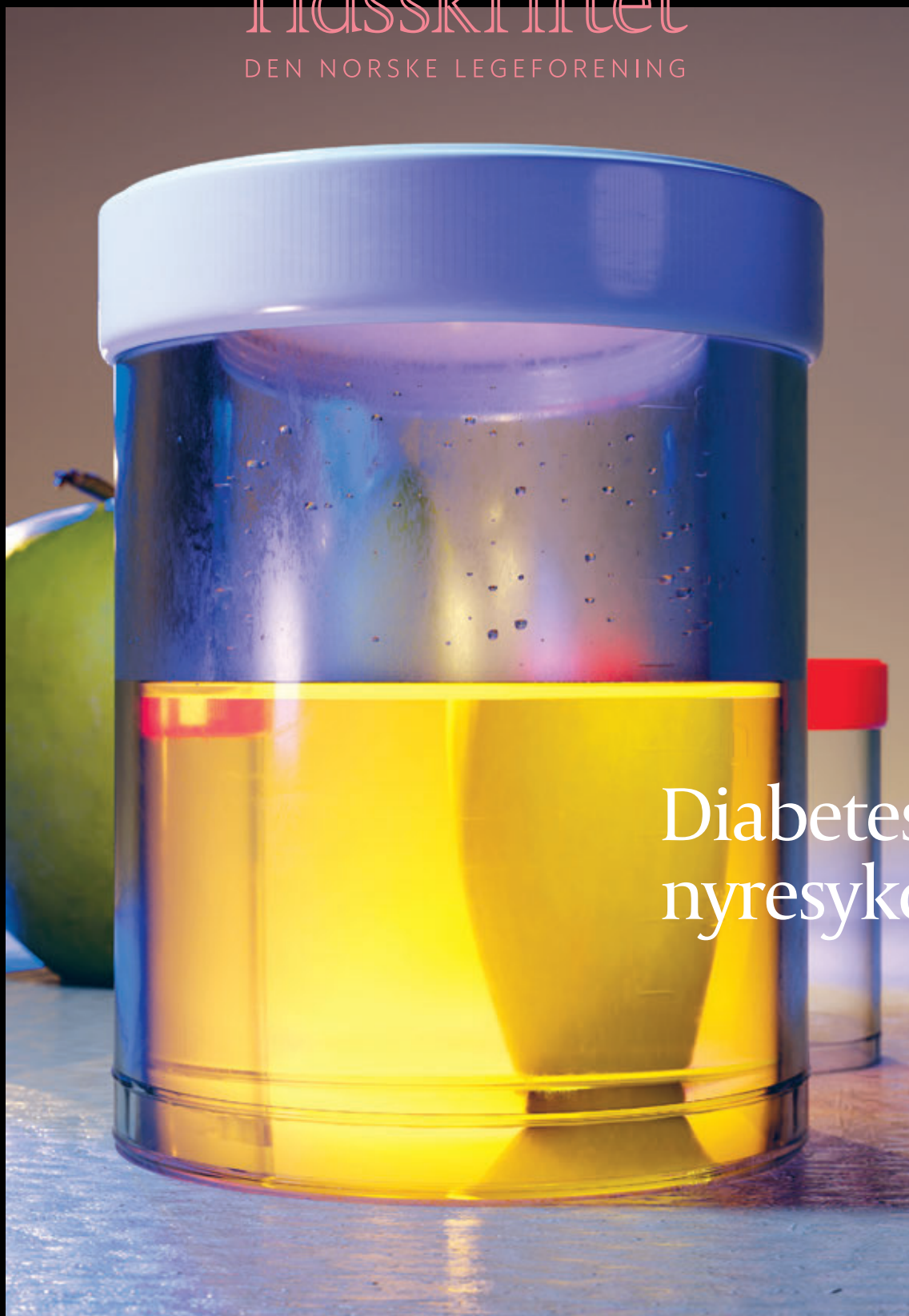




Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING



Diabetes og nyresykdom

Hvordan forebygge og påvise
nyresykdom ved diabetes

SIDE 1058

Tilbake til start for
kommuneoverlegene

SIDE 1048

Arbeidstid og arbeidsmiljø
for leger skal være forsvarlig

SIDE 1038, 1073

legejobber.no

- Norges mest komplette stillingsportal for leger
- 300–400 ledige stillinger utlyst til enhver tid

Legejobber

- Tilbyr også rekrutteringstjenester
- Utlyser sommervikariater
- Lagre din CV i Legejobber og gjør deg tilgjengelig for oppdrag

Legejobber



**Ta kontakt med våre rådgivere
når du skal finne din første jobb**

legejobber@tidsskriftet.no
Telefon: 417 01 070

Folkehelsekommers



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

Antallet syfilistilfeller i USA er nå på det høyeste på over 70 år. Bare fra 2020 til 2021 økte forekomsten med over 30 %. Det skyldes ikke bare et minimalt offentlig helsetilbud, men også akutt mangel på det billige og effektive legemidlet benzatinpenicillin. Benzatinpenicillin gis som en engangsbehandling intramuskulært. Problemet er at produsenten, Pfizer, ikke har greid å skalere opp produksjonen for å møte det økte behovet. Det vil de, ifølge selskapet selv, klare først tidligst i midten av 2024. Kritikerne påstår at selskapet nedprioriterer produksjonen for heller å lage dyrere medikamenter med høyere inntjening. Med et billig medikament som gis bare én gang per pasient, er inntjeningspotensialet over tid lite.

Det vurderes nå om syfilissituasjonen i USA skal oppgraderes til *Public Health Emergency*, slik covid-19-pandemien var det. Igjen blir man minnet på at folkehelse er for viktig til å overlates til markedskreftene.

LES I DETTE NUMMERET

Nyresykdom som følge av diabetes

Nyresykdom er en alvorlig komplikasjon til diabetes. Årsaken er ofte multifaktoriell, med hypertensjon og hyperglykemi som særlig viktig. Ved type 1-diabetes vil pasienten i varierende grad ha hyperglykemi i flere år og etter hvert utvikle albuminuri og hypertensjon. Ved type 2-diabetes har pasienten gjerne hatt risikofaktorer for diabetes, kardiovaskulær sykdom og nyresykdom i mange år før hyperglykemi påvises. Flere legemidler kan beskytte mot utvikling av diabetisk nefropati. Hvordan skal pasienter med diabetes følges opp for påvisning av nyresykdom?

SIDE 1058

Tilbake til start for kommuneoverlegene

Tidligere studier har vist at kommuneoverlegerollen ofte ble oppfattet som uklar og lite synlig. Dette endret seg under covid-19-pandemien, da kommuneoverlegenes samfunnsmedisinske kompetanse fikk stor betydning. I en ny kvalitativ studie rapporterer 12 kommuneoverleger i Innlandet en opplevelse av at «pandemieeffekten er over», og at de igjen må kjempe seg tilbake til viktige beslutningsarenaer. Kan en veileder for kommuneoverlegefunksjonen bidra til at deres samfunnsmedisinske kompetanse utnyttes på en bedre måte?

SIDE 1048

Legers arbeidstid og arbeidsmiljø

Mange leger jobber mer enn før. Dette fremgår av flere studier fra Legeforskningsinstituttet. Den selvrapporterte arbeidstiden per uke økte i perioden 2016–19 signifikant blant mannlige fastleger og legeledere i sykehus. Andelen leger som rapporterte mer enn 48 timers arbeidstid per uke, økte i begge gruppene.

Arbeidsmiljøloven og dens forskrifter pålegger alle arbeidsgivere å sørge for et forsvarlig arbeidsmiljø for sine arbeidstakere. Bestemmelsene gjelder også for leger, uavhengig av sentrale avtaler om arbeidstid mellom arbeidsgivere og legenes fagforening.

SIDE 1038, 1073

FORSIDE



Illustrasjon: Andreas Emil Lund

En av 1900-tallets store malere, Giorgio Morandi, satt mesteparten av sitt liv i en liten leilighet i Bologna og malte kopper og kar. I arbeidene hans ble dagligdagse ting transformert til skulpturelle objekter med en betydning som strakk seg ut over det realistiske.

Hva er betydningen av et glass med urin? For personer med diabetes representerer de en mulighet til å oppdage og forebygge komplikasjoner. Albuminuri kan være det første tegnet på nyresykdom, og albumin i urinen bør måles årlig hvis man har hatt type 1-diabetes i mer enn fem år, og fra diagnositidspunktet ved type 2-diabetes.

Forebygging av diabetisk nyresykdom krever tålmodig innsats. Men det gir resultater – slik Morandis nitidige studier gjorde det.

Bildet på forsiden er en digital illustrasjon laget av Andreas Emil Lund, som er illustratør og animator bosatt i Oslo. Flere av hans arbeider kan du se på Instagram (@andreas.e.lund).

Fra redaktøren

- 1017 Når virkeligheten spriker
Are Breen

Leder

- 1018 Kvalitativ forskning i medisin
Kåre Moen

DEBATT

Kommentarer

- 1020 PSA-testen må brukes smartere
Viktor Berge, Christian Beisland
Tilsvare: Truls Erik Bjerklund Johansen, Per-Henrik Zahl
- 1021 PSA screening
Knut E. A. Lundin
Tilsvare: Truls E. Bjerklund Johansen, Per-Henrik Zahl
- 1022 Elektrokonvulsiv terapi (ECT) ved Parkinsons sykdom
Per Bergsholm
Tilsvare: Espen Dietrichs og medarbeidere
- 1023 Kostnad og nytte ved penicillinmikstur til barn
Sigurd Høye
Tilsvare: Christian Magnus Thaulow, Claus Klingenberg
- 1025 Nordiske kostholdsrad bør defineres bedre
Tetyana Kalchenko
Tilsvare: Siv Hilde Berg

Debatt

- 1027 Statens forvirring om godkjenning av leger utdannet i Danmark kan ende i retten
Camilla Granerud Grindskar, Sigurd Elias Stette
- 1030 Leger bør jobbe for et lavere kjøttforbruk
Tetyana Kalchenko
- 1033 Forskjeller i mortalitet hos traumepasienter
Torben Wisborg, Trond Dehli, Torsten Eken, Guttorm Brattebø, Lars Gunnar Johnsen
- 1036 CT som primærdiagnostikk ved mistenkt hoftebrudd
Ida Kristine Liborg, Asbjørn Sorteberg, Anne Sofie Frøyshov Larsen, Jostein Gleditsch, Petter Morten Pettersen
- 1038 Arbeidsmiljøloven gjelder også for leger
Stine Skoglund Machiedo

Kronikk

- 1042 Seksuelle grensekrenkelser overfor pasienter – å tenke det utenkelige
Stine K. Tønsaker, Karsten Hytten

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

- 1046 Fotballspillere har høyere risiko for demens
1047 Spironolakton mot akne hos kvinner

Originalartikkel

- 1048 Rollen som kommuneoverlege etter pandemien – en kvalitativ studie
Per Ove Hagestuen, Eli Feiring

Kort rapport

- 1054 Behandling av spastisitet ved norske sykehus
Kristin Østlie, Jelena Simic, Tiina Rekand

Klinisk oversikt

- 1058 Diabetes og kronisk nyresykdom
Julian Eek Mariampillai, Lene Vernås Halvorsen, Anne Cecilie Larstorp, Sondre Heimark, Bård Waldum-Grevbo, Sverre Erik Kjeldsen, Gudmund Nordby, Aud-Eldrid Stenehjelm, Jens Petter Berg, Aud Høieggen

Noe å lære av

- 1063 Mann i 60-årene med akutte brystmerter
Helene Brenna Haakonsen, Jarle Jortveit, Fridtjof Heyerdahl

Kort kasuistikk

- 1066 Escitalopramassosiert rabdomyolyse
Kamilla Kvikstad Mathisen, Randolph Hardsen

MAGASIN

Intervju

- 1068 Livskunst og legemidler
Marit Tveito

Legelivet

- 1072 Lysninger i sykehuskogen
Jan-Henrik Opsahl

- 1073 Mange leger jobber mer enn før
Judith Rosta

Ett døgn med

- 1074 Hovne ledd og immundempende behandling
Marte Nordahl

Språkspalten

- 1076 Nevus, nævus eller naevus?
Ole Kristian Våge

Tidligere i Tidsskriftet

- 1078 Valurt
Julie Didriksen

Anmeldelser

- 1079 Bøker

Minneord

- 1081 Minneord

ANNONSER

- 1086 Legejobber
1091 Kurs og møter
Spesialister

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

- 1093 Leger har krav på et forsvarlig arbeidsmiljø
Anne-Karin Rime

Aktuelt

- 1094 Bli kjent med Legeforeningens nye sentralstyremedlemmer
1096 Psykiater med et psykoanalytisk blikk og interesse for seksualitet
1098 – Viktig med god sykehistorie, kliniske vurderinger og aktuelle utredninger
1099 Utlysning av doktorgradsstipender fra Allmennmedisinsk forskningsfond

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

TROMSØ KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 11. september

VESTRE VIKEN HF

Overlege, patologi

Frist 17. september

NORDLANDSSYKEHUSET HF

LIS, indremedisin

Frist 24. september

SØRLANDET SYKEHUS HF

Overlege, nevrologi

Frist 17. september

HELGELANDSSYKEHUSET HF

Overlege, indremedisin

Frist 10. september

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Overlege, barnesykdommer

Frist 10. september

HELSE FONNA HF

Overlege, psykiatri

Frist 10. september

DRAMMEN KOMMUNE

Fastlege

Frist 13. september

BETANIEN HOSPITAL

LIS, revmatologi

Frist 10. september

HELSE STAVANGER HF

Overlege, anestesilogi

Frist 10. september

Når virkeligheten spriker

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Når virkeligheten sett fra direktørkontorene ikke lenger stemmer med den sett fra sykehusgulvet og legekontoret, trues selve tilliten som holder helsevesenet sammen.

Arendalsuka i år var som vanlig rik på helsearrangementer og -møter. Særlig spent var jeg på Helse Midt-Norges møte om erfaringer fra innføringen av Helseplattformen (1). Fastleger og sykehusansatte fortviler over alle «skandaleprosjektets» feil og mangler (2). De økonomiske overskridelsene har vært enorme. Helsetilsynet har slått fast at systemet utgjør en pasientrisiko (3). Og Riksrevisjonen skal nå granske hele prosessen (2). Det var derfor med stor nysgjerrighet jeg møtte opp på det fullsatte møtet.

«Den smått surrealistiske seansen fører seg inn i et bilde av en stor og økende avstand i virkelighetsoppfattelse mellom de styrte og de styrende i helsevesenet»

Det ble en underlig opplevelse. Ikke én eneste av helsearbeiderne som faktisk bruker systemet, var representert på scenen. Det var derimot direktørsjiktet. Intet mindre enn fem direktører fra Helse Midt-Norge, Trondheim kommune og Helseplattformen, støttet av en entusiastisk pasientrepresentant fra det regionale brukerutvalget, fortalte i godt over en time om Helseplattformens fortreffeligheter, om stor brukervennlighet, mange sparte ressurser og bedret pasientsikkerhet. Til sist ble det så vidt tid til omtrentlige svar på to kritiske spørsmål fra salen – om tallmessig dokumentasjon for de påståtte fortreffelighetene og om behovet for medbestemmelse fra ansatte (4).

Den smått surrealistiske seansen fører seg inn i et bilde av en stor og økende avstand i virkelighetsoppfattelse mellom de styrte og de styrende i helsevesenet. Eksemplene er mange, bare fra de siste månedene. Den tidligere direktøren for Helseplattformen som mente at det var brukerfeil, ikke systemfeil, som var årsaken til at over 16 000 brev i Helseplattformen ikke kom frem til rett mottager, er ett eksempel (5). Administrerende direktør ved Sykehuset i Vestfold, som i kjølvannet av kampanjen #legermåleve fant det nødvendig å presisere at overtid over 200 timer er frivillig, og stilte seg spørsmålet om det er kollegene eller arbeidsgiver som utøver press

om overtid, er et annet (6). For legene på sykehusgulvet er spørsmålet teoretisk og irrelevant for den virkeligheten de møter. Vaktene må dekkes, og flere hundre timers overtid er et soleklart arbeidsgiveransvar.

Om vi går noe lenger tilbake, kan fagmiljøenes nærmest samstemte, men nytteløse, motstand mot nedbyggingen av Ullevål sykehus og byggingen av gigantsykehuset på Gaustad sees i samme lys. Det samme kan et fenomen som Helsetjenesteaksjonen, der «helsevesenets tradisjonelt stridende faggrupper – leger, sykepleiere, hjelpepleiere – samles på den ene siden og et ekspanderende sjikt av markedsstyrte ledelsesbyråkrater med bunnlinjen som høyeste verdi på den andre», for å låne Rune Slagstads ord (7). Det handler om en virkelighetsoppfatning som på avgjørende vis spriker mellom fagfolkene og deres øverste ledere.

Det viktigste problemet er hva dette gjør med den gjensidige tilliten mellom styrende og styrte. Tillit er limet i norsk arbeidsliv. I helsevesenet er tillit kritisk viktig. For at det offentlige helsevesenet skal fungere, må pasientene ha tillit til at helsearbeiderne har kompetanse, tid og ressurser nok til å gi god behandling og omsorg. Helsearbeiderne må på sin side ha tillit til at arbeidsgiver gir dem både tilstrekkelig medbestemmelse og faglig autonomi og at de legger til rette for et forsvarlig arbeidsmiljø. Denne tilliten er skjør. Forskning viser at sektorer med sterke profesjonsnormer og autonomi er særlig sårbare for at styring og kontroll skaper mistillit (8). Det er ikke minst viktig i et ressursmessig hardt presset helsevesen, også fordi tillit i arbeidslivet er positivt assosiert med egenrapportert produktivitet (9).

Problemet er mer enn bare teoretisk. Det norske Medbestemmelsesbarometeret 2020 som ble utført i ulike sektorer, viste at tilliten til leders faglighet og faglige forståelse var aller lavest blant ansatte i helse- og sosialtjenestene (9). Undersøkelsen viste også at helseforetak hadde lavest grad av medbestemmelse som styrings- og ledelsesform. Slike funn er bekymringsfulle, om vi skal klare å bevare et tillitsbasert og sterkt offentlig helsevesen.

Regjeringen har startet en tillitsreform i offentlig sektor (10). Foreløpig vet vi ikke hva dette vil bety for helsevesenet. Men de mange forskjellene i virkelighet sett fra sykehusgulvet og sett fra direktørkontorene tyder på at det haster.



ARE BREAN

are.breen@tidsskriftet.no

er sjefredaktør i Tidsskriftet. Han er ph.d. og spesialist i nevrologi.

Foto: Einar Nilsen

LITTERATUR

- 1 Helse Midt-Norge. Vi er til stede på Arendalsuka. Lest 20.8.2023.
- 2 Skjesol H. Problemene rundt skandaleprosjekt i Midt-Norge sliter ut ansatte. Nå slår sykehusledere alarm. Aftenposten 5.6.2023. Lest 20.8.2023.
- 3 Helsetilsynet. Rapport fra tilsyn ved St Olavs hospital etter innføring av helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Helsetilsynet 18.4.2023. Lest 20.8.2023.
- 4 Helse Midt-Norge RHF. En innbygger – én journal: Erfaringer og muligheter fra Midt-Norge. Sett 20.8.2023.
- 5 Thobroe G, Ørnhaug ER. Skylder på brukerne for at over 16.000 brev ikke kom frem. NRK.no 8.3.2023. 20.8.2023.
- 6 Wiig IK, Skomsøy CF. Han elsker å være lege. Men vil slutte om det ikke skjer endringer raskt. Aftenposten 15.8.2023. Lest 20.8.2023.
- 7 Slagstad R. Den nye helseadelen. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: doi: 10.4045/tidsskr.17.0400.
- 8 Kjekshus LE. Ledelse og styring i helsesektoren – en balansekunst mellom tillit og kontroll. Nordisk Administrativ Tidsskrift 2020; 97: doi: 10.7577/nat.4090.
- 9 Drange I, Falkum E, Wathne CT. Styring, ledelse og tillit. Medbestemmelsesbarometeret 2020. Arbeidsforskningsinstituttet AFI. Lest 20.8.2023.
- 10 Regjeringen. Tillitsreformen. Lest 20.8.2023.

Kvalitativ forskning i medisin

Det finnes knapt et forskningstema i medisin som kan klare seg uten god kvalitativ forskning og teoretisk velfundert kvalitativ analyse.

Tradisjonelt har kvantitative forskningstilnærminger stått sterkt i medisinen. Disse metodene har sin styrke i evnen til å måle og kvantifisere fenomener, teste hypoteser, generalisere i statistisk forstand og etablere statistiske assosiasjoner og årsakssammenhenger.

Kvalitativ forskning kan selvsagt ikke gjøre noe av dette. Men den kan brukes til en hel del annet som medisinen ikke kan klare seg uten. Selv i sin enkleste form kan kvalitative analyser føre til drastiske endringer i medisinen forståelse av sitt omland. Et kroneksempel er den lille tilfellestudien av homofile menn med *Pneumocystis carinii*-pneumoni som Gottlieb og medarbeidere publiserte i 1981 (1). Fem vel gjennomtenkte og effektivt sammenfattede pasienthistorier var det som skulle til for at medisinen erkjente at noe helt nytt kunne være på gang. Artikkelen førte til at arbeidet med å oppdage hiv startet, og det er knapt en overdrivelse å si at den bidro til å endre både medisinen og verden.

«Selv i sin enkleste form kan kvalitative analyser føre til drastiske endringer i medisinen forståelse av sitt omland»

Kvalitative forskningsmetoder er uvurderlige verktøy når oppgaven er å oppdage ting som ikke allerede er kjent eller erkjent. Der kvantitativ forskning i stor grad er avhengig av forhåndsdefinerte variabler og hypoteser, tillater kvalitative metoder fleksibilitet og åpne tilnærminger som gir muligheter til å frembringe nye ideer, forståelser, forslag og teorier.

Et nylig eksempel er Tvedt og medarbeideres oppdagelse av to hittil ubeskrevne effekter av alkohol hos pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi (2). Gjennom kvalitative intervjuer kom det frem erfaringer som tyder på at alkohol kan fungere både som appetittvekker og som smertestillende middel etter slik kirurgi. Hvis funnene bekreftes, kan forfatterne ha gitt et viktig bidrag til å forstå hvorfor fedmekirurgi er forbundet med økt risiko for alkoholbrukslidelser.

Et ganske annerledes eksempel er Gabbay og le Mays' etnografiske studie av hvordan allmennpraktikere arbeider for å treffe kliniske beslutninger (3). Et slående funn var at legene sjelden konsulterte forskningslitteratur eller kliniske retningslinjer. Arbeidet og beslutningene deres var i stor grad basert på en blanding av summarisk

lesning, samtaler med kolleger, pasienter og legemiddelrepresentanter, tidligere erfaringer og ting de husket fra legestudiet. I sin analyse foreslo forfatterne at leger ikke med rette kan sies å bruke retningslinjer (*guidelines*) og at det er mer treffende å si at de støtter seg på *mindlines* – en slags mentalt integrerte retningslinjer. Begrepet *mindlines* konstruerte de for å sammenfatte og formidle denne analysen. Det er et begrep som har vist seg å fungere effektivt som et «verktøy» å tenke med. Min erfaring er at de fleste umiddelbart kan bruke det til å reflektere over egne observasjoner og erfaringer. Artikkelen har ledet til hundrevis av senere arbeider som utforsker ulike aspekter av hva det vil si at leger støtte seg på *mindlines* snarere enn *guidelines* (4).

Å lage et nytt konsept er en form for teoretisering, som er den kvalitative forskningens viktigste måte å «generalisere» på. Teorier er «struktureerte fortolkninger eller modeller for å studere eller forstå et problem» og *mindlines* kan stå som eksempel på et vellykket teoretisk bidrag som gir nye perspektiver på et fenomen og nye måter å tenke og forstå på (5).

Teori spiller en viktig rolle for analyse av kvalitative data. I studien av alkoholbruk etter fedmekirurgi tolket forskerne funnene i lys av biomedisinsk teori – medisinske, fysiologiske og psykologiske forståelser av alkohol, rus og avhengighet – og oppdaget på den måten postoperative alkoholerfaringer som ikke var beskrevet tidligere (2). I *mindline*-studien analyserte forskerne funnene i lys av samfunnsvitenskapelige og filosofiske teorier om hva kunnskap er og hvordan den skapes og deles (3).

En viktig kritikk av en del kvalitative studier innen medisin og helsefag er mangel på eksplisitt analytisk bruk av sosial teori. Willis og medarbeidere beskriver artikler hvor fremstillingen stort sett består i lange intervjuer etterfulgt av en løst fundert diskusjon (5). En «fordel» med denne tilnærmingen er at forfatterne ikke trenger teoretisk innsikt eller opplæring. Samtidig kan de stå i fare for å bibringe svake (og i verste fall villedende) analyser.

Kvalitativ forskning ble utviklet innen samfunnsvitenskapene, og også i medisinsk sammenheng vil god kvalitativ forskning ofte være avhengig av at forskerne har tilgang til samfunnsvitenskapelig innsikt. Ikke alle kvalitative helseforskere må være samfunnsvitere, men på samme måte som forskergrupper som driver kvantitativ forskning vanligvis har støtte fra en statistiker, bør forskergrupper som driver kvalitativ forskning ha støtte fra en person med innsikt i sosial teori (5).

KÅRE MOEN

kare.moen@medisin.uio.no

er ph.d., lege, har mastergrad i folkehelse og i sosialantropologi og er førsteamanuensis ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia—Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1981; 30: 250–2.
- Tvedt H, Stokke R, Lid TG et al. Problematiske alkoholbruk etter fedmekirurgi – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0449.
- Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed «mindlines?» Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ 2004; 329: 1013.
- Wieringa S, Greenhalgh T. 10 years of mindlines: a systematic review and commentary. Implement Sci 2015; 10: 45.
- Willis K, Daly J, Kealy M et al. The essential role of social theory in qualitative public health research. Aust N Z J Public Health 2007; 31: 438–43.

DOKUMENTERT EFFEKT OG SIKKERHET OPP TIL 4 ÅR¹



DUPIXENT® (dupilumab) er indisert til behandling av moderat til alvorlig atopisk dermatitt hos voksne og ungdom ≥ 12 år som er aktuelle for systemisk behandling. Behandling av alvorlig atopisk dermatitt hos barn ≥ 6 –11 år, som er aktuelle for systemisk behandling.²

RASK OG LANGVARIG EFFEKT OPP TIL 4 ÅR¹⁻³

- » Vedvarende forbedring av kløe, EASI, og DLQI opp til 4 år, med rask innsettende effekt etter første dose¹⁻³

SIKKERHETSPROFIL

- » Sikkerhetsprofil undersøkt opp til 4 år hos voksne med atopisk eksem^{1,2}
- » Dupixent er godkjent til pasienter med alvorlig atopisk dermatitt fra 6 år²

ENKEL OPPSTART²

- » Krever ingen lab monitorering²
- » Valg mellom ferdigfylt sprøyte eller autoinjektor^{*2}

* 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.

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 helmintinfeksjon, systemisk overfølsomhet og/eller vedvarende konjunktivitt og keratitt. Pasienter bør rådes til å rapportere nyoppståtte eller forverrede øyesymptomer til helsepersonell.²

EASI: exema area and severity index, DLQI: Dermatology Life Quality Index

Referanser: 1. Beck LA, et al. Dupilumab Provides Acceptable Safety and Sustained Efficacy for up to 4 Years in an Open-Label Study of Adults with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis. Am J Clin Dermatol. 2022; 23: 393-408. 2. Dupixent preparatomtale kap 4.1-4.8 02.09.2022. 3. Dupixent preparatomtale kap. 5.1 02.09.22.

Dosering: Atopisk dermatitt: 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. **Interaksjoner: Vaksiner:** Inaktiverte eller ikke-levende vaksiner kan gis. Levende og levende svekkede vaksiner skal ikke gis samtidig med dupilumab. Før dupilumabbehandling anbefales det at pasienten revaksineres med levende og levende svekket immunisering iht. dagens retningslinjer for immunisering. **Bivirkninger: Vanlige:** Blod/lymfø: Eosinofili. **Generelle:** Reaksjon på injeksjonsstedet (inkl. erytem, ødem, kløe, smerter og hevelse). Infeksjoner: Konjunktivitt, oral herpes. Muskelskjelettsystemet: Artralgi. Øye: Konjunktivitt, inkl allergisk. **Mindre vanlige:** Immunsystemet: Angioødem. Øye: Blefaritt, keratitt, og tørre øyne. **Pakninger og priser: Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte:** 200 mg: 2×1.14 ml¹ (ferdigfylt sprøyte m/automatisk nålebeskyttelse) kr 15819,60. 300 mg: 2×2 ml¹ (ferdigfylt sprøyte m/automatisk nålebeskyttelse) kr 15819,60. **Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn:** 200 mg: 2×1.14 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 15819,60. 300 mg: 2×2 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 15819,60. **Refusjon: H-resept: D11A H05_1 Dupilumab.** Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonale faglige retningslinjer og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. **Vilkår:** (216). Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Se SPC/felleskatalogen for mer utfyllende informasjon. Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 02.09.2022. Se www.felleskatalogen.no for fullstendig preparatomtale.

PSA-testen må brukes smartere

Bjerklund Johansen og Zahl omtalte nylig i Tidsskriftet den britiske Protec-studien (1, 2), der tre metoder (kirurgi, strålebehandling og aktiv overvåkning (AO)) for behandling av prostatakrefte ble sammenlignet og der man etter 15 års oppfølging ikke fant statistisk signifikant forskjell i dødelighet mellom gruppene. Vi hadde gleden av å være tilstede da professor Hamdy startet sin presentasjon av studien med å si at den ikke gjelder pasienter diagnostisert med aggressiv høyrisiko prostatakrefte. Og dette er et viktig poeng: Protec-studien inkluderte primært pasienter med lavrisiko prostatakrefte samt ca. 30 % med intermediær risiko.

«Bjerklund Johansen og Zahl ønsker å innskrenke legers rett til å rekvirere PSA-tester. Vi tror at dagens testpraksis i stedet bør endres»

Mye er endret i håndteringen av prostatakrefte siden studien startet i 1999, og mange av lærdommene fra studien med hensyn til lav og intermediær risiko er allerede innarbeidet i dagens prostatakreftebehandling. Data fra Norsk prostatakrefteregister viser at aktiv overvåkning gjennomføres hos 80 % i lavrisikogruppen (3). Pasienter med intermediær risiko tilbys i økende grad også aktiv overvåkning (over 20 %).

Protec-studien er en unik studie der

den viktigste lærdommen er at pasienter må informeres om den gode prognosen ved prostatakrefte med intermediær risiko. Denne pasientgruppen har god tid på seg til å velge behandlingsmetode. Dette bør få konsekvenser for tidsfristene i Pakkeforløp for prostatakrefte. I dag er de unødvendig korte, noe som stresser både helsevesen og pasient. Vi trenger mer forskning for bedre å identifisere letal prostatakrefte slik at målrettet persontilpasset behandling kan starte så tidlig som mulig.

Bjerklund Johansen og Zahl ønsker å innskrenke legers rett til å rekvirere PSA-tester. Vi tror at dagens testpraksis i stedet bør endres. EU-kommisjonen foreslo i 2022 bruk av PSA som screeningverktøy i organiserte risikostratifiserte programmer. Sverige ruller for tiden ut organisert prostatakrefte-testing (4). En arbeidsgruppe i Norsk Urologisk Forening har vurdert om Norge burde gjøre det samme (5). Deres konklusjon er at det bør «etableres en nasjonal, tverrfaglig ekspertgruppe som vil jobbe for å frembringe mer kunnskap om kost-nytte av organisert prostatakrefte-testing i Norge, blant annet gjennom implementering av regionale pilot-prosjekter». Dette er et initiativ vi støtter og som vi tror kan redusere forbruket av PSA-tester i Norge.

VIKTOR BERGE

bergeviktor@gmail.com
er overlege og professor ved urologisk avdeling, OUS

CHRISTIAN BEISLAND

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR:

- 1 Bjerklund Johansen TE, Zahl PH. Er det bedre å ikke utføre PSA-test? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0248.
- 2 Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. N Engl J Med 2023; 388: 1547–58.
- 3 Haug ES, Myklebust TÅ, Juliebø-Jones P et al. Impact

of prebiopsy MRI on prostate cancer staging: Results from the Norwegian Prostate Cancer Registry. BJUI Compass 2023; 4: 331–8.

- 4 Alterbeck M, Järbur E, Thimansson E et al. Designing and Implementing a Population-based Organised Prostate Cancer Testing Programme. Eur Urol Focus 2022; 8: 1568–74.
- 5 Den norske legeforening. Organisert prostatakrefte-testing. Lest 26.6.2023.

T.E.B. JOHANSEN OG P.H. ZAHL SVARER

Det er uklart hva som er hensikten med Berge og Beislands (B&B) kommentar til vår leder, men det er klart at de forsøker å redusere ProtecTs betydning og at de argumenterer for PSA-screening.

B&B er ikke alene om ikke å kjenne ProtecT godt nok. Derfor valgte Hamdy å adressere misforståelser knyttet til studien (lysbilde 15) (1). Det er galt at studien først og fremst gjelder pasienter med lavrisiko prostatakrefte. Hamdy presiserte hvor stor andel av pasientene som hadde lokalavansert sykdom, at studien ikke stiller spørsmål ved behovet for aggressiv behandling av høyrisikosykdom, og at den aktive monitoreringen ikke var utdatert.

B&B bruker andelen menn under aktiv overvåkning i Norge som argument for screening. Årelang kontroll med gjentatte biopsier, MR- og CT-undersøkelser uten utsikt til en radikal behandling som gir helsegevinst, er en påkjenning for pasientene og en svær kostnad for helsevesenet. Slik blir den høye andelen pasienter i aktiv overvåkning snarere et argument mot enn for, PSA-screening. Det viktigste kriteriet for screening er at det finnes behandling som bedrer overlevelsen (2). ProtecT viser i likhet med andre studier at dette dessverre ikke finnes (3).

Utsagnet om at pasientene har god tid til å bestemme seg for eventuell radikal behandling, er avledet av at det ikke var forskjell i overlevelse mellom gruppene og kan ikke brukes som grunnlag for tidsfrister

i norske pakkeforløp. Den viktigste lærdommen av ProtecT er at PSA-testing ikke redder liv, men lager mye overdiagnostikk og overbehandling. Norske primærleger trenger klar veiledning om bruk av PSA. Vi mener det smarteste for menn uten genetisk disposisjon for prostatakreft, er å unnlate å ta PSA-test, slik mannlige urologer gjør for egen del.

Det er ikke troverdig at en norsk ekspertgruppe kan frembringe mer kunnskap om smart PSA-testing gjennom regionale pilotprosjekter, enn hva ProtecT lærer oss. Det er forskjell på risiko for å bli syk og risiko for å dø. De risikostratifiserte studiene er ikke randomisert og statistisk styrke avhenger av effektstørrelse og antall individer. Hvis man i en stratifisert analyse forventer signifikant effekt av behandlingen i en gruppe med høy risiko for sykdom, må man anta at de med lav risiko for sykdom har null eller negativ dødelighet. Det er urimelig.

B&B argumenterer for screening med å vise til en politisk beslutning i EU som ble fattet etter målrettet lobbyvirksomhet før langtidsresultatene av ProtecT forelå. Det er kritikkverdigg å unnlate å legge beste kunnskap til grunn for en anbefaling om screening, og det er urovekkende når dette gjøres av to representanter for Norsk kvalitetsregister for prostatakreft.

TRULS ERIK BJERKLUND JOHANSEN

tebj@uio.no

er professor emeritus og overlege.

PER-HENRIK ZAHL

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR:

- 1 Hamdy FC. The ProtecT trial: 15-year results. Webcast. Milano: EAU23, 2023 Lest 14.8.2023.
- 2 Wilson JMG, Jungner G. Principles and practices of screening for disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1968. Lest 27.7.2023
- 3 Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2023; 388: 1547–58.

PSA screening

Truls E. Bjerkelund Johansen og Per-Henrik Zahl omtaler den såkalt ProtecT studien i sin lederartikkel i Tidsskriftet nr 8, 2023 (1). Som en leder artikkel i Tidsskriftet forventes et høyt og balansert vitenskapelig nivå, samt en konklusjon basert på oppdaterte publikasjoner.

«Det man finner i nyere litteratur er nettopp at utbredt PSA screening førte til en nedgang i dødelig cancer»

ProtecT studien beskriver 15 års oppfølging av ca 1500 menn med lokalisert prostata cancer (2). Studien ble publisert i *New England Journal of Medicine*, og har medført en rekke leserbreve. Det overordnede funnet var at randomisering til aktiv behandling med kirurgi, til aktiv behandling med strålebehandling eller til aktiv overvåkning hadde samme utfall i form av dødelighet. Så langt er alt vel, men dette gjelder altså menn med påvist lokalisert cancer og sier ikke noe om nytten av screening på prostata spesifikt antigen i befolkningen for å fange opp det totale antallet med prostata cancer. Allikevel bruker forfatterne halvparten av sin lederartikkel til å diskutere en studie som ikke belyser det de bruker den andre halvparten til å diskutere.

Prostata cancer er den hyppigste kreftformen blant menn. Det er et stort behov for å detektere tidligere former for pasientene har fått spredning. Metastaserende prostata kreft er fortsatt en ikke-kurerbar sykdom.

Dette er direkte sammenlignbart med situasjonen ved brystkreft hos kvinner, og utviklingen av fagfeltet har flere likhetstrekk. Men dessverre hevdes det at håndtering av prostata cancer, inkludert fokal behandling, ligger ti-år bak utviklingen innen brystkreft behandling (3). Det er helt riktig at overdiagnostikk bør unngås, men det er uunngåelig at det skjer når man leter etter pasienter med høy risiko sykdom. Det ProtecT studien viser, er imidlertid at man som oftest har god tid til utredning, som så igjen vil gi pasient og kliniker i samråd grunnlag for informerte, velbegrunnede valg basert på tilgjengelig informasjon (4).

Bjerkelund Johansen og Zahl går så over til å diskutere aspekter rundt «dødelig prostatakreft». Det man finner i nyere litteratur er imidlertid nettopp at utbredt PSA screening førte til en nedgang i dødelig cancer, med derpå følgende økning etter at PSA screening ble frarådet av en rekke fagmiljøer (5). Så snarere enn å foreslå at PSA screening burde begrenses til rene urologiske avdelinger, viser hele problemstillingen behovet for ordnet, strukturert PSA screening fulgt av non-invasiv og invasiv diagnostikk og risiko-stratifisering som bare i en andel av tilfellene vil føre til radikal behandling.

KNUT E. A. LUNDIN

knut.lundin@medisin.uio.no

er professor og overlege

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR:

- 1 Johansen TEB, Zahl PH. Er det bedre å ikke utføre PSA-test? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0248.
- 2 Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2023; 388: 1547–58.
- 3 Labbate CV, Klotz L, Morrow M et al. Focal Therapy for Prostate Cancer: Evolutionary Parallels to Breast Cancer Treatment. *J Urol* 2023; 209: 49–57.
- 4 Pinsky PF, Parnes H. Screening for Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2023; 388: 1405–14.

- 5 Van Poppel H, Albrecht T, Basu P et al. Serum PSA-based early detection of prostate cancer in Europe and globally: past, present and future. *Nat Rev Urol* 2022; 19: 562–72.

T.E.B. JOHANSEN OG P.H. ZAHL SVARER

Beslutning om screening tas på grunnlag av kriterier utarbeidet av WHO. Hamdy og medarbeidere presenterte funn i ProtecT med betydning for disse kriteriene. Vi satt i vår lederartikkel resultatene inn i en faglig sammenheng.

Hensikten med screening er ikke å fange opp flest mulig kreftsvulster, men å fange opp dødelige svulster, gitt at de kan identifiseres i tidlig fase hvor behandlingen virker. Nyttens måles i form av reduksjon i dødelighet og ikke i form av antall pasienter. Det er for lett å si, slik Knut E.A. Lundin gjør, å hevde at overbehandling er uunngåelig uten å beskrive typen og forekomsten av komplikasjoner, bivirkninger og kostnader. PSA-screening medfører overdiagnostikk og overbehandling uten noen reduksjon i dødelighet. Mange pasienter får alvorlige komplikasjoner etter primær- og redningsbehandling, og dette antallet vokser betydelig ved PSA-screening. Vårt forslag om å begrense retten til å rekvirere PSA-test handler ikke om å reservere en rettighet for urologer. I dag er det uro-onkologer som behandler de fleste pasienter med lokal-avansert og metastatisk sykdom.

Internasjonale retningslinjer tar normalt ikke hensyn til oversiktsartikler som de Lundin referer til (1). Det er ikke riktig bruk av statistikk å måle effekten av et tiltak som antall døde dividert med antall diagnostiserte (letalitet) når man har feilkilder som overdiagnostikk og lead-time-bias. Effekten skal måles som antall døde per 100,000 menn (dødelighet), justert for alder. Dødeligheten synker nå i USA (2) og EU (3) samtidig med at overdiagnostikken er redusert. Dette viser at det er god helsepolitikk å redusere omfanget av PSA-screening.

Pasienter som vurderer å måle PSA må få muligheten til å avveie eventuelle fordeler mot ulemper. Leger må ikke bare informere om resultatene fra de beste sykehusene, men om hva som oppnås i lokale, norske sykehus. Begge kommentarene til vår leder er fra Oslo Universitetssykehus (OUS). En tidlig analyse av resultatene av fokal redningsbehandling ved OUS har i mange år informert europeiske retningslinjer, men

sykehuset har ikke villet offentliggjøre langtidsresultatene (4). For de som vil forbedre medisinsk praksis med fokal teknologi, er det smart å starte med å gjøre egne resultater kjent (5).

TRULS E. BJERKLUND JOHANSEN

tebj@uio.no

er professor emeritus og overlege

PER-HENRIK ZAHL

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR:

- 1 Van Poppel H, Albrecht T, Basu P et al. Serum PSA-based early detection of prostate cancer in Europe and globally: past, present and future. *Nat Rev Urol* 2022; 19: 562–72.
- 2 Jani C, Mouchati C, Abdallah N et al. Trends in prostate cancer mortality in the United States of America, by state and race, from 1999 to 2019: estimates from the centers for disease control WONDER database. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2022; 0: doi: 10.1038/s41391-022-00628-0.
- 3 Bertuccio P, Santucci C, Carioli G et al. Mortality Trends from Urologic Cancers in Europe over the Period 1980-2017 and a Projection to 2025. *Eur Urol Oncol* 2021; 4: 677–96.
- 4 Berge V, Baco E, Karlsen SJ. A prospective study of salvage high-intensity focused ultrasound for locally radiorecurrent prostate cancer: early results. *Scand J Urol Nephrol* 2010; 44: 223–7.
- 5 Johansen TB, Greene D, Breen D et al. red. *Handbook of Focal Therapy for Prostate and Renal Cancer*. London: JP Medical, 2016.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) ved Parkinsons sykdom

Dietrichs og medarbeidere nevner ikke ECT som alternativ under avansert behandling av motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom (1). Jeg kan heller ikke se at ECT er nevnt i terapianbefalingene som de viser til.

I 2015 skrev Kellner og Kellner at New England Journal of Medicine nylig hadde publisert et perspektiv på dyp hjernestimulering ved Parkinsons sykdom uten å nevne ECT (2). De påpekte at ECT er vist å ha effekt både på de motoriske kjernesymptomene og de hyppig ledsagende psykiatriske symptomene ved denne sykdommen. De mente

at ECT og dyp hjernestimulering burde testes for å avgjøre hvilken behandling som best øker pasientenes livskvalitet.

Effekt av ECT ved Parkinsons sykdom har vært rapportert fra 1950-tallet. I 2021 publiserte Takamiya og medarbeidere en systematisk oversikt og meta-analyse, men inkludert bare studier som hadde brukt numeriske graderingsskalaer (3), og kasus-rapporter med bare én eller to pasienter ble ekskludert. Studiene var publisert i perioden 1981–2018 og inkluderte 129 pasienter fra 13 observasjonsstudier (ni prospektive, fire retrospektive) og én randomisert dobbelt blind studie versus simulert ECT.

«Effekt av ECT ved Parkinsons sykdom har vært rapportert fra 1950-tallet»

ECT ble funnet å bedre motoriske symptomer signifikant i hele gruppen og i subpopulasjonen uten psykiatriske symptomer. Av-faser ble signifikant redusert. Det samme gjaldt depresjon og psykotiske symptomer. Kognitive funksjoner ble også bedret, men etter korreksjon for publikasjons-skjevhet var dette ikke signifikant. ECT kunne trygt og effektivt brukes også hos pasienter med elektroder for dyp hjernestimulering, som slås av under ECT-sesjonene.

Effekten på de motoriske symptomene inntreffer raskere enn på de psykiatriske, men varigheten er som regel kortvarig, oftest uker til måneder (3, 4). Vedlikeholds-ECT for Parkinsons sykdom er kort nevnt i en kasus-rapport fra 1983. Men Aarsland og medarbeidere var de første som i 1997 beskrev dette grundig (5). En mann og en kvinne, begge 63 år gamle, hadde avtagende effekt av anti-parkinsonmidler og var sterkt invalidisert etter henholdsvis 6 og 17 års sykdomsforløp. De hadde god effekt av høyresidig ECT-serier, som imidlertid måtte gjentas pga. tilbakefall. Derfor ble vedlikeholds-ECT gitt med 2–4 ukers intervall. Da publikasjonen ble skrevet hadde den første pasienten fått totalt 57 ECT-sesjoner over 33 måneder, den andre 53 sesjoner over 4 år. De var da fortsatt veldig mye bedre og klarte seg alene hjemme etter 3 og 4 år. De hadde ingen bivirkninger av betydning pga. ECT.

PER BERGSHOLM

per.bergsholm@gmail.com

er pensjonert overlege

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Dietrichs E, Alves G, Benjaminsen E et al. Behandling av motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0804.
- 2 Kellner CH, Kellner DA. Deep brain stimulation versus electroconvulsive therapy in Parkinson's disease. J ECT 2015; 31: e23.
- 3 Takamiya A, Seki M, Kudo S et al. Electroconvulsive Therapy for Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mov Disord 2021; 36: 50–8.
- 4 Rosenquist PB, Youssef NA, Surya S et al. When All Else Fails: The Use of Electroconvulsive Therapy for Conditions Other than Major Depressive Episode. Psychiatr Clin North Am 2018; 41: 355–71.
- 5 Aarsland D, Larsen JP, Waage O et al. Maintenance electroconvulsive therapy for Parkinson's disease. Convuls Ther 1997; 13: 274–7.

E. DIETRICH OG MEDARBEIDERE SVARER

Vi setter pris på interessen for vår artikkel om behandling av motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom (1). Per Bergsholm mener at elektrokonvulsiv terapi (ECT) bør være med som et alternativ under avansert parkinsonbehandling (2). Han har helt rett i at ECT også kan ha positive effekter på motoriske parkinsonsymptomer. Flere av medforfatterne i vår oversiktsartikkel har sett det hos egne pasienter. Vi mener likevel at ECT ikke kan sidestilles med dyp hjernestimulering eller pumpebehandling som et alternativ til avansert behandling av motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom.

Indikasjonen for avansert parkinsonbehandling er som regel enten motoriske fluktuasjoner eller terapieresistent tremor. Hos parkinsonpasienter benyttes ECT vanligvis bare der det foreligger psykiske symptomer som ledd i alvorlig depresjon eller psykose. Som Bergholm påpeker, har enkelte studier også rapportert motorisk bedring hos en subgruppe av parkinsonpasienter uten depresjon. Den eneste tilgjengelige meta-analysen av ECT-behandling ved Parkinsons sykdom refererer til enkelte rapporter som beskriver bedring i terapieresistent tremor og reduksjon av motoriske fluktuasjoner (3). Foreløpig er slike observasjoner gjort bare hos et lite antall pasienter, og konklusjonen fra meta-analysen er at ECT kan være et verdifullt behandlingsalternativ for pasienter med avansert Parkinsons sykdom som har depresjon og/eller psykose. Men de presiserer at det er mangel på undersøkelser med tilstrekkelig kvalitet, og

at det er behov for store kontrollerte multi-senterstudier for å dokumentere effekten. (3) Helt tilsvarende konklusjon ble trukket i en ny klinisk studie der 15 parkinsonpasienter fikk ECT i 12 sesjoner over seks uker. Undersøkelsen indikerte at ECT potensielt kan være en aktuell behandling for de parkinsonpasientene som har refraktære psykiske symptomer. Men på grunn av den avtagende effekten av ECT anbefalte forfatterne at slike parkinsonpasienter får konvensjonell behandling sammen med periodisk ECT for å sikre et optimalt medisinsk resultat. (4)

Vårt flytskjema gir en oversikt over de best dokumenterte metodene for motorisk parkinsonbehandling. ECT kan være et godt alternativ for parkinsonpasienter som krever intervensjon på grunn av alvorlige psykiske symptomer. Men hittil finnes det ikke tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag til at vi kan anbefale ECT som et generelt tilbud til parkinsonpasienter som trenger avansert behandling. Derfor er ECT ikke med blant de anbefalte former for avansert behandling av motoriske symptomer, verken i vår norske anbefaling eller i de internasjonale evidensbaserte terapianbefalingene som er del av grunnlaget for flytskjemaet (1). Og derfor er heller ikke Parkinsons sykdom nevnt i Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer om bruk av ECT (5).

ESPEN DIETRICH

espen.dietrichs@medisin.uio.no

jobber på nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

GUIDO ALVES
ESPEN BENJAMINSEN
KRISZTINA KUNSZT JOHANSEN
OLE-BJØRN TYSNES

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Dietrichs E, Alves G, Benjaminsen E et al. Behandling av motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0804.
- 2 Bergsholm P. Elektrokonvulsiv terapi (ECT) ved Parkinsons sykdom. Lest 14.8.2023.
- 3 Takamiya A, Seki M, Kudo S et al. Electroconvulsive Therapy for Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mov Disord 2021; 36: 50–8.
- 4 Afshari D, Shakeri J, Khodamoradi M et al. Efficacy of electroconvulsive therapy in Parkinson's disease: A clinical trial. Neurosci Lett 2022; 772: 136449.

- 5 Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT. Nasjonale faglige retningslinjer IS-2629. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.

Kostnad og nytte ved penicillinmikstur til barn

Takk til Thaulow og Klingenberg for en nyttig og viktig diskusjon rundt anbefalingen av fenoksymetylpenicillin (heretter kalt penicillin) som førstevalg ved antibiotikakrevende luftveisinfeksjoner hos små barn (1). Her er det mye å være enig i, men vi mener likevel at det er noen momenter å ta tak i.

Det er et stadig press på norske antibiotikaretningslinjer (2), både på grunn av internasjonale føringer, mangelsituasjoner, spørsmål rundt behandlingseffekt og nå altså bekymring rundt etterlevelse hos små barn som følge av bitter smak. Samtidig ønsker andre land en «skandinavisering» av egne retningslinjer mot mer smalspektrede førstevalg (3).

«Hvis penicillin nedgraderes fra førstevalg hos små barn, kan det være grunn til å frykte at vi mister dette behandlingsalternativet»

Forrige vintersesongs skarlagensfeberbølge viste med all tydelighet at tilgangen til barneformuleringer av penicillin i Norge er svært usikker. Det skandinaviske markedet er lite og produsentene er få. Vi har allerede mistet tabletter i barnestørrelse; 165 og 330 mg. Førsteforfatter Thaulow har tidligere beskrevet nettopp dette problemet (4). En rekke initiativer og prosesser er satt i gang for å sikre tilgangen, blant annet økt samarbeid mellom de skandinaviske landene. Det er derfor litt overraskende at forfatterne bringer spørsmålet opp akkurat nå. Her gjelder det som på mange andre

områder i medisinen – If you don't use it, you loose it. Hvis penicillin nedgraderes fra førstevalg hos små barn, kan det være grunn til å frykte at vi mister dette behandlingsalternativet.

Verden kan se annerledes ut fra et sykehusperspektiv enn fra allmennpraksis (2), der de aller, aller fleste av penicillinmiksturene til barn skrives ut. Norske fastleger og legevaktleger er fullstendig klar over vanskene med å få små barn til å ta penicillinmikstur. Likevel synes det som de får dette til, i samarbeid med foreldrene. Forfatterne hevder at i 5 % av tilfellene byttes det fra penicillinmikstur til annen antibiotika (5). Dette gjelder imidlertid kun Weifapenin dråper, som utgjorde 2 % av alle slike miksturer da studien ble gjennomført (5), og som nå er borte fra markedet. For den mest brukte penicillinmiksturen ble det byttet til annen antibiotika i kun 3 % av tilfellene (5). Dette tallet burde i utgangspunktet tyde på at penicillin forsvarer sin plass som førstevalg i primærhelsetjenesten – men vi skulle gjerne hatt mer kunnskap om hvordan inntak av miksturer faktisk fungerer for pasientene og deres foreldre.

Thaulow og Klingenberg får tydelig frem at vi vet for lite om de resistensdrivende egenskapene til penicillin og amoksisillin. Dette skyldes i stor grad at spørsmålet ikke er interessant internasjonalt, ettersom penicillin knapt brukes i størstedelen av verden. Teoretisk er det grunn til å tro at et mer bredspektret antibiotikum er mer resistensdrivende enn et mer smalspektret antibiotikum. Et forskningsprosjekt for å klargjøre dette er under planlegging, som et samarbeid mellom allmennmedisinske forskningsmiljøer i Norge og Sverige.

Alt i alt tydeliggjør Thaulow og Klingeborgs kronikk at det er et konstant behov for gjennomgang og diskusjon rundt de norske antibiotikaretningslinjene. Heldigvis ivaretas dette behovet; Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten (6) revideres årlig. Det vil være naturlig å diskutere kronikkforfatternes spørsmål i kommende revisjonsrunde, som starter i november.

SIGURD HØYE

sigurd.hoye@medisin.uio.no
er faglig redaktør, på vegne av redaksjonen for Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, allmennlege, førsteamanuensis og leder av Antibiotikasenteret for primærmedisin, Universitetet i Oslo.
Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Thaulow CM, Klingenberg C. Penicillin for enhver pris? Tidsskr Nor Lægeforen 2023; 143: 842–4.
- 2 Høye S. Bedre grunnlag for bærekraftig antibiotikabruk. Tidsskr Nor Lægeforen 2021; 141: 910.
- 3 Llor C, Hoyos Mallecot Y, Moragas A et al. New paradigms on antibiotic recommendations for community-acquired infections in Spain. Aten Primaria 2023; 55: 102648.
- 4 Thaulow CM. De yngste trenger barnevennlig antibiotika. Dagens Medisin 18.5.2021. Lest 14.8.2023.
- 5 Bergene EH, Nordeng H, Rø TB et al. Requests for new oral antibiotic prescriptions in children within 2 days: a Norwegian population-based study. Fam Pract 2018; 35: 690–7.
- 6 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Lest 14.8.2023.

C.H. THAULOW OG C. KLINGENBERG SVARER

Takk til Sigurd Høye for hans kommentar til vår kronikk i Tidsskriftet (1). Vi vil berømme arbeidet Høye og resten av redaksjonen gjør for å kontinuerlig oppdatere Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Vi synes også det er positivt at det planlegges en skandinavisk studie som skal gi mer kunnskap om de resistensdrivende egenskapene til penicillin og amoksisillin.

Høye skriver at verden kan se annerledes ut fra et sykehusperspektiv. Vi vil minne om at ca 25 % av antibiotika gitt til barn i norske sykehus gis peroralt (2), og at vi i motsetning til i allmennpraksis kan observere etterlevelse over tid og eventuelt korrigere for dette. En vesentlig del av aktiviteten på en barneavdeling består også av polikliniske vurderinger av infeksjonssyke barn, samt telefonisk rådgivning om antibiotikavalg til allmennleger.

Vi deler bekymringen rundt tilgangen på smalspektret antibiotika i barnevennlig form. I vinter var det mangel på både penicillin- og amoksisillinmikstur. Et nordisk samarbeid og marked, samt statlige insentiver, vil være essensielt. Vi mener likevel at en må ha to tanker i hodet samtidig. I artikkelen Høye refererer til, antydes det nettopp at penicillinmiksturen egentlig ikke kan kalles barnevennlig (3). Etterlevelsen av penicillinmikstur er lav sammenlignet med amoksisillinmikstur, men kan likevel virke akseptabel utfra antall reseptytter. Gitt den bitre smaken er det dog grunn til å tro at langt flere får ufullstendige doser. For ikke å snakke om dramaet som kan utspille seg i en familie når penicillin

skal tvinges i et lite barn fire ganger i døgnet.

Å unngå unødvendig bruk av makrolider mener vi bør være høyt prioritert. Makrolider er klassifisert som resistensdrivende i WHO sin AwARE klassifikasjon, mens verken penicillin eller amoksisillin er det. Det virker som makrolider ofte foretrekkes når penicillin byttes ut (4). Enkelte av disse forskrivningene kan skyldes penicillinallergi eller atypisk pneumoni, men langt fra alle.

Optimal antibiotikabehandling til de minste omfatter også det å være pragmatisk. Bør vi som våre naboland tenke at penicillin tre ganger i døgnet er tilstrekkelig for de fleste? Vi tror også det hadde vært nyttig med konkrete råd i retningslinjene til hvordan etterlevelsen kan optimaliseres, f.eks. målesprøyte langt bak i munnen og noe kaldt å suge på før og etter administrering. Og selv om vi innerst inne ønsker holde oss til penicillin, synes vi det er rimelig at amoksisillin nevnes som et alternativ, ikke minst for å begrense bruken av makrolider.

CHRISTIAN MAGNUS THAULOW

christian.magnus.thaulow@helse-bergen.no
er overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland Universitetssykehus.

CLAUS KLINGENBERG

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Thaulow CM, Klingenberg C. Penicillin for enhver pris? Tidsskr Nor Lægeforen 2023; 143: 842–4.
- 2 Thaulow CM, Berild D, Eriksen BH et al. Potential for More Rational Use of Antibiotics in Hospitalized Children in a Country With Low Resistance: Data From eight Point Prevalence Surveys. Pediatr Infect Dis J 2019; 38: 384–9.
- 3 Thaulow CM. De yngste trenger barnevennlig antibiotika. Lest 12.7.2023.
- 4 Bergene EH, Nordeng H, Rø TB et al. Requests for new oral antibiotic prescriptions in children within 2 days: a Norwegian population-based study. Fam Pract 2018; 35: 690–7.

Nordiske kostholdsråd bør defineres bedre

Begrepet ultraprosessert mat defineres som: «... ready-to-eat/heat formulations whose manufacture involves several stages and various processing techniques and ingredients, mostly of exclusive industrial use...» i bakgrunnsdokumentet om ultraprosesert mat, i de nordiske kostrådene (Nordic Nutrition Recommendations; NNR 2023, 1).

Jeg tror ikke at denne definisjonen er enkel å forstå for folk flest.

Jeg ville valgt følgende formuleringer i stedet: Spis så lite bearbeidet kjøtt (for eksempel pølser) som mulig. Begrens inntaket av sukkerholdig brus, energidrikker, frityrstekte potetprodukter og potetprodukter med mye fett og salt, godteri og søtsaker. Velg fullkornsbrød fremfor fint brød, og velg amming fremfor morsmelkerstatning.

Kategorien ultraprosessert mat (kategori 4 i NOVA-klassifikasjonen) inneholder dessuten mange ulike matvarer av ulik sunnhetsgrad (2). Her nevnes ikke bare pølser og annet bearbeidet kjøtt, som fra før av er anerkjent som kreftfremkallende. Fullkornsbrød tilsatt ett eneste e-stoff (e300 som er vitamin C) som fungerer som melbehandlingsmiddel, havner automatisk i kategori 4.

Er et slikt industribakt brød like usunt som pølser? Eller like usunt som industribakt brød av fint mel som er tilsatt herdet fett og fem ulike tilsetningsstoffer? Til og med forfatterne av NOVA-klassifiseringen er enige i at det kan være vanskelig å forstå om en matvare er ultraprosessert eller ikke (2, s. 9–10). Derfor er NOVA-klassifikasjonen blitt kritisert og omdiskutert, blant annet av Nofima-forskere (3).

TETYANA KALCHENKO

tetk2003@yahoo.no
er overlege.

Forfatteren har oppgitt følgende interessekonflikter: Medforfatter av boken *Plantebasert kosthold fra Frisk forlag, 2019*, og er med i foreningen *Lege- og ernæringsforeningen Mat for helsen*.

LITTERATUR

- 1 Helsedirektoratet.no. Høringer. NNR2022 Ultra-processed foods Public Consultation. Lest 30.6.2023.
- 2 Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M et al. 2019. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome, FAO. Lest 30.6.2023.
- 3 Varela-Tomasco P, Knutsen SH, Skipnes D et al. Hva vet vi om ultraprosesert mat? Lest 30.6.2023.

S.H. BERG SVARER

Jeg er enig med Kalchenko i at det ikke er lett for folk å forstå hva ultraprosessert mat er. Mitt faglige utgangspunkt fra risiko og helsekommunikasjon er at en ikke bør unngå å formidle et budskap fordi det er komplekst. En bør heller ikke forenkle kompliserte budskap ved å endre kjernebudskapet, men heller tilpasse måten budskapet kommuniseres på. Å eksempelvis kun kommunisere at folk bør velge fullkornsbrød fremfor fint brød, vil utelate sentral informasjon for at folk skal kunne ta informerte valg. Fullkornsbrød blir også laget ultraprosessert og kan være tilsatt ekstra gluten, søtning, farge, emulgeringsmidler og bindemidler av hensyn til profitt, ikke til forbrukerens beste (1). Betydelige kvalitetsforskjeller på mat blir ikke formidlet dersom man utelater slik informasjon.

Ifølge NOVA-klassifiseringssystemet er ikke prosessering i seg selv problemet (2). Prosesseringsmetodene og ingrediensene som tilføres ultraprosessert mat (gruppe 4) er ment å gjøre maten mer likbar, attraktiv, og å øke konsumet av produktet. Prosessert mat (gruppe 3) omfatter bruk av konserveringsmetoder og konserveringsmidler som øker matens holdbarhet og beskytter maten mot mikroorganismer. Et fullkornsbrød basert på råvarer som kun er tilsatt ett konserveringsmiddel (f.eks. en antioksidant), inngår ikke som ultraprosessert mat ifølge NOVA-klassifiseringen (1). Det er den ultraprosesserte maten som anses helsefarlig.

Jeg er også enig i at det er det mulig å kommunisere risiko om ultraprosessert mat til den allmenne befolkning ved utelate både definisjonen og begrepet 'ultraprosessert'. Men for å øke helsekompetansen bør en kommunisere grunnleggende prinsipper, fremfor å kun kommunisere enkeltvalg. Eksempelvis kan man kommunisere at det foreligger betydelig kunnskap om kvalitetsforskjeller mellom råvarebasert mat og omfattende prosessert industri-mat,

som er ment å gjøre maten mer likbar og attraktiv.

Mitt andre utgangspunkt fra risiko og helsekommunikasjonsfaget er at kompliserte budskap bør kommuniseres på flere måter. Det er helse kommunikasjonen, ikke NOVA-kriteriene, som har som oppgave å oversette kunnskapen til befolkningen. Noen har behov for å forstå hva som gjør matvarer ultraprosessert. Kalchenko påpeker et kunnskapshull det er behov for mer detaljert informasjon om hva som er de unødvendige tilsetningsstoffenes som inngår i ultraprosessert mat og hvilke som anses som nødvendige for mattrygghet. NOVA-klassifiseringen gir en god pekepinn på hvilke tilsetningsstoffer som inngår i ultraprosessert mat, men disse må formidles på en måte som folk forstår. Det foreligger usikkerhet rundt klassifisering av noen matvarer, men det bør ikke være et argument for å unnlate å gi råd om ultraprosesert mat som helhet.

Kunnskap må oversettes til praksis på en måte som er tilgjengelig for alle. Kahneman og Tversky demonstrerte på 1970-tallet at vi er ikke i stand til å ta omfattende analytiske valg for alt vi foretar oss i hverdagen (3). Det er behov for kognitive systemer for å redusere kompleksitet og å kunne ta kjappe valg. Hverdagen går ikke rundt hvis vi må analysere alle matvalg. Vi trenger systemer som befolkningen kan ha tillit til. En merking av mat er eksempel på et system som hjelper oss å ta raske valg, og oversetter kunnskap på en måte som er tilgjengelig for alle. Dette er også helsekommunikasjon.

Å utvikle kostråd er en prosess. Formidlingen av kunnskap til befolkningen en annen. Helsekommunikasjon kan og bør også formidle vanskelige budskap.

SIV HILDE BERG

siv.h.berg@uis.no

er førsteamanuensis i pasientsikkerhet.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Monteiro CA, Cannon G, Levy RB et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr* 2019; 22: 936–41.
- 2 Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M et al. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Lest 14.8.2023.
- 3 Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science* 1974; 185: 1124–31.

Ryaltris™ er indisert til voksne og barn over 12 år til behandling av moderate til alvorlige nesesyntomer i forbindelse med allergisk rhinitt.¹

NESESPRAY VED ALLERGISK RHINITT¹

Ryaltris™ er en kombinasjonsbehandling med mometasonfuroat (25 µg) og olopatadin (600µg).²

Kombinasjonen viser synergistiske effekter når det gjelder symptomforbedring ved allergisk rhinitt.³



LES MER OG BOOK BESØK
ORIONPHARMA.NO/RYALTRIS



Referanser

- 1) Ryaltis™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 4.1
- 2) Ryaltis™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 1
- 3) Ryaltis™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 5.1

Ryaltis™ nesepay
25 µg mometasonfuroat/dose + 600 µg olopatadin/dose

Indikasjon

Ryaltis™ er indisert til voksne og barn over 12 år til behandling av moderate til alvorlige nesesyntomer i forbindelse med allergisk rhinitt.

Dosering

Ryaltis™ er kun til bruk i nesen, den vanlige anbefalte dosen er to sprayer i hvert nesebor to ganger daglig (morgen og kveld).

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) er dysgeusi, epistakse og ubehag i nesen. **Kontraindikasjon:** Ryaltis™ skal ikke brukes ved ubehandlet, lokal infeksjon i neselimhinnen, som herpes simplex eller hos pasienter ved nylig gjennomgått nesekirurgi eller traumer før skaden er tilhelet.

Pakninger og priser

1 flaske à 30 ml med 29 g suspensjon (240 spraydoser) kr 223,50

Refusjonsberettiget bruk

Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er vurdert som tilstrekkelig.

Refusjonskode: ICPC: R97 Allergisk rhinitt. ICD: J30 Vasomotorisk og allergisk rhinitt. Vilkår: Ingen spesifisert.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 20.12.2021

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

Les hele preparatomtalen før du forskriver.

Mars 2023

Statens forvirring om godkjenning av leger utdannet i Danmark kan ende i retten

Den norske stat bryter EØS-avtalen når de avviser legers yrkeskvalifikasjoner fra Danmark. Staten kan ikke la LISI-køen fortsette å øke og samtidig se bort fra kunnskaper og kvalifikasjoner hos leger utdannet i Danmark som ønsker å jobbe i Norge.

Med fullført legeutdanning og avlagt lege-løfte kan man som nyutdannet i Danmark oppnå autorisasjon som lege. Samtidig har man rett til å påbegynne *klinisk basisutdannelse*, kjent som KBU (1). Fullført KBU-tjeneste gir *tilladelse til selvstendig virke* som er nødvendig for godkjenning av dansk spesialistutdanning (2). Som i den norske LISI-ordningen (3) får KBU-leger supervisert og veiledet tjeneste (4). Det er lite forskjell på læringsmålene i dansk KBU-tjeneste og læringsmålene i norsk LISI-tjeneste, og Grimstadutvalget fastslår i sin rapport at innholdet kan sammenlignes (5). Det er derfor vanskelig å forstå hvorfor staten motarbeider godkjenning av dokumentert oppnådd kompetanse som lege, særlig når køen av søkere til LISI-tjenesten i Norge fortsetter å øke.

«Det er vanskelig å forstå hvorfor staten motarbeider godkjenning av dokumentert oppnådd kompetanse som lege»

Nå varsler 160 leger og medisinstudenter søksmål mot den norske stat for å få en slutt på dagens EØS-stridige praksis.

Ikke del av grunnutdanningen

Siden februar 2022 har den norske stat vurdert den danske legeutdanningen som jevn god med den norske og som verdig norsk legeautorisasjon etter endt studie. Likevel vil ikke staten vurdere den etterfølgende kompetansen fra KBU-tjenesten, da de mener at tjenesten er en del av grunnutdanningen. Det er ikke riktig. KBU-tjeneste er første del av den *lægelige videreutdanning* (spesialistutdanningen) i Danmark (4).

Statens misforståelse er alvorlig. Dette har store konsekvenser for norsk helsevesen og ikke minst for de berørte legene. Den tidligere turnustjenesten i Danmark var ansett som en del av grunnutdanningen (6), men dagens KBU-tjeneste, som har eksistert siden 2007, har aldri vært en del av grunnutdanningen (1).

Tannlegesaken

Tannleger med dansk utdanning må ha ett års arbeidserfaring før de oppnår *tilladelse til selvstendig virke*. På dette grunnlaget fikk de etter 2019 ikke lenger autorisasjon i Norge etter dansk universitetsgrad. Tannlegene vant frem i et forlik etter en uttalelse fra EFTA-domstolen, som slo fast at det må utføres individuelle vurderinger av en søkers yrkeskvalifikasjoner (7). Rettslige skritt er tilsynelatende nødvendig for å få vår sak vurdert, da lite har skjedd siden tannlegesaken, ut over et stortingsvedtak om utredning (8).

Argumenter mot godkjenning

Helse- og omsorgsdepartementet ved helseminister Ingvald Kjerkol sitt standpunkt om at den danske tjenesten ikke kan godkjennes, synes å være basert på feilaktige vurderinger. For det første anføres det at KBU-tjenesten er en del av dansk grunnutdanning. For det andre hevder departementet at det er et spørsmål om akademisk innpassing og ikke om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner, slik at EØS-rettens grunnartikler om fri bevegelighet av arbeidstakere og etableringsfrihet ikke er gjeldende for leger i spesialisering (9).

Misforståelsen om at dansk KBU-tjeneste er en del av grunnutdanningen har vi allerede gjort greie for. Men også argumentet om at saken gjelder akademisk innpassing, er feilslått. Det søkes på offentlige legestillinger hvor legene er arbeidstakere. I tillegg er legers spesialistutdanning ikke noen akademisk grad. EØS-avtalens bestemmelser om fri bevegelighet gjelder for alle yrkesgrupper, også leger i spesialisering. I samsvar med EFTA-domstolens uttalelse i tannlegesaken i 2021 skal søkere vurderes individuelt ut fra utdanning og yrkeserfaring i de tilfellene hvor yrkeskvalifikasjonsdirektivet ikke gir rett til automatisk godkjenning (7).

«Dobbel turnus» er absurd

At yrkeskvalifikasjoner i form av godt dokumenterte læringsmål fra KBU-tjeneste i vårt

naboland ikke kan godkjennes for norsk LISI-tjeneste, er absurd og innebærer en sløsing med ressurser. Leger fra Danmark som ønsker å fortsette sin spesialisering og jobbe fast i Norge, blir nå hindret i dette av den norske staten. Vi har spurt oss selv hvorfor, men har ennå ikke funnet noe godt svar. Har vi ikke lenge fått vite at det er mangel på spesialister i Norge?

Den kompetansen som leger i spesialisering fra Danmark har, blir ikke utnyttet når de må «rykke tilbake til start» og påbegynne LISI-tjeneste i Norge. Det er til fortvilelse for både arbeidsgivere og de berørte legene.

«Det finnes ikke faglig grunnlag for å avvise dokumentert kompetanse opparbeidet som lege i Danmark, og det er politikernes ansvar å endre et problem skapt av byråkratiet»

Årlig blir 40–60 LISI-plasser besatt av leger som har fullført KBU-tjeneste i Danmark (10). Disse legene har allerede kompetansen de skal oppnå i LISI-tjenesten, men må likevel ta en plass fra en annen kollega som trenger LISI-tjeneste for å komme videre med sin spesialistutdanning. Unge leger som må gjennom slik dobbel turnus, får i disse årene dårligere faglig progresjon og dårligere lønn enn deres kvalifikasjoner skulle tilsi. Dobbel turnus bidrar til betydelig forsinkelse i spesialistutdanningen. Dette er uheldig, ikke bare for de berørte legene, men også for helsetjenesten.

Det finnes ikke faglig grunnlag for å avvise dokumentert kompetanse opparbeidet som lege i Danmark, og det er politikernes ansvar å endre et problem skapt av byråkratiet.

Norge trenger flere spesialister også i årene som kommer. Når staten både velger bort kompetanse, pålegger dobbel turnus for leger med dansk utdanning og lar være å øke antallet LISI-stillinger, får man inntrykk av at myndighetene ikke ser de reelle behovene. Det er frustrerende, uforståelig og kan ikke få fortsette.

Forfatterne er sentrale deltagere i det varslede gruppesøksmålet.

Mottatt 7.8.2023, godkjent 8.8.2023.

CAMILLA GRANERUD GRINDSKAR

camiwestergaard@gmail.com
er medisinstudent ved Universitetet i København.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

SIGURD ELIAS STETTE

er M.Sc. og LISI-lege ved Bærum sykehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Indenrigs og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om lægers kliniske basisuddannelse. Lest 5.8.2023.
- 2 Indenrigs og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om speciallæger. Lest 5.8.2023.
- 3 FOR-2016-12-08-1482. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). Lest 5.8.2023.
- 4 Sundhetsstyrelsen. Klinisk basisuddannelse for læger (KBU). Lest 5.8.2023.
- 5 Regjeringen. Studieplasser i medisin i Norge. Utredning fra Grimstadutvalget. Lest 3.8.2023.
- 6 Retsinformation. Bekendtgørelse af lov om udøvelse af lægegerning. Lest 8.8.2023.
- 7 EFTA court. The Norwegian Government v Anniken Jenny Lindberg. Lest 5.8.2023.
- 8 Stortinget. Innst. 297 S (2021-2022). Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. Lest 5.8.2023.
- 9 Stortinget. Skriftlig spørsmål fra Alfred Jens Bjørlo (V) til helse- og omsorgsministeren. Lest 6.8.2023.
- 10 Norsk medisinstudentforening. Godkjenne KBU mot LISI. Lest 5.8.2023.



Abonner på Tidsskriftets nyhetsbrev

HOLD DEG OPPDATERT

Ønsker du å motta vårt nyhetsbrev en gang i uken?

Våre artikler kommer først på nett. I nyhetsbrevet blir du presentert for et utvalg av ukens siste artikler samt de sist utlyste stillingene fra legejobber.no.

Gå inn på tidsskriftet.no/nyhetsbrev og meld deg på.

Følelsen av kontroll.

Photo by Jade Destiny on Unsplash

Årsaken til at en person utvikler fedme skyldes en rekke biologiske og adferdsmessige faktorer, der følelsesstyrt spising (emotional hunger) er en vanlig årsak.*1

Mysimba® er en tablettbehandling mot fedme som gjennom sine to aktive substanser, naltrekson og bupropion, påvirker sultsenteret og belønningssystemet i hjernen.²

I tillegg til å minske sultfølelsen, kan Mysimba forbedre pasientens kontroll over matinntak. Sammen med kalorireduert kost og økt fysisk aktivitet kan det føre til en signifikant og vedvarende vektreduksjon.**2-5



Hjelp pasienten din til
å ta tilbake kontrollen.

Lær deg mer om de bakenforliggende faktorene til en fremgangsrisk vektreduksjonsbehandling. Skann QR-koden og ta del av resultatene fra Acosta-studien her.

onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.23120

*Følelsesstyrt spising kjennetegnes av et ønske om å spise for å håndtere positive og negative følelser.

**Den nevrokjemiske appetittdependerende effekten av naltrekson/bupropion er ikke helt klarlagt.

Referanser: 1. Acosta A, et al. Selection of Antiobesity Medications Based on Phenotypes Enhances Weight Loss: A Pragmatic Trial in an Obesity Clinic. *Obesity* 2021; 29 (4): 662–671. 2. Mysimba Produktresymé (SPC) juni 2022. 3. Greenway FL. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *International Journal of Obesity* 2015; 39:1188–96. 4. Müller MJ, et al. Changes in energy expenditure with weight gain and weight loss in humans. *Current Obesity Reports* 2016; 5:413–23. 5. Sumithran P, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *New England Journal of Medicine* 2011; 365:1597–1604.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking.

Mysimba (naltrekson/bupropion) 8 mg/90 mg depottabletter. Sentraltvirkende middel mot fedme.

Indikasjoner: Som tillegg til kalorifattig kosthold og økt fysisk aktivitet for vektreduksjon hos voksne (≥ 18 år) med innledende kroppsmasseindeks (BMI/KMI) på ≥ 30 kg/m² (fedme) eller ≥ 27 –30 kg/m² (overvekt) samt én eller flere vektrelaterte risikofaktorer (f.eks. diabetes type 2, dyslipidemi eller kontrollert hypertensjon). Behandlingen bør seponeres etter 16 uker hvis pasienten ikke har mistet minst 5 % av innledende kroppsvekt. **Dosering:** Ved innledning av behandling bør dosen økes i en 4 ukers periode som følger: Uke 1: 1 tablett morgen, Uke 2: 1 tablett morgen + 1 tablett kveld, Uke 3: 2 tabletter morgen + 1 tablett kveld, Uke 4 og videre: 2 tabletter morgen + 2 tabletter kveld. Maks. anbefalt daglig dose er 2 tabletter 2 ganger daglig. Behovet for fortsatt behandling bør vurderes etter 16 uker og revurderes årlig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Pasienter som får/tidligere har hatt krampeanfall. Kjent tumor i CNS. Akutt avvenning fra alkohol eller benzodiazepiner. Tidligere bipolar lidelse. Samtidig behandling med bupropion eller naltrekson. Eksisterende eller tidligere diagnostisert bulimi eller anoreksi. Kronisk avhengighet av opioider (se Forsiktighetsregler og Interaksjoner) eller opiatagonister (f.eks. metadon) eller ved avvenning fra opiat. Samtidig behandling med MAO-hemmere (det skal gå minst 14 dager fra seponering av MAO-hemmer til initiering av behandling med Mysimba). Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Terminal nyresvikt. **Forsiktighetsregler:** Sikkerhet og tolerabilitet bør vurderes med jevne mellomrom, og behandlingen bør avbrytes ved bekymring vedrørende sikkerhet eller tolerabilitet, inkl. bekymring for økt blodtrykk. **Bivirkninger:** Svært vanlige: Gastrointestinale: Forstoppelse³, kvalme³, oppkast. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige: Gastrointestinale: Abdominalsmerte, munntørrethet, øvre abdominalsmerte. Generelle: Fatigue, føle seg skjelden, irritabilitet. Hjerte: Palpitasjoner, økt hjerterytme. Hud: Alopeci, hyperhidrose, kløe, utslett. Kar: Høyt blodtrykk, hypertensjon³, økt blodtrykk. Nevrologiske: Dysgeusi, letargi, sømnløshet, svimmelhet, tremor. Psykiske: Angst, insomni. Øre: Tinnitus, vertigo. **Pakninger og priser:** 112 stk. NOK 1061 Reseptstatus C. **Refusjon:** Retningslinjer for individuell refusjon ICD-10: E66 / ICD-10: T82 Fedme • ≥ 35 og < 40 med en vektrelatert tilleggssykdom eller en tilleggsslidelse/-sykdom som øker risikoen for alvorlig fedmerelatert sykdom. • ≥ 40 Informasjon om relaterte diagnoser for tilleggssykdom finner du på www.helsedirektoratet.no Vedlegg 1 til § 5–14 legemiddellisten (under Mysimba). Søknaden sendes elektronisk via e-reseptløsningen eller via Helsedirektoratets portal. **For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.felleskatalogen.no.** Dato for siste godkjente SPC: juni 2022.

Navamedic AS, Henrik Ibsens gate 100, Oslo, +47 67 11 25 40, www.navamedic.com, info@navamedic.com

www.mycontrolpro.no

NO-MYSI-2301-015

Leger bør jobbe for et lavere kjøttforbruk

Å spise mindre kjøtt er et enkelt tiltak som kan gi store gevinster for både folkehelse, klima og bærekraft. Her kan vi som helsepersonell bidra.

Det er bred faglig enighet om at redusert kjøttforbruk er gunstig både for helse og miljø (1–8). Vi som jobber i helsevesenet bør derfor jobbe for et grønnere kosthold. Dette kan bli et viktig bidrag til de klimaforpliktelsene som norsk helsevesen har tatt på seg etter klimatoppmøtet i Glasgow i 2021 (9).

**«Mange land tar i sine kost-
råd nå hensyn til miljø og
bærekraft i tillegg til direkte
helseeffekter»**

Stadig flere fagmiljøer og myndigheter anerkjenner at kostholdet er viktig både for kloden og for hver enkelt av oss. På sikt må våre matsystemer endres radikalt, sa sjefredaktør Are Brean i Tidsskriftet nylig (10). Helseminister Ingvild Kjerkol har framholdt usunt kosthold som en av de viktigste årsakene til sykdom og tidlig død, sammen med tobakk (11). Også Miljødirektoratet anerkjenner kostholdets betydning for å håndtere klimaendringer (12, s. 68).

Anbefaler kjøttreduksjon

Det er et stort samsvar mellom et sunt kosthold og et bærekraftig kosthold (3, 4, 8). Mange land tar derfor i sine kostråd nå hensyn til miljø og bærekraft i tillegg til direkte helseeffekter (13). Dette gjelder blant annet kostrådene i Belgia, Canada, Sverige og Danmark, der det anbefales å spise mindre kjøtt og mer plantebasert mat (5–8).

I de nye nordiske ernæringsanbefalingene (NNR2023), som danner kunnskapsgrunnlaget for nasjonale kostråd i nordiske og baltiske land, er det anbefalt at forbruket av rødt kjøtt ikke overskrider 350 gram per uke (2, s. 224). De anbefaler også å spise så lite som mulig av bearbeidet kjøtt, både rødt og hvitt (2, s. 101, s. 224 og s. 229). I dag spiser nordmenn over én kilo kjøtt totalt per uke, så her er det mye potensiell folkehelsegevinst å hente (14). Av hensynet til miljøet bør man erstatte kjøtt med plantekost og fisk fra bærekraftige bestander (2).

Det er ingen ernæringsmessige grunner til å spise så mye kjøtt. Proteinbehovet er 0,8 g protein per kilo kroppsvekt per dag for de fleste av oss, og det dekkes enkelt med et typisk norsk kosthold, også uten kjøtt (15). Mange tror at kjøtt er en viktig kilde til protein og jern, men i realiteten kommer kun en fjerdedel av proteinet og en femtedel av jerninntaket vårt fra kjøtt (16, s. 44).

Norske husdyr spiser også opp god menneskemat. Norge importerer en million tonn matvarer for å produsere kjøtt, meieri-produkter og egg (17). Ca. 150 000 tonn per år av denne importen er soya. Denne meng-

den soya kunne alene dekket proteinbehovet til minst halvparten av den norske befolkningen. Dette er lite fornuftig bruk og fordeling av verdens matressurser.

**«I Oslo kommune er plante-
basert mat førstevalg som
møtemat, og i sykehjemmene
er det innført flere middager
der deler av kjøttet er erstattet
med belgvekster»**

Hvordan kan vi bidra?

Helsevesenet kan gi viktige bidrag til et sunnere og mer bærekraftig kosthold. I Oslo har f.eks. både sykehus og kommunale helsetjenester satt i verk tiltak som kan være til inspirasjon. Oslo universitetssykehus har satt seg et mål om at 2/3 av pasientmaten skal bli plantebasert innen 2025 (9). I Oslo kommune er plantebasert mat førstevalg som møtemat, og i sykehjemmene er det innført flere middager der deler av kjøttet er erstattet med belgvekster (18).

Vilje, kunnskap og deling av erfaringene vil gjøre omlegging til et grønnere kosthold enklere. En god start er å råde våre pasienter om å redusere kjøttforbruket, for eksempel med en tredjedel. Her kan leger bruke sin autoritet og tillit – med god samvittighet og på solid faglig grunnlag.

Mottatt 30.5.2023, første revisjon innsendt 15.6.2023, godkjent 26.6.2023.

TETYANA KALCHENKO

tetk2003@yahoo.no

er spesialist i radiologi ved Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har ubetalte verv som styreleder i lege- og ernæringsforeningen Mat for helsen, som arbeider for å fremme et mer plantebasert kosthold, og som styremedlem i Dyrevermalliansen.

Hun er medforfatter av boken Plantebasert kosthold, men mottar ikke honorar av salg og har ingen økonomiske interesser i denne.

LITTERATUR

- 1 Granlund L, Blomhoff R. Åpen og grundig kostrådsprosess gir høy tillit. Aftenposten 16.12.2022. Lest 11.6.2023
- 2 Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023: Integrating Environmental Aspects. Lest 26.6.2023.
- 3 World Health Organization. Regional Office for

Europe. (2021). Plant-based diets and their impact on health, sustainability and the environment: a review of the evidence: WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Lest 26.6.2023.

- 4 Willett W, Rockström J, Loken B et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on

healthy diets from sustainable food systems. Lancet 2019; 393: 447–92.

- 5 Fødevarestyrelsen. De officielle Kostråd - godt for sundhed og klima. Lest 4.5.2023.
- 6 Canada's food guide. Healthy food choices. Lest 4.5.2023.
- 7 Food and Agriculture Organization of the United

- Nations. Food-based dietary guidelines – Belgium. Lest 4.5.2023.
- 8 Harvard TH. Chan School of Public Health. Sustainability. Lest 18.5.2023.
- 9 Helsedirektoratet. Norske klimaforpliktelser på helsefeltet, status og veien videre. Lest 11.6.2023.
- 10 Brean A. Et mer rettferdig matfat. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0402.
- 11 Helse- og omsorgsdepartementet. – Ei folkehelsemelding som utjamnar sosiale helseforskjellar. Regjeringen.no 31.3.2023. Lest 18.5.2023.
- 12 Miljødirektoratet. Klimatiltak i Norge mot 2030: Oppdatert kunnskapsgrunnlag om utslippsreduksjonspotensial, barrierer og mulige virkemidler – 2023. Lest 11.6.2023.
- 13 James-Martin G, Baird DL, Hendrie GA et al. Environmental sustainability in national food-based dietary guidelines: a global review. Lancet Planet Health 2022; 6: e977–86.
- 14 Matprat. Hvor mye kjøtt spiser vi faktisk. Lest 18.5.2023.
- 15 Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012: integrating nutrition and physical activity. Lest 26.6.2023.
- 16 Helsedirektoratet. Norkost 3. En landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i Norge i alderen 18-70 år, 2010-11. Lest 26.6.2023.
- 17 Landbruksdirektoratet. Kraftførstatistikk. Lest 18.5.2023.
- 18 Berge J. Frp ser rødt av de nye kjøttkakene som serveres til de eldre. - Bra for helsa og klima, svarer helsebyråden. Nettavisen 10.5.2021. Lest 11.6.2023.



Liker du å skrive litterære tekster?

Tidsskriftet ønsker bidrag til årets juleutgave i form av essay, personlige opplevelser, samt tekster om medisin og kunst eller tilbakeblikk på medisins historie.

Kontakt oss gjerne hvis du har en idé.

**FRIST FOR INNSENDING ER
20. SEPTEMBER**

 Tidsskriftet

Smartere drift av legekontoret

Bemanningsoversikt

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



Møter og medarbeidersamtaler

Enkel planlegging og gjennomføring av møter, med ferdige forslag til agenda. Innkalling og referat sendes med et klikk.

Kontroll på utstyr

Utstysregister som dekker alle lovkrav og sikrer deg ved eltilsyn. Rutiner for kontroll og vedlikehold. Dokumentasjon av utførte oppgaver.



Datasikkerhet



Avvik



Risiko



Avtaler



Ansvar



Oppgaver



Felles plan

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

 **TrinnVis**
Drift, HMS og kvalitet



TrinnVis utvikles
i samarbeid med
Legeforeningen

Spør meg!

hege@trinnvis.no
485 95 393



Forskjeller i mortalitet hos traumepasienter

Mortaliteten blant norske traumepasienter i perioden 2015–18 var på linje med de beste resultatene fra andre land, men fortsatt fant vi regionale forskjeller og forskjeller mellom sykehusnivåer. Selv om resultatene er bra, kan vi bli bedre.

Traumer er den viktigste dødsårsaken for personer under 44 år på verdensbasis, også i vår del av verden. Mortalitet er et internasjonalt anerkjent effektmål i behandlingen av alvorlige skader. Det er fortsatt uklart om mortaliteten for alvorlig skadde pasienter er lavere dersom de transporteres til traumesentre fremfor akuttssykehus med definert traumeberedskap. Vi vet heller ikke hvor lang tid det i tilfelle er riktig å bruke på transport fremfor behandling på nærmeste traumesykehus.

«Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom de fire traumesentrene. Imidlertid var det forskjell mellom primærinnlagte ved akuttssykehus i Helse Nord og de tre øvrige regionene»

To nylige svenske studier rapporterte fra samme register, men kom til motstridende resultat. Strømmer og medarbeidere så på pasienter over 15 år med svært alvorlige skader (New Injury Severity Score ≥ 16) og risikojustering og fant at bare pasienter med traumatisk hodeskade hadde lavere mortalitet på traumesentre (1). Motsatt fant Candefjord og medarbeidere lavere mortalitet for alle typer skade behandlet på traumesenter sammenlignet med pasienter på akuttssykehus med traumefunksjon (2). I denne studien så man imidlertid på flere grupper av alvorlighetsgrader og brukte en ikke-anerkjent risikojustering.

Fra Norge finnes en ny studie basert på

Nasjonalt traumeregister for perioden 2015–18 (3). Vi sammenlignet her mortalitet nasjonalt, mellom helseregioner samt mellom traumesentre og akuttssykehus. Pasientenes risiko for død ble justert med modellen NORMIT 2 (4). Traumesenter var første mottagende sykehus for 36,4 % av pasientene.

Forskjeller mellom helseregioner og sykehus

Ujustert overlevelse for totalpopulasjonen var 96,9 %, og blant svært alvorlig skadde pasienter (Injury Severity Score ≥ 16) overlevde 85,5 %. Det var ingen forskjell mellom regionene.

Risikojustert overlevelse ble beregnet som antall liv per 100 pasienter som enten «tapes» eller «vinnes» sammenlignet med en norsk referansepopulasjon. For de svært alvorlig skadde pasientene var risikojustert overlevelse nasjonalt –1,82 per 100 pasienter, i Helse Sør-Øst –1,92, Helse Vest –1,18, Helse Midt –0,17 og Helse Nord –6,32. Helse Nord hadde signifikant lavere overlevelse ($p = 0,004$) for svært alvorlig skadde.

Forskjeller mellom traumesenter og akuttssykehus

For totalpopulasjonen var risikojustert overlevelse +0,20 per 100 pasienter ved primærinnleggelse på traumesenter og –0,28 på akuttssykehus ($p < 0,0001$). Det var ingen signifikant forskjell i risikojustert overlevelse mellom de fire regionale traumesentrene eller mellom de fire regionenes akuttssykehus.

Pasienter med svært alvorlig skade hadde risikojustert overlevelse på –0,24 per 100 pasienter ved primærinnleggelse på traumesenter og –3,37 på akuttssykehus ($p < 0,0001$). Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom de fire traumesentrene. Imidlertid var det forskjell mellom primærinnlagte ved akuttssykehus i Helse Nord og de tre øvrige regionene. Akuttssykehus i Helse Nord hadde en risikojustert overlevelse på –8,72 per 100 pasienter, mens akuttssykehusene i de tre andre regionene samlet hadde en overlevelse på –2,84 per 100 pasienter ($p = 0,0006$).

Status for norsk traumebehandling

Forskjellene som ble funnet i studien, gjelder for de svært alvorlig skadde pasientene (Injury Severity Score ≥ 16), som hadde noe lavere risikojustert overlevelse ved pri-

mærinnleggelse på akuttssykehus enn på traumesenter og noe lavere på akuttssykehus i Nord-Norge enn i de øvrige regionene. Traumesentrene i Norge har et komplett medisinsk behandlingstilbud. Dette forklarer antagelig bedre overlevelse ved enkelte skadetyper og ved multiple skader. Tilsvarende funn er gjort i studier fra andre land.

«En bedring av traumeomsorgen vil ha størst betydning for overlevelse i de tynnest befolkede landsdelene»

Svært alvorlig skadde pasienter mottatt på akuttssykehus hadde lavere risikojustert overlevelse i Helse Nord. Flere faktorer kan ha bidratt til dette. Andelen pasienter som kommer direkte til traumesenter i Helse Nord er lav. Større avstander, lengre prehospital tid og lengre tid til overføring til traumesenter kan også påvirke overlevelsen. Dette ble ikke undersøkt i studien.

De aller fleste (70–85 %) som dør i Norge etter alvorlige skader, omkommer før helsepersonell kommer frem (5). Forebygging er derfor viktig. Å bedre traumeomsorgen kan likevel gi avkastning. En teoretisk løsning kunne være å transportere flere alvorlig skadde pasienter direkte til traumesenter. Lange avstander, behov for lufttransport til traumesenter og vær- og lysforhold byr imidlertid på utfordringer. Internasjonalt er det heller ingen konsensus om gevinstene ved sentralisering kontra gevinsttap ved lengre transporttid. En slik sentralisering vil i tillegg ha omfattende konsekvenser for andre pasientgrupper.

En bedring av traumeomsorgen vil ha størst betydning for overlevelse i de tynnest befolkede landsdelene. Nasjonal traumeplan definerer kravene til kurs og øving, og dette kontrolleres av regionale traumekoordinatorene. Det er antagelig også behov for å se på mulighetene for enda raskere overflytting til traumesenter.

Traumeomsorgen i Norge er god – fullt på høyde med våre naboland. I studien har vi likevel funnet noen områder der vi kan bli enda litt bedre.

Mottatt 9.6.2023, første revisjon innsendt 29.6.2023, godkjent 3.7.2023.

TORBEN WISBORG

torben@wisborg.net

er spesialist i anestesioologi, overlege ved Akutt-avdelingen, Finnmarkssykehuset, Hammerfest, professor ved UiT Norges arktiske universitet og forskningsleder ved Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har fått betalt reise til forskningsgruppemøter av Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi. Han er ulønnet daglig leder og styremedlem i Stiftelsen BEST og ulønnet fagrådsmedlem i Nasjonalt traumeregister.

TROND DEHLI

er spesialist i generell kirurgi og i gastrokirurgi, overlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har fått betalt reise til forskningsgruppemøter og dekket utgifter til open access av UiT Norges arktiske universitet.

TORSTEN EKEN

er dr.med., spesialist i anesthesiologi, overlege ved Oslo universitetssykehus, Ullevål og professor ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forskningsmidler fra Stiftelsen Norsk Luftambulans, fått betalt reise til forskningsgruppemøter av Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi og fått dekket reise til kongress av Den norske legeforening. Han er ulønnet styremedlem i Stiftelsen BEST og ulønnet fagrådsmedlem i Nasjonalt traumeregister.

GUTTORM BRATTEBØ

er seksjonsoverlege ved Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssykehus og professor i traumatologi ved Universitetet i Bergen. Han er norsk representant i European Board of Anaesthesiology.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er ulønnet styreleder i Stiftelsen BEST og har fått betalt reise til forskningsgruppemøter av Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi.

LARS GUNNAR JOHNSEN

er spesialist i ortopedi og i generell kirurgi.

Han er overlege ved Ortopedisk traumeseksjon, St. Olavs hospital og førsteamanuensis i ortopedi ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har fått betalt reise til forskningsgruppemøter av Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi.

LITTERATUR

- 1 Strømmer L, Lundgren F, Ghorbani P et al. Risk-adjusted mortality in severely injured adult trauma patients in Sweden. *BJS Open* 2022; 6: zrac017.
- 2 Candefjord S, Asker L, Caragounis E-C. Mortality of trauma patients treated at trauma centers compared to non-trauma centers in Sweden: a retrospective study. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2022; 48: 525–36.
- 3 Dehli T, Wisborg T, Johnsen LG et al. Mortality after hospital admission for trauma in Norway: A retrospective observational national cohort study. *Injury* 2023; 110852: 110852.
- 4 Skaga NO, Eken T, Søvik S. Validating performance of TRISS, TARN and NORMIT survival prediction models in a Norwegian trauma population. *Acta Anaesthesiol Scand* 2018; 62: 253–66.
- 5 Bakke HK, Wisborg T. Rural high north: a high rate of fatal injury and prehospital death. *World J Surg* 2011; 35: 1615–20.

Forskningsstipend

AstraZeneca og Norsk Endokrinologisk Forening ønsker både unge lovende og etablerte forskere fra hele Norge velkomne til å søke om forskningsstipend innen diabetes.

Stipendet på 75 000 NOK er ment å stimulere klinisk forskning i Norge innen terapiområdet diabetes. Alle leger som forsker innen dette feltet er velkomne til å søke.

Send søknad innen 1. oktober 2023 til:
asne.bakke@sus.no

Gjennomgang av søknadene og nominasjon utføres av en uavhengig komite oppnevnt av Norsk Endokrinologisk Forening

Annonsering av vinner på den internasjonale diabetesdagen 14. november 2023.

Søknadsfrist:
1. oktober 2023.



Søknaden må inneholde:

- Prosjektplan maks 5 A4-sider
- Økonomisk plan
- Beskrivelse av hvilke stipender og donasjoner som tidligere er søkt og innvilget for samme prosjekt.
- CV og attest fra oppdragsgiver/leder som dokumenterer søkerens kvalifikasjoner og ansettelsesforhold

Kontaktpersoner:

Trine E Finnes
Leder, NEF
Telefon: 902 14 697

Åsne Bakke
Sekretær, NEF
Telefon: 977 77 494



AstraZeneca AS - Nordic Marketing Company
P O Box 6050 Etterstad, NO-0601, Norway
T: +47 21 00 64 00 astrazeneca.no



Norsk endokrinologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

CT som primærdiagnostikk ved mistenkt hoftebrudd

Sykehuset Østfold bruker CT som primær radiologisk undersøkelse ved mistenkte hofte- og bekkenbrudd, mens norske retningslinjer anbefaler konvensjonell røntgen. Våre erfaringer tilsier at CT-undersøkelse kan gjennomføres raskt og skånsomt, og diagnostikken blir mer nøyaktig.

Brudd i hofte og bekken er blant de vanligste ortopediske problemstillingene ved norske sykehus. Pasienter med hoftebrudd trenger kirurgisk behandling, mens de med bekkenbrudd som regel skal behandles uten operasjon, men med god smertelindring og rask mobilisering. I Norge opererer vi rundt 9 000 med hoftebrudd hvert år (1), og rask røntgendagnostikk er viktig for å kunne tilby snarlig kirurgi.

Prognosen for bekkenbrudd er trolig som for hoftebrudd, med høy risiko for påfølgende komplikasjoner som følge av

immobilisering og med risiko for økt dødelighet. Utfallet, sykkelighet og dødelighet, for gruppen av pasienter i Norge med stabile og ikke-diagnostiserte bekkenbrudd er ikke kjent, men en sikker brudddiagnose utløser trolig raskere ressurser til nødvendig behandling og omsorg.

Norske og internasjonale retningslinjer anbefaler fortsatt konvensjonell røntgen som primær bildediagnostikk ved mistanke om hoftebrudd (2-4). I et pilotprosjekt ved Sykehuset Østfold endret man i 2014 fra røntgen til CT for pasienter over 60 år med mistenkt hofte- eller bekkenbrudd. Bakgrunnen var flere oversette hoftefrakturer. Ordningen er nå en etablert klinisk praksis ved sykehuset.

«CT er en rask og skånsom undersøkelse, og det er svært sjelden vi overser brudd»

Etter snart ti år med denne praksisen er vår erfaring at CT er en god primærdiagnostisk undersøkelse for denne pasientgruppen. Vi mener at fordelene ved undersøkelsen klart veier opp for ulempene. CT er en rask og skånsom undersøkelse, og det er svært sjelden vi overser brudd.

Pasientene legges rett på røntgenbåre ved ankomst og slipper forflytninger når de skal inn i CT-maskinen. Ved røntgen må pasientene forflyttes og manipuleres i større grad enn ved CT for å få korrekte bilder. Total stråledose er høyere ved CT sammenlignet med røntgen, men av liten betydning i den aktuelle aldersgruppen. Praksisen sikrer god flyt i akuttmottaket og ved radiologisk avdeling. I tillegg reduserer CT arbeidsmengden for radiografene.

I litteraturen finner man argumenter for å upplere med MR etter røntgen dersom det er sterk klinisk mistanke om hoftebrudd (3-5). Vårt inntrykk er at man ved norske sykehus supplerer med CT etter røntgen grunnet større tilgang til denne undersøkelsen enn MR.

Dersom tilgangen på CT er god, finner vi få argumenter for å velge røntgen fremfor CT som primærdiagnostikk ved mistenkt hofte- og bekkenbrudd hos eldre. Det ville være interessant med en studie for å kartlegge både «harde» og «myke» utfall av røntgen sett mot CT i denne pasientgruppen. Kanskje er det uansett tid for å oppdatere retningslinjene?

Mottatt 29.6.2023, godkjent 7.7.2023.

IDA KRISTINE LIBORG

ida.kristine.liborg@gmail.com

er medisinstudent på 6. året ved Universitetet i Oslo.

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

ASBJØRN SORTEBERG

er spesialist i ortopedi og avdelingssjef ved Ortopedisk avdeling, Sykehuset Østfold.

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

ANNE SOFIE FRØYSHOV LARSEN

er overlege ved Radiologisk avdeling, Sykehuset Østfold.

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

JOSTEIN GLEDITSCH

er spesialist i radiologi og avdelingssjef ved Radiologisk avdeling, Sykehuset Østfold.

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

PETTER MORTEN PETERSEN

er spesialist i ortopedisk kirurgi og konstituert overlege ved Ortopedisk avdeling, Sykehuset Østfold.

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

LITTERATUR

- 1 Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Nasjonalt Hoftebruddregister. Lest 4.7.2023.
- 2 Norsk ortopedisk forening, Norsk forening for geriatri og Norsk anestesilogisk forening. Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd. Lest 4.7.2023.

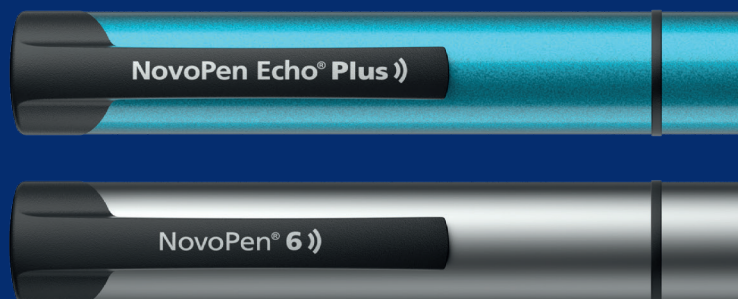
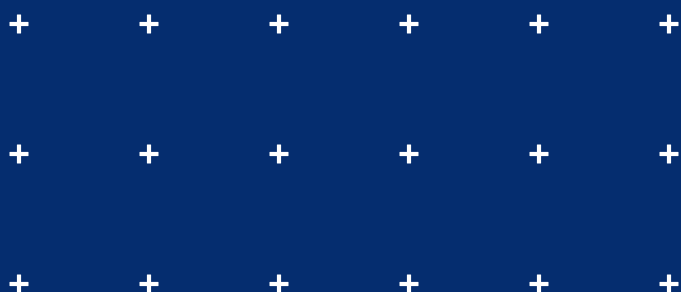
- 3 UpToDate. Overview of common hip fractures in adults. Lest 4.7.2023.
- 4 Guidelines NICE. Hip fracture: management. Lest 4.7.2023.
- 5 Haj-Mirzaian A, Eng J, Khorasani R et al. Use of Advanced Imaging for Radiographically Occult

Hip Fracture in Elderly Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Radiology 2020; 296: 521-31.



For å tilby individualisert diabetesbehandling trenger du pålitelige data

Flergangspenner til insulinbehandling med minnefunksjon og digitalt display*



Smarte penner. Smart behandling.

Vær oppmerksom på at hvis NovoPen® 6 og NovoPen Echo® Plus ikke brukes på riktig måte kan dette ha betydning for doseringen av legemidlet.

* Kompatibel med insulin som er tilgjengelig i Penfill® 3ml sylindrampulle fra Novo Nordisk.



Les mer om smarte insulinpenner her

Arbeidsmiljøloven gjelder også for leger

Arbeidsmiljøloven gir oss verktøy for systematisk å endre arbeidsmiljøet til det bedre.

Legers arbeidsmiljø er satt på dagsordenen etter at en kollega nylig tok sitt eget liv. I sosiale medier og andre medier samles leger under bevegelsen #legermåleve. Der deles historier fra arbeidslivet som gjør inntrykk (1, 2). Mye av det som kommer fram, kan sorteres under begrepene *organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer* (3–6), blant annet lange arbeidsuker, dårlig balanse mellom jobbkrav og -kontroll samt jobbkrav som forstyrrer privatlivet. På mange av disse faktorene skårer leger som yrkesgruppe og sykehustjenester som næring dårligere enn gjennomsnittet i norsk arbeidsliv (7).

«Arbeidsmiljøloven skal sikre at arbeidsgiver tilbyr et fullt forsvarlig arbeidsmiljø som ikke gir fysiske eller psykiske skadevirkninger»

Arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter skal sikre at arbeidsgiver tilbyr et fullt forsvarlig arbeidsmiljø som ikke gir fysiske eller psykiske skadevirkninger (8). Tvert imot skal arbeidsmiljøet være helsefremmende. Loven skal sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling, et godt ytringsklima, tilrettelegging for den enkelte forutsetninger og livssituasjon samt et inkluderende arbeidsliv. Den gir oss rettigheter, men også plikter. Ikke minst gir den oss lovfestede verktøy som vi systematisk kan – og skal – bruke til å gjøre vårt arbeidsmiljø og vår arbeidshverdag bedre.

Hverdagstiltak vi alle kan bidra med
Verneombudet skal ivareta arbeidstakernes interesser i saker som angår arbeidsmiljøet. Verneombudet kan, som en av få aktører i arbeidslivet, stanse arbeidet dersom det er fare for arbeidstakers liv eller helse. Ofte blir tillitsvalgt feilaktig brukt i stedet for verneombud i arbeidsmiljø saker. Bli kjent med ditt verneombud, bruk vedkommende, og vurder å bli verneombud selv.

Arbeidsgiver er pålagt systematisk (jevnlig og planlagt) å kartlegge, og rette opp i, risikoforhold i arbeidsmiljøet. Dette kan blant annet gjøres gjennom regelmessige *vernerunder*. En vernerunde skal belyse ulike faktorer i arbeidsmiljøet: psykososiale, organisatoriske, fysiske, kjemiske og biologiske. Lederen har ansvar for vernerunden, mens verneombudet skal bidra. Du som enkeltansatt skal involveres. Som ansatt bør du etterspørre vernerunde, bidra til den og etterspørre tiltaksplanen etter gjennomført runde. Som leder eller verneombud bør du tilpasse vernerundeskjemaet slik at det fanger opp aktuelle risikofaktorer på din arbeidsplass. Vernerunden kan deles opp slik at den blir enklere å gjennomføre, og den skal alltid etterfølges av en realistisk tiltaksplan. En særskilt vurdering av enkelte risikofaktorer kan være nødvendig. Be gjerne bedriftshelsetjenesten om bistand.

Arbeidstidsordninger utenom normalarbeidstid skal forsvarlighetsvurderes. Det betyr å vurdere om det er helse- og sikkerhetskonsekvenser ved arbeidstidsordningen. Dette skal helst gjøres årlig, og i tillegg alltid når nye arbeidstidsordninger innføres eller eksisterende endres. Selv om partene i arbeidslivet (arbeidsgiver, fagforeninger) inngår avtaler som går utover arbeidsmiljølovens grenser, skal ikke arbeidstidsordningen true helse, velferd og sikkerhet. Altså kan ikke rammene i avtalene alltid utnyttes. Som ansatt kan du etterspørre forsvarlighetsvurderingen, bidra til den, og igjen gjerne be bedriftshelsetjenesten om bistand. Bedriftshelsetjenesten skal ha inngående kunnskap om helse- og sikkerhetsrisikoer som gjelder arbeidstidsordninger.

Arbeidsgiver har generell og individuell *tilretteleggingsplikt*. Arbeidstilsynet skriver: «I utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal arbeidet organiseres og legges til rette ut fra den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger» (9). Det betyr, blant annet, at du som ansatt kan ha rett til redusert arbeidstid dersom du har sviktende helse, pleietrengende foreldre eller ønske om mer tid med dine små barn.

Du har krav på ergonomisk tilrettelegging – og opplæring – dersom du har arbeidsoppgaver med ugunstige kroppsstillinger, slik som kirurgiske inngrep, øre-, nese- og halsundersøkelser, ultralydundersøkelser og liknende. Det betyr at du ved svangerskap skal få tilrettelegging slik at arbeidsmiljøet

ikke er til fare for deg eller fosteret, eksempelvis fritak fra vakt og enkelte arbeidsoppgaver. Husk at svangerskapsenger kan være gradert og kombinert med sykepenger. Det betyr at arbeidsgiver skal organisere arbeidet slik at du har mulighet til pauser, at det er tilstrekkelig med ressurser til å utføre arbeidet (og med det redusere den velkjente «samtidigheitskonflikten») og at det settes av tid til faglig utvikling. Det betyr også at vi som ansatte må akseptere og støtte at du og dine kollegaer får ulik tilrettelegging ut fra individuelle hensyn. Tilrettelegging for en ansatt skal heller ikke gå ut over en annen ansatt. Be gjerne bedriftshelsetjenesten om bistand og bruk verneombud og tillitsvalgt.

Legers meldeplikt

Arbeidsmiljøloven § 5–3 (8) pålegger enhver lege som gjennom sitt arbeid får kunnskap om skade eller sykdom som legen *antar* skyldes pasientens arbeidssituasjon, å gi skriftlig melding til Arbeidstilsynet. Sykdommen trenger *ikke* å være en godkjent yrkessykdom eller -skade for at meldingen skal sendes. Tvert imot er hensikten at Arbeidstilsynet skal få oversikt over det vi, som medisinsk fagkyndige, antar skyldes arbeidssituasjonen. Ut fra dette kan de sette i gang forskning, forebyggende arbeid og tilsyn. Rent praktisk gis den skriftlige meldingen ved å benytte skjema 154 (10). Arbeidsgiver bør i tillegg gjøres oppmerksom på arbeidsrelatert sykdom. Dette kan gjøres ved å merke egenmeldinger og sykmeldinger med «arbeidsrelatert».

«Arbeidsgiver har generell og individuell tilretteleggingsplikt»

Arbeidsmiljøloven legger til rette for at vi i vårt daglige arbeid som lege kan og skal medvirke til et godt arbeidsmiljø som systematisk skal forbedres. Både for oss selv – og alle arbeidstakere i Norge.

Artikkelen er basert på et Facebook-innlegg som forfatteren publiserte i gruppene Leger i Norge og Norske legers uformelle kvinnennettverk.

Mottatt 14.7.2023, godkjent 30.7.2023.

STINE SKOGLUND MACHIEDO

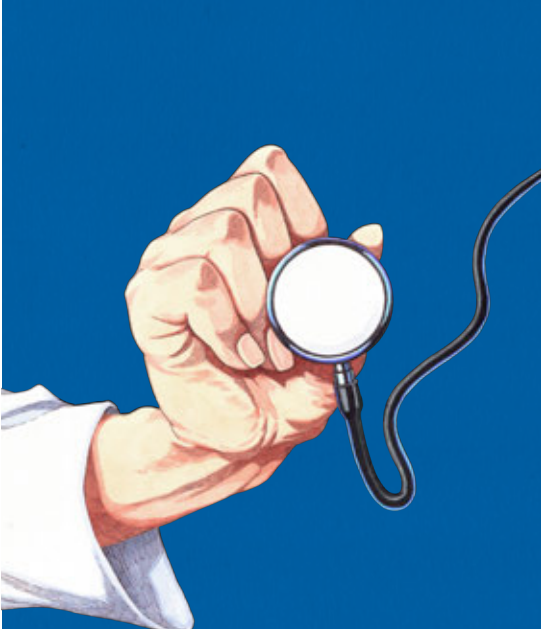
stine.skoglund.machiedo@unn.no

er bedriftslege ved Bedriftshelsetjenesten, Universitetssykehuset Nord-Norge og lege i utdanningsstilling i arbeidsmedisin.

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

LITTERATUR

- 1 Psykologisk.no. Ti leger forteller: Historier fra insiden av det norske helsevesenet. Lest 10.7.2023.
- 2 Topdahl RC. – Kan risikere å legge inn en tidobbel dose medisin. NRK 11.6.2022. Lest 10.7.2023.
- 3 Arbeidstilsynet. Psykososialt arbeidsmiljø. Lest 10.7.2023.
- 4 Arbeidstilsynet. Organisatorisk arbeidsmiljø. Lest 10.7.2023.
- 5 Statens arbeidsmiljøinstitutt. Hva er psykososialt arbeidsmiljø? Lest 10.7.2023.
- 6 Statens arbeidsmiljøinstitutt. Hva er organisatorisk arbeidsmiljø? Lest 10.7.2023.
- 7 Statens arbeidsmiljøinstitutt. Fakta om arbeidsmiljø og -helse. Lest 10.7.2023.
- 8 LOV-2005-06-17-62. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Lest 10.7.2023.
- 9 Arbeidstilsynet. Tilrettelegging av arbeidet. Lest 10.7.2023.
- 10 Arbeidstilsynet. Meldeplikta til leger. Lest 10.7.2023.



Lytt til Tidsskriftets podkast

NY EPISODE HVER UKE

I Stetoskopet snakker vi med norske leger om aktuelle problemstillinger og ny forskning.

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

EVRENZO™ is indicated for treatment of adult patients with symptomatic anaemia associated with chronic kidney disease (CKD)¹



▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Se pkt. 4.8 for informasjon om bivirkningsrapportering.

EVRENZO™ (roksadustat)

Middel mot anemi. ATC-kode: B03XA05.

TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg, 50 mg, 70 mg, 100 mg, 150 mg: Hver tablett inneholder: Roksadustat 20 mg, resp. 50 mg, 70 mg, 100 mg og 150 mg, laktose, soyalecitin, hjelpestoffer. Fargestoff: Allurarød AC aluminiumlakk (E129) og titandioksid (E171).

Indikasjon: Behandling av voksne pasienter med symptomatisk anemi som er assosiert med kronisk nyresykdom (CKD).

Dosering: Behandling skal initieres av lege med erfaring i behandling av anemi. Andre årsaker til anemi bør vurderes før behandling innledes og ved beslutning om doseøkning. Dosen skal tilpasses individuelt slik at man oppnår og opprettholder et mål nivå for Hb på 10 til 12 g/dl. Dosen tas tre ganger pr. uke, men ikke to dager på rad. Behandling med roksadustat skal ikke fortsette ut over 24 uker dersom det ikke oppnås en klinisk betydningsfull økning i Hb-nivå. **Startdose:** Man bør sørge for at pasienten har tilfredsstillende jernlagre før behandlingsstart. *Pasienter som ikke er under behandling med et erytropoese stimulerende middel (ESA):* Hos pasienter som starter behandling av anemi uten tidligere å ha blitt behandlet med ESA, er anbefalt startdose med roksadustat 70 mg tre ganger i uken for pasienter som veier mindre enn 100 kg, og 100 mg tre ganger i uken for pasienter som veier 100 kg og oppover. *Pasienter som konverterer fra et ESA:* Pasienter som er under behandling med et ESA, kan konvertere til roksadustat. Konvertering av dialyse pasienter som ellers er stabile på ESA-behandling, skal imidlertid bare vurderes når det finnes en gyldig klinisk årsak. Konvertering av dialyseavhengige pasienter som ellers er stabile på ESA-behandling, har ikke blitt undersøkt. En beslutning om å behandle disse pasientene med roksadustat skal bygge på en nytte-risiko-vurdering for den enkelte pasient. Se pkt. 4.2 i preparatdelen for detaljert doseringsinformasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet, peanøtter, soya eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1 i preparatdelen; Tredje trimester av graviditet; Amming.

Advarsler og forsiktighetsregler: Kardiovaskulær risiko og risiko for død: Kardiovaskulær risiko og risiko for død har samlet sett blitt vurdert å tilsvare den kardiovaskulære risikoen og risikoen for død knyttet til behandling med erytropoese stimulerende midler, basert på data fra en direkte sammenligning av begge behandlinger. Ettersom denne risikoen for pasienter med CKD-assosiert anemi som ikke er på dialyse, ikke kunne beregnes med tilstrekkelig sikkerhet sammenlignet med placebo, skal beslutninger om å behandle disse pasientene med roksadustat bygge på de samme vurderinger som gjøres før behandling med et erytropoese stimulerende middel. Dessuten er det identifisert flere medvirkende faktorer som kan gi denne risikoen, inkludert manglende respons på behandling og konvertering av dialyse pasienter som er stabile på ESA-behandling. Ved manglende respons skal behandling med roksadustat ikke fortsettes utover 24 uker etter behandlingsstart. Konvertering av dialyse pasienter som ellers er stabile på ESA-behandling, skal bare vurderes når det er en gyldig klinisk grunn. For pasienter som er stabile på ESA-behandling med CKD-assosiert anemi og som ikke er på dialyse, kan denne risikoen ikke beregnes, da disse pasientene ikke har blitt studert. Beslutninger om å behandle slike pasienter med roksadustat skal bygge på en nytte-risiko-vurdering for den enkelte pasienten.

Trombotiske vaskulære hendelser: Den rapporterte risikoen for trombotiske vaskulære hendelser (TVE-er) skal vurderes nøye opp mot fordelene ved behandling med roksadustat, spesielt hos pasienter med eksisterende risikofaktorer for TVE, som fedme og tidligere TVE-er (f.eks. dyp venetrombose [DVT] og lungeembolisme [PE]). Dyp venetrombose ble rapportert som vanlig og lungeembolisme som mindre vanlig hos pasienter i kliniske studier. Flertallet av DVT- og PE-hendelsene var alvorlige. Trombose i vaskulær tilgang (VAT) ble rapportert som svært vanlig hos CKD-pasienter på dialyse i kliniske studier. Hos CKD-pasienter på dialyse var forekomsten av VAT hos pasienter behandlet med roksadustat høyest i de første 12 ukene etter starten av behandlingen, ved Hb-verdier høyere enn 12 g/dl og i en situasjon der Hb økte mer enn 2 g/dl i løpet av 4 uker. Det anbefales å overvåke Hb-nivået og justere dosen i samsvar med dosejusteringsreglene (se tabell 2 i pkt. 4.2 i preparatdelen) for å unngå et Hb-nivå høyere enn 12 g/dl og en økning i Hb på mer enn 2 g/dl i løpet av 4 uker. Pasienter med tegn og symptomer på TVE-er skal undersøkes umiddelbart og behandles i henhold til retningslinjene. Beslutningen om å avbryte eller avslutte behandlingen skal baseres på en nytte-risiko-vurdering for den enkelte pasienten. **Krampeanfall:** Krampeanfallet ble rapportert som vanlig hos pasienter i kliniske studier som fikk roksadustat. Roksadustat skal brukes med varsomhet hos pasienter som har hatt krampeanfallet (konvulsjoner eller anfall), epilepsi eller sykdommer assosiert med en predisposisjon for anfallsaktivitet, som infeksjoner i sentralnervesystemet (CNS). Beslutninger om å avbryte eller avslutte behandlingen skal baseres på en nytte-risiko-vurdering for den enkelte pasienten. **Alvorlige infeksjoner:** De vanligste rapporterte alvorlige infeksjonene var lungebetennelse og urinveisinfeksjoner. Pasienter med tegn og symptomer på en infeksjon skal undersøkes umiddelbart og behandles i henhold til retningslinjene. **Sepsis:** Sepsis var en av de vanligste rapporterte alvorlige infeksjonene og inkluderte også dødsfall. Pasienter med tegn og symptomer på sepsis (f.eks. en infeksjon som sprer seg i hele kroppen, med lavt blodtrykk og mulighet for organsvikt) skal undersøkes umiddelbart og behandles i henhold til retningslinjene. **Sekundær hypotyreose:** Tilfeller av sekundær hypotyreose har blitt rapportert ved bruk av roksadustat. Disse reaksjonene var reversible etter seponering av roksadustat. Overvåking av tyreoidfunksjon er anbefalt når klinisk indiser. **Mangelfull respons på behandling:** Ved mangelfull respons på behandling med roksadustat skal man igangsette leting etter årsaksfaktorer. Ernæringsmangler skal rettes opp. Tilstandende infeksjoner, skjult blodtap, hemolyse, alvorlig aluminiumforgiftning, underliggende hematologiske sykdommer eller benmargsfibrose kan også forstyrre den erytropoetiske responsen. Måling av retikulocytinnivået skal vurderes som en del av undersøkelsen. Dersom typiske årsaker til manglende respons utelukkes og pasienten har retikulocytopeni, skal man vurdere å foreta en benmargundersøkelse. Hvis man ikke finner en årsak til utilfredsstillende respons på behandling, skal behandling med EVRENZO ikke fortsette ut over 24 uker. **Nedsatt leverfunksjon:** Man skal være varsom når man administrerer roksadustat til pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh-klasse B). EVRENZO anbefales ikke brukt hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh-klasse C). **Graviditet og prevensjon:** Roksadustatbehandling skal ikke initieres hos kvinner som planlegger å bli gravid, som er gravid, eller som får diagnostisert CKD-assosiert anemi under graviditet. I slike tilfeller skal alternativ behandling startes, hvis aktuelt. Hvis graviditet oppstår under behandling med roksadustat, skal behandlingen avbrytes og alternativt behandling startes, hvis aktuelt. Kvinner i fertil alder må bruke svært sikker prevensjon under behandlingen og i minst én uke etter den siste dosen med EVRENZO. **Misbruk:** Misbruk kan føre til en overdreven økning i celletettheten. Dette kan være forbundet med livstruende komplikasjoner i det kardiovaskulære systemet. **Hjelpestoffer:** EVRENZO inneholder laktose. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktose malabsorpsjon skal ikke ta dette legemidlet. EVRENZO inneholder allurarød AC aluminiumlakk, som kan forårsake allergiske reaksjoner. EVRENZO inneholder små mengder soyalecitin. Pasienter som er allergiske overfor peanøtter eller soya, skal ikke bruke dette legemidlet.

Interaksjoner: Effekter av andre legemidler på roksadustat: *Fosfatbinder og andre produkter som inneholder multivalente kationer:* Samtidig administrering av fosfatbinderne sevelamerkarbonat eller kalsiumacetat reduserer AUC og C_{max} for roksadustat. Roksadustat kan danne et chelat med multivalente kationer som fosfatbinder eller andre produkter som inneholder kalsium, jern, magnesium eller aluminium. Forskjøvet administrering av fosfatbinder (minst 1 time mellom) hadde ingen klinisk signifikant effekt på roksadustateksponeringen hos CKD-pasienter. Roksadustat skal tas minst 1 time etter administrering av fosfatbinder eller andre legemidler eller tilskudd som inneholder multivalente kationer. *Modifikatorer av CYP2C8- eller UGT1A9-aktivitet:* Roksadustat er substrat til CYP2C8 og UGT1A9. Samtidig administrering med gemfibrozil (CYP2C8- og OATP1B1-hemmer) eller probenecid (UGT- og OAT1/OAT3-hemmer) øker AUC og C_{max} for roksadustat. Kontroller Hb-nivået ved igangsettelse eller avslutning av samtidig behandling med gemfibrozil, probenecid, andre kraftige hemmere eller induktorer av CYP2C8 eller andre kraftige hemmere av UGT1A9. **Effekter av roksadustat på andre legemidler:** *OATP1B1- eller BCRP-substrater:* Roksadustat er hemmer av

BCRP og OATP1B1. Disse transportørene spiller en viktig rolle i det intestinale og hepatiske opptaket og effluksen av statiner. Samtidig administrering med simvastatin øker AUC og C_{max} for simvastatin. Det forventes også interaksjoner med andre statiner. Ved samtidig administrering skal bivirkninger knyttet til statiner overvåkes og ev. dosejustering foretas. Roksadustat kan øke plasmaeksponeringen av andre legemidler som er substrater for BCRP eller OATP1B1. Overvåk mulige bivirkninger av samtidig administrerte legemidler, og juster dosen iht. dette. **Roksadustat og erytropoese stimulerende midler (ESA):** Ikke undersøkt. Kombinasjonen anbefales ikke.

Fertilitet, graviditet og amming: **Graviditet:** Data mangler. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet. Kontraindisert under tredje trimester. Er ikke anbefalt under første og andre trimester. Kvinner i fertil alder må bruke svært sikker prevensjon under behandlingen og i minst 1 uke etter den siste dose. Hvis graviditet oppstår under behandling, skal behandlingen avbrytes og ev. alternativt behandling igangsettes. **Amming:** Ukjent om roksadustat/metabolitter utskilles i human morsmelk. Utskillelse i melk hos dyr er sett. Kontraindisert ved amming. **Fertilitet:** Dyrestudier viste ingen effekter av roksadustat på fertilitet. Det ble imidlertid observert endringer i hannrotters reproduksjonsorganer. Mulige effekter av roksadustat på mannlig fertilitet hos mennesker er ukjent. Ved en maternaltoksisk dose ble det sett økt embryodød.

Bivirkninger: **Sammendrag av sikkerhetsprofilen:** Sikkerheten til EVRENZO ble evaluert hos 3542 dialyseavhengige (NDD) og 3353 dialyseavhengige (DD) pasienter med anemi og kronisk nyresykdom som hadde fått minst én dose med roksadustat. De vanligste (≥10%) bivirkningene knyttet til roksadustat er hypertensjon (13,9%), trombose i vaskulær tilgang (12,8%), diaré (11,8%), perifer ødem (11,7%), hyperkalemi (10,9%) og kvalme (10,2%). De vanligste (≥1%) alvorlige bivirkningene knyttet til roksadustat var sepsis (3,4%), hyperkalemi (2,5%), hypertensjon (1,4%) og dyp venetrombose (1,2%). **Bivirkningstabell:** Bivirkninger observert under kliniske studier og/eller etter markedsføring er oppført i dette avsnittet etter frekvenskategorier. Frekvenskategoriene er definert på følgende måte: svært vanlige (≥1/10); vanlige (≥1/100 til <1/100); mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100); sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000); svært sjeldne (<1/10 000); ikke kjent (kan ikke anslås ut fra tilgjengelige data).

MedDRA-organklasser (SOC)	Frekvenskategori	Bivirkning
Infeksjoner og parasittære sykdommer	Vanlige	Sepsis
Endokrine sykdommer	Ikke kjent	Sekundær hypotyreose
Stoffskifte- og ernæringsbetingede sykdommer	Svært vanlige	Hyperkalemi
Psykiatriske lidelser	Vanlige	Insomni
Nevrologiske sykdommer	Vanlige	Krampeanfallet, hodepine
Karsykdommer	Svært vanlige	Hypertensjon, trombose i vaskulær tilgang (VAT) ¹
	Vanlige	Dyp venetrombose (DVT)
Gastrointestinale sykdommer	Svært vanlige	Kvalme, diaré
	Vanlige	Konstipasjon, oppkast
Hud- og underhudssykdommer	Ikke kjent	Generalisert eksfoliativ dermatitt (DEG)
Sykdommer i lever og galleveier	Mindre vanlige	Hyperbilirubinemi
Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum	Mindre vanlige	Lungeembolisme
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet	Svært vanlige	Perifer ødem
Undersøkelser	Ikke kjent	Redusert tyreoidestimulerende hormon (TSH) i blodet

¹ Denne bivirkningen er assosiert med CKD-pasienter som var på dialyse mens de fikk roksadustat.

Beskrivelse av utvalgte bivirkninger: **Trombotiske vaskulære hendelser:** Hos CKD-pasienter som ikke var på dialyse, var DVT-hendelser mindre vanlige og forekom hos 1,0% (0,6 pasienter [pas.] med hendelser per 100 pasienter med eksponering [pas.år med exp.]) i roksadustatgruppen, og hos 0,2% (0,2 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i placebogruppen. Hos CKD-pasienter som var på dialyse, forekom DVT-hendelser hos 1,3% (0,8 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i roksadustatgruppen, og hos 0,3% (0,1 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i ESA-gruppen. Hos CKD-pasienter som ikke var på dialyse, ble lungeembolisme observert hos 0,4% (0,2 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i roksadustatgruppen, sammenlignet med hos 0,2% (0,1 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i placebogruppen. Hos CKD-pasienter som var på dialyse, ble lungeembolisme observert hos 0,6% (0,3 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i roksadustatgruppen, sammenlignet med hos 0,5% (0,3 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i ESA-gruppen. Hos CKD-pasienter som var på dialyse, ble trombose i vaskulær tilgang observert hos 12,8% (7,6 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i roksadustatgruppen, sammenlignet med hos 10,2% (5,4 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i ESA-gruppen. **Krampeanfallet:** Hos CKD-pasienter som ikke var på dialyse, forekom krampeanfallet hos 1,1% (0,6 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i roksadustatgruppen, og hos 0,2% (0,2 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i placebogruppen. Hos CKD-pasienter som var på dialyse, forekom krampeanfallet hos 2,0% (1,2 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i roksadustatgruppen, og hos 1,6% (0,8 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i ESA-gruppen. **Sepsis:** Hos CKD-pasienter som ikke var på dialyse, ble sepsis observert hos 2,1% (1,3 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i roksadustatgruppen, sammenlignet med hos 0,4% (0,3 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i placebogruppen. Hos pasienter som var på dialyse, ble sepsis observert hos 3,4% (2,0 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i roksadustatgruppen, sammenlignet med hos 3,4% (1,8 pas. med hendelser per 100 pas.år med exp.) i ESA-gruppen. **Hudreaksjoner:** Generalisert eksfoliativ dermatitt, en av de alvorlige kutane bivirkninger (SCARs), har blitt rapportert under overvåking etter markedsføring og har vist en tilknytning med roksadustatbehandling (frekvens ikke kjent). **Melding av mistenkte bivirkninger:** Melding av mistenkte bivirkninger etter godkjenning av legemidlet er viktig. Det gjør det mulig å overvåke forholdet mellom nytte og risiko for legemidlet kontinuerlig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via Statens Legemiddelverk. Nettside: www.legemiddelverket.no/meldeskjema.

Overdosering/ Forgiftning: **Symptomer:** Overdosering kan øke Hb. Supraterapeutiske enkelt doser med 5 mg/kg (opptil 510 mg) hos friske er assosiert med en forbigående økning i hjerterefreks, økt forekomst av lette til moderate muskel-skjelettsmerter, hodepine, sinus takyardi, og mindre vanlig, lavt blodtrykk. **Behandling:** Ved Hb over mål nivået (10-12 g/dl) bør roksadustat seponeres eller dosen reduseres og pasienten nøye overvåkes.

Reseptgruppe: C. Refusjonsberettiget bruk: Ingen refusjon. Foreskrives på H-resept.

Pakninger og priser (pr. 03.10.2022): Tabletter 20 mg: 12 stk. (blister) 1094,00 kr, Tabletter 50 mg: 12 stk. (blister) 2675,70 kr, Tabletter 70 mg: 12 stk. (blister) 3730,20 kr, Tabletter 100 mg: 12 stk. (blister) 5311,90 kr, Tabletter 150 mg: 12 stk. (blister) 7947,90 kr.

Innehaver av markedsføringstillatelse: Astellas Pharma Europe B.V., Sylviussweg 62, 2333 BE Leiden, Nederland.

Basert på preparatmtale godkjent d. 30.09.2022.

Full preparatmtale kan rekvireres hos Astellas Pharma.

For mer informasjon se www.felleskatalogen.no.



Astellas and the flying star logo are registered trademarks of Astellas Pharma Inc.

Astellas Pharma | Hagaløkkveien 26 | 1383 Asker | Telefon 66 76 46 00 | kontakt.no@astellas.com | www.astellas.no

EVRENZO™ can change the clinical management of anaemia of CKD

EVRENZO mimics the body's natural response to hypoxia.^{2,3} By stimulating a coordinated erythropoietic response, EVRENZO increases endogenous production of erythropoietin and improves iron bioavailability – ultimately leading to increased haemoglobin and red blood cell production.²⁻⁴

Oral administration three times weekly.⁵

Adequate iron stores should be ensured prior to initiating treatment.⁵ It is not recommended to combine administration of roxadustat and ESAs as the combination has not been studied.⁶

Roksadustat (Evrenzo) til behandling av voksne pasienter med symptomatisk anemi som er assosiert med kronisk nyresykdom (CKD)

1. Roksadustat (Evrenzo) innføres til behandling av voksne pasienter med symptomatisk anemi som er assosiert med kronisk nyresykdom (CKD).
2. Det forutsetter at prisen er lik eller lavere enn den prisen som er grunnlaget for denne beslutningen.
3. Behandlingen kan tas i bruk fra 01.12.2022.

Beslutning:

Beslutningen som er fattet av Beslutningsforum for nye metoder er resultat av en lang prosess og en grundig vurdering av de menneskelige konsekvenser som følger både av beslutning om innføring så vel som beslutning om ikke å innføre en metode for utredning, behandling og/eller prosedyre/organisering. Dersom det tilkommer nye opplysninger (herunder om pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet, pris, biotilsvarende medikamenter/generika, overlevelsestall m.m) som endrer resultatet vesentlig, vil beslutningen kunne vurderes på nytt.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Se pkt. 4.8 for informasjon om bivirkningsrapportering.

CKD, chronic kidney disease; ESA, erythropoiesis-stimulating agent.

Referanser:

1. EVRENZO SmPC, seksjon 4.1, 09.2022.
2. EVRENZO SmPC, seksjon 5.1, 09.2022.
3. Del Vecchio L and Locatelli F. Roxadustat in the treatment of anaemia in chronic kidney disease. Expert Opin Investig Drugs. 2018;27(1):125-33.
4. Locatelli F, Fishbane S, Block GA, Macdougall IC. Targeting hypoxia-inducible factors for the treatment of anemia in chronic kidney disease patients. Am J Nephrol. 2017;45:187-99.
5. EVRENZO SmPC, seksjon 4.2, 09.2022.
6. EVRENZO SmPC, seksjon 4.5, 09.2022.

Seksuelle grensekrenkelser overfor pasienter – å tenke det utenkelige

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven for å styrke pasientsikkerheten og tilliten til helse- og omsorgstjenesten.

De siste årene har mediene omtalt flere behandlere i helse- og omsorgstjenesten som skal ha benyttet posisjonen sin til å begå seksuelle overgrep og grenseoverskridelser. Fokuset har særlig blitt rettet mot myndighetenes håndtering og et samlet systems manglende evne til å forhindre, fange opp eller stoppe grenseoverskridende atferd fra helsepersonell. Med *systemet* menes her de instansene som kan reagere, primært arbeidsgiver, tilsynsmyndighetene ved Statens helsetilsyn og statsforvalterne samt politiet og påtalemyndigheten.

«Legens definisjonsmakt gjør det mulig å overskride grenser»

Det offentlige søkelyset førte til at Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte pasientovergrepsutvalget, et ekspertutvalg som leverte sin rapport 2. mai 2022 (1). Utvalget peker på en rekke utfordringer og behov for endringer, i alt fra utdanningen av helsepersonell til hvordan tilsyns- og påtalemyndighetene skal følge opp og reagere. Tilsynsmyndighetene jobber nå med flere av forslagene til praksisendring, og Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp med å foreslå flere lovendringer (2).

Vi vil i denne kronikken omtale seksuelle grensekrenkelser og overgrep og drøfte juridiske og etiske sider ved et par av lovforslagene. Grensekrenkelser omfatter i denne sammenheng helsepersonells seksuelle overgrep og intimisering og seksualisering av behandlingsrelasjonen, ofte kalt rollesammenblanding. Vi har valgt å bruke *lege* fremfor *helsepersonell* når vi drøfter problematikken, selv om alle typer klinisk arbeidende helsepersonell kan være involvert i grensekrenkelser.

Temaet er komplekst og skambelagt. Vi kan likevel ikke unngå å diskutere det og aktivt arbeide med tiltak.

Mørketall

I perioden 2010–20 mistet 116 helsepersonell autorisasjonen på grunn av seksuelle grensekrenkelser og overgrep. 40 av disse var leger, hvorav 11 var allmennleger og 11 psykiatere (1). Det er all grunn til å tro at det i tillegg er mørketall, dels fordi lojalitet, skyld og skam hindrer varsling av hendelser, og dels fordi legers definisjonsmakt og pasienters manglende kunnskap om hva som skal skje i behandlingsrommet kan skape forvirring og usikkerhet om når grensene overskrides.

I pasientovergrepsutvalgets gjennomgang av saker ble det tydelig at legens definisjonsmakt gjør det mulig å overskride grenser. Ettersom psykiatrisk behandling er mindre definert enn somatisk, kan det antas at dette gjelder spesielt innenfor psykiatrien.

Lege-pasient-forholdet er preget av asymmetri. Legen har kunnskap og definisjonsmakt som pasienten ikke har. Makten setter legen i posisjon til å hjelpe, men også til å krenke og utnytte. Ytterpunktet er seksuell utnyttelse og misbruk med voldelige overgrep.

At seksuelle grensekrenkelser og overgrep kun involverer en håndfull behandlere med dårlige holdninger og avvikende personlighet, er en forenklet forståelse. Risikoen for å overskride og krenke pasientens grenser er en yrkesrisiko i alle hjelpeyrker (3–5). I tette behandlingsforhold oppstår det gjerne sterke følelser og mer eller mindre ubevisste samspill som gjør at grenser kan overskrides (6). Å overholde profesjonelle behandlingsrammer og -grenser er legens klare juridiske, faglige og etiske plikt (7).

Det er også et samfunnsansvar å forsøke å forhindre, avdekke og stoppe grensekrenkende atferd mot sårbare pasientgrupper. Det viktigste spørsmålet i debatten er kanskje hvordan vi som samfunn skal komme i posisjon til først og fremst å forhindre, men også å avdekke og stoppe pågående grensekrenkende atferd.

Karantenetid og varig tilbakekall

Tilsynsmyndighetene skal stanse pågående uforsvarlig virksomhet i helse- og omsorgs-

tjenesten og ta uegnet helsepersonell ut av yrket. Den strengeste reaksjonen er tilbakekall av autorisasjon. Tilbakekall gjelder på ubestemt tid, og det er opp til legen gjennom søknad om ny autorisasjon å dokumentere egen skikketet eller at tilbakekallsgrunn(ene) ikke lenger er til stede.

Flere, inkludert pasientovergrepsutvalget, har tatt til orde for at helsepersonell som begår alvorlige overgrep, skal kunne fratas autorisasjonen «for alltid». Departementet foreslår nå, med utgangspunkt i pasientovergrepsutvalgets rapport, å hjemle en slik adgang. Tilleggsriteriet som må være oppfylt, er at helsepersonellet «for fremtiden kan utgjøre en alvorlig fare for pasientsikkerheten eller alvorlig svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten». Det foreslås en slags sikkerhetsventil der man har mulighet til å søke om ny autorisasjon etter ti år. For andre autorisasjonstap foreslås det en hovedregel om karantenetid på to år før man kan søke om ny autorisasjon.

Forslagene reiser flere etiske, juridiske og pedagogiske spørsmål. Overordnet må det pekes på at pasientovergrepsutvalget kun har sett på saker som gjelder overgrep begått av helsepersonell mot pasienter, mens lovforslagene vil gjelde generelt for alle lovovertrедelser.

«Flere har tatt til orde for at helsepersonell som begår alvorlige overgrep, skal kunne fratas autorisasjonen 'for alltid'»

Selv om departementet har konkludert med at varig tap av autorisasjon (og karantenetid) ikke er straff, har reaksjonene preg av dette og kan oppleves mer som straff enn som en administrativ reaksjon. Helsepersonellovens bestemmelse om straff (8), ble tatt inn for å styrke samhandlingen mellom tilsynsmyndighet og påtalemyndighet. Det er likevel viktig å skille mellom tilsynsmyndighetens og påtalemyndighetens roller og oppgaver, og mellom straff og tilsyn. Vi mener at seksuelle grensekrenkelser og overgrep i behandlingsforhold i for liten grad har blitt håndtert av politiet og påtalemyndigheten.

Tilsynsmyndighetene har i all hovedsak skriftlig saksbehandling, i kontrast til domstolens muntlighets- og bevisumiddelbarhetsprinsipp. Det er svakheter og styrker ved dette. Videre kreves det (bare) alminnelig sannsynlighetsovervekt for å fatte vedtak om tap av autorisasjon, altså at Statens helsetilsyn legger til grunn det faktum de finner mest sannsynlig. I strafferetten er utgangspunktet «at enhver rimelig tvil skal komme tiltalte til gode», og straff omtales som «samfunnets reaksjon overfor dem man er helt sikre på at har brutt loven» (9).

«En karantenetid fra tap av autorisasjon til søknad om ny autorisasjon kan behandles, vil signalisere alvoret i pliktbruddet og at det tar tid å erkjenne og bearbeide et slikt brudd»

I saker om grensekrenkelser er det ofte ord mot ord om hva som har foregått i det lukkede rommet, og det er dermed vanskelig å bedømme hva som har skjedd. Det kan stilles spørsmål ved om både pasientens og behandlerens rettssikkerhet i disse sakene i tilstrekkelig grad ivaretas ved administrativ behandling, og om den eventuelt i større grad blir ivaretatt ved etterforskning og domstolsbehandling.

Leger kan være sårbare for uriktige anklager. Metoo-kampanjen og offentlig fokus har preget tidsånden på en positiv måte ved at det er blitt mer bevissthet om hvor grensene går og lavere terskel for å melde fra. Samtidig kan det bli en større risiko for at noen fremsetter – og når frem med – uriktige anklager.

Det har vært drøftet om inngripende reaksjoner som tilbakekall av autorisasjon og rettighetstap bør være forbeholdt domstolene, og diskusjonen vil kanskje aktualiseres av foreliggende forslag.

Karantenetid

I motsetning til rettighetstap etter straffeloven gjelder tilbakekall inntil legen kan godtgjøre at hen igjen er egnet og ikke fremstår som en fare for pasientene. Det er vanskelig å forutsi tidsaspektet for dette.

Utvalgets erfaring med gjennomgang av

saker viste at mange leger raskt søkte om å få autorisasjonen tilbake, uten nødvendigvis å ha arbeidet med bakgrunnen for tilbakekallet. En karantenetid fra tap av autorisasjon til søknad om ny autorisasjon kan behandles, gir noe forutsigbarhet og kan være ressurs- og arbeidsbesparende. Det vil også signalisere alvoret i pliktbruddet og at det tar tid å erkjenne og bearbeide et slikt brudd.

Imidlertid vil ofte andre tiltak være avgjørende. Angivelse av tid må ikke ta oppmerksomheten bort fra øvrige tiltak som må iverksettes, det må heller ikke skape en forventning om ny autorisasjon så snart karantenetiden er over.

I tråd med ønske om mer nyanserte reaksjoner samt råd og veiledning, kan en mer individuell, konkret tilnærming være bedre egnet enn en generell karantenetid. I et tilbakekallsvedtak bør det fremgå hva som minimum vil kreves av både tid og tiltak før det søkes om ny autorisasjon, eventuelt også om overtredelsen vurderes som så grov at det er usannsynlig at en søknad vil bli innvilget.

Karantenetid bør uansett regnes fra tidspunktet autorisasjonen er tilbakekalt, ikke fra endelig vedtak eller rettskraftig dom, som nå foreslås. Det vil, i lys av tiden det vil ta å overprøve vedtaket og hvor sjelden det innvilges oppsettende virkning, kunne avskrekke personen fra å klage på vedtaket eller få det prøvd for domstolene.

Departementet skriver at karantenetid antagelig vil hindre en del grunnløse klager på tilbakekall av autorisasjon, men det må legges til grunn at karantenetid også vil kunne hindre velbegrunnede klager. Dette harmonerer dårlig med rettssikkerhetsgarantien som nettopp forutsettes å ligge i at helsepersonellet kan klage til Helsepersonellnemnda og eventuelt bringe saken inn for domstolene. Overprøving, også rettslig, er en viktig rettssikkerhetsgaranti og kan være et viktig korrektiv til tilsynsmyndighetenes praksis.

Hvordan avdekke grensekrenkende atferd?

Et overordnet spørsmål er hvordan tilsynet skal få informasjon om mulig grensekrenkende atferd overfor en pasient og hvordan de skal agere når de mottar slik informasjon.

Pasientovergrepsutvalget har foreslått å gi hjemmel for at tilsynsmyndighetene i de alvorligste sakene kan kontakte legens tidli-

gere pasienter når det er grunn til å tro at også de kan ha vært utsatt for overgrep. I drøftingen av de juridiske, etiske og faglige hensynene konkluderte utvalget med at hensynet til å beskytte pasienter veier tyngre enn øvrige hensyn overfor henholdsvis lege og pasienter.

Det er flere dilemmaer knyttet til dette. Sakene må opplyses tilstrekkelig, og det er viktig at så mye informasjon som mulig kommer frem. Sannsynligvis vil kontakt med andre pasienter være særlig egnet til å opplyse saken. I saker hvor tilsynsmyndighetene har kontaktet behandlerens arbeidsgivere, ektefeller og kolleger, er vår erfaring at det oppleves som invaderende og som om «de leter etter feil». Likevel er det grunn til å tro at dette i mange saker kunne hatt avgjørende betydning og bidratt til å forhindre pågående grensekrenkende atferd over tid.

I den aktuelle Frosta-saken er en lege siktet for overgrep mot 89 kvinner, herunder 34 voldtekter. TV2 skriver at politiet har vært i kontakt med omkring 120 tidligere pasienter av legen, hvorav 61 av disse har valgt å anmelde ham (10).

Forfatteren av boken *Diamantkvelder* (11) har i intervjuer fortalt at historien om en psykiater som innleder et seksuelt forhold til en sårbar yngre kvinne, er basert på egen erfaring. Uten at vedkommende er omtalt ved navn, har den offentlige omtalen gjort at flere uoppfordret har tatt kontakt med tilsynsmyndighetene. Han er nå anmeldt av forfatteren og flere andre kvinner, og det er opprettet flere tilsynssaker.

«Sakene må opplyses tilstrekkelig, og det er viktig at så mye informasjon som mulig kommer frem»

Tidligere direktør i Statens helsetilsyn har uttalt til VG at de ikke kan reagere på «rykter eller romanstoff», men er avhengig av navn og konkrete saker for å kunne gå inn i dem. I denne aktuelle saken tok de kontakt med forfatteren av boken og fikk bekreftet hvem det handler om, slik at de kunne opprette sak (12). Det er imidlertid mange som ikke vil dele slike opplevelser. Hvordan skal vi da sikre at tilsynsmyndighetene får tilgang til informasjon på en hensiktsmessig og god måte?

Signaleffekt

Helse- og omsorgsdepartementets forslag er nå på høring. Intensjonen og formålet er godt. Det er åpenbart at enkelte leger bør permanent fratas retten til å drive pasientrettet virksomhet og at en offentlig godkjenning bør kunne tilbakekalles – også for alltid.

Det konkrete innholdet i forslagene og signaleffekten de gir, bør imidlertid drøftes nærmere. Representerer de en ønsket utvikling? Hvordan harmonerer de med senere

års lov- og praksisendringer? Her er nettopp tilsynsmyndighetens rolle som bidragsyter, rådgiver og veileder fremhevet.

Behandlingen av tilsynssaker må gjennomføres på en måte som skaper tillit og størst mulig trygghet for alle involverte parter, slik at formålet med tilsyn oppnås. Styrking av råd- og veiledningsansvar, en mer nyansert tilnærming til hver enkelt sak samt et mer proaktivt og fremtidsrettet tilsyn vil kunne ha vel så god effekt som strengere reaksjoner.

Lov- og praksisendringer for tilsynsmyndighetene er kun en liten del av tiltak som må iverksettes for å hindre grensekrenkelser og overgrep. Det viktigste spørsmålet er fortsatt hvordan vi som samfunn skal forhindre at det skjer.

Meningene i artikkelen er forfatterens egne og er ikke fremsatt på vegne av Legeforeningen eller pasientovergrepsutvalget.

Mottatt 27.5.2023, første revisjon innsendt 12.6.2023, godkjent 22.6.2023.

STINE K. TØNSAKER

skt@legeforeningen.no
er advokat i Den norske legeforening.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARSTEN HYTTEN

er dr.med., spesialist i psykiatri og avtalespesialist.
Han var medlem i pasientovergrepsutvalget.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Rapport fra pasientovergrepsutvalget. Lest 10.6.2023.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Høyring - Endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven (Oppfølging av forslag frå Pasientovergrepsutvalget) Lest 10.6.2023.
- 3 Gabbard GO. Sexual boundary violations in psychoanalysis: A 30-year retrospective. *Psychoanal Psychol* 2017; 34: 151–6.
- 4 Plakun EM. Sexual misconduct and enactment. *J Psychother Pract Res* 1999; 8: 284–91.
- 5 Celenza A. Analytic love and power: Responsiveness and responsibility. *Psychoanal Inq* 2007; 27: 287–301.
- 6 Garmannslund ME, Hytten K. Seksuelle grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2023; 60: 96–101.
- 7 Den norske legeforening. Etiske regler for leger. Lest 22.6.2023.
- 8 Lovdata. LOV – 1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lest 22.6.2023.
- 9 Store norske leksikon. Strafferettslig bevisbyrde. Lest 21.5.2023.
- 10 Fossheim K, Johansen GR, Venæs HC et al. Priselønt lege siktet for overgrep mot 61 kvinner. TV2 12.2.2023. Lest 21.5.2023.
- 11 Rød-Larsen H. Diamantkvelder. Oslo: Aschehoug, 2022.
- 12 Fjellanger R, Norli C, Flatabø M. Helsetilsynet starter undersøkelser etter anklager mot psykiater. VG 5.12.2022. Lest 21.5.2023.

NYTT OM LEGEMIDLER

Godkjenning av legemidler der effekten er usikker

De europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) kan gi en såkalt betinget markedsførings-tillatelse for legemidler selv om man mangler data som normalt kreves for godkjenning. Dette kan være aktuelt for legemidler som fyller et udekket behov for behandling av alvorlig sykdom og for å møte folkehelsekriser, som en pandemi.

Det er en forutsetning at EMA mener fordelene ved rask tilgang oppveier risikoen ved at det fortsatt mangler kliniske data og at firmaet kan levere manglende data i ettertid (1).

Oppfølgende studier

I mange tilfeller leverer firmaet data som gir grunnlag for vanlig markedsføringstillatelse. Dette gjaldt for eksempel mange av de covid-19-vaksinene som i første omgang fikk betinget godkjenning. I andre tilfeller viser oppfølgende studier at det ikke er grunnlag for vanlig godkjenning.

Et eksempel er **krizanlizumab (Adakveo)** som ble utviklet for å forebygge vasookklusive kriser (VOC) hos pasienter med sigdcellesykdom. Da EMA vurderte søknaden om godkjenning, var det usikkerhet knyttet til effekten av legemidlet. Krizanlizumab fikk likevel en betinget markedsføringstillatelse i juni 2020 mot at Novartis forpliktet seg til å levere data fra en ny klinisk studie (STAND-studien).

STAND-studien viste imidlertid at krizanlizumab ikke reduserte antallet vasookklusive kriser. EMA konkludert i mai 2023 med at nytte-risikobalansen ikke lenger er positiv og at markedsføringstillatelsen skal trekkes tilbake (2).

FDA og EMA kan vurdere saker ulikt

Også det amerikanske legemiddelverket (FDA) har prosedyrer som gjør det mulig å godkjenne legemidler for behandling av alvorlig sykdom selv om det er knyttet usikkerhet til den kliniske effekten («accelerated approval pathway»).

FDA godkjente i 2021 **aducanumab (Aduhelm)** for behandling av Alzheimers sykdom etter en «accelerated pathway». Godkjenningen ble gitt på bakgrunn av surrogat-endepunkter (legemidlet reduserte mengden amyloide plakker i hjernen), men uten at det var vist at dette bidro til å bremse den kognitive svikten ved Alzheimers sykdom (3).

Firmaet må innen ti år gjennomføre nye studier som viser at legemidlet gir klinisk effekt. Dersom dette ikke skjer, vil FDA trekke tilbake godkjenningen (3).

Da firmaet søkte om markedsføringstillatelse for aducanumab i Europa, vurderte EMA saken annerledes. Den vitenskapelige komiteen i EMA (CHMP) ville ikke godkjenne legemidlet på bakgrunn av surrogat-endepunkter. Selv om legemidlet reduserer mengden amyloide plakker i hjernen, mente EMA det var for tidlig å slå fast at reduksjon av plakker vil gi klinisk nytte.

CHMP anbefalte derfor å avslå søknaden om markedsføringstillatelse for aducanumab. Kort tid etter trakk firmaet søknaden (4).

Referanser:

1. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/conditional-marketing-authorisation> 2. <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-revocation-authorisation-sickle-cell-disease-medicine-adakveo> 3. <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/aducanumab-marketed-aduhelm-information> 4. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/withdrawn-applications/aduhelm> 5. <https://legemiddelverket.no/nyheter/refusjonsvilkar-for-insulin-glargin-100-eml-fjernes> 6. <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/trinnpris>



Refusjonsvilkår for insulin glargin 100 E/ml fjernet

Insulin glargin 100 E/ml doseres én gang daglig og brukes til behandling av diabetes type 1 og type 2.

Kravet om at pasienten må forsøke behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin før oppstart ble fjernet 1. september 2023 (5).

For diabetes type 1 er det fortsatt et vilkår at behandlingen må startes av relevant spesialist.

Byttbare alternativer gir lavere pris

Insulin glargin 100 E/ml har nå flere biotilsvarende byttbare alternativer (Abasaglar, Lantus og Semglee) og prisen reguleres derfor av trinnprisordningen (6). Dette har medført at prisen på insulin glargin 100 E/ml er blitt betydelig lavere.

Legemiddelverket mener derfor at refusjonsvilkår 180 og 244 kan fjernes uten at dette vil føre til vesentlig økning i folketrygghets utgifter.

Fotballspillere har høyere risiko for demens

Forekomsten av Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer var høyere hos tidligere fotballspillere i en svensk studie.

Er fotball på elitenivå helseskadelig? I en svensk studie var forekomsten av nevrodegenerativ sykdom høyere hos 6 007 tidligere fotballspillere på elitenivå enn blant 56 168 aldersparede kontrollpersoner (hasardratio 1,46; 95 % KI 1,33 til 1,60) (1). Dette gjaldt særlig Alzheimers sykdom og andre former for demens (hasardratio 1,62; 95 % KI 1,47 til 1,78), men kun for utespillere og ikke for målvakter. Parkinsons sykdom var mindre vanlig. Samlet dødelighet var også lavere blant fotballspillerne enn blant kontrollpersonene.

– Dette er den andre større studien som viser økt risiko for nevrodegenerativ syk-

dom hos mannlige fotballspillere på elitenivå, sier Stian Kirkerud Sandmo, som er lege og forsker ved Senter for idrettsskade-forskning ved Norges idrettshøgskole.

– Særlig interessant er funnet om høyere risiko for demenssykdom hos utespillere og ikke målvakter. Dette peker i retning av at noe av den økte risikoen kan tilskrives gjentatte headinger og/eller hodeskader blant utespillere. Men det er vanskelig å fastslå hvordan andre risikofaktorer for demens spiller inn, noe en observasjonsstudie som denne ikke kan si noe om, sier Sandmo.

AMANDA HYLLAND SPJELDNÆS
TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Ueda P, Pasternak B, Lim CE et al. Neurodegenerative disease among male elite football (soccer) players in Sweden: a cohort study. *Lancet Public Health* 2023; 8: e256–65.



Illustrasjonsfoto: master1305/iStock

Spironolakton mot akne hos kvinner

Spironolakton har effekt mot akne hos kvinner og kan være et godt alternativ til antibiotika og ved residiv etter isotretinoinbehandling.

Akne er en vanlig tilstand, ofte med negative psykososiale følger. Behandlingen kan bestå av ulike lokale midler, men ved mer uttalte tilfeller gis det systemisk behandling, enten antibiotika eller isotretinoin, over flere måneder.

Spironolakton, en mineralkortikoidantagonist, er indisert for behandling av blant annet hypertensjon og hjertesvikt, men blir også brukt utenfor godkjent indikasjon mot akne hos kvinner pga. dets antiandrogene egenskaper. Effekten av spironolakton ved akne er nå undersøkt i en dobbeltblindet randomisert studie publisert i *The BMJ* (1). 410 kvinner over 18 år med akne i ansiktet i minst seks måneder og med indikasjon for antibiotikabehandling ble randomisert til enten spironolakton 50 mg/dag i 6 uker fulgt av 100 mg/dag i 24 uker, eller placebo. Samtidig lokalbehandling var tillatt.

Etter 12 uker og 24 uker var endringen i aknerelatert livskvalitetsskår større for dem som brukte spironolakton enn for dem som brukte placebo, med gjennomsnittlig justert skårforskjell på hhv. 1,27 (95 % KI 0,07 til 2,54) og 3,45 (95 % KI 2,16 til 4,75). Andelen deltakere som anga bedring i akne etter 24 uker, var høyest i intervensjonsgruppen, dvs. 82 % versus 63 % (justert oddsratio 2,72; 95 % KI 1,50 til 4,93). Bivirkninger, særlig hodepine, var noe hyppigere i intervensjonsgruppen.

– Denne studien viser at spironolakton kan vurderes hos voksne kvinner med akne, særlig ved residiv etter behandling med tetrasyklin eller isotretinoin, sier Ingeborg Bachmann, som er professor og avdelingsoverlege ved Hudavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.

– Spironolakton kan være et godt alternativ til langvarig antibiotikabehandling, som kan føre til resistensutvikling. Forskjellene



Illustrasjonsfoto: Anastasia Korchagina / iStock

var små etter 12 ukers behandling, men økte ved 24 uker. Dette viser viktigheten av langsiktig behandlingsperspektiv dersom spironolakton brukes på indikasjonen akne, påpeker Bachmann.

– Kvinnene i studien hadde en relativt høy gjennomsnittsalder (29 år), rundt 20 % av dem hadde polycystisk ovariesyndrom, og effekten av spironolakton tenderte til å være bedre hos de eldste deltakerne. Dette tyder på at tidsperspektivet bør være langsiktig. Spironolakton bør særlig vurderes hos kvin-

ner med samtidig polycystisk ovariesyndrom og hirsutisme, sier Bachmann.

SIMON ANDRUP TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Santer M, Lawrence M, Renz S et al. Effectiveness of spironolactone for women with acne vulgaris (SAFA) in England and Wales: pragmatic, multicentre, phase 3, double blind, randomised controlled trial. *BMJ* 2023; 381: e074349.

PER OVE HAGESTUEN

per.ove.hagestuen@ringeby.kommune.no
Ringebu kommune

ELI FEIRING

Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Rollen som kommuneoverlege etter pandemien – en kvalitativ studie

BAKGRUNN

Mens kommuneoverlegerollen ble beskrevet som uklar og lite synlig før covid-19-pandemien, fikk kommuneoverlegenes samfunnsmedisinske kompetanse stor betydning i pandemihåndteringen. Vi ønsket å undersøke kommuneoverlegers oppfatninger om sin rolle etter at pandemien var over.

MATERIALE OG METODE

Studien ble designet som en teoridrevet kvalitativ intervjustudie. 12 kommuneoverleger i Innlandet ble intervjuet høsten 2022. Dataene ble gjenstand for tematisk analyse.

RESULTATER

Studien identifiserte en rekke faktorer knyttet til kommuneoverlegens kapabiliteter og motivasjon samt strukturelle og organisatoriske rammebetingelser som ble antatt å påvirke rolleutøvelsen og deltakelsen i kommunale beslutningsprosesser. Kommuneoverlegene opplevde at deres rolle var blitt mer tydelig og mer synlig under pandemien, men de hadde lave forventninger til at de ville bli mer involvert og få en tydeligere stemme i utviklingen av framtidens helse-tjenester i kommunene. Et mulig tiltak som ble foreslått, er å utforme en veileder for kommuneoverlegefunksjonen. Slik kan kommunene få klare føringer for kommuneoverlegenes ansvarsområder og i hvilke saker de bør involveres.

FORTOLKNING

Kommuneoverlegene opplevde at «pandemieeffekten er over» og at de måtte kjempe seg tilbake til viktige beslutningsarenaer. Tiltak både på individplan og på organisatorisk nivå kan bidra til at kommuneoverlegenes samfunnsmedisinske kompetanse blir brukt på best mulig måte i kommunene.

HOVEDFUNN

Kommuneoverlegene i studien erfarte at de ble en sentral ressurs i smittevern og beredskapsarbeid under covid-19-pandemien, men opplevde redusert synlighet i tiden etterpå.

Kommuneoverlegens kapabiliteter og motivasjon samt strukturelle og organisatoriske rammer ble antatt å påvirke utøvelsen av rollen og deltakelsen i kommunale beslutningsprosesser.

For å sikre at de blir en viktig pådriver i utviklingen av kommunenes helsetjeneste ønsket kommuneoverlegene seg normerende og organisatoriske tiltak samt tiltak for å styrke rolle- og identitetsforståelsen i en normalsituasjon.

Alle kommuner er lovpålagt å ha en kommuneoverlege (1). Denne skal være en medisinskfaglig rådgiver opp mot alle sektorer og virksomheter i kommunen og har en viktig koordinerende rolle i kommunens dialog med fastlegene. I tillegg har kommuneoverlegen særskilte oppgaver fastsatt i smittevernloven, folkehelseloven, helseberedskapsloven og lov om tvungent psykisk helsevern (2). Samtidig bestemmer kommunene selv organiseringen av kommuneoverlegefunksjonen. Stillingsstørrelse, plassering i organisasjonen og oppgaver varierer.

Kommuneoverlegene ble en sentral ressurs for smittevern og beredskapsarbeid under covid-19-pandemien (3). Dette stod i skarp kontrast til tidligere, da kommunene ofte var lite bevisste på hvordan kommuneoverlegenes kompetanse kunne og burde benyttes i planlegging og faglig drift (4, 5). Mens kommuneoverlegene før pandemien hadde beskrevet sin rolle som uklar og lite synlig og opplevde å stå utenfor de kommunale beslutningsprosessene (4), ble de omtalt som «den viktigste rådgiveren i krisehåndteringen under pandemien» (3, 6, 7). I nasjonale kommuneoverlegekartlegginger høsten 2020 og 2021 og i Koronakommisjonens nærmere undersøkelser av kommuneoverlegefunksjonen i

noen utvalgte kommuner opplyste mange kommuneoverleger at både kommuneledelsen og lokalsamfunnet i økende grad anerkjente deres kompetanse og arbeid (8). De følte at samfunnets syn på kommuneoverlegerollen i en viss utstrekning var endret som følge av pandemien. Dette er i tråd med studien til Hungnes og medarbeidere som viste at kommuneoverlegenes samfunnsmedisinske kompetanse fikk økt betydning under pandemien og at de ble viktige deltakere og premissgivere for beslutninger og oppfølging av lokale og nasjonale tiltak (3).

Hvordan opplever kommuneoverlegene sin rolle og sine påvirkningsmuligheter i kommunal beslutningsfatning nå etter covid-19-pandemien? Hvilke faktorer påvirker deres deltakelse i kommunale beslutningsprosesser, slik de selv ser det? I det følgende rapporterer vi fra en kvalitativ studie der disse spørsmålene ble stilt. Formålet med studien var å få større innsikt i mulige utfordringer for utøvelsen av kommuneoverlegerollen etter pandemien.

Materiale og metode

Utvalg og datainnhenting

Studien ble designet som en teoridrevet kvalitativ intervjustudie (9, 10). Vi la vekt på å rekruttere deltakere fra både små, mellomstore og store kommuner, og vi ønsket deltakere med fulltids- og deltidstillinger, varierende erfaring og ulik plassering i kommunen.

Førsteforfatter sendte skriftlig informasjon om studien til 14 kommuneoverleger i Innlandet og inviterte til deltakelse. Én takket nei på grunn av stort arbeidspress og én besvarte ikke henvendelsen. Tabell 1 gir en oversikt over de 12 deltakerne.

Deltakerne ble intervjuet av førsteforfatter i tidsrommet medio august til ultimo oktober 2022. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide (se appendiks på tidsskriftet.no). Deltakerne ble spurt om bakgrunn, arbeidsvilkår, organisering av kommuneoverlegerollen samt opplevelsen av egen rolle i en normalsituasjon, under covid-19-pandemien og etter gjenåpningen av samfunnet med oppheving av tiltak våren 2022. Intervjuene ble utført av førsteforfatter og dels gjort ansikt til ansikt, dels via Teams. Intervjuene varte i underkant av 60 minutter og ble tatt opp med lyd og bilde. Hvert intervju ble transkribert i sin helhet av førsteforfatter og aidentifisert. Data ble oppbevart på en passordbeskyttet pc.

Teoretisk rammeverk og dataanalyse

Data ble analysert tematisk ved hjelp av et teoribasert rammeverk for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i det empiriske materialet (11). Vi valgte et rammeverk som på en enkel måte systematiserer betingelser for atferd, den såkalte COM-B-modellen (11). Modellen viser hvordan atferd (*behaviour*) påvirkes av interaksjon mellom tre faktorer: Kapabiliteter (*capabilities*), muligheter (*opportunities*) og motivasjon (*motivation*). Modellen er utviklet med utgangspunkt i atferdsteori og

Tabell 1 Oversikt over utvalget av kommuneoverleger i studien (N = 12).

Kjønn	År med erfaring	Spesialisering i samfunnsmedisin	Stillingsstørrelse (%)
Mann	5–10	Ikke spesialist	< 50
Mann	5–10	I spesialisering	100
Mann	5–10	Spesialist	100
Kvinne	< 5	Spesialist	< 50
Kvinne	5–10	Spesialist	100
Mann	5–10	Spesialist	100
Kvinne	< 5	I spesialisering	100
Kvinne	< 5	I spesialisering	≥ 50
Kvinne	5–10	Spesialist	≥ 50
Kvinne	< 5	I spesialisering	< 50
Mann	5–10	I spesialisering	100
Mann	5–10	Ikke spesialist	< 50

Tabell 2 Faktorer som fremmer eller hemmer kommuneoverlegens rolleutøvelse. Ett kryss (hemmer eller fremmer) indikerer et overveiende samsvar på tvers av data-materialet. Kryss i begge kategorier indikerer variasjon. Ingen kryss indikerer at faktoren ikke ble identifisert i datamaterialet og derfor ikke ble kategorisert hverken som hemmer eller fremmer.

Hovedkategorier (COM-B-modellen)	Underkategorier (TDF-rammeverket)	Identifiserte faktorer	Hemmer	Fremmer
Kapabiliteter	Kunnskap	Samfunnsmedisinsk kunnskap		x
	Ferdigheter	Samfunnsmedisinske ferdigheter		x
	Oppmerksomhet	-		
	Atferdsregulering	-		
Motivasjon	Rolle	Rolle – autonomi		x
		Rolle – tydelighet	x	
		Rolle – synlighet	x	
	Oppfatninger om egne kapabiliteter	Oppfatninger om egne kapabiliteter		x
		Oppfatninger om konsekvenser av involvering		x
	Optimisme	Forventninger til framtidig involvering	x	
	Intensjoner	-		
	Mål	-		
	Forsterkninger	-		
	Følelser	Ambivalens og usikkerhet	x	
		Bekymring	x	
		Frihet i rolleutforming		x
Muligheter	Sosial påvirkning	Kjennskap til kompetanse	x	x
		Anerkjennelse av kompetanse	x	x
	Kontekst og ressurser	Informasjonsflyt	x	x
		Situasjonsforståelse	x	x
		Tilgang til drøftingsarenaer	x	x
		Involvering i saksforberedelse	x	x
		Tilgang til beslutningsarenaer	x	x
		Involvering i beslutningsprosesser	x	x
		Organisatorisk plassering	x	x
		Normerende rammer	x	

er mye brukt i internasjonal litteratur om betingelser for atferdsendring (12). Ofte konkretiseres de overordnede faktorene ved hjelp av rammeverket *The Theoretical Domains Framework* (TDF), som grupperer en rekke mer spesifikke betingelser for atferd i 14 områder (*domains*) (13). Vi valgte å følge denne tilnærmingen.

Kort fortalt er kapabiliteter individets psykologiske og fysiske kapasitet til å handle. I

rammeverket er dette spesifisert i områdene kunnskap, ferdigheter, oppmerksomhet og atferdsregulering. Muligheter betegner de fysiske og sosiokulturelle faktorene som ligger utenfor individet og som muliggjør eller hindrer atferd. Muligheter spesifiseres i områdene sosial påvirkning og kontekst og ressurser. Motivasjon er de refleksive og automatiske prosessene som påvirker individuell atferd. Motivasjon spesifiseres i rolle og identi-

tet, oppfatninger om egne kapabiliteter, oppfatninger om konsekvenser, optimisme, intensjoner, mål, forsterkninger og følelser.

Atferdsendringshjulet (*The behaviour change wheel*) er utviklet for å avgrense mengden av mulige tiltak som sannsynligvis vil være effektive for et mål (12). For eksempel vil utdanningsrettede tiltak være egnet for å styrke kunnskap og motivasjon, mens organisatoriske tiltak vil være anvendelige hvis det er

fysisk eller sosial kontekst som hindrer ønsket atferd. Retningslinjer (veileder) anbefales dersom det er behov for normerende tiltak.

Rammeverket ble brukt til å sortere data i tematiske kategorier. Førsteforfatter grovsorterte data i hovedkategoriene kapabiliteter, muligheter og motivasjon. Deretter sorterte begge forfatterne data i underkategorier (TDF-områder) gitt av rammeverket. I noen grad kategoriserte vi data videre innenfor undergruppene. Ettersom studien har et kvalitativt design, gav det liten mening å vurdere betydningen av ulike faktorer kun ved hjelp av antall ganger de ble nevnt. Vi fulgte følgende anbefaling: relativt høy grad av frekvens, variasjon og spesielt sterke oppfatninger (13). Uenighet ble løst ved diskusjon.

Etisk godkjenning

Før oppstart og gjennomføring av intervjuene ble prosjektskisse, intervjuguide, informasjonsskriv og samtykkeerklæring sendt til Norsk senter for forskningsdata (NSD/Sikt), som vurderte at studien behandlet opplysninger på en lovlig måte (prosjekt 835080). Alle studiedeltakerne gav informert skriftlig samtykke til deltakelse.

Resultater

Vi identifiserte en rekke faktorer som ble antatt å påvirke utøvelsen av kommuneoverlegerollen og deltakelsen i kommunale beslutningsprosesser: kommuneoverlegens samfunnsmedisinske kunnskap og ferdigheter og sine oppfatninger om dette, kommuneoverlegerollens autonomi, tydelighet og synlighet, forventninger til hva involvering i kommunale prosesser vil føre til, forventninger til framtidig involvering, følelser som ambivalens, usikkerhet, bekymring, men også trivsel. I tillegg kom en rekke organisatoriske og strukturelle rammebetingelser, som kjennskap og anerkjennelse av kompetanse, informasjonsflyt, felles situasjonsforståelse, tilgang til drøftingsarenaer, saksforberedelse og beslutningsarenaer, involvering i beslutningsprosesser, organisatorisk plassering og normerende rammer. Resultatene er oppsummert i tabell 2. Vi identifiserte også oppfatninger om mulige utviklingsområder. Disse er oppsummert i tabell 3.

Kapabiliteter og motivasjon

Kommuneoverlegens samfunnsmedisinske kunnskap, kompetanse og erfaring fra både

Tabell 3 Kommuneoverlegen som pådriver i helsetjenesteutvikling: mål og eksempler på utviklingsområder.

Mål	Eksempler på utviklingsområder
Styrke individuelle kapabiliteter	Styrke rolle- og identitetsforståelse i en normalsituasjon Styrke kompetanseutvikling og kollegastøtte Styrke samfunnsmedisinsk kompetanse i utdanningen
Styrke individuell motivasjon	Videreutvikle faglig identitet Beholde stor grad av autonomi Styrke involvering og innflytelse i beslutningsprosesser
Styrke organisatoriske muligheter	Utvikle en veileder for å tydeliggjøre rollen i kommunal organisasjon og styringssystemet Bevisstgjøre kommunal ledelse om kommuneoverlegenes kompetanse Utvikle formelle og uformelle samfunnsmedisinske møteplasser

pandemi og normalsituasjon ble oppfattet å fremme rolleutøvelsen.

«Kommuneoverlegen besitter en tilleggskompetanse som kan være verdifull. Det ble tydeliggjort hvor viktig det er å ha en fagperson i en slik nøkkelrolle (under pandemien).» (deltaker 2)

Kommuneoverlegerollen ble oppfattet som tydeligere, og lettere å begrunne som viktig, under pandemien.

«Nå ble det helt tydelig hva en kommuneoverlege er og hvor nyttig det er med medisinsk-faglige vurderinger.» (deltaker 12)

En av deltakerne delte imidlertid ikke denne oppfatningen og sa:

«Jeg syns ikke min egen rolle ble tydeligere under pandemien. Tvert imot så blir man en slags altnuligmann som folk ringer til for å få løst problemer, så på mange måter har det kanskje gjort rollen enda mer udefinert.» (deltaker 6)

Den samfunnsmedisinske kompetansen som kommuneoverlegene hadde brukt under pandemien, ble i mindre grad etterspurt av kommuneledelsen etter at pandemien var over. Deltakerne uttrykte lave forventninger til at de ville bli mer involvert over tid. Samtlige deltakere gav uttrykk for at de opplevde rollen som lite synlig etter gjenåpningen av samfunnet og avviklingen av tiltak våren 2022.

«Når ting roer seg, så går en tilbake til hverdagen som den var.» (deltaker 2)

Også tilgangen på beslutningsarenaer ble ansett som bedre under pandemien enn etterpå:

«Pandemien var en spesiell tid da vi ble hørt i alt vi spilte inn, både ovenfor politikere og administrasjon. Slik er det ikke i en normalsituasjon.» (deltaker 11)

Manglende etterspørsel etter kommuneoverlegens kompetanse ble oppfattet å være til hinder for å bli involvert i beslutningsprosessene og var en kilde til bekymring.

«Det som bekymrer meg mest, er de sakene jeg kanskje burde vært koblet på, men som jeg ikke kjenner til og heller ikke vet at pågår.» (deltaker 3)

Når deltakerne selv ble utfordret til å definere kommuneoverlegerollen, viste det seg at dette var vanskelig. Rollen ble beskrevet som lite tydelig og en stor og diffus rolle som kunne være krevende å fylle og utføre på en effektiv og tilfredsstillende måte. Rollens manglende tydelighet og synlighet utad hemmet utøvelsen av rollen. På samme tid ble rollen beskrevet som autonom, med stor grad av frihet i utformingen. Denne friheten ble vurdert å være en viktig motiverende faktor. Samtidig pekte man også på ansvaret for å videreutvikle rollen.

«Jeg tror (...) vi må skape oss en plass og gjøre oss selv relevante. Det er viktig for kommunene å ha kommuneoverleger med samfunnsmedisinsk kompetanse.» (deltaker 9)

Imidlertid ble det opplevd som utfordrende å balansere hensynet til autonomi og hensynet til involvering i beslutninger.

«Jeg styrer stort sett hverdagen min selv, slik sett har jeg autonomi, men jeg har ikke den påvirkningskraften jeg selv ønsker.» (deltaker 5)

På den ene siden ønsket deltakerne tydeligere rammer for stillingen for å fremme mulighet for påvirkning. På den andre siden ville de beholde stillingens frie utforming. Denne ambivalensen bidro til en følelse av usikkerhet.

«Det gode med å være kommuneoverlege er jo den friheten (...) Jeg er usikker på hvordan en skal tydeliggjøre rollen uten å ødelegge den friheten vi har.» (deltaker 7)

Muligheter

Kommuneledelsens og lokalsamfunnets kjennskap til og anerkjennelse av kommuneoverlegens kompetanse ble ansett som vik-

tig for å nå fram i beslutninger. Det varierte i hvilken grad deltakerne opplevde å bli sett og hørt.

«Kommuneledelsen kjenner min kompetanse, der har pandemien vært gull. Bøygen blir å holde fokuset oppe.» (deltaker 7)

«Jeg blir sjelden hørt og involvert i plan- og beslutningsprosesser og opplever heller ikke at jeg blir involvert i saksforberedelser.» (deltaker 5)

«Jeg opplever at det tas beslutninger uten at jeg er tilstrekkelig involvert og hvor de (kommuneledelsen) tar beslutninger som ikke er i tråd med mine anbefalinger.» (deltaker 2)

En rekke organisatoriske faktorer ble trukket fram som vesentlige for å kunne påvirke i de kommunale prosessene, som smidig og effektiv informasjonsflyt mellom kommuneoverlegen og de besluttede organer i kommunen, delt situasjonsforståelse, egnede arenaer for utveksling av meninger og drøftinger av aktuelle problemstillinger, involvering i saksforberedelser, tilgang til beslutningsarenaer og involvering i beslutningsprosessene. Det varierte om deltakerne mente at disse faktorene var til stede.

Rollen som rådgiver ble av enkelte framhevet som en faktor som kunne hemme påvirkningsmulighet. Samtlige deltakere hadde en rådgivende funksjon i kommuneorganisasjonen, men rådgiverrollen ble beskrevet som utfordrende. Kommuneledelsen kunne være taktiske rundt i hvilke saker de etterspurte kommuneoverlegens råd.

«Jeg blir møtt med at 'du er jo medisinskfaglig rådgiver, så det er jo ikke du som bestemmer' (...). Hvis de (kommuneledelsen) opplever at de kan ha nytte av meg, så kontakter de meg, fordi min involvering vil gi større legitimitet.» (deltaker 2)

Også kommuneoverlegens organisatoriske plassering i kommunen ble beskrevet som et mulig hinder for å påvirke kommunale beslutninger. I hvilken grad organisatorisk plassering ble opplevd som tilfredsstillende, varierte.

«Jeg opplever at min plassering under kommunedirektør, kommunalsjef og sektorleder for helse gjør det utfordrende og mer krevende å få utført kommunelegefunksjonen på en effektiv måte (...). Rollen er sektorovergripende, men (...) oppfattes (...) som en mer helserelatert rolle.» (deltaker 2)

«Jeg ønsker meg en organisering i kommune-direktørens stab, og ikke innenfor et kommunal-område.» (deltaker 11)

Lov- og avtaleverket ble framhevet som en viktig faktor for å opprettholde kommuneoverlegefunksjonen som en markant fagstil-

ling i kommunen. Flere av deltakerne påpekte at dagens lov- og avtaleverk ikke er tilstrekkelig, og de mente at en veileder kunne være et mulig tiltak.

«Det hadde jo vært fint med et lovverk som tydeliggjorde at vi bør brukes, lyttes til og ha en stemme. Det er vanskelig å bli lyttet til når vi sitter langt ned i organisasjonen og siloene er tette.» (deltaker 5)

Samtidig var andre redde for å bruke lovverket til ytterligere styring og gav uttrykk for at mer detaljert styring kunne virke demotiverende.

«Det blir nok ikke feil å få litt mer rammer og struktur rundt rollen. Jeg er likevel redd for å gjøre rollen for tung, altså at den blir styrt av lovverk og regler.» (deltaker 8)

Diskusjon

Før covid-19-pandemien opplevde mange kommuneoverleger sin egen rolle som tilbaketrasket med liten påvirkningskraft og begrenset tilgang til beslutningsarenaer (4). Under pandemien ble imidlertid kommuneoverlegene sentrale aktører og viktige premissleverandører og koordinatore i den kommunale pandemihåndteringen (8). Studien til Hungnes og medarbeidere viste da også at kommuneoverlegenes samfunnsmedisinske kunnskap ble anerkjent og etterspurt i kommunene (3). Deres kompetanse og kjennskap til lokale forhold var utvilsomt en suksessfaktor i håndteringen av pandemien, og kommuneoverlegenes rolle som bindeledd mellom lokalsamfunn og nasjonale myndigheter var viktig for å skape nødvendig tillit og oppslutning om tiltak i befolkningen.

I vår studie stilte vi spørsmål om hvordan kommuneoverleger nå etter covid-19-pandemien opplever sin rolle og sine påvirkningsmuligheter i kommunal beslutningsfatning og hvilke faktorer som virker inn på disse mulighetene. Studien viser at kommuneoverlegene som ble intervjuet etter mer enn to år med pandemi og strenge tiltak, opplevde kommuneoverlegerollen som diffus. De var bekymret for sin manglende synlighet i kommuneorganisasjonen og for at de igjen ble langt mindre involvert i kommunale beslutningsprosesser. Til tross for at de hadde lang erfaring og mye kunnskap og samfunnsmedisinsk kompetanse, opplevde de at kommuneledelsen og beslutningstakere ikke kjente til, og dermed ikke benyttet seg av, denne kompetansen. De erfarte at de måtte kjempe

seg inn igjen på viktige beslutningsarenaer. Pandemieffekten syntes allerede å være over, og kommuneoverlegene i denne studien beskrev det «litt som å begynne på nytt igjen».

COM-B-rammeverket sier at atferd skapes av en interaksjon mellom den enkeltes kapabiliteter, motivasjon og de rammer omgivelsene setter. På samme tid påvirkes motivasjonen av både kapabiliteter, muligheter og atferd. I vår studie opplevde og verdsatte deltakerne stor grad av frihet til selv å utforme rollen som kommuneoverlege. Samtidig som de gav uttrykk for at det kunne være vanskelig å balansere hensynet til autonomi og påvirkningskraft, mente de at fortsatt autonomi var av stor betydning for å utøve kommuneoverlegerollen på en god og effektiv måte, og de anså rollens autonomi å være en motiverende faktor. På den annen side opplevde de rollen som utydelig og som lite synlig utad, slik man har sett også i tidligere undersøkelser (4), og dette ble ansett som barrierer i utøvelsen av kommuneoverlegefunksjonen.

Flere faktorer, hovedsakelig på organisatorisk nivå, ble trukket fram av deltakerne som mulige hindre for involvering i kommunal beslutningstaking. Utydelig plassering i organisasjonen, mangelfull oppfølging og uklare forventninger gjorde det vanskelig å definere og fylle rollen sin. Dette er i tråd med nasjonale kommuneoverlegekartlegginger (8) og studien til Fossberg og Frich, som viste at organisatoriske rammer, forventninger og oppfølging fra kommuneledelsen påvirker kommuneoverlegenes mulighet til å utvikle samfunnsmedisinsk identitet (4).

Samlet sett indikerer funnene fra denne studien at det kan være behov for å styrke kommuneoverlegerollen og dermed bidra til å øke både kapabilitet og motivasjon blant kommuneoverlegene til å videreutvikle rollen.

En kartlegging har vist at det er stor enighet blant kommuneoverlegene om at statlige myndigheter må bidra til å styrke og stabilisere kommuneoverlegefunksjonen, og kommunene må se verdien av kommuneoverlegens kompetanse og ansvar også i tider uten pandemi (5). Heller enn en lovfesting av oppgaver, som vil kunne true kommuneoverlegens autonomi, vil en veileder for kommuneoverlegefunksjonen kunne være et tiltak for å bidra til nærhet til og involvering i kommunens beslutningsfatning. En slik veileder kan gi føringer for hvilke arbeidsoppgaver kommuneoverlegen kan og bør være ansvarlig for og hvilke typer saker det kan være fornuftig å

involvere kommuneoverlegen i. Dette er i tråd med Koronakommisjonens anbefalinger (8).

Planlegging, organisering og drift av helse-tjenester er en stor og krevende oppgave for kommunene. Det krever samfunnsmedisinsk kompetanse og kunnskap og må løses i fellesskap. I tiden framover har både kommuneoverlegene og kommuneledelsen et stort ansvar for å gå i dialog og komme fram til en felles forståelse om hva som skal til for at den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunen blir brukt best mulig. Det er viktig å bygge videre på den økte anerkjennelsen både blant ledelsen og befolkningen for øvrig som kommuneoverlegene og samfunnsmedisinen har opparbeidet seg under pandemien. Bare på den måten kan kommuneoverlegen få en tydeligere stemme og større påvirkningskraft i utviklingen av framtidens helse-tjenester i kommunene.

Studiens styrker og svakheter

Selv om studien er liten og har få deltakere, hadde kommuneoverlegene variert erfaringsbakgrunn, både med hensyn til spesialisering, stillingsstørrelse, plassering i kommunen og kommunal størrelse. Vi kan ikke vite om funnene er overførbare til andre områder i landet, men funnene er i overensstemmelse med forventningene vi hadde på bakgrunn av tid-

ligere studier av kommuneoverlegerollen (3–5, 8). Dette styrker validiteten av resultatene. Vi har brukt et teoribasert rammeverk og muliggjør dermed systematiske sammenlikninger med andre studier. Dette er en styrke ved studien.

Førsteforfatter er selv kommuneoverlege (kombilege) med lang erfaring fra allmennpraksis (spesialist i allmennmedisin) og som kommuneoverlege (spesialist i samfunnsmedisin), både i en normalsituasjon, under pandemien og etter gjenåpningen av samfunnet og avvikling av tiltak våren 2022. Han hadde samme referansebakgrunn som de andre deltakerne i studien og dermed også stor kunnskap om studietemaet. Samtidig innebar denne nærheten til data en begrensning med hensyn til utforming av forskningsspørsmål, utvalg og dataanalyse. Det var derfor viktig med kontinuerlig diskusjon med medforfatter, som ikke deler denne for forståelsen.

I denne studien intervjuet vi kun kommuneoverleger og ikke andre sentrale aktører i kommunen. En bredere tilgang på intervju-materiale ville kunne gitt økt forståelse. Dette kan være gjenstand for en oppfølgingsstudie. En oppfølgingsstudie med andre grupper enn kommuneoverleger, som kommuneledelsen, kunne gitt interessante funn. Tilsvarende kunne det ha vært nyttig å gjennomføre en

større anlagt spørreskjemaundersøkelse for å klargjøre om funnene fra denne studien er representative på et nasjonalt nivå.

En oppfølgingsstudie kunne også bidra til å belyse hvorfor dagens lovverk ikke oppleves som tilstrekkelig, all den tid det er få roller som har så mye direkte lovpålagt ansvar som kommuneoverlegen.

Konklusjon

Kommuneoverlegene i denne studien opplevde at rollen ble tydeliggjort under pandemien, men erfarte samtidig at deres kompetanse ble mindre etterspurt i normalsituasjonen. Vi har pekt på en rekke faktorer som forventes å være av betydning for utviklingen av en tydeligere kommuneoverlegerolle og som kan bidra til at kommuneoverlegen blir en viktig pådriver i utviklingen av kommunenes helsetjeneste. Et mulig tiltak er å utforme en veileder for kommuneoverlegefunksjonen, slik at kommunene får klare føringer på kommuneoverlegens ansvarsområder og i hvilke saker kommuneoverlegen bør involveres.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 17.1.2023, første revisjon innsendt 30.5.2023, godkjent 20.6.2023.

PER OVE HAGESTUEN

er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, har mastergrad i helseadministrasjon og er kommuneoverlege og fastlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELI FEIRING

er statsviter og professor i helsepolitikk og medisinsk etikk.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lest 20.6.2023.
- LOV-2011-06-24-29. Lov om folkehelsearbeid (folkehelse- og omsorgstjenesteloven). Lest 20.6.2023.
- Hungnes T, Vik E, Veddeng O. Kommunelegens rolle under koronapandemien – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 1391–5.
- Fossberg BC, Frich JC. Kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 121–6.
- Helsedirektoratet. Rapport – Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen. Lest 20.6.2023.
- Rena T. Kommuneoverleger i spagat. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 99.
- Berg SF. Kommunelegens plassering. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 1363.
- NOU 2021:5. Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 – Rapport fra koronakommisjonen. Lest 20.6.2023.
- Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2018.
- Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 4 utg. Oslo: Gyldendal, 2021.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006; 3: 77–101.
- Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci 2011; 6: 42.
- Atkins L, Francis J, Islam R et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. Implement Sci 2017; 12: 77.

KRISTIN ØSTLIE*kristin.ostlie@sykehuset-innlandet.no*

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Spastisitetspoliklinikken

Sykehuset Innlandet

JELENA SIMIC

Spastisitetsklinikken

Forskningsavdelingen

Sunnaas sykehus

TIINA REKAND

Nevrologisk avdeling

Haukeland universitetssjukehus

Institutionen för neurovetenskap och fysiologi

Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet

Behandling av spastisitet ved norske sykehus

BAKGRUNN

Spastisitet er en hyppig komplikasjon ved sykdommer og skader i sentralnervesystemet. Tidlig behandling forebygger ytterligere funksjonstap og spastisitetsrelaterte komplikasjoner. Grunnleggende spastisitetsbehandling starter i primærhelsetjenesten med blant annet fysioterapi, ergoterapi og perorale spasmolytika, mens behandling med botulinumtoksin og baklofenpumpe utføres i spesialisthelsetjenesten. Formålet med studien var å kartlegge tilgjengelighet og organisering av disse spesialiserte behandlingstilbudene i Norge.

MATERIALE OG METODE

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse der elektroniske skjema ble sendt til sykehus som tilbyr behandling av spastisitet.

RESULTATER

30/47 enheter fordelt på alle helseregionene besvarte spørreskjemaet. Spastisitetsbehandling med botulinumtoksin og baklofenpumpe var tilgjengelig i alle norske helseregioner. Median ventetid for nyhenviste pasienter var 10 uker (interkvartilbredde 7 uker). 14/30 enheter anga behov for flere behandlingsdager for å dekke det lokale behovet. 23/30 enheter hadde tverrfaglige team med lege, fysioterapeut, ergoterapeut og/eller sykepleier.

Ved botulinumtoksinbehandling ble ultralyd brukt som veiledning ved 22 av 26 enheter, elektromyografi ved 15 og elektrisk muskelstimulering ved 11 enheter.

FORTOLKNING

Studien tyder på at det kan være behov for forbedringer innenfor spesialisert spastisitetsbehandling i Norge for å sikre gode pasientforløp, tverrfaglige vurderinger og trygg og sikker gjennomføring av de praktiske prosedyrene.

HOVEDFUNN

Alle norske helseregioner tilbød avansert spastisitsbehandlings med botulinumtoksin og baklofenpumpe, med en median ventetid fra henvisning til første vurdering på 10 uker (interkvartilbredde 7 uker).

23/30 sykehus som vurderer og behandler spastisitet, rapporterte at de hadde tverrfaglig sammensatte team.

14/30 sykehus anga behov for flere behandlingsdager for å dekke det lokale behovet.

22/26 sykehus som behandlet pasienter med botulinumtoksin, brukte instrumentell veiledning i form av ultralyd, elektromyografi (EMG) og/eller elektrisk muskelstimulering.

Spastisitet er en hyppig komplikasjon ved sykdommer og skader i sentralnervesystemet. Prevalensen er estimert til omtrent 40 % hos pasienter med første hjerneslag med parese, 65 % hos pasienter med ryggmargsskade og multipl sklerose og 85 % hos pasienter med cerebral parese (1, 2).

All spastisitsbehandlings starter med grunnleggende tonusdempende tiltak som ro, forutsigbarhet og kontroll på utlørende og forverrende faktorer som sår, smerter og infeksjoner (triggere). Andre behandlingstiltak omfatter egentrening, ortoser, fysioterapi og ergoterapi, perorale spasmolytika, intramuskulære injeksjoner med botulinumtoksin og intratekal baklofen gjennom baklofenpumpe. Oftest kombineres flere tiltak. Hvis grunnleggende tonusdempende tiltak og annen ikke-invasiv behandling ikke gir tilstrekkelig symptomlindring, er botulinumtoksin førstevalg ved fokal, multifokal og segmental spastisitet, mens baklofenpumpe er aktuelt ved regional eller generalisert spastisitet. Grunnleggende spastisitsbehandlings foregår i primærhelsetjenesten. Behandling med botulinumtoksin og baklofenpumpe utføres i spesialisthelsetjenesten og forutsetter gjentatt kontakt over tid (2–4).

En baklofenpumpe ligger subkutant (3) og identifiseres for påfyll med palpasjon og eventuelt applikator. For å sikre korrekt deponering av botulinumtoksin kreves instrumentell veiledning med ultralyd, elektromyografi (EMG) og/eller elektrisk muskelstimulering (5).

Eksisterende internasjonale retningslinjer og ekspertkonsensus understreker viktigheten av tidlig behandling av spastisitet for å forebygge ytterligere funksjonstap og komplikasjoner (2–4). Nyere evidens antyder at oppstart av botulinumtoksin så tidlig som 6–12 uker etter et hjerneslag kan gi varig reduksjon av muskeloveraktivitet (6, 7). Videre anbefales gjentatt injeksjonsbehandling med botulinumtoksin med intervaller på ca. tre måneder (2, 3). Behandling av spastisitet er kort nevnt i nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag (8), men ut over dette har Norge ingen nasjonale føringer for vurdering og behandling av spastisitet.

Formålet med studien var å kartlegge tilgjengelighet til, organisering av og innholdet i tilbudet om spastisitsbehandlings i form av botulinumtoksin og baklofenpumpe i Norge.

Materiale og metode

Vi utførte en spørreundersøkelse i tidsrommet 25.8.2020–30.11.2020. Elektroniske spørreskjema utarbeidet av forfatterne ble sendt til hovedansvarlig behandler ved norske sykehusavdelinger og poliklinikker som tilbyr behandling av spastisitet (se appendiks 1 på tidsskriftet.no). 47 aktuelle enheter ble identifisert ved å samkjøre kontaktene til forfatterne og firmaene Medtronic, Allergan og Desitin. Medtronic er den eneste tilbyderen av baklofenpumper i Norge, mens Allergan og

Desitin til sammen hadde 98 % markedsandel for botulinumtoksin i Norge i 2020 (9). Mot-takerne ble dessuten bedt om å gi tilbakemelding til forfatterne dersom de kjente til andre enheter som burde inviteres.

Tilgjengelighet av behandling med botulinumtoksin og baklofenpumpe ble kartlagt gjennom spørsmål om deltakernes geografiske tilhørighet (sted og sykehus), type avdeling, henvisende instans og ventetid fra henvisning til første behandling. Videre kartla vi månedlig antall pasienter behandlet med henholdsvis botulinumtoksin og/eller baklofenpumpe, gjennomsnittlig behandlingsintervall for botulinumtoksinpasientene samt behandlernes syn på antall behandlingsdager sett opp mot det lokale behovet.

Tilbudets organisering og innhold ble kartlagt med spørsmål om aktiviteten var tilknyttet en poliklinikk eller en sengepost, hvilke profesjoner som var inkludert i vurderingsteamet, bruk av instrumentell veiledning i forbindelse med botulinumtoksinbehandling (elektrisk muskelstimulering, elektromyografi og ultralyd), hvilke yrkesgrupper som gjennomførte prosedyrene, og hvilke andre behandlingstiltak som ble vurdert.

Svarene ble behandlet anonymisert med statistikkprogramvaren SPSS. Variablenes sentralendens og variasjon ble angitt som median og interkvartilbredde. Oversikten over deltakerne og deres kontaktinformasjon ble lagret separat fra øvrige data. Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst vurderte studien som ikke søknadspliktig (ref. 229568).

Resultater

Svar kom fra aktuelle behandlere ved 30 av 47 inviterte enheter, fordelt på fagfeltene fysi-

Tabell 1 Ventetid fra mottatt henvisning til første vurdering av spastisitet ved norske sykehus.

Avdeling (spesialitet)	Median ventetid (interkvartilbredde)
Fysikalsk medisin og rehabilitering (n = 8)	9 uker (11 uker)
Nevrologi (n = 10) ¹	12 uker (11 uker)
Andre (nevrokirurgi, indremedisin, barnenevrologi og barnehabilitering) (n = 5)	8 uker (6 uker)
Ventetid totalt for alle avdelingene (N = 23)	10 uker (7 uker)

¹ Én enhet (nevrologi) meldte at de hadde inntakstopp.

Tabell 2 Behandling med botulinumtoksin og baklofenpumpe ved ulike sykehusavdelinger i Norge.

Avdeling (spesialitet)	Botulinumtoksin	Baklofenpumpe
Fysikalsk medisin og rehabilitering (n = 11)	11	3
Nevrologi (n = 13)	13	12
Nevrokirurgi (n = 3)	0	3
Andre (indremedisin, barnenevrologi og barnehabilitering) (n = 3)	2	2
Sum (n/N)	26/30	20/30

kalsk medisin og rehabilitering (11 av 12), nevrologi (13 av 23), nevrokirurgi (3 av 6), indremedisin (1 av 3), barnenevrologi (1 av 1) og nevrohabilitering (1 av 1). En ortopedkirurgisk avdeling svarte ikke. Alle helseregionene var representert.

Henvissende instans ble rapportert som fastleger (25/30), legespesialister i andre fag (27/30), fysioterapeuter (12/30) og ergoterapeuter (1/30).

Median ventetid fra henvisning til første vurdering var, for de 23 som svarte på dette, 10 uker (interkvartilbredde 7 uker). Det var relativt stor variasjon innenfor alle fagfelt (tabell 1).

14/30 enheter gjennomførte spastisitetsbehandling kun poliklinisk, mens 15/30 anga å ha tilbud om dette både poliklinisk og i forbindelse med innleggelse. En enhet svarte ikke på dette spørsmålet.

26 av 30 enheter behandlet pasienter med botulinumtoksin (tabell 2). Median antall pasienter behandlet per måned var 20 (interkvartilbredde 22). Median intervall mellom behandlingene hos de 19 som svarte på dette, ble angitt til 12 uker (interkvartilbredde 0,5 uker). I tillegg rapporterte fire avdelinger om varierende behandlingsintervaller. 20 av 30 enheter behandlet pasienter med baklofenpumpe (tabell 2). Median antall pasienter behandlet med baklofenpumpe per måned var 7 (interkvartilbredde 7). 14 av 30 enheter anga et behov for flere behandlingsdager for å dekke det lokale behovet.

Lege var ansvarlig for all behandling med botulinumtoksin, mens én enhet anga at sykepleier var alene om påfyll og justering av baklofenpumpe. Ved behandling med botulinumtoksin ble ultralyd brukt som veiledning ved 22 av 26 enheter, elektromyografi ved 15 og muskelstimulator ved 11. 15 av de 26 enhetene benyttet en kombinasjon av flere typer utstyr. 11 enheter rapporterte dessuten om bruk av lærebok som veiledning ved injek-

sjonsbehandling, og én enhet brukte kun dette.

Tilbud om tverrfaglig vurdering av spastisitet fantes ved 23 av 30 enheter. Involverte faggrupper var lege (30/30), fysioterapeut (21/30), ergoterapeut (12/30) og sykepleier (11/30). Ni av enhetene hadde vurderingsteam bestående av to faggrupper, dette var mest vanlig i nevrologiske avdelinger (5/9). 14 av enhetene hadde vurderingsteam bestående av tre eller flere faggrupper. Dette var vanligst innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering (8/14).

29 av 30 enheter vurderte andre behandlingstiltak i tillegg til botulinumtoksin og/eller baklofenpumpe: 25 ga råd om spastisitetdempende medikamenter, 22 vurderte behov for ortoser og 21 veiledet om relevant trening.

Diskusjon

Studien viser at spastisitetsbehandling med botulinumtoksin og baklofenpumpe er tilgjengelig i alle norske helseregioner. Henvise-erne var fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, noe som indikerer at tilbudet benyttes i både tidlig- og senfaserehabilitering. Median ventetid for nyhenviste og intervall mellom botulinumtoksinbehandling var hos respondentene innenfor gjeldende retningslinjer og ekspertkonsensus (2–4). Det var imidlertid stor variasjon mellom enhetene i antall pasienter behandlet per måned. Et rapportert behov for flere behandlingsdager hos omtrent halvparten av enhetene tyder på at dette ikke kun kan tilskrives ulikheter i det lokale befolkningsgrunnlaget.

Gode forløp for pasienter med behov for spesialisert spastisitetsbehandling bør sikres gjennom etablering og styrking av robuste fagmiljøer og tett samarbeid mellom disse. Store nok fagmiljøer vil også bidra til å ivareta

behovet for tverrfaglighet i vurderingsteamene i tråd med internasjonale anbefalinger (2, 4).

Beste praksis for behandling med botulinumtoksin innebærer bruk av veiledning med ultralyd, elektromyografi og elektrisk muskelstimulering (5). Slikt utstyr var i bruk i et flertall av enhetene, men studien avdekket et forbedringspotensial når det gjelder å sikre alle landets pasienter trygg og presis injeksjonsbehandling. Etablering av fagmiljøer med tilstrekkelig kompetanse og muligheter for opplæring vil kunne bidra positivt i den retning.

Grunnleggende spastisitetdempende tiltak som ortoser, tøyning, trening, relevant peroral medikasjon og sanering av triggere skal som hovedregel vurderes og igangsettes i primærhelsetjenesten, men er også viktige som tillegg til behandling med baklofenpumpe og botulinumtoksin (2–4). I tråd med dette ga et flertall av sykehusenhetene i studien også råd om slike behandlingstiltak.

Studien har noen begrensninger. Det kan være relevante enheter ukjent for forfatterne som ikke ble kontaktet, selv om den høye markedsandelen hos firmaene som bidro med informasjon, tilsier at dette sannsynligvis er få. 17 av de 47 inviterte enhetene svarte ikke på spørreskjemaet. Svarprosenten varierende innenfor de ulike fagområdene, og enkelte spørsmål hadde få respondenter. Det er sannsynlig at enheter med størst interesse for tverrfaglig spesialisert spastisitetsbehandling har prioritert å svare. Vi ser imidlertid at vi har inkludert deltakere fra alle landsdeler og at alle store helseforetak er representert. Vi vurderer derfor funnene som representative for situasjonen i Norge per i dag.

Takk til Allergan (nå AbbVie), Desitin og Medtronic som har bidratt med informasjon om aktuelle deltakere i studien og praktisk hjelp i forbindelse med datainnsamlingen.

Firmaene har ut over dette ikke vært involvert i arbeidet og har ikke bidratt økonomisk.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 5.12.2022, første revisjon innsendt 15.4.2023, godkjent 28.6.2023.

KRISTIN ØSTLIE

er ph.d. og spesialist i fysisk medisin og rehabilitering, avdelingsoverlege ved Avdeling for fysisk medisin og rehabilitering og medisinsk-faglig ansvarlig for Spastisitetsklinikken ved Sykehuset Innlandet. Hun er styreleder for NFDS Norsk Forening for Dystoni og Spastisitet, leder av Norsk fagnettverk for spastisitet og medlem av styregruppen i SkanDySpas (Skandinavisk utdanningsforening for dystoni og spastisitetsbehandling). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra NFDS (med Desitin/Merz og Allergan/AbbVie som sponsorer) for kurs om spastisitetsbehandling med fokus på ultralydveilede botulinumtoksininjeksjoner, og undervisningshonorar fra Desitin/Merz og AbbVie. Hun har også mottatt kompensasjon for deltakelse på Ipsen Advisory Board i Oslo med tema spastisitetsbehandling.

JELENA SIMIC

er ph.d.-stipendiat, overlege og medisinsk-faglig ansvarlig for Spastisitetsklinikken ved Sunnaas sykehus og medlem av Norsk fagnettverk for spastisitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har undervist på møter og workshops i regi av Ipsen, Merz og Allergan/AbbVie uten å motta personlig kompensasjon. Hun er medlem av styregruppen for Toxins-konferansen i regi av Ipsen og har deltatt på Ipsen Advisory Board i Oslo med tema spastisitetsbehandling, uten å motta personlig kompensasjon.

TIINA REKAND

er spesialist i nevrologi, overlege, professor og fagansvarlig ved Spastisitetsklinikken ved Haukeland universitetssjukehus. Hun er medlem av Norsk fagnettverk for spastisitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt kompensasjon for deltakelse på Ipsen Advisory Board i Oslo med tema spastisitetsbehandling.

LITTERATUR

- 1 Zeng H, Chen J, Guo Y et al. Prevalence and Risk Factors for Spasticity After Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurol* 2021; 11: 616097.
- 2 Dansk Neurologisk Selskab. Behandling af spastisitet: oversigt. Lest 8.4.2023.
- 3 Biering-Sørensen B, Stevenson VL, Bensmail D et al. European expert consensus on improving patient selection for the management of disabling spasticity with intrathecal baclofen and/or botulinum toxin type A. *J Rehabil Med* 2021; 53: jrm00236.
- 4 Royal College of Physicians. Spasticity in adults: Management using botulinum toxin. Lest 8.4.2023.
- 5 Grigoriu A-I, Dinomais M, Rémy-Néris O et al. Impact of Injection-Guiding Techniques on the Effectiveness of Botulinum Toxin for the Treatment of Focal Spasticity and Dystonia: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil* 2015; 96: 2067–78.e1.
- 6 Lindsay C, Ispoglou S, Helliwell B et al. Can the early use of botulinum toxin in post stroke spasticity reduce contracture development? A randomised controlled trial. *Clin Rehabil* 2021; 35: 399–409.
- 7 Picelli A, Santamato A, Cosma M et al. Early Botulinum Toxin Type A Injection for Post-Stroke Spasticity: A Longitudinal Cohort Study. *Toxins (Basel)* 2021; 13: 374.
- 8 Helsedirektoratet. Hjerneslag. Lest 8.4.2023.
- 9 Farmstat. Norske markedsdata. Lest 7.5.2023.



Medisinen i bilder

I DENNE ARTIKKELTYPEN ER BILDET
DET BÆRENDE ELEMENTET

Send inn bilde ledsaget av en kort tekst.

Se forfatterveiledningen på tidsskriftet.no.

JULIAN EEK MARIAMPILLAI

jemariampillai@gmail.com
Medisinsk klinikk
Lovisenberg Diakonale Sykehus

LENE VERNÅS HALVORSEN

Nyremedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

ANNE CECILIE LARSTORP

Avdeling for medisinsk biokjemi
Oslo universitetssykehus
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

SONDRE HEIMARK

Nyremedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

BÅRD WALDUM-GREVBO

Nyremedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

SVERRE ERIK KJELDSEN

Hjertemedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

GUDMUND NORDBY

Medisinsk klinikk
Lovisenberg Diakonale Sykehus

AUD-ELDRID STENEHJEM

Nyremedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

JENS PETTER BERG

Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo
Avdeling for medisinsk biokjemi
Oslo universitetssykehus

AUD HØIEGGEN

Nyremedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

Diabetes og kronisk nyresykdom

Kronisk nyresykdom er en av de alvorligste komplikasjonene til diabetes. En av utfordringene i oppfølgingen av pasienter med diabetes er å oppdage tegn på nyresykdom. Nyere forskning viser at det er flere legemidler med nyrebeskyttende effekter. I denne kliniske oversiktsartikkelen presenterer vi markører brukt i oppfølgingen av pasienter med diabetes og kronisk nyresykdom og nye behandlingsmuligheter.

Forekomsten av type 1- og type 2-diabetes øker. Diabetes er beheftet med en rekke komplikasjoner til hyperglykemi, der nyresykdom er blant de alvorligste. Kunnskap om nyresykdom ved diabetes er nyttig for enhver kliniker grunnet tilstandens omfang og fordi komorbiditeter og følgetilstander håndteres innenfor forskjellige spesialiteter. Man bør differensiere mellom nyresykdom hos pasienter med diabetes og diabetisk nyresykdom. Årsaken til nyresykdom hos pasienter med diabetes er ofte multifaktoriell, der særlig forandringer som følge av hypertensjon er fremtredende, i tillegg til forandringer som følge av hyperglykemi. I denne artikkelen omtales diabetisk nyresykdom som nefropati man ser som følge av grunnsykdommen diabetes og som har distinkte histologiske funn ved nyrebiopsi (diabetesnefropati).

Selv om man ser likheter i komplikasjoner og endeorganskade ved type 1-diabetes og type 2-diabetes, vil mekanismen bak de to sykdommene medføre forskjellig utvikling i assosiert nyresykdom. Pasienter med type 1-diabetes vil etter diagnosetidspunkt være eksponert for varierende grad av hyperglykemi og kan etter flere år utvikle tegn på nyresykdom, som albuminuri og hypertensjon. Til forskjell eksponeres pasienter med type 2-diabetes for risikofaktorer for diabetes, kardiovaskulær sykdom og nyresykdom i flere år før hyperglykemi påvises, med påfølgende diabetesdiagnose (figur 1).

Ved type 1-diabetes er diabetesnefropati den vanligste assosierte nyresykdommen. Pasienter med type 2-diabetes kan utvikle tilsvarende forandringer i nyrene, som kan være til stede allerede ved diagnosetidspunktet. Likevel er det minst like vanlig med andre årsaker

til nyresykdom hos disse pasientene, som eksempelvis hypertensiv nefrosklerose. Et materiale bestående av pasienter med enten type 1-diabetes eller type 2-diabetes viste at andre årsaker enn diabetesnefropati var til stede hos over 60 % av pasientene (1). Det illustrerer grunnen til at det er fornuftig å skille mellom diabetisk nyresykdom og nyresykdom ved diabetes.

I denne kliniske oversiktsartikkelen presenteres markører for oppfølging av pasienter med diabetes og kronisk nyresykdom, samt nye behandlingsmuligheter. Artikkelen er basert på et skjønnsmessig utvalg av litteratur, norske og internasjonale retningslinjer samt forfatternes kliniske erfaring.

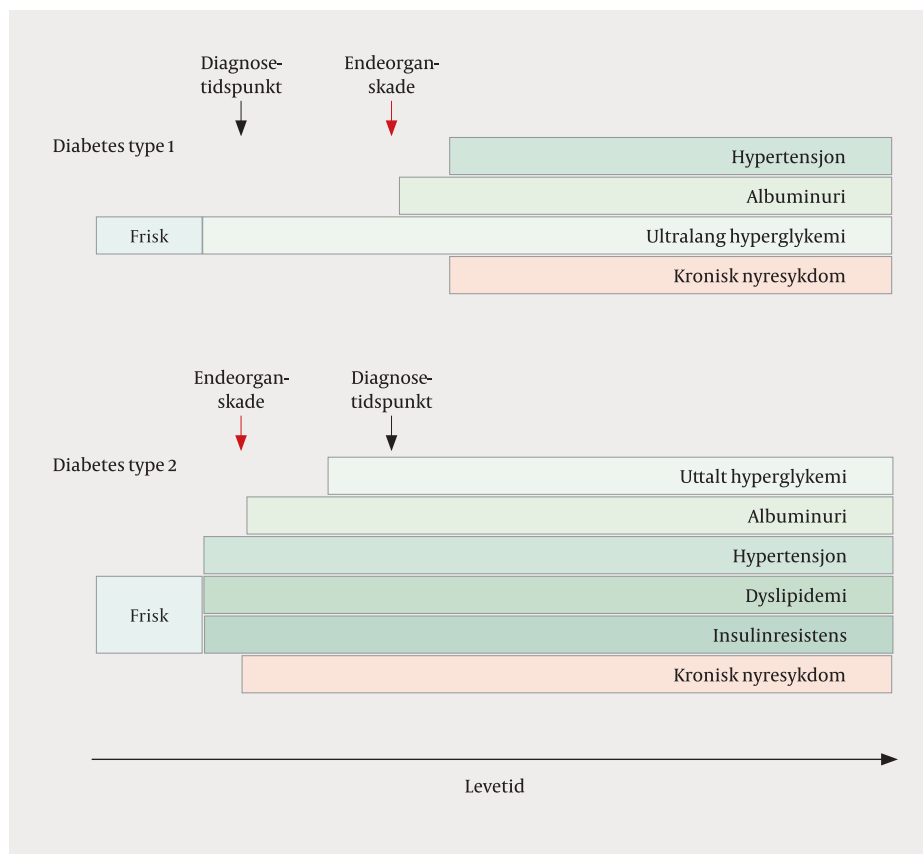
Markører

De fleste markører brukt i oppfølging av henholdsvis kronisk nyresykdom og diabetes er godt etablerte. Mange av markørene angir grad av sykdomsprogresjon, men både blodsukternivå, albuminuri, estimert glomerulær filtrasjonsrate (eGFR) og blodtrykk er også viktige markører for prognose. Det er viktig å være klar over at det er utfordringer ved bruk av noen av disse markørene hos pasienter med både diabetes og kronisk nyresykdom.

Uavhengig av type diabetes vil tidlig behandling av blodglukose til ønsket område være av de viktigste tiltakene for å forhindre utvikling av diabetisk nyresykdom og relaterte komplikasjoner. HbA_{1c} som mål på gjennomsnittlig blodglukosekonsentrasjon de siste 2–3 månedene brukes rutinemessig i oppfølging av pasienter med diabetes, men tolkningen av verdiene kan være vanskelig ved kronisk nyresykdom.

Ved estimert eGFR < 30 mL/min/1,73 m² vil målingene være beheftet med skjvhet som kan gi verdier som ikke samsvarer like godt med pasientens gjennomsnittlige blodglukosekonsentrasjon. Validering mot kontinuerlig blod- eller vevsglukosemålinger eller repeterte blodglukosemålinger er derfor viktig for å vurdere grad av samsvar mellom metodene. De fleste pasienter vil ha HbA_{1c} på < 53 mmol/mol som et behandlingsmål (2). Ved økende grad av kronisk nyresykdom (stadium 3b og høyere) kan behandlingsmålet være høyere, men som regel < 64 mmol/mol (2, 3). Behandlingsmålet må vurderes ved oppstart av anti-diabetisk behandling og kontinuerlig revurderes gjennom oppfølgingen.

En annen viktig modifierbar risikofaktor



Figur 1 Stilisert fremstilling av utvikling av endeorganskade og kronisk nyresykdom hos pasienter med diabetes type 1 og type 2, og typiske sykdomsforløp. Svart pil indikerer diagnosetidspunkt for diabetes uavhengig av type. Rød pil indikerer påvisbar endeorganskade. Tidsmessig relasjon kan ikke direkte sammenliknes mellom diabetes type 1 og diabetes type 2.

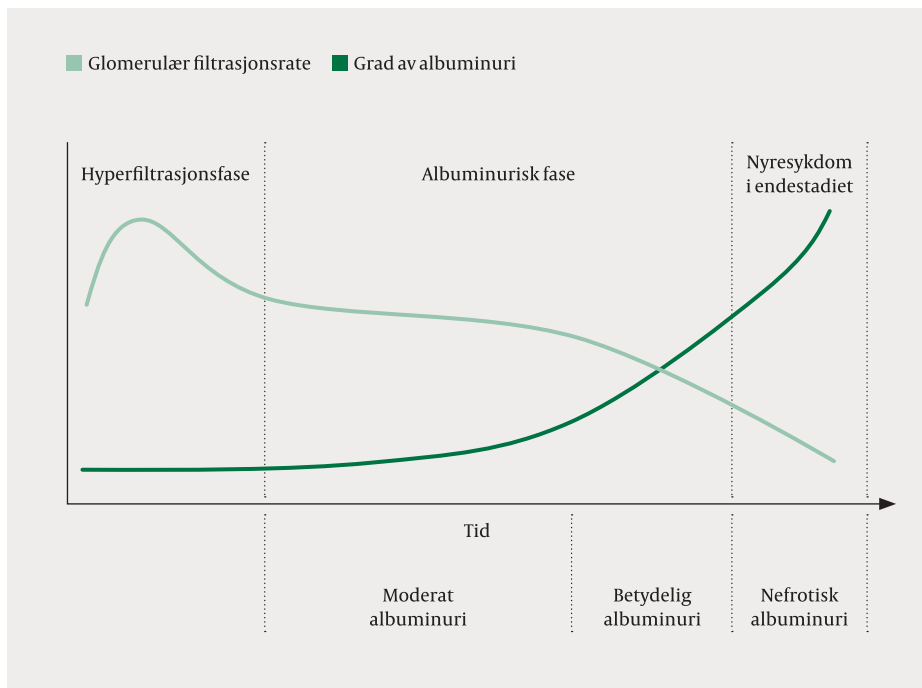
for progresjon av kronisk nyresykdom er hypertensjon, som også uten diabetes er den viktigste risikofaktoren for sykdom og død. Behandlingsmål for pasienter med diabetes spriker noe i ulike internasjonale retningslinjer, men stort sett anbefales et behandlingsmål omkring < 130/80 mmHg dersom godt tolerert, slik som anført i de nye europeiske retningslinjer (4). De norske, konsensusbaserte retningslinjene anbefaler et mål på 135/85 mmHg hos alle pasienter med diabetes, men behandlingsmål på < 130/80 mmHg bør vurderes ved samtidig nyresykdom (2).

Reduksjon av albuminuri er viktig for å bremse progresjon av all kronisk nyresykdom, da albuminuri i seg selv er nefrotoksisk. Albuminuri måles i morgenurinprøve som ratio mellom albumin og kreatinin (u-AKR). Moderat albuminuri (u-AKR 3–29 mg/mmol, tidligere kalt mikroalbuminuri) er det første tegnet på diabetesnefropati. Alle med diabetes bør få undersøkt urinen for albumin med u-AKR minst årlig fra fem år etter tidspunkt

for diagnosen type 1-diabetes og fra diagnose-tidspunkt hos personer med type 2-diabetes.

Estimert glomerulær filtrasjonsrate og albuminuri er veletablert i risikostratifiseringen av kronisk nyresykdom. Det anbefales primært å bruke CKD-EPI-formelen (5) med kreatinin, eller cystatin C ved avvikende muskelmasse (6). Graden av albuminuri er både et mål på nyreskade og en prediktor for senere kardiovaskulær sykdom og kronisk nyresykdom (7) og bør brukes sammen med eGFR i risikoevalueringen (6). En utfordring ved diabetisk nyresykdom er påvisning av nyreskade før det forekommer moderat albuminuri. Glomerulær hyperfiltrasjon grunnet dilatasjon av afferent arteriole vil kunne gi supranormal eGFR i denne fasen (figur 2), noe som sjelden fanges opp med de vanlige biokjemiske markørene tidlig i forløpet. Det finnes få biomarkører som kan påvise sykdom så tidlig eller predikere senere økt risiko (8).

Risikohåndtering hos pasienter med diabe-



Figur 2 Skjematiske fremstilling av utvikling av glomerulær filtrasjonsrate og albuminuri ved progredierende kronisk nyresykdom.

tes og kronisk nyresykdom handler om mer enn å forhindre progresjon av nyresykdommen. Det er større risiko for å dø av makrovaskulære komplikasjoner til diabetes enn progrediering til endestadium av nyresykdom (9). Mange av risikofaktorene for forverring av nyresykdom er overlappende med kardiovaskulære risikofaktorer. Behandling av kronisk nyresykdom ved diabetes krever derfor en helhetlig tilnærming med fokus på kardiorrenal risikoreduksjon og tidlig og varig kontroll av risikofaktorer.

Behandlingsalternativer

Den eneste nyrebeskyttende behandlingen ut over blodtrykkskontroll og glykemisk kontroll var i mange år hemming av renin-angiotensin-aldosteron-systemet. Behandling med angiotensinkonverterende enzym (ACE)-hemmere eller angiotensinreseptorblokkere (ARB), som er sidestilt i norske retningslinjer (2), er fortsatt essensielt i behandlingen av albuminuri. Ved etablert nyresykdom er det viktig å senke albumin/kreatinin-ratioen i urin til under 70 mg/mmol (total proteinuri < 1 g/døgn). Behandling med ACE-hemmere og angiotensinreseptorblokkere bidrar til å senke både det systemiske blodtrykket og det

intraglomerulære filtrasjonstrykket og reduserer dermed albuminuri.

De siste årene har nye antidiabetiske medikamenter blitt utviklet, og det er funnet gunstige effekter ut over blodglukosesenkende effekter for både GLP-1-reseptoragonistene (10) og SGLT2-hemmerne (11) samt renoprotektive effekter av ikke-steroidale mineralokortikoidreseptorantagonister (12). Hemming av renin-angiotensin-aldosteron-systemet og bruk av ikke-steroidale mineralokortikoidreseptorantagonister er viktig ved både type 1- og type 2-diabetes, mens behandling med GLP-1-reseptoragonister og SGLT2-hemmere først og fremst er forbeholdt pasienter med type 2-diabetes (3). Det er nylig utarbeidet en veileder for hvilke pasienter med kronisk nyresykdom som skal henvises til nefrolog (13), og oppstart av noen av de nye behandlingsalternativene bør gjøres i samarbeid med spesialist i indremedisin.

GLP-1-reseptoragonister

GLP-1-reseptoragonister er primært brukt som antidiabetikum, men enkelte medikamenter i denne gruppen har også indikasjon for bruk ved overvekt og fedme. Bruk av GLP-1-reseptoragonister reduserer både forekomsten av kardiovaskulær sykdom og kronisk nyresykdom, og effektene ser ut til å være gjeldende

på tvers av medikamentgruppen (10). De fleste studiene med GLP-1-reseptoragonister har kardiovaskulære hendelser som primærendepunkt, og den gunstige effekten på nyresykdom ser ut til i stor grad å skyldes reduksjon av albuminuri (14, 15). En stor metastudie viste 21 % redusert risiko for et sammensatt renalt endepunkt ved bruk av GLP-1-reseptoragonist (hasardratio 0,79; 95 % konfidensintervall (KI) 0,73 til 0,87, NNT = 47) (10).

Mekanismene bak de nyrebeskyttende egenskapene til GLP-1-reseptoragonistene er ikke helt redegjort for. Det finnes indirekte effekter som medieres via bedret glykemisk kontroll og vektreduksjon. Det er også funnet direkte effekter på nyrene, der GLP-1-reseptoragonister er antiinflammatoriske, reduserer oksidativt stress og stimulerer natriuresen, med påfølgende bedret glomerulær hemodynamikk (16).

SGLT2-hemmere

SGLT2-hemmere hemmer natriumglukosektransportøren i nefronets proksimale tubuliceller, som resulterer i økt glukosuri. Dette medfører lavere blodglukose, men også et ofte ønsket kaloritap. Det sees en ledsagende osmotisk diurese og natriurese, som bidrar til redusert blodtrykk. Man har ikke fullt ut kartlagt hva som ligger til grunn for den beskyttende effekten ved nyresykdom, men økt natriumkonsentrasjon i distale tubuli vil registreres av jukstaglomerulære celler og lede til normalisering av kantonus i afferent arteriole via den tubuloglomerulære tilbakekoblingsmekanismen. Dette vil redusere glomerulær hypertensjon og hyperfiltrasjon. Videre er det blant annet antydnet antiinflammatoriske og antifibrotiske egenskaper ved SGLT2-hemmere samt at redusert glukosereabsorpsjon medfører lavere oksygenbehov og opphever en relativ hypoksi (17).

Flere studier har vist gunstige effekter av SGLT2-hemmere på renale endepunkter hos pasienter med type 2-diabetes (18–20). CREDENCE-studien (Canagliflozin and Renal Events in Diabetes with Established Nephropathy Clinical Evaluation) var den første studien der man så på primære renale endepunkter hos pasienter med type 2-diabetes og nefropati. Studien viste redusert albuminuri og mindre tap av nyrefunksjon hos deltakere som mottok canagliflozin (NNT 28 (95 % KI 19 til 54) for et sammensatt nyreendepunkt; hasardratio 0,60 (95 % KI 0,48 til 0,76) vedrørende dobling av s-kreatininverdi) (11).

I 2020 kom resultater av DAPA-CKD-studien (Dapagliflozin and Prevention of Adverse Out-

comes in Chronic Kidney Disease), hvor man så tilsvarende endringer hos pasienter med og uten diabetes med albuminuri og eGFR i området 25–75 mL/min/1,73 m² (21). Studien viste en hasardratio på 0,61 (95 % KI 0,51 til 0,72, absolutt risikoreduksjon 0,053, NNT 19 (95 % KI 15 til 27)) for et sammensatt endepunkt av nyresykdom og kardiovaskulær død, med tilsvarende trend for utelukkende renale endepunkter. Tilsvarende resultater er nylig publisert for SGLT2-hemmeren empagliflozin og indikerer effekter på tvers av ulike SGLT2-hemmere (22).

Etter oppstart med SGLT2-hemmere ser man en rask og vedvarende reduksjon av albuminuri og et lite fall i glomerulær filtrasjonsrate. Denne initiale reduksjonen av glomerulær filtrasjonsrate er reversibel og fører på sikt til mindre reduksjon av nyrefunksjonen. Gjennomsnittlig reduksjon i eGFR etter oppstart av SGLT2-hemmer i CREDENCE-studien (3,72 mL/min/1,73 m² etter tre uker) og DAPA-CKD-studien (3,97 mL/min/1,73 m² etter to uker) er godt innenfor akseptable verdier, og oppstart av SGLT2-hemmere vil sjelden gi negative konsekvenser for nyrefunksjonen. Det er likevel viktig å være klar over sjeldne, men potensielt alvorlige bivirkninger, der euglykemisk ketoacidose er blant de alvorligste. SGLT2-hemmere må derfor seponeres

før større operasjoner eller ved akutt sykdom og skal være forbeholdt pasienter med type 2-diabetes.

Det er etter hvert god evidens for at SGLT2-hemmere har gunstig effekt ved nyresykdom, og det kan virke som at denne typen legemidler reduserer progresjon av nyresykdom i større grad enn GLP-1-reseptoragonister (23). Det må presiseres at GLP-1-reseptoragonister foreløpig ikke er undersøkt med henblikk på primært renalt endepunkt.

Ikke-steroid mineralokortikoid-reseptorantagonister

Mineralokortikoidreseptorantagonister har antiproteinuriske effekter hos pasienter med kronisk nyresykdom ut over det som sees ved bruk av ACE-hemmere eller angiotensinreseptorblokkere (24). Bruken av mineralokortikoidreseptorantagonister er godt etablert behandling ved hypertensjon og venstre ventrikkel-sviakt, men kan forårsake hyperkalemi hos pasienter med kronisk nyresykdom. Til forskjell gir de nye ikke-steroid mineralokortikoidreseptorantagonistene mindre hyperkalemi (25), men har fortsatt antiproteinurisk effekt (26).

I to randomiserte studier ble effektene av finerenon sammenliknet med placebo hos pasienter med type 2-diabetes og nyresykdom, der alle allerede benyttet ACE-hemmere

eller angiotensinreseptorblokkere (12, 27). Finerenon reduserte både progresjon av nyresykdom og forekomsten av kardiovaskulær sykdom.

Avsluttende betraktninger

Veletablert nyrebeskyttende behandling ved diabetes og kronisk nyresykdom kan nå suppleres med nye medikamenter. Som i all forebyggende behandling er det nødvendig å komme tidlig til, og noe av det viktigste vi kan gjøre er å etablere et godt samarbeid mellom fastlege og indremedisiner for å sikre tidlig diagnose og intervensjon. Grunnpilarene i behandling og forebygging av diabetisk nyresykdom vil fortsatt være god kontroll av blodglukose, blodtrykk og albuminuri samt forebyggende behandling for kardiovaskulær sykdom. Videre er det viktig at pasienter med diabetes og kronisk nyresykdom vurderes for behandling med GLP-1-analoger, SGLT2-hemmere og ikke-steroid mineralokortikoidreseptorantagonister i tillegg til hemming av renin-angiotensin-aldosteron-systemet.

Artikkelen er fagfelleurdert.

Mottatt 23.12.2022, første revisjon innsendt 26.1.2023, godkjent 29.4.2023.

JULIAN EEK MARIAMPILLAI

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

LENE VERNÅS HALVORSEN

er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer, overlege og klinisk ph.d.-stipendiat. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE CECILIE LARSTORP

er ph.d., spesialist i medisinsk biokjemi, overlege og førsteamanuensis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SONDRE HEIMARK

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

BÅRD WALDUM-GREVBØ

er ph.d., spesialist i indremedisin og i nyresykdommer og er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra AstraZeneca (produserer SGLT2-hemmeren dapagliflozin), Boehringer Ingelheim (produserer SGLT2-hemmeren empagliflozin), Novo Nordisk (produserer GLP-1-reseptoragonistene liraglutid og semaglutid), Bayer (produserer den ikke-steroid mineralokortikoidreseptorantagonisten finerenon) og Novartis (produserer ACE-inhibitoren benazepril og angiotensinreseptorblokkeren valsartan).

SVERRE ERIK KJELDSEN

er dr.med., spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og professor emeritus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Getz Pharma (produserer SGLT2-hemmerne dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin), Intas-Vector (produserer angiotensinreseptorblokkeren losartan, og ACE-inhibitoren ramipril), Merck KGaA (produserer SGLT2-hemmeren ertugliflozin), Sanofi-Aventis (produserer SGLT2-hemmeren tofogliflozin), Zydus Healthcare (produserer SGLT2-hemmerne dapagliflozin og kanagliflozin) og JB Chemicals and Pharmaceuticals.

GUDMUND NORDBY

er dr.med., MHA, spesialist i indremedisin og i nyresykdommer og overlege.

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

AUD-ELDRID STENEHJEM

er ph.d., spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, i indremedisin og i nyresykdommer og er avdelingsleder.

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

JENS PETTER BERG

er dr.med., spesialist i medisinsk biokjemi, professor og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medlem av Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale fagråd for diabetes.

AUD HØIEGGEN

er ph.d., spesialist i indremedisin og i nyresykdommer, overlege og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra AstraZeneca (produserer SGLT2-hemmeren dapagliflozin)

LITTERATUR

- 1 Sharma SG, Bomback AS, Radhakrishnan J et al. The modern spectrum of renal biopsy findings in patients with diabetes. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013; 8: 1718–24.
- 2 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Lest 29.4.2023.
- 3 de Boer IH, Khunti K, Sadusky T et al. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care* 2022; 45: 3075–90.
- 4 Mancia G, Kreutz R, Brunström M et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). *J Hypertens* 2023; doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
- 5 Levey AS, Stevens LA, Schmid CH et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med* 2009; 150: 604–12.
- 6 Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl* 2013; 3: 1–150.
- 7 Hallan S, Astor B, Romundstad S et al. Association of kidney function and albuminuria with cardiovascular mortality in older vs younger individuals: The HUNT II Study. *Arch Intern Med* 2007; 167: 2490–6.
- 8 Ruilope LM, Ortiz A, Lucia A et al. Prevention of cardiorenal damage: importance of albuminuria. *Eur Heart J* 2023; 44: 1112–23.
- 9 Adler AI, Stevens RJ, Manley SE et al. Development and progression of nephropathy in type 2 diabetes: the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 64). *Kidney Int* 2003; 63: 225–32.
- 10 Sattar N, Lee MMY, Kristensen SL et al. Cardiovascular, mortality, and kidney outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2021; 9: 653–62.
- 11 Perkovic V, Jardine MJ, Neal B et al. Canagliflozin and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes and Nephropathy. *N Engl J Med* 2019; 380: 2295–306.
- 12 Bakris GL, Agarwal R, Anker SD et al. Effect of Finerenone on Chronic Kidney Disease Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2020; 383: 2219–29.
- 13 Norsk nyremedisinsk forening. Veileder for samhandling om pasienter med kronisk nyresykdom. Lest 16.3.2023.
- 14 Avgerinos I, Karagiannis T, Malandris K et al. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and microvascular outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Obes Metab* 2019; 21: 188–93.
- 15 Kristensen SL, Rørth R, Jhund PS et al. Cardiovascular, mortality, and kidney outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019; 7: 776–85.
- 16 Alicic RZ, Cox EJ, Neumiller JJ et al. Incretin drugs in diabetic kidney disease: biological mechanisms and clinical evidence. *Nat Rev Nephrol* 2021; 17: 227–44.
- 17 Salvatore T, Galiero R, Caturano A et al. An Overview of the Cardiorenal Protective Mechanisms of SGLT2 Inhibitors. *Int J Mol Sci* 2022; 23: 3651.
- 18 Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373: 2117–28.
- 19 Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW et al. Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2017; 377: 644–57.
- 20 Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP et al. Dapagliflozin and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2019; 380: 347–57.
- 21 Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R et al. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med* 2020; 383: 1436–46.
- 22 Herrington WG, Staplin N, Wanner C et al. Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med* 2023; 388: 117–27.
- 23 Cao H, Liu T, Wang L et al. Comparative efficacy of novel antidiabetic drugs on cardiovascular and renal outcomes in patients with diabetic kidney disease: A systematic review and network meta-analysis. *Diabetes Obes Metab* 2022; 24: 1448–57.
- 24 Alexandrou ME, Papagianni A, Tsapas A et al. Effects of mineralocorticoid receptor antagonists in proteinuric kidney disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2019; 37: 2307–24.
- 25 Pitt B, Kober L, Ponikowski P et al. Safety and tolerability of the novel non-steroidal mineralocorticoid receptor antagonist BAY 94-8862 in patients with chronic heart failure and mild or moderate chronic kidney disease: a randomized, double-blind trial. *Eur Heart J* 2013; 34: 2453–63.
- 26 Bakris GL, Agarwal R, Chan JC et al. Effect of Finerenone on Albuminuria in Patients With Diabetic Nephropathy: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2015; 314: 884–94.
- 27 Pitt B, Filippatos G, Agarwal R et al. Cardiovascular Events with Finerenone in Kidney Disease and Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2021; 385: 2252–63.

HELENE BRENNHA HAAKONSEN

helene.haakonsen@gmail.com
Medisinsk avdeling
Sørlandet sykehus, Arendal

JARLE JORTVEIT

Hjerteseksjonen
Sørlandet sykehus, Arendal

FRIDTJOF HEYERDAHL

Luftambulansesavdelingen
Oslo universitetssykehus
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo
Giftinformasjonen
Folkehelseinstituttet

Mann i 60-årene med akutte bryst smerter

En mann i 60-årene ble innlagt i et travelt akutt mottak med akutte bryst smerter og troponin stigning. Først etter gjennomført invasiv koronar angiografi med normale funn måtte vaktteamet erkjenne at pasienten selv hadde stilt en korrekt ikke-kardial diagnose.

Pasienten var en mann i 60-årene med karsykdom, hemokromatose og tidligere grenvenetrombose i ett øye. Han var medikamentelt behandlet for hypertensjon. Flere år tidligere hadde han gjennomgått et hjerteinfarkt i fremre vegg, som ble behandlet med perkutan koronar intervensjon (PCI) med stent i diagonalgren av venstre koronararterie.

Han ble innlagt på dagtid, da han ble akutt uvel, svimmel og fikk retrosternale bryst smerter utstrålende til hals og kjeve etter at han hadde utført manuelt arbeid på en båt sammen med to kamerater. Smertene var ledsaget av dyspné, men ingen kvalme. Prehospitalt hadde han lindrende effekt av nitroglyserin.

I akutt mottaket hadde han fortsatt smerter i

brystet. Han var tørr og varm i huden. Blodtrykket var 130/82 mmHg på høyre arm og 149/89 mmHg på venstre arm. Respirasjonsfrekvensen var 13 per minutt, og arteriell blodgassanalyse viste oksygenmetning på 100 % med pasienten pustende i romluft. Puls var regelmessig på 88 slag/min. Elektrokardiogram (EKG) viste sinusrytme med frekvens 90 slag/min og antydte ST-elevasjoner i avledningene II, III og aVF, alle svarende til hjertets nedre vegg.

Ekkokardiografisk undersøkelse i akutt mottaket viste god venstre ventrikel-funksjon med normal ejeksjonsfraksjon, men det ble reist spørsmål om det kunne foreligge lett hypokinesi i bakre del av septum apikalt. Det ble ikke påvist noen klaffefeil, og det forelå heller ikke økt mengde perikardvæske.

Basert på informasjon om tidligere koronarsykdom, akutte bryst smerter, lette iskemiske forandringer i EKG og mulig lett regional hypokinesi i venstre ventrikel ved ekkokardiografi, var akutt koronarsyndrom vår primære mistanke.

Pasienten utviklet plutselig betydelige skjelvinger i hendene, men benektet at han frøs. Han hadde ikke feber. Rektaltemperaturen var 36,4 °C. Han klaget også over økende svimmelhet.

Differensialdiagnostisk ble nå både sepsis og aortapatologi vurdert.

CT-undersøkelse av aorta viste ingen tegn til aortapatologi. Blodprøver tatt umiddelbart etter innleggelse viste følgende: leukocytter $12,4 \times 10^9/L$ (referanseområde $3,5-10,0 \times 10^9/L$), hemoglobin 14,8 g/dL ($13,4-17,0$), CRP $< 0,6$ mg/L ($< 5,0$), kreatinin 74 $\mu\text{mol/L}$ ($60-105$) og troponin T 28 ng/L ($0-14$). Det var altså avvik kun for troponin T. Således konkluderte man med diagnosen sannsynlig akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon, selv om diagnosen akutt hjerteinfarkt ikke kan settes ut fra én enkeltstående troponinverdi.

Pasienten ble behandlet peroralt med platehemmerne acetylsalisylsyre 300 mg og tikagrelor 180 mg, før det raskt ble utført en invasiv koronar angiografi. Undersøkelsen viste at tidligere plassert koronarstent var åpen, og det ble ikke påvist noen nytilkomne stenoser i koronararteriene.

Differensialdiagnostisk fremstod nå tilstanden som uavklart. Med negativ koronar angiografi var et primært akutt hjerteinfarkt mindre sannsynlig, men avgitt trombe kunne ikke helt utelukkes.

Fornyet gjennomgang av sykehistorien avslørte at pasienten hadde jobbet med propanbrenner

innendørs i flere timer uten adekvat utlufting i lokalet. Han mistenkte selv kullosforgiftning. Arteriell blodgass tatt ved innkomst, men ikke tilstrekkelig vurdert, viste følgende: pH 7,40 (7,36–7,44), pO₂ 9,0 kPa (10,5–14,0), pCO₂ 4,8 kPa (4,7–6,0), HbCO 27,4 % (0–1,5) og laktat 1,5 mmol/L (0,5–2,2).

Det forelå altså en betydelig forhøyet karbonmonoksidtensjon, som uheldigvis ble oversett initialt. Kontroll blodgass tre timer etter innleggelse viste at HbCO hadde falt til 16,1 %.

Pasienten hadde en akutt, alvorlig karbonmonoksidforgiftning med symptomer i form av svimmelhet, uvelhet, ataksi i hender og myokardiskemi. Dette ble erkjent først etter at koronar angiografi viste normale funn.

Han fikk 100 % oksygen på tett maske med reservoar (10 L/min), og dagen etter var HbCO-nivået normalisert. Pasienten ble utskrevet i velbefinnende.

Diskusjon

Brystsmerter er et hyppig symptom ved akutt hjerteinfarkt og en vanlig innleggingsårsak ved medisinske avdelinger. Hvert år får ca. 10 000 nordmenn et akutt hjerteinfarkt, og pasienter med tidligere etablert koronarsykdom har økt risiko for å rammes av et nytt hjerteinfarkt (1, 2).

Diagnosen akutt hjerteinfarkt baseres på stigning og/eller fall i hjertemarkøren troponin samt minst ett av følgende tilleggskriterier a) iskemiske symptomer, b) forandringer i EKG, c) bildefremstilling av substanstap av viabelt myokard eller nye regionale abnorme veggbevegelser, eller d) påvisning av intrakoronar trombe ved angiografi eller obduksjon (3). Vår pasient tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene for et akutt hjerteinfarkt dersom man tolket hans brystsmerter som iskemiske symptomer eller konkluderte med hypokinesi der dette ble stilt spørsmål om på ekkokardiografi.

I dette tilfellet var imidlertid ikke årsaken koronar aterotrombose. I situasjonen med karbonmonoksidforgiftning forelå det en ubalanse mellom myokards oksygenbehov og oksygentilførselen, siden oksygen var fortrengt fra hemoglobinet i blodet. Hjerteinfarkt kan defineres som et type 2-infarkt.

I et travelt akuttmottak kan man lett jobbe etter den første diagnostiske antagelsen som gjerne er «arvet» fra henvisende lege eller fra ambulansetjenesten. Vår pasient ble innlagt med typiske kliniske funn ved akutt koronar-

syndrom og med lindring av nitroglyserin i ambulansen. Selv om pasienten selv mistenkte kullosforgiftning og formidlet dette, ble funn og prøvesvar tolket som bekreftelse på koronarsyndrom. En slik bekreftelsesskjevhet er nok gjenkjennbar for alle som jobber med akuttmedisin, men er noe man alltid bør være på vakt mot. En grundig anamnese med nysgjerrig leting etter relevant informasjon er avgjørende for riktig diagnose og behandling, men kan dessverre glippe på en travel vakt. Vår sykehistorie illustrerer hvor viktig det er å være lydhør overfor pasientens egen antagelse om diagnose.

Karbonmonoksid (CO, kullos) er en luktfri, fargeløs og ikke-irriterende gass som dannes ved ufullstendig forbrenning av organisk materiale ved for lav oksygentilførsel. Globalt forårsaker kullosforgiftninger sannsynligvis over halvparten av alle fatale forgiftninger (4). Kullos som ikke ledsages av røyk, oppdages kun ved hjelp av en CO-detektor, men bør mistenkes ved alle branner og ved bruk av forbrenningsmaskiner i lukkede rom.

Symptomer på kullosforgiftning kan komme gradvis over minutter til timer. Hypoksiske symptomer og tegn er mest fremtredende i akuttfasen. Hjertet og hjernen har høyt oksygenforbruk og er således mest sensitive for oksygenmangel og med tidligst påvirkning på organfunksjon. Symptomer fra sentralnervesystemet sees hyppig, slik som hodepine og svimmelhet. Andre vanlige symptomer på hypoksemi er takypné og dyspné. Hjerteinfarkt uten ST-elevasjon ved EKG (non-ST-elevation myocardial infarction, NSTEMI) eller type 2-infarkt er sjeldnere, men ikke uvanlig (5).

Pasienter med akutt karbonmonoksidforgiftning har oftest HbCO-nivåer over 10 % (6), men alvorligheten korresponderer dårlig med målt nivå, ettersom nivået avtar over tid og særlig med oksygenbehandling. HbCO-nivå over 40 % angis å være dødelig (7, 8), selv om mange som overlever, har hatt høyere nivåer. Karbonmonoksid binder seg til oksygenets bindingssted på hemoglobinmolekylet med langt høyere affinitet enn oksygen og blokkerer dermed normal oksygentransport i blodet.

Oksygen er avgjørende for å opprettholde aerob metabolisme, slik at energibærende adenosintrifosfat (ATP)-molekyler kan dannes. I hovedsak skjer denne produksjonen av ATP i mitokondriene. Karbonmonoksid binder seg også til cytokromer, myoglobin og guanylylsykklase (9). Bindingen til cytokrom 3A og cytokrom C-oksidasen i mitokondriene sperrer

for oksidativ metabolisme. Dette resulterer i produksjon av reaktive oksygenforbindelser, som medfører oksidativt stress. Karbonmonoksid konkurrerer med nitrogenmonoksid (NO) om binding på proteiner, som igjen resulterer i økte NO-verdier. Reaktive oksygenforbindelser og nitrogenmonoksid ser ut til å spille en viktig rolle i utviklingen av oksidativ hjerneskade med peroksidering og demyelinisering og kan forklare de nevrologiske senskadene som en del pasienter opplever etter alvorlig forgiftning.

De fleste pulsoksymeter skiller ikke mellom oksyhemoglobin (HbO₂) og karboksyhemoglobin (HbCO) og kan derfor ikke brukes diagnostisk. I det aktuelle tilfellet viste pulsoksymeteret oksygenmetning (SpO₂) på 100 % selv om 27,4 % av hemoglobinet var okkupert av karbonmonoksid.

Behandling av kullosforgiftning er først og fremst normobar oksygenbehandling. Karbonmonoksid skilles ut via lungene når eksponeringen opphører, og eliminasjonen følger konsentrasjonsgradienten. I tillegg vil oksygen konkurrere om bindingsstedene og fasilitere eliminasjon. Jo høyere oksygenkonsentrasjon, jo raskere blir utskillelsen. Halveringstiden for HbCO i blodet ved romluft (21 % oksygen) er 4–6 timer, men reduseres til ca. 1,5 time ved 100 % oksygentilførsel (10).

Dersom man øker oksygenmengden ved bruk av trykkammer, såkalt hyperbar oksygenering, vil halveringstiden synke ytterligere til ca. 20 minutter ved 100 % oksygen med 3 atmosfærens trykk, tilsvarende 20 meters undervannsdyp. Trykktank eller hyperbar oksygenbehandling er ikke vist å redusere mortalitet i akuttfasen, fordi normobar oksygenbehandling overvinner hypoksien alene, men metoden har vært brukt for å begrense de nevrologiske senskadene (9). Dette er riktignok omdiskutert, og resultatene fra kliniske studier har ikke vært entydige (11). Behandlingen reduserer raskt konsentrasjonen av HbCO, men bidrar ikke til å redusere konsentrasjonen av oksygenradikaler.

Selv om behandlingen i moderne trykkammer stort sett er trygg, er all hyperbar behandling forbundet med en viss risiko for barotraumer (øre- og bihuleskader, pneumotoraks) og oksygentoksisitet (12, 13). Hyperbar oksygenbehandling brukes fortsatt i Norge, men tendensen er å være restriktiv med hvem som tilbys denne behandlingen. Ifølge Giftinformasjonen og Oslo universitetssykehus sine retningslinjer anbefales hyperbar oksygenbehandling ved HbCO > 25–30 % (hos gravide HbCO > 15 %), ved bevisstløshet, ved alvor-

lig metabolsk acidose ($\text{pH} < 7,25$) eller ved bevis på endeorganskade (eks. EKG-forandringer, forhøyede nivåer av hjertemarkører, respirasjonssvikt, nevrologiske utfall eller endret mental status).

Vår pasient ble ikke vurdert for hyperbar oksygenbehandling. Selv om han hadde et HbCO-nivå som i seg selv var høyt nok, hadde han ikke metabolsk acidose eller bevissthets-

tap i forløpet, og det var lang reisevei til et kammer. Nye behandlingsprinsipper som ennå ikke er fullstendig klarlagt, inkluderer normokapnisk hyperventilasjon der karbondioksid tilsettes pusteluften for å øke respiratorisk minuttvolum. Dette senker halveringstiden på karbonmonoksid tilsvarende det en trykktank gjør, men uten å påføre like stor oksygenbelastning. Det er også foreslått å be-

handle inflammasjonsprosessene medikamentelt med steroider (14), men dette er heller ikke grundig nok studert til å kunne anbefales som rutine.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 13.2.2023, første revisjon innsendt 3.5.2023, godkjent 26.5.2023.

HELENE BRENNHA HAAKONSEN

er LIS3-lege i gastroenterologi.

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

JARLE JORTVEIT

er ph.d., spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og er forsker og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredrags-honorar fra Pfizer, Boehringer Ingelheim, BMS og Novartis.

FRIDTJOF HEYERDAHL

er spesialist i anestesilogi og overlege.

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

LITTERATUR

- Jortveit J, Pripp AH, Langørgen J et al. Time trends in incidence, treatment, and outcome in acute myocardial infarction in Norway 2013-19. *Eur Heart J Open* 2022; 2: oeac052.
- Jortveit J, Halvorsen S, Kaldal A et al. Unsatisfactory risk factor control and high rate of new cardiovascular events in patients with myocardial infarction and prior coronary artery disease. *BMC Cardiovasc Disord* 2019; 19: 71.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Circulation* 2018; 138: e618-51.
- Hoyte C. Carbon monoxide. I: Brent J, Burkhardt K, Dargan P et al, red. *Critical Care Toxicology*. 2. utg. Cham: Springer, 2017.
- Henry CR, Satran D, Lindgren B et al. Myocardial injury and long-term mortality following moderate to severe carbon monoxide poisoning. *JAMA* 2006; 295: 398-402.
- Hampson NB, Hauff NM. Carboxyhemoglobin levels in carbon monoxide poisoning: do they correlate with the clinical picture? *Am J Emerg Med* 2008; 26: 665-9.
- Raub JA, Mathieu-Nolf M, Hampson NB et al. Carbon monoxide poisoning—a public health perspective. *Toxicology* 2000; 145: 1-14.
- Ernst A, Zibrak JD. Carbon monoxide poisoning. *N Engl J Med* 1998; 339: 1603-8.
- Nañagas KA, Penfound SJ, Kao LW. Carbon Monoxide Toxicity. *Emerg Med Clin North Am* 2022; 40: 283-312.
- Weaver LK, Howe S, Hopkins R et al. Carboxyhemoglobin half-life in carbon monoxide-poisoned patients treated with 100% oxygen at atmospheric pressure. *Chest* 2000; 117: 801-8.
- Buckley NA, Juurlink DN, Isbister G et al. Hyperbaric oxygen for carbon monoxide poisoning. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 2011: CD002041.
- Camporesi EM. Side effects of hyperbaric oxygen therapy. *Undersea Hyperb Med* 2014; 41: 253-7.
- Lee CH, Choi JG, Lee JS et al. Seizure during hyperbaric oxygen therapy: experience at a single academic hospital in Korea. *Undersea Hyperb Med* 2021; 48: 43-51.
- Kim S, Choi S, Ko Y et al. Dexamethasone therapy prevents delayed neuropsychiatric sequelae after carbon monoxide poisoning: a prospective registry-based study. *Clin Toxicol (Phila)* 2023; 61: 98-103.

KAMILLA KVIKSTAD MATHISEN
kamilla.kvikstad.mathisen@nordlandssykehuset.no
Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
Nordlandssykehuset, Bodø

RANDOLF HARDERSEN
Medisinsk avdeling
Nordlandssykehuset, Bodø

Escitalopramassosiert rabdomyolyse

Denne kasuistikken beskriver rabdomyolyse som følge av behandling med escitalopram i anbefalt dosering som monoterapi. Dette er en sjelden og lite kjent bivirkning ved selektive serotoninreopptakshemmere.

En ungdom i slutten av tenårene ble henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) grunnet mistanke om spiseforstyrrelse. Han trente daglig og hadde hatt vekttap grunnet utilstrekkelig energiinntak. Tilstanden ble tolket som ortorexia nervosa. Under behandlingen ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk bedret tilstanden seg, men etter ett år fikk han tiltagende symptomer på depresjon, med indikasjon for medikamentell behandling med antidepressiv. Fra tidligere brukte han kalsiumpreparat med vitamin D grunnet påvist osteopeni. Han brukte ingen andre faste medisiner under forløpet.

Pasienten hadde initialt god effekt av 10 mg

escitalopram, men fikk økende depressive symptomer etter et halvt år. Dosen ble da økt fra 10 mg til 15 mg daglig. Som del av oppfølgingen ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ble det tatt orienterende blodprøver fem dager etter doseøkning. Blodprøven viste betydelig forhøyet kreatinkinase (CK) på > 20 000 U/L (tabell 1). Han anga ingen muskelsmerter, men ble akuttinnlagt i medisinsk avdeling, der han fikk behandling for rabdomyolyse med intravenøs væske og aktivitetsrestriksjon. Serum-myoglobulin, elektrolytter og nyrefunksjon var normale under hele forløpet.

Serumkonsentrasjon av escitalopram var innenfor referanseområdet. Farmakogenetisk test viste normal aktivitet av det cytokrom

P450-enzymet som i hovedsak metaboliserer escitalopram (CYP2C19), og normalt uttrykk av serotonintransportøren SLC6A4.

CK-verdien sank i løpet av den seks dager lange innleggelsen (tabell 1). Ved utskrivning konkluderte man med ortoreksi og alvorlig underernæring som årsak til utvikling av rabdomyolyse. Ingen endring ble gjort i medisineren. Pasienten var selv tydelig på at han hadde normalisert energiinntaket og benekket trening dagene før innleggelse. Aktuell kroppsmasseindeks var 18 kg/m².

Fire dager etter utskrivning hadde pasienten fortsatt forhøyet kreatinkinase, til tross for aktivitetsstopp. Kreatinkinase halveres hver 1,5 døgn (1) når utløsende årsak er fjernet. Andre årsaker måtte derfor vurderes. Man mis-

Tabell 1 Kreatinkinase (CK)-verdier målt fra innleggelse til verdiene ble normalisert.

	CK-verdier (referanseområde 50 – 400 U/L)
Dag 1, ved innleggelse	> 20 000
Dag 6, ved utskrivning	4 343
Dag 10	3 684
Dag 30, 11 dager etter seponering av escitalopram	245

Pasientens perspektiv

Ved innleggelsen følte jeg at det på grunn av mitt, til tider, anstrengte forhold til mat og trening, ble trukket raske linjer om årsaken bak rabdomyolysen. Jeg følte ikke at jeg ble trodd på at trening og matinntak i tiden før hadde vært normalt. På mange måter følte jeg meg mistenkeliggjort og anklaget, og det var ingen god følelse i en sårbar og alvorlig situasjon.

tenkte at escitalopram kunne være medvirkende årsak til rabdomyolysen, og medikamentet ble derfor gradvis seponert med 5 mg reduksjon annenhver dag. Elleve dager etter siste inntak av escitalopram var CK-verdien innenfor referanseområdet. Halveringstiden til escitalopram er på rundt 30 timer, og betydelig lenger for hovedmetabolittene (2). Pasienten fikk noe økning i depressive symptomer. Disse ble, etter pasientens eget ønske, behandlet med samtalerapi ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

Diskusjon

Escitalopram er det mest brukte antidepressivet i Norge av gruppen selektive serotonin-

reopptakshemmere (SSRI) (3). CK-stigning og rabdomyolyse er ikke omtalt i de norske preparatomtalene for escitalopram (4), men i internasjonale oppslagsverk og litteratur er det rapportert om tilfeller med rabdomyolyse (5, 6).

Rabdomyolyse er karakterisert av muskelskade. CK-verdier er typisk forhøyet, sammen med funn av myoglobinuri og symptomer som muskelsmerter. Alvorlighetsgraden kan variere fra asymptomatisk til livstruende, med elektrolyttforstyrrelser og akutt nyreskade. Det er flere potensielle årsaker til rabdomyolyse: traume, muskelkompresjon, hard fysisk anstrengelse, medikamenter (oftest statiner), infeksjoner, elektrolyttforstyrrelser og enkelte typer rusmisbruk (7). Det aktuelle tilfellet kunne ikke forklares av disse mest kjente faktorene.

Rabdomyolyse som bivirkning av lavdose escitalopram i monoterapi ble beskrevet i 2011 (8). Kasuistikker har beskrevet rabdomyolyse som følge av escitalopram eller andre SSRI-preparater, men da etter høyere dosering (9), i kombinasjon med andre legemidler (10, 11), etter overdose (12, 13) eller etter hard fysisk aktivitet i kombinasjon med nylig doseøkning (14).

Mekanismen bak SSRI-assosiert rabdomyo-

lyse er ikke fullt forstått. En teori er at serotonin har en rolle i kontraksjon og relaksasjon av skjelettmuskulatur og at bruk av SSRI-preparater potensielt kan føre til forlenget muskelkontraksjon og dermed rabdomyolyse hos disponerte pasienter (14). Bivirkningsfølsomhet for psykofarmaka er individuelt, og bivirkninger kan ha et dose-respons-forhold.

Rabdomyolyse som følge av monoterapi med SSRI-preparater er en sjelden og lite beskrevet bivirkning, men kan potensielt være en alvorlig tilstand. Denne kasuistikken illustrerer viktigheten av tett oppfølging av mulige bivirkninger ved oppstart av behandling med SSRI-preparater, ved doseøkninger og ved langtidsbehandling.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 6.2.2023, første revisjon innsendt 8.5.2023, godkjent 26.5.2023.

KAMILLA KVIKSTAD MATHISEN

er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og overlege.

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

RANDOLF HARDERSEN

er ph.d., spesialist i indremedisin og i nyresykdommer og er overlege.

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

LITTERATUR

- Huerta-Alardin AL, Varon J, Marik PE. Bench-to-bedside review: Rhabdomyolysis – an overview for clinicians. *Crit Care* 2005; 9: 158–69.
- Felleskatalogen. Escitalopram. Lest 17.8.2022.
- Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. Lest 17.8.2022.
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Cipralex. Lest 14.7.2022.
- Lexicomp in UpToDate. Escitalopram: Drug information. Lest 14.7.2022.
- Micromedex®2.0 (online). Escitalopram (Drugdex System). Lest 14.7.2022.
- Shefner JM. Causes of rhabdomyolysis, UpToDate. Lest 17.8.2022.
- Lewien A, Kranaster L, Hoyer C et al. Escitalopram-related rhabdomyolysis. *J Clin Psychopharmacol* 2011; 31: 251–3.
- Lecardeur L, Lefebvre A, Meunier-Cussac S. Rhabdomyolysis after escitalopram treatment in a young adult with melancholic depression. *J Clin Psychopharmacol* 2015; 35: 108–9.
- Mermelstein AC, Mermelstein J. Rhabdomyolysis With Risperidone and Escitalopram Coadministration: A Case Report. *J Clin Psychopharmacol* 2016; 36: 97–8.
- Richards S, Umbreit JN, Fanucchi MP et al. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced rhabdomyolysis associated with irinotecan. *South Med J* 2003; 96: 1031–3.
- Grundemar L, Wohlfart B, Lagerstedt C et al. Symptoms and signs of severe citalopram overdose. *Lancet* 1997; 349: 1602.
- Lee-Kelland R, Zehra S, Mappa P. Fluoxetine overdose in a teenager resulting in serotonin syndrome, seizure and delayed onset rhabdomyolysis. *BMJ Case Rep* 2018; 2018: bcr2018225529.
- Snyder M, Kish T. Sertraline-Induced Rhabdomyolysis: A Case Report and Literature Review. *Am J Ther* 2016; 23: e561–5.

Livskunst og legemidler

Morten Finckenhagen er fastlegen som ønsket å forbedre legemiddellistene i helsevesenet og endte opp i Statens legemiddelverk.

Litt lunsj? Morten Finckenhagen står klar i det store resepsjonsområdet i et moderne bygg på Helsfyr. Han insisterer på at vi i hvert fall må ha noe godt til kaffen fra kaféen i første etasje før vi går oppover i bygget. Legemiddelverket har lokaler med åpent kontorlandskap, ispedd samtalerom og møterom.

– Jeg prøvde å reservere et rom, men det gikk visst ikke, smiler han og trekker på skuldrene. Vi leter litt rundt, spaserer opp en utsmykket trapp og finner til slutt et krypinn uten reservasjon.

Føllings sykdom

Finckenhagen vokste opp i Bærum, og både mormor, mor og far var tannleger.

– Jeg har alltid vært interessert i biologi og var nysgjerrig på livet. Jeg har aldri angret på at jeg studerte medisin. Det må

være verdens mest interessante studium, å få studere selve livet fra molekyl til samfunn, slår han fornøyd fast.

Selv studerte han i Oslo og har stort sett holdt seg i hjemtraktene.

– Jeg har aldri kjørt legevakt i Hattfjelldal og har ikke de samme historiene fra distriktet som mange fra min generasjon. I to uker var jeg legevikar på Værøy og har stor respekt for de som står i stormen og takler alt fra akutt førstehjelp til å holde ut med vær- og føreforhold.

Det at livet ble Oslo-nært henger mye sammen med det første barnet vi fikk under studietiden. Hun hadde Føllings sykdom.

– Den er nokså sjelden!

– Ja, vi hadde knapt forberedt oss på å bli foreldre, vi var 23 år og studenter.

– En uvanlig bratt start på foreldrelivet?

– Det er tøft å bli foreldre, og så fikk vi en ekstra utfordring med en ekstremt krevende

diettbehandling. Jeg var såpass umoden at jeg hadde godt av å bli voksen og måtte tenke på noen andre enn meg selv. Hanne er sta, og ble den første i verden som ammet et barn med Føllings sykdom.

Finckenhagen virker ikke som typen til å synes synd på seg selv.

– Livet består mye av flaks og uflaks. Våre gener er kartlagt: Ett nukleotid som er byttet ut og har endret en basetriplett, får store konsekvenser. Samtidig lever vi i en tid hvor det går an å gjøre noe med det. I vår egen barndom ville det ført til et barn med hjerneskade.

Paret var opptatt av å hjelpe flere enn seg selv.

– Sammen med et annet foreldrepar startet vi en pasientforening, som nå er Den norske PKU-foreningen. Vi jobbet med nasjonale trykderettigheter, medlemsblad med matoppskrifter og familieopphold ved





Foto: Leikny Skjærseth

Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser.

– Sykdommen er autosomalt recessiv, og hvert svangerskap var like spennende. De neste tre barna var friske, forklarer han.

Storm og støtte

– Under turnustjenesten ble jeg spurt om jeg ville være med på å etablere en ny gruppe-praksis i Bærum. Vi startet Norges første veiledningsgruppe i allmennmedisin, og den er faktisk fortsatt aktiv. Med elleve leger ble den hetende Elleveriet. Vi har vært opp-tatt av faglig påfyll og har ellers støttet hverandre gjennom hele 40 år.

Det var godt å kunne lene seg på gode venner og kolleger da to katastrofer inntraff.

– I august 2010 var vår eldste sønn på vei til jobb i bil og omkom i en møteulykke. Han hadde samboer og et barn på halvannet år. Det er jo alle foreldres mareritt.

Men det skulle ikke stoppe der.

– Et halvt år etter ble vår andre sønn alvorlig deprimeret. Han kom i behandling hos en erfaren psykiater. Han fikk en del legemidler, og jeg var lettet over at han fikk behandling. Til meg sa han at jeg måtte love ikke å gi disse legemidlene til mine pasienter,

MORTEN FINCKENHAGEN

Født 20. oktober 1955

Cand.med., Universitetet i Oslo, 1980

Spesialist i allmennmedisin, 1988

Lege for leger, 1993–d.d.

Lektor ved Universitetet i Oslo 1996–2013

Idrettslege NIMF, 1997

Praksiskonsulent, Vestre Viken 2008–18

Overlege, Enhet for riktig legemiddelbruk i Statens legemiddelverk, 2012–d.d.

han hadde åpenbart mye bivirkninger og lite virkning. I oktober 2011 tok han livet sitt.

Han tar en liten pause før han fortsetter.

– Når man har mistet to barn, mister man fundamentet i livet sitt. Svigerfar døde ti dager etter eldste sønn og min mor fem dager etter selvmordet. Så mistet vi Hannes bror i kreft et halvt år senere. Like etter fikk jeg selv påvist prostatakreft. Jeg var igjen-nom en runde med robotkirurgi, og fire år senere også strålebehandling. Jeg er svært takknemlig for at jeg lever i et samfunn med gratis helsehjelp i verdensklasse!

Selv om han snakker åpent om det nå, bagatelliserer han ikke.

– Det var et par år som var veldig kre-vende. Winston Churchill har sagt det tref-fende: «If you are going through hell, keep going». Du har ikke noe annet valg, sorgen gjør vondt hele tiden. Det var i den tiden det gikk opp for meg at jeg måtte bytte beite. – Det er vanskelig å være fastlege i en slik situasjon?

– Etter å ha vært lege på samme sted i 30 år, var det mange av pasientene som kjente meg godt og gråt på mine vegne under konsultasjonene. Jeg måtte trøste dem for å komme frem til hva de hadde på

hertet. Det ble tydelig for meg at jeg virkelig trengte en pause fra fastlegejobben, og et legemiddelsamstemmingsprosjekt ved Bærum sykehus ble en åpning til noe annet. Jeg kaller det skjebnens milde tilskikkelse.

Heismiraklet

– Hvorfor ble du opptatt av legemidler?

– Jeg har alltid likt å kunne mye om legemidler. Da jeg kom til Bærum sykehus som praksiskonsulent i 2008, ble jeg rystet over hvor tilfeldig kommunikasjonen om legemidler var. De yngste legene lagde en legemiddeloversikt så godt de kunne i akutt-mottaket, og listen ble «sann» på vei opp til avdelingen. «Heismiraklet» ble det kalt. Jeg gjorde en kartlegging som ble fanget opp av Pasientsikkerhetskampanjen, og ble bedt om å presentere den. Det ene førte til det andre, og snart var jeg leder i nasjonal ekspert-gruppe for legemiddelsamstemming.

Finckenhagen var sentral i utformingen av tiltakspakken for legemiddelsamstemming i Pasientsikkerhetsprogrammet, senere også nasjonale faglige råd for legemiddelsamstemming samt legemiddelgjennomgang og SKIL-kurset om legemiddelgjennomgang for fastleger.

– Hvordan var overgangen fra fastlegehverdag til Legemiddelverket?

– Det å måtte ta nye problemer fortløpende og finne løsninger, er man godt vant til som lege. I byråkratiet går det langsommere. Jeg kan sikkert bli irriterende intens og ivrig når jeg brenner for noe, smiler han.

Han er opptatt av mange forhold ved legemiddelbehandlingen.

– At eldre og multisyke med polyfarmasi får en regelmessig legemiddelgjennomgang, mener jeg er veldig viktig. Etablerte leger trenger dessuten beslutningsstøtte for prosedyrer. Dette ble pensum i legestudiet først fra 2020. Av den grunn laget vi en praktisk sjekkliste for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang og skrev et kapittel om avmedisinering, inkludert nedtrappingstabeller. Dette kapitlet var nylig det mest besøkte i Legemiddelhåndboka. Nå har vi sendt inn forslag til det europeiske legemiddelverket om at seponeringsråd skal være et eget avsnitt i preparatomtalen for alle legemidler.

– Det kan være lettere å starte med et legemiddel enn å slutte?

– Hos de fleste leger ligger det alltid en angst for døden, Dagbladet og Helsetilsynet. Fastlegene har stor respekt for legemidler som er iverksatt hos spesialist, og er nok redde for å gjøre feilvurderinger. Gjennom regelmessig arbeid med legemiddelgjennomgang tror jeg de vil utvikle større selv-tillit.

Selvmedfølelse og mindfulness

Finckenhagen er medlem av en gruppe for fedre som har mistet barn i selvmord. Både der og på jobben holder han kurs i mindfulness. Det å gjøre noe for andre synes å være en rød tråd gjennom livet og jobben.

– Det er viktig å være vennlig med seg selv og forholde seg til at livet ofte gjør vondt. Smerte, lidelse og uflaks er allmennmenneskelig. Mye selvhjelps litteratur er basert på at man skal bli en bedre utgave av seg selv. Mange av mine kursdeltakere sier at det er så befriende at man ikke skal få til noe som helst. Du skal bare legge merke til det som er og bli bedre kjent med deg selv. I det skjer det en forandring. Mindfulness var opprinnelig et forslag fra min yngste sønn da han slet med depresjon.

– Han ønsket å dra på et weekendkurs i mindfulness sammen med meg, men døde før vi rakk det. Jeg ville gjerne finne ut mer og gjennomførte kurset sammen med en venn. Senere ble han oppfordret av en kollega til å bli instruktør og tenkte at han kunne ha godt av det i sorgarbeidet. I løpet av det året forstod Finckenhagen at mindfulness er noe annet enn avspenning.

«Livet består mye av flaks og uflaks»

– Mindfulness er et introspektivt prosjekt der man blir bedre kjent med sinnets natur. I kursopplegget måtte jeg selv holde et kurs og evaluere det. Jeg fikk lov til å holde det på jobb, og fikk så mange hyggelige tilbakemeldinger at jeg siden har holdt ni kurs med 15–16 deltakere. Fortsatt har jeg venteliste.

– Jeg tror mindfulness kan gi folk noen nyttige mentale verktøy. Kanskje hjelper det noen å slippe kontrollen og skjønne at livet her og nå er bra nok. Alt kan ikke vente til man er ferdig med doktorgraden. Livet er ikke en prøveforestilling for noe vidunderlig som skal skje senere. Hvis du ikke forstår det, kan du gå glipp av noe viktig. Jeg kan ikke få gjort noe for mine døde sønner, men det å kunne formidle noe til andre unge mennesker som de sier er nyttig og viktig, det gir meg mye, sier han og smiler.

– Mindfulnesskurs og legemiddelarbeid er en uvanlig kombinasjon?

– Mental trening kan være et supplement eller alternativ til legemidler ved en rekke tilstander, tror jeg. Dessuten er det allerede slik at mange toppidrettsutøvere bruker det som en del av sitt mentale treningsprogram. Både sykehusleger og fastleger driver «toppidrett», uten at noen får en medalje for det. Hver vakt er en maraton, både fysisk og

psykisk. Tilbud om kurs i mindfulness til leger hadde vært en god idé, uten at det skal dyttes på noen. I samarbeid med Akershus legeförening skal jeg arrangere et syvukers kurs for fastleger til høsten.

Selv har han hatt god nytte av kurset.

– Jeg har fått høyere livskvalitet fordi jeg bevisst bruker disse verktøyene. Etter at guttene døde, sov jeg elendig i lange tider. Nå gjør jeg en rask og grei øvelse og sovner fort. Det er trenbart, sier han fornøyd.

– Sovemidler blir det fort bare problemer av.

Natur som medisin

Finckenhagen og kona liker å dele gode opplevelser med andre. I mange år har de vendt tilbake til Kardamyli i Hellas, og etter hvert har de tatt med seg mange på tur dit.

– Den idylliske landsbyen ligger ved foten av over 2 000 meter høye, flotte fjell. Hvert halvår har vi hatt med oss en gruppe på 25–30 turglade nordmenn i en uke der nede.

Kona instruerer i yoga, og Finckenhagen finner gode turer i terrenget.

– Reiseliv er ikke noe vi egentlig driver med, og det er ikke noe vi tjener mye penger på. Men det å gjøre noe for andre er bedre enn å sitte hjemme og synes synd på seg selv. Det å få formidle vår glede over dette landskapet, denne kulturen og se at andre blir begeistret, er veldig hyggelig. Vi holder noen felles morgensamlinger, filosofiske morgenstunder kaller jeg det. Der trekker jeg linjene tilbake til antikken, vi har mye å lære av den tidens filosofer. Det er viktig å akseptere virkeligheten som den er, ikke flykte fra den eller forbanne den. Dette er fullt forenlig med et ønske om å få det bedre.

– Du får påfyll i naturen både hjemme og på reise?

– Det springer nok ut fra nysgjerrigheten på livet. Jeg begynte tidlig med fiske, og så var det en vennefamilie som introduserte meg for jakt. Mine foreldre gikk tur og leste bøker, men fiske og fangst drev de ikke med. Jeg har vært med på elg- og rådyrjakt i Bærum de siste 40 årene, og en god venn har fått meg interessert i rypejakt og laksefiske. Det er store opplevelser – en form for oppmerksomt nærvær, hvor man blir oppslukt av spenningen, naturen og den overveldende følelsen av å være en del av helheten. Slike opplevelser håper jeg å kunne gi videre til mine barnebarn.

MARIT TVEITO

marit.tveito@diakonsyk.no

Lysninger i sykehus skogen

Forestill deg at du går deg vill i skogen. Skikkelig vill. Hva om du så endelig møtte på noen, og så ville ikke denne personen hjelpe deg?

Kjære doktor, vi må ta to ord.

Vi burde nok helst satt oss ned med en kopp te over et bord, men jeg tror det kan bli vanskelig å finne en anledning og et rom hvor du låner meg øre med åpent sinn. Derfor skriver jeg her, i håp om at du er en av dem som blar innom Legelivet-spalten fra tid til annen.

Ved enkelte og heldigvis få anledninger har jeg hatt anledning til å se helsevesenet fra den andre siden, som pasient eller pårørende.

Jeg har ligget og ventet i usikkerhet om hva prøvene fortalte, og om jeg skulle i MR-maskinen, mens for meg kjente omgivelser fikk ny tyngde og klarhet.

«Det er mye håp i en legevisitt. Mye sårbarhet og frykt også»

Jeg har vært så heldig å få slippe inn utenom besøkstiden, kanskje fordi noen så min uro og bekymring, posene under øynene, eller kjøpte mitt forsøk på bedende dådyrøyne.

Tiden går sakte i slike situasjoner – når uroen vi kjenner på er knyttet til livsendrende, ekte bekymringer. Vi vandrer i ukjent terreng, ofte med begrenset sikt. Vi begynner å kjenne frykten for ikke å finne tilbake, eller finne frem. Alt vi ønsker oss, er en kjentmann. Noen som kan ta oss i handa og vise vei, være trygg i det usikre.

En av sykehus skogens lysninger er visitten. Det er mye håp i en legevisitt. Mye sårbarhet og frykt også.

Alt dette forvalter du som lege. Det gjør ingen forskjell om du er LISI-lege eller professor emeritus. Definisjonsmakten er stor – både i situasjonen, og på lengre sikt gjennom diagnoser og journalnotat som blir med pasienten videre.

Jeg har befunnet meg både midt i og godt ute på venstre flanke i visitten. Der har jeg både sett og følt all forventning og fortvilelse som legges i dine hender, doktor.

Jeg kan huske hvordan jeg har lyttet, jeg har svart så godt jeg kunne på spørsmål for både meg selv og mine. Underveis har jeg lett jeg etter signaler. Signaler om hva du tenkte om årsak, virkning og alvor. Signaler på om du var trygg i situasjonen og visste hva du skulle gjøre. Og ikke minst: signaler om empati, omsorg og medfølelse.

En av de verste opplevelsene jeg har vært med på, var da du kom inn i rommet med bestemthet, korte ord og uten villige ører. Det var

tidlig tydelig at du hadde bedre ting å foreta deg og at mine tanker og spørsmål ikke var viktige. Jeg forsøkte jo å fortelle deg noe. Ting som ikke stod i journalnotatet. Og ting som var der, men ikke stemte med hvordan jeg opplevde det. Du som skulle være trygg kjentmann, var i stedet en stresset og smått nedlatende administrator, og alt håpet ble til mer fortvilelse. Hvem skal hjelpe meg nå?

Neida, pasienten har ikke alltid rett, men ganske ofte har tankene våre noe for seg likevel. I det minste har vi noen erfaringer som kan være verdifulle på veien til diagnose. En bit i puslespillet, om du vil. Var du sliten? Redd for å gjøre feil? Var kaffen sur? Eller enda verre, var det tomt for kaffe? Jeg leter så godt jeg kan etter forklaringer. Alternativet, at du ikke bryr deg, tør jeg ikke tro på. Uansett, slike ting kan jeg vanligvis møte og romme, men ikke når jeg er pasient. Når jeg skraper på bunnen, er det din oppgave (det burde faktisk stå i stillingsbeskrivelsen) å være den trygge og stødige.

Vi ber ikke om puter under armene, klemmer eller psykoterapi. Det holder fint å bli lyttet til, bli tatt på alvor og få inntrykk av at du tar deg litt tid.

Og vet du, det er greit om du ikke har svaret på alt. Det er til og med greit om du ikke kan hjelpe. Jeg lover å stole på deg likevel, hvis du også forteller meg det du ikke vet eller ikke kan fikse. Alt jeg trenger for at håpet mitt ikke skal forvitte, er at du er på laget mitt – eller at du respekterer meg nok til å gjøre så godt du kan, selv når den jeg er, byr deg imot.

«Du som skulle være trygg kjentmann, var i stedet en stresset og smått nedlatende administrator, og alt håpet ble til mer fortvilelse. Hvem skal hjelpe meg nå?»

Sjelden kurere, ofte lindrer, alltid trøste. Alltid trøste. Husker du? Det står aller først i våre etiske regler (1). Om den kaffekoppen aldri blir noe av, håper jeg i det minste at du finner veien hit, og til de etiske reglene våre. De kan også fungere som inspirasjon. Lag en lysning, doktor – ikke et kratt.



JAN-HENRIK OPSAHL

janhenrik@outlook.com

er spesialist i radiologi, jobber med vitenskapelig kommunikasjon i Sanofi og er varamedlem av Rådet for legeetikk.

Foto: privat

LITTERATUR

- 1 Den norske legeförening. Etiske regler for leger. Lest 4.6.2023.

Mange leger jobber mer enn før

Mange leger rapporterer om en økning i selvrapportert arbeidstid, ifølge en ny norsk studie.

Legeforskningsinstituttet har siden 1994 gjennomført regelmessige spørreskjemaundersøkelser blant et representativt utvalg av yrkesaktive leger i Norge. Fra 1994 til 2014 var den selvrapporterte samlede ukearbeidstiden uendret for de fleste leger (1, 2).

I perioden 2016–19 var det derimot en signifikant økning i gjennomsnittlig selvrapportert arbeidstid blant mannlige fastleger og blant legeledere i sykehus (3). Andelen leger som rapporterte mer enn 48 timers arbeidstid, økte signifikant i perioden, både blant fastleger og blant legeledere i sykehus (tabell 1).

Få leger jobber deltid, og i 2019 var det faktisk færre sykehusleger med deltidsarbeid enn i 2016. Nedgangen var signifikant for kvinnelige overleger, og det var samme tendens for mannlige overleger og for LIS-leger (3).

Vi har tidligere vist en nedgang i tidsbruk til direkte pasientarbeid for sykehusleger i perioden 1994–2014 (1, 2). I 2019 fant vi en tendens til ytterligere reduksjon i denne andelen for sykehusleger, og også for leger i de fleste andre stillingskategorier, men disse endringene var ikke signifikante (3).



Illustrasjonsfoto: upixa/iStock. Tilpasset av Tidsskriftet

Tabell 1 Arbeidstid i 2016 og 2019 for ulike legestillinger og inndelt i kjønn (3).

Arbeidstid og stillingskategorier	Menn		Kvinner	
	2016	2019	2016	2019
Ukearbeidstid (timer)				
Fastleger	49	51	48	49
Legeledere i sykehus	48	51	46	47
Ukearbeidstid > 48 timer (%)				
Fastleger	45	58	28	47
Legeledere i sykehus	34	57	17	46
Deltid <37 timer (%)				
Overleger	7	1	13	7
LIS-leger	6	1	5	2

Strukturelle endringer i helsevesenets organisering, som har påvirket legenes arbeidshverdag, kan trolig forklare en del av endringene i arbeidstid. Det er dokumentert en voksende arbeidsbelastning med økte krav til produksjon blant sykehusleger (4), og blant fastlegene flere konsultasjoner, økende krav til dokumentasjon og arbeidsvolum på grunn av oppgaveoverføring fra spesialist- til primærhelsetjenesten (5, 6). I tillegg til økt arbeidstid vil økt arbeidsbelastning kunne gi tidspress, som er en av de viktige faktorene for opplevelse av lav jobbtilfredshet (7) og høyt arbeidsstress (8).

Sammenlignet med leger i flere andre europeiske land har leger noe kortere arbeidsuker i Norge. Likevel begrenser lange arbeidsuker også her i landet legers økende ønske om en bedre balanse mellom hjem og jobb, og kan påvirke risiko for egen fysisk og psykisk helse. Kontroll over arbeidstiden er dessuten viktig for pasientsikkerhet, veiledning og for god kommunikasjon med pasienter og kolleger. Arbeidstid påvirker også legers karrierevalg. Lav rekruttering til allmennmedisin er et utbredt problem i Europa – også i Norge. Å redusere legenes arbeidstidsbelastning kan bidra til at flere leger forblir i yrket og ønsker å være fastleger (3).

JUDITH ROSTA

judith.rosta@lefo.no

er seniorforsker ved LEFO – Legeforskningsinstituttet.

LITTERATUR

- 1 Rosta J, Aasland OG. Weekly working hours for Norwegian hospital doctors since 1994 with special attention to postgraduate training, work-home balance and the European working time directive: a panel study. *BMJ Open* 2014; 4: e005704.
- 2 Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994–2014. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1355–9.
- 3 Rosta J, Rø KI. Changes in weekly working hours, proportion of doctors with hours above the limitations of EWTD and time spent on direct patient care for doctors in Norway from 2016 to 2019: A study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2023; 13: e069331.
- 4 Bååthe F, Rosta J, Bringedal B et al. How do doctors experience the interactions

among professional fulfilment, organisational factors and quality of patient care? A qualitative study in a Norwegian hospital. *BMJ Open* 2019; 9: e026971.

- 5 Johnsen TM, Berge V, Høivik F et al. Trønderopprørets fastlegeundersøkelse og helsemedarbeiderundersøkelse 2018. Lest 21.6.2023.
- 6 Ey & Vista Analyse. Evaluering av fastlegeordningen 2019. Lest 21.6.2023.
- 7 Rosta J, Aasland OG, Nylenna M. Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2019; 9: e027891.
- 8 Rosta J, Bååthe F, Aasland OG et al. Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2020; 10: e037474.

Hovne ledd og immundempende behandling

Maria Boge Lauvsnes er overlege og revmatolog ved Revmatologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus. Mye av dagen går med til å gi immundempende behandling til en rekke pasienter.

06:15 Vekkeklokka ringer og jeg står opp og spiser frokost sammen med min mann og tre døtre.

07:10 Jeg sykler til jobb mens jeg har podkasten «Aftenbla-bla» på øret. På strekningen er det fredelig og rolig.

07:45 Vel framme på jobb tar jeg en rask dusj i garderoben. I dag har jeg kveldspoliklinikk, som jeg har en kveld annenhver uke. Revmatologi er en spennende og lite vaktning spesialitet som jeg virkelig anbefaler. Etter å ha skiftet om til hvitt går jeg opp til undervisningsauditoriet.



Foto: Frida Ripland Moberg

08:00 Felles internundervisning med temaet brannkurs starter. Denne er obligatorisk for alle ansatte.

08:30 Sammen med LIS3-lege går jeg opp til sengepost i 3. etasje. I DIPS ser jeg at vi har to pasienter som er innlagt hos oss. I tillegg er det bedt om tilsyn for tre pasienter innlagt ved andre sengeposter. Vi leser gjennom de nyeste notatene og prøvesvarene og blir enige om at LIS3-legen går alene til pasienten innlagt med hendeddsbetennelse og at vi går sammen til en eldre pasient med sammensatt sykdomsbilde. En av tilsynsforespørselene avklarer jeg ved å snakke med henvisende lege.

09:00 Vi er på visitt hos den eldre pasienten med sammensatt sykdomsbilde og kjent artrittsykdom. Høye inflammasjonsprøver og påvirket allmenntilstand gjør at vi ikke kan utelukke infeksjon i tillegg. Pasienten er immobilisert, og vi starter med blodfortynnende for å forebygge trombose. Vi venter på dyrkningssvar fra leddvæske og fortsetter med antibiotika.

09:50 Første tilsyn av en eldre pasient med hudinfeksjon i leggen og smerter i kne og fot. Etter konsultasjonen finner jeg meg en ledig skrivepult på poliklinikken. Innimellom pasientvisitt går jeg igjennom henvendelser fra pasienter og helsepersonell. Etter hvert kommer det en sykepleier innom og spør om en pasient med forhøyet CRP kan få sin planlagte biologiske behandling for leddgikt. Ut fra journalen og hennes observasjoner oppfatter jeg CRP-verdien som tegn på at leddgikten er aktiv. Før pasienten får ny dose ber jeg om at det blir målt medikamentnivå i blodet og undersøker at kontrolltime er planlagt.

11:00 Jeg er prosjektleder for en EU-studie rundt pasienter med lupus og Sjögrens syndrom og har nå møte på poliklinikken med en av studiesykepleierne. Vi gjennomgår studieskjemaer med nye prøvesvar. I tillegg planlegger vi hvordan vi skal sette opp studiebesøk og lage en aktivitetsrapport som skal sendes inn neste uke. Studien er veldig spennende, men tidkrevende.

11:30 Endelig lunsjpause sammen med kollegaer på poliklinikken i 5. etasje. Jeg spiser medbrakte rundstykker.

12:00 Jeg går tilbake til poliklinikken. Inn kommer en eldre pasient med leddgikt. Siden det har vært litt usikkerhet rundt diagnosen, ble det for noen måneder siden gjort forsøk på å avslutte den immundempende behandlingen. Nå har pasienten kraftig sykdomsoppbluss, og jeg gjenopptar behandlingen. Underveis i konsultasjonen må jeg gå for å være med på å vurdere en ultralydundersøkelse som LIS3-legen gjør på en annen pasient.

12:45 Jeg har telefonkontroll med en pasient som bruker immundempende behandling og som var på konsultasjon tidligere denne uken med feber og høye inflammasjonsprøver. Årsaken til dette kan ikke avklares ut fra de blodprøvene og røntgenbildene av lungene som jeg nå ser på. Det er godt at pasienten ser ut til å være i bedring.

13:15 En kollega ønsker å diskutere seks henvisninger han er usikker på om vi skal ta imot. Vi får veldig mange henvisninger av pasienter som har smerter i muskel- og skjelettapparatet som er utfordrende å vurdere. Vi ønsker ikke å gi falske forventninger til pasienter der det er usannsynlig at det er revmatisk sykdom som gir plagene. Målet er at vi fanger opp og kan gi raskt tilbud til de pasientene som trenger det.

13:45 Jeg svarer ut flere dialogmeldinger fra fastleger og henvendelser fra pasienter som ringer til poliklinikken med ulike spørsmål. Flere pasienter med kjent artrittsykdom har fått hovne ledd, og jeg forsøker å finne time til disse pasientene i løpet av de neste dagene.

14:00 Sammen med LIS3-legen ser jeg på en ny ultralyd av en eldre pasient med en vond ankel. Det er væske i ledd og rundt sener i ankelen, og vi blir enige om at LIS3-legen utfører en lokalbehandling der hun tapper leddvæske, setter kortison i leddet og undersøker leddvæsken i mikroskop etterpå.

14:20 Jeg ringer en kollega og avtaler å se til en pasient med mistenkt polymyalgia revmatika. Etter en kikk i DIPS om hva som er gjort av utredning, går jeg til pasienten. Siden vi har bedre ultralydmaskin oppe på vår egen poliklinikk, tar jeg med pasienten opp og undersøker hofte- og skulderledd.

MARIA BOGE LAUVSNES

Ph.d., Universitetet i Bergen, 2015

Spesialist i indremedisin, 2018, og i revmatologi, 2020

Utdanningsansvarlig overlege, Revmatologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus fra 2020

Postdoktor Helse Vest, 2020

Prosjektleder i Stavanger for EU-studien IDEA-FAST fra 2020

Medlem av Norsk revmatologisk forenings fagråd fra 2021

Leder av regionalt utdanningsråd for revmatologi i Helse Vest fra 2022

Medlem i Medisinsk og helsefaglig redaksjon i spesialisthelsetjenesten, fagansvar revmatologi fra 2022

Selv om ikke symptombildet er helt typisk, konkluderer jeg med at polymyalgia revmatika er mest sannsynlig. Jeg starter opp behandling. Å jobbe tett opp mot indremedisin er en del av revmatologien, og vi står ofte med spørsmål om sykdommen kan være relatert til kreft, er revmatisk eller skyldes en infeksjon. Faget gir en god kombinasjon av praktisk arbeid og grundig utredningsarbeid. Etter at jeg er ferdig med pasienten, skriver jeg ned en behandlingsplan i notatet.

15:30 Hyggelig matpause med en kollega som også skal jobbe kveld. På menyen er det rester av en kyllingwok som datteren min har laget.

16:00 Kveldspoliklinikken starter. Første konsultasjon er en pasient med betennelse i flere ledd som er henvist til en førstegangs-vurdering. Pasienten forteller om varighet

av leddplager og hvordan det påvirker funksjonsnivået. Jeg undersøker leddene klinisk og med ultralyd og setter kortison i de mest inflammerte leddene. Sykehistorie og funn passer godt med leddgikt. Pasienten får informasjon om diagnosen, og vi starter opp med immundempende behandling.

17:00 Jeg har to kontroller av pasienter med leddgikt, der sykdommen er fredelig etter påbegynt behandling. Pasientene tåler behandlingen godt og er uten leddplager.

18:30 Fjerde konsultasjon er en pasient som er henvist med flere hovne ledd. Jeg spør pasienten om tidsforløp og om symptomer fra andre organ enn ledd, familiehistorikk samt forutgående infeksjon eller skade. Jeg tapper leddvæske, som jeg sender inn til Mikrobiologisk lab for dyrkning. Jeg bestiller utvidede blodprøver og urinprøve, og pasienten får en prednisolonkur.

19:30 Nestemann er en ung pasient med en sjelden systemsykdom. Diagnosen er stilt ved en annen avdeling, og pasienten kommer til revmatologisk avdeling for at vi skal vurdere om det er påvirkning av andre organer og eventuelt komme med innspill til hvilken behandling som skal velges. Jeg spør pasienten ut om symptomer, gjør klinisk undersøkelse og bestiller ekstra blod- og urinprøver.

20:30 Papirarbeidet avsluttes og poliklinikknotatet skrives ferdig. Etter å ha logget meg av DIPS for dagen sykler jeg hjemover. Nå når jeg er ferdig med kveldspoliklinikken, kommer helgefølelsen snikende, og jeg gleder meg over det pene kveldslyset og resten av «Aftenbla-bla».

21:30 Når jeg kommer hjem, tilbringer jeg tid med mannen og barna som fortsatt er våkne. Mens jeg spiser lakserester, snakker vi om hverandres dag. Mannen min og jeg ser på en episode av den newzealandske serien «Mysterier i Brokenwood» – lett underholdning som passer fint når du har jobbet en lang dag.

22:45 Jeg legger meg og tenker at jeg er fornøyd med dagen. Den inneholdt en god blanding av praktiske oppgaver og konsultasjoner som medfører grubling. Sønnen kommer umiddelbart.

MARTE NORDAHL TIDSSKRIFTET

Nevus, nævus eller naevus?

Det latinske ordet for fødselsmerke eller føflekk bør skrivast slik på norsk: nevus.

Ordet kjem frå latin med to parallelle skrivemåtar: *naevus* og *nævus*. Sistnemnde er ein såkalla ligatur, altså samanskriving av to teikn til eitt. Uansett skrivemåte: Lyden blei opphavleg uttalt som diftongen *ai*, om lag som *naivus*. Men etter kvart gjekk diftonglyden over til å bli ein *e*-lyd, ei systematisk lydendring som var fullført ca. år 400 (personleg melding, Klara Sjø, Universitetet i Bergen). Skrivemåten *nevus* kom difor til å bli vanleg. Vi har likevel ein rest i språket vårt frå før denne lydendringa. Ordet *keisar* kjem jo frå den romerske statsmannen Julius Caesar. Tittelen *keisar* har halde på diftonglyden, medan personnamnet som tittelen byggjer på, har gjennomgått lydendringa.

I Medisinsk ordbok (1) og Norsk medisinsk ordbok (2) finn vi alle tre skrivemåtane: *nevus*, *nævus* og *naevus*. Gyldendals store medisinsk ordbok har berre med *nævus* (3). I ordlista i Tidsskriftet står det *nævus* (4), men i praksis blir også skrivemåten *nevus* brukt i tekstar i Tidsskriftet (5).

Språkrådet

Skrivemåten av dette ordet er ikkje normert av Språkrådet, men det finst nedfelte retningslinjer for korleis importord skal få norsk skrivemåte (6). Eit viktig prinsipp er overføringa av språklydar til skrift. Mykje tyder på at ordet blir uttalt med ein *e*-lyd blant norsk helsepersonell. Ei overføring av denne uttalen talar for at ordet bør skrivast *nevus* på norsk, ikkje *nævus* eller *naevus*. Om vi søker blant tekstar som er klassifiserte som «medisin og helse» i Nasjonalbibliotekets base, ser vi også ei overvekt av skrivemåten *nevus* (7). Skrivemåten i kodeverka ICD-10 og ICPC-2 er òg *nevus* (8). Fleirtalsforma blir *nevusar* (bokmål: *nevuser*).



Illustrasjonsfoto: CGinspiration/iStock

Skrivemåten *nevus* føyer seg fint inn i ordlagingsmønster som t.d. *melanocyttnevus*, *pigmentnevus* og *stjernenevus*, med tilhøyrande fleirtalsbøyingar *melanocyttnevusar*, *pigmentnevusar* og *stjernenevusar*. I latinske samansetjingar, som til dømes *nevus sanguineus*, er det naturleg å nytte den latinske fleirtalsbøyinga, *nevi sanguinei*.

Skrivemåten ser vi òg i fleire andre tilsvarende ord frå latin, til dømes *praesens*/*praesens* og *faeces*/*faeces*. Slike ord har gått igjennom same lydendring, noko som har gjeve oss skrivemåtane *presens* og *feces*.

I omsetjinga av terminologien SNOMED CT til norsk har vi lagt oss så tett opp til skrivemåtar i Tidsskriftet som mogleg (9, 10). I den norske versjonen av SNOMED CT har vi valt *nevus* som den føretrekte skrivemåten og med *nævus* som søkbart synonym. Det er i takt med norsk medisinsk fagspråk i dag.

OLE KRISTIAN VÅGE

ole.kristian.vage@ehelse.no
er terminolog og seniorrådgjevar i Direktoratet for e-helse og arbeider med omsetjinga av SNOMED CT til norsk.

LITTERATUR

- 1 Nylenna M. Medisinsk ordbok. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2017.
- 2 Øyri A, Braut GS, Ellingsen DK. Norsk medisinsk ordbok. 9. utg. Oslo: Samlaget, 2011.
- 3 Lindsog BI. Gyldendals store medisinske ordbok. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
- 4 Ordlista. Lesen 2.1.2023.
- 5 Gjersvik P. Melanom er farlig, føflekker er snille. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: doi: 10.4045/tidsskr.20.0486.
- 6 Sandøy H. Lånte fjører eller bunad. Om importord i norsk. Lesen 2.1.2023.
- 7 Nasjonalbiblioteket. Lesen 2.1.2023.
- 8 Direktoratet for e-helse. ICD-10. Lesen 2.1.2023.
- 9 Borge T, Stedenfeldt M. SNOMED CT binder fagspråkene sammen og letter kodingen. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0288.
- 10 Stokke A, Våge V. Felles terminologi er pasientvennlig. Michael 2021; 18: 112–8.

ØNSKER DU OPPMERKSOMHET OM FORSKNINGEN DIN?

*Det finnes mange grunner til
at det er smart å publisere
vitenskapelig originalarbeid i Tidsskriftet.
Her er fem av dem:*



Sammendraget oversettes til engelsk og indekseres i Google Scholar og PubMed. 87 656 brukere på PubMed klikket seg inn på en Tidsskriftet-artikkel i 2022. Artikler som oversettes til engelsk oppføres som tospråklige.



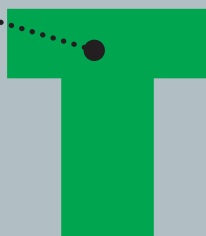
Media følger med på Tidsskriftet og i 2022 ble vi sitert nærmere 800 ganger.



Antall visninger på tidsskriftet.no er ca.10 millioner per år – hvorav originalartiklene hadde samlet 210 000 visninger det siste året.



Rundt 40 000 lege- og studentmedlemmer i Legeforeningen mottok i samme periode 18 papirutgaver av Tidsskriftet.



Tidsskriftets faste podkast Stetoskopet framhever mye av forskningen som vi publiserer.



Lever ditt manus via forfatterveiledningen på tidsskriftet.no.

Valurt

I Tidsskriftet nr. 10/2000 kan vi lese om en av oldtidens mest kjente medisinske planter, nemlig valurt (Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1253). Denne flerårige urten, som egentlig ikke hører hjemme i vår flora, ble innført og dyrket her for sine medisinske egenskaper i middelalderen. Nå står den på fremmedartslista med den høyeste risikovurderingen, på grunn av moderat spredningspotensiale og kraftig økologisk effekt.

JULIE DIDRIKSEN

julie.didriksen@tidsskriftet.no
Tidsskriftet

Valurt, en medisinsk plante

Av Kjell Andreas Nøkleby

Valurt hører til rubladfamilien og kan bli opp til en meter høy (1). Planten var en av de mest kjente medisinske planter i oldtiden og middelalderen og ble beskrevet av den greske lege Dioskorides (2). Han levde i Rom i det første hundreåret e.Kr. og var militærlege hos keiserne Claudius og Nero. Han skrev et fembindsverk om medisinske planter, som i flere hundre år var standardverket om disse. Valurt ble brukt som sår- og gro-middel, også ved beinbrudd. Det var opphakkede blader eller røtter eller uttrekk av disse som ble brukt. Den pulveriserte roten ble på 1500-tallet brukt av bartskjærere (datidens kirurger) ved amputasjoner, og de ble anbefalt å dyrke planten (3). Valurt har vært dyrket i Norge i middelalderen. Senere har den spredt seg langs gårdsplasser og veier her og der i Sør-Norge. Den er forvillet og hører egentlig ikke hjemme i vår flora (4).

Det sies at navnet valurt kommer av at den ble brukt på valen, slagmarken. Men det er vel helst lånt fra den foreldede betydning av det tyske wallen, sveise, vokse sammen, hele (2, 5, 6). På svensk heter planten vallört. Det latinske navnet er *Symphytum officinale*. 'Symphein' er gresk og betyr å vokse sammen. 'Officinale' (offisinell) sier at den har vært omtalt i apotekenes farmakopé. Rot og blader var med i den danske farmakopeen av 1772, men ikke i de senere norske (3). I middelalderen ble valurt også kalt *Consolida* av 'consolidare', befeste, stabilisere.

Det er knyttet mye overtro til valurt. Det ble sagt at om man kokte lapskaus med valurtvann, ville kjøttbitene gro sammen



Illustrasjonsfoto: *Symphytum officinale*. ph2212/iStock. Tilpasset av Tidsskriftet.

til ett stykke i kjelen (1, 2, 3, 6), og en brusten jomfruhinne ville gro igjen om en kvinne badet i valurtvann (1, 2). Sigrud Undset har tatt opp denne myten i *Kransen* (trilogien *Kristin Lavransdatter*) (7): Sira Sigurd til Åshild: «(...) har du ikke mere av det sterke vannet du handlet med engang? Det som kunne gjøre oppslemmet sau hel i sodde-kjelen og kvinne til mø i brudesengen. Jeg vet nok om det bryllupet her i bygden da du redte bad til den lokkede bruden.»

I valurt har man funnet stoffet allantoin som har sårhelende egenskaper (2). Valurt ble også brukt innvortes, men det er påvist at dette kan gi leverskader og kreft, da valurt inneholder skadelige pyrrolizidinalkaloider (2, 5, 6).

Drogen *Radix symphyti* eller *Radix consolidae* er for lengst ute av apotekene, men valurt er fremdeles i bruk i moderne naturmedisin og i homøopati bl.a. ved sår på magesekk og tolvfingertarm. Valurt brukes som oftest i helt lave potenser (8).

LITTERATUR

- 1 Fægri K. Norges planter. Bind 2. Oslo: Cappelen, 1960.
- 2 Bærug M. Hovedoppgave i farmasi: 1-28. Farmasøytisk bibliotek, Oslo, 1984.
- 3 Arbo Høeg O. Våre medisinske planter. Oslo: Forlaget Det Beste, 1984.
- 4 Lid J. Norsk og svensk flora. 2. utg. Oslo: Det Norske Samlaget.
- 5 Salvesen PH. Valurt, gammel legeplante med skumle bivirkninger. Våre nyttevekster 1983; nr. 3: 55-61.
- 6 Wischmann F. Ville planter i Norge. Oslo: Forlaget Det Beste, 1993.
- 7 Undset S. Kristin Lavransdatter, *Kransen*. Oslo: Aschehoug, 1972.
- 8 Granrud L. Våre medisinske planter. Valurt (*Symphytum officinale*). Homøopatisk tidsskrift 1982; nr. 4: 27-8.

Utflytende og uten ny innsikt



GRUNNBOK I BELASTNINGS-PSYKOLOGI

Rikke Høgsted
Forebygging av primær og sekundær traumatisering ved psykisk krevende arbeid. 273 s., ill. Bergen: Fagbokforlaget, 2023. Pris NOK 479
ISBN 978-82-450-4311-2

Begrepet «belastningspsykologi» er nytt for meg. Det finnes ikke som fagfelt eller beskyttet spesialitet i Norge eller internasjonalt. «Belastningspsykologien» befatter seg ifølge boka med «de situasjonene som belaster mennesker, og de reaksjonene som oppstår når mennesker blir utsatt for belastninger» (min uthevelse). Definisjonen er så vid at det vel kan sies å omfatte hele menneskelivet og alle yrker? Å anmelde en «grunnbok» i et fagfelt som ikke finnes er en vanskelig oppgave.

Boka gir en bred, populærvitenskapelig framstilling av et svært vidt tema. Målgruppen er de som lever det forfatteren kaller et

«mentalt høyrisikoliv» i en «mental høyrisik jobb», altså nødhjelpsarbeider, krigsfotograf, lege, sykepleier, soldat, fengselsbetjent, pedagog, stressbehandler, coach, konsulent eller leder; jobber der du blir konfrontert med ulykker, trusler, traumer, overgrep, død eller andre voldsomme hendelser gjennom møter med kriserammede mennesker. Eller en jobb som på annen måte stiller store krav til innlevelse og det å håndtere smertefulle følelser, som forlaget skriver. Den henvender seg til «studenter, ansatte og ledere og til de fagpersonene som til daglig jobber for å skape et godt og bærekraftig arbeidsmiljø».

Forfatteren er en dansk krisepsykolog med lang erfaring med «belastningspsykologi», og som har grunnlagt og eier «Institutt for Belastningspsykologi». Instituttet tilbyr bl.a. et nettkurs på to timer, der denne boka er pensum. Målet er å «unngå utbrenthet, omsorgstretthet og sekundærtraumer».

Boka har tre hoveddeler – «Påvirkningene», «Reaksjonene» og «Strategiene» – 19 underkapitler, en epilog, fem tilleggs-kapitler, 30 sider anbefalt litteratur, referanser og ulike tillegg. Teksten har strektegninger av Annette Carlsen og en rekke figurer, dels med referanser, dels copyright-merket med forfatterens navn.

Teksten er ordrik, tidvis i svært pratsom jeg-form, og skulle vært strammet kraftig inn av forlaget. Danske metaforer, som

«fiskerbenken», skulle ha vært ryddet ut. Boka har mange muntlige sitater, uten at leseren får vite noe om personens jobb eller situasjon. Oversettelsen er stedvis veldig dansk, noen ganger uforståelig, som sitatet «Å forstå at trøsten er at det ikke er noen trøst» på side 133.

Intensjonen med boka er nok god, men den spenner over et så stort spekter av tema at den blir springende, med bastante konklusjoner og anbefalinger. Det er et ganske ensidig negativt fokus på sterke jobbopplevelser, mindre drøfting av positive faktorer som resiliens, posttraumatisk vekst og Aron Antonovskys *sense of coherence* – som peker på den menneskelige vekst vi ofte kan oppleve etter sterke hendelser på jobb når vi mestrer dem i fellesskap.

Min viktigste innvending er at boka presenterer godt kjent stoff pakket inn som en ny spesialitet. Vi trenger selvsagt oppmerksomhet, arbeidsmiljøtiltak og kollegastøtte for eksponerte yrker som vårt eget, men denne boka synes å lansere starten på enda en særomsorg – for «de belastede»? Boka gir ikke vesentlig ny innsikt og anbefales ikke.

MADS GILBERT

Overlege, Akuttmedisinsk klinikk
Universitetssykehuset Nord-Norge

Aftendikt



SLITNE SJELER – LEVD LIV

Jon Magnus,
Dag Furuholmen
112 s. Hummersåk: Lyrikkforlaget, 2023. Pris NOK 279
ISBN 978-82-83982985

Slitne sjeler – levd liv er en sterk og malende tittel som beskriver innholdet i boken godt. De to forfatterne er jevngamle og nære venner. Jon har vært utenriksreporter og

Dag har vært psykiater. De har på hver sin måte møtt vegger i egne liv. Jon har vært søvnløs og utmattet etter stort og til dels svært belastende arbeidsplass, Dag har fått kreft. Begge har de brukt dikt som selvterapi og gjensidig dokumentasjon. Denne boken er resultatet.

Forfatterne har hver sin avdeling i diktsamlingen, men skriver også dikt til hverandre. Begge skriver naturalistisk og rett frem, med sparsom bruk av dikteriske virkemidler. Det kler temaene, men gir mindre plass for undring. Mange av diktene er vakre. Dags dikt «Aldring» (s. 55) handler om hvordan mening kan overta for tap av hurtighet: *Våger vi å slippe / kan vi kanskje få en vennlig utgang.* Jon holder tropp i diktet «Mørke» (s. 104): *Se nordlys en gang til – og havet / Plukke vårens første løvetann, / den som aldri gir seg.*

Når skal eller kan man lese slike dikt, som med følsom pensel fargelegger død, mørke

og tap? Jeg ser at de kan gi økt resonansbunn for alle som jobber med å hjelpe andre, men også mennesker som selv har erfaring med disse tunge delene av livet kan finne mening i å lese dem.

Jeg opplever likevel en motstand når jeg leser diktene. Jon og Dag skriver så nakent og direkte at jeg blir fristet til å innta deres virkelighet uten indre filter. Det er ubehagelig. Men denne nærværenhet som diktene viser, står det også respekt av. Jeg opplever dessuten at disse to herrene ikke primært forteller om levd liv, slik bokens tittel angir. De dykker inn i og danner bilder fra slik de lever livene sine her og nå, i skrivende stund. Det er en av styrkene i denne diktsamlingen.

ANDERS BÆRHEIM

Professor emeritus, Universitetet i Bergen

Verdifulle brukererfaringer



**FORELDRE-
ERFARINGER –
Å HA ET BARN
MED UTVIKLINGS-
HEMNING**

Magne Geir Bø
168 s., ill. Oslo: Cappelen
Damm Akademisk, 2023.
Pris NOK 329
ISBN 978-82-02-71640-0

Forfatteren er far til et barn med utviklingshemning. Han er overlege ved Nevrologisk avdeling, Sørlandet sykehus, og en aktiv fotograf.

I boka blir leseren kjent med elleve par eller aleneforeldre som har barn med utviklingshemning av kjent eller ukjent årsak. I intervjuene deler de erfaringer og tanker vokst fram gjennom et annerledes liv, fra barnet blir født til det i voksen alder har

flyttet hjemmefra. Bø har tatt bilder av barna som nå er blitt voksne. Sammen med tekstene bringer bildene oss nærmere personene vi møter. Boka er lettlest og har et delikat utseende.

Gjennom historiene skjønner man at samordnede tjenester er viktig, som for eksempel det å få en koordinator som tidlig kan informere om aktuelle tilbud i kommunen, opprette ansvarsgruppe rundt barnet, lage individuell plan, sørge for avlastningsordninger, komme tidlig i dialog med kommunen om flytting til eller bygging av egen bolig, bistå med ivaretagelse av søsken og parforhold, holde løpende kontakt med habiliteringen og helsetjenesten ellers, og ved behov utarbeide akuttplan. Det bør legges vekt på læring, deltakelse og meningsfulle aktiviteter i barnehage, skole og på fritiden.

Boka burde være pensum for studier i vernepleie, sykepleie, medisin, fysioterapi og de forskjellige lærerutdanningene. Dessuten er den nyttig for alle som arbeider med personer med utviklingshemning og deres familier: tjenesteytere i avlastningsboliger, lærere og spesialpedagoger i barnehage og skole, ansatte i habiliteringstjenestene for

barn, unge og voksne samt politikere og beslutningstakere på alle nivå i forvaltningen. Familie og venner av de som har et barn med utviklingshemning, og nye foreldre, vil også kunne lese seg til nyttig kunnskap – og kanskje få et annet perspektiv på hvordan livet med et utviklingshemmet barn kan arte seg.

En innsiktsfull og nyttig bok om behovet for koordinert og helhetlig tilnærming for god omsorg til barn med utviklingshemning og deres familier. Det er mange gode råd for bedre ivaretagelse på alle nivåer i tjenesteapparatet.

Det er også et kortfattet vedlegg om aktuelle veiledere i helse- og omsorgstjenesten og om sentrale institusjoner i Norge, blant annet Frambu, som har mye kompetanse på utviklingshemning og kunnskap om forskjellige sjeldne årsaksdiagnoser og sammensatte utfordringer som kan følge med dem.

Boka anbefales på det varmeste!

DAVID K. BERGSAKER

Overlege, Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser

Tilgjengelig om idrettsskader



IDRÆTSSKADEBOGEN

Michael Rindom
Krogsgaard, Ulrich
Fredberg, red
2. utg. 543 s., ill. København:
FADL's Forlag, 2023.
Pris DKK 700
ISBN 978-87-94207-58-4

Idrætsskadebogen egner seg som faglitteratur til helsepersonell involvert i vurdering, behandling og opptrening ved skader i forbindelse med idrett. Den er nok mest egnet for allmennpraktikere og fysioterapeuter, men også som oppslagsverk for trenere og utøvere. Forfatterne gjennomgår de mest vesentlige aspekter ved idrettsskader, inklu-

dert belastning og avlastningslære, årsaker til skade, diagnostikk, behandling samt forebygging. Første halvdel tar for seg samfunnsmessige aspekter ved idrett og muskelskjelettsykdommer samt generelle diagnostiske og behandlingsmessige prinsipper. Andre halvdel går systematisk gjennom kroppens anatomiske deler fra topp til tå.

Det er mye tekst og tabeller i bokens første del, og her kunne det med fordel ha blitt tatt i bruk flere bilder eller tegninger. Språket, som er dansk, er likevel lettlest og velformulert for norske lesere. Den kan leses av og er forståelig for både helsepersonell og ufaglærte med interesse for idrettsskader.

I bokens andre halvdel, som omfatter kroppens anatomiske regioner, er det fine og beskrivende bilder av både anatomi og undersøkelser.

Boken er systematisk bygget opp med enkel tilgang til kapitlene ved hjelp av markering i marginen, som gjør det lett for leseren å finne frem til riktig kapittel og anatomiske region. Størrelsen og innbindingen gjør boken lett å ta med seg hvis det er behov for forflytning til forskjellige konto-

rer, lesesaler eller polikliniske konsultasjoner.

Boken gir god oversikt over skader som kan ramme alle kroppens anatomiske regioner. Den går ikke detaljert ned i behandlingen av alle skadene og egner seg derfor ikke som fagbok eller oppslagsverk for legespesialister med underspesialitet.

Siste kapittel, «Red flags – må ikke overses», er spesielt bra. Kapitlet samler opp og repeterer skader som ikke må overses fordi de krever mer umiddelbar utredning og behandling enn de andre skadene som omtales. Kapitlet er et flott sammendrag av de mest alvorlige skadene i alle kroppens regioner, samlet på seks sider.

Jeg kan anbefale boken. Den er lettlest og enkel å slå opp i når man skal finne frem til forskjellige anatomiske regioner. Boken gjennomgår i tillegg generelle regler ved rehabilitering på en systematisk måte, noe som kan være til hjelp for mange.

OLE-CHRISTIAN BRUN

Overlege, Ortopedisk avdeling
Lovisenberg Diakonale Sykehus

EINAR SKOGLUND



Vår gode kollega, tidligere utdanningssjef Einar Skoglund, døde 77 år gammel tirsdag 18. juli etter kort tids sykdom. I alle år hadde han en særdeles stødig og god hånd med alt som omhandlet legers etter- og videreutdanning. Opp gjennom årene er det mange medlemmer som har fått råd og hjelp av Einar i planleggingen av sin spesialistutdanning. Han var foreningens kunnskapskilde på sitt fagområde. Alltid beredt til å dele sin kunnskap og erfaring.

Einar var utdannet cand.mag. fra Det historisk-filosofiske fakultet ved Universitetet i Oslo. Han var ansatt i Legeforeningen i hele 39 år, og gikk av med pensjon i 2013.

I alle år arbeidet han med spesialistutdanning av leger, legefording, utdanningskapasitet og godkjenning av nye legespesialister. Einar var medlem av de nasjonale utvalgene for legefording og stillingsstruktur, og satt også i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger hele rådets eksistens fra 1998–2013. Han var sekretær i mange år for Offentlige legers landsforening.

Arbeidsoppgavene fordret innsikt i et stort og krevende fagfelt. Legespesialistutdanningen gjennomgikk betydelige endringer i hans tid. På 70-tallet vedtok Landsstyret store endringer av spesialitetsstrukturen, og utviklingsarbeidet videre la grunnlag for at Sosial- og helsedepartementet vedtok Legeforeningens modell for samtlige spesialiteter fra 2000. På 80-tallet startet Legeforeningen en stor innsats for å forbedre veiledningen for leger i spesialisering. Einar var en sterk pådriver i oppbyggingen og utviklingen av spesialitetskomiteenes besøksordning i utdanningsavdelingene. Nye spesialiteter kom til, og i de 39 årene som Einar jobbet i foreningen vokste antall medlemmer fra 6 300 til nærmere 30 000.

Einar var en stor kapasitet og en viktig ressurs for Legeforeningens ledelse, tillits-

valgte, medlemmer og kolleger. Ingen andre hadde en slik oversikt over legespesialistutdanningen. Hans brede kompetanse og diplomatiske evne kom ofte til nytte når det var faglig uenighet om hvor oppgaver skulle plasseres og utvikles. Hans kompetanse var også etterspurt hos helsemyndighetene. Einar fremmet Legeforeningens synspunkter med tyngde og kløkt.

Vi husker en kollega med glimt i øyet, lun humor og en inkluderende væremåte. Han kunne sin Shakespeare og visene til Evert Taube. Han bød alltid på seg selv. Einar elsket skogen og friluftslivet, og jaktseasonen om høsten var hellig.

Våre tanker går til kona Georgia, barna Elisabeth og Bjørn Einar med familier samt de fire barnebarna. De har mistet en kjær ektemann, far, svigerfar og bestefar.

Vi minnes en god kollega og venn som har betydd mye for oss og for norsk helsetjeneste. Vi lyser fred over Einars gode minne.

GEIR RIISE, SIRI SKUMLIEN

MAIKEN SCHULTZ



Maiken døde 4.6.2023, bare 35 år gammel. Etter fullført medisinstudium ved NTNU i 2012 flyttet hun til Gjøvik for turnustjenesten. Det var her vi ble kjent med henne. Da vi kom, hadde hun et halvt års erfaring og var velkomstkomiteen som sørget for at vi nye ble tatt godt vare på. Det var typisk for Maiken – hun hadde omsorg for andre, ønsket alltid å hjelpe og krevde ingenting tilbake. I Maiken fikk pasientene ikke bare

god medisinsk behandling, men også en samtalepartner som brydde seg. Hun var oppriktig glad i pasientene, og omsorgen strakk seg så langt at hun en gang stilte opp som fuglepasse, slik at pasienten med fuglen kunne legges inn på sykehus.

Som venninne var Maiken navet i gjengen, den som var flinkest til å ringe for å slå av en prat. Hun aksepterte folk som de var, og responderte ofte med sin karakteristiske hodetilt, nikking og «ja, men da syns æ du skal gå for det». Etter hvert møtte hun Stig, og de fikk to barn sammen i tillegg til Stigs sønn fra før. De flyttet sammen med Maikens samojedhund Hjordis til et småbruk utenfor Stange og planla bryllup i august. Fremtiden syntes lys.

Men livet som lege og småbarnsmor tok på. Hun dagpendlet til gruppe 1-tjenesten – først ved Rikshospitalet og deretter Radiumhospitalet, iblandet noen måneder på Hamar sykehus. Pendleveien var lang og slitsom, og følelsen av å aldri strekke til

hverken på jobb eller hjemme tæret på. Når hun var på jobb, følte arbeidsmengden uoverkommelig, og hun skrev epikriser på toget hjem for å få dagene til å gå opp.

Hun var fortvilet, og som den temperamentsfulle nordlendingen hun var, sa hun tydelig ifra at man trengte flere hender for å kunne hjelpe pasientene godt nok. Slitenheten og den dårlige samvittigheten utviklet seg etter hvert til søvnvansker og depresjon, og hun skled inn i det dypeste mørket. Vår kjære Maiken, som ikke hadde noen historie med psykisk sykdom, så til slutt ingen annen utvei og tok sitt eget liv. Hun hadde vært for sterk, for lenge. Ingen klarer alt alene. Og hvis du er i en tilsvarende situasjon: Ta imot hjelp. På den måten kan Maiken fortsette å redde liv.

Takk for samtale, Maiken. Takk for turene, latteren, støtten og humoren. Takk for hjelpen.

INA MARIE ANDERSEN, GITTE ZAKARIASSEN

OLA RØKKE



Professor emeritus Ola Røkke døde i sitt hjem 1. juni i år.

Han ble født i november 1953. Som eldste-mann i en søskenflokk på fire, og med leger og prestebestefar, så ville han også bli noe med «tyngde». Etter gymnaset studerte han både matematikk og sosiologi, før han bestemte seg for legestudiet og avla medisinsk embetseksamen i 1979 ved Universitetet i Oslo. Han ble dr.med. i 1990 ved Universitetet i Tromsø. Senere ble han spesialist i generell kirurgi (1991) og gastrokirurgi (1994).

Han fikk sin kirurgiske utdanning blant annet på Regionsykehuset i Tromsø, Sentral-

sykehuset i Nordland og Haukeland sykehus. Ola var opprinnelig mest interessert i bukspyttkjertelsykdommer, men skiftet etter hvert over til å arbeide med kolorektale sykdommer. På Haukeland sykehus var han en pioner i arbeidet med transanal endoskopisk mukosektomi av premaligne svulster. Han var også en pådriver i arbeidet med innføring av ny teknikk ved kreft i endetarmen: total mesorektal eksisjon.

Han kom til Åhus i 2002 og fant seg fort til rette, selv om han savnet Haukeland og fagets store bredde. Han fikk et kortere vikariat ved Rikshospitalet, hvor hans kunnskap og store engasjement fikk full næring. Han kunne nok ha fortsatt her, men valgte å prioritere familien og arbeidsplass nær sin bopel. Her fikk han sitt professorat og ble leder for Seksjon for øvre gastroenterologisk kirurgi, og han var primus motor og ansvarlig for ventrikkel- og pankreaskirurgi. Nevnes skal også et litt lengre studieopphold hos professor Sano i Tokyo.

Han var en kollega man kunne spørre om «alt», og pasientene elsket ham.

Han ble spurt om hva han var mest stolt av i sin karriere og etter litt betenking svarte han: «at jeg ikke har skiftet bank». Dette var

den underfundige og småvittige Ola med skråblikk til mye og mangt og med vidd og visdom bak sin høyreiste og elegante figur.

En friluftsmann, kulturelt engasjert, veldig sosial og med smak for det gode kjøkken. Han var særdeles delaktig i den kulinariske opplevelsen hjemme på Lørenskog, hvor hans kjære Marianne og barna Ingrid og Øystein alltid var førsteprioritet.

Ola valgte å pensjonere seg våren 2022, nok som følge av usikker sykdomsprognose. Han var likevel engasjert som veileder for doktorgradsstudent, men måtte etter hvert se at sykdommen tok overhånd. Tilbake sitter kolleger og familien med et dypt og inderlig savn.

Bisettelsen i Lørenskog kirke 9. juni var et gripende og vakkert farvel med et flott menneske og en høyt respektert kirurg. Vi lyser fred over hans minne.

På vegne av kolleger.

ODD LANGBACH, ROBIN GAUPSET

DAG AARSKOG



Vi mottok med sorg budskapet om Dags dødsfall kort tid etter at han døde tirsdag 5. juni 2023, 66 år gammel.

Dag ble cand.med. i Bergen i 1986. På veien til å bli psykiater hadde han også gjennomført grunnleggende psykologiutdanning samt nevrologi sideutdanning. Gjennom egenstudier holdt han seg helt usedvanlig oppdatert om det nevromedisinske grunnlaget for psykiatrifaget. Han var professor-

sønn og opptatt av forskningsresultater. Men Dag var også kritisk innstilt til ensidig bruk av evidensbasert medisin, som kunne være basert på forskning av bare et mindre utvalg av de pasientgrupper behandlere faktisk møter. Dag fant gjerne originale og effektive løsninger for pasienter med sammensatte lidelser.

Dag var opptatt av at medikamentutdanningen for psykiatere ikke skulle gis via legemiddelindustrien, og han var en av initiativtakerne til en kommersiellfri undervisning i farmakologi i regi av Norsk psykiatrisk forening. Dag foreleste gjerne selv, og han kunne overraske tilhørerne med sitt skuespillertalent ved å vise pedagogisk hvordan legemidlers bivirkninger raskt kan avsløres.

I den seinere tid praktiserte han sitt fag i sin hjemby, Bergen, etter å ha virket i flere tiår ved ulike avdelinger i det som nå heter Sykehuset Innlandet. Den lengste fartstiden hadde han hos oss ved Sykehuset Innlandet

Reinsvoll, Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling. Her virket han først som overlege ved sikkerhetsposten og deretter en lang rekke år som ansvarlig for en travel akuttpsykiatrisk enhet.

Dag hadde en rik, rastløs og kompleks sjel. Han var opptatt av individuell frihet og kunne fungere som et faglig fyrverkeri. Favorittgruppa, The Kinks, hadde tekster som passet på han selv: *I don't want to live my life like everybody else*. Dag var således ingen etterplapper og kunne være en stridens mann. I de seinere år deltok han i det offentlige ordskiftet om utformingen av regionens kommende storsykehus ved Mjøsa.

Med Dag Aarskogs bortgang har vi tapt en fargerik kollega, og pasientene har mistet en kreativ behandler. Vår medfølelse går til Dags nærmeste.

BERIT BAKKEMO,
ELISABETH HØYE PORTHUN,
TORFINN HYNNEKLEIV

ROLF SELJELID



Mål og urokkelig grense for alt har de evige guder satt på den fruktbare jord for alle som døden kan ramme.

(Homer; Odysseen. Gjendiktet av P. Østbye)

Rolf Seljelid, medlem av Det Norske Videnskaps-Akademi, tidligere professor og leder ved Avdeling for eksperimentell patologi ved Universitetet i Tromsø, gikk bort den 14. juni 2023. Han ble 89 år gammel.

Vi møtte Rolf på 90-tallet, da han først var vår veileder og leder, og etter hvert ble vår gode nabo og kjære venn.

Døden er en del av livets gang, men når denne meldingen kom, opplevdes allike-

vel budskapet som sjokkerende og uvirkelig. I flere dager prøvde vi å sette ord på hva vi følte, men klarte det ikke. Rolf, som var så ekstraordinært begavet med ord, både vitenskapelig og skjønnlitterært, hadde visst elever som ikke kunne finne ord for å beskrive tapet. En hadde mest lyst til å joike, men det kunne en heller ikke. Det nærmeste vi kommer er at med Rolfs bortgang er en hel epoke i våre liv over.

Rolf var uten tvil en av de mest imponerende personene vi har møtt. Han hadde en eksepsjonell evne til å utforske eksistens fra forskjellige og uortodokse synsvinkler. Hans interesser strakk seg langt utover medisin og forskning, og inkluderte filosofi, matematikk, religion, fysikk, litteratur, historie, kunst og politikk, bare for å nevne noe. Vi husker Rolf som en uredd person med stor styrke, både fysisk og mentalt. Han gjorde det han mente var riktig, og stod med rak rygg i stormer og nedbør. Rolf stilte opp for de svake og de «ubetydelige», og hadde venner både blant verdens intellektuelle elite og de som faller utenfor samfunnet. Han var norgespatriot og grenseløs kosmopolitt samtidig.

Ingen kan erstatte Rolfs plass i våre hjerter, og det er vanskelig å forestille seg det enorme tapet som hans kone Gro nå står i.

I et av sine første møter med en student overrasket Rolf vedkommende ved å si noe studenten nettopp hadde tenkt. «Hvordan gjettet du dette, Rolf?» lurte studenten på og tenkte at Rolf hadde røntgensyn. Rolf så vedkommende rett i øynene. «Jeg sender røntgenstråler gjennom hjernen din», kom det forbausende svaret.

Din utstråling er dessverre ikke lenger tilgjengelig for oss, Rolf, men den har satt dype spor i mange. Og når du nå er utenfor våre sanselige dimensjoner, ønsker vi deg lykke til videre og riktig god reise i det krumme Riemann-rommet, i et koordinatsystem der minst «en av aksene, den imaginære, både finnes og ikke finnes, som alt virkelig vakkert her i verden» (hentet fra Rolfs bok *Vi kom oss aldri til Afrika*).

Vuelkieh raeffesne.

Счастливого пути твоей душе, и пусть земля будет пухом твоему телу.

Med sorg, savn og takknemlighet.

SVETLANA ZYKOVA, DMITRI SVISTOUNOV

ROLF SELJELID



Legen, vitenskapsmannen, biologen, «allviteren» og forfatteren professor dr. med. Rolf Seljelid ved Universitetet i Tromsø døde 14. juni 2023, 89 år gammel.

Typisk for visjonære forskere, som Rolf, er at det gror i sporene etter dem. Deres kunnskap, innsikt og holdninger formidles, inspirerer og gir knoppskyting, ofte i overraskende retninger. Slik vokser betydningen av deres innsats over tid.

Lite kjent er imidlertid hans betydning ved etableringen av prøverørsbehandlingen (in vitro-fertilisering (IVF)) i Tromsø, senere også indirekte ved forbedring av den krevende celledyrkningsprosessen. Vi ønsker å uttrykke vår takk for hans støtte og innsats.

Da vi – fire år etter verdens første prøverørsbarn ble født i 1978 – noe ambisiøst startet de første forberedelser for å etablere Enhet for IVF ved Kvinneklivnikken i Tromsø, var det naturlig å søke råd og støtte hos Rolf. Han ble umiddelbart en entusiastisk, engasjert og viktig støttespiller.

En tid etter oppstart ble det tydelig for oss at de kommersielt tilgjengelige celledyrkningsmedier ikke hadde optimal kvalitet. Det oppsto derfor et behov for bedre celledyrkningskompetanse. Rolf lanserte da en av sine medarbeidere, dr. philos. Kjell Bertheussen, som den perfekte kandidat for oppgaven med å lede laboratorieutviklingen. Under hans ledelse ble det både utvik-

let serumfrie vekstmedier og gjort viktige forbedringer i selve dyrkningsmetodikken.

Begge deler ble raskt akseptert og implementert også internasjonalt. Satsningen ble en suksesshistorie.

Norges første «prøverørstvillinger» ble født i Tromsø 1985, og senere er det bare i Tromsø født mer enn 2 500 barn. Det at Nord-Norge fikk sin egen avdeling ble til stort gagn for de tusenvis av par som ikke lenger måtte reise ut av landsdelen i et håp om hjelp til å få sitt barneønske oppfylt.

Rolf etterlater mange gode spor både nasjonalt og internasjonalt.

JAN MARTIN MALTAU, FINN FORSDAHL,
NICOLAI HOLST, MARTHA HENTEMANN

ARILD BERGMANN



Arild Bergmann døde 13. juli 2023, nesten 77 år gammel.

Han var født i Bergen og tok eksamen artium her. Etter å ha fullført medisinsk studium i 1974 ved Göttingen universitetet, Tyskland, avtjente han turnustjeneste ved Harstad sykehus og i lbestad distrikt i Troms. Han var distriktslege i lbestad fra februar 1976 til august 1977. Etter en periode på to år ved Medisinsk avdeling, Harstad sykehus, startet han sin spesialistutdannelse innen lungemedisin, først ved Glittre sanatorium i Hakadal, og deretter ved Lungeavdelingen, Rikshospitalet. Arild ble godkjent spesialist i lungesykdommer i 1983

og i indremedisin i 1984. Han var overlege ved Glittre sanatorium i 1984–87, Lovisenberg sykehus fra 1987 og deretter ved Diakonhjemmet sykehus inntil 2002 i Oslo. I 2003–16 var han privatpraktiserende lunge-spesialist ved Humana Helse Spesialistsenter i Sandvika, Bærum. Han var også vikarierende overlege ved Harstad sykehus i 2013.

Arild var medforfatter av vitenskapelig publikasjoner om legemidler ved alvorlig astma, og av en tidlig randomisert kontrollert studie av effekten av høydose metylprednisolon ved fibroserende alveolitt. Han formidlet sine erfaringer om pasienter med ekstrapulmonal tuberkulose og tuberkulosereaktivering etter behandling med kortikosteroider. Han var en mentor og læremester for mange yngre kollegaer, og han var en kunnskapsrik lege som tok godt vare på sine mange pasienter.

Arild tok på seg tillitsverv for fellesskapet som avdelingstillitsvalgt for overleger i Oslo 1992–94, styremedlem i Oslo legeförening og medlem av Legeföreningens landsstyre fra 1992. Spesielt må han takkes for de mange videre- og etterutdannelsesmøtene han arrangerte for kollegaer, allmennleger, sykepleiere og andre på Vestlandet, Lofoten

og Svalbard. Da samlet han forskere og praktiserende leger til gode faglige diskusjoner, naturopplevelser og sosialt samkvem.

Arild var sporty og gikk på ski i Nordmarka, Jotunheimen og med venner over Svalbard. Det ble aldri mindre enn 50 mil i løpet av en vinter. Han var en engasjert laksefisker, og hvert år siden 1983 fisket han i Naustdalselva og senere i Målselv, Orkla og Stjørdalselva.

Arild var gift i mer enn 50 år med sin Mai, og de har to barn og tre barnebarn. Familien og venner hadde sine hyggelige treff på feriestedene Olenilsøya ved Reine, Lofoten, og Sjusjøen, Ringsaker.

Arild hadde alle bergenseres gode egenskaper. Han var flink til å fortelle, artig og vittig, natur- og musikkinteressert. Han var lojal, omsorgsfull, støttende, miljøskapende og sine venners venn.

Det lungemedisinske fagmiljø takker for 45 års samvær og vennskap.

AMUND GULSVIK

ANDERS HERVOLD



Vår gode venn og kollega Anders Hervold døde 27. juni i år, bare 52 år gammel. Han druknet i bølgene utenfor Kviljo på sitt kjære Lista. Dit dro han for å gjøre noe av det beste han visste: å suse av gårde med brettet i plan og kuling i kiten.

Anders kom til kardiologisk avdeling på Rikshospitalet i 2007, nærmest rekende på en fjøl. Allerede da var han en erfaren og dyktig invasiv kardiolog, ferdig utdannet

36 år gammel. Det ble tidlig klart for oss at Anders hadde et spesielt talent.

Utallige timer på laben på Haukeland hadde bidratt til at Anders hadde finslepen teknikk og et blikk for både helhet og detaljer. Det umulige kunne i hans hender bli mulig, og mange pasienter er Anders takknemlig for lindrende og livreddende behandling.

Men Anders var ikke opptatt av å skinne i ensomhet. Han delte villig av sin kunnskap og løftet nivået i hele gruppen. Han var ikke redd for å si fra om han var uenig i en beslutning, og han kunne være brutalt ærlig. Det måtte vi lære oss å tåle.

Anders var ikke bare en dyktig fagmann. Han var en fargeklatt, sjarmerende og morsom. Anders var en person folk ble glade i. Historiene om Anders kommer til å leve lenge.

Anders søkte alltid den perfekte bølgen. Og ikke bare på vannet. Han stilte høye krav til seg selv, av og til kanskje for høye. Anders

var ambisiøs både i jobb og privatliv. Som skiløper drev han det langt, og han hadde god grunn til å være stolt da han gikk Vasaloppet på under fire og en halv time.

Anders var en av fire søsken, og familien var viktig for ham. Vi hørte stadig vekk om nevøer og nieser, og Anders var en populær onkel. For barnetekke hadde han. Nyfødte barn som stolte kolleger viste frem på jobb, havnet raskt i armene til Anders. Egen familie fikk Anders aldri, det var nok et savn.

Nå har du surfet din siste bølge, men vi har deg med oss videre. Vi lyser fred over ditt minne.

AINA HOGNESTAD, CHRISTIAN EEK, KETIL LUNDE

JAN LUDVIG SVENNEVIG



Professor emeritus og tidligere avdelingsoverlege ved Rikshospitalet, Jan Ludvig Svennevig, døde 18. juli, 80 år gammel.

Jan kombinerte et stort engasjement for familie og båtliv med en karriere som kirurg, administrator, forsker og foreleser. Han var født i Flekkefjord, men bodde store deler av sitt liv i Oslo-området.

Etter generell kirurgisk utdanning i Arendal, ble han spesialist i thoraxkirurgi og i karkirurgi. Han arbeidet ved Ullevål sykehus fra 1975 og senere Rikshospitalet, der han var avdelingsoverlege i 1994–2009. Han var professor i kirurgi ved Universitetet i Oslo i 1989–2011.

Den vitenskapelige karrieren startet etter

medisinstudiet i Heidelberg med en tysk doktorgrad i 1969. Han tok norsk doktorgrad om immunrespons i svulster i 1982. For denne fikk han også Kreybergs pris.

Jan var en entusiastisk veileder for et titalls doktorgradskandidater og hadde en stor vitenskapelig produksjon. Interessen for inflammasjon førte til studier av kortikosteroidbehandling ved lungesvikt, og studier av biokompatibilitet ved ulike metoder for overflatebehandling av utstyr for hjertelungemaskin.

Mens han arbeidet på Ullevål sykehus på 80-tallet, bidro han til utviklingen av manualet for traumebehandling og for mekanisk sirkulasjons- og respirasjonsassistanse i den hensikt å sikre systematisk behandling. Han var en av grunnleggerne som gjorde Ullevål til et fremragende traumesenter.

Jan var glødende engasjert i medisinsk teknologi, og han var en pioner i digitalisering som et hjelpemiddel i klinikken. Et program for hemodynamisk overvåking basert på bestemmelse av lungearterietrykk og hjerteminuttvolum var til stor hjelp i klinisk vurdering ved alvorlig sirkulasjonssvikt.

På eget initiativ og ved forskningsmidler, etablerte han et lokalt IT-nettverk på Rikshospitalet med «intelligente terminaler» lenge

før dette ble standard ved norske sykehus. Han utviklet og etablerte *Datacor* på Rikshospitalet, et kvalitetssystem for kirurgisk behandling av hjerte-, lunge- og karsykdommer. Prinsippene ble overført til et nasjonalt register for hjertekirurgi, som han ledet fra 1995–2011. Han var også en initiativtaker for et nasjonalt register for lungekirurgi.

Han ledet Nasjonalforeningen for folkehelsen i 2002–05. I denne forbindelse besøkte han mange lokalforeninger hvor han kåserte om forebygging, forekomst og behandling av hjerte-karsykdom.

I 2015 ble Jan utnevnt til ridder av St. Olavs orden for sin innsats i behandlingen av hjertesykdommer.

Jan gjennomgikk selv flere alvorlige sykdommer, men var karakteristisk nok alltid fornøyd med tilværelsen. Han hadde utpreget humoristisk sans og kunne holde spirituelle taler ved festlige anledninger.

På tross av sin sentrale rolle i norsk medisins og store faglige suksess, beholdt Jan bakkekontakten og viste en særegen varme og omtenkksomhet for pasienter og medarbeidere gjennom hele sin karriere.

ARNT FIANE, ERIK FOSSE, ODD GEIRAN, HARALD KARLSEN, HARALD LINDBERG, JOHAN PILLGRAM LARSEN, JARLE VAAGE

TRYGVE OLAV TJADE



Foto: Bård Gudim AS

Med dyp sorg mottok vi budskapet om den uventede bortgangen til vår kjære kollega, Trygve Olav Tjade, den 3. august 2023, 74 år gammel.

Trygve tok examen artium ved Asker videregående skole i 1968, ble cand.med. ved UiO i 1975 og hadde sin turnustjeneste på Lillehammer sykehus. Hans mikrobiologiske karriere startet ved FHI i 1977. Han ble

spesialist i mikrobiologi i 1982 etter tjeneste ved FHI, Ullevål og Rikshospitalet. I 1986 ble han ansatt ved Sentralsykehuset i Akershus som overlege, deretter avdelingsoverlege og prosjektleder for utvikling av det nye laboratoriesenteret. Trygve hadde mange verv, bl.a. som medlem av spesialitetskomiteen og formann i Norsk forening for medisinsk mikrobiologi i Legeforeningen.

Trygve kom til Først Medisinsk Laboratorium som seksjonsoverlege i 2011, og ble en bauta i vår organisasjon. Med utrettelig innsats, skarpt intellekt og lidenskap for mikrobiologi, bygget han opp virksomheten ved Først fra grunnen til et anerkjent fagmiljø. Som smittevernlege bidro han med betydelig kunnskap under covid-19-pandemien. Han delte villig sin verdifulle kunnskap, kompetanse og engasjement med andre, og han skrev lærebok og vitenskapelige artikler. Han ga oss jevnlig fagoppdateringer på intranett, og holdt faglige innlegg både internt og eksternt.

Trygve var ikke bare faglig dyktig, men også en person som ga en hjelpende hånd når man trengte det. Han var ærlig og direkte, og ga ikke opp når han møtte utfordringer. Han støttet og oppmuntret sine kolleger, og bidro aktivt i utdanning og forskning. Hans store bidrag har etterlatt varige spor som vi bærer med oss i fremtiden.

Han var veldig stolt av sine fire sønner, Ola, Sindre, Simen og Gurin. Våre tanker går til Trygves familie i denne vanskelige tiden. Vi kommer til å savne Trygve og vi lyser fred over Trygves gode minne.

På vegne av legene ved Først Medisinsk Laboratorium.

YING CHEN, PETER GAUSTAD, TROND EGIL RANHEIM, JOHAN BJERNER

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



Ledig fastlegehjemmel ved Legene på Nesttun - Fana bydel

For fullstendig utlysning se www.legejobber.no eller www.bergen.kommune.no/jobb

Søknadsfrist: 10.09.2023



Lege til arbeid med barn og unge

Vi søker en lege som har interesse for å arbeide med barn og unge. Hovedarbeidsplassen er i flotte og lyse lokaler i Helsehuset sentralt i Elverum. Du vil ha tett samarbeid med helsesykepleier og vi er opptatt av å ha tid til barn og familie. Arbeidshverdagen er forutsigbar med godt fag- og arbeidsmiljø. Det er fokus på utviklingsarbeid i avdelingen og vi ønsker at du kan bidra på dette området. For mer informasjon se våre nettsider eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 21.09.2023



Ledig fastlegehjemmel ved ved Flaktveit Legesenter - Åsane bydel

For fullstendig utlysning se www.legejobber.no eller www.bergen.kommune.no/jobb

Søknadsfrist: 10.09.2023



Ledig fastlegehjemmel ved Søreide legekantor - Ytrebygda bydel

For fullstendig utlysning se www.legejobber.no eller www.bergen.kommune.no/jobb

Søknadsfrist: 17.09.2023



Ledig fastlegehjemmel ved Helsetorget, sentralt i Bergen sentrum

For fullstendig utlysning se www.legejobber.no eller www.bergen.kommune.no/jobb

Søknadsfrist: 10.09.2023



Fastlegehjemmel i Tromsø

For en bedre fastlegehverdag tilbyr vi blant annet økt basis-tilskudd, etableringstilskudd på 300 000 kroner til oppkjøp av etablert hjemmel og kommunal sykeforsikring. Kommunen tilbyr også ALIS avtale med utdanningstilskudd. For mer informasjon, se kommunens nettside eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 21.09.2023



Kommunal legestilling sykehjem

Vi søker dyktig og engasjert kollega til vårt team med sykehjemslager ved kommunens fem sykehjem. Hovedarbeidsplassen er Helsehuset hvor legene møtes hver morgen. Vi tilbyr et godt arbeidsmiljø med høy faglig kvalitet og spennende arbeidsoppgaver. Er du allerede i gang med eller ønsker å starte ALIS-forløp jobber vi hardt for tilrettelegging under utdanningsforløpet. For mer informasjon se våre nettsider eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 21.09.2023



Eldreoverlege

Vi tilbyr en unik jobbmulighet, hvor du vil få muligheten til å forme egen stilling. Stillingen inneholder både samfunns- og allmennmedisinske oppgaver. Vi søker etter 100 % stilling, men er åpen for å vurdere to reduserte stillinger. Les mer om stillingen på kommunens nettside eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 17.09.2023

ARBEIDSMEDISIN


Lege/Arbeidsmedisiner
Avdeling Vest

Er du en lege som ønsker å jobbe i et fagmiljø med fokus på forebygging? Da er Avonova stedet for deg. 100% fast stilling. Arbeidstid man-fre kl. 8-16. For fullstendig utlysning, se Legejobber.no. Søknadsfrist 10.09.2023

BARNESYKDOMMER



Astrid Lindgrens Children's Hospital
Assistant Chief Physician / Chief
Physician in Neonatology to
Neonatal Department



Are you a medical doctor specialized in neonatology, passionate about working in a highly specialized environment that focuses on family-centered, developmentally supportive care and intensive care? If so, we have an exciting opportunity for you to join our team at the largest neonatology center in Sweden.

Apply and read more at regionstockholm.se/ledigajobb
Ref-nr: 2023/5268
Last application date 2023-09-24

 **KAROLINSKA**
 UNIVERSITETSSJUKHUSET

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

NEUROLOGI

- 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.



Avdelingssjef

Nevrologisk avdeling, Kristiansand

Vi søker deg som har lyst til å lede Nevrologisk avdeling i Kristiansand inn i fremtiden!

Nevrologisk avdeling er samlet i Kristiansand, med poliklinisk virksomhet i Arendal. Sørlandet sykehus HF (SSHF) har høy egenbehandlingsgrad innenfor flere fag, og oppgavene er varierte og spennende. Avdelingen har 82 brutto årsverk, og en legestab på 13 overleger og 10 LIS, med 2 seksjonsoverleger.

Det er godt samarbeid mellom de ulike avdelingene. Nevrologisk avdeling er definert som slagsenter SSHF.

Nevrologisk avdeling har et stort og spennende forskningsmiljø. Fra 2024 skal Nevrologisk avdeling delta i desentralisert undervisning av medisinstudenter, og vil bli styrket med akademiske ressurser.

Kristiansand er i ferd med å planlegge nytt akuttbygg, som etter planen skal stå ferdig i 2028.

Du vil være en samlende kraft i et høykompetent og flerfaglig arbeidsfellesskap med mange samarbeidende instanser og avdelinger, og vil ha en viktig lederstilling i klinikken. Du vil kunne bidra til innovasjon og utvikling av fag og kvalitet.



For mer informasjon, se:
<https://sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss>

Kontakt gjerne klinikkdirktør
 Nina Hope Iversen på tlf. 905 92 101

Søknadsfrist:
 30.09.2023

WebCruiter id:
 4630381081

REVMATOLOGI



Betanien Hospital
3722 Skien

LIS til revmatologisk avdeling

Ved Betanien hospital, Skien er det ledig 100% fast stilling for LIS innen revmatologi. Søkere som ønsker revmatologi som sideutdanning inviteres også til å søke stillingen.

Revmatologisk avdeling har i dag 9 spesialister innen revmatologi og 1 LIS.

Kvalifikasjoner: Norsk autorisasjon som lege. Søkeren må beherske skandinavisk språk muntlig og skriftlig.

Sykehuset tilbyr lønn og arbeidsvilkår etter avtale og et godt arbeidsmiljø.

Oppstart etter avtale.

For fullstendig utlysningstekst og kontakinformasjon, se Legejobber.no. **Søknadsfrist 10.09.2023**

ØYESYKDOMMER



Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetesta i Rogaland og Vestland. Helse Vest RHF eig seks helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseføretaka har om lag 30 000 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

100 % avtaleheimel i augesjukdomar i Bergensområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i augesjukdomar er ledig frå 01.12.2023, eller etter avtale.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- samarbeid med andre

Avtalespesialisten skal drive med både oftalmomedisinsk augelegeteneste og operativ (grå stær) augelegetjeneste.

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Den norske legeforening.

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle "sørge for" -ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg og forpliktande samarbeid med Helse Bergen HF om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventa at avtalespesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Bergen HF. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Bergen HF også innrettast i tråd med utviklinga i faget og korleis behovet i befolkninga utviklar seg.

Plassering i driftstilskotsklasse vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar basert på utgifter til lokalar, utstyr og naudsynt hjelpepersonell.

Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. mellom kr. 1 093 100 (klasse 1) til kr. 1 627 900 (klasse 3).

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Spørsmål om praksisen kan rettast til Morten Neset, tlf. 936 36 690.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.

Søknadsfrist: 26. september 2023

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSportal

Norges mest komplette
oversikt over ledige
legejobber



UNIVERSITETET I OSLO

Har du lyst til å jobbe som ekstern sensor ved profesjonsstudiet i medisin?

Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, søker etter sensorer til følgende eksamener:

- **MED3300 (modul 3) muntlig**
Patologi, hud- og veneriske sykdommer, mikrobiologi, immunologi og/eller ernæringslære.
- **MED3300 (modul 3) muntlig klinisk**
Indremedisinske fag eller kirurgiske fag eller fysikalsk medisin og rehabilitering, samt medisinske atferdsfag.
- **MED5700 (modul 7) muntlig**
Allmennmedisin, Samfunnsmedisin, Etikk og KLoK.
- **MED6800 (modul 8) muntlig klinisk**
Indremedisin, Allmennmedisin, Kirurgi

Stillingene gjelder for 1 år, med mulighet for 3 års forlengelse. Sensor må være lege med norsk autorisasjon. Sensor skal være en ekstern person og kan ikke ha ansettelsesforhold ved fakultetet utover sensorstillingen(e). For muntlige eksamener er det ønskelig at sensor ikke er spesialist i fagfeltet det eksamineres i. Karakterskalaen som benyttes på de utlyste eksamener er: Bestått – Ikke bestått.

Arbeid som sensor for medisinstudenter teller med 1 poeng/45 min (inntil 60 poeng) for spesialistutdanning i allmennmedisin.

Vi gjør oppmerksom på at det ikke er anledning til å la selvstendig næringsdrivende fakturere UiO for arbeid som er en del av UiOs normale virksomhet, herunder sensur, undervisning og veiledning. Alt må utbetales som lønn. UiO refunderer ikke reiseutgifter eller parkeringsutgifter i forbindelse med sensoroppdrag.

Søknad med CV sendes til postmottak@medisin.uio.no eller Det medisinske fakultet, Studieseksjonen, Postboks 1078 Blindern, 0316 Oslo senest 19.09.23 (referanse: 2023/16400). Spesifiser hvilke eksamener du er interessert i.

For fullstendig utlysningstekst, se ledige stillinger på uio.no eller Legejobber.no

Søknadsfrist: 18. september 2023.

- 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.



Overleger til Sykehuset i Flekkefjord

Flekkefjord er et lokalsykehus bestående av medisinsk avdeling, kirurgisk, ortopedisk, gynekologisk avdeling og fødeavdeling. Flekkefjord by er et godt sted å jobbe, bo og leve for mennesker i alle aldre. Korte avstander til jobb, skole, fritidsaktiviteter og sentrum gjør at du får mye ut av hverdagen sammen med venner og familie.

Vi har tre overlegestillinger ledige:

Overlege, fødselshjelp og kvinnesykdommer

Webcruiter id: 4680947482

Overlege, generell kirurgi

Webcruiter id: 4665298228

Overlege, anesthesiologi

Webcruiter id: 4664936522



Kontaktperson:

Avdelingssjef Karina Henriette Tjørve
tlf. 38 32 51 46

For mer informasjon, se:
<https://sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss>

Søknadsfrist: 09.10.2023

LEDIGE STIPENDIER – LEGATER – FOND



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Søk prosjektmidler til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Søknadsskjema og informasjon om fondet finnes ligger på vår nettside: www.bit.ly/fkps19

Hvem kan søke, og hva kan det søkes om? Norske helseinstitusjoner og enkeltleger kan søke om tilskudd til hel eller delvis dekning av utgifter forbundet med:

- Utredning, utvikling og evaluering av metoder for kvalitetsvurdering, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den daglige drift.
- Kompetanseheving innenfor forbedringskunnskap, herunder system- og prosessveiledning.
- Utp prøve og forbedre metoder og teknikker i konsultasjonen, veiledning av og samarbeid med andre grupper, helseopplysning m.v.
- Utp prøve og forbedre metoder for læring og vedlikehold av praktiske ferdigheter.
- Utarbeiding av veiledere innenfor det medisinske fagområdet.
- Prosjekter initiert av Legeforeningens organisasjonsledd som skal bedre kvalitet og pasientsikkerhet i de medisinske tjenestene.

Fondsutvalgets prioriteringsområder er som følgende:

- Fondets formål er primært prosjekter som fremmer kvalitet og pasientsikkerhet. Rene forskningsprosjekter kan normalt ikke forvente finansiering fra fondet.
- Fondsutvalget ønsker å oppfordre fagmedisinske foreninger og spesialforeninger og deres kvalitetsutvalg til å søke midler fra fondet. Prosjekter som fremmer pasientsikkerhet, og prosjekter med utgangspunkt i samhandlingsreformen vil bli prioritert i nærmeste periode.
- Utvikling av metoder for dokumentering av kvalitetsforbedring
- Prosjekter som fremmer pasientsikkerhet
- Prosjekter initiert av Legeforeningens organisasjonsledd
- Ferdighetstrening og teknikker
- Utvikling av bedre samhandling
- Utvikling av retningslinjer og veiledere.
- Prosjekter som bidrar til å redusere medisinsk overaktivitet

Fondet har halvårlige søknadsfrister, førstkommende frist er 1. oktober 2023. Søknad sendes gjennom søknadsportalen på nettsiden til fondet: www.bit.ly/fkps19. Søknader som kommer etter søknadsfristen blir ikke vurdert.

KURS OG MØTER

Den store kuledagen – fagdag om sarkom

7. nov 2023. Radiumhospitalet – Forskningsbygget

Fagdag om sarkom for allmennleger, fysioterapeuter og annet helsepersonell.

Sarkom er en sjelden kreftform som oppstår i ben- og bløtvev. Rammer mennesker i alle aldre, også barn og ungdom. Tidlig diagnose er helt avgjørende for prognose. Derfor er vårt samarbeid med dere viktig. Vi ønsker med denne dagen å gi deg økt kompetanse om kuler, klumper og sarkomer.

Kurset er godkjent av Den norske legeforening

- Allmennmedisin: 6 valgfrie kurspoeng til videre- og etterutdanningen.

- Fysikalsk medisin og rehabilitering: 6 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialitetens etterutdanning.

Kurset arrangeres av Sarkomforum for sykepleie og fysioterapi ved OUS og Nasjonal kompetansetjeneste for sarkom.

Pris: 1500,- for alle deltakere. Påmeldingsfrist: 23. oktober.

Se fullstendig program og lenke til påmeldingsskjema på Legeforeningen.no/kurs. Kurs id: 35648.

SPESIALIST – INDREMEDISIN

Barstad, Johannes E./Barmed AS

A. Tidemandsgt. 20, 2000 Lillestrøm. Arbeids-EKG/24-timers BT/spirometri/hjerterytmeregistrering mm. Generell indremedisin.

Timebestilling/Kort ventetid/**Tlf. 63 81 21 74**/e-mail: post@barmed.nhn.no

Tilknytning NHN. **Driftsavtale.**

Leger har krav på et forsvarlig arbeidsmiljø



ANNE-KARIN RIME
PRESIDENT

Denne sommeren har vært preget av flere sterke historier fra leger på sosiale medier. Under emneknaggen #legermåleve forteller legene om en uholdbar arbeidsbelastning.

Historiene gjør inntrykk. Legeforeningen har gjennom flere år sagt tydelig ifra om alvoret i situasjonen. Dette er ikke noe som har oppstått nå, men er en utvikling som har pågått over tid. Den offentlige helsetjenesten lider under langvarig underfinansiering. Demografisk utvikling, nye pasientrettigheter, befolkningens forventninger og kostnadsutviklingen har ikke vært fulgt opp med økte økonomiske rammer.

Alle har krav på et fullt forsvarlig arbeidsmiljø – også leger. Og det er arbeidsgiver som skal sikre dette. Legeforeningen jobber hver dag med de virkemidlene vi har til rådighet for å bedre legenes rettigheter og arbeidsvilkår. Vi forhandler tariffavtaler som gir legene rettigheter og arbeidsgiver tydelige forpliktelser til forsvarlige arbeidstidsordninger. Vi har gått til streik og vært i Rikslønnsnemda for å stoppe en helt ubegrenset arbeidsforpliktelse på legevakt – og for å sikre legenes kollektive vern om forsvarlige arbeidstidsordninger på sykehus.

Men altfor ofte er det langt mellom liv og lære i helsetjenesten. Det vi avtaler blir ikke fulgt opp – og noen steder også motarbeidet. Ledere i sykehus står daglig i et dilemma hvor pasientbehandlingen må sikres, men bemanning og ressurser ikke strekker til. Løsningen kan da bli rovdrift på ansatte. Våre dyktige tillitsvalgte jobber utrettelig med å hindre dette og bidrar til å finne andre løsninger.

Å være lege henger ofte sammen med et sterkt faglig engasjement, men også en stor ansvars- og pliktfølelse. I en presset arbeidssituasjon vil ansvaret for den medisinske behandlingen og lojaliteten til pasientene kunne føre til at leger strekker seg så langt at arbeidet oppleves som uholdbar. Når man da i tillegg skal være forelder, kjæreste og ta vare på seg selv, er det ikke rart at det kan bli for mye.

Derfor er det viktig at disse historiene kommer frem. Denne utviklingen må snus, dersom vi skal ha et bærekraftig offentlig helsevesen i fremtiden. Leger må få brukt tiden sin på pasientene. Tiden legen har til direkte pasientrettet arbeid har gått ned med hele åtte timer i uken i sykehus siden 2004. Vi trenger målrettede investeringer i helsetjenestens infrastruktur – og langt bedre utnyttelse av kjernekompetansen til helsepersonell.

Tidstyvene må bort, være seg dårlige IT-systemer eller unødig byråkrati og rapportering.

Vi må opprette både flere studieplasser på medisin og utdanne flere egne legespesialister.

Vi må bygge store nok sykehus, og stedlig ledelse med reell beslutningsmyndighet må innføres på alle sykehus.

Legeyrket er fantastisk. Det gir mening å kunne bety så mye for folks liv. Men historiene vi har fått høre i sommer må få varsel-lampene til å blinke. De er uttrykk for en økende uro og reelle problemer i helsetjenesten. Legeforeningen skal fortsette å være tydelig i møte med beslutningstakerne. For pasientene skal møte trygge, kompetente og uthvilte leger.

AK Rime

Bli kjent med Legeforeningens nye sentralstyremedlemmer

Under landsstyremøtet i Bodø i juni var det duket for valg av nytt sentralstyre, og fem nye medlemmer ble valgt inn. Aktuelt i foreningen har tatt en prat med dem for å høre hva de vil jobbe for som nyvalgte sentralstyremedlemmer, og hva de mener er de største utfordringene helsetjenesten står overfor.

Tobias Iveland, Yngre legers forening

– Etter å ha vært foretakstillitsvalgt ved St. Olavs Hospital de siste fire årene, der arbeidet med journalsystemet Helseplattformen har vært dominerende, vet jeg godt hvor viktig det er å ha gode verktøy og rammer for yrkesutøvelsen. Det er veldig givende å være lege og jobbe i det offentlige, men dersom rammene forringes og arbeidsdagen blir ineffektiv av eksterne faktorer, blir arbeidshverdagen belastende.

– Jeg vil jobbe for at sykehusbygg, IKT-systemer og oppgavedeling mellom helsepersonell internt og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, understøtter kjerneoppgavene. Det dreier seg om at vi trenger bedre støtte og tilrettelegging for at leger og annet helsepersonell skal få bedrive god pasientbehandling, forskning og undervisning. En forutsetning for dette, er gode ledere som verdsetter medvirkning og har handlingsrom til å finne de gode løsningene lokalt.

– For å kunne være tidlig ute og representere medlemmer overalt, er det helt essensielt å fortsette arbeidet med å ha godt skolerte tillitsvalgte, og sikre at medlemmer kan oppdage og si ifra om dårlige arbeidsforhold. Det er også viktig at tillitsvalgte har gode verktøy og støtte til å, så tidlig som mulig, påvirke beslutninger som angår arbeidsvilkårene.

– Helsevesenet er under press fra veldig mange kanter, som fører til at selve grunnlaget for en sterk offentlig helsetjeneste er utfordret. Derfor er det viktig å se sammenhengen mellom vår offentlige helsetjeneste og finansiering av forskning og utdanning, satsning på folkehelse, kompetanse og kontinuitet i primærhelsetjenesten, samt finansiering av og rekruttering i spesialist-

helsetjenesten. Det kreves kloke investeringer nå for at vi ikke skal jobbe dobbelt på grunn av manglende utveksling av informasjon, mangle personell på grunn av manglende LIS1-stillinger, eller at mangel på areal og senger i trange sykehusbygg tvinger frem halvveisløsninger som ender med å koste mer på sikt. Vi trenger en omforent virkelighetsforståelse helt ifra den enkelte ansatte og opp til politikerne, om vi skal få en bærekraftig offentlig helsetjeneste som er førstevalg for både leger og pasienter i fremtiden.

Hans Christian Myklestul, Allmennlegeforeningen

– Det er en stor ære å bli valgt til sentralstyret i Legeforeningen. Jeg ser fram til å ta fatt på et bredt spekter av arbeidsoppgaver. Allmennmedisin står meg nærmest. Vi har særlige utfordringer med fastlegeordningen i distrikt og stor vaktbelastning. Som stipendiat er forskning, fagutvikling og undervisning andre områder som er viktige for meg. Til sist har jeg vært Allmennlegeforeningens delegat i Den europeiske legeforening (CPME) i denne styreperioden. Internasjonalt samarbeid ser jeg fram til å jobbe med videre.

– Jeg mener økende antall eldre og internasjonal uro er de største utfordringene norsk helsevesen står i nå. Framover vil også klimaforandringer utgjøre en større utfordring, med ekstremvær lokalt og endringer i bosetningsmønstre internasjonalt etter hvert som vann og mat, bolig og jobb blir vanskeligere tilgjengelig. For oss som forening betyr det stort press på våre medlemmer både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi i sentralstyret må fortsette arbeidet med å lage levelige hverdager for leger.

Marie Skontorp, Overlegeforeningen

– Sentralstyret har et vidt spekter av saker som det skal bli interessant å sette seg inn i. Som konserntillitsvalgt i Helse Vest har jeg de siste fire årene sett hvordan politiske beslutninger blir omsatt i oppdragsdokument som gis til de regionale helseforetakene og deretter videre til helseforetakene.

– De tillitsvalgte på sykehusene sitter i kompliserte prosesser som ofte har lange linjer, og jeg ønsker derfor å arbeide for at de tillitsvalgte skal få enda mer støtte i hverdagen. Det samme gjelder for de ansattvalgte i styrene i sykehusene, helse-

foretakene og de regionale helseforetakene. Styresakene er omfattende, og det er en stor jobb å sette seg inn i dem på vegne av de ansatte. Oppdragene som kommer til foretakene har også implikasjoner for alle andre deler av helsetjenesten, og jeg ønsker å jobbe med hvordan kommunikasjon og samarbeid kan bli enda bedre.

– Jeg tror at den største utfordringen i helsevesenet framover vil være å beholde og rekruttere fagfolk. Norsk offentlig helsevesen bør være førstevalget til helsearbeidere. Da må også arbeidsplassene ansees som attraktive. Leger i Norge har tradisjonelt sett vært veldig lojale til det offentlige helsevesenet. Dette virker å være i endring, og det bør vi ta på alvor. Det offentlige helsevesenet må være et arbeidssted hvor leger kan få bruke sin utdanning og interesse for sitt fagfelt gjennom et helt legeliv. Arbeidshverdagen må føles relevant og meningsfull, og man må føle seg verdsatt. Samtidig må det være rom for at livet består av mer enn jobb.

Yngvild Hannestad, Praktiserende spesialisters landsforening

– I tillegg til kontinuerlig arbeid for gode lønns- og arbeidsvilkår for leger, så er jeg opptatt av legers kompetanse; hvordan kunnskap, ferdigheter og profesjonalitet kan utvikles, vedlikeholdes, oppdateres og synliggjøres. Vi må ha gode utdanningsløp for alle leger i spesialisering, med solid veiledning og supervisjon, i tillegg til nødvendig kursing. Kompetanseutviklingen må fortsette gjennom yrkeslivet med langsgående etter- og videreutdanning, uansett hva slags spesialitet og legerolle man har. Det er selvsagt en utfordring å få tid og penger til aktiviteter som ikke er drift, men utdanning må prioriteres hos arbeidsgivere og avtaleparter. Det må inkluderes i budsjetter, byggeplaner, årshjul og virksomhetsevalueringer.

– Jeg er også opptatt av at vi må ha gode IT-verktøy som sikrer trygg og effektiv samhandling og informasjonsutveksling, og gjør arbeidshverdagen lettere. Det er viktig at klinikere er involvert i planlegging av fremtidige IT-løsninger.

– Utfordringen nå er å beholde det gode offentlige helsevesenet vi har. Det offentlige skal fortsatt være der du finner den høye kompetansen og den riktige behandlingen du trenger når du er alvorlig syk, og dette



NYTT SENTRALSTYRE: Legeforeningens nye sentralstyre som trådte i kraft 1. september. Bak fra venstre: Tobias Iveland, Ståle Clementsen (gjenvallgt), Hans Christian Myklestul, Paul Olav Røsbø. Foran fra venstre: Ingeborg Henriksen (gjenvallgt), Marie Skontorp, Anne-Karin Rime (president, gjenvallgt), Nils Kristian Klev (visepresident, gjenvallgt), Yngvild Hannestad. Foto: Legeforeningen/Thomas B. Eckhoff

må befolkningen føle seg trygg på. Så vi må klare å rekruttere og beholde fagfolk gjennom å tilby gode arbeidsforhold med rom for personlig og faglig utvikling.

Paul Olav Røsbø, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid

– Jeg håper at distrikts- og beredskapsperspektivet kan være mitt bidrag inn i sentralstyret. Mitt virke har vært i distrikt, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og hos Statsforvalteren. Nå er jeg lege i Forsvaret. Vi har nettopp gjennomgått en pandemi, og det vil komme flere. Klimaforandringene vil kreve kollektive offer og inngripen i den

enkeltet liv. Russlands invasjonskrig mot Ukraina har vært en sikkerhetspolitisk realitetsorientering. Med et så ureint farvann foran oss kreves det mye av framtidens helsetjenester.

– Jeg mener at den største utfordringen vi står overfor er et todelt helsevesen. Dette er et symptom på en samfunnsutvikling hvor vi gradvis og over tid kollektivt har lært at vi kan kjøpe eller kreve oss ut av det meste, også innen helse. Samtidig er arbeidstiden til leger i det offentlige helsevesenet basert på unntak fra arbeidsmiljøloven. Autonomien innen eget fag er blitt redusert, og med den forvitrer en indre

motivasjon til å jobbe døgnet rundt. Det er ingen andre yrkesgrupper som jobber under slike premisser. Kombinasjonen av disse to faktorene gjør legers yrkesaktive liv enklere i det private. Det resulterende todelt helsevesenet vil være utilgjengelig både for dem med en presset privat økonomi, og for Distrikts-Norge hvor det aldri vil være et marked for slike tjenester.

VILDE BAUGSTØ

vilde.baugsto@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Psykiater med et psykoanalytisk blikk og interesse for seksualitet

Nils Petter Sørung vokste opp som annerledes, men aksepterte etter hvert seg selv som homofil. Det har inspirert ham til å hjelpe andre i samme situasjon.

Psykiater Nils Petter Sørung er opptatt av den betydningen seksualitet og psykisk helse har i våre liv, og deres innvirkningskraft på hverandre.

Det var pilot han ville bli. Men så kom terrorangrepet 11. september 2001, og det var dårlig timing for pilotutdanning.

– Jeg måtte tenke litt nytt. Så fikk jeg lyst til å dra til utlandet og gjøre noe helt annet. Det var da medisinstudier i Budapest dukket opp som en mulighet, forteller Sørung.

Etter studiene endte han opp i allmennmedisinen og fikk etter hvert jobb hos Brynsenglegene i Oslo. Der hadde de et kveldstilbud for menn som har sex med menn.

– Dette kveldstilbudet følte jeg var veldig meningsfullt, og tilbudet fungerte svært godt i flere år. Vi fikk tilskudd fra Helse-direktoratet til å holde åpent på kveldstid. Så ble det ikke mulig å søke på slike midler lenger, og tilbudet ble dessverre lagt ned, forteller han.

Sørung fant ut at han trivdes best med å lytte til og prate med pasientene. Brikkene falt på plass; han forlot allmennmedisinen og startet på spesialisering i psykiatri. Høsten 2022 var han ferdig psykiater.

– Så langt har jeg ikke angret en dag på at jeg valgte psykiatrien. Det å få lov til å jobbe med både seksuell helse og psykiatri synes jeg er både givende og morsomt, understreker han.

I dag jobber han som overlege ved Bærum DPS. De siste fire-fem årene har han også jobbet på helsestasjon for gutter.

– Helsestasjonen ble dessverre stengt permanent nå i sommer, forteller han.

Skeive har dårligere helse

Majoriteten av lesbiske, homofile og bifile har god helse, men andelen som opplever å ha dårligere helse er markant høyere enn blant heterofile, og da særlig blant yngre. En nylig publisert forskningsrapport om sosial ulikhet i helse i Norge, viser at denne gruppen har en mye høyere risiko for dårlig livskvalitet enn befolkningen generelt. Både

nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at skeive er overrepresentert når det gjelder rus, psykisk uhelse og suicidalitet.

– *Hvorfor er det slik, og hva kan helsetjenesten gjøre for å bedre helsen til skeive?*

– Jeg har tenkt mye over de spørsmålene. Hva i all verden kan vi gjøre? Ett av flere viktige poeng å trekke frem, er nok hvilke holdninger vi som helsepersonell har, hva slags oppfatning vi har av andre mennesker. Dette gjelder jo ikke bare skeive, men til alle mennesker. Vi mennesker er feilbarlige og vi har alle både erkjente og ikke minst, ikke erkjente eller ubevisste holdninger til andre. Empati er noe vi alle kan starte med. Det er mye vanskeligere enn det vi først skulle tro, fordi vi stadig overfører egne erkjente og ikke erkjente forestillinger og erfaringer når vi lytter til andre. Vi tolker det pasienten sier eller gjør ut i fra vårt eget subjektive perspektiv - dette har lite med empati å gjøre.

Han understreker at å ha noen å betro seg til er viktig.

«Et pride-flagg eller klistremerke på kontoret sier mere enn tusen ord. Det er enkelt å skaffe, og markerer åpenhet»

PSYKIATER NILS PETTER SØRUNG

– Det er vanskelig for mange å finne noen de stoler på og som de tør å betro seg til. Det å være skeiv kan være krevende nok i seg selv. Selv i dag er det å komme ut av skapet en høy terskel for mange, sier han og legger til:

– Jeg tenker at man som lege ikke behøver å være ekspert på dette. Det hender jo at du har en pasient som du antar lever sammen med en av samme kjønn. Det å bruke kjønnsnøytrale ord kan da bety mye for pasienten. Vi leger er jo redde for å trå feil, og det er bedre å gjøre seg litt dum og spille på sin egen klossethet. Det å bli møtt av en lege som ikke er forutinntatt tror jeg kan være med på å åpne opp.

– Å være homo handler i liten grad om det å ligge med andre menn. Det er nok av heterofile menn som ligger med andre

menn, til å tale i mot nettopp det. Derfor må vi tørre å spørre, og ikke anta, selv om pasienten foran oss er gift med kone og barn. Han kan også ha uoppdaget gonorré og hiv, smittet fra en annen mann, i tillegg til alle andre behov en samtale kunne åpnet opp for, påpeker Sørung.

Har selv møtt fordommer

Nils Petter Sørung vokste opp i Trondheim på 80- og 90-tallet. Det kom titt og ofte en liten kommentar, gjerne i et festlig lag.

– Det var ofte uskyldige ting som ikke nødvendigvis var vondt ment, men jeg var veldig var og sensitiv og kunne føle frykt. Du har jo allerede oppdaget at du er annerledes. Den overlagte harseleringen eller den karikerte hetsen er ikke det man opplever mest, det er de subtile, små slengbemerkingene. Det er en generalisering; homofile gjør sånn og slik, de ligger rundt og er slepphendte, skeive bør ikke få barn for det er ikke til barnets beste og så videre. Du føler deg annenrangs. Du er ikke god nok. Det er der sårene starter, og så bærer du dem med deg videre, understreker han.

En ensom prosess

– Det er en eksistensiell krise å erfare at man er annerledes enn de fleste andre, annerledes enn normen. Det er for mange en ensom prosess som kan gå litt ulike veier. En mulighet er å komme frem til en form for bearbeiding hvor du i beste fall aksepterer at slik er det, og klarer å åpne deg opp. Men det kan også av ulike årsaker bli slik at du enten isolerer deg eller kanskje tyr til rusmidler eller medikamenter. Du får en risikosøkende adferd for å regulere et turbulent følelsesliv som enten er knyttet til skam eller det å føle deg utenfor eller annerledes. Jeg har snakket med mange om dette, og prøver å bruke egne erfaringer i samtale, påpeker han, og legger til:

– Så vil jeg gjerne få sagt at når en mann sier han er homo, er det ikke nødvendigvis for å opplyse at han ligger med andre menn. Han forteller deg først og fremst at han har kommet frem til forsoning og aksept av seg selv, og har sin egen, unike og personlige definisjon av hva det faktisk betyr å være homofil.

Leger tør ikke spørre

– Jeg har hatt noen pasienter som har vært gjennom omfattende undersøkelser, utred-



BRUKER EGNE ERFARINGER I PASIENTMØTER: – Begrepet psykisk helse er et vanskelig begrep. Det er så grenseløst, sier psykiater Nils Petter Sørung. Foto: Privat

ninger og diagnostikk. De blir for eksempel diagnostisert med irritabel tarm og gjenomgår omfattende undersøkelser og tung behandling. Så spør jeg: «Når hadde du analsex sist, og når testet du deg for klamydia?» Så viser det seg at det ikke har vært tema fordi legen ikke har turt å spørre om det. Det man tror har vært en inflammatorisk tarm har altså vært en klamydiainfeksjon som pasienten har hatt en stund, og som en antibiotikakur hadde tatt knekken på. Sanne historier dukker stadig opp, forteller han.

Gutter oppsøker generelt helsetjenesten i mindre grad enn jenter. Det er nok mange grunner til det, tror Sørung.

– Det er noen kulturelle forventninger til deg som mann. Gutter skal klare seg selv og er opplært til det, og er som regel ikke vant til å ha et språk der de snakker om følelser.

Det er så mange ting å leve opp til. Gutter har ofte en annen måte å møte utfordringene på enn jenter som er flinkere til å snakke sammen og bruke hverandre mer. Mange er redde for at helsetjenesten skal dømme dem og ikke ta dem alvorlig. Jeg har snakket med mange om dette mens jeg har jobbet på helsestasjon for gutter.

Større åpenhet

Sørung mener begrepet psykisk helse er vanskelig fordi det er så grenseløst. Han mener det kan gi opphav til forvirring, som om det er noe vi har, som kan ramme en, med for eksempel «uhelse». I så fall, hvor er denne psykiske helsen, hvor sitter den – i kroppen eller i hodet?

– Vi mennesker er jo sosiale og tilkynningsorienterte. Det er ikke et eneste menneske som eksisterer uten å forholde seg til

andre. Alle har vi med oss historier om det som skjer i møte med andre mennesker. Det kan være knyttet til følt skam eller frykt for avvisning. Vi prøver å unngå noe av det som er problematisk, vi er på vakt. Mange slike ting kan gjøre møter med helsepersonell ekstra sårbare eller krevende for oss som er skeive. Mye har heldigvis skjedd i positiv retning. Det er mer åpenhet i samfunnet og lettere å bli akseptert i dag enn bare for noen få år siden, avslutter Sørung.

LISBET T. KONGSVIK

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no
Helsepolitisk avdeling

Flått og borreliose

– Viktig med god sykehistorie, kliniske vurderinger og aktuelle utredninger

Mange er redde for flått, og fastlegene møter flere pasienter med slik uro. I dag finnes vaksine mot skogflåttencefalitt (TBE), men ikke mot borreliose. Sykdomsbildet kan være allsidig. Sykdommen blir både underdiagnostisert og overdiagnostisert.

– Det er viktig at leger er observante på symptomer og har fokus på at flåttbitt kan være årsak til ulike sykdomsbilder, særlig når det er flåttbitt eller eksponering i sykehistorien, sier spesialist i allmennmedisin, Harald Reiso, ved flåttsenteret ved Sørlandet Sykehus.

– Utslett etter flåttbitt er ikke nødvendigvis tegn på infeksjon. Mange kan få rødhet etter bittet. Men dersom det kommer et utslett som sprer seg, kan det være lurt å tenke på muligheten for borrelia-infeksjon i huden, sier han.

Reiso forteller at utslettet ofte kan ta ulike former.

– Mange har lært at erytema migrans (EM) har et klassisk utseende med en rød ring som brer seg utover. Men EM kan ha mange former. Det kan være jevnt rødt, eller være mer spottete.

De fleste med borrelia-infeksjon i hud har få eller ingen symptomer.

– Det er de med nevroborreliose man er mest bekymret for. Disse kan få flere nevrologiske plager, ettersom hvilke nerver som er angrepet, sier Reiso, men understeker at de aller fleste blir helt friske med antibiotika.

Jojo-effekt

Noen snakker om kronisk borreliose som om det skulle være en kontinuerlig, vedvarende og aktiv infeksjon i kroppen over flere år. Det er ikke holdepunkt for at så er tilfelle, forteller Reiso.

– Noen ganger kan EM eller nevroborreliose bli sent oppdaget, eller borreliainfeksjon i hud gir et lengrevarende, stasjonært hudutslett, og av den grunn bli benevnt som kronisk – siden det meste i medisinen som varer mer enn seks måneder kalles kronisk.

– I dette bildet gis det av og til antibiotika mot antatt langvarige infeksjoner. Så som Doxilin. Doxilin har også betennelsesdempende effekter som gjør at pasienter kan føle seg bedre når de er på en slik kur, for så å bli dårligere når den avsluttes. Den medisinen kan slik gi en «jojo»-påvirkning på symptomene. Mange i denne situasjonen



LENGER NORD: Flåtten har spredd seg til større deler av Norge. Mens den tidligere stort sett var sør i landet, finner vi den nå helt opp til Dønna i Nordland. Illustrasjonsfoto: Colourbox

har fått borreliose-diagnose på et sviktene grunnlag, sier Reiso og fortsetter:

– Påvisning av borrelia-antistoffer alene er ikke tilstrekkelig for å stille en diagnose. Antistoffer kan være i blodet lenge etter infeksjoner, eller være der som følge av eksponeringer for borreliabakterier etter flåttbitt – uten at det har oppstått infeksjon. En person som deltok i en studie om borrelia-antistoffer hadde ved flere målinger høye antistoffverdier, også i en alder av 65, etter nevroborreliose som åtteåring.

Det er tre ting som er viktige å huske på ved diagnostikk av borreliose, forklarer Reiso.

– Det første er utslett. Det kan opptre i flere varianter. Tenk flåttrelatert utslett dersom pasienten har vært i områder med flått og kommer med et utslett. EM er en klinisk diagnose. Antistoffmåling er ikke nødvendig.

– Det andre er tolkning av borrelia-antistoffer. Dette kan være utfordrende. Antistoff representerer oftest ikke sykdom, og de kan holde seg i blodet over lengre tid. Forskjell i titernivå over tid kan av og til være til diagnostisk hjelp. Flåttsenterets nettside har en egen peker til hjelp for tolkning av svar på borrelia-antistofftester. Antistoffer kan ikke brukes som mål på behandlingseffekt.

– Det tredje er spinalpunksjon. For å kunne diagnostisere nevroborreliose ordentlig må det gjøres spinalpunksjon. Både hos barn og voksne.



SPEKIALIST: Harald Reiso ved Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer. Foto: Flåttsenteret

Borreliose er ikke den eneste infeksjonen som flåtten kan gi et menneske.

– Det vanligste utenom borreliose, er TBE. TBE finnes det vaksine mot. Andre smitteagens i flått er som regel ikke farlige for friske mennesker med et normalt immunforsvar, sier han.

Finnes flere steder

Når det gjelder utbredelse, er det ikke tvil om at flåtten har spredd seg til større deler av Norge. Mens flåtten tidligere stort sett var sør i landet, finner vi den nå helt opp til Dønna i Nordland.

– Flått kan ha livssyklus etablert så langt nord. Alle steder med over fem plussgrader mer enn halve året er steder hvor flåtten kan etablere livssyklus, sier Reiso.

Tilfeller av flått som har vært rapportert lengre nord er gjerne «airborne» flått. Det vil si at de har vært på et annet dyr som har fraktet dem dit, som fugl. Flåtten kommer også høyere i landskapet.

– Tidligere var flåtten ikke høyere enn 7-800 meter. Nå har vi sett at de har livssyklus helt opptil 1000 meter i ulike deler av Sør-Norge, sier han og minner om at tre-grensen også har strukket seg oppover.

ELLA MÆHLUMSHAGEN

ella.maelumshagen@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Utlysning av doktorgradsstipender fra Allmennmedisinsk forskningsfond

Fondet utlyser stipender for allmennleger med søknadsfrist 15. september. Fondet har for tiden anstrengt økonomi og utlyser derfor ikke midler til nye søkere i høst. Opptaket denne terminen vil være begrenset til videreføring av pågående prosjekter.

Allmennmedisinsk forskningsfond er en stiftelse etablert av Legeforeningen for å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens premisser, samt bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennmedisinske forskningsenheter. Det lyses ut midler fra dette fondet to ganger årlig.

Fondsstyret legger vekt på:

- Prosjekter med doktorgrad som mål
- Prosjekter som er knyttet til en av de fire allmennmedisinske forskningsenheter eller en av de allmennmedisinske universitetsseksjonene/faggruppene gjennom veileder med doktorgradskompetanse
- Allmennmedisinsk relevans
- Prosjektets kvalitet og gjennomførbarhet
- Gode kvalifikasjoner hos søker og veileder

Fondet tildeler midler for maksimalt tre årsverk for den enkelte kandidat. Det gis midler inntil ett år av gangen, i full eller redusert stilling. Fornyet søknad skal vise framdrift i henhold til prosjektplanen. Det kan søkes om støtte til prosjekter med flere forskere eller samarbeidsprosjekt der for eksempel flere allmennmedisinske forskningsenheter deltar.

Søknad

Fondet utlyser ikke midler til nye søkere i høst, grunnet anstrengt økonomi.

Opptaket denne terminen vil være begrenset til videreføring av pågående prosjekter.

Elektronisk søknadsskjema skal brukes, og krav til innhold i søknaden går fram av det elektroniske skjemaet.

Elektronisk søknadsskjema og veiledning finner du på www.legeforeningen.no/amff.

Søknader mottatt etter søknadsfristen 15. september vil ikke bli vurdert.

SEKRETARIATET

amff@legeforeningen.no
Allmennmedisinsk forskningsfond



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

SENTRALSTYRET 2023–2025

President Anne-Karin Rime
Visepresident Nils Kristian Klev
Ståle Clementsen
Ingeborg Henriksen
Marie Skontorp
Paul Olav Røsbø
Yngvild Hannestad
Tobias Iveland
Hans Christian Myklestul

SEKRETARIATSLEDELSEN

Generalsekretær Siri Skumlien
Helsepolitisk avdeling,
avdelingsdirektør Marit Randsborg
Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut Braaten
Jus og arbeidsliv, avdelingsdirektør
Lars Duvaland

Medisinsk fagavdeling,
avdelingsdirektør Johan Georg
Røstad Torgersen

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

Abedini, Sadollah
Andersen, Mette
Andreassen, Ole A.
Ausen, Kjersti
Bachmann, Ingeborg Margrethe
Bakken, Inger Johanne
Bartnes, Kristian
Berg, Siri Fuglem
Berg, Tore Julsrud
Berild, Dag
Berntsen, Erik Magnus
Berntsen, Gro Karine Rosvold
Bjørner, Trine
Bramness, Jørgen Gustav
Brantsæter, Arne Broch
Brattebø, Guttorm
Braut, Geir Sverre
Bretthauer, Michael
Brustugun, Odd Terje
Braarud, Anne-Cathrine
Bøhmer, Ellen
Chaudhry, Farrukh Abbas
Dietrichs, Espen
Døllner, Henrik
Ellingsen, Christian Lycke
Eskild, Anne
Faiz, Kashif
Farooqi, Saima
Flottorp, Signe Agnes
Flægstad, Trond
Fredheim, Olav Magnus
Fretheim, Atle
Frøen, Hege
Fønne, Magne Vinjar

Førde, Reidun
Gjevik, Elen
Gradmann, Christoph
Grimsrud, Tom Kristian
Gulbrandsen, Pål
Gulseth, Hanne Løvdal
Hagve, Tor-Arne
Hansen, John-Bjarne
Hasle, Gunnar
Haug, Jon Birger
Haugen, Trine B.
Haugaa, Kristina H.
Heldal, Anne Taraldsen
Helland, Åsleaug
Hem, Erlend
Heyerdahl, Fridtjof
Hilt, Bjørn
Hjartåker, Anette
Hjelmesæth, Jøran Sture
Hofmann, Bjørn
Holme, Øyvind
Holmøy, Trygve
Houge, Gunnar
Hovda, Knut Erik
Hunskår, Steinar
Husebekk, Anne
Høye, Anne
Høye, Sigurd
Høymork, Siv Cathrine
Haavardsholm, Espen
Ihle-Hansen, Hege
Jacobsen, Geir Wenberg
Joakimsen, Ragnar
Johansen, Rune

Johansen, Truls E. Bjerklund
Juel, Niels Gunnar
Jørgensen, Anders Palmstrøm
Korvald, Christian
Kran, Anne-Marte Bakken
Kristoffersen, Målfrid
Krohg-Sørensen, Kirsten
Krohn, Jørgen Gitlesen
Kurz, Kathinka Dæhli
Kvestad, Ellen
König, Marton
Kørner, Hartwig
Lang, Astri M.
Lassen, Kristoffer
Lie, Anne Kveim
Lillebø, Kristine
Løberg, Magnus
Madsen, Steinar
Mahesparan, Rupavathana
Mehl, Cathrin
Meisingset, Tore Wergeland
Meland, Eivind
Melin, Erik
Mikkelsen, Maja Elisabeth
Myhre, Mia Cathrine
Müller, Lil-Sofie Ording
Myrstad, Marius
Mørch, Kristine
Nielsen, Rune
Nilsen, Kristian Bernhard
Nissen-Meyer, Lise Sofie H.
Nordbø, Svein Arne
Nordøy, Ingvild
Nylenna, Magne
Paulssen, Eyvind J.
Paus, Benedicte
Pihlstrøm, Lasse
Pukstad, Brita Solveig
Raknes, Guttorm
Ranhoff, Anette Hylen
Rasmussen, Jørn Einar
Reed, Wenche

Reikvam, Håkon
Renaa, Therese
Retterstøl, Kjetil
Revheim, Mona-Elisabeth
Risnes, Kari Ravndal
Risø, Cecilie
Rogne, Tormod
Rosvold, Elin Olaus
Ræder, Johan C.
Rørtveit, Guri
Salvesen, Kjell Åsmund
Samersaw-Lund, Miriam May Brit
Simonsen, Gunnar Skov
Skjold-Ødegaard, Benedicte
Slagstad, Ketil
Slørdal, Lars Johan
Solberg, Steinar K.
Sorteberg, Angelica
Spigset, Olav
Staff, Annetine
Stray-Pedersen, Asbjørg
Sundsford, Arnfinn S.
Søreide, Kjetil
Thommessen, Bente
Tjønnfjord, Geir E.
Ulvestad, Elling
Valeur, Jørgen
Vallersnes, Odd Martin
Vetthus, Morten
Vistad, Ingvild
Viste, Kristin
Wallenius, Marianne
Wiseth, Rune
Wold, Cecilie Bendiksen
Wyller, Torgeir Bruun
Zahl, Per-Henrik
Øksengård, Anne Rita
Ørstavik, Kristin
Øymar, Knut
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 Tone Enden

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus Groote, Mette Kalager, Tor Rosness, Synne Muggenrud Sørensen, Kari Tveito, Liv-Ellen Vangsnes, Sigurd Ziegler, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Desksjef/journalist Lisa Dahlbak Jacobsen

Manusredaktør Marit Fjellhaug Been

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjefsen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjefer

Njål H. Anderssen, Tina Bjørnstad

Faste bidragsytere

Haakon B. Benestad, Gudrun Maria Waaler Bjørnely, Kristoffer Brodwall, Jeanette Engquist, Jon Michael Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen, Martin Hotvedt, Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Kåre Moen, Elise Catriona Solberg O'Leary, Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Anne Kathrine Sebjørnsen, 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

Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke, Mette Brekke (leder), Cathrine Ebbing, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei

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 32 600

Antall utgivelser 18 numre per år
ISSN 0029-2001

Grafisk produksjon Aksell AS

I NESTE NUMMER

- *Kullosforgiftning*
- *Overvekt og fedme*
- *Kukopper*
- *Dystrophia myotonica*
- *Persontilpasset medisin*

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 Tidsskrift-



foreningen (www.tidsskriftforeningen.no). Tidsskriftet støtter FNs bærekraftsmål og har skrevet under på SDG Publishers Compact.





Trimbow®
NEXThaler®

beklometasondipropionat/
formoterolfumaratdihydrat/
glykopyrronium

INHALASJONSKLIKKET

Hørte du klikket?

Med et klikk fra NEXThaler kan du være sikker på at hele dosen har blitt avgitt¹⁻³

INHALASJONSKLIKKET som høres når dosen frigjøres, sørger for at pasienten kan føle seg trygg på at inhalatoren håndteres korrekt.

Hvis pasienten har åpnet inhalatoren, men lukker beskyttelseslokket uten å ha inhalert, går dosen tilbake til pulverbeholderen, slik at neste dose kan inhaleres sikkert.

Det er først etter at pasienten faktisk har inhalert dosen – og inhalatoren har klikket – at inhalasjonstelleren registrerer dosen.

Referanser: 1. Trimbow pulverinhalator (NEXThaler) SmPC, 2022. 2. Buttini F, Brambilla G, Copelli D, et al. Effect of Flow Rate on In Vitro Aerodynamic Performance of NEXThaler in Comparison with Diskus and Turbuhaler Dry Powder Inhalers. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2016;29:167-17. 3. Corradi M, Chrystyn H, Cosio B G, et al. NEXThaler, an innovative dry powder inhaler delivering an extrafine fixed combination of beclomethasone and formoterol to treat large and small airways in asthma. Expert Opin Drug Deliv. 2014;11:1497-1506.

Trimbow (beklometasondipropionat, formoterolfumaratdihydrat og glykopyrronium)
Inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg

Indikasjon: Vedlikeholdsbehandling hos voksne med moderat til alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), som ikke er adekvat behandlet med en kombinasjon av et inhalert kortikosteroid og en langtidsvirkende β_2 -agonist eller en kombinasjon av en langtidsvirkende β_2 -agonist og en langtidsvirkende muskarinantagonist (for effekt på symptomkontroll og forebygging av eksaserbasjoner, se SPC pkt. 5.1.).

Dosering: 2 inhalasjoner 2 ganger daglig. Pasienten må instrueres i riktig inhalasjonsteknikk.

Pakninger og pris (AUP): Nexthaler inhalator: 1x120 doser: kr 700,70, 3x120 doser: 1969,60. **Refusjonsberettiget bruk:** Vedlikeholdsbehandling ved kols, iht. preparatomtale. ICPC/ICD: R95/J44: Kronisk obstruktiv lungesykdom/Annen kronisk obstruktiv lungesykdom. Vilkår: Ingen spesifisert. **Reseptgruppe:** C.

Utvalt sikkerhetsinformasjon

- Ikke indisert til behandling av akutt bronkospasme eller akutt sykdoms eksaserbasjon.
- Risiko for paradoksal bronkospasme (må behandles umiddelbart), pneumoni hos kolspasienter, alvorlig hypokalemi, kardiovaskulære effekter, systemiske kortikosteroideffekter, hyperglykemi, vinkelblokkglaukom, urinretensjon, synsforstyrrelser og umiddelbar overfølsomhetsreaksjon.
- Forsiktighet skal utvises ved alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon, hjertearytmier, idiopatisk subvalvulær aortastenose, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, alvorlig hjertesykdom, okklusiv karsykdom, arteriell hypertensjon, aneurisme, forlenget QTc-intervall, tyreotoksikose, diabetes mellitus, feokromocytom, ubehandlet hypokalemi, aktiv/latent tuberkulose, sopp- og virusinfeksjon i luftveiene, vinkelblokkglaukom, prostatahyperplasi og urinretensjon.
- Ved liten effekt eller sykdoms eksaserbasjon, bør behandlingen revurderes. Bør ikke seponeres brått.
- Ved bruk av flere bronkodilatorer som anfallsmedisin, bør serumkaliumnivået overvåkes.
- Interaksjoner:** Må ikke gis samtidig med ikke-kardioselektive betablokkere eller samtidig med/de siste 12 timer før halogenerte anestetika. Langvarig samtidig bruk av andre antikolinergika anbefales ikke. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av potente CYP3A-hemmere, andre beta-adrenergika, legemidler som kan gi hypokalemi, legemidler som påvirker nyreutskillelsesmekanismer, samtidig bruk med kinidin, disopyramid, prokainamid, antihistaminer, MAO-hemmere, TCA og fenotiaziner (gir økt risiko for ventrikulære arytmier), samt ved bruk av L dopa, L tyroksin, oksytocin og alkohol (kan hemme hjerteteransen).
- Graviditet og amming:** Bruk under graviditet og fødsel bør unngås. Ved inntak av anselige doser hos mor, må barnet observeres for adrenalsuppresjon. Det må besluttes om amming skal opphøre eller behandling avstås fra.
- Bivirkninger:** Hyppigst sett er dysfoni, oral candidose, muskelspasmer og munntørrehet.

For utfyllende informasjon om dosering, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger, se Trimbow SPC godkjent 24.03.2022.

#01-2023 449-2022-MARK

Chiesi Pharma AB | chiesi.no | infonordic@chiesi.com