner båndlagt til selvtester i statlig regi. I januar 2022 ble ytterligere 5 milliarder kroner foreslått avsatt for innkjøp av selvtester. I tillegg kommer flere millioner selvtester solgt gjennom kommersielle kanaler.

Testing ved hjelp av antigenhurtigtaster anbefales for alle som mistenker at de har vært utsatt for smitte, og til screening av skoleelever og studenter for å kunne holde skoler og universiteter åpne (3). Anbefalingen har en viss testteoretisk støtte: Epidemiologiske modeller tilsier at hurtigtaster kan være effektive til å luke ut smittede i situasjoner med lav sykdomsprevalens (4). Vurderingen tar imidlertid ikke tilstrekkelig høyde for konsekvensene av et falskt negativt prøvesvar. Etter hvert som smitten øker, er det åpenbart at tester med lav sensitivitet vil «frikjenne» så mange smitteførende personer at virusspredningen uansett blir omfattende (5).

«Man hindrer ikke rømt oppdrettslaks fra å svømme opp en elv ved å sette ut et hullede garn to ganger i uken»

Antigenhurtigtastene har en sensitivitet på 79 % hos symptomatiske og 55 % hos asymptomatiske personer dersom testene utføres av trent helsepersonell (6). Selvtesting hjemme eller på skolen må antas å ha enda lavere sensitivitet. Modelleringstudier har vist at repetert hyppig testing vil kunne fange opp mange av disse falskt negative tilfellene (7), men grunnlaget for massetesting 1–2 ganger i uken, slik norske myndigheter tar til orde for, er vanskelig å forstå. Tiden fra siste negative PCR-test til maksimal virusutskillelse er tre

døgn (8), og tiden til man er smitteførende, er enda kortere. Dette betyr at asymptomatiske elever vil ha rikelig rom for effektiv smittespredning mellom testene. Man hindrer ikke rømt oppdrettslaks fra å svømme opp en elv ved å sette ut et hullede garn to ganger i uken, for å bruke en metafor.

Gitt statlige innkjøp i milliardklassen, skulle man tro at antigenhurtigtastenes samfunnsmedisinske konsekvenser var avklart gjennom kostnad-nytte-betraktninger. Så langt foreligger ingen kontrollerte studier som kan bekrefte eller avkrefte testingens nytteverdi. Heller ikke finnes kunnskap om det motsatte – om testingen bidrar til økt smittespredning, slik enkelte massesmittehendelser indikerer (9). Høsten 2021 steg smittetallene i Norge raskt som følge av spredning av deltavarianten av SARS-CoV-2-viruset. I hvor stor grad de mer enn ti millionene hurtigtaster som ble brukt bidro til massespredning eller til å holde varianten i sjakk, står fortsatt uavklart.

«Inntil godt planlagte og vel gjennomførte empiriske studier er utført, står antigenhurtigtastenes samfunnsmedisinske betydning ubesvart»

Bruken av antigenhurtigtaster er drevet fram av teoretiske betraktninger og epidemiologisk modellering, hvorav en av de mest betydningsfulle var utført av forskere med økonomiske bindinger til en av de største hurtigtestprodusentene (10). Inntil godt planlagte og vel gjennomførte empiriske studier er utført, står antigenhurtigtastenes samfunnsmedisinske betydning ubesvart. Stortilt bruk av antigenhurtigtaster på et så pass svakt kunnskapsgrunnlag kan vanskelig forsvares, særlig fordi det ikke kan utelukkes at dagens bruk kan føre til mer – ikke mindre – smitte i samfunnet.

ELLING ULVESTAD

elling.ulvestad@helse-bergen.no
er avdelingssjef ved Mikrobiologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus og professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ØYVIND KOMMEDAL

er seksjonsoverlege ved Mikrobiologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Olsen T. Fagfolk er skeptiske til halvparten av hurtigtestene. *Bergens Tidende* 15.12.2021. Lest 17.1.2022.
- Sluttrapport. Pilotprosjekt: Jevnlig covid-19-testing med antigen hurtigtaster av elever i videregående skoler. Bergen: Vestland fylkeskommune, 2021. Lest 17.1.2022.
- Øverbø J, Knudsen CV, Stefanoff P et al. Jevnlig SARS-Cov-2 testing med antigenhurtigtaster i utdanningsinstitusjoner våren 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021. Lest 17.1.2022.
- Peeling RW, Olliaro PL, Boeras DI et al. Scaling up COVID-19 rapid antigen tests: promises and challenges. *Lancet Infect Dis* 2021; 21: e290–5.
- Fouzas S. SARS-CoV-2 rapid antigen detection tests. *Lancet Infect Dis* 2021; 21: 1068–9.
- Landaas ET, Storm ML, Tollånes MC et al. Diagnostic performance of a SARS-CoV-2 rapid antigen test in a large, Norwegian cohort. *J Clin Virol* 2021; 137: 104789.
- Paltiel AD, Zheng A, Walensky RP. Assessment of SARS-CoV-2 screening strategies to permit the safe reopening of college campuses in the United States. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e2016818.
- Singanayagam A, Hakki S, Dunning J et al. Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study. *Lancet Infect Dis* 2021; 21: S1473–3099.
- Brandal LT, MacDonald E, Veneti L et al. Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. *Euro Surveill* 2021; 26.
- Mina MJ, Parker R, Larremore DB. Rethinking Covid-19 Test Sensitivity - A Strategy for Containment. *N Engl J Med* 2020; 383: e120.

Glemmer vi gravide kvinner og ufødte barn i covid-19-pandemien?

Se også originalartikkel side 214 og reportasje side 254
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

*Covid-19-pandemien utgjør en biopsykososial helse-
risiko for gravide, fødende og deres barn verden over.*

Covid-19 rammer gravide, fødende og deres barn hardere enn vi har trodd. I tillegg til risikoen for alvorlig maternell sykdom øker også faren for alvorlige svangerskapskomplikasjoner som for tidlig fødsel, preeklampsi og dødfødsel (1, 2).

Eberhard-Gran og medarbeidere beskriver nå i Tidsskriftet at i deres utvalg av kvinner som fødte i Norge under pandemien, hadde en tredel høy skår for depressive symptomer (3). Det er tre ganger høyere enn i en studie fra ti år tilbake, og i tråd med funn fra andre deler av verden (4). Det er grunn til å tro at denne økte forekomsten av depressive symptomer også gjelder under svangerskapet og ikke bare i barseltiden. Dette er foruroligende på bakgrunn av kunnskapen vi har om at stress i svangerskapet synes å påvirke barnets helse på en ugunstig måte (5). Eberhard-Gran og medarbeidere fant at kvinner med lavest utdanning anga mest problemer, noe som bekrefter at pandemien øker helseforskjellene i samfunnet. De fant også at kvinnene som fødte under pandemien, opplevde dårligere barselomsorg, og at mer enn halvparten av de som hadde psykiske helseplager, oppga at de ikke fikk god nok hjelp.

Studier tyder på at ved SARS-CoV-2-infeksjon er det morens immunrespons – snarere enn selve viruset – som kan være skadelig for fosteret (6). Det ser ut til at viruset sjelden infiserer fosteret over placenta, selv om det i noen tilfeller er påvist i placenta og fostervann (7). For enkelte maternelle infeksjoner er det observert økt risiko for helseplager, også psykiske lidelser, hos barnet på sikt. Spørsmålet er om dette også gjelder for covid-19 (8).

Men kanskje er det ikke covid-19 i seg selv som er pandemiens største trussel for gravide og kommende generasjoner. Stress tidlig i svangerskapet har vist seg å være assosiert med økt psykisk sykkelighet hos barnet (5). Tidligere kriser har vist at mødres helse og eksponering for stress, miljøfaktorer, dårlig ernæring etc. før og i svangerskapet ikke bare har betydning for barnets helse, men også setter spor i neste generasjon gjennom epigenetiske mekanismer. Forsdahl-Barker-hypotesen og hypotesen om føtal opprinnelse er betegnelser som har vært brukt om betydningen av forhold tidlig i livet for senere utvikling og helse (9).

I en nylig publisert studie (10) fant man ingen assosiasjon mellom maternell covid-19-status og barnets nevrologiske utvikling ved seks måneders alder, men man fant at barna som ble født under pandemien, uavhengig av maternell covid-19-status, skåret lavere på nevrokognitive tester enn en historisk barnekohort. Forfatterne av studien foreslår at covid-19-relatert stress i svangerskapet kan være en forklaring, hvilket betyr at vi kan stå foran en betydelig folkehelsekrise for generasjonen som blir født under pandemien. Funnene er neppe helt overførbare til norske forhold, men de er likevel tankevekkende og helt i tråd med funnene til Eberhard-Gran og medarbeidere (3).

«Kanskje er det ikke covid-19 i seg selv som er pandemiens største trussel for gravide og kommende generasjoner»

Gravides bekymring for selve koronavirusinfeksjonen kan avhjelpest med vaksinasjon, som vi etter hvert vet er trygt og effektivt, også for gravide. I Norge var fortsatt bare 60 % av dem som fødte i desember 2021, vaksinert (F. Macsali, Folkehelseinstituttet, personlig meddelelse). Økt motivering av gravide til å ta vaksiner og flere tiltak overfor småbarnsforeldre for å forebygge psykologiske konsekvenser av pandemien er påkrevd. Vi trenger også studier om effektene av pandemi og infeksjonseksponering. Gravide, fødende og småbarnsmødre er en stor og sårbar del av befolkningen. Regjeringens ekspertgruppe har overlatt dem til seg selv (11). Konsekvensene kan sette spor over generasjoner.

CATHRINE EBBING

cathrine.ebbing@helse-bergen.no

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Kvinneklivnikken ved Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

METTE BREKKE

er spesialist i allmennmedisin og professor ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Epelboin S, Labrosse J, De Mouzon J et al. Obstetrical outcomes and maternal morbidities associated with COVID-19 in pregnant women in France: A national retrospective cohort study. *PLoS Med* 2021; 18: e1003857.
- Khalil A, Blakeway H, Samara A et al. COVID-19 and stillbirth: direct vs indirect effect of the pandemic. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2021; 58: uog.24846.
- Eberhard-Gran M, Engelsen LY, Al-Zirqi I et al. Depressive symptoms og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0450.
- Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M et al. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord* 2020; 277: 5–13.
- Monk C, Lugo-Candelas C, Trumpff C. Prenatal developmental origins of future psychopathology: mechanisms and pathways. *Annu Rev Clin Psychol* 2019; 15: 317–44.
- García-Flores V, Romero R, Xu Y et al. Maternal-fetal immune responses in pregnant women infected with SARS-CoV-2. *Nat Commun* 2022; 13: 320.
- Mao Q, Chu S, Shapiro S et al. Placental SARS-CoV-2 distribution correlates with level of tissue oxygenation in COVID-19-associated necrotizing histiocytic intervillositis/perivillous fibrin deposition. *Placenta* 2022; 117: 187–93.
- Zimmer A, Youngblood A, Adnane A et al. Prenatal exposure to viral infection and neuropsychiatric disorders in offspring: A review of the literature and recommendations for the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun* 2021; 91: 756–70.
- Vangen S, Nordhagen R, Lie KK. Gjensyn med Forsdahl-Barker-hypotesen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 451–3.
- Shuffrey LC, Firestein MR, Kyle MH et al. Association of birth during the COVID-19 pandemic with neurodevelopmental status at 6 months in infants with and without in utero exposure to maternal SARS-CoV-2 infection. *JAMA Pediatr* 2022; 176: e215563.
- Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe. Lest 23.1.2022.

Pasientsentrert behandling – er det mulig?

Se også Klinisk oversikt på side 228
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Det kreves mer enn gode resultater fra kliniske studier for å få til pasientsentrert behandling.

«Kartlegging og behandling av munnhuleproblemer er noe vi dessverre ikke gjør rutinemessig. Vi burde gjort det – men det er så mye annet viktig vi må rekke i en travel hverdag på en sengepost for kreftpasienter.» Denne samtalen mellom sykepleier og lege overhørte vi nylig. Den er sannsynligvis beskrivende for prioriteringer flere steder i norsk spesialisthelsetjeneste. En norsk studie har dokumentert at det ikke er særlig bedre ved norske sykehjem (1). Munn tørrhet er en subjektiv tilstand, i likhet med smerte, angst, tretthet og kvalme og kan måles ved å spørre pasientene. Munn tørrhet kan være svært plagsomt, men kan forebygges og behandles, slik den kliniske oversikten Kvalheim og medarbeidere nå publiserer i Tidsskriftet, viser (2).

«Den systematiske kartleggingen av symptomer og funksjoner er skjøvet nedover på prioriteringslisten»

Symptomer må systematisk kartlegges. Dette er en viktig del av anamneseopptaket, enten pasienten kommer til konsultasjon hos fastlegen, på sykehusets poliklinikk eller tilses på sykehjem eller i sykehjem. Ved behandling av symptomer må pasientene også følges opp med en plan for å vurdere behandlingseffekt, slik at man raskt kan justere behandlingen. Dette er viktig for alle pasienter, men spesielt viktig for pasienter med kort forventet levetid.

En mulig forklaring på at subjektive symptomer ikke blir systematisk kartlagt og behandlet i norsk helsevesen, er at man mener at man allerede gjør det godt nok i rutinepraksisen. Mye tyder på at det ikke er tilfellet. I flere gode randomiserte studier er det vist at plagsomme symptomer og generell livskvalitet blir betydelig forbedret hvis man systematisk kartlegger symptomene, igangsetter behandling, evaluerer denne og om nødvendig følger opp med ytterligere kartlegging.

Vel 750 pasienter med solide svulster og metastatisk sykdom ble inkludert i en randomisert studie på en kreftpoliklinikk i USA (3). Alle pasientene fikk standard tumorrettet behandling og ble randomisert til enten rutinemessig oppfølging eller systematisk kartlegging av de 12 vanligste symptomene hos pasienter som får medikamentell kreftbehandling. Pasientene i intervensjonsarmen rapporterte symptomer regelmessig på et nettbrett. Ved symptomintensitet over et visst nivå ble sykepleier på poliklinikken varslet digitalt. Legen fikk utskrift av symptomene, og adekvat behandling ble igangsatt. Signifikant flere av disse pasientene rapporterte bedret

livskvalitet etter seks måneder enn pasientene som fikk standard oppfølging. I tillegg levde pasientene i intervensjonsgruppen i median fem måneder lenger, færre av dem hadde akuttinnleggelser på sykehus, og intensivbruken var lavere. Vi antar at denne og flere tilsvarende studier er overførbare til norske forhold både innen kreftomsorgen og øvrig somatikk. Slik dokumentasjon har vært kjent i mange år, og det finnes klare nasjonale anbefalinger om systematisk å kartlegge symptomer (4). Dessverre er det lite som tyder på at klinisk praksis er endret i norske sykehus og sykehjem.

I de siste tiårene har flere nye bildediagnostiske metoder og bedret molekylær biologisk diagnostikk medført at man kan tilby mange pasienter persontilpasset behandling. Store investeringer er gjort i forskning og ny teknologi innen somatisk medisin. Det etablerte – det gamle, nemlig den systematiske kartleggingen av symptomer og funksjoner, er skjøvet nedover på prioriteringslisten. Det gamle blir fort glemt og utelatt når det kommer mye nytt. Det er mulig å forstå at dette skjer, men det går ut over totaltilbudet om persontilpasset behandling, som omfatter langt mer enn fokus på biologiske parametere. Etter vårt syn må det både en holdningsendring og en systemendring til, både når det gjelder utdanning av leger og prioriteringer som gjøres av politikere og helsebyråkrater, av ledere i helsevesenet og av den enkelte lege.

Det er et stort fokus på å behandle pasientens sykdom i dagens helsevesen, mens *behandling av pasienten med sykdommen* vies mindre oppmerksomhet. Det siste er det som omtales som pasientsentrert behandling. Flere gode kliniske studier har vist at en organisering og gjennomføring av pasientbehandlingen som ivaretar både sykdommen og pasienten med sykdommen, gjør at pasientene med uheldelig sykdom kan være mer hjemme, at de har bedre livskvalitet, færre plagsomme symptomer og lever lenger (5, 6). For at en slik tilnærming skal bli en del av rutinebehandlingen, har et bredt internasjonalt panel anbefalt å utvikle og implementere pasienttilpassede forløp (7). Disse anbefalingene inngår også i en norsk offentlig utredning fra 2017 (4).

Det er ikke vanskelig å være enig i at godt munnstell hos alvorlig syke pasienter bør være et minimum av hva dagens norske helsevesen skal tilby. Dessverre er dette neppe tilfelle i dag. Fortsatt erfarer mange pasienter med kort forventet levetid og deres pårørende at noe «så enkelt» som grunnleggende munnstell ikke blir utført.

NINA AASS

er seksjonsleder for Seksjon for lindrende behandling, Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STEIN KAASA

stein.kaasa@medisin.uio.no

er avdelingsleder for Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Kvalheim SF, Strand GV, Husebø BS et al. End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. *Gerodontology* 2016; 33: 522–9.
- 2 Kvalheim SF, Marthinussen IMC, Berg E et al. Munn tørrhet hos alvorlig syke og døende. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0232.
- 3 Basch E, Deal AM, Kris MG et al. Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* 2016; 34: 557–65.
- 4 NOU 2017: 16. På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende. Lest 25.1.2022.
- 5 Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T et al. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 888–93.
- 6 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733–42.
- 7 Kaasa S, Loge JH, Aapro M et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol* 2018; 19: e588–653.

Osteomyelitt i barns kjeve

Se også Kort kasuistikk på side 236

Mandibelen er mer mottakelig for osteomyelitt enn andre ansiktsknokler. Ikke-odontogen osteomyelitt i mandibelen kan bli kronisk. Både infeksjon og autoinflammatoriske prosesser kan ligge bak en slik tilstand.

Nyland og medarbeidere omtaler i Tidsskriftet fire kasuistikker som belyser en sjelden, men omdiskutert tilstand i mandibelen hos barn: ikke-odontogen osteomyelitt (1). De fire pasientene illustrerer spennvidden fra et godartet forløp med full remisjon til en kronisk residiverende tilstand med mulig utvikling av autoimmunitet. Ingen av de beskrevne tilfellene hadde kjent odontogen årsak, men de hadde symptomer og flere funn forenlige med bakteriell infeksjon. Alle hadde forutgående infeksjoner i øre-nese-hals-området og fikk langvarig antibiotikabehandling. Bakterien *Kingella kingae* (tidligere *Moraxella kingii*) er beskrevet som den vanligste årsaken til osteomyelitt hos barn, og sees ofte etter forutgående luftveisinfeksjon (2–4). Det er da kanskje noe påfallende at ingen av de fire barna fikk påvist *K. kingae* eller andre *Kingella*-arter, og at dette ikke er omtalt i diskusjonen. Det er heller ikke anført å ha blitt benyttet andre mikrobiologiske metoder enn dyrkning. Til tross for dette konkluderer forfatterne med at forløpet hos to av pasientene sannsynligvis var mer forenlig med kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt enn med infeksjonsutløst osteomyelitt.

En vanlig årsak til osteomyelitt i mandibelen er odontogen infeksjon (5). Ikke-bakteriell osteomyelitt er en utelukkelsesdiagnose og antas å være en autoinflammatorisk tilstand uavhengig av lokalisasjon (6). Tilstanden rammer hyppigst i barneskolealder, med en antatt årlig insidens på 4 per 1 000 000 barn (7). I mer uttalt form betegnes tilstanden som *kronisk residiverende multifokal osteomyelitt* og kan da involvere mandibula, clavicula, vertebrae, pelvis og de lange rørknoklene.

Etiologien ved ikke-bakteriell osteomyelitt og kronisk residiverende multifokal osteomyelitt er ikke fullt ut forstått. En aktuell teori innebærer at et antigen, f.eks. en mikroorganisme, har trigget en autoimmun reaksjon. Parallellen til sammenhengen mellom infeksjon med bakterien *Helicobacter pylori* i mageslimhinnen og pernisiøs anemi er nærliggende. *H. pylori* er ikke bare årsak

til peptisk ulcus (ulcus ventriculi og ulcus duodeni) og utvikling av ventrikkeltumor, men også til induksjon av autoimmunitet (8). Dette kan resultere i atrofisk gastritt og dernest pernisiøs anemi (9). Når slik autoimmunitet foreligger, er bakterien ofte ikke lenger påvisbar i ventrikkelslimhinnen.

Ved mistanke om osteomyelitt i mandibelen skal odontogen årsak utelukkes først. Dersom odontogen årsak ikke avdekkes, bør pasienten raskt henvises til regional øre-nese-hals-avdeling med oral- og kjevekirurgisk kompetanse for videre utredning og diagnostikk. I denne utredningen inngår omfattende klinisk anamnese, radiologiske undersøkelser (f.eks. MR) og biopsi, blant annet for å utelukke malignitet (10), samt moderne mikrobiologisk diagnostikk som innbefatter PCR-baserte mikrobiologiske teknikker som 16S/18S rRNA-amplifisering og -sekvensering. Metoder som sistnevnte gjøres med steril prosedyre, fortrinnsvis i narkose, og er spesielt viktige dersom pasienten har vært behandlet med antibiotika i forkant. Det er kritisk at utredningen ikke treneres, da det som hos pasient 4 i artikkelen til Nyland og medarbeidere (1) kan avdekkes en bakenforliggende grunntilstand. Malignitet kan til forveksling ligne på osteomyelitt i mandibelen (10).

«Etiologien ved ikke-bakteriell osteomyelitt og kronisk residiverende multifokal osteomyelitt er ikke fullt ut forstått»

Forløpet hos barn med ikke-bakteriell osteomyelitt og kronisk residiverende multifokal osteomyelitt er beskrevet som uforutsigbart – fra milde varianter med selvbegrensende forløp til alvorlige forløp med større destruksjoner av benvev (6). Min erfaring med barn med ikke-bakteriell osteomyelitt i mandibelen er at prognosen etter introduksjonen av moderne barnerevmatologisk behandling er adskillig bedre enn tidligere. Det vanlige er nå remisjon, og i mindre grad stadige residiv, mutilerende kirurgi og livsvarige kosmetiske og funksjonelle forandringer.

JOHANNA ELISABETH RYKKE BERSTAD

jberstad@ous-hf.no

er tannlege, spesialist i oral kirurgi og oral medisin og enhetsleder ved Enhet for tann og kjeve ved Øre-nese-hals-avdelingen ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Nyland AN, Nordtveit ES, Bosse FJ et al. Osteomyelitt i underkjeven. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0478.
- Infeksjoner i bein og ledd. Pediatrivelleder. Norsk barnelegeforening. Revidert 2021. Lest 22.1.2022.
- Ceroni D, Coulin B et al. Should we investigate osteoarticular infections for *Kingella kingae* in older-than-expected immunocompetent children? Pediatr Infect Dis J 2020; 39: e57–8.
- Wallin D, Kienstra AJ. Not by the red on my chinny chin chin: A case of mandibular osteomyelitis in a 5-year-old girl. J Emerg Med 2016; 50: e219–21.
- Chow AW. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections. UpToDate. Lest 22.1.2022.
- Zhao DY, McCann L, Hahn G et al. Chronic nonbacterial osteomyelitis (CNO) and chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO). J Transl Autoimmun 2021; 4: 100095.
- Jansson AF, Grote V. Nonbacterial osteitis in children: data of a German Incidence Surveillance Study. Acta Paediatr 2011; 100: 1150–7.
- Negrini R, Lisato L, Cavazzini L et al. Monoclonal antibodies for specific immunoperoxidase detection of *Campylobacter pylori*. Gastroenterology 1989; 96: 414–20.
- Desai HG, Gupta PA. *Helicobacter pylori* link to pernicious anaemia. J Assoc Physicians India 2007; 55: 857–9.
- Buch K, Thuesen ACB, Brøns C et al. Chronic non-bacterial osteomyelitis: a review. Calcif Tissue Int 2019; 104: 544–53.

Indikasjon³

Xultophy® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt, se SPC pkt. 4.4, 4.5 og 5.1.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

- **Gastrointestinale bivirkninger**, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$ brukere). Forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel
- **Hypoglykemi** er en hyppig rapportert bivirkning ($\geq 1/10$ brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurdér dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk
- **Øyesykdom**: Intensivering av behandling med insulin, en komponent av Xultophy®, med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med en forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati.
- **Hud- og underhudssykdommer**: Pasienter må instrueres i å utføre kontinuerlig rotering av injeksjonssted for å redusere risikoen for å utvikle lipodystrofi og kutan amyloidose. Det har blitt rapportert hypoglykemi etter plutselig endring i injeksjonssted til et område uten reaksjoner. Overvåking av blodglukose anbefales etter endring av injeksjonssted fra et område med reaksjoner til et område uten reaksjoner, og dosejustering av antidiabetika kan vurderes.

	Xultophy® kan benyttes	Xultophy® anbefales ikke
Alder	Voksne, inkludert eldre Hos eldre (≥ 65 år): Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	Barn/ungdom under 18 år
Nyre-funksjon	Lett, moderat eller alvorlig nedsatt. Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	Terminal nyresykdom (eGFR < 15)
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Mild og moderat nedsatt Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt.	Alvorlig nedsatt

Skal ikke brukes hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose.

Dosering²

Xultophy® gis én gang daglig ved subkutan administrasjon.

Xultophy® skal doseres i overensstemmelse med pasientens individuelle behov. Dosejustering gjøres basert på fastende plasmaglukose.

Ved overgang fra behandling med basalinsulin eller GLP-1-analog er anbefalt startdose av Xultophy® 16 dosetrinn.

Maksimal daglig dose av Xultophy® er 50 dosetrinn.

1 DOSETRINN = 1 enhet insulin degludec + 0,036 mg liraglutid

50 DOSETRINN = 50 enheter insulin degludec + 1,8 mg liraglutid

Reseptgruppe, refusjonsvilkår og pris^{5,6}

C Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog. ATC-nr.: A10A E56

Refusjonsberettiget bruk

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	E11	Diabetes mellitus type 2

Vilkår:

225 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Pakninger og priser:

3 × 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1399,30 (pris per september 2021)

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller www.felleskatalogen.no

Referanser: **1.** Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 24.09.2020). **2.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 24.09.2020). **3.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (sist oppdatert 24.09.2020). **4.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, og 4.8 (sist oppdatert 24.09.2020). **5.** <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1> (lest 21.09.2021). **6.** <https://www.felleskatalogen.no/medisin/xultophy-novo-nordisk-631221> (lest 21.09.2021).

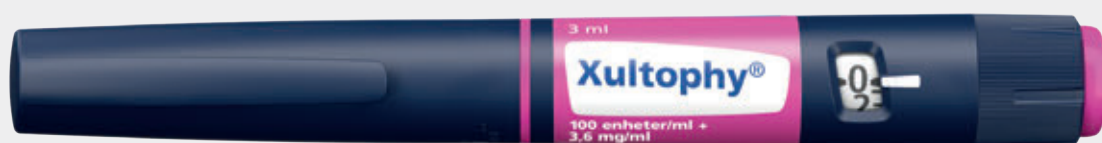
Skann QR-koden for å komme direkte til instruksjonsfilm på www.felleskatalogen.no



NO21XUM00019 september 2021

Svingende blodsukker ved bruk av Insulatard®?

Bytt til Xultophy®



Langtidsvirkende insulinanalog og GLP-1-analog i én penn til behandling av diabetes type 2



Reduserer HbA1c^{1*}



Reduserer kroppsvekt^{1**}



Reduserer risiko for hypoglykemi^{1***}

Sammenlignet med Lantus® (insulin glargin 100 enheter/ml)¹

Avslutt nåværende behandling med Insulatard®
start opp med **Xultophy® 16 dosetrinn²**

Maksimal daglig dose av Xultophy® er 50 dosetrinn²

* -1,8% vs -1,1% reduksjon i HbA1c. Estimert forskjell: -0,59 (95% KI: -0,74; -0,45), p<0,0001. ** -1,4 kg vs. 1,8 kg endring i kroppsvekt. Estimert differanse: -3,2 kg (95% KI: -3,77; -2,64), p<0,0001. *** 57% lavere forekomst. 2,23 vs 5,05 per pasientår. Estimert ratio: 0,43 (95% KI: 0,30; 0,61), p<0,0001.

Rastløse bein og kirurgi

Arvesen og Zahl kommenterer i Tidsskriftet nr. 18/2021 (1) Bjorvatn og medarbeideres artikkel om rastløse bein i allmennpraksis (2). Overskriften er «Kirurgisk behandling av rastløse bein er utbredt og effektivt». Påstanden bygger på egne kliniske erfaringer og litteraturreferanser. Senere modifiseres utsagnet i overskriften til at «det er god dekning for å anbefale at pasienter med rastløse bein og overfladisk venøs insuffisiens behandles med metoder som endovenøs laserablasjon (EVLA) etter påvisning av venøs insuffisiens med fargedupleks, altså ultralyd som avdekker venøs refluks». Det siste er viktig og burde fremkomme i overskriften. Det er ingen evidens for at kirurgisk behandling av pasienter med rastløse bein uten venøs insuffisiens har effekt.

Rastløse bein er en nevrologisk lidelse med uro og ubehag i beina der fem følgende diagnostiske kriterier skal være oppfylt (3):

1. Et påtrengende behov for å bevege beina, vanligvis ledsaget av ubehagelige følelser i beina
2. Symptomene forverres ved hvile og inaktivitet
3. Symptomene opphører helt eller delvis ved bevegelse av beina
4. Symptomene forverres om kvelden eller natten
5. Symptomene har ingen annen åpenbar forklaring

Årsaken er ikke avklart, men skyldes trolig dysfunksjon i sentralnervesystemet (4). Det er ikke holdepunkter for at den nevrologiske lidelsen rastløse bein skyldes venøs

insuffisiens. Siden både venøs insuffisiens og rastløse bein er vanlige tilstander, er det å anta at komorbiditet forekommer. Pasienter med uttalte symptomer på rastløse bein kan også ha tilsvarende symptomer fra armene, noe som vanskelig kan ses å ha sammenheng med venøs insuffisiens i beina.

Selv om venøs insuffisiens og rastløse bein har kliniske fellestrekk er det viktig å forstå at det dreier seg om to forskjellige tilstander med forskjellig patofysiologi og symptom-bilde, som skal behandles ulikt. Pasienter med rastløse bein har først og fremst bevegelsestrang og bevegelseslindring. Klinisk finner man ikke nevrologiske utfall. Pasienter med venøs insuffisiens har objektive funn. Det er viktig slik som Arvesen og Zahl påpeker, at pasienter med uavklarte symptomer fra beina gjennomgår grundig utredning.

Det finnes imidlertid ingen nyere fagfelle-vurderte publiserte studier om effekt av kirurgi på rastløse bein. Inntil videre har vi ingen holdepunkter for å anbefale at pasienter med rastløse bein uten objektive tegn på venøs insuffisiens skal opereres.

EINAR KINGE

enar@kinge.eu

er spesialist i nevrologi ved Sandvika Nevrosenter – Avtalespesialistene.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Arvesen A, Zahl PH. Kirurgisk behandling av rastløse bein er utbredt og effektivt. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0815.
- 2 Bjorvatn B, Wensaas KA, Emberland KE et al. Rastløse bein – en studie fra allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0333.
- 3 Allen RP, Picchietti DL, Garcia-Borreguero D et al. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria—history, rationale, description, and significance. Sleep Med 2014; 15: 860–73.
- 4 Kinge E, Ulfberg J. Søvnelaterte bevegelsesforstyrrelser. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1888–91.

Nyretransplantasjon og prognostiske faktorer for overlevelse

Vi har med interesse lest den utførlige historiske redegjørelsen for denne pasientgruppen fra transplantasjonskirurgiens pionertid. Forfatterne viser under resultater at de som har fått nyre fra levende donor har langt større overlevelse enn de som har fått fra død donor (1). Den første gruppen er imidlertid signifikant yngre enn den siste. Det blir så hevdet at «for pasienter innen samme femårige aldersgruppe ser medianoverlevelse ut til å være omtrent den samme enten donor var levende eller død (data ikke vist)». Dette gjentas i diskusjonen. Konklusjonen blir da at det er alder og ikke donors kategori som er avgjørende for overlevelse. Vi stiller spørsmålet om hvorfor forfatterne ikke har presentert disse statistiske data, som ville ha gitt oss lesere en vesentlig tilleggsinformasjon.

JOHAN PILLGRAM-LARSEN

pillgram@hotmail.com

er pensjonert seksjonsoverlege ved Thoraxkirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

THEISS TONNESSEN

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Namek S, Schweder T, Lie M. Pasienter nyretransplantert ved Ullevål sykehus 1963–83. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0579.

Behandler søvnproblemer

Lunixen® 500 mg (valerianarot) er et reseptfritt legemiddel til bruk for å lindre mild uro og søvnforstyrrelser. De beroligende effektene til preparater med valerianarot, som i lang tid har blitt anerkjent empirisk, har blitt bekreftet i kontrollerte kliniske studier. Virkestoffet valerianarot i anbefalt dose har vist seg å forbedre søvnlengde og søvnkvalitet. Kontinuerlig bruk i 2-4 uker anbefales for å oppnå optimal behandlingseffekt¹.



- ✓ Bedrer søvnkvaliteten
- ✓ Motvirker avbrutt søvn
- ✓ 1 tablett 1/2 til 1 time før leggetid
- ✚ Fås på alle apotek

Dersom symptomene forverres eller ikke blir bedre etter 2 ukers daglig bruk, bør lege kontaktes. Lunixen anbefales ikke til gravide eller ammende. Lunixen er indisert hos voksne og ungdom over 12 år.

Referanse 1: Lunixen preparatomtale https://www.legemiddelsok.no/_layouts/15/Preparatomtaler/Spc/18-12295.pdf

Lunixen® F. Reseptfritt. Plantebasert sedativum. Beroligende middel.

Tabletter, filmdrasjerte 500 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av valerianarot (*Valeriana officinalis* L.) 500 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: rødt jernoksid og sort jernoksid (E 172), indigokarmin (E 132), titanoksid (E 171). **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk for å lindre mild uro og søvnforstyrrelser. **Dosering:** For lindring av søvnforstyrrelser: 1 tablett ½-1 time før leggetid. Ved behov tas også 1 tablett tidligere på kvelden. Lindring av mild uro: 1 tablett opptil 3 ganger daglig. Maks. daglig dose er 4 tabletter. **Administrering:** Tablettene skal svelges med vann. Daglig bruk over tid anbefales for at behandlingen skal kunne bidra til å endre søvnmonstret og bedre søvnkvaliteten. Det kan ta 2-4 uker før optimal behandlingseffekt oppnås. Lege/apotek kontaktes hvis symptomene vedvarer eller forverres etter 2 uker med kontinuerlig bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Interaksjoner: Kombinasjon med syntetiske sovemidler er ikke anbefalt. Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn < 12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Graviditet, amming og fertilitet:** Anbefales ikke under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Kontraindisert under amming. Fertilitet: Ingen kliniske data. **Bivirkninger:** Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Magetarmsymptomer (f.eks. kvalme, magekramp) kan oppstå etter inntak av valerianarot. Lege/apotek bør kontaktes ved andre bivirkninger. **Overdosering/forgiftning:** Symptomer: Valerianarot med en dose på omtrent 20 g (tilsvarer 7-10 tabletter) forårsaket lette symptomer som fatigue (tretthet), magekrampe, brysttetthet, ørhet, skjelvinger på hendene og pupilldilatasjon, som forsvant innen 24 timer. Behandling: Hvis symptomer oppstår bør behandlingen være støttende. **Egenskaper:** Valerianarot i anbefalt dose forbedrer søvnlengde og søvnkvalitet. Klassifisering: Veletablert plantebasert legemiddel. **Pakninger:** 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på SPC sist endret: 24.07.2019

ATC-nr.: N05C M09

Endringer i opioidbruken i Norge må tas på dypeste alvor

Vi trenger mer kunnskap om konsekvensene av vedvarende opioidbruk før vi kan si at det ikke er grunn til bekymring.

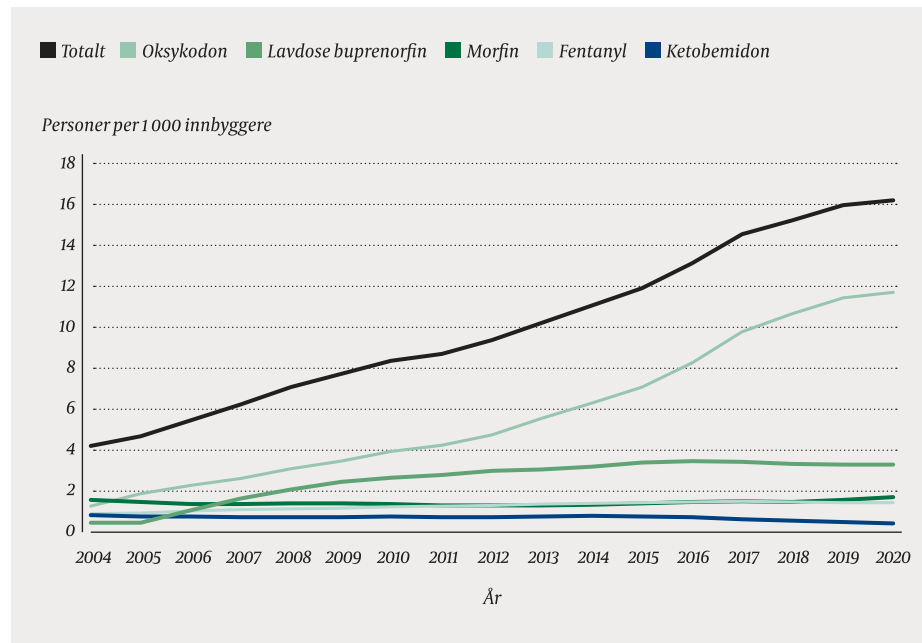
Vi har en pågående debatt om hvorvidt vi har en «opioidepidemi» i Norge. At andelen opioidbrukere har vært stabil, brukes ofte som et argument for at det ikke er noen grunn til bekymring (1, 2). Vi ønsker å nyanseere dette bildet, da det bak den totale opioidbruken skjuler seg uheldige bruksmønstre som bør følges videre og tas tak i.

Flere bruker opioider over lang tid

Når man ser på totalt antall opioidbrukere, sier dette ingenting om de endringene som har skjedd i ulike bruksmønstre. De fleste som bruker opioider, henter ut én resept, mens et mindretall henter ut opioider på resept gjentatte ganger over lengre tid (vedvarende opioidbruk) (3, 4). Opioider er indisert ved akutte smerter, men ved vedvarende bruk er ikke den smertelindrende effekten godt nok dokumentert. Samtidig kan slik bruk være forbundet med negative konsekvenser.

«Når man ser på totalt antall opioidbrukere, sier dette ingenting om de endringene som har skjedd i ulike bruksmønstre»

Prevalenstall basert på alle opioidbrukere skiller ikke mellom akutt og vedvarende bruk og er dermed ikke tilstrekkelig for å kunne si noe om endringer i opioidbruk som det bør følges spesielt nøye med på. Vi har nylig vist at rundt 60 000 personer i Norge hadde vedvarende bruk av opioider i 2019 og at dette var en økning på 10 000 personer siden 2011 (5). De fleste fikk opioider utelukkende forskrevet utenfor blåreseptordningen for langvarige, sterke smerter eller palliativ behandling. Dette tyder på



Figur 1 Antall personer per 1000 innbyggere som har fått utlevert minst ett «sterkt» opioid på resept i perioden 2004–20 totalt og fordelt på type legemiddel. Data fra Reseptregisteret (6).

at det finnes en stor gruppe pasienter med vedvarende opioidbruk som blir behandlet med opioider over lang tid uten klar indikasjon og god og nødvendig oppfølging.

Økt bruk av «sterke» opioider

Tall for den totale opioidbruken sier heller ingenting om de endringene som har skjedd i typen opioider som forskrives. Opioidepidemien i USA startet i slutten av 1990-årene med en kraftig liberalisering i bruk av potente opioider, spesielt oksykodon, for ikke-maligne smertelidelser. Det er derfor grunn til å følge utviklingen i forskrivning av oksykodon i Norge spesielt nøye. Tall fra Reseptregisteret viser at antallet brukere av «sterke» opioider øker og at denne økningen er drevet av en økning i bruken av oksykodon, til en viss grad også en økning i bruken av lavdose buprenorfin (6) (figur 1). Oksykodon har ikke erstattet andre «sterke» opioider, da bruken av disse har vært mer eller mindre stabil siden 2004.

De «svake» opioidene kodein eller tramadol brukes i mye større grad enn «sterke» opioider i Norge. Det har riktignok vært en mindre nedgang i bruken av «svake» opio-

ider de senere årene, men denne nedgangen kan ikke forklare hele økningen i bruken av oksykodon. En dreining fra «svake» til «sterke» opioider er heller ikke uproblematisk.

En stor andel av de vedvarende opioidbrukerne i Norge benytter også andre vanedannende legemidler (5). Dette er i strid med nasjonale retningslinjer og øker risikoen for utvikling av avhengighetssyndrom. Vi vil også påpeke at det i Norge har skjedd en endring i hvilke opioider som dominerer i statistikken over overdosedødsfall. Det har vært en utvikling mot at flere dør av overdose knyttet til smertestillende legemidler som inneholder opioider enn av heroin.

Vi har ikke en «opioidepidemi» i Norge lik den man har i USA, men for å unngå en slik utvikling er det viktig å følge med på de mulige urovekkende trendene som allerede er avdekket. Vi trenger også mer kunnskap om risikofaktorer og konsekvenser av vedvarende opioidbruk i den norske befolkningen.

Mottatt 22.12.2021, første revisjon innsendt 18.1.2022, godkjent 25.1.2022.

INGVILD ODSBU

ingvild.odsby@fhi.no
er seniorforsker ved Avdeling for psykiske lidelser, Folkehelseinstituttet.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTE HANDAL

er spesialist i klinisk farmakologi, avdelingsdirektør ved Avdeling for kroniske sykdommer, Folkehelseinstituttet og forsker ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PETTER C. BORCHGREVINK

er overlege og avdelingssjef ved Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital og professor ved Institutt for sirkulasjon og billediagnostikk, NTNU.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

THOMAS CLAUSEN

er senterleder og professor ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SVETLANA SKURTVEIT

er seniorforsker ved Avdeling for psykiske lidelser, Folkehelseinstituttet og professor ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Stubhaug A, Ljoså TM, Granan LP et al. Opioidkrisen kan avblåses. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0621.
- 2 Hortemo S, Madsen S. Innlegg: Er dødelige opioider på fremmarsj i Norge? Dagens næringsliv 19.5.2021. Lest 18.1.2022.
- 3 Skurtveit S, Sakshaug S, Hjellvik V et al. Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005–2013. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2014. Lest 16.12.2021.
- 4 Svendsen K, Skurtveit S, Romundstad P et al. Differential patterns of opioid use: defining persistent opioid use in a prescription database. Eur J Pain 2012; 16: 359–69.
- 5 Odsbu I, Handal M, Hjellvik V et al. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0659.
- 6 Reseptregisteret. Data fra POINT-prosjektet. POINT – Hvordan unngå en opioidepidemi i Norge: Fokus på behandling av kroniske smerter. Lest 18.1.2022.



VISSTE DU AT NORGE HAR ET AV VERDENS BESTE SYSTEMER FOR HJELPEMIDLER OG TILRETTELEGGING TIL PERSONER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE?

I Norge har alle tilgang til gratis hjelpemidler og rådgivning, slik at alle kan være mest mulig selvhjulpne i hjemmet, under utdanning, i arbeid eller på fritiden. Når en pasient søker om hjelpemidler, kan behovet begrunnes av helsepersonell i kommunen (ofte ergoterapeut), brukeren selv eller en lege. Hvem som skal begrunne behovet er avhengig av hva slags type hjelpemiddel det søkes om. For enkelte hjelpemidler kreves det en legeerklæring. En pasient som kan ha et behov for hjelpemidler i hjemme- og nærmiljøet kan kontakte helse- og omsorgstjenesten i sin hjemkommune. Gjelder det behov for hjelpemidler i arbeidssituasjonen, kan pasienten diskutere dette med sin arbeidsgiver eller kontakte NAV Hjelpemiddelsentral.

Legeerklæring – når og hvordan?

Roller, ansvar og hvilke instanser som er involvert i hjelpemiddelformidlingen varierer med type hjelpemiddel. Du finner beskrivelse av din rolle og krav til legeerklæringer for ulike typer hjelpemidler på nav.no, under hjelpemidler og legens rolle.

Visste du?

NAV kan også bistå med arbeidspsykologisk rådgivning og arbeidsrettet bistand ved for eksempel ervervede og medfødte hjerneskader, kognitiv svikt, sansetap og psykiske vansker. Henvisning skjer via NAV-kontoret til NAV Hjelpemiddelsentral eller NAV Arbeidsrådgivningskontor.

Mer info på www.nav.no/lege, Kunnskapsbanken.net eller NAVs Lege- og behandlertlf. 55 55 33 36



Zejula (niraparib) er nå rangert som 1. valg i LIS-anbefalingen for ovarialkreftpasienter med tilbakefall, uavhengig av BRCA-status¹

Zejula fikk ja fra Beslutningsforum (30.08.2021) og innføres som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte ovarialkreftpasienter med tilbakefall (2.linje og senere)². Zejula er fra tidligere godkjent for offentlig finansiering ved behandling av platinasensitiv BRCA-villtype pasienter med tilbakefall (2.linje og senere)³ og fra 01.08.2021 ble Zejula også godkjent for offentlig finansiering av monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte pasienter (1.linje)⁴

Indikasjoner: Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekreft, kreft i eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) etter fullføring av førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, høygradig serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Dosering: Behandling bør igangsettes og overvåkes av lege med erfaring med kreftlegemidler. Anbefalt dosering ved førstelinjebehandling er en startdose på 2 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For pasienter ≥ 77 kg og med trombocytverdier ved baseline $\geq 150\ 000/\mu\text{l}$, er anbefalt startdose 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For andrelinjebehandling, er startdosen 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. Dosereduksjon er anbefalt ved tilbakevendende bivirkninger. Den vanligste vedlikeholdsdosen ved andrelinjebehandling er 200 mg. Hos pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (ASAT og/eller total bilirubin $> 1,5 \times - 3 \times \text{ULN}$), er den anbefalte startdosen med Zejula 200 mg én gang daglig.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Kontraindikasjon: Amming. **Forsiktighetsregler:** *Hematologiske bivirkninger* (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytverdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåkning av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocytverdiene brukes med forsiktighet. Tilfeller av *myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML)* har blitt observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. *Hypertensjon*, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåking i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. *Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES)* er en sjelden, reversibel neurologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke symptomer. **Bivirkninger:** $\geq 10\%$ av studiepasientene fikk følgende bivirkninger: Kvalme, anemi, trombocytopeni, fatigue, konstipasjon, oppkast, hodepine, insomni, redusert trombocytverdi, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggsmelter, redusert leukocytverdi og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene $> 1\%$ (behandlingsrelaterte frekvenser) var trombocytopeni og anemi.

Se preparatomtalen om bivirkningshåndtering og full informasjon før forskrivning av Zejula.
Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 71703,20. 84 stk. (blister) kr 107536,70. Rabattert pris er gjeldende i Norge. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Referanser: 1. LIS anbefalinger for onkologiske og kolonstimulerende legemidler, effektive fra 01.07.2021. (<https://sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi#anbefalinger-avtaleprodukter>)
2. Beslutningsforum møte, 30.08.2021 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering>)
3. Beslutningsforum møte, 25.05.20. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii>)
4. Beslutningsforum møte, 21.06.21. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv>)
PM-NO-NRP-JRNA-210001, september 2021

GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon 22 70 20 00
Org. nr. 930 606 308
gskpro.com/nb-no

Ny tvangslov umyndiggjør kommunehelsetjenesten

Demensomsorg er i hovedsak et kommunalt ansvar. I nytt forslag til tvangslov får ikke lenger kommunehelsetjenesten selv bestemme medisinerer av pasienter med demens.

Det er bra at Tidsskriftet i utgave 17/2021 har satt forslaget til ny tvangslov på lederplass (1). Det er et problem i seg selv at lovutkastet er så omfattende at det er vanskelig å gå i detaljer på alle områder. Legeforeningens høringsuttalelse er på tolv A4-sider (2). Selv i en så lang uttalelse berøres ikke alle konsekvenser av de mange foreslåtte endringene. Tidligere er det fra kommunehelsetjenesten uttrykt stor skepsis til lovforslaget (3).

«Man må først rådføre seg med en psykiater, som sannsynligvis ikke har sett en kommunal institusjon fra innsiden siden turnustjenesten»

Fra kommunehelsetjenestens ståsted vil jeg påpeke et forhold som kan karakteriseres som skandaløst dersom det gjennomføres. Det gjelder bruk av antipsykotiske legemidler, der det nye forslaget umyndiggjør kommunal helsetjeneste. Dagens retningslinjer er fornuftige og sier at behandlende lege skal rådføre seg med annet helsepersonell før oppstart av behandling. Her menes ved sykehjem ansvarlig sykepleier, som kjenner pasienten godt (4). I det nye lovforslaget foreslås det at «den vedtaksansvarlige [...] må stå under veiledning av en psykiater i psykisk helsevern i den konkrete saken» (5). Nå skal altså ikke behandlingsteamet på den kommunale institusjonen lenger få bestemme nødvendig medisinerer alene. Man må først rådføre seg med en psykiater, som sannsynligvis ikke har sett en kommunal institusjon fra innsiden siden turnustjenesten, og som heller ikke har

erfaring med vanlig demensomsorg i kommunene.

Kommunal demensomsorg

I dag er det aller meste av demensbehandling et kommunalt anliggende. Bare i tilfeller med atypisk symptomatologi, diagnostisering av yngre demenssyke eller spesielt utfordrende problematikk er spesialisthelsetjenesten en kort periode koplet på. Folkehelse rapporten fra 2021 angir at i overkant av 80 % av de ca. 40 000 beboerne ved sykehjem i Norge har demens (6). I større kommuner og byer er legebemanningen ved sykehjem som følge av samhandlingsreformen betraktelig styrket de siste årene, og mange leger har store stillingsandeler eller hele stillinger. En del sykehjemsleger er også godkjent i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin. En betydelig del av kommunal demensomsorg er organisert i egne avdelinger der personellet har høy kompetanse.

I den kommunale behandlingen av «hverdagsdemens» har også antipsykotika sin plass. Mange pasienter med demenssykdom har hallusinasjoner og paranoide forestillinger, og små doser antipsykotika kan ha god effekt mot slike symptomer. I en registrering av alle de 1 300 sykehjemspasientene i Trondheim i 2020 var forbruket av antipsykotika på 5,7 definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn (A.G. Hageler, personlig meddelelse). For det mest brukte preparatet, risperidon, tilsvarer én definert døgndose 5 mg. Ved behandling av pasienter med demens brukes ofte langt lavere doser, og i de fleste tilfeller under 1,5 mg. Dette innebærer at 15–20 % av pasientene ved sykehjemmene i Trondheim blir behandlet med antipsykotika. Overført til landsbasis betyr det at omkring 6 000–8 000 pasienter ved kommunale institusjoner mottar behandling med antipsykotiske legemidler.

Umyndiggjøring av kompetanse

En sykehjemslege på en demensavdeling i en kommunal institusjon har jevnt over mer erfaring med behandling av demenssykes psykiske og adferdsmessige symptomer enn de fleste psykiatere, med unntak av de som jobber på alderspsykiatriske avdelinger. Men selv legene ved alderspsykiatriske avdelinger ser ikke mye til den gjennom-

snittlige demenspasient, fordi det store flertallet av pasientene aldri er innom spesialisthelsetjenesten. Kommunene opplever at det i dag er svært vanskelig å få lagt inn demente pasienter i spesialisthelsetjenesten, og begrunnelsen er at disse må håndteres i primærhelsetjenesten. De fleste psykiatere i spesialisthelsetjenesten har derfor begrenset erfaring med demensbehandling. At kommunale leger ved behandling av enkeltpasienter med antipsykotika nå skal måtte la seg veilede av leger i spesialisthelsetjenesten med mindre erfaring innen demens, blir en direkte feil måte å organisere omsorgen på.

«De fleste psykiatere i spesialisthelsetjenesten har begrenset erfaring med demensbehandling»

I det nye forslaget er det ikke engang nevnt at psykiateren skal være tilknyttet en alderspsykiatrisk avdeling. Mener virkelig forslagsstillerne at en hvilken som helst psykiater i spesialisthelsetjenesten har høyere kompetanse på behandling av demenssykdom enn fagfolk som jobber med dette på heltid i kommunen? En kan spørre seg om forslagsstillerne er orientert om utviklingen og kompetanseoppbyggingen som har skjedd i kommunene de siste årene. Forslaget bærer preg av en ovenfra og ned-holdning til primærhelsetjenesten, slik vi som begynte vår karriere i 1980-årene, husker noe av. Men vi trodde ærlig talt vi hadde kommet lenger i 2021.

Våre politikere har siden samhandlingsreformen vært enige om å bygge kompetanse i kommunene, og vår nye helseminister Ingvild Kjerkol har allerede understreket at dette skal prioriteres enda høyere. På bakgrunn av dette håper jeg politikere stopper de delene av lovutkastet der både uvitenhet om kompetanse og umyndiggjørende holdninger til oss i primærhelsetjenesten skinner gjennom.

Mottatt 18.12.2021, første revisjon innsendt 12.1.2022, godkjent 17.1.2022.

TORGEIR FJERMESTAD

torgeirf@online.no

er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, fastlege ved Ranheim legesenter og overlege i Trondheim kommune.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Fixdal T, Aulie H. Tvang kan være god omsorg. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0774.
- 2 Den norske legeforening. Høring: Oppfølging av forslagene fra tvangslovutvalget. Brev 5.11.2021. Lest 17.1.2022.
- 3 Innerdal C, Folgerø T, Sundar T. Et vådeskudd som rammer alvorlig syke pasienter. Dagens medisin 22.11.2021. Lest 17.1.2022.
- 4 Helsedirektoratet. Kapittel 16. Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). I: Demens. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet 2019.
- 5 NOU 2019: 14. Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. §6-4 4. ledd, side 759.
- 6 Strand BH, Vollrath ME, Skirbekk VF, Demens. Folkehelse rapporten [oppdatert 23.2.2021]. Lest 17.1.2022.

ANNONSE

Jardiance®
(empagliflozin)

Jardiance (SGLT2-hemmer, Empagliflozin). **Indikasjoner:** Diabetes mellitus type 2: Til voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet. Gis som monoterapi når metformin er uegnet pga. intoleranse, eller i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for informasjon om kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som er studert. **Hjertesvikt:** Jardiance er indisert til voksne for behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon. **Dosering:** Diabetes mellitus type 2: Anbefalt startdose er 10 mg 1 gang daglig. Kan økes til 25 mg 1 gang daglig hvis 10 mg 1 gang daglig tolereres godt. **Hjertesvikt:** Anbefalte dose er 10 mg empagliflozin én gang daglig. **Alle indikasjoner:** Ved kombinasjon med sulfonylurea eller insulin kan lavere dose av sulfonylurea eller insulin vurderes for å redusere risikoen for hypoglykemi. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler: Bør ikke gis ved:** Diabetes type 1, ketoacidose, alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, til eldre >85 år, barn, gravide og ammende. Pasienter skal umiddelbart undersøkes for ketoacidose ved symptomer på DKA, uavhengig av blodglukosenivå. Ved DKA skal empagliflozin seponeres. Behandling skal avbrytes ved større kirurgiske inngrep eller akutte, alvorlige sykdommer og kan gjenopptas når tilstanden er stabilisert. Forsiktighet bør utvises ved pasienter hvor blodtrykksfall kan utgjøre en risiko. Midlertidig behandlingsavbrudd bør vurderes ved komplisert urinveisinfeksjon. **Diabetes mellitus type 2:** Ved etablert kardiovaskulær sykdom kan empagliflozin brukes helt ned til eGFR ≥ 30 ml/min/1.73 m². Ved

diabetes mellitus type 2 uten etablert kardiovaskulær sykdom skal empagliflozin ikke initieres ved moderat nedsatt nyrefunksjon (estimert GFR <60 ml/min/1.73 m²) og skal seponeres dersom eGFR er vedvarende redusert til <45 ml/min/1.73 m². **Hjertesvikt:** Jardiance anbefales ikke hos pasienter med eGFR <20 ml/min/1.73 m². **Utvalgte bivirkninger:** Genital infeksjoner, kompliserte urinveisinfeksjoner, volumdepleksjon, hypoglykemi (ved kombinasjon med insulin eller sulfonylurea). Sjeldne tilfeller av diabetisk ketoacidose (DKA) og Fourniers gangren. **Pris:** Jardiance 10 mg, 30 stk., 482,20 kr., 90 stk.: 1315,40 kr. Jardiance 25 mg, 30 stk. 551,70 kr. 90 stk. 1527,00 kr. **Refusjon: Diabetes mellitus type 2:** Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med andre perorale blodsukkersenkende legemidler og/eller insulin i tråd med godkjent preparatomtale. **Hjertesvikt:** Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med ejeksjonsfraksjon (EF) mindre eller lik 40 % bestemt ved ekkokardiografi, angiografi, myokardscintigrafi, computertomografi (CT) eller magnettomografi (MR). **Refusjonskoder:** Diabetes mellitus type 2: ICPC T90; Diabetes type 2, ICD-10 E11; **Diabetes mellitus type 2, vilkår: 232:** Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin. **Hjertesvikt:** ICPC K77; Hjertesvikt, ICD-10 I50; Hjertesvikt. **Reseptgruppe: C. Kontaktoplysninger:** Boehringer Ingelheim Norge KS, Hagaløkkveien 26, Postboks 4051383 Asker. Telefon: 66 76 13 00. E-post: medinfo.no@boehringer-ingelheim.com, www.boehringer-ingelheim.no. Dato for utforming av reklamen: 18.01.2022. Se felleskatalogen for full preparatomtale.



**Boehringer
Ingelheim**

Boehringer Ingelheim Norway KS
Postboks 405, 1373 Asker
Tlf: 66 76 13 00
www.boehringer-ingelheim.no

NYHET!

Indikasjon
og refusjon
for HFrEF^{1,f1}



STYRK DINE PASIENTERS HJERTESVIKT- BEHANDLING MED Jardiance® (empagliflozin)

NYHET! Nå indikasjon og refusjon for behandling av voksne med symptomatisk kronisk **hjertesvikt** med redusert ejejsjonsfraksjon^{1,f1}

Dokumentert effekt

- 25 % RRR i CV-død eller HHF når gitt på toppen av standardbehandling^{#,2,f4,f5}
- Forsinket fallet i eGFR over tid^{§,2,f10}

Dokumentert sikkerhetsprofil²

En tablett én gang daglig¹

- 10mg, ingen titrering¹, uavhengig av måltid²
- Kan initieres ned til eGFR ≥ 20 ml/min/1,73 m²¹

Bør ikke gis ved: Diabetes type 1, ketoacidose, alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, til eldre >85 år, barn, gravide og ammende.

Refusjonsberettiget bruk: Hjertesvikt: Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med ejejsjonsfraksjon (EF) mindre eller lik 40 % bestemt ved ekkokardiografi, angiografi, myokardscintigrafi, computertomografi (CT) eller magnettomografi (MR). **Refusjonskoder:** ICPC K77; Hjertesvikt, ICD-10 I50; Hjertesvikt.

Fotnoter: f1. Voksne pasienter med kronisk hjertesvikt (NYHA-klasse II, III eller IV) og redusert ejejsjonsfraksjon (LVEF < 40 %). f4. I EMPEROR-Reduced®-studien: En randomisert, dobbeltblind, parallellgruppe, placebokontrollert event-drevet studie som omfattet 3.730 pasienter med HFrEF, ble effekten og sikkerheten til JARDIANCE® 10 mg (n=1.863) evaluert opp mot placebo (n=1.867). Det primære sammensatte endepunktet i EMPEROR-Reduced®-studien bestod av kardiovaskulær død og sykehusinnleggelse grunnet hjertesvikt, analysert som tid til første hendelse. Pasienter behandlet med JARDIANCE® opplevde en 25 % RRR på dette endepunktet (HR=0,75; 95 % KI: 0,65-0,86; p<0,001). f5. Standardbehandling: Alle pasienter fikk egnet behandling for hjertesvikt, inkludert diuretika, hemmere av renin-angiotensinsystemet og neprilysin, betablokkere, mineralokortikoidreseptorantagonister og hjerteapparater når indisert. f10. Nedgangen i eGFR var et forhåndsdefinert, sekundært endepunkt i EMPEROR-Reduced®-studien.

Referanser: 1. JARDIANCE® (empagliflozin) SPC, 10.07.21, avsnitt 4.1, 4.2, 4.8, 5.1. 2. Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1422 (EMPEROR-Reduced® results and the publication's Supplementary Appendix.) 3. Butler J, Zannad F, Filippatos G, Anker SD, Packer M. Ten lessons from the EMPEROR-Reduced trial. Eur J Heart Fail. 2020;22(11):1991-1993.

HR = 0,75; 95 % KI: 0,65-0,86; p<0,001. ARR=5,2%³

§ Forskjell i eGFR helningsgrad = 1,73 (ml/min/1,73 m²) pr år, p<0,001, KI: 1,10-2,37



Boehringer
Ingelheim

JAR211021H01277

Boehringer Ingelheim Norway KS
Postboks 405, 1373 Asker
Tlf: 66 76 13 00
www.boehringer-ingelheim.no

Jardiance®
(empagliflozin)

Psykiatriens forventningskrise

Den norske debatten om psykisk helsevern avdekker stor avstand mellom forventninger og virkelighet. I somatikken godtar vi at sykdommer er kroniske og dødelige. Hvorfor gjelder ikke det i psykiatrien?

Fortsatt blir mennesker psykotiske og tar liv. Slike hendelser omtales gjerne som «katastrofer» og som tegn på at psykiatrien har «mislyktes» (1). Fortsatt finnes det rusavhengige, og fortsatt dør noen av overdose etter endt behandling i institusjon. Da konkluderer avisene med at «systemet har sviktet» (2). Fortsatt begår mennesker med psykiske lidelser suicid, og ikke sjelden blir mediens historie at «han kunne vært reddet» – altså må det ha skjedd en feil (3). Sammen danner slike oppslag et tydelig budskap: Psykiatrien er i krise (4).

«Problemet oppstår idet forventningene blir urealistisk høye»

Forsvarere hevder at psykiatrien er underfinansiert (5), og det tas til orde for at lovverket ikke åpner tilstrekkelig for å gi pasientene nødvendig tvangsbehandling (6). Ansatte i psykiatrien rapporterer om maktesløshet og en følelse av å ikke kunne gi pasientene den hjelpen de fortjener (7). Vi tror mye kunne vært bedret dersom den offentlige samtalen fokuserte mer på det som ligger til grunn for mange av disse uenighetene: ulike forventninger til psykiatrien. Vår hypotese er at «krisen i psykiatrien» også er en forventningskrise – en opplevelse av krise som skyldes at urealistiske forventninger stadig ikke blir innfridd.

Forventninger og nytte

Det finnes evidens for at forventningene til psykisk helsevern er av betydning. Pasienter blir mer fornøyd når de får den behandlingen de forventer å få (8), hvilket understreker viktigheten av realistiske forventninger. En oversiktsstudie viser at de som forventer behandling av høy kvalitet, oppgir høyere grad av tilfredshet med tjenesten enn de som forventer behandling av lav kvalitet (8). Det er altså ikke et poeng i seg selv å senke forventningene til psykiatrien – det kan være en fordel at pasientene forventer god behandling.

Problemet oppstår idet forventningene

blir urealistisk høye. Studier har nemlig vist at behandlingsresultatet påvirkes negativt av forventninger som ikke blir møtt, og at tiltak som justerer pasientenes forventninger, gir en bedre opplevelse av behandlingskvaliteten. Disse funnene gjelder også pasienter innlagt på psykiatriske institusjoner (9).

Ofte er det slik at pasienter og leger har divergerende oppfatning av hva det innebærer å gi behandling av høy kvalitet (10). En studie utført av norske distriktspsykiatriske sentre (DPS) viste at dette også gjelder norsk psykiatri (11). Internasjonale studier tyder på at mange pasienter forventer at deres rolle kun består i å snakke med terapeuten, at terapeuten skal styre samtalen, at terapien skal gi en «quick fix» og at det ikke forventes at man gjør noe selv mellom terapitimene (12).

Vår hypotese er at mange ansatte, pårørende og pasienter har urealistiske forventninger til hva psykisk helsevern kan gjøre for sine pasienter. Med *urealistisk* mener vi her alle forventninger som ikke er tro mot virkeligheten. Selv optimal behandling kan ikke hjelpe alle, noe vi tror er bedre akseptert i somatikk enn i psykiatri. For å illustrere dette vil vi kort sammenligne noen av forventningene til den psykiatriske og den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Hvor går grensen?

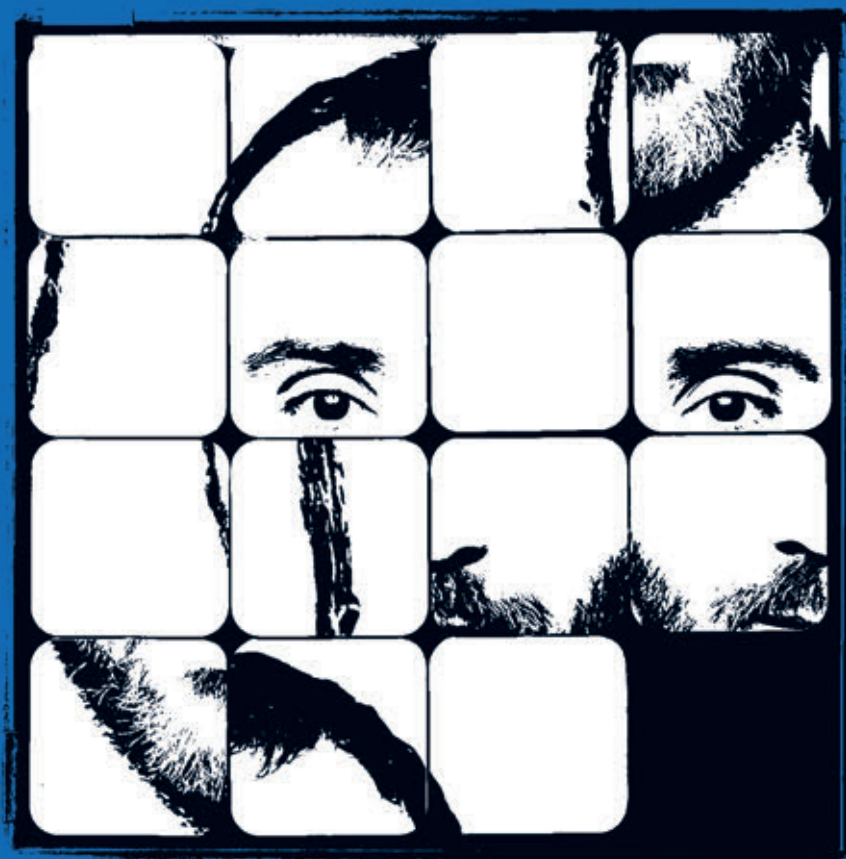
I psykiatrien mangler det ofte velavgrensede endepunkter for behandling, spesielt i de mest alvorlige tilfellene. Hvor langvarig bør en terapi være, og når er pasienten frisk nok? Noen av behandlingsretningslinjene inkluderer forslag til varighet, for eksempel 16–20 timer psykoterapi ved moderat til alvorlig depresjon, men for de fleste alvorlige tilstander blir anbefalingene vage og gir bud om «tilpasning» (13). Siden forventningene til den psykiske helsehjelpen som regel er omfattende og diffuse, og det forventes at nær sagt hele personens livsanskuelse skal behandles, ofte i overskuelig fremtid, oppstår det konflikter. Uklare forventninger og uklare føringer medfører gjerne medieoppslag der man fastslår at behandlingen ble avsluttet etter for kort tid (14).

En forverring av kols behandles ved at den midlertidige forverringen stabiliseres, og behandlingen regnes som vellykket selv om pasienten skulle komme tilbake et par måneder senere med ny forverring. Dersom en psykiatrisk pasient behandles med samme intensitet og likevel får en forverring få måneder senere, vil den psykiatriske behandlingen raskt anses som mislykket. Slike tilfeller omtales ofte i mediene som psykiatriens «svingdørspasienter» (14, 15). Denne type nedlatenhet brukes sjelden om somatikens pasienter. Premisset for disse oppslagene er at det ikke er sykdommen som gir manglende bedring, men den mangelfulle behandlingen pasienten har fått. Aksepten for at også psykiske lidelser kan være kroniske, synes lav.

I helsevesenet strekker vi oss langt for å forlenge liv og derigjennom utsette døden. Samtidig ser vi fantasier om nullvisjon for dødsfall i psykiatrien – og for psykiatriske selvmord i særdeleshet. Det har aldri vært et spørsmål om vi skal dø, men *når* og *av hva*. I Norge dør i overkant av 40 000 mennesker hvert år. Hvorfor er det blitt et uttalt mål at samtlige av disse dødsfallene skal kunne tilskrives somatisk årsak? En nullvisjon for psykiatriske dødsfall er bare rasjonell dersom samtlige psykiatriske dødsfall de facto kunne vært unngått. Slik er det dessverre ikke.

«Selv optimal behandling kan ikke hjelpe alle, noe vi tror er bedre akseptert i somatikk enn i psykiatri»

Palliasjon har med tiden blitt en betydningsfull og viktig del av legeyrket, som formulert i den velkjente aforismen «sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste» (16). For psykiatrien er det derimot lite toleranse for at nok er nok. Psykiatrisk palliasjon finnes det heller ingen tilbud om. Sistnevnte ville nemlig krevd aksept for at også psykiske lidelser kan være intraktable og dødelige. I somatikken søker man å avslutte nytteløs behandling. Og avslutning av livsforlengende behandling med begrenset nytte og potensial for skade, kaller man *behandlingsbegrensning* (17). Når man derimot avslutter nytteløs eller skadelig behandling i psykiatrien, blir det ofte slått opp i mediene med overskrifter av typen «får ikke flere sjanser» – som om psykiatrien ønsker å ta livet av sine pasienter (18).



Illustrasjon: DmitryKazitsyn og Morsa Images, via iStock. Kollasje av Tidsskriftet.

Ulike forventninger

Den som hevder at psykiatrien er i krise, bør først forsøke å flytte forventningene vedkommende har til psykiatrien over på somatikken. La oss spørre: Hvilke somatiske behandlingsformer er det som avkreves en nullvisjon for død, ikke vedkjenner seg kroniske, uhelbredelige tilstander, motsetter seg palliasjon og behandlingsbegrensning samt har hele livsanskuelsen som endepunkt i overskuelig fremtid? Verken psykiatrien eller somatikken vil noen gang kunne klare å leve opp til psykiatriens krav om suksess. Ikke engang om hele oljefondet øremerkes til psykisk helsevern. Derfor bør vi heller begynne å stille realistiske krav til psykiatrien og våge å diskutere hva vi rimeligvis kan forvente.

Veien frem mot realistiske forventninger til psykiatrien er lang. For hvor kommer

egentlig de urealistiske forventningene til psykiatrien fra? Vi gir ikke noe svar i denne kronikken. Trolig trengs det en mer åpen og ærlig samfunnsdebatt over lengre tid samt både historiske, sosiologiske og vitenskaps-teoretiske blikk på psykiatriens egenart. Som en sped begynnelse tillater vi oss å fremme to konkrete forslag til mer realisme.

For det første: Nullvisjoner bør i hovedsak unngås. Særlig bør vi avvike nullvisjonen for selvmord som ble foreslått av helseminister Bent Høie i 2020 (19). Per Fugelli tok et oppgjør med ideen om nullvisjon for noen tiår tilbake, og kritikken hans er like aktuell i dag (20). En nullvisjon innebærer at vi på samfunnsnivå har en moralsk forpliktelse til å unngå ethvert tilfelle av en gitt negativ hendelse. Hovedproblemet med en nullvisjon er at den ser bort fra kostnadene,

både de økonomiske og moralske. Mengden av tvang og overbehandling som må til for å kunne innfri en nullvisjon om psykiatriske dødsfall, er trolig langt over det samfunnet egentlig ønsker.

Å godta at det finnes mennesker som blir så alvorlig psykisk syke at de dør av det, og at dette kan skje uten at psykiatrien har sviktet, er en klokere holdning til dette komplekse feltet. På samme måte som vi snakker om at pasienter «tapte kampen mot kreften», bør vi kunne si at noen pasienter rett og slett «tapte kampen mot depresjonen». Vi aner også konturene av nullvisjonstendenser for tvang i psykiatrien (21). En forbilledlig motstemme mot dette ble fremmet i en kronikk som argumenterte for at vi må tåle noen av psykiatriens «ubehagelige sannheter» bedre enn vi gjør i dag (22).

For det andre: Psykiatrien bør engasjere

seg i Legeforeningens kampanje Gjør kloke valg, der målet er at helsepersonell og pasienter sammen skal velge klokt innen diagnostikk og behandling (23). Norsk psykiatrisk forening er snart den eneste medisinske spesialistforeningen som ikke har foreslått tiltak for å redusere overbehandling innenfor eget spesialistfelt. Dette er neppe tilfeldig, men snarere symptomatisk for et spesiale som mangler en ordentlig intern forventningsavklaring. De fleste leger er nok fullt klar over de realitetene vi har beskrevet i denne kronikken. Likevel er det en vei å gå før psykiatrien klarer å bruke denne innsikten til å gjøre kloke valg. «Sjelden kurere, ofte lindrer, alltid trøste» bør gjelde for hele medisinen.

Realistiske forventninger

Noen vil kanskje mistenke oss for å ha lave ambisjoner på psykiatriens vegne. Det er feil. Psykiatrien kan bidra til å løfte et menneske ut av en dyp depresjon og på den måten endre hele livsanskuelsen til vedkommende. Psykiatrien kan hjelpe et menneske

ut av en psykose og på den måten bringe dette mennesket tilbake til virkeligheten. Sammenlignet med somatikens behandlingsmål er dette nærmest for hybris å regne – og likevel lykkes man ofte. Vi tør hevde at behandling av alvorlige psykiske lidelser er noe av det viktigste og flotteste helsevesenet har å tilby.

«En nullvisjon for psykiatriske dødsfall er bare rasjonell dersom samtlige psykiatriske dødsfall de facto kunne vært unngått. Slik er det dessverre ikke»

Samtidig bør vi klare å ha to tanker i hodet samtidig, for realistiske forventninger er en forutsetning for optimalisert behandling. Og det er skjellig grunn til å mistenke at urealistiske forventninger til psykiatrisk behandling hos pasienter, pårø-

rende og politikere gjør selve behandlingen dårligere enn den ellers kunne vært. Ett eksempel på dette er etableringen av såkalt medikamentfri behandling i psykiatrien. En norsk studie har vist at flertallet av pasienter på Jæren DPS ønsket seg et medikamentfritt behandlingstilbud. Forfatterne tolker disse funnene klokt når de skriver at dette kan «forstås som en frustrasjon over vedvarende symptomer, bivirkninger og stort lidelsestrykk på tross av medisinbruk» (24).

Ønsket om å slippe medisiner er nok ofte et uttrykk for urealistiske forventninger, et håp om å slippe sykdommen. Dessverre er det ikke alltid slik at om bare hjelpen hadde kommet tidligere, eller man hadde fått den behandleren eller behandlingsformen man ønsket, så ville alt gått bra. For også psykiatrisk sykdommer kan være inkurabile og dødelige. Det må vi akseptere. Først da tar vi de psykiatriske pasientene på alvor.

Tusen takk til Julie Evensen, Jacob Jorem, Borgar Jølstad og Jan Ivar Røssberg for nyttige innspill.

Mottatt 15.12.2021, godkjent 12.1.2022.

ANDERS MALKOMSEN

anders.malkomsen@gmail.com

er lege i spesialisering i psykiatri ved Nydalen distriktpsykiatriske senter og stipendiat ved Seksjon for behandlingsforskning, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CARL TOLLEF SOLBERG

er ph.d., lege, filosof og seniorforsker ved Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Haugan B, Ertesvåg F. Frp etter Kongsberg og Bislett: – En katastrofe. VG 14.11.2021. Lest 12.1.2022.
- Fjellidalen H. Jannes mann døde av overdose – flere dør med legemidler som «oxy» enn heroin. NRK 26.9.2020. Lest 12.1.2022.
- Hovland J, Moland A. Monika mistet sønnen i selvmord: – Han kunne vært reddet. NRK 28.8.2016. Lest 12.1.2022.
- Helsepartiet. Nok festtaler: Psykiatri og psykisk helsevern er i krise! Lest 12.1.2022.
- Flor J. Bærebjelken i psykisk helsevern er råtten. Aftenposten 19.8.2020. Lest 12.1.2022.
- Rasmussen K, Rosenqvist R, Melle KH. Vi vet hva som trengs i det psykiske helsevernet. Lest 12.1.2022.
- Dieset I. En vanlig dag på akuttpsykiatrisk avdeling. NRK 19.11.2021. Lest 12.1.2022.
- Crow R, Gage H, Hampson S et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess 2002; 6: 1–244.
- Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. Soc Sci Med 2001; 52: 985–98.
- Shannon SE, Mitchell PH, Cain KC. Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care. J Nurs Scholarsh 2002; 34: 173–9.
- Bjørngaard JH, Ruud T, Garratt A et al. Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. Psychiatr Serv 2007; 58: 1102–7.
- Armstrong S, Wammes M, Arcaro J et al. Expectations vs reality: The expectations and experiences of psychiatric treatment reported by young adults at a mood and anxiety outpatient mental health program. Early Interv Psychiatry 2019; 13: 633–8.
- Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Lest 12.1.2022.
- Pedersen TL. Gunhild er svingdørpatient. Bergens Tidende 23.9.2003. Lest 12.1.2022.
- Eliassen H. Stortinget stanser nedbygging av psykiatrien. Tv2 Nyheter 15.2.2021. Lest 12.1.2022.
- Hem E. Tilbake til Hippokrates? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3577–8.
- Materstvedt LJ, Førde R. Fra aktiv og passiv døds-hjelp til eutanasi og behandlingsbegrensning. Tidsskr Nor Lægeforen 2011; 131: 2138–40.
- Sandvig H. Caroline ønsker å leve, men får ikke flere sjanser i psykiatrien. NRK 17.12.2020. Lest 12.1.2022.
- Regjeringen. Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025. Lest 12.1.2022.
- Fugelli P. O-visjonen – essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Tvangsbegrensningsloven NOU. 2019:14. Lest 12.1.2022.
- Gardsjord ES. En ubehagelig sannhet. NRK 18.10.2021. Lest 12.1.2022.
- Legeforeningen. Gjør kloke valg. Lest 12.1.2022.
- Heskestad S, Kallhovde AM, Jakobsen ES et al. Medikamentfri psykiatrisk behandling – hva mener pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0912.

Tidsskriftet
på Facebook



[FACEBOOK.COM/
TIDSSKRIFTET](https://facebook.com/tidsskriftet)

Daglig oppdatering med nye artikler. Lik oss på Facebook, og du vil bli gjort oppmerksom på aktuelle saker.

Klikk deg inn, fordyp deg i interessante temaer og del viktige artikler.

 Tidsskriftet

Enkel arytmidiagnostikk

Ambulant kontinuerlig langtids-EKG registrering



- Norsk
- Medisinsk sertifisert
- Enkel i bruk

Les mer
og bestill på
ecg247.com

- Nøyaktig*
- Avtalepriser
- Gjenbrukbar

ECG247 er i bruk ved >170 norske sykehus,
kardiologpraksiser og fastlegesentre

Appsens AS, Lillesand

*Sandberg, E. L., et al. (2021). "Diagnostic Accuracy and Usability of the ECG247 Smart Heart Sensor Compared to Conventional Holter Technology." Journal of Healthcare Engineering 2021: 5230947.

Vi trenger en ny strategi for leversykdom

Dødeligheten av leversykdom øker i Europa på grunn av høyt alkoholforbruk, overvekt og diabetes type 2. «Leverprøver» er lite treffsikre for å finne pasientene som trenger tidlig intervensjon. Vi skisserer en ny tilnærming til denne voksende pasientgruppen.

Leversykdom er nå den nest vanligste årsaken til tapte arbeidsår i Europa, kun slått av iskemisk hjertesykdom (1). En rykende fersk Lancet-rapport viser at kombinasjonen av overvekt og det høyeste inntaket av alkohol i verden nå skaper en negativ utvikling i Europa. Dårlig definerte pasientforløp, mangelfullt samarbeid mellom ulike deler av primær- og sekundærhelsetjenesten samt sosiale stigma knyttet til leversykdommer bidrar til at pasienter med signifikant leverfibrose ikke blir fanget opp. Ulikhet i helse, et satsningsområde for Legeforeningen, rammer hardt når det gjelder leversykdom: Lav sosioøkonomisk status er forbundet med økt forekomst av en rekke risikofaktorer for kronisk leversykdom og primær leverkreft, som helseskadelig alkoholinntak, bruk av rusmidler, overvekt – med ledsagende stigmatisering.

For å bedre situasjonen må helsetjenesten foreta radikale endringer. Vi må satse på forebygging i et folkehelseperspektiv. Vi trenger et system for å identifisere risikopasienter og tilby behandling før en tilstand progredierer til avansert leversykdom.

«Vi kan ikke ignorere 'lett forhøyede leverprøver'»

Overvektsepidemien gir leverkreft

Omkring en fjerdedel av befolkningen både globalt og i Europa har leversteatose (fett-lever) (2). Tall fra den norske HUNT3-studien indikerer høy forekomst av overvektsrelatert leversteatose også i Norge (3). Vi forventer betydelig økt forekomst av avansert leversykdom og hepatocellulært karsinom med den økende forekomsten av overvekt. Selv om et mindretall av de overvektige opplever slik progrediering, blir antallet stort fordi utgangstallet er høyt. Vi ser allerede økende antall levertransplantasjoner som følge av overvekts- og alkoholrelatert leversykdom i Norge. Ved overvekt opptrer hepatocellulært karsinom også uten cirrhose. I USA er overvektsrelatert leversykdom nå den van-

ligste indikasjonen for levertransplantasjon, og indikasjonen øker også hos ungdom (4). Sykdomsbyrden for avansert leversykdom knyttet til overvekt vil dobles i perioden 2016–30, med enorme konsekvenser – for Europa estimert til over 35 milliarder euro i direkte kostnader og ytterligere 200 milliarder euro i samfunnsøkonomiske tap (1).

Den aldersjusterte prevalensraten for primær leverkreft på bakgrunn av overvektsrelatert leversykdom er doblet de siste 30 årene. Primær leverkreft er nå den kreftsykdommen med den tredje høyeste mortaliteten på verdensbasis. Påvisning i tidlig stadium gir gode muligheter for kurativ behandling og sparte leveår.

Overhenvisning og underdiagnostikk

Hepatitt C kan nå kureres. Pågående randomiserte fase III-legemiddelstudier vil snart resultere i effektiv medikamentell behandling av både autoimmune og overvektsrelaterte leversykdommer. Da kan vi ikke ignorere «lett forhøyede leverprøver».

Samtidig er det vi i hverdagen omtaler som «leverprøver», lite treffsikkert. Blant det enorme antallet pasienter med steatose utvikler bare et fåtall avansert leversykdom. Transaminasemålinger har dårlig sensitivitet som screeningmetode for fibrose og underestimerer prevalensen av både alkoholrelatert og overvektsrelatert leversykdom (2, 5). Blant pasienter med steatose er det ikke uvanlig med moderat forhøyede transaminaseverdier (< 120 U/L), mens disse er normale hos mange (opptil 91 %) pasienter med cirrhose (6). De vil imidlertid fanges opp med enkle algoritmer utregnet fra ordinær biokjemi.

Ved kroniske leversykdommer er fibrose den klart viktigste prognostiske faktoren og det springende punktet for valg av strategi og tjenestenivå. Vi som jobber med leversykdommer, må tydelig formidle hvilken algoritme som bør brukes for påvisning av leverfibrose og når spesifikke fibrosetester eller leverstivhetsmåling (elastografi) bør tas. Vi bør også gi klare retningslinjer for hvilke pasientgrupper som bør ivaretas av spesia-

listhelsetjenesten. Mangelen på en klar strategi bidrar til at mange personer med klinisk signifikant leversykdom ikke fanges opp – for eksempel blant pasienter med type 2-diabetes. En betydelig andel av disse har leverfibrose.

Risikogrupper

Alle pasienter med fedme eller metabolsk syndrom bør sjekkes for leversykdom, slik de europeiske foreningene for diabetes, overvekt og leversykdommer anbefaler i en felles veileder (7). Prevalensen av steatose er svært høy (75–92 %) ved fedme (BMI > 30) og over 90 % ved sykkelig overvekt (BMI > 35) (1). Type 2-diabetes utgjør en særlig risiko, da én av åtte med denne diagnosen utvikler avansert fibrose (8).

«Mangelen på en klar strategi bidrar til at mange personer med klinisk signifikant leversykdom ikke fanges opp»

Personer med helseskadelig alkoholinntak bør også sjekkes for leverfibrose ved regelmessige kontroller. Underdiagnostikken er svært høy. En studie avdekket at kun en fjerdedel av pasientene med alkoholrelatert cirrhose ble diagnostisert før dekompensert stadium (1). Samtidig overvekt og høyt forbruk av alkohol, også lavere nivåer enn terskelverdiene for helseskadelig alkoholinntak, er forbundet med særlig økt risiko for fibroseutvikling (9, 10).

Moderne risikovurdering – hvem skal henvises?

Helseøkonomiske studier viser at sykdomsjakt (case-finding) i risikogrupper og en flertrinns triagering for avansert fibrose er kostnadseffektivt. Flere personer med avansert leversykdom identifiseres, og en større andel av dem som ikke trenger spesialistoppfølging, allokteres til videre oppfølging i primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten, og hjerte-, overvekts- og diabetespoliklinikkene, blir sentrale for å identifisere pasienter i risikogruppene ved hjelp av standardiserte leverprøver og fibrosetesten FIB-4 (ramme 1 og ramme 2).

Pasienter med forhøyet FIB-4-skår bør henvises for videre vurdering med mer spesifikke fibrosemarkører (f.eks. forsterket leverfibrosetest (enhanced liver fibrosis test, ELF-test)) eller leverstivhetsmåling.

Bildedagnostikk og utredningsprøver med tanke på andre vanlige årsaker til leversykdom (immunglobuliner, autoantistoffer og virusserologi) bør fortsatt tas ved forhøyede verdier på leverprøver eller fibrose-test, men normale prøveverdier skal ikke

«Vi oppfordrer laboratorietjenesten ved norske sykehus til å sørge for automatisk utregning av FIB-4-skår og implementering av de spesifikke fibrosetestene vi trenger for å følge de internasjonale retningslinjene»

forhindre vurdering av fibrose. Dersom fibrosetest utelukker avansert fibrose og pasienten tilhører en risikogruppe, kan pasienten følges videre i primærhelsetjenesten med jevnlig kontroll av leverprøver og FIB-4-test. Øvrige pasienter henvises til gastroenterologisk vurdering.

Fibrosevurdering

FIB-4-test fremheves nå som et godt valg for første evaluering av fibrose ved kroniske

leversykdommer. FIB-4-skår regnes enkelt ut på bakgrunn av ASAT, ALAT, blodplater og alder, og er dermed billig og tilgjengelig. Analysen reflekterer stadium av leversykdom.

For å forbedre risikostratifisering anbefales det i en nylig internasjonal veileder at FIB-4-skår gis automatisk fra laboratoriet både ved mistenkt leversykdom og for risikogrupper i allmennpraksis (11). Lav FIB-4-skår (< 1,3) utelukker avansert leverfibrose med høy negativ prediktiv verdi hos voksne. Disse kan følges i allmennpraksis med livsstilsråd, leverprøver og repetert FIB-4-test etter 1–3 år. Høyere verdier ($\geq 1,3$) bør føre til videre undersøkelser. Slike verdier er også rapportert som en sterk prediktor for utvikling av hepatocellulært karsinom ved overvekt og steatose.

I en studie fanget implementering av FIB-4-testing ved årskontroll for type 2-diabetes opp 20 pasienter som fikk bekreftet avansert leversykdom ved påfølgende spesialistvurdering, mot 3 pasienter basert på standard oppfølging (oddsrate 6,71, $p = 0,002$) (12). FIB-4-test kan imidlertid ikke brukes til å stille diagnosen cirrhose, og serumbaserte fibrosetester er generelt dårlig validert hos barn. Pasienter med lav FIB-4-skår, men likevel sterk mistanke om leversykdom, bør derfor henvises til spesialist.

ELF-test og leverstivhetsmåling

Ved forhøyet FIB-4-skår bør man i andrelinjetjenesten utføre fibrosevurdering med patenterte fibrosetester eller leverstivhetsmåling med elastografi. Lancet-kommisjonen går et skritt lenger og anbefaler dette direkte ved bl.a. type 2-diabetes eller alkoholoverforbruk (1, 11). Patenterte fibrosetester måler faktorer som aktivt inngår i fibrogenesen og er mer presise enn FIB-4-test eller andre indirekte fibrosetester. Foreløpig er ingen patenterte fibrosetester tilgjengelige i Norge.

ELF-test er bredt validert som fibrosetest og prognostisk prediktor med bedre treffsikkerhet enn FIB-4-test for en rekke kroniske leversykdommer (13, 14). I britiske retningslinjer anbefales ELF-test for fibrosetesting ved ikke-alkoholisk leversykdom. Vi oppfordrer laboratorietjenesten ved norske sykehus til å sørge for automatisk utregning av FIB-4-skår og implementering av de spesifikke fibrosetestene vi trenger for å følge de internasjonale retningslinjene.

Leverstivhetsmåling er en etablert metode

for estimering av fibrosegrad ved en rekke kroniske leversykdommer. Målingen kan gjøres ved FibroScan-apparat, ultralydelastografi eller MR-basert elastografi (MRE), og utføres av sykepleier (FibroScan), radiolog, gastroenterolog eller annet helsepersonell med opplæring enten i primærhelsetjenesten, integrert i poliklinisk kontroll eller som egen undersøkelse ved røntgenavdelingen.

Leverstivhetsmåling med FibroScan er best validert og kan utføres av sertifisert sykepleier eller lege etter relativt kort opplæring, men krever et eget apparat. Ultralydelastografi tilbys som tilleggssapplikasjon for de fleste avanserte ultralydplattformene. FibroScan-apparat eller ultralydelastografi finnes ved noen sykehus i alle helseregioner, mens MR-basert elastografi ikke er klinisk tilgjengelig i Norge.

Vi mener at leverstivhetsmåling bør utføres rutinemessig som ledd i undersøkelsen når pasienter henvises til ultralyd av lever, enten henvisningsårsaken er utredning for leversykdom eller oppfølging av steatose eller annen kronisk leversykdom. Leverstivhetsmåling gjøres også hos barn.

«Leverstivhetsmåling bør utføres rutinemessig som ledd i undersøkelsen når pasienter henvises til ultralyd av lever»

Både ELF-test og leverstivhetsmåling skiller mellom pasienter med og uten cirrhose med høy negativ prediktiv verdi (15). De skiller også godt mellom pasienter med og uten signifikant fibrose. Både geografisk spredning og kapasitetshensyn tilsier at vi bør basere oss på ELF-test og elastografi som komplementære alternativer i fibrosediagnostikken i Norge.

Gjennomføring i praksis

Vi inviterer våre kolleger i primærhelsetjenesten, endokrinologer og kardiologer som følger personer med type 2-diabetes eller overvekt – og ikke minst spesialister innen medisinsk biokjemi og radiologi – til dialog for å etablere systematisk diagnostikk og oppfølging av pasienter med alkoholrelatert og overvektsrelatert leversykdom. Denne kronikken er ment som et utgangspunkt for denne dialogen.

Vi mener at personer som tilhører risikogruppene, må følges med FIB-4-skår som markør for leverfibrose like selvsagt som vi

Ramme 1

Standardisert leverprøvepanel
Standardisert leverprøvepanel bør minimum inneholde:
Alaninaminotransferase (ALAT)
Aspartataminotransferase (ASAT)
Alkalisk fosfatase (ALP)
Gamma-glutamyltransferase (GT)
Bilirubin
Blodplater
Albumin
INR (internasjonalt normalisert ratio)

Ramme 2

FIB-4-test
Fibrosetesten FIB-4 kan kalkuleres ved hjelp av formelen:
$FIB-4 = (\text{alder } [\text{år}] \times ASAT) / (\text{blodplater } [10^9/L] \times \sqrt{ALAT})$
FIB-4 < 1,3 kan utelukke avansert fibrose.

måler glomerulær filtrasjonsrate eller henviser personer med type 2-diabetes til øyevurdering. Dette må følges opp med mer spesifikke fibrosemålinger ved behov. Pasienter med progressiv leversykdom bør henvises til oppfølging hos gastroenterolog. FIB-4-skår bør gis som rutineprøvesvar ved alle landets laboratorier, og ved større sykehus er det en

selvfølge at ELF-test blir en del av analysetilbudet. Elastografitilbudet og -kapasiteten er i dag utilstrekkelig og bør bygges ut.

Alkohol- og overvektsrelatert leversykdom må anerkjennes som et folkehelseproblem. Strategier for å fange opp pasienter med høy risiko for progressiv leversykdom må innarbeides i de nasjonale faglige retnings-

linjene for diabetes, kardiovaskulære sykdommer og overvekt hos voksne samt i nasjonale handlingsplaner for fysisk aktivitet, overvekt og diabetes.

Mottatt 15.12.2021, godkjent 7.1.2022.

METTE VESTERHUS

mette.namdal.vesterhus@haraldsplass.no
er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege ved Gastromedisinsk seksjon, Haraldsplass Diagonale Sykehus og førsteamanuensis ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Hun er prosjektleder for Nasjonalt nettverk for autoimmune leversykdommer og styremedlem i Norsk gastroenterologisk forenings interessegruppe for leversykdommer.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredrags-honorar fra Siemens Healthineers.

KRISTIN KAASEN JØRGENSEN

er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege ved Gastromedisinsk avdeling og leder for Seksjon for leversykdommer på Akershus universitetssykehus. Hun er leder av Norsk gastroenterologisk forenings interessegruppe for leversykdommer og styremedlem i Nasjonalt nettverk for autoimmune leversykdommer.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SVEIN OSKAR FRIGSTAD

er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer og seksjonsoverlege ved Gastromedisinsk avdeling, Bærum sykehus, Vestre Viken. Han er styremedlem i Nasjonalt nettverk for autoimmune leversykdommer.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt konsultasjonshonorar fra Tillotts Pharma, Janssen-Cilag, Takeda, Bristol Myers Squibb og Gilead samt foredrags-honorar fra Pharmacosmos og Bristol Myers Squibb.

JOHN WILLY HAUKELAND

er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer og overlege ved Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Han er styremedlem i Norsk gastroenterologisk forenings interessegruppe for leversykdommer.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TOM HEMMING KARLSEN

er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, professor ved Universitetet i Oslo og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Seksjon for fordøyelsessykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Han er senterleder for Norsk senter for primær skleroserende kolangitt og har nylig ledet en EASL-Lancet-kommisjon for leversykdommer.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Karlsen TH, Sheron N, Zelber-Sagi S et al. The EASL-Lancet Liver Commission: protecting the next generation of Europeans against liver disease complications and premature mortality. *Lancet* 2022; 399: 61–116.
- Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D et al. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology* 2016; 64: 73–84.
- Croci I, Coombes JS, Bucher Sandbakk S et al. Non-alcoholic fatty liver disease: Prevalence and all-cause mortality according to sedentary behaviour and cardiorespiratory fitness. *The HUNT Study. Prog Cardiovasc Dis* 2019; 62: 127–34.
- Goldberg D, Ditah IC, Saeian K et al. Changes in the Prevalence of Hepatitis C Virus Infection, Nonalcoholic Steatohepatitis, and Alcoholic Liver Disease Among Patients With Cirrhosis or Liver Failure on the Waitlist for Liver Transplantation. *Gastroenterology* 2017; 152: 1090–1099.e1.
- Lindvig KP, Hansen TL, Madsen BS et al. Diagnostic accuracy of routine liver function tests to identify patients with significant and advanced alcohol-related liver fibrosis. *Scand J Gastroenterol* 2021; 56: 1088–95.
- Harman DJ, Ryder SD, James MW et al. Direct targeting of risk factors significantly increases the detection of liver cirrhosis in primary care: a cross-sectional diagnostic study utilising transient elastography. *BMJ Open* 2015; 5: e007516.
- European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol* 2016; 64: 1388–402.
- Younossi ZM, Golabi P, de Avila L et al. The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Hepatol* 2019; 71: 793–801.
- Åberg F, Helenius-Hietala J, Puukka P et al. Interaction between alcohol consumption and metabolic syndrome in predicting severe liver disease in the general population. *Hepatology* 2018; 67: 2141–9.
- Blomdahl J, Nasr P, Ekstedt M et al. Moderate alcohol consumption is associated with advanced fibrosis in non-alcoholic fatty liver disease and shows a synergistic effect with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism* 2021; 115: 154439.
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis - 2021 update. *J Hepatol* 2021; 75: 659–89.
- Mansour D, Grapes A, Herscovitz M et al. Embedding assessment of liver fibrosis into routine diabetic review in primary care. *JHEP Rep* 2021; 3: 100293.
- Parkes J, Roderick P, Harris S et al. Enhanced liver fibrosis test can predict clinical outcomes in patients with chronic liver disease. *Gut* 2010; 59: 1245–51.
- Sanyal AJ, Harrison SA, Ratziu V et al. The Natural History of Advanced Fibrosis Due to Nonalcoholic Steatohepatitis: Data From the Simtuzumab Trials. *Hepatology* 2019; 70: 1913–27.
- Rasmussen DN, Thiele M, Johansen S et al. Prognostic performance of 7 biomarkers compared to liver biopsy in early alcohol-related liver disease. *J Hepatol* 2021; 75: 1017–25.

NYTT OM LEGEMIDLER

Paxlovid godkjent til behandling av covid-19

Paxlovid fikk betinget godkjenning av europeiske legemiddelmyndigheter 27. januar 2022 (1). Godkjenningen gjelder behandling av voksne pasienter som er tidlig i sykdomsforløpet og som har økt risiko for å utvikle alvorlig covid-19.

Paxlovid er et antiviralt legemiddel i tablettform. Legemidlet inneholder to virkestoff, nirmatrelvir og ritonavir, i to ulike tabletter. Nirmatrelvir hemmer aktiviteten til et enzym som er nødvendig for at viruset skal formere seg, mens ritonavir er en CYP3A4-hemmer som forsinker nedbrytingen av virkestoffet nirmatrelvir.

Studier

Beslutningen bygger på en studie som viste at behandling med Paxlovid tidlig i forløpet av covid-19 reduserte risikoen for sykehusinnleggelse og død hos uvaksinerte pasienter som hadde minst en risikofaktor for utvikling av alvorlig covid-19. Studien inkluderte cirka 2000 uvaksinerte pasienter som fikk behandling med enten Paxlovid eller placebo senest fem dager etter første symptom på covid-19 (1). I den gruppen som fikk Paxlovid ble åtte av 1039 deltakere (0,8 %) innlagt på sykehus i mer enn 24 timer i løpet av den første måneden etter behandlingen. Tilsvarende ble 66 av 1046 (6,3 %) av de som fikk placebo, innlagt på sykehus eller døde. Det var ingen dødsfall i Paxlovid-gruppen mot 12 dødsfall i den gruppen som fikk placebo. Den absolutte gevinsten var mindre uttalt hos de deltakerne som allerede hadde antistoffer mot covid-19 ved inklusjon.

De fleste pasientene i studien var smittet av deltavarianten. Basert på funn i laboratoriestudier, er det forventet at Paxlovid også vil virke mot varianter av viruset, inkludert omikron.

Bivirkninger og interaksjoner

De kliniske studiene har vist liten risiko for bivirkninger ved bruk av Paxlovid. De vanligste bivirkningene rapportert er forbigående endret smak og diare. Ritonavir (som er et av virkestoffene i Paxlovid) hemmer CYP3A4 og påvirker nedbrytingen av en rekke vanlige legemidler (1). Leger som rekvirerer Paxlovid må ta forholdsregler for å unngå uheldige følger av dette. [Se interaksjoner.no](#)

Det er Helsedirektoratet som sammen med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og helseforetakene har overordnet ansvar for å sikre forsyninger av legemidler mot covid-19. Helsedirektoratet vil gi råd om prioritering og bruk av legemidlene. Råd om bruk i helseforetakene utformes i tett kontakt med fagmiljøene på sykehusene.

Anbefaler ikke bruk av ivermektin mot covid-19

Ivermektin er ikke godkjent for å forebygge eller behandle covid-19, verken i Norge eller i Europa (2). I Norge er ivermektin tabletter (Scatol) godkjent for behandling av ulike parasitter og skabb.

Før myndighetene eventuelt anbefaler ivermektin ved covid-19 er det avgjørende at effekt og sikkerhet er vist i store og godt gjennomførte studier. Europeiske og amerikanske legemiddelmyndigheter, samt Verdens helseorganisasjon (WHO), har vurdert kunnskapsgrunnlaget for bruk av ivermektin til forebygging og behandling av covid-19. De konkluderer med at data støtter ikke bruk - utenom i studier (3,4,5).

Pågående randomisert klinisk studie

Ivermektin testes nå ut i en stor randomisert og placebokontrollert studie ved Universitetet i Oxford, PRINCIPLE-studien (6). Studien tester ut ulike legemidler til behandling av covid-19-pasienter utenfor sykehus. Studieledeelsen opplyste i desember 2021 at den delen av studien som undersøker effekten av ivermektin er satt på pause, angivelig på grunn av leveranseproblemer.

Leger i Norge kan på eget ansvar bruke legemidler uten godkjent indikasjon når dette vurderes å være den beste løsningen i behandling av enkeltpasienter. Dette kalles «off label»-bruk, og vil også gjelde for ivermektin. Legemidlene må utleveres fra apotek.



Blodsukkersenkende legemidler og helseattest

Fra 1. januar 2023 skal pasienter som bruker blodsukkersenkende legemidler ha førerkort med maksimalt fem års gyldighet i førerkortgruppe 1 (inkl. klasse B). Pasienter som ikke allerede har dette, må i løpet av 2022 få ny tidsbegrenset helseattest (7). Attesten skal leveres til Statens vegvesen, som utsteder nytt førerkort.

Førerkort i førerkortgruppe 2 og 3 (C- og D klassene) skal ved neste fornyelse gis maksimalt tre års gyldighet ved bruk av blodsukkersenkende legemidler.

Personer med diabetes som ikke har behov for blodsukkersenkende legemidler kan fortsatt ha førerkort med vanlig varighet.

Bakgrunnen for endringen av førerkortforskriften er at EUs førerkortdirektiv stiller krav om legeerklæring minst hvert femte år i klasser som hører inn under førerkortgruppe 1. Det stilles krav om legeerklæring hvert tredje år i klasser innenfor førerkortgruppe 2 og 3. Den enkelte pasient bør følges opp med tanke på førerrett. Det er særlig viktig for sjåfører som bruker blodsukkersenkende legemidler med risiko for alvorlig hypoglykemi, slik som insulin og sulfonylurea.

Referanser:

- [1. https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-ema-recommends-conditional-marketing-authorisation-paxlovid](https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-ema-recommends-conditional-marketing-authorisation-paxlovid)
- [2. https://legemiddelverket.no/nyheter/legemiddelverket-frarader-bruk-av-ivermektin-til-forebygging-og-behandling-av-covid-19](https://legemiddelverket.no/nyheter/legemiddelverket-frarader-bruk-av-ivermektin-til-forebygging-og-behandling-av-covid-19)
- [3. https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-advises-against-use-ivermectin-prevention-treatment-covid-19-outside-randomised-clinical-trials](https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-advises-against-use-ivermectin-prevention-treatment-covid-19-outside-randomised-clinical-trials)
- [4. https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/why-you-should-not-use-ivermectin-treat-or-prevent-covid-19](https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/why-you-should-not-use-ivermectin-treat-or-prevent-covid-19)
- [5. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.1)
- [6. https://www.principletrial.org/news/ivermectin-to-be-investigated-as-a-possible-treatment-for-covid-19-in-oxford-2019s-principle-trial](https://www.principletrial.org/news/ivermectin-to-be-investigated-as-a-possible-treatment-for-covid-19-in-oxford-2019s-principle-trial)
- [7. https://www.helsedirektoratet.no/tema/forerkerkort/blodsukkersenkende-legemidler-og-helseattest](https://www.helsedirektoratet.no/tema/forerkerkort/blodsukkersenkende-legemidler-og-helseattest)

Trombektomi med eller uten trombolyse ved hjerneslag?

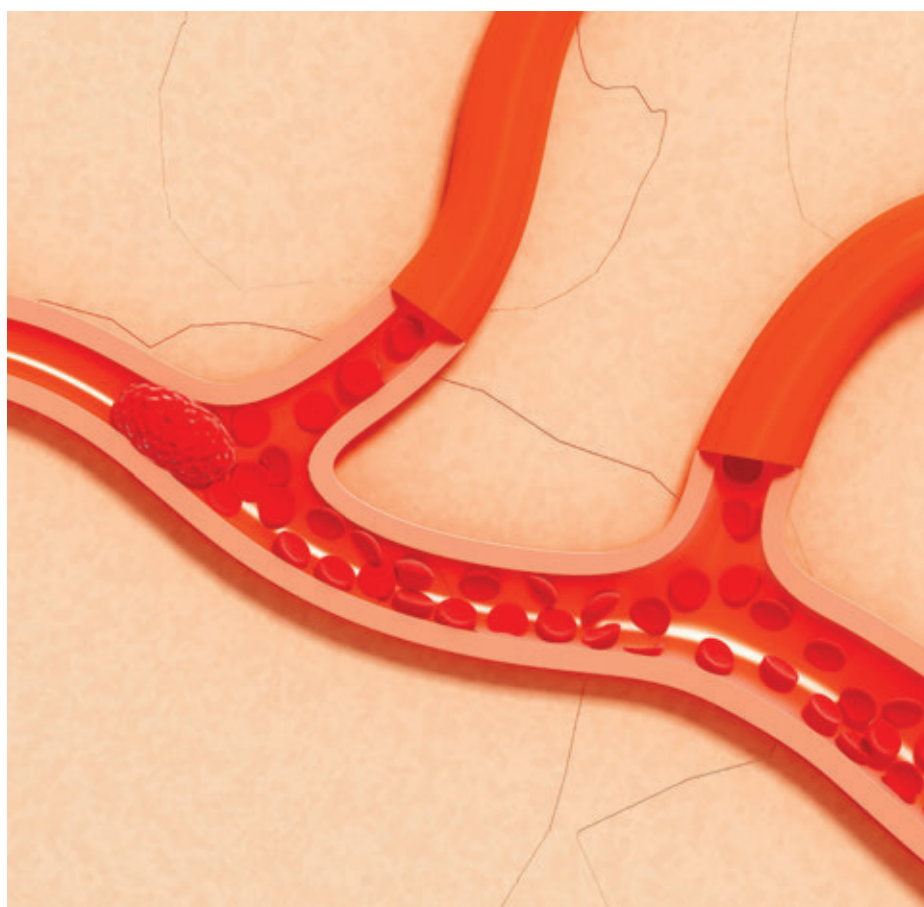
Ny randomisert studie viste ingen signifikante forskjeller i funksjonsnivå etter trombektomi med og uten forutgående trombolytisk behandling.

I de nasjonale retningslinjene for behandling av hjerneslag anbefales både intravenøs trombolytisk behandling og endovaskulær trombektomi ved hjerneinfarkt som skyldes okklusjon av store hjernearterier i fremre kretsløp. Trombolytisk behandling gir økt risiko for hjerneblødning og kompliserer organiseringen av den akutte slagbehandlingen. Tre studier fra asiatiske land har tydet på at trombektomi kan være like effektivt uten forutgående trombolytisk behandling. Dette er nå testet ut i en europeisk pasientpopulasjon (1).

540 pasienter ble randomisert til trombektomi alene eller standard behandling med trombolyse før trombektomi. Funksjonsnivå ble bedømt ved hjelp av modifisert Rankin-skala, der skår 0 er uten symptomer, 3 moderat funksjonssvikt og 6 død. Etter 90 dager var median skår 3 i gruppen som fikk trombektomi alene, mot 2 hos dem som fikk trombolytisk behandling i forkant. Forskjellen var imidlertid ikke statistisk signifikant ($p = 0,28$). Forskjellene i dødsfall (21 % og 15 %) og symptomatisk hjerneblødning (5,9 % og 5,3 %) var heller ikke statistisk signifikante.

– Denne studien gir ingen grunner for å avstå fra trombolytisk behandling før trombektomi, sier Agnethe Eltoft, som er overlege ved Nevrologisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø, og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet.

– I studien ankom pasientene direkte til et sykehus med mulighet for trombektomi, påpeker Eltoft. I Norge kan det være vanskelig å avgjøre om pasienter med alvorlige hjerneslagsymptomer skal sendes direkte



Illustrasjon: Science Photo Library / NTB

til et trombektomisenter eller om de først skal til lokalsykehus for nærmere diagnostikk og eventuelt trombolytisk behandling først, noe som ofte forlenger tiden til trombektomi. Denne studien kaster ikke lys over denne problemstillingen, men for trombektomisentre som mottar pasienter direkte og må velge mellom å gi trombolytisk behandling eller ikke før trombektomi, gir studien viktig informasjon, sier Eltoft.

TORBJØRN ØYGARD SKODVIN TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 LeCouffe NE, Kappelhof M, Treurniet KM et al. A randomized trial of intravenous alteplase before endovascular treatment for stroke. *N Engl J Med* 2021; 385: 1833–44.

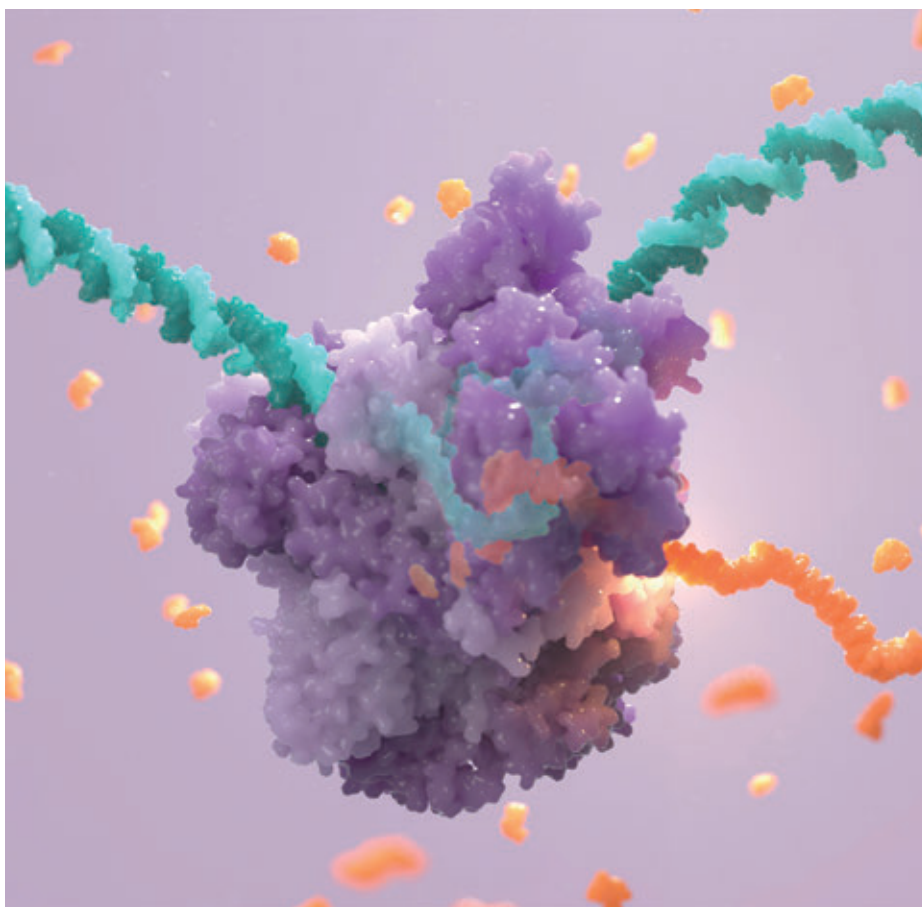
Alderen til celler kan tilbakestillast

Epigenetiske endringer med metyleringsmønster kan bidra til å nullstille alderen til ein organisme.

Epigenetiske endringer i genomet påvirker alderdom, og ein ny studie har nytta kunnskapen om dette til å definere ei aldersklokke for å finne nullpunktet for aldring (1).

Epigenetiske klokker er basert på metyleringsnivå av kjende DNA-markører. Ved bruk av maskinlæring og kunstig intelligens utvikla forskarane ei metode for å måle alder på celler i tidleg utvikling hjå pattedyr. I tilgjengelege metyleringsdata frå menneske og mus fann dei at den epigenetiske alderen til eit embryo på dag 6,5-7,5 var lågare samanlikna med tidlegare stadium i embryoutviklinga. Informasjon frå tidleg human utvikling bekrefta desse funna. Forskarane konkluderte med at det skjer ei nullstilling av epigenetisk alder tidleg i embryoutviklinga, og at DNA-metyltransferaser, dvs. enzym som set metylgrupper på DNA, bidrar til denne prosessen.

– Dette er ein veldig interessant studie som stiller spørsmål ved ein hypotese som vart fremja på tidleg 1900-talet av August Weismann, seier Ragnhild Eskeland, som er førsteamanuensis ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Weismann foreslo at kjønncellene våre ikkje eldast på same måte som kroppsceller. Mange studiar har fulgt sidan, og ein ny hypotese er at kjønncellene kan eldast, men at forynging skjer i tidleg celledeling av embryo. Den nye studien fann at nullpunktet for alderen til cellene er 4-10 dagar etter fertilisering, altså ved gastrulering. Dette funnet, som er basert på DNA-metylering, er viktig, men vi manglar fortsatt detaljert kunnskap om korleis dette skjer. Det er også uvisst om andre epigenetiske merke og mekanismar også blir nullstilte på dette tidspunktet, seier Eskeland.



RNA-polymerase II-protein (lilla) som transkriberer en mRNA-tråd (oransje) fra en DNA-sekvens (grønn). Illustrasjon: Science Photo Library / NTB

– Befolkninga i Noreg ventar lenger med å få barn enn tidlegare, og ein veit ikkje sikkert korleis dette påvirkar kjønncellene og dermed det ufødde barnet. At skadar kan oppstå på kjønncellene sitt DNA over lang tid, er kjent, men det er tryggjande å vite at den epigenetiske klokka vår blir tilbakestilt, og at ein dermed startar livet med «blanke ark og epigenetiske fargestifter til», seier Eskeland.

RUTH HALSNE TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Kerepesi C, Zhang B, Lee SG et al. Epigenetic clocks reveal a rejuvenation event during embryogenesis followed by aging. *Sci Adv* 2021; 7: eab6082.

Pamorelin «triptorelin» pulver og væske til depotinjeksjonsvæske, suspensjon

Reseptgruppe C

Indikasjoner: *Alle styrker:* Behandling av lokalavansert eller metastaserende, hormonavhengig prostatacancer. Behandling av høyrisiko lokalisert eller lokalavansert, hormonavhengig prostatacancer, i kombinasjon med strålebehandling. 3,75 mg: Adjuvant behandling i kombinasjon med tamoksifen eller en aromatasehemmer ved hormonreseptorpositiv brystkreft i tidlig stadium hos kvinner med høy risiko for tilbakefall, som er bekreftet premenopausale etter fullført kjemoterapi. 22,5 mg: Behandling av sentral pubertas precox (SPP) hos barn ≥ 2 år med inntreff av SPP før 8 år hos jenter og før 10 år hos gutter.

Anbefalt dosering: *Prostatacancer:* 1 hetteglass å 3,75 mg 1 gang hver 4. uke, 1 hetteglass å 11,25 mg hver 3. mnd. eller 1 hetteglass å 22,5 mg hver 6. mnd. Anbefalt varighet er 2-3 år. *Brystkreft:* 1 hetteglass å 3,75 mg 1 gang hver 4. uke som i.m. injeksjon i kombinasjon med tamoksifen eller en aromatasehemmer etter fullført kjemoterapi og bekreftet premenopausalstatus og minst 6-8 uker før start med aromatasehemmer. Anbefalt behandlingsvarighet er opptil 5 år. *Pubertas precox (<8 år hos jenter og <10 år hos gutter):* 1 hetteglass å 22,5 mg hver 6. mnd. som én i.m. injeksjon. Behandling avbrytes ved pubertetsalder hos gutter og jenter, og ved benmodning (jenter: >12-13 år, gutter: >13-14 år).

Kontraindikasjoner: *Alle styrker:* Overfølsomhet for GnRH, dets analoger eller for innholdsstoffene. Graviditet og amming. 3,75 mg: Premenopausal brystkreft: Oppstart av aromatasehemmer før adekvat ovariesuppresjon med triptorelin er oppnådd.

Forsiktighetsregler: Kan gi nedsatt benmineralitet. Samtidig bruk av bisfosfonat kan redusere benmineralitet. Utvis ekstra forsiktighet ved tilleggssisiko for osteoporose. Behandling kan avdekke ukjente gonadotrope hypofyseadenomer. Økt risiko for depressive episoder (inkl. alvorlige). *Prostatacancer:* Gir forbigående økt serumtestosteron, og kan gi forbigående symptomforverring med økte urinerings symptomer og forbigående økt metastatisk smerte. Forverring av ryggmargskompresjon og urinveisobstruksjon kan oppstå. Langtidsbruk kan føre til osteoporose og økt risiko for benbrudd, som kan gi ukorrekt diagnose av benmetastaser. Kan forlenge QT-intervallet. Nytte-/risiko, inkl. risiko for torsades de pointes, bør vurderes. Metabolske endringer eller økt kardiovaskulær sykdomsrisiko kan oppstå. Gir suppresjon av hypofyse-gonadesystemet som ofte normaliseres etter behandlingsstopp. Økt lymfocytall er sett. *Brystkreft hos kvinner:* Kan gi en reduksjon i benmineralitet. Nytte må oppveie risiko. Ovariesuppresjon må oppnås før start med aromatasehemmer. Høy osteoporoserisiko ved Triptorelin med tamoksifen eller aromatasehemmer. Benmineralitet evalueres før oppstart. Nytte-/risikovurdering ved HR+ brystkreft i tidlig stadium ved triptorelin med tamoksifen eller aromatasehemmer. Risiko for muskelskjelettlidelser ved triptorelin med aromatasehemmer eller tamoksifen. Risiko for diabetes ved triptorelin med eksemestan eller tamoksifen. Depresjon er sett ved triptorelin med tamoksifen eller eksemestan. *Sentral pubertas precox:* Nytte/risiko-vurdering ved progressive hjernetumorer. Perifer pubertas precox og gonadotropinuavhengig pubertas precox bør utelukkes. 1. måneds vaginalblødning er

sett. Behandlingen er langvarig og justeres individuelt. Epiphysiolysis capitis femoris kan sees etter avsluttet behandling.

Interaksjoner: Antikoagulantbehandling, legemidler som påvirker hypofyseutskillelsen av gonadotropiner og legemidler som forlenger QT-intervallet eller som kan indusere torsades de pointes.

Graviditet, amming og fertilitet: Skal ikke brukes ved graviditet og amming.

Bivirkninger: *Prostatacancer:* **Svært vanlige:** Hetetokter, hyperhidrose, erektil dysfunksjon, ryggsmerte, parestesi i nedre lemmer, nedsatt libido, asteni. **Vanlige:** Munntørhet, kvalme, hypertensjon, overfølsomhet, bekkenmerter, muskel-skjelettsmerter, smerte i ekstremitet, svimmelhet, hodepine, tap av libido, depresjon, humørforandringer, vektøkning, reaksjon på injeksjonsstedet (inkl. erytem, betennelse og smerte), ødem. **Andre:** Anafylaktisk reaksjon. *Kvinner ved ulike triptorelinformuleringer og andre indikasjoner enn brystkreft, og klasseeffekt av GnRH-agonister:* **Svært vanlige/vanlige:** Hetetokter, akne, hyperhidrose, seborré, brystlidelse, dyspareuni, genital blødning, ovarial hyperstimuleringsyndrom, ovarial hypertrofi, bekkenmerter, vaginal tørrhet, hodepine, søvnforstyrrelse, humørforstyrrelser, redusert libido, asteni, kvalme, magesmerte, magebesvær, overfølsomhet, brystsmerte, artralgi, muskelspasme, smerte i ekstremitet, svimmelhet, depresjon, nervøsitet, vektøkning, reaksjon ved injeksjonsstedet, perifert ødem. **Andre:** Anafylaktisk sjokk. *Brystkreft (kombinasjonsbehandling):* I tillegg til bivirkninger hos menn og kvinner nevnt ovenfor. **Svært vanlige/vanlige:** Kvalme, hetetokter, hypertensjon, hyperhidrose, dyspareuni, vaginal tørrhet, muskuloskeletale forstyrrelser, osteoporose, urininkontinens, insomni, redusert libido, depresjon, fatigue, diabetes mellitus, hyperglykemi, overfølsomhet, benbrudd, reaksjon ved injeksjonsstedet. **Andre:** Myokardial iskemi, cerebral iskemi, CNS-blødning. *Sentral pubertas precox:* **Svært vanlige/vanlige:** Vaginal blødning, abdominalsmerter, hetetokter, akne, overfølsomhet, hodepine, vektøkning, reaksjon på injeksjonsstedet. **Andre:** Nedsatt syn, anafylaktisk sjokk.

For mer informasjon, se felleskatalogen eller preparatomtalen (SPC) Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 17.12.2021

Innehaver av markedsføringstillatelsen: Institut Produits Synthèse (IPSEN) AB.

Kontakt: Telefon: +46 8 451 60 00. E-post: info.se@ipsen.com.

Pakninger og priser: **3,75 mg:** 1 sett kr 1190,10. **11,25 mg:** 1 sett kr 2977,70. **22,5 mg:** 1 sett kr 5759,70. 1 sett = hettegl. + amp. Priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag.

Refusjon: Kan forskrives på blå resept.

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av lokalavansert eller metastaserende, hormonavhengig prostatacancer. ICPC: Y77: Ondartet svulst prostata. ICD-10: C61 Ondartet svulst i blærehalskjertel. Behandlingen skal være instituert i sykehus, sykehuspoliklinikk eller av spesialist i vedkommende disiplin.

Dato: 06.01.2022

Fremover sammen

Pamorelin® (triptorelin) – til behandling av lokalavansert eller metastaserende, hormonavhengig prostatacancer



For pasientene.
Sammen med
Ipsen.

 **Pamorelin®**
triptorelin

- Vedvarende redusert testosteronnivå. Under 0,7 nmol/L hos > 90 % av pasientene, uansett formulering.¹
- 6-måneders formulering. Like god effekt som Pamorelins andre formuleringer².
- Aktiv support fra Ipsen. 35 års behandlingserfaring.

For fullstendig informasjon se preparatomtale (SPC) på felleskatalogen.no
FK-tekst kommer på neste side.

Referanser 1. Breul J, et al. Adv therapy 2017;34:513-523; 2. Ploussard G, Monglat-Artus P. Future Oncol. 2013;9(1):93-102.

Institut Produits Synthèse (IPSEN) AB Tel. +46 8 451 60 00, Färögatan 33, S-164 51 Kista, SWEDEN

MALIN EBERHARD-GRAN

malinebe@medisin.uio.no

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Kvinneklubben

Oslo universitetssykehus

Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

LENA YRI ENGELSEN

Landsforeningen 1001 dager

IQBAL AL-ZIRQI

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Kvinneklubben

Oslo universitetssykehus

SIRI VANGEN

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Kvinneklubben

Oslo universitetssykehus

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien

BAKGRUNN

Det er uklart hvordan covid-19-pandemien har rammet spedbarnsmødre i Norge. Vi ønsket derfor å undersøke fødselsopplevelse og depressive symptomer hos spedbarnsmødre som hadde født under pandemien.

MATERIALE OG METODE

Totalt 3 642 spedbarnsmødre deltok i april 2021 i en nettbasert spørreundersøkelse. Depressive symptomer ble målt med en kortversjon av Edinburgh-skalaen (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS-4) og fødselsopplevelse med standardiserte spørsmål om graviditet, fødsel og spedbarnstid. Spørsmålene var de samme som de som for ti år siden ble stilt deltakerne i Favn om fødselen-studien (*The Ahus Birth Cohort*), som her brukes som referansepopulasjon. Kvinnene fikk i tillegg spørsmål relatert til pandemien og psykisk helsehjelp.

RESULTATER

29 % av mødrene oppga at pandemien hadde påvirket deres psykiske helse «mye» eller «veldig mye». 32 % rapporterte høy skår for depressive symptomer (EPDS-4-skår ≥ 6), mens tilsvarende tall var 10 % i referansepopulasjonen. Andelen mødre som var misfornøyde med svangerskapsopplevelsen, var tilnærmet lik i begge kohorter, mens flere oppga at de ble dårlig ivaretatt på barselavdelingen under pandemien sammenlignet med referansepopulasjonen (34 % vs. 13 %). Av de som hadde psykiske helseplager under pandemien, oppga 54 % at de ikke hadde fått adekvat hjelp.

FORTOLKNING

Hver tredje spedbarnsmor rapporterte høy depresjons-skår under pandemien. Studien avdekket betydelig misnøye med ivaretagelsen på barselavdeling og mangelfull oppfølging av spedbarnsmødres psykiske helse.

HOVEDFUNN

Andelen spedbarnsmødre som rapporterte høy skår for depressive symptomer, var 32 % under pandemien, mot 10 % i en referansepopulasjon ti år tidligere.

34 % av de som fødte under pandemien, oppga at de ble dårlig ivaretatt på barselavdelingen.

54 % av spedbarnsmødre med psykiske helseplager oppga at de ikke fikk adekvat hjelp.

Covid-19-pandemien – med nedstengning av samfunnet, smitteverntiltak, stigende arbeidsledighet og usikkerhet – har rammet hele befolkningen. Tall fra Folkehelseinstituttet tyder på en økning av psykiske plager i den generelle befolkningen under pandemien (1). Internasjonale studier tyder på at gravide og spedbarnsmødre har vært en spesielt utsatt gruppe (2). Det er uklart i hvilken grad dette også gjelder Norge, selv om noen klinikere har notert økt pågang av fødekvinne med angst og uro (3).

For ti år siden ble det gjennomført en kohortstudie av gravide og spedbarnsmødre på Akershus universitetssykehus kalt Favn om fødselen-studien (på engelsk *The Ahus Birth Cohort*) (4). Hovedhensikten med studien var å studere hvordan mental helse påvirker forløsnings og barnet. Studien inneholdt også en rekke måleinstrumenter for blant annet depresjon og angst, i tillegg til standardiserte spørsmål om svangerskap, fødsel og spedbarnstid. Vi har nå stilt de samme spørsmålene til kvinner som har blitt mødre under pandemien (her kalt pandemi-utvalget). Selv om resultatene fra de to utvalgene ikke er direkte sammenlignbare, ønsker vi å presentere deskriptive data fra de to kohortene.

Metode

Pandemi-utvalget

Den siste uken i april 2021 gjennomførte Nordisk Marcé og Landsforeningen 1001 dager en nettbasert spørreundersøkelse. Dette er organisasjoner som jobber spesifikt med svangerskapsrelatert psykisk helse. Kvinner som ble mødre i tidsrommet 12.3.2020–12.4.2021, ble

kontaktet via en rekke nettsteder og organisasjoner, som for eksempel Jordmorforbundet, Jordmorforeningen, Landsgruppen av helsesykepleiere, Ammehjelpen, ulike mammakurs og helsestasjoner (se appendiks 1 på tidsskriftet.no). Det ble lagt ut et informasjonsskriv med åpen lenke til et spørreskjema (se appendiks 2 på tidsskriftet.no) utformet i programvaren SurveyMonkey. Lenken ble delt 185 ganger på Facebook og Instagram via ovenstående organisasjoner, og 3 642 kvinner deltok. På grunn av personverninnstillinger har vi begrenset oversikt over hvem som fikk tilbud om å delta, og hvem som besvarte spørreskjemaet. Tidspunkt for deltakelse i undersøkelsen varierte fra to uker til tretten måneder etter fødselen.

Favn om fødselen-studien (referansepopulasjon)

Favn om fødselen-studien var en større oppfølgingsstudie der flere spørreskjemaer ble sendt ut til gravide og spedbarnsmødre. Målpopulasjon var alle kvinner med planlagt fødsel på Akershus universitetssykehus i perioden fra november 2008 til april 2010. 4 662 kvinner ble rekruttert i forbindelse med terminbestemmende ultralydundersøkelse ved ca. 18 ukers graviditet. Spørreskjemaer ble deretter sendt ut i svangerskapsuke 32 (skjema 2) samt åtte uker (skjema 3) og to år etter fødselen (skjema 4). Av kvinnene som fikk tilsendt skjema 3 åtte uker etter fødselen, svarte 2 217 (48 % av alle kvinner inkludert i studien) (4, 5). De samme spørsmålene som ble stilt i skjema 3 i Favn om fødselen-studien (se appendiks 3 på tidsskriftet.no), har vi nå stilt til kvinnene i pandemi-utvalget.

Variabler

Depressive symptomer

Den kortversjon av Edinburgh-skalaen (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS-4, se figur 1) ble brukt for å måle depressive symptomer

(6). Skalaen måler intensiteten av depressive symptomer i løpet av siste syv dager. Hvert svar rangeres på en skala fra 0 til 3, og summen varierer fra 0 til 12, der høy skår indikerer sannsynlig depresjon. Vi benyttet samme terskelverdi for sannsynlig depresjon som har vært brukt i tidligere studier (7), det vil si en skår på 6 eller mer. Den norske versjonen av Edinburgh-skalaen er validert opp mot DSM-IV-kriterier (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) for alvorlig depresjon (8).

Opplevelse av svangerskap, fødsel og barseltid

Deltakerne fikk spørsmålet «Hvordan var din opplevelse av svangerskapet i det store og det hele?» og fem mulige svaralternativ: «veldig god», «god», «sånn passe», «dårlig» og «veldig dårlig». Videre fikk de spørsmålet «Hvor ivarett følte du deg under fødselen / på barselavdelingen?», med de samme fem svaralternativene.

Andre variabler

Vi spurte også om sosiodemografiske og reproduktive faktorer. Tidligere psykiske helseplager ble kartlagt ved hjelp av spørsmålet «Har du hatt psykiske helseplager som krevde behandling, før du ble gravid?» med følgende svaralternativer: «nei», «ja» og «ja, har kjent på psykiske utfordringer men fikk ikke tilbud om behandling». Kvinnene som hadde født under pandemien, fikk også spørsmål relatert til pandemien og psykisk helsehjelp (se appendiks 2 på tidsskriftet.no).

Statistikk

EPDS-4-skåren er presentert som median og interkvartilbredde for kontinuerlige variabler, og som frekvens (antall og prosent) for kategoriske variabler. Khikvadrattester ble brukt for å estimere forskjeller i andel kvinner med høy EPDS-4-skår (≥ 6) i forhold til paritet og

Har du i løpet av den siste uken hatt noen av disse følelsene?

	Ja, nesten hele tiden	Ja, av og til	Ikke særlig ofte	Nei, aldri
Følt deg nedfor eller ulykkelig	☐	☐	☐	☐
Vært nervøs eller bekymret uten grunn	☐	☐	☐	☐
Vært så ulykkelig at du har hatt vansker med å sove	☐	☐	☐	☐
Bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt	☐	☐	☐	☐

Figur 1 Kortversjon av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS-4) (6).

Tabell 1 Sosiodemografiske data for pandemi-utvalget og deltakere i Favn om fødselen-studien (4).

Variabel	Pandemi-utvalget (n = 3 642), antall (%)	Favn om fødselen-studien (n = 2 217), antall (%)
Paritet		
Førstegangsfødende	2 043 (56)	1 105 (50)
Flergangsfødende	1 597 (44)	1 112 (50)
Manglende informasjon	2 (0,06)	
Alder		
≤ 24 år	248 (7)	149 (7)
25–29	1 286 (35)	607 (27)
≥ 30	2 104 (58)	1 445 (65)
Manglende informasjon	4 (0)	16 (1)
Utdanning		
Grunnskole	79 (2)	67 (3)
Videregående skole	808 (22)	621 (28)
Høyskole/universitet	2 754 (76)	1 438 (65)
Manglende info	1 (0)	91 (4)
Sivilstatus		
Samboer/gift	3 540 (97)	2 133 (96)
Ikke i parforhold	87 (2)	52 (2)
Manglende informasjon	15 (0)	32 (1)
Tidligere psykiske helseplager		
Nei	2 790 (77)	1 614 (73)
Ja	847 (23)	572 (26)
Manglende informasjon	5 (0)	31 (1)

Tabell 2 Depressive symptomer (EPDS-4-skår) (6) blant kvinner i pandemi-utvalget og i Favn om fødselen-studien (4).

	Pandemi-utvalget (n = 3 642)	Favn om fødselen-studien (n = 2 217)
EPDS-4-skår, median (interkvartilbredde)	4 (1–6)	2 (0–4)
Andel over terskelverdien (EPDS-4-skår ≥ 6)	32 %	10 %

bosted. Internkonsistensreliabilitet i de forskjellige skjemaene ble målt ved hjelp av Cronbachs alfa. Analysene ble foretatt med statistikkprogrammet SPSS, versjon 27.

Etikk

All informasjon fra pandemi-utvalget er anonym og kan ikke spores tilbake til enkeltpersoner. Favn om fødselen-studien er godkjent av personvernombud og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (S-08013a).

Resultater

Totalt 3 642 kvinner svarte på pandemi-undersøkelsen. 1 215 av 3 642 (33 %) i utvalget kom fra en storby (Oslo, Bergen, Trondheim eller Stavanger), 1 420 av 3 642 (39 %) fra en mellomstor eller mindre by, og 997 av 3 642 (27 %) fra et mindre tettsted eller landsbygd. 77 av 3 642 (2 %) kvinner hadde hatt covid-19.

Tabell 1 viser utvalgte sosiodemografiske data fra deltakerne i pandemi-utvalget og Favn om fødselen-studien. Andelen flergangs-

fødende var høyere i Favn om fødselen-studien sammenlignet med pandemi-utvalget, og en større andel var 30 år eller eldre. Det var derimot flere som hadde høyskole- eller universitetsutdanning i pandemi-utvalget enn i Favn om fødselen-studien. Andelen som oppga at de hadde hatt psykiske helseplager før de ble gravide, var tilnærmet lik i begge fødepopulasjonene (23 % i pandemi-utvalget vs. 26 % i Favn om fødselen-utvalget).

Forekomsten av kvinner med sannsynlig depresjon (definert som EPDS-4-skår på 6 eller høyere) var 1 164 av 3 642 (32 %) i pandemi-utvalget sammenlignet med 225 av 2 217 (10 %) i Favn om fødselen-studien (se tabell 2). Blant de som ble mødre under pandemien, var forekomsten av sannsynlig depresjon lik blant førstegangsfødende og flergangsfødende (33 % vs. 31 %) (khikvadrat = 0,8; $p = 0,363$). Vi fant liknende resultat i Favn om fødselen-studien (11 % vs. 10 %) (khikvadrat = 1,2; $p = 0,269$). I pandemi-utvalget var det ingen signifikant forskjell i EPDS-4-skår mellom de som bodde i storby (32 %), mellomstor eller mindre by (33 %) og landsbygd (31 %) (khikvadrat = 0,8; $p = 0,409$). Derimot var forekomsten av høy depresjonsskår lavere blant de som hadde høyskole- eller universitetsutdanning (30 %) sammenlignet med de som hadde videregående skole (40 %) eller kun grunnskoleutdanning (49 %) (khikvadrat = 38,8; $p = 0,000$). Intern konsistens, målt ved Cronbachs alfa, var 0,80 for EPDS-4 i Favn om fødselen-studien og 0,86 i pandemi-utvalget. Disse resultatene tilfredsstiller kravene for akseptabel reliabilitet (9).

1 066 av 3 642 (29 %) kvinner i pandemi-utvalget oppga at pandemien hadde påvirket deres psykiske helse «mye» eller «veldig mye». 645 av 3 642 (18 %) oppga at de hadde hatt behov for å prate med en psykolog eller fastlege om sin psykiske helse, mens 1 207 av 3 642 (33 %) oppga at de hadde vurdert dette et par ganger. 1 099 av 3 642 (30 %) oppga at de ikke hadde blitt spurt om sin psykiske helse av helsepersonell. Av de som hadde erfart psykiske helseplager i løpet av pandemien, oppga 650 av 2 158 (30 %) at de hadde behov for mer hjelp enn hva de hadde fått, og 528 av 2 158 (24 %) at de ikke hadde fått noen hjelp overhodet.

920 av 3 642 (25 %) kvinner i pandemi-utvalget oppga at de på grunn av smittevern ikke kunne ha partner eller ledsager med på deler av fødselen. 141 av 3 642 (4 %) fødte helt uten partner eller ledsager til stede. 35 % svarte at covid-19-situasjonen hadde påvirket hvor lenge de ble på sykehuset.

Andelen kvinner som oppga dårlig eller veldig dårlig opplevelse av svangerskapet, var

tilnærmet lik i pandemi-utvalget (543 av 3 642, 15 %) og Favn om fødselen-studien (342 av 2 217, 15 %) (se tabell 3). I pandemi-utvalget var det en større andel som oppga dårlig ivaretagelse under fødselen (398 av 3 642 (11 %) vs. 129 av 2 217 (6 %) i Favn om fødselen-studien) og dårlig ivaretagelse på barselavdelingen (1 257 av 3 642 (34 %) vs. 279 av 2 217 (13 %)).

Diskusjon

Hver tredje spedbarnsmor rapporterte høy EPDS-4-skår, hvilket er tre ganger så mange sammenlignet med for ti år siden. Våre funn avdekker betydelig misnøye med ivaretagelsen på barselavdelingen blant spedbarnsmødre under pandemien og mangelfull oppfølging av spedbarnsmødres psykiske helse etter hjemkomst.

Resultatene i denne studien stemmer godt overens med funn fra en kanadisk metaanalyse som omfattet 46 studier med totalt 47 677 deltakere som var gravide under pandemien (2). Forekomsten av sannsynlig depresjon ble der estimert til 26 %, det vil si over dobbelt så stor andel sammenlignet med det som vanligvis har blitt målt før pandemien (10, 11). Til sammenligning kan det nevnes at forekomsten ble målt til 11 % i en studie basert på data fra Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) i perioden 1999–2008 (7). I juni 2020 ble det gjennomført en multinasjonal studie om perinatal psykisk helse under pandemien (12). Resultatene tyder på en forekomst av sannsynlig depresjon på 15 % blant de norske deltakerne i studien, mens tilsvarende tall var 42 % for Storbritannia. I juni 2020 hadde pandemien kun vart et par måneder, og de fleste i Norge trodde den var over, mens Storbritannia på samme tidspunkt hadde et betydelig høyere smittetrykk og mer drastisk nedstengning av samfunnet. Vi kan derfor ikke utelukke at måletidspunktet kan ha hatt betydning for den relativt lavere forekomsten i Norge sammenlignet med Storbritannia. Sannsynlig depresjon ble i denne studien ikke målt på tilsvarende måte som i vår studie, hvilket vanskeliggjør en direkte sammenligning med våre tall.

Sannsynlig depresjon ble i vår studie definert som en samlet skår på 6 eller mer på EPDS-4. EPDS-4 er et kartleggingsinstrument som indikerer depresjon, og ikke et diagnostisk instrument. Edinburgh-skalaen har høy sensitivitet, men noe lavere spesifisitet, hvilket kan medføre at noen ikke-deprimerte kan ha blitt kategorisert som sannsynlig deprimerte (falskt positive). Det vil si at forekom-

Tabell 3 Kvinner som oppga dårlig opplevelse av svangerskap og dårlig ivaretagelse på sykehuset (se appendiks 2 og 3 på tidsskriftet.no) i pandemi-utvalget og i Favn om fødselen-studien (4).

	Pandemi-utvalget (n = 3 642), antall (%)	Favn om fødselen-studien (n = 2 217), antall (%)
Dårlig / veldig dårlig opplevelse av svangerskapet	543 (15)	342 (15)
Dårlig / veldig dårlig ivaretagelse under fødselen	398 (11)	129 (6)
Dårlig / veldig dårlig ivaretagelse på barselavdelingen	1 257 (34)	279 (13)

sten av sannsynlig depresjon er lavere enn forekomsten av kvinner som skårer over terskelverdien (8). Skalaen er det hyppigst brukte måleinstrumentet internasjonalt for å antyde depresjon hos spedbarnsmødre (13).

I studier basert på frivillig deltakelse er det risiko for at de som deltar, er selektert ut fra grad av misnøye (14). Både pandemi- og Favn om fødselen-utvalget var basert på frivillighet, hvilket antyder at risikoen for slik seleksjon er til stede i begge utvalgene. I Favn om fødselen-studien ble deltakerne rekruttert fra et avgrenset geografisk område. Sosiodemografiske og reproduktive karakteristika stemmer allikevel godt overens med data fra Medisinsk fødselsregister (15), hvilket tilsier at Favn om fødselen-dataene er rimelig representative. Spørreskjemaet i Favn om fødselen-studien ble distribuert med post, mens det i pandemi-utvalget ble distribuert nasjonalt via sosiale medier og hjemmesider. Rekruttering via sosiale medier fører ikke nødvendigvis til seleksjonseffekter. Tidligere studier tyder på at rekruttering via for eksempel Facebook kan gi representative utvalg på lik linje med tradisjonelle innsamlingsmetoder (16).

Flere forhold taler imot at pandemi-utvalget er mer selektert når det gjelder misnøye og psykisk helse enn Favn om fødselen-utvalget. For det første var andelen som var misfornøyd med svangerskapsopplevelsen, lik i begge undersøkelsene. For det andre oppga omtrent like mange psykiske helseplager før de ble gravide. Det var flere førstegangsfødende i pandemi-utvalget enn i Favn om fødselen-utvalget, hvilket kan ha hatt betydning for resultatene, ettersom risikoen for sannsynlig depresjon i spedbarnsperioden er noe høyere blant førstegangsfødende (18). Vi fant imidlertid ingen signifikant forskjell i EPDS-4-skår med hensyn til paritet. I pandemi-utvalget hadde en større andel kvinner høyskole- eller universitetsutdanning enn i Favn om fødselen-utvalget. Ettersom de med høyere utdanning hadde lavere depresjonsskår, er det mulig at forekomsten av depressive symptomer i pandemi-utvalget er noe underestimert. Forskjellen i

utdanningsnivå kan muligens forklares av at flere i denne aldersgruppen tar høyere utdanning i dag enn for ti år siden (17).

Depressive symptomer er målt åtte-ti uker etter fødselen i Favn om fødselen-studien, mens det i pandemi-utvalget kan være målt inntil tretten måneder etter fødselen. Noen mødre i pandemi-utvalget har dermed besvart skjemaet kun uker etter fødselen, mens andre har hatt et betydelig lengre tidsintervall mellom fødselen og rapporteringen av aktuelle depresjonssymptomer. Risikoen for hukommelsesbias burde imidlertid være lik for samtlige deltakere siden det kun ble spurt om tilstedeværende depresjonssymptomer «siste syv dager». Det er derimot risiko for at forekomsten av depressive symptomer kan være noe underestimert i pandemi-utvalget siden de fleste studier tyder på at risikoen for depresjon er høyest i løpet av de første åtte-ti ukene etter fødselen, for å deretter bli gradvis redusert (18). Til tross for ulikheter i rekrutterings- og innsamlingsmetode i de to utvalgene mener vi at funnene er viktige å rapportere.

Våre funn avdekker mangelfull oppfølging av spedbarnsmødres psykiske helse. Resultatene kan imidlertid ikke sikkert si om dette skyldes pandemien alene eller om allerede eksisterende svakheter i tjenestetilbudet kan ha blitt forsterket og gjort oppfølgingen mer utfordrende. Et flertall undersøkelser tyder på at andelen spedbarnsmødre med symptomer på depresjon kan ha økt gradvis siden begynnelsen av 2000-tallet (19). En ny rapport antyder også at oppfølgingen av spedbarnsmødres psykiske helse var mangelfull allerede før pandemien (20). Nasjonale retningslinjer anbefaler at helsepersonell skal spørre gravide om psykisk helse (13). Våre resultater avdekker at nærmere en tredel ikke fikk slike spørsmål.

Kvinnene i vår studie var i betydelig større grad misfornøyd med oppholdet på barselavdelingen enn deltakerne i Favn om fødselen-studien. Det kan tenkes at forventningene om omsorg og ivaretagelse hos unge kvinner har endret seg i løpet av ti år. Allikevel er det ikke tvil om at forholdene i avdelingene er

påvirket av pandemisituasjonen ved at de ansatte har måttet bruke tid og ressurser på å overholde krav til smittevern. De strenge besøksregimene under pandemien har medført at partneren ofte ble sendt hjem eller måtte vente utenfor inntil fødselen var helt i gang. De færreste partnere har kunnet være til stede på barselavdelingen, og mor har dermed mistet viktig emosjonell støtte. Personalet har måttet overta partnerens funksjon, hvilket kan ha bidratt til ekstra stress for både personalet og mødrene. Andelen barn som får morsmelkerstatning på barselavdelingene, har økt under pandemien (21), noe som kan være en konsekvens av mindre ammeveiled-

ning i forbindelse med ammestart. Hver tredje kvinne i vår studie oppga at de på grunn av pandemien hadde hatt kortere liggetid på sykehuset enn de trengte. En allerede kort liggetid (19) har dermed blitt enda kortere (22), samtidig som tiden etter hjemkomst har vært preget av isolasjon for mange spedbarnsmødre (21).

Manglende oppfølging av gravide, fødende og spedbarnsmødre er alvorlig, både med tanke på den enkeltes fysiske og psykiske helse og i et større perspektiv for samfunnet. Det er et paradoks at gravide blir fulgt opp nøye når det gjelder kroppslige ting som blodtrykk, vektoppgang, sukker i urinen osv,

men ikke blir spurt systematisk om psykisk helse til tross for at vi vet at psykiske lidelser kan få vel så dramatiske konsekvenser som kroppslige (23). Regjeringen nedsatte nylig et utvalg for å foreslå konkrete tiltak for å unngå en psykisk helsekrise i kjølvannet av pandemien (24). Totalt 31 tiltak ble skissert. Til tross for at pandemisituasjonen har vært svært belastende for gravide og spedbarnsmødre, kan det se ut som utvalget har glemt denne sårbare gruppen.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 28.5.2021, første revisjon innsendt 22.9.2021, godkjent 17.12.2021.

MALIN EBERHARD-GRAN

er spesialist i samfunnsmedisin, seniorforsker og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LENA YRI ENGELSEN

er master i kommunikasjon og ledelse og generalsekretær i Landsforeningen 1001 dager.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

IQBAL AL-ZIRQI

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, forsker og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIRI VANGEN

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, leder for Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Vedaa Ø, Nilsen TS, Knapstad M et al. Psykisk helse og livskvalitet under pandemien. I: Folkehelse- rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser i ulike grupper i befolkningen. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021. Lest 15.1.2022.
- Lianne M, Tomfohr-Madsen LM, Racine N et al. Depression and Anxiety in Pregnancy during COVID-19: A Rapid Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Res* 2021; 300: 113912.
- Egge JH. Nye tall viser det fagfolk har fryktet lenge: Vordende og nybakte mødre sliter psykisk. Lest 15.9.2021.
- Universitetet i Oslo. Favn om fødselen-studien. Lest 15.9.2021.
- Garthus-Niegel S, Ayers S, von Soest T et al. Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, two-year follow-up study. *J Affect Disord* 2015; 172: 146–52.
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Samuelsen SO et al. A short matrix-version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 195–200.
- Sørbo MF, Grimstad H, Bjørngaard JH et al. Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 316.
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 113–7.
- Terwee CB, Bot SD, de Boer MR et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 34–42.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 1071–83.
- Dennis CL. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 315–23.
- Ceulemans M, Foulon V, Ngo E et al. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the Covid-19 pandemic: a multinational cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021; 100: 1219–29.
- Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barseldepresjon: en kunnskapsoppsummering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 297–301.
- Eberhard-Gran M. Spørreskjema som metode – for helsefagene. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
- Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S et al. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 318–24.
- Thornton L, Batterham PJ, Fassnacht DB et al. Recruiting for health, medical or psychosocial research using Facebook: systematic review. *Internet Interv* 2016; 4: 72–81.
- Bartsch B. Stort kjønns-gap i høyere utdanning blant unge. Lest 15.9.2021.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296: 2582–9.
- Eberhard-Gran M. Nyfødte barn og sårbare mødre. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2018; 138: 1907.
- Høivik M, Eberhard-Gran M, Wang C et al. Perinatal mental health around the world: Priorities for research and service development in Norway. *BJPsych Int* 2021; 1–3.
- Stette AHH, Thorsteinsen C, Henriksen L. Covid-19: ammestart under en global pandemi. *Sykepleien Forsk* 2021; 16: e-85747.
- Juliusson PB, Engjom HM, Stangenes KM et al. Svanerskap og fødsel under koronavirus pandemien. Lest 15.9.2021.
- Vangen S, Ellingsen L, Andersgaard AB et al. Mødredødsfall i Norge 2005–09. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 836–9.
- Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe 2021. Lest 15.9.2021.

Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med **Overaktiv Blære.⁽¹⁾**



Fleksibel dosering for persontilpasset behandling av overaktiv blære.



Fleksibel dosering. Startdose 4 mg som kan økes til 8 mg avhengig av pasientens behov.⁽¹⁾



Reduserer signifikant antall blæretømminger og inkontinensepisoder sammenlignet med placebo.⁽¹⁾
(p<0,001)



Signifikant flere pasienter i % rapporterte "vesentlig forbedret" eller "forbedring" vs. placebo.⁽¹⁾
(p<0,001)

1. SpC Toviaz



C **Toviaz «Pfizer» Muskarinreseptorantagonist. ATC-nr.: G04B D11**

T **DEPOTABLETTER 4 mg og 8 mg:** Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer.. Fargestoff: ndigotin (E 132), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. Daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon under fravær og nærvær av moderate og potente CYP 3A4-hemmere: Dosejustering iht. Tabell ved nedsatt nyrefunksjon¹

		CYP 3A4-hemmer		
		Ingen	Moderat	Potent
Nedsatt nyrefunksjon ¹	Mild	4-8 mg	2-4 mg	Bør unngås
	Moderat	4-8 mg	4 mg	Kontraindisert
	Alvorlig	4 mg	Bør unngås	Kontraindisert
Nedsatt leverfunksjon ¹	Mild	4-8 mg	4 mg	Bør unngås
	Moderat	4 mg	Bør unngås	Kontraindisert

1 Mild GFR = 50-80 ml/minutt, moderat GFR = 30-50 ml/minutt, kraftig GFR = <30 ml/minutt.
2 Forsiktig doseøkning.

Barn: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Ingen tilgjengelige data. Administrering: Skal svelges hele sammen med væske. Kan inntas uavhengig av måltid.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene, peanøtter eller soya. Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megakolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon (f.eks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroøsofageal refluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom nevropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller oppskrives hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen.

Doseavhengige antimuskarin bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres før doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære må utelukkes før behandling. Andre årsaker til hyppig vannlating (behandling av hjertesvikt eller nyresykdom) må vurderes før behandlingsstart. Ved forekomst av UVI må egnet behandling igangsettes. Angioødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angioødem forekommer, skal fesoterodin seponeres og egnet behandling igangsettes umiddelbart. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukosegalaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarin eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nelfi avir, ritonavir (og alle ritonavirforsterkede PI-regimer) sakonavir og telitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Hos friske har fesoterodin 8 mg 1 gang daglig ingen signifikant effekt på farmakokinetikk eller antikoagulerende effekt av en enkelt dose warfarin. **Graviditet/Amming:** Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på mannlig eller kvinnelig fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musefoster. Kvinner i fertil alder bør gjøre oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmarter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørre øyne. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens, gastroøsofageal refluks. Hjerte/ kar: Takykardi, palpasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, sømnløshet. Nyre/urin-veier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmattelse. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Angioødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingsuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter (>65 år) som tidligere har hatt benign prostatahyperplasi. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av uspesifikke plasmaesteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippet ifesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter i.v. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opptil hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten. Pakninger og priser: 4 mg: 28 stk. (blister) kr. 342,00. 84 stk. (blister) kr. 953,40. 8 mg: 28 stk. (blister) kr. 398,40. 84 stk. (blister) kr. 1122,60.

Refusjon: 1G04B D11_1. Fesoterodin.

Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode: ICPC Vilkår nr ICD Vilkår nr

U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 14.09.2017



Pierre Fabre
Pharma

INGVILD ODSBU

ingvild.odsby@fhi.no
 Avdeling for psykiske lidelser
 Folkehelseinstituttet

MARTE HANDAL

Avdeling for kroniske sykdommer
 Folkehelseinstituttet
 Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)
 Institutt for klinisk medisin
 Universitetet i Oslo

VIDAR HJELLVIK

Avdeling for kroniske sykdommer
 Folkehelseinstituttet

PETTER C. BORCHGREVINK

Avdeling for smerte og sammensatte lidelser
 St. Olavs hospital
 Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk
 NTNU

THOMAS CLAUSEN

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)
 Institutt for klinisk medisin
 Universitetet i Oslo

RAGNAR NESVÅG

Avdeling for psykiske lidelser
 Folkehelseinstituttet

SVETLANA SKURTVEIT

Avdeling for psykiske lidelser
 Folkehelseinstituttet
 Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)
 Institutt for klinisk medisin
 Universitetet i Oslo

Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler

BAKGRUNN

Vedvarende bruk av opioider kan ha uheldige konsekvenser. Vi har undersøkt vedvarende opioidbruk i pasientgrupper som fikk forskrevet opioider på ulike indikasjoner (langvarig smerte, palliativ behandling, andre (hvit resept)), samt gruppenes samtidige bruk av enkelte andre vanedannende legemidler.

MATERIALE OG METODE

Personer med minst én utlevering av et opioid i Reseptregisteret i perioden 2011–19 ble inkludert. Vedvarende bruk i et kalenderår ble definert som uthenting av > 180 definerte døgndoser eller > 4 500 mg orale morfinekvivalenter fordelt på minst tre kvartaler.

RESULTATER

Antall vedvarende opioidbrukere var 50 422 i 2011 og 59 996 i 2019 (10,1 % og 10,7 % av alle opioidbrukere). I perioden økte antallet som fikk opioider på blå resept for langvarige smerter, med 9 952 personer, men flertallet ($n = 38\,006$, 63,3 %) fikk fortsatt utlevert opioider utelukkende på hvit resept i 2019. Henholdsvis 15 623 (41,1 %) og 14 881 (39,2 %) av de vedvarende opioidbrukerne som fikk utlevert opioider kun på hvit resept i 2019, fikk også utlevert benzodiazepiner og z-hypnotika samme år. Av de 23 967 vedvarende brukerne som også fikk utlevert benzodiazepiner, fikk 88 % utlevert opioider og benzodiazepiner på samme dag minst én gang i løpet av 2019.

FORTOLKNING

Vedvarende forskrivning av opioider på hvit resept og samtidig forskrivning av andre vanedannende legemidler kan tyde på uheldig bruk uten klar indikasjon.

HOVEDFUNN

Rundt 11 % av opioidbrukerne i 2019 hadde vedvarende bruk.

De fleste med vedvarende bruk fikk forskrevet opioider utelukkende på hvit resept (63 % i 2019), fulgt av langvarige smertepasienter som fikk opioider på blå resept (24 %) og personer i palliativ behandling (12 %).

Det var høy forekomst av samtidig bruk av benzodiazepiner (> 34 %) og z-hypnotika (> 35 %) blant vedvarende opioidbrukere.

Blant vedvarende opioidbrukere som også fikk utlevert benzodiazepiner, fikk 88 % utlevert opioider og benzodiazepiner på samme dag minst én gang i løpet av 2019.

Bruk av opioider for langvarige, moderate til sterke smerter kan være hensiktsmessig på kort sikt, men kan ofte ha betydelige negative konsekvenser for både individet og samfunnet på lang sikt. Vi mangler et robust og entydig kunnskapsgrunnlag som viser at opioider har god smertelindrende effekt ved langvarig behandling (1). Negative konsekvenser knyttet til langvarig bruk er blant annet risiko for opioidindusert hyperalgesi, overdose og avhengighetsutvikling (2–5). I Norge har det de siste årene vært en økning i andelen overdosedødsfall som skyldes reseptbelagte opioider uten tilstedeværelse av illegale rusmidler i blodet (6).

Opioider forskrives ved moderate til sterke smerter og har tradisjonelt blitt brukt til å behandle akutte smerter av ulike typer, som for eksempel postoperativ smerte eller etter skader. I slike situasjoner forskrives opioider på hvit resept. I 2008 ble det gjort endringer i blåreseptordningen slik at pasienter med langvarige smerter, betydelig nedsatt livskvalitet og funksjonsevne kunne få smertestillende legemidler, deriblant opioider, på blå resept (7). Fra 2016 ble fastlegene inkludert i ordningen, som gjelder for behandling av alle typer langvarige smerter og ikke er begrenset til spesifikke diagnoser. Forskriver må søke om individuelt vedtak for den enkelte pasient.

Søknadsprosessen har blitt vesentlig forenklet de senere årene ved at man kan søke elektronisk og få bekreftet godkjenning med én gang. Opioider kan også forskrives på blå resept som del av palliativ behandling.

Vi har tidligere vist at antall personer som fikk opioider på blå resept for behandling av langvarige smerter, økte i perioden 2009–19 (8, 9), og at rundt halvparten av dem som inn gikk i refusjonsordningen i 2009 fremdeles fikk utlevert opioider på blå resept ni år senere (9). For i overkant av ti år siden ble det estimert at rundt 50 000 personer i Norge hadde vedvarende bruk av opioider uavhengig av type resept (10). Vi trenger kunnskap om hvordan dette har utviklet seg og hvordan pasienter med vedvarende opioidbruk fordeler seg mellom ulike pasientgrupper som får forskrevet opioider.

Samtidig bruk av opioider og andre vanedannende legemidler (for eksempel benzodiazepiner) kan forsterke og forverre negative effekter av opioidbruk, som forsterket sedasjon og fare for respirasjonsstans og død. Ifølge nasjonal veileder for opioider bør man hos pasienter som starter langvarig opioidbehandling seponere andre vanedannende legemidler som benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler (z-hypnotika) (3). Det er imidlertid en høyere forekomst av angst og søvnproblemer hos pasienter med smerter sammenlignet med den generelle populasjonen. Det kan derfor være behov for samtidig legemiddelbehandling av smerter, angst og søvnproblemer hos denne pasientgruppen (11–13). Gitt den betydelig økte faren for alvorlige konsekvenser ved samtidig bruk bør det heller vurderes å seponere opioider dersom man skal starte behandling med andre vanedannende legemidler, alternativt behandle komorbide lidelser med ikke-vanedannende legemidler. Det er også viktig å utnytte den økende kunnskapen og tilfanget av ikke-opioid smertestillende midler i såkalt multimodal ikke-opioidbasert behandling av langvarige smerter.

I denne studien har vi undersøkt 1) utvikling i antall og andel personer med vedvarende bruk av opioider i perioden 2011–19, 2) antall og andel med vedvarende bruk av opioider for reseptkategoriene hvit resept, blå resept for behandling av langvarige smerter og blå resept for palliativ behandling i 2011, 2015 og 2019 og 3) samtidig bruk av andre vanedannende legemidler hos vedvarende opioidbrukere i de ulike reseptkategoriene i 2019.

Materiale og metode

Reseptregisteret inneholder informasjon om alle legemidler som er forskrevet og utlevert til pasienter utenfor institusjon. I data fra Reseptregisteret er det mulig å skille mellom forskrivninger på blå og hvit resept. For blå resepter har vi informasjon om indikasjon for forskrivning. Legemiddelverket har opprettet egne refusjonskoder for indikasjonene langvarige smerter (-71) og palliativ behandling (-90) (7). Det kan også forekomme registrering av opioider på blå resept med andre diagnosekoder (< 1 %), selv om det bare er refusjonskodene -71 og -90 som skal benyttes. I Reseptregisteret registreres utlevert legemiddelmengde i antall definerte døgndoser (DDD) (14). Vi har beregnet hva en opioidmengde angitt i antall DDD tilsvarer i milligram orale morfinekvivalenter (OMEQ) (15).

Studieperiode og studiepopulasjon

Data fra perioden 2011–19 ble benyttet. Studiepopulasjonen bestod av alle individer som hadde minst én utlevering av et opioid (anatomisk, terapeutisk og kjemisk (ATC) kode N02A) i studieperioden. Opioider i ATC-gruppene N07BC (opioider ved opioidavhengighet) og R05DA (hostedempende) ble ikke inkludert.

Brukere av opioider etter reseptkategori

Brukere av opioider et gitt år ble klassifisert i fire gjensidig utelukkende grupper i henhold til reseptkategori. Reseptkategoriene ble ordnet hierarkisk i følgende rekkefølge: palliativ behandling (blå resept, refusjonskode -90), langvarige smerter (blå resept, refusjonskode -71), andre diagnosekoder (blå resept, andre diagnosekoder) og hvit resept. Inndelingen innebærer for eksempel at dersom et individ hadde minst én utlevering av et opioid på blå resept for palliativ behandling det aktuelle året, ble vedkommende klassifisert i kategorien palliativ behandling uavhengig av om vedkommende også hadde utleveringer av opioider innenfor de andre kategoriene samme år.

Vedvarende bruk av opioider

For å studere vedvarende bruk tok vi utgangspunkt i en metode utarbeidet av Svendsen og medarbeidere (2012) basert på «behandlingsintensitet» målt som antall DDD eller milligram OMEQ utlevert per kalenderår og «distribusjon» målt som antall kvartaler med ut-

Tabell 1 Antall og andel (%) med vedvarende bruk av opioider fordelt på aldersgrupper og totalt blant alle opioidbrukere, samt totalt i hele befolkningen i perioden 2011–19.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
< 18 år									
Totalt antall opioidbrukere	6 458	6 841	6 865	6 855	6 514	6 510	6 385	6 147	6 170
Antall med vedvarende bruk	14	17	20	16	15	19	18	9	10
Andel med vedvarende bruk	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2
18–44 år									
Totalt antall opioidbrukere	160 543	164 755	169 099	171 338	172 895	174 785	176 096	174 022	172 675
Antall med vedvarende bruk	8 400	8 278	8 267	8 420	8 642	8 725	8 653	8 582	8 446
Andel med vedvarende bruk	5,2	5,0	4,9	4,9	5,0	5,0	4,9	4,9	4,9
45–69 år									
Totalt antall opioidbrukere	221 015	228 757	236 612	242 089	248 741	251 421	251 733	249 739	250 406
Antall med vedvarende bruk	26 400	26 798	27 504	28 811	29 410	29 821	29 695	29 912	30 673
Andel med vedvarende bruk	11,9	11,7	11,6	11,9	11,8	11,9	11,8	12,0	12,2
≥ 70 år									
Totalt antall opioidbrukere	109 446	110 660	112 807	117 094	121 876	126 323	129 008	130 470	132 666
Antall med vedvarende bruk	15 608	15 907	16 537	17 660	18 461	19 306	19 991	20 305	20 867
Andel med vedvarende bruk	14,3	14,4	14,7	15,1	15,1	15,3	15,5	15,6	15,7
Totalt (alle opioidbrukere)									
Totalt antall opioidbrukere	497 462	511 013	525 383	537 376	550 026	559 039	563 222	560 378	561 917
Antall med vedvarende bruk	50 422	51 000	52 328	54 907	56 528	57 871	58 357	58 808	59 996
Andel med vedvarende bruk	10,1	10,0	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,5	10,7
Totalt (hele befolkning)									
Antall personer	4 953 088	5 018 573	5 080 166	5 137 429	5 189 894	5 236 151	5 276 968	5 311 916	5 348 849
Antall med vedvarende bruk	50 422	51 000	52 328	54 907	56 528	57 871	58 357	58 808	59 996
Andel med vedvarende bruk	1,02	1,02	1,03	1,07	1,09	1,11	1,11	1,11	1,12

leveringer per år (10). Kriteriene som måtte oppfylles for vedvarende bruk var > 180 DDD eller > 4 500 mg OMEQ utlevert i løpet av året og utleveringer i minst tre kvartaler det aktuelle kalenderåret. Definisjonen av vedvarende bruk tilsvarer bruk av opioider tilsvarende minst 25 mg OMEQ per dag eller 1 DDD per dag minst halve året (for eksempel 4–16 tabletter kodein/paracetamol daglig minst halve året). 1 DDD kodein/paracetamol tilsvarer fire tabletter à 30 mg kodein. Dette vil igjen tilsvare 6 mg OMEQ.

Når man ser på «svake» og «sterke» opioider sammen, trenger man både DDD- og OMEQ-kravet for å fange opp høyt forbruk (16). Her er to eksempler:

Kodein/paracetamol (svakt opioid): 1 DDD = 120 mg kodein, som tilsvarer $0,05 \times 120 = 6$ mg OMEQ (ved bruk av Helfos tabell for omregning (15)). 1 DDD daglig minst halve året er å anse som vedvarende høyt forbruk, men 6 mg OMEQ er langt fra kravet om minst 25 mg OMEQ. Her trenger vi DDD-kravet for å fange opp høyt forbruk.

Oksykodon (sterkt opioid): 1 DDD = 75 mg, tilsvarer $1,6 \times 75 = 120$ mg OMEQ. Daglig dose på 20–40 mg (anbefalt startdose) minst halve året er å anse som vedvarende høyt forbruk, men tilfredsstiller ikke kravet til 1 DDD. Derimot tilfredsstiller det med god margin kravet til 25 mg OMEQ. Her trenger man OMEQ-kravet for å fange opp høyt forbruk.

Andel vedvarende opioidbrukere i 2011–19

Andelen (%) vedvarende opioidbrukere ble beregnet som antall vedvarende opioidbrukere per 100 opioidbrukere det aktuelle året og som andel (%) vedvarende opioidbrukere per 100 innbyggere det aktuelle året. Befolkningsgrunnlaget hvert år var middelbefolkningen (gjennomsnittet av befolkningen 1. januar og 31. desember) det aktuelle året, hentet fra Statistisk sentralbyrå. 95 % konfidensintervall for andelen ble beregnet som

$$p \pm 1.96 \sqrt{p(1-p)/N}$$

der p = andel brukere og N = befolkningsstørrelsen.

Samtidig bruk av andre vanedannende legemidler i 2019

For 2019 beregnet vi andelen av vedvarende opioidbrukere i de ulike reseptkategoriene som fikk utlevert minst ett annet vanedannende legemiddel (benzodiazepiner, z-hypnotika, pregabalin, gabapentin eller ADHD-legemidler) i løpet av året. Blant vedvarende opioidbrukere som fikk utlevert minst ett benzodiazepin i 2019, beregnet vi også andelen som fikk utlevert opioider og benzodiazepiner (i) på samme dag, (ii) innenfor 1–30 dager og (iii) med mer enn 30 dagers avstand fordelt på de ulike reseptkategoriene. Kategoriene var gjensidig utelukkende og ble rangert hierarkisk i nevnte rekkefølge.

Etiske overveielser

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Sør-Øst 2019/298).

Resultater

I 2019 hentet 561 917 personer ut minst én resept på opioider, og 59 996 personer tilfredstilte kriteriene for vedvarende bruk, mot 497 462 og 50 422 personer i 2011 (tabell 1). Blant personer med vedvarende bruk i 2019 var det 38 322 kvinner (63,9 %) og 21 674 menn (36,1 %). Andelen personer med vedvarende bruk av opioider varierte mellom 10,0 % og 10,7 % i perioden. Sett i forhold til hele befolkningen var andelen vedvarende opioidbrukere i 2011 1,02 % (95 % konfidensintervall (KI) 1,01 til 1,03) og i 2019 1,12 % (95 % KI 1,11 til 1,13). Andelen vedvarende opioidbrukere økte med alderen (tabell 1). I aldersgruppen 70 år og eldre var andelen vedvarende opioidbrukere 14,3 % (95 % KI 14,1 til 14,5) i 2011 og 15,7 % (95 % KI 15,5 til 15,9) i 2019, mens andelen i de yngre aldersgruppene holdt seg relativt stabile i samme periode. Aldersfordelingen i gruppen 70 år og eldre var stabil gjennom perioden (gjennomsnittlig alder var 81,0 år i 2011 og 80,8 år i 2019).

Antall personer med vedvarende opioidbruk som fikk forskrevet opioider på blå resept for behandling av langvarige smerter var 4 457 i 2011 og 14 409 i 2019 (økning på 9 952 personer) (tabell 2). Blant vedvarende opioidbrukere i 2019 fikk 38 006 (63,3 %) utlevert opioider utelukkende på hvit resept.

Tabell 3 viser bruk av andre vanedannende legemidler blant vedvarende opioidbrukere i

Tabell 2 Antall og andel (%) personer med vedvarende bruk av opioider fordelt på reseptkategori i 2011, 2015 og 2019.

År	Totalt antall	Hvit resept	Langvarig smerte (blå)	Palliativ behandling (blå)	Andre diagnosekoder (blå)
2011	50 422	39 029 (77,4)	4 457 (8,8)	6 925 (13,7)	11 (0,0)
2015	56 528	42 101 (74,5)	7 520 (13,3)	6 775 (12,0)	132 (0,2)
2019	59 996	38 006 (63,3)	14 409 (24,0)	7 178 (12,0)	403 (0,7)
Differanse fra 2011 til 2019	+9 574	-1 023	+9 952	+253	+392

Tabell 3 Antall og andel (%) vedvarende opioidbrukere i 2019 med samtidig bruk (minst én utlevering i 2019) av andre vanedannende legemidler fordelt på reseptkategori (kategorien andre diagnosekoder (blå) er utelatt, n = 403)

	Hvite resepter (n = 38 006)	Langvarige smerter (blå) (n = 14 409)	Palliativ behandling (blå) (n = 7 178)
Benzodiazepiner	15 623 (41,1)	4 939 (34,3)	3 296 (45,9)
Z-hypnotika	14 881 (39,2)	5 144 (35,7)	3331 (46,4)
Pregabalin	2 823 (7,4)	2 109 (14,6)	1 190 (16,6)
Gabapentin	4 694 (12,4)	2 460 (17,1)	950 (13,2)
ADHD-legemidler	748 (1,7)	255 (1,8)	32 (0,4)

2019 fordelt på reseptkategori. Blant personer med vedvarende bruk som fikk utlevert opioider utelukkende på hvit resept, var forekomsten av bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika henholdsvis 41,1 % og 39,2 %. Tilsvarende andeler for vedvarende brukere som fikk opioider på blå resept for behandling av langvarige smerter, var 34,3 % og 35,7 %. Det var høyest forekomst av bruk av benzodiazepiner (45,9 %), z-hypnotika (46,4 %) og pregabalin (16,6 %) blant vedvarende opioidbrukere i palliasjonsgruppen.

Av de 23 967 vedvarende opioidbrukerne som fikk utlevert benzodiazepiner i 2019, fikk 88 % begge deler utlevert på samme dag, mens henholdsvis 11,5 % og 0,5 % fikk utlevert opioider og benzodiazepiner innenfor 1–30 dager og med mer enn 30 dagers mellomrom.

Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien var at rundt 11 % av alle personer som fikk forskrevet opioider i 2019, hadde vedvarende opioidbruk. Denne andelen var stabil på 10–11 % i perioden 2011–19, men antallet vedvarende brukere økte med rundt 9 600 personer. Blant alle opioid-

brukere var det høyest forekomst av vedvarende bruk blant personer som var 70 år eller eldre, og for denne aldersgruppen økte andelen vedvarende brukere i perioden 2011–19, selv om aldersfordelingen i gruppen ikke endret seg. Økningen i totalt antall vedvarende brukere skyldtes tilsynelatende hovedsakelig at flere personer fikk utlevert opioider på blå resept for behandling av langvarige smerter. Likevel fikk flertallet av personer med vedvarende bruk forskrevet opioider utelukkende på hvit resept. Det var høy forekomst av samtidig bruk av andre vanedannende legemidler blant vedvarende opioidbrukere, og 88 % av dem med både benzodiazepiner og opioider fikk disse utlevert på samme dag minst én gang i løpet av året.

I 2019 var det nær 60 000 personer med en opioidbruk som ble definert som vedvarende. 60 000 personer med vedvarende opioidbruk og en økning på rundt 9 600 personer i løpet av en tiårsperiode kan virke lite i forhold til det totale antallet opioidbrukere (rundt 560 000 personer i 2019), men for den enkelte pasient kan vedvarende bruk av opioider ha alvorlige konsekvenser. At det er en høy forekomst av vedvarende opioidbruk og en økning i andelen vedvarende opioidbrukere

blant eldre, er spesielt bekymringsfullt, da konfusjon, svimmelhet og ustøhet som følge av opioidbruk oftest forekommer hos eldre.

Blant de nær 60 000 vedvarende opioidbrukerne i 2019 fikk over 60 % utlevert opioider på kun hvit resept. Dette var en overraskende stor andel, gitt at det finnes en refusjonsordning for opioidbehandling av langvarige, sterke smerter (7). Fastlegene fikk muligheten til å forskrive opioider på blå resept for langvarige smerter først i 2016. Det ble observert en kraftig økning i antallet personer som inn gikk i blåreseptordningen i perioden 2016–17 (8, 9). Antallet personer med vedvarende bruk av opioider på hvit resept har holdt seg stabilt høyt i perioden 2011–19, og det kan dermed tyde på at det er en gruppe pasienter som ikke oppfyller kravene til individuell refusjon og som dermed fortsetter å få forskrevet store mengder opioider på hvit resept, ofte også i kombinasjon med andre vanedannende legemidler.

I henhold til nasjonale veiledere bør ikke opioidbrukere ha samtidig bruk av andre vanedannende legemidler, som f.eks. benzodiazepiner eller z-hypnotika, over lengre tid (3, 4). På tross av dette var det høy forekomst av samtidig bruk av andre vanedannende legemidler blant vedvarende opioidbrukere. Pasienter i palliativ behandling hadde som forventet høyest forekomst av samtidig bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika. Dette funnet er ikke så bekymringsfullt, da enkelte pasienter kan ha behov for medikamentell behandling av angst og søvnproblemer i livets slutt fase.

Blant vedvarende opioidbrukere som fikk opioider på hvit resept, var spesielt bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika vanlig. De fleste som fikk utlevert opioider og benzodiazepiner samme år, fikk begge legemiddelgrupper utlevert på samme dag minst én gang i løpet av året. Dette viser at opioider trolig brukes samtidig med andre vanedannende legemidler. Hos disse personene vil det kunne være fare for avhengighetsutvikling og alvorlige komplikasjoner som respirasjonsstans og død. Det var høy forekomst av bruk av pregabalin og gabapentin blant vedvarende opioidbrukere som fikk opioider utlevert på blå resept for langvarige smerter (henholdsvis 14,6 % og 17,1 %). Dette funnet er ikke så overraskende, da samtidig bruk av opioider og gabapentinoider kan være indisert ved utalt nevropatisk smerte. Det er uvisst hvorvidt gabapentin er å anse som et vanedannende

legemiddel på linje med pregabalin. Obduksjonsstatistikk viser at gabapentin i økende grad påvises ved rettsmedisinsk obduksjon, samtidig som bruken i befolkningen ikke har økt i samme størrelsesorden (17).

Et økende antall personer som bruker opioider vedvarende, vil sannsynligvis medføre at flere utvikler problematisk bruk og opioidavhengighet som kan få alvorlige konsekvenser. Her kan det nevnes at reseptpliktige opioider har vært den dominerende dødsårsaken blant overdosedødsfall i Norge de siste årene (6). Ved å kombinere flere vanedannende legemidler samtidig over tid kan risikoen for avhengighetsutvikling og andre alvorlige komplikasjoner øke. Det er viktig at forskrivende leger nøye vurderer behovet og legger en klar behandlingsplan ved oppstart av smertebehandling med opioider for langvarig smerte. Andre medikamentelle og ikke-medikamentelle alternativer bør eksplisitt vurderes og helst utprøves.

Begrensninger

Vi har gått ut fra at dersom en person henter ut et legemiddel fra apotek, ble dette legemiddelet også brukt av personen. Det trenger ikke å være tilfellet, noe som innebærer at vi kan ha overestimert totalt antall brukere av de ulike legemidlene. Det er mindre sannsynlig at vedvarende opioidbrukere som henter ut opioider gjentatte ganger, ikke bruker legemiddelet.

Reseptregisteret inneholder opplysninger om legemidler som forskrives på resept og som utleveres fra apotek til pasienter utenfor institusjon. Legemidler pasienter får på sykehus eller sykehjem blir ikke registrert på individnivå i Reseptregisteret. Dette kan medføre underestimering av antallet og andelen legemiddelbrukere, særlig blant de eldste i befolkningen.

For å klassifisere personer som vedvarende opioidbrukere ble antall DDD og mengde OMEQ utlevert per kalenderår benyttet, og ikke for en periode på 365 dager, slik det tidligere er gjort i en studie av Svendsen og medarbeidere (10). Dette kan ha ført til en underestimering av antallet vedvarende opioidbrukere, spesielt for brukere som hadde en kort tid med vedvarende bruk og der denne tiden er fordelt på to år (f.eks. to kvartaler per år). Frikortordningen gjelder per kalenderår, og dette kan føre til en opphopning av utleverte blåresepter mot slutten av året. Internasjonalt eksisterer det flere ulike måter å definere ved-

varende bruk på. I denne studien har vi valgt en metode basert på norske data med en forholdsvis streng definisjon av vedvarende opioidbruk. Valg av metode vil kunne påvirke resultatene.

Bruk av andre vanedannende legemidler ble definert som minst én utlevering av et annet vanedannende legemiddel i løpet av samme år. Vi vet ikke om legemidlene faktisk ble brukt samtidig. Pasienter som klassifiseres som vedvarende opioidbrukere etter vår definisjon, får utlevert opioider i mengder som mest sannsynlig tilsvarer et relativt høyt forbruk gjennom store deler av året. Det er derfor stor sannsynlighet for samtidig bruk i perioder. Analysene av utleveringer av opioider og benzodiazepiner på samme dag støtter oppunder dette.

Konklusjon

I perioden 2011–19 har antallet vedvarende opioidbrukere økt, mens andelen har holdt seg relativt stabil både i forhold til alle opioidbrukere og totalbefolkningen. Rundt 11 % av opioidbrukerne hadde vedvarende høyt forbruk, og flertallet fikk opioider forskrevet utelukkende på hvit resept. Blant alle vedvarende opioidbrukere var det også en høy andel som fikk forskrevet andre vanedannende legemidler, også på samme dag, noe som indikerer problematisk bruk. Våre funn tyder på at en del opioidbehandling for langvarig smerte og samtidig behandling med andre vanedannende legemidler er i strid med gjeldende retningslinjer. Dette indikerer forskrivningspraksis med høy risiko for uønskede konsekvenser for pasientene. Den høyeste forekomsten av vedvarende opioidbruk var blant personer 70 år og eldre, og denne aldersgruppen er spesielt sårbar for alvorlige konsekvenser. En strengere praksis og bistand fra lege til pasient for å seponere andre vanedannende legemidler er viktig dersom langvarig opioidbehandling skal være forsvarlig.

Ingvild Odsbu, Vidar Hjellevik og Svetlana Skurtveit er delvis finansiert av Norges forskningsråd, prosjektnummer 320360.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 16.9.2021, første revisjon innsendt 17.11.2021, godkjent 20.12.2021.

INGVILD ODSBU

er seniorforsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTE HANDAL

er avdelingsdirektør og spesialist i klinisk farmakologi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

VIDAR HJELLVIK

er seniorforsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PETTER C. BORCHGREVINK

er avdelingssjef, overlege og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

THOMAS CLAUSEN

er senterleder og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

RAGNAR NESVÅG

er spesialist i psykiatri og avdelingsdirektør.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

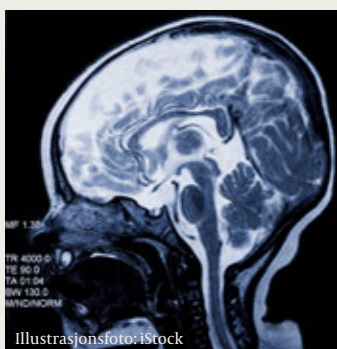
SVETLANA SKURTVEIT

er seniorforsker og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Chou R, Turner JA, Devine EB et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med* 2015; 162: 276–86.
- Els C, Jackson TD, Kunyk D et al. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 10: Cd012509.
- Helsedirektoratet. Opioider. Nasjonal veileder. Lest 21.6.2021.
- Helsedirektoratet. Vanedannende legemidler. Nasjonal veileder. Lest 17.8.2021.
- Samuelsen PJ, Nielsen CS, Wilsgaard T et al. Pain sensitivity and analgesic use among 10,486 adults: the Tromsø study. *BMC Pharmacol Toxicol* 2017; 18: 45.
- Oslo universitetssykehus. Opioidrelaterte dødsfall 2000–2017. Lest 24.6.2021.
- Helfo. Individuell stønad til opioider. Lest 21.6.2021.
- Odsbu I, Handal M, Hjellvik V et al. Bruk av andre vanedannende legemidler blant opioidbrukere med langvarige smerter. *Nor Epidemiol* 2021; 29: 45–53.
- Skurtveit S, Hjellvik V, Sakshaug S et al. Forskrivning av opioider på blå resept mot langvarige smerter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0153.
- Svendsen K, Skurtveit S, Romundstad P et al. Differential patterns of opioid use: defining persistent opioid use in a prescription database. *Eur J Pain* 2012; 16: 359–69.
- Mellbye A, Karlstad Ø, Skurtveit S et al. Co-morbidity in persistent opioid users with chronic non-malignant pain in Norway. *Eur J Pain* 2014; 18: 1083–93.
- Nijs J, Mairesse O, Neu D et al. Sleep Disturbances in Chronic Pain: Neurobiology, Assessment, and Treatment in Physical Therapist Practice. *Phys Ther* 2018; 98: 325–35.
- van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth* 2013; 111: 13–8.
- WHO. Definition and general consideration. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Lest 17.8.2021.
- Helfo. Morfinekvivalenter. Lest 17.8.2021.
- Svendsen K, Borchgrevink P, Fredheim O et al. Choosing the unit of measurement counts: the use of oral morphine equivalents in studies of opioid consumption is a useful addition to defined daily doses. *Palliat Med* 2011; 25: 725–32.
- Oslo universitetssykehus. Obduksjonsstatistikk: Funn i blodprøver fra obduksjoner utført i 2020. Lest 7.7.2021.



Illustrasjonsfoto: iStock

Medisinen i bilder

I DENNE ARTIKKELTYPEN ER BILDET
DET BÆRENDE ELEMENTET

Send inn bilde ledsaget av en kort tekst.

Se forfatterveiledningen på tidsskriftet.no.

Saxenda® indikasjoner¹

Voksne:

Saxenda® er indisert som supplement til diett med redusert kalori-inntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos voksne pasienter med initial BMI (Body Mass Index) på:

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (fedme) eller
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ til $< 30 \text{ kg/m}^2$ (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi eller obstruktiv søvnapné.

Behandling med 3,0 mg Saxenda® daglig skal seponeres etter 12 uker, dersom pasienten ikke oppnår vektreduksjon på minst 5 % av opprinnelig kroppsvekt.

Ungdom ≥ 12 år:

Saxenda® er indisert som supplement til et sunt kosthold og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med **fedme (BMI tilsvarende $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ som internasjonal grenseverdi hos voksne, se tabell i SPC eller på www.felleskatalogen.no) og kroppsvekt $> 60 \text{ kg}$.**

Behandling med 3,0 mg Saxenda® daglig, eller maks tolererte dose, skal seponeres og reevalueres etter 12 uker, dersom pasienten ikke oppnår reduksjon i BMI eller BMI z-score ≥ 4 %.

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller www.felleskatalogen.no

Saxenda® refusjon og pris⁶

Saxenda® refunderes per i dag etter søknad til HELFO om individuell refusjon⁷ for voksne med følgende BMI, eller ungdom ≥ 12 år med BMI tilsvarende:

- $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ (fedme grad 3) eller
- $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ (fedme grad 2) og
- en vektrelatert tilleggssykdom eller
- en tilleggs lidelse/-sykdom som øker risikoen for alvorlig fedmerelatert sykdom

For oversikt over aktuelle diagnosekoder se vilkårene for liraglutid i fulltekst på Helseidrettsdirektoratets nettsider.

For voksne stilles det krav til at Mysimba skal være forsøkt først eller dokumentert uegnet.



Saxenda® (liraglutid) pris⁸

Kr 2971,00 per pakning a 5x3 ml. En pakning er tilstrekkelig til 30 dagers bruk ved anbefalt vedlikeholdsdose (3,0 mg/dag)

Saxenda® utvalgt sikkerhetsinformasjon⁹

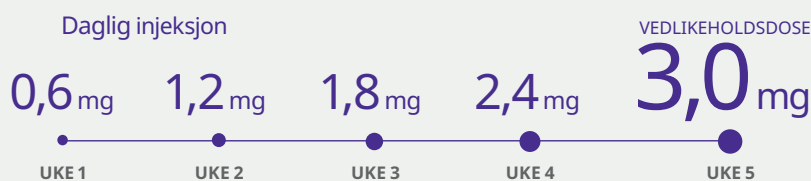
- Hyppigst rapporterte bivirkninger er gastrointestinale (svært vanlige $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse og oppkast. De fleste episodene var milde til moderate, og forbigående (avtok innen noen få dager eller uker). Unngå væskemangel
- Gallesten og kolecystitt: Høyere frekvens observert, kan delvis forklares av vektreduksjon
- Økt hjerterefrekvens observert
- Kombinasjon med SU-preparater kan øke risiko for hypoglykemi. Vurder dosereduksjon av SU ved oppstart. Kombinasjon med insulin ikke evaluert
- Skal ikke brukes under graviditet eller amming
- Saxenda® skal seponeres dersom tilstrekkelig effekt uteblir

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Ikke nødvendig med dosejustering	Eldre ≥ 75 år Barn/ungdom under 12 år
Nyrefunksjon	Lett eller moderat nedsatt (kreatininclearance $\geq 30 \text{ ml/min}$)	Alvorlig nedsatt (kreatininclearance $< 30 \text{ ml/min}$) inkludert terminal nyresykdom
Hjertesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Leverfunksjon	Mild eller moderat nedsatt Bør brukes med forsiktighet	Alvorlig nedsatt

Saxenda® dosering

– én injeksjon daglig uavhengig av måltid^{8,10}

Saxenda® skal injiseres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen én gang daglig.



Referanser: 1. Saxenda® SPC avsnitt 4.1 (Sist oppdatert 16.12.2021). 2. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. Diabetes Obes Metab. 2019 Aug;21(8):1914-1924. 3. Saxenda® SPC avsnitt 5.1 (Sist oppdatert 16.12.2021). 4. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al; for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. N Engl J Med. 2015;373(1):11-22 and supplementary appendix. doi:10.1056/NEJMoa1411892. 5. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten, Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, IS-1735, Helseidrettsdirektoratet 2011. 6. Helseidrettsdirektoratet om Liraglutid 2 (Vedlegg til § 5-14 legemiddellisten) <https://www.helseidrettsdirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/liraglutid-2> (Lest 14.01.2022). 7. HELFO sine sider om individuell refusjon <https://www.helfo.no/om-helfo/digitale-tjenester-fra-helfo/ny-losning-for-individuell-soknad-om-stonad-pa-bla-resept-fra-2020> (Lest 14.01.2022). 8. Felleskatalogen - Saxenda® <https://www.felleskatalogen.no/medisin/saxenda-novo-nordisk-658699> (Lest 14.01.2022). 9. Saxenda® SPC avsnitt 4.2, 4.4, 4.8, 5.1 og 5.2 (Sist oppdatert 16.12.2021). 10. Saxenda® SPC avsnitt 4.2 (Sist oppdatert 16.12.2021).

Du kan lese mer om Saxenda® på vår nettside: www.saxenda.no



Saxenda®
liraglutid injeksjon

Saxenda® (liraglutid)

– GLP-1-analog til behandling av overvekt og fedme¹

Som supplement til



diett/sunt kosthold

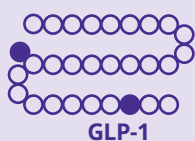


økt fysisk aktivitet

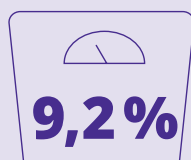


Har du pasienter som ønsker å gå ned i vekt?

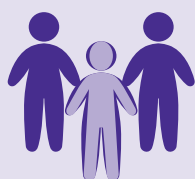
68 % av personer med overvekt ønsker at legen initierer en samtale om overvekt²



97 % likt humant GLP-1³



9,2 % vektreduksjon observert for pasienter som stod på Saxenda® i 1 år^{3,4#}



1 av 3 pasienter går ned >10 % av kroppsvekt⁴

~6/10 av pasientene går ned mer en 5 % av kroppsvekt (Vekttap på 5-10 % av kroppsvekt regnes klinisk relevant).⁵

[#] SCALE Fedme og prediabetes er den største studien på Saxenda®.⁴ Studien varte i 56 uker og hadde 3731 deltakere. Primært endepunkt i studien var endring i kroppsvekt. -8,0 % med Saxenda® vs -2,6 % med placebo etter 56 ukers behandling, en behandlingsforskjell på -5,4 % til fordel for Saxenda® (95 % konfidensintervall: -5,8, -5,0, p<0,001). Blandt pasienter som fikk Saxenda® og fullførte alle planlagte besøk i studien var observert vektreduksjon 9,2 %.⁴

SIRI FLAGESTAD KVALHEIM

siri.flagestad.kvalheim@vlfk.no
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland

ILEANA MIHAELA CUIDA MARTHINUSSEN

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland
Universitetet i Bergen

EINAR BERG

Institutt for klinisk odontologi
Universitetet i Bergen

GUNHILD VESTERHUS STRAND

Institutt for klinisk odontologi
Universitetet i Bergen

Munntørrhet hos alvorlig syke og døende

Munntørrhet er et betydelig problem for de fleste pasienter med alvorlig sykdom og palliativt behandlingsbehov. Hovedårsakene er bruk av legemidler, sykdommer og kreftbehandling, som ofte er assosiert med økende alder. Tilstanden kan føre til ubehag, smerte, dysfagi, taleproblemer, økt kariesaktivitet, dehydrering, underernæring og tap av appetitt. Det finnes få produkter med evidensbasert effekt mot plagene. Et tilsynelatende banalt problem som munntørrhet kan derfor føre til forverring av sykdomsbildet og redusert livskvalitet.

for munntell, ble det benyttet mer enn 20 ulike produkter – mange uten noen dokumentert effekt eller sågar med potensielt skadelig effekt. For alvorlig syke pasienter i Norge kan det dermed bero på tilfeldigheter om man mottar munntell og hvilke prosedyrer og produkter som da benyttes.

Når alvorlig syke pasienter mottar behandling og legemidler med svært plagsomme orale bivirkninger, tilbys ikke nødvendigvis helsehjelp i form av lindring av plagene (2). Orale infeksjoner øker risikoen for blant annet hjerte- og karsykdom, redusert kognitiv funksjon og pneumoni (3). Å få utført rutinemessig daglig munntell ved alvorlig sykdom lindrer plager og reduserer denne risikoen (4).

I denne artikkelen belyses årsaker til og mulige behandlinger for munntørrhet. Oversikten er basert på egne studier i norske helseinstitusjoner, tilgjengelig litteratur, klinisk erfaring og eksisterende rutiner for munntell hos alvorlig syke pasienter.

Hva er munntørrhet?

Friske individer produserer ca. 0,6 liter saliva (spytt) i døgnet (5). Munntørrhet oppstår når spyttsekresjonen er mindre enn væsketapet fra munnhulen som følge av svelging, for-

damping og absorpsjon gjennom slimhinnen i munnen (6). *Xerostomi* er pasientens subjektive oppfatning av munntørrhet, *hyposalivasjon* betegner objektiv og målbar munntørrhet. De to begrepene er ikke alltid sammenfallende. Salivasekresjon utenom måltider er vanligvis ca. 0,3 ml/min. Mindre enn 0,1 ml/min defineres som hyposalivasjon. Xerostomi oppstår når sekresjonen reduseres til omtrent halvparten av normal mengde (7), men kan også oppstå som følge av endret salivasammensetning (8). I slike tilfeller er spyttet ofte tyktflytende, seigt eller skummende.

Saliva

Saliva er en kompleks kroppsvæske med en rekke ulike egenskaper og funksjoner. Hovedinnholdet er vann (99,5 %), og i tillegg inneholder spytt elektrolytter og proteiner (9). Væsken bidrar til å rense munnhulen. Ulike enzymer og proteiner i spyttet har antimikrobielle, antifungale og antivirale egenskaper.

Immunoglobuliner, eksempelvis s-IgA, hemmer mikrobiell adhesjon og fremmer fagocytose og aggregering. Mucin danner en beskyttende hinne. Vekstfaktorer i saliva fremmer proliferasjon og sårtilheling (8). Spyttet har betydning for smak fordi det inneholder pro-

En studie fra 2016 av et representativt utvalg av norske sykehus og sykehjem viste at 25 % manglet prosedyrer for munntell hos alvorlig syke, og bare halvdel av pleiepersonalet innså betydningen av munntell (1). Blant institusjoner som hadde prosedyrer

teiner som bidrar til spalting av næringsstoffer og transport av smakssubstanser til smaksøkene (10). Spytt er også avgjørende for tygging, svelging, dannelse av bolus og for fordøyelsen, og dets bufferkapasitet spiller en viktig rolle for tannhelsen og for å opprettholde en balansert oral mikrobiota (8).

Hvem rammes av munntørrehet?

Munntørrehet forekommer i alle aldre, men kronisk og alvorlig grad av munntørrehet rammer spesielt eldre med polyfarmasi, kronisk og/eller terminal sykdom (8, 11, 12). Tilstanden rammer kvinner oftere enn menn. Munntørrehet gjør at salivas rensende og smørende effekt uteblir. Er saliva tilnærmet fraværende, har ofte slimhinnene et læraktig utseende. En brennende og sviende følelse, sprekker, sår, smerte, nedsatt smakssans og taleproblemer forekommer ofte. Tilstanden øker mottakeligheten for infeksjoner (8, 13) og gjør det vanskelig å svelge mat og drikke. Dette kan føre til underernæring, refluks, kvalme og dehydrering (14). Hos pasienter med lengre forventet levetid vil også karies med følgeskader kunne oppstå.

Tørrehet som strekker seg nedover i svelget og halsen, ofte i kombinasjon med candida-infeksjon, er en annen svært ubehagelig plage hos alvorlig syke og døende (14). Tilstanden oppdages ikke alltid ved rutinemessige undersøkelser. På grunn av generell svekkelse kan pasienten ha problemer med å formidle sine symptomer. Med munntørrehet og orale infeksjoner følger ofte halitosis – dårlig ånde – som kan virke frastøtende og redusere pasientens selvrespekt og verdighet. En tilsynelatende bagatellmessig tilstand som munntørrehet vil dermed kunne gi betydelig forverring av pasientens fysiske og psykiske helse og velvære.

Årsaker

Nedsatt sekresjon kan skyldes permanent strukturell endring av spyttkjertlene som følge av stråling, immunterapi eller autoimmune lidelser, eller patofysiologiske endringer i spyttkjertlene som følge av endokrine forstyrrelser (8, 15). Andre tilstander kan være forbigående, som sialolithiasis (spyttkjertelstein), dehydrering, angst og depresjon (16). Det finnes ikke spesifikke kliniske tegn som kan skille mellom ulike årsaker til munntørrehet (8).

Den vanligste årsaken til munntørrehet er bieffekter av behandling og legemidler som påvirker spyttrefleksjonen på ulike steder i sentralnervesystemet og/eller på reseptornivå i spyttkjertlene (16). Blant kreftpasienter er rundt 80 % plaget av munntørrehet (17–19). Mer enn 150 virkestoffer påvirker spyttkjertelfunksjonen (20). Polyfarmasi øker prevalensen ytterligere (16, 21). Opioider, analgetika, sedativer, antidepressiver, anxiolytika, nevroleptika og antikolinergika som brukes hyppig i palliativ behandling, spesielt til terminale pasienter, gir alle munntørrehet (8, 20). Hos palliative pasienter kan dessuten lavt væskeinntak, feber og medisineringspåvirke reguleringen av salt-væske-balansen og føre til dehydrering. For alvorlig syke pasienter forsterkes ofte munntørreheten av munnpustring, skadet eller veldig tynn munnslimhinne, som kan øke væskeabsorpsjon, og skadede eller manglende spyttkjertler (C. Dawes, personlig meddelelse).

Behandling

Munnstell

Munnstell hos alvorlig syke og døende skal inkludere kartlegging og diagnostisering av munntørrehet, smøring av lepper, rengjøring av tenner, rensing av slimhinner og fukting (22). Tenner rengjøres med myk børste. Tannkrem med natriumlaurylsulfat bør unngås, fordi denne kan virke uttørrende på slimhinnene (23). Slimhinner rengjøres med fysiologisk saltvann, eventuelt 0,5 % hydrogenperoksid. Påføring av 17 % glyseroloppløsning kan benyttes som fuktemiddel. Løsningen lindrer munntørrehet, men på grunn av kortvarig effekt må den påføres hyppig (24). Hvilke produkt/tiltak som virker lindrende, varierer med art og grad av munntørrehet samt pasientens preferanse. På svært tørre slimhinner kan produkter med høy viskositet virke klebrig og ubehagelig. Kvalme forekommer ofte hos pasienter i lindrende behandling. Produkter med mild smak og behagelig konsistens er derfor viktig. Siden symptomene og preferansene varierer, bør pasientene forsøke ulike typer (2, 24).

Salivasubstitutter

Det finnes en rekke salivasubstitutter – skyllmidler, gel, spray – som hevdes å motvirke munntørrehet. Ofte etterligner de spyttets utseende og flyteegenskaper, men har verken tilsvarende enzymatiske, antimikrobielle, antifungale eller antivirale egenskaper. De har

heller ikke spyttets fysiske egenskaper (16). Per i dag finnes det ingen sterk vitenskapelig evidens for at noen av produktene på markedet gir effektiv lindring mot munntørrehet (2).

Glyserol

Glyserol i ulike vandige konsentrasjoner har vært det mest brukte produktet til munnstell og munntørrehet i Norge siden 1950-årene. Anbefalingene for glyserolløsninger er motstridende. I enkelte land frarådes bruken, fordi den hevdes å virke uttørrende heller enn fuktgivende. I Norge anbefales en 17 % oppløsning av glyserol i vann. Anbefalingen på *helsebiblioteket.no* har blitt laget på grunnlag av empiri og tilgjengelig litteratur og er det nærmeste man kommer en nasjonal retningslinje (22). Glyserolløsningen gir god umiddelbar lindring, men effekten forsvinner etter kort tid (24). Langtidsvirkningene av slik glyserolkonsentrasjon på slimhinnene er ukjent, men det synes usannsynlig at kortvarig bruk skulle gi særlige problemer. Glyserol blir imidlertid også brukt ufortynnet på orale slimhinner i noen norske helseinstitusjoner (1). Dette kan gi stort ubehag og betydelig forverring av munntørreheten. Skal glyserolløsning benyttes, må den blandes med vann i forholdet 1:4 og påføres hyppig (24).

Stimulering av salivasekresjon

Spyttsekresjonen kan økes ved bruk av tyggegummi, pastiller og ved bruk av eple-, sitron- eller askorbinsyre (16). For palliative pasienter med hyposalivasjon kan det være vanskelig å få løst opp pastiller. Tyggegummi er ofte uegnet på grunn av manglende tyggekraft (18).

Pilokarpin er en muskarinreseptoragonist som øker sekresjon fra eksokrine kjertler og kan gi effektiv behandling mot xerostomi med dosering på minst 20 mg per dag (25). Bruken innebærer imidlertid uønskede bieffekter som svetting, hodepine, vannlating og vasodilasjon (26). Pilokarpin-tabletter (Salagen) kan bare forskrives på godkjenningstak. En ikke-godkjent indikasjon, som praktiseres i flere land, er pilokarpin-øyedråper 2 % i munnen, 3–5 dråper 2–5 ganger daglig. Dette kan gi en god, men kortvarig effekt (27). Medikamenter som stimulerer sekresjon, har imidlertid kun effekt hos pasienter der spyttkjertlene fortsatt har noen grad av funksjon.

Kunstig hydrering

Behandling av dehydrering vil kunne redusere plagene med munntørrehet (28). Kunstig hydrering er væske gitt intravenøst, subkuttant, dermalt, rektalt eller som en komponent av enteral ernæring eller parenteral ernæring.

Hos palliative pasienter er kunstig hydrering utfordrende med tanke på fysiske faktorer, som fare for væskeansamling og lungeødem, men også av moralske, etiske og kulturelle grunner. Seponering av væske og ernæring hos døende pasienter diskuteres i litteraturen (29). Tilførsel av væske vil kunne forebygge nyresvikt og delirium samt gi bedre effekt av medikamenter. Motargumenter handler om at man bør unngå uheldig væskeansamling, at pasienten bør få slippe kateter og at man bør fokusere på forestående død. I hvilken

grad tilførsel av væske reduserer tørrhet og tørste, er usikkert (30). At munnstell kan lindre munntørrhet, er et argument som blir brukt mot å gi væske. En forutsetning er da at munnstellet blir gjennomført.

Konklusjon

De fleste alvorlig syke og døende pasienter er sterkt plaget av munntørrhet. Produkter mot tilstanden er lite effektive, men godt renhold

og hyppig fukting kan lindre plagene. Helsevesenet må rutinemessig inkludere munnstell ved innleggelse, på lik linje med behandling av øvrig sykdom.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 22.3.2021, første revisjon innsendt 3.9.2021, godkjent 5.1.2022.

SIRI FLAGESTAD KVALHEIM

er ph.d. og tannlegespesialist i oral protetikk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ILEANA MIHAELA CUIDA MARTHINUSSEN

er spesialtannlege i kariologi, førsteamanuensis og klinikkjef. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EINAR BERG

er dr.odont. og professor emeritus i oral protetikk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GUNHILD VESTERHUS STRAND

er dr.odont. og professor i gerodontologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Kvalheim SF, Strand GV, Husebø BS et al. End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. *Gerodontology* 2016; 33: 522–9.
- Furness S, Worthington HV, Bryan G et al. Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 12: CD008934.
- Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. *J Clin Periodontol* 2020; 47: 268–88.
- Gil-Montoya JA, de Mello AL, Barrios R et al. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging* 2015; 10: 461–7.
- Watanabe S, Dawes C. The effects of different foods and concentrations of citric acid on the flow rate of whole saliva in man. *Arch Oral Biol* 1988; 33: 1–5.
- Dawes C. How much saliva is enough for avoidance of xerostomia? *Caries Res* 2004; 38: 236–40.
- Edgar M, O'Mullane D, Dawes C. Saliva and oral health. 3. utg. London: British Dental Association, 2004.
- Pedersen AML, Sørensen CE, Proctor GB et al. Salivary secretion in health and disease. *J Oral Rehabil* 2018; 45: 730–46.
- Edgar M, O'Mullane D, Dawes C. Saliva and oral health. 4. utg. London: British Dental Association, 2012.
- Çelebioğlu HY, Lee S, Chronakis IS. Interactions of salivary mucins and saliva with food proteins: a review. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2020; 60: 64–83.
- Kaasa S, Loge JH. red. Palliasjon. Nordisk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016.
- Venkatasalu MR, Murang ZR, Ramasamy DTR et al. Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health* 2020; 20: 79.
- Sjögren P, Wårdh I, Zimmerman M et al. Oral Care and Mortality in Older Adults with Pneumonia in Hospitals or Nursing Homes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64: 2109–15.
- Sweeney MP, Bagg J, Baxter WP et al. Oral disease in terminally ill cancer patients with xerostomia. *Oral Oncol* 1998; 34: 123–6.
- Lacouture M, Sibaud V. Toxic Side Effects of Targeted Therapies and Immunotherapies Affecting the Skin, Oral Mucosa, Hair, and Nails. *Am J Clin Dermatol* 2018; 19 (suppl 1): 31–9.
- Carpenter G. red. Dry Mouth - A Clinical Guide on Causes, Effects and Treatments. Berlin: Springer, 2015.
- Jensen SB, Pedersen AM, Vissink A et al. A systematic review of salivary gland hypofunction and xerostomia induced by cancer therapies: prevalence, severity and impact on quality of life. *Support Care Cancer* 2010; 18: 1039–60.
- Davies A, Bagg J, Laverty D et al. Salivary gland dysfunction ('dry mouth') in patients with cancer: a consensus statement. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2010; 19: 172–7.
- Wilberg P, Hjermstad MJ, Ottesen S et al. Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. *Support Care Cancer* 2012; 20: 3115–22.
- Wolff A, Joshi RK, Ekström J et al. A Guide to Medications Inducing Salivary Gland Dysfunction, Xerostomia, and Subjective Sialorrhea: A Systematic Review Sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. *Drugs R D* 2017; 17: 1–28.
- Närhi TO, Meurman JH, Ainamo A et al. Association between salivary flow rate and the use of systemic medication among 76-, 81-, and 86-year-old inhabitants in Helsinki, Finland. *J Dent Res* 1992; 71: 1875–80.
- Helse Bergen. Munnstell til voksne pasienter. Helsebiblioteket 3.11.2016. Lest 5.1.2022.
- Herlofson BB, Barkvoll P. Desquamative effect of sodium lauryl sulfate on oral mucosa. A preliminary study. *Acta Odontol Scand* 1993; 51: 39–43.
- Kvalheim SF, Marthinussen MC, Haugen DF et al. Randomized controlled trial of the effectiveness of three different oral moisturizers in palliative care patients. *Eur J Oral Sci* 2019; 127: 523–30.
- Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Ann Rheum Dis* 2020; 79: 3–18.
- Davies AN, Thompson J. Parasympathomimetic drugs for the treatment of salivary gland dysfunction due to radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 10: CD003782.
- Pilokarpin øyedråper til peroral bruk. RELIS 10.10.2016. Lest 5.1.2022.
- Burge FI. Dehydration symptoms of palliative care cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1993; 8: 454–64.
- Strand AMR, Berg SF. Skal døende pasienter få væske og ernæring? *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0527.
- Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care* 2015; 9: 346–54.

Målrettet biologisk behandling mot alvorlig ATOPIISK DERMATITT²

- » **Målrettet blokkering av IL-4 og IL-13**, viktige drivere av type 2-inflammasjon, som ved atopisk dermatitt²
- » **Dokumentert effekt** på alvorlighetsgrad, kløeintensitet og livskvalitet^{2*}
- » **Ingen krav om overvåkning** av organotokisitet³



Utvalgt sikkerhetsinformasjon: De vanligste bivirkningene er reaksjoner på injeksjonsstedet, konjunktivitt, blefaritt og hodepine. Pasienter som bruker Dupixent mot alvorlig atopisk dermatitt og som har komorbid astma skal ikke justere eller avbryte astmabehandling uten samråd med lege. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med astma, ved helmint-infeksjon, systemisk overfølsomhet og/eller vedvarende konjunktivitt og keratitt. Pasienter bør rådes til å rapportere nyoppståtte eller forverrede øyesymptomer til helsepersonell.

*p-verdi <0,0001 vs placebo og/eller samtidig behandling med TCS

Referanser: 1. <https://nyemetoder.no/metoder/dupilumab-dupixent-indikasjon-v> (15.10.2021) 2. Dupixent SPC kap 5.1 24.06.2021 3. Dupixent SPC kap. 4.4 24.06.2021

Dupixent (dupilumab) 200 mg og 300 mg, oppløsning i en ferdigfylt sprøyte og ferdigfylt penn. Den ferdigfylte pennen med dupilumab er ikke beregnet til bruk hos barn under 12 år. **Indikasjon: Atopisk dermatitt Voksne og ungdom:** Behandling av moderat til alvorlig atopisk dermatitt hos voksne og ungdom (12 år og eldre) som er aktuelle for systemisk behandling. **Atopisk dermatitt Barn 6 til 11 år:** Behandling av alvorlig atopisk dermatitt hos barn 6 til 11 år som er aktuelle for systemisk behandling. **Dosering: Voksne:** 600 mg (2 injeksjoner à 300 mg) ved oppstart, etterfulgt av 300 mg hver 2. uke. **Ungdom ≥12-17 år:** over 60 kg: som voksen, under 60 kg: 400 mg (2 injeksjoner à 200 mg) ved oppstart, etterfulgt av 200 mg hver 2. uke. **Barn ≥6-11 år:** 15-60 kg: 300 mg på dag 1 og 300 mg på dag 15 ved oppstart, etterfulgt av 300 mg hver 4. uke (start 4 uker etter dag 15-dosen). Dosen kan økes til 200 mg annenhver uke. **Over 60 kg:** som voksen. **Vanligste bivirkninger:** reaksjoner på injeksjonsstedet, konjunktivitt, blefaritt og hodepine. **Interaksjoner:** Interaksjoner med levende vaksiner er ikke undersøkt. Pasienter på Dupixent kan få inaktiverte eller ikke-levende vaksiner. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte: 200 mg: 2 x 1,14 ml¹ (ferdigfylt sprøyte m/automatisk nålebeskyttelse) kr 15 819,60. 300 mg: 2 x 2 ml¹ (ferdigfylt sprøyte m/automatisk nålebeskyttelse) kr 15 819,60. Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 200 mg: 2 x 1,14 ml (ferdigfylt penn) kr 15 819,60. 300 mg: 2 x 2 ml (ferdigfylt penn) kr 15 819,60. **Refusjon:** 1. H-resept: D11A H05_1 Dupilumab. **Refusjonsberettiget bruk:** **Vilkår:** (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Vennligst se SPC eller felleskatalogen.no for utfyllende informasjon.

Sanofi og Regeneron samarbeider i et globalt forsknings- og utviklingsprogram og med markedsføring av Dupixent.

FREDRIK EIKA

eikafredrik@gmail.com
Medisinsk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus

JOHANNA ELISABETH RYKKE BERSTAD

Avdeling for øre-, nese- og hals
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Nummen hake

Sykdomsprosesser i underkjeven kan debutere med ensidig nummenhet på leppen og haken. Symptomene kan i sjeldne tilfeller være beskjedne og derfor bli oversett av klinikere og pasienter. Kasuistikken illustrerer et slikt tilfelle og noen diagnostiske betraktninger om tilstanden.

En mann i 70-årene kontaktet lege på grunn av spontant tilkommet nummenhetsfølelse på høyre side av haken og høyre del av underleppen. Han hadde ingen andre nevrologiske symptomer, ingen B-symptomer og var ellers i god form. Ved palpasjon av underkjeven fant man svak ømhet over hakens høyre side og ved foramen mentale. Tenner og tannkjøtt fremsto som normale. Pasienten var afebril og med senkningsreaksjon, C-reaktivt protein (CRP) og leukocytall i normalområdet. På mistanke om cerebral hendelse ble det utført CT-caput, som viste normale funn.

Symptomet ga mistanke om lokal påvirkning av nervus mentalis, som gir sensibilitetsutfall på haken (figur 1) (1). Pasienten ble henvist til poliklinisk CT av ansiktsskjelettet, der

man så en lytisk prosess i høyre mandibula, som protruderte gjennom en utvidet foramen mentale (figur 2). Jevne kortikalkonturer uten omkringliggende fettvevsreaksjon ga primært mistanke om tumor. Abscess kunne ikke helt utelukkes, da tannrotinfeksjoner kan ha lignende utseende. Disse infeksjonene gir imidlertid oftest mindre periapikale abscesser.

Grunnet bekymring for mulig kreftsykdom ble pasienten henvist til et pakkeforløp ved øre-nese-hals-dagavdeling for diagnostisk avklaring. I mellomtiden oppsøkte pasienten tannlege, som fant normale ekstraorale, intraorale og periodontale forhold. Panoramarøntgen (OPG) viste en velavgrenset radiolusens apikalt om tann 44, som ga mistanke om apikal cyste. Tannlegen anbefalte at pasienten ble utredet videre på sykehus.

På sykehuset supplerte man med CT toraks-abdomen-bekken, som var uten malignitets-suspekter forandringer. Pasienten ble henvist til kjevekirurg for biopsi. Ved intraoral tilgang tømte det seg tyktflytende puss ved perforasjon av foramen mentale. Tann 45 ble fjernet, og man fant en stor pussfylt benkavitet. Mikrobiologisk dyrkning viste oppvekst av *Streptococcus oralis* og *Actinomyces odontolyticus*, begge sensitive for klindamycin og penicillin. Histopatologi viste nekrotisk benvev med markert kronisk betennelse, men ingen maligne

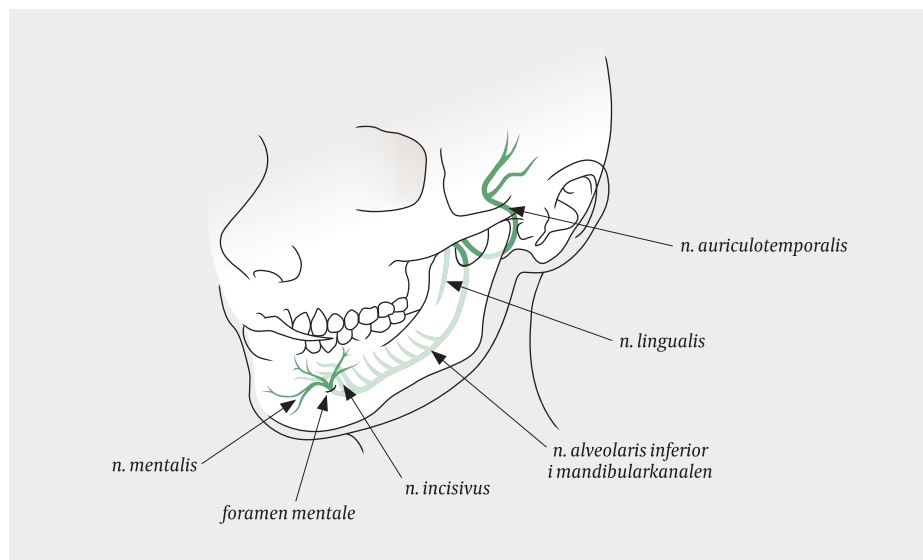
celler. De mikroskopiske funnene passet med det klinisk inntrykket av akutt osteomyelitt utgående fra tann 45.

Ny granskning av panoramarøntgen tatt i 2010 og 2016 viste antydning til apikal radiolusens på tann 44 som kunne gi mistanke om at infeksjonen hadde utgått fra denne tannen. Tann 45 hadde imidlertid en anatomisk sentral plassering uten tydelig avgrensning til den osteolytiske prosessen. På rotspissen hadde tann 45 også påleiring (sklerotiserende apikal periodontitt) som kunne tyde på en kronisk infeksjon i denne tannen. I fravær av andre kliniske funn som økt mobilitet og perkusjonsømhets av tenner, men utfall av sensibilitet i området, ble dette røntgenfunnet avgjørende. Man antok at tann 45 mest sannsynlig var årsak til infeksjonen, og tannen ble fjernet.

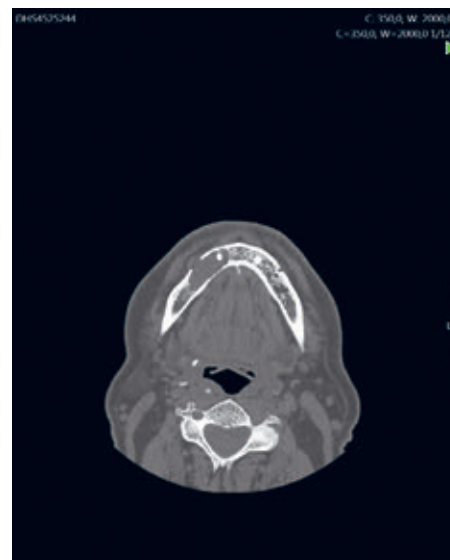
Ved klinisk kontroll fire uker senere var pasienten fortsatt nummen i samme område, men det var pen intraoral tilheling. Videre plan innebar 4–6 uker med antibiotikabehandling og rotfylling av de tilgrensende tennene (44 og 46).

Diskusjon

Nummen hake kjennetegnes ved sensibilitetsutfall på hake og hud/slimhinne på nedre



Figur 1 Nervus mentalis er en avgreining av nervus alveolaris inferior, som stammer fra nervus trigeminus sin tredje gren. Nerven passerer gjennom mandibularkanalen i underkjeven og ut av foramen mentale, der den innnervrer hud på hake og underleppe på ipsilateral side (1).



Figur 2 CT ansiktsskjelett. Aksialplan. Lytisk prosess i høyre mandibula med bløtdelskomponent som protruderer gjennom en utvidet foramen mentale.

leppe, og kan være ledsaget av smerter, høvent tannkjøtt, løse tenner eller smerter. I internasjonal litteratur omtales gjerne symptombildet som *numb chin syndrome* eller *mental nerve entrapment* (1, 2).

Nummen hake skyldes utfall av sensibilitet i innervasjonsområdet til hele eller deler av nervus alveolaris inferior. Mulige årsaker er blant annet traume, tannprosedyrer, småkirurgi på leppen, periapikal tanninfeksjon, akutt eller kronisk osteomyelitt sekundært til infeksjon i tenner og deres støttevev, metastatisk kreftsykdom eller primære tumorer eller cyster i kjeven (1). Infeksiøse, inflammatoriske og immunologiske årsaker inkluderer humant immunsviktvirus (HIV), borreliose, sarkoidose, systemisk lupus erythematosus, temporalisarteritt og andre vaskulitter (1). Symptomene

kan også forårsakes av osteonekrose i kjeven knyttet til bruk av bisfosfanater (3).

Primære maligne tumorer eller metastaser til kjeven er en sjelden årsak til nummen hake som klinikere bør være klar over (4). I en oversiktsartikkel over 16 studier som involverte 136 pasienter med malignitetsrelatert nummen hake, var brystkreft den hyppigst assosierte maligniteten (40,4 %), fulgt av lymfom (20,5 %), prostatakreft (6,6 %) og leukemi (5,1 %) (5). At symptomene kan minne om tann smerter, osteomyelitt, kjeveleddsplager eller trigeminusneuralgi, kan forsinke diagnosen.

Kasistikken illustrerer et uvanlig tilfelle av osteomyelitt med diffuse symptomer, der kliniske og radiologiske funn initialt ikke ga mistanke om infeksjon. Dette resulterte i en unødvendig helkroppss-CT i forkant av under-

søkelse hos kjevekirurg og bekymringer hos pasienten.

Mange med nummen hake vil oppsøke tannlege først, og diagnostiske betraktninger er viktig å kjenne til for denne yrkesgruppen. Som kasistikken illustrerer kan tverrfaglig samarbeid mellom leger, tannleger og kjevekirurg være viktig i utredning av tilstanden. Skader på n. alveolaris inferior tilheler som regel spontant (6, 7). Pasientens sensibilitet i leppe og hakehud er nå normalisert.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Takk til Radiologisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus for hjelp med figur.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 26.2.2021, første revisjon innsendt 17.6.2021, godkjent 8.10.2021.

FREDRIK EIKA

er lege i spesialisering i indremedisin.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

JOHANNA ELISABETH RYKKE BERSTAD

er spesialist i oralkirurgi og i oralmedisin og er
overtannlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

LITTERATUR

- Smith RM, Hassan A, Robertson CE. Numb Chin Syndrome. *Curr Pain Headache Rep* 2015; 19: 44.
- Assaf AT, Jürgens TP, Benecke AW et al. Numb chin syndrome: a rare and often overlooked symptom. *J Oral Facial Pain Headache* 2014; 28: 80–90.
- He L, Sun X, Liu Z et al. Pathogenesis and multidisciplinary management of medication-related osteonecrosis of the jaw. *Int J Oral Sci* 2020; 12: 30.
- D'Silva NJ, Summerlin DJ, Cordell KG et al. Metastatic tumors in the jaws: a retrospective study of 114 cases. *J Am Dent Assoc* 2006; 137: 1667–72.
- Galán Gil S, Peñarrocha Diago M, Peñarrocha Diago M. Malignant mental nerve neuropathy: systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13: E616–21.
- Alling CC 3rd. Dysesthesia of the lingual and inferior alveolar nerves following third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 44: 454–7.
- Hillerup S, Stoltze K. Lingual nerve injury in third molar surgery I. Observations on recovery of sensation with spontaneous healing. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007; 36: 884–9.



Eliquis[®]
apixaban

Det handler om en enklere hverdag

Eliquis er den eneste NOAK som har vist sammenlignbar **EFFEKT** og forekomst av **ALVORLIGE BLØDNINGER** vs. LMWH*, uten å øke risiko for alvorlige eller ikke-alvorlige **GI BLØDNINGER** hos pasienter med kreft og VTE vs. LMWH^{*2-6}

Direkte oppstart med 10mg** (tablett) dosert to ganger daglig² de første 7 dagene, etterfulgt av 5mg to ganger daglig, for behandling av akutt DVT og behandling av LE hos voksne pasienter.

DU KAN LESE MER OM ELIQUIS PÅ ELIQUIS.NO



Bristol Myers Squibb™



REFERANSER: 1. Reseptregisteret 2020 (publisert april 2021). www.folkhelseinstituttet.no 2. ELIQUIS preparatomtale (SPC). www.legemiddelverket.no 3. Agnelli G, Becattini C, Meyer G et.al. Apixaban for the Treatment of Venous Thromboembolism Associated with Cancer. NEJM.org. DOI: 10.1056/NEJMoa1915103. March 29, 2020. 4. Pradaxa preparatomtale (SPC), www.legemiddelverket.no 5. Xarelto preparatomtale (SPC), www.legemiddelverket.no 6. Lixiana preparatomtale (SPC), www.legemiddelverket.no

* målt i antall personer som har fått et legemiddel utlevert fra apotek i løpet av 2020. * LMWH = lavmolekylære hepariner. Studien³ sammenlignet apixaban vs dalteparin. ** To tabletter a 5mg morgen (10mg) og to tabletter a 5mg kveld (10mg) de første syv dager, deretter 5 mg morgen og kveld. GI-blødninger=Gastrointestinal blødning, DVT=Dyp venetrombose, VTE=Venøs tromboembolisme, LE=Lungeemboli. NOAK = Non-vitamin K antagonist oral antikoagulant.

ELIQUIS
– NORGES MEST BRUKTE
ORALE ANTIKOAGULANT^{1#}

ELIQUIS (apiksaban) tabletter til behandling av dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE), og forebygging av tilbakevendende DVT og LE hos voksne.

Anbefalt dosering ved behandling av akutt DVT og behandling av LE er 10 mg tatt 2 ganger daglig i de første 7 dagene etterfulgt av 5 mg tatt oralt 2 ganger daglig. Anbefalte dosering av apiksaban ved forebygging av tilbakevendende DVT og LE er 2,5 mg tatt oralt 2 ganger daglig, initiert etter fullført 6 måneders behandling.

Vanlige bivirkninger ved bruk av ELIQUIS er økt blødningsforekomst. Pasienten bør følges nøye med tanke på tegn til blødning, som kontusjonsblødning, neseblødning, hematom, hematuri og GI-blødning. Andre vanlige bivirkninger kan være anemi, trombo-cytopeni og hudutslett.

Alvorlige blødninger som hjerneblødning og abdominal blødning er definert som sjeldne bivirkninger.

RESEPTGRUPPE: C

REFUSJON:

Refusjon 2B01A F02 og refusjonskoder: Apiksaban – 2,5mg og 5 mg. Refusjonsberettiget bruk: Behandling av dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE), og forebygging av tilbakevendende DVT og LE hos voksne pasienter.

ICPC: K93 LUNGEEMBOLI

ICPC: K94 DYP VENETROMBOSE

ICD: I26 LUNGEEMBOLI

ICD: I82 ANNEN EMBOLI OG TROMBOSE I VENER

Vilkår: Ingen spesifisert

VIKTIG SIKKERHETSINFORMASJON VED BRUK AV ELIQUIS TIL PASIENTER MED VTE:

- Ikke anbefalt til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon
- Ikke anbefalt til pasienter med kunstige hjerteklaffer
- Kontraindisert ved tilstander som gir økt risiko for alvorlig blødning. Dette kan inkludere gjeldende eller nylig gastrointestinal blødning, tilstedeværelse av ondartede svulster med høy risiko for blødning eller ved samtidig bruk av andre antikoagulantia
- Apiksaban er ikke anbefalt som et alternativ til ufraksjonert heparin hos pasienter med lungeemboli som er hemodynamisk ustabile, eller som kan få trombose eller pulmonal embolektomi
- Før oppstart av apixaban ved behandling av DVT og LE hos pasienter med kreft, skal man gjøre en nøye vurdering av fordeler versus risiko
- Noen krefttyper, som hjernetumor, cerebral metastase og akutt leukemi ble ekskludert fra studien som undersøkte bruk av Eliquis som behandling av DVT og LE til pasienter med aktiv kreft

PAKNINGER OG PRISER:

Eliquis 2.5mg: 20 stk. (blister) kr 284,80, 168 stk. (blister) kr 2118,50. **Eliquis 5mg:** 28 stk. (blister) kr 384,20, 168 stk. (blister) kr 2118,50.

For fullstendig informasjon, se ELIQUIS preparatomtale og SPC tilgjengelig på www.legemiddelverket.no

ANJA NILSEN NYLAND

Kjevekirurgisk avdeling
Haukeland universitetssjukehus

Institutt for klinisk odontologi
Universitetet i Bergen

ELIN SERINE NORDTVEIT

Barne- og ungdomsklinikken
Haukeland universitetssjukehus

FRANZISKUS JOHANNES BOSSE

Barne- og ungdomsklinikken
Haukeland universitetssjukehus

SIGBJØRN LØES

loes@helse-bergen.no
Kjevekirurgisk avdeling
Haukeland universitetssjukehus
Institutt for klinisk odontologi
UiT Norges arktiske universitet

Osteomyelitt i underkjeven

Hevelser og smerter i kjeven er ofte assosiert med infeksjons odontogen sykdom og vil typisk diagnostiseres og behandles hos tannlege. I noen tilfeller kan imidlertid ikke tanninfeksjoner påvises. Vi presenterer fire sykehistorier hos barn som illustrerer ulike utfordringer ved en velkjent, men relativt dårlig definert diagnose i medisinen.

Pasient 1

En tidligere frisk gutt i barneskolealder ble henvist til kjevekirurgisk avdeling på grunn av smerter, hevelse og rødhet i venstre underkjeve samt rødhet bak øret på samme side. Pasienten hadde redusert gapeevne, men ikke vekttap eller feber. Han var tidligere plaget med hyppige halsinfeksjoner.

Det ble ikke avdekket tannpatologi ved klinisk undersøkelse, tannrøntgen eller dental

panoramarøntgen (ortopantogram, OPG). Antibiotikabehandling med fenoksymetylpenicillin-mikstur 50 mg/mL $\times$ 3 (7,5 mL + 7,5 mL + 15 mL) ga tilbakegang av symptomene i løpet av få dager. Nevnte ortopantogram, CT og MR av ansiktsknokler viste omfattende osteolytiske og inflammatoriske lesjoner i venstre underkjeve (figur 1). For å utelukke neoplasia ble det foretatt PET-CT-undersøkelse med fluorodeoksyglukose (FDG), som viste diffust økt FDG-opptak i venstre ramus mandibula.

To måneder etter symptomdebut ble det tatt biopsi i generell anestesi med trepanbortransoralt. Det ble ikke observert inflammasjon i omliggende bløtvev, men hele ramus mandibula var ekspandert. Histologisk snitt viste ben med reaktive forandringer forenlige med sent stadium i en behandlet osteomyelitt uten tegn til malignitet. Bakterierprøver ga rikelig vekst av *Streptococcus mitis*, middels vekst av apatogen *Neisseria* og sparsom vekst av *Staphylococcus epidermidis*.

Pasienten fortsatte med fenoksymetylpenicillin, og én måned senere ble det utført kirurgisk dekortisering av underkjeven og fjerning av sekvestre med transoral tilgang. Det ble funnet betydelige mengder løst nekrotisk ben uten tegn til pussdannelse. Ny bakterieprøve

ga rikelig vekst av *Actinomyces odontolyticus*, streptokokker i mitis/oralis-gruppen og *Actinomyces* sp., og sparsom vekst av *Neisseria* sp. og *Rothia mucilaginosa*. Antibiotikabehandlingen ble endret til klindamycin 10 mg/kg $\times$ 3 i ytterligere to måneder. Ved senere kliniske kontroller var det fine forhold, avtagende asymmetri og god gapeevne.

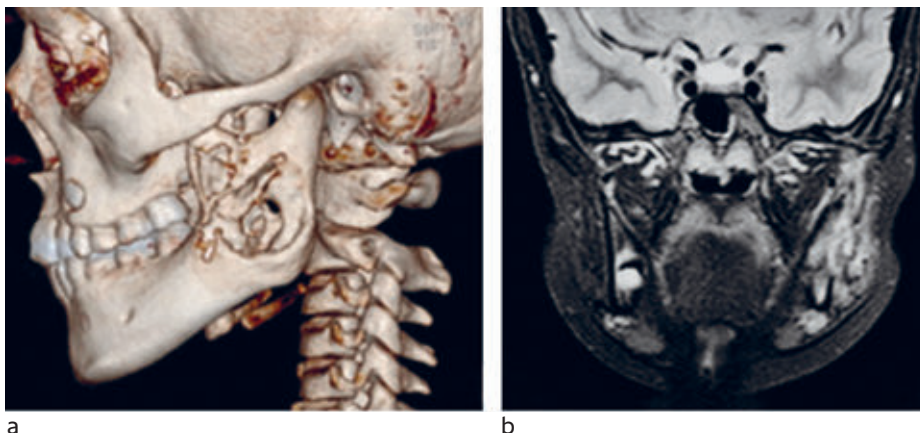
Pasient 2

En tidligere frisk jente i barneskolealder ble henvist fra offentlig tannklinik på grunn av vedvarende hevelse under venstre underkjeve. Tilstanden hadde vart i ti uker uten feber eller nedsatt allmenntilstand. Pasienten hadde initialt blitt behandlet med fenoksymetylpenicillin-mikstur 50 mg/mL $\times$ 3 (7,5 mL + 7,5 mL + 15 mL) i to uker og etter et to måneders opphold i ytterligere fire uker med bedring av ubehag og gapebesvær. Hun var tidligere operert med dren grunnet residiverende ørebetennelser.

Det ble ikke funnet dental patologi verken ved klinisk undersøkelse, tannrøntgen, ortopantogram, MR eller CT. Det ble påvist asymmetrisk forstørret underkjeve på venstre side med benfortykkelse, sklerose og periostal

reaksjon samt minimalt ødem i omgivende bløtvev. Funnet ble oppfattet som kronisk osteomyelitt.

Biopsi av underkjeven ble tatt med retro-mandibulær transkutan tilgang. Mikrobiologisk undersøkelse viste ingen oppvekst av aerobe eller anaerobe bakterier. Ved histologisk undersøkelse ble det funnet betennelsesceller, og forandringene ble oppfattet som forenlige med kronisk osteomyelitt. Pasienten fortsatte med fenoksymetylpenicillin i ni måneder (330 mg, 1 + 1 + 2 tabletter) og var symptomfri ved kontroller én, fire og ni måneder etter biopsitagningen.



Figur 1 Pasient 1. a) 3D-rekonstruksjon etter CT viser omfattende destruksjon av venstre ramus mandibula. b) Inflammatoriske forandringer på samme side er tydelige på MR med kontrastvæske (koronalsnitt).

Pasient 3

En jente i barneskolealder ble utredet på grunn av en diffus hevelse over høyre underkjeve. Bortsett fra residiverende ørebetennelser, hadde hun vært frisk. Hevelsen hadde kommet og gått periodevis i et års tid uten ledsagende symptomer. Pasienten hadde ikke hatt feber og var ikke blitt behandlet med antibiotika (figur 2).

Ved klinisk undersøkelse observerte man asymmetri i ansiktet og en fast, lett palpasjonssom hevelse på ca. 3 cm langs høyre underkjeve uten infeksjonstegn i huden eller tenene. MR- og CT-undersøkelse viste ekspandert ben med ødem i høyre underkjeve og kontrastoppladning i omliggende bløtvev (figur 3).

Biopsi tatt under generell anestesi med intraoral tilgang viste bentrabekler omgitt av osteoblaster og noe bennydannelse, og noe inflammasjon med spredte lymfocytter, og ble tolket som kronisk osteomyelitt. Pasienten ble satt på behandling med fenoksymetylpenicillin hos annen behandler (dose ukjent) i etterkant av biopsitagning. Dyrkning av den mikrobiologiske prøven ga oppvekst av *Actinomyces oris* og *Staphylococcus aureus*.

På bakgrunn av resistensbestemmelse ble fenoksymetylpenicillin seponert til fordel for klindamycin peroralt 10 mg/kg $\times$ 3 i seks uker. Etter tre uker hadde hevelsen gått tilbake, og

pasienten var tilnærmet symptomfri. MR med kontrast tre måneder etter biopsitagningen viste avtagende, men fremdeles tydelig reaksjon i underkjeven og omliggende vev. Etter ny dekortikering og biopsi uten funn av sekvestre, puss eller bakterieoppvekst ble behandling med klindamycin 10 mg/kg $\times$ 3 med planlagt varighet på seks måneder påbegynt.

Et halvt år senere avdekket ny MR-undersøkelse vedvarende inflammatorisk aktivitet i underkjeven. Antibiotikabehandling ble seponert ettersom pasienten var uten kliniske symptomer. En måned senere fikk pasienten på nytt trismus og hevelse samme sted. Ny biopsitagning viste ikke tegn til bakterier eller betennelsesceller. For å behandle eventuell infeksjon ble det startet behandling med nye antibiotikaregimer, også intravenøst, uten effekt på tilbakevendende episoder med smerter, hevelse og persisterende asymmetri i ansiktet. Antibiotikabehandlingen ble derfor seponert, og pasienten ble satt på fast behandling med NSAID-preparat (ibuprofen 200 mg $\times$ 2). Dette hadde effekt, men symptomene blusset opp så fort ibuprofenbehandlingen ble seponert. Pasienten ble satt på fast behandling med ibuprofen 400 mg $\times$ 3.

Syv år senere har pasienten fremdeles residiverende symptomer med hevelse og smerter

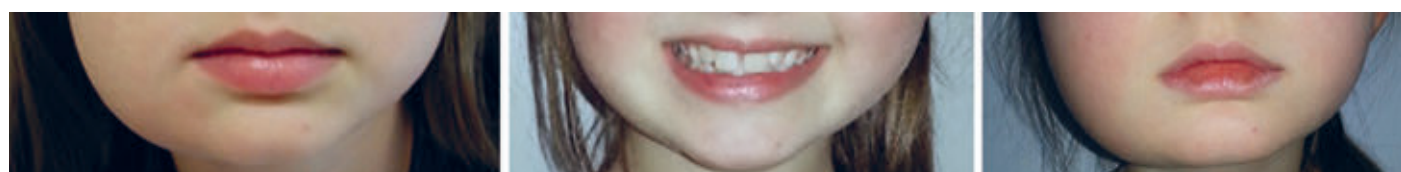
fra kjeven. Hun bruker nå fast prednisolon 5 mg $\times$ 1 og ibuprofen 400 mg $\times$ 1-3 daglig samt omeprazol 20 mg $\times$ 1. Ved gjennombruddssymptomer økes prednisolondosen til 10-40 mg. Hun vurderes for bisfosfonatbehandling.

Pasient 4

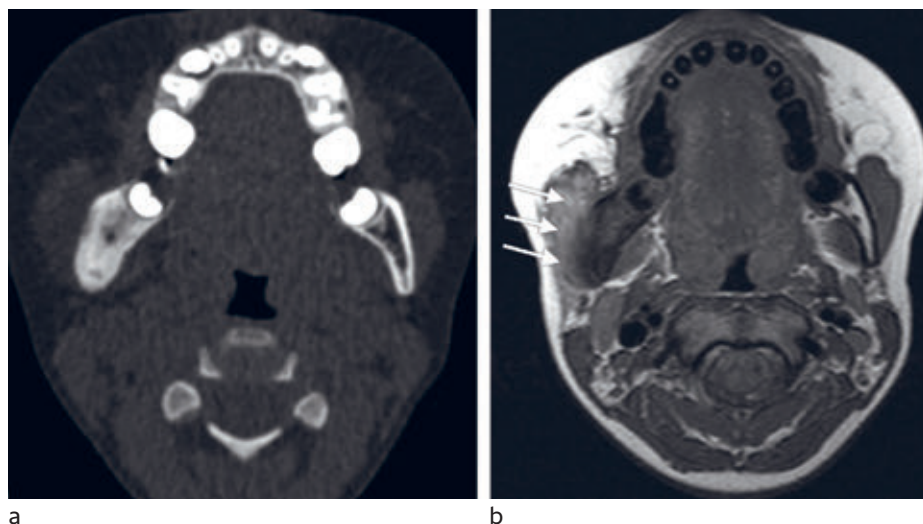
En gutt i barnehagealder ble innlagt med økende hevelse i venstre kinn, smerter og forhøyet CRP på 117 mg/L. Han hadde forkjølelses-symptomer og sekresjon fra høyre øre. Gutten hadde hatt gjentatte ørebetennelser siden toårsalderen og fått innlagt dren i høyre øre.

Intraoralt var det ingen tegn til fistler, infeksjon eller tannpatologi. CT-undersøkelse viste betydelig oppdriving i tyggemusklatur, fortykket underkjeve og forstørrede lymfeknuter på venstre side, som radiologisk ble tolket som kronisk osteomyelitt.

Biopsi tatt med intraoral tilgang fra ramus mandibula under generell anestesi viste tegn til akutte betennelsesforandringer med infiltrat av nøytrofile granulocytter forenlig med osteomyelitt. Den bakteriologiske prøven viste oppvekst av streptokokker i mitis/oralis-gruppen, grampositive kokker, *Staphylococcus aureus*, *Actinomyces odontolyticus*, *Stomato-*



Figur 2 Pasient 3 ved kontroller med flere års mellomrom. Smerter og hevelse residiverer tidvis til tross for behandling med NSAID-preparater og steroider.



Figur 3 Pasient 3. a) CT (aksialt snitt) viser sklerotisering av benvev i ramus mandibula på høyre side og utvisket kortikal avgrensning. b) MR med kontrastvæske (aksialt snitt) viser inflammatoriske forandringer i omliggende bløtvev. Pilene viser oppdrevet musculus masseter på høyre side sammenlignet med kontralateral side.

coccus sp., apatogen *Neisseria*, *Abiotrophia defectiva* og *Actinomyces*.

Pasienten ble satt på behandling med høye doser penicillin (75 mg/kg $\times$ 4 intravenøst) i

fire uker. Det ble deretter gjort kirurgisk debridering av kjeven. Peroperativt observerte man «morken» benoverflate, men ingen tegn til puss. Bensekvestre ble fjernet, og man ky-

retterte til friskt ben. Histologisk undersøkelse viste kronisk betennelse. Alle mikrobiologiske funn var en del av normal munnflora, og hadde således usikker klinisk relevans. Pasienten ble satt på behandling med cefotaksim (50 mg/kg $\times$ 4) og klindamycin (10 mg/kg $\times$ 4) intravenøst pga. resistensmønsteret av biopsimaterialet fra operasjonen, hvor de fleste bakteriene var resistente mot penicillin, men følsomme for klindamycin og kefalosporiner.

Pasienten ble fulgt med kontroller på kjevekirurgisk avdeling og ved barneklipp. Antibiotikabehandling ble kontinuert med cefaleksin-mikstur i høy dose og klindamycin-mikstur (10 mg/kg $\times$ 3) i tillegg til fast ibuprofen-mikstur (15 mg/kg $\times$ 3). Pasienten hadde varierende symptomer fra kjeven, og under forløpet ble kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt mistenkt, og antibiotikabehandlingen seponert.

Noen måneder senere ble pasienten innlagt på nytt med hevelse i høyre overarm og abscesser på halsen. Etter omfattende utredning ble det påvist immunsvikt i form av kronisk granulomatøs sykdom. Pasienten ble stamcel-

Tabell 1 Terminologi brukt i litteraturen om bakterielle og ikke-bakterielle osteomyelitter i kjeveben. Fremstillingen er basert på forfatternes kjennskap til litteraturen og hvordan de ulike termene brukes i praksis.

Norsk term	Engelsk term (forkortelse)	Forklaring
Bakteriell osteomyelitt		
Akutt osteomyelitt	Acute osteomyelitis (AO)	Bakteriell, mindre enn fire uker med kliniske symptomer
Sekundær kronisk osteomyelitt	Secondary chronic osteomyelitis (SCO)	Bakteriell, mer enn fire uker med kliniske symptomer
Ikke-bakteriell osteomyelitt		
Kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt / primær kronisk osteomyelitt ^{1,2}	Chronic non-bacterial osteomyelitis (CNO) / primary chronic osteomyelitis (PCO)	Idiopatisk inflammatorisk tilstand
Garrès skleroserende osteomyelitt ¹	Garrès's osteomyelitis	
Kronisk skleroserende osteomyelitt ¹	Chronic sclerosing osteomyelitis (CSO)	
Diffus skleroserende osteomyelitt ²	Diffuse sclerosing osteomyelitis (DSO)	
Kronisk residiverende multifokal osteomyelitt	Chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO)	Multifokal kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt
Juvenil primær kronisk osteomyelitt	Juvenile primary chronic osteomyelitis (JPCO)	Kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt hos barn og unge
Assosierte tilstander		
SAPHO-syndrom	SAPHO	Synovitt, akne, pustler, hyperostose, osteitt. Assosiert med kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt

¹ Termene brukes synonymt. Garrès skleroserende osteomyelitt / osteomyelitt med proliferativ periostitt og kronisk skleroserende osteomyelitt er betegnelser på osteomyelitt med ukjent etiologi, men som muligens er utløst av dentalt infeksiosøt fokus. Disse tilstandene kan sannsynligvis også betegnes som kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt.

² Diffus skleroserende osteomyelitt brukes oftest som en radiologisk betegnelse, beskrivende om kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt.

letransplantert med påfølgende grafttrekksjon. Han ble deretter retransplantert og utviklet transplantat-mot-vert-sykdom. Pasienten døde fire år etter første utredning for osteomyelitt.

Diskusjon

Felles for de fire barna var at alle presenterte hevelse over underkjeven med varierende grad av smerte uten feber. Kjeveosteomyelitter er oftest assosiert med tanninfeksjoner, noe ingen av pasientene hadde. Likevel ble sykdomsbildene primært oppfattet som infeksjøs osteomyelitt og behandlet kirurgisk og med antibiotika.

Mikrobiologiske prøver ble i hovedsak tatt transoralt. I det ene tilfellet hvor man gjorde en transkutan, steril tilgang, fant man ingen bakterievekst. Mulig kontaminasjon fra munnhule og tidligere antibiotikabruk gjør at mikrobiologiske prøver tatt fra underkjeven må tolkes med varsomhet. Muligheten for ikke-bakteriell osteomyelitt ble vurdert sent, og hos enkelte av pasientene kunne man ikke være sikker på om dette var den primære diagnosen eller om tilstanden utviklet seg som reaksjon på en forutgående infeksjon. Pasient 1 hadde en typisk presentasjon av infeksjøs osteomyelitt, mens pasient 2 sannsynligvis hadde en selvbegrensende og immunindusert kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt, som feilaktig ble behandlet med langvarig antibiotikakur. Forløpet hos pasient 3 tyder på en langvarig og residiverende kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt. Pasient 4 hadde osteomyelitt med usikker patogenese som følge av underliggende sykdom.

Osteomyelittbegrepet benyttes tradisjonelt om en infeksjøs tilstand og deles gjerne inn i akutt og kronisk osteomyelitt. Den akutte varianten viser klare inflammasjonstegn med hevelse, puss og ofte fistler. Denne kan gå over i en mer kronisk fase med mindre dramatiske kliniske symptomer (1, 2, s. 56–65), men som også kan innbefatte puss og sekvestre.

Kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt er en idiopatisk inflammatorisk tilstand. Den inflammatoriske forstyrrelsen skyldes trolig ubalansert cytokinuttrykk fra medfødte immunceller. Tilstanden beskrives derfor i nyere tid også som en autoinflammatorisk tilstand (3). Kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt omfatter et vidt klinisk spektrum fra ganske milde, unifokale og tidsavgrensede beninflammasjoner til forlengede, multifokale, residiverende

og noen ganger destruktive forløp. Den mest alvorlige presentasjonsformen kalles også *kronisk residiverende multifokal osteomyelitt* (1, 3, 4). Termen *Garrès skleroserende osteomyelitt*, som brukes av mange klinikere, betegner en lavgradig kjeveosteomyelitt med hittil antatt infeksjøs opphav, uten puss eller bende-struksjon, men med sklerosering og påleiring av ben. Tilstanden er også beskrevet som *osteomyelitt med proliferativ periostitt*. Patogenesen ved Garrès skleroserende osteomyelitt er dårlig definert, og sannsynligvis burde mange tilfeller vært diagnostisert som kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt og behandlet deretter. Tabell 1 oppsummerer terminologien som i dag brukes i litteraturen om kjeveosteomyelitt.

Kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt er assosiert med smerte, trismus, lymfadenopati og hevelse. Smertene kommer typisk i perioder, og er som regel nattlige og intense. Ofte ser man eksaserbasjoner og remisjoner over flere år (1, 5–7). Det finnes ingen laboratorietest som er diagnostisk for tilstanden (3, 8), men røntgenbilder er ofte vesentlige for korrekt diagnostikk. Det er fravær av puss, fistler og ben-sekvestre. Tilstanden kan ramme barn, med typisk debut i alderen fra syv til tolv år, men kan forekomme i alle aldre (1, 9, s. 161–5). Affeksjon av sternum er hyppigere hos voksne, mens clavícula og lange rørknokler er predileksjonssted hos barn (10). Hos barn tyder noen data på at lesjoner i kjevene er mer vanlig enn man tidligere har trodd. I en studie hadde 24 % av barn med kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt lesjoner i underkjeven. 20 av 70 pasienter hadde unifokal sykdom, og hos disse var underkjeven den hyppigst affiserte knokkelen (12 pasienter) (11).

Kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt i underkjeven har en rekke differensialdiagnoser: fibroosøse tilstander (f.eks. fibrøs dysplasi, Pagets sykdom, kjerubisme), benigne tumorer (f.eks. ossifiserende eller ikke-ossifiserende fibrom, sentralt kjempecellegranulom og odontogene tumorer) og maligne tilstander (f.eks. sarkom) (1, 12). For riktig diagnose er tidlig benbiopsi viktig. Aseptiske metoder er å foretrekke for å unngå feilaktig diagnostisering med infeksjøs etiologi (13). I kjeve-regionen innebærer dette at man oftere bør vurdere en transkutan tilgang selv om det innebærer incisjon i hud og mulig arrdannelse for pasienten.

Uklarhet rundt osteomyelittbegrepet bidrar sannsynligvis til at både diagnostikk og behandling av kronisk ikke-bakteriell osteomye-

litt i kjevene ikke er standardisert. Pasienter blir ofte først behandlet med antibiotika for antatt infeksjøs osteomyelitt og deretter med kirurgisk debridement. Det er grunn til å tro at flere osteomyelitter behandles unødvendig med antibiotika (13). Langtidsbehandling med antibiotika, som tradisjonelt er anbefalt ved osteomyelitt, kan forsinke korrekt diagnostisering, også fordi visse typer antibiotika har en antiinflammatorisk effekt.

Kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt er fremdeles en eksklusjonsdiagnose der manglende effekt av antibiotika og fravær av infeksjøse mikrober peker mot diagnosen, understøttet av klinisk forløp og røntgenfunn. Tilstanden er sannsynligvis underdiagnostisert, og det er viktig å være oppmerksom på diagnosen tidlig i et sykdomsforløp. I de fleste tilfeller vil ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID) være førstevalg som behandling (12). Bruk av benremoderende medikamenter som bisfosfonater kan være et effektivt alternativ, særlig ved manglende effekt av NSAID-preparater (8, 14).

Det bør etter vår oppfatning utarbeides klarere kriterier for å skille de bakterielle fra de ikke-bakterielle osteomyelittene, og dette bør gjenspeiles i terminologien. Ikke-bakterielle osteomyelitter er antakelig vanligere enn tidligere antatt også i kjevene (4). For å unngå misforståelser og forsinket behandling anbefaler vi at osteomyelitter alltid omtales som enten bakterielle eller ikke-bakterielle. For ikke-bakterielle osteomyelitter er *kronisk ikke-bakteriell osteomyelitt* (på engelsk *chronic non-bacterial osteomyelitis*, CNO) sannsynligvis den mest anerkjente betegnelsen, og den bør være dekkende også for eventuelle undergrupper.

Selv om de fire tilfellene av osteomyelitt debuterte med likeartede symptomer, representerer de ulike etiologi og ulike behandlingsbehov. Pasientserien belyser således viktigheten av at hver pasient vurderes individuelt, og at tverrfaglig utredning og samarbeid ofte er nødvendig for riktig diagnose og behandling.

Alle pasienter og/eller pårørende har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 4.6.2021, første revisjon innsendt 8.10.2021, godkjent 6.1.2022.

ANJA NILSEN NYLAND

er tannlege i spesialisering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELIN SERINE NORDTVEIT

er lege i spesialisering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

FRANZISKUS JOHANNES BOSSE

er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

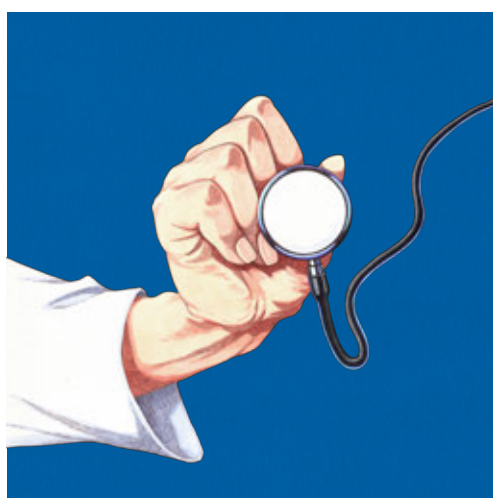
SIGBJØRN LØES

er avdelingssjef og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Berglund C, Ekströmer K, Abtahi J. Primary chronic osteomyelitis of the jaws in children: an update on pathophysiology, radiological findings, treatment strategies, and prospective analysis of two cases. *Case Rep Dent* 2015; 2015: 152717.
- Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis and treatment. 2. utg. Chicago: Quintessence Publishing Co, 2012.
- Zhao DY, McCann L, Hahn G et al. Chronic nonbacterial osteomyelitis (CNO) and chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO). *J Transl Autoimmun* 2021; 4: 100095.
- Schnabel A, Range U, Hahn G et al. Unexpectedly high incidences of chronic non-bacterial as compared to bacterial osteomyelitis in children. *Rheumatol Int* 2016; 36: 1737–45.
- Monsour PA, Dalton JB. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis involving the mandible: case reports and review of the literature. *Dentomaxillofac Radiol* 2010; 39: 184–90.
- Girschick HJ, Huppertz HI, Harmsen D et al. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis in children: diagnostic value of histopathology and microbial testing. *Hum Pathol* 1999; 30: 59–65.
- Theologie-Lygidakis N, Schoinohoriti O, Iatrou I. Surgical management of primary chronic osteomyelitis of the jaws in children: a prospective analysis of five cases and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg* 2011; 15: 41–50.
- Sælen AS, Madland TM, Løes S. Bisphosphonates in treatment of chronic aseptic sclerotic osteomyelitis in the mandible. *Scand J Rheumatol* 2021; 50: 488–90.
- Herlofson BB, Schjødt M, Wexell CL. Acute and chronic inflammation, osteomyelitis, medication-related osteonecrosis of the jaw and osteoradionecrosis. I: Bjørnland T, Nørholt SE, Rasmussen L et al., red. *Nordic textbook of oral and maxillofacial surgery*. København: Munksgaard, 2021.
- Skrabl-Baumgartner A, Singer P, Greimel T et al. Chronic non-bacterial osteomyelitis: a comparative study between children and adults. *Pediatr Rheumatol Online J* 2019; 17: 49.
- Borzutzky A, Stern S, Reiff A et al. Pediatric chronic nonbacterial osteomyelitis. *Pediatrics* 2012; 130: e1190–7.
- Gaal A, Basiaga ML, Zhao Y et al. Pediatric chronic nonbacterial osteomyelitis of the mandible: Seattle Children's hospital 22-patient experience. *Pediatr Rheumatol Online J* 2020; 18: 4.
- Padwa BL, Dentino K, Robson CD et al. Pediatric Chronic Nonbacterial Osteomyelitis of the Jaw: Clinical, Radiographic, and Histopathologic Features. *J Oral Maxillofac Surg* 2016; 74: 2393–402.
- Matharu J, Taylor H, Sproat C et al. Diffuse sclerosing osteomyelitis: a case series and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2020; 129: 437–46.



Stetoskopet

LYTT TIL TIDSSKRIFTETS PODKAST

Hver uke snakker vi med norske leger om aktuelle problemstillinger og ny forskning.

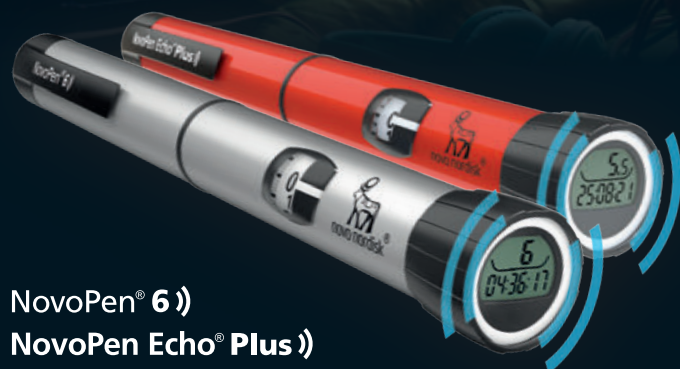
Stetoskopet finner du der du laster ned podkast og på tidsskriftet.no/podkast

 Tidsskriftet

Smarte insulinpenner med minnefunksjon og muligheter for nedlastning av data

NYHET

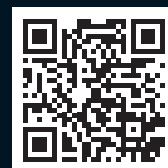
- Minnefunksjonen lagrer de siste 800 injeksjonene
- Viser dose og tid siden forrige injeksjon
- Se insulin- og glukoseinformasjon side om side*
- Kompatibel med alle sylinderrampuller med insulin fra Novo Nordisk



NovoPen® 6 »
NovoPen Echo® Plus »

* Informasjon om insulindoser overføres fra NovoPen® 6 og NovoPen Echo® Plus. Informasjon om blodsukkerverdier overføres fra blodsukkerapparat eller fra CGM (kontinuerlig glukose måling). Begge deler kan ses side om side i ulike nedlastningsverktøy som sykehuset har. Overføring av injeksjonshistorikk forutsetter at pasienten ønsker å dele dette.

Du kan lese
mer på vår
nettside:
novonordisk.no



SVEIN ARNE NORDBØ

svein.nordbo@stolav.no
Avdeling for medisinsk mikrobiologi
St. Olavs hospital
Institutt for klinisk og molekylær medisin
NTNU

LINH HOANG

Elektronmikroskopisk laboratorium
Kjernefasiliteten for cellulær og molekylær
avbildning (CMIC)
NTNU

SIDSEL KROKSTAD

Avdeling for medisinsk mikrobiologi
St. Olavs hospital

DENIS KAINOV

Institutt for klinisk og molekylær medisin
NTNU

ELI OLINE SAGVIK

Enhet for legetjenester og smittevern
Helse- og velferd
Trondheim kommune

Rask eliminasjon av SARS-CoV-2 hos fullvaksinert pasient

Høy mengde av SARS-CoV-2-virus i luftveissekret påvist med PCR-teknikk er vanligvis en indikator på høy smittefare, men ikke alltid. Vi presenterer her en fullvaksinert pasient med rask eliminasjon av virusets alfavariant.

En fullvaksinert kvinne i 40-årene ble satt i karantene ved hjemkomst til Norge etter en utenlandsreise. Hun testet negativt for SARS-CoV-2 på flyplassen og hadde ingen luftveis-symptomer. På dag 7 etter hjemkomst ble hun testet med polymerasekjedereaksjon (PCR) (Alinity m, Abbott) på nasofarynkssekret, med positivt resultat. Det ble påvist en høy virusmengde i prøven, syklus-terskel (cycle threshold, CT) 13,4, tilsvarende $> 10^7$ kopier/mL (informasjon fra produsenten), men hun hadde fortsatt ingen symptomer.

Totalt antistoffnivå mot piggprotein (spike protein) (Elecys, Roche), som opptrer både

etter gjennomgått infeksjon og etter vaksine-ring, var høyt (3 703 U/mL) på dag 9 etter ankomst. Test for antistoffer mot SARS-CoV-2-nukleokapsid (Elecys, Roche), som kun produseres ved en aktuell eller gjennomgått infeksjon, var negativ. På dag 15 ble det tatt en ny nasofarynksprøve, som var negativ på PCR-test. En samtidig blodprøve viste at antistoff-nivået mot piggprotein var steget til 9 447 U/mL. Antistoffer mot nukleokapsidantigen ble først påvist dag 22. Nivået steg raskt de påfølgende dagene.

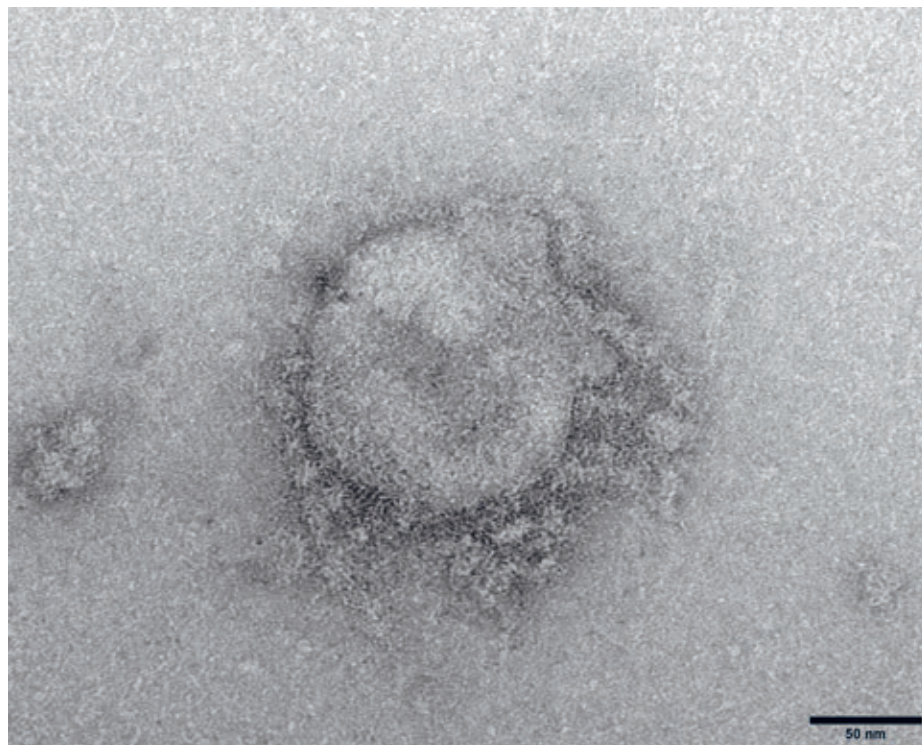
Med på utenlandsreisen var to av hennes uvaksinerte voksne barn, som også ble satt i karantene i samme hus som moren. De avla fire negative PCR-tester og én negativ antistofftest, senest åtte døgn etter at moren hadde fått påvist SARS-CoV-2.

Det påviste viruset var en alfavariant (B.1.1.7), som ble forsøkt dyrket i Vero-E6-celler, med negativt resultat (1). Det ble også kjørt en PCR-test, som var positiv for mRNA, som tegn på en aktiv virusreplikasjon (2, 3). Ved transmisjonselektronmikroskopi av prøven ble det sett flere runde partikler med typisk størrelse (60–140 nm), med pigglignende strukturer på overflaten (figur 1).

Diskusjon

Det høye virus-RNA-nivået som ble påvist dag 7 etter hjemkomst, antyder at pasienten ble smittet før eller like etter at hun kom hjem. Inkubasjonstiden for SARS-CoV-2 er 2–14 døgn, gjennomsnittlig 5–6 døgn (4). Det er derfor sannsynlig at hun skilte ut virus i over ett døgn før PCR-testen var positiv og at hennes uvaksinerte barn ble eksponert for et virus med potensiell høy smittefare. PCR-testen detekterer virale nukleinsyrer og ikke intakte virioner og kan gi positivt resultat i flere uker etter en primærinfeksjon, selv om pasienten ikke lenger er smitteførende (2, 3). Det var derfor uventet at PCR-testen ble så raskt negativ etter en så høy virusmengde.

Et alternativ til å dyrke virus er påvisning av mRNA. Dette kan utføres med PCR-teknikk, og testen blir relativt fort negativ når virusreplikasjonen opphører, fordi mRNA vanligvis brytes raskt ned (2, 3). Det er imidlertid delte oppfatninger om hvor fort nedbrytningen skjer og hvor egnet denne metoden er for diagnostikk (5). For å sannsynliggjøre at det ble produsert intakte virioner, ble det gjort transmisjonselektronmikroskopi direkte på det



Figur 1 SARS-CoV-2-virus påvist med transmisjonselektronmikroskopi (180 000 × forstørrelse) i prøvemateriale fra indekskasus. Foto: Linh Hoang, NTNU.

aktuelle prøvematerialet. Sensitiviteten til denne teknikken er 10^5 – 10^6 viruspartikler/mL (6). Dette taler for at prøven inneholdt minst 10^6 viruspartikler/mL, som vanligvis er tilstrekkelig for å kunne dyrke viruset i cellekultur

(2, 3). Dette lyktes dog ikke, til tross for gjentatte forsøk.

Som kvalitetskontroll på dyrkingen ble en SARS-CoV-2-positiv prøve med samme virusvariant og tilsvarende virusmengde fra en

uvaksinert pasient dyrket i samme oppsett sammen med andre PCR-positive prøver, med vellykket resultat. De serologiske resultatene indikerte en tydelig sekundær antistoffrespons mot piggproteinene som kan ha bidratt til en raskere nøytralisering av viruset enn ved en primærinfeksjon. Antistoffene mot nukleokapsidet kom først på dag 22, 15 døgner etter positiv PCR-test, og bekrefter at pasienten hadde en asymptomatisk primærinfeksjon som ble tatt hånd om av immunforsvaret.

Selv om det forekommer sekundærsmitte fra fullvaksinerte personer, viser denne kasuistikken at en høy mengde virus-RNA påvist med PCR-test ikke nødvendigvis er uttrykk for høy smittsomhet. Våre funn er i tråd med en større britisk undersøkelse som viser at flertallet (93 %) av smittetilfeller fra vaksinerte personer til husholdsmedlemmer kommer fra personer som kun har fått én vaksinedose (7). Deltavarianten (B.1.617.2) er imidlertid betydelig mer smittsom og har vist en 70 % økt smitterisiko til husholdsmedlemmer sammenlignet med alfavarianten (8). Det er foreløpig uvisst hvor mye mer smittsom den nyoppståtte omikronvarianten er sammenlignet med de andre virusvariantene.

Pasienten og andre omtalte personer har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 10.10.2021, første revisjon innsendt 19.11.2021, godkjent 11.1.2022.

SVEIN ARNE NORDBØ

er overlege og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINH HOANG

er senioringeniør.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIDSEL KROKSTAD

er spesialbioingeniør.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DENIS KAINOV

er professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELI OLIVE SAGVIK

er smittevernoverlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

1. Ianevski A, Yao R, Fenstad MH et al. Potential Antiviral Options against SARS-CoV-2 Infection. *Viruses* 2020; 12: 642.
2. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 2020; 581: 465–9.
3. Perera RAPM, Tso E, Tsang OTY et al. SARS-CoV-2 Virus Culture and Subgenomic RNA for Respiratory Specimens from Patients with Mild Coronavirus Disease. *Emerg Infect Dis* 2020; 26: 2701–4.
4. Wassie GT, Azene AG, Bantie GM et al. Incubation Period of Severe Acute Respiratory Syndrome Novel Coronavirus 2 that Causes Coronavirus Disease 2019: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Ther Res Clin Exp* 2020; 93: 100607.
5. Alexandersen S, Chamings A, Bhatta TR. SARS-CoV-2 genomic and subgenomic RNAs in diagnostic samples are not an indicator of active replication. *Nat Commun* 2020; 11: 6059.
6. Goldsmith CS, Miller SE. Modern uses of electron microscopy for detection of viruses. *Clin Microbiol Rev* 2009; 22: 552–63.
7. Harris RJ, Hall JA, Zaidi A et al. Effect of Vaccination on Household Transmission of SARS-CoV-2 in England. *N Engl J Med* 2021; 385: 759–60.
8. Allen H, Vusirikala A, Flannagan J et al. Household transmission of COVID-19 cases associated with SARS-CoV-2 delta variant (B.1.617.2): national case-control study. *Lancet Reg Health Eur* 2022; 12: 100252.

NASALT GLUKAGON

MED FORHÅNDSGODKJENT REFUSJON


baqsimi[®]
(glukagon) nesepulver 3mg

Til behandling av alvorlig hypoglykemi hos voksne, ungdom og barn 4 år og eldre med diabetes mellitus.

Nøkkelinformasjon for Baqsimi		
Dosering	Voksne, ungdom og barn ≥4 år	Anbefalt dose er 3 mg administrert i ett nesebor
	Eldre ≥65 år	Ingen dosejustering nødvendig. Svært begrensede data på sikkerhet og effekt hos pasienter ≥65 år, og ingen data fra pasienter ≥75 år
Utvalgte forsiktighetsregler	• Baqsimi er kontraindisert hos pasienter med feokromocytom. • Hos pasienter med insulinom kan administrasjon av glukagon øke blodglukosen eller stimulere til en overdreven insulinfrigivelse og forårsake hypoglykemi som i tilfelle behandles med glukose peroralt eller intravenøst. • Allergiske reaksjoner kan oppstå og inkluderer generaliserte utslett, og i enkelte tilfeller anafylaktisk sjokk med pustevansker og hypotensjon • Glukagon er kun effektivt for behandling av hypoglykemi dersom det er tilstrekkelig glykogen i leveren. Ettersom glukagon er til liten eller ingen hjelp ved tilstander som sult, binyresvikt, kronisk alkoholmisbruk eller kronisk hypoglykemi, bør disse tilstandene behandles med glukose. • For å hindre tilbakefall av hypoglykemi skal det gis karbohydrater peroralt når pasienten responderer på behandlingen, for å gjenoppbygge leverglykogennivå. • De vanligst rapporterte bivirkningene er økt tåredannelse, irritasjon i øvre luftveier, kvalme, hodepine og oppkast. Se SPC avsnitt 4.8 for fullstendig omtale av bivirkninger.	
Refusjonsberettiget bruk	Ved stadig hypoglykemiske anfall hos insulinbehandlede diabetikere	ICPC: T89 Diabetes type 1, T90 Diabetes type 2, W85 Svangerskapsdiabetes. ICD: E10 Diabetes mellitus type 1, E11 Diabetes mellitus type 2, O24.4 Diabetes mellitus som oppstår under svangerskap. Ingen vilkår spesifisert
Pakning og pris	3 mg/dose 1 stk (endosebeholder): 1220,40 kr	
Se SPC for mer informasjon		



Skann QR-koden for å lære mer om Baqsimi. Her kan du også se en instruksjonsvideo, eller bestille demonstrasjonssett og pasientbrosjyre.

Hva er forventet levealder?

Det er vanlig å bruke forventet levealder til å beskrive endringer i overlevelse over tid eller forskjeller i overlevelse mellom populasjonsgrupper, men fortolkningen av denne størrelsen er subtil. For å forstå fortolkningen, må vi forstå hvordan tallene beregnes.

I 2020 var forventet levealder i Norge 84,9 år for kvinner og 81,5 år for menn (1). I en artikkel i The BMJ ble det nylig rapportert at forventet levealder i flere andre vestlige land har falt som følge av covid-19 (2). Hvordan skal vi tolke disse estimatene?

Estimering av forventet levealder

Anta at vi er interessert i forventet levealder for et 2020-barn. Ideelt sett hadde vi beregnet denne levealderen ved å vente til alle var døde og så beregnet gjennomsnittlig levetid (den såkalte *kohortmetoden*). En slik fremgangsmåte krever lang oppfølging og er ikke spesielt hensiktsmessig. Hvis man vil beregne forventet levealder på en annen måte, må man gjøre antagelser og modellvalg. I slike beregninger brukes vanligvis aldersbestemte dødsrater i en gitt periode, la oss si 2020, og så antar man at 2020-barn vil bli utsatt for 2020-dødeligheten i hvert alderstrinn gjennom livet (*periodemetoden*). Dette estimatet på forventet levetid er derfor et øyeblikksbilde, ikke en fremskrivning.

Problemet med periodemetoden er at dødeligheten vi så i 2020, for eksempel under pandemien i Italia eller USA, neppe vil gjelde de neste tiårene. Derfor er det misvisende å kalle dette forventet levealder. Estimater gjelder en høyst hypotetisk kohort som er av liten praktisk interesse. Hvis man er interessert i endring i dødelighet som følge av covid-19, er såkalt *overdødelighet* (3) ofte et bedre mål. Selv

i «vanlige» år, uten covid-19, har det blitt vist at den klassiske måten å beregne forventet levealder på kan underestimere reell levealder med så mye som ti år (4, 5).

Forskjeller i individuell heterogenitet

På samme måte som man beregner forventet levealder fra fødsel, kan man også beregne forventet gjenværende levealder, gitt at en bestemt alder er nådd. For eksempel kan forventet gjenværende levetid ved ett års alder i prinsippet være høyere enn ved null år i land med veldig stor barnedødelighet. Når man betinger på overlevelse, studerer man en ny populasjon av individer. Høy dødelighet i det første leveåret kan påføre en *seleksjon* av barn med gode forutsetninger for overlevelse. Denne seleksjonen kan føre til at de som er i live etter ett år (i gjennomsnitt), har bedre forutsetninger enn man ville sett hvis barnedødeligheten var lavere. I ulike land og områder kan barnedødeligheten være forskjellig, og det kan føre til ulike seleksjoner. Dette er en av grunnene til at det å sammenlikne og tolke forskjeller i forventet levealder er utfordrende.

Forskjeller i estimert forventet levealder mellom land brukes som argument for å promotere alt fra helsetjenester til kosthold i landene som kommer best ut. Dette er problematisk. Land som har hatt en rask bedring i levekår, kan ha en eldre populasjon med god underliggende helse på grunn av en seleksjon som ligger lang tilbake i tid. Japan og Italia hadde i 2014 høyere forventet levealder enn Norge. Hvis man derimot velger ut en bestemt fødselskohort, for eksempel de som ble født i 1950, og ser på gjennomsnittlig antall tapte leveår i en bestemt periode, for eksempel frem til 2010, snus bildet (6).

Arbeidsliv

Forventet levealder brukes også til å studere andre helseutfall enn død. I studier av sykefravær er man for eksempel interessert i forventet tid i arbeidslivet (7). Både sykefravær og arbeidsmarked kan være preget av store svingninger over tid, og derfor møter vi mange av de samme utfordringene her som i tolkningen av endring i estimert levealder under covid-

19-pandemien. Det er lite trolig at dagens rater for sykemelding, uførhet og arbeidsledighet holder seg uforandret i fremtiden. Derfor kan ikke ratene for 50-åringer i 2015 brukes som et plausibelt estimat for dem som vil fylle 50 år i 2035.

Konklusjon

Størrelsen man vanligvis kaller *forventet levealder*, har fått et misvisende navn. Ofte er andre mål mer relevante, som antall tapte leveår opp til en viss alder, estimert ved kohortmetoden. Skal man fremskrive reell forventet levealder, må man i det minste gjøre velfunderte antagelser om fremtidige dødsrater.

JON MICHAEL GRAN

j.m.gran@medisin.uio.no
er førsteamanuensis i biostatistikk ved Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MATS JULIUS STENSERUD

er lege og førsteamanuensis i biostatistikk ved École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) i Sveits.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Bævre K. Forventet levealder i Norge. Folkehelse-rapporten [oppdatert 8.7.2021]. Lest 9.12.2021.
- 2 Islam N, Jdanov DA, Shkolnikov VM et al. Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. *BMJ* 2021; 375: e066768.
- 3 Modi C, Böhm V, Ferraro S et al. Estimating covid-19 mortality in Italy early in the covid-19 pandemic. *Nat Commun* 2021; 12: 2729.
- 4 Goldstein JR, Wachter KW. Relationships between period and cohort life expectancy: gaps and lags. *Popul Stud* 2007; 60: 257–69.
- 5 Hansen MF, Stephensen P. Danmarks fremtidige befolkning. Befolkningsfremskrivning 2013. København: DREAM, 2013. Lest 9.12.2021.
- 6 Borgan Ø, Keilman N. Do Japanese and Italian women live longer than women in Scandinavia? *Eur J Popul* 2019; 35: 87–99.
- 7 Robroek SJ, Nieboer D, Järholm B et al. Educational differences in duration of working life and loss of paid employment: working life expectancy in The Netherlands. *Scand J Work Environ Health* 2019; 46: 77–84.

Velorganisert.

Bemanningsoversikt

Oversikt over arbeidstid, egenmelding og sykmelding, ferie og avspasering.
Automatisk fraværstatistikk.



Møter og medarbeidersamtaler

Redigerbare maler for faste møtetyper.
Innkalling og referat sendes med et klikk.



Kontroll på utstyr

Utstysregister med spesifikasjoner og vedlegg.
Rutiner for kontroll og vedlikehold.
Dokumentasjon av utførte oppgaver.



Avvik



Risiko



Personvern



Smittevern



Ansvar



Oppgaver



Felles plan

Når du sjonglerer rollene som bedriftsleder, arbeidsgiver og helsearbeider, er det viktig å ha gode verktøy. TrinnVis hjelper deg å holde orden og oversikt, bruke arbeidskraften effektivt og ivareta et godt arbeidsmiljø. TrinnVis er et felles system for hele personalet, og gjør det enkelt å dokumentere og kommunisere ansvar, rutiner, oppgaver og planer.

 **TrinnVis**
Styring, HMS og kvalitet



TrinnVis utvikles
i samarbeid med
Legeforeningen

Spør meg!

ole-vidar@trinnvis.no
485 95 393



Hva består oksymetriparametrene på blodgassutskriften av?

Oksymetriparametrene på blodgassutskriften måles med en egen spektrofotometrisk modul som inkluderer måling av hemoglobin samt de klinisk mest relevante hemoglobinderivatene. Men hva er disse derivatene, og hvilken informasjon gir oksymetriparametrene oss?

Analysene på en blodgassutskrift deles typisk inn i kategoriene blodgass-/syre-base-verdier, oksymetriverdier, elektrolyttverdier, metabolittverdier og beregnede verdier (figur 1). I dette innlegget ønsker vi å presentere parametrene som inngår under oksymetridelen av utskriften. De generelle prinsippene for blodgassmåling er godt standardisert på moderne blodgassinstrument, men det bemerkes at detaljene i utskriftsoppsettet kan variere noe avhengig av produsent og lokale tradisjoner.

Oksymetriparametrene

Oksymetriparametrene inkluderer total hemoglobin (tHb) og oksygenmetning (sO_2) samt de fire klinisk mest relevante hemoglobinderivatene: oksyhemoglobin (O_2Hb), deoksyhemoglobin (HHb), karboksyhemoglobin (COHb) og methemoglobin (MetHb) (figur 1). Hemoglobinderivatene er endrede former av hemoglobin. COHb dannes ved eksponering for karbonmonoksid, som bl.a. kan finnes i røyk og eksos, og MetHb oppstår når Fe^{2+} erstattes med Fe^{3+} i forbindelse med en avvikende oksidasjonsprosess (1). Både COHb og MetHb har betydelig nedsatt oksygenbærende evne, noe som resulterer i nedsatt vevsoksyneringstilbud.

Prefikset *F* (av eng. *fractional*) betyr at parameteren er uttrykt som en andel av total hemoglobin (tHb) definert som summen av de fire målte Hb-delene FO_2Hb , $FHHb$, $FCOHb$ og $FMetHb$ (2). Dersom man summerer disse, skal man derfor alltid ende opp med 100 %.

Funksjonell og fraksjonell

oksygenmetning

sO_2 er den funksjonelle oksygenmetningen og er definert som $O_2Hb / (O_2Hb + HHb)$, der nevneren består av funksjonell hemoglobin med oksygenbærende evne (oksyhemoglobin og deoksyhemoglobin). Et viktig poeng å merke seg er at sO_2 ikke er det samme som den såkalte fraksjonelle oksygenmetningen (FO_2Hb), der sistnevnte er andel oksyhemoglobin av total hemoglobin, $O_2Hb / (O_2Hb + HHb + COHb + MetHb)$ (2).

Hos friske vil verdiene være relativt like ettersom man vanligvis har lite sirkulerende dyshemoglobiner (COHb og MetHb). sO_2 vil imidlertid alltid være noe høyere enn FO_2Hb fordi det alltid foreligger en liten andel sirkulerende COHb og MetHb (ca. 2 %). Ved tilstedeværelse av større konsentrasjoner av COHb eller MetHb vil man derfor kunne få en «normal» sO_2 selv om pasientens oksygenbærende evne åpenbart er betydelig redusert. Ved slike tilfeller er det viktig å være klar over at FO_2Hb bedre representerer hemoglobinetts faktiske oksygenbærende evne.

Måleprinsipp

Oksymetriparametrene måles på moderne blodgassinstrumenter med en egen spektrofotometrisk modul der prinsippet for målingen er gjennomlysning med lys med spesifikke bølgelengder mellom 478 og 672 nm (2). De forskjellige hemoglobinderivatene har sine distinkte absorpsjonsspektre, og det er på grunnlag av disse at instrumentet kan kvantitere andelen av hver av de fire hemoglobinderivatene. Et alminnelig portabelt pulsoksymeter med fingerprobe benytter samme måleprinsipp, men da med lys med to bølgelengder, 660 nm (rødt) og 940 nm (infrarødt), for å estimere den perifere oksygenmetningen i kapillært arterieblod (spO_2). Slik ikke-invasiv måling benyttes hyppig i det daglige, men har en rekke begrensninger som det er viktig å være klar over (3).

Som nevnt innledningsvis kan det forekomme lokale variasjoner i valg av utrapporterte parametre og enheter ettersom det er opp til hvert laboratorium å stille inn oppsettet på instrumentet. Dersom det er noe man savner

Blodgassverdier			
↓ pH	7,329		[7,360 - 7,440]
↑ pCO ₂	7,25	kPa	[4,50 - 6,10]
cBase(Ec)l _c	2,4	mmol/L	[-3,0 - 3,0]
↑ cHCO ₃ ⁻ l _c	27,8	mmol/L	[22,0 - 28,0]
↓ pO ₂	9,84	kPa	[11,0 - 13,0]
Oksymetriverdier			
cHb	12,6 *	g/dL	[- -]
sO ₂	93,1	%	[- -]
FO ₂ Hb	90,6	%	[- -]
FCOHb	1,5 *	%	[0,0 - 1,8]
FHHb	6,7	%	[- -]
FMetHb	1,2	%	[0,0 - 1,2]
Elektrolyttverdier			
↓ cNa ⁺	134 *	mmol/L	[137 - 145]
cK ⁺	4,2 *	mmol/L	[3,5 - 5,0]
↓ cCl ⁻	97 *	mmol/L	[98 - 109]
cCa ²⁺	1,11	mmol/L	[- -]
cCa ²⁺ (7.4)l _c	1,07	mmol/L	[- -]
Metabolittverdier			
↑ cGlu	6,8 *	mmol/L	[4,0 - 6,0]
↑ cLac	2,1	mmol/L	[0,4 - 1,3]
Beregnete verdier			
Anion gap K ⁺ c	13,3	mmol/L	[5,0 - 21,0]
Oksygenstatus			
pO ₂ a/FO ₂ l _c	46,9	kPa	
p50c	3,94	kPa	

Figur 1 Eksempel på utskrift fra et ABL-blodgassinstrument (Radiometer Medical, Danmark).

eller ønsker endret, anbefales det at man kontakter laboratoriet.

ERIK WILHELM VINNES

erik.wilhelm.vinnes@helse-bergen.no
er spesialist i medisinsk biokjemi, overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Haukeland universitetssjukehus, og universitetslektor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GUNHILD HOLMAAS

er spesialist i anestesilogi med subspecialitet i intensivmedisin og overlege ved Intensivmedisinsk seksjon, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Solheim L, Brun AC, Greibrokk TS et al. Methemoglobinemi – årsaker, diagnostikk og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1549–51.
- Radiometer Medical. ABL800 Flex reference manual. 2012.
- Chan ED, Chan MM, Chan MM. Pulse oximetry: understanding its basic principles facilitates appreciation of its limitations. Respir Med 2013; 107: 789–99.



PASIENTER KAN GJØRE DET DIGITALT

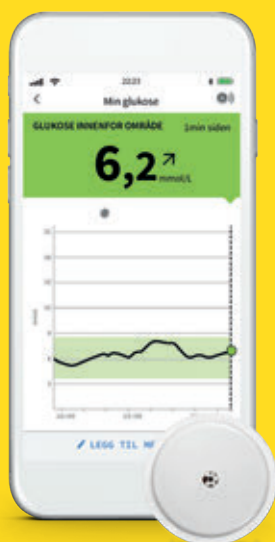
Digitale helseverktøy som jobber sammen for
en smertefri¹ diabetesbehandling



Skann QR -koden og
registrer deg for våre
nyhetsbrev om diabetes.


FreeStyle
Libre

FreeStyle LibreLink forenkler² glukosemålingene for pasientene.



Pasientene dine kan enkelt kontrollere glukosen med smarttelefonen ved å laste ned appen.



LibreView⁴

Helsepersonell har en sikker, elektronisk tilgang for bedre glukoseinnsikt.



LibreLinkUp⁵

Omsorgspersoner kan følge glukosemålingene ved å laste ned appen.



Finn ut mer på
www.FreeStyle.Abbott



life. to the fullest.®

Abbott

1. Haak, Thomas., et al. Flash glucose-sensing technology as a replacement for blood glucose monitoring for the management of insulin-treated type 2 diabetes: a multicenter, open-label randomized controlled trial. Diabetes Therapy 8.1 (2017): 55- 73. 2. Data on File, Abbott Diabetes Care

3. FreeStyle LibreLink appen er bare kompatibel med visse mobileenheter og operativsystemer. Vennligst sjekk nettstedet for mer informasjon om enhetskompatibilitet før du bruker appen. Bruk av FreeStyle LibreLink krever registrering med LibreView. Vennligst sjekk www.LibreView.com for mer informasjon. 4. LibreView er bare kompatibel med visse operativsystemer og nettleser, vennligst sjekk www.LibreView.com for mer informasjon. 5. LibreLinkUp appen er bare kompatibel med visse mobileenheter og operativsystemer. Vennligst sjekk www.LibreLinkUp.com for mer informasjon om enhetskompatibilitet før du bruker appen. Bruk av LibreLinkUp krever registrering med LibreView. LibreLinkUp mobilapp er ikke ment å være en primær glukosemåler. Hjemmebrukere må konsultere deres primære enhet (er) og konsultere med helsepersonell før de foretar medisinsk tolkning og terapjusteringer fra informasjonen som tilbys av appen. Helsepersonell bør bruke informasjonen fra appen sammen med annen klinisk informasjon som er tilgjengelig for dem.

© 2021 Abbott. FreeStyle, Libre, og relaterte merkevarer eies av Abbott. Andre varemerker tilhører deres respektive eiere. ADC-42285 v2.0 09/21.
Abbott Norge AS, Abbott Diabetes Care, Postadresse: Postboks 1, 1330 Fomebu

Med omsorg for legene

Karin Isaksson Rø har snakket med mange slitne leger. Med en doktorgrad i utbrenthet vet hun mer enn de fleste om hvordan norske leger har det – og hvilke grep som kan bidra til at færre leger blir utslitt.

Vil du ha med deg en kopp kaffe? Vi tar en kort stopp ved kaffemaskinen før vi tar heisen til øverste etasje i Legenes hus og slår oss ned på et møterom i Legeforskningsinstituttet. Her holder forskerne som sender ut legeskårundersøkelsen til, de som tar pulsen på hvordan norske leger til enhver tid har det.

Mitt Afrika

– Hvorfor ble du lege?

– Faren min er lege. Jeg bodde ni år av barndommen i Afrika, og i perioder bodde vi nærmest på sykehuset. Samtaler og menneskemøter har vært viktig for meg, både da jeg bestemte meg og gjennom årene. Jeg liker godt de dype samtalene.

– Det var en venn som omtalte deg som et legemisjonærbarn fra Afrika.

Hun smiler av betegnelsen.

– Foreldrene mine var misjonærer, men det var nok litt annerledes i Sverige. I den svenske kirken ble man ansatt i kraft av sitt yrke, og mine foreldre jobbet som lege og lærer.

– Mange misjonærbarn har opplevd å bo langt unna foreldrene?

– Jeg gikk en del måneder på en internatskole det siste året vi bodde i Zimbabwe. Etter det ønsket foreldrene mine at vi skulle dra til et sted med en internasjonal skole, slik at hele familien kunne være samlet.

– Hvor er hjemme for deg?

– Det er et vanskelig spørsmål. Jeg er født i Karlstad, og så dro vi til Zimbabwe da jeg var tre år. Deretter bodde vi i Sverige i tre år, før Tanzania og så Lund. For barn er alt en selvfølge, du bor der du bor, men det har nok ført til at familietilhørigheten har blitt veldig viktig for meg.

Fra Lund til Modum Bad

Rø møtte sin norske mann på en konferanse for medisinstudenter i Finland. Han studerte i Bergen.

– Det var vanskelig å bytte studiested. Jeg gikk rundt til ulike professorer fra Lund og spurte om de kunne tenke seg å godkjenne fag fra Bergen. Professorene ved de to studiestedene kjente hverandre og kunne gå god for det. Vi var i Bergen til vi var ferdige med studiet, og så dro vi til Sverige for turnustjeneste. Etter fem år flyttet vi til Norge, og mannen min begynte å jobbe ved Modum Bad. Jeg ville gjerne være hjemme litt ekstra med det tredje barnet.

– Og så ble du arbeidsmedisiner?

– Det var en ren tilfeldighet. En ergoterapeut i bedriftshelsetjenesten hadde hørt at jeg var hjemme og banket på døra. De manglet lege. Det passet godt med tre små barn å ha jobb uten vakt. I Sverige hadde vi begge





Begge foto: Signe Luksengard

stillinger med vakt og bare fri samtidig hver tredje helg. Da vi fikk til en mer familievennlig arbeidssituasjon, fikk vi lyst til å bli.

Det var ikke bare arbeidstiden som var attraktiv for Rø.

– I arbeidsmedisinen fikk jeg mer innblikk i prosesser på arbeidsplasser. Jeg skjønte hvordan historiene fikk flere viktige perspektiver når man snakket med alle involverte. Helhetsspektivet var nyttig. Da jeg begynte ved Modum Bad, jobbet jeg i familieavdelingen og fikk virkelig se familiens og partnerens betydning. Begge de erfaringene

har nok vært viktige inn i jobben på Villa Sana, der jeg har møtt kolleger og kolleger med partnere.

Villa Sana

– For de som ikke kjenner det, hva er Villa Sana?

– Både Modum Bad og Legeforeningen var opptatt av å finne et tilbud for leger. I slutten av 1980-årene ble legers helse og utbrenthet et tema internasjonalt. I kjølvannet av dette begynte foreningen med legekårsundersøkelsen for å se hvordan det sto til blant

KARIN ISAKSSON RØ

Født 1962

Cand.med., Universitetet i Lund 1989

Spesialist i arbeidsmedisin 2004

Ph.d. 2010

Master of Health Administration 2015

Forsker ved Legeforskningsinstituttet 2010–d.d.

Leder av Legeforskningsinstituttet 2014–20

Overlege ved Villa Sana 2002–d.d.

norske leger. Foreningen var opptatt av forebyggende tiltak. Støttekollegaordningen kom til, og man ønsket også et mer sentralisert tilbud. På Modum Bads psykiatriske sykehus hadde de lenge kunnet prioritere arbeidstakere i utsatte stillinger, slik som helsepersonell og kirkelig ansatte. Når leger først kom til Modum Bad, hadde de ofte ventet lenge med å søke hjelp, og behovet for tiltak på et tidligere tidspunkt var tydelig. Man opprettet derfor et forebyggende rådgivningstilbud med lav terskel for å søke. Etter hvert har andre fagforeninger laget avtaler, slik at for eksempel sykepleiere, tannleger og sosialarbeidere også har et tilbud.

– Hva går rådgivningen ut på?

– Man kan komme til en rådgivningsdag. Konseptet er nokså unikt, med én-til-én-samtaler i seks timer (med pauser) om den tematikken legen ønsker å ta opp. Det gir tid til å sortere ulike sider ved den aktuelle situasjonen og til å diskutere veien videre på kort og lang sikt. Alternativt kan man komme på et kurs fra mandag til fredag, hvor det er flere samlet i gruppe, med forelesninger, fysisk aktivitet, rådgivningssamtale og kulturelt innslag. De fleste sier at det å treffe kolleger som er i liknende situasjon, er verdifullt. Man kan også komme som par, både til parsamtaler eller kurs.

– Mange venter lenge med å søke til dere?

– Forskning viser at selv om det er et forebyggende tilbud, har leger høy terskel for å søke hjelp, og mange er veldig slitne når de først kommer. Mange leger har et liv som så vidt er i balanse. Skjer det endringer enten på jobb eller privat, forrykkes denne balansen. Det kan for eksempel være arbeidskon-

flikter, organisasjonsendringer, sykdom, separasjon eller noe med barna.

– Hvordan skal man unngå å havne der?

– Når man har snakket om utbrenthet, har fokuset lenge vært på individet og at situasjonen vil bedres hvis man gjør en egeninnsats. Det er viktig nok det, men det har kanskje vært en tendens til at yoga, mindfulness og stressmestringskurs er hele svaret. Mye ansvar leses på den som allerede er sliten. En viktig del av forebyggingen må skje på arbeidsplassen. En av fagpersonene som har skrevet mest om utbrenthet i USA, har nylig gitt ut en bok hvor det organisatoriske nivået fremheves. Hvilke grep kan man gjøre på arbeidsplassen? Hvordan kan ledere involvere ansatte i en prosess på arbeidsplassen og sammen finne løsninger?

Egenomsorgen

Legenes ansvar for egen helse har også vært et viktig tema i diskusjoner om slitenhet og utbrenthet. Nylig kom det en tilføyelse i Genève-deklarasjonen (Hippokrates' ed) som sier at leger må ivareta egen helse for å gi god behandling.

– Kan det oppleves som krav fremfor råd, tror du?

– I deklarasjonen er dette kanskje litt krevende formulert og kan oppleves som at mer ansvar legges på legene selv. Det er bedre formulert i tittelen på en artikkel: *Care of the patient requires care of the provider*. Dette er nå en viktig målsetting for Institute for Healthcare Improvement i Boston, som har arbeidet med kvalitet på pasientbehandling over tid. Kvalitet i pasientbehandling og omsorg for behandlere går hånd i hånd.

– Det er ikke alt som er så lett for den enkelte lege å påvirke?

– Endringer i en organisasjon er prosesser som tar tid. Man må jobbe på flere nivåer parallelt og samtidig tenke på hva individet kan gjøre for å ha en bedre hverdag. Vi vet at sosial støtte i arbeidshverdagen er viktig. – Er det noen typer leger dere ser oftere enn andre på Villa Sana?

– Det er et interessant spørsmål. På begynnelsen av 2000-tallet gjorde vi en oppfølging av legene etter tre år, og da var det en overhyppighet av allmennpraktikere. Vi er i ferd med å gjøre en ny oppfølgingsundersøkelse. De foreløpige tallene indikerer ikke at overhyppigheten av allmennpraktikere er like tydelig nå. Ellers er fordelingen som blant spesialister i Norge.

– Dere får også flere henvendelser?

– Ja, henvendelsene har økt kraftig. Fra våren 2019 til våren 2021 er det over 70 % økning i rådgivningsdager. Vi har hentet inn nye rådgivere for å møte etterspørselen.

Sykehjelps- og pensjonsordningen, som finansierer tilbudet, har hatt et sterkt ønske om at vi skal gi tilbud til søkerne uten for lang ventetid.

– Er det lavere terskel eller flere slitne leger?

– Det er noe av det vi lurer på, men dataene er ikke helt klare. På begynnelsen av 2000-tallet var legene veldig slitne på kontakttidspunktet. Uten å forskuttere de nye tallene, ser ikke terskelen ut til å være lavere nå.

– Hva tenker du om det?

– Det er viktig å tenke over hva det betyr. Har det blitt mer krevende å være lege? Mye har endret seg med mer administrativt arbeid, rapportering og stadig nye IKT-løsninger. Tidligere var det mer selvsagt at legerollen var en livsstil, og man hadde støtte hjemme for å være mye på jobb. Leger ønsker fortsatt å gjøre en god jobb, men også å delta i barnas liv og ha tid til fritidsinteresser. I en doktorgradsavhandling fra Sverige ble unge leger intervjuet. Et viktig kriterium for spesialitetsvalg, både for mannlige og kvinnelige leger, var at man kunne ha en god jobb-hjem-balanse.

– Det er noe nytt?

– Ja, det er det. Før handlet spesialitetsvalg mer om interesse og status.

«Man må tenke kvalitet i pasientbehandling og omsorg for behandlere samtidig»

Kontroll og fleksibilitet

– Hvordan skal man unngå at leger blir stresset, slitne og slutter?

– For mange leger sitter det nok langt inne å be om tilpasninger, men vi må legge til rette for å ta i bruk de ordningene som er der, med mulighet for deltidsarbeid for småbarnsforeldre og å kunne si fra seg utvidet arbeidstid (UTA). Veldig mange leger forteller at de er akkurat så mange leger på jobb som det er nødt til å være for at arbeidsdagen så vidt skal gå opp. Hvis én er syk, er det kritisk. Det er vanskelig å si noe generelt om hva løsningen skal være, men jeg har tro på prosesser der ledere og leger i fellesskap finner de gode løsningene.

– Mange snakker om kontroll over arbeidssituasjonen. Tror du fastlegenes opplevelse av kontroll er svekket og bidrar til fastlegekrisen?

– Det er nok en del av svaret. Legeforskningsinstituttet har til enhver tid en legekohort som skal være representativ og som får spørreskjema annethvert år. På jobbtilfredshet har alle leger skåret stabilt høyt lenge, men privatpraktiserende spesialister

og fastleger har ligget aller høyest. Autonomi kan spille en rolle her. De aller seneste årene har det skjedd en endring: Mens privatpraktiserende spesialister fortsatt skærer høyt, har fastleger nå krysset kurven og skærer lavere enn sykehuslegene.

Følge egne råd

– Noe jeg tenker det er viktig å si noe om, er at det ikke er lett å kombinere teori og praksis, selv for en med doktorgrad i utbrenthet. – Det er noe annet å forelese enn å få det til i sin egen hverdag?

– Helt klart.

– Hvordan sørger du for egenomsorg?

– Det er noe jeg aktivt jobber med. Man må spørre seg hva man trives med. Jeg var leder for Legeforskningsinstituttet i noen år. Selv om det var fint, savnet jeg å jobbe mer klinisk. Når jeg nå får arbeide halvt på Villa Sana og halvt som seniorforsker, er jeg mer fornøyd.

– Har du gjort andre tiltak for å forebygge slitenhet?

– Jeg har faktisk aktivt sagt fra meg morsomme oppgaver som studentundervisning og veiledning. For mange morsomme ting blir dessverre likevel slitsomt. Jeg er glad i skjønnlitteratur og liker å gå tur, så en lydbok på tur er et friminutt for meg. – Hvorfor begynte du med forskning når du er så glad i klinisk arbeid?

– Jeg fikk en spennende mulighet til å følge opp legene som hadde vært på Villa Sana, og å få jobbe med utbrenthet. Hadde vår rådgivning betydning på sikt? Hvordan gikk det med legene? Jeg fikk sette meg inn i kunnskapsfronten om utbrenthet og fikk et mer solid faglig ståsted. Slik fikk jeg også større trygghet i møte med legene og tro på at tilbudet er godt.

– Hva fant dere?

– Vi har ikke gjort noen randomisert, kontrollert studie, men leger som har bestemt seg for å søke Villa Sana, ser ut til å være i en prosess der de tar til seg verktøy og innspill som hjelper dem til en bedre hverdag – også etter ett og tre år. Det var nyttig å vite.

– Hvis du skulle gi noen råd til yngre kolleger?

– Mange av oss har som strategi å holde ut. Man har en form for ønsketenkning: Når bare barna blir større, når jeg bare blir ferdig spesialist, da blir livet bedre. Utholdende strategier fungerer en stund ...

Så titter rådgiveren i henne frem.

– Men problemløsende strategier er bedre i lengden.

MARIT TVEITO

marit.tveito@aldringoghelse.no

Depressive symptomer hos hver tredje fødekvinne under pandemien

Depressive symptomer blant kvinner som har født under covid-19-pandemien, har økt betydelig, ifølge en fersk studie. – Jeg har aldri følt meg så alene som på barselavdelingen, sier småbarnsmor.



Begge foto: Christian Tunge

Andrea Bang Hansen er akkurat ferdig med dagens Zoom-forelesninger, samtidig som sønnen Jens leker i bakgrunnen. Selv ett år og ni måneder etter hennes første fødsel er pandemien fremdeles et faktum – og småbarnsmoren har det travelt med å kombinere studier og familieliv med et pågående kjøp av forkjølelser, rennende neser og selvtester. Hun hadde aldri sett for seg at koronapandemien skulle trekke ut i en årelang situasjon med smittevern og tiltak.

– Jeg husker jeg stod høygravid 12. mars 2020 og tenkte: Shit, hva gjør jeg nå? Og så husker jeg at alle rundt meg var trøstende og sa: Det er lenge til du skal føde, du trenger ikke tenke på det. Sånn ble det jo ikke i det hele tatt.

For da Andrea dro til sykehuset for å føde 27. april 2020, måtte hun gå inn og registrere seg helt alene, mens far ventet i bilen. Og etter å ha våknet fra det som ble et hastekeisersnitt, fikk hun ikke mer enn fem minutter på gangen med far. Han ble sendt hjem og hun ble trillet videre til barselopphold. Helt alene.

«Jeg har aldri følt meg så alene i hele mitt liv»

– Fordi det var keisersnitt, fikk jeg beskjed om at jeg burde være på sykehuset i fire dager. Men jeg hadde bare lyst til å dra hjem hele tiden. Jeg følte meg så alene. Jeg har aldri følt meg så alene i hele mitt liv.

Nesten én av tre

Etter nesten to år med pandemi, nedstengninger, restriksjoner og smitteverntiltak er det ingen tvil om at situasjonen virkelig har preget landets gravide.

I en nylig publisert originalartikkel i Tidsskriftet kommer det frem at andelen spedbarnsmødre med høy skår for depressive

symptomer var 32 % under pandemien, sammenlignet med 10 % blant kvinner som fødte ti år tidligere. Det vil si at nesten én av tre kvinner som deltok i undersøkelsen, opplevde psykiske helseplager knyttet til fødsel og barseltid.

– Tallene tyder på at pandemien kan ha bidratt til dårligere psykisk helse hos spedbarnsmødre. Våre funn er i tråd med tall fra internasjonale studier, der flere rapporterer om en betydelig økning av angst- og depresjonssymptomer hos gravide og nybakte mødre under pandemien, sier spesialist i samfunnsmedisin og professor Malin Eberhard-Gran. Hun er prosjektleder for den nye undersøkelsen og jobber ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning ved Oslo universitetssykehus.

Fikk fem minutter på gangen

Andrea Bang Hansen er absolutt ikke alene om å ha opplevd psykiske vansker i forbindelse med graviditet, barsel og fødsel. I løpet av de siste årene har vi hørt flere historier i mediene om nybakte mødre med dårlige erfaringer. Mange har opplevd restriksjonene som en stor belastning, og usikkerhet rundt partners tilstedeværelse har ført til protester på sosiale medier under emneknagger som #jegføderikkealene. Vi har også sett fremveksten av interessegrupper som «Barseloppøret».

Bang Hansen forteller at fødsels- og barselopplevelsen har preget henne mye i ettertid.

– Jeg skjønnte det ikke, men jeg tror at jeg allerede på barsel begynte å bli deprimeret. Jeg følte meg alene og hadde ikke lyst til å ta noe plass, fordi de som var på jobb hadde dårlig tid, sier hun.

– De ansatte var absolutt gode i jobben sin og omsorgsfulle, men jeg følte på et stress blant dem, legger hun til.

Et av minnene som har festet seg særlig godt hos småbarnsmoren, er det korte møtet hun fikk med samboeren Thomas da hun ble trillet opp på barselavdelingen etter keisersnittoperasjonen. Deres nyfødte sønn lå da til observasjon på nyfødtintensivavdelingen.

– Jeg fikk møte mannen min i gangen. Han viste meg noen bilder av Jens. Så det første møtet med ungen min var igjennom bilder. Vi fikk fem minutter sammen på gangen, hvor han stod og klemte meg mens jeg lå der i senga. Og så ble han bedt om å dra hjem, og jeg ble trillet inn på barsel uten babyen min, forteller hun.

Det skulle gå et halvt døgn før Bang Hansen fikk se sønnen for første gang.

Isolasjon øker risikoen for depresjon

Høyt smittetrykk i samfunnet har tidvis ført til at mange gravide og nybakte mødre har blitt mer eller mindre isolert. Dette har bidratt til redusert sosial støtte, ifølge Eberhard-Gran.

– Som ny forelder er sosial støtte ekstremt viktig, og mangel på dette er en veldokumentert risikofaktor for å utvikle fødselsdepresjon, sier hun og understreker at helsestasjoner og flere hjelpeinstanser har hatt svært begrenset tilgjengelighet i lange perioder.

Dette er noe Bang Hansen kjenner seg igjen i. I tiden etter at hun kom hjem fra sykehuset kjente hun liten glede over det å ha blitt mamma. Hun slet også med amming.

– Jeg følte at jeg ikke hadde fått det til, at det ikke hadde blitt som det skulle. Jeg hadde ikke klart å føde normalt, jeg hadde vært helt alene på barsel. Og nå fikk jeg ikke til ammingen heller.

Hun legger til at hun heller ikke fikk noe hjemmebesøk av jordmor.

«Pandemien er på mange måter en oppskrift på å kjenne på psykiske utfordringer»

Økt pågang

– Pandemien er på mange måter en oppskrift på å kjenne på psykiske utfordringer. Da den første bølgen kom, formidlet mange gravide og nybakte mødre til oss at de kjente på frykt og usikkerhet, sier Lena Yri Engelsen, som er generalsekretær i Landsforeningen 1001 dager.

Foreningen jobber med informasjonsbaserte tjenester knyttet til mental helse i den perinatale perioden. Engelsen opplyser at de i 2020 hadde ca. 60 000 besøkende på sine nettsider, mot rundt 12 000 året før.

– Til tross for dette kontaktet en del kvinner oss via sosiale medier. Vi opplevde at henvendelsene var av mer alvorlig karakter enn før. Eksempler er selvmordstanker, søvnproblematikk, depresjoner og traumatiske fødsler, sier Engelsen, som også er en av bidragsyterne til den nye studien.

Urolige kvinner på føden

Thorbjørn Brook Steen er overlege på fødeavdelingen på Oslo universitetssykehus, Ullevål. Han er ikke overrasket over hovedfunnene i undersøkelsen.

Fakta om studien

Totalt 3 642 spedbarnsmødre deltok i en nettbasert spørreundersøkelse i april 2021.

Depressive symptomer ble målt i en kortversjon av Edinburgh-skalaen, og fødselsopplevelse målt med standardiserte spørsmål om graviditet, fødsel og spedbarnstid.

For ti år siden ble deltakerne i Favn om fødselen-studien stilt de samme spørsmålene. Denne gruppen er brukt som referansepopulasjon.

Kvinnene fra pandemipopulasjonen fikk også spørsmål om pandemien og psykisk helsehjelp.

Funnene er presentert i originalartikkelen «Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien».

– Det å ha folk og støtte rundt seg er viktig. Mangel på det gir økt risiko for depresjoner. Pandemien har vært med på å fjerne denne tryggheten. Helt konkret ser vi i mye større grad viktigheten av partnere og partners involvering, sier han.

Steen fremholder at de på Ullevål har merket forskjell på kvinnene som har født under pandemien sammenlignet med mer «normale tider».

– Kvinnene er mer redde for ting som eventuelt skal kunne skje, og hvordan dette kan påvirke fødselsopplevelsen deres, som for eksempel uro knyttet til om partner får være til stede.

Han understreker imidlertid at partner har fått være med på den aktive delen av fødselen gjennom hele pandemien og at besøksrestriksjonene på barselavdeling og observasjonspost har blitt justert underveis i takt med smittetrykket i samfunnet.

Steen trekker videre frem at han tror det er viktig å ha et større fokus på mors mentale helse i et lengre perspektiv, ikke bare i barseltiden.

– Det har vært oppmerksomhet rundt barseldepresjon, men da først og fremst i forbindelse med mors tilknytning til barnet. Mors mentale helse i svangerskapet starter imidlertid allerede ved barnets unnfangelse og varer til barnet er to år. Altså 1 001 dager. Å ha et fokus på mors mentale helse gjennom hele denne perioden tenker jeg er viktig for aktivt å forebygge depresjoner, sier han.

På spørsmål om hvilke læringspunkter



som har vært mest fremtredende på fødeavdelingen under pandemien, kommer svaret klokkeklart fra Steen:

- Partners enormt viktige involvering i svangerskap, fødsel og barseltid.

Her får han støtte fra Bang Hansen:

- Med fars tilstedeværelse tror jeg alt hadde vært annerledes, sier hun.

Kostnadskutt, redusert liggetid og ansvarsflytting

Et annet oppsiktsvekkende funn fra den ferske studien viser at 54 % av de spurte spedbarnsmødrene med psykiske helseplager oppga at de ikke fikk adekvat hjelp. Dette kom noe uventet på Eberhard-Gran.

- Vi ble litt overrasket over at tilgangen på psykisk helsehjelp var såpass dårlig, sier hun.

Eberhard-Gran understreker imidlertid at man de siste årene har sett tegn som tyder på at den psykiske helsen til spedbarnsmødre har blitt stadig dårligere.

- Pandemien har nok vært dråpen som fikk begeret til å renne over. Det vil si at pandemien har avdekket en fra før av dårlig oppfølging av psykisk helse hos nye mødre, sier hun.

Eberhard-Gran understreker at man på sykehusene i mange år har forsøkt å kutte i kostnader og løse kapasitetsproblemer ved å redusere liggetid og behandle flere pasienter poliklinisk.

- Ansvarer for nye mødre og spedbarn har dermed i stor grad blitt overført fra sykehusene til kommunene. Utviklingen er svært betenkelig, da de fleste kommuner fortsatt mangler nødvendig kompetanse, tid og ressurser til å overta dette ansvaret, sier samfunnsmedisineren.

Nødvendig å spørre

Tilbake hos Bang Hansen forteller småbarnsmoren at hun ble henvist til en lokal instans i kommunen etter seksukerskontrollen.

- Jeg ble henvist til noe som heter Familiehuset. Der ble jeg tilbudt samtalerapi, men jeg følte ikke egentlig at det hjalp så veldig, forteller hun.

På spørsmål om hva vi som samfunn bør gjøre for å forebygge depressive symptomer hos barselkvinner, trekker Eberhard-Gran frem at vi må bli flinkere til å spørre.

- Det er nødvendig å spørre systematisk om psykisk helsetilstand, og ikke bare fysisk. Helsepersonell bør få mer kunnskap om de

spesielle mentale utfordringene som forekommer i perinatalperioden, sier hun.

- Vi må også få flere tilbud og mer kunnskap om hvordan vi skal forbedre organiseringen av helsetjenester og henvisningspraksis, legger samfunnsmedisineren til.

For Bang Hansen går det heldigvis bedre i dag.

- Jeg har det bedre. Tiden har hjulpet, og Jens har blitt større. Men det har tatt lang tid, og jeg kjenner at jeg sliter med det enda, forteller hun.

- Er du redd for å bli gravid igjen?

- Ikke direkte. Jeg er veldig sulten på en annen opplevelse. En opplevelse hvor jeg føler meg mindre alene og kan være mer glad, avslutter hun.

CAROLINE ULVIN JOHANSSON

caroline.ulvin.johansson@tidsskriftet.no
Tidsskriftet

30 % rabatt på private skadeforsikringer

– Storebrands beste avtale

Som en del av Akademikerne får du nå hele 30 % rabatt ved nytegning på ordinær pris på alle private skadeforsikringer hos Storebrand. Det kommer i tillegg til 10 % nettrabatt.

60 000 Akademikere har tatt i bruk medlemsfordelen.

Les mer og sjekk alle fordelene på storebrand.no/legeforeningen eller ring 67 51 93 03.



60 000
Akademikere
har tatt i bruk
medlemsfordelen

Skiftarbeid

Når andre er på ferie eller på helgens fest, må noen av oss jobbe. Men det trenger ikke nødvendigvis å være bare negativt. Her kommer noen positive tanker til de mørke arbeidstimer.

Sykdom forholder seg ikke til åpningstider. Pasientene kan våkne med halvsidig lammelse, få hjerteinfarkt av snømåking på morgenen eller kolliderer med et tre på kveldens skitur. I motsetning til mange andre tilstander, som lett forhøyet blodtrykk, bør disse og andre akutte tilstander sees til snarlig – selv om det er midt på natten. Det betyr at leger og annet helsepersonell er skiftarbeidende for å kunne ta imot syke og skadde pasienter til alle døgnets tider. Ettersom det er en nødvendighet for mange av oss, har jeg fundert litt på hvem som trives i skiftarbeid, og om det finnes noen positive sider ved å arbeide utenom «vanlig» arbeidstid på hverdager.

«Ikke overraskende har studier vist at helsepersonells personlighet predikerer toleransen for skiftarbeid»

Hva skiftarbeidet innebærer, vil selvsagt avhenge av spesialitet, helsetjenestenivå og beliggenhet. En legevakt-lege i Otta gjør ikke det samme som en vakthavende sykehuslege i Oslo. Likevel vil jeg hevde at flere elementer ved skiftarbeidet er felles, og mange opplever skiftarbeid (særlig kvelds- og nattevakter) som et ork uavhengig av hvor de jobber. Dette er neppe bare subjektivt, for selv om årsakssammenhengen ikke er fullt ut forstått, er det i flere studier rapportert om negative effekter på ytelse og helse ved skiftarbeid, særlig nattevakter (1).

Selv har jeg hørt flere kollegaer aktivt velge bort spesialiteter som gynekologi på grunn av mye skift- og vaktarbeid, men det er også noen som har valgt slike spesialiteter fordi de *liker* å jobbe om natten. Ikke overraskende har studier vist at helsepersonells personlighet predikerer toleransen for skiftarbeid (2). Hva disse legene (mis-) liker med skiftarbeid, dreier seg ofte om samme tema, men med positivt eller negativt fortegn. For eksempel kan de som ikke liker skiftarbeid, si at de får ødelagt flere dager i etterkant av hver vakt på grunn av forstyrret døgnrytme. De som liker skiftarbeid, derimot, kan argumentere med at kvelds- og nattarbeid passer bedre med deres døgnrytme og frigjør dem fra samfunnet tilpasset A-mennesker, der vanlig arbeidstid er fra kl. 8 om morgenen.

Andre sier de liker skiftarbeid fordi det er mer «action» på kvelds- og nattestid, med en større andel pasienter med akutte og potensielt livstruende tilstander. Samtidig er antallet leger og pasienter

i korridorene mindre på kvelds- og nattestid, og noen steder er belysningen dempet. Dette gir en egen stemning og ro sammenliknet med å være på helseinstitusjonene på dagtid. Noen opplever dette som positivt ved at de får arbeide mer selvstendig og uforstyrret, mens andre savner tryggheten det gir å ha mange kollegaer lett tilgjengelig.

I hverdagen kan skiftarbeid gi mindre tid og mulighet til å treffe venner som arbeider åtte til fire, men noen ser også muligheten til å tilbringe mer tid med egne småbarn eller sjansen til å nyte folketomme skiløyper i dagslys. Samtidig er det ikke alle som har energi etter en nattevakt til å gjøre noe annet enn å sove ut dagen etter.

Skiftarbeid betyr ikke bare nattarbeid, men også jobb i helger, fellesferier og på høytidsdager. Naturlig nok opplever flere det som dumt å gå glipp av jule- eller nyttårsfeiringen med familie eller venner, men for noen er alternativet til jobb å sitte alene hjemme. Dessuten betyr skiftarbeid og det å arbeide i fellesferier at man har fri på tidspunkter da de fleste andre jobber. Det gir gode muligheter for ferier utenom turistsesongene og til en rimeligere pris.

Ut ifra egne opphold og vakter på helseinstitusjoner har jeg gjort en annen observasjon: Ettersom undersøkelser, prøvetaking og annen utredning eller behandling i mindre grad foregår på kveldstid, er det tiden de ikke for syke pasientene finner frem egne tidsysler og interesser, for eksempel strikking, spill eller sport på TV. Tilsvarende har jeg opplevd uventede sider ved kollegaer på kveldstid, som da det strømmet jazzmusikk fra kontoret til en overlege som vurderte henvisninger på kveldstid.

«Selv har jeg hørt flere kollegaer aktivt velge bort spesialiteter som gynekologi på grunn av mye skift- og vaktarbeid, men det er også noen som har valgt slike spesialiteter fordi de liker å jobbe om natten»

Det er kanskje ikke til hjelp for å komme igjennom nattevakten og er sannsynligvis en klisjé, men jeg synes det er noe fint med slike nyanserende innblikk i individene bak merkelapper som «mann født '60 med malignt melanom» og «kvinne født '46 med femurfraktur». Om det ikke gir positive tanker, kan det gi mer mening til det nødvendige arbeidet i de sene, mørke arbeidstimer.



FREDERIK EMIL JUUL

fejjuul.medisin@gmail.com

er lege og forsker i forskningsgruppen Klinisk effektforskning ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Foto: Jon Olav Nesvold

LITTERATUR

- 1 Lie JAS, Gravseth HM, Matre D et al. Arbeidstid og helse. Oppdatering av en systematisk litteraturstudie. STAMI-rapport nr. 1/2014. Lest 24.1.2022.
- 2 Storemark SS, Fossum IN, Bjorvatn B et al. Personality factors predict sleep-

related shift work tolerance in different shifts at 2-year follow-up: a prospective study. BMJ Open 2013; 3: e003696.

Antibiotikaprofylakse eller infeksjonsprofylakse?

Antibiotika kan forebygge infeksjoner. Hvilken betegnelse bør man bruke om slik profylaktisk behandling?

Profylakse handler om å forebygge noe (1). *Antibiotikaprofylakse* er forebygging med antibiotika. Noen kan mene at dette ordet ikke er logisk, fordi det kan gi inntrykk av at det er antibiotika som forebygges. Bør det kanskje heller kalles *infeksjonsprofylakse*, slik som *tromboseprofylakse*, hvor det er henholdsvis infeksjon og trombose som forebygges? Men slik er det ikke. Både *antibiotikaprofylakse* og *tromboseprofylakse* er etablerte og akseptable uttrykk på norsk.

Språket er fleksibelt

Språket vårt er mer fleksibelt enn mange tenker seg. Det er ikke noe i veien for å sette sammen substantiver på ulike måter – det gjør vi stadig vekk. Sammensetninger kan følge ulike mønstre med samme etterledd. «Forholdet mellom leddene i en sammensetning kan være av det mangfoldigste slag, og det blir vår viten om verden og hvordan den er innrettet, som bestemmer hvilken betydning sammensetningen skal ha», skriver Finn-Erik Vinje (2).

Fra dagliglivet kjenner vi for eksempel *kjøttpølse* og *kyllingpølse*, som indikerer hva

pølsene er laget av, mens *familiepølse* og *jegerpølse* åpenbart er dannet på en annen måte. Når vi påtreffer ordet *selvvask* på en bensinstasjon, kan man tenke seg to muligheter: Her kan man enten vaske bilen selv eller man kan vaske seg selv, men det er selvsagt det første som er riktig. Vi omgir oss med en rekke sammensetninger som teoretisk sett er tvetydige, men som i praksis er entydige (2). En *ferjekø* kan bety en kø av ferjer, men mer sannsynlig er at det er snakk om en kø av kjøretøyer som ønsker å kjøre om bord i ferja. På samme vis betyr ikke *garasjesalg* at man selger garasjer, men at salget foregår i et garasjelokale (2). Når slike sammensetninger nesten aldri forårsaker misforståelser, men tolkes etter intensjonen, er det fordi konteksten legger til rette for den intenderte betydningen (3).

En vanlig feil i moderne norsk er for øvrig tendensen til å oppløse sammensetninger, det vil si at man skriver *antibiotika profylakse* og *trombose profylakse* i to ord i stedet for ett. Dette kalles særskriving og skyldes engelsk påvirkning (3).

Determinative sammensetninger

Forfatterne av boka *Norsk referansegrammatikk* viser hvor fleksibelt norsk er i forbindelse med ordsammensetninger (4): *tømmerhytte*: hytte av tømmer (materiale) *feriehytte*: hytte for ferie (hensikt)

fjellhytte: hytte på fjellet (sted) *sommerhytte*: hytte for sommerbruk (tid for bruk) *selvbetjeningshytte*: hytte med selvbetjening (måte man bruker hytta på)

Disse eksemplene er såkalte determinative sammensetninger, der etterleddet gir hovedbetydningen og forleddet avgrenser eller modifierer betydningen til etterleddet (4).

Konklusjonen er altså at både *antibiotikaprofylakse* og *infeksjonsprofylakse* er akseptable ordkonstruksjoner på norsk. Ordbruken er innarbeidet gjennom mange år og skaper neppe misforståelser.

ERLEND HEM

erlend.hem@medisin.uio.no
er instituttssjef ved Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og leder av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk.

LITTERATUR

- 1 Profylakse. I: Det norske akademis ordbok. Lest 20.12.2020.
- 2 Vinje F-E. Sjarlighet og sjøttaker: språklige gleder og gremmelser. Oslo: Schibsted, 2012: 26.
- 3 Vinje F-E. Norske ord i hus og hytte: om språkets byggeklosser. Oslo: Vidarforlaget, 2019: 115-8.
- 4 Faarlund JT, Lie S, Vannebo KI. Norsk referansegrammatikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1997: 63.

ANNONSE

Hei!

Visste du at pasienter kan **se, endre, avbestille og bekrefte** flere typer rekvirerte reiser selv, ved å logge seg inn på helsenorge.no?

Har du spørsmål?
Ta kontakt med Pasientreiser på 05515

 PASIENTREISER

Kusmaepidemi i Steigen

Parotitt er en betennelse i ørespyttkjertelen som vanligvis forårsakes av kusmavirus. Grunnet effektiv vaksinerings ser vi ikke dette så ofte lenger, men det var jevnlig utbrudd i Norge tidligere. I Tidsskriftet nr. 5/1901 sto en beretning fra Steigen legedistrikt, der sykdommen også ble omtalt som «Kindtaske» (Tidsskr Nor Lægeforen 1901; 21: 243–8).

JULIE DIDRIKSEN

julie.didriksen@tidsskriftet.no
Tidsskriftet

«Kindtaske».

Af H. Arnesen, Steigen.

I betragtning av, at der aldrig i tidsskriftet sees noget om parotit, vil vel følgene oplysninger om sygdommen i Steigens lægedistrikt kunne påregne interesse som kuriositet.

Distriktet omfatter Steigen – 2416 indb. – og Ledingens – 1255 indb. – herreder. For Ledingens vedkommende er de store trafikcentre kirkestedet Leinæs og handelsstedet Grøtø – det første om hverdagene, det sidste de søndage, der er gudstjeneste. Hvad åstederne for sygdommens optræden forøvrigt angår henvises til kartskissen, der er holdt saa schematisk som muligt.

«I oktober og november går kusma omkring som en brølende løve søkende, hvem den kan opsluke»

Det første kendte tilfælde av parotit iagttoges 29/8 hos en utensognshåndverker, der var i arbejde paa Grøtø; han reiste et par dage senere fra distriktet og smittede ingen her. Men i de første dage av mai kom en gut fra [en gård] hjem fra Lofoten (Sørvågen), og var da syk, og fra ham daterer epidemien sit utspring. I løpet av mai og juni optraadte nu syken på Sundgårdene; men ikke som noget husepidemi, der slang et tilfælde hist og her på gårdene. Så optræder syken i konfirmant-skolen, der i juni og juli holdtes paa Leinæs, utenat der dog var nogen utbredt epidemi. Men efter konfirmationen, da børnene vender hjem, bryter syken ut med én gang på flere steder, fra 29de juli og utover på gårdene Nordskot, Sørskot, Lund og Alpø, i septbr. optræder den på sydsiden av fjorden i Brændvik; og i oktober og november



Illustrasjon fra faksimile

går kusma omkring som en brølende løve søkende, hvem den kan opsluke. Sygdommen slår ned for fote; i et enkelt hus var samtidig 7 personer sengeliggende. På går-

dene Sund, Lund, Sørskot og Norskot, hvor syken første gang bare hadde valgt sig et og andet bytte – og ovenikøpet behandlet vedkommende nogenlunde lempelig, gjorde

den ved sit andet besøk rent bord. Og ikke nok med det, foruten at infeksjonsstoffet syntes at være blitt mere smitte-dygtig, frembringer det også voldsommere symptomer. Endelig synes det, som virus taper i intensitet mot slutten av året – om det er fordi de klimatiske forhold forandrer sig, eller fordi det har passeret så mange, vet jeg ikke.

«Til selve Steigen kom sykdommen først i november»

Til selve Steigen kom sykdommen først i november. Rygtevis berettes at sykdommen skal ha optrådt også her tidlig paa høsten; men dette har jeg ikke kunnet konstatere. Men i oktober og november optrådte den på de Grøtø nærmeste liggende gårdene i Steigen: Kvalnæs og Holkestad. På det første sted skal «næsten alle» ha været angrebne. På Holkestad foretok jeg under et besøk d. 20/12 en tælling, der utviste 21 angrebne, derav én som hadde ført sykdommen med sig fra Ofoten. Også på Lervik og på Røssø i Steigen har sykdommen optrådt som hus-epidemi, mens der ellers i herredet kun er optrådt et tilfælde hist og her mot årets slutning.

For at få en oversikt medgav jeg folketællerne i Ledingen *schemata* til utfyllning. Av hensyn til deres arbeide for øvrig, måtte disse gøres så enkle som muligt for at ikke sinke dem. Resultatet er følgende: (...) 28,2 pct. av herredets befolkning. Tællingen synes også at vise, at parotit ikke er noget eksvisit barnesygdom. – Sykdommen har tat, hvad der var av disponibelt (eller vel rettere disponeret) materiel, som lå i dens vei, endog en gammel pike på 60 år. Kun et tilfælde kendes, hvor sykdommen er optrådt for anden gang: hos en voksen mand, der for to år siden hadde søkt læge for kuma. – I selve

Steigen antar jeg antallet av angrebne neppe kan sættes høiere end til 50, hvorav hovedmassen på fastlandssiden; på Engø er syken kun forekommet i spredte, meget få tilfælde og på Lundø aldeles ikke, så vidt jeg kunnet bringe til erfaring.

Hvad komplikationer angår, gir tællingen som resultat, at av de 34 mænd over 15 år har 18 havt orchit – altså 53 pct. – et tal, der er adskillig større end almindelig ved epidemier. Granier (citeret hos Eichhorst) har 23 pct. – 115:495 – og Winge 17 pct. – 35: 202 –. Og endda mener en av tællerne, at enkelte mænd av undseelse ikke vilde ut med sin orchit, så tallet er for lite.

En anden temmelig besværlig komplikation har været brækninger, dels de første dage, dels efter at hævelsen var gått tilbake. Hvor hyppigt dette har forekommet, savner jeg opplysninger om. Brækninger er, så vidt jeg vet, udelukkende optrådt hos børn og har varet flere dager, så tilstanden stundom har været foruroligende, da barnet ikke har kunnet ta næring til sig.

Diarre har været temmelig hyppig som eftersygdom også hos voksne og har flere gange nødet patienterne til at søke læge.

Herpes på læber, næse, kinder er iagtatt hos samtlige angrebne (5) i en familie, hos en av disse var også submaxillarglanderne hovne.

En gang er iagtatt ensidig facialispærese hos en kone 3 uker efter sygdommens ophør.

To gange forekom kuma sammen med difteri. En voksen pike, hvor belægget var svundet, men med svelgparalyse, fikk kuma; hos en 6 års gutt synes begge sygdomme at være optrådt samtidig. Første dag kunde jeg ikke med sikkerhet diagnosticere difteri, da gutten ikke kunde åpne munden, så han måtte isoleres på mistanke; neste dag, da han kunde gape, var diagnosen let. I ingen av tilfældene kunde det skøn-

nes, at den ene sygdom influerte på den anden.

I ett tilfælde optrådte efter en parotit med alvorlige almensymptomer og orchit hos en 27 års mand en langvarig anæmisk tilstand med sterkt uttalte nervøse og psykiske symptomer: sterk depressio animi, søvnløshet, merkelige fornemmelser av vekslende art, nedsat syn, hørsel og følelse amed halvsidig karakter; under et besøk påvistes en anæsthetisk flek av en barnehånds størrelse i højre regio umbilicalis. Han skal ha havt «mavekatarrh» (motesykdommen her i distriktet – nevrastræhni) og beskrives som noget «forsagt» av sig.

Hvad diagnosen angår, så har den ingen vanskelighet voldt. Som regel har patienterne selv gjort op diagnosen. I ett tilfælde vilde jeg dog uten epidemien som bakgrunn ha kommet til at stille prognosen adskillig verre, end jeg gjorde. Det gjaldt en 8 års gutt, der i 2 dage hadde havt febrilia med hodepine, brækninger, delirier. P. 100, T. 39, Intet lokalt at finde uten lidt smerte og ømhet for tryk i venstre øreregion – men ingen hævelse. To dage senere fikk jeg bud, der bekræftede diagnose og prognose.

«Hvad diagnosen angår, så har den ingen vanskelighet voldt. Som regel har patienterne selv gjort op diagnosen»

Tilslut et eksempel på, at denne sykdom, som i almindelighet blir set på med dyp foragt, ikke altid optræder bare humoristisk vansirende. Forretningsmand, 34 år, blev syk. (...) det viste sig ved veining at han paa de 12 døgn, han hadde været syk, var minket 7 kilo! – hvad han forøvrigt godt kunde avse og snart tok igjen.

«Jeg fikk hjelp til å spisse budskapet mitt,
og til å forbedre tittelen i artikkelen»

Slik får du studien din publisert i et godt tidsskrift

KURS I MEDISINSK PUBLISERING

OSLO 7.-8. JUNI 2022

«Dette kurset hjalp meg med
å forstå hva tidsskriftene
virkelig ser etter»

- Egner seg for klinikere og forskere innen medisin og helsefag med noe, eller liten publiseringserfaring.
- Dekker alle faser i en publiseringsprosess, fra planlegging, skriving, tittel og abstrakt, til utarbeidelse av tabeller og figurer.
- Med erfarne forskere og redaktører, bl.a. fra New England Journal of Medicine og Annals of Internal Medicine, to av verdens mest prestisjetunge medisinske tidsskrifter, som kurslærere.
- Forelesninger og gruppeundervisning med skrivetrening, og tilbakemelding på utkast til abstrakt, tabeller og figurer.
- Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus, Tidsskrift for Den norske legeforening, New England Journal of Medicine og Annals of Internal Medicine står bak kurset.

KURSTED Gaustad Sykehus, Sognsvannsveien 21, Oslo

KURSAVGIFT 7 000 kroner, som også dekker lunsj, kaffe og kursdiplom

SPRÅK Kurset blir holdt på engelsk

FORARBEID Kursmateriell sendes ut fire uker før kursstart. Utkast til abstrakt, tabeller og figurer må innsendes for vurdering senest ti dager før kursstart

PÅMELDING Snaarest mulig, og senest 15. mars 2022. Det er et begrenset antall plasser. Påmelding og mer informasjon: nettskjema.no/a/239575, eller bruk QR-koden til høyre.

**KURS-
KOORDINATOR** Madeleine Berli, Universitetet i Oslo

KURSLÆRERE Darren Taichman
New England Journal of Medicine

Christine Laine
Annals of Internal Medicine

Michael Bretthauer
Universitetet i Oslo
og Annals of Internal Medicine

Are Brean
Tidsskrift for Den norske legeforening

Erlend Hem
Legeforskningsinstituttet
og Universitetet i Oslo

Mette Kalager
Universitetet i Oslo

Lise M. Helsing
Universitetet i Oslo

Petter Gjersvik
Tidsskrift for
Den norske legeforening



Svimmelhet på dagsordenen



FRA SVIMMELHET TIL BALANSE

Kjersti Wilhelmsen, Anne Kari Skøien, Anne-Lise Tamber, red
Vestibulære sykdommer. Teori, undersøkelse og rehabilitering. 272 s, tab, ill. Bergen: Fagbokforlaget, 2019. Pris NOK 599
ISBN 978-82-450-1227-9

Redaktørene ønsker å sette svimmelhet på dagsordenen og har som mål å lære helsepersonell om diagnostikk og behandling av vestibulære sykdommer.

I første del gis en teoretisk innføring

i hvordan svimmelhet kan oppstå og hvordan kompensering er mulig dersom deler av balansesystemet svikter. Andre del handler om klinisk tilnærming til svimle pasienter ved hjelp av fokusert anamneseopptak, klinisk testing og tilpasset behandling. Diagnostiske tester og terapeutiske manøvrer er forklart med fine fargeillustrasjoner, og hovedpunktene er oppsummert i tabeller og rammer.

I tredje del presenteres en del kliniske erfaringer og eksempler på ulike aspekter ved vestibulær rehabilitering. Fjerde og siste del er en samling av nyttige spørreskjema, skåringskjema og eksempler på enkle egen-treningsprogram.

Boka kan leses fra perm til perm og vil da utvilsomt gi en god forståelse av årsaker til svimmelhet, og diagnostikk og behandling ved vestibulære tilstander, men den vil trolig også fungere godt som problembasert oppslagsverk i en travel klinisk hverdag. At redaktørene er fysioterapeuter, gjenspeiles

i et hovedfokus på vedvarende svimmelhet og vestibulær rehabilitering – kanskje det mest forsømte området i svimmelhetshåndteringen. Nyoppstått svimmelhet er også grundig og fint omtalt, men en tydelig oppsummering av symptomer og funn som bør medføre umiddelbar eller rask henvisning til sykehus, kunne vært nyttig.

Alt i alt er dette et nyttig og pedagogisk oppslagsverk. Boka handler om et utbredt symptom som kan gi betydelig funksjonssvikt, men som ofte kan bedres med riktig og årsaksspesifikk tilnærming. Les og lær!

UNN LJØSTAD

Overlege, Nevrologisk avdeling
Sørlandet sykehus, Kristiansand

Bevegelsesapparatets anatomi i kortversjon



KOMPENDIUM I MAKROSKOPISK ANATOMI: BEVÆGE-APPARATET

David Kocemba, Charlotte Lott Dreijø Carlsen, Johanne Elmbæk Kassow
298 s, ill. København: Munksgaard, 2020. Pris DKK 395
ISBN 978-87-628-2063-0

Forfatterne av dette kompendiet har som intensjon å «bygge bro mellom den itet-anende anatomistuderende og de detaljerede lærebøker». Den er skrevet av tre legestudenter som har flere års erfaring med undervisning i makroskopisk anatomi og som ønsker å presentere anatomen på en

forståelig måte uten for mye detaljer. Kompendiet har samme organisering av stoffet som tradisjonelle anatomiske lærebøker. Teksten er, som ventet i et kompendium, svært kortfattet. Til gjengjeld er det rikelig med klare og instruktive tegninger, som jeg anser som bokens styrke. Teksten er faglig korrekt, også med hensyn til anatomisk nomenklatur.

Min erfaring er at en del studenter liker denne typen læremidler. Med sin faglige etterrettelighet og gode illustrasjoner kan derfor denne boken anbefales, riktignok brukt som repetisjon og ikke som første-gangs innlæring av stoffet. Det kan imidlertid virke som forfatterne nettopp mener at kompendiet skal lette studentenes møte med anatomen. Det mener jeg er misforstått. Det ligger i sakens natur at et kompendium er mer innrettet mot å huske enn å forstå. Det preger også dette kompendiet, som bl.a. inneholder tallrike huskereglar, mens funksjon er fremstilt så kortfattet og fragmentert at det ikke bidrar nevneverdig til forståelse og overføring til klinisk praksis.

Oppfatningen av anatomi som et puggefag med uendelig mange detaljer er dessverre seiglivet. Hvis anatomen skal kunne hjelpe studentene i deres senere kliniske resonnementer og forståelse av sykkelige prosesser, kreves åpenbart en tilnærming som er rettet mot forståelse mer enn bare memorering, og med kliniske eksempler som letter overføringen. Dette krever engasjerte og kunnskapsrike lærere som setter sitt fag i en større sammenheng og stimulerer studentenes nysgjerrighet.

PER BRODAL

Professor emeritus, Institutt for medisinske basalfag
Universitetet i Oslo

UNIVERSITETET I OSLO

www.med.uio.no/disputaser/



MONA KJELDSBERG

Symptoms as a surmountable challenge: Symptom reporting and self-rated health in the population and in general practice. Utgår fra Institutt for helse og samfunn. Disputas 17.1.2022.

Bedømmelseskommité: Dorte Ejg Jarbøl, University of Southern Denmark, Danmark, Steinar Krokstad, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og Tone Rustøen, Universitetet i Oslo.

Veileder: Bård Natvig.

NATHALIE BODD HALAAS

Neurodegeneration in the ageing brain – Novel AD-related biomarkers in delirium and cognitively unimpaired older adults. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 21.1.2022.

Bedømmelseskommité: Barbara van Munster, The University Medical Center Groningen (UMCG), Nederland, Niklas Mattson-Carligen, Lund University, Sverige, og Mathias Toft, Universitetet i Oslo.

Veileder: Leiv Otto Watne.

TOMMASO CAI

Aspects of antimicrobial stewardship in urinary tract infections: Clinical significance of risk factors, deferred treatment, non-antibiotic treatment, revival of an old antibiotic and the impact of guidelines adherence. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 21.1.2022.

Bedømmelseskommité: Mikkel Fode, University of Copenhagen/Herlev, Danmark, Peder Gjengstø, Haukeland universitetssykehus, og Christian Beisland, Universitetet i Bergen.

Veileder: Truls E. Bjerkund Johansen.

NATHALIE BODD HALAAS

Neurodegeneration in the ageing brain – Novel AD related biomarkers in delirium and cognitively unimpaired older adults. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 21.1.2022.

Bedømmelseskommité: Barbara van Munster, The University Medical Center Groningen (UMCG), Nederland, Niklas Mattson-Carligen, Lund University, Sverige, og Mathias Toft, Universitetet i Oslo.

Veileder: Leiv Otto Watne, Torgeir Bruun Wyller og Anders Martin Fjell.

SYNNE TORKILDSEN

Identification of fusion genes and somatic mutations in acute myeloid leukemia using high throughput sequencing. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 24.1.2022.

Bedømmelseskommité: Mette Klarskov Andersen, Rigshospitalet, Copenhagen, Danmark, Gunnar Juliusson, Skåne University, Sverige, og Ellen Ruud, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veileder: Ioannis Panagopoulos, Geir Erland Tjønnfjord og Sverre Heim.

PASQUALE KLEPP

Colorectal cancer in Ulcerative Colitis. A prospective study of clinical and biological markers in population based cohorts. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 24.1.2022.

Bedømmelseskommité: Tine Jess, Statens Serum Institut, Danmark, Arne Sandvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og Øyvind Holme, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veileder: Stephan Brackmann, Bjørn Moum og Morten Vatn.

OLE ALEKSANDER DYRKORN

The Impact of Childbirth before and after Mid-Urethral Sling Surgery: New Knowledge derived from Norwegian Health Registries. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 24.1.2022.

Bedømmelseskommité: Niels Klarskov, University of Copenhagen, Danmark, Jone Trovik, Universitetet i Bergen, og Anna Marie Ellström Engh, Universitetet i Oslo.

Veileder: Rune Svenningsen, Anne Cathrine Staff og Sigurd Kulseng-Hanssen.

KARL-ANDREAS DUMONT

Quantification of Mitral Annular Dynamics: Validation and Clinical Application of a Novel Autostereoscopic Holographic Display. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 25.1.2022.

Bedømmelseskommité: Robert J.M. Klautz, Leiden University Medical Centre, Nederland, Truls Myrmet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, og Kristina H. Haugaa, Universitetet i Oslo.

Veileder: Stig Urheim, Runar Lundblad, Arnt E. Fiane og John Peder Kvitting.

RAGNHILD VELINE NOME

Biochemical Changes in Testicular Cancer Survivors – Pituitary, Renal and Thyroid function. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 28.2.2022.

Bedømmelseskommité: Kristin Moberg Aakre, Haukeland universitetssykehus, Olof Ståhl, Skåne University Hospital, Sverige, og Elisabeth Qvigstad, Universitetet i Oslo.

Veileder: Trine Bjørø, Sophie D. Fosså, Cecilie E. Kiserud og Milada C. Småstuen.

ARE ANNESØNN KALSTAD

The role of n-3 fatty acids in cardiovascular diseases of ageing. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 28.1.2022.

Bedømmelseskommité: Steen Dalby Kristensen, Aarhus University, Danmark, Anette Hylen Ranhoff, Universitetet i Bergen, og Torgeir Bruun Wyller, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veileder: Ingebjørg Seljeflot, Harald Arnesen og Svein Solheim.

AMURA FRANCESCA GLADHAUG

Drug use and drug-related problems in nursing homes: prevalence, changes following medication review and variation between institutions. Drug use and medication review in nursing homes in Oslo. Utgår fra Institutt for helse og samfunn. Disputas 31.1.2022.

Bedømmelseskommité: Anders Grimsmo, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Carina Lundby, University of Southern Denmark, Danmark, og Ragnhild Hellesø, Universitetet i Oslo.

Veileder: Jørund Straand, Knut Engedal og Hege Salvesen Blix.

ASTRID HAASKJOLD LOSSIUS

Atopic dermatitis, ultraviolet B treatment, and the IL-1 family of cytokines. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 31.1.2022.

Bedømmelseskommité: Liv Eidsmo, University of Copenhagen, Danmark, Silke Appel, Universitetet i Bergen, og Kjetil Wessel Andressen, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veileder: Jan-Øivind Holm, Guttorm Haraldsen, Olav Sundnes og Teresa Løvold Berents.

TONE HOVDA

Improved breast cancer screening for women and society: A radiological approach. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 31.1.2022.

Bedømmelseskommité: Ritse Mann, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Nederland, Sylvia Heywang-Köbrunner, Referenzzentrum Mammographie München, Tyskland, og Tor Erik Rusten, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veileder: Solveig Hofvind, Kristine Kleivi Sahlberg og Bjørn Naume.

SYED ALI MUJTABA RIZVI

Management of acute odontoid fractures. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 1.2.2022.

Bedømmelseskommité: Claes Olerud, Uppsala University, Sverige, Tore Solberg, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, og Hanne Flinstad Harbo, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Hege Linnerud og Eirik Helseth.

VICTORIA BERGE-SEIDL

Genetic studies of sporadic Parkinson's disease – On the identification of genetic risk factors and the path towards a better understanding of underlying pathogenic mechanisms. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 2.2.2022.

Bedømmelseskommité: Kathrin Brockmann, University of Tübingen, Tyskland, Srdjan Djurovic, Universitetet i Bergen, og Yvonne Böttcher, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Mathias Toft og Espen Dietrichs.

HEDDA VON DER LIPPE GYTHFELDT

Identifying molecular factors responsible for treatment response and resistance in a breast cancer study and a breast cancer model. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 3.2.2022.

Bedømmelseskommité: Lisa Rydén, Lund University, Sverige, Elin Mortensen, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, og Frode Lars Jahnsen, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Olav Engebråten, Therese Sørli og Gunhild Mælandsmo.

TONI CHRISTOPH BERGER

A translational view on epileptogenesis. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 4.2.2022.

Bedømmelseskommité: Maja Jagodic, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige, Peter Bedner, University of Bonn, Tyskland, og Bjørnar Hassel, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kjell Heuser, Erik Taubøll og Magnus Dehli Vigeland.



Det skapende universitet

<http://www.ntnu.no/kalender#tag=disputaserdmf>

FREDRIK ILDSTAD

Transient ischemic attack (TIA) – assessment of stroke risk and use of risk evaluation tools after TIA. The MIDNOR TIA study. Utgår fra Institutt for nevrologi og bevegelsesvitenskap. Disputas 21.1.2022.

Bedømmelseskommité: Ann Charlotte Laska, Karolinska Institutet, Sverige, Ole Morten Rønning, Universitetet i Oslo, og Tore Wergeland Meisingset, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Bent Indredavik og Hanne Ellekjær.

UNIVERSITETET I BERGEN

www.uib.no/info/dr_grad/

**DORDI LEA**

Use of quantitative pathology to improve grading and predict prognosis in tumours of the gastrointestinal tract. Utgår fra Klinisk institutt 1. Disputas 14.1.2022.

Bedømmelseskommité: Sonja Steigen, Universitets-sykehuset Nord-Norge, Reidar Fossmark, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og Knut Øymar, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Einar Gudbjørn Gudlaugsson og Kjetil Søreide.

JASMIN HAI YOUNES

Health and Healthcare Access and Utilization Among Syrian Refugees Migrating to Norway – A Longitudinal Study. Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Disputas 26.1.2022.

Bedømmelseskommité: Soorej Jose Puthooppa-rambil, Uppsala University, Sverige, Birgit Nanki

Johanne Lie, Sørlandet sykehus, og Ingvild Fossgard Sandøy, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Esperanza Diaz, Eirik Abildsnes og Bernadette Kumar.

INDRA LAETITIA SIMHAN

Seeing and being seen: An investigation of video guidance processes with vulnerable parents of infants. Utgår fra Institutt for klinisk psykologi. Disputas 28.1.2022.

Bedømmelseskommité: Ingeborg Hedegaard Kristensen, Vaccinationscenter Aarhus Nord, Danmark, Thomas Mackrill, Københavns Professionshøjskole, Danmark, og Endre Visted, Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Aslak Hjeltne, Kari Vik og Marius Veseth.

**UiT NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET**

<https://uit.no/tavla>

**MELINDA BERG ROALDSEN**

Aspects on Recanalisation Therapies for Acute Ischemic Stroke. Long-term survival after thrombolytic treatment with alteplase, endovascular thrombectomy for acute ischaemic stroke and recanalisation therapies for wake-up stroke. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 21.1.2022.

Bedømmelseskommité: Arne Lindgren, Institutionen för kliniska vetenskaper, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, Sverige, Hege Ihle-Hansen, Seksjon for hjerneslag, Oslo universitetssykehus, og Claus Klingenberg, Institutt for klinisk medisin, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Ellisiv B. Mathiesen, Haakon Lindekleiv og Erik Lundström.

Legejobber



Foto: Hraun/iStock

Informasjon om priser
og formater finner du på
legejobber.no

For rekrutteringstjenester kontakt
legejobber@tidsskriftet.no

For annonsering kontakt
annonser@tidsskriftet.no

Legejobber.no utvider tjenestetilbudet

Legejobber har rustet opp teamet med rekrutteringsrådgivere og medisinske rådgivere. Vi har nå lansert veilednings- og rekrutteringstjenester for leger. Utforsk dine muligheter ved å registrere deg under MIN PROFIL på Legejobber.no.

Her kan du også lage din egen nedlastbare lege-CV, som er skreddersydd for leger og laget i samarbeid med arbeidsgivere fra kommuner og helseforetak.

Som **JOBBSØKER** kan du på Legejobber.no få hjelp fra en rådgiver til å finne din neste jobb og abonnere på ledige stillinger.

Som **ANNONSØR** kan du på Legejobber.no bestille annonser til både nett og papir.

Har du spørsmål om de nye tjenestene? Kontakt oss gjerne på legejobber@tidsskriftet.no

ALLMENNEMEDISIN

**Nordreisa kommune**

Ráissa suohkan
Raisin komuuni

Fastlege tilknyttet Rehabiliteringen UNN Storslett

Ønsker du varierte oppgaver, godt arbeidsmiljø og gode inntjeningsmuligheter? Da har vi en ledig stilling som kombinerer spesialisthelsetjeneste med fastlegehjemmel!

Som lege på rehabiliteringen, underlagt Universitetssykehuset i Nord-Norge, er du med å gi tilbud om tverrfaglig spesialisert rehabilitering etter funksjonstap. Du vil også være endel av pasient sentrert helsetjenesteteam, og delta i et spennende pilotprosjekt. Det tverrfaglige teamet består av lege, ergoterapeut, fysioterapeut, logoped og sykepleier.

Som lege med egen fastlegehjemmel og deltakelse i kommunal legevakt, har du varierte oppgaver og gode inntjeningsmuligheter. Stillingen vil by på mange faglige utfordringer og et godt flerfaglig arbeidsmiljø.

Se kommunens nettside for fullstendig utlysningstekst. Søknader sendes elektronisk via Webcruiter.

SØKNADSFRIST: 13.03.2022

**Fredrikstad kommune****Fastlegehjemmel**

Vi har ledig fastlegehjemmel på Ørebekk legesenter.

For utlysning og søknad se

www.fredrikstad.kommune.no -> ledige stillinger

Søknadsfrist: 20.02.2022

Legejobber

Fastleger til Bergensområdet

På vegne av kommune søker vi etter fastleger til ulike legesentre med godt arbeidsmiljø, rett sør for Bergen by.

Se Legejobber.no for fullstendig utlysning.

IMMUNOLOGI OG TRANSFUSJONSMEDISIN

**Eigersund kommune**
Sammen for alle**Ledige hjemler for privatpraktiserende allmennlege**

Eigersund kommune har ledig tre avtalehjemler for privatpraktiserende allmennlege i fastlegeordning.

Den ene hjemmelen er i fellespraksis med tre andre leger, listelengde 1050 pasienter (tidligere hjemmelsinnehaver Terje Aarsland tel. 91596678). De to øvrige er i fellespraksis med fire andre leger, listelengde hhv. 1250 pasienter (tidligere hjemmelsinnehaver Lars Peter Fjerdingsstad tel. 93495717), og 1000 pasienter (tidligere hjemmelsinnehaver Carina Lindøe Larsen tel. 93491661).

Kontakt: Kommuneoverlege Bjarne Rosenblad tlf. 920 81 879 eller hjemmelsinnehaver.

Se www.eigersund.kommune.no - Ledig stilling - for fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknad.

SØKNADSFRIST: 08.03.2022

- Trygghet når du trenger det mest Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på www.sshf.no og følg oss på Facebook.

**Overlege, Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, Kristiansand**

Vi søker etter deg som er faglig interessert, har lyst til å slå rot på Sørlandet og som vil være med å utvikle avdelingen og faget i hele SSHF. Vi søker en kollega som har langsiktig perspektiv, som vil dele sin kompetanse, spille kolleger i alle yrkeskategorier gode og som ønsker å bidra til å sørge for de beste tjenestene for pasientene i Agder.

Kontaktpersoner:

Avdelingsoverlege Christine Torsvik Steinsvåg, tlf: 38 07 35 02

Avdelingssjef Lene Haugen Tryland tlf. 38 07 61 09

For mer informasjon, se:
<https://sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss>

Søknadsfrist: 01.03.2022

Webcruiter id: 4464318685

PSYKIATRI



Psykiater til ettervernspoliklinikk.

Vi søker nå etter psykiater til Stavanger DPS med oppstart etter avtale.

Se [Legejobber.no](https://legejobber.no) for fullstendig utlysning.

LEDIGE STIPENDIER – LEGATER – FOND

JOSEF OG HALDIS ANDRESENS LEGAT

Stipender til forskning

Legatets avkastning skal bl.a. stilles til disposisjon for forskning, fortrinnsvis **klinisk psykiatrisk forskning** med formål å forebygge og behandle psykiske lidelser.

Søknad fremmes på fastsatt søknadsskjema som kan hentes på <https://www.regnskapskollegiet.no/skjema> eller ved henvendelse tlf. 934 11 560. Søknad sendes pr. post til:

Bærum kommune Helse og Sosial v/Andreas Lundin, Rådhuset, 1304 Sandvika **innen 30. april 2022.**

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Norges mest komplette
oversikt over ledige
legejobber

Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast



TILGANG TIL LEGEMIDLER UTEN TOMMEL OPP FRA BESLUTNINGSFORUM

Gjest: Odd Terje Brustugun

STRØMULYKKER OG STRØMSKADER

Gjest: Lars Petter Bjørnsen

OMIKRON

Gjest: Gunnveig Grødeland

I tillegg forteller Are Brean annenhver uke om siste nytt
fra internasjonale medisinske tidsskrifter.

Stetoskopet finner du der du lytter til podkast,
på tidsskriftet.no/podkast eller via QR-koden til venstre





Megan Virtue
Psychoanalysis: the body-mind and
psychosomatics

Institutt for Psykoterapi inviterer til dagsseminar i Oslo og i Trondheim.

Seminar i Oslo arrangeres lørdag den 2. april 2022 kl.09.00-17.00

Påmelding innen 18.mars, via link nederst i annonsen.

Seminar i Trondheim arrangeres lørdag 11. juni 2022 kl.09.00-17.00

Påmelding innen 27. mai, via link nederst i annonsen.

For å se program: følg linken nederst i annonsen.

Megan Virtue is a Training Analyst and Supervisor of the British Psychoanalytical Society. After reading humanities she trained as a clinical psychologist, and later as an adult psychotherapist at the Tavistock Clinic, London. She is qualified as a psychosomatician, Institut de Psychosomatique Pierre Marty, Paris. Alongside her psychoanalytic practice, for the past thirteen years she has been working with gastroenterology patients in hospital practice. She teaches at the Institute of Psychoanalysis and is Honorary Lecturer in the Psychoanalysis Unit, University College London.

Seminars will be offered on dreaming, the excess of the drives, trauma and representation with reference to clinical practice in gastroenterology. The day will end with a clinical seminar.

I det avsluttende kliniske seminaret (90 min) kan en av deltakerne legge frem kasus for diskusjon. Dersom du kan tenke deg å legge frem, ta kontakt med Ole Johan Finnøy: und-leder@instpsyk.no og telefon 905 14 931.

Seminaret søkes som vedlikeholdsaktivitet hos Norsk psykologforening og Den norske legeforening. Seminaret holdes på engelsk.

Sted:

Oslo: Institutt for Psykoterapi, Gjerdrums vei 19 (5.etg), 0484 Oslo

Trondheim: Scandic Nidelven, Havnegata 1-3, Trondheim

Pris: 3500,-

Påmelding og se program via denne linken:

<https://instpsyk.no/megan-virtue-psychoanalysis-the-body-mind-and-psychosomatics/>

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Norges mest komplette oversikt over ledige legejobber

Her finner du ledige stillinger i offentlig og privat sektor, i alle helseforetak og kommuner i Norge

Få varsling på e-post om nye, relevante jobber

legejobber.no

 Tidsskriftet

Bli med på klinisk anatomikurs

Skulder & Hofte: 1.-2. April 2022 || Rygg: 13.-14. Mai 2022

Godkjent med 15 valgfrie kurspoeng

www.legeforeningen.no/kurs/2021/12/34718#tab1 <https://www.uio.no/kliniskanatomi>



Vi arrangerer etterutdanningskurs i anatomi, med målsetting om å oppfriske og oppdatere klinisk relevant anatomi. Kurset vil være praktisk anlagt med demonstrasjon og ferdighetstrening på humane preparater, overflateanatomi og ultralyd på modeller, samt billed-diagnostikk.



UiO : Universitetet i Oslo

Seksjon for anatomi, Avdeling for molekylærmedisin, Institutt for medisinske basalfag
oleoy@medisin.uio.no

ANESTESIOLOGI/SMERTEBEHANDLING

Smerteklinikken

Dag A. Kaare. Spesialist i anestesilogi.
Dr.med. Morten Vinje. Spesialist i anestesilogi.
Kirkeveien 64 A, 0364 Oslo. Telefon 23 20 28 00. Telefaks 23 20 27 99.

INDREMEDISIN

Barstad, Johannes E./Barmed AS

A. Tidemandsgt. 20, 2000 Lillestrøm. Arbeids-EKG/24-timers BT/
spirometri/hjerterytmerregistrering mm. Generell indremedisin.
Timebestilling/Kort ventetid/**Tlf. 63 81 21 74**/e-mail: post@barmed.nhn.no
Tilknytning NHN. **Driftsavtale.**



SMERTE-MEDISINSK INSTITUTT

Multidisiplinær avtalehjemlet smerteklinikk
Anestesileger med kompetanseområde smertemedisin
Dr.Med. Tore Hind Fagerlund
Dr. Wenche Sabel
Psykiater: Prof. Lars Tanum
Psykolog: Dr.Psychol Gunnar Rosen
Fysioterapeut: Sara Maria Allen
Adr. Sørkedalsveien 10 D, 0369 Oslo
Tlf. 23 33 42 50 – Mail adr. resepsjon@smi.nhn.no

AKTUELT I FORENINGEN

FRA PRESIDENTEN

Takk for all støtte og forståelse i blåreseptsaken



ANNE-KARIN RIME
PRESIDENT

Blåreseptsaken er uten tvil den saken som har preget Legeforeningen mest den siste tiden. Sjelden har våre medlemmer vært så enstemmig i en sak.

At alle leger kunne risikere å bli personlig bøtelagt for å gjøre en så komplisert og viktig jobb for myndighetene som foreskriving av blåresept er, satte sinnene i kok.

Regelverket er komplisert og endrer seg hele tiden. Oppgaven innebærer et stort innslag av medisinsk skjønn i vurderingen av om en pasient har rett til å få sine medisiner på blå resept eller om de må få det på hvit resept og betale alt selv. For det er det blåreseptordningen handler om – pasientenes rettigheter til å få nødvendige medisiner, uten å måtte ta hele kostnaden selv.

Som følge av den nye forskriften om personlige bøter, endte vi i den beklagelige situasjonen at vi i to dager måtte råde medlemmene til å holde forskrivning av blåresepter på et minimalt nivå. For oss er dette en prinsipiell sak, og vi var helt nødt til å sette foten ned. Dessverre ville et slikt råd kunne gå ut over enkeltpasienter. Derfor var det helt avgjørende for oss å ha god dialog med de største pasientorganisasjonene. De har gitt oss bred støtte.

At leger kan gjøres personlig ansvarlig og bøtelegges ved feil forskrivning, truer formålet med blåreseptordningen. Hvis ikke

Legeforeningen hadde tatt denne kampen nå, ville det på sikt blitt verre for både legene og pasientene. For lege-pasientforholdet bygger på tillit. Dette tillitsforholdet står i fare når det i praksis ikke lenger er rom for medisinsk skjønn i vurderingen av hvorvidt en pasient oppfyller vilkårene for blåresept.

Vi har også høstet bred politisk forståelse for at personlige bøter ikke er riktig vei å gå for å sikre riktig forvaltning av blåreseptordningen. Helseministeren har lovet å komme med forslag til en forskriftsendring og ut ifra høringen vurdere en lovendring. SV, Rødt og FrP har fremmet et representantforslag om at regjeringen må se på loven på nytt, og eventuelt komme tilbake til Stortinget med et nytt lovforslag. Legeforeningen vil fortsatt være tett på saken. Vårt mål er lovendring. Gebyrordningen må oppheves og reglene må fjernes.

Til slutt må jeg si takk for all støtte og forståelse i en viktig og krevende sak. Både til legene som måtte gi pasientene en hvit resept – og ikke minst til de pasientene som fikk en hvit resept, men som likevel viste forståelse for dette. Tusen takk skal dere ha. I denne saken gir vi oss ikke.

Fastlege Cathrine Abrahamsen savnet et samtaleverktøy i klinisk praksis. Det har hun gjort noe med.

Et nytt samtaleverktøy skal hjelpe legene til å snakke bedre med pasientene

Cathrine Abrahamsen er fastlege på Nøtterøy legekantor. Med mann, fire barn og hund i tillegg til en travel jobb, blir dagene hektiske. Hun følte derfor at hun trengte mer struktur i arbeidsdagen sin. Slik dukket ideen om å finne et effektivt samtaleverktøy opp.

– Jeg har alltid vært interessert i kommunikasjon. Barna mine sier at jeg har folk som hobby, og det er veldig sant. Jeg er opptatt av mennesker og historiene deres. Jeg liker å snakke med pasientene mine, men har savnet et strukturert og systematisk verktøy for dette. Vi har oppslagsverk for mye i fastlegeyrket, men ikke når det gjelder samtalen som er noe av det viktigste i pasientmøtet, understreker hun og legger til:

– Det ønsket jeg å gjøre noe med. Med god struktur er det lettere å få hverdagen til å gå rundt både privat og i fastlegejobben.

Basert på kognitiv terapi

Cathrine Abrahamsen tok et kurs i kognitiv terapi i regi av Legeforeningen og Norsk Forening for Kognitiv Terapi i 2015. Der lærte hun mye.

– Dette kurset ble litt før og etter for meg både på jobben og privat. Jeg videreutviklet det kognitive arbeidsverktøyet til en konkret samtaleoppskrift på to sider; en kortversjon av kognitiv terapi. Samtaleverktøyet er kon-

kret og nedskrevet fra «velkommen» til «takkk for i dag». Enkeltelementene i samtaleverktøyet er fra før validerte og kunnskapsbasert. Jeg har forenklet og tilpasset dem vår fastlegehverdag, sier hun.

Grunnteknikken er sokratisk utspørring med åpne spørsmål, i stedet for å gi råd. Det ender opp med en liste over pasientens problemer, og en aktivitetsplan for å løse disse. Begge deler er formulert av pasienten selv, noe Cathrine Abrahamsen mener er en nøkkelfaktor.

– Dette er et verktøy jeg bruker hver eneste dag til alle typer pasienter. Det er mest nyttig der pasienten ikke har en sikker diagnose. Da gjelder det å komme forbi symptomene for så å se hva som likevel er mulig.

Hun fortsetter:

– Jeg ble så entusiastisk da dette fungerte så bra for meg, at jeg tenkte at dette også kunne fungere for andre. Jeg er opptatt av at pasientene skal bli tatt imot på en skikkelig måte. Det å ha et samtaleverktøy legen mestrer kan gjøre at du blir en mindre sliten fastlege, det har i hvert fall jeg erfart.

Testet av fastleger

Etter tilbakemeldinger fra kollegaer og studenter som syntes verktøyet var viktig og nyttig, ble det forskning. Åtte fastleger fikk opplæring i verktøyet som samlet ble

brukt i deres egen praksis på 49 pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS). Dette er pasienter som har mye plager, men ingen sikker diagnose. De trenger likevel behandling.

– Fastlegene strever ofte med å gi disse pasientene behandling. Å bli henvist til psykolog eller psykiater er noe mange ikke ønsker fordi de ikke ser på plagene som psykisk betinget. Når jeg spør om de er villige til å være med på å bruke samtaleverktøyet, så kommer vi litt forbi det allikevel. Det erfarte også de åtte legene som var med i studien. Jeg tror fastlegen har en unik mulighet til å hjelpe disse pasientene, påpeker Abrahamsen.

– Jeg opplever at pasientene setter pris på at det er en struktur i samtalen. Jeg er opptatt av pasientmestring. Som ledd i det har jeg forsøkt å hjelpe folk til å stå i jobb når det er mulig. Særlig gjelder det pasienter med MUPS som ofte faller ut av arbeidslivet. I mange tilfeller er det mulig å finne løsninger ved at de selv kommer frem til hva som er bra for dem.

Abrahamsen har vært gruppeveileder for ALIS-leger i fire år og har undervist dem i samtaleverktøyet. I tillegg har hun holdt diverse foredrag om temaet, samt undervist i kognitiv terapi for medisinstudenter i Oslo før de skal ut i praksis.



ENGASJERT: Fastlege Cathrine Abrahamsen brenner for den gode samtalen med pasientene sine. Foto: Kirvil Håberg / Tønsbergs Blad

Forsker på samtaleverktøyet

Høsten 2021 fikk hun tildelt forskningsmidler fra Allmennmedisinsk forskningsfond.

– Det hele var egentlig litt tilfeldig. Det var mine veiledere Erik Werner og Morten Lindbæk, begge professorer ved Institutt for allmennmedisin ved UiO, og psykologiprofessor Silje Reme, som mente dette var spennende og måtte forskes mer på. Vi går nå videre med en større studie, ICIT-studien, som fullt ut heter *Individual Challenge Inventory Tool – to help patients accomplish a level of self-care*.

Målet er at fastleger kan ha nytte av samtaleverktøyet, kanskje særlig de som ikke har noe erfaring med kognitiv terapi fra før, og som har lyst til å lære seg strukturert kommunikasjon basert på dette, forteller Abrahamsen.

– Vi arrangerer to kurs, i mars og mai, og skal gjøre en randomisert kontrollert studie ut fra det. Nå er det samlet 93 påmeldte fastleger til kursene. Det er leger i alle aldre fra nord til sør, mange erfarne spesialister, men flest leger i spesialisering.

Samtaleverktøyet inneholder også tips til journalføring. Slik at når metoden benyttes så er journalføringen ferdig når pasienten går ut av døren.

Tar vare på den unge pasienten

Cathrine Abrahamsen er spesielt opptatt av den unge pasienten. Hun liker å jobbe med ungdommer fordi de er så endringsvillige, skjønner ting fort og ikke er så fastlåste som mange av oss voksne kan være.

– Fastlegen må være på vakt når det gjelder ungdommene. Ofte har de en bekymring som ligger bak somatiske presentasjonsformer når de kommer til en konsultasjon. Vi må derfor bruke tid, lytte på en helt annen måte enn når det gjelder voksne, og bekrefte ungdommenes plager. Med ungdom har fastlegen virkelig en mulighet til å utøve forebyggende arbeid, sier Abrahamsen.

Cathrine Abrahamsen skal snart undervise på grunnkurs C om ungdomsmedisin. Tittelen på foredraget er: «Det er for mye – jeg klarer ikke alt». Fokus er ungdom som pasient på fastlegekontoret.

I tillegg til fastlegejobb og forskning er Cathrine Abrahamsen fast spaltist i Tønsbergs Blad. Her belyser hun helsestoff for ungdom. Kviser, kropp, psykisk helse, kjønnssykdommer og prevensjon er bare noen av de mange temaene som blir tatt opp i spalten.

– Terskelen for å komme til fastlegekontoret kan være høy for en ungdom. De er opptatt av taushetsplikt – kan jeg stole på legen? Å trygge dem på det er viktig. Uten unntak spør jeg alle ungdommer som kommer til meg: «Er det noe mer du har lyst til å spørre om når du først er her?»

LISBET T. KONGSVIK

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

– Dette er tre viktige områder, som favner hele organisasjonen og det medlemmene er opptatt av, understreker president Anne-Karin Rime.

Vil satse på sykehus, fastlegeordningen og utdanning gjennom hele legelivet

Hvert sentralstyre i Legeforeningen starter sine perioder ved å definere sine satsingsområder.

President Anne-Karin Rime er glad for at sentralstyret har landet på følgende satsingsområder: Sykehus med rom for god pasientbehandling og godt arbeidsmiljø, beholde fastlegeordningen for å sikre gode og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen og læring og kompetanse hele legelivet.

– Dette er tre viktige områder, som favner hele organisasjonen og det medlemmene er opptatt av. Med disse satsingsområdene legger vi godt til rette for at Legeforeningen kan drive viktig, politisk påvirkningsarbeid sier hun.

Sykehussatsing

Befolkningen blir eldre, nye behandlingsmetoder innføres og behovet for tjenester øker. Til tross for dette bygges nye sykehus med lav kapasitet og liten mulighet for fleksibilitet. Eksisterende sykehusbygg har store etterslep, både når det kommer til vedlikehold og investeringer. I sum har dette konsekvenser for pasientsikkerhet, pasientflyt og arbeidsmiljøet ved sykehusene.

– Gang på gang blir sykehus underdimensjonerte. Sykehusbygg har utarbeidet en modell for å beregne fremtidig aktivitet og dermed fremtidig kapasitetsbehov i sykehus. Modellen er basert på høyst usikre premisser, som for eksempel stor grad av

oppgaveoverføring til kommunene. Konsekvensene er at fremtidig behov og kapasitetsvurderinger underestimeres, sier Geir Arne Sunde, leder av Overlegeforeningen og sentralstyremedlem.

Ikke bærekraftig

Han får støtte fra sentralstyremedlem og leder av Yngre legers forening, Kristin Utne.

– Erfaringer fra blant annet Kalnes, viser at dersom føringene og rammene som legges til grunn for byggeprosjektet ikke samsvarer med det reelle behovet for areal, vil resultatet bli et underdimensjonert sykehus med krevende arbeidsforhold, påpeker hun og legger til:

– Samtidig stilles det høye krav til sykehusenes evne til effektivisering og gevinstrealisering. Dette er ikke bærekraftig.

Dagens finansieringssystem gjør at foretakene må stille med en betydelig egenandel for å kunne søke om lån fra staten. Denne egenkapitalen må i hovedsak fremskaffes ved å drive pasientbehandling med overskudd. Når helseforetakene ikke klarer dette, blir byggeprosjektene nedskalert underveis i planleggingsprosessen.

For å unngå flere underdimensjonerte sykehus, som går på bekostning av pasientsikkerheten og fører til uegnede arbeidsforhold, vil Legeforeningen satse på tre hovedområder innenfor dette satsingsområdet: Styrke foreningens og de tillitsvalgte kompetanse og medvirkning i byggeprosesser,

påvirke premissene for utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter, og jobbe for en ny finansieringsmodell for sykehusbygg.

Fastlegeordningen må bevares

Da den forrige regjeringen la fram handlingsplanen for allmennlegetjenesten i mai 2020, var Legeforeningens budskap at tiltakene i planen var gode, men at den økonomiske rammen var altfor liten til at de ville få effekt.

– Halvannet år etter må vi dessverre konstatere at vi fikk rett – krisen i fastlegeordningen er større enn noensinne. Store rekrutteringsutfordringer har bredt seg til hele landet. 84 prosent av landets kommuner sier de har problemer med å rekruttere fastleger. Tall fra starten av 2022 viser at 145 000 pasienter står uten fastlege. Dette antallet har snart tredoblet seg, bare siden 2019, sier Nils Kristian Klev, leder i Allmennlegeforeningen.

Fastlegeordningen sikrer lik tilgang til gode helsetjenester for hele befolkningen. Den sikrer kontinuitet, koordinering, samhandling, best pasientbehandling, best faglig innhold og best forvaltning av ressursene. En fastlegeordning med et personlig listansvar, næringsdrift som hovedmodell og folketrygdfinansiering har vist seg å være den beste måten å organisere allmennlegetjenesten på.



LEGEFORENINGENS SENTRALSTYRE: Fra venstre: Geir Arne Sunde, Kristin Hovland, Ole Johan Bakke, Kristin Utne, Ståle Clementsen, Anne-Karin Rime (president), Marit Karlsen, Ingeborg Henriksen og Nils Kristian Klev (visepresident). Foto: Legeforeningen.

Trenger økonomisk redningspakke

Kunnskapen om hva som skal til er godt kjent – og det er å ta for seg den underliggende årsaken til krisen: Underfinansieringen. Uten å gjøre noe med dette, vil ikke tiltak og justeringer for å rekruttere og beholde ha stor nok effekt.

Fastlegeordningen utnytter ressursene på en svært effektiv måte. Årlig gjennomføres det omtrent 15 millioner konsultasjoner i ordningen. En godt fungerende allmennlegetjeneste har stor effekt for befolkningens helsetjeneste – og for samfunnsøkonomien ved blant annet redusert bruk av spesialisthelsetjenester og legevakt.

– Vi jobber for å få den nye regjeringen til straks å iverksette en økonomisk redningspakke som kan stabilisere ordningen. Først når ordningen er stabilisert, kan den utvikles og moderniseres. Dette vil også innebære at fastlegenes totale arbeidsbelastning, inkludert legevakt, må ned. Politikerne må være villige til å investere for å hindre at erfarne fastleger slutter, og samtidig

rekruttere nye leger inn i ordningen, sier Klev.

Læring og kompetanse

Kvalitet i utdanningssystemene, og sikring av mulighetene for vedlikehold og videreutvikling av faglig kompetanse gjennom hele legelivet, er avgjørende forutsetninger for kvalitet, pasientsikkerhet og et tjenestetilbud på høyt internasjonalt nivå. I dag mangler det gode rammer for å sikre denne kompetansehevingen, som igjen er nødvendig for å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen.

– Spesialistutdanningen må sikres rammer og innhold som gjør at det blir en nasjonal utdanning og en reell kvalitetsreform, og som gir kvalitativt gode, helhetlige utdanningsløp for legene. Systemene for planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av etterutdanningsaktiviteter må videreutvikles og forankres gjennom dialog og samarbeid med Legeforeningen, arbeidsgivere og myndigheter. Det er nødvendig å etablere en kultur for livslang læring i helsetjenesten,

sier Ingeborg Henriksen, sentralstyremedlem og nestleder i Yngre legers forening.

Hun understreker at kvaliteten må sikres i alle deler av legelivet – både i spesialistutdanningen, LIS i kommunehelsetjenesten, etterutdanning og i arbeid med forskning.

– Legers bidrag i medisinsk forskning er helt avgjørende, og da trenger vi vilkår som gjør at forskning er en reell karrierevei også for leger, enten det er i hele eller delte stillinger. Oppdatert kunnskap er nødvendig for god og sikker pasientbehandling, kvalitet i utdanningsløpene og for fagutviklingen, avslutter Henriksen.

VILDE BAUGSTØ

vilde.baugsto@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

MARIA SKAGE EL-YOUSEF

info@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

DANIEL WÆRNES

daniel.waernes@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Sykehustalen 2022: Nødvendig tiltakspakke

Legeforeningen er fornøyd med at helseministeren gir sykehusene 1,5 milliarder i friske midler. – Tiltakspakken er helt nødvendig og må markere et taktskifte for å styrke kapasiteten i helsetjenesten, sier president Anne-Karin Rime.

Tirsdag 11. januar holdt helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol sin første sykehustale. Talen ble holdt på Universitetssykehuset i Nord-Norge hvor helseministeren presenterte sine mål og forventninger til sykehusene for 2022.

Kapasiteten på norske sykehus, og spesielt intensivavdelingene, har skapt store utfordringer gjennom hele pandemien. Kjerkol lanserte i talen en tiltakspakke på 1,5 milliarder kroner, for å sikre sykehusene økonomiske rammer til å håndtere den kritiske situasjonen i det kommende halvåret.

– Vi vil gjøre vårt for at dere i sykehusene skal greie å stå gjennom vinteren med pandemien. Med denne tiltakspakken forventer vi at sykehusene styrker kapasiteten på avdelinger med økt belastning. Her er behovet størst i intensivavdelinger og i psykisk helsevern, sa hun.

De friske midlene skal dekke høyere kostnader som følge av økt beredskapsnivå og smitteverntiltak, i tillegg til økte kostnader til overtid og innleie på grunn av fravær og karantene blant de ansatte.

– Alvorlig og uholdbar situasjon

President Anne-Karin Rime ønsker tiltakspakken velkommen, men understreker at den alvorlige situasjonen i sykehusene har vært uholdbar over tid. Når den nye normen er pågående smitte, må sykehusene rustes til å håndtere dette på en måte som ikke rammer alle andre helsetilbud.

– I den siste tiden har vi igjen havnet i en situasjon der sykehusene må ta ned planlagt aktivitet for å behandle akutt syke. Kostnaden av dette for den enkelte og samfunnet er betydelig. En antatt stabil sykdom risikerer å bli forverret i påvente av behandling. For noen blir utfallet fatalt. Samfunnet taper på en «normalsituasjon» der vi ikke kan tilby pasientene den helsehjelpen de trenger.

– Tilleggsbevilgninger til sykehusene er helt nødvendig for at helsetjenesten skal



HELT NØDVENDIG: – Tilleggsbevilgninger til sykehusene er helt nødvendig for at helsetjenesten skal takle situasjonen vi nå står i, sier Anne-Karin Rime. Foto: Legeforeningen / Thomas B. Eckhoff

take situasjonen vi nå står i. Intensivkapasiteten i sykehussektoren må økes, og sykehusene må rustes til å takle kriser. Sykehusene er både underfinansiert og underdimensjonert. 1,5 milliarder mer til sykehusene må markere et taktskifte i bevilgningene til helse. Alle er enige om at kapasiteten i helsetjenesten er altfor lav, selv i en normalsituasjon, sier Rime.

«Kapasiteten i helsetjenesten er altfor lav, selv i en normalsituasjon»

ANNE-KARIN RIME,
PRESIDENT I LEGEFORENINGEN

Viderefører ikke «den gylne regel»

Helseministeren trakk frem at regjeringen har høye ambisjoner for behandlingstilbudet innen psykisk helsevern og rus. Regjeringen vil ikke videreføre «den gylne regel», men er i gang med å utarbeide en opptrappingsplan for psykisk helse og en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet.

Legeforeningen vil følge dette arbeidet tett og jobbe for å sikre at disse pasientene får et bedre tjenestetilbud. Likevel gir mangelen på psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere stor grunn til bekymring.

– Psykisk sykdom er en av de store helseutfordringene i Norge. Det er i dag stor mangel på psykiatere i psykisk helsevern, og jeg hadde forventet at helseministeren adresserte denne alvorlige situasjonen. Legeforeningens legebarometer viste at 85 prosent av sykehusene meldte om utfordringer med å rekruttere psykiatere i løpet av det siste året. For å utrede og behandle psykisk sykdom kreves det tilstrekkelig legedekning, så her må regjeringen på banen, sier Rime.

Fritt behandlingsvalg avvikes

Helseministeren varslet at regjeringen vil utvikle godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg fra 2023. Hun opplyste også om at de beholder retten til å velge behandling blant de offentlige sykehusene og behandlingssteder som har avtale med de regionale helseforetakene.

– Når regjeringen vil utvikle fritt behandlingsvalg, forventer vi at midlene som frigis blir overført til de offentlige sykehusene, og at pasientene får et mer likeverdig tilbud med gode behandlingsalternativer, avslutter Anne-Karin Rime.

TOR MARTIN NILSEN

tor.martin.nilsen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Arrangerte webinar om sammenhengen mellom oppvekstvilkår og helse

25. januar arrangerte Legeforeningen webinar «Hva er sammenhengen mellom oppvekstvilkår og helse?». Det kan ses i sin helhet på Legeforeningens Facebook-side.

På webinarer deltok leger og forskere som jobber med spørsmål om sammenhengen mellom belastninger i oppveksten og uheld i voksen alder.

I 2021 vedtok Legeforeningens faglandsråd en resolusjon om sosial ulikhet i helse, der målet er å nå ut til hver enkelt lege med informasjon om hva man som enkeltperson kan gjøre for å redusere ulikhetene. Webinarer var en del av oppfølgingen av resolusjonen.

Ståle Sagabråten, leder av Legeforeningens fagstyre, ønsket velkommen og orienterte om fagstyrets rolle og arbeidet med resolusjonen.

– Det er snakket og skrevet mye om at dårlig økonomi, kort utdanning og sosiale forhold påvirker fremtidig helse. De fleste faktorene som kan bidra til å rette opp disse forskjellene foregår utenfor helsetjenesten, gjennom politiske vedtak, men vi som jobber i helsetjenesten kan forsøke å komme med våre bidrag til hva vi kan gjøre for å jevne ut forskjellene, sa Sagabråten.

Kronisk sykdom

Deretter ble allmennlege og forsker Linn Getz introdusert. Hun snakket om livserfaringer og sosial ulikhet i helse og viste blant annet til en artikkel fra The Lancet i 2012.

– Studien er gjort i Skottland med 1,7 millioner mennesker inkludert. Her ser vi at tidlig kronisk sykdom er dobbelt så hyppig blant de minst ressurssterke, poengterte Getz.

Etter Getz holdt spesialist i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, Trude Fixdal, et innlegg, der hun stilte spørsmålet «blir alle friske om alle gjør de rette tingene alltid?». Deretter snakket forsker Warsame



WEBINARDELTAKERE: Fra høyre: Warsame Ali, Ståle Sagabråten og Linn Getz. Foto: Privat/NTNU.

Abdullahi Ali ved FHI om forskjeller og ulikheter i psykisk helse hos etnisk norsk ungdom og ungdom med innvandrerbakgrunn.

Fastlegene er viktig

Deretter var det duket for panelsamtale med innleiderne, Marte Kvittum Tangen, leder i Norsk forening for allmennmedisin, Ståle Sagabråten og Younas Mohammad-Roe, leder for barnevernvakten i Oslo. Moderator var psykiater Anne Kristine Bergem.

Under panelsamtalen understreket Marte Kvittum Tangen at de som fastleger er nødt til å gi mest til de som trenger det mest.

– Fastlegen kan være gode på dette, hvis vi har tid nok og kjenner pasienten over tid. Her er en sterk offentlig helsetjeneste viktig.

Trude Fixdal understreket at det er viktig å starte forebyggende arbeid så tidlig som mulig, mens Warsame Abdullahi Ali påpekte at behandlere ikke måtte være engstelige for å stille spørsmål til mennesker med annen kulturell bakgrunn, av frykt for å si noe støtende.

– Å ha en individsentrert tilnærming til en pasient er viktigere enn å kunne mye om personens bakgrunn, sa Ali.

Webinarer kan ses i helhet på Legeforeningens Facebook-side.

VILDE BAUGSTØ

vilde.baugsto@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

SENTRALSTYRET 2021–2023

President Anne-Karin Rime
Visepresident Nils Kristian Klev
Kristin Kornelia Utne
Ole Johan Bakke
Marit Karlsen
Ståle Clemetsen
Kristin Hovland
Ingeborg Henriksen
Geir Arne Sunde

SEKRETARIATSLEDELSEN

Generalsekretær Siri Skumlien
Samfunnspolitisk avdeling,
avdelingsdirektør Jorunn Fryjordet
Jus og arbeidsliv, avdelingsdirektør
Lars Duvaland
Medisinsk fagavdeling, avdelings-
direktør Kari Jussie Lønning
Økonomi- og administrasjons-
avdelingen, avdelingsdirektør
Erling Bakken

POSTADRESSE

Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

BESØKSADRESSE

Christiania Torv 5
Telefon: 23 10 90 00

Oversikt over sentralstyrets
e-postadresser, se
legeforeningen.no/sentralstyret
Ansattes e-postadresser finnes på
legeforeningen.no/kontakt

Faglige medarbeidere

Tidsskriftets faglige medarbeidere representerer ulike medisinske spesialiteter og fagområder. De benyttes ved behov for medisinske råd, kommentarer og vurderinger, blant annet ved fagfellevurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på www.tidsskriftet.no

Andreassen, Ole A.
Aurlien, Dag
Austad, Joar
Bachmann, Ingeborg Margrethe
Backe, Bjørn
Bakken, Inger Johanne
Bartnes, Kristian
Berentsen, Sigbjørn A.
Berg, Tore Julsrud
Bergan, Stein
Berild, Dag
Berntsen, Erik Magnus
Berntsen, Gro Karine Rosvold
Birkeland, Kåre Inge
Bjørner, Trine
Bramness, Jørgen Gustav
Brantsæter, Arne Broch
Bratlid, Dag
Brattebø, Guttorm
Braut, Geir Sverre
Bretthauer, Michael
Brodal, Per Alf
Brustugun, Odd Terje
Braarud, Anne-Cathrine
Bøhmer, Ellen
Chaudhry, Farrukh Abbas
Christiansen, Rolf Espen Falk
Dale, Ola
Dietrichs, Espen
Døllner, Henrik
Ebbing, Cathrine
Ellingsen, Christian Lycke
Engelsen, Bernt
Eri, Lars-Magne
Eskild, Anne
Faiz, Kashif
Flottorp, Signe Agnes
Flægstad, Trond
Fredheim, Olav Magnus
Fretheim, Atle
Fønnebø, Magne Vinjar

Førde, Reidun
Gilbert, Mads
Gilhus, Nils Erik
Gisvold, Sven Erik
Gradmann, Christoph
Grimsrud, Tom Kristian
Grydeland, Thomas B.
Gulbrandsen, Pål
Gulseth, Hanne Løvdal
Hagve, Tor-Arne
Hannestad, Yngvild Skåtun
Hanoa, Rolf
Hansen, John-Bjarne
Hartmann, Anders
Hasle, Gunnar
Haug, Jon Birger
Haugen, Trine B.
Haugaa, Kristina H.
Helland, Åslaug
Hilt, Bjørn
Hjartåker, Anette
Hjelvesæth, Jøran Sture
Hofmann, Bjørn
Hokland, Bjørn M.
Holme, Øyvind
Holmøy, Trygve
Houge, Gunnar
Hunskår, Steinar
Husebekk, Anne
Høye, Anne
Høye, Sigurd
Høymork, Siv Cathrine
Haave, Per
Haaverstad, Rune
Ihle-Hansen, Hege
Iversen, Ole-Erik
Jacobsen, Geir Wenberg
Jakobsen, Jarl Åsbjørn
Jenum, Anne Karen
Johansen, Rune
Johansen, Truls E. Bjerklund

Juel, Niels Gunnar
Jørgensen, Anders Palmstrøm
Kerty, Emilia
Kiserud, Torvid Waldemar
Kran, Anne-Marte Bakken
Kristiansen, Ivar Sønbo
Krohg-Sørensen, Kirsten
Krohn, Jørgen Gitlesen
Kurz, Kathinka Dæhli
Kvestad, Ellen
König, Marton
Kørner, Hartwig
Lang, Astri M.
Larsen, Alf Inge
Larsen, Øivind
Lassen, Kristoffer
Lie, Anne Kveim
Lillebø, Kristine
Lærum, Ole Didrik
Løberg, Magnus
Madsen, Steinar
Mahesparan, Rupavathana
Manner, Ingjerd W.
Meisingset, Tore Wergeland
Meland, Eivind
Midelfart, Anna
Mørch, Kristine
Nakken, Karl Otto
Nakstad, Per Hjalmar
Nessa, John N.
Nestaas, Eirik
Nielsen, Rune
Nilsen, Kristian Bernhard
Nissen-Meyer, Lise Sofie H.
Nordbø, Svein Arne
Nordrehaug, Jan Erik
Nylenna, Magne
Olsen, Anne Olaug
Paulssen, Eyvind J.
Paus, Benedicte
Pihlstrøm, Lasse
Prescott, Trine
Pukstad, Brita Solveig
Raknes, Guttorm
Randsborg, Per-Henrik
Ranhoff, Anette Hylen
Reed, Wenche
Reikvam, Håkon
Reiso, Harald

Retterstøl, Kjetil
Risnes, Kari Ravndal
Risøe, Cecilie
Rogne, Tormod
Rosvold, Elin Olaug
Ræder, Johan C.
Rørtveit, Guri
Salvesen, Kjell Åsmund
Salvesen, Rolf
Samersaw-Lund, Miriam May Brit
Sandberg, Mårten
Simonsen, Gunnar Skov
Skjeldestad, Finn E.
Slagstad, Ketil
Slørdal, Lars Johan
Solberg, Steinar K.
Sorteberg, Angelica
Spigset, Olav
Staff, Annetine
Steinsvåg, Sverre K.
Stray-Pedersen, Asbjørg
Sundsfjord, Arnfinn S.
Søreide, Kjetil
Tanbo, Tom G.
Thommessen, Bente
Tjønnefjord, Geir E.
Tysnes, Ole-Bjørn
Uhlig, Tillmann Albrecht
Ulvstad, Elling
Valeur, Jørgen
Viste, Kristin
Vettrhus, Morten
Wallenius, Marianne
Wergeland, Ebba
Wiseth, Rune
Wold, Cecilie Bendiksen
Wyller, Torgeir Bruun
Zahl, Per-Henrik
Zeiner, Pål
Øiesvold, Terje
Øksengård, Anne Rita
Ørstavik, Kristin
Øymar, Knut
Aasen, Tor
Aasland, Olaf
Aasly, Jan
Aavitsland, Preben

TIDSSKRIFTETS FORMÅL

Legeforeningen utgir Tidsskrift for Den norske legeforening som medlemsblad og medisinskvitenskapelig tidsskrift. Tidsskriftet skal:

- › være et organ for medisinsk utdanning som stimulerer til faglig vedlikehold og fornyelse for legen som allmenn kliniker
- › stimulere til medisinsk forskning og fagutvikling
- › bidra til holdningsdanning hos legene
- › videreutvikle etiske og kulturelle idealer i den medisinske tradisjon
- › fremme den helsepolitiske debatt

© Tidsskrift for Den norske legeforening

Gjengivelse av artikler, tabeller og illustrasjoner krever som hovedregel skriftlig tillatelse fra forfatterne og redaksjonen, og med Tidsskrift for Den norske legeforening som kildeangivelse.

For alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1.1.2020 gjelder åpen tilgang-lisensen CC BY-ND 4.0. Artiklene vil være merket med denne lisensen. Bilder, illustrasjoner og andre elementer er også omfattet av lisensen dersom ikke annet er angitt i bildeteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

REDAKSJONEN

Sjefredaktør Are Brean
Assisterende sjefredaktør Ragnhild Ørstavik
Redaksjonssjef Cathrine Idsøe
Digitalsjef Einar Ryvarden
Markedssjef Ellen Bye Knutsen
Vitenskapelig redaktør Siri Lunde Strømme
Publiseringsredaktør Martine Rostadmo
Medisinske redaktører
Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus Groote, Mette Kalager, Sofie Paus, Tor Rosness, Øyvind Stople Sivertsen, Kari Tveito, Liv-Ellen Vangsnes, Elena V. Aandstad
Produksjonssjef Berit Seljebotn
Grafisk designer Henrik Hjorth Austad
Journalister Lisa Dahlbak Jacobsen, Caroline Ulvin Johansson
Manusredaktører
Marit Fjellhaug Been, Stig Rognes
Tekniske redaktører Julie Didriksen, Gunn Marit Seberg
Produksjonskonsulent
Siw Helen Myrvoll Grønland
Redaksjonskonsulent
Jorunn B. Kvarme
Markedskoordinatorer
Njål H. Anderssen, Tina Bjørnstad
Faste bidragsytere
Haakon B. Benestad, Kristoffer Brodwall, Jon Michael Gran, Ruth Halsne, Martin Hotvedt, Rita Gamlem Kristiansen, Lise Skogstad Loftsgaard, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Kåre Moen, Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Melanie Rae Simpson, Rune Skogheim, Eva Skovlund, Amanda Hylland Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth, Mats Julius Stensrud, Christina Svanstrøm, Elisabeth Swensen, Magne Thoresen, Kari Toverud, Marit Tveito
Redaksjonskomité
Jeanette Bjørke, Mette Brekke (leder), Cathrine Ebbing, Ane Brandtzæg Næss, Per Henrik Randsborg, Marte Syvertsen, Torben Wisborg

KONTAKT

Besøksadresse
Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Sentralbord: 23 10 90 00
www.tidsskriftet.no

redaksjonen@tidsskriftet.no
annonser@tidsskriftet.no
oversettelse@tidsskriftet.no
stetoskopet@tidsskriftet.no

Utgiver
Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Opplag 31 700
Antall utgivelser 18 numre per år
ISSN 0029-2001

Grafisk produksjon 07 Media

I NESTE NUMMER

Nakkekirurgi

Stressfraktur i calcaneus

Aluminiumsgranulom

Tall er ikke nøytrale

*Organdonasjon
etter sirkulatorisk død*



REDAKTØRANSVAR

Tidsskriftet redigeres etter redaktørplakaten, og alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Den norske legeforenings offisielle synspunkter med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Tidsskriftet er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publication-ethics.org. Vi følger retningslinjene derfra og fra Vancouver-gruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet er medlem av Den Norske Fagpresses Forening (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).





Divisun[®]

kolekalsiferol

Fleksibel dosering med 3 ulike styrker for forebygging eller behandling av D₃-vitaminmangel

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Kontraindisert ved sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi eller hyperkalsiuri.
- Kontraindisert ved nefrolitiasis, nefrokalsinose og hypervitaminose D.
- Nedsatt nyrefunksjon: Skal ikke brukes ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon. Effekt på kalsium-og fosfatnivået bør kontrolleres.
- Bør forskrives med forsiktighet ved sarkoidose og bør kontrolleres mht kalsiuminnhold i serum og urin.
- Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum kontrolleres og nyrefunksjonen kontrolleres ved målinger i serumkreatinin. Spesielt viktig hos eldre som bruker hjerteglykosider eller diuretika, og de med stor tendens til caculusdannelse.
- Divisun inneholder isomalt, sukrose og natrium.

Divisun (kolekalsiferol) 20µg, 50µg eller 100µg

- En gang daglig. Pasienters individuelle behov avgjør hvilken styrke som velges.
- Dosen skal justeres avhengig av ønskede serumnivåer av 25-hydroksykolokalsiferol (25(OH)D), sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens respons på behandlingen.
- Dagsdosen bør ikke overskride 100µg (4000 IE). Divisun 100µg, med delestrek for lettere å kunne svelges. Kan tas med eller uten mat, kan svelges hele eller knuses ved behov.
- Divisun er på hvit resept.

Oppbevaring: Maks 30°C, i originalpakningen for å beskytte mot lys og fuktighet.

Pakninger og priser: Alle styrker inneholder 90 tabletter i blisterpakning. 20µg: kr 170,- 50µg og 100µg: kr 444,90.

Ytterligere informasjon preparatomtalen, SPC:

- Divisun 2000IE og 4000IE SPC (26.03.2021)
- Divisun 800IE SPC (25.01.2021)

Viatris AS

Hagaløkkveien 26, PB 194, 1371 Asker, Norway
infororge@viatris.com – www.D-vitaminmangel.no

