



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

Den gylne regel

Hvorfor strever vi med å
prioritere psykiatri og rus?

SIDE 1380, 1408

Rødt penishode
og rød forhud

SIDE 1414

Kirurgi ved sykkelig overvekt –
fortsatt aktuelt

SIDE 1379, 1400

CANOMINI FUKTIGHETSKREM FOR TØRR OG ATOPISK HUD

Mild og lindrende for barn som klør¹⁻³

20 % GLYSEROL
+
2 % KARBAMID

FIN PRØVESTØRRELSE!



Kan kjøpes reseptfritt på apotek.
Kremene kan søkes dekket av Folketrygdloven § 5.22.

- MYKGJØR HUDEN OG STYRKER
HUBARRIEREN²
- SELVKONSERVERT -
UTEN KONSERVERINGSMIDLER²
- KUN PÅ APOTEK

ACO
APOTEKENS COMPOSITA
SINCE 1939

Referanser: 1. Canomini Preparatomtale, punkt 4.1, Canomini «ACO HUD» - Felleskatalogen. 2. Canomini Preparatomtale, punkt 5.1, Canomini «ACO HUD» - Felleskatalogen. 3. Danby SG et al., Clin Exp Dermatol. 2022;47(6):1154-1164

Canomini 20 mg/g + 200 mg/g krem (karbamid (urea) + glyserol). OTC. ATC: D02AE51. Indikasjon: Til behandling av tørr hud hos voksne og barn. Forpakninger: 100 g tube og 500 g pumpeflaske. Dosering: Kremen smøres inn minst to ganger daglig, helst etter at huden har vært i kontakt med vann. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene. Fullstendig forskrivningsinformasjon og pris finnes på www.felleskatalogen.no. Dato for gjennomgang av preparatomtale 17.11.2021. ACO Hud Nordic AB www.perrigo.no CAN230810NO2RA

Regenerer svar



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

«Regenerate response» er en frase som plutselig har begynt å dukke opp i mistenkelig mange forskningsartikler. Hvorfor? Jo, «Regenerate response» er en knapp nederst i skjermbildet til chatboten ChatGPT. Med den kan du be chatboten omarbeide svaret på et spørsmål du har gitt den. Når en slik ellers meningsløs frase havner i en publisert forskningsartikkel, har forfatterne neppe skrevet teksten selv, men kopiert den direkte fra ChatGPT – uten å sjekke innholdet. Dette er alvorlig, ikke minst fordi chatboter har en lei tendens til å «hallusinere» – altså fabrikkere direkte usanne påstander i sine tekster.

Utrolig nok kan en slik åpenbart avslørende detalj av og til passere både forfattere, redaktører, fagfeller og manusredaktører. I skrivende stund har nettstedet PubPeer listet nærmere 40 forskningsartikler som avsluttes med frasen. Blant dem er artikler publisert av anerkjente forlagshus, og flere har biomedisinske temaer, som hypertensjon, kreftbehandling og MR-diagnostikk. Hvor mange forskere som har husket å fjerne frasen fra «sine» artikler før innsendelse, og dermed ikke er blitt avslørt, vet ingen. Mer enn noen gang før gjelder det å være en kritisk leser. Regenerate response.

LES I DETTE NUMMERET

Hvordan virket den gylne regel?

I flere år mente politikerne at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle ha en relativ høyere vekst enn somatiske helsetjenester, ofte omtalt som den gylne regel. En kvalitativ studie blant helseledere og helsebyråkrater tyder på at regelen ble oppfattet som å stå i strid med andre føringer i helseforetakene. Selv om regelen ble sett på som en suksess, var den også et symptom på manglende styring av spesialisthelsetjenesten.

Å måle effekter, ressursbruk og alvorlighet i psykisk helsevern og rusbehandling er vanskeligere enn i somatisk medisin. Er det derfor vi strever med å prioritere psykiatri og rusfeltet?

SIDE 1380, 1408

Kirurgi ved sykkelig overvekt

Oslo universitetssykehus rapporterer om gode erfaringer med en ny operasjonsmetode med kun én anastomose ved sykkelig overvekt, såkalt mini-gastrisk bypass. Oppnådd vekttnap varierte mye, men var i snitt rundt 33 %, og forekomsten av både type 2-diabetes og dyslipidemi gikk kraftig ned. Resultatene er sammenlignbare med andre etablerte operasjonsmetoder. Kirurgisk behandling er fortsatt aktuelt ved sykkelig overvekt til tross for lovende resultater med medikamentell behandling.

SIDE 1379, 1400

Rødt penishode

Balanopostitt er en hyppig årsak til genitale plager hos menn, særlig hos menn som ikke er omskåret. Eksematøse tilstander er vanligst og vil respondere godt på enkle hygiene-tiltak og behandling med topikale kortikosteroider. Andre former for ikke-infeksiøs balanopostitt, slik som psoriasis, lichen planus, lichen sclerosus og flere andre, har gjerne karakteriske kliniske trekk. *Candida albicans* og ulike aerobe og anaerobe bakterier kan forårsake en infeksøs balanopostitt, mens seksuelt overførte infeksjoner sjelden vil fremstå som en balanitt. Ved mistanke om malignitet er biopsi nødvendig.

SIDE 1414

FORSIDE



© Lars Sandås
Fra Narkoatlas Oslo (utsnitt), 2016

Rusen gjør deg høy, men fallet kan bli dypt. I kjølvannet av narkotikamisbruk følger fysiske og psykiske lidelser, smerter, brutte relasjoner og ødelagte liv.

Helsevesenet har i mange år øremerket midler til å hjelpe rusmisbrukere. Målet har vært at samfunnet skal prioritere rus- og psykiatrifeltet sterkere enn somatiske sykdommer. I praksis har det vært vanskelig å gjennomføre. I dette nummeret av Tidsskriftet kan du lese mer om årsakene til det.

I 2022 døde 321 mennesker i Norge av overdose, et høyt tall sammenlignet med andre europeiske land. Mange av de narkotika-utløste dødsfallene skjedde i hovedstaden. Tresnittet på forsiden er hentet fra billedkunstner Lars Sandås' bokprosjekt *Narkoatlas Oslo* (2016), som forteller historien om Oslos åpne rusmiljø.

Fra redaktøren

- 1377 Et medfølende helsevesen
Kari Tveito

Leder

- 1378 Legers arbeidsmiljø og helse – et samfunnsansvar
Sina Furnes Øyri
- 1379 Kirurgi ved sykkelig overvekt?
Øivind Irtun
- 1380 Prioritering – den gylne regel
Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Christina Hansen Edwards

DEBATT

Kommentarer

- 1382 Lærdom fra laks
Arne Høiseth

Debatt

- 1384 En avansert klinisk allmennsykepleier kan utføre overlegeoppgaver
Lasse Johan Thue, Ellen Elisabeth Brodin
- 1386 Taushetsplikt, opplysningsrett og avvergingsplikt
Hanne Eeg-Henriksen, Martine Enger

Kronikk

- 1388 Partnervold går på helsa løs
Mia Cathrine Myhre, Maria Teresa Grønning Dale
- 1392 Ingen fasit for beregning av overdødelighet
Ann Kristin Skrindo Knudsen, Ingeborg Forthun, Christian Madsen

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

- 1396 Strålekniv kun ved vestibularisschwannom som vokser
- 1397 Flere selvmord under hetebølger

Originalartikler

- 1400 Gastrisk bypass med én anastomose ved sykelig overvekt
Andrea J. Richardsen, Monica Chahal-Kummen, Jon A. Kristinsson, Torgeir Thorson Søvik, Inger Elisabeth Løkken Eribe, Tom Mala
- 1408 Den gylne regel for prioritering av rusbehandling og psykisk helsevern – en kvalitativ studie
Andrea Melberg, Ingrid Miljeteig

Klinisk oversikt

- 1414 Balanopostitt
Brita Tønne, Christoffer Aam Ingvaldsen, Vegard Stubhaug, Ivana Randjelovic

Noe å lære av

- 1419 En kvinne i 60-årene som ikke lenger gjenkjente det hun så
Henning Yu Nilsen, Anna-Katharina Litzen Jørstad, Stephen James Ryan, Morten Carstens Moe, Kristoffer Grimstad, Anne Hege Aamodt, Trygve Holmøy, Øystein Kalsnes Jørstad

Medisin og tall

- 1424 Kostnadseffektivitetsanalyse: et rammeverk for prioriteringskriteriene
Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Eline Aas

MAGASIN

Intervju

- 1426 Den fantastiske Mikkel Rev
Charlotte Lunde

Legelivet

- 1431 Helsehjelp i hamsterhjulet
Linn Vedeld
- 1432 Etikkløse leger
Olaf Gjerløw Aasland
- 1434 Lite kunnskap om veiledning av leger
Cecilie Normann Birkeli

Språkspalten

- 1436 Angiitt eller angitt?
Erlend Hem, Anna-Birgitte Aga

Tidligere i Tidsskriftet

- 1438 Pellagra
Julie Didriksen

Ph.d.-disputaser

- 1439 Avlagte doktoravhandlinger

Minneord

- 1440 Minneord

ANNONSER

- 1442 Legejobber
- 1446 Kurs og møter
Spesialister

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

- 1449 Vi står sammen med våre internasjonale kollegaer
Anne-Karin Rime

Aktuelt

- 1450 – Å være advokat er ikke så ulikt å være lege
- 1453 Studenter bidrar til klokere valg
- 1454 Legeforeningen satser på bistand i tilsynssaker
- 1455 Høring på Stortinget om opptrappingsplan for psykisk helse

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HOMESTRAND KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 21. november

NESODDEN KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 19. november

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Overlege, psykiatri
Frist 19. november

HELGELANDSSYKEHUSET HF

Overlege, psykiatri
Frist 15. november

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

LIS, onkologi
Frist 19. november

REHABILITERINGSSENTERET AIR

Lege/legespesialist
Frist 15. november

SØR-ODAL KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 20. november

TROMSØ KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 14. november

ST. OLAVS HOSPITAL HF

LIS, infeksjonssykdommer
Frist 31 oktober

HELSE FONNA HF

Overlege, hjertesykdommer
Frist 15. november

Et medfølende helsevesen

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

#legermåleve kan gå inn i historien som aksjonen som endret Helse-Norge.

4. juni 2023 døde en ung kvinnelig sykehuslege i suicid. Få dager senere skrev samboeren hennes et innlegg på Facebook der han oppfordret leger og helsearbeidere til å gjøre noe med sin arbeidssituasjon. Hans kjære var overarbeidet, skrev han, og utviklet psykisk sykdom blant annet knyttet til høyt arbeidspress.

Fem måneder senere har Facebook-gruppa *#legermåleve* over 5 000 medlemmer. Leger over hele landet har stått frem i aviser, på TV og i radio og fortalt om uforsvarlige arbeidsforhold, utbrenthet, lange vakter og krevende vaktplaner. Et foreløpig klimaks for legeaksjonen var da statskanalen belyste temaet i Lørdagsrevyen, Dagsnytt 18 og i Debatten i samme uke. I sistnevnte program møttes blant annet representanter for aksjonen, helseministeren, presidenten i Legeforeningen og direktøren for Norges største sykehus til diskusjon. Det er vanskelig å huske et tidspunkt der legers arbeidsforhold har fått like stor nasjonal oppmerksomhet.

«Det er vanskelig å huske et tidspunkt der legers arbeidsforhold har fått like stor nasjonal oppmerksomhet»

Hvordan kunne en personlig tragedie gi opphav til en bevegelse med så stor kraft? Medfølelse er en egenskap som er iboende hos mennesker. Responsen oppstår i møte med andres smerte og kan deles inn i tre faser: Vi gjenkjenner smerten. Vi lever oss empatisk inn i den andres opplevelse og føler hvor vondt det gjør. Det bringer frem en trang til å handle og gjøre noe for å lindre og forhindre lidelsen (1).

At individer og grupper føler med hverandre, er åpenbart. Vi er sosiale dyr som instinktivt søker sammen, bryr oss om hverandre og ønsker et følelsesmessig fellesskap. Mer overraskende er det kanskje at også organisasjoner kan utvikle empati og medfølelse. Prosessen trenger ikke, som man kanskje skulle tro, å starte ovenfra. Forandringene kan komme «fra gulvet», fra medarbeiderne selv.

I 2012 publiserte en amerikansk forskergruppe en modell for hvordan en «smertetrigger» som en personlig tragedie kan sende så kraftige sjokkbølger gjennom systemet at en organisasjon endrer seg for alltid (1). En slik hendelse kan påvirke de nærmeste kollegene til spontant å organisere en medfølende respons. Når det behøves, vil empatiske ansatte legge fra seg arbeidsoppgaver for å ivareta de menneskelige behovene til en medarbeider. I det ansatte blir oppmerksomme på og handler på grunn av menneskelig lidelse,

utvider de samtidig verdisettet som naturlig hører til rollen de har som arbeidstakere (1).

Når så flere uavhengige aktører begynner å samhandle, kan effekten av det som startet som et lite, lokalt initiativ, spre seg som ringer i vann. Etter hvert som mengden av medfølelse bølger gjennom organisasjonen, når trykket et kritisk nivå. Nye regler og strukturer etableres uten at man hadde en plan for det. Synet på roller og verdier endrer seg. En ny og mer medfølende arbeidskultur oppstår.

Ifølge forskning på kompleksitet i systemer må tre elementer være til stede for at endringer som dette skal kunne skje spontant i en organisasjon: diversitet blant aktørene, rolleavhengighet og sosiale interaksjoner (1). Jo større mangfold blant de ansatte, desto større sjanse er det for at noen vil legge merke til, føle og reagere på en mulighet til å selvorganisere seg i en medfølende respons. Jo mer folk er avhengig av å samarbeide med andre, jo større er muligheten for å påvirke hverandre. Ved utveksling av informasjon og erfaringer, lærer individer av hverandre og endrer sin egen atferd.

Helsevesenet er en serviceorganisasjon hvis formål er å lindre og behandle smerter og sykdom. Det skulle da være mer enn nok medfølelse på et slikt sted? Paradoksalt nok er det ting som tyder på at selv om helsepersonell arbeider med å hjelpe pasienter, så utviser de ikke i like stor grad den samme omsorgen for seg selv eller for kollegaer. En pilotstudie på et sykehus i USA viste at uttrykk for medfølelse ble rapportert sjeldnere i avdelinger som var direkte involvert i pasientbehandling enn i administrative enheter (2, 3). Forfatterne bak studien spekulerte på om dette kunne skyldes uskrevne regler om utholdenhet blant medisinsk personell eller om det kunne skyldes en type emosjonell utbrenthet man kan se i profesjoner som arbeider med å hjelpe andre.

Hvorfor skal helsevesenet bli mer empatisk som organisasjon? Senest for et par uker siden kunne vi lese på nrk.no om en overlege ved Sørlandet sykehus som sluttet ved nevrologisk avdeling etter 27 år i jobben (4). Arbeidsbelastningen var blitt for stor. En mer medfølende arbeidsplass vil inkorporere rutiner for å kunne avdekke om medarbeidere har for mye å gjøre. Da kan det oppstå nye normer, hvor vedvarende overbelastning på jobb ikke vil være akseptabelt.

Til sist spørsmålet som må stilles i vår tid: Lønner medfølelse seg? Ja, det gjør det (2, 3). Når vi opplever medfølelse fra kollegaer, styrkes de emosjonelle båndene vi har til hverandre. Trivsel på jobb gjør at færre slutter og sykefraværet går ned. Vi kjenner stolthet over og større tilknytning til arbeidsplassen og kan bli mer produktive (3). Et mer medfølende helsevesen vil også ta bedre hensyn til balansen mellom arbeid og fritid. Det vil lønne seg for både pasienter og leger.



KARI TVEITO

kari.tveito@tidsskriftet.no

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

Foto: Einar Nilsen

LITTERATUR

- Madden LT, Duchon D, Madden TM et al. Emergent organizational capacity for compassion. *Acad Manage Rev* 2012; 37: 689–708.
- Gjelsvik B. Inn i krisen. Veier til å møte og forstå intense kriser og selvmordsfare. Oslo: Gyldendal, 2022: 168–88.
- Lilius JM, Worline MC, Maitlis S et al. The contours and consequences of compassion at work. *J Organ Behav* 2008; 29: 193–218.
- Ditlefsen H, Tørresen AR. Sa opp som overlege: - Kjente på en økende vantrivsel. NRK 18.10.2023. <https://www.nrk.no/sorlandet/sorlandet-sykehus-mangler-80-overleger-gjor-tiltak-1.16591575> Lest 19.10.2023.

Legers arbeidsmiljø og helse – et samfunnsansvar

Bedring av legers velferd er en investering i kvalitet og sikkerhet for pasienter.

Oppropet *#legermåleve* har satt et nødvendig og kritisk søkelys på legers arbeidsforhold og speiler det forskning har vist: Det er betydelige profesjonelle og personlige utfordringer med å være lege under et varig høyt arbeidspress (1, 2).

Selv om det er på overtid, er det ikke for sent å gjøre noe med strukturfaktorer som bidrar til dette. For å ivareta ryggraden i en norsk offentlig helsetjeneste må rammebetingelsene for legers arbeidsliv bedres. Helsepersonellkommissjonen har pekt på at det kreves nye politiske løsninger for å rekruttere og beholde helsepersonell i en bærekraftig helsetjeneste (3).

«Åpenhet kan bidra til individuell og kollektiv læring, svekke den individuelle byrden og styrke pasientens og pårørendes tillit»

Ansvarer hviler på helsemyndigheter og arbeidsgivere, ikke på den enkelte lege. Dette ansvarsskillet gjelder også hendelser som er uønskede, der pasientbehandlingen har sviktet og pasienten har blitt skadet (4, 5). Flere undersøkelser har vist at et individrettet fokus i forbindelse med uønskede hendelser i helsetjenesten kan være personlig og profesjonelt uheldig (1, 4–7). Funn tyder på at et sanksjonsfritt miljø er det som best kan fremme kultur for deling, læring og forbedring (4, 5, 8). Norsk pasientskadeerstatning har sitt utspring i ideen om at det offentlige skal pulverisere ansvaret på vegne av helsepersonellet, fordi det ytterst sjelden dreier seg om bevisste skadehandlinger (1, 4–7). På generelt grunnlag bør derfor ikke pasientskader føre til personlig straffe- eller erstatningsansvar for helsepersonell.

En administrativ reaksjon fra tilsynsmyndighetene, som å begrense eller tilbakekalle autorisasjon etter at det har skjedd en feil, kan likefullt oppleves som *straff* (8). Varselutvalgets forslag om å slå Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten sammen med Helsetilsynet, er derfor uklart (8). Eksisterende kunnskap tilsier at det norske helsevesenet trenger en uavhengig og ikke-sanksjonerende granskningsinstans.

I en nylig publisert kvalitativ studie om åpenhet, rapportering

og læring blant et utvalg kirurger ved norske universitetssykehus, peker man på et behov for bedre ivaretagelse etter alvorlige hendelser (4). Studien viser at kombinasjonen av kirurgisk risiko og kirurgens ferdigheter og selvtillit, kan gjøre kirurger særlig sårbare for kritikk. Personlig ubehag og skamfølelse kan påvirke kirurgers profesjonelle identitet, likeså frykten for ikke å få forlenget arbeidsforholdet der man jobber. Dette kan igjen svekke tiltroen til egne ferdigheter. Ubegrepet ved å holde vanskelige erfaringer for seg selv forsterkes av manglende strukturert opplæring i mestring og strategier for å håndtere alvorlige hendelser.

Åpenhet kan bidra til individuell og kollektiv læring, svekke den individuelle byrden og styrke pasientens og pårørendes tillit (4). Opplæring i mestring og håndtering av uønskede hendelser må inn allerede i grunnutdanningen, og det er behov for å styrke veiledning og trening på dette i spesialiseringsløpene (4). Alvorlige hendelser bør ikke isolert sett normaliseres, men reaksjoner etter slike hendelser bør ufarliggjøres og tilrettelegges for.

De kirurgiske spesialitetene er utsatt for sviktende rekruttering (9). Generelle samfunnstrender, endringer i kjønnsbalansen og et pågående generasjonsskifte blant leger peker i retning av større behov og krav til påvirkning på egen arbeidssituasjon og balansen mellom jobb og privatliv (3, 4). I snitt jobber leger mer enn vanlige arbeidstakere i Norge, og overtid er en «patologisk» del av både arbeidsgivers forventninger og lønnen (3).

Stor arbeidsbyrde, begrenset mestring i jobben, høyt tempo og ineffektive systemer kan gi negativ effekt på behandlingskvalitet (2, 6). At etterspørselen etter spesialister overstiger tilgangen, forsterker utfordringsbildet (3). Fremtidig arbeid med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet må derfor både redusere høy arbeidsbelastning, utnytte de tilgjengelige ressursene bedre og sanksjonsfritt ivareta leger etter alvorlige hendelser (3). Realistiske tiltak for å forbedre noen av rammebetingelsene kan være kollegastøtteordninger, rutiner for søkelys på positive utfall, økt bruk av simulering av alvorlige hendelser samt aktiv tilrettelegging for et ikke-sanksjonerende arbeidsmiljø med vekt på å bygge opp fellesskapsfølelse internt i kliniske team (4, 7, 10).

Ansvarer for de som bidrar med et av samfunnets viktigste oppdrag, hviler på bevilgende og utøvende myndigheter og de med lederhatten på i den norske helsetjenesten.

SINA FURNES ØYRI

sina.foyri@uis.no

er jurist, master i samfunnssikkerhet, ph.d. i helse og medisin, postdoktor ved Universitetet i Stavanger og rådgiver ved Stavanger universitetssykehus.

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

LITTERATUR

- Han K, Bohnen JD, Peponis T et al. The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. *J Am Coll Surg* 2017; 224: 1048–56.
- Hodkinson A, Zhou A, Johnson J et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2022; 378: e070442.
- NOU 2023:4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 19.8.2023.
- Øyri SF, Søreide K, Søreide E et al. Learning from experience: a qualitative study of surgeons' perspectives on reporting and dealing with serious adverse events. *BMJ Open Qual* 2023; 12: e002368.
- Ukom. Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser. Lest 19.8.2023.
- Hawkins RB, Nallamothu BK. Surgeons and systems working together to drive safety and quality. *BMJ Qual Saf* 2023; 32: 181–4.
- Lawton R, Thomas EJ. Overcoming the 'self-limiting' nature of QI: can we improve the quality of patient care while caring for staff? *BMJ Qual Saf* 2022; 31: 857–9.
- Øyri S, Wiig S. Varselutvalgets rapport – et symbol på skjebnens ironi. *Dagens Medisin* 27.4.2023. Lest 19.8.2023.
- Søreide K, Nedrebø BS. Har kirurgiske fag et rekrutteringsproblem? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1852–3.
- Smallwood N, Bismark M, Willis K. Burn-out in the health workforce during the COVID-19 pandemic: opportunities for workplace and leadership approaches to improve well-being. *BMJ Leader* 2023; 7: 178–81.

Kirurgi ved sykkelig overvekt?

Se også originalartikkel side 1400
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Kirurgisk behandling er fortsatt et godt alternativ ved sykkelig overvekt til tross for lovende resultater ved medikamentell behandling.

Fedmekirurgi ble utført i Norge allerede på 1970- og 80-tallet. Operasjon foregikk via laparotomi, med store incisjoner og ofte vanskelig oversikt i bukhulen. Dette medførte mange både tidlige og sene komplikasjoner og lang postoperativ liggetid. Da vektreduksjonen etter operasjonen også var varierende, sluttet man med fedmeoperasjoner tidlig på 90-tallet (1, 2).

Etter innføring av laparoskopi ble det utviklet nye operasjonsmetoder som ga færre komplikasjoner og kortere liggetid. Samtidig økte forekomsten av fedme i befolkningen. Like etter millenniumskiftet startet man derfor igjen med fedmekirurgi i Norge. Etter at Helse- og omsorgsdepartementet i 2004 påla de regionale helseforetakene å etablere behandlingstilbud for pasienter med sykkelig overvekt, steg antallet fedmeoperasjoner kraftig (3, 4). En stor andel fedmeoperasjoner har også vært utført ved private sykehus, og i 2022 utgjorde dette 36 % av slike operasjoner (4).

Siden 2004 har to operasjonsmetoder vært dominerende. Ved gastrisk bypass kobler man bort/ kobler om magesekk og tynntarm slik at maten går direkte ned i jejunum. Ved langsgående ventrikkelreseksjon (*gastric sleeve*), som er den vanligste operasjonsmetoden globalt, blir en stor del av magesekken fjernet på langs. Den tredje vanligste operasjonsmetoden for fedme er mini-gastrisk bypass, der en del av magesekken blir delt fra og koblet til øvre del av tynntarmen. I Norge utgjør denne metoden 16 % av alle fedmeoperasjoner (4).

Richardsen og medarbeidere ved Oslo universitetssykehus presenterer nå i Tidsskriftet egne resultater av operasjonsmetoden over en femårsperiode (5). Den retrospektive analysen av prospektivt innsamlede data med to års oppfølging etter operasjonen, bygger på pasientdata registrert i et lokalt kvalitetsregister godkjent av personvernombudet ved sykehuset. Resultatene viser at denne operasjonen er sammenlignbar med andre studier både med tanke på liggetid, komplikasjonsfrekvens, vekttap og reduksjon i følgetilstander av fedme.

Registreringene i kvalitetsdatabasen ved Oslo universitetssykehus er videresendt til Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOREg-N), som fikk nasjonal status i 2015 (4). Registeret samler data fra helseforetak i alle de fire helseregionene. I 2022 rapporterte 18 sykehus, hvorav fire private, inn sine resultater.

Med et nasjonalt kvalitetsregister har sykehus fått et redskap til å dokumentere resultater fra egen virksomhet og sammenligne disse med resultater fra andre sykehus. Formålet med registeret er

å kartlegge omfanget av, og kvaliteten på, fedmekirurgi i Norge samt å studere endringer i vekt, sykdomstilstand og selvopplevd helse hos opererte pasienter i inntil ti år etter fedmeoperasjon. Opplysningene fra registeret skal først og fremst brukes til kvalitetssikring og forbedring av pasientbehandlingen, men kan også brukes til forskning.

Alvorlig overvekt er en kronisk progressiv sykdom, og progresdiering kan skje selv om pasienten er fedmeoperert. Pasienter med sykkelig overvekt rapporterer dårligere helse relatert livskvalitet, og et hovedmål med fedmekirurgi er å bedre livskvaliteten. Derfor er det i registeret lagt opp til kontroller etter seks uker og deretter ett, to, fem og ti år etter operasjonen.

Deltagelse i SOReg-N-registeret er basert på skriftlig samtykke fra pasienten, og det vil derfor være vanskelig å oppnå full dekning. Erfaringene så langt er likevel at de aller fleste fedmeopererte ønsker å bli inkludert i registeret. Dekningsgraden har vært lavest blant fremmedspråklige, og det ble derfor for to år siden laget et informasjonsskriv med samtykke på flere fremmedspråk.

Et kvalitetsregister blir aldri bedre enn hva som blir lagt inn, og lav dekningsgrad og ikke-kvalitetssikrede data gjør et register lite verdt. Ulike operasjonsmetoder kan bidra til varierende langtidsresultater. Pasientenes helse relaterte livskvalitet er ofte knyttet til type operasjon de har vært igjennom. Det er derfor viktig med et godt og robust register som kan fange opp forskjeller mellom grupper samt endringer i livskvalitet over tid.

«Kirurgisk behandling av sykkelig overvekt er fremdeles et godt alternativ for å oppnå signifikant vektreduksjon, bedre livskvalitet og reduksjon i følgetilstandene av fedme»

Medikamentell behandling av fedme som et supplement til livsstilsbehandling har vist lovende resultater. Men vi mangler langtidsoppfølging av behandlingen, og det synes som om virkningen bare varer så lenge man tar medisinerne (6). Kirurgisk behandling av sykkelig overvekt er fremdeles et godt alternativ for å oppnå signifikant vektreduksjon, bedre livskvalitet og reduksjon i følgetilstandene av fedme. Men også kirurgisk behandling må sees i et langt tidsperspektiv, siden bivirkningene ofte består i ulike mangeltilstander som må korrigeres livet ut.

ØIVIND IRTUN

oivind.irtun@unn.no

er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi, overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge og professor emeritus ved Universitetet i Tromsø.

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

LITTERATUR

- 1 Våge V, Solhaug JH, Berstad A et al. Jejunoileal bypass in the treatment of morbid obesity: a 25-year follow-up study of 36 patients. *Obes Surg* 2002; 12: 312–8.
- 2 Øvrebo KK, Hatlebakk JG, Viste A et al. Gastroesophageal reflux in morbidly obese patients treated with gastric banding or vertical banded gastroplasty. *Ann Surg* 1998; 228: 51–8.
- 3 Aasheim ET, Mala T, Søvik TT et al. Kirurgisk behandling av sykkelig fedme. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 38–42.
- 4 Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOREg-N). Lest 17.10.2023.
- 5 Richardsen AJ, Chahal-Kummen M, Kristinsson JA et al. Gastrisk bypass med én anastomose ved sykkelig overvekt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0070.
- 6 Hjelmæsæth J, Lund RS, Sagen JV et al. Vektreduserende medisiner – for hvem, hvordan, hvor lenge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0115.

Prioritering – den gylne regel

Se også originalartikkel side 1408

Det er vanskeligere å måle helseeffekter, ressursbruk og alvorlighet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatisk medisin. Er det derfor vi strever med prioritering av psykiatri- og rusfeltet?

Det har lenge vært et politisk mål å sikre en større relativ økning i kostandene til spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser, sammenlignet med somatikken. Dette har blitt omtalt som *den gylne regel*. Målet har ikke blitt nådd (1).

Tidsskriftet publiserer nå et viktig arbeid av Melberg og Miljeteig, som har undersøkt norske helselederes og byråkraters forståelse av den gylne regels rolle i tildelingen av ressurser til rus- og psykiatrifeltet i spesialisthelsetjenesten (2). Fra vårt perspektiv, som helseøkonomer, har de gjort flere interessante funn. Vi har tatt utgangspunkt i noen av dem.

«Om man ikke har et bevisst forhold til alternativkostnaden ved å innføre nye tiltak, ender man ofte opp med *tause tapere*: de som prioriteres vekk»

Økonomibegrepet *perverse insentiver* beskriver situasjoner der insentiver (eller mål) fører til utilsiktede og uønskede resultater. Dette skjer fordi folk utfører handlinger som, selv om de er i tråd med insentivene, strider mot intensjonene til de som har utformet dem (3).

Et velkjent eksempel kalles *kobraeffekten*: I kolonitiden i India ble Delhi plaget av kobraer. For å redusere bestanden innførte myndighetene en dusør på døde kobraer. Dette førte til at mange begynte å jakte kobraer, og bestanden gikk ned. Men da kobraene ble sjeldnere, begynte folk med kobraoppdrett for å fortsatt få dusøren. Da myndighetene innså dette, avviklet de dusøren. Oppdrettere satte kobraene fri, og kobraproblemet endte med å bli større enn det hadde vært i utgangspunktet (4).

Også den gylne regel kan ha gitt kobraeffekter. I tillegg til den nevnte relative økningen i kostnader, vurderer Helsedirektoratet måloppnåelsen av den gylne regel på kriteriene årsverk, ventetid og polikliniske konsultasjoner (5). Melberg og Miljeteig fant at tjenesten trolig ble tilpasset disse indikatorene, og en forklaring på det er at det var disse målene som ble fulgt tett. Tjenesteaktiviteten

innenfor døgnbehandling ble i mindre grad fanget opp av målene. Det kan ha ført til økt satsning på pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser som kunne behandles poliklinisk, på bekostning av pasienter med mer alvorlige lidelser.

Det er vanskelig å si om denne vridningen er en god prioritering, men som forfatterne antyder: «Fokus på ventetider og antall polikliniske konsultasjoner går på bekostning av det som ikke måles i samme grad, for eksempel kvalitet og døgnbehandling» (2).

Et annet begrep innen økonomi er *alternativkostnad*, som viser verdien av det beste alternativet som blir valgt bort når man prioriterer et annet alternativ. Det vil alltid være noe(n) som nedprioriteres om noe(n) prioriteres. Om man ikke har et bevisst forhold til alternativkostnaden ved å innføre nye tiltak, ender man ofte opp med *tause tapere*: de som prioriteres vekk.

I studien til Melberg og Miljeteig fant de eksempler på at prioritering innen somatikk førte til nedprioritering innen rus- og psykiatrifeltet: «Biologiske legemidler, akuttmedisin, ambulanser, luftambulansse. Det var et byggeprosjekt. Det var aktverdige begrunnelser. Men det betyr også at man ikke var villige til å gjøre en reell prioritering.» (2).

Kanskje bør vi presses hardere til å snakke om nedprioritering samtidig med at vi prioriterer gode tiltak?

I Norge har vi heldigvis i lang tid hatt en åpen debatt rundt prioritering. I både den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten skal vi prioritere basert på de tre kriteriene nytte (helseeffekter), alvorlighet og ressursbruk (6). Prioriteringskriteriene operasjonaliseres gjennom kostnadseffektivitetsanalyser (7).

Mens slike analyser er standard praksis ved innføring av nye medikamenter og metoder innen somatikken, er de lite brukt innen rus og psykiatri. Dette skyldes blant annet at intervensjonene er komplekse, og er påvirket av behandler, pasient og interaksjonen mellom partene. Med andre ord er det vanskelig å måle helseeffekter, ressursbruk, og alvorlighet i psykiatrien.

Kanskje er det nødvendig med mer forskning på hvordan prioriteringskriteriene kan operasjonaliseres i psykiatri- og rusfeltet.

GUÐRUN MARIA WAALER BJØRNELV

gudrun.m.w.bjornelv@ntnu.no

er førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU og forsker ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

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

CHRISTINA HANSEN EDWARDS

er helseøkonom og postdoktor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU.

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

LITTERATUR

- 1 Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Lest 18.10.2023.
- 2 Melberg A, Miljeteig I. Den gylne regel for prioritering av rusbehandling og psykisk helsevern – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0295.
- 3 Stephan P. Research efficiency: Perverse incentives. Nature 2012; 484: 29–31.
- 4 Wikipedia. Perverse incentive. Lest 11.10.2023.
- 5 Helsedirektoratet. Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) i 2016 «Den gylne regel». Lest 11.10.2023.
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St.38 (2020–2021). Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Lest 10.6.2023.
- 7 Bjørnelv G, Aas E. Kostnadseffektivitetsanalyse: et rammeverk for prioriteringskriteriene. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0474.



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

HVIS DU KAN FORHINDRE HELVETESILD, HVORFOR SKULLE DU IKKE DET?

Vaksinér nå for
beskyttelse som varer¹



Shingrix gir opptil 97 % effekt hos voksne fra 50 år og eldre^{*2}

Ca. 94 % av dine pasienter over 50 år har allerede viruset som forårsaker helvetesild i kroppen, og 1 av 3 personer vil få sykdommen i løpet av livet.^{3,4}

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk nevralgi (PHN) hos voksne ≥ 50 år og voksne ≥ 18 år med økt risiko for HZ. Bruk av Shingrix skal være iht. offentlige anbefalinger.

Dosering: Primært vaksinasjonsskjema består av 2 doser à 0,5 ml. Andre dose gis etter 2 mnd. Ved behov for fleksibilitet, les mer i preparatomtalen.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

- Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.
- Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Shingrix. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf: 22 70 20 00.

Pris: 1921,40 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Shingrix er en ikke-levende vaksine

^{*}To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne ≥ 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:²

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne ≥ 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder ≥ 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.

- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne ≥ 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950).

Alder ≥ 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

Studiene var ikke designet for å demonstrere effekten i subgrupper av fragile individer, inkludert de med flere komorbiditeter, selv om disse personene ikke ble ekskludert fra studiene.

Referanser: 1. Strezova A, et al. Long term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety results up to 10 years after initial vaccination. Open Forum Infect Dis 2022 Oct 23;9(10):ofac485. doi: 10.1093/ofid/ofac485 2. Shingrix preparatomtale (12/2022). 3. Rimsellene G et al. Varicella-zoster virus susceptibility and primary healthcare consultations in Norway. BMC Infect Dis. 2016 Jun 7;16:254. doi: 10.1186/s12879-016-1581-4. 4. Sæther EM. Helvetesild i et samfunnsperspektiv. Oslo Economics, mai 2023 (sykdomsinfo.no/samfunnsperspektiv)



For mer informasjon om Shingrix,
scan QR-koden eller gå inn på shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2023 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-SGX-JRNA-220001, september 2023

GSK

Lærdom fra laks

Jo Røislien skriver at bildet av den døde laksen viste «tre statistisk signifikante prikker» (1).

Menes at bildet viste tre områder hvor det før og etter stimulering var en forskjell i signalstyrke (longitudinell studie), eller kun en forskjell i signalstyrke mellom forskjellige anatomiske områder (tversnittstudie)? Presiseringen er helt avgjørende for å vurdere dette funnet. I en tversnittstudie kan en forskjell i prikkene vise reelle kjemiske forskjeller, også hos en død laks.

Begrepet «statistisk signifikant» er vanligvis knyttet til en p-verdi. I dette tilfellet synes imidlertid ordet «signifikant» å være knyttet til en t-verdi. T-verdier er en form for kvantifisering av forskjeller, altså et litt komplisert effektestimat som er uavhengig av antall observasjoner. P-verdien derimot, er sterkt avhengig av antallet slik at ubetydelige

forskjeller blir signifikante bare antallet observasjoner er stort.

Eva Skovlund skiller mellom p- og t- med følgende formulering: «Skal man vurdere klinisk relevans, gir et effektestimat ... mye mer informasjon enn en p-verdi» (2). Videre vurdering av effektestimater krever biologisk og eller medisinsk innsikt.

«I en tversnittstudie kan en forskjell i prikkene vise reelle kjemiske forskjeller, også hos en død laks»

Om man stiller mange eller kun ett spørsmål vil man kunne få svar som kan klassifiseres som falskt positive. Men skal slike svar undertrykkes med matematiske metoder, eller gis en medisinsk, biologisk vurdering? I denne diskusjonen må en også trekke inn begrunnelser for ikke å utføre korreksjon for multiple spørsmål, for eksempel hvis spørsmålene er velbegrunnede og/eller uavhengige av hverandre. En parameter kan fremtre som et falskt positivt funn i en normalbefolkning, men den kan være biologisk betydningsfull i en undergruppe. Da er

det bortkastet om man med matematiske metoder har undertrykket funn.

Uansett, bruk begrepet «statistisk signifikant» konsekvent, eller aller helst; skrot p-verdien (3) og som en konsekvens, begrepet «signifikant»; men, gi oss så mange effektestimater dere har, kanskje vil en eller annen av oss se noe «biologisk signifikant». Eller som det er formulert i *Epidemiology* (4): «... scientists should not be so reluctant to explore leads that may turn out to be wrong that they penalize themselves by missing possibly important findings».

ARNE HØISETH

arnhois@online.no
er pensjonist.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Røislien J. Statistisk lærdom fra en laks. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0471.
- 2 Skovlund E. Spør først, regn siden. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 10.
- 3 Kjærstid HP. Skrot p-verdiene, forskere! *Forskerforum* 28.5.2018. Lest 2.10.2023.
- 4 Rothman KJ. No adjustments are needed for multiple comparisons. *Epidemiology* 1990; 1: 43–6.



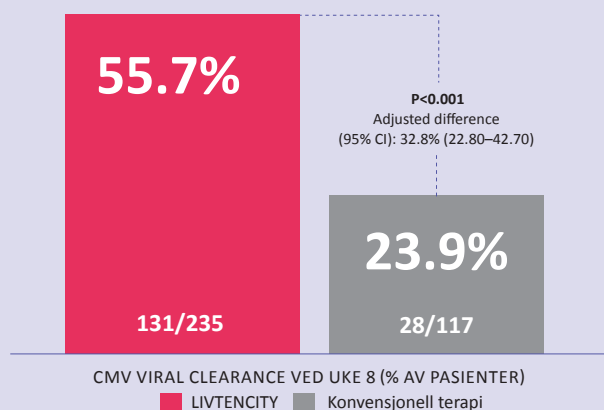
FØLGER DU OPP TRANSPLANTERTE PASIENTER?



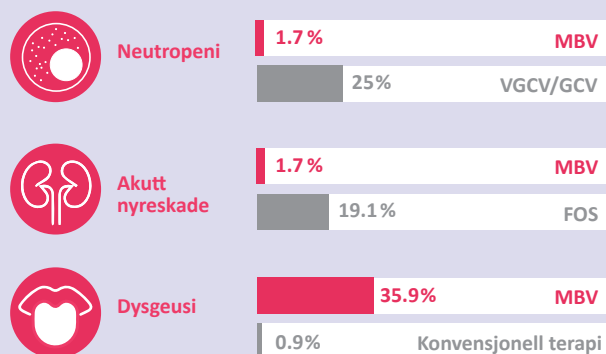
Livtency (maribavir) er første godkjente behandling for cytomegalovirus (CMV)-infeksjon og/eller -sykdom som er refraktær (med eller uten resistens) mot én eller flere tidligere behandlinger, inkludert ganciklovir, valganciklovir, cidofovir eller foskarnet hos voksne pasienter som har gjennomgått hematopoetisk stamcelletransplantasjon (HSCT) eller organtransplantasjon (SOT).¹

FRA SOLSTICE-STUDIEN (FASE 3)*²:

Signifikant flere oppnådde CMV-negativitet ved uke 8 med Livtency²
Primært endepunkt



Vanligste behandlingsrelaterte bivirkninger i studien³



FOS: foskarnet, GCV: ganciklovir, MBV: maribavir, VGCV: valganciklovir, konvensjonell terapi: mono- eller kombinasjonsbehandling (≤2 legemidler) med intravenøs (IV) ganciklovir, oral valganciklovir, IV foskarnet, eller IV cidofovir

*SOLSTICE-studien var en multisenter, randomisert, åpen, aktiv kontrollert studie, som undersøkte effekt og sikkerhet av Livtency sammenliknet med konvensjonell terapi hos stamcelle- (n=141) eller organtransplanterte (n=211) med CMV-infeksjon (med eller uten resistens) som var refraktær mot ganciklovir, valganciklovir, foskarnet eller cidofovir. Deltakerne ble behandlet i 8 uker, med 12 ukers oppfølging.

UTVALGT PRODUKTINFORMASJON¹:

Det bør tas hensyn til offisielle retningslinjer for riktig bruk av antivirale midler. Livtency skal ikke brukes samtidig med ganciklovir eller valganciklovir. De vanligste rapporterte bivirkningene var smaksforstyrrelser, kvalme, diaré, oppkast og fatigue. For mer informasjon, se SPC (www.legemiddelsok.no). Reseptgruppe: C. Pakninger og priser: 56 stk tabletter (boks) kr 150 486,30. Refusjon: Til metodevurdering.

REFERANSER:

- Livtency SPC godkjent 01/2023, kap 4.1, 4.3, 4.8.
- Avery RK, Alain S, Alexander BD et al. Maribavir for Refractory Cytomegalovirus Infections With or Without Resistance Post-Transplant: Results From a Phase 3 Randomized Clinical Trial. Clin Infect Dis. 2022;75(4):690-701
- Avery RK, Alain S, Alexander BD et al. Maribavir for Refractory Cytomegalovirus Infections With or Without Resistance Post-Transplant: Results From a Phase 3 Randomized Clinical Trial. Clin Infect Dis. 2022;75(4):690-701. Supplementary data table 6



En avansert klinisk allmennsykepleier kan utføre overlegeoppgaver

En avansert klinisk allmennsykepleier kan ta beinmargsprøver og følge opp hematologiske pasienter poliklinisk. Vi tror mange sykehusavdelinger kan ha utbytte av å tenke nytt.

Helsepersonellkommisjonen stadfester at «prinsippet om riktig oppgavedeling har oppslutning blant de aller fleste aktører» og begrunner dette med de mange innspillene til kommisjonens rapport (1). Helsepersonell er en begrenset ressurs, og bruken må forvaltes hensiktsmessig. Vi ønsker å ta denne forvaltningen på alvor og utfordrer de tradisjonelle oppfatningene om hva som utgjør legeoppgaver og sykepleieroppgaver.

Pasientens behov må styre

Legeoppgaver og sykepleieroppgaver omtales ofte som noe hentet fra en veldefinert liste. Så enkelt er det ikke, verken for leger eller sykepleiere. Forsvarlighetskravet tegner ingen klare skiller for hvilke praktiske oppgaver den enkelte profesjon kan utføre. Dette mener vi må ansees som et handlingsrom som muliggjør en effektivisering av pasientbehandlingen. Vi mener oppmerksomheten på legeoppgaver og sykepleieroppgaver må flyttes til hva som er pasientens behov. Ved å definere disse behovene kan vi gi oppgaver til den profesjonen som kan løse oppgaven på en forsvarlig måte innenfor de hjemlene vi har. Vi må bort fra dogmer og tradisjon og heller ta aktivt stilling til oppgavefordelingen blant alle grupper helsepersonell, fra overlege til sykepleier til helsefagarbeider. På hematologisk avdeling ved Akershus universitetssykehus har vi startet dette arbeidet allerede og utreder hvor avtrykket av oppgavefordelingen mellom lege og avansert klinisk allmennsykepleier blir størst. Dette mener vi forbereder oss på fremtiden, og er et godt tiltak for å møte en stadig økning i den polikliniske aktiviteten (2).

På vår avdeling har vi siden mars 2023 utforsket hvilken rolle en såkalt avansert klinisk allmennsykepleier med spesialistgodkjenning kan ha i poliklinisk oppfølging av pasienter med hematologisk sykdom.

Prosjektet innebærer stor grad av oppgavefordeling fra overlege til sykepleier i form av benmargsundersøkelser (3), selvstendig poliklinisk oppfølging av stamcelletransplanterte, første konsultasjon i pakkeforløp for lymfomer (4), og mer. Sykepleieren gjør selvstendige undersøkelser og vurderinger samt oppfølging under tett veiledning av overlege.

Overlappende felt

Siden 2018 har antallet polikliniske konsultasjoner doblet seg ved vår avdeling, uten tilsvarende økning av legeressurser. Ved å ansette en spesialistgodkjent avansert klinisk allmennsykepleier har vi kunnet overføre egnede oppgaver tilhørende leger og overleger, og på den måten frigjort legeressurser til oppgaver kun en lege

«Vi må bort fra dogmer og tradisjon og heller ta aktivt stilling til oppgavefordelingen blant alle grupper helsepersonell, fra overlege til sykepleier til helsefagarbeider»

kan gjøre på en forsvarlig måte. En slik sykepleier har ikke den samme medisinske bredden og kompetansen som en lege, men vi erfarer at det er overlappende, avgrensede felt der vedkommende trygt kan utføre oppgaver og oppfølging på faglig nivå med en lege. Dette muliggjør en effektivisering av den polikliniske driften, så fremt feltene identifiseres.

Vi tror at flere sykepleiere vil velge å bli værende i yrket hvis de rette motivasjonsfaktorene er til stede. Lønn er ofte nevnt, men vi er ikke overbevist om at det alene er det beste virkemiddelet for å beholde dyktige sykepleiere. Hvis man tidlig i karrieren kan se at økt formell kompetanse, i kombinasjon med lang sykehuserfaring, fører til økt tillit, mer ansvar og nye arbeidsoppgaver, så kan kanskje sykehusene beholde sykepleiere lenger. Helsepersonellkommisjonen påpeker også nettopp dette: Avansert klinisk allmennsykepleiere på sykehus kan bidra til å heve den faglige kvaliteten i sengeposter, og «gi sykepleiere kliniske karriereveier som virker rekrutterende (...), ha en stabiliserende effekt for å beholde personell og hindre frafall» (1).

Mer fleksible, mer effektive

Vår erfaring er at ved å anvende og bemyndige sykepleiere med denne typen videreutdanning er vi blitt mer fleksible, mer effektive og vi har fått mer kontinuitet i behandlingen av pasienter med komplekse tilstander. Vi har i større grad kunnet tilpasse kompetansen etter behovet: Alle pasienter må ikke til lege selv om de skal på poliklinikken. Derfor håper vi flere sykehus – herunder vårt eget – ser verdien i å dra nytte av kompetansen som en sykepleier med videreutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie har, at de påviser hvilke av pasienters behov som kan ivaretas av sykepleiere og tilbyr utdanningsstillinger for avansert klinisk allmennsykepleie. Med det kan spesialisthelsetjenesten bli bedre forberedt på en hektisk, spesialisert og spennende fremtid.

Mottatt 3.9.2023, første revisjon innsendt 16.9.2023, godkjent 3.10.2023.

LASSE JOHAN THUE

lasse.johan.thue@ahus.no
er sykepleier og spesialist i avansert klinisk allmennsykepleie ved Hematologisk avdeling, Akershus universitetssykehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar for undervisning innen avansert klinisk allmennsykepleie fra Høgskolen i Innlandet og Høgskolen i Molde og for styremøteaktivitet i den nasjonale faggruppen for Avansert klinisk allmennsykepleie i Norsk sykepleierforbund (AKSiNSF). Han har også fått dekket reiseutgifter for foredrag for Norsk Sykepleierforbunds lederkonferanse i Bergen.

ELLEN ELISABETH BRODIN

er ph.d., lege, spesialist i blodsykdommer og avdelingsleder og overlege ved Hematologisk avdeling, Akershus universitetssykehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt konferansestøtte fra Bayer, BMS og Pfizer.

LITTERATUR

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Norges offentlige utredninger. Tid for handling – personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 3.10.2023.
- 2 Helsedirektoratet. Poliklinisk aktivitet etter behandlingssted – somatikk. Lest 3.10.2023.
- 3 Hernæs N. Lasse Johan er sykepleier og tar beinmargsprøver. Sykepleien 11.6.2023. Lest 3.10.2023.
- 4 Amta.no. Takket være Lasse Johan (35) slipper pasientene lange ventetider: – Det er noe med å møte krisen som kommer. Lest 3.10.2023.

Følelsen av kontroll.

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

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 kalorfattig 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 krampeanfallet. 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: Forstoppelse⁴, kvalme⁵, 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, hypertensjon⁴, økt blodtrykk. Nevrologiske: Dysgeusi, letargi, somnolens, 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-2: 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.no

www.mycontrolpro.no

Taushetsplikt, opplysningsrett og avvergingsplikt

Skadelegevakten varslet politiet om en livstruende voldsepisode, men nektet senere å utlevere taushetsbelagt informasjon. Dette medførte flere runder i rettsapparatet, og resultatet ble en prinsipiell avklaring som helsepersonell må kjenne til.

Skadelegevakten ved Oslo universitetssykehus ble oppsøkt av en skadet person. Legevakten vurderte at personen hadde vært utsatt for livstruende vold. Det ble også vurdert som nødvendig å varsle politiet slik at fare for ytterligere alvorlig skade på andre kunne avverges der og da. Personens identitet eller annen taushetsbelagt informasjon ble ikke oppgitt til politiet. Etter varslingen mottok helsepersonellet nye opplysninger som tilsa at det ikke lenger forelå noen fare for ytterligere alvorlig personskade.

Helsepersonelloven § 31 – avvergingsplikten

Helsepersonelloven § 31 er paragrafen som legene fulgte da politiet ble varslet om at det forelå en situasjon med risiko for ytterligere alvorlig personskade. Plikten inntre typisk i situasjoner med pågående livstruende vold, men omfatter også det å avverge en allerede inntrådt skade fra å bli forverret dersom det ikke varsles. Sistnevnte kan være aktuelt ved behov for sikring av skadested,

utrykning til ulykke på trafikkert vei eller utrykning for å hjelpe en person som er blitt utsatt for vold, uten visshet om gjerningspersonen(e) fortsatt utøver vold (1). Hvis helsepersonell er kjent med en slik hendelse og ikke melder ifra, kan de straffeforfølges.

Helsepersonelloven § 23.4 – avvergingsretten

Helsepersonelloven § 23.4 åpner i tillegg for at helsepersonell kan velge å bryte taushetsplikten ved å informere nødetater som politiet i situasjoner som er mindre akutte og alvorlige enn situasjonene som faller inn under §31. Eksempler kan være vold i nære relasjoner der offeret er ivaretatt, men der det er gjentakelsesfare. Etter denne paragrafen har ikke helsepersonell *plikt* til å informere politiet, men har rett til å gjøre det hvis man etter en skjønnsmessig vurdering mener det er til pasientens beste.

«Det er helsepersonellet selv som etter en interesseavveining avgjør om opplysninger skal utleveres eller ikke»

Helsepersonelloven § 21 – taushetsplikten
Senere samme dag henvendte politiet seg til Skadelegevakten og ba om å få utlevert personopplysninger om pasienten. Anmodningen ble avslått med henvisning til taushetsplikten.

Oslo politidistrikt ba deretter Oslo tingrett om å pålegge Oslo universitetssykehus å utlevere de aktuelle personopplysningene til politiet. Tingretten tok utleveringsbegjæringen til følge, og politiet la frem kjennelsen for vakthavende senere samme kveld. Vakthavende kontaktet ledelsen, som igjen konfererte med juridisk avdeling, og vi ble enige om å ikke utlevere personopplysninger i denne konkrete saken. I stedet anket Oslo universitetssykehus tingrettens beslutning og anførte at politiet etterspurte informasjon som er taushetsbelagt etter helsepersonelloven § 21 og at varslingsplikt til nødetater som er hjemlet i helsepersonelloven § 31 bare gjelder når det er mulig å avverge en alvorlig skade gjennom varsling. Det er høy terskel for at denneplikten skal inntre, og en slik situasjon forelå ikke lenger.

Videre argumenterte sykehuset for at

helsepersonelloven § 23.4, som gir helsepersonell mulighet til å gjøre unntak fra taushetsplikten og melde fra til politiet, ikke gir retten hjemmel til å pålegge utlevering av personopplysninger.

Oslo universitetssykehus fikk fullt medhold da Oslo tingrett avsa ny beslutning. Denne beslutningen anket så påtalemyndigheten til lagmannsretten, som også ga Oslo universitetssykehus medhold (2).

Hva betyr kjennelsen?

Kjennelsen slår fast at i en situasjon der helsepersonellet kan bidra til å avverge fare for alvorlig skade på person eller eiendom ved å varsle nødetater, har helsepersonellet plikt til å melde fra. Opplysningsplikten etter helsepersonelloven § 31 vil da gjelde, og helsepersonellet kan straffeforfølges hvis det ikke meldes fra. Dette innebærer at taushetsplikten må vike, fordi hensynet til å verne om liv og helse eller å hindre store materielle skader, vil veie tyngre enn hensynet til taushetsplikten.

Helsepersonelloven § 23.4, derimot, gir opplysningsrett, men ikke plikt: Det er helsepersonellet selv som etter en interesseavveining avgjør om opplysninger skal utleveres eller ikke. Det prinsipielt viktige som ble avklart i den aktuelle dommen, er at dette utelukkende er helsepersonellens avgjørelse. Retten kan ikke overprøve helsepersonellens vurdering om å ikke gi taushetsbelagte opplysninger videre (2).

Mottatt 23.7.2023, første revisjon innsendt 1.10.2023, godkjent 4.10.2023.

HANNE EEG-HENRIKSEN

er advokat MNA og juridisk rådgiver på timebasis i Stab økonomi, juridisk og IKT ved Oslo universitetssykehus.

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

MARTINE ENGER

uxrten@ous-hf.no er ph.d. og overlege ved Skadelegevakten, Ortopedisk klinikk, Oslo universitetssykehus.

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

LITTERATUR

- 1 Helsedirektoratet. Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet. Lest 4.10.2023.
- 2 Lovdata. Borgarting lagmannsrett – Kjennelse: LB-2022-105403. Lest 4.10.2023.

Helsepersonelloven
§ 21 Hovedregel om taushetsplikt Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.
§ 23.4 Begrensninger i taushetsplikten Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.
§ 31 Opplysninger til nødetater Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.



JARDIANCE® BIDRAR TIL BESKYTTELSE¹



Til voksne pasienter med:

KRONISK NYRESVIKT (CKD)

reduserer risikoen for det kombinerte primærendepunkt for CV-død eller progresjon av nyresykdom¹

HJERTESVIKT

reduserer risikoen for det kombinerte primærendepunkt for CV-død eller sykehusinnleggelse for HF¹

DIABETES TYPE 2

reduserer risikoen for 3P-MACE og CV-død hos pasienter med diabetes type 2 og kardiovaskulær sykdom¹

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

Jardiance® (empagliflozin)

Indikasjoner: *Diabetes mellitus type 2:* Til voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet. Gis som monoterapi når metformin er uegnet pga. intoleranse, eller i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes. *Hjertesvikt:* Til voksne med symptomatisk kronisk hjertesvikt. *Kronisk nyresvikt:* Til voksne med kronisk nyresvikt. **Dosering:** *Diabetes mellitus type 2: Monoterapi og kombinasjonsbehandling:* Anbefalt startdose er 10 mg 1 gang daglig. Hos pasienter som trenger strengere glykemisk kontroll, tolererer 10 mg 1 gang daglig, og med eGFR ≥ 60 ml/minutt/1,73 m², kan dosen økes til 25 mg 1 gang daglig. Maks. daglig dose er 25 mg. *Hjertesvikt og kronisk nyresvikt:* Anbefalt dose er 10 mg 1 gang daglig. *Alle indikasjoner:* Ved kombinasjon med sulfonylurea eller insulin kan lavere dose av sulfonylurea eller insulin vurderes for å redusere risikoen for hypoglykemi. *Nedsatt leverfunksjon:* Dosejustering er ikke nødvendig. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. begrenset erfaring. *Nedsatt nyrefunksjon:* Det anbefales ikke å initiere behandling ved eGFR < 20 ml/minutt/1,73 m² pga. begrenset erfaring. Daglig dose er 10 mg ved eGFR < 60 ml/minutt/1,73 m². Hos pasienter med diabetes mellitus type 2 er glukosesenkende effekt av empagliflozin redusert hos pasienter med eGFR < 45 ml/minutt/1,73 m², og sannsynligvis fraværende hos pasienter med eGFR < 30 ml/minutt/1,73 m². Hvis eGFR synker til < 45 ml/minutt/1,73 m², bør annen glukosesenkende tilleggsbehandling vurderes ved behov. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** *Ketoacidose:* Ketoacidose, inkl. livstruende og fatale tilfeller, er sett ved behandling med SGLT2-hemmere, inkl. empagliflozin. Ved mistenkt eller diagnostisert ketoacidose skal empagliflozin seponeres umiddelbart. *Større kirurgiske inngrep eller akutte, alvorlige sykdommer:* Behandling skal avbrytes. *Risiko for volumdepleksjon:* Forsiktighet bør utvises hos pasienter hvor blodtryksfall kan utgjøre en risiko. (Pasienter > 75 år kan ha økt risiko for volumdepleksjon. *Komplisert urinveisinfeksjon:* Midlertidig behandlingsavbrudd bør vurderes. **Utvalgte bivirkninger:** *Svært vanlige (> 10 %):* Hypovolemi, Hypoglykemi (ved bruk med sulfonylurea eller insulin). *Vanlige (1-10 %):* Forstoppelse, Kløe (generell), utslett, Urinveisinfeksjon (inkl. pyelonefritt, urosepsis, Vaginal candidiasis, vulvovaginit, balanitt og andre genitale infeksjoner, Økt urinering), Tørste, Økte serumlipider. *Mindre vanlige (0,1-1 %):* Angioødem, urtikaria, Dysuri, Ketoacidose, Økt hematokrit, økt serumkreatinin/ redusert GFR. *Sjeldne (0,01-0,1 %):* Fourniers gangren. *Svært sjeldne ($< 0,01$ %):* Tubulointerstisiell nefritt. **Legemiddelform:** Tabletter, filmdrasjerte. **Pakninger og priser:** 10 mg: 30 stk.(blist), 482,20 kr. 10 mg: 90 stk.(blist), 1315,40 kr. 25 mg: 30 stk.(blist), 551,70 kr. 25 mg: 90 stk.(blist), 1527,00 kr. **Refusjonsberettiget bruk:** Som tillegg til annen blodsukkersenkende behandling ved diabetes type 2 (unntatt GLP-1-analoger). Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med ejeksjonsfraksjon (EF) mindre eller lik 40 % bestemt ved ekkokardiografi, angiografi, myokardscintigrafi, computertomografi (CT) eller magnettomografi (MR). Refusjon for behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med ejeksjonsfraksjon over 40 % samt av kronisk nyresvikt foreligger foreløpig ikke. **Refusjonskode:** ICPC: K77 Hjertesvikt, T90 Diabetes type 2; ICD: E11 Diabetes mellitus type 2, I50 Hjertesvikt. **Vilkår:** 264 Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår glykemisk kontroll på behandling med metformin. Pasienter med etablert hjerte- og karsykdom og/eller nyresykdom kan starte med SGLT2 hemmer i kombinasjon med metformin som førstevalg. **Reseptgruppe:** C. **Kontaktopplysninger:** Boehringer Ingelheim Norge KS, Hagaløkkveien 26, Postboks 405, 1383 Asker. Telefon: 66 76 13 00. E-post: medinfo.no@boehringer-ingelheim.com, www.boehringer-ingelheim.no. **Dato for utforming av reklamen:** 18.08.2023. **Se Felleskatalogen for full preparatomtale:** <https://www.felleskatalogen.no/> medislin/jardiance-boehringer-ingelheim-590471

Reference 1. JARDIANCE® (empagliflozin) SPC, 24.07.2023, avsnitt 4.1, 4.2, 4.4, 4.8 og 5.1.

PC-NO-101944/ 21.08.2023

Partnervold går på helsa løs

Det er urovekkende vanlig å bli utsatt for alvorlig vold fra partner. Mange utvikler helseplager etter vold og overgrep. En betydelig andel som rammes, vil trenge helsehjelp.

I februar 2023 publiserte Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS, resultatene fra den andre nasjonale omfangsstudien om vold og overgrep i Norge (1). En trist konklusjon fra undersøkelsen var at forekomsten av partnervold fortsatt er høy, og at det å bli utsatt for vold og overgrep fra partner fortsatt er nokså vanlig i Norge. I undersøkelsen ble et tilfeldig og landsrepresentativt utvalg på over 4000 menn og kvinner mellom 18 og 74 år oppringt og spurt om sin erfaring med ulike typer av vold, inkludert partnervold. Kjæresten, samboere, ektefeller og eks partnere ble regnet som partnere.

Vold i parforhold kan ta mange former, ofte inndelt i psykisk vold, fysisk vold og seksuell vold. Den psykiske volden i parforhold har ofte et sterkt element av kontroll i seg, og ofte utsettes partner for flere typer vold gjentatte ganger.

Viktige funn i undersøkelsen er at like store andeler menn som kvinner hadde blitt utsatt for en eller annen form for fysisk partnervold, men at langt flere kvinner hadde vært utsatt for alvorlig vold (11 % mot 3 %). Dette er i samsvar med andre studier som finner at kvinner rammes av den mest alvorlige og gjentakende partnervolden (2). I tillegg oppga 5 % av kvinnene, men kun et fåtall menn, at partner hadde tvunget dem til seksuell omgang ved bruk av fysisk makt eller alvorlige trusler. Menn opplevde imidlertid kontroll og overvåkning fra partner i samme grad som kvinner. Over en tredjedel av både kvinner og menn hadde opplevd en eller annen form for kontroll i parforholdet.

En tilsvarende undersøkelse ble gjennomført i 2014 (3). Sammenlignet med denne er forekomsttallene for alvorlig fysisk partnervold for kvinner nå økende. Andelen kvinner i aldersgruppen 18–29 år som rapporterte alvorlig partnervold, er doblet sammenliknet med 2014-studien. Dette samsvarer med trender fra SSBs Livskvalitetsundersøkelse fra 2022 (4). Det har også vært en økning i voldsanmeldelser og anmeldte seksuallovbrudd det siste tiåret (5).

Sten til byrden

Vold i nære relasjoner er oftest skjult og gjentakende. Overlapp mellom ulike former for partnervold var betydelig, og det pekte seg ut en særlig utsatt gruppe (ca. 3 %) som lever i parforhold med både alvorlig fysisk vold, seksuell vold og gjennomgripende kontrollatferd fra partner. Dette er også kjent fra tidligere studier (6–8). Kontroll fra partner kan være spesielt alvorlig om den opptrer samtidig med alvorlig fysisk vold, da kontrollen oppleves som særlig truende når partneren også er fysisk voldelig. I undersøkelsen fremkommer det at de fleste som har vært utsatt for alvorlig fysisk vold fra partner, også har opplevd en eller annen form for kontrollatferd fra partner.

Undersøkelsen så også på sammenhengen mellom barndomsvold og ny vold som voksen, og fant at personer utsatt for vold i barndommen, hadde økt risiko for å oppleve vold som voksen. Personer utsatt for flere typer vold som barn, var spesielt sårbar for dette, men volden man opplevde som voksen, var ikke nødvendigvis av samme type man opplevde som barn. Dette impliserer at de som opplever pågående partnervold, også kan ha opplevd vold tidligere, og strever med konsekvenser fra tidligere erfaringer. Dette har betydning for utvikling av helseproblemer og hvilken støtte og hjelp disse pasientene trenger.

Folkehelse- og kvinnehelseproblem

Både menn og kvinner som hadde opplevd alvorlig partnervold og kontrollerende atferd fra partner, rapporterte angst, depresjon og posttraumatiske stresssymptomer. Ikke overraskende var det klart at jo mer vold deltakerne var utsatt for, jo høyere symptomtrykk. I tillegg viste undersøkelsen tydelig at de som hadde opplevd vold både i barndommen og som voksne, hadde mer plager enn andre. Dette samsvarer med annen forskning som har vist at personer som har opplevd vold både som barn og voksne, har dårligere helse, problemer med sosiale relasjoner og økt forekomst av rusproblemer (9, 10). Studier har også vist at

partnervold fører til redusert fysisk helse (11). Vold og overgrep utgjør i dag et reelt folkehelseproblem. Siden kvinner i større grad utsettes for de mest helseskadelige formene for vold (12), bør dette også sees på som et kvinnehelseproblem.

Det er fremdeles et mindretall av voldsutsatte som oppsøker helsehjelp i akuttfasen etter hendelsen. Samtidig vet vi at vold og overgrep øker risikoen for langvarige og alvorlige helseproblemer (8–11). En nylig rapport fra Menon Economics på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet anslo de samfunnsmessige kostnadene av vold i nære relasjoner til 92,7 milliarder kroner, der 58 % ble knyttet til tap av liv og helsemessig livskvalitet (13). Dermed er det mye å hente både for den utsatte og for samfunnet om tidligere helsehjelp kan forebygge langtidskonsekvenser av vold og overgrep, og resultatene fra undersøkelsen viser at det er potensial for å nå ut til langt flere utsatte tidlig, enn det vi gjør i dag.

Vå å spørre

Leger må være oppmerksomme på tegn på vold, og våge å spørre om relasjonelle forhold. I tillegg til skader med mangelfull forklaring eller skader som kommer sent til behandling, vil forhold som gjentatte besøk uten avklart diagnose, hyppig bruk av legevakst og dårligere respons på behandling, kunne være relatert til vold. Videre bør en for eksempel være oppmerksom dersom pasienten ikke møter alene til undersøkelse eller ofte ikke møter til konsultasjoner. Partnervold medvirker også til et stort spekter av psykiske symptomer og har sammenheng med rus- og alkoholproblemer.

Tegnene på vold kan altså være mange, og foruten enkelte skader er de ikke spesifikke. Det er derfor viktig å tenke på vold som mulig årsak til helseproblemer på lik linje med andre risikofaktorer. Gode råd for hvordan en kan snakke med pasienter om vold, og utdypende informasjon om risikofaktorer og tegn er å finne i «Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner» (14). For gravide er det anbefalt i nasjonal faglig retningslinje at helsepersonell spør om både tidligere og nåværende voldserfaringer (15).

Skjevheter i studien

Selv om studien er basert på et stort tilfeldig utvalg av den norske befolkningen, var det kun 26 % av de inviterte som takket ja til



Illustrasjon: Tidsskriftet

å delta i studien. Dette gir mulighet for skjevheter i utvalget. Tidligere studier tyder på at studiedeltakere antakeligvis underreporterer vold i større grad enn de overreporterer (16), men dette kan ha endret seg. Siden forrige undersøkelse har det vært mer åpenhet rundt vold og overgrep. Det har blant annet vært stor internasjonal oppmerksomhet knyttet til utsatthet for seksuell vold med #metoo-kampanjen som startet i 2017, og den offentlige diskusjonen om overgrep som har fulgt, pågår fremdeles. Det er ikke usannsynlig at dette har fått mange til å reflektere rundt egne opplevelser, og påvirket motivasjonen til å dele slike opplevelser blant de utsatte. Studien kan også ha blitt oppfattet som mer relevant for de med voldserfaringer, og at det dermed var økt vilje til deltakelse blant utsatte. Dette kan gi høye forekomsttall. Som et proxy-mål

for villigheten til å delta i studien, ble antall oppringninger til deltakerne registrert, uten at det ble funnet signifikante forskjeller mellom personer som var utsatt for vold sammenliknet med ikke-voldsutsatte, men dette er ikke tilstrekkelig for å utelukke en slik effekt (1). På den andre siden vet vi at forekomsten av voldserfaringen er høyere i marginaliserte grupper, og at de er vanskeligere å nå i befolkningsstudier. Vektete analyser der det ble tatt hensyn til utdannelsenivå og sivilstatus ga imidlertid ingen vesentlige forskjeller i forekomstestimatene (1).

Trenden kan snus

Selv om den aktuelle undersøkelsen har noen svakheter, tydet resultatene på at det rapporterte omfanget av alvorlig vold i parforhold har økt i Norge det siste tiåret,

og at den rapporterte økningen i størst grad har rammet yngre kvinner. Resultatene kan dermed tyde på at de tiltak og handlingsplaner som har blitt innført, ikke har hatt ønsket virkning på omfanget av partnervold. Spesielt bør det tas på alvor at personer som har vært utsatt i barndommen, ikke har vært godt nok beskyttet mot ny vold og krenkelser. Likefullt gir økt bevissthet om vold og overgrep, slik vi har sett de siste årene, håp om at trenden kan snus. Bedre og tidlig ivaretagelse av de som blir utsatt, kan redusere konsekvensene. For leger og helsepersonell vil det å kjenne igjen vold som mulig årsak til symptomer og plager, være viktig for å tilby riktig hjelp. Vi har også lovpålagt plikt til å avverge, og når barn blir berørt, skal vi melde fra til barnevernet.

Mottatt 16.8.2023, godkjent 6.9.2023.

MIA CATHRINE MYHRE

mia.myhre@nkvt.no

er barnelege og seniorforsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hun er også overlege ved Barneintensiv og Nyfødtintensiv avdeling ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er faglig ansvarlig for nettstedet «Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner», som er utviklet på oppdrag fra og finansiert av Helsedirektoratet.

MARIA TERESA GRØNNING DALE

er seniorforsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, og leder av Omfangstudien 2023. Hun er også førsteamanuensis i psykologi ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun var leder av omfangstudien som omtales. Denne var finansiert av Justis- og beredskapsdepartementet.

LITTERATUR

- 1 Dale MTG, Aakvaag HF, Strøm IF. Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen. Lest 6.9.2023.
- 2 Bjørnholt M, Hjemdal OK. Measuring violence, mainstreaming gender; does adding harm make a difference. J Gend Based Violence 2018; 2: 465–79.
- 3 Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Lest 6.9.2023.
- 4 Barstad A. Negative livshendelser - hvem rammes mest? SSB Analyser 2022/6 14.9.2022. Lest 30.6.2023.
- 5 Reneflot A, Stene-Larsen K, Myklestad I. Vold og seksuelle overgrep. Lest 6.9.2023.
- 6 Bjørnholt M, Helseth H. Vold i parforhold - kjønn, likestilling og makt. Lest 6.9.2023.
- 7 Skjorten K, Bakketeig E, Bjørnholt M et al. Vold i nære relasjoner: Forståelser, konsekvenser og tiltak. Oslo: Universitetsforlaget, 2019.
- 8 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. World report on violence and health. Lest 6.9.2023.
- 9 Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. Lancet Psychiatry 2017; 4: 159–70.
- 10 Aakvaag HF, Strøm IF. Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen. Lest 6.9.2023.
- 11 Stubbs A, Szoek C. The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. Trauma Violence Abuse 2022; 23: 1157–72.
- 12 Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013; 27: 3–13.
- 13 Pedersen S, Johnsen PFF, von Hanno IL et al. Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner. Lest 6.9.2023.
- 14 NKVTS. Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. Lest 30.6.2023.
- 15 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Lest 15.8.2023.
- 16 Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45: 260–73.



Abonner på Tidsskriftets nyhetsbrev

HOLD DEG OPPDATERT

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.

 Tidsskriftet



UNDERERNÆRTE TRENGER BEHANDLING

Underernæring er en tilstand det er lett å overse og som oftere burde behandles. Manglende matlyst og problemer med å spise er utbredt blant pasienter med kreft, traumer og brudd, hjerte- og lungesykdom, tarmsykdommer og demens. Det samme gjelder gruppen eldre, der det antas at to av fem som mottar hjemmetjenester er underernært eller i risiko for å bli det. Til sammen er flere hundre tusen nordmenn berørt eller i faresonen.

Vektnedgang ved sykdom kan skyldes en kombinasjon av økt forbrenning og lav appetitt. Det kan også være et resultat av behandling som gjør det praktisk vanskelig å få i seg mat på grunn av smerter, medikamentbivirkninger, kvalme, sår i munnen eller svelgevansker.

Samtidig er det viktig å være bevisst på at også overvektige kan være underernærte. Hos dem er tilstanden vanskeligere å oppdage, ikke minst når pasienten selv oppfatter det som positivt å gå ned i vekt. Resultatet blir ofte en forsinket iverksettelse av tiltak.

Omfattende prosedyrer basert på ulike screening-verktøy har hittil gjort det krevende å avdekke risiko og sette i gang tiltak. Helsedirektoratets nye nasjonale retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring har gjort dette lettere, ved å løfte frem kun ett måleverktøy, Malnutrition Screening Tool (MST). Nå holder det å besvare to enkle spørsmål:

- 1. Har pasienten gått ned i vekt de siste 6 mnd, uten å ha gjort forsøk på det?**
- 2. Har pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?**

Stor helsegevinst kan oppnås ved at ernæringsstatus oftere blir et tema i pasientkonsultasjoner. Når risiko for underernæring avdekkes tidlig, kan tiltak settes inn før tilstanden blir alvorlig. I svært mange tilfeller vil slike pasienter dessuten ha rett til medisinsk ernæring på blå resept.

DETTE SKJER VED UNDERERNÆRING

- Risikoen for komplikasjoner øker
- Infeksjonsrisiko øker
- Sykdomsforløpet forlenges
- Rekonvalesensen forsinkes
- Reinnleggelsene i sykehus blir flere
- Liggetiden i institusjon forlenges betydelig
- Livskvaliteten reduseres



Les mer om Malnutrition screening tool (MST) på [Nutricia.no](https://www.nutricia.no)

NUTRICIA
Nutridrink®

Ingen fasit for beregning av overdødelighet

Når observert dødelighet er høyere enn forventet dødelighet, kalles det overdødelighet. Mens observert dødelighet lett kan telles, er det utfordrende å beregne forventet dødelighet. Ulike metoder kan gi til dels store forskjeller i estimater på overdødelighet.

Etter en vedvarende nedgang i dødelighet og økning i forventet levealder som har vart siden andre verdenskrig, rammet den alvorlige koronapandemien Norge i mars 2020. Pandemien har vært en global helsekrise som har medført endringer i dødelighet også ut over de dødsfallene der covid-19 har vært underliggende eller medvirkende dødsårsak (1). Beregninger av overdødelighet er derfor et viktig mål på den byrden pandemien har vært for folkehelsen.

«Forventet dødelighet kan beregnes på ulike måter med ulik grad av kompleksitet, der valg av metode kan ha stor betydning for størrelsen på estimatet»

Under pandemien ble det publisert flere beregninger av overdødeligheten i Norge og andre land. Ettersom det ikke finnes en standardisert måte å beregne overdødelighet på, ga disse sammenligningene til dels svært ulike estimater (2, 3). I juni 2023 publiserte Folkehelseinstituttet sine beregninger av dødelighet og overdødelighet for pandemiårene 2020–22 (4). I denne teksten redegjør vi for valgene som ligger bak disse beregningene og viser hvordan enkle tilnærminger for beregning av overdødeligheten kan gi et feilaktig bilde av utviklingen i dødeligheten under pandemien.

Hvordan beregne forventet dødelighet?

Den store utfordringen med beregninger av overdødelighet under pandemien er i å gi et godt estimat på *forventet dødelighet*, altså hva dødeligheten i Norge ville ha vært i årene 2020–22 dersom pandemien ikke hadde funnet sted. Dødeligheten har vært synkende i flere tiår. Samtidig blir Norges befolkning stadig større, og de store etter-

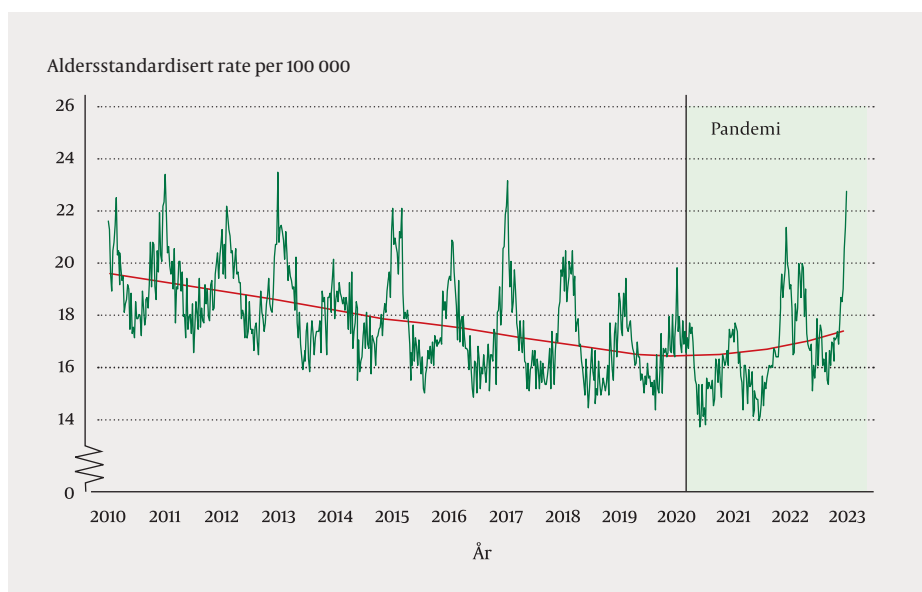
krigskullene har rundt år 2020 nådd en alder hvor dødeligheten øker betraktelig. Mye tyder også på at den sterke nedgangen vi har sett i dødelighet fra hjerte- og karsykdommer er i ferd med å flate ut. I framskrivninger gjort i det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet, basert på data frem til 2019, har man beregnet at dødeligheten i Norge ville snu omtrent rundt år 2020 (5). Det er derfor ikke gitt at vi uten pandemien ville ha sett samme nedadgående trend i dødelighet i 2020–22 som i foregående år.

Forventet dødelighet kan beregnes på ulike måter med ulik grad av kompleksitet, der valg av metode kan ha stor betydning for størrelsen på estimatet. Den enkleste tilnærmingen, som også er intuitivt lettest å forstå, er å kun sammenligne dødelighet i perioden av interesse mot gjennomsnittet av dødeligheten i en referanseperiode. Slike beregninger tar imidlertid ikke hensyn til trender i dødelighetsutviklingen. For å ta

inn dette, kan man for eksempel sammenligne dødeligheten i interesseåret mot den lineære trenden i dødelighet i referanseperioden. Imidlertid er det vist at dødeligheten varierer igjennom året, også i «normalår», med høyest dødelighet i vinterhalvåret (figur 1). Det betyr at en lineær modell ikke vil kunne besvare spørsmål om overdødelighet over kortere tidsperioder, for eksempel per uke eller måned. I situasjoner hvor dødeligheten kan skifte raskt, som under en pandemi, er overvåkning av overdødelighet i kortere tidsintervall av betydning.

Referanseperiode til grunn

En viktig forutsetning for beregning av forventet dødelighet er hvilke år man bruker som referanseperiode. Vanligvis sammenligner man dødeligheten i tidsperioden man er interessert i opp mot dødeligheten i perioder som ligger så nært i tid som mulig. Dette skaper naturlig nok enkelte utfordringer når man skal velge tidsperiode for sammenligning i en pandemi som strekker seg over flere år, og som gir uvanlige endringer i dødelighet. Beregning av forventet dødelighet i 2022 vil gi andre estimater avhengig av om 2020 og 2021 tas inn eller ut av referanseperioden. I internasjonale sammenligninger av overdødeligheten under



Figur 1 Aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 over kalenderuke for hvert år i perioden 2010–22 (glattet over en periode på fire uker). Aldersstandardiseringen er utført ved bruk av Eurostat sin standardpopulasjon, 2013, for å utligne forskjeller i aldersfordeling mellom år. Trendlinje i rødt.

pandemien er det brukt ulike referanseperioder, fra siste år, siste tre år, siste fem år og siste ti år før pandemien. Med en kortere referanseperiode vil akutte eller kortvarige uvanlige endringer i dødelighet, som kraftige influensasjesonger, hetebølger eller terrorangrep, tillegges større vekt enn ved bruk av lengre tidsperioder.

Man kunne også valgt å ta inn andre aspekter i beregningene som påvirker dødeligheten, som kapasiteten i helsevesenet, befolkningens underliggende helsetilstand og vaksinedekning. Slike aspekter har særlig vært inkludert i beregninger som sammenligner overdødelighet mellom land (6, 7).

«For å kunne undersøke hvilken effekt både smittebølgene og mottiltakene har hatt på dødeligheten i disse periodene, må man velge modeller som kan håndtere slike tidsvarierende effekter»

Folkhelseinstituttets beregning

Koronapandemien rammet oss i flere bølger. Myndighetene satte i gang en rekke tidsavgrensede smitteverntiltak for å møte disse. For å kunne undersøke hvilken effekt både smittebølgene og mottiltakene har hatt på dødeligheten i disse periodene, må man velge modeller som kan håndtere slike tidsvarierende effekter.

Vi valgte derfor å ikke bruke enklere tilnærminger som å beregne forventet dødelighet basert på et gjennomsnitt i en referanseperiode eller bruk av en lineær modell, men anvendte såkalte tidsseriemodeller. Disse modellene tar hensyn til sesongvariasjon og trender i dødelighet over tid ved å beregne forventet dødelighet under pandemien basert på trender i dødelighetsutviklingen og sesongvariasjoner i de siste ti årene før pandemien (2010–19). Vi testet fire ulike tidsseriemodeller ved å se på treffsikkerheten i beregninger av forventet dødelighet for perioder der vi hadde observerte data. Tre av disse ga gode resultater under testingen, men treffsikkerheten varierte i ulike tidsperioder mellom modellene. Fremfor å velge én av disse modellene som styrende for estimatet på overdødelighet,

valgte vi derfor å gi det endelige overdødelighetsestimatet som et vektet gjennomsnitt av de enkelte estimatene fra disse tre modellene.

Hvordan presentere resultatene?

Overdødelighet kan presenteres som antall flere dødsfall enn forventet (i form av antall eller rater), eller som prosentvis økning av det forventede målt i antall, dødelighetsrate per 100 000 eller i aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000. Antallet dødsfall alene tar ikke hensyn til størrelsen på befolkningen i Norge og at denne endrer seg over tid. Dødelighetsrate per 100 000 tar hensyn til befolkningens størrelse, men tar ikke hensyn til at vi har blitt flere eldre siden 2010.

Tidligere beregninger har funnet at overdødeligheten for de nordiske landene overestimeres om man kun tar hensyn til endringer i befolkningsstørrelse og ikke til endringer i alderssammensetning, også ved bruk av mer komplekse modeller (8). I rapporten har vi derfor valgt å presentere estimatene som aldersstandardiserte rater for å ta hensyn til at befolkningsstørrelse og aldersfordeling endrer seg over tid. De aldersstandardiserte ratene er så omregnet til antall dødsfall. Vi finner da en overdødelighet på 11,5 % i 2022 (målt som avviket mellom observert og forventet antall dødsfall delt på det forventede antall dødsfall) og 5,2 % i pandemiperioden totalt (2020–22).

Formatet som estimatet presenteres i, har stor betydning for hvordan man fortolker overdødeligheten. Den relative økningen i dødelighet, altså i form av prosent, er interessant fordi den sier noe om hvordan dødeligheten har endret seg innad i ulike grupper. I 2022 finner vi for eksempel overdødelighet i alle aldersgrupper unntatt gruppen 60–69 år. Den prosentvise økningen i dødelighet var størst i aldersgruppen 70–79. Prosentvis økning i dødelighet er imidlertid avhengig av utgangspunktet for dødeligheten. Jo lavere dødelighet i utgangspunktet, jo færre dødsfall skal til for å få en større prosentvis økning i dødelighet. Derfor er det viktig å ha kunnskap om den absolutte dødeligheten, som er mye større blant dem som er 90 år og eldre (rate 24 752 per 100 000 i 2022) enn i aldersgruppen 70–79 år (rate 2 315 per 100 000 i 2022).

Media og befolkningen generelt er også ofte opptatt av antall ekstra dødsfall, blant

annet fordi det gir et bilde på økningen i dødelighet som er intuitivt enkelt å forstå. Av disse fant 90 % sted i befolkningen over 70 år, og vel 10 % var i aldersgruppen 90 år og eldre.

Ulike tilnærminger, ulike svar

I arbeidet med vår rapport har vi testet tre ulike tilnærminger for beregning av forventet dødelighet med eller uten forutsetninger om endringer i befolkningsstørrelse og aldring, med bruk av de foregående tre, fem og ti år som referanseperiode. Detaljer rundt disse testingene er gjengitt i resultatdelen og i vedlegg 2 i rapporten (4). En enkel sammenligning av dødeligheten under pandemien med gjennomsnittet i perioden 2010–19, uten å ta hensyn til endringer i alderssammensetning over tid, gir en overdødelighet i 2022 på 4,8 %, og –0,6 % for hele pandemiperioden (2020–22) sett under ett. Det mye lavere estimatet i denne enkle tilnærmingen sammenlignet med resultatet fra vår hovedmodell, skyldes at den enkle tilnærmingen ikke tar hensyn til at dødeligheten har vært fallende over tid. Til tross for at dødeligheten var høy i 2022, var den fremdeles lavere enn i første halvdel av referanseperioden.

Bruk av en lineær modell der man tar hensyn til både endringer i størrelse og alderssammensetning i befolkningen, gir en overdødelighet på 12,9 % for 2022 og 6,0 % for hele pandemiperioden. Selv om en lineær modell med aldersstandardisering gir forholdsvis likt resultat som i vår hovedmodell, vil en slik modell ikke ta hensyn til sesongvarierende trender i dødeligheten eller besvare spørsmål om status på overdødelighet over kortere tidsperioder.

«Jo lavere dødelighet i utgangspunktet, jo færre dødsfall skal til for å få en større prosentvis økning i dødelighet. Derfor er det viktig å ha kunnskap om den absolutte dødeligheten»

Beregninger av overdødelighet er viktig for å forstå hvordan pandemien har rammet Norge. Samtidig er det ingen fasit på hva

som er den beste fremgangsmåten for å gjøre slike beregninger. I vår rapport har vi hatt som mål å gi et gjennomtenkt og validert estimat. Likevel kan det være forutsetninger vi ikke har inkludert i analysene. Dersom vi hadde valgt andre modeller, kunne dette ha gitt høyere eller lavere estimater enn dem vi har konkludert med.

For at Folkehelseinstituttet skal kunne oppfylle sitt samfunnsoppdrag, er det viktig at kunnskapen vi produserer kommer til nytte for myndigheter, helsevesenet og befolkningen. Vi tilstreber derfor åpenhet rundt våre beregninger og har hele tiden fokus på å kvalitetssikre og forbedre vårt arbeid. Det er ennå for tidlig å si hvordan pandemien

har påvirket dødeligheten i Norge. Videre overvåkning av totaldødelighet og overdødelighet er derfor nødvendig.

Mottatt 4.7.2023, første revisjon innsendt 7.8.2023, godkjent 17.8.2023.

ANN KRISTIN SKRINDO KNUDSEN

er ph.d., psykolog, seniorforsker, avdelingsdirektør og leder for Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGEBORG FORTHUN

ingeborg.forthun@fhi.no
er ph.d. og forsker ved Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CHRISTIAN MADSEN

er ph.d. og seniorforsker ved Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

1

WHO. International guidelines for certification and classification (coding) of covid-19 as cause of death. Lest 17.8.2023.

2

Kepp KP, Björk J, Kontis V et al. Estimates of excess mortality for the five Nordic countries during the COVID-19 pandemic 2020-2021. Int J Epidemiol 2022; 51: 1722–32.

3

Nepomuceno MR, Klimkin I, Jdanov DA et al. Sensitivity Analysis of Excess Mortality due to the COVID-19 Pandemic. Popul Dev Rev 2022; 48: 279–302.

4

Knudsen AKS, Madsen C, Forthun I et al. Dødelighet i Norge under koronapandemien 2020-2022. Lest 17.8.2023.

5

Folkehelseinstituttet. Folkehelserapportens temautgave 2022. Framtidens utfordringer for folkehelsen. Lest 17.8.2023.

6

Masselot P, Mistry M, Vanoli J et al. Excess mortality attributed to heat and cold: a health impact assessment study in 854 cities in Europe. Lancet Planet Health 2023; 7: e271–81.

7

French G, Hulse M, Nguyen D et al. Impact of hospital strain on excess deaths during the COVID-19 pandemic-United States, july 2020-july 2021. Am J Transplant 2022; 22: 654–7.

8

Kepp KP, Björk J, Emilsson L et al. The contribution of population age-sex structure to the excess mortality estimates of 2020-2021 in Denmark, Finland, Iceland, Norway, and Sweden. SSM Popul Health 2023; 22: 101377.



Denne uken går 85 land sammen for å øke bevisstheten om bivirkninger i kampanjen MedSafetyWeek (1). Initiativet kommer fra Uppsala Monitoring Centre (UMC) som samarbeider med WHO for å fremme pasientsikkerhet ved bruk av legemidler.

Når pasienter får plager som ikke enkelt kan forklares, og samtidig bruker legemidler, er det viktig å vurdere om det er grunn til å mistenke bivirkninger. I en studie fra 2022 fant man at i underkant av 20 % av alle innleggelser på akuttmodtaket på Diakonhjemmet sykehus skyldtes bivirkninger og feilbruk av legemidler (2).

Helsepersonell har meldeplikt ved mistanke om at ett eller flere legemidler har gitt:

- dødelige eller livstruende bivirkninger,
- bivirkninger som har gitt varige alvorlige følger, eller
- uventede eller nye bivirkninger som ikke omtalt i preparatomtalen

Din melding er viktig

Norske legemiddelmyndigheter er avhengig av at helsepersonell fungerer som våre «øyne og ører» for å kunne fange opp signaler om mulige bivirkninger som må undersøkes nærmere. Meldinger fra helsepersonell spilte en avgjørende rolle i arbeidet med bivirkningsovervåking i forbindelse med koronavaksinerings (3,4).

Meld via melde.no

Melde.no er en felles meldeportal der helsepersonell kan melde fra om bivirkninger og andre uønskede hendelser til flere meldeordninger samtidig.

Ikke overlat til pasienten å melde

Leger har en viktig rolle i overvåkingen av bivirkninger. De har kunnskap om hvilke opplysninger som er relevant for bivirkningsmeldingen og kan gi presise beskrivelser av symptomer.

Din melding bidrar til tryggere legemiddelbruk. Husk at mistanke er nok. Meld heller en gang for mye enn en gang for lite!

Referanser:

1. <https://who-umc.org/pharmacovigilance-communications/medsafetyweek/> 2. Nymoen, L.D., Björk, M., Flatebø, T.E. et al. Drug-related emergency department visits: prevalence and risk factors. Intern Emerg Med 17, 1453–1462 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11739-022-02935-9> 3. <https://legemiddelverket.no/nyheter/nytt-om-legemidler-nr-3-2023> 4. <https://tidsskriftet.no/2023/03/bivirkninger-skal-meldes-pa-mistanke>



Legemiddelbivirkninger - ut fra mørket og inn i preparatomtalen?

RELIS arrangerer webinar for helsepersonell om underrapportering av bivirkninger onsdag 8. november fra 11:00 til 13:00.

Arrangementet er en del av #MedSafetyWeek der temaet er «Who can report». Formålet er å stimulere helsepersonell til å melde dersom de mistenker bivirkninger ved legemiddelbruk.

På webinarer møter du Kaveh Rashidi, sykehuslege Ole Martin Steihaug, Gunnar Rimul fra Statens legemiddelverk og Gro Evensen fra Folkehelseinstituttet.

Webinaret er gratis og skjer via Teams.

Bruk denne koden hvis du vil melde deg på eller se opptaket.



Strålekniv kun ved vestibularisschwannom som vokser



To av forskerne bak V-REX-studien, Morten Lund-Johansen (til venstre) og førsteforfatter Dhanushan Dhayalan.
Foto: Øystein Vesterli.

Tidlig behandling med strålekniv på små og mellomstore vestibularisschwannomer gir signifikant mindre svulster, men ingen klinisk gevinst.

Vestibularisschwannomer, tidligere kalt akustikusnevrinomer, er godartede svulster som utgår fra Schwann-celler rundt den åttende hjernenerven. De utgjør ca. 8–10 % av alle intrakraniale svulster. Livstidsprevalensen er estimert til 1 per 500 personer. Selv om vestibularisschwannomer er godartede, gjør beliggenheten at selv små svulster kan gi hørselstap, tinnitus, svimmelhet og ustøhet.

Behandlingsalternativene er kirurgisk fjerning, stereotaktisk strålekniv eller aktiv

overvåkning med regelmessige MR-undersøkelser og kliniske kontroller. Store svulster vil som regel behøve kirurgi, men for små og mellomstore svulster er det ingen konsensus om hvilken strategi som er best, og klinisk praksis varierer mye.

V-REX-studien, en norsk studie som nylig er publisert i tidsskriftet JAMA, er den første randomiserte studien om behandling av vestibularisschwannom (1). 100 pasienter med nyopptaget svulst under 2 cm i diameter ble randomisert til enten tidlig strålekniv ($n = 50$) eller aktiv overvåkning, der man kun behandlet svulster som vokste ($n = 50$). Deltakerne ble kontrollert årlig i fire år med kliniske undersøkelser, MR, audiovestibulære tester og spørreskjema. Primærendepunktet var endring i tumorvolum, og det var 26 sekundære kliniske

endepunkter, blant annet hørselstap og livskvalitet.

98 av 100 pasienter fullførte studien. 44 % av pasientene med aktiv overvåkning fikk behandling i studieperioden, mens de resterende 56 % hadde svulster som ikke viste tegn til vekst. Pasientene som fikk tidlig stråleknivbehandling, hadde signifikant mindre svulster etter fire år sammenliknet med dem som kun fikk slik behandling ved påvist vekst. Det var imidlertid ingen kliniske gevinster av tidlig stråleknivbehandling. Studien viste at pasientene har dårligere hørsel med årene uavhengig av behandlingsstrategi. Det var heller ingen forskjell mellom gruppene i balansefunksjon eller livskvalitet.

– Vår studie er den første randomiserte studien som viser stråleknivens effekt

på størrelsesreduksjon, sier Dhanushan Dhayalan, som er forsker ved Nasjonal behandlingstjeneste for vestibularis-schwannom ved Haukeland universitets-sjukehus og studiens førsteforfatter.

– Tidlig behandling med strålekniv er klart bedre enn aktiv overvåkning hva gjelder størrelsesreduksjon, men vi fant ingen kliniske gevinster av slik behandling. Vi anbefaler aktiv overvåkning ved små og mellomstore svulster og behandling kun ved tegn til vekst av svulsten. Resultatene fra denne studien støtter denne strategien, samtidig om den viser at behandling med strålekniv er en trygg og effektiv behandlingsmodalitet for vestibularisschwannomer som vokser, sier Dhayalan.

Forskningsgruppen ved Nasjonal behandlingstjeneste for vestibularisschwannom består av leger og sykepleiere ved Nevrokirurgisk avdeling og Øre-nese-hals-avdelingen. Legene som leder forskningsaktiviteten, er alle involvert i pasientbehandlingen.

De fleste pasienter som diagnostiseres med vestibularisschwannom i Norge, blir henvist til behandlingstjenesten, som i 2022 mottok 191 nye henvisninger. Det høye antallet gjør det mulig å utføre studier som det ellers er vanskelig å få til, blant annet rundt pasientrapportert livskvalitet, svulsters naturlige forløp og svulsters genetiske profil.

Forskningsgruppen har siden 2012 hatt samarbeid med en tilsvarende gruppe ved Mayoklinikken i Rochester, Minnesota, og har siden 2005 publisert nærmere 40 vitenskapelige artikler. Åtte leger i gruppen har disputert.

SYNNE MUGGERUD SØRENSEN TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Dhayalan D, Tveiten ØV, Finnkirk M et al. Upfront radiosurgery vs a wait-and-scan approach for small- or medium-sized vestibular schwannoma: The V-REX Randomized Clinical Trial. JAMA 2023; 330: 421–31.

Flere selvmord under hetebølger



Illustrasjonsfoto: helivideo/iStock. Tilpasset av Tidsskriftet

Høy og ustabil utendørstemperatur forverrer psykiske lidelser og fører til flere selvmord, ifølge en ny oversiktsartikkel.

Menneskeskapte klimaendringer skaper flere og kraftigere hetebølger. Er det en sammenheng mellom utendørstemperatur og psykisk helse? Dette spørsmålet er forsøkt besvart i en oversiktsartikkel basert på 114 kvalitative og kvantitative studier (1).

Temperatursvingninger og hetebølger økte risikoen for selvmord og selvmordsatferd og for akutthenvendelser for psykisk sykdom. En grads økning i gjennomsnittlig daglig temperatur var assosiert med 1,7 % flere selvmord, og under hetebølger økte antall sykehusinnleggelser for psykiske lidelser med nesten 10 %. Komfortabelt vær var assosiert med psykisk velvære. Selv om datamaterialet på flere områder var svakt, viser analysen at det trengs mer forskning på temperatursvingningers innvirkning på psykisk helse.

– Det har lenge vært mistanke om at hetebølger kan ha negativ innvirkning på psykisk helse, særlig på suicidalitet, sier Knut Mork Skagen, som er barne- og ungdomspsykiater og styreleder i Legenes klimaksjon.

– Kunnskap om en slik sammenheng kan være viktig for planlegging av forebyggende tiltak og akuttberedskap, sier han.

– Forskerne bak denne studien har gjort en formidabel innsats for å trekke slutninger fra et uoversiktlig forskningsfelt, som i stor grad er preget av uklare begreper og ulike studiedesign. Andre studier tyder på at varmere vær også kan gi mer impulsiv og voldelig atferd, men i denne studien var atferdstilstander ikke tatt med, påpeker Skagen.

AMANDA HYLLAND SPJELDNÆS
TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Thompson R, Lawrance EL, Roberts LF et al. Ambient temperature and mental health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Planet Health 2023; 7: e580–9.

VOCABRIA
cabotegravir suspension for injection

+

REKAMBYS
rilpivirine suspension for injection

Vocabria og Rekambys er bare i kombinasjon indisert til behandling av hiv-infeksjon hos voksne som er virologisk supprimert* på et stabilt antiretroviralt regime uten eksisterende eller tidligere tegn på viral resistens mot, og ingen tidligere virologisk svikt, med legemidler i NNRTI- og INI-gruppene.

Hiv-behandling som administreres ved injeksjon hver 2. måned!



Vocabria + Rekambys er et alternativ ved utfordringer med daglig tablettbehandling¹

*Hiv-1 RNA < 50 kopier/ml

VOCABRIA + REKAMBYS behandling kan startes og tolerabiliteten vurderes med enten tabletter eller depotinjeksjon. Ved oral startbehandling skal én kabotegravir 30 mg tablett tas sammen med én rilpivirin 25 mg tablett én gang daglig i ca. én måned (minst 28 dager), etterfulgt av innledende injeksjon. Følg doseringsanvisning i preparatomtalene nøyaktig. *Tabletter:* Når kabotegravir tas samtidig med rilpivirin, skal de tas sammen med et måltid. *Injeksjon:* i.m i ventrogluteal (anbefalt) eller dorsogluteal muskel. Skal administreres av helsepersonell. For instruksjoner om administrasjon, se pakningsvedlegget.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

- *Overfølsomhetsreaksjoner* med Vocabria i form av utslett, konstitusjonelle funn og noen ganger organsvekkelse, inkl. leverskade, er rapportert. Seponeres umiddelbart ved mistanke om overfølsomhetsreaksjon.
- *Levertoksisitet* med Vocabria er sett hos et begrenset antall pasienter med eller uten kjent preeksisterende leversykdom. Overvåkning av kjemiske leverprøver anbefales, og seponer Vocabria ved mistanke om levertoksisitet.
- Rekambys er ikke anbefalt og Vocabria brukes med forsiktighet hos pasienter med *alvorlig nedsatt leverfunksjon*.
- Hos pasienter med *alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresykdom*, skal kombinasjon av Rekambys og en sterk CYP3A-hemmer kun brukes dersom fordelene oppveier risikoen. Ikke undersøkt hos pasienter med terminal nyresvikt som mottar nyreerstattende behandling, brukes med forsiktighet.
- Vocabria er kontraindisert ved *samtidig bruk* med rifampicin, rifapentin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin eller fenobarbital.
- Rekambys er kontraindisert ved *samtidig bruk* med karbamazepin, okskarbazepin, fenobarbital, fenytoin, rifabutin, rifampicin, rifapentin, systemiske glukokortikoidet deksametason, unntatt som enkeltdosebehandling, johannesurt (*Hypericum perforatum*).
- Rekambys skal brukes med forsiktighet ved samtidig administrasjon av et legemiddel med kjent risiko for *torsade de pointes*.
- *Tabletter:* Antacider som inneholder polyvalente kationer, anbefales tatt minst 2 timer før og 4 timer etter.

Virologisk svikt: Baseline faktorene arkivert rilpivirin resistensmutasjoner, hiv-1 subtype A6/A1, eller KMI ≥ 30 kg/m² kan være assosiert med økt risiko for virologisk svikt. Det må utvises forsiktighet hos pasienter med disse faktorene, og ved ufullstendig eller usikker behandlingshistorie uten resistensanalyser før behandling.

Seponering: Etter ev. seponering må et alternativt, fullstendig suppressivt, antiretroviralt regime etableres senest to måneder etter siste injeksjon.

De hyppigst rapporterte bivirkningene med injeksjoner annenhver måned var reaksjoner på injeksjonsstedet (76 %), hodepine (7 %) og pyreksi (7 %).

Les preparatomtalene for Vocabria + Rekambys før forskrivning.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Reseptgruppe C

Pakninger og maksimalpriser: VOCABRIA Injeksjon: 3 ml (hettegl.) 17302,80 kr. Tabletter: 30 stk. (boks) 9390,90 kr
REKAMBYS 3 ml (hettegl.) 7118,70 kr. Refusjon: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonal faglig retningslinje 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. Fra 01.05.2021 har Beslutningsforum innført Vocabria i kombinasjon med rilpivirin-injeksjon (Rekambys) til behandling av hiv-infeksjon hos voksne som er virologisk suppressert på et stabilt antiretroviralt regime og som er motivert for behandling, men som har utfordringer med daglig tablettbehandling. Vocabria + Rekambys inngår i Sykehusinnkjøps anbefalinger for antiretroviral behandling av hiv i perioden 01.12.2022-30.11.2024.

Referanse: 1. Beslutning i Beslutningsforum for nye metoder (22.03.2021)
(<https://nyemetoder.no/metoder/kabotegravir-vocabria>, sett 27.02.23).

REKAMBYS (rilpivirine long acting), including the trademark, is owned by the Janssen Pharmaceutical Companies and used under license by the ViiV Healthcare group of companies. All other trademarks are owned by the ViiV Healthcare group.

©2023 ViiV Healthcare group of companies or its licensor.

Mai 2023, PM-NO-CBR-JRNA-230001



Getting ahead of HIV together

ANDREA J. RICHARDSEN
andrea_jonsdottir@hotmail.com
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

MONICA CHAHAL-KUMMEN
Senter for sykkelig overvekt
Oslo universitetssykehus
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

JON A. KRISTINSSON
Senter for sykkelig overvekt
Oslo universitetssykehus

TORGEIR THORSON SØVIK
Senter for sykkelig overvekt
Avdeling for gastro- og barnekirurgi
Oslo universitetssykehus

INGER ELISABETH LØKKEN ERIBE
Senter for sykkelig overvekt
Oslo universitetssykehus

TOM MALA
Senter for sykkelig overvekt
Oslo universitetssykehus
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Avdeling for gastro- og barnekirurgi
Oslo universitetssykehus

Gastrisk bypass med én anastomose ved sykkelig overvekt

BAKGRUNN

Mini-gastrisk bypass er en ny kirurgisk metode i behandlingen av sykkelig overvekt. Metoden ble innført ved Oslo universitetssykehus i 2016.

MATERIALE OG METODE

Vi utførte en retrospektiv analyse av prospektivt innsamlede data med to års oppfølging etter mini-gastrisk bypass i perioden 1.3.2016–1.4.2021.

RESULTATER

Totalt 241/1 611 (15 %) pasienter operert ved Senter for sykkelig overvekt i femårsperioden ble operert med mini-gastrisk bypass. 147/241 (61 %) oppfylte inklusjonskriteriene, og 125/147 (85 %) ble inkludert i studien. Gjennomsnittsalderen var 47,4 år (standardavvik 10,7),

81/125 (64,8 %) var kvinner. Gjennomsnittsvekt var 134 (25) kg før og 90 (20) kg etter operasjon. Totalt gjennomsnittlig vekttap to år etter kirurgi var 33,1 % (9,1). Før kirurgi og to år etter hadde henholdsvis 20,0 % og 27,2 % gastroøsofageal refluks, 38,3 % og 8,8 % diabetes type 2 og 84,8 % og 44,0 % dyslipidemi. Totalt utviklet 12 % anemi, 6,3 % jernmangel og 23,1 % vitamin D-mangel. Tidlige (< 30 dager) komplikasjoner ble registrert hos 6/125 (4,8 %) pasienter og sene (> 30 dager) hos 7/125 (5,6 %) pasienter. Resultatene var sammenlignbare med alle kvalitetsindikatorene i norsk register for fedmekirurgi.

FORTOLKNING

Mini-gastrisk bypass kan utføres med få komplikasjoner og med gunstig effekt på følgesykdommer opptil to år etter kirurgi.

HOVEDFUNN

Bruk av mini-gastrisk bypass hadde sammenlignbare resultater med andre etablerte metoder for fedmekirurgi i Norge belyst ved nasjonale kvalitetsindikatorer.

Studien viste gjennomsnittlig total vekttnap på 33,1 % etter mini-gastrisk bypass.

Forekomsten av diabetes type 2 ble redusert fra 38,3 % til 8,8 %, og forekomsten av dyslipidemi fra 84,8 % til 44,0 % to år etter kirurgi.

Det var store individuelle variasjoner i totalt vekttnap (10–50 %) etter operasjonen.

Fedme defineres som kroppsmasseindeks (BMI) > 30 kg/m² og er en global helseutfordring (1). I Norge har prevalensen av fedme hos voksne økt fra 8 % for menn og 13 % for kvinner i 1984 til henholdsvis 25 % og 20 % i 2019. Prevalensen av overvekt og fedme hos norske barn under ni år er 15–20 % (2).

Fedme gir økt risiko for blant annet diabetes type 2, høyt blodtrykk, obstruktiv søvn-åpne og hjerte- og karsykdommer. Tilsvarende øker risikoen for muskel- og skjelettplager, enkelte kreftformer, depresjon og redusert livskvalitet. Fedme er en kronisk tilstand som kan forebygges og behandles gjennom tverrfaglig samarbeid. Livsstil og kostholdsendringer er førstevalg i behandlingen. Nye medikamenter som glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analoger viser lovende vektreduksjon. For noen kan fedmekirurgi være en tilnærming som gir raskt, effektivt og langvarig vekttnap, med gunstige effekter på følgesykdommer.

I Norge utføres omtrent 2 900 fedmeoperasjoner årlig (3). De mest brukte metodene er langsgående ventrikelreseksjon (gastrisk sleeve) og Roux-en-Y gastrisk bypass (gastrisk bypass) (4). Gastrisk bypass med én anastomose – også kalt mini-gastrisk bypass – er en alternativ metode som først ble utført i 1997 i USA (figur 1) (5). I dag er dette den tredje vanligste fedmeoperasjonen globalt (4).

I 2021 var omkring 8–9 % av operasjonene meldt inn i det nasjonale registeret for fedmekirurgi i Norge (Scandinavian Obesity Surgery

Registry, Norge, SOReg-N) mini-gastrisk bypass-prosedyrer (6). Fordeler med metoden er dels operasjonstekniske, dels at det etableres kun én anastomose, noe som muligens minsker risikoen for intern herniering og magesmerter etter operasjonen (7). Intern herniering er en potensielt alvorlig, og ikke sjelden, hendelse etter gastrisk bypass (8). Vekttap og bedring av metabolsk sykdom synes å være det samme som etter gastrisk bypass, både i metaanalyser og randomiserte studier (9, 10).

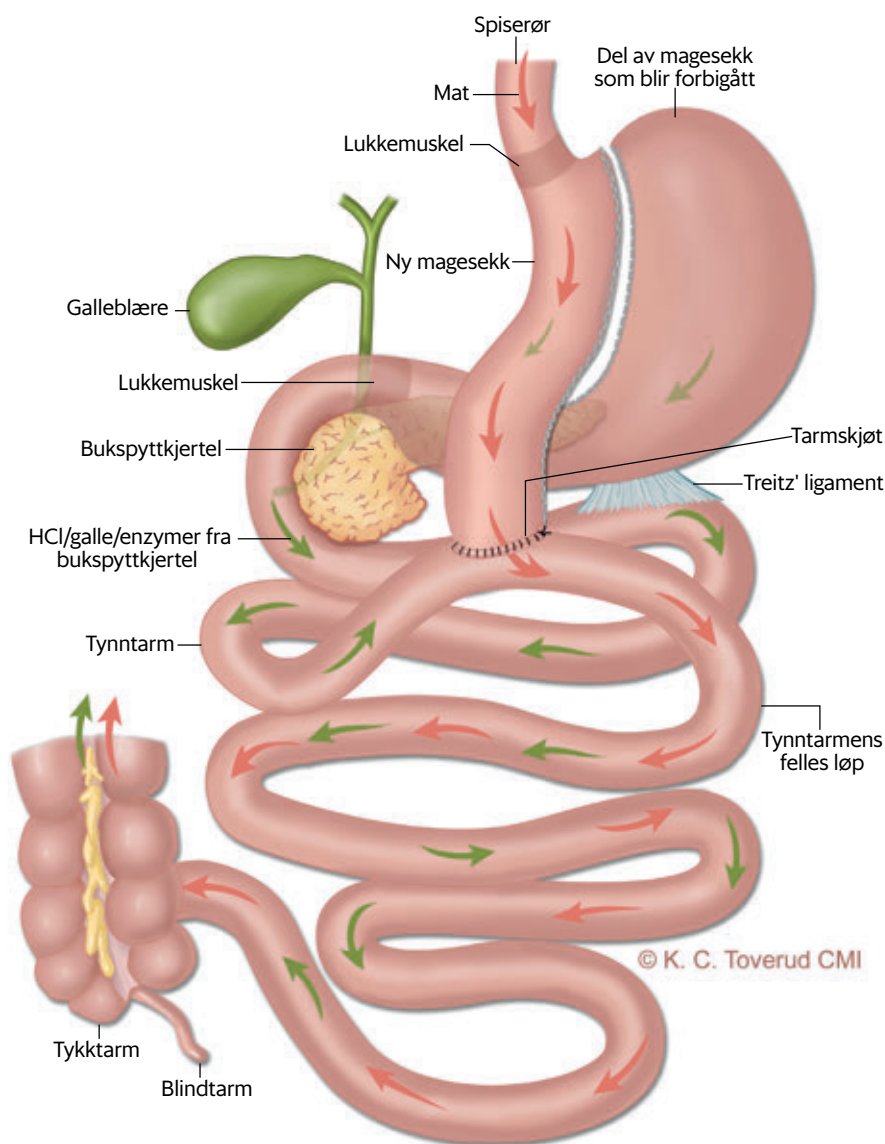
Målet med studien var å dele våre erfaringer med innføring og bruk av mini-gastrisk bypass som ny metode. Erfaringene kan være

nyttige for andre sentre som vurderer å bruke denne operasjonsmetoden, og for alle som håndterer pasientgruppen.

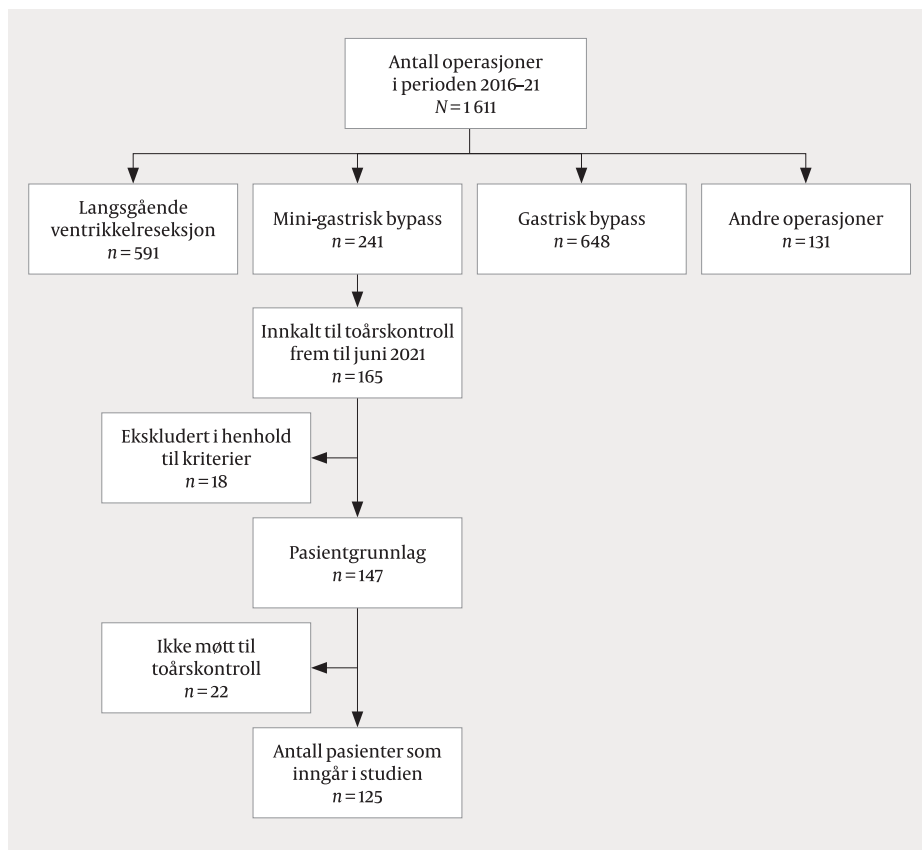
Materiale og metode

Pasientpopulasjon og design

Evalueringen er en retrospektiv kvalitets-sikringsstudie. Fedmekirurgi har vært tilbudt ved Oslo universitetssykehus siden 2004 (11, 12). Første mini-gastrisk bypass-prosedyre (figur 1) ble utført i mars 2016. Indikasjon for



Figur 1 Mini-gastrisk bypass. Ved denne metoden deles magesekken slik at det etableres et langt ventrikelrør, og det etableres kun én tarmsekk. Tarmbevegelsen fra Treitz' ligament til tarmsekk mellom tynntarm og ventrikelrøret er 170–200 cm.



Figur 2 Antall operasjoner ved Senter for sykkelig overvekt, Oslo universitetssykehus i perioden 1.3.2016–1.4.2021.

mini-gastrisk bypass er BMI > 40 kg/m² eller BMI > 35 kg/m² med fedmerelatert følgesykdom.

Pasienter som fikk utført mini-gastrisk bypass i perioden 1.3.2016–1.4.2021 og som ikke hadde gjennomgått fedmekirurgi tidligere og var fulgt opp to år eller lenger etter kirurgi, kunne inkluderes i studien. Materialet ble gjort opp april 2021. Totalt ble 241 pasienter operert med mini-gastrisk bypass i perioden, av disse fylte 147 inklusjonskriteriene (figur 2).

Pasientdata ble registrert i et kvalitetsregister godkjent av Personvernombudet ved sykehuset. Dataene inkluderte mål for alle kvalitetsindikatorer som benyttes i det nasjonale registeret for fedmekirurgi (SOREg-N).

Definisjoner

Metabolsk syndrom klassifiseres i henhold til ekspertpanelet i National Cholesterol Education Program (NCEP) (13). Diabetes type 2 ble definert som diabetes diagnostisert ved henvisningstidspunkt fra fastlege eller sykehus, med eller uten medisiner, eller nivå av glykert hemoglobin (HbA_{1c}) > 6,5 % eller 48 mmol/mol og/eller bruk av diabetesmedisiner. Remisjon

av diabetes ble definert som fravær av disse kriteriene uten bruk av medisiner.

Hypertensjon ble klassifisert som blodtrykk > 140/90 mmHg i hvile, eller bruk av blodtrykkssenkende medisiner. Dyslipidemi ble definert som LDL (low density lipoprotein)-nivå > 3,0 mmol/L, HDL (high density lipoprotein)-nivå < 1,0 mmol/L for menn og < 1,3 mmol/L for kvinner og triglyseridnivå > 1,7 mmol/L, total kolesterol-HDL-ratio > 5 og/eller bruk av kolesterolsenkende medisiner.

Vitamin D-mangel ble definert som 25-OH-vitamin D₃-nivå < 50 nmol/L. Anemi ble definert som hemoglobinnivå < 12 g/dl for kvinner og < 13 g/dl for menn og jernmangel ved ferritinnivå < 15 µg/L (14).

Gastroøsofageal refluks ble definert som bruk av syrehemmende medikasjon eller øsofagitt påvist ved gastroskopi. Pasientene ble spurt om kroniske magesmerter før og to år etter mini-gastrisk bypass definert som vedvarende og/eller residiverende magesmerter med minst tre måneders varighet eller mer. Postoperative komplikasjoner ble definert som tidlige uønskede hendelser knyttet til inngrepet (< 30 dager) og sene hendelser (> 30 dager)

i henhold til Clavien-Dindo-klassifiseringen av postoperative komplikasjoner (15).

Totalt vekttap ble definert som (vekt ved registrering i database – vekt ved kontroll etter to år) / (vekt ved registrering) × 100 %. Resultatene rapporterte vi som antall (prosent) og gjennomsnitt (standardavvik, SD).

Etikk

Helseopplysningene er innhentet og registrert i et kvalitetsregister med godkjenning av Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus.

Operasjonsteknikk

Alle pasientene ble operert med laparoskopisk tilgang. Det ble etablert et ca. 20 cm langt ventrikkelrør, der delingen av ventrikkelen startet ved angulus ventriculi og fortsatte opp til like ved den gastroøsofageale overgangen, med en inneliggende nasogastrisk 32 French-sonde for kalibrering. Man laget en anastomose mellom ventrikkelrøret og tynntarmen 170–200 cm fra Treitz' ligament (tarmløpet fra Treitz' ligament til anastomosen kalles bilio-pankreatisk tarmløp, figur 1). Rommet mellom colon transversum og tynntarmen, som var løftet opp for anastomosering til ventrikkelen, ble lukket.

Oppfølging etter mini-gastrisk bypass

Pasientene ble kontrollert av klinisk ernæringsfysiolog, sykepleier eller lege etter 6–8 uker, seks måneder, ett og to år etter operasjonen. Ved ett- og toårskontrollene ble følgesykdommer og medikasjon registrert av lege. Alle pasientene ble anbefalt enten multivitamin, jern, kalsium og D-vitamin (peroralt) samt vitamin B₁₂ (peroralt eller intramuskulær injeksjon) hver tredje måned eller daglig peroralt inntak av Baricol, som inneholder aktuelle mineraler og vitaminer. For å redusere risikoen for galleblæresten ble peroral ursodeoksykolsyre 250 mg to ganger daglig foreskrevet i seks måneder etter kirurgi.

Resultater

Av de 147 innkalte møtte 125 (85,0 %) til toårskontroll. Gjennomsnittsalderen var 47,4 (10,7) år, og 81/125 (64,8 %) var kvinner. Vekten gikk gjennomsnittlig ned fra 134,4 (25,4) kg før operasjon til 89,8 kg (19,8) to år etter operasjon. Totalt vekttap var 33,1 (9,1) %. Individuell vektutvikling vises i figur 3. En sammenligning av resultatene i forhold til de nasjonale kvalitetsindikatorer er vist i tabell 1 (3, 6).

Andelen pasienter med diabetes type 2 før kirurgi og to år etter kirurgi var henholdsvis 46/120 (38,3 %) og 11/125 (8,8 %). Kriteriene for dyslipidemi var oppfylt hos 106/125 (84,8 %) før operasjon og hos 55/125 (44,0 %) ved toårskontrull (tabell 2). Før operasjon oppga 4/125 (3,2 %) pasienter kroniske magesmerter, mens 14/125 (11,2 %) oppga kroniske magesmerter to år etter operasjon. Ingen av pasientene med kroniske magesmerter etter to år rapporterte dette før operasjonen.

Forekomsten av gastroøsofageal refluks økte fra 25/125 (20,0 %) før til 34/125 (27,2 %) etter mini-gastrisk bypass. Anemi ble observert hos 13/108 (12 %) pasienter og jernmangel hos 7/111 (6,3 %) etter to år. Samtlige av disse var kvinner. Vitamin D-tilskudd ble benyttet av 117/122 (95,9 %) pasienter, og vitamin D-mangel ble målt hos 25/108 (23,1 %) etter to år.

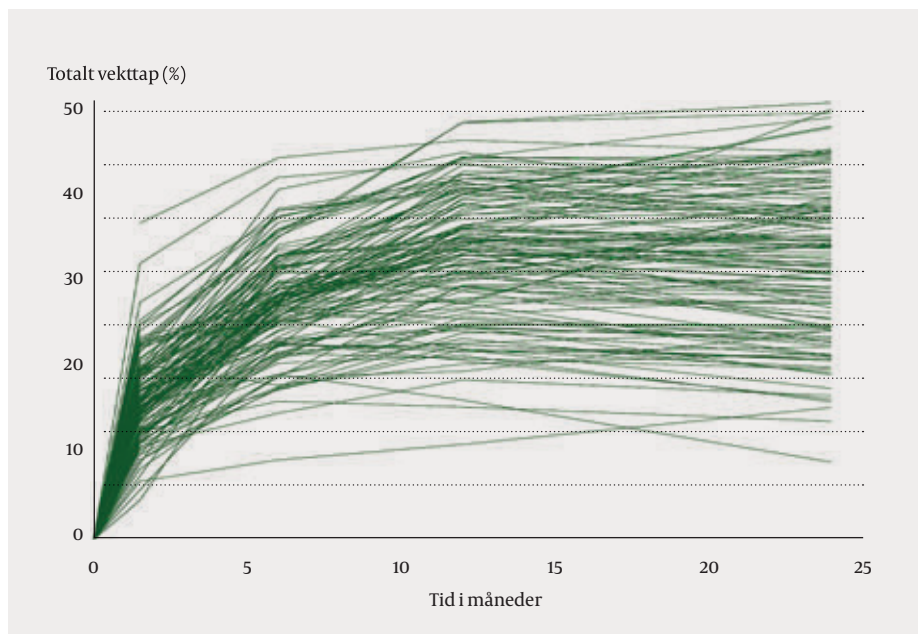
Komplikasjoner

Tidlige komplikasjoner ble registrert hos 6/125 (4,8 %) pasienter og senkomplikasjoner hos 7/125 (5,6 %). Ingen pasienter ble reoperert innen 30 dager, og pasienthendelsene ble håndtert med observasjon eller endoskopi (alle hadde Clavien-Dindo-komplikasjonsgrad IIIa eller lavere, tabell 1). To pasienter ble reoperert senere enn 30 dager etter primærinngrepet med indikasjon intern herniering, hvorav én pasient hadde intern herniering.

Diskusjon

Innføring av mini-gastrisk bypass ved Oslo universitetssykehus viser at operasjonen kan gjøres med lav forekomst av komplikasjoner de første to årene. I litteraturen angis en perioperativ komplikasjonsrate på 0–10 %, og 0–2 % av prosedyrene konverteres til åpen kirurgi (16). Alle operasjonene ved seksjonen ble gjort laparoskopisk uten konvertering til laparotomi. Ingen av de tidlige komplikasjonene (< 30 dager) var alvorlige, og de kunne håndteres uten behov for narkose eller intensivopphold. Resultatene er sammenlignbare med de nasjonale kvalitetsindikatorerne for fedmekirurgi i Norge. Erfaringer fra annen fedmekirurgi ved sykehuset bidro til at mini-gastrisk bypass kunne innføres på en trygg måte.

Vi observerte, som i andre studier av mini-gastrisk bypass, et betydelig gjennomsnittlig vekt tap to år etter prosedyren. Dette er sammenlignbart med resultatene etter gastrisk bypass ved sykehuset vårt (17). Mekanismene for vekt tap etter fedmekirurgi er delvis ukjent,



Figur 3 Individuelt totalt vekt tap i prosent fra før operasjon og til to år etter mini-gastrisk bypass ved Oslo universitetssykehus (n = 125). Gjennomsnittlig totalt vekt tap var 33,1 %, med store variasjoner.

og det var store individuelle forskjeller i vekt tap (figur 3). Begrensninger i matinntak og malabsorpsjon forklarer ikke hele virkningen. Tynntarmen og fettvev er endokrine organer, og fysiologiske prosesser som kontrollerer vekt og blodsukker påvirkes av fedmekirurgi (18, 19). Bedre kunnskap om årsaker til den store variasjonen i vektutvikling kan være av betydning for valg av behandlingsstrategi for den enkelte pasient.

Vi observerte normalisering av plasmaglukose hos 77 % av pasientene med diabetes type 2 to år etter kirurgi. Dette tilsvarer funn fra andre studier etter mini-gastrisk bypass og gastrisk bypass. I en velkjent randomisert studie, YOMEGA-studien (omega loop versus Roux-en-Y gastric bypass trial), var det ikke forskjell på remisjon av diabetes type 2 når disse to operasjonene ble sammenlignet (9). Forekomsten av hypertensjon og dyslipidemi

Tabell 1 Oppnåelse av kvalitetsindikatorerne som benyttes i nasjonalt register for fedmekirurgi (Scandinavian Obesity Surgery Registry, Norge, SOReg-N) (6). Tilsvarende vises kvalitetsindikatorerne for 125 pasienter operert med mini-gastrisk bypass ved Oslo universitetssykehus i perioden 2016–20. Tallene fra SOReg-N gjelder for alle fedmekirurgiske operasjoner registrert i 2020, men unntak av data med oppfølgingstid to år som gjelder pasienter registrert i 2019 (3).

Kvalitetsindikatorer i SOReg-N	Mini-gastrisk bypass	SOReg-N
Andel pasienter med liggetid mindre enn tre dager (%) Måltall > 95 %	98	98
Andel reinnleggelse innen 30 dager etter utskrivning (%) Måltall < 5 %	5	6
Clavien-Dindo-klassifisering IIIb eller høyere innen 30 dager (%) Måltall < 2 %	0	1
Andel pasienter fulgt opp i ett år (%) Måltall > 95 %	90	85
Andel pasienter fulgt opp i to år (%) Måltall > 95 %	85	60–70
Andel pasienter med totalt vekt tap > 20 % etter to år (%) Måltall > 90 %	94	90

Tabell 2 Forekomst av diabetes type 2, hypertensjon og dyslipidemi hos 125 pasienter før og to år etter mini-gastrisk bypass for sykelig overvekt ved Oslo universitetssykehus i perioden 2016–20.

	Preoperativt	To år postoperativt
Diabetes type 2	46/120 (38,3 %)	11/125 (8,8 %)
Hypertensjon	90/121 (74,4 %)	43/118 (36,4 %)
Dyslipidemi	106/125 (84,8 %)	55/125 (44,0 %)

ble omtrent halvert etter mini-gastrisk bypass i vårt materiale. Få hadde anemi og jernmangel, men en relativt stor andel (23 %) hadde vitamin D-mangel. Det kan skyldes suboptimal substitusjon og/eller større malabsorpsjon enn forventet. Resultater på lengre sikt er nødvendig for å evaluere dette bedre. I YOMEGA-studien var det ikke signifikante forskjeller i forekomst av vitamin D-mangel etter mini-gastrisk bypass (17,4 %) og gastrisk bypass (25,3 %). Samme studie viste at 21,4 % av pasientene etter mini-gastrisk bypass med 200 cm biliopankreatisk tarmløp utviklet ernæringsproblemer. Ingen av våre pasienter trengte revisjon av prosedyren, og ingen fikk påvist alvorlige behandlingskrevende mangeltilstander.

Vi observerte en økning i andelen pasienter som brukte syrehemmende medikasjon etter mini-gastrisk bypass, eller som fikk påvist gastroøsofageal refluks sykdom ved endoskopi. Dette på tross av vekttap, som kan redusere forekomsten av refluks. I YOMEGA-studien hadde henholdsvis 5,6 % (mini-gastrisk bypass) og 1,4 % (gastrisk bypass) gastroøsofageal refluks sykdom vurdert ved gastroskopi to år etter kirurgi. En lengde på ventrikkelrøret kortere enn ni cm er korrelert med økt forekomst av gastroøsofageal refluks sykdom (20).

I vår studie var det økt forekomst av pasientrapporterte kroniske magesmerter etter mini-gastrisk bypass (11,1 %), men lavere enn forekomsten vi har observert etter gastrisk bypass (21, 22). Vår kartlegging av kroniske magesmerter etter annen fedmekirurgi ble imidlertid utført med bruk av spørreskjema, mens kartleggingen etter mini-gastrisk bypass ble kun gjort etter et ja/nei-spørsmål om magesmerter

de siste tre månedene. Tallene er dermed ikke helt sammenlignbare. I YOMEGA-studien var det 24/117 (20 %) reinnleggelser etter gastrisk bypass, og hos 5/24 (21 %) var magesmerter årsak til reinnleggelsen.

Man antar at færre pasienter vil utvikle intern herniering etter mini-gastrisk bypass enn etter gastrisk bypass. Tilstanden er rapportert hos opptil 10 % av pasientene etter gastrisk bypass (23). Det at man unngår å etablere en enteroenteroanastomose ved mini-gastrisk bypass kan også virke positivt inn på forekomsten av magesmerter (24). Langtidsoppfølging etter mini-gastrisk bypass viser lav (< 4 %) forekomst av intern herniering, vesentlig lavere enn etter gastrisk bypass (7,10).

Risikoen for, og konsekvensene av, galle-refluks gjennom anastomosen mellom mage-sekken og tynntarmen etter mini-gastrisk bypass er omdiskutert og uavklart (figur 1). Det har vært reist spørsmål om gallerefluks kan predisponere for malignitet (25). Gallerefluks kan medføre behov for reoperasjon og konvertering til gastrisk bypass (26).

Det foreligger ingen generell konsensus om hvilke fedmekirurgisk metode som bør benyttes hos den enkelte pasient. Vi foretrekker mini-gastrisk bypass eller gastrisk bypass hos pasienter med metabolsk sykdom og gastrisk bypass hos pasienter med øsofagitt eller Barrett's øsofagus. Det er mulig forekomsten av gastroøsofageal refluks sykdom ville vært lavere etter mini-gastrisk bypass om vi hadde ekskludert pasienter som benyttet syrehemmende medikasjon før operasjonen. Hos pasienter som ikke er metabolsk syke og ikke har gastroøsofageal refluks symptomer, gjør vi langsgående ventrikkelseksjon, spesielt

gjelder dette kvinner i fertil alder med barneønske (27–29).

Mini-gastrisk bypass benyttes som primær kirurgisk prosedyre i behandlingen av sykelig overvekt, men også ved revisjon av langsgående ventrikkelseksjon og ved ikke-tilfredsstillende vekttap. I framtiden vil trolig vektreduserende medisiner i større grad enn ny operasjon være første tilnærming ved utilfredsstillende vektutvikling etter fedmekirurgi.

Studien er retrospektiv, og en nærmere kartlegging av kroniske magesmerter i longitudinelle studier er nødvendig. 15 % av pasientene møtte ikke til oppfølging to år etter kirurgi, noe som kan representere en seleksjon i pasientgrunnlaget. Sammenlignet med den nasjonale kvalitetsindikatoren etter fedmekirurgi, der oppmøteprosenten etter to år i 2020 var omtrent 60–70 %, er dette likevel bedre enn forventet, men frafallet legger noen begrensninger for tolkning av resultatene. Seleksjonen av pasienter til mini-gastrisk bypass vil variere mellom ulike sentre og kan ha påvirket funnene.

Konklusjon

Våre tidlige erfaringer med mini-gastrisk bypass viser lovende resultater med tanke på vektutvikling. Komplikasjonsforekomsten er sammenlignbar med den etter annen fedmekirurgi. Mini-gastrisk bypass har gunstige effekter på flere følgesykdommer opptil to år etter kirurgi. Det er behov for kartlegging av langtidsresultater for å angi metodens plass i behandlingsalgoritmen av pasienter med sykelig overvekt.

Artikkelen er basert på første forfatters studentoppgave ved Universitetet i Oslo.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 31.1.2023, første revisjon innsendt 3.6.2023, godkjent 31.8.2023.

ANDREA J. RICHARDSEN

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

MONICA CHAHAL-KUMMEN

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

JON A. KRISTINSSON

er dr.med., overlege og seksjonsleder.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORGEIR THORSON SØVIK

er ph.d. og overlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGER ELISABETH LØKKEN ERIBE

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

TOM MALA

er dr.med., overlege og professor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Rechel B. The role of public health organizations in addressing public health problems in Europe: the case of obesity, alcohol and antimicrobial resistance. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2018.
- 2 Erik R, Sund VR, Krokstad S. Folkehelseutfordringer i Trøndelag. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19). Lest 31.8.2023.
- 3 SOReg. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOReg): Årsrapport for 2019 med plan om forbedringstiltak. Lest 31.8.2023.
- 4 Angrisani L, Santonicola A, Iovino P et al. Bariatric Surgery Survey 2018: Similarities and Disparities Among the 5 IFSO Chapters. *Obes Surg* 2021; 31: 1937–48.
- 5 Rutledge R, Kular K, Manchanda N. The Mini-Gastric Bypass original technique. *Int J Surg* 2019; 61: 38–41.
- 6 SOReg. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOReg): Årsrapport for 2021 med plan om forbedringstiltak. Lest 31.8.2023.
- 7 Lee WJ, Ser KH, Lee YC et al. Laparoscopic Roux-en-Y vs. mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: a 10-year experience. *Obes Surg* 2012; 22: 1827–34.
- 8 Mala T, Kristinsson J. Akutt innklemming av tarm etter gastrisk bypass for sykkelig fedme. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 640–4.
- 9 Robert M, Espalieu P, Pelascini E et al. Efficacy and safety of one anastomosis gastric bypass versus Roux-en-Y gastric bypass for obesity (YOMEGA): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet* 2019; 393: 1299–309.
- 10 Liagre A, Benoist M, Queralto M et al. Ten-year outcome of one-anastomosis gastric bypass with a biliopancreatic limb of 150 cm versus Roux-en-Y gastric bypass: a single-institution series of 940 patients. *Surg Obes Relat Dis* 2022; 18: 1228–38.
- 11 Salte OB, Søvik TT, Rissstad H et al. Fedmekirurgi ved Oslo universitetssykehus 2004–14. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139: 921–6.
- 12 Chahal-Kummen M, Salte OBK, Hewitt S et al. Health benefits and risks during 10 years after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc* 2020; 34: 5368–76.
- 13 Grundy SM, Cleeman JI, Merz CNB et al. Implications of recent clinical trials for the national cholesterol education program adult treatment panel III guidelines. *Circulation* 2004; 110: 227–39.
- 14 Chaparro CM, Suchdev PS. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci* 2019; 1450: 15–31.
- 15 Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg* 2009; 250: 187–96.
- 16 Georgiadou D, Sergeantanis TN, Nixon A et al. Efficacy and safety of laparoscopic mini gastric bypass. A systematic review. *Surg Obes Relat Dis* 2014; 10: 984–91.
- 17 Søvik TT, Irandoust B, Birkeland KI et al. Type 2-diabetes og metabolsk syndrom før og etter gastrisk bypass. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1347–50.
- 18 Akalestou E, Miras AD, Rutter GA et al. Mechanisms of Weight Loss After Obesity Surgery. *Endocr Rev* 2022; 43: 19–34.
- 19 Miras AD, le Roux CW. Mechanisms underlying weight loss after bariatric surgery. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013; 10: 575–84.
- 20 Musella M, Susa A, Manno E et al. Complications Following the Mini/One Anastomosis Gastric Bypass (MGB/OAGB): a Multi-institutional Survey on 2678 Patients with a Mid-term (5 Years) Follow-up. *Obes Surg* 2017; 27: 2956–67.
- 21 Chahal-Kummen M, Blom-Høgestøl IK, Eribe I et al. Abdominal pain and symptoms before and after Roux-en-Y gastric bypass. *BJS Open* 2019; 3: 317–26.
- 22 Chahal-Kummen M, Nordahl M, Våge V et al. A prospective longitudinal study of chronic abdominal pain and symptoms after sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis* 2021; 17: 2054–64.
- 23 Geubbels N, Lijftogt N, Fiocco M et al. Meta-analysis of internal herniation after gastric bypass surgery. *Br J Surg* 2015; 102: 451–60.
- 24 Hedberg S, Xiao Y, Klasson A et al. The Jejunojejunostomy: an Achilles Heel of the Roux-en-Y Gastric Bypass Construction. *Obes Surg* 2021; 31: 5141–7.
- 25 Mahawar KK, Carr WR, Balupuri S et al. Controversy surrounding 'mini' gastric bypass. *Obes Surg* 2014; 24: 324–33.
- 26 Saarinen T, Räsänen J, Salo J et al. Bile Reflux Scintigraphy After Mini-Gastric Bypass. *Obes Surg* 2017; 27: 2083–9.
- 27 Renault K, Gytrup HJ, Damgaard K et al. Pregnant woman with fatal complication after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 873–5.
- 28 Dave DM, Clarke KO, Manicone JA et al. Internal hernias in pregnant females with Roux-en-Y gastric bypass: a systematic review. *Surg Obes Relat Dis* 2019; 15: 1633–40.
- 29 Gonzalez-Urquijo M, Zambrano-Lara M, Patiño-Gallegos JA et al. Pregnant patients with internal hernia after gastric bypass: a single-center experience. *Surg Obes Relat Dis* 2021; 17: 1344–8.

Indikasjon Tresiba®¹

Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon³

Hypoglykemi er en svært vanlig bivirkning ($\geq 1/10$) og kan forekomme dersom insulin dosen er for høy i forhold til insulinbehovet.

Hyperglykemi: Bruk av utilstrekkelige doser eller avbrytelse av behandlingen, særlig hos pasienter med behov for insulin, kan føre til hyperglykemi og diabetisk ketoacidose.

Lipodystrofi (inkludert lipohypertrofi, lipoatrofi) og **kutan amyloidose** kan forekomme på injeksjonsstedet og forsinke lokal insulinabsorpsjon. Kontinuerlig rotering av injeksjonssted innen et gitt injeksjonsområde kan bidra til å redusere eller forebygge disse bivirkningene.

Reaksjoner på injeksjonsstedet kan forekomme. Disse er vanligvis milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling.

Annen samtidig sykdom, især infeksjoner og febertilstander, øker vanligvis pasientens insulinbehov.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne, ungdom og barn fra 1 år Eldre (≥ 65 år): Måling av glukose må intensiveres hos eldre, og insulin dosen justeres individuelt	Barn under 1 år Ingen klinisk erfaring
Nyrefunksjon	Kan brukes Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt nyrefunksjon, og insulin dosen justeres individuelt	
Leverfunksjon	Kan brukes Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt leverfunksjon, og insulin dosen justeres individuelt	
Graviditet	Kan brukes Behandling med Tresiba® kan vurderes under graviditet hvis det er klinisk nødvendig	

Dosering⁴

Tresiba® administreres subkutan én gang daglig i låret, overarmen eller abdominalveggen når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt hver dag.

Tresiba® kan forskrives på blåresept ved diabetes type 1 og diabetes type 2^{5,6}

C Insulinanalog, langtidsvirkende. ATC-nr.: A10A E06

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av diabetes mellitus

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
T90	Diabetes type 2	244
ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181
E11	Diabetes mellitus type 2	244

Vilkår:

180	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
181	Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet
244	Refusjon ytes kun til pasienter som til tross for optimal behandling med to daglige doser middels langtidsvirkende NPH-insulin har vedvarende utfordringer med hypoglykemier

Pakninger og priser:

Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle: 100 enheter/ml: 5 × 3 ml (Penfill sylinderramp.) kr 618,00.

Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml: 5 × 3 ml (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 750,70. 200 enheter/ml: 3 × 3 ml (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 732,50.

NovoPen® 6: kr 542,50 pr. stk. NovoPen® 6 kan forskrives på resept for forbruksmaterieell ved diabetes § 5, punkt 4.

(Pris per august 2023).

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

Referanser: 1. Tresiba® SPC, avsnitt 4.1. 2. Tresiba® SPC, avsnitt 5.1. 3. Tresiba® SPC avsnitt 4.2, 4.4, 4.6 og 4.8. 4. Tresiba® SPC, avsnitt 4.2 5. Felleskatalogen. Refusjonsberettiget bruk Tresiba®. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae06-1> (Lest 29.08.2023). 6. Felleskatalogen. Tresiba®. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/tresiba-novo-nordisk-589607> (Lest 29.08.2023).



Skann QR-koden for å lese mer om behandling med NovoPen® 6

Se instruksjonsfilmer for bruk av NovoPen® 6 på [felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)



NovoPen® 6))



TRESIBA®
insulin degludec

Har noen av dine pasienter utfordringer med å huske hvor mange enheter de satte ved siste injeksjon med insulin?



Bruk Tresiba® sammen med NovoPen® 6, slik at pasienten kan se dose og tid siden forrige injeksjon i displayet på pennen



NovoPen® 6 er en flergangspenn med et digitalt display og minnefunksjon.



NovoPen® 6 er kompatibel med Tresiba® Penfill® sylinderrampulle 100 enheter/ml.* NovoPen® 6 kan gi opptil 60 enheter per injeksjon, i dosetrinn på 1 enhet.



NovoPen® 6 kan forskrives på resept for forbruksmateriell ved diabetes § 5, punkt 4.

Tresiba® er et langtidsvirkende basalinsulin til behandling av diabetes type 1 og diabetes type 2.^{1,2}

Hypoglykemi er en svært vanlig bivirkning ($\geq 1/10$) og kan forekomme dersom insulin dosen er for høy i forhold til insulinbehovet.³

* Kompatibel med alle insulinsylinderrampuller fra Novo Nordisk.

ANDREA MELBERG

andrea.melberg@uib.no
Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS)
Universitetet i Bergen

INGRID MILJETEIG

Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS)
Universitetet i Bergen

Den gylne regel for prioritering av rusbehandling og psykisk helsevern – en kvalitativ studie

BAKGRUNN

Det har i mange år vært bred politisk enighet om å prioritere rusbehandling og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Mellom 2014 og 2021 gjaldt «den gylne regel», som innebar at det skulle være en høyere relativ vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatiske helsetjenester. Formålet med denne studien var å undersøke forståelsen av den gylne regels rolle i prioritering av ressurser til rus- og psykiatrifeltet i spesialisthelsetjenesten blant norske helseledere og -byråkrater.

MATERIALE OG METODE

Studien baser seg på en ettårig etnografisk studie av prioriteringer i norske helseforetak og -byråkrati. Dokumenter, møteobservasjoner og tolv kvalitative dybdeintervju ble analysert med kvalitativ diskursiv metode.

RESULTATER

Den gylne regel bidro til økt satsning på rusbehandling og psykisk helsevern i helseforetakene, ifølge helseledere. Samtidig var den gylne regel kun en av mange konkurrerende og tidvis motstridende føringer de måtte ta hensyn til. Mange drivere motvirket en større vekst innenfor rusbehandling og psykisk helsevern enn i somatikken. Flere tok til orde for at den gylne regel var et umulig oppdrag. Ufullstendig måloppnåelse ble forklart med demografisk utvikling, finansieringsordninger og manglende oppfølging av regelen.

FORTOLKNING

Helseprioriteringer gjennomføres i institusjoner som ivaretar mange politiske interesser og samfunnsoppdrag. Funnene i studien illustrerer kompleksiteten når politiske prioriteringer skal gjennomføres i praksis.

HOVEDFUNN

Den gylne regel konkurrerte med andre og motstridene føringer i foretakene.

Regelen ble fremstilt både som en suksess, men også som et symptom på manglende styring av spesialisthelsetjenesten.

Selv i Norge er behovene for spesialisthelsetjenester større enn vi har ressurser til (1). Vi har lang tradisjon for offentlig debatt om helseprioriteringer. Prioriteringer i spesialisthelsetjenesten er regulert gjennom lovgivning, bevilgninger og gjennom departementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene (2). Prioritering av helseressurser er komplekst og vanskelig. Det gjennomføres i et krysspress fra politiske, sosiale, kulturelle og økonomiske krefter, både i og utenfor helseinstitusjonene (3–5). En hovedoppgave på medisinstudiet identifiserte nylig et titalls empiriske studier som eksplisitt omhandlet prioriteringer på ledelsesnivå i norske helseforetak (6). Disse tematiserte i hovedsak lederes oppfatning av innholdet i ulike prioriteringskriterier og retningslinjer (7–9), og i mindre grad hvordan prioriteringer gjennomføres i praksis (10, 11). En tendens til at sykdommer med høy prestisje og teknologisk avansert behandling får høy prioritet, gjenfinnes i flere studier (7, 10).

Få områder har blitt så uttrykkelig prioritert i den norske spesialisthelsetjenesten som psykisk og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den gylne regel ble først innført av helseminister Ansgar Gabrielsen i 2004 og gjeninnført i 2014 av daværende Helse- og omsorgsminister Bent Høie. Målet var at veksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle være relativt større på regionsnivå enn veksten innenfor somatikken. Målene ble gitt som et av tre hovedmål i oppdragsdokument til de regionale helseforetakene (RHF) hvert år mellom 2014 og 2019 (12). Måloppnåelsen ble konkretisert gjennom fire indikatorer (Ramme 1). Helseforetakene ga årlige rapporter om måloppnåelse, mens Helsedirektoratet utarbeidet nasjonale oversikter (13).

Forskning på prioriteringer viser at det sjeldent er villighet til å peke på noe en skal gjøre mindre av (14). I så måte er den gylne regel

unik, den vektlegger vekst innenfor ett felt (rus og psykiatri) fremfor et annet (somatikk) (1). Riksrevisjonen vurderte den gylne regel i 2021, og konkluderte med at målet ikke var nådd (12). Mellom 2015 og 2019 var kostnadsveksten sterkere i somatikken enn innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Både Riksrevisjonen og Stortingets Kontroll- og konstitusjonskomité kritiserte Helse- og omsorgsdepartementet for implementeringen av regelen og manglende bruk av virkemidler for å sikre etterlevelse blant de regionale helseforetakene (15).

Dynamikken mellom politiske prioriteringer og praksis i norske helseforetak er lite studert. Vi ville derfor undersøke forståelsen av den gylne regels rolle i prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling i spesialisthelsetjenesten blant helseledere og -byråkrater.

Metode

Denne kvalitative studien ble informert av et etnografisk feltarbeid (16). Dataene besto av langvarige møteobservasjoner i ledelsen i ett helseforetak, relevante offentlig tilgjengelige dokument og kvalitative dybdeintervju med helsebyråkrater- og ledere. Møteobservasjonene fokuserte på helseforetakets budsjettprosess og foregikk over en periode på ni måneder i 2022–23. Førsteforfatteren deltok som stille observatør i et 40-talls møter som varte fra 45 minutter til hele arbeidsdager. Underveis gjennomførte hun flere uformelle diskusjoner om den gylne regel og dens rolle. Dokumentanalysen tok utgangspunkt i stortingshøringer, oppdragsdokument og rapporter fra Helse- og omsorgsdepartementet og fra regionale og lokale helseforetak i årene 2014–22. I tillegg ble tolv dybdeintervju med byråkrater i forvaltningen, administratorer, ledere og styremedlemmer i ulike regionale og lokale helseforetak gjennomført. De skriftlige kildene, intervjutranskripter og observasjonsnotater ble samlet og analysert med kvalitativ diskursiv analyse (17). Underveis i analyse- og skriveprosessen ble funnene diskutert med deltakerne i observasjonsstudien for å validere funnene.

Studien er vurdert av NSD – Norsk senter for forskningsdata, og intervjuer og observasjoner ble gjennomført etter informert samtykke. Prioriteringer i helsetjenesten er politiske og sensitive av natur, og Norge er et lite land med gjenkjennbare forhold og fagpersoner.

Som forfattere havner vi i et dilemma mellom å gi mest mulig kontekst slik at leserne har mulighet til å forstå, fortolke og vurdere studiens overførbarhet til andre forhold, og å sikre deltakernes anonymitet. Vi har vektlagt anonymitet, og utelatt identifiserende opplysninger om helseforetak, geografi, arbeidsted, stilling eller bakgrunn, selv om dette utgjør en metodologisk svakhet.

Resultater

Økt satsning på rusbehandling og psykisk helsevern

Mellom 2014 og 2020 er ordet prioritering nesten utelukkende myntet på psykisk helsevern og rusbehandling i oppdragsdokument til regionale helseforetak. Formuleringene fra Helse- og omsorgsdepartementet om den gylne regel ble videreført ordrett i styringsdokumentene fra regionale til lokale helseforetak som ett av tre hovedoppdrag. Den gylne regel ble av alle deltagerne trukket frem som en viktig driver for økt prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Flere hevdet at når helseforetakene og regionale helseforetak jevnlig måtte fremlegge data som sammenlignet vekst, fremmet det prioritering av fagområdene. I intervjuer beskrev mange at økning innenfor rusbehandling og psykisk helsevern skjedde til tross for at ledelsen hadde en faglig bakgrunn fra fagfelt som «naturlig» favoriserte somatiske fag.

«Alternativet er hvis du ikke hadde den gylne regelen. Da ville det vært kummerlig. Jeg tror det ville ha sett helt annerledes og mye verre ut hvis den ikke var der.»

Imidlertid hevdet flere at sammenligningen med somatikken var uklok, og bidro til inte-

Ramme 1

Måлиндikatorer for den gylne regel
1. Kostnader (eksklusiv kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon)
2. Årsverk
3. Gjennomsnittlig ventetid (absolutte tidskrav)
4. Aktivitet (polikliniske konsultasjoner)

ressekonflikter mellom ledere innenfor somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern. De hevdet at det ville vært mer hensiktsmessig med en konkret øremerket bevilgning til fagfeltene eller en opptrappingsplan.

Det er vanskelig å måle prioritering

I samtaler om den gylne regel kom en raskt inn på forståelsen av regelen og mer spesifikt indikatorbruk. Hva målte regelen egentlig, og hvordan kan en måle prioritering, var spørsmål deltakerne problematiserte. Flere tok til orde for at søkelyset på vekst i kostnader ikke tok hensyn til kvaliteten i tjenestene som ble tilbudt. Andre igjen var kritiske til bruk av flere indikatorer, og hevdet at manglende relativ kostnadsvekst forsvant i små endringer i aktivitet eller ventetid. At medikamentkostnader ble holdt utenfor regelen, gjorde at den reelle kostnadsfordelingen egentlig var enda mer i somatiske fags favør, siden medikamentkostnader ofte var høyest der, mente noen. Andre argumenterte for at det var antall årsverk som burde måles, siden personell er den store kostnadsdriveren og mangelvaren innen psykisk helsevern og rusbehandling. Begrepet *regel*, hevdet noen, skapte en misoppfatning om at det var de konkrete indikatorene, og ikke intensjonen om styrking av rusbehandling og psykisk helsevern som var målet.

«Regelbegrepet kan misforstås. Dette er jo en intensjon innenfor mål- og resultatstyring. Det er jo et overordnet mål om at det i praksis skal føre til at psykiatrien får styrket sin stilling sammenlignet med somatikken. Departementet skal operasjonalisere Stortingets intensjoner, også nedover i systemet.»

Tjenester ble tilpasset indikatorene for måloppnåelse

I intervjuer pekte deltakerne på hvordan den gylne regel også påvirket prioriteringer innad i psykisk helsevern. Indikatorene på ventetid og poliklinisk aktivitet i den gylne regel ble fulgt tett. Disse indikatorene fanget i liten grad opp aktiviteten innenfor døgnbehandling. Flere mente at indikatorene og deres oppfølging var medvirkende til en vridning av tilbudet i psykisk helsevern. Det ble en økende satsning på de «lettere» pasientene med behov for poliklinisk behandling, på bekostning av satsning på pasienter med alvorlige psykiske lidelser. De sistnevnte pasientene ble i mindre grad «fanget opp» av den gylne regel.

«Problemet er at når du ikke har oppnådd målet, og samtidig hatt føringer på at den polikliniske kapasiteten skal økes, har psykisk helse i disse årene vært nødt til å flytte ressurser fra de sykere pasientene til de letteste pasientene.»

Grunner til at den gylne regel ikke ble nådd

Den gylne regel var kun en av mange føringer og styringssignaler som ledelsen i helseforetakene måtte ta hensyn til. Både rapporter og intervjudeltagere pekte på forhold i somatikken når de forklarte hvorfor regelen ikke ble nådd. Deltagerne forklarte hvordan det overordnede prioriteringsmålet i den gylne regel kunne forsvinne i dagsaktuelle politiske saker og krisehåndtering av «branner som måtte slukkes», og at det var manglende evne til å holde fast i en overordnet prioritering.

«Ja, og det var ikke vanskelig å finne forklaringer [på at den gylne regel ikke ble innfridd]. Biologiske legemidler, akuttmedisin, ambulanser, luftambulanse. Det var et byggeprosjekt. Det var aktverdige begrunnelser. Men det betyr også at man ikke var villige til å gjøre en reell prioritering. Prioritering handler ikke om å prioritere opp. Det handler om å si hva man ikke skal gjøre i somatikken. Prosessen er ekstremt tøff å få til.»

Finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten ble trukket frem som en viktig driver for skjevfordelingen i retning somatikk. Mens psykisk helsevern i all hovedsak har vært finansiert via rammetilskudd i den studerte perioden, har somatikken vært delvis finansiert (40–60 %) gjennom aktivitetsbasert finansiering. Mange deltakere hevdet at den totale ressursbruken er enklere å kontrollere for ramrefinansierte enn for delvis aktivitetsfinansierte enheter. Somatiske enheter hadde større økonomiske insentiver til å øke aktiviteter og kunne i større grad «produsere seg ut av» transe budsjettrammer. I så måte kunne man ofte, ved å se på budsjettene, få inntrykk av at den gylne regel ville bli innfridd ved inngangen til året. Når regnskapet ble gjort opp på slutten av året, bidro imidlertid budsjettoverskridelser og økt aktivitet til at regelen ikke ble innfridd.

«Den (gylne regel) er reell når man legger budsjettene, og så minsker den utover året. Det kommer andre ting som haster mer. Somatikken roper høyere. Ledelsen er mest sammensatt av personer med somatisk bakgrunn. (...) Man skrur ned budsjettene til psykisk helsevern og TSB, og så går det opp i somatikken.»

Den gylne regel: en utfordring for helseforetakene

I samtaler med byråkrater og ledere i helseforetak viste det seg at mange hadde en oppfatning om at den gylne regel ikke egentlig kunne nås. Blant årsakene som ble nevnt, var de strukturelle hindringene og den vanskelige sammenligningen med somatiske helse-tjenester. Noen pekte også på vansker med å rekruttere fagfolk til rusbehandling og psykisk helsevern og at det derfor var vanskelig å få benyttet tildelte midler. Flere studiedeltagere hevdet at det var en underforstått og akseptert sannhet i fagmiljøet at den gylne regel var et umulig oppdrag. En slik oppfatning gjenfinnes ikke i dokumenter og det offentlige ordskiftet. Der gjentas det hvert år at den gylne regel både kan og skal nås. En av deltakerne reflekterer rundt dette paradokset:

«Det er sjelden at så høyt flaggede politiske mål ikke har måloppnåelse i det hele tatt, som i dette tilfellet. (...) Jeg tror folk i gata også ville husket at det løftet ble avgitt og flagget så høyt. Så det var overraskende, i hvert fall for meg, at ikke mer hadde skjedd med tanke på den gylne regel. Det er ikke vanlig.»

Som Riksrevisjonen, stilte flere deltakere spørsmål om hvordan måloppnåelsen ble fulgt opp på ulike nivå i helsetjenesten. De etterlyste nye og tøffere krav når det år etter år ble rapportert om manglende måloppnåelse. Deltakerne i denne studien hadde ingen klare forslag til hvilke virkemidler som kunne blitt brukt. Det ble pekt på den komplekse styringen av spesialisthelsetjenesten, vanskene med å bevilge «nye» penger og dynamikken mellom styrene og administrativ ledelse i helseforetak og regionale helseforetak.

«Vi følger bare opp i etterkant. Vi har pekefingeren på regnskapene og sier: 'Her er ikke den gylne regel fulgt.' Og så blir det kjeftet i styret i RHF. Nå er jeg litt tabloid i fremstillingen, men styret i RHF kjefter litt, og styret i HF kjefter litt på administrerende, og sånn går nå dagene.»

Diskusjon

For å oppnå prioritering i praksis er det viktig å forstå hvordan helseledere oppfatter implementering av politiske føringer. Denne studien synliggjør helselederens egne oppfatninger av, og erfaringer med, en politisk føring

de har vært med på å implementere. Den illustrerer også hvilke utfordringer som oppstår når overordnede prioriteringer møter en kompleks virkelighet i spesialisthelsetjenesten (4, 5).

Hva målte den gylne regel?

Indikatorer oversetter og representerer komplekse fenomen, slik som prioritering, til enkle og sammenlignbare tall som skal gi universell mening (18). I tilfellet den gylne regel er de fire indikatorene spisset for å sikre «reell prioritering» av rusbehandling og psykisk helsevern (13). Selv om indikatorene er presentert og behandles som objektive og sammenlignbare, er de hverken nøytrale eller apolitiske (19). Måten de er utformet på, er et resultat av normative beslutninger, som for eksempel vektlegging av polikliniske konsultasjoner, og vurderinger av hvordan en best kan måle «prioritering». Indikatorer måler ikke bare prioritering, de er også med på å forme prioriteringene ved å påvirke det som blir og ikke blir målt. Fokus på ventetider og antall polikliniske konsultasjoner går på bekostning av det som ikke måles i samme grad, for eksempel kvalitet og døgnbehandling. Dette viser hvor viktig det er å utrede og revurdere underveis om de valgte indikatorene er de beste.

Prioritering og dragkamp

Det er bred politisk enighet om å prioritere psykisk helsevern og rusbehandling. Til tross for dette var ikke den gylne regel tilstrekkelig for å sikre høyere vekst i psykisk helsevern og

rusbehandling enn i somatikken. Selv om prioriteringen er formulert som en regel, har den vært delegert til regionale helseforetak og helseforetak som en overordnet føring for virksomhetene. Tidligere studier tyder på at avdelingsledere i sykehus føler seg kompetente til å styre avdelingenes økonomi, men at akutte og prestisjefylte tilstander gjerne prioriteres (7, 10, 11). De samme mekanismene gjenfinner vi i vår studie. For at overgripende prioriteringer skal kunne lykkes, må en også ta hensyn til de komplekse politiske, sosiale, kulturelle og økonomiske kreftene som påvirker ressursfordeling i og utenfor helseinstitusjonene (3–5). Burde dette kanskje kommet høyere på agendaen i de mange møtene hvor det ble klart at den gylne regel ikke ble overholdt?

Den gylne regel: en umulig oppgave for spesialisthelsetjenesten?

Politiske føringer har mange ulike roller: De definerer en visjon for fremtiden, setter mål, skisserer prioriteringer og forventede roller til ulike grupper, bygger konsensus og informerer folk i og utenfor helsesystemet (20). Politiske mål uttrykkes ofte som aspirasjoner, mål som en kan strekke seg etter, uten at det nødvendigvis skapes en forventning om at de kan eller skal nås. Innenfor psykisk helsevern er et slikt omdiskutert mål nullvisjonen for selvmord (21). Måten den gylne regel er formulert på i oppdragsdokument og den tette oppfølgingen av regelen, gir imidlertid inntrykk av at måloppnåelse forventes. Når politikere og helseledere år etter år refererer til

den gylne regel og gir inntrykk av at den skal og vil innfris, oppstår det to parallelle virkelighetsforståelser: en offisiell om at den gylne regel kan og skal etterleves, og en annen, mer underforstått, at dette er et umulig oppdrag. Slike parallelle virkeligheter og denne typen dobbeltkommunikasjon kan på sikt være skadelig for befolkningens tillit til, og oppslutning rundt, prioritering av våre felles helsetjenester (22).

Konklusjon

Denne studien har gitt et innblikk i hvordan politiske føringer påvirker prioriteringer i norske helseforetak. Funnene tyder på at den gylne regel har bidratt til økt satsning på rusbehandling og psykisk helsevern, men at måloppnåelsen har vært vanskelig på grunn av motstridende føringer og krav samt finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten. Etter regjeringsskiftet i 2019 ble den gylne regel ikke videreført. I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene skulle en ikke lenger «prioritere», men «styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (23). Fremtiden vil vise om politiske signaler om styrking av rusbehandling og psykisk helsevern vil sikre reell prioritering i møte med en aldrende befolkning og knapphet på ressurser og helsepersonell.

Artikkelen er fagfelleurdert.

Mottatt 18.4.2023, første revisjon innsendt 22.8.2023, godkjent 20.9.2023.

ANDREA MELBERG

er lege og postdoktor.

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

INGRID MILJETEIG

er lege og professor. Hun leder klinisk etikkkomité ved Haukeland universitetssjukehus.

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

LITTERATUR

- 1 NOU 2014: 12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Lest 27.6.2023.
- 2 Befring AK. Helsepolitikk og ledelse: Styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2015: 77–88.
- 3 Wendt K, Mørk BE, Berg OT et al. Medicine and interest politics a study of decision-making processes in the area of vascular surgery in Norway. J Health Organ Manag 2020; 34: 427–47.
- 4 Smith N, Mitton C, Davidson A et al. A politics of priority setting: Ideas, interests and institutions in healthcare resource allocation. Public Policy Adm 2014; 29: 331–47.
- 5 Smith N, Mitton C, Hiltz M-A et al. A qualitative evaluation of program budgeting and marginal analysis in a Canadian pediatric tertiary care institution. Appl Health Econ Health Policy 2016; 14: 559–68.
- 6 Cetin K. Meso-level priority setting in Norwegian hospitals- an overview of available evidence. Hovedoppgave. Bergen: Universitetet i Bergen, 2023.
- 7 Aidem JM. Stakeholder views on criteria and processes for priority setting in Norway: a qualitative study. Health Policy 2017; 121: 683–90.
- 8 Bjorvatn A, Nilssen E. Rettslig regulering og faglig skjønnssutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester. Tidsskrift for velferdsforskning 2018; 21: 18–38.
- 9 Skirbekk H, Hem MH, Nortvedt P. Prioritising patient care: The different views of clinicians and managers. Nurs Ethics 2018; 25: 746–59.
- 10 Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK. Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. Health Policy 2007; 82: 78–94.
- 11 Nyland K, Olsen T-E. Tettere styring i helseforetakene? En studie av mellomlederes holdninger til økonomistyring 2008–2014. Praktisk økonomi & finans 2017; 33: 36–52.

- 12 Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester Lest 20.9.2023.
- 13 Helsedirektoratet. Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) i 2016 «Den gylne regel». Lest 20.9.2023.
- 14 Rooshenas L, Owen-Smith A, Hollingworth W et al. «I won't call it rationing...»: an ethnographic study of healthcare disinvestment in theory and practice. Soc Sci Med 2015; 128: 273–81.
- 15 Stortinget. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Lest 25.4.2023.
- 16 Hammersley M, Atkinson P. Ethnography: principles in practice. 2. utg. London: Routledge, 1995.
- 17 Hodges BD, Kuper A, Reeves S. Qualitative Research: Discourse Analysis. BMJ 2008; 337: a879.
- 18 Merry SE. Measuring the World: Indicators, Human Rights, and Global Governance: with CA comment by John M. Conley. Curr Anthropol 2011; 52: S83–95.
- 19 Adams V. Metrics of the Global Sovereign: Numbers and Stories in Global Health. In: Adams V, editor. Metrics: what counts in global health. London: Duke University Press, 2016.
- 20 Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. London: McGraw-Hill Education (UK), 2012.
- 21 Malkomsen A, Solberg CT. Psykiatriens forventningskrise. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 202–4.
- 22 Byrkjeflot H, Neby S, Vrangbæk K. Changing accountability regimes in hospital governance: Denmark and Norway compared. Scandinavian Journal of Public Administration 2012; 15: 3–23.
- 23 Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument. Lest 5.5.2023.



Send oss videoer!

LEVENDE BILDER
BERIKER FORMIDLINGEN

Tidsskriftet vil gjerne ha flere artikler med tilhørende videoer.

Vi bistår med tilrettelegging for publisering.

Videoer kan sendes inn sammen med manuskriptet.

ET LITE
MINIMÅLTID



Nutridrink Compact Protein er ekstra komprimert, men gir like mye næring og energi som tilsvarende næringsdrikker i nesten dobbelt så store flasker.

Vi kaller det STYRKE TIL LIVET.

BRITA TØNNE

britatonne@hotmail.com
Olafiaklinikken
Oslo universitetssykehus

CHRISTOFFER AAM INGVALDSEN

Seksjon for hudsykdommer
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
Avdeling for mikrobiologi og smittevern
Akershus universitetssykehus

VEGARD STUBHAUG

Olafiaklinikken
Oslo universitetssykehus
Frysja legekontor

IVANA RANDJELOVIC

Olafiaklinikken
Oslo universitetssykehus
Kongsberg Hudlegekontor

Balanopostitt

Balanopostitt er inflammasjon av penishodet og/eller forhuden. Det er en vanlig tilstand med bred etiologisk bakgrunn. Riktig diagnose og behandling avhenger av en målrettet anamnese og utredning. Denne kliniske oversikten er en oppsummering av utredningen og behandlingen av balanopostitter. Arbeidet er basert på et utvalg kliniske retningslinjer og litteratur, samt klinisk erfaring fra en hud- og venerologisk poliklinikk.

Balanopostitt er deskriptiv terminologi som omfatter ulike ikke-relaterte tilstander hvor det ses inflammasjon av penishodet og/eller forhuden (1). Ordet stammer fra greske *balanos* som betyr eikenøtt. Tilstanden har mange årsaker, men skyldes oftest intertrigo (inflammasjon i en hud- eller slimhinnefold, ofte med bakteriell eller

fungale overvekst) (1). Balanopostitt ses derfor sjeldent blant omskårne menn (1, 2).

Penis kan anatomisk inndeles i penisroten (radix penis), penisskaftet (corpus penis), peniskransen (glans corona), penishodet (glans penis) og forhuden (preputium). Frenulum fester forhuden til penishodet. Lommen under forhuden omtales som det subpreputiale rommet.

Det subpreputiale miljøet er unikt med tanke på fukt, pH, celledetritus, irriterende (for eksempel urin og sekreter) og mikrobiom. I forhuden finner man smegmaprodukerende seboreiske kjertler og i uretra Littres slimprodukerende kjertler, som sammen bidrar til å holde penishodet og det subpreputiale rommet fuktig (3). Der finnes vanlige hudbakterier som stafylokokker og corynebakterier, men de okklusive forholdene muliggjør også vekst av andre aerobe og anaerobe bakterier (4, 5). Forhud som dekker halve penishodet eller mer (*redundant prepuce*), samt stram forhud som er vanskelig å trekke tilbake over penishodet, er vist å øke risikoen for balanopostitt (4–6).

Denne kliniske oversikten omtaler balanopostitt blant voksne, ikke-omskårne pasienter (1, 2). Arbeidet retter seg mot primær- og spe-

sialisthelsetjenesten, deriblant fastleger, hudleger og urologer. Innholdet baserer seg på klinisk erfaring og retningslinjene til International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) og British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) (1, 2, 7).

Årsaker

Eksem er den vanligste årsaken til balanopostitt, og inkluderer atopisk, irritativt, seboreisk og kontaktallergisk eksem (4). Mange av disse utgjør ulike former for intertrigo. Eksematøs balanopostitt ses ofte som erytematøs, svakt avgrensede og tidvis erosive slimhinneforandringer (figur 1). *Irritativt eksem*, typisk utløst av hyppig såpevask, er spesielt vanlig og ses ofte blant atopikere. *Seboreisk eksem* skyldes en hypersensitivitet overfor gjærsoppen *Malassezia furfur* og det kliniske bildet overlapper med øvrige eksemtilstander. Flassende eksem i øvrige seboreiske predileksjonsområder (for eksempel hodebunn/ansikt), øker sannsynligheten for seboreisk eksem. *Kontaktallergi* skiller seg fra øvrige eksemtilstander og kan medføre kraftig inflammasjon med erytematøs og ødematøs hud og/eller slimhinne. Anamne-



Figur 1 Eksematøs balanopostitt. Det ses erytem med små erosjoner, samt stor og trang forhud som er trukket tilbake.



Figur 2 Uttalt candidabalanopostitt hos pasient med kjent diabetes mellitus.

sen rettes mot potensielle allergener (gummi, parfymestoffer og ulike konserveringsmidler). Allergi overfor kortisonpreparater forekommer. Ved gjentatte kontaktallergiske episoder kan det være aktuelt med epikutantesing.

Psoriasisbalanopostitt kan oppstå isolert eller samtidig med øvrige hud- og negleforandringer. Hos omskårne pasienter vil slimhinneforandringene kunne ha et klassisk psoriasiformt utseende. Hos ikke-omskårne kan slimhinneforandringene være erytematøse og dels glaserte. Maserasjon og sekundærinfeksjon kan i tillegg påvirke det kliniske bildet.

Candidabalanopostitt viser seg som nokså

uspesifikke, erytematøse slimhinneforandringer med sårhet og kløe. Innslag av erytematøse papler, punktate erosjoner og/eller hvitlig belegg øker mistanken om soppinfeksjon (figur 2). Risikofaktorer er diabetes mellitus, immunsvikt, immunsupprimerende behandling, antibiotikabehandling, økende alder og overdreven eller dårlig hygiene (7). Candidabalanopostitt blir antakelig overdiagnostisert, da under 20 % av alle balanopostitter skyldes candidainfeksjon (1).

Bakteriell balanopostitt kan være forårsaket av både aerobe og anaerobe bakterier. *Aerob balanopostitt* er en vanlig tilstand, og skyldes ofte stafylokokker og/eller streptokokker (8). Vanlige funn er variable inflammatoriske forandringer inkludert erytem, lett ødem og tidvis væsking. Ved *anaerob balanopostitt* finner man kraftig inflammasjon med slimhinneødem, lukt, overfladiske og væskende erosjoner og eventuelt inguinal lymfadenopati. Anaerob balanopostitt kan være forårsaket av spiroketer, fusiforme bakterier og gramnegative staver, inkludert anaerobe bakterier assosiert med bakteriell vaginose (7, 9).

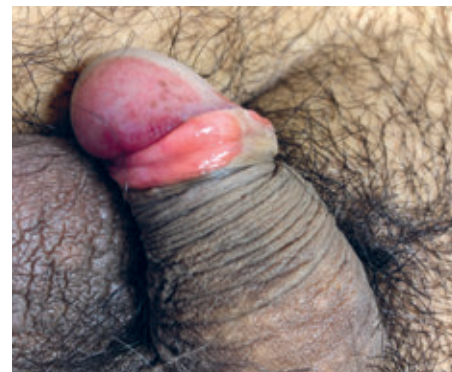
Seksuelt overførbare infeksjoner kan føre til balanopostitt, men det er uvanlig. *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, herpes simplex-virus (HSV) og humant papillomavirus (HPV) er rapportert som årsak til balanopostitt. Primær syfilisinfeksjon kan i sjeldne tilfeller presentere seg som erosiv balanopostitt (Follmanns balanopostitt).

Lichen sclerosus er en inflammatorisk, arrdannende hudsykdom som kan affisere penis. Etiologien er ukjent, men kronisk irritasjon utløst av urin kan være en av årsakene (1). Initial presentasjon kan være erytem, fissurer og hemoragiske slimhinneforandringer. Pasienten rapporterer ofte kløe. Kronisk inflammasjon kan føre til sklerotiske slimhinneforandringer, sammenvoksninger, fimose og meatusstenose (figur 3). Den kroniske inflammasjonen gir 0–12,5 % økt risiko for kreftutvikling sammenlignet med friske, såkalt malign transformasjon (1, 10). Ved mistenkt lichen sclerosus bør pasienten derfor henvises til hudlege.

Lichen planus er en inflammatorisk tilstand som affiserer hud, negler, genitale og orale slimhinner (1, 7). På penis kan man se skarpt avgrensede, erytematøse plakk med uregelmessige, hvite striae, og erosjoner kan tilkomme. Hvis pasienten har typiske forandringer andre steder på kroppen, er diagnosen lett å stille. Spesielt oral lichen planus lar seg gjenkjenne med hvitlige og retikulære, eventuelt



Figur 3 Kronisk lichen sclerosus (biopsiverifisert). Det ses trang forhud og hvitlige, sklerotiske forandringer distalt på forhuden.



Figur 4 Plasmacellebalanopostitt (biopsiverifisert) med affeksjon av penishodet og forhuden.

erosive, forandringer i buccalslimhinnen. Lichen planus kan være asymptomatisk genitalt, og behandling er ikke alltid indisert om plagene er ubetydelige (7).

Plasmacellebalanopostitt (Zoons balanopostitt) er en godartet, inflammatorisk tilstand ofte sett som velavgrensede, oransjerøde og glaserte slimhinneforandringer (figur 4). Typisk ses punktate, dyprøde lesjoner («kajennepepperflekker») på grunn av hemosiderinavleiring. Inflammasjonen kan medføre sammenvoksninger mellom tilliggende slimhinneflater. Tilstanden ses i hovedsak blant eldre, ikke-omskårne menn, trolig på grunn av kronisk irritasjon utløst av urin og/eller koloniserende mikroorganismer (1). Plas-

macellebalanopostitt kan være vanskelig å skille fra (pre)maligne tilstander. Diagnosen bør stilles ved biopsi, hvor man ser hovedvekt av plasmaceller. Behandlingen kombinerer hygieniske, antiinflammatoriske og antiseptiske tiltak. Omskjæring er den sikreste kurative behandlingen (2).

Circinat balanopostitt er en postinfeksiøs, reaktiv tilstand som kan utløses av bakteriell uretritt eller enteritt hos pasienter med genetisk predisposisjon (HLA-B27), og ses isolert eller som en del av reaktiv artritt (1). Det viktigste er å avdekke den underliggende årsaken og eventuelt behandle denne. *Chlamydia trachomatis* er en aktuell årsak, og utredning for seksuelt overførbare infeksjoner er anbefalt. Circinat balanopostitt har ofte et eendommelig klinisk bilde bestående av gråhvite, annulære/geografiske og konfluerende slimhinneforandringer. Pasienten rapporterer ofte lett kløe og svie.

Uspesifikk balanopostitt gjelder tilfeller med kroniske eller stadig residiverende balanopostittplager hvor man ikke lykkes med å avdekke årsaken(e) eller oppnå varig remisjon (1). Ofte har man forsøkt topikale kortikosteroider, gjerne kombinert med antifungale virkestoffer. Mikrobiologisk utredning (inkludert prøver for seksuelt overførbare infeksjoner) er negativ, og biopsi viser uspesifikke histopatologiske funn. I slike tilfeller kan omskjæring være kurativt.

Utredning

Utredningen bør starte med en anamnese som kartlegger hudsykdommer, kontaktallergier og hygiene (hyppighet, bruk av vann/såpe/olje). Seksualanamnese tas med spesifikk vekt på risiko og fast(e) seksualpartner(e). Tidligere forsøkt behandling og varighet av denne dokumenteres.

Penselprøve tas subpreputielt til bakterielle og gjærsoppdyrking for å utelukke infeksjons-

årsak samt superinfeksjon av annen dermatose ved mistanke om dette. Oppvekst av bakterie og/eller sopp representerer ikke alltid infeksjon, men oftest vanlig hudflora og koloniserende mikroorganismer. Rik vekst og/eller renkultur øker sannsynligheten for klinisk relevans og effekt av målrettet behandling.

Epikutantesting er indisert ved mistanke om kontaktallergi. Blod- og urinprøve skal tas med tanke på diabetes (ved candidabalanopostitt). Biopsi er anbefalt ved manglende behandlingsrespons og mistanke om (pre)malignitet (2). Alle ulcerer som ikke responderer på behandling, bør biopses. Valg av biopsiområde bør baseres på mest mulig representativ prøve og lavest mulig anatomisk risiko. Histopatologiske funn er ikke alltid konklusive.

Behandling

Pasienten bør utføre daglig intimhygiene. Forhuden trekkes godt tilbake før vask. Intimvask bør bestå av vann alene, eventuelt oljebaserte intimvaskprodukter. Irritanter (som såpe) unngås ved inflammasjon. Forhuden holdes tilbaketrukket inntil penishodet er tørt.

Ved bakterielle balanopostitter kan man bruke kaliumpermanganat (KP) som virker antiseptisk. Dette fås kjøpt reseptfritt på apotek. Pasienten blander 1,5–5 ml kaliumpermanganat 3 % med 0,5 l lunkent vann i en skål. Forhuden dras tilbake, og penis bades i denne oppløsningen i ca. 5–10 minutter. Behandling med kaliumpermanganat kan utføres daglig i 2–3 dager ved bakterielle balanopostitter, og ved vedvarende infeksjonstegn kan det gjentas 2–3 ganger i uken over 2–3 uker.

På slimhinner og områder der hud møter hud anbefales det å bruke kremer framfor salve. Topikal behandling med kortikosteroider bør gradvis trappes ned for å unngå reboundeffekt. Nedtrappingen startes etter at

symptombedring er oppnådd. Topikal behandling med høypotente kortikosteroider kan medføre økt risiko for residiv av humant papillomavirus og herpes simplex-virus. Pasienter med tidligere kondylomer bør derfor bli informert om risiko for tilbakefall, og pasienter med kjent genital herpes simplex-virusinfeksjon bør starte antiviral behandling ved tegn til nytt utbrudd. Pasienter bør advares om risiko for kondomsvikt ved topikal behandling, da oljebaserte produkter og antifungale virkestoffer kan svekke lateks (11). Behandlingsråd for ulike balanopostitter er sammenfattet i tabell 1 (se tabellen på tidsskriftet.no).

Konklusjon

Balanopostitt er en hyppig årsak til genitale plager hos ikke-omskårne menn. Eksematøse tilstander er vanligst og responderer godt på enkle hygienetiltak og topikal behandling med kortikosteroider. Bruk av kortikosteroider på genitale slimhinner i henhold til tabell 1 (se tabellen på tidsskriftet.no) er trygt og kan initieres i primærhelsetjenesten. Behandlingen bør gradvis trappes ned når symptombedring er oppnådd. Ved enkelte balanopostitter er derimot vedlikeholdsbehandling nødvendig. Pasienter med behandlingsresistente balanopostitter eller mistenkt (pre)malignitet henvises til spesialisthelsetjenesten.

Pasientene som er avbildet, har gitt samtykke til at artikkelen publiseres.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 1.4.2023, første revisjon innsendt 20.6.2023, godkjent 16.8.2023.

BRITA TØNNE

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

CHRISTOFFER AAM INGVALDSEN

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

VEGARD STUBHAUG

er spesialist i allmennmedisin og overlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

IVANA RANDJELOVIC

er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Edwards SK, Bunker CB, van der Snoek EM et al. 2022 European guideline for the management of balanoposthitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2023; 37: 1104–17.
- 2 HIV BAFSHA. 2008 UK National Guideline on the Management of Balanoposthitis 2008. Lest 11.12.2022.
- 3 Onywera H, Williamson AL, Ponomarenko J et al. The Penile Microbiota in Uncircumcised and Circumcised Men: Relationships With HIV and Human Papillomavirus Infections and Cervico-vaginal Microbiota. *Front Med (Lausanne)* 2020; 7: 383.
- 4 Tuddenham S, Ravel J, Marrazzo JM. Protection and Risk: Male and Female Genital Microbiota and Sexually Transmitted Infections. *J Infect Dis* 2021; 223: S222–35.
- 5 Nelson DE, Dong Q, Van der Pol B et al. Bacterial communities of the coronal sulcus and distal urethra of adolescent males. *PLoS One* 2012; 7: e36298.
- 6 Li M, Mao JX, Jiang HH et al. Microbiome Profile in Patients with Adult Balanoposthitis: Relationship with Redundant Prepuce, Genital Mucosa Physical Barrier Status and Inflammation. *Acta Derm Venereol* 2021; 101: adv00466.
- 7 Olafiklinikken. Balanopostitt: Oslo Universitets-sykehus. Lest 11.12.2022.
- 8 Alsterholm M, Flytström I, Leifsdottir R et al. Frequency of bacteria, Candida and malassezia species in balanoposthitis. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 331–6.
- 9 Mitchell L, Howe B, Price DA et al. Bacterial vaginosis and anaerobic balanitis. In: Mitchell L, Howe B, Price DA et al., red. *Oxford Handbook of Genitourinary Medicine, HIV, and Sexual Health*. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- 10 Pietrzak P, Hadway P, Corbishley CM et al. Is the association between balanitis xerotica obliterans and penile carcinoma underestimated? *BJU Int* 2006; 98: 74–6.
- 11 NHS. Condoms - Your contraception guide 2023. Lest 26.3.2023.

ANNONSE



Sykmelding etter e-konsultasjon – hva ble endret 1. juli?

Fra og med 1. juli 2023 ble det gjort endringer i folketrygdloven som omhandler muligheten for å skrive ut sykmelding etter elektronisk konsultasjon.

Hovedregelen er fortsatt at **en legeerklæring (sykmelding) først kan utstedes etter en fysisk undersøkelse av pasienten**. Men hvis det ikke er mulig med en fysisk undersøkelse samme dag, kan du likevel gi en kort sykmelding etter e-konsultasjon eller telefonkonsultasjon, dersom du følger opp med en fysisk konsultasjon. Hvis sykdommen er over i løpet av få dager, vil det ikke være relevant å kreve fysisk undersøkelse i etterkant.

Men du kan også skrive sykmelding etter e-konsultasjon hvis fire vilkår er oppfylt:

- Pasienten er kjent for deg som sykmelder.
- Pasientens diagnose er kjent for deg som sykmelder.
- Du kan vurdere pasientens arbeidsevne uten fysisk undersøkelse.
- Du anser at det er faglig forsvarlig å gjennomføre konsultasjonen som en e-konsultasjon.

Hvis NAV ber om det, må du kunne dokumentere hvilken konsultasjonsform som lå til grunn for sykmeldingen, og at kriteriene for sykmelding etter e-konsultasjon var oppfylt.

NAVs rundskriv er oppdatert med en mer detaljert veiledning av de ulike vilkårene og du kan også lese mer om dette på nav.no/leger/sykmelding.

For mer informasjon se nav.no/leger/sykmelding eller kontakt **Lege -og behandlertelefonen 55 55 33 36**

APEXXNAR ER DEN ENESTE KONJUGERTE PNEUMOKOKKVAKSINEN SOM DEKKER 20 SEROTYPER

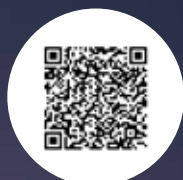
APEXXNAR INDUSERER IMMUNOLOGISK HUKOMMELSE OG
BIDRAR TIL Å BESKYTTE MOT NOEN AV DE MEST UTBREDETE
SEROTYPENE SOM ER ASSOSIERT MED PNEUMOKOKKSYKDOM¹

Bygger på klinisk erfaring med Prevenar 13 hos voksne og hjelper med å
forhindre både pneumokokk pneumoni og invasiv pneumokokksykdom¹



Lær mer

(Scanne med mobilkamera
og klikk på lenken)



APEXXNAR™
Vaksine mot pneumokokkinfeksjon
(20-valent, polysakkarid, konjugert, adsorbert)

INDIKASJON: Aktiv immunisering for forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos personer fra 18 år og eldre.
Referanse: 1. APEXXNAR SPC

▽Apexxnar utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Indikasjon: Aktiv immunisering for forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos personer fra 18 år og eldre. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller differitoksoid. **Forsiktighetsregler:** Egnet medisinsk behandling og overvåkning skal alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktisk reaksjon. Vaksinen må administreres med forsiktighet hos personer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelse. **Interaksjoner:** Ingen interaksjonsstudier har blitt utført. Forskjellige injiserbare vaksiner skal alltid gis på ulike injeksjonssteder. Apexxnar kan administreres samtidig med covid-19 mRNA-vaksine (nukleosidmodifisert). **Dosering og administrasjonsmåte:** 1 dose (0,5 ml) settes intramuskulært, fortrinnsvis i deltamuskelen. Apexxnar skal ikke injiseres intravaskulært. **Viktige bivirkninger:** Overfølsomhetsreaksjoner, anafylaktisk/anafylaktoid reaksjon inkludert sjokk er rapportert, se også Forsiktighetsregler. **Pris:** 1 stk 997,20 kr, suspensjon i ferdigfylt sprøyte uten kanyle. APEXXNAR kan rekvireres av lege på blå resept direkte fra Folkehelseinstituttet med henvisning til §4 for utvalgte pasientgrupper, herunder pasienter uten miltfunksjon, HIV positive personer og personer som har gjennomgått stamcelletransplantasjon. Reseptgruppe C.

Prevenar13 utvalgt sikkerhetsinformasjon

Indikasjon: Aktiv immunisering for forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos voksne ≥18 år og hos eldre. Bruk av preparatet bør baseres på offisielle anbefalinger. Dosering voksne ≥ 18 år: En enkeltdose gis ved intramuskulær injeksjon. **Kontraindikasjoner:** Vaksinasjon skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjoner som forkjølelser skal imidlertid ikke gjøre det nødvendig å utsette vaksinasjonen. Kontraindisert ved overfølsomhet for virkestoffene eller differitoksoid. **Forsiktighetsregler:** Egnet medisinsk behandling og overvåkning skal alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner oppstår etter injeksjon. **Interaksjoner:** Prevenar 13 kan gis samtidig med sesongens kvadrivalente, inaktiverede influensavaksine (QIV). **Viktige bivirkninger:** Overfølsomhetsreaksjoner, anafylaktisk/anafylaktoid reaksjon inkludert sjokk er rapportert, se også Forsiktighetsregler. **Pris:** 698,20 kr. Reseptgruppe C.

HENNING YU NILSEN

henningyunilsen@hotmail.com
Nevrologisk avdeling
Akershus universitetssykehus

ANNA-KATHARINA LITZEN JØRSTAD

Øyeavdelingen
Oslo universitetssykehus

STEPHEN JAMES RYAN

Nevrologisk avdeling
Oslo universitetssykehus

MORTEN CARSTENS MOE

Øyeavdelingen
Oslo universitetssykehus
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

KRISTOFFER GRIMSTAD

Nevrologisk avdeling
Akershus universitetssykehus

ANNE HEGE AAMODT

Nevrologisk avdeling
Oslo universitetssykehus
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap
NTNU

TRYGVE HOLMØY

Nevrologisk avdeling
Akershus universitetssykehus
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

ØYSTEIN KALSNES JØRSTAD

Øyeavdelingen
Oslo universitetssykehus

En kvinne i 60-årene som ikke lenger gjenkjente det hun så

Kvinnen i denne sykehistorien opplevde symptomer som rokket ved hennes visuelle erkjennelse av verden.

En kvinne i 60-årene opplevde plutselig at det var noe galt med synet. Det var vanskelig for henne å beskrive synsproblemet, men det mest fremtredende var store lesevansker. Både hun og ektemannen syntes dette var underlig, for hun leste vanligvis mye og hadde selv undervist i språk. Det var opphopning av hjertesykdom og diabetes i familien, og hennes far utviklet demens i 60-årsalderen.

Ut over operasjoner for katarakt og gonartrose

var hun tidligere frisk og brukte ingen faste medisiner. Hun hadde fra tidligere amblyopi på høyre øye på grunn av ulik brytningsfeil i høyre og venstre øye (anisometropi), men hadde ellers sett godt med progressive briller frem til det aktuelle. Mannen hadde imidlertid inntrykk av at hun hadde rotet med avtaler det siste året. Via optiker fikk hun time hos øyelege tre dager senere.

Synet er vår mest komplekse sans og utgjør et samspill mellom øynene og hjernen. Nyoppståtte synsforstyrrelser kan ha flere bakenforliggende årsaker som ikke alltid kan skilles fra hverandre basert på sykehistorien alene. Enkelte ting kunne likevel bemerkes for vår pasient: Symptomene oppstod plutselig og var ikke forbundet med smerter. Det var påfal-

lende vanskelig å beskrive synsplagene. Symptomene kunne ikke knyttes til det ene eller andre øyet. Dette pekte dermed mot en mulig overordnet årsak i hjernen.

Samme dag som pasienten hadde time hos øyelege, våknet hun med ustøhet, taleforstyrrelse og forvirring, og hun ble innlagt på nevrologisk avdeling ved lokalsykehuset for øyeblikkelig hjelp med spørsmål om hjerneslag. Ved innkomst var hun hypertensiv, med et blodtrykk på 191/106 mmHg, respiratorisk stabil og afebril. EKG-undersøkelse viste normale funn. Nevrologisk undersøkelse avdekket redusert sensibilitet i høyre hånd samt lett kraftsvekkelse og apraksi. Pasienten var orientert for tid og alder, men hun hadde ekspressiv dysfasi og brukte derfor lang tid på å svare på spørsmål. Ved nevrooftalmologisk undersøkelse



Figur 1 Øverst: Eksempel fra Birmingham Object Recognition Battery, del 6 (overlappende figurer), en målrettet test for objektagnosi. For dette eksempelet vurderes tiden det tar å navngi først de ikke-overlappende figurene til venstre og deretter de overlappende figurene til høyre. Reprodusert med tillatelse fra rettighetshaver Jane Riddoch. Nederst: Navon-bokstaver. En Navon-figur er et større element dannet av flere mindre elementer. På denne figuren danner mange små bokstaver andre større bokstaver. En person med simultanagnosi vil ha problemer med å gjenkjenne denne sammenheng. Produsert av artikkelforfatterne.

var det ikke mulig å undersøke visus med vanlig synstavle. Pasienten anga at hun så bokstavene på synstavlen, men hun kunne ikke navngi dem. Hun klarte heller ikke å navngi dagligdagse objekter som vannglass, mobiltelefon eller tannbørste, selv om hun fortalte at hun så dem «klart og tydelig». Donders' prøve påviste bortfall av høyre synsfelt på begge øynene, forenlig med høyresidig homonym hemianopsi.

Hjerneslag må alltid vurderes som årsak til akutte nevrologiske utfall som endring i motorikk, sensibilitet, ansiktsmimikk, tale, syn, bevissthet eller ved nyoppstått svimmelhet. Ved cerebralt infarkt er trombolyse og tromboektomi aktuelle behandlingsmuligheter, men disse er avhengig av rask diagnose. Tidsvinduet for trombolyse er i utgangspunktet 4,5 timer etter symptomdebut, men kan utvides til 9 timer avhengig av kliniske og billeddiagnostiske funn. For tromboektomi er disse tidene henholdsvis 6 timer og 24 timer.

Den trinnvise utviklingen av symptomer

hos denne kvinnen kunne skyldes suksessive cerebrale infarkter eller progrediering av et enkelt infarkt, et såkalt *stroke-in-progression*. Multipel sklerose kan imidlertid også gi nevrologiske utfall med rask debut. Hjernesvulster og nevrodegenerative sykdommer som Alzheimers sykdom debuterer vanligvis langsomt, men kan av og til utløse fokale epileptiske anfall som ligner hjerneslag.

Pasienten ble akuttutredet med CT caput med angiografi, som viste okklusjon av venstre a. cerebri posterior og subakutte infarktforandringer i venstre oksipitallapp, temporallapp, gyrus parahippocampalis og talamus. De subakutte infarktforandringene tilsa at hun var utenfor tidsvinduet for trombolyse. For å vurdere om hun fortsatt var innenfor tidsvinduet for tromboektomi, ble hun overflyttet til regionssykehuset, der det ble gjort MR caput med angiografi. Denne undersøkelsen viste – i tillegg til subakutte infarktforandringer og okklusjon av a. cerebri posterior på venstre side – to stenotiske partier i a. cerebri

posterior på høyre side samt utbredte forandringer i hvit substans og enkelte eldre lakunære infarkter.

Vår pasient hadde altså et kortikalt hjerneinfarkt forårsaket av en okklusjon i venstre a. cerebri posterior og infarktforandringer tilsvarende dette kargebetet. Siden det også var flere stenoser i høyre a. cerebri posterior, var vi usikre på om det kunne foreligge en uvanlig bakenforliggende årsak, for eksempel vasospasme eller vaskulitt. Etter en totalvurdering valgte vi derfor å avstå fra tromboektomi.

Det var nå avklart at pasienten ikke var kandidat for akutt slagbehandling. Hun startet i stedet med sekundærprofylaktisk behandling med acetylsalisylsyre 75 mg $\times$ 1 per os og forble innlagt for utredning av bakenforliggende årsak. Utredningen omfattet ultralyd av halskar, 72-timers telemetri og transtorakal ultralyd av hjertet. Disse undersøkelsene viste normale funn. Blodprøvene viste LDL-kolesterolverdi på 4,2 mmol/L (anbefalingen er $< 1,8$ mmol/L ved hjerneinfarkt), men ellers avdekket de ingen typiske cerebrovaskulære risikofaktorer som forhøyet blodglukose eller øvrige unormale lipidparametere. Det høye blodtrykket ved innkomst normaliserte seg spontant i løpet av innleggelsen.

En vanlig inndeling av årsaker til hjerneinfarkt er kardioembolisme, storkarsykdom, småkarsykdom og sjeldnere årsaker. Om man ikke kan påvise en årsak, kalles det kryptogent hjerneinfarkt. Telemetri og ultralyd ga ikke holdepunkter for at hjerneinfarkt var embolisk. Utbredte forandringer av hvit substans og lakunære infarkter på MR-undersøkelsen kunne derimot tyde på aterosklerotisk småkarsykdom. Pasienten hadde ugunstig LDL-verdi og var i 60-årene (risikoen for hjerneinfarkt øker med alderen).

Utredningen påviste ingen andre aterosklerotiske risikofaktorer som hypertensjon eller diabetes mellitus, og pasienten hadde aldri røykt. Stenosene i høyre a. cerebri posterior kunne være aterosklerotiske tandemstenoser, men segmentale stenoser (kaliberveksling) forårsaket av vaskulitt eller reversibelt vaskokonstriksjonssyndrom var også en mulighet. Derfor ble pasienten i løpet av innleggelsen også utredet for sjeldnere årsaker til hjerneinfarkt.

Blodprøver for trombofili, revmatologiske autoantistoffer og genetiske undersøkelser for arvelige

hjernekar sykdommer var alle negative. Dagen etter ble det gjennomført en ny MR caput med svart blod (black blood)-sekvenser av karveggene, som viste kontrastoppladning i karveggene forenlig med aterosklerose, men ikke vaskulitt eller reversibelt vasokonstriksjonssyndrom.

Siden utredningen hittil talte imot vaskulitt eller annen inflammatorisk sykdom, avsto vi fra spinalpunksjon. Vi vurderte muligheten for en arvelig årsak til hjerneinfarkt: cerebral autosomalt dominant arteriopati med subkortikal infarisering og leukoencefalopati (CADASIL), som forårsaker utbredt småkar sykdom og kognitiv svikt i ung alder (1). Tilstanden affiserer ofte fremre del av temporallappene og capsula externa, og det passet ikke med lesjonene vår pasient hadde. Tilstanden ble endelig utelukket med genetisk undersøkelse.

Den supplerende utredningen ga altså ikke holdepunkter for sjeldnere årsaker til hjerneinfarkt. Den sannsynlige forklaringen var derfor at hjerneinfarkt skyldtes storkar sykdom med aterosklerotisk betinget stenose i venstre a. cerebri posterior. Utredningen kunne ikke skille mellom suksessive infarkter (f.eks. forutgående arterie-til-arterie-embolisering) eller infarktprogresjon forårsaket av storkarokklusjon.

Ved utskrivning etter 11 dager var det delvis bedring av tale og av kraft i høyre hånd, men uendrede sensoriske utfall. I tillegg til acetylsalisylsyre startet hun med atorvastatin 40 mg $\times$ 1 i tabletform, og hun ble henvist til synspedagog.

Etter tre måneder ble pasienten innlagt til kontroll ved regionssykehuset. Hun merket fortsatt redusert synsfelt mot høyre og redusert sensibilitet i høyre hånd. Talevanskene hadde blitt litt bedre. Synsrehabilitering var påbegynt, og hun hadde trent mye på å gjenkjenne enkeltbokstaver og dagligdagse objekter. Hun var spesielt glad for at hun igjen kunne beundre blomstene i hagen sin. Fortsatt klarte hun ikke å lese, men hørte i stedet på lydbøker.

Ved screening for kognitiv svikt med Montreals kognitive evalueringsskala (Montreal Cognitive Assessment Scale, MoCA) skåret pasienten 11/30, som indikerte kognitiv svikt (≥ 26 regnes ofte som normalt, mens lavere skår indikerer redusert kognitiv funksjon). MoCA-resultatet ga mistanke om kognitiv forverring siden første innleggelse. Det ble derfor gjort ytterligere utredning med spørsmål om det likevel forelå en progredierende sykdom, for eksempel vaskulitt eller nevrodegenerativ tilstand.

Spinalpunksjon ble nå utført. Den viste normale funn av celletall, glukose og proteiner samt negative antistoffer for borreliose, syfilis, nevro-trope virus og hiv. Biomarkører for nevrodegenerativ sykdom viste lett redusert β -amyloid 772 ng/L (referanseområde > 900), men normalt total-tau (161 ng/L) og fosforylert tau (13 ng/L). Det ble etter hvert også gjennomført en poliklinisk fluorodeoksyglukose-positronemisjonstomografi (FDG-PET). Denne viste – i tillegg til sekvele etter infarkt – redusert metabolisme i frontale, parietale og temporale områder på venstre side.

Analyse av cerebrospinalvæsken ga heller ikke holdepunkter for vaskulitt. FDG-PET tydet derimot på både vaskulær og nevrodegenerativ sykdom. Utbredelsen av redusert metabolisme kunne gi mistanke om Alzheimers sykdom med asymmetrisk degenerasjon. Alternativt kunne funnene være forenlig med primær progressiv afasi, et klinisk syndrom med gradvis økende afasi og kognitiv svikt. Pasientens afasi kunne imidlertid også tilskrives hjerneinfarkt. Hun hadde dessuten lett redusert β -amyloid, som kan ses ved flere nevrodegenerative sykdommer, blant annet tidlig Alzheimers sykdom (2). For å kartlegge synsforstyrrelsene ble det også gjennomført en nevrooftalmologisk vurdering i løpet av kontrolloppholdet.

Det var fremdeles ikke mulig å undersøke visus på vanlig måte, men ved at pasienten pekte på de riktige bokstavene i stedet for å navngi dem, ble visus målt til 0,25 på det amblyope høyre øyet og 0,8 på det venstre øyet. Donders' prøve viste fortsatt et homonymt synsfeltutfall mot høyre. Ved undersøkelse med Birmingham Object Recognition Battery, en målrettet test for objektagnosi, var det vanskeligere for henne å gjenkjenne figurer som var overlappende enn ikke-overlappende (figur 1). Da hun ble vist Navon-figurer, en test for simultanagnosi, var hun i stand til å se at flere mindre bokstaver til sammen danner en stor bokstav (figur 1). Vi viste henne også et maleri av Giuseppe Arcimboldo (figur 2). Hun gjenkjente da umiddelbart et ansikt, men ikke at det var satt sammen av grønnsaker og frukter. Blomstene gjenkjente hun imidlertid, som i sin egen hage.

Vår pasient hadde altså en kombinasjon av homonym hemianopsi og objektagnosi.

Omfanget av hennes visuelle problemer ble først erkjent ved kontrolloppholdet, men de kunne knyttes til det opprinnelige hjerneinfarkt i tid og lokalisasjon. Utredningen for

nevrodegenerativ sykdom var på sin side ikke konklusiv.

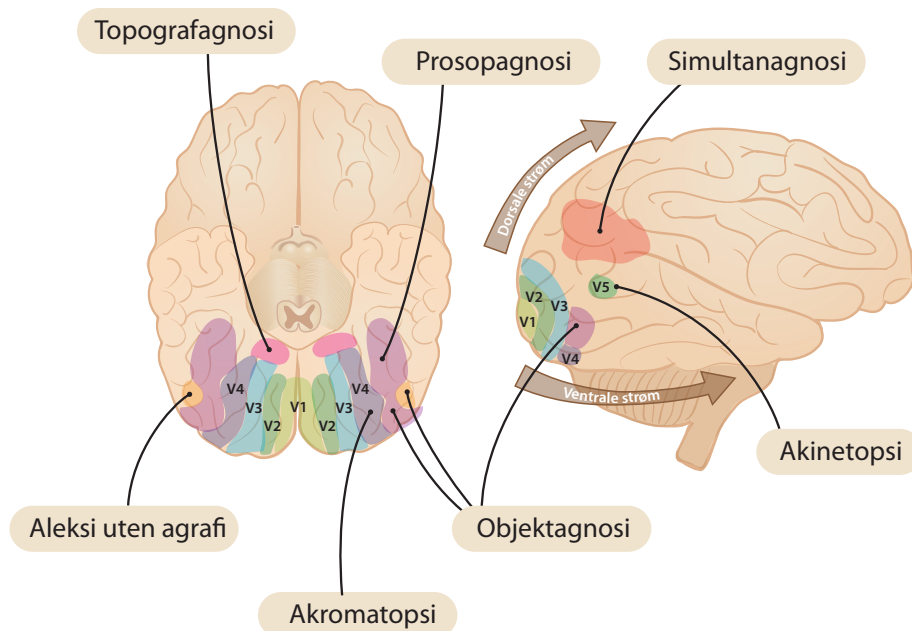
Diskusjon

Pasienten i vår kasuistikk hadde symptomer og funn som førte til utredning av både uvanlige årsaker til hjerneinfarkt og av nevrodegenerativ sykdom. Et sentralt symptom var en plutselig følelse av at det var noe galt med synet. Undersøkelsene avdekket høyresidig homonym hemianopsi, men også objektagnosi i det gjenværende synsfeltet. Dette illustrerer det komplekse samspillet mellom øynene og hjernen.

Oksipitalappene er hjernens hovedsenter for synstolkning, men områder i temporal- og parietallappene, og til en viss grad frontallappene, bidrar også. Oksipitalappenes primære synsområde (V1) mottar mesteparten av den visuelle informasjonen fra øynene (figur 3) (3). Områdene nær V1 er av «lavere orden» og er sentrale i tolkningen av elementære visuelle egenskaper som lysstyrke, kontrast og konturer. Som følge av synsbanens inndeling av visuell informasjon vil skade på V1 gi homonym synsfeltutfall. Fra V1 sendes informa-



Figur 2 Maleriet Vertumnus av Giuseppe Arcimboldo fra 1591. En person med simultanagnosi vil ha vansker med å se at grønnsakene, fruktene og blomstene til sammen danner et portrett (av keiser Rudolf II). Kilde: Wikimedia commons.



Figur 3 Hjernens synsområder og eksempler på visuell agnosi som kan forekomme ved skader i disse områdene. Produsert av artikkelforfattere basert på PALS-B12, et elektronisk hjerneatlas (4). Simultanagnosi = manglende evne til å oppfatte mer enn ett objekt om gangen; akinetopsi = manglende gjenkjenning av bevegelser; prosopagnosi = manglende gjenkjenning av ansikter; topografagnosi = manglende gjenkjenning av landemerker; objektagnosi = manglende gjenkjenning av objekter; akromatopsi = cerebral fargeblindhet; aleksi uten agrafi = lesevansker uten skrivevansker. Ulike områder i den ventrale strømmen inngår i de forskjellige undertypene av objektagnosi (3). Illustrasjon: Jeanette Engqvist / Illumedic.

sjonen videre til assosierte synsområder av «høyere orden» (V2–V8), og sykdom eller skade av disse områdene kan svekke evnen til å bearbeide visuell informasjon uten at dette direkte skyldes problemer med synet eller den kognitive funksjonen (3). Dette fenomenet kaller vi *visuell agnosi*.

Visuell agnosi gir et fascinerende innblikk i hjernens perseptive prosesser og hvor avhengig vi er av at disse fungerer. Vår visuelle opplevelse av verden skapes i spesialiserte hjerneområder for orientering og gjenkjenning av former, ansikter, farger og bevegelser. Disse synsområdene kan inndeles i to funksjonelle baner (3): den ventrale strømmen («hva»-banen), som leder til temporallappene og områder som gjenkjenner objekter, og den dorsale strømmen («hvor»-banen), som leder til parietallappene og områder som tolker objekters romlige orientering og bevegelse.

Vår pasient hadde en forstyrrelse i den ventrale strømmen som forårsaket *objektagnosi*. Objektagnosi kan inndeles i apperceptive og assosiativ former (3). Ved apperceptive objektagnosi mangler evnen til å gjenkjenne selv grunnleggende visuelle egenskaper ved ob-

jekter. Ved assosiativ objektagnosi, som forelå hos vår pasient, oppfattes et helhetlig objekt, men det kan ikke gjenkjennes eller navngis. Personer med assosiativ objektagnosi kan i motsetning til dem med apperceptive agnosi kopiere tegninger eller utpeke identiske figurer (3). I tråd med dette klarte vår pasient å gjennomføre en visustest ved å peke på riktig bokstav i stedet for å navngi den.

Assosiativ objektagnosi kan omfatte manglende gjenkjenning av alle typer objekter eller ramme spesifikke funksjoner, for eksempel prosopagnosi (manglende evne til å gjenkjenne ansikter). Vår pasient gjenkjente ansikter, men anga vedvarende leseproblemer, også kalt aleksi. Lesing er en sammensatt oppgave. Ett ledd er visuell gjenkjenning av bokstaver og ord, og ved ren aleksi er denne egenskapen isolert forstyrret. Ved aleksi med agrafi (lese- og skrivevansker) rammes også evnen til å skrive, ofte med samtidig taleforstyrrelse, afasi, slik vår pasient hadde (5).

Pasienter som rammes av forstyrrelser i den dorsale strømmen, kan oppleve andre former for visuell agnosi: akinetopsi (manglende evne til å oppfatte objekter i bevegelse) eller

simultanagnosi (manglende evne til å oppfatte mer enn ett objekt av gangen eller er- kjenne at enkeltobjekter kan utgjøre en større enhet) (6). Vår pasient hadde ingen vansker med å gjenkjenne Navon-figurer eller male- riet av Giuseppe Arcimboldo, noe som tydet på bevart funksjon i den dorsale strømmen.

Oppsummert hadde vår pasient et hjerne- infarkt som både kunne forklare høyresidig hemianopsi (affeksjon av V1 i venstre oksipi- tallapp) og objektagnosi (affeksjon av den ventrale strømmen i venstre temporallapp). De akutte synsforstyrrelsene kunne dermed knyttes til hjerneinfarkt, både tidsmessig og anatomisk, og var sannsynligvis ikke uttrykk for en eventuell nevrodegenerativ sykdom. Denne vurderingen hadde stor betydning, fordi Alzheimers sykdom er den nest van- ligste årsaken til visuell agnosi – etter nettopp hjerneinfarkt (3). Posterior kortikal atrofi er også en variant av Alzheimers sykdom som kan debutere med visuell agnosi (7). Utredn- ingen for nevrodegenerativ sykdom var på sin side ikke konklusiv, og anbefalingen ble der- for aktiv oppfølging på lokalsykehuset.

Gjennom folkeopplysning som Prate, smile, løfte-kampanjen oppfordres alle til umiddel- bar kontakt med helsevesenet ved symptomer på hjerneslag. De visuelle plagene til vår pa- sient vekket imidlertid ikke mistanke om dette (det er heller ingen «se» i kampanjen). Det var først tre dager senere, da et suksessivt infarkt eller infarktprogresjon medførte ustøhet, taleforstyrrelse og forvirring, at symptomene ble gjenkjent. Hun falt dermed utenfor tidsvinduet for akuttbehandling. Denne kasuistikken viser at kjennskap til visuell agnosi og klinisk-anatomisk korrela- sjon har nytteverdi for både tidlig og presis diagnostikk. Tverrfaglig samarbeid mellom oftalmolog, ortoptist, nevrolog og nevropsy- kolog kan i slike tilfeller være verdifullt.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 13.3.2023, første revisjon innsendt 1.6.2023, godkjent 3.8.2023.

HENNING YU NILSEN

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

ANNA-KATHARINA LITZEN JØRSTAD

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

STEPHEN JAMES RYAN

er spesialist i nevrologi og ph.d.-student.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

MORTEN CARSTENS MOE

er spesialist i øyesykdommer, avdelingsleder
og professor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

KRISTOFFER GRIMSTAD

er spesialist i nevropsykologi og er psykolog.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

ANNE HEGE AAMODT

er ph.d., spesialist i nevrologi, overlege og forsker.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende
interessekonflikter: Hun har mottatt honorar
fra Boehringer Ingelheim, foredragshonorar fra Teva,
BMS-Pfizer, AbbVie, Novartis, Roche og Bayer samt
honorar for rådgivning (advisory board) fra Lundbeck
og BMS-Pfizer.

TRYGVE HOLMØY

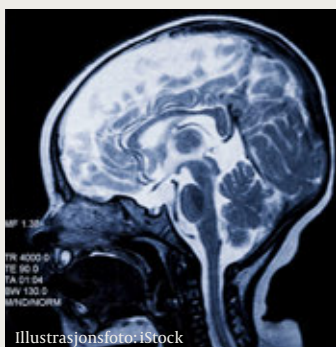
er spesialist i nevrologi, seksjonsoverlege og profes-
sor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

ØYSTEIN KALSNES JØRSTAD

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

LITTERATUR

- Gustavsen WR, Eiklid K. Arvelig hjernekarssykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3045–6.
- Constantinides VC, Paraskevas GP, Boufidou F et al. Cerebrospinal fluid biomarker profiling in cortico-basal degeneration: Application of the AT(N) and other classification systems. Parkinsonism Relat Disord 2021; 82: 44–9.
- Gerlach C, Robotham RJ. Chapter 9 - Object recognition and visual object agnosia. I: Barton
- JJS, Leff A, red. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier, 2021. s. 155–73.
- Sewards TV. Neural structures and mechanisms involved in scene recognition: a review and interpretation. Neuropsychologia 2011; 49: 277–98.
- Starrfelt R, Woodhead Z. Chapter 12 - Reading and alexia. I: Barton JJS, Leff A, red. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier, 2021. s. 213–32.
- Pisella L, Vialatte A, Khan AZ et al. Chapter 13 - Bálint syndrome. I: Barton JJS, Leff A, red. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier, 2021. s. 233–55.
- Solyga VM, Western E, Solheim H et al. Posterior kortikal atrofi. Tidsskr Nor Lægeforen 2015; 135: 949–52.



Medisinen i bilder

I DENNE ARTIKKELTYPEN ER BILDET
DET BÆRENDE ELEMENTET

Send inn bilde ledsaget av en kort tekst.

Se forfatterveiledningen på tidsskriftet.no.

 Tidsskriftet

Kostnadseffektivitetsanalyse: et rammeverk for prioriteringskriteriene

Norge har lenge hatt en åpen offentlig debatt rundt prioritering i helsetjenesten. De gjeldende prioriteringskriteriene er nytte, ressursbruk og alvorlighet. Disse operasjonaliseres gjennom kostnadseffektivitetsanalyse.

I Norge ble prioritering for alvor satt på agendaen i 1987 med Lønning-utvalget (1). I påfølgende utvalg, som Lønning II-utvalget, Nordheim-utvalget, Magnussen-gruppen og Blankholm-utvalget, ble det lagt føringer for, og gjennom Prioriteringsmeldingen bestemt, at kriteriene som skal legges til grunn ved prioritering i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, er *nytte, ressursbruk og alvorlighet* (2).

Nyttekriteriet gir et tiltak prioritet når den forventede nytten av tiltaket, sammenliknet med dagens praksis, øker. Nytte vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet, og måles i kvalitetsjusterte leveår (quality adjusted life years, QALYs).

Ressurskriteriet gir et tiltak prioritet jo mindre ressurser tiltaket legger beslag på, sammenliknet med dagens praksis. Ressursbruk måles i monetære enheter (f.eks. norske kroner).

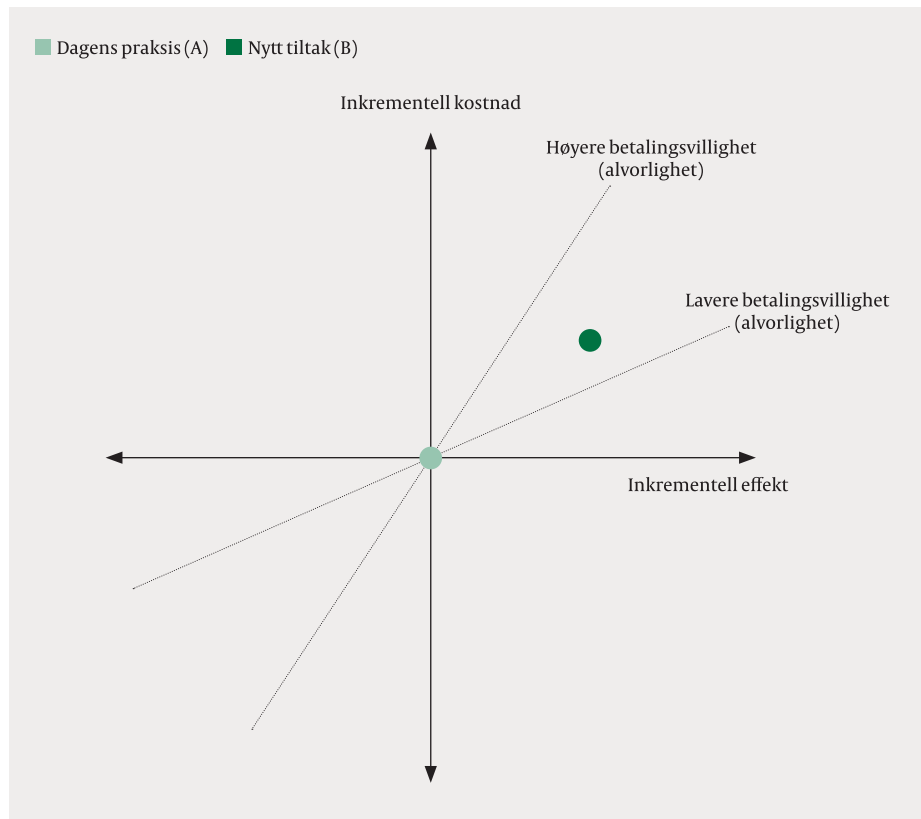
Alvorlighetskriteriet gir et tiltak økt prioritet jo mer alvorlig en tilstand er. Alvorlighet måles i absolutt prognosetap, det vil si i antall gode leveår tapt som følge av for tidlig død og/eller redusert livskvalitet. Alvorlighet måles i tapte QALYs.

Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet. Jo mer alvorlig en tilstand er, eller jo større nytte et tiltak har, desto høyere ressursbruk kan aksepteres.

Kostnadseffektivitetsanalyse

Kostnadseffektivitetsanalyse er en operasjonalisering av prioriteringskriteriene og består av et analytisk rammeverk. Dagens praksis er alltid komparator i kostnadseffektivitetsanalyse.

Vi illustrerer med et eksempel: En pasientgruppe behandles med dagens praksis, tiltak A. Når et nytt tiltak, tiltak B, blir tilgjengelig, skal nytte, ressursbruk og alvorlighet evalueres for at beslutningstageren skal kunne besvare spørsmålet: Skal vi fortsette med tiltak A eller innføre tiltak B?



Figur 1 Kostnadseffektivitetsplan viser dagens praksis i origo, inkrementell kostnad (kostnad B – kostnad A) på y-aksen, inkrementell effekt (QALYs B – QALYs A) på x-aksen (4). De diagonale linjene indikerer betalingsvillighet som varierer med alvorlighet (3).

For å besvare spørsmålet må QALYs og ressursbruk for tiltak A og B identifiseres for en relevant tidsperiode. En relevant tidsperiode defineres som så lenge det er forskjell i nytten og/eller ressursbruken mellom tiltak A og B. I eksempelet antar vi en tidsperiode på to år.

For å estimere QALYs måles den helserelaterte livskvaliteten til pasientene som får tiltak A og B på flere tidspunkt innen den gitte tidsperioden, som ved oppstart av intervensjonen (baseline), etter en måned, tre måneder, ett år og to år. Helserelatert livskvalitet måles på en skala fra 0 til 1, hvor 0 representerer død og 1 representerer perfekt helse. I den samme tidsperioden måles livslengde. Helserelatert livskvalitet og tid i live brukes for å estimere QALYs. Ett år i perfekt helse er lik én QALY.

For å estimere ressursbruk kvantifiseres de ressursene pasientene får ved tiltak A og B, som for eksempel antall behandlinger på sykehus eller antall besøk hos fastlegen i to

årsperioden. Den samlede ressursbruken verdsettes ved enhetspriser, f.eks. prisen for en behandling på sykehus eller prisen for et besøk hos fastlegen.

Deretter estimeres inkrementell kostnadseffektivitetsratio (IKER):

$$IKER = \frac{\text{kostnad B} - \text{kostnad A}}{\text{QALYs B} - \text{QALYs A}}$$

Ratioen viser kostnaden per vunnen QALY av tiltak B sammenliknet med tiltak A.

Hvis IKER er lavere enn betalingsvilligheten, ansees tiltak B som kostnadseffektivt. Betalingsvilligheten varierer med alvorlighetsgraden av tilstanden som behandling A og B skal bedre. Alvorlighet måles i absolutt prognosetap definert som gjennomsnittlig antall gjenværende QALYs hos den generelle befolkningen minus pasientgruppens forventede gjenværende QALYs gitt dagens praksis. Ved laveste alvorlighet (absolutt prognosetap på 0–3,9 QALYs) er det foreslått en betalingsvillighet på 275 000 norske kroner per QALY og ved høyeste alvorlighet (absolutt prognosetap på

20+ QALYs) er det foreslått en betalingsvillighet på 825 000 norske kroner per QALY (3).

Kostnadseffektivitetsplanet

IKER og betalingsvillighet kan lettere forstås i et kostnadseffektivitetsplan (Figur 1) (4). I kostnadseffektivitetsplanet er dagens praksis A i origo, y-aksen viser inkrementell kostnad og x-aksen viser inkrementell QALYs av tiltak B, sammenlignet med tiltak A: det vil si IKER.

I en situasjon hvor tiltak B krever mer ressurser og har lavere nytte (nordvest i kostnadseffektivitetsplanet) er tiltaket ikke kostnadseffektivt. Hvis tiltak B krever mindre ressurser og har høyere nytte (sørøst i kostnadseffektivitetsplanet), er tiltaket kostnadseffektivt. Hvis tiltak B krever mindre ressurser og gir lavere nytte (sørvest) eller krever mer ressurser og gir høyere nytte (nordøst), er tiltaket kostnadseffektivt om IKER er under betalingsvilligheten (diagonal linje).

I eksempelet ville tiltak B ha blitt ansett som kostnadseffektivt om tilstanden var alvorlig (høyere betalingsvillighet), men ikke kostnadseffektivt om tilstanden var mindre alvorlig (lavere betalingsvillighet).

Alle prioriteringskriteriene er dermed samlet i kostnadseffektivitetsplanet: nytte på x-aksen, ressurs på y-aksen og alvorlighet i diagonalen.

GU DRUN MARIA WAALER BJØRNE LV

gudrun.m.w.bjornelv@ntnu.no

er førsteamanuensis i helseøkonomi ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Hun er også forsker ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

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

ELINE AAS

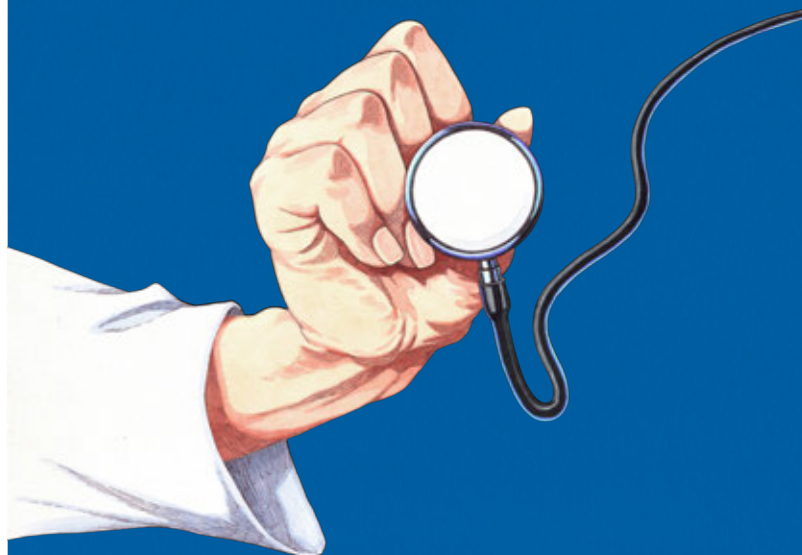
er professor i helseøkonomi ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Hun er også forsker ved Avdeling for vurdering av tiltak ved Folkehelseinstituttet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt støtte fra Helsedirektoratet for å gi innspill til nye retningslinjer for behandling.

LITTERATUR

- 1 NOU 1987: 23. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Lest 3.10.2023.
- 2 Meld. St. 38 (2020–2021). Nytt, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten Lest 10.6.2023.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. På ramme alvor. Lest 22.9.2023.
- 4 Black WC. The CE plane: a graphic representation of cost-effectiveness. *Med Decis Making* 1990; 10: 212–4.

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

 Tidsskriftet

Den fantastiske Mikkel Rev

Smilet er lurt og rekken av rampestreker lang. Det er også karrieren, men lege og jurist Aslak Syse påstår at han alltid bare har ønsket å være nest best.

Med et litt sammenknepet blick og et reveaktig, men vennlig smil står Aslak Syse utenfor restaurant Lorry i Oslo med en rød, solbleket caps. Han har kjørt rett fra sommerhytta til vårt møte og lurert nå på om vi skal sitte inne eller ute. Men først må han ta en telefon og ordne en resept til noen han kjenner. 1968-generasjonens kanskje best utdannede ga seg etter 20 år som kliniker for å bli jurist. Nå praktiseres legegjer-ningen bare for familie og nære venner. – Etter så mange år som kliniker, savner du å være lege?

– Svaret på det er at jeg stort sett hele mitt liv har syntes at det har vært best å drive med det jeg driver med til enhver tid. Folk fra jussen spør om jeg angret på at jeg var lege i så mange år. Nei, det gjør jeg slett ikke. Jeg hadde mange fine år som lege.

Han var på vei til å bli kirurg, men unn-

gikk spesialiteten for å slippe å havne i en éndelt vaktturnus ved Kirkenes sykehus der han bodde med familien. Etter mange år som overlege i psykisk helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) ble han opptatt av velferdsrett og begynte på jusstudier.

– Jeg hadde jobbet lenge som lege, med politikk og kultur. I fire år var jeg leder i Finnmark SV, men hadde også vært småbarnsfar i mange år da jeg bestemte meg for å starte på jussen i godt voksen alder. Det å da skulle hevde seg i konkurranse med dem som aldri hadde vært utenfor juridisk fakultet de siste 20 åra var en spesiell utfordring. Det er vel den gangen jeg har vært mest i tvil om jeg hadde spent buen for høyt, medgir 77-åringen. Han ser et øyeblikk alvorlig ut, men det lure smilet og det smale blikket er raskt på plass.

– Det ville ha passa mitt gemytt ganske dårlig å *tutle til sia* og kanskje havne som byråkrat i en eller annen kommune.

– Er du elitistisk?

– Nei, men jeg liker å være nesten best. Hvis jeg er nesten best, er det greit nok. De beste er for flinke. I idrett satsa jeg alltid på å være nederst i den beste tredjedelen. I det sjiktet har man trent bra og gjort en avveining mellom innsats og utbytte, konkluderer Syse. Han har selvsagt drevet med friidrett også – og løpt maraton på to timer og femti minutter. Blank.

Hinderløp på Nozinan

Om utbyttet var godt nok i forhold til innsatsen den gangen han løp 3 000 meter hinder på 25 mg Nozinan, er likevel tvilsomt. Historien er legendarisk. Ilddåpen for turnusleger på Kirkenes sykehus i 1974 var å ta med en bløtkake som påskjønnelse til kollegene etter den første appendektomien. Aslak Syse og turnuslegen ved sykehuset, som også var en god barndomsvenn, hadde vært konkurranter i mange år. Etter å ha operert ut sin



første appendix sammen med Syse serverte barndomsvennen hjemmelaget kake dagen etter inngrepet – slik tradisjonen var. Han la bare til en liten overraskelse, vel vitende om at han skulle konkurrere med Syse i hinderløp litt senere på ettermiddagen.

– Jeg husker at han hadde pyntet kaka med non stop. Det var noen veldig fine og store rosa, forteller Syse. Men det var ikke non stop over hele – Syses kakestykke var pyntet med en 25 mg tablett med det beroligende legemiddelet Nozinan. Syse spiste både kakestykket og det han trodde var en rosa non stop, og løp likevel sine 3 000 meter.

– Jeg kunne jo ikke finne på å tru at de hadde gjort noe sånt. Jeg følte meg litt rar, husker Syse. Det viktigste var likevel å vinne over vennen. Det gjorde han.

– Noen prøvde å gi meg utfordringer jeg ikke skulle tåle.

Men så borer han det smale blikket i undertegnede:

– Du, dette her må ikke bli en sånn anekdotisk greie!

Akkurat den oppfordringen er det vanskelig å følge. Undertegnede mor var kjæreste med Syse på 1960-tallet og internt snakkes det fremdeles om den gangen han besøkte familiehytta på Sørlandet. Hytta var nymalt og pyntet med en livbøye i samme farger som hytta med stedsnavnet «Ronna» malt med glade og sirlige bokstaver. Etter Syses visitt hadde o-en fått en strek over seg, og hytta hadde plutselig fått et litt mindre idyllisk navn. Hyttas eier og undertegnede morfar var politimester og ikke av den lattermilde typen, men Syse har aldri vært spesielt redd for autoriteter.

En annen verserende historie er at Syse en gang fikk det for seg at bjørneskinns-luene til de danske soldatene foran Amalienborg slott i København skulle sprayes med deodorant. Som tenkt, så gjort. Og det ble ikke godt mottatt:

– Vi skulle spille konsert med Medicinsk Paradeorkester, og vi var godt forberedt. Jeg var dirigent og prøvde å si at vi derfor ikke kunne kastes ut, men det hjalp ikke. Hele orkesteret ble pælma ut, minnes Syse.

Her kommer guttemusikken

Medisinstudiet syntes han egentlig var litt kjedelig og livsfjernt, så han tok ett år «fri» i 1968 og tok mellomfag idéhistorie og grunnfag musikk. Samme semester som han skulle ta en musikalsk opptaksprøve, døde faren, og han møtte til prøven dårlig forberedt. Han skulle spille et klaverstykke og synge en romanse. På klaver hadde han valgt seg «Til våren» av Grieg, men sangen var det verre med.

– Hvilken romanse har du øvd inn? spurte opptakskomiteén. Jeg har ikke øvd inn noen

ASLAK SYSE

Cand.mag. (idéhistorie, musikkvitenskap, sosiologi mellomfag og kriminologi grunnfag), 1971

Cand.med., 1972

Lege ved Kirurgisk avdeling, Kirkenes sykehus, 1973–80

Overlege i helsevern for psykisk utviklingshemmede, Finnmark, 1981–88

District Medical Officer i Mutoko, Zimbabwe, 1984–85

Dr.jur., 1996

Professor i rettsvitenskap fra 1997

Leder i Likestillings- og diskrimineringsnemnda 2005–09

Instituttleder, institutt for offentlig rett, 2010–13

Norsk representant i European Commission against Racism and Intolerance, 2013–22

Medlem i Sannhets- og forsoningskommisjonen 2018–23

romanse, svarte jeg, men jeg kan synge «Her kommer guttemusikken». Den kunne jeg godt fra Medicinsk Paradeorkester, så den sang jeg med stor innlevelse. De dro på smilebåndet, men slapp meg inn, forteller han.

Jussprofessoren innrømmer at han tidvis kan ha vært preget av protestatferd. Under Alta-aksjonene i 1981 mot storskala vannkraftutbygging havnet han ett døgn på glattcelle. Forelegget henger på veggen hjemme som et verdig diplom.

– Ja, det er jeg stolt av. Jeg var på rett plass på rett tid, følte jeg.

– Hva tenker du om Alta-saken i dag?

– Det er veldig fint at du spør om det! For nå kan jeg endelig få på trykk noe jeg har lengtet etter å si: nemlig at det er for galt at Gro Harlem Brundtland først fikk veldig honnør fordi hun gjennomførte utbygginga og så fikk hun honnør fordi hun angra på det. Hun fikk både i pose og sekk i samme sak. Drøyt, synes den tidligere aksjonisten.

Anarkistisk livsholdning

Aslak Syse har et karakteristisk språk med tydelige a-ender, mye diftonger og en type

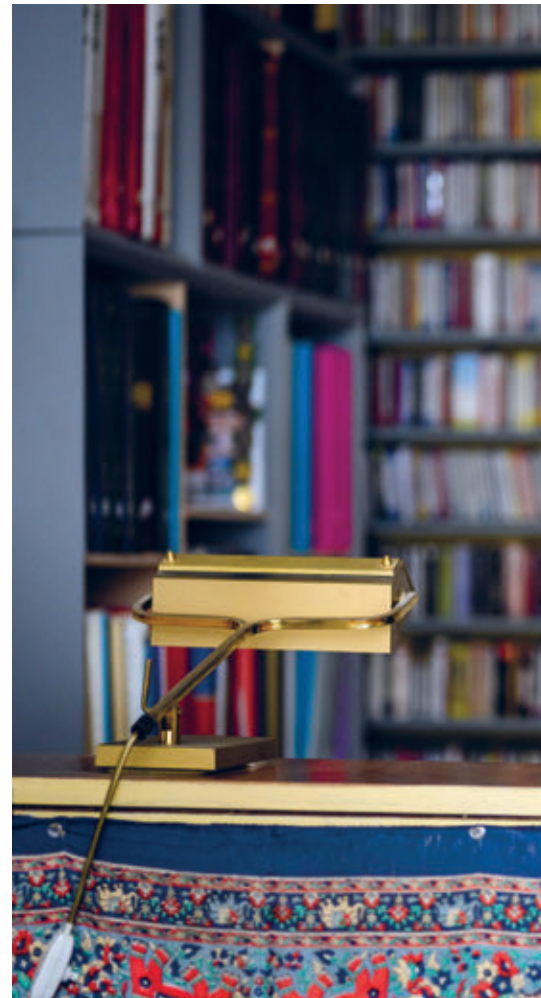


Foto: John Trygve Tollefsen

uidentifiserbar slang. Han snakker ikke typisk Vinderen-sosiolekt, stedet han faktisk vokste opp.

– Nei, den måten å snakke på fjerna jeg meg tidlig fra for å skuffe familien, forteller han med et bredt smil.

– Jussprofessor Tove Stang Dahl lærte meg likevel at jeg måtte skrive mer konservativt. Det viste seg at den skriftlige syntaksen min ikke helt kledde talespråket mitt. Det var et klokt råd. Men jeg er veldig fornøyd med at *jentan* (døtrene og kona, red. anm.) snakker nordnorsk. De er jo født og har gått på skole der, oppgir Syse. Hans egne familierøtter er på farssiden fra et lite klyngetun på Vestlandet. Gården het Syse og lå i Ulvik i Hardanger. Faren var jurist og jobbet i rederi. Men hvis noen trodde han til slutt begynte på juss for å gå i sin fars fotspor, tar de feil.

– Jeg passet på å begynne på jussen etter at han var død, forteller Syse og legger til:

– Den gleden skulle han ikke få!

Aslak Syse ler, men utfyller med alvor:

– Vi hadde et kjipt forhold. Han var prestesønn og styrte huset med for hard hånd.

– Det er vanskelig å vokse opp i skyggen av



«Det er vanskelig å vokse opp i skyggen av Holmenkollåsen. Det tar sin tid å normaliseres. Du får en protestglede før du faller til ro og er fornøyd med deg sjøl»

Holmenkollåsen. Det tar sin tid å normaliseres. Du får en protestglede før du faller til ro og er fornøyd med deg sjøl, sier Syse og pauser litt.

– Han var streng?

– Streng synes jeg ikke er så gærent, men far min var veldig regelstyrt.

– Du virker ikke som du liker at andre skal bestemme hvilke regler du skal følge?

– Nei! (latter).

Det viktigste han lærte hjemmefra var altså å ikke la seg styre. Ikke av noen.

– Det var nok ikke tilfeldig at jeg ble valgt inn for Anarkistisk universitetslag på Studenttinget, kommenterer han og smiler sitt beste revesmil:

– Jeg har alltid hatt en anarkistisk livsholdning, men med stor grad av selvkontroll.

Så hvorfor får vi assosiasjoner til Roald Dahls hovedkarakter i fortellingen om den fantastiske Mikkel Rev? Til 70-årsdagen hans laget kollegene et festskrift med følgende tittel: «cand.mag., cand.med., cand.jur., cand.alt». Eller med andre ord: irriterende suveren.

I innledningen skriver forfatterne at Syse er raus og engasjert, men kompromissløs.

– Jeg har alltid vært ærlig og tydelig. Da jeg var aktuell som instituttbestyrer på Institutt for offentlig rett, advarte jeg dem om at jeg var en tvangsnevrotiker og at det ville bli orden på butikken hvis de skulle ha meg. De valgte meg likevel, forteller Syse.

– Du tenker at du er en tvangsnevrotiker, altså?

– Jeg tenker ikke at jeg er det. Jeg er det. Men godt skjult.

Tjen folket og bli klokere

Prinsippene «tjen folket» og «bli klokere» har vært en ledetråd for hele karrieren. Som nestor innen helsejuss etablerte han faget

velferdsrett. Han har også vært leder for landets første likestillings- og diskrimineringsnemnd. Engasjementet for de svakestes rettigheter gjorde at han allerede som medisinstudent ble leder for Norsk forening for kriminalreform (KROM), som ble stiftet i 1968. Kriminologiprofessorene Nils Christie og Thomas Mathiesen var faglige forbilder som han også hadde gleden av å jobbe med da han etter hvert ble ferdig jurist.

– Christie var opptatt av vanlige folk, langhåra livsstil og hadde stor toleranse. Han forsto mye av samfunnet. Thomas var kanskje mer en aktivist, sier Syse. De to professorene var begge norske intellektuelle som ikke var redde for å gå mot strømmen. Kanskje ikke så ulike Syse selv?

– Christie gjorde det på sin milde måte. Jeg har alltid måttet larme litt mer.

– Har du pådratt deg mange fiender opp igjennom?

– Jeg har helt sikkert krenka mange, men jeg kommer ikke på noen nå. Jeg tror ikke det handler om at jeg ikke har observasjonsevne, men folk fleiper med at jeg ikke har injurierende kraft.

De færreste er nok likevel klar over at til tross for en vital framtoning var han alvorlig syk under arbeidet med rapporten til Sannhets- og forsoningskommisjonen. Rapporten ble lagt fram i sommer, og Syse hadde da som eneste medlem en særuttalelse som rettet seg mot deler av rapporten. Der påpekte han at selv om han stilte seg bak rapporten, mente han at den var både «baktung og alderstung» og at det manglet noen viktige hensyn. I sitt 77. år framstår han derimot selv verken som baktung eller alderstyngt. Han avviser at kreftsykdommen har gjort at han grubler mer.

– Nei. Jeg er en enkel sjel. Jeg er godt fornøyd. Jeg har vært ordentlig dødssjuk, ikke sant. Grønt kort til alle tjenester. Mange som opplever alvorlig sykdom, har fått mange kloke tanker og nytt syn på livet. Jeg har ikke fått noen nye tanker om livet. Jeg er bare fornøyd med at jeg er tilbake der jeg var. Ikke én eneste ny klok tanke, men jeg er svært fornøyd med den jobben de har gjort – og gjør – på Ullevål sykehus, sier Syse og legger til:

– Jeg er egentlig mer lei meg over å skulle miste muligheten til å se barnebarna, mer enn jeg er redd for å dø. Jeg har hatt et jævlig ålreit liv. Jeg kan egentlig ikke forvente så veldig mye mer enn det jeg har hatt, oppsummerer Syse.

CHARLOTTE LUNDE

charlottelunde@me.com

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 $\geq 6-11$ 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 $\geq 12-17$ 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 $\geq 6-11$ 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 x 1,14 ml¹ (ferdigfylt sprøyte m/automatisk nålebeskyttelse) kr 15819,60. 300 mg: 2 x 2 ml¹ (ferdigfylt sprøyte m/automatisk nålebeskyttelse) kr 15819,60. **Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn:** 200 mg: 2 x 1,14 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 15819,60. 300 mg: 2 x 2 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 15819,60. **Refusjon: H-resept: D11A H05_1 Dupilumab.** Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonale faglig retningslinje 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.

Helsehjelp i hamsterhjulet

Den som tror at leger spurter rundt på vakt, tar feil. Erfarne vaktleger har lært å tilpasse innsatsen til 12 timers ultraløp snarere enn en økt med piggsko.

Når callingen piper, øker både puls og skrittlengde – og valg av skotøy er faktisk en faktor. Fordi komforten ved åpne designersandaler av slitesterk naturkork og skinn må veies opp mot risikoen for snubling og overtråkk, redder vakthavende liv i en eim av tåfis fra tette snørte joggesko. Heldigvis er leger godt skodd i toppetasjen.

Mens pasientene strømmer ned samlebandet i helseproduksjonsfabrikken, løper legene etter for å holde tritt med oppgavene. Etter å ha klokke inn titusener av skritt på en nattevakt, kan støle hjerne-celler endelig stemple ut og møte opp hjemme som DBVASS. Et så komplisert akronym hinter om at selve oppgaven er umulig: *den beste versjonen av seg selv.*

På poliklinikkene gjør kontorstoler på hjul det mulig for legene å forflytte seg sømløst mellom pasient, pult og printer uten å gå ett eneste skritt. Man får elendig kondis, men kan til gjengjeld vifte med tærne i sølvskimrende sandaler under kontorpulten. Den som tror at sykehusleger dermed ikke løper på poliklinikken, tar feil. Poliklinikk er et kappløp mellom ventelister og timebøker. Helsepolitikk, logistikkutfordringer og et siste ædda bædda fra koronapandemien gir for mange pasienter på startstreken. Vi er dømt til å tape. Mens hjerneceller løper løpsk i proppfulle timebøker, fyker pasientene forbi i et sammensurium av ansiktsløse diagnoser, DRG-koder og dårlig samvittighet.

«Leger løper uten å komme av flekken. Alle joggere vet at når du setter tredemølla på maksinnstilling, risikerer man å skli baklengs til et ublidt møte med veggen»

Leger løper uten å komme av flekken. Alle joggere vet at når du setter tredemølla på maksinnstilling, risikerer man å skli baklengs til et ublidt møte med veggen. Nike Air eller Birkenstock, vaktstus i kinnposene eller nøtteblanding i frakkelommene – vi forsøker alle å holde balansen i hamsterhjulet. Det Norske Akademis ordbok omtaler metaforen om hamsterhjulet som en «vedvarende belas-



Illustrasjonsfoto: Bill Oxford/iStock

tende tilstand med hardt, rutinepreget arbeid i høyt tempo». Hvem kan si at helsevesenet ikke er et hamsterhjul?

Selvfølgelig er det direkte frekt å redusere høyt utdannet helsepersonell til en gnager som omtales som et perfekt startkjæledyr til barn – dette til tross for at hamsteren ikke er spesielt kosete, den angriper eventuelle burkamerater og plasserer seg godt under både Passopp og Mons på IQ-skalaen. Så hvorfor velger helsebyråkraten seg hamster som kjæledyr?

I motsetning til oss hvitkledde i helsetjenesten, så *elsker* hamsteren å løpe på nattetid – og kan tilbakelegge nærmere ti kilometer på én nattevakt i hamsterhjulet sitt. Uheldigvis lager dagens hamstre ubehagelig mye støy, så eierne plasserer helst buret utenfor hørevidde.

Dessuten skjer det noe rart hvis man tar hamsteren ut av hjulet. Hamsterhjulet stopper å spinne! Hvilket bringer oss til helsebyråkratets genitrekke: Alle hamstre ser klin like ut! Når et brunt- og hvitpelsset kjæledyr tar kvelden etter å ha løpt rundt med formålsløs adferd i sine tilmålte gjennomsnitts to år, kan det lett erstattes uten at noen merker det.

LINN VEDELD

linnvedeld@gmail.com
er spesialist i øyesykdommer.

Etikkløse leger

Profesjonsetikken er en viktig og nødvendig forutsetning for god pasientsikkerhet, og burde være tydeligere i legenes bevissthet. Hos noen få leger mangler den helt, eller blir overskygget av egoistiske behov. Disse legene ødelegger for både pasienter og kolleger.

Før det offentlige helsevesenet ble etablert, hadde legeprofesjonen selv – lauset – ansvaret for å godkjenne nye leger og disiplinere de medlemmene som ikke oppførte seg profesjonelt. For å unngå at bukken skulle passe havresekken innførte de fleste land etter hvert offentlige godkjennings- og disiplineringsordninger gjennom innvilgelse og eventuelt inndragning av autorisasjon samt diverse klageordninger. I mange land er det derfor doble systemer med både offentlig og profesjonsorganisatorisk innslag, ofte fungerer de mer som motparter enn som samarbeidspartnere. I Norge har vi historisk hatt et rimelig godt samarbeid mellom Legeforeningen og myndighetene, eksempelvis gjennom utdanning og godkjenning av spesialister. Ansvaret for dette ble allerede i 1982 lagt til myndighetene, men helt frem til 2011 var det delegert til Legeforeningen.

«Det må stilles høyere etiske krav til en lege enn til folk flest. Legen bør stå på en etisk skammel»

Profesjonsetikk

En profesjon er blant annet kjennetegnet med egne etiske regler, som oftest basert på tre prinsipper: plikt til alltid å være faglig oppdatert, ivaretagelse og disiplinering av medlemmer som fungerer dårlig og oppfordring til en uegennyttig profesjonsutøvelse. Siden det formelle ansvaret for faglig oppdatering ikke lenger ligger på Legeforeningen, er det nå mer rom for arbeid med etisk bevissthet og legeatferd.

Det etiske grunnlaget for norske leger er basert mer på den etikken de har tilegnet seg gjennom oppveksten enn på en bevisst profesjonsetikk (1). Men det er mulig, blant annet gjennom tverrfaglige etiske refleksjonsgrupper, å øke og spisse den etiske bevisstheten (2).

Den etiske skammelen

I 1970, da jeg begynte min medisinske karriere, var profesjonsetikken nokså forskjellig fra nå. Våre professorer, med noen hederlige unntak, hadde store egoer som ingen torde å korrigere. De ville neppe greid seg i dagens helsevesen der både pasienter, kolleger og andre medarbeidere kan klage eller varsle. Mine femti år som lege kan beskrives som ferdene ned fra pidestallen. Men det må stilles høyere etiske krav til en lege enn til folk flest. Legen bør stå på en

etisk skammel (3). Dette er nødvendig for at folk skal ha tillit til legene når de som pasienter må kle seg nakne, både i direkte og overført betydning. Heldigvis er de aller fleste leger tillitsskapende og trygge, med høy profesjonsetisk bevissthet, selv om den kanskje er vel så mye intuitiv som innlært.

Råtne epler

Men det finnes dessverre noen leger som mangler profesjonsetikk. De er ikke mange, men de gjør mye av seg, blant annet fordi de brettes ut i media og påvirker folks oppfatninger om leger. De ødelegger både for sine pasienter og sine kolleger. En amerikansk studie, basert på en grundig analyse av 280 leger som hadde skadet eller drept pasienter, skiller mellom tre typer atferd: seksuelle overgrep, ukritisk forskrivning av opioider og unødvendige operasjoner (4). Disse legene var fortrinnsvis menn som arbeidet alene uten overvåking, og flertallet hadde en antatt personlighetsforstyrrelse eller var rusavhengige. Motivene var penger, rus eller sex.

Heldigvis er det norske legearbeidsmarkedet bedre regulert enn det amerikanske. Men vi har også råtne epler i vår kurv, både leger som forskriver mye opioider til sine pasienter mot at de får en del av «utbyttet» selv, og leger som misbruker intime undersøkelsessituasjoner.

Er det mulig å fjerne de råtne eplene?

For leger med personlighetsforstyrrelser er nok inndragning av autorisasjonen den beste løsningen. Disse personene vil ofte skille seg ut allerede i studietiden, og det bør være laugets oppgave å «hjelp» dem ut av et påbegynt medisinstudium, eventuelt en nylig påbegynt yrkeskarriere. En nødløsning er å finne en godt overvåket stilling uten direkte pasientkontakt for en antisosial eller narsissistisk lege.

Når det gjelder rusavhengige leger, er det dokumentert at noen kan komme tilbake til faget etter grundig behandling og god overvåking og oppfølging.

Et større ansvar for Legeforeningen?

Jeg avsluttet min artikkel i 2006 om den etiske skammelen slik:

Skulle jeg ønske meg noe for legene i neste generasjon, måtte det bli en omfattende mentor- og karriererådgivning for alle. Den skulle begynne allerede i studietiden og vare i minst ti år inn i yrkeskarrieren. Som samfunnets mest markerte og typiske profesjon, og med en sterk og velstående profesjonsforening, burde vi kunne unne oss en slik speilende funksjon (3).

Jeg mener akkurat det samme i dag!



OLAF GJERLØW AASLAND

olaf2306@gmail.com

Foto: Einar Nilsen

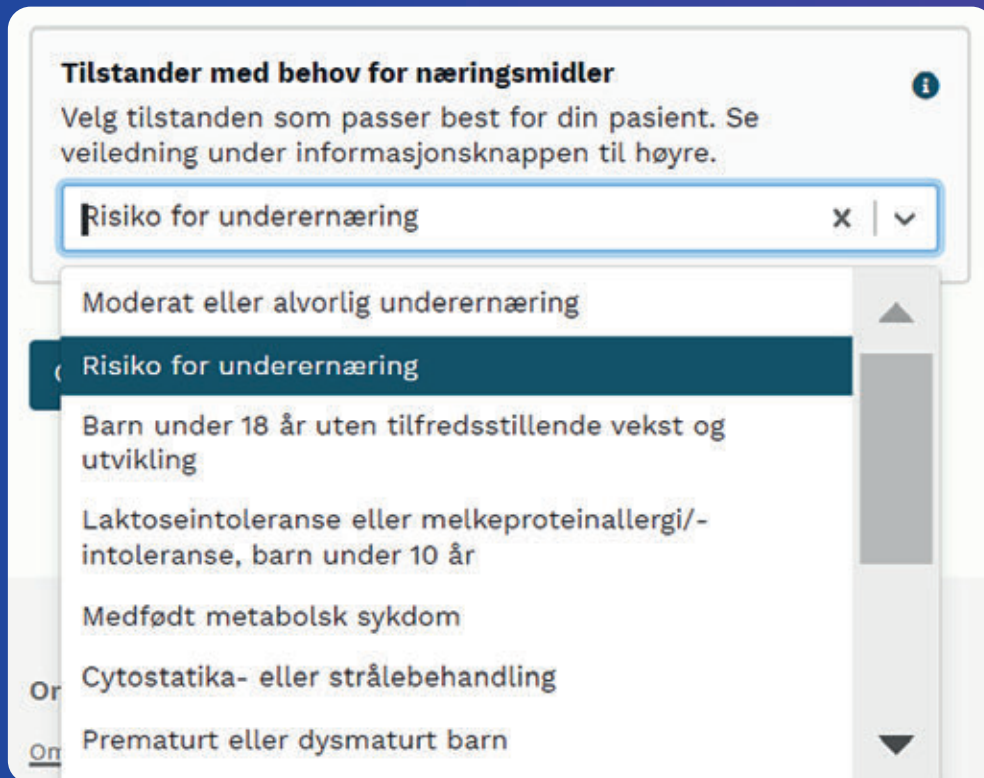
LITTERATUR

- 1 Mesel T. Profesjonelle i klemme. En studie av 21 sykehuslegers refleksjon over seg selv som profesjonsetiske subjekter. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008.
- 2 Institutt for helse og samfunn. Psykiske helsetjenester, etikk og tvang (avsluttet). Lest 25.9.2023.

- 3 Aasland OG. Legerollen – fra pidestall til skammel. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 61–2.
- 4 DuBois JM, Anderson EE, Chibnall JT et al. Serious Ethical Violations in Medicine: A Statistical and Ethical Analysis of 280 Cases in the United States From 2008–2016. Am J Bioeth 2019; 19: 16–34.

VISSTE DU AT DU KAN SØKE REFUSJON FOR DINE PASIENTER SOM ER I RISIKO FOR UNDERERNÆRING?

Det er flere enn pasienter med kreft som kan få stønad til næringsdrikker når vanlig mat ikke strekker til.



Tilstander med behov for næringsmidler ⓘ

Velg tilstanden som passer best for din pasient. Se veiledning under informasjonsknappen til høyre.

Risiko for underernæring x | v

- Moderat eller alvorlig underernæring
- Risiko for underernæring**
- Barn under 18 år uten tilfredsstillende vekst og utvikling
- Laktoseintoleranse eller melkeproteinallergi/-intoleranse, barn under 10 år
- Medfødt metabolsk sykdom
- Or Cytostatika- eller strålebehandling
- On Prematurt eller dysmaturt barn

Underernæring rammer for eksempel eldre, pasienter med traumer og brudd, hjerte- og lungesykdom og demens.

Logg inn gjennom: <https://portal.helsedirektoratet.no>

Prosessen tar om lag 2 minutter og svaret foreligger innen sekunder.



Se hvordan du
søker refusjon for
næringsdrikker på
[Nutricia.no/refusjon](https://nutricia.no/refusjon)

NUTRICIA
Nutridrink®

Lite kunnskap om veiledning av leger

Alle leger i spesialisering skal ha veiledning, men det finnes knapt empirisk kunnskap om hva som skjer i praksis.

Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering har fått økt betydning de siste årene. Slik opplæring ble styrket gjennom spesialistforskriften ved innføringen av den nye spesialistutdanningen i 2017 (1).

Veiledning er en viktig støttefunksjon for læring, men det finnes lite forskning som dokumenterer hvordan veiledning fungerer og gjennomføres i praksis på arbeidsplassen (2, 3).

Vi har nylig publisert en undersøkelse om hva som finnes av kunnskap om veiledning i indremedisinsk praksis, hvordan veiledning gjennomføres på arbeidsplassen og hvordan veiledning bidrar til læring (3). 3 284 studier ble inkludert i screeningen, og 18 ble valgt ut for nærmere analyse.

Få empiriske studier viste hvordan veiledning gjennomføres i praksis og hvordan veiledningsbegrepet forstås i ulike land. Ofte brukes ulike termer om samme type veiledningspraksis. Bare fire av de 18 inkluderte studiene brukte betegnelsen *educational supervision*, som tilsvarer det norske begrepet *veiledning*. De andre 14 studiene brukte andre termer, men beskrivelsen av disse var forenlig med definisjonen av *educational supervision*.

«Ofte brukes ulike termer om samme type veiledningspraksis. Bare fire av de 18 inkluderte studiene brukte betegnelsen *educational supervision*, som tilsvarer det norske begrepet *veiledning*»

I varierende detaljgrad ble det i 17 studier presentert beskrivelser og funn av hvordan veiledningen var organisert. 14 studier ga informasjon om struktur, gjennomføring eller tidsbruk. Bare noen få av disse beskrev hyppighet og varighet av individuell veiledning og regelmessige samtaler. I tre andre studier diskuterte man ulike roller forbundet med det å være veileder. 17 studier presenterte også empiriske data på hvordan veiledning bidrar inn i læring. Tolv av disse fokuserte på veileders engasjement, investering i spesialistkandidatenes læring, konfidensielle samtaler, vellykket karriereutvikling, helhetlig støtte og ansvar i samtalsituasjoner. Mangelfull veiledning, skjevhet i styrkeforhold mellom veileder og spesialist-



Illustrasjonsfoto: PeopleImages/iStock

kandidater, utfordringer med dårlig kvalitet på veiledningen og mangelfulle retningslinjer ble beskrevet i fem studier.

Flere av de inkluderte studiene ga ufullstendige beskrivelser av hvordan veiledning gjennomføres på arbeidsplassen. Noe av dette kan skyldes en inkonsistent bruk av terminologi for å beskrive veiledning som støttefunksjon. Vi så særlig at veiledning og mentoring hadde mange felles trekk. I vår studie argumenterer vi for en tydeligere begrepsdefinisjon av veiledning, slik at man får en bedre forståelse av hva veiledning innebærer. Implementeringen av nye utdanningssystemer i flere land, der veileder både skal gi råd og veiledning, samtidig som de skal vurdere om spesialistkandidaten har oppnådd målene sine, kan ha bidratt til en forvirring om hva veiledning egentlig er. I videre forskning innen feltet bør man derfor se på hvordan formålet med veiledningen følges opp i praksis.

CECILIE NORMANN BIRKELI

cecilie.normann.birkeli@lefo.no

er forsker i LEFO – Legeforskningsinstituttet og arbeider med en doktorgrad om veiledning og supervisjon av sykehusleger.

LITTERATUR

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). Lest 22.9.2023.
- 2 Patel P. An evaluation of the current patterns and practices of educational supervision in postgraduate medical education in the UK. *Perspect Med Educ* 2016; 5: 205–14.
- 3 Birkeli CN, Normand C, Rø KI et al. Educational supervision in internal medicine residency training - a scoping review. *BMC Med Educ* 2023; 23: 644.

Nyhet!

Gynoflor – eneste kombinasjon av laveste dose østrogen og melkesyrebakterier!^{1,2}

- 1 Behandling av vaginal atrofi hos postmenopausale eller perimenopausale kvinner
- 2 Gjenoppretelse av floraen av laktobasiller hos voksne kvinner etter antiinfektiv behandling mot infeksjoner i skjeden

Eneste kombinasjon med dobbeltvirkende effekt^{1,3}

Gynoflor® vaginaltabletter inneholder en kombinasjon av to aktive stoffer: laveste dose østriol (0,03 mg) og en spesifikk probiotisk stamme av melkesyrebakterier (*L. acidophilus* KS 400).

Begge virkestoffene har en synergistisk effekt på det vaginale epitelet og mikrofloraen. Det bioidentiske hormonet østriol fremmer nydannelse og modning av det vaginale epitelet.

Laktobasillene fester seg til skjedeepitelet, formerer seg og fortrenger dermed patogener. Det dyrkede vaginale epitelet frigjør glykogen som ved hjelp av laktobasillene omdannes til melkesyre og senker pH til fysiologisk normal verdi. Laktobasillene produserer også bakteriociner og hydrogenperoksid som videre hemmer veksten av patogene mikroorganismer.



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft, kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft), udiagnostisert genitalblødning, ubehandlet endometriehyperplasi, tidligere eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme), kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-, protein S- eller antitrombinmangel), aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt), akutt leversykdom eller tidligere leversykdom så lenge leverfunksjonstester ikke er normalisert, porfyri.

Forsiktighetsregler: For østrogenpreparater til vaginal bruk hvor systemisk eksponering for østrogen forblir innenfor normalt postmenopausalt nivå, anbefales ikke tillegg av gestagen.

Vaginale infeksjoner bør behandles før oppstart av behandling med Gynoflor.

Endometriesikkerhet ved langtidsbruk (>1 år) eller gjentatt bruk av vaginalt administrert østrogen, er uklar. Ved gjentatt bruk bør behandlingen derfor evalueres minst 1 gang per år.

Risikoer forbundet med systemisk menopausal hormonbehandling gjelder i mindre grad for østrogenpreparater til vaginal bruk, hvor systemisk eksponering for østrogen forblir innenfor normalt postmenopausalt nivå. Risikoene bør imidlertid tas i betraktning ved langtidsbruk eller ved gjentatt bruk av dette preparatet.

Dersom en kvinne blir gravid under behandling, bør behandlingen avsluttes umiddelbart.

Interaksjoner: Samtidig behandling med lokale eller systemiske antiinfektive midler kan føre til redusert effekt av Gynoflor.

Bivirkninger: Vanlige er brennende følelse i skjeden og vaginal utflod.

Pakninger og priser (AUP): 6 stk: kr 123.80. 12 stk: kr 211.40. Reseptgruppe: C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Gynoflor SPC 30.09.2022.

Dosering: Gjenoppretelse av floraen av laktobasiller: 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandling av atrofisk vaginitt: 1 vaginaltablett daglig i 12 dager, deretter en vedlikeholdsdose på 1 vaginaltablett 2-3 dager i uken.

Referanser: 1) Gynoflor SPC 09.2022. 2) www.legemiddelsok.no. 3) Mueck, A.O., Ruan, X., Prasauskas, V., Grob, P., and Ortmann, O., Treatment of vaginal atrophy with estriol and lactobacilli combination: a clinical review. Climacteric, 2018; 21(2): 140-147.

Angiitt eller angitt?

Medisinsk fagspråk utvikler seg kontinuerlig. På samme måte som i allmennspråket, vinner gjerne de korte og enkle uttrykkene terreng over tid.

Dette ordet er bygget opp av forleddet *angi-*, av gresk *angeion*, som betyr kar eller beholder (1). I medisinsk sammenheng handler det om å lede kroppsvæske – blod, lymfe, galle – fra ett sted til et annet. Vi kjenner det igjen i ord som angiologi, lymfangiom og kolangitt (2). Etterleddet *-itis*, som betyr betennelse eller inflammasjon, er velkjent fra en rekke diagnoser som bronkitt, meningitt og appendisitt (3). Usikkerheten i skrivemåten skyldes at den greske roten er *angeio-* og den latinske er *angio-* og *ang-* (1, 4). Det vil si at både *angioitt* (*angioitis*), *angiitt* (*angiitis*) og *angitt* (*angitis*) er mulige løsninger. De to siste er i bruk.

Flere eldre revmatologer i Norge ser ut til å skrive *angiitt* med to i-er (5), men vi har inntrykk av at yngre revmatologer foretrekker varianten med kun én i. Ordet brukes nesten utelukkende i sammensatte ord som mikroskopisk polyangitt (MPA), eosinofil granulomatose med polyangitt (EGPA), granulomatøs polyangitt (GPA) osv. Og ofte omtales jo inflammasjon i et blodkar helst som vaskulitt.

«Flere eldre revmatologer i Norge ser ut til å skrive *angiitt* med to i-er, men vi har inntrykk av at yngre revmatologer foretrekker varianten med kun én i»

Hva sier ordbøkene?

Det finnes rikelig med belegg for begge former. Et søk i Nasjonalbibliotekets digitale boksamling gir 39 treff på *angitis* og 64 på *angiitis* (22.7.2023), men det er vanskelig å søke på *angitt* på grunn av sammenfallet med fortidsformen av verbet *angi*. *Medisinsk ordbok* fra Kunnskapsforlaget sidestiller de to formene (6), mens *Norsk medisinsk ordbok* har oppslagsordet *angitt*, viser til *angiitt* og bruker denne formen i eksempler som benign lymfocytisk *angiitt* og hypersensitivitets*angiitt* (7). *Gyldendals store medisinske*



Illustrasjon: Tidsskriftet

ordbok velger motsatt: «*angiitt*, se *angitt*» (8). Også på svensk og dansk er det vakling (9–11).

Heller ikke i sammensatte ord er det konsistens. *Store norske leksikon* bruker formen *polyangiitt* (12), men i Nasjonalbibliotekets digitale boksamling er det 17 treff på *polyangitt* og 18 på *polyangiitt*. Det samme mønsteret finnes i Tidsskriftet: 8 treff for *polyangitt* og 11 for *polyangiitt*. En variant er å skrive med to i-er på gresk: *thrombangiitis obliterans* (13), men med bare én på norsk: *trombangitt* (14). I *Oxford English Dictionary* er oppslagsordet *angiitis*, der det står at denne formen stammer fra 1800-tallet, mens kortformen med bare én i er fra 1900-tallet (15). Det finnes flere tilsvarende eksempler på medisinske uttrykk med to vokaler etter hverandre, som *fasciitt* og *sakroiliitt*. Bruken er også her delvis vaklende.

Konklusjonen må bli at de to formene *angitt* og *angiitt* eksisterer side om side, men at yngre revmatologer foretrekker den enklere formen *angitt*. Det stemmer med at korte og enkle ordvarianter som regel vinner terreng over tid.

ERLEND HEM

erlend.hem@medisin.uio.no
er instituttssjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og leder av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk.

ANNA-BIRGITTE AGA

er seniorforsker og overlege i revmatologi ved Oslo universitetssykehus, og seniorforsker ved Diakonhjemmet sykehus, REMEDY - Forskningscenter for behandling innen revmatologi og muskelskjelettsykdommer.

LITTERATUR

- 1 Det norske akademis ordbok. *angitt*. Lest 24.7.2023.
- 2 Haubrich WS. Medical meanings: a glossary of word origins. 2. utg. Philadelphia, PA: American College of Physicians, 2003: 15.
- 3 Det norske akademis ordbok. *-itt*. Lest 24.7.2023.
- 4 Berg MH. Medisinsk nomenklatur. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1990: 136.
- 5 Gran JT. Innføring i klinisk revmatologi. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2013.
- 6 Nylenna M. Medisinsk ordbok. 8. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2017: 133.
- 7 Øyri A. Norsk medisinsk ordbok. Oslo: Samlaget, 2011: 57.
- 8 Lindsog BI. Gyldendals store medisinske ordbok. 2. utg. Oslo: Gyldendal, 2003: 32–3.
- 9 Lindsog BI, Malmquist J. Medicinsk terminologi. 7. utg. Lund: Studentlitteratur, 2020: 56.
- 10 Malmquist J, Lundh B. Medicinska ord. 7. utg. Lund: Studentlitteratur, 2020: 25.
- 11 Nørby S, red. Klinisk ordbog. 16. utg. København: Munksgaard, 2004: 78.
- 12 Palm Ø. granulomatose med polyangiitt. *Store medisinske leksikon*. Lest 24.7.2023.
- 13 Vethrus M. thrombangiitis obliterans. *Store medisinske leksikon*. Lest 24.7.2023.
- 14 Evensen SA. Trombangitt. *Store medisinske leksikon*. Lest 24.7.2023.
- 15 Oxford English Dictionary. *angiitis*, n. Lest 16.8.2023.

DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
alvorlig RSV-infeksjon²

SAMLET VAKSINE-EFFEKT
MOT RSV-LRTD^{3,4}

82,6 %

(96,95 % KI 57,9 til 94,1)

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

AREXVY (7 tilfeller av 12 466),
placebo (40 tilfeller av 12 494)

SAMLET VAKSINE-EFFEKT MOT
RSV-LRTD HOS PASIENTER MED
MINST 1 KOMORBIDITET^{†3,4}

94,6 %

(95 % KI, 65,9 til 99,9)

SEKUNDÆRT ENDEPUNKT*

AREXVY (1 tilfeller av 4 937),
placebo (18 tilfeller av 4 861)

Arexvy er indisert for aktiv immunisering for forebygging
av nedre luftveissykdom (LRTD) forårsaket av
respiratorisk syncytialvirus hos voksne ≥ 60 år.
Bruk av Arexvy skal være iht. offentlige anbefalinger.

Vaksinering skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom.
En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke
en kontraindikasjon for vaksinasjon.

Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller
blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

*Median oppfølgingstid 6,7 måneder

[†]Komorbiditeter assosiert med økt risiko for alvorlig RSV-infeksjon: Kols, astma,
kronisk luftveis-/lungesykdom, kronisk hjertesvikt, endokrinometabolske tilstander
(diabetes type 1 og 2, avansert lever- eller nyresykdom)^{3,4}

Arexvy kan koadministreres med vanlig influensavaksine

Kan gis samtidig med sesonginfluensavaksine (kvadrivalent, standarddose, uten adjuvans, inaktivert). Samtidig og separat administrering er non-inferior, imidlertid ble det observert en numerisk lavere RSV-A og B-nøytraliserende titer og numerisk lavere hemagglutinasjons hemmingstiter for influensa A og B ved samtidig administrering av Arexvy og inaktivert sesonginfluensavaksine, enn når de ble administrert separat. Den kliniske relevansen av dette er ukjent. Vaksinene bør administreres på ulike injeksjonssteder.

Dosering: Administreres som en enkelt dose på 0,5 ml. Behov for revaksinasjon med en påfølgende dose er ikke fastslått.

Pris: 2342,50 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Arexvy er ikke refundert av det offentlige og må betales av den enkelte.

Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Arexvy. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf: 22 70 20 00.

Referanser: 1. EMA <https://www.ema.europa.eu/en/news/first-vaccine-protect-older-adults-respiratory-syncytial-virus-rsv-infection> 2. Falsey AR, Hennessey PA, Formica MA, Cox C, Walsh EE. Respiratory syncytial virus infection in elderly and high-risk adults. N Engl J Med. 2005;352(17):1749-1759. 3. Arexvy preparatomtale 4. Papi A, Ison MG, Langley JM, et al. for the ARESVi-006 Study Group. Respiratory syncytial virus prefusion F protein vaccine in older adults. N Engl J Med. 2023;388(7):595-608.

Pellagra

I Tidsskriftet nr. 24/1932 oppsummeres en artikkel fra *Klinische Wochenschrift*, der August Meyer tar for seg flere utbrudd av pellagra i Europa, og hva de visste om denne sykdommen så langt. Nå vet vi at den skyldes mangel på vitamin B₃, men da denne artikkelen ble skrevet hersket det fortsatt litt uklarhet rundt årsaken. De var dog godt inne på det, og den nevnte legen og epidemiologen Joseph Goldberger (1874–1929) krediteres i dag med å ha oppdaget den riktige årsaken. Goldberger huskes også for å ha kjempet for vitenskapelig anerkjennelse av at fattigdom og sykdom henger sammen (Tidsskr Nor Lægeforen 1932; 52: 1484–5).

JULIE DIDRIKSEN

julie.didriksen@tidsskriftet.no
Tidsskriftet

August Meyer: Sporadisk pellagra i Mellemeuropa.

Sporadiske pellagratilfeller uavhengig av de kjente emdemi-centrer ble første gang iaktatt i 1850–1860 i egnen omkring Reims. Jadassohn beskrev i 1915 4 tilfeller fra Sveits. Etter 1918 er der fremkommet meddelelser om stadig flere tilfeller. Verdt å legge merke til er den iakttagelse at i Trentino, en utpregt pellagra-egn, avtok pellagraen sterkt under krigen samtidig med at befolkningen som følge av maismangel var nødt til å ernære sig på en måte som avvek fra deres vanlige, et forhold som er blitt utnyttet til

«Best fundert synes Goldbergers anskuelse å være, at årsaken skulde ligge i en mangel av den såkalte PP-faktor (Pellagra-Preventiv-Faktor, eller Vitamin B₂) i næringen»

fordel for maisteorien. Sannsynligvis forekommer sporadiske pellagratilfeller i Mellemeuropa langt hyppigere enn publikasjonene gir uttrykk for. Et nøie kjennskap til denne sykdom vil vel avsløre en del uklare sykdomsbilleder som pellagra. Det er ikke umulig at de slette økonomiske forhold som nu råder, kan føre til en økning av pellagratilfellene. Forf. meddeler 3 sikre tilfeller som er iaktatt i løpet av sommeren 1931 i Staehelins klinikk i Basel. Behandlin-

gen bestod i eggehviterik, blandet ernæring med tillegg av 15 gram pressgjær 3 ganger daglig samt saltsyre.

Årsaken til pellagra synes etter arbeider av Goldberger og hans medarbeidere å ligge i ensidig ernæring. Efterat man har iaktatt tallrike tilfeller som er opstått uavhengig av maisnydelse, er maisteorien forlatt. Heller ikke opfatningen av pellagra som en infeksjonssykdom synes lenger å ha tilhengere. Best fundert synes Goldbergers anskuelse å være, at årsaken skulde ligge i en mangel av den såkalte PP-faktor (Pellagra-Preventiv-Faktor, eller Vitamin B₂) i næringen. Det synes ikke helt klarlagt hvilken rolle lyset spiller for sykdommens utbrudd og om tilførsel av lyssensibiliserende substans er nødvendig for fremkomsten av de pellagrose hudforandringer. Enkelte finner at huden hos pellagrapatienter er særlig sensibel, andre finner ingen forskjell fra normale. Og mens noen legger vekt på at de steder av huden som er utsatt for lys, særlig affiseres, betoner andre at det særlig er de tildekkede partier. Lyset representerer sannsynligvis ganske som den mekaniske irritasjonen kun et understøttende moment. Forf. har ikke hos sine patienter kunnet påvise øket porfyrinutskillelse i urinen.

Sannsynligvis må hudforandringene ved pellagra opfattes som trofonevrotiske. Herfor taler forekomsten av andre trofiske forandringer. Hudpellagra begynner som et diffust brunrødt erytem. I de kroniske tilfeller og som siste rest av et akutt utbrudd finner man de av Casal beskrevne crustae metacarporum. For diagnosen er først og fremst hudforandringene av betydning. Men disse representerer sikkert ikke de første symptomer og finnes heller ikke på alle stadier. Som tidligere symptomer nevnes svimmelhetsanfall samt parestesier, muskelkramper og svekkelse i benene. Optrer den slags symptomer kombinert med mavearmfenomener, bør man ha



En kvinne med kronisk pellagra. Maleri av Amedeo John Engel Terzi (1872–1956), ca. 1925. Wellcome Collection / Public Domain

pellagra i mente. Hyppig finnes disse symptomer hos alkoholikere samtidig med utpregede tegn på en elendig ernærings-tilstand. Forf. reiser spørsmålet om ikke enhver alkoholisk polynevritt er en B-avitaminose, det være sig som en beri-beri eller som en pellagra. Sammenhengen mellom begge disse to B-avitaminoser kjenner vi ennå ikke tilstrekkelig. Det lyktes Goldberger fra B-vitaminets kompleks å avspalte den termostabile PP-Faktor, som han tilskriver de antipellagrose egenskaper. – De øvrige symptomer kommer gjerne først senere. Achylien behøver ikke å være der fra begynnelsen av. Blodsukkerkurven viser intet typisk. Blodbilledet er ukarakteristisk. Eiendommelig er den depressive sinnstilstand.

(*Klinische Wochenschrift*, 12. mars 1932.) H. J. Ustvedt.

UNIVERSITETET I OSLO

www.med.uio.no/disputaser/



SVANHILDUR HAFLIDADOTTIR

Food allergy and asthma after liver transplantation in children. Utgår fra Institutt for Klinisk medisin. Disputas 9.10.2023.

Bedømmelseskommité: Vibeke Brix Christensen, Rigshospitalet, Danmark, Christine Olbjørn, Akershus universitetssykehus, og Eirik Nestaas, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Runar Almaas.

FREDERIK EMIL JUUL

Endoscopic Screening for Colorectal cancer - Quality and Effectiveness. Utgår fra Institutt for helse og samfunn. Disputas 23.10.2023.

Bedømmelseskommité: Karsten Juhl Jørgensen, Syddansk universitet, Danmark, Mette Nâmdal Vesterhus, Universitetet i Bergen, og Knut Magne Augestad, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kjetil K. Garborg, Mette Kalager og Michael Bretthauer.

UNIVERSITETET I BERGEN

www.uib.no/info/dr_grad/



KAREN GALTA SØRENSEN

Asthma, atopy, and lung function in young adults after hospitalization for bronchiolitis in infancy. Utgår fra Klinisk institutt 2. Disputas 6.10.2023.

Bedømmelseskommité: Klaus Bønnelykke, Københavns universitet, Danmark, Emma Goksör, Göteborgs universitet, Sverige, og Katrine Brække Norheim, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Ingvild Bruun Mikalsen, Knut Øymar og Thomas Halvorsen.

Bedømmelseskommité: Martin Joohansson, Göteborgs universitet, Sverige, Helga Gudmundsdottir, Oslo universitetssykehus, og Daniela Elena Costea, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Sabine Leh og Hans-Peter Marti.

NINA URKE ERTESVÅG

Antibody responses after influenza and SARS-CoV-2 vaccination and infection: Lessons across the ages. Utgår fra Klinisk institutt 2. Disputas 23.10.2023.

Bedømmelseskommité: Christopher Chiu, Imperial College London, England, Laura Kakkola, Universitetet i Turku, Finland, og Oddvar Oppegaard, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Rebecca Jane Cox, Kristin G-I Mohn og Mai-Chi Trieu.

ÅSE BJØRVATN SÆVIK

Clues to Diagnosis and Clinical Outcomes in Auto-immune Addison's Disease. Utgår fra Klinisk institutt 2. Disputas 23.10.2023.

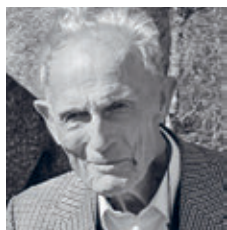
Bedømmelseskommité: Stefan Bornstein, Universitetsklinikken Carl Gustav Carus Dresden, Tyskland, Earn Gan, Newcastle Universitet, Storbritannia, og Katrin Brauckhoff, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Marianne Øksnes, Eystein Sverre Husebye og Sophie Bensing.

IDA VIKEN STALUND

Polyvinylpyrrolidone deposition disease. The role of pathology in understanding disease and death in persons with opioid addiction and intravenous drug use. Utgår fra Klinisk institutt 1. Disputas 13.10.2023.

HERMAN HØST



Vår gode kollega og nestor innen norsk onkologi, professor Herman Høst, døde 14. september, 97 år gammel.

Han ble utdannet lege i 1951 og fast ansatt på Radiumhospitalet fra 1958. Han var leder og professor ved Kreftavdelingen fra 1976 til han gikk av med pensjon i 1996.

Herman har hatt meget stor betydning for utviklingen i norsk onkologi, og var sentral da spesialiteten onkologi ble etablert i 1982. Det økte interessen for feltet, og han bidro sterkt til at faget fikk en tydelig akademisk profil.

Herman var en initiator og inspirator som

bidro til betydelig forskningsaktivitet på Radiumhospitalet. Han rådet oss unge leger til å ta en doktorgrad. Han så verdien av translasjonsforskning, og flere av oss fikk vår forskningsutdanning på Institutt for kreftforskning. Herman bidro til å skape en generasjon av forskningskompetente klinikere.

Han hadde selv en betydelig forskerkarriere. I sitt doktorarbeid fra 1966 avklarte han forskjellen i bivirkning mellom to slags derivater av sennepsgass. Senere påviste han nytteverdien av postoperativ strålebehandling av brystkreft. Et viktig funn var at hjertet ble skadet av strålingen, noe som senere ble tatt til følge i utformingen av strålefeldene. Han hadde bred oversikt over onkologien. Hovedinteressen hans var lymfekreft, og han bidro til at kurativ behandling av Hodgkins lymfom tidlig ble innført i Norge.

Herman var en myndig leder med naturlig autoritet som vi hadde stor respekt for. Han var tydelig, direkte og fattet seg alltid i korthet, men han var likevel uformell og med humoristisk sans. Han brydde seg om personalet, og kunne spørre oss om hvordan vi opplevde arbeidssituasjonen og hvor-

dan det gikk med familien. Han var en synlig leder som var rundt på avdelingen. Han deltok på visittgang til pasientene, stilte fornuftige spørsmål og ga ofte gode råd basert på sine store kunnskaper og lange erfaring som kreftlege.

Han var ikke redd for å gi unge leger tidlig ansvar, noe som bidro til faglig utvikling og evne til å ta beslutninger. Mange opplevde stor frihetsgrad til å foreslå behandlinger basert på evidens, til å starte studier og prosjekter, som også gjorde hverdagen spennende.

I Hermans tid var det en betydelig underkapasitet for kreftbehandling i Norge, og pasienter måtte ofte reise langt for å få spesialisert kreftbehandling. Han så nytten av å etablere regionale kreftsentre i Trondheim og Tromsø, som i starten ble bemannet fra Radiumhospitalet. Strategien har lyktes. I dag har vi sterke onkologiske behandlingsmiljøer i alle landets fire helseregioner.

Vi lyser fred over hans minne.

SIGBJØRN SMELAND, STEIN KAASA,
JAN FOLKVARD EVENSEN, STEIN KVALØY

FRANZ HINTRINGER



Franz Hintringer, født 21.10.1954, gikk bort 1.8.2023. Franz kom fra oppvekst og utdanning i Østerrike til lederroller i spesialiteten fysisk medisin og rehabilitering i Norge. Han brakte friske og utfordrende nye impulser til denne spesialiteten og til det norske samfunnet generelt.

Han har tjenestegjort ved perifere og sentrale rehabiliteringssentre i Norge, sær-

lig på Sørlandet, i Østfold og i Tromsø, hvor han arbeidet de siste årene. Vi kjente ham først og fremst fra perioden da han tjenestegjorde og frisket opp miljøet ved Sunnaas sykehus på Nesodden.

Han levde og jobbet som en utfordrende inspirator, og deltok alltid i diskusjoner, både om overordnede prinsipper og i detaljerte enkeltsaker. Ikke overraskende deltok han med entusiasme og faglig nysgjerrighet i utvekslingsprogrammet som foregikk mellom Sunnaas sykehus og Kina, både ved den sentrale institusjonen China Rehabilitation Research Center i Beijing og ute i perifere provinser med meget enkle arbeidsforhold. Hintringer ledet selv en gruppe med norske rehabiliteringsekspertene ved forsøk på å åpne et omdiskutert Lhasa Rehabilitation Center. Franz måtte bruke alle sine kunstneriske, diplomatiske og kontaktskapende egenskaper i dette utfordrende samarbeidet og fellesskapet. Han fikk

applaus og anerkjennelse også når han demonstrerte sine detaljerte kunnskaper om kinesisk mat.

Franz Hintringer ble ofte, med rette, sett på som en eksotisk utsending fra en annerledes verden. Han ønsket også sterkt at verden skulle vært annerledes, og fikk ofte behov for å trekke seg tilbake til stillhet og ødemark. På grunn av en tragisk ulykke i Østerrike er verden blitt fattigere. Han etterlater seg et stort tomrom, men mange sterke og gode minner. Vi takker for opplevelsene og samværet, og sender spesielt varme tanker til Tone og alle hans nærmeste.

JOHAN KVALVIK STANGHELLE, EIRIK FISMEN

ESPEN ASAK RUUD



Den 17. august i år ble Espen meldt savnet, og få dager senere mottok vi den triste meldingen om at han var funnet død, 58 år gammel. Med Espens bortgang har Ahus mistet en av sine beste radiologer og vi har mistet et varmt medmenneske og en fantastisk kollega og venn.

Espen var en faglig bauta som vi alle kunne støtte oss på. Han hadde en bred faglig bakgrunn som både indremedisiner og radiolog og var svært kunnskapsrik med en enorm faglig entusiasme. Alltid hjelpsom, alltid tilgjengelig og den alle klinikerne ville ha tak i, den vi ringte når

det virkelig røynte på. At Espen, så livsglad, energisk og humorfylt, ikke lenger skal komme heseblesende gjennom korridorene på Ahus, med frakken flagrende etter seg og sekken på ryggen, er ikke til å fatte. Alltid med et smil, gjerne fem minutter forsinket (fordi han bare måtte svare på en telefon fra noen som trengte hjelp).

Espen var fordomsfri i møte med bakgrunn, hudfarge og status. Han var svært inkluderende og omsorgsfull og spurte alltid hvordan det gikk. Måneder etter en samtale kunne han spørre hvordan det gikk med den kranke forgasseren eller den vonde ryggen. Hadde noen et problem, var han snar til å ringe en kliniker, en kompis eller den veldig flinke bilmekanikeren han kjente. Ingen biler ble kjøpt på avdelingen (eller hele sykehuset) uten at den var godkjent av Espen.

Espen var en fremragende toraksbiopsør, en av de dyktigste og mest erfarne i Norge. Han har publisert sin forskning i ledende radiologiske tidsskrifter og skulle snart forsvare en doktoravhandling om CT-veileddede biopsier. Hans glødende engasjement kom også til syne når vi på Ahus fikk vår

første spektral-CT. Han var visjonær og så fort hvilke muligheter denne teknologien kunne gi.

Hans interesser var mange. Han spilte bassgitar og ukulele og var lidenskapelig opptatt av motorer, fra modellfly til biler. Særlig glad var han i sin Skoda Octavia 2014. Han elsket fart og spenning, og det var i skibakken han hadde et stygt fall i 2022 og i ettertid fikk mye smerter.

Han etterlater seg et stort tomrom. Vi er takknemlig for at vi fikk lære ham å kjenne og alt han har betydd for oss. Ettermålet hans handler om faglig kvalitet, ærlighet og omsorg.

Våre tanker går til Espens nære familie, hans kone og fire barn, som han var så stolt av.

God reise, kjære Espen. Vi håper og tror at Skoda Octavia 2014 også finnes på den andre siden.

På vegne av radiologisk avdeling

LISE ØRJASÆTER AMUNDSEN,
CHATRINE H. KRISTIANSEN,
HASEEM ASHRAF, SIRI L. HECK,
MASNOONA SONIYA JAVID

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

BERGEN
KOMMUNE**Nyopprettede fastlegehjemler (nullhjemmel) ved Olsvik legesenter**

For fullstendig utlysning se www.legejobber.no eller www.bergen.kommune.no/jobb

Søknadsfrist: 12.11.2023

TVEDESTRAND
KOMMUNE**100% kommunal fastlegestilling**

Tvedestrand, en sjarmerende sørlandsby med en fantastisk skjærgård og kort avstand til større byområder både i øst og i vest. Her får du gode helsetjenester, varierte bomiljøer med mulighet for sjø nære tomter og et mangfoldig kulturliv. Tvedestrand kommune har kompetente medarbeidere som løser mange og utfordrende oppgaver i et trivelig miljø.

Tjenna legekantor holder til i Tvedestrand sentrum og er 1 av 2 veldrevne legekantor i kommunen. Tjenna legekantor består av 4 kommunale leger. Legene har i dag ansvar for vanlig kurativt fastlegearbeid og ivaretar også arbeidsoppgaver i de kommunale tjenestene, som tilsynslege ved kommunens sykehjem og i helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Tvedestrand kommune er godkjent utdanningsvirksomhet og tilbyr ALIS avtale.

For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettside eller legejobber.no. Søknadsfrist: 19.11.2023

BERGEN
KOMMUNE**Nyopprettet fastlegehjemmel (nullhjemmel) i hjertet av Bergen sentrum**

For fullstendig utlysning se www.legejobber.no eller www.bergen.kommune.no/jobb

Søknadsfrist: 19.11.2023

Holmestrand
kommune**Ledig fastlegehjemmel**

Legepraksisen ligger sentralt i Sande, 5 minutter fra togstasjonen. Oslo er en 45 min togtur unna. Legesenteret har 3 fastleger. Praksisen har 700 pasienter. Pr. nå er det ikke bistilling tilknyttet hjemmelen. Det er gode muligheter for å øke listetallet. For fullstendig utlysning, se Legejobber.no. **Søknadsfrist 21. november**



HOLE kommune

Ledig 50 % fastlegehjemmel og 50 % kommunal lege

Hole kommune har vedtatt å opprette en halv fastlegehjemmel som selvstendig næringsdrivende med ca. 600 listepasienter i kombinasjon med ca. 50 % fast stilling som lege i Hole kommune og vår interkommunale (legevakt). Dette er å anse som tilpiktningsoppgaver.

Det er ønskelig at legen etablerer seg sammen med annen legevirksomhet i kommunen for fastlegedelen av sin virksomhet. Ny singelpraksis er ikke ønskelig. Arbeidssted for tilpiktningsoppgavene vil bli fastsatt etter nærmere avtale.

Fastlegehjemmelen og stillingen etableres innenfor rammen av sentralt fastsatte avtaler mellom KS og Den Norske legeforening, herunder at fastlegen etablerer et system for kollegial fraværdekning og daglegevakt med øyeblikkelig hjelp. Praksiskompensasjon tilstås på vanlig måte.

For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettsider eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 15. desember 2023

Tromsø
kommune**Lege - flyktninghelsetjenesten og vaksinasjonskontor**

Stillingen er fast og tiltenkt 80 % til flyktninger og 20 % til vaksinasjonskontoret. Flyktninghelsetjenesten følger opp nylig bosatte flyktninger og familiegjenforente med helsetjenester den første tiden de bor i kommunen. For mer informasjon, se kommunens nettside eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 12.11.2023



Kristiansand
kommune

Fastlegehjemmel og deleliste ved Kvadraturen legesenter

Legesenteret er veldrevet og ligger midt i sentrum med flott utsikt til sjøen/havna og har god tilgjengelighet for publikum. Det er 6 etablerte fastlegehjemler, gynekolog og LIS1 tilknyttet senteret. Det er gode inntjeningsmuligheter. For mer informasjon, se våre nettsider eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 12.11.2023**



TRONDHEIM
KOMMUNE

Lege i kommunal stilling

Ønsker en forutsigbar og trygg vei mot å bli allmennlegespesialist? Vi tilbyr nå tre faste 100 % LIS3/ALIS-stillinger ved helse- og velferdssentre, eller kombinasjon 60 % helse- og velferdssenter og 40 % Flykninghelseteam eller helsestasjon/skole. For fullstendig utlysningstekst, se vår nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 12.11.2023**

Legejobber.no



Tromsø
kommune

Fastlege - Sentrum legekantor

For en bedre fastlegehverdag tilbyr Tromsø kommune økt basistilskudd, etableringstilskudd til oppkjøp av etablert fastlegehjemmel og kommunal sykeforsikring. Sentrum legekantor er veldrevet av syv fastleger, både leger og helsesekretærer har vært stabile over mange år. For mer informasjon, se kommunens nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 15.11.2023**

Legejobber.no



Nesodden
kommune

Vil du bli fastlege på Nesodden?

Ledig fastlegehjemmel ved Varden legesenter

Varden legesenter er en veletablert fem-legepraksis med gode rutiner, dyktige og stabile medarbeidere og gode samarbeidsforhold. For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 19.11.2023**

FØDSELSHJELP OG KVINNESYKDOMMER



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

56 000 studenter och 6 600 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

PROFESSOR

i obstetrik och gynekologi med
inriktning mot obstetrik, förenad
med anställning som överläkare vid
Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Ref nr: **PAR 2023/623**

Sista ansökningsdag: **2023-11-27**

För mer information se vår hemsida:

www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Norges mest komplette
oversikt over ledige
legejobber

GENERELL KIRURGI

- Trygghet når du trenger det mest. Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på www.sshf.no og følg oss på Facebook.



Overlege i generell kirurgi

Avdeling for kirurgiske fag, Flekkefjord

Vi ser etter deg som ønsker å styrke vår overlegegruppe på kirurgisk avdeling med din kompetanse og motivasjon for god pasientbehandling.

Er du interessert i å jobbe på et lokalsykehus, da har vi ledig faste 100 % overlegestillinger i generell kirurgi.

Flekkefjord kommune hjelper gjerne til med integrering i lokalsamfunnet dersom det skulle være ønskelig. Kommunen vil også kunne medvirke i flytteprosessen og til å skaffe bolig i en overgangsperiode. Lister næringsforening stiller med jobbgaranti for partner til generell kirurger som blir ansatt.



For mer informasjon, se:
<https://sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss>

Kontakt gjerne klinikkdirktør
 Tone Kristin Hansen på tlf. +47 91107734.

Søknadsfrist:
 10.12.2023

WebCruiter id:
 4665298228

FORSKJELLIGE STILLINGER

Sykehuset Innlandets oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vi har virksomhet på mer enn 40 steder i Innlandet innenfor somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg og prehospitaltjenester. Som ett av landets største helseforetak med 9 000 ansatte og et stort antall faggrupper, er vi Innlandets største kompetansemiljø. Vi skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. Sykehuset Innlandet ønsker at våre ansatte skal gjenspeile befolkningens mangfold.



Assisterende direktør medisin og helsefag

Sykehuset Innlandet er et av Norges største og mest komplekse helseforetak. Stabsområde Helse har det strategiske ansvaret for medisinsk og helsefaglig utvikling i foretaket. Vi står foran spennende og utfordrende utviklingsprosesser i årene fremover. Digitale løsninger er viktige verktøy i arbeidet med å utvikle tjenester etter klinikerens behov, for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet og å forenkle hverdagen.

Assisterende direktør medisin og helsefag rapporterer til direktør medisin og helsefag og vil være hennes stedfortreder.

Vi søker deg som er erfaren kliniker med en ekstra motivasjon til å jobbe med å forbedre arbeidsprosesser og påvirke klinisk fagutvikling og tverrfaglig samarbeid, med hovedvekt på legemiddelområdet og kliniske teknologiløsninger. Du er helhetstenkende og har et fremtidsrettet syn på utviklingen av helsetjenesten og interesserer deg for nye konsepter og nye måter å jobbe på.

For fullstendig utlysning se vår nettside eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 20.11.2023

KURS OG MØTER



Trygg nedtrapping
av psykiatriske medikamenter

Vi inviterer til seminar om nedtrapping av psykofarmaka

Stadig flere får foreskrevet legemidler mot psykisk uhelse. Medikamentene har vist seg å være svært vanedannende og forårsaker store nedtrappingsproblemer. Informasjonsbehovet om trygg nedtrapping er derfor stort.

Tid: 1. desember 2023 kl. 10-17 | **Sted:** Litteraturhuset, Oslo

På programmet: **Anders Sørensen** - PhD i nedtrapping, **Jørgen Kjørnø** - TV-personlighet og erfarer, Fastlege **Andreas Heck** og erfarer **Sigrun Wike** i samtale med psykolog **Birgit Valla**. Åpning ved leder for helse- og omsorgskomiteen på Stortinget **Tone Wilhelmsen Trøen**.

Gratis seminar - ingen påmelding



www.madinnorway.org

KUNNSKAP HUMANISME MENNESKERETTIGHETER

Velkommen til ultralydkurs for allmennleger 22. og 23. januar på Scandic Helsfyr

Ultralyd i allmennpraksis

Kursleder: Canh Le Nygaard

Godkjent: Emnekurs 18 timer

Pris: 9000 kr + dagpakke

Deltakere: 40

Kort info: Lær klinisk ultralyd tilpasset allmennpraksis, legevakt og KAD. Vi gjennomgår de takstgivende undersøkelsene. Det blir korte teoretiske gjennomganger og rikelig med tid til praktisk øving med apparater og modeller.

Se kurskatalogen på Legeforeningen sine hjemmesider for fullstendig kursprogram og påmelding. Kursnr: ID. 35661.

Velkommen til kurs i gynekologi for allmennleger 22. og 23. januar på Scandic Helsfyr

Gynekologi i allmennpraksis

Kursleder: Marianne Natvik

Godkjent: Emnekurs 15 timer

Pris: 5900 kr + dagpakke

Deltakere: 50

Kort info: Kurset gir oppdatert og nyttig kunnskap for å mestre gynekologi i allmennpraksis. Det blir rom for spørsmål, kasuistikker og diskusjoner, samt mulighet til å øve på innsetting av spiral og p-stav.

Se kurskatalogen på Legeforeningen sine hjemmesider for fullstendig kursprogram og påmelding. Kursnr: ID. 35680.

SPECIALIST – 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.**

En som lytter.

Konfidensielt.

Lett tilgjengelig.



Det er ikke alle opplevelser som kan deles med – eller forstås av – andre som ikke har samme erfaringer som deg. Med en støttekollega kan du prate om både personlige og profesjonelle utfordringer. Ordningen tilbys alle leger og medisinstudenter. www.legeforeningen.no/kollegastotte

3 gratis timer.

Uten journal.

Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

AKTUELT I FORENINGEN

FRA PRESIDENTEN

Vi står sammen med våre internasjonale kollegaer



ANNE-KARIN RIME
PRESIDENT

I oktober arrangerte World Medical Association (WMA) generalforsamling i Kigali, Rwanda. Til stede var representanter for legeföreninger fra alle verdensdeler. Også Legeforeningen, sammen med våre nordiske kolleger.

WMA ble etablert på bakgrunn av andre verdenskrig, der medisin ble misbrukt som et verktøy for undertrykkelse, og der etiske prinsipper og menneskerettigheter ble satt til side i blant annet medisinsk forskning. I dag er WMA forumet der vi sammen med legeföreninger fra andre land forvalter de sentrale etiske grunnlagstekstene innen medisin, og bruker vår felles stemme som leger for å ta til orde mot brudd på etikk og menneskerettigheter.

Rwanda er med sin historie et godt vertsland for en generalforsamling i en organisasjon med dette formålet. Massakrene som forgikk over 100 dager mellom april og juli 1994, og der om lag 800 000 mennesker ble myrdet, er et av de verste folkemordene vi har sett i moderne tid. Helsetjenesten, som alle andre deler av samfunnet, ble hardt rammet. Det er derfor utrolig å se hvordan Kigali by framstår i dag; som en sikker storby, der det på tross av synlige skiller mellom fattig og rik, oppleves helt trygt å ferdes til fots.

I forkant av WMA-møtet besøkte vi King Faisal-sykehuset i Kigali. Dette er Rwandas fremste sykehus, med 150 senger. Her drives utdanningsvirksomhet, og i samarbeid med sykehus og universiteter i andre land, bygger de ut helsetjenesten i resten av Rwanda. I tillegg bidrar ulike land med helsepersonell i kortere og lengere perioder. Kirurgiske

team kommer ofte en uke av gangen for å gjennomføre operasjoner og lære opp lokalt personell. Det arbeides også med å opprette landets første slagenhet. Ikke et lite løft for et land med totalt 1000 leger.

Jeg sitter igjen med flere inntrykk fra selve WMA-møtet. For det første er det tydelig at selv om vi har et globalt fellesskap mellom leger, så er også dette fellesskapet påvirket av globale skillelinjer. Det er likevel verdifullt å ha arenaer for både å søke støtte fra hverandre, men også kritisere praksis i hverandres land. Bekymring for menneskerettigheter i Xinjiang, Kina, ble diskutert – og det ble vedtatt en resolusjon. En støtteerklæring som fordømmer angrep på helsepersonell i Nepal ble også vedtatt. Lujain Alqodmani fra Kuwaits legeförening tiltrådte som WMAs president under møtet. I sin tale vektla hun at kjønnsbalanse i helsedekning globalt er et alvorlig hinder på veien mot universell helsedekning.

Vi reiste hjem med erfaringen av at det er nyttig å møtes, støtte kolleger fra andre land, bryne uenigheter med hverandre og ytre kritikk når det er nødvendig. Rett etter hjemkomsten smalt det i Israel og på Gaza. Det er forferdelig å se ødeleggelsene og tapene av liv. Beskyttelse av sivile, helsepersonell og helseinfrastruktur må alltid være en grunnleggende prioritet, også i væpnede konflikter. Legeföreningen har derfor bedt regjeringen bruke alle muligheter til å oppfordre partene om at det internasjonale prinsippet om medisinsk nøytralitet, menneskerettigheter og krigens folkerett må respekteres. Det er en kamp vi aldri må gi opp.

AK Rime

I nærmest hele sitt yrkesliv har Synne Bernhardt vært lege og kirurg. Nå jobber hun som advokatfullmektig og bistår leger i tilsyns- og autorisasjonssaker.

– Å være advokat er ikke så ulikt å være lege

Det var ikke gitt at Synne Bernhardt skulle bli verken lege eller advokat. Som 14-åring var hun den yngste som noen gang hadde kommet inn på Statens balletthøgskole, og det var dansing for alle pengene.

– Mens jeg studerte ved balletthøgskolen tok jeg ekstravakter som pleiemedhjelper på Ullevål sykehus. Da så jeg kontrastene mellom det å ta vare på andre, og det å være mest opptatt av seg selv, som man ofte blir i balletten. Jeg likte det første best, sier hun, og legger til:

– Derfor tenkte jeg at jeg kunne bli hjelpeleier. Gymnaset hadde jeg ikke, og jeg rådførte meg med pappa som var meget klok, og min beste venn. Vi var innom tanken om at jeg kunne bli sykepleier, men siden jeg uansett da måtte ta videregående, mente min far at jeg like godt kunne bli lege.

Fikk teften for advokatyrket

Som sagt så gjort. Etter at Bernhardt var ferdig på medisinstudiet, sto turnus for tur. Så viste det seg at fylkeslegen hadde gjort en feil ved utdeling av turnusplass, og at Bernhardt først hadde fått tildelt turnusplass året etter. Bernhardt ringte fylkeslegen, påpekte at hun sto uten jobb fordi det var gjort en feil, og at de derfor burde gi henne en jobb. Det gjorde de.

– Det var så morsomt å jobbe i team med jurister der at jeg fikk lyst til å studere jus.

Men turnus ventet. Etter turnus jobbet jeg først ved transplantasjonsavdelingen ved Rikshospitalet, deretter ble det Ullevål. Barna mine var små, og slik gikk hverdagene og årene.

På et tidspunkt tenkte Bernhardt at om hun skulle gjennomføre drømmen om å lære seg jus, måtte hun gjør det før hun ble for gammel.

– Det å lese jus kan være ganske krevende. Men å jobbe med jus, og da særlig i krysningsfeltet jus og medisin, er utrolig spennende og morsomt, sier hun.

Interessant og givende

Da pandemien brøt løs, skulle Bernhardt søke sin første jobb som advokat. Alt var usikkert. Men Bernhardt lot seg ikke stoppe. Hun tok en telefon til en svært erfaren advokat, tidligere overvåkningssjef og statsadvokat, Ellen Holager Andenæs. Og Andenæs ga henne jobb. Første dag på advokatkontoret gikk det ikke mer enn en halvtime før en av de erfarne kollegaene kom inn til henne og sa: «Jeg har en klient til deg». Det var en LAR-pasient.

– Gjennom denne klienten ble jeg kjent med en del av helsevesenet som jeg ikke ante eksisterte. Det var skremmende å se hvor stemoderlig LAR-pasientene ble behandlet. Det var lite medisin, mye rigiditet, kontroll og sanksjon, forteller Bernhardt.

Hun bistår også mange leger som står i tilsynssaker, og dette har blitt et slags spesialfelt for henne.

– Det er givende å bistå leger. Med min bakgrunn opplever jeg nok at jeg kan forstå og sette meg inn i situasjonen legene står i relativt godt, hvor viktig jobben er for dem, og hvor stor del av identiteten det er å være lege. Å miste autorisasjonen er noe av det mest dramatiske en lege kan oppleve, sier hun.

Flere av hennes klienter har blitt alvorlig deprimerede, og noen suicidale, mens de har stått i autorisasjonssaker, forteller Bernhardt.

– I tilsynssaker vurderer Helsetilsynet tilsynelatende alt fra strafferettslige spørsmål, moral, etikk, og et hav av ulike faglige problemstillinger. Klientenes, og for så vidt min erfaring, er at det i flere tilfeller skorter på konkret kompetanse og kunnskap hos tilsynet. Dette kan utgjøre et betydelig rettsikkerhetsproblem for leger.

Bernhardt beskriver en sak hvor en lege en kveld kjørte til jobb 15–16 timer etter en fest, og ble tatt med 0,2 i promille. Helsetilsynet ga legen en advarsel og skrev at hendelsen lå nær opp til fratakelse av autorisasjonen.

– Så kommer pandemien. Legen var en legevaktslege i førstelinjen. Så ble vedkommende tatt en gang til med lav promille. Det var dumt, men slik var det, sier Bernhardt.



TAR SJELDEN FRI: Når Synne Bernhardt en sjelden gang tar et pust i bakken, drar hun og nyter fred og ro på Hadeland. Der har hun et tun med gamle hus fra 1700-tallet.
Foto: Privat

Vedkommende hadde ikke bare én, men to autorisasjoner, og ble fratatt begge. I tillegg fikk legen inndratt førerkort, en bot på 150 000 og fengselsstraff i 14 dager.

– Vi tok saken til Oslo tingrett og fikk medhold hele to ganger. Vedtaket ble kjent ugyldig, legen har fått tilbake begge autorisasjonene, og i tillegg en millionerstatning. Erstatningen utgjør tapt arbeidsinntekt for den tiden legen sto uten autorisasjon. Ankefristen er ikke ute, så vi får se om staten anker.

Alvorligheten må graderes

Den siste tiden har det vært en rekke saker i mediene som omhandler grenseoverskridelser begått av helsepersonell, påpeker Bernhardt.

– Mediedekningen kan ha uheldige konsekvenser. Ikke bare for legen, men også for tilsynsmyndighetene, som i sin saksbehandling kan bli drevet av en underliggende frykt for å bli hengt ut i mediene, mener hun.

VG hadde for en stund siden en rekke oppslag om en psykolog som skulle ha forgrepet seg på flere pasienter, den såkalte Varhaugsaken. Oppslagene resulterte i at regjeringen nedsatte Overgrepsutvalget. Utvalget gikk gjennom tilbakekallsvedtak som Helsetilsynet hadde fattet over en tiårsperiode, og kom i sin rapport med sterk kritikk av saksbehandlingen hos Helsetilsynet.

– Utvalget mener at flere leger kan ha blitt fratatt autorisasjonen urettmessig. Rapporten peker også på at Helsetilsynet ikke graderer alvorlighet eller vurderer sannsynlighet for gjentakelse, eller om tilliten kan bli svekket om legen fortsetter å arbeide, sier Bernhardt, men understreker også:

– Noen leger gjør imidlertid alvorlige feil, og vi trenger tilsynsmyndigheter.

Tilsynsmyndighetene bør likevel, i tråd med Overgrepsutvalget, i langt større grad vurdere og gradere alvorlighet, sannsynlig-

heten for gjentakelse og ikke minst de eventuelle tiltak legen har iverksatt, mener Bernhardt.

– Det sentrale for tilbakekallsvedtak er nemlig egnethetsvurderingen, og den skal foretas på vedtakstidspunktet. Reaksjonen fra tilsynet skal ikke være en straff for det fortidige, men et nødvendig tiltak som er framoverskuende. Leger er ikke guder, de gjør også feil. Men Helsetilsynet har i flere tilfeller lagt lista for lavt, især gjelder det for handlinger begått på fritiden. Jeg er svært bekymret for legers rettsikkerhet, understreker hun.

Gangen i en tilsynssak

En tilsynssak mot en lege kan åpnes av forskjellige grunner, forklarer Bernhardt. En arbeidsgiver kan sende bekymringsmelding til Statsforvalteren, en pasient kan klage, politiet kan melde at vedkommende for eksempel er tatt i en trafikkkontroll, eller at noen har anmeldt legen for grenseoverskri-

delser. Tilsynet åpnes av Statsforvalteren i det området hvor legen bor. Der skal det være en utredningsprosess. Legen får brev om at det er åpnet tilsyn, og besvare på en del spørsmål.

– Det er variabelt fra Statsforvalter til Statsforvalter hvordan det reageres på likt faktum. En lege ett sted kan få beskjed om at det er gjort feil, men at feilen ikke er så alvorlig. Et annet sted kan saken gå direkte til Helsetilsynet. Saken preges tidvis av lite funderte begrunnelser, feilaktige vurderinger av faktum, feil i faktum, og sviktende rettslige vurderinger. De feilene som gjøres på første nivå følger ofte saken videre, og blir til følgefeil, sier Bernhardt.

Retningslinjer

Retningslinjer er et av verktøyene som ofte brukes i forsvarlighetsvurderingen i saker som omhandler mulig faglig svikt.

– Avvik fra retningslinjer skal begrunnes særskilt i journalen. Der legen til tross for helt adekvate og forsvarlige valg medisinsk sett ikke har notert tilstrekkelig i journalen, så kan dette føre til en reaksjon fra tilsynsmyndighetene, sier Bernhardt og fortsetter:

– Dette til tross for at kontradiksjonsrunnen i tilsynssaker nettopp skal legge til rette for at legen skal få utdype sine valg og begrunne sine vurderinger. Svært ofte blir ikke disse etterfølgende innspillene fra legen lyttet til, i strid med intensjonen i forvaltningsloven.

Lang behandlingstid

– Jeg vil oppfordre leger som står i en tilsynssak til å skaffe seg juridisk hjelp tidlig, for å unngå startfeil som følger saken og som kan gi en skjevutvikling. Legen bør også vurdere å ta saken til domstolen. Vi trenger uavhengige kontrollorganer som kan se tilsynsmyndighetene i kortene. Gitt at flere leger har blitt fratatt autorisasjonen på feilaktig grunnlag, er dette nødvendig. Det kan ikke fortsette slik, understreker hun, og legger til:

– En tilsynssak kan vare i to-tre år, og mye av tiden kan legen stå uten jobb, og dermed miste inntekt. Familien går i stykker, og liv blir ødelagt. Leger har full tillitt til tilsynsmyndighetene helt til den dagen de møter dem.

Bernhardt forteller at en annen konsekvens av disse sakene er at legene kan bli redde.

– Selv om legene har vunnet frem og fått tilbake autorisasjonen, tør de kanskje ikke jobbe, de klarer ikke presset og tanken på en mulig neste tilsynssak.

Hun mener tilsynsmyndighetene er langt unna å forstå hvordan det er å være lege på gulvet.

Ingen fridager

Det er kanskje ingen overraskelse at rettferdighet står Synne Bernhardts hjerte nært. Hun brenner for jobben sin og skulle ønske døgnet hadde flere timer.

– Å være advokat er faktisk ikke så ulikt å være lege. Begge deler handler om å hjelpe mennesker, ofte mennesker i krise. Vi må ha omsorg for hverandre og ta vare på hverandre. Systemet må behandle legen og saken på en riktig og rettferdig måte. Jeg rett og slett elsker jobben min, avslutter damen som knapt hatt en eneste dag fri siden hun ble advokatfullmektig for tre år siden.

LISBET T. KONGSVIK

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no
Helsepolitisk avdeling

Dette svarer juridisk direktør i Helsetilsynet, Anders Haugland:

– Det er en seiglivet myte at helsepersonell risikerer administrative reaksjoner for enhver feil de måtte begå på jobb eller privat. Det er en feilaktig beskrivelse av virkeligheten og kan bidra til helt ubegrunnet frykt hos helsepersonell. I helse- og omsorgstjenesten, som på alle andre arbeidsplasser, er det et lederansvar å følge opp ansatte og sørge for at de får nødvendig veiledning, som en del av det systematiske forbedringsarbeidet i virksomheten. Det er også vårt utgangspunkt i tilsynet med helsepersonell. Statistikken fra tilsynsmyndighetenes håndtering av enkeltsaker viser at administrative reaksjoner utgjør en liten del av vår oppfølging. Administrative reaksjoner er ikke straffereaksjoner, og skal ikke være mer inngripende enn det som er nødvendig for å ivareta kvaliteten og pasientsikkerhet og befolknin-

gens tillit til helse- og omsorgstjenesten og de som arbeider der.

– Ved svikt i klinisk arbeid er det avgjørende om legen viser vilje og evne til å korrigere egen praksis. I 2022 var det som eksempel 65 saker der statsforvalterne konkluderte med uforsvarlig rekvireringspraksis og fulgte opp om det skjedde nødvendige endringer, og bare seks saker som endte i tilbakekall av rekvireringsretten.

– Den hyppigste årsaken til at Helsetilsynet tilbakekaller autorisasjonen, er misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen. I siste kategori faller for eksempel grenseoverskridende adferd og overgrep, der bevissituasjonen kan være svært krevende og vi må evne å ivareta rettssikkerheten til de involverte og vårt samfunnsoppdrag på samme tid.



REPRESENTERER TILSYNSMYNDIGHETENE: Juridisk direktør i Helsetilsynet, Anders Haugland. Foto: Helsetilsynet.

Studenter bidrar til klokere valg

I ett år har studenter fra ulike lærings-institusjoner deltatt i prosjekter med mål om å belyse overdiagnostisering og overbehandling.

Kampanjen *Gjør kloke valg* retter seg mot å begrense overbehandling i helsetjenesten. Det siste året har kampanjen også inkludert studentprogrammet *Studenter for kloke valg*. Fem ulike prosjekter har bidratt til å rette søkelyset mot overdiagnostisering og overbehandling innen helse. Stefán Hjörleifsson leder koordineringen med studentene og mener at nettopp studentene er en viktig gruppe å satse på.

– Vi har nylig begynt å skjønne at overdiagnostikk truer bærekraften i helsetjenestene. For å løse dette må også den nye generasjonen være bevisst denne utfordringen og bli med å skape endring, sier Hjörleifsson.

Gjelder mange områder

Dette året har fem studenter bidratt gjennom ulike prosjekter. Målet med alle prosjektene har vært at studentene har satt seg inn et spesifikt tema der utfordringen med overdiagnostisering og overbehandling kommer tydelig frem.

Et av prosjektene tar for seg bruk av syrenøytraliserende medisiner hos små barn, såkalte protonpumpehemmere. Medisinstudent ved Universitetet i Oslo (UiO), Eline

Hernes, har kartlagt bruken av disse medisinene hos spedbarn for å forstå hvorfor forskrivningen øker.

– Jeg føler jeg har lært mye om overaktivitet og hvordan det skjer i klinisk praksis. Selv om jeg fokuserte på en spesifikk problemstilling, så har jeg nok også generelt blitt bevisstgjort på å se hele pasienten. Jeg kommer til å tenke mer over det å for eksempel skrive ut medikamenter som kan ha negative bivirkninger uten god begrunnelse, forteller Hernes.

Nytt kull i gang

Resultatene fra de ulike prosjektene blir formidlet gjennom de ulike fagmedisinske foreningene, på studiestedene, og til og med i vitenskapelige artikler. Nå setter også neste gruppe med seks studenter i gang og vil jobbe med nye problemstillinger innenfor medisinsk overaktivitet det neste året.

– På medisinstudiet lærer man mye om hva som kan gjøres, hvilke muligheter for behandling som ligger der og hvordan det skal gjøres. Men det er også viktig å spørre seg når det faktisk bør gjøres og en større bevisstgjøring når det er klokt å la være, påpeker Hjörleifsson.

Studenter som er interessert i å delta kan ta kontakt på e-post studenterforklokevalg@gmail.com

INGRID RISE FRY

Ingrid.rise.fry@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen



JOBBER MOT OVERBEHANDLING: Nye og tidligere Studenter for kloke valg samlet på Legenes hus 29. september 2023. Foto: Ingrid Rise Fry

Prosjekter gjennomført av studenter i Studenter for kloke valg 2022 – 2023:

IKKE STIKK MEG UTEN GRUNN: Mathilde Hamre, medisinstudent ved UiT: I samarbeid med Gjør kloke valg har laboratorieavdelingen og barneavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge startet initiativet «Ikke stikk meg uten grunn» for å få slutt på blodprøver som pasientene ikke har nytte av. Mathilde Hamre har gått gjennom journalene til inneliggende pasienter for å dokumentere effekten av «Ikke stikk meg uten grunn» og finne områder der prosjektet kan utvikles videre.

PROTONPUMPEHEMMERE TIL SPEDBARN: Eline Hernes, medisinstudent ved UiO: Protonpumpehemmere er virkningsfulle medisiner som brukes mot refluks av magesyre i spiserøret. Medisinene blir i økende grad forskrevet til spedbarn, men mye tyder på at denne forskrivningen ikke er like godt gjennomtenkt. Hernes har kartlagt bruken av disse medisinene hos spedbarn for å forstå hvorfor forskrivningen øker.

OVERDIAGNOSTIKK INNEN RADIOLOGI: Richard Limalanathan, medisinstudent ved UiO: Norge ligger på verdenstoppen i bruk av MR-bilder. Limalanathan lager en undervisningsvideo om over-

forbruk av bildediagnostikk for medisinstudiet. Videoen inkluderer intervjuer med røntgenleger, og gir eksempler på overdiagnostikk innen bildeundersøkelser.

KLINISK ERNÆRINGSFYSIOLOGI: Terese Signahl, student i klinisk ernæring ved UiO, sammen med ernæringsfysiologene Rie Mols og Siri Quamme: Sløses ressursene til kliniske ernæringsfysiologer vekk på oppgaver som ikke er til nytte for pasientene? Gruppen har gjennomført en spørreundersøkelse og intervjuer med medlemmer av Kliniske ernæringsfysiologers forening (KEFF) for å innhente erfaringer med overaktivitet. Resultatene presenteres i oktober 2023 i en rapport som KEFF vil bruke som utgangspunkt for diskusjon om overaktivitet sammen med medlemmene.

BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI: Jorun Knutsen, medisinstudent NTNU: Kartlegging av overaktivitet innen norsk barne- og ungdomspsykiatri. Jorun har samarbeidet med styret og kvalitetsutvalget i Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NFBU) om å innhente synspunkter og forslag fra medlemmene av foreningen som ledd i å forberede NFBUs deltakelse i Gjør kloke valg.

Legeforeningen satser på bistand i tilsynssaker

Systemet for tilsyn med helse-tjenesten har vært et prioritert arbeid for Legeforeningen over tid. I høst starter vi et prosjekt for å styrke kompetansen og medlemsbistanden på området ytterligere.

Det er en viktig og prioritert oppgave for Legeforeningen å bidra til at medlemmene har gode arbeidsvilkår, trygghet i yrkesutøvelsen og tilstrekkelig rettssikkerhet – også i møte med tilsynsmyndighetene.

Legeforeningens medlemmer kan få kostnadsfri juridisk bistand fra foreningens jurister i saker knyttet til virksomheten som lege. Legeforeningen har i overkant av 25 jurister/advokater, mange med særskilt kompetanse i helserett. Juristene bistår ofte i tilsynssaker og har bred erfaring på området. Ved behov samarbeider vi med fagmedisinske foreninger, støttekolleger og tillitsvalgte.

I tilsynssaker har Legeforeningen en flersidige tilnærming, og et stort omfang henveidelser og saker. Dette setter oss i en unik posisjon når det gjelder kunnskapsinnhenting, som vi tilstreber å forvalte på en helhetlig og god måte. Rådgivningen tar utgangspunkt i hvordan vi skal oppnå et best mulig resultat for legen, ut fra faktiske og rettslige forhold. Som fagforening har Legeforeningen også et ansvar for å bidra til god pasientsikkerhet og en bedre helsetjeneste for alle, samtidig som den enkeltes interesser og rettssikkerhet skal ivaretas. Dette må gjenspeiles i vår strategi og tilnærming, også i tilsynssakene.

Tiltak og vurdering

Overordnet vil tilsynsmyndighetene vite om det er trygt å ha legen i jobb. Det er viktig at legens side av saken kommer godt frem, og legen er nærmest til å redegjøre for denne. Vi bistår med innretning og gjennomgang, men anbefaler i de fleste sakene at legen selv skriver utkast til svarbrev, og at det er legens uttalelse som sendes til tilsynet.

I rådgivningen har vi fokus på hva som kan styrke saken, og å legge en strategi og en plan. Hvilke tiltak kan, må eller bør legen iverksette? Dette kan være rustesting, behandling eller kompetansehevende tiltak. Vi ser også på om det er uttalelser som bør innhentes.



GIR RÅD I TILSYNSSAKER: To av Legeforeningens jurister i samtale med tillitsvalgte. Illustrasjonsfoto: Legeforeningen

Dersom det blir aktuelt med en administrativ reaksjon, skal tilsynsmyndighetene foreta en vurdering av forholdene på tidspunktet vedtak skal fattes, en såkalt nåtidsvurdering. Det går ofte lang tid fra en sak starter til den avsluttes, og det gir legen et viktig handlingsrom. I løpet av denne tiden kan legen for eksempel ha levert inn prøver som viser rusfrihet.

Legeforeningen ønsker å bli involvert så tidlig som mulig, så vi sammen med legen kan legge en strategi og en plan.

Betydning av tiltak

I en nylig avsagt dom hvor Oslo tingrett fant Statens helsetilsyns vedtak om tilbakekall av autorisasjon ugyldig, pekte de på nettopp en manglende nåtidsvurdering. I motsetning til Statens helsetilsyn, kom retten til at det på vedtakstidspunktet ikke forelå forhold «som tilsier at (legen red. anm.) representerer en fare for pasientsikkerheten eller svekkelse av tilliten til helsevesenet».

Retten legger stor vekt på at legen har tatt saken på alvor og iverksatt adekvate tiltak. De viser til at legen blant annet hadde igangsatt rustesting på eget initiativ og kunne dokumentere rusfrihet, gjennomført ukentlige støttesamtaler med kollega og flere samtaler med psykolog, i tillegg til dokumentasjon for gjennomførte kurs.

Dette understøtter at formålet med tilsyn skal være å bidra til sikkerhet og kvalitet i tjenestene.

Team tilsyn

En rekke lov- og praksisendringer på helserettens område er gjennomført de siste årene, og flere er foreslått. Dette øker behovet for at vi jobber systematisk, både for å være en reell premissleverandør, påvirke praksis og på best mulig måte ivareta medlemmenes interesser.

Denne høsten vil en gruppe dedikerte jurister og advokater i Legeforeningen rette et særlig fokus mot bistand i tilsynssaker. Gruppen vil håndtere enkeltsaker og systematisk gjennomgå forvaltnings- og rettspraksis. I tillegg til erfaringsutveksling og kompetanseheving med relevante aktører som tilsynsmyndighetene, støttekollegaene og medlemmer.

Målsetningen er å opparbeide og spre kompetanse og erfaring, identifisere særlige utfordringer, utvikle hensiktsmessige verktøy og veiledere, for igjen å utvikle og styrke dette medlemstilbudet.

Har du innspill til arbeidet, ta gjerne kontakt med oss på ja@legeforeningen.no.

STINE KATHRIN TØNSAKER OG
CAMILLA FAGERHOLT

ja@legeforeningen.no
Avdeling for jus og arbeidsliv

Høring på Stortinget om opptrappingsplan for psykisk helse

Legeforeningen mener opptrappingsplanen for psykisk helse inneholder flere gode tiltak, men den er også for omfattende og for lite forpliktende.

Bakgrunnen for høringen var regjeringens forslag til opptrappingsplan for psykisk helse. Lars Lien, leder for Norsk psykiatrisk forening, representerte Legeforeningen.

– Vi er svært glade for at det endelig har kommet en opptrappingsplan. Dette har vi ventet lenge på. Likevel hadde vi håpet at planen hadde kommet med lovnader om flere stillinger for leger i spesialisering i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, sa han.

Mangel på spesialister

Lien var tydelig på at et effektivt og godt drevet psykisk helsevern er helt avhengig av nok spesialister. Legespesialister er, både i psykisk helsevern, psykisk helsevern for barn og unge, samt i rus og avhengighetsmedisinen, den viktigste premisslevedøren for god praksis og riktig oppfølging av pasienter.

– Rekruttering er for lite nevnt i rapporten. Uten en god spesialistdekning innenfor psykisk helse, så får du heller ikke gode tjenester, sa Lien.

Han understreket at det er nødvendig med et større fokus på hvordan vi kan rekruttere og beholde spesialister innenfor psykisk helsevern.

– For å tiltrekke spesialister må vi skape et godt arbeidsmiljø og sikre at stillingene er attraktive. Det er viktig at enhetene ikke blir for små, slik at man har kollegaer å samarbeide med, og at der er lagt til rette for forskning og faglig utvikling, utdypet Lien.

Tapte leveår for pasienter

Hver fjerde konsultasjon hos fastlegene omhandler psykiske symptomer. Fastlegen har kjernekompetanse til å ivareta helheten og se sammenhengen mellom psykisk og somatisk helse. Lien viste derfor til hvor viktig det er å sikre et godt nok fastlege tilbud for denne pasientgruppen.

– Fastlegen er ekstra viktig for behandling av somatiske lidelser hos denne sårbare pasientgruppen. Vi ønsker oss at opptrappingsplanen hadde vært tydeligere med konkrete tiltak og tall for hvordan



PÅ HØRING: Leder i Norsk psykiatrisk forening, Lars Lien, på høring om opptrappingsplan for psykisk helse. Ved siden av Lien sitter president i Norsk psykologforening, Håkon Skard. Foto: Legeforeningen

man skal redusere gapet i levealder. Opptil 75 prosent av pasientene som er innlagt for psykisk helse eller rus, er daglige røykere. Det har derfor stor betydning å jobbe med livsstilsendringer. Dermed er det viktig at tiltak som hjelp til røykeslutt er gratis for disse pasientene, sa Lien.

Økonomiske utfordringer

Et enkelt politisk strakstiltak for å bedre helsen til denne pasientgruppen, er å fjerne egenandeler og gebyrer for manglende oppmøte. Det er godt kjent at pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser ofte har dårlig råd, noe som tidligere er påpekt i Statens undersøkelseskomisjon for helse og omsorgstjenesten sin undersøkelse «Betalingsvansker- en pasientrisiko» fra 2022.

– Vi vet at denne gruppen lever kortere enn resten av befolkningen. Det bør ikke være økonomi som hindrer dem i å ta kontakt med fastlegen, men per i dag er det faktisk slik for mange, avsluttet Lars Lien.

NIKOLAI BORGE

nikolai.borge@legeforeningen.no
Helsepolitisk avdeling



**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 fagfelleevaluering 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
Beisland, Christian
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

Fønnebø, 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, Åslaug
Hem, Erlend
Heyerdahl, Fridtjof
Hilt, Bjørn
Hjartåker, Anette
Hjelmæsæth, 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. Bjerkklund
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
Risøe, 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
Tjønnefjord, Geir E.
Ulvestad, Elling
Valeur, Jørgen
Vallersnes, Odd Martin
Vettrhus, 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, Øyvind Stople Sivertsen, Synne Muggerud Sørensen, Kari Tveito, Liv-Ellen Vangsnes, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Desksjef/journalist Lisa Dahlbak Jacobsen

Journalist Caroline Ulvin Johansson

Manusredaktører

Marit Fjellhaug Been, Kjetil Dons Jensen

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjefsen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjefer

Njål H. Anderssen, Tina Bjørnstad

Faste bidragsytere

Simon Andrup, Haakon B. Benestad, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, 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, Sigurd Ziegler, Jørgen Østensjø

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 32 720

Antall utgivelser 18 numre per år
ISSN 0029-2001

Grafisk produksjon Aksell AS

I NESTE NUMMER

- *Skrøpeligheit ved hjertesvikt*
- *Primær skleroserende kolangitt*
- *Færre fødsler, færre aborter*
- *Akuttmedisin og ansvar*
- *Testing av eldre bilførere*

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 Turbohaler 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.

Utvalgt 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, vinkelblossglaukom, 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, vinkelblossglaukom, 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 hjertetoleransen).
- 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.