



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

Færre fødsler

Primær skleroserende
kolangitt - en oversikt
SIDE 1503

Hvordan bedre oppfølgingen av
pasienter med hjertesvikt?
SIDE 1464, 1494

Svangerskapsavbrudd er ikke
årsak til nedgangen i antall fødsler
SIDE 1500

DARE TO REIMAGINE¹

Innført av Beslutningsforum²

BRYSTKREFT

Lynparza er indisert som monoterapi eller i kombinasjon med endokrin behandling til adjuvant behandling av voksne pasienter med kimbane BRCA1/2-mutasjoner som har HER2-negativ tidlig brystkreft med høy risiko for tilbakefall, og som tidligere har blitt behandlet med neoadjuvant eller adjuvant kjemoterapi³

Signifikant forbedring i IDFS³

42%

Redusert risiko for invasiv sykdom eller død sammenlignet med placebo

(HR, 0.58; 99.5% CI, 0.41-0.82; $P=0.0000073$)³

Patients invasive disease free at 3 years 86% (95% CI, 83-88) vs 77% (95% CI, 74-80)³ (LYNPARZA N = 921, placebo N = 915)³

Signifikant forbedring i OS³

32%

Reduksjon av risikoen for død sammenlignet med placebo

(HR 0.68; 98.5 % CI, 0.47-0.97; $P = 0.0091$)³

Patients alive at 4 years 90% (95% CI, 87-92) vs 86% (95% CI, 84-89)³ (LYNPARZA N = 921, placebo N = 915)³

Test for gBRCAm

Før oppstart av behandling med Lynparza til adjuvant behandling av HER2-negativ tidlig brystkreft med høy risiko for tilbakefall, må pasientene få påvist skadelig eller mistenkt skadelig gBRCA1/2-mutasjon ved hjelp av en validert test³

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

KONTRAINDIKASJONER: Amming under behandling og i 1 måned etter den siste dosen (se pkt. 4.6 i SPC). **FORSIKTIGHET UTVISES VED:** Hematologisk toksisitet: Blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, er anbefalt de første 12 månedene av behandlingen og periodevis etter dette tidspunktet for å overvåke klinisk signifikante endringer av verdiene under behandling. Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi: Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert under behandling med Lynparza, skal Lynparza seponeres og pasienten skal få hensiktsmessig behandling. Venøse tromboemboliske hendelser: Pasientene skal overvåkes med tanke på kliniske tegn og symptomer på venetrombose og lungemboli og behandles på medisinsk hensiktsmessig måte. Pneumonitt: Hvis pasienten får nye, eller en forverring av respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller et unormalt radiologisk funn observeres i brystet, bør behandling med Lynparza avbrytes og utredning igangsettes raskt. Levertoksitet: Dersom det utvikles kliniske symptomer eller tegn som tyder på levertoksitet, må klinisk vurdering av pasienten og måling av leverfunksjonsprøver utføres raskt. Dersom det mistenkes legemiddelutløst leverskade (DILI), skal behandlingen avbrytes. Fertilitet, graviditet: Fertile kvinner må ikke bli gravide når Lynparza benyttes og må ikke være gravide ved oppstart av behandlingen. Graviditetstesting bør utføres før oppstart av behandling og deretter regelmessig under behandling på alle fertile kvinner. Effekten av noen hormonelle legemidler kan reduseres ved samtidig administrasjon med Lynparza. En ekstra ikke-hormonell prevensjonsmetode bør derfor vurderes under behandling. Fertile kvinner må bruke to former for sikker prevensjon før oppstart av behandling med Lynparza, under behandlingen og i 6 måneder etter siste dose med Lynparza. Mannlige pasienter må bruke kondom og deres fertile kvinnelige partnere skal bruke sikker prevensjon under behandling og i 3 måneder etter å ha fått siste dose av Lynparza (se pkt. 4.6 i SPC). Se pkt. 4.4 i SPC for mer informasjon om advarsler og forsiktighetsregler. **VIKTIGE INTERAKSJONER:** Samtidig administrering av Lynparza med kraftige eller moderate CYP3A-hemmere eller CYP3A-induktorer anbefales ikke. Se pkt. 4.2 og 4.5 i SPC for mer informasjon dersom en kraftig eller moderat CYP3A-hemmer eller CYP3A-induktor likevel må administreres samtidig med Lynparza. Se pkt 4.5 i SPC for mer informasjon om andre former for interaksjoner. **VIKTIGE BIVIRKNINGER:** De hyppigste observerte bivirkningene på tvers av kliniske studier hos pasienter som fikk Lynparza som monoterapi ($\geq 10\%$) var kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi, fatigue/asteni, hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet, hoste, dyspné, anemi, nøytropeni, og leukocytopeni.

LYNPARZA®(olaparib) VIKTIG INFORMASJON

INDIKASJONER:

Full indikasjonstekst finner du i Felleskatalogen.

Brystkreft: Monoterapi eller i kombinasjon med endokrin behandling til adjuvant behandling av voksne pasienter med kimbane BRCA1/2-mutasjoner som har HER2-negativ tidlig brystkreft med høy risiko for tilbakefall, og som tidligere har blitt behandlet med neoadjuvant elleradjuvant kjemoterapi (se pkt. 4.2 og 5.1 i SPC).

DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE

Behandling med Lynparza bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. Anbefalt dose av Lynparza som monoterapi eller i kombinasjon med endokrin behandling er 300 mg (to tabletter à 150 mg) som skal tas to ganger daglig, tilsvarende en daglig dose på totalt 600 mg. Tablett à 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Ved bruk av Lynparza i kombinasjon med endokrin behandling, se den fullstendige produktinformasjonen for legemidler som brukes til endokrin behandling i kombinasjon med Lynparza (aromatasehemmer/antiøstrogen), for informasjon om anbefalt dosering.

IDFS = Invasive Disease Free Survival, invasiv sykdomsfri overlevelse

OS = Overall Survival, total overlevelse

gBRCA1/2 mutasjon = germline (kimbane) BRCA1/2 mutasjon

References: 1. Tutt ANJ, Garber JE, Kaufman B, et al. Adjuvant olaparib for patients with BRCA1- or BRCA2-mutated breast cancer. *N Engl J Med*. 2021;384:2394-2405. 2. <https://nyemetoder.no/metoder/olaparib-lynparza-indikasjon-viii> 3. LYNPARZA (olaparib) SPC

AstraZeneca AS

Postboks 6050 Etterstad, 0601 Oslo | T: +47 21 00 64 00
www.astrazeneca.no | www.astrazenecaconnect.no

AstraZeneca and MSD are in alliance for promoting Lynparza

AstraZeneca

Å selge avhengighet til barn og unge



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

Denne høsten skal det bli tillatt å selge e-sigaretter med nikotin i Norge. Tobaksindustrien står allerede klar med lekre utsalgsteder i mange norske byer. Med fargerike forpakninger, plakater med attraktive, dampende unge mennesker og fantasifulle smaksvarianter som marshmallow og barnlige fruktblandinger, skal nye generasjoner lokkes inn i livslang nikotinavhengighet. Strategien er i ferd med å lykkes. I 2021 hadde 15 % av elever i Oslos ungdomsskoler og videregående skoler forsøkt e-sigaretter. To år senere, i 2023, er andelen mer enn doblet til 31 %. Snart kan de dampe også med nikotin. Det er en genial forretningsplan for en industri som selger avhengighet til barn. Trenden er internasjonal, med nærmest epidemiske brukertall blant barn og unge i mange land. Det bekymrer, blant annet på grunn av nikotins dokumentert negative effekt på hjerner i utvikling.

I Australia går det mot totalforbud mot e-sigaretter med nikotin. Nå møter industrien motstand også i Norge. Regjeringen har fremmet forslag for Stortinget om at e-sigaretter med annen smak enn tobakk skal forbys. Forslaget bør bli vedtatt. Såpass skylder vi våre barn og unge.

LES I DETTE NUMMERET

Antall aborter og antall fødsler

Både antall svangerskapsavbrudd og antall fødsler i Norge falt i perioden 2008–20. Reduksjonen var mest uttalt hos kvinner uten tidligere fødsler. Antall svangerskapsavbrudd falt mer enn antall fødsler. Svangerskapsavbrudd kan derfor ikke forklare at fruktbarhetstallet i Norge faller.

Dette kommer frem av tall fra Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret for perioden 2008–20. Hvis man ønsker flere fødsler, er det viktigere å tilrettelegge for ønskede graviditeter fremfor å hindre svangerskapsavbrudd, mener forfatterne.

SIDE 1500

Eldre med hjertesvikt

Eldre pasienter innlagt på sykehus pga. akutt hjertesvikt, skårer ofte høyt på skrøpelighet og har mange samsykdommer. Egen helsekompetanse og evnen til egenomsorg før innleggelsen er ofte lav. Dette viser en studie av 136 eldre pasienter som ble innlagt på sykehus i Drammen og Tønsberg. Mange pasienter får ikke tilbud om oppfølging ved en hjertesviktpoliklinikk, og mange kan være underbehandlet. Hvordan kan oppfølgingen av eldre pasienter med hjertesvikt bli bedre?

SIDE 1464, 1494

Primær skleroserende kolangitt

Pasienter med vedvarende eller gjentatte høye nivåer av alkalisk fosfatase, gamma-glutamyltransferase og/eller bilirubin uten åpenbar forklaring, bør henvises til gastroenterolog for mulig primær skleroserende kolangitt. Dette er en sjelden og progredierende leversykdom som kan føre til levercirrhose og leversvikt. Kolestase, kolangitt og andre komplikasjoner skyldes gallegangsobstruksjon som følge av inflammasjon, fibrose og strikturer. Mange pasienter har også inflammatorisk tarmsykdom, og risikoen for kreft i galleveier og tarm er økt. Levertransplantasjon er eneste effektive behandling.

SIDE 1503

FORSIDE



Illustrasjon: Frida Strømme

Flere og flere storker er barnløse. Når de store vadefuglene vender nebbet nordover om våren, etter å ha tilbrakt ni måneder i sydligere strøk, bringer de ikke lenger med seg et nyfødt barn.

Myten om storken og fruktbarhet kan spores helt tilbake til gresk mytologi. Men når norske kvinners fruktbarhet faller, har det nok lite med storken å gjøre. Færre fødsler skyldes heller ikke flere svangerskapsavbrudd. I dette nummeret av Tidsskriftet kan du lese mer om endringene i fødselsratene de siste årene.

Forsiden er ved illustratør Frida Strømme. Flere av hennes arbeider kan sees på kloepinne.com, og på Instagram (@kloepinne).

Fra redaktøren

- 1461 Fagfeller, fellesskap og eierskap
Tone Enden

Leder

- 1462 Nødvendig helsehjelp –
hvis iranske myndigheter tillater det
Thomas Bremnes
- 1463 Hva skal vi gjøre med arbeidsmiljøet vårt?
Erlend Johan Skraastad
- 1464 Hvordan kan oppfølgingen av pasienter
med hjertesvikt bli bedre?
Maria Vistnes

DEBATT

Kommentarer

- 1466 Ventelister og lungetransplantasjon
Jan Hovdenes
Tilsvaret: *Inga Leuckfeld, Are Holm*
- Troverdighet av nasjonale retningslinjer
Christoph Müller, Andreas Stensvold
- 1467 Inkludering av russiske leger er mulig
Joan Crespi

Debatt

- 1470 Leger må høres – også gjennom tilsyn
Karianne Flaatten
- 1471 Legeoppdrag for sivilbefolkningen på Gaza
*Amanda Hylland Spjeldnæs, Davina Kaur Patel,
Hanne Ochieng Lichtwarck, Kathleen Givan,
Oline Friestad Gravdahl, Emma Joanna Lenge*
- 1473 Perioperativ antibiotikaprofylakse hos barn
i gastroenterologisk kirurgi
*Airazat M. Kazaryan, Per Kristian Knudsen, Thomas Dretvik,
Kjetil Næss Ertresvåg, Gunnar Aksnes, Ole Schistad*
- 1476 Moralsk skade – relevant begrep for norsk helsepersonell?
Bjørn Ole Reid, Andreas Nordstrand, Oddvar Uleberg

Kronikk

- 1478 Akuttmedisin utenfor sykehus –
hvem har ansvaret for pasienten?
*Lars-Jøran Andersson, Søren Stagelund, Silje Andreassen
Søreng, Marit Beate Storli, Siv-Ragnhild Bjørnstad,
Maria Bergmann Nilsson*

1481	Kognitive testar ved fornying av førarkort for eldre bilførarar bør gå ut <i>Kjell Flekkøy</i>
1484	Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det? <i>Ketil Størdal, Stefán Hjörleifsson</i>
1488	Hvordan ta hensyn til helsetjenestens verdiskaping ved prioritering av helsetiltak? <i>Jens Torup Østby, Ivar Sønbo Kristiansen</i>

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

1492	Penicillin ved penicillinallergi?
1493	Semaglutid gir både vekttao og mindre hjertesviktsymptomer

Originalartikkel

1494	Skrøpeligheit, helsekompetanse og egenomsorg hos pasienter som innlegges med akutt hjertesvikt <i>John Munkhaugen, Elise Sverre, Toril Dammen, Einar Husebye, Erik Gjertsen, Oscar Kristiansen, Erlend Aune</i>
------	--

Kort rapport

1500	Har svangerskapsavbrudd betydning for nedgangen i antall fødsler? <i>Tale Meinich, Anne Eskild</i>
------	---

Klinisk oversikt

1503	Primær skleroserende kolangitt <i>Holmfridur Helgadóttir, Trine Folseraas, Gunter Kemmerich, Lars Aabakken, Kristin Kaasen Jørgensen, Mette Vesterhus</i>
------	--

Kort kasuistikk

1507	Spontan hematoma på halsen <i>Petter Flåskjer</i>
------	--

Medisinen i bilder

1509	Osmotisk demyelinisering i pons <i>Zain Chaudhary, Anne Aspaas, Martin Landquist</i>
------	---

Medisin og tall

1510	Konkurrerende hendelser <i>Jon Michael Gran, Mats Julius Stensrud</i>
------	--

MAGASIN

Intervju

1512	Fra pol til pol <i>Marit Tveito</i>
------	--

Legelivet

1516	Is i magen <i>Bård Reiakvam Kittang</i>
------	--

Språkspalten

1517	Kald kalkun, kald tyrker eller brå avvenning? <i>Jørgen G. Bramness, Erlend Hem</i>
------	--

Tidligere i Tidsskriftet

1518	Paratyfusutbrudd i Kristiania <i>Julie Didriksen</i>
------	---

Anmeldelser

1519	Bøker
------	-------

Ph.d.-disputaser

1521	Avlagte doktoravhandlinger
------	----------------------------

ANNONSER

1523	Legejobber
1526	Kurs og møter Spesialister

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

1529	Teknologiske løsninger alene redder ikke helsetjenesten <i>Anne-Karin Rime</i>
------	---

Aktuelt

1530	– Spesialitetskomiteene fremmer kvaliteten i faget
1532	Tilbakeblikk på et langt og trofast fastlegeliv
1534	Statsbudsjettet 2024: – Nå er det alvor Markerer verdiene for den medisinske profesjon
1535	Sikrer god legevaktstjeneste med ny avtale for fastleger

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Overlege, nevrologi
Frist 15. desember

SØRLANDET SYKEHUS HF

Overlege, anesthesiologi
Frist 10. desember

DRAMMEN KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 6. desember

SYKEHUSET ØSTFOLD HF

Overlege, psykiatri
Frist 3. desember

HEIM KOMMUNE

Fastlege
Frist 28. november

NESNA KOMMUNE

Kommuneoverlege
Frist 27. november

SYKEHUSET I VESTFOLD HF

LIS, indremedisin
Frist 1. desember

SYKEHUSET INNLANDET HF

LIS, nevrologi
Frist 15. desember

VESTRE VIKEN HF

Overlege, patologi
Frist 30. november

HELSE FONNA HF

Overlege, radiologi
Frist 30. november

Fagfeller, fellesskap og eierskap

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

*Uten lesere har ikke Tidsskriftet et levestruktur.
Uten fagfeller mister Tidsskriftet sin posisjon som
vitenskapelig tidsskrift.*

Den norske legeforening har nylig passert 40 000 medlemmer, og som medlemsblad har Tidsskriftet dermed aldri hatt så mange lesere. Som generelt medisinskvitenskapelig tidsskrift på norsk, har vi heller aldri hatt så mange potensielle fagfeller. Det er gledelig!

Fagfellevurdering er en uavhengig faglig vurdering av manuskript for å sikre kvalitet i vitenskapelig publisering (1). En fagfelle er en fagperson som er likeverdig medforfatterne av manuskriptet og en ekspert innen fagområdet.

Dere som er leger i Norge, er uovertrufne som fagfeller for spaltene *Kort kasuistikk*, *Noe å lære av*, *Medisinen i bilder* og *Klinisk oversikt* i Tidsskriftet. Disse vitenskapelige artiklene omhandler kliniske problemstillinger, og som spesialist besitter man akkurat den medisinske kompetansen vi er ute etter i vurderingen av disse (2). I tillegg behersker og bidrar dere til å ivareta et norsk fagspråk, og dere har inngående kjennskap til norsk helsevesen.

«Dere som er leger i Norge, er uovertrufne som fagfeller»

For vitenskapelige originalbidrag som Tidsskriftet mottar, vil vi oftere henvende oss til leger med forskningskompetanse og forskere innenfor andre fagområder, for eksempel helseøkonomi, ernæring, statistikk og psykologi.

Fra redaksjonens ståsted kan prosessen med fagfellevurdering oppleves som en evig jakt; til dels i blinde og med bomskudd. For hvordan skal en redaktør, innenfor en rimelig tidshorisont, effektivt finne fram til, sikte seg inn på og treffe den rette eksperten – som samtidig er habil, tilgjengelig og villig?

Ved å påta seg å fagfellevurdere, og med det bidra til det vitenskapelige fellesskapet, kan man kanskje få følelsen av å bli et billig bytte. Anerkjennelse for fagfellevurdering står langt tilbake for innsatsen og kompetansen som legges i oppgaven. Samtidig synes mange leger at det er faglig givende og betydningsfullt (3), noe som også skinner gjennom i de mange grundige fagfellevurderingene som Tidsskriftet mottar.

Under pandemien viste verdens forskningsmiljøer at ny og viktig kunnskap kan fremskaffes langt raskere enn vanlig, med koronavirusene som det viktigste eksempelet. Medisinske tidsskrifter, også vi i Tidsskriftet, fikk langt flere manuskripter tilsendt enn tidligere (4).

Fagvurderingene måtte skje raskt, og forhåpentligvis opplevde også dere den ekstra innsatsen som betydningsfull.

Den økte forsknings- og publiseringsaktiviteten kan ha bidratt til en post-covid-utmattelsestilstand blant fagfeller (4). De medisinske manuskriptene som trenger vurdering nå, oppleves kanskje som mindre viktige; pandemien er erklært over og andre kriser står i fokus. Men allerede flere år før covid-19 ble det rapportert om «peer review fatigue» internasjonalt. Det kan ha flere forklaringer. Den mest åpenbare er at antallet fagfeller ikke har økt tilsvarende som økningen i antall vitenskapelige publikasjoner.

Tidligere redaktør av British Medical Journal, Richard Smith, mener ordningen med fagfellevurdering uansett lider under å være langsom, ressurskrevende og tilfeldig (5). Den er dårlig på å fange opp feil, og rigget slik at nytenkende forskning har mindre sannsynlighet for å bli publisert. Videre kan det argumenteres for at fagfellevurdering fungerer dårlig som kvalitetssikring, siden forskningsjuks ofte avdekkes først etter publisering (6).

Smith har sågar manet til et fagfelleoppør, mens andre mener at fagfellevurdering nå må anses som et dårlig gjennomført eksperiment (5, 6). I hvilken grad svakhetene bidrar til å demotivere fagfeller, vites ikke.

Om det ikke finnes noe godt alternativ, betyr ikke det at man skal fortsette i samme trakt. Både fra forskning på fagfeller og fra erfaringer med ulike tiltak for økt anerkjennelse og økt åpenhet, kan den enkelte redaksjon ta grep som passer deres tidsskrift (3, 7). Her vil behov og løsninger variere. I Tidsskriftet framhever vi gjerne både forfattergruppen og fagfelle ved å invitere sistnevnte til å skrive en ledsagende kommentar når en forskningsartikkel publiseres. Videre kan all fagfelleinnsats for Tidsskriftet registreres med ORCID. Men det er mange dyktige kollegaer som vi ennå ikke kjenner, og vi blir alltid glade for nye forslag.

Behov for økt mangfold og inkludering synes derimot å være et generelt forbedringsområde for vitenskapelige tidsskrift (8). Økt mangfold i form av bredere demografisk og geografisk involvering må også finnes blant fagfellene (9, 10).

Jo flere som har eierskap i det faglige fellesskapet vårt, jo nærmere er vi å sikre bærekraftig og inkluderende medisin. Jo flere som tar eierskap i fagfellevurdering, jo større håp om å unngå fagfellefatigue og beholde Tidsskriftets faglige posisjon.

Her er det vi som skal ta ansvar som redaksjon – slik at du takker ja til neste fagfelleinvitasjon.



TOE ENDE

tone.enden@tidsskriftet.no

er ph.d., spesialist i radiologi og publiseringsredaktør i Tidsskriftet.

Foto: Sturlason

LITTERATUR

- Bjørheim J, Frich JC, Gjersvik P et al. Tidsskriftet, ekstern fagvurdering og medisinsk publisering. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 20–3.
- Aavitsland P. Kritikken uten hemninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 1377.
- Riley BJ, Jones R. Peer review: acknowledging its value and recognising the reviewers. Br J Gen Pract 2016; 66: 629–30.
- Perlis RH, Kendall-Taylor J, Hart K et al. Peer Review in a General Medical Research Journal Before and During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open 2023; 6: e2253296.
- Smith R. Richard Smith: Peer reviewers—time for mass rebellion? Lest 6.10.2023.
- Mastroianni A. The rise and fall of peer review. Lest 6.10.2023.
- Enden T. La fagfellene komme ut av skapet. Morgenbladet 15.12.2017. Lest 6.10.2023.
- Diversity, equity and inclusion: we are in it for the long run. Nat Med 2021; 27: 1851.
- Ben Messaoud K, Schroter S, Richards M et al. Analysis of peer reviewers' response to invitations by gender and geographical region: cohort study of manuscripts reviewed at 21 biomedical journals before and during covid-19 pandemic. BMJ 2023; 381: e075719.
- Berntsen EM, Jacobsen GW. Fagfeller for fremtiden. Tidsskr Nor Lægeforen 2018; 138: doi: 10.4045/tidsskr.17.0843.

Nødvendig helsehjelp – hvis iranske myndigheter tillater det

Iranske myndigheter arresterer leger som utøver sin grunnleggende moralske plikt til å gi helsehjelp til alle som trenger det. Det kan vi ikke godta.

Se for deg at du som lege på sykehus eller legevakt får inn sårede pasienter, men at myndighetene nekter deg å stoppe en blødning eller behandle et brudd fordi pasienten har et livssyn eller politisk ståsted som ikke aksepteres. Og om du likevel skulle få til å gi nødvendig helsehjelp, risikerer du som helsepersonell arrestasjon og straffeforfølgelse. Dette er realiteten for våre kollegaer i Iran (1).

«Å bli hindret fra å gi nødvendig helsehjelp til pasienter er utenkelig for de fleste av oss og strider mot grunnprinsippene i medisinsk etikk»

Legegjerningen er grunnleggende sett et etisk anliggende, og vi er forpliktet til å bruke vår medisinske kunnskap og moralske klokskap til å hjelpe alle mennesker med medisinske behov uavhengig av seksuell legning, livssyn eller politisk ståsted. Å bli hindret fra å gi nødvendig helsehjelp til pasienter er utenkelig for de fleste av oss og strider mot grunnprinsippene i medisinsk etikk. I tillegg er det et klart brudd på menneskerettighetene.

I møte med Legeforeningens menneskerettighetsutvalg gir iranske leger som jobber i Norge, uttrykk for at de er svært bekymret for sine kollegaer i hjemlandet. De rapporterer om kollegaer og venner som blir arrestert for å gi nødvendig helsehjelp til personer med et politisk ståsted eller livssyn som ikke aksepteres av det iranske regimet. Bekymringene har rot i virkeligheten og er godt dokumenterte. De iranske legene ber om Legeforeningens støtte i kampen mot det iranske regimets praksis, og de ønsker at Legeforeningen bruker sine kanaler både nasjonalt og internasjonalt for å belyse regimets ugjerninger.

Iranske leger som demonstrerer mot myndighetenes tyranni, møter voldelige tiltak fra regimet. I fjor ble en kvinnelig kirurg drept i en fredelig demonstrasjon i Teheran (2). Flere bilder og filmer fra demonstrasjoner i Iran viser at myndighetene hindrer leger og annet helsepersonell i å hjelpe skadede og sårede demonstranter som er blitt utsatt for voldsbruk fra det iranske politiet eller revolusjonsgarden (3). Leger får instruksjoner om å rapportere sårede demonstranter til myndighetene slik at de kan straffeforfølges, og de risikerer selv fengsel for å hjelpe skadede og sårede demonstranter. I til-

legg har regimet i Iran over lengre tid bestilt falske dødsattester fra iranske leger og bedt dem journalføre uriktige opplysninger (4).

Iranske leger tvinges til uetisk arbeid og får ikke utøvd sitt virke i tråd med våre helseetiske grunnprinsipper (4). Iranske leger i Norge forteller til menneskerettighetsutvalget at iranske myndigheter ikke respekterer legenes autonomi og prinsippet om medisinsk nøytralitet. Slike forhold er et veldig dårlig utgangspunkt for å sikre at alle mennesker i Iran får den helsehjelpen de etter menneskerettighetene har krav på. Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter jobber for å forebygge og følge opp slike menneskerettighetsbrudd samt øke forståelsen for sammenhengen mellom helse og menneskerettigheter.

På bakgrunn av demonstrasjonene i Iran og rapporter fra landet vedtok Verdens legeforening (World Medical Association) i oktober i fjor en resolusjon som tar til orde for at iranske myndigheter må overholde menneskerettighetene, inkludert retten til fredelige demonstrasjoner (5). Rapportene som ligger til grunn for resolusjonen, antyder at det iranske regimet bruker ambulanser for å frakte arresterte demonstranter til fengsel og at annet helseutstyr og medisinske fasiliteter også blir brukt til andre formål enn helsehjelp (4). Verdens legeforening ber videre iranske myndigheter om å respektere legers autonomi, særlig legers etiske plikt til å gi helsehjelp til alle som har medisinske behov, samt sikre at medisinsk utstyr og fasiliteter kun blir brukt til helseformål (5).

Legeforeningen, ved president Anne-Karin Rime, har meddelt i et brev til den iranske ambassaden i Norge at vi ikke kan akseptere at et økende antall leger og annet helsepersonell blir truet, arrestert og torturert i Iran fordi de utfører sitt vanlige medisinske arbeid (6). Arbeidsforholdene for leger og annet helsepersonell i Iran er totalt uakseptable, og de iranske myndighetene må vite at verden følger med og reagerer.

Politisk oppmerksomhet er ett av virkemidlene både den norske og den internasjonale legeforeningen bruker i denne saken. Verdens legeforening og Den norske legeforening krever trygge arbeidsforhold for alle leger og annet helsepersonell i Iran. Helsepersonell har rett og plikt til å gi nødvendig helsehjelp, og alle pasienter med medisinske behov har rett på hjelp uavhengig av seksuell legning, livssyn eller politisk ståsted. Våre iranske kollegaer trenger vår støtte og solidaritet. Vi må stå opp og protestere mot det iranske regimets praksis så lenge det er behov for det.

THOMAS BREMNES

thomas.bremnes@unn.no

er lege i spesialisering i psykiatri ved Universitetssykehuset Nord-Norge og medlem i Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter.

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

LITTERATUR

- Center for Human Rights in Iran. Iran Protests: More Doctors Treating Protesters Killed, Tortured and Detained. Lest 8.9.2023.
- Weinthal B. Iran's regime kills a female surgeon during doctors' protests in Teheran. The Jerusalem Post 29.10.2022. Lest 8.9.2023.
- Christiansen H, Ismaeli A. Hun ble skutt og såret da hun demonstrerte. Men hun tør ikke dra til sykehuset for å få hjelp. Aftenposten 25.10.2022. Lest 8.9.2023.
- Yazdankhah S, Khusrawi A. Regimet i Iran tvinger leger til uetisk arbeid. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0720.
- World Medical Association. WMA Resolution On Human Rights Demonstrations In Iran. Lest 8.9.2023.
- Den norske legeforening. In support of the Iranian people. Lest 8.9.2023.

Hva skal vi gjøre med arbeidsmiljøet vårt?

Vi leger er samvittighetsfulle, pliktoppfyllende og hardt arbeidende. Det utgjør også vår største risiko.

Media har de siste månedene fokusert på sykehusleger med en uhåndterlig arbeidsbelastning og et helseskadelig arbeidsmiljø. Oppmerksomheten rundt arbeidsforholdene har utløst sympati fra mange hold, men det er få konkrete forslag til tiltak.

I kronikken «Veien til bærekraftige arbeidsforhold for leger», som ble publisert i Tidsskriftet tidligere i høst, beskriver Espegren situasjonen godt (1). Hun framhever at det er arbeidsgiver som har ansvaret for et forsvarlig arbeidsmiljø. Det samme påpekte Legeforeningens president i Dagens Medisin i august (2). Men hva med ansvaret som Legeforeningen, og vi som kollegium, selv har for den situasjonen vi er i nå?

Arbeidsmiljølovens formål er å «sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger» (3). Legeforeningen har gjennom tariffavtaler akseptert unntak fra arbeidsmiljøloven om arbeidstidsgrenser. Intensjonen er å muliggjøre akuttberedskap på mindre enheter. Brukt riktig gir avtalene muligheter for tilpasning som ivaretar behovene til både legene, arbeidsgiver og samfunnet. Men dette er en skjør balanse, som flere steder nå er i ulage.

Medieoppslag og samfunnsdebatter viser at inngåtte avtaler mange steder ikke respekteres, og at unntak fra deler av arbeidsmiljøloven tas som aksept til unntak for hele loven. Unntak fra arbeidstidsgrensningene betyr ikke at arbeidsgiver kan bryteplikten til å opprettholde et godt og trygt arbeidsmiljø. Arbeidsøkter på 19 timer og 60 timers arbeidsuker er å betrakte som en norm i sykehusene. Antall timer er kanskje ikke et problem i seg selv, men kombinert med at innholdet i jobben er uklart definert, med for mange arbeidsoppgaver og manglende støtteressurser, kan arbeidsbelastningen for den enkelte lege bli for stor.

Med åpne øyne har Legeforeningen kollektivt forhandlet bort vernebestemmelser som er kjempet fram for å skåne arbeidstakere for unødig helserisiko og tidlig død. Når arbeidsgiver så svikter i sin ivaretagelse, og oppfølging av den enkelte lege og bryter arbeidsmiljøloven, har Legeforeningen et ansvar for å følge opp medlemmene. Beskyttelse og vern kan ikke gjøres til et personlig ansvar for sykehusleger.

Vi må ikke glemme hvem vi er: Vi er de som alltid har gjort oppgavene vi blir tildelt, vært samvittighetsfulle, pliktoppfyllende og hardt arbeidende. Dette har vært seleksjonen inn i profesjonen. Men egenskapene som gir oss adgang til medisinnutdanningen og legeyrket, er også de egenskapene som utgjør vår største risiko.

For 10–15 år siden var det en forståelse i helsevesenet for hva som var vaktarbeid og hvilke oppgaver som ikke var det. Denne avgrensningen gjorde det mulig å ha lange vaktøkter. I tillegg ble støttefunksjoner for logistikk og behandling ivarettatt av annet helseperso-

nell og merkantilt personell. Flere steder er denne støtten rasjonalisert bort, samtidig som oppgavemengden for legene har økt grunnnet manglende overordnede prioriteringer. Nå fortelles det om leger som selv må utføre pleieoppgaver, renholdsoppgaver, portør oppgaver og sekretær oppgaver, og man sliter i tillegg med manglende eller dysfunksjonelle IKT-løsninger. Autonomien er svekket, og muligheten til å ivareta seg selv er i stor grad borte. Leger er satt til å «produsere» helse på løpende bånd, stadig raskere og uavhengig av tid på døgnet. Dette gir en økende arbeidsbelastning og utfordrer faglighet og god pasientbehandling.

Når arbeidsbelastningen blir uhåndterlig, utfordrer dette også det kollegiale fellesskapet da de fleste sykehusleger i Norge har en lege som nærmeste leder. Frustrasjon, skuffelse og sinne kan bygge seg opp. Beskrivelsen av at vi overleger ofte trekker stigen opp etter oss når vi selv har kommet over «kneika» og fått en fast overlegestilling med levelige tjenesteplaner, er gjenkjennbar.

Manglende kliniske støttefunksjoner, uklare begrensninger i arbeidsoppgaver og -mengde, sviktende fellesskap, økte krav og ledere som ikke setter ned foten på vegne av sine ansatte, er en oppskrift på kollaps både for enkeltpersoner og sykehussystemer. Rekrutteringsproblemer til vaktunge spesialiteter er allerede erkjent i alle regioner. Her må erkennelsen føre til konstruktive løsninger. Det må være mulig å være sykehuslege uten at det er en altoverskyggende beskjefteigelse.

«Unntak fra arbeidstidsgrensningene betyr ikke at arbeidsgiver kan bryteplikten til å opprettholde et godt og trygt arbeidsmiljø»

Som leger skal vi ikke gjøre alt, men alt vi gjør skal gjøres skikkelig, og det skal verdsettes deretter. Da trengs det nok tid, opplæring og støtteressurser til å gjøre ferdig arbeidsoppgavene. Noen ganger vil det tilsi overtidsjobb, og da må man få anledning til å føre overtid. Mange leger kommer sikkert til å jobbe mye også i framtida, men det må være i faste engasjement, i balanse med resten av livet, frivillig og uten helserisiko.

Unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser har fortsatt sin berettigelse for å ivareta beredskap hvor det er definerte arbeidsoppgaver for legen, balanse mellom oppgaver og bemanning, tilstrekkelig med kliniske støtteressurser og adgang til forsvarlig hvile.

Vi trenger alle sikre rammer i et godt system. Vi trenger en Legeforening som sikrer avtaler det går an å leve av og med, og som setter ned foten når avtalene ikke blir fulgt og arbeidsmiljøet trues. Vi trenger ledere som respekterer avtaler og ivaretar den enkelte lege. Og vi trenger å være gode kolleger og medmennesker.

ERLEND JOHAN SKRAASTAD

Erlend.Johan.Skraastad@stolav.no

er overlege ph.d. ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved NTNU.

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

LITTERATUR

- 1 Espegren MK. Veien til bærekraftige arbeidsforhold for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2023;143: doi:10.4045/tidsskr.23.0547.
- 2 Rime AK. Vi trenger alle legene vi har. Dagens Medisin 28.8.2023. Lest 20.10.2023.

- 3 Arbeids- og inkluderingsdepartementet. LOV-2005-06-17-62. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Lest 20.10.2023.

Hvordan kan oppfølgingen av pasienter med hjertesvikt bli bedre?

Se også originalartikkel side 1494
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Eldre og skrøpelige pasienter med hjertesvikt må følges opp på en helhetlig måte. Deres helsekompetanse og evne til egenomsorg må styrkes.

Hjertesvikt er hyppig og en vanlig årsak til innleggelse på sykehus (1). Munkhaugen og medarbeidere publiserer nå i Tidsskriftet en studie der de har kartlagt medikamentell behandling, egenomsorg og helsekompetanse hos pasienter med hjertesvikt innlagt ved Drammen sykehus og Sykehuset i Vestfold over en periode på seks måneder (2). De aller fleste pasientene som inngikk i studien var over 70 år, og mange skåret høyt på skrøpelighet til tross for at de aller sykeste ikke var inkludert. Pasientene var likevel i mindre grad selektert enn pasientene som inngår i vårt nasjonale register for hjertesvikt (3), og studien gir derfor verdifull informasjon om hvordan vi behandler og følger opp pasienter som befinner seg i en blindsoner for dette registeret.

Oppfølging av pasienter med hjertesvikt kan deles i tre hovedfaser. Den første fasen består av diagnostisering og optimalisering av medikamentell behandling. Denne fasen starter ofte under en sykehusinnleggelse og fortsetter ved hjertesviktpoliklinikkene, der behandlingen av pasienter med hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon blir trappet opp med betablokker, mineralreseptorantagonister, renin-angiotensin-aldosteron-hemmere (RAAS-hemmere) og natriumglukose-kotransportør 2-hemmere (SGLT2-hemmere). Kun 17 % av de identifiserte hjertesviktpasientene i studien ble henvist til hjertesviktpoliklinikken, og disse var åtte år yngre i median alder enn dem som ikke ble henvist (2). At andelen henviste er noe høyere enn det de respektive sykehus har rapportert til hjertesviktregisteret (Drammen 8 %, Tønsberg 16 %) (3), kan skyldes ulik bruk av vurderingskriterier og diagnosekoder for å identifisere pasientene. Tallene tyder uansett på at tilbudet om oppfølging ved hjertesviktpoliklinikken ikke gis til alle og at det gis i mindre grad til eldre pasienter.

I den andre fasen av oppfølgingen sikter man inn mot stabilisering med færrest mulig innleggelser. I denne fasen kan god oppfølging avdekke forvarslar på forverring. Egenbehandlingsplaner og styrket helsekompetanse kan da forebygge innleggelser, for eksempel ved at diuretisk behandling justeres ved tegn til økende stuvning, som vektoppgang. Siden nær 80 % av de inkluderte pasientene i studien hadde en kjent hjertesviktdiagnose før inklusjon, kan vi anta at en majoritet av pasientene befant seg i denne fasen. Det er derfor ekstra bekymringsverdig at forfatterne rapporterer om lav grad av helsekompetanse blant pasientene og lite bruk av egenbehandlingsplan.

Siste fase av oppfølgingen omfatter langtkommen hjertesvikt eller betydelig sykdomsbyrde fra komorbide tilstander. Dette innebærer en endring fra prognostiske til symptomatiske behandlingsmål. God hjertesviktbehandling er god symptomlindring, og medikamentene har additive effekter på både symptomer og overlevelse (4). Pasienter med redusert ejeksjonsfraksjon skal derfor som hovedregel behandles med alle fire medikamentklassene gjennom hele sykdomsforløpet. I denne studien fikk under halvparten av pasientene SGLT2-hemmere og mineralreseptorantagonister, mens bruken av betablokkere og RAAS-hemmere var hyppigere. Den lave bruken av disse to medikamentklassene samsvarer med andre studier, som viser unødig tilbakeholdenhet med bruk av SGLT2-hemmere blant eldre (5). Lav bruk kan skyldes frykt for bivirkninger, usikkerhet rundt overføringsverdien fra kliniske studier og begrenset klinisk erfaring med nyere legemidler. Det er imidlertid godt dokumenterte behandlingsgevinster av alle medikamentene også hos eldre pasienter (6). Funnene tyder derfor på at mange pasienter med hjertesvikt blir underbehandlet.

Studien til Munkhaugen og medarbeidere setter søkelyset på forbedringspunkter i oppfølging og behandling av pasienter med hjertesvikt. Forfatterne peker på udekkede behov for bedre oppfølging, mer bruk av egenbehandlingsplan, styrking av pasientens egenomsorg og helsekompetanse, mulighet for digital hjemmeoppfølging samt bruk av strukturerede forhåndssamtaler for pasienter i livets siste fase. Dette er viktige tiltak som kan være til hjelp mot de belyste utfordringene. I en større sammenheng tyder resultatene på behov for mer helhetlige pasientforløp, slik Helsedirektoratet har anbefalt for eldre med flere diagnoser (7). I slike forløp skal det være tydelige vekslingspunkt mellom diagnosespesifikke behandlingslinjer i spesialisthelsetjenesten og mer helhetlige forløp i kommunehelsetjenesten. Norsk cardiologisk selskaps veileder til fastleger som følger hjertesviktpasienter kan bidra til en mer sømløs overføring av oppfølgingen fra sykehuset til primærhelsetjenesten (8). Sammen med tiltakene som Munkhaugen og medarbeiderne foreslår, kan vi nærme oss en bedre og mer helhetlig oppfølging av hjertesvikt.

MARIA VISTNES

maria.vistnes@medisin.uio.no

er overlege og postdoktorforsker ved Hjertemedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra Novartis, AstraZeneca, Pharmacosmos og Paradigm Biopharmaceuticals, og har patent på et behandlingsprinsipp ved hjertesvikt. Hun er også grunnlegger av et oppstartsselskap som planlegger utvikling av prekliniske legemiddelkandidater.

LITTERATUR

- 1 Savarese G, Becher PM, Lund LH et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* 2023; 118: 3272–87.
- 2 Munkhaugen J, Sverre E, Dammen T et al. Skrøpelighet, helsekompetanse og egenomsorg hos pasienter som innlegges med akutt hjertesvikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2023; 143: doi:10.4045/tidsskr.23.0297.
- 3 Norsk hjertesviktregister. Årsrapport 2022. Lest 31.10.2023.
- 4 McDonagh TA, Metra M, Adamo M et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2022; 24: 4–131.
- 5 Bellary S, Barnett AH. SGLT2 inhibitors in older adults: overcoming the age barrier. *Lancet Healthy Longev* 2023; 4: e127–8.
- 6 Vaduganathan M, Claggett BL, Jhund PS et al. Estimating lifetime benefits of comprehensive disease-modifying pharmacological therapies in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a comparative analysis of three randomised controlled trials. *Lancet* 2020; 396: 121–8.
- 7 Helsedirektoratet. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Lest 31.10.2023.
- 8 Norsk cardiologisk selskap. Utredning, behandling og oppfølging av kronisk hjertesvikt i allmennpraksis. Arbeidsgruppa for hjertesvikt. Lest 31.10.2023.

NYHET!



GIR ORAL PSORIASISBEHANDLING ET NYTT ANSIKT



EN NY FRIHET
I HVERDAGEN

SOTYKTU[®] (deukravacitinib), er den første og eneste allosteriske TYK2-hemmeren for pasienter med moderat til alvorlig plakksoriasis¹.

Gis som én tablett om dagen.

Enkelt å komme i gang med systemisk behandling:

- **INGEN MONITORERING¹**

Tuberkulose skal utelukkes/behandles før oppstart

- **INGEN KJENTE LEGEMIDDELINTERAKSJONER¹**

Unngå levende vaksiner

- **INGEN TITRERING¹**

- **INGEN DOSEJUSTERINGER¹**

- **SOTYKTU KAN GI ØKT RISIKO FOR INFEKSJONER¹**

Skal ikke initieres ved aktiv, klinisk viktig infeksjon før den er tilstrekkelig behandlet



Ønsker du å vite mer?

Scan QR koden for å besøke Sotyktu.no



Referanser:

1. SOTYKTU SPC 24.03.2023

VIKTIG SIKKERHETS-OG FORSKRIVNINGSGRUPPEINFORMASJON

SOTYKTU[®] (deukravacitinib) 6 mg tabletter, filmdrasjerte. Reseptgruppe: C. Reseptbelagt legemiddel.

▼ Dette legemiddel er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning til Statens Legemiddelverk på www.legemiddelverket.no/meldeskjema. **Indikasjoner:** Behandling av moderat til alvorlig plakksoriasis hos voksne som er kandidater for systemisk behandling. **Dosering og administrasjonsform:** 1 tablett (6 mg) daglig. Ved ingen tegn på terapeutisk nytte etter 24 uker, skal seponering av behandlingen vurderes. **Vanligste bivirkninger:** Øvre luftveisinfeksjoner, herpes simplex-infeksjoner, munnsår, akneformt utslett, follikulitt, økt kreatinfosfokinase i blodet. **Alvorlige bivirkninger:** Infeksjoner. **Kontraindikasjoner:** Klinisk viktige aktive infeksjoner (f.eks. aktiv tuberkulose). **Advarsler og forsiktighetsregler:** Deukravacitinib kan øke risikoen for infeksjoner. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktiv, klinisk viktig infeksjon før infeksjonen har gått over eller er tilstrekkelig behandlet. Forsiktighet utvises ved kronisk infeksjon eller tilbakevendende infeksjoner. Maligniteter, inkl. lymfomer og ikke-melanom hudkreft (NMSC) er sett. Tilgjengelige data fra kliniske studier viser ingen økt risiko for MACE, DVT eller PE ved behandling. Det er ikke kjent om hemming av TYK2 kan være assosiert med bivirkningene av JAK-hemming med tanke på maligniteter og kardiovaskulære hendelser. Langtidsstudier pågår. Nytte og risiko ved behandling med deukravacitinib skal vurderes før oppstart hos pasienter. Før oppstart skal fullføring av alle vaksinasjoner iht. alder og gjeldende immuniseringsretningslinjer vurderes. Levende vaksiner skal unngås ved behandling. **Interaksjoner:** Ingen klinisk relevante interaksjoner er avdekket. **Graviditet:** Data hos gravide kvinner er begrenset. Som et sikkerhetstiltak er det ønskelig å unngå bruk under graviditet. **Pakninger, priser, refusjon:** SOTYKTU 6 mg, 28 tabletter (i blisterpakning med kalender): 12 724 kr SOTYKTU er innført av Beslutningsforum og inngår i LIS/BIO-anbudet med rabatterte priser fra 1.oktober 2023. Se felleskatalogen/preparatomtalen for fullstendig forskrivningsinformasjon før forskrivning. Bristol Myers Squibb Norge, Lysaker Torg 35 1366 Lysaker, telefon: 23 12 06 37, www.bms.com/no Versjon 3

1787-NO-2300031 Utarbeidet Okt 2023

Ventelister og lungetransplantasjon

I artikkelen «Lungetransplantasjon i Norge 1999–2020» av Leuckfeld og medarbeidere (1) dokumenteres det at dødeligheten på venteliste har gått betydelig ned når den siste perioden på tolv år sammenliknes med den foregående perioden på ti år. Dette har skjedd ved at fibrose-pasienter og andre pasienter med raskt progredierende lunge-sykdommer er prioritert på bekostning av KOLS-pasienter. Det er derfor overraskende at dødelighet på venteliste også er redusert for KOLS-pasienter.

«Dersom raten påmeldte pasienter i forhold til transplanterte pasienter økes, vil også dødelighet på venteliste øke»

Den mest nærliggende forklaring må være at forholdstallet mellom antall pasienter som settes på venteliste og antall pasienter som blir transplantert, er lavere i den siste tolvårsperioden enn i den foregående tiårsperioden. I artikkelen oppgis det ikke hvor mange av de 718 påmeldte pasientene som var påmeldt i perioden 1.1.1999–31.12.2008 og hvor mange som var påmeldt i perioden 1.1.2009–31.12.2020. For hele perioden på 22 år er det påmeldt ca 30 % flere pasienter enn de som blir transplantert. Dersom raten påmeldte pasienter i forhold til transplanterte pasienter økes, vil også dødelighet på venteliste øke. I perioder med økende antall gjennomførte transplantasjoner vil øknin-

gen i påmeldte pasienter ikke skje like raskt. Det kan da se ut som om dødelighet på venteliste går ned.

Forfatterne har sikkert en formening om hvor stor ventelisten bør være. Korte ventelister vil lett føre til at ikke alle organer kan benyttes, lange ventelister vil kunne bety at ikke alle på ventelisten blir transplantert.

JAN HOVDENES

jhovdene@ous-hf.no
er overlege dr. med.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Leuckfeld I, Holm AM, Hoel T et al. Lungetransplantasjon i Norge 1999–2020. Tidsskr Nor Legeforen 2023;143: doi:10.4045/tidsskr.22.0775.

I. LEUCKFELD OG A. HOLM SVARER

Takk til Hovdenes for interessant og viktig kommentar til vår artikkel (1). Hovdenes påpeker at den mest nærliggende årsaken til reduksjon i ventelistedødelighet fra perioden 1999–2008 til 2009–2020 må være reduksjon i forholdstallet mellom antall pasienter som settes på venteliste og antall pasienter som blir transplantert. Det er delvis riktig. Ved utgangen av hvert år stod median 40,5 (35–50) pasienter på ventelisten i perioden 1999–2008, mot median 45 (33–60) pasienter i perioden 2009–2020. Tilsvarende tall for antall transplantasjoner var i den første perioden median 17,5 (11–30) og 32,5 (24–35) i den siste perioden. Etter endring i prioritet til transplantasjon fra ventelisten har imidlertid reduksjon i ventelistedødelighet vært vesentlig større for pasienter med lungefibrose og cystisk fibrose enn for pasienter med KOLS. Endringen innebar altså en prioritering til fordel for pasienter med raskest progredierende sykdom, altså de gruppene som står i størst fare for å dø før de får tilbud om organ.

Selv om flere pasienter senere år har fått mulighet til å stå på venteliste for lunge-transplantasjon, må antallet ventende være

tilpasset tilgangen til organer for å sikre at ventelisten er et reelt behandlingstilbud. Samtidig må antallet som venter være stort nok for å sikre at det alltid finnes en pasient med passende kroppshøyde og blodgruppe den dagen et organ blir tilgjengelig. Usikkerheten i organtilbudet tilsier dermed at ventelisten bør inneholde noen flere enn det er organer til. Noen vil dermed stå i fare for ikke å få et organtilbud i tide. For å sikre at det blir så få som mulig, er det viktig å ha gode systemer for prioritering.

INGA LEUCKFELD

ingleu@ous-hf.no
er overlege.

ARE HOLM

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Leuckfeld I, Holm AM, Hoel T et al. Lungetransplantasjon i Norge 1999–2020. Tidsskr Nor Legeforen 2023;143: doi:10.4045/tidsskr.22.0775.

Troverdighet av nasjonale retningslinjer

Vi gratulerer gruppen og spesielt de to første forfatterne, begge medisinerstuderenter, med en type helsetjenesteforskning som vi burde se mer av i Norge (1). Studien viste at det er en del svakheter i retningslinje-arbeid som det er. 9 av 12 domener i skåringsverktøy NEATS viste svært lav eller lav overholdelse av standardene. Lavest var skårene for studieseleksjon, beskrivelse av

studier og resultater, gradering av styrken på anbefalingen og ekstern høring. Høyest skår fikk domenen spesifikk og utvetydig formulering av anbefalingene. De onkologiske retningslinjer skårer generelt dårligere enn gjennomsnitt, men skilte seg ut med bedre oppdatering, en klar forbedring de siste årene (2).

«Systematisk vurdering av evidens er enormt krevende og med dagens ressurser som regel ikke gjennomførbart»

Det er viktige innspill på hva som forventes av en troverdig retningslinje. Men det er også et poeng at det er begrenset hva man kan forvente med tanke på at dette i all hovedsak er dugnadsarbeid, og hvor man prioriterer raske og brukervennlige oppdateringer i stedet for veldig stringent metodikk.

Systematisk vurdering av evidens er enormt krevende og med dagens ressurser som regel ikke gjennomførbart. Det er grenser for hva vi kan oppnå i små land som Norge og for hvor klare konklusjoner vi kan komme til ved kunnskapsoppsummering i en dynamisk verden. Vi kan støtte oss på gode internasjonale retningslinjer med systematisk vurdering av evidens. Prostataskreft handlingsprogram er nå basert på EAU ambisiøse arbeid med europeiske retningslinjer (3) og programmet refererer omfattende til enkeltkapitler i EAU prostatacancer guidelines.

Evaluering av programmene bør bli bedre. Tilbakemelding skjer tilfeldig og ikke strukturert, formelt i henvendelser til direktoratet eller til leder for handlingsprogram, og uformelt i form av diskusjon i fagmiljø. Selv om oppdateringen av onkologiske handlingsprogram er blitt bedre (13/28 retningslinjer var oppdaterte innen et år før data cutoff 31.1.2022), skaper det frustrasjon at

annonserte og gjennomførte oppdateringer ikke blir tilgjengelig av ymse grunner. Det gjelder også Helsedirektoratets egen veileder for arbeid med retningslinjer som var annonsert oppdatert i 2015 (4). Retningslinjer bør ta hensyn til klinikerens tid, et punkt som ikke er med i NEATS (5). Og omtale av finansiering og habilitet er viktig og enkelt å gjennomføre.

Vi opplever at mange retningslinjer i onkologi anerkjennes og brukes daglig, nyter stor troverdighet og gir «gode anbefalinger for klinisk praksis» selv om de ikke oppfyller NEATS-kriteriene. Metodikken for arbeid med handlingsprogrammene bør oppdateres. Og arbeidet til Langeland, Pisani og medarbeidere bør være til inspirasjon for tilsvarende helsetjenesteforskning, gjerne av studenter.

CHRISTOPH MÜLLER

christoph.muller@sshf.no
er overlege ved senter for kreftbehandling, Sørlandet sykehus.

ANDREAS STENSVOLD

Forfatterne har oppgitt følgende interessekonflikter: Christoph Müller er medlem i oppdateringsgruppe for handlingsprogram prostatakreft. Andreas Stensvold er leder i oppdateringsgruppe for handlingsprogram prostatakreft.

LITTERATUR

- 1 Langeland EA, Pisani SER, Kalager M et al. Følger Helsedirektoratets retningslinjer internasjonale standarder for troverdighet? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0110.
- 2 Nilsen S. Går hardt ut imot handlingsprogrammene. Dagens medisin 12.4.2012. Lest 12.10.2023.
- 3 Guidelines Office strategy 2022 to 2027. Arnhem: European Association of Urology, 2021. Lest 12.10.2023.
- 4 Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. IS-1870. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. Lest 12.10.2023.
- 5 Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. BMJ 2023; 380: e072953.

Inkludering av russiske leger er mulig

Denne kommentaren gir uttrykk for min personlige mening. Jeg vil takke Midelfart-Hoff og Doan for å ha skrevet artikkelen «I skyggen av en krig» (1). Jeg synes det er fint at de skriver at de er opptatt av at «vi til tross for krig må opprettholde kontakten med russiske kolleger på individnivå». Norsk nevrologisk forening har tatt initiativ overfor den europeiske foreningen og bedt om å pause Russlands deltagelse i utøvende organer og komiteer inntil krigen er avsluttet. Videre utfordres andre fagmedisinske foreninger til å sette dagsorden og følge etter. Jeg synes at dette er feil.

«Min mening er at det er best å inkludere, istedenfor å ekskludere våre russiske kollegaer fra å delta i internasjonale vitenskapelige organisasjoner»

Nylig var International Headache Conference i Seoul (2). Presidenten Cristina Tassorelli leste i åpningen av seremonien et brev av en anonym venn som er nevrolog i Russland (personlig meddelelse). Det ble sterke ord fra en som ønsker det beste for alle i Ukraina. Hen beskrev svært vanskelige tider for akademikere som motstår det aktuelle regimet i Russland. Personlig kjenner jeg flere fysikere fra St. Petersburg. De

beskriver også vanskelige tider. Mange blir mobbet eller truet med å få sparken om de uttaler seg politisk. Mange blir mistenkeliggjort.

Min mening er at det er best å inkludere, istedenfor å ekskludere våre russiske kollegaer fra å delta i internasjonale vitenskapelige organisasjoner. Anbefalingen fra Norsk nevrologisk forening om å pause Russland er ikke bygget på konkrete eksempler hvor russiske nevrologer/nevrologiske organisasjoner har opptrådd uetisk. De beskriver et eksempel hvor en utøver i fekting ikke ønsket å håndhilde på en russisk utøver (1). De skriver videre at «vi i Norge bør også sørge for at våre ukrainske kolleger slipper lignende problemstillinger». Som Ian Muri en gang sa: «inkludering skaper dialog som på sikt skaper fred» (personlig meddelelse). Om man skulle se at nevrologer eller andre leger fra russiske vitenskapelige organisasjo-

ner skulle opptre uetisk, finnes det mekanismer i de fleste internasjonale organisasjoner for å håndtere dette.

Ekskludering kan ha meget alvorlige bivirkninger på sikt. Vi leser om bøker fra russiske forfattere som kastes i Ukraina (3). Og at man kan skrive Russland med liten «r» (4). Det er ingen gode retningslinjer for hvordan man skal håndtere en slik situasjon. Har forfatterne tenkt nøye over hva det betyr å utfordre vitenskapelige internasjonale selskaper til å ekskludere et land? Skal man holde avstemning? Kina, India og 43 andre land har ikke stilt seg imot den russiske invasjonen (5). Det kan fort oppstå absurde situasjoner. Den europeiske vekt i internasjonale organisasjoner blir mindre. Hva om et flertall ønsker å ekskludere et land grunnet politiske interesser? Hva om grunnen er en konflikt medlemmer ikke kjenner til? Vitenskap, som musikk, bør ha

universelle mål. Vi er alle mennesker i et stort universum og kjærlighet mot hverandre er kanskje det viktigste for å bevege oss mot en bedre verden.

JOAN CRESPI

Joancrespival@gmail.com
er postdoc ved NTNU.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Midelfart-Hoff J, Doan TP. I skyggen av en krig. Tidsskr Nor Legeforen 2023;143: doi:10.4045/tidsskr.23.0494.
- 2 International Headache Conference 14-17th September, Seoul (Korea) 2023. Lest 19.10.2023.
- 3 Skeie K. - Jeg føler avsky for alt som er russisk. NRK 3.3.2023. Lest 19.10.2023.
- 4 Skeie K. Nå kan ukrainerne skrive Russland med liten r. NRK 27.9.2023. Lest 19.10.2023.
- 5 Ottesen E. Vener blant fiender. NRK 25.3.2023. Lest 19.10.2023.



Abonner på Tidsskriftets nyhetsbrev

HOLD DEG OPPDATERT

Ønsker du å motta vårt nyhetsbrev en gang i uken?

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

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

Locobase®



Repair

Målrettet Hudpleie

Klinisk bevist å reparere og gjenopprette hudbarrieren. Umiddelbar og langvarig fuktighetsgivende effekt.

Locobase Repair gjenoppretter hudbarrieren¹ raskt og effektivt, takket være kombinasjonen av ceramider og lipider. Brukt sammen med topiske steroider, kan alvorlighetsgraden på eksem bli effektivt redusert².

For tørr, sprukket og skadet hud.



¹ Berardesca E. et al.: Evaluation of efficacy of a skin lipid mixture in patients with irritant contact dermatitis, allergic contact dermatitis or atopic dermatitis: a multicenter study. Contact Dermatitis, 2001;45:280-285.

² L. Halkier-Sørensen: Efficacy of Skin Care Products and Different Mixtures of Lipids on Barrier Function. B. Gabard et al: Dermatopharmacology of Topical Preparations, Springer Verlag, 2000, p. 354-356.

Leger må høres – også gjennom tilsyn

Ledere har et ansvar for å lytte til sine medarbeidere. Tilsynsmyndighetene skal følge med på om slik medvirkning ivaretas både i risikoforebyggende og kvalitetsforbedrende arbeid.

I kjølvannet av #legermåleve-oppropet har både leger i klinisk arbeid og ledere i helse-tjenesten satt søkelys på norske legers arbeidsvilkår. Det er liten tvil om at legeyrket er krevende og at det stilles flere og andre krav til leger nå enn tidligere. Det er strenge krav til dokumentasjon, strammere budsjetter og lengre ventelister. Pasientene har på sin side høye forventninger til diagnostisering og utredning, og har fått styrket sin rett til medvirkning i helsehjelpen.

Som lege er man ikke ferdig utlært den dagen man fester legeskiltet på frakken. Læring skjer ikke bare i spesialistutdanningen, men gjennom hele karrieren. Også erfarne leger trenger tid til å innhente ny kunnskap og ro til å tenke. Det må i tillegg være rom for råd og hjelp fra kollegaer ved vanskelige problemstillinger.

Mange har nok valgt å bli lege fordi de interesserer seg for anatomi, fysiologi og sykdom. Andre setter kanskje pris på en sikker jobb. Men jeg vil tro at de aller fleste har blitt leger med den gamle, men tidløse målsettingen: «stundom helbrede, ofte lindre, alltid trøste». Dessverre er det akkurat dette mange leger opplever som stadig vanskeligere (1).

Tilsynsmyndighetene har tidligere kanskje blitt sett på som et «overoppsyn» som puster legene i nakken og stiller krav som er urimelige og uhensiktsmessige, tatt i betraktning

arbeidsforholdene. Men tilsynet kan og bør bidra til å ivareta helsepersonellet, deres arbeidshverdag og læringsarena.

«Selvgransking» i helsetjenesten

Tilsynsmyndigheter som Helsetilsynet og statsforvalteren skal styrke sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten. De skal «(...) følge med på hvordan tjenestene og personellet utøver virksomheten sin og gripe inn ovenfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomheten i strid med lovgivningen» (2).

Etter år med tradisjonelle tilsyn basert på skriftlige uttalelser og brev mellom tilsynsmyndighetene og helsetjenesten, overlates nå mer ansvar til helsetjenestene for å ordne opp selv (3). I tillegg utføres stadig flere tilsyn med hjelp av en «egenvurdering», der virksomheten følger opp og gir tilbakemelding til statsforvalteren (4). Bakgrunnen er at klinikken, avdelingen eller enheten selv ofte sitter med et dekkende bilde av hva som gikk galt, hva som kan gjøres bedre og hva slags tiltak som bør gjøres.

Slik «egenvurdering» gjennomføres ofte når det har gått galt i et konkret pasientforløp. Samtidig må ledere løfte blikket fra en spesifikk situasjon for å se nærmere på internkontroll i egen virksomhet og hvordan drift og arbeidsoppgaver planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Tilsynsmyndigheten evaluerer så helsetjenesten sin gjennomgang, etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (5).

Flere måter å påvirke på

Samfunnet trenger at leger kan gjøre jobben sin på en tilfredsstillende måte, og ledere må være lydhøre for deres stemmer. Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav til at medarbeiderne skal få medvirke:

«For å lykkes i å styre og forbedre virksomheten er det avgjørende at medarbeiderne involveres aktivt. Det er de som vet hvor

problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften. De har også ofte de beste forslagene til tiltak som vil føre til forbedring. Det er viktig at det legges til rette for og oppmuntres til at medarbeidere skal gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder.» (6)

Som tilsynsmyndighet kan vi bidra til å etterse at innspill fra helsepersonell blir ivaretatt. Vi kan gjennom tilsyn vurdere hvordan virksomhetene jobber med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Videre må vi som jobber med tilsyn og oppfølging etter svikt, være realistiske i våre forventninger til kvalitetsforbedrende arbeid. Både vi og ledere i helsetjenestene må tenke gjennom hva som er gjennomførbare forbedringer. Lærdom fra alvorlige, uønskede hendelser må ikke munne ut i noe som kun ser bra ut på trykk. Det må først og fremst være tiltak som kan fungere i den kliniske hverdagen og som faktisk kan redusere risikoen for feil og avvik.

Felles ansvar om åpenhet

Ut ifra vinkling og samfunnets forventninger er det nulltoleranse for å gjøre feil i norsk helsevesen. Dette er både en urealistisk holdning til liv og helse, og et urimelig press å legge på helsearbeidernes skuldre.

Både leger, ledere, samfunnet og vi som fører tilsyn, må leve med at pasientarbeid ofte vil innebære en viss risiko. Risiko for å ta feil avgjørelse, risiko for å overse noe viktig og risiko for å trå feil. Når det skjer, må man verne om hverandre, lære av det som gikk galt og ikke sette noen i gapestokk.

Det er et felles ansvar å skape åpenhet rundt det å gjøre feil. Da er det avgjørende at tilsynsmyndighetene løfter frem målsettingen om ikke å jakte på syndebukker, men å bidra til forbedring der det er mulig.

Mottatt 5.10.2023, første revisjon innsendt 19.10.2023, godkjent 30.10.2023.

KARIANNE FLAATTEN

karianne@gmx.de

er spesialist i anestesioologi og samfunnsmedisin og er assisterende fylkeslege hos Statsforvalteren i Vestland.

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

LITTERATUR

- 1 Clementsen S. Leger må leve. Overlegen 2023; 23: 4.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Statens helse-tilsyn. Lest 30.10.2023.
- 3 Helsetilsynet. Policy for tilsynssaker i barnevern, sosial- og helsetjenestene. Lest 30.10.2023.

- 4 Helsetilsynet. Virksomheten følger opp og gir tilbakemelding til statsforvalteren. Lest 30.10.2023.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Lest 30.10.2023.

- 6 Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Lest 30.10.2023.

Legeoppnop for sivilbefolkningen på Gaza

Respekt, sannhet og rettferdighet: Leger må stå sammen mot brutale angrep på sivile i Palestina og Israel.

Den 7. oktober i år angrep Hamas sivile i Israel, og Israel svarte med total blokade og bombing av Gaza. Leger og medisinstudenter må ta til motmæle når menneskerettigheter brytes og sivile liv angripes, slik som vi har vært vitne til de siste ukene. Dette er vår oppfordring til kollegiet om å tørre å ta standpunkt til det som nå utspiller seg på Gaza.

En krig med en lang historie

Den katastrofale situasjonen for Gazas 2,3 millioner mennesker må forstås i en historisk kontekst. Israel har okkupert Palestina i 56 år, og Gaza har vært under blokade de siste 16 årene. Palestinerne i Gaza har vært rammet av sosial, politisk, helsemessig og økonomisk undertrykkelse i mange tiår. Halvparten av Gazas befolkning er under 18 år, og over 70 % av befolkningen var allerede flyktninger før 7. oktober, med behov for humanitær assistanse (1). Vital infrastruktur, som strømledninger, vann- og avløpssystemer, matsystemer og trygge boliger, har gjentatte ganger blitt ødelagt under israelske militære angrep de siste årene (2, 3).

«Palestinerne i Gaza har vært rammet av sosial, politisk, helsemessig og økonomisk undertrykkelse i mange tiår»

Hamas utførte et forferdelig angrep på sivile israelere, som med rette fordømmes. Men dette var ikke et valg tatt av den sivile befolkningen i Gaza, de som nå straffes kollektivt. De siste ukene har Israel lukket Gaza slik at sivile ikke kommer ut og nødhjelp ikke inn. Området er i ferd med å gå tomt for mat, vann, drivstoff og medisiner (4). Samtidig faller bombene, og tusenvis er

drept (5). Israel har bedt over 20 sykehus om å evakuere, noe Verdens helseorganisasjon har beskrevet som en dødsstraff for syke og skadde (6).

Humanitær assistanse ikke nok

Humanitær assistanse må slippes inn i Gaza. I 2015 publiserte FN en rapport hvor de advarte om at Gaza snart kunne bli ubeboelig for mennesker og at det ikke var nok med kun humanitær assistanse for å unngå dette (2). I tillegg til å kreve vann, mat og medisiner, må vi også kreve at befolkningen har alt som skal til for å bygge gode, meningsfylte liv med tilhørighet, kjærighet og fremtidsmuligheter.

Israel-Palestina-konflikten er kontroversiell, og den kan være ubehagelig å uttale seg om. Som leger trenger vi ikke å uttale oss om hvorvidt det ene eller det andre klassifiseres som terror eller hvilke politiske løsninger som er best for palestinerne eller israelerne. Men det er sentrale aspekter ved situasjonen som vi må tørre å uttale oss om: Sivile liv må beskyttes, menneskerettigheter og folkeretten må respekteres, sivile som rammes av angrepene, må få humanitær hjelp, og Israels okkupasjon må opphøre. Det bør heller ikke være kontroversielt å påpeke at Israel har okkupert Palestina i 56 år, at Hamas har utført en rekke rakettangrep mot Israel, at Hamas ikke representerer alle palestinerne, og at verdenssamfunnet ikke har evnet å bidra til en fredelig løsning i Midtøsten. Disse faktaene må deles og belyses.

Hvorfor leger må ytre seg

Vi velger å skrive i Tidsskriftet fordi vi leger og medisinstudenter har et særskilt ansvar for å fremme beskyttelsen av menneskeliv. I Legeforeningens etiske regler står det: «Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn» (7). Det er i øyeblikk som nå, hvor den humanitære situasjonen i Gaza forverrer seg for hver dag som går, at vi må omfavne disse etiske prinsippene: respekt, sannhet, rettferdighet. Det er et aktivt valg å tie stille om maktasymmetrien mellom Israel og Palestina – et valg som kan ha store konsekvenser for menneskeliv. Det

er også et aktivt valg å tørre å ta standpunkt og stå sammen for å kreve at sivile liv vernes, både innenfor og utenfor klinikkens trygge vegger, i Gaza, på Vestbredden og i Israel.

Vi må stå skulder til skulder med leger verden over som jobber for liv og helse, også når disse befinner seg i Gaza. Denne solidariteten kan vise seg for eksempel gjennom bilaterale forskningssamarbeid og støtte til Legeforeningen når den tar standpunkt for menneskeverd i krisesituasjoner som nå (8). Medisin er politikk, og vi har som leger og borgere en demokratisk plikt til å stille oss selv og våre politikere til ansvar.

«Det er sentrale aspekter ved situasjonen som vi må tørre å uttale oss om: Sivile liv må beskyttes, menneskerettigheter og folkeretten må respekteres, sivile som rammes av angrepene må få humanitær hjelp, og Israels okkupasjon må opphøre»

I en verden der polarisering mellom politiske grupper og land øker, demokratier trues, falske nyheter spres og det aldri før har vært så mange mennesker på flukt (9), har vi leger mulighet til å bygge broer basert på vårt felles verdigrunnlag rundt menneskeverd, uavhengig av bakgrunn. Dette er vårt forsøk på å komme sammen i solidaritet for å uttrykke en dyp bekymring over brutaliteten som sivile nå utsettes for. Vi håper du også vil bryte stillheten og stå sammen med oss.

Mottatt 21.10.2023, godkjent 23.10.2023.

AMANDA HYLLAND SPJELDNÆS

amanda.spjeldnas@medisin.uio.no
er medisin- og forskerlinjestudent ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er leder for Norsk Folkehjelp Solidaritetsungdom (ikke-betalt verv) og medlem i Palestinakomiteen.

DAVINA KAUR PATEL

er lege og stipendiat ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HANNE OCHIENG LICHTWARCK

er lege og stipendiat ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KATHLEEN GIVAN

er medisinstudent ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

OLINE FRIESTAD GRAVDAHL

er medisin- og forskerlinjestudent ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Som forskerlinjestudent er hun med på et pågående forskningsprosjekt på en smerteklinikk i Gaza.

EMMA JOANNA LENGLE

er lege og stipendiat ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er medlem i Palestinakomiteen (ubetalt).

LITTERATUR

- 1 UNRWA. Where we work. Lest 21.10.2023.
- 2 FN. Report on UNCTAD assistance to the Palestinian people: Developments in the economy of the Occupied Palestinian Territory. Lest 21.10.2023.
- 3 UNHCR. Unhcr position on returns to Gaza. Lest 21.10.2023.
- 4 WHO. Emergency Situation Report. Lest 21.10.2023.
- 5 UNHCR. Gaza: UN experts decry bombing of hospi-

- tals and schools as crimes against humanity, call for prevention of genocide. Lest 21.10.2023.
- 6 WHO. Evacuation orders by Israel to hospitals in northern Gaza are a death sentence for the sick and injured. Lest 21.10.2023.
- 7 Den norske legeforening. Etske regler for leger. Lest 21.10.2023.
- 8 Den norske legeforening. Den medisinske

- nøytraliteten må respekteres: Gi sivilbefolkningen helsehjelp, mat, vann og trygge områder. Lest 21.10.2023.
- 9 Flyktninghjelpen. Rekordmange 108,4 millioner mennesker på flukt – Det har vært et svart tiår. Lest 21.10.2023.

Perioperativ antibiotika- profylakse hos barn i gastroenterologisk kirurgi

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Antibiotikaprofylakse ved intraabdominal kirurgi hos barn bør standardiseres. Nyere kunnskap viser at samme antibiotikaregime kan gis til både barn og voksne.

Barn som opereres for sykdommer i gastro-intestinaltraktus, får i dag varierende antibiotikaprofylakse avhengig av sykehus og kirurg. Dagens standardiserte regime til voksne er doksisyklin og metronidazol, men doksisyklin har vært ansett som kontraindisert til barn grunnet antatt fare for misfarging av tenner. Nyere kunnskap viser at det ikke er fare for misfarging av tenner hos barn ved korttidsbehandling med doksisyklin (1). Barn bør derfor få samme antibiotikaprofylakse som voksne.

Manglende standardisering

En tidligere kommentar i Tidsskriftet om optimal antibiotikaprofylakse ved appendektomi spesifiserte ikke anbefalt antibiotikaprofylakse til barn (2). Nåværende praksis er å benytte et annet antibiotikaregime hos barn enn hos voksne. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for antibiotika i sykehus anbefaler antibiotikaprofy-

lakse med doksisyklin 400 mg og metronidazol 1 g som førstevalg ved gastroenterologisk kirurgi inkludert akutt appendisitt hos voksne (3). Retningslinjen omfatter ikke barn. I praksis benyttes metronidazol i kombinasjon med enten gentamicin, cefotaksim, cefuroksim eller cefazolin til barn.

Kommentaren om antibiotikaprofylakse og intervall-appendektomi understreker viktigheten av å administrere doksisyklin og metronidazol som rutine umiddelbart etter at avgjørelsen om appendektomi er fattet, med mindre det foreligger mistanke

«Det er gode grunner til å bruke doksisyklin og metronidazol også til barn, blant annet på grunn av lang halveringstid og fordelaktig resistens- og økologiprofil»

om et mer alvorlig sykdomsbilde som tilsier terapeutisk antibiotikabehandling (4). Det er gode grunner til å bruke doksisyklin og metronidazol også til barn, blant annet på grunn av lang halveringstid og fordelaktig resistens- og økologiprofil sammenlignet med regimer med kefalosporiner.

Doksisyklin har tradisjonelt ikke blitt anbefalt til barn under 8 år grunnet risiko

for misfarging av tenner. Imidlertid foreligger det nyere dokumentasjon på at kortvarige behandlinger ikke forårsaker misfarging av tenner og at doksisyklin kan benyttes hos barn i alle aldre når det anses som hensiktsmessig (1, 4, 5). Eksempelvis anbefaler amerikanske helsemyndigheter doksisyklin til barn i alle aldre ved nevroborreliose og rickettsiose (inntil 21 dagers behandling) (5).

På bakgrunn av dette anbefaler vi kombinasjonen doksisyklin og metronidazol som perioperativ antibiotikaprofylakse ved gastrointestinal kirurgi, inkludert ved akutt appendisitt, også til barn i alle aldre.

Doseringsanbefaling

Det finnes per i dag ikke doseringsanbefalinger for doksisyklin ved perioperativ profylakse til barn. Vi foreslår engangsdose 4,4 mg per kg kroppsvekt intravenøst eller per oralt, maksimalt 400 mg (tilsvarende anbefalt profylaksedose til voksne). Anbefalt dosering av metronidazol ved perioperativ profylakse er 15 mg per kg, maksimalt 1 gram.

Vi anbefaler at det utarbeides nasjonale retningslinjer for perioperativ profylakse til barn hvor kombinasjonen av doksisyklin og metronidazol vurderes som alternativ ved gastroenterologisk kirurgi.

Mottatt 1.10.2023, godkjent 18.10.2023.

AIRAZAT M. KAZARYAN

kazaryan@gmail.com

er ph.d. og legespesialist ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus og ved Kirurgisk avdeling, Sykehuset Østfold, overlege ved Kirurgisk avdeling, Helse Fonna, Odda, og gjesteforsker ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

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

PER KRISTIAN KNUDSEN

er ph.d. og overlege ved Avdeling for barnemedisin, Oslo universitetssykehus.

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

THOMAS DRETVIK

er lege i spesialisering ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus.

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

KJETIL NÆSS ERTRESVÅG

er seksjonsoverlege ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus.

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

GUNNAR AKSNES

er ph.d. og overlege ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus.

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

OLE SCHISTAD

er overlege ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus.

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

LITTERATUR:

- 1 Bremell D, Trollfors B. Doxycycline can be given to children without risk of staining of teeth. *Lakartidningen* 2017; 114: ERIC.
- 2 Kazaryan AM, Monrad-Hansen PW, Eftang LL et al.

Perioperativ antibiotika-profylakse og intervall appendektomi. Lest 18.10.2023.

- 3 Helsedirektoratet. Kapittel 1. Antibiotikaprofylakse ved kirurgi. Lest 26.6.2023.

- 4 UpToDate. Tetracyclines. Lest 26.6.2023.

- 5 Bradley JS, Nelson JD, Barnett ED et al. red. Nelson's Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy. 28. utg. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics, 2022.



Les mer på
VYDURA.NO



SMELTETABLETT TIL **MIGRENEBEHANDLING** BÅDE FOR **ANFALL OG FOREBYGGING**



Første orale CGRP*-reseptorhemmer for ¹⁻³

- **AKUTT** behandling av migrene med eller uten aura hos voksne
- **FOREBYGGENDE** behandling av episodisk migrene hos voksne som har minst 4 migreaneanfall i måneden

ADMINISTRASJONSFORM:

Smeltetabletten skal legges på eller under tungen. Den vil gå i oppløsning i munnen, væske er ikke nødvendig. Kan tas med eller utenom måltider.

DOSERING:

- Anbefalt dose ved behandling av akutt migrene er 75mg 1 gang daglig ved behov
- Ved forebyggende behandling av episodisk migrene, er anbefalt dose 75mg annen hver dag
- Maks daglig dose er 75mg

PAKNINGER OG PRISER: 75 mg: 2 stk. (blister) kr 544,80.

KONTRAINDIKASJON: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

REFUSJON foreligger foreløpig ikke. **Reseptgruppe C.**



Pfizer - Postboks 3, 1324 Lysaker - www.pfizerpro.no



Vydura[®] 75 mg

(rimegepant)
smeltetablett

BIVIRKNINGER

Vanligste bivirkning ved akutt behandling og migreneprofylakse var kvalme, hhv. 1,2% og 1,4%. Overfølsomhetsreaksjoner, inkl. alvorlige, kan oppstå også dager etter administrering.

VIKTIG SIKKERHETSINFORMASJON:

- Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, graviditet eller samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere eller moderat/sterke CYP3A4-induktorer.
- Ny dose bør unngås innen 48 timer ved samtidig bruk av moderate CYP3A4-hemmere eller sterke P-gp-hemmere.
- Vurder medikamentoverforbrukshodepine (MOH) ved hyppig eller daglig hodepine under behandling.
- Ved amming er relativ dose for spedbarnet anslått til mindre enn 1%. Bruk under amming kan vurderes basert på nytte-/risikovurdering.

For fullstendig informasjon, se Vydura preparatomtale på Felleskatalogen.no eller Legemiddelverket.no

Referanser:

1. Vydura[®] (Rimegepant) SPC (06.2023), tilgjengelig på www.legemiddelverket.no. 2. Croop R, Goadsby PJ, Stock DA, et al. Efficacy, safety, and tolerability of rimegepant orally disintegrating tablet for the acute treatment of migraine: a randomised, phase 3, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2019; 394: 737–45. 3. Croop R, Lipton RB, Kudrow D, Stock DA, et al. Oral rimegepant for preventive treatment of migraine: a phase 2/3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2021 Jan 2;397(10268):51-60

*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.

Moralsk skade – relevant begrep for norsk helsepersonell?

Overskrifter i mediebildet om utbrenthet, slitasje, angst og depresjon er med på å beskrive arbeidsforholdene i norsk helsevesen. Er moralsk skade en mulig årsak til de belastninger helsepersonell står i?

Nylig publiserte Tidsskriftet en kronikk av Espegren om arbeidsforholdene til norske leger der de formulerte følgende: «Enkelte har foreslått at vi slutter å snakke om utbrenthet hos leger, og heller snakker om moralsk slitasje» (1).

Moralsk skade, ikke utbrenthet?

Det er nærliggende å kalle det som mange leger føler på for utbrenthet. Men det er ikke nødvendigvis det å jobbe mye som er utfordringen. Leger har alltid jobbet mye, og det begynner gjerne før medisinstudiet. Likevel er inntrykket at leger har en økende opplevelse av å komme til kort i møte med pasientene. De føler at de ikke strekker til og at potensialet for å gjøre feil øker.

«Det finnes støtte for at summen av moralsk belastende hendelser og moralsk slitasje kan gi det vi kan kalle moralsk skade også hos helsepersonell»

Det finnes støtte for at summen av moralsk belastende hendelser og moralsk slitasje kan gi det vi kan kalle moralsk skade også hos helsepersonell (2). Begrepet *moral injury* ble introdusert i 1994 og er basert på det å begå, være vitne til, ikke klare å forhindre, eller på annen måte erfare hendelser som går på tvers av ens egne moralske over-

bevisninger og forventninger (3). Hovedsymptomet er skyldfølelse. Andre symptomer er overdreven grubling på hendelsen som utløste skyldfølelse, skamfølelse, eksistensiell konflikt, tap av tillit til seg selv eller andre samt tap av mening (4).

Fra egen forskning på mental helse hos helsepersonell i ambulanse- og luftambulansetjenesten vet vi at avvik eller feil behandling med pasientskade og ulykker i ambulanse oppleves som svært emosjonelt belastende (5). For personell i luftambulansetjenesten var det å ikke kunne hjelpe alvorlig syke eller skadde pasienter det mest traumatiske for den enkelte (6). Forekomsten av posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjon var likevel ikke forskjellig blant respondentene i våre undersøkelser og den voksne norske normalpopulasjonen. Vi kjenner ikke til at forekomst av moralsk slitasje eller skade er undersøkt eller vist blant norsk helsepersonell.

Kollegastøtte

Ledelsen på forskjellige nivåer har ansvaret for å legge til rette for et forsvarlig arbeidsmiljø for arbeidstakerne. Fagforeningene skal sørge for at avtaler blir fulgt opp og rettigheter sikret. Legeforeningen har tilbud til sine medlemmer i støttekollegaordningen og i ressurscenteret Villa Sana (1, 7). I likhet med Espegren stiller vi spørsmål ved om dette er adekvat.

Kan leger ha nytte av et tilpasset lavterskeltilbud med kollegastøtte, slik mange helseforetak har etablert for ambulansepersonell (5)? Kollegastøtte fra noen med samme spesialitetsbakgrunn og arbeidssted kan bidra til at man oppsøker eller blir tilbudt støtte og hjelp på et tidligere tidspunkt (8). I vår studie med ambulansepersonell rapporterte over en tredjedel av deltakerne at de hadde benyttet seg av kollegastøtteordningen (5). I tillegg fant vi en assosiasjon mellom manglende tilbud om kollegastøtte og symptomer på posttraumatisk stress.

Å gjøre feil

Mens fokus ved utbrenthet er på enkeltindivid, knyttes moralsk skade til at systemet

ikke er tilpasset individet (9). Det å være få folk på jobb og det å arbeide lange vakter med forstyrrelse av døgnrytmen vil kunne påvirke så vel psykisk som somatisk helse, føre til fatigue og øke faren for å begå feil (10). Den enkelte kan gjøre feil, men det kan også være feil med utstyret eller i systemene som skal støtte behandlings- og pasientinformasjonsflyt, inkludert IT-systemer. Når vi gjør feil, opplever vi skam, skyldfølelse og tillitstap, som kan være symptomer på moralsk skade.

«Mens fokus ved utbrenthet er på enkeltindivid, knyttes moralsk skade til at systemet ikke er tilpasset individet»

Utfordringene vi står i, er ikke unike for Norge. I juni publiserte New York Times artikkelen «The Moral Crisis of America's Doctors» (11). Denne fulgte opp en tidligere publisering av legene Dean og Talbot fra 2018, som hevdet at moralsk skade oppstår når legen vet hva pasienten trenger, men er hindret i å yte helsehjelpen på grunn av faktorer utenfor legenes kontroll (9). Det mange amerikanske leger opplevde som traumatisk i egen arbeidshverdag over tid, mente de kunne knyttes til systemfaktorer som tidkrevende elektroniske pasientjournaler sentrale for faktureringen, og at ressursstyringen til dels var avhengig av innkjenningspotensialet.

Det er nok ikke *manglende* arbeidsmoral, men snarere den høye arbeidsmoralen til leger som utgjør en del av problemstillingen. Vi må møte disse utfordringene på en måte som tar høyde for den moralske integriteten til den enkelte og som bidrar til å skape rammer i arbeidslivet uten risiko for moralsk skade.

Mottatt 2.10.2023, første revisjon innsendt 12.10.2023, godkjent 23.10.2023.

BJØRN OLE REID

bjorn.ole.reid@stolav.no
er spesialist i anestesilogi og overlege ved St. Olavs hospital. Han er luftambulansesele i Trondheim og ansatt i Forsvarets sanitet.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREAS NORDSTRAND

er ph.d. og psykolog ved NTNU og Forsvarets sanitet.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ODDVAR ULEBERG

er ph.d., spesialist i anestesilogi og overlege ved St. Olavs hospital. Han er luftambulansesele i Trondheim og postdoktor ved Akuttlinikken, Oslo universitetssykehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Espegren MK. Veien til bærekraftige arbeidsforhold for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0547.
- 2 Hines SE, Chin KH, Glick DR et al. Trends in moral injury, distress, and resilience factors among healthcare workers at the beginning of the COVID-19 pandemic. Int J Environ Res Public Health 2021; 18: 488.
- 3 Shay J. Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character. New York, NY: Simon and Schuster, 2010.
- 4 Litz BT, Stein N, Delaney E et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clin Psychol Rev 2009; 29: 695–706.
- 5 Reid BO, Næss-Pleym LE, Bakkelund KE et al. A cross-sectional study of mental health-, post-traumatic stress symptoms and post exposure changes in Norwegian ambulance personnel. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2022; 30: 3.
- 6 Reid BO, Næss-Pleym LE, Haugland H et al. Post-traumatic stress responses and psychological well-being in Norwegian medical helicopter personnel. Air Med J 2022; 41: 292–7.
- 7 Rø KI, Aasland OG. Støttelegers syn på støttekollegaordningen. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 313–6.
- 8 Shapiro J, Galowitz P. Peer support for clinicians: a programmatic approach. Acad Med 2016; 91: 1200–4.
- 9 Dean W, Talbot S, Dean A. Reframing clinician distress: moral injury not burnout. Fed Pract 2019; 36: 400–2.
- 10 West CP, Tan AD, Habermann TM et al. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. JAMA 2009; 302: 1294–300.
- 11 Press E. The moral crisis of America's doctors. New York Times 15.6.2023. Lest 18.8.2023.



Lytt til Tidsskriftets podkast

NY EPISODE HVER UKE

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

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

Akuttmedisin utenfor sykehus – hvem har ansvaret for pasienten?

I situasjoner der ambulanse rykker ut til hendelser og konsulterer legevaktslege eller andre leger, har det vært tvil om hvem som har ansvaret for at pasienten får forsvarlig og omsorgsfull behandling.

En ambulanse rykker ut til en privat adresse. Der venter en pasient, sykehistorien kartlegges og undersøkelser utføres. En samlet vurdering tilsier at pasienten kanskje kan klare seg uten innleggelse, men er det nok informasjon til å ta avgjørelsen, og er en slik avgjørelse innenfor kompetansen til ambulanspersonellet? Det blir en telefon til vakthavende lege for rådgivning, og kanskje ligger det et pålegg om å konsultere lege i ambulansetjenestens prosedyrer. Legen det ringes til, jobber trolig med en pasient, men må avbryte arbeidet for å få rapport og gi råd og veiledning eller avtale en plan.

Dette er en helt dagligdags situasjon, men hvordan er egentlig ansvarsforholdene etter samtalen mellom ambulanspersonellet og legen? Har ambulanspersonellet fortsatt det fulle ansvaret for at pasienten sikres forsvarlig helsehjelp? Er legen bare ansvarlig for råd og veiledning eller avtalte plan, som ble gitt på bakgrunn av rapporten som legen har fått? Er legen også ansvarlig for at helsehjelpen, som blir gitt av ambulansen i det videre forløpet, er forsvarlig?

«Når lovverket kan tolkes, kan det oppstå konflikt og usikkerhet både når ansvar skal tas, og når det skal plasseres»

Når lovverket kan tolkes, kan det oppstå konflikt og usikkerhet både når ansvar skal tas, og når det skal plasseres. Vi argumenterer for at ansvaret i disse situasjonene ligger hos helsepersonell, som er fysisk til stede hos pasienten, og at leger som blir konsultert per telefon, kun er ansvarlige for rådene og veiledningen de gir og for planene som de avtaler.

Tidskrisiske avgjørelser, overlappende oppgaver

Akuttmedisinske tilstander kjennetegnes ved at de er tidskrisiske. Mange avgjørelser

må tas i løpet av kort tid, og beslutningsgrunnlaget er begrenset. Utfallet for pasienten avhenger av at de rette tiltakene blir iverksatt i tide. Det må være riktig balanse mellom tid som brukes på diagnostikk og behovet for rask behandling. Den som står ansvarlig for å yte helsehjelp til pasienter med akuttmedisinske tilstander, må ta stilling til om pasienten er tilstrekkelig avklart, om det er tid til å gjøre flere undersøkelser og beslutte hvilke behandlinger som skal iverksettes. Utenfor sykehus må man også vurdere om behandlingen skal startes før eller under transport og hvor pasienten skal transporteres.

Utenfor sykehus har kommunene og helseforetakene oppgaver som delvis overlapper hverandre. For eksempel har begge ansvar for å reise ut til pasienter og gi behandling ved behov. Helseforetakene på grunn av sitt ansvar for ambulansetjenester, og kommunene på grunn av sitt ansvar for legevakstjenester (1). For pasientene er det den samlede beredskapen helseforetakene og kommunehelsetjenesten tilbyr, som er avgjørende. Derfor er det viktig at de to beredskapene henger sammen og er koordinert.

Dette er et systemansvar. I vårt område som består av Nordland og Troms, har Universitetssykehuset Nord-Norge 29 ambulansestasjoner, og de 24 kommunene har legevakt på 14 steder. Ambulansetjenesten er altså mange steder mer tilgjengelig for hjemmebesøk til pasienter enn legevakten. Derfor gir det også mening at ambulanspersonell på oppdrag kan konsultere legevaktslege.

Pasientansvaret

Selv om oppgavene overlapper, må ikke ansvaret overlappe. Dersom ansvarsforholdene er utydelige, kan det føre til ansvarspulverisering og utgjøre en risiko for pasientsikkerheten. I tillegg er tydelige ansvarsforhold avgjørende for å kunne drive godt kvalitets- og forbedringsarbeid og for utførelsen av godt tilsynsarbeid. Ansvarsforholdene beskrives i lover (2, 3, 4) og forskrifter (1, 5), og dessuten har Helsedirektoratet presisert ansvarsforholdene i brev til helseforetakene (6).

På tross av dette er ikke forståelsen rundt ansvarsforholdene entydig. Det er vår erfaring at tilsynsmyndighetene ser på forståelse av ansvarsforholdene som et viktig og vanskelig område. En kilde til rett forståelse av ansvaret kunne vært hendelsesbaserte tilsyn fra Helsetilsynet. Bare et utvalg av Helsetilsynets avgjørelser i sammenlignbare hendelser er offentlige, og avgjørelsene ser ut til å sprike. Noen ganger legges ansvaret på ambulansetjenesten og helseforetakene (7), andre ganger legges ansvaret på legevaktslegen og kommunehelsetjenesten (8).

«Dersom ansvarsforholdene er utydelige, kan det føre til ansvarspulverisering og utgjøre en risiko for pasientsikkerheten»

I henhold til helsepersonelloven har alt helsepersonell en plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Videre er det presisert at «ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient» (2).

Vi mener at plikten til å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp inntreffer når helsepersonellet er til stede og i direkte kontakt med pasienten (i motsetning til møter mellom pasienten og behandler i video- eller telefonkonsultasjon). Ansvarsforholdene endrer seg altså ikke selv om ambulanspersonell konsulterer lege på telefon eller nødnett. I klartekst: Dersom ambulanspersonell (eller annet helsepersonell) er hos pasienten, og lege er på telefon, har helsepersonell hos pasienten ansvaret for pasienten. Dersom både ambulanspersonell og lege er hos pasienten, har legen det overordnede ansvaret. Dersom ambulanspersonell og lege er hos pasienten, og ambulanse starter transport av pasienten uten legefølge, har ambulanspersonellet ansvaret for pasienten. Og for ordens skyld: Dersom legevaktslegen er hos pasienten og konsulterer sykehusspesialist, har legevaktslegen fortsatt ansvaret for pasienten.

Gjensidig veiledningsplikt

Selv om ansvarsforholdene ikke endrer seg ved å konsultere en lege på telefon, bør



Illustrasjon: Tidsskriftet

ambulansepersonell fortsatt ha tett kontakt med lege for rådgivning og veiledning under oppdrag. Helsepersonelloven sier at helsepersonell «skal innhente bistand eller henvise videre der dette er nødvendig og mulig» (2). I tillegg er det en gjensidig veiledningsplikt for å gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendige, mellom helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten (3, 4).

Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp

Nivåene som kan være aktuelle for videre oppfølging, er ingen oppfølging, avtale om rekontakt, oppfølging på legevakt eller oppfølging på sykehus. Ved tvil om pasienten skal bringes til legevakt eller sykehus bør hovedprinsippet være at pasienten skal bringes til høyeste omsorgsnivå, det vil si sykehus, og vurderes av lege der. Dersom

det etter innhenting av råd og veiledning er uenighet om helsehjelpen på det aktuelle nivået er adekvat, skal helsepersonell som er hos pasienten, ta beslutningen om nivå.

Vår erfaring er at tydelige ansvarsforhold og tydelige roller gjør arbeidet lettere både for den som er hos pasienten og for den som gir råd og veiledning. Den som er hos pasienten, vet at rådet og veiledningen man får, ikke blir bedre enn summen av informasjonen man formidler og ekspertisen til den man konsulterer. Selv om råd og veiledning fra en lege skal veie tungt, har man mulighet til å avvike eller innhente råd og veiledning fra andre. Dette er en fin sikkerhetsmekanisme. For den som gir råd og veiledning, føles det trygt at mottakeren må sørge for å formidle all nødvendig informasjon for å få best mulig råd og veiledning. Dersom den som blir konsultert er opptatt med en dårlig pasient, eller det foreligger få opplysninger, dårlig samtalekvalitet eller man rett

og slett har for lite kunnskap, kan råd og veiledning gis med forbehold. Kanskje er noen andre i en bedre situasjon for å bli konsultert?

Trygghet for pasientene og gode arbeidsforhold for helsepersonell

Når feil skjer, går det ut over både pasienten og de som har vært involvert i behandlingen. Uheldige hendelser gir muligheter for å finne årsaker til feil og til å bli bedre. Det er frustrerende å få ansvaret for en feil hvis man på forhånd ikke var klar over at dette lå innenfor eget ansvarsområde. Det er også vanskelig å drive systematisk forbedringsarbeid uten avklarte ansvarsforhold.

Vår forståelse av ansvarsforholdene har god forankring i lover og forskrifter, og den gjør samhandling mellom de som er involvert i akuttmedisinske hendelser utenfor sykehus, tryggere og bedre. Det er viktig at helsepersonell som arbeider i skjærings-

punktene mellom kommunehelsetjeneste, prehospital spesialisthelsetjeneste og sykehus, oppdaterer seg på gjeldende lover og forskrifter og setter seg inn i hvilket ansvar de selv har, og hvilket ansvar andre har. Slik

kan man bedre hjelpe hverandre til å ta gode valg og unngå misforståelser. Temaet blir mest sannsynlig diskutert også i andre lokale samarbeidsfora mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i landet. Vi opp-

fordrer helsemyndighetene til å ta opp tråden og komme med tydelige råd og avklaringer.

Mottatt 17.8.2023, første revisjon innsendt 30.8.2023, godkjent 6.9.2023.

LARS-JØRAN ANDERSSON

lars-joran.andersson@unn.no
er spesialist i anestesilogi og overlege for ambulanseavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Han er ph.d.-kandidat ved UiT – Norges arktiske universitet.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SØREN STAGELUND

er spesialist i anestesilogi, luftambulanselege og avdelingsoverlege for AMK-avdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SILJE ANDREASSEN SØRENG

er spesialist i allmenntilleggsmedisin, fastlege og assisterende kommuneoverlege i Harstad.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIT BEATE STORLI

er spesialsykepleier og avdelingsleder ved Finnsnes interkommunale legevakt.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIV-RAGNHILD BJØRNSTAD

er ambulansearbeider og seksjonsleder for Seksjon for fag- og opplæringsseksjonen i ambulanseavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIA BERGMANN NILSSON

er lege i spesialisering i indremedisin og akutt- og mottaksmedisin og medisinsk faglig rådgiver ved akuttmottaket, Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Lest 6.9.2023.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lest 6.9.2023.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lest 6.9.2023.
- 4 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Lest 6.9.2023.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten Lest 6.9.2023.
- 6 Helsedirektoratet. Ansvar for pasienter i de akuttmedisinske tjenestene. Lest 5.9.2023.
- 7 Helsetilsynet. Svikt ved forsinket oppfølging av pasient med shuntsvikt. Lest 5.9.2023.
- 8 Adressa.no. Slår fast at legevaktlege ikke ga forsvarlig helsehjelp: – Dette gjør så vondt at det kan ikke beskrives. Lest 5.9.2023.

Kognitive testar ved fornying av førarkort for eldre bilførarar bør gå ut

Kognitiv testing av eldre bilførarar er med på å bestemme om dei får fornye førarkortet. Det er tvilsamt om det er tilstrekkeleg empirisk grunnlag for denne bruken av testane.

Personar som fyller 80 år, må få helseattest frå lege før fornying av førarkort. Dette gjeld mange. I aldersgruppa 80 år og over blir det årleg utført om lag 50 000 førarkortfornyingar (1). Fastlegane er pålagt å vurdere mentale og fysiske funksjonar av relevans for søknaden om fornying. Ved tvil om mental status må legen støtte seg på bruk av kognitive testar (2). Testresultata vert lagt til grunn for den vidare vurderinga av personen. Det er derfor viktig at dei aktuelle testane faktisk måler funksjonar med relevans for bilkøyring. Gjennomgang av det empiriske grunnlaget for slik bruk av testane reiser tvil om denne relevansen.

Testbasert vurderingsgrunnlag

Testane føregår som regel på legekantoret og omfattar mellom anna evna til å ta omsyn til fleire ting samtidig samt hukommelse for ord og klokke tid vist ved teikning. Mellom dei mest vektlagde er *Trail Making Test*, *stioppgåva* i norsk revisjon (3). Testane finn du mellom anna på www.aldringoghelse.no (3). Resultata er poengkoda med oppgjevne grenseverdier for akseptable, tvilsame og diskvalifiserande prestasjonar for å ha førarkort. Klinisk mistanke om fysisk eller kognitiv svikt med relevans for bilkøyring skal fylgjast opp av spesialist.

«Ei nyare oversikt over litteraturen viser at dei aktuelle testane i liten grad representerer funksjonar som er relevante for praktisk bilkøyring»

Det er store skilnader mellom somatiske og kognitive testar, men både må ha ein empirisk påvist relasjon til det dei skal representere. Som PSA-testar skal vere relevante for påvising av prostatakrefte, skal dei aktuelle kognitive testane vere relevante for å påvise bilkøyringsevne.

I ein rapport frå Kunnskapssenteret i 2015 (4) var konklusjonen: «Vi har ikke funnet noen kognitive screeningtester som har god dokumentasjon på diagnostisk nøyaktighet for å forutsi prestasjon på praktiske kjøretester. (...) Vi har i de fleste tilfeller liten eller svært liten tillit til resultatene.» I eit utval med hjerneslagpasientar frå Sunnaas, derimot, er det sett ein samanheng mellom normbaserte grenseverdier på stioppgåva og bilulykker av mindre alvorlighetsgrad ved spørjeundersøking eitt år etter testen (5). Ei nyare oversikt over litteraturen viser at dei aktuelle testane i liten grad representerer funksjonar som er relevante for praktisk bilkøyring (6).

Silingstesting

Kognitiv testing brukt som screeninginstrument føreset at testen (eller fleire testar brukt i kombinasjon) avdekkjer evner til bilkøyring og identifiserer dei som er utilstrekkelege bilførarar. I to nylige studiar vart stioppgåva som screeningfunksjon undersøkt empirisk, og resultata var samanfalle. Ein studie viste at klinikaren vil måtte vurdere køyrenekt i ni av ti tilfelle – utan å ha valid grunnlag (7). Den andre studien viste at testresultata ofte var unøyaktige især hos dei der køyrekompetansen var redusert til eit trafikkmessig uttrygt nivå (8).

Effekten på landsbasis av politisk initiert, tvungen kognitiv silingstesting av eldre bilførarar ved fornying av førarkort vart i Danmark målt gjennom før- og etter-samanlikning av talet på dødsulykker i perioden 2003–08 (9). Det var to hovudfunn: Innføringa av tvungen testing gav inga signifikant endring i talet på eldre (70 år og over) som var involvert i dødsulykker. Derimot vart det påvist ein signifikant auke i dødsulykker for eldre (men ikkje yngre) fotgjengarar. Dette er tolka som eit modalt skifte der denne delen av den eldre befolkninga går frå å vere relativt beskytta i bil til å vere mindre beskytta som fotgjengar.

Ei tilsvarande undersøking i 2012–19 av personar 75 år og eldre frå Japan gav saman-

fallande resultat (10): Det var ein reduksjon i antalet kollisjonar (ingen skadegradering) der den eldre var bilfører, og ein auke i skadar på gåande og syklende i same aldersgruppe. Samla vurdert framstår tvungen kognitiv testing som lite eigna for å oppnå reduksjon av alvorlege skadar eller ulykker i trafikken. Dette opnar for andre førstetiltak når køyreevne skal vurderast. Denne omlegginga vil også fristille legen frå administrering og utfordrande tolking av kognitive testar (11).

«Personen presterer adekvat ved den kognitive testinga, men viser redusert sjukdomsinnsikt og farleg, ukritisk åtferd i reelle trafikksituasjonar»

Vektlegg individuell køyreevne

Den mentale og den praktiske (trafikale) delen av bilkøyring er sterkt integrerte funksjonar. Dei bør derfor undersøkast som den totaliteten dei utgjør. Som vist er det empiriske grunnlaget for den nåverande testbaserte vurderinga av køyreevne sterkt mangelfull eller heilt manglande. Andre metodar bør prøvast ut, og det finst nokre som har relevans og potensielt tilgjengeleg empirisk målbar effekt. Statens vegvesen tilbyr Bilfører 65+, eit frivillig og gratis kurs for alle over 65 år. Målet er å gjere køyringa tryggare gjennom oppfrisking av kunnskap om bilkøyring. Eit meir direkte første-tiltak er køyring i trafikk med vurdering og rettleiing av sjåførarar; ein praktisk prøving som også kan styrke søkaren sin kompetanse. Denne ordninga er tilgjengeleg med eller utan henvisning frå lege og er søkt vidareført gjennom forenkla tilgang til Statens vegvesen for prøveköyring (12). Eit viktig argument for å bruke ein praktisk og realistisk testing er den allmenne kliniske erfaringa at personar med frontotemporal demens og annan frontal affeksjon kan prestere tilfredsstillande i strukturerte, men ikkje meir opne situasjonar. Overført til vurdering for førarkort: Personen presterer adekvat ved den kognitive testinga, men viser redusert sjukdomsinnsikt og farleg, ukritisk åtferd i reelle trafikksituasjonar.

Bruk av realistisk simulator med nødven-

dig tilvenning er på trappene (13) og vil kunne bli ein standard metode i tråd med Samferdselsdepartementet si innstilling (12). Nord universitet i Stjørdal sluttførte i 2021 eit fireårig forskingsprosjekt og fann at bruk av simulator i kombinasjon med vanleg køyring kan gje betre og tryggare opplæring (14). Talet på eldre blir større, og ei praktisk utforming av tenestene knytt til fornying av

førarkort framover vil med fordel også inkludere køyresimulator som del av eit test- og treningsregime.

Gjennomgangen ovanfor viser at legen ved førarkortvurdering bør henvise direkte til kvalifisert nevropsykologisk undersøking og hjerneorganisk visualisering ved mistanke om kognitiv svikt og ikkje gå vegen om dei kognitive testane i bruk nå – heller

ikkje stioppgåva. Det er ikkje påvist at dei kognitive testane som for tida er i bruk ved fornying av førarkort for eldre, har tilstrekkeleg relevans for å vurdere billkøyringsevne. Individuell vurdering av praktisk køyreevne bør, saman med innhenting av relevante helsedata, kome inn i staden.

Mottatt 21.8.2023, godkjent 4.9.2023.

KJELL FLEKKØY

k.m.flekkoy@psykologi.uio.no

er dr.philos., spesialist i klinisk psykologi og professor emeritus i nevropsykologi ved Universitetet i Oslo.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikatar.

LITTERATUR

- 1 Samferdselsdepartementet. Utredning – opphevelse av krav om obligatorisk aldersbestemt helseattest. Lest 4.9.2023.
- 2 Helsedirektoratet. Førerkortveileder. Veileder til lov og forskrifter. 6. Kognitiv svikt (§ 15). Lest 4.9.2023.
- 3 Aldring og helse. Skalaer og tester. Lest 28.8.2023.
- 4 Kunnskapssenteret. Screeningsverktøy for kognitiv funksjon og bilkjøring. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21-2015. Lest 4.9.2023.
- 5 Øiseth C. Førerkortvurdering. Prediksjon av kjøreatferd med raskårer og demografisk justerte skårer fra nevropsykologiske tester. Hovedoppgave. Lest 4.9.2023.
- 6 Toups R, Chirles TJ, Ehsani JP et al. Driving performance in older adults: Current measures, findings, and implications for roadway safety. *Innov Aging* 2022; 6: igab051.
- 7 Vaucher P, Herzig D, Cardoso I et al. The trail making test as a screening instrument for driving performance in older drivers; a translational research. *BMC Geriatr* 2014; 14: 123.
- 8 Dobbs BM, Shergill SS. How effective is the Trail Making Test (Parts A and B) in identifying cognitively impaired drivers? *Age Ageing* 2013; 42: 577–81.
- 9 Siren A, Meng A. Cognitive screening of older drivers does not produce safety benefits. *Accid Anal Prev* 2012; 45: 634–8.
- 10 Inada H, Tomio J, Nakahara S et al. Association between mandatory cognitive testing for license renewal and motor vehicle collisions and road injuries. *J Am Geriatr Soc* 2023; 71: 1145–55.
- 11 Steen T. Er leger de rette til å vurdere faktisk kjøreevne? *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0329.
- 12 Regjeringen no Prop.117 S (2021–2022). Lest 4.9.2023.
- 13 Sudmann TM, Brækhus A, Jørstad ØK. Helsekravene til førerkort – på riktig vei med ny teknologi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0607.
- 14 Eriksen S-A. Bilkjøring i simulator gir bedre trafikkopplæring. *Forskning.no* 15.1.2021. Lest 4.9.2023.

2011

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

2022

Lær mer

(Scanne med mobilkamera
og klikk på lenken)



APEXXNARTM ▽
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.

Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det?

Gjør kloke valg er Legeforeningens faglige stemme mot medisinsk overaktivitet. En kampanje tuftet på selvransakelse må også tåle et kritisk blikk i speilet: Hjelper det å forfekte kloke valg?

Forankring i fagmiljøet er en hjørnestein i *Choosing Wisely*, den internasjonale kampanjen for å unngå behandlinger og utredninger som ikke er til nytte for pasienten og i verste fall kan være til skade. Mange av våre egne fagmedisinske foreninger har tatt utfordringen, startet en faglig selvransakelse og laget gode Gjør kloke valg-anbefalinger om å redusere helse-tjenester med lav verdi (*low-value care*).

Samtidig må vi innse at bak medisinsk overaktivitet er det sterke drivere som ligger utenfor fagmiljøenes rekkevidde. Slike drivere er blant annet høye forventninger fra pasientene, markedsstyrte helsetjenester, defensive retningslinjer og insentivene helsevesenet har til å «produsere» helsetjenester. For å være rustet for en bærekraftig helsetjeneste må vi ikke overlate kloke valg til pasienter og klinikere alene, men også våge å ta grep på systemnivå.

Over 100 anbefalinger – så langt

I løpet av fem år har det kommet mer enn 100 konkrete anbefalinger fra 20 fagmedisinske foreninger rettet mot overbehandling og overdiagnostikk innen eget fagfelt (1). Legeforeningen er ikke alene på banen. Norsk pasientforening har vært med siden starten, ti andre profesjonsforeninger har blitt med og noen har også kommet med egne anbefalinger (1). I samarbeid med eksempelvis sykepleierne vil vi lettere oppnå riktig bruk av antibiotika, med farmasøytenes og apotekene sikre korrekt bruk av legemidler og unngå polyfarmasi, og med fysioterapeutene tilby gode alternativer til ortopediske inngrep som har usikker gevinst.

I en spørreundersøkelse ved starten av Gjør kloke valg i 2018 ble forventninger fra pasienter og pårørende pekt på som den sterkeste driveren bak medisinsk overaktivitet (2). En åpen dialog om årsaken til at man kontakter lege og hvilke forventninger man har om utredning og tiltak kan være avklarende. Selv om pasientene har et legitimt ønske om hjelp, betyr ikke det at forventningene om hvilke tiltak som skal iverksettes, nødvendigvis skal imøtekommes. Allmennlegene har spissformulert dette i kam-

panjen: «Er du pasient eller kunde når du er hos fastlegen din?» (3).

Faglig kompetanse innebærer også å vite hvor bremsepedalen er. I en helsetjeneste på turbo kan dyrebar tid brukt på en samtale føre til at man unngår unødvendig merarbeid: Hva vet vi? Hva vet vi ikke? Hva kan vi oppnå med nye utredninger eller behandlingsforsøk? Hvilke behandlingsalternativer finnes for deg, og med hvilken risiko og hvilken sannsynlig nytte?

Hva kan vi lære av suksesshistoriene?

Gode fagmiljøer er i stand til å korrigere kursen og å unngå undersøkelser og behandling som kan gjøre mer skade enn nytte. Eksempelene på vellykket og målrettet deimplementering (reduksjon i bruk av uhensiktsmessige helsetjenester) er flere: Forbruket av antibiotika har gått ned med 33 % på landsbasis i perioden 2012–21 (4). Artroskopisk meniskeysjon etter 50 års alder, et ortopedisk inngrep med usikker behandlingsgevinst, ble redusert med 63 % fra 2013 til 2017 (5). Ved Oslo universitetssykehus falt andelen barn med bronkiolitt som fikk inhalasjoner med racemisk adrenalin, fra 59 % i 2009 til 5 % i 2017 (6).

Hva kan vi lære av suksesshistoriene? Et fellestrekk er solid faglig forankring og entydig evidens for å endre praksis. Resultatene reflekterer også langvarig innsats, der mange verktøy er tatt i bruk. Gjør kloke valg er fortsatt en ganske fersk aktør og bare ett av flere korrektiv til medisinsk overaktivitet. I en fersk metaanalyse konkluderte man med at 69 % av intervensjonsstudier for deimplementering ga signifikant reduksjon i helsetjenester med lav verdi (7). Samtidig pekes det på at «passive tiltak», som publisering av retningslinjer og lister over helsetjenester med lav verdi, har begrenset effekt. Konkrete anbefalinger må følges opp med implementering. Implementering er en langsiktig oppgave, og det tar tid å dokumentere effekten av tiltak for å avvike unødvendig aktivitet.

Archie Cochranes gyldne regel, «tenk før du tar en test», motiverer for å ta prøver som kan påvirke beslutningen. En jevn økning i antall blodprøver per sykehusdøgn bør ha

en faglig begrunnelse (8). Universitetssykehuset Nord-Norge har satt sitt Gjør kloke valg-innspill ut i praksis. «Ikke stikk meg uten grunn» var i første omgang innrettet for å redusere unødvendige stikk, men omfatter nå også unødvendige analyser. Sørlandet sykehus er i begynnelsen av et målrettet arbeid med å redusere overbehandling i samarbeid med Helse Sør-Øst. Her står kontinuerlig forbedringsarbeid med høsting av kliniske sanntidsdata sentralt.

Allmennlegene har to Gjør kloke valg-kurs gjennom Senter for kompetanse i legetjenesten (SKIL), der det ene er knyttet til et prosjekt om verdibasert radiologi i Helse Vest (9). Norsk forening for allmennmedisin har startet initiativet Bærekraft på legekontoret, der det legges vekt på å involvere medarbeiderne på legekontorene og formidle informasjon til pasientene om at overdiagnostikk og overbehandling er uheldig for den enkelte pasient og for hele helsetjenesten (3).

Systemdrivere bak medisinsk overaktivitet

Gjør kloke valg er drevet av en faglig motivasjon for å velge utredninger og behandlinger med helsemessig gevinst og for å unngå aktiviteter som ikke gir pasientenes helse, uten at kostnader er et tema. Men Gjør kloke valg har ingen enerett på problemstillingen medisinsk overaktivitet, og mange av driverne ligger da også utenfor konsultasjonsrommet.

Faglig bevisstgjøring og dialog med pasientene kan ikke alene endre uheldig praksis. Drivkrefter bak overaktivitet på systemnivå må også i søkelyset, og forvaltningen og politikere har andre styringsverktøy enn den enkelte kliniker og fagmiljøene. Eksempler på systemdrivere til medisinsk overaktivitet er omfangsrike faglige retningslinjer, stykkprisfinansiering, mangelfulle IT-løsninger for radiologi og laboratoriesystemer som belønner flere prøver.

Faglige retningslinjer og veiledere er gode kliniske hjelpemidler, men kan også bli drivere for overaktivitet. Eksempelvis ble det på grunnlag av HUNT-studien beregnet at oppfølging av høyt blodtrykk i tråd med europeiske retningslinjer alene ville kreve flere årsverk enn det som var tilgjengelig for alle oppgavene fastlegene skal utføre (10). Retningslinjer for enkeltsykdommer kan også miste relevans om de ikke tar hensyn til samsykelighet: Gjennomsnittspasienten som følges opp for hjerneslag, har 3,7 andre kroniske sykdommer og skal derfor følges

opp etter 4,7 ulike retningslinjer – noe som langt fra er gjennomførbart (11). Realistiske estimat av mulige helsegevinster i forhold til det merarbeidet som tiltaket medfører, bør derfor være en del av grunnlagsarbeidet når retningslinjer og veiledere utarbeides (12).

Det er et betydelig potensial for klokere bruk av laboratorietjenester og billeddiagnostikk. For biologiske markører som ikke kan endre seg i løpet av dager eller uker, gir det liten verdi å måle med korte intervaller. Her er det rom for strukturelle grep. I samarbeid med fagmiljøene kan for eksempel bestillingssystemene for blodprøver sette en «karantene» for måling av f.eks. senkingsreaksjon, blodlipider og vitamin D.

IT-systemer som ikke kommuniserer med hverandre, er en av grunnene til høyt forbruk av radiologiske undersøkelser. Hvis det går raskere å bestille ny MR-undersøkelse enn å innhente aktuelle bilder fra andre helseforetak og private laboratorier, blir også mangelfulle IT-løsninger en systemdriver bak diagnostisk overaktivitet. Med radiologiske systemer som kommuniserer på tvers av foretak og institutter, kan det legges inn begrensninger i systemet som hindrer gjentakelse av samme undersøkelse uten faglig grunn. Det motiverer også til mer nøktern praksis.

Finansiering og medisinsk overaktivitet

Takster og innsatsstyrt finansiering er en stor del av inntektsgrunnlaget både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hvis ikke stykkprisfinansiering var et sterkt insentiv,

hadde den ikke vært i bruk. Samtidig har dette styringsverktøyet en slagside ved at aktiviteten kan skrus opp for å berge bunnlinja. Dermed settes pasientens helsegevinst i skyggen. Det er høyst uheldig om finansieringssystemet belønner kvantitet på bekostning av kvalitet.

Eksempler på dette finner vi i helseatlase, som har vist stor og uforklart geografisk variasjon i dagkirurgiske inngrep, både ved offentlige sykehus og hos private avtalespesialister (5). Høyere forekomst av væske i mellomøret er neppe grunnen til at tre ganger så mange i Nord-Trøndelag som i landet for øvrig fikk lagt inn øredren i 2015–17 (5). Oppfølging uten operasjon gir langt lavere refusjon enn kirurgi.

Vi tror at en dynamisk bruk av økonomiske insentiver har uutnyttet potensial. Redusert økonomisk uttelling for undersøkelser og behandlinger av lav verdi kan redusere bruken og gi rom for andre tiltak med påviselig effekt. For at helsetjenestene skal være bærekraftige, må kompetanse og tid brukes der helsegevinsten er størst. Helsetjenester av lav kvalitet, der risiko og kostnader ikke står i forhold til nytte hverken for individet eller for samfunnet, må skaleres ned.

Helseatlaser tyder på at medisinsk overaktivitet omfatter helsetjenester både i offentlig og privat regi. Vi registrerer samtidig en offensiv markedsføring av helseundersøkelser rettet mot et marked med høy betalingsvilje – og ditto helsebekymring. Reklame for helsjekk og radiologiske helkroppundersøkelser kan gi inntrykk av

at slike undersøkelser er noe alle egentlig burde ha tilgang til. Dette kan skape urimelige forventninger om hva den offentlige helsetjenesten burde tilby. Tilfeldige funn fra unødvendige undersøkelser kan også utløse videre utredning i offentlig regi, som igjen kan gå på bekostning av viktigere oppgaver.

Vi tror at fagmiljøenes innsats de siste fem åra for å motvirke overaktivitet bidrar til et klima der man også kan ta for seg drivere på systemnivå. Fagmiljøene vet i økende grad hvor skoen trykker og hvilken utredning og behandling som ikke lenger bør inngå i legenes verktøykasse. Det ligger et faglig ansvar å peke på hva som skal få plass innen rammene av offentlige helsetjenester, der rammene er gitt av politiske beslutninger og prioriteringer.

Det er sagt at Gjør kloke valg har blitt møtt av en mur av velvilje fra helseforetak og helsemyndigheter. I det ligger det en fare for at ansvaret for overbehandling forblir mellom behandler og pasient. Gjennom Gjør kloke valg kan klinikerne fortsette å påvirke, og møtet mellom pasient og behandler er et viktig sted for valg og prioriteringer. Men sterke drivere på systemnivå er også en forutsetning for helsevesenet, og endringer er nødvendige for å stimulere til høykvalitetstjenester. Noen kloke valg er ubehagelige, men nødvendige, for å sikre en bærekraftig helsetjeneste.

Mottatt 18.9.2023, første revisjon innsendt 7.10.2023, godkjent 19.10.2023.

KETIL STØRDAL

ketil.stordal@gmail.com

er spesialist i barnesykdommer, overlege ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Han er talsperson for Gjør kloke valg-kampanjen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STEFÁN HJÖRLEIFSSON

er spesialist i allmennmedisin, fastlege, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen og forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet Bergen. Han er leder av styringsgruppa for Gjør kloke valg. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Gjør kloke valg. Lest 7.10.2023.
- Storvik AG. Undersøkelse blant 1528 leger: – Vi behandler for mye. Dagens medisin 13.9.2018. Lest 7.10.2023.
- Norsk forening for allmennmedisin. Prosjekt – Bærekraft på legekantoret. Lest 7.10.2023.
- NORM/NORM-VET. 2021. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. Lest 19.10.2023.
- Helseatlas. Dagkirurgi i Norge 2013-2017: Lest 7.10.2023.
- Klem N, Skjerven HO, Nilsen B et al. Treatment for acute bronchiolitis before and after implementation of new national guidelines: a retrospective observational study from primary and secondary care in Oslo, Norway. *BMJ Paediatr Open* 2021; 5: e001111.
- Heus P, van Dulmen SA, Weenink J-W et al. What are Effective Strategies to Reduce Low-Value Care? An Analysis of 121 Randomized Deimplementation Studies. *J Healthc Qual* 2023; 45: 261–71.
- Øvsthus KK, Nordal E. Ikke stikk meg uten grunn! Lest 7.10.2023.
- Helse Bergen. VeRaVest. Lest 7.10.2023.
- Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA et al. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 70.
- Pedersen RA, Petursson H, Hetlevik I. Stroke follow-up in primary care: a Norwegian modelling study on the implications of multimorbidity for guideline adherence. *BMC Fam Pract* 2019; 20: 138.
- Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023; 380: e072953.

EVRENZO™ (roxadustat) 20 mg, 50 mg, 70 mg, 100 mg and 150 mg film-coated tablets

▼ This medicinal product is subject to additional monitoring. This will allow quick identification of new safety information. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions.

Pharmacotherapeutic group: Anti-anaemic preparations, other anti-anaemic preparations (B03XA05). **Therapeutic indications:** Treatment of adult patients with symptomatic anaemia associated with chronic kidney disease (CKD). ***Posology and method of administration:** The dose should be individualised to achieve and maintain target Hb levels of 10 to 12 g/dL. Must be taken orally three times per week and not on consecutive days. See the Summary of Product Characteristics (SmPC), section 4.2, for further details. **Contraindications:** Hypersensitivity to the active substance, peanut, soya or to any of the excipients; Third trimester of pregnancy; Breast-feeding. ***Special warnings and precautions for use:** Includes risk for serious (including fatal) cardiovascular and thrombotic vascular events (TVEs), seizures and serious infections, including sepsis. Secondary hypothyroidism has also been reported. Should be used with caution in patients with a history of seizures (convulsions or fits), epilepsy or medical conditions associated with a predisposition to seizure activity such as central nervous system infections, as well as in patients with pre-existing risk factors for TVE. Caution is warranted when administered to patients with moderate hepatic impairment (Child-Pugh class B) and is not recommended for use in patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh class C). Should not be initiated in women planning on becoming pregnant or during pregnancy. Misuse may lead to an excessive increase in packed cell volume. This may be associated with life-threatening complications of the cardiovascular system. ***Undesirable effects:** The most frequent ($\geq 10\%$) adverse reactions (ADRs) in clinical studies were hypertension, vascular access thrombosis, diarrhoea, peripheral oedema, hyperkalaemia and nausea. The most frequent ($\geq 1\%$) serious ADRs were sepsis, hyperkalaemia, hypertension and deep vein thrombosis. Dermatitis exfoliative generalised, part of severe cutaneous adverse reactions (SCARs), has been reported during postmarketing surveillance (frequency not known). **Marketing authorisation holder:** Astellas Pharma Europe B.V., The Netherlands. Reporting of suspected ADRs: Statens Legemiddelverk, website: www.legemiddelverket.no/meldeskjema. **Dispensing group:** C. **Reimbursement:** Reimbursement is only provided after prescription from a hospital doctor or contract specialist. Prescribed on H-prescription ("H-resept"). **Pack size and price** (pr 04.08.2023): 20 mg: 12 tabl. (blister) 1 094,00 kr; 50 mg: 12 tabl. (blister) 2 675,70 kr; 70 mg: 12 tabl. (blister) 3 730,20 kr; 100 mg: 12 tabl. (blister) 5 311,90 kr; 150 mg: 12 tabl. (blister) 7 947,90 kr. **Local representative:** Astellas Pharma, Hagaløkkveien 26, 1383 Asker. For more information see www.felleskatalogen.no. Based on authorised summary of product characteristics dated 02 June 2023.

***The section has been rewritten and/or abbreviated compared to the authorised SmPC. The SmPC can be ordered free of charge from the local representative.**



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

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

EVRENZO™ can change the clinical management of anaemia of CKD

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

Oral administration three times weekly.⁵

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

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

1. Roksadustat (Evrenzo) innføres til behandling av voksne pasienter med symptomatisk anemi som er assosiert med kronisk nyresykdom (CKD).⁷

2. Det forutsetter at prisen er lik eller lavere enn den prisen som er grunnlaget for denne beslutningen.⁷

Beslutning:

Beslutningen som er fattet av Beslutningsforum for nye metoder er resultat av en lang prosess og en grundig vurdering av de menneskelige konsekvenser som følger både av beslutning om innføring så vel som beslutning om ikke å innføre en metode for utredning, behandling og/eller prosedyre/organisering. Dersom det tilkommer nye opplysninger (herunder om pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet, pris, biotilsvarende medikamenter/generika, overlevelsestall m.m) som endrer resultatet vesentlig, vil beslutningen kunne vurderes på nytt.⁷

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

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

Referanser:

1. EVRENZO SmPC, seksjon 4.1, 06.2023.
2. EVRENZO SmPC, seksjon 5.1, 06.2023.
3. Del Vecchio L and Locatelli F. Roxadustat in the treatment of anaemia in chronic kidney disease. Expert Opin Investig Drugs. 2018;27(1):125-33.

4. Locatelli F, Fishbane S, Block GA, Macdougall IC. Targeting hypoxia-inducible factors for the treatment of anemia in chronic kidney disease patients. Am J Nephrol. 2017;45:187-99.
5. EVRENZO SmPC, seksjon 4.2, 06.2023.
6. EVRENZO SmPC, seksjon 4.5, 06.2023.
7. <https://nyemetoder.no/metoder/roksadustat-evrenzo> - page checked 08.2023.



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

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

Hvordan ta hensyn til helsetjenestens verdiskaping ved prioritering av helsetiltak?

Prioritering handler om fordeling av knappe goder. Endring av prioriteringsregler medfører omfordeling av goder. Vi presenterer to forslag til hvordan endrede regler kan bidra til å skape mer velferd og akseptabel fordeling.

Regjeringen har bebudet en ny prioriteringsmelding i 2024 (1). Her er det knyttet spenning til om regjeringen ønsker prioriteringsregler som trekker inn helsetiltakenes effekter på verdiskaping i samfunnet. Enkelt sagt vil slike regler bety prioritering av pasientgrupper som kan bidra til verdiskapingen, men med risiko for at andre grupper taper. Vi omtaler dette som omfordelingseffekter.

«Mens det er bred enighet om at helsetiltak kan øke verdiskapingen i samfunnet, har diskusjonen stått rundt etiske aspekter knyttet til fordelingseffekter»

Det er omfordelingseffektene som gjør endring av prioriteringsregler utfordrende, og det er ulike syn på hva som er akseptabelt (2). I samfunnsøkonomisk velferdsteori er en omfordeling der minst én person får økt velferd samtidig som ingen andre får den redusert, definert som en Pareto-forbedring. Slike omfordelinger bør utvilsomt gjennomføres, men forekommer sjelden. En vanligere omfordeling er en såkalt Kaldor-Hicks-forbedring. Det er en omfordeling av goder slik at de som opplever økt velferd, hypotetisk sett kunne kompensert de som fikk redusert velferd (3) (figur 1). En forutsetning er at den samlede velferden øker som følge av omfordelingen og er god samfunnsøkonomi. Allikevel kan tiltaket være kontroversielt, fordi det er vanskelig å kompensere den tapende part. Når regjeringen nå skal vurdere om verdiskaping skal hensyntas ved prioriteringer, er det nettopp Kaldor-Hicks-forbedringer det er snakk om.

Perspektiv i prioritering

I juni 2023 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet tre ekspertgrupper som skal bidra med kunnskapsgrunnlag for den varslede prioriteringsmeldingen. En

av gruppene skal vurdere hvilket analyseperspektiv som bør ligge til grunn for prioriteringer i helsesektoren. Med dette menes hvilke typer nytte og ressursbruk som skal tillegges vekt (4). Praxis i Norge er at helseøkonomiske analyser med små unntak fanger opp kostnader bare i helsetjenesten. Det er nå særlig spørsmål om analysene bør inkludere helsetiltakenes effekt på pasienters og pårørendes arbeidsevne. Endret arbeidsevne kan påvirke verdiskapingen i samfunnet og derigjennom skatteinntekter, offentlige velferdsytelser samt pasienter og pårørendes privatøkonomi. Slike effekter, som kalles produksjonseffekter, tas ikke hensyn til i dag.

Temaet har vært mye diskutert (5–7). Mens det er bred enighet om at helsetiltak kan øke verdiskapingen i samfunnet, har diskusjonen stått rundt etiske aspekter knyttet til fordelingseffekter. Dersom produksjonseffekter tillegges vekt ved prioritering, vil pasientgrupper som ikke kan bli mer arbeidsføre, få relativt sett lavere prioritet. I en nylig publisert studie konkluderer man med at vektlegging av produksjonseffekter kan føre til høyere prioritering av yngre pasientgrupper med kroniske sykdommer i arbeidsfør alder, mens dagens praksis kan være i favør av eldre pasientgrupper med dødelige sykdommer (8). Ettersom nye helsetiltak finansieres over gitte budsjetter i helsetjenesten, skjer økt prioritet for én gruppe på bekostning av en annen.

Vi har altså med mulige Kaldor-Hicks-forbedringer å gjøre. Ved å vektlegge produksjonseffekter kan den totale velferden øke – samtidig som noen pasientgrupper blir uten helsetiltak. Et sentralt spørsmål er derfor om tapergruppen kan kompenseres, helt eller delvis, for det helsetapet de lider. Vi skisserer her et utkast til en kompensasjonsmekanisme. Målet er å inspirere til diskusjon, både i og utenfor ekspertgruppen, inn mot en ny prioriteringsmelding.

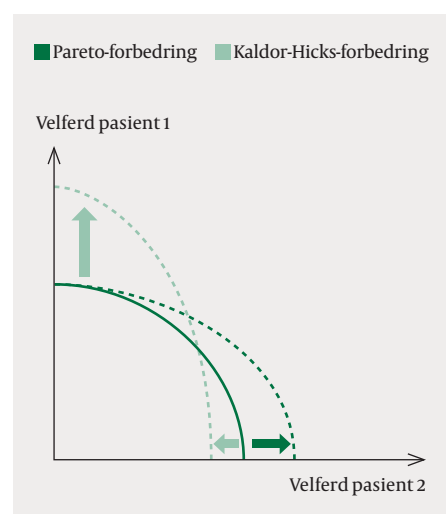
Å utvide til et samfunnsperspektiv

Verdiskaping i samfunnet i form av produksjon kan både økes og reduseres gjennom

helsetiltak. I det følgende antar vi at helsetiltakene har netto positive effekter på produksjon og dermed gir grunnlag for kompensasjon av tapende grupper. Økt produksjon gir blant annet økte skatteinntekter og reduksjon i offentlige velferdsutgifter. Det er disse «friske midlene» som kan være aktuelle for omfordeling.

En utfordring er at økte skatteinntekter og reduserte utgifter begunstiger budsjetter utenfor helsetjenesten. Det er viktig å understreke at det ikke er snakk om å omfordele eksisterende midler fra andre budsjetter til helsebudsjettene, men snarere legge til rette for at det kan oppstå friske midler som ellers ikke ville ha eksistert. En andel av disse kan overføres som kompensasjon til helsetjenesten. Hvis ikke produksjonseffekter blir hensyntatt, blir det ventelig færre av disse midlene. Vi foreslår altså ikke å øke offentlige utgifter, men at det legges til rette for større verdiskaping på akseptabelt vis. Eierne av budsjettene hvor produksjonseffektene manifesterer seg, bør derfor ha en egeninteresse i å tilrettelegge for et samfunnsperspektiv i helseprioriteringer, dersom noe av verdiskapingen forblir i deres sektorer.

Vi har registrert tre hovedinnvendinger mot vektlegging av produksjonseffekter ved prioritering. Den første er at det vil bli relativt sett lavere prioritet for pasientgrupper



Figur 1 Pareto- og Kaldor-Hicks-forbedringer illustrert med utgangspunkt i to pasienter, der deres respektive velferd måles langs aksene. Kaldor-Hicks-forbedringen øker den totale velferden, og hypotetisk sett kunne begge pasientene kommet bedre ut dersom pasient 1 hadde kompensert pasient 2.

hvor få eller ingen opplever økt arbeidsevne som følge av tiltaket. Den andre er at verdiskapingen fra produksjonsvirkninger kan tilfalle helsetjenesteleverandører, siden verdien helt eller delvis prises inn i behandlingsprisen. Den tredje hovedutfordringen er at beslutningstakere mangler insentiver til å ta hensyn til samfunnsnyten dersom den faller utenfor eget budsjett. For eksempel vil sykehus ikke ha direkte nytte av å prioritere tiltak som gir økte produksjonseffekter. Våre forslag har til hensikt å svare ut alle disse tre utfordringene.

Løsningsforslag

Til tross for omfattende forskningslitteratur er det uenighet om hvordan produksjonseffekter bør tallfestes og verdsettes (9). Vi antar myndighetene kan formulere regler for beregning av produksjonseffekter, mens vi foreslår to tiltak for å ta hensyn til dem. Tiltak A er rettet mot innvendingen om at helsetjenesteleverandør kan prise inn verdien av produksjonsvirkninger i behandlingsprisen, som beskrevet over, mens tiltak B er rettet mot de to andre hovedinnvendingene. Det kan være aktuelt å kombinere tiltakene eller benytte dem separat, avhengig av omstendigheter og ønsket effekt:

«Det er ikke snakk om å omfordele eksisterende midler fra andre budsjetter til helsebudsjettene, men snarere legge til rette for at det kan oppstå friske midler som ellers ikke ville ha eksistert»

Tiltak A: Overskuddsdeling. Vektlegging av en andel $X < 100\%$ av beregnet produksjonseffekt i den økonomiske analysen. Dette vil sikre at ikke hele effekten kan prises inn i behandlingsprisen. X vil åpenbart også bestemme i hvilken grad produksjonseffekter tillegges vekt i prioriteringsbeslutninger.

Tiltak B: Provenymetoden. Overføring av en andel $Y < 100\%$ av forventet produksjonseffekt til helsebudsjettet. Økt produksjon betyr økte skatteinntekter og reduserte overføringer (sykmelding og uføretrygd). Ved å overføre en andel av dette til helsebud-

sjetten sikres det «friske penger» til behandling av flere pasienter.

Med forslaget om overskuddsdeling er det gode grunner til å anta at myndighetene og pasientene sitter igjen med en betydelig del av velferdsøkningen. Dette underbygges ved at legemiddelpriser sjelden inflasjonsjusteres over tid, i motsetning til verdien av produksjon. Andelen av verdiskapingen som tilfaller helsetjenesteleverandøren, vil derfor reduseres over tid uavhengig av verdien til X . I tillegg følger det ofte ytterligere prisreduksjoner årene etter innføring grunnet konkurranse og etter hvert patentutløp.

Hvorvidt midlene som følger med provenymetoden vil være tilstrekkelig til å kompensere eventuelle tapende pasientgrupper ved vektlegging av produksjonseffekter, avhenger av hvor mye som overføres. Men det er ikke utenkelig at de som på marginen blir nedprioritert som følge av endring i prioriteringsregler, er de første som prioriteres opp ved tilførsel av nye midler. At flere pasienter enn tidligere vil bli behandlet, vil uansett bøte på det etiske dilemmaet. Dette er også i tråd med gjeldende ressurskriterium, som innebærer at tiltak som legger beslag på få ressurser i helsevesenet, gitt at alt annet er likt, skal ha høyere prioritet. Begrunnelsen er at det frigir ressurser som kan skape mer helse. Forslaget skaper også insentiv for beslutningstakere til å vektlegge verdier utenfor eget budsjett.

Praktisk gjennomføring

Tiltakene kan implementeres på flere måter, men forutsigbarhet for aktørene er viktig. Det eksisterer andre ordninger for tilførsel av ekstra midler til helsebudsjettene (10), og noen av de bakenforliggende mekanismene kan være til inspirasjon. For å gjøre forslagene praktisk enkle foreslår vi at provenymetoden bare benyttes når de årlige produksjonseffektene ved et helsetiltak overstiger 20 millioner kroner per år på gruppenivå. På den måten unngår man ekstraarbeid med endring av budsjetter der endringene får små konsekvenser for prioritering. Forventede effekter av mindre størrelse kan fortsatt vektlegges ved prioritering. Det samme gjelder forslaget om overskuddsdeling (tiltak B).

Beløp over en viss grense kan behandles og overføres i forbindelse med ordinært statsbudsjett, for eksempel 150 millioner kroner og høyere, mens lavere beløp kan

behandles i forbindelse med andre budsjett-salderinger gjennom året.

Hovedkritikken mot en ordning for tilførsel av midler ved store forventede budsjett-konsekvenser er at den forsinker innføring av kostnadseffektive behandlinger, fordi innføringen skal godkjennes i ordinært statsbudsjett. Ved å benytte flere salderinger gjennom året reduseres problemet.

«Hovedkritikken mot en ordning for tilførsel av midler ved store forventede budsjett-konsekvenser er at den forsinker innføring av kostnadseffektive behandlinger»

Våre forslag kan implementeres gjennom nye metoder, som i prinsippet dekker hele spesialisthelsetjenesten og gjennom budsjettprosessen for Folkehelseinstituttet (bl.a. vaksiner) og Helsedirektoratet (bl.a. screening). Beregning av X baseres på metodevurderinger som allerede gjøres for vurdering av en rekke tiltak.

Et sentralt spørsmål er hvilken andel av produksjonseffekten som skal overføres til helsesektoren. Med tanke på at produksjonseffekter ofte virker over flere år, kan det gjøres en engangsoverføring på basis av tiltakets forventede produksjonseffekter og levetid eller som årlige overføringer. I begge tilfeller vil Y medføre at produksjonseffekten forventes å bidra med økt skatteproveny og reduksjon i offentlige utgifter langt ut over beløpet som overføres til helsetjenesten.

Diskusjon

Våre forslag betyr at helsetiltakenes bidrag til verdiskaping i samfunnet skal telle ved prioritering. Dette er i strid med gjeldende prioriteringsmelding, men har også vært anvendt i helsetjenesten tidligere. I en periode fikk norske sykehus tilført ekstra midler for å behandle pasienter raskere når de var sykmeldte i påvente av behandling (11). Verdiskaping ble tillagt vekt da man vurderte omfanget av koronatiltak, og kommuner har kjøpt privat helseforsikring for sine ansatte for å unngå lange sykmeldinger.

Dersom verdiskaping ble tillagt vekt ved

prioritering av helsetiltak, vil det med provenymetoden bety økte helsebudsjetter. Budsjetteffekten vil bli større jo større endringen i rangering av tiltak blir. Dersom verdiskapingen medfører store endringer i hvilke tiltak som prioriteres, innebærer det at produksjonseffekter av stor verdi er sannsynliggjort. Følgelig vil beløpet som overføres til helsebudsjettet, bli relativt stort. Det betyr at den totale mengden helsegevinster øker, men prioriteringen av tiltakene endres. Vi håper den videre prioriteringsdebatten vektlegger prinsipper og ikke

enkelteksempler på konsekvenser av de standpunkter man inntar.

Det norske velferdssamfunnet står overfor betydelige utfordringer i tiden fremover (12), med en aldrende befolkning, lav produktivitetsvekst og en høy andel som lever på offentlige overføringer i arbeidsfør alder. Helsepersonellkommisjonen (13) påpekte i tillegg at personell vil være en begrensende faktor for et bærekraftig helsevesen og at politikk må utformes deretter. Med over 300 000 ansatte i helsevesenet er det ingen urimelig antagelse at økt verdiskaping også

kan bidra til at flere kommer i arbeid i helsesektoren.

Våre forslag vil kunne bidra både til finansiering av flere helsetjenester og bevisstgjøring av at verdiskaping er en forutsetning for velferdsstaten. Undersøkelser har vist bred oppslutning blant nordmenn for å styrke finansieringen av den offentlige helsetjenesten (14, 15). Våre løsningsforslag kan bidra til at det skjer på målrettet og økonomisk bærekraftig vis.

Mottatt 16.10.2023, første revisjon innsendt 24.10.2023, godkjent 27.10.2023.

JENS TORUP ØSTBY

jens_torup@hotmail.com
er samfunnsøkonom og direktør for markedstilgang og myndighetskontakt i legemiddelfirmaet Biogen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er ansatt i Biogen, som er et internasjonalt legemiddelselskap som utvikler og markedsfører legemidler innen flere terapiområder.

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

er professor emeritus ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Hans forskningsinteresser er blant annet prioritering og økonomisk evaluering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt lønn, honorar, måltider, reisestøtte og gaver fra en lang rekke offentlige institusjoner og private profit- og nonprofit-institusjoner.

LITTERATUR

- Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen setter ned tre ekspertgrupper. Lest 27.10.2023.
- Olsen JA, Richardson J. Production gains from health care: what should be included in cost-effectiveness analyses? Soc Sci Med 1999; 49: 17–26.
- Oxford Reference. Kaldor-Hicks efficiency. Lest 27.10.2023.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Ekspertgruppen om perspektiv i prioriteringer. Lest 27.10.2023.
- Østby JT, Holmboe F, Hansen A et al. Bør arbeidsevne vektlegges i metodevurderinger? Dagens Medisin 23.8.2022. Lest 27.10.2023.
- Kjerkol I. Skal arbeidsevnen vår telle i møte med helsetjenesten? Dagens Medisin 17.6.2022. Lest 27.10.2023.
- Skogli E, Stokke OM. Skal ikke samfunnsnyttentelle? Dagens Medisin 23.6.2022.
- Kinge JM, de Linde A, Dieleman JL et al. Production losses from morbidity and mortality by disease, age and sex in Norway. Scand J Public Health 2023; 0: 14034948231188237.
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Lest 27.10.2023.
- Statens legemiddelverk. Slik får legemidler offentlig finansiering. Lest 27.10.2023.
- Folkehelseinstituttet. Brukererfaringer med «Raskere tilbake». Lest 27.10.2023.
- Finansdepartementet. Perspektivmeldingen 2021. Lest 27.10.2023.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Helsepersonellkommisjonen. Lest 27.10.2023.
- Solberg CT, Tranvåg EJ, Magelssen M. Attitudes towards priority setting in the norwegian health care system: a general population survey. BMC Health Serv Res 2022; 22: 444.
- Norheim OF. Bør Norge bruke mer penger på helsetjenester? Dagens Medisin 29.6.2022. Lest 27.10.2023.



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

Penicillin ved penicillinallergi?

Provokasjonsforsøk med perorale penicilliner er trygt å gjennomføre hos pasienter med lav risiko for penicillinallergi, viser ny studie.

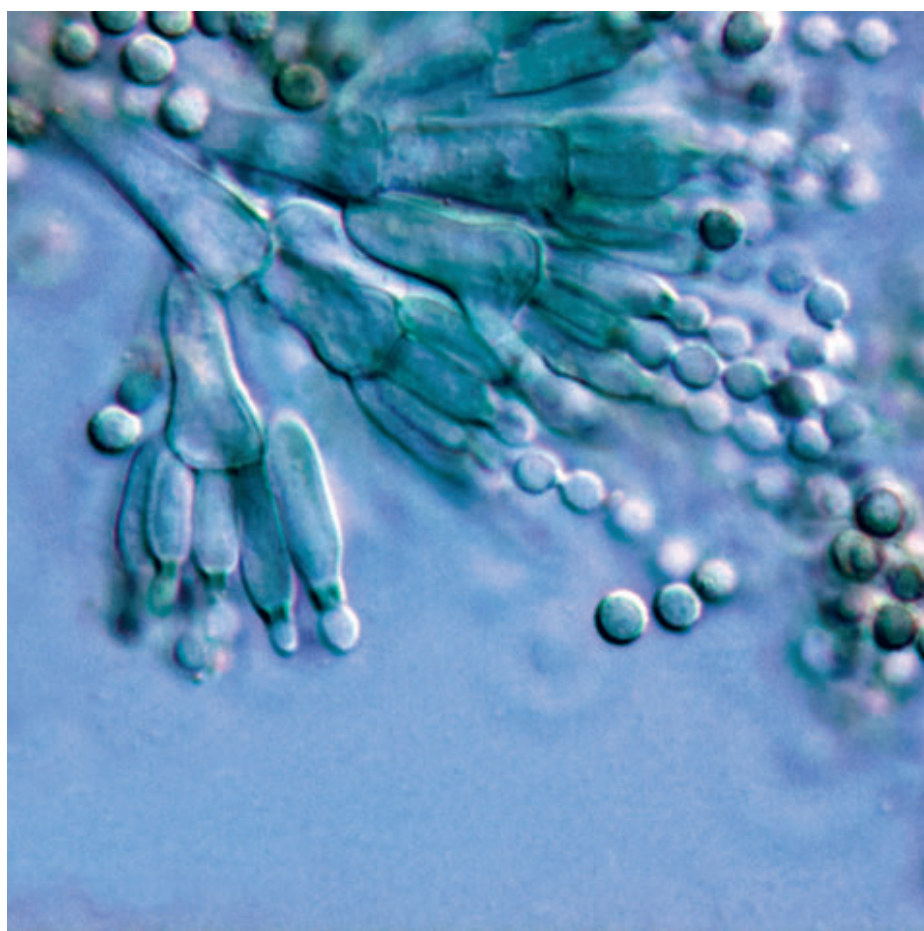
Feilaktig diagnostisert penicillinallergi kan gi dårligere behandling, økt forbruk av bredspektret antibiotika, økt antibiotikaresistens og økt dødelighet ved alvorlige infeksjoner. Færre enn 5 % av pasientene med merkelappen penicillinallergi har en reell allergi. Standard allergologisk utredning består av hudtesting og ofte måling av spesifikk IgE før provokasjonsforsøk med perorale penicilliner, men dette tilbudet er begrenset pga. lang ventetid. Sannsynligheten for reell penicillinallergi kan beregnes med skåringsverktøyet PEN-FAST som inneholder spørsmål om tid siden, alvorlighetsgraden av og om det var nødvendig med behandling av reaksjonen.

I en ny studie ble pasienter med lav risiko for reell penicillinallergi randomisert til enten direkte oral penicillinprovokasjon eller standard utredning med hudtesting før oral provokasjon (1). Studien var en ikke-underlegenhetsstudie med pasienter som hadde PEN-FAST-skår lavere enn 3 av 5. Av 382 voksne fikk kun én pasient i hver gruppe (0,5 %) en immunmediert reaksjon etter tablettinntaket.

– Denne studien er relevant for praksis også i Norge, sier Marie Bjørbak Alnæs, som er overlege og ph.d.-kandidat ved Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet i Helse Vest.

– Studiens største svakhet er at den undersøkte en hovedsakelig hvit, voksen populasjon, hvor de fleste pasientene hadde en PEN-FAST-skår på 0–1. Dette er likevel godt sammenlignbart med norske sykehuspasienter som oppgir at de er allergiske mot penicillin, sier hun.

– Studien er stor, og randomiseringen til direkte provokasjon eller utredning med



Illustrasjonsfoto: alanphillips/iStock

aktuell gullstandard for samme populasjon øker studiens styrke. Den viser tydelig at nye retningslinjer som legger mest vekt på risikostratifisering av pasienter med angitt penicillinallergi og direkte fulldoseprovokasjon av lavrisikopasienter, er trygge og nyttige, sier Alnæs. Hun håper at risikostratifisering og direkte oral provokasjon nå vil bli innført i daglig klinisk praksis i flere land.

JØRGEN ØSTENSJØ
HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

LITTERATUR

- 1 Copaescu AM, Vogrin S, James F et al. Efficacy of a clinical decision rule to enable direct oral challenge in patients with low-risk penicillin allergy: The PALACE Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2023; 183: 944–52.

Semaglutid gir både vekttap og mindre hjertesviktsymptomer

Ett års behandling med GLP-1-analogen semaglutid hos pasienter med fedme og hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon ga både vekttap og mindre hjertesvikterelaterte symptomer.

Prevalensen av hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon er økende, behandlingsmulighetene er begrenset og patofysiologien er noe uklar. Flere enn halvparten av disse pasientene har også fedme, der hjertesviktsymptomene ofte er mer alvorlige.

Ukentlige subkutane injeksjoner av semaglutid, en glukagonliknende peptid-1-reseptoragonist, forkortet GLP-1-analog, er en relativt ny behandling mot fedme sammen med et ordinært vekttapsregime. Semaglutid ble inntil nylig hovedsakelig brukt som tilleggsterapi til metformin hos pasienter med type 2-diabetes, spesielt ved etablert hjerte- og karsykdom. Normalt utskilles GLP-1 fra tarmepitelceller til blodet under matinntak og fører til økt utskillelse av insulin fra pankreas. GLP-1 har en kort halveringstid på kun 1–2 minutter, mens GLP-1-analogene har lengre virkningstid og fører til langsommere ventrikkeltømming og redusert matinntak via en virkning på hypothalamus.

I en prespesifisert analyse av en placebo-kontrollert studie ble flere enn 500 pasienter med fedme og hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon behandlet i 12 måneder med ukentlige injeksjoner av semaglutid 2,4 mg eller placebo (1). Pasientene var delt inn i tre vektgrupper med kroppsmasseindeks på henholdsvis 30–34,9 kg/m², 35–39,9 kg/m² og ≥ 40 kg/m². Behandling med semaglutid ga ikke bare vekttap – omtrent like mye i alle tre vektclasser – men også mindre hjertesviktsymptomer, økt ganghastighet og nedsatt systemisk inflammasjon. Man fant dessuten en positiv dose-respons-relasjon mellom vekttap og bedring i symptomer og fysisk funksjon



Illustrasjonsfoto: imyskin/iStock

i hver vektklasse, også i den laveste vekt-klassen.

– Dette er en svært god studie med åpenbar klinisk relevans, fordi den fokuserer på pasientrapporterte utfallsmål som symptomer, fysisk funksjon og livskvalitet, sier Jøran Hjelmæsæth, som er seksjonsoverlege ved Hormon-, overvekt- og ernæringsavdelingen ved Sykehuset i Vestfold og professor ved Universitetet i Oslo.

– For personer med fedme og plagsomme symptomer på hjertesvikt kan en bedring av disse plagene ha stor betydning, sier han.

– Studien kan likevel ikke bevise at det er semaglutid, vekttap eller begge deler som forklarer de gunstige effektene, selv om dose-respons-effekten tyder på at vekttapet er viktig, sier Hjelmæsæth. Han refererer til at en tidligere randomisert studie har vist gunstig effekt av kalorirestriksjon og et moderat vekttap på fysisk form hos slike pasienter (2).

– Villet vektreduksjon med eller uten semaglutid vil antakelig bedre plagsomme symptomer hos mange pasienter med

fedme og hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon, men det er behov for flere studier som kan skille mellom effekten av medikament og vekttap, påpeker Hjelmæsæth.

HAAKON B. BENESTAD
UNIVERSITETET I OSLO

LITTERATUR

- 1 Borlaug BA, Kitzman DW, Davies MJ et al. Semaglutide in HFpEF across obesity class and by body weight reduction: a prespecified analysis of the STEP-HFpEF trial. *Nat Med* 2023; 29: 2358–65.
- 2 Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA et al. Semaglutide in patients with heart failure with preserved ejection fraction and obesity. *N Engl J Med* 2023; 389: 1069–84.

JOHN MUNKHAUGEN

johmun@vestreviken.no
Medisinsk avdeling
Drammen sykehus, Vestre Viken

Avdeling for atferdsmedisin
Universitetet i Oslo

ELISE SVERRE

Oslo universitetssykehus, Ullevål
Medisinsk avdeling
Drammen sykehus, Vestre Viken

TORIL DAMMEN

Seksjon for behandlingsforskning
Klinikk psykisk helse og avhengighet
Oslo universitetssykehus

Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

EINAR HUSEBYE

Medisinsk avdeling
Drammen sykehus, Vestre Viken

ERIK GJERTSEN

Medisinsk avdeling
Drammen sykehus, Vestre Viken

OSCAR KRISTIANSEN

Medisinsk avdeling
Drammen sykehus, Vestre Viken

ERLEND AUNE

Hjerteseksjonen
Sykehuset i Vestfold

Skrøpelighet, helsekompetanse og egenomsorg hos pasienter som innlegges med akutt hjertesvikt

BAKGRUNN

Det er lite kunnskap fra Norge om kliniske karakteristika, egenomsorg og helsekompetanse hos sykehusinnlagte pasienter med akutt hjertesvikt. Formålet var å kartlegge disse faktorene i denne gruppen.

MATERIALE OG METODE

Vi inkluderte fortløpende innlagte pasienter med akutt hjertesvikt over seks måneder (2022/2023) ved Drammen sykehus og Sykehuset i Vestfold. Kardiologiske sykepleiere innhentet opplysninger fra pasientene, inkludert egenvurdert kunnskap på en ordinal skala fra 0 (lite) til 10 (mye). Klinisk skjøpeligheitskala ble beregnet, og data ble registrert fra sykehusjournalen.

RESULTATER

Av 136 pasienter med akutt hjertesvikt ble 81 inkludert. Median alder var 79 (spredning 35–95) år, 35 (43 %) var kvinner. 35 (43 %) hadde vært innlagt med hjertesviktforverring det siste året. Pasientene hadde median 5 (1–10)

diagnoser, og median skår på klinisk skjøpeligheitskala var 4 (1–7), som tilsvarer «sårbar». 63 (78 %) var diagnostisert med hjertesvikt før den aktuelle innleggelsen. Blant disse var 13 (21 %) ikke klar over diagnosen, og egenvurdert kunnskap var median 3 (25- og 75-prosentiler, 0–5) for håndtering av hjertesvikt, 2 (25- og 75-prosentiler, 0–5) for livsstilstiltak og 0 (25- og 75-prosentiler, 0–2) for hjertemedisiner. 42 av 63 (67 %) veide seg ≥ 1 gang/uke, 13 (21 %) målte blodtrykk, mens 3 (5 %) hadde egenbehandlingsplan. Av 50 pasienter med venstre ventrikkel-ejeksjonsfraksjon ≤ 40 % ble 32 (64 %) utskrevet med betablokker og angiotensin II-hemmer eller kombinasjonspreparat med neprilysinhemmer, mens 11 (22 %) også fikk SGLT2-hemmer og mineralreseptorantagonist.

FORTOLKNING

De inkluderte pasientene var multimorbide og hadde lav grad av egenomsorg og helsekompetanse. Det foreligger et potensial for å optimalisere veldokumentert medikamentell behandling.

HOVEDFUNN

81 av 136 pasienter innlagt med akutt hjertesvikt ved to store lokalsykehus kunne fortløpende inkluderes.

Studiedeltagerne hadde median alder på nesten 80 år, var multimorbide, og 37 % var skrøpelige.

63 pasienter (78 %) var diagnostisert med hjertesvikt før den aktuelle innleggelsen, og over halvparten av disse hadde vært innlagt med forverring det siste året.

Egenomsorg og helsekompetanse blant pasienter diagnostisert med hjertesvikt før den aktuelle innleggelsen var lav, og få ble utskrevet med anbefalt medikamentell behandling.

Hjertesvikt kjennetegnes av objektive funn av strukturelle og/eller funksjonelle endringer i hjertet som gjør at hjertemuskelene ikke klarer å pumpe tilstrekkelig oksygenrikt blod til kroppen (1). Tradisjonelt har hjertesvikt blitt delt inn i distinkte fenotyper (systolisk og diastolisk svikt) basert på måling av venstre ventrikel-ejeksjonsfraksjon ved ekkokardiografi, men nyere data indikerer at pasienter med hjertesvikt har lik prognose uavhengig av fenotype og ejeksjonsfraksjon (1). Prevalensen av hjertesvikt er nå > 10 % i befolkningen over 70 år (2). Høyere levealder i befolkningen og bedret behandling er viktige årsaker til at forekomsten er økende. Hjertesvikt er av de vanligste årsakene til sykehusinnleggelser og tapte leveår (1, 3). Norske data viser 30 dagers dødelighet på 25 % (4), og svenske registerdata viser at mer enn halvparten dør eller blir reinnlagt første året etter utskrivning fra sykehus (5).

Ved hjertesvikt med ejeksjonsfraksjon ≤ 40 % er det fire legemiddelklasser som bedrer prognosen og har sterk behandlingsanbefaling: betablokkere, ACE-hemmere/angiotensin II-blokkere eller kombinasjonspreparat med neprilysinhemmer, mineralreseptorantagonister og hemmere av natriumglukosekotretransportør 2 (SGLT2-hemmere) (1). Det er nylig også dokumentert at SGLT2-hemmere reduserte den kombinerte risikoen for dødelighet av hjerte- og karsykdom og nye innleg-

gelser for hjertesvikt hos pasienter der ejeksjonsfraksjonen var mildt redusert (40–50 %) eller bevart (> 50 %) (6). Det er bekymringsfullt at nylig publiserte registerdata viser suboptimal forskrivning og lav medikamentetterlevelse hos pasienter med hjertesvikt (7).

God helsekompetanse (evne til å forstå og anvende helseinformasjon) og egenomsorg (egen håndtering) er forbundet med bedret livskvalitet og prognose hos pasienter med hjertesvikt (8). Europeiske retningslinjer understreker viktigheten av informasjon og pasientopplæring for å bidra til at pasienter med hjertesvikt gjennomfører nødvendige livsstilsendringer, tar medisiner som forskrevet og observerer egne symptomer og tegn, f.eks. gjennom regelmessig veiing (1, 8). Videre anbefales egenbehandlingsplan som gjør pasientene i stand til å iverksette tiltak på egenhånd ved endringer i symptomer og tegn (1, 8).

En metaanalyse som inkluderte studier på innlagte og polikliniske pasienter med hjertesvikt, viste at graden av egenomsorg og helsekompetanse gjennomgående var for lav (9). Studiene var imidlertid av varierende kvalitet, og få var gjennomført i Europa. Mannlig kjønn, kort tid siden hjertesviktdiagnosen, høyere alder og kognitiv svikt er faktorer som har vært forbundet med dårligere egenomsorg (10). I Norge har man ikke kartlagt helsekompetanse og egenomsorg hos hjertesviktpasienter som blir innlagt på sykehus.

Norsk hjertesvikregister gir verdifull kunnskap om risikofaktorer og kvalitet på behandling og oppfølging etter utskrivning fra sykehus, men har kun informasjon om de 19 % av utskrevne pasienter med hjertesvikt som følges opp ved hjertesviktpoliklinikkene (4). Formålet med denne studien var å kartlegge kliniske karakteristika, egenomsorg, helsekompetanse og bruk av hjertesviktmedisiner hos sykehusinnlagte pasienter med akutt hjertesvikt.

Materiale og metode

Dette er en prospektiv observasjonsstudie gjennomført ved to lokalsykehus, med et samlet opptaksområde på 428 000 personer, tilsvarende 8 % av Norges befolkning. Journalene til alle innleggende pasienter ble fortløpende screenet to ganger per uke ved Medisinsk avdeling, Drammen sykehus i perioden 4.8.2022–30.1.2023 og ved Hjertemedisinsk avdeling, Sykehuset i Vestfold i perioden 14.10.2022–14.3.2023.

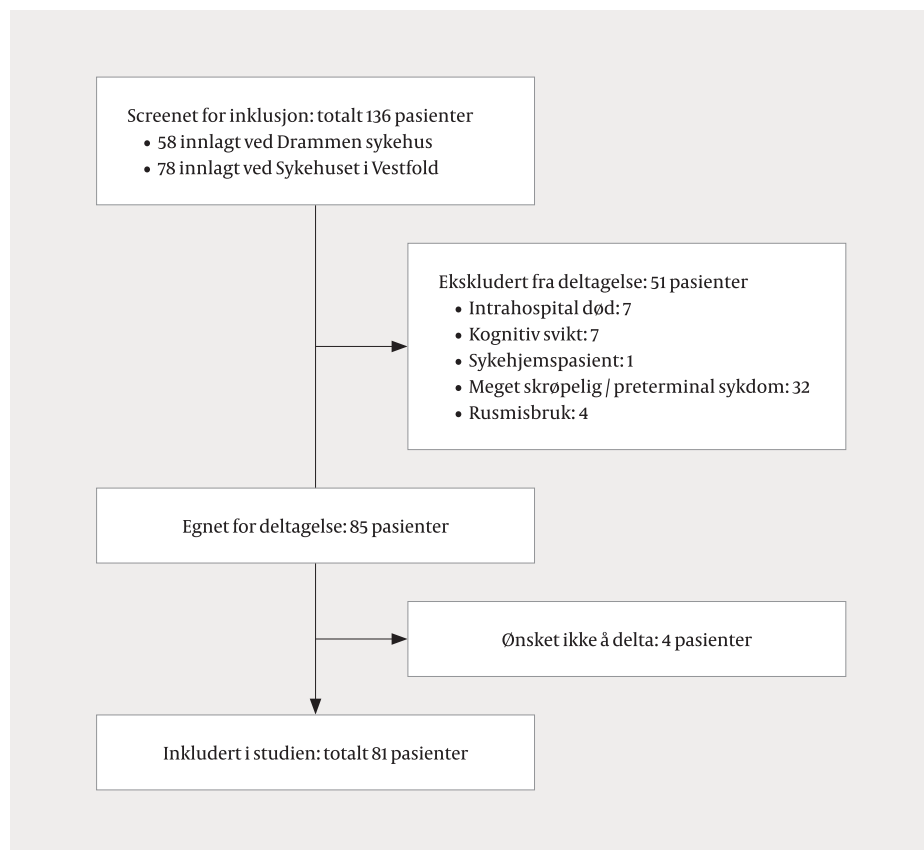
Inklusjonskriteriene for hjertesvikt fulgte kriteriene fra det europeiske hjerteforbundet

(ESC): over 18 år og innlagt med akutt hjertesvikt definert med symptomer (dyspné, fatigue), forhøyede nivåer av NT-proBNP i blod og kliniske funn (stuvningsfysikalia ved auskultasjon, stuvning på røntgen toraks, ødemer) (1). Ved ny diagnose satte vi også krav om funn på ekkokardiografi (redusert ejeksjonsfraksjon og/eller strukturelle eller funksjonelle tegn på hjertesvikt). Vi inkluderte pasienter uavhengig av om akutt hjertesvikt var hoveddiagnose eller bidiagnose. Pasientene ble som hovedregel forespurt samme dag som de ble identifisert på screeningen, og de ble forsøkt inkludert dagen etter.

Eksklusjonskriterier var preterminal sykdom/høy grad av skrøpeligheit vurdert klinisk, intrahospital død, innleggelse fra/utskrivning til sykehjem og tilstander som ble klinisk vurdert å medføre manglende samtykkekompetanse (bl.a. rusmisbruk, psykose, kognitiv svikt). Ved flere årsaker til eksklusjon har vi bare anført den årsaken vi anså som viktigst. For eksempel var det flere pasienter som ble utskrevet til sykehjem, men disse hadde gjerne kognitiv svikt eller betydelig skrøpeligheit som ble anført som eksklusjonsgrunn. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst (nummer 464460) og av personvernombudene i Drammen (22/05735-1) og Vestfold (23/00582). Alle deltagerne gav skriftlig informert samtykke.

Registrerte variabler

Ved hjelp av en egenutviklet intervjuguide (se appendiks 1 på tidsskriftet.no), innhentet kardiologiske sykepleiere opplysninger om kliniske faktorer under sykehusoppholdet, hovedsakelig på utskrivningsdagen, men i noen tilfeller 1–2 dager før. Intervjuet tok ca. 15 minutter. Egenomsorg ble evaluert basert på måling av blodtrykk, vekt og eventuelt blod-sukker hjemme, bruk av egenbehandlingsplan for endring av hjertemedisiner ved f.eks. vektoppgang eller interkurrent sykdom og etterlevelse av hjertesviktmedisiner (1, 8). Egenvurdert kunnskap om hjertesvikt generelt og om livsstilsråd og medikamentell behandling ble kartlagt på en egenutviklet ordinal skala (Likert-skala) fra 0 (minst) til 10 (mest). Pasientene ble også spurt om de var klar over at de hadde diagnosen hjertesvikt. Symptomnivå til vanlig ble kartlagt med norsk versjon av New York Heart Associations (NYHA) funksjonalitetsklassifikasjon, som er i utstrakt klinisk bruk (4): Klasse I: ingen symptomer ved fysisk aktivitet eller dagligdagse aktiviteter; Klasse II: lett begrensning i fysisk aktivitet, ingen symptomer i hvile eller lett fysisk anstrengelse; Klasse III: uttalt be-



Figur 1 Flytskjema for studien.

grensning i fysisk aktivitet, symptomfri i hvile; Klasse IV: symptomer i hvile.

Sykepleier skåret grad av skrøpelighet ut fra en klinisk validert ordinal skrøpelighetsskala (Clinical frailty scale, eldre versjon) som går fra 0 (veldig sprek) til 9 (terminalt syk) (11, 12). Dette er et enkelt screeningverktøy som baseres på pasientens tilstand og funksjon 14 dager før innleggelsen. Informasjon om skrøpelighet baseres på journaldata og klinisk vurdering under oppholdet.

Følgende data ble registrert fra pasientens sykehusjournal av en utdanningskandidat i kardiologi og kvalitetssikret av to kardiologer med forskningskompetanse: bosituasjon og eventuelt behov for kommunal hjelp før innleggelse (også basert på opplysninger fra intervjuet), informasjon om hjertesviktdiagnosen (tidligere diagnostisert vs. nydiagnostisert hjertesvikt i henhold til retningslinjer (1)), inkludert underliggende etiologi og utløsende årsak til den aktuelle forverringen, komorbide somatiske og psykiatriske diagnoser, forskrevet medikamentell behandling ved utskrivning og informasjon om planlagt oppfølging på hjertesviktpoliklinikk. Hjertesviktdiagnosene ble delt inn ut fra om nåværende

eller tidligere ekkokardiografiske undersøkelse viste redusert ejeksjonsfraksjon ($\leq 40\%$) eller mildt redusert eller bevart ejeksjonsfraksjon ($> 40\%$) (1).

Hos pasienter med redusert ejeksjonsfraksjon undersøkte vi andelen som ble utskrevet uten medikamentell behandling, andelen som ble utskrevet med $< 50\%$ av måldosen eller $\geq 50\text{--}100\%$ av måldosen samt måldose for hver av de fire hjertesviktmekamentene med betydning for prognose (13). Vi undersøkte også andelen som ble utskrevet med SGLT2-hemmer og slyngediuretika i hele populasjonen.

Statistisk analyse

Vi anvendte deskriptiv statistikk med andeler, prosent og median med laveste og høyeste observerte verdi samt 25- og 75-prosentiler. Data ble analysert med SPSS versjon 26.0.

Resultater

Over en periode på seks måneder screenet vi 136 pasienter, hvorav 81 kunne inkluderes (figur 1).

Median alder for deltagerne var 79 år, åtte (10 %) var yngre enn 70 år (tabell 1). Median skår på klinisk skrøpelighetsskala var 4 (sårbar), og 30 (37 %) hadde skår ≥ 5 . Pasientene hadde i median fem komorbide diagnoser, og 29 (35 %) hadde hjemmesykepleie. 63 pasienter (77 %) var diagnostisert med hjertesvikt før den aktuelle innleggelsen, og 35 (56 %) av disse hadde vært innlagt med forverring i løpet av de siste 12 månedene. Den hyppigste årsaken til den aktuelle innleggelsen var overvæsking/stuvning uten sikker utløsende årsak ($n = 52$). Takyarytmier (atrieflimmer og/eller atrieflutter) var den hyppigste interkurrente tilstanden som forårsaket innleggelse ($n = 16$), mens andre interkurrente kardiologiske tilstander som hjerteinfarkt var årsaker til innleggelsen hos ti pasienter. 23 pasienter (28 %) ble henvist til oppfølging på hjertesviktpoliklinikken. Disse hadde en median alder på 74 år, mot 82 år blant dem som ikke ble henvist.

Blant 50 pasienter med venstre ventrikkel-ejeksjonsfraksjon $\leq 40\%$ ble 32 (64 %) utskrevet med både betablokker og ACE/angiotensin 2-hemmer eller kombinasjonspreparat med neprilysinhemmer, mens 11 (22 %) ble utskrevet med alle fire medikamentene (tabell 2). 5–20 pasienter (10–40 %) ble utskrevet med måldose for disse legemidlene. Av 31 pasienter med ejeksjonsfraksjon $> 40\%$ ble 6 utskrevet med SGLT2-hemmer. Alle pasienter med ejeksjonsfraksjon $> 40\%$ og 46 av 50 pasienter med ejeksjonsfraksjon $\leq 40\%$ ble utskrevet med slyngediuretika. 53 av 81 pasienter (65 %) brukte dosett eller multidose.

Selvrapportert helsekompetanse, egenomsorg og oppfølgingsbehov hos 63 pasienter diagnostisert med hjertesvikt før den aktuelle innleggelsen fremgår av tabell 3. 21 av 63 pasienter (33 %) veide seg sjeldnere én gang i uken, mens 3 hadde egenbehandlingsplan. 13 pasienter (21 %) var ved utreise ikke klar over at de hadde hjertesvikt, selv om de hadde vært lagt inn for tilstanden tidligere. 34 pasienter (54 %) rapporterte om behov for mer oppfølging. 49 pasienter (78 %) kunne tenke seg telefonoppfølging og 59 (94 %) digital hjemmeoppfølging.

Diskusjon

I denne observasjonsstudien presenteres kliniske kjennetegn hos pasienter innlagt med akutt hjertesvikt ved to store lokalsykehus i Norge. Kun 81 av 136 screenede pasienter med hjertesvikt oppfylte inklusjonskriteriene. Preterminal sykdom, høy skrøpelighet og intra-

hospital død var de viktigste årsakene til eksklusjon. Deltagerne var i median 79 år (10 % var < 70 år), multimorbide, og 8 av 10 hadde vært innlagt med hjertesvikt tidligere. Egenomsorg og helsekompetanse blant pasienter diagnostisert med hjertesvikt før den aktuelle innleggelsen var lav, og det var få pasienter med ejeksjonsfraksjon ≤ 40 % som ble utskrevet med anbefalt medikamentell behandling. Pasientene rapporterte om behov for mer oppfølging og ønsket primært oppfølging hjemme via telefon eller digitale løsninger.

Så vidt vi vet er dette den første norske studien der man har undersøkt en pasientkohort fra daglig klinisk praksis fortløpende innlagt på sykehus med hjertesvikt. Deltagerkriteriene var brede og inklusjon forutsatte kun at pasientene kunne gjennomføre et intervju på inntil 15 minutter med en kardiologisk sykepleier en av de siste dagene av sykehusoppholdet. Det er derfor tankevekkende at nesten 40 % ble vurdert til å være for syke/skrøpelige eller kognitivt svekkede til å delta. Akutte og potensielt reversible kardiologiske tilstander som hjerteinfarkt, takyarytmi, aortastenose og myokarditt var årsaken til innleggelse hos en tredjedel. Funnene i studien, spesielt den betydelige andelen skrøpelige eldre pasienter, peker på et behov for tett samarbeid mellom kardiologer og geriater i behandling av pasienter med hjertesvikt innlagt på sykehus (14).

Behovet for prioriteringer og prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON) som utgangspunktet for arbeids- og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten er nylig fremhevet (15). I lys av studiens funn kan det stilles spørsmål om palliativ behandling i hjemmet eller på sykehjem kan være et bedre alternativ for mange av disse pasientene. Pasientens egne ønsker innen pleie og behandling som sykehusinnleggelser, livsforlengende behandling og lindring av symptomer i livets slutfase kan avdekkes ved «forhåndssamtale» (advance care planning, ACP) (16, 17). I en norsk multisenterstudie vil man nå teste effekten av å implementere slike samtaler i klinisk praksis (ClinicalTrials.gov: NCT05681585).

Demografiske og kliniske karakteristika (bl.a. alder, kjønn, komorbiditet og venstre ventrikkel-ejeksjonsfraksjon) på inkluderte pasienter i vår studie samsvarer godt med svenske data fra klinisk praksis (5) og data fra en nylig publisert amerikansk intervensjonsstudie (13). I tråd med data fra disse studiene og data fra Norsk reseptregister (7) finner vi suboptimal forskrivning av de fire medikamentklassene som har sterk anbefaling ved hjertesvikt med ejeksjonsfraksjon ≤ 40 % (1). Det var manglende forskrivning av SGLT2-

Tabell 1 Demografiske og kliniske data for 81 pasienter innlagt med hjertesvikt ved sykehusene i Drammen og Vestfold i løpet av seks måneder i 2022/2023. Tallene viser antall (%) dersom annet ikke er angitt

Alder i år, median (spredning)	79 (35–95)
Kvinner	35 (43)
Bosituasjon	
Bor med ektefelle/samboer	51 (63)
Bor alene	30 (37)
Har hjemmesykepleie daglig	29 (35)
Hjertesviktdiagnosen	
NYHA klasse I	4 (5)
NYHA klasse II	33 (41)
NYHA klasse III	39 (48)
NYHA klasse IV	5 (6)
Diagnostisert med hjertesvikt før aktuelle innleggelse	63 (78)
Liggetid i dager, median (spredning)	5 (1–22)
Innlagt med hjertesvikt siste 12 måneder	35 (43)
Andel med utført ekkokardiografi de siste tre måneder	70 (86)
Venstre ventrikkel-ejeksjonsfraksjon ≤ 40 %	50 (62)
Utløsende årsak til innleggelsen	
Overvæsking og stuvning	52 (64)
Takyarytmier	16 (20)
Infeksjon	3 (4)
Andre akutte kardiologiske tilstander ¹	10 (12)
Komorbiditet ² og skjøpeligheit	
Atrieflimmer	55 (67)
Koronarsykdom	44 (54)
Kronisk obstruktiv lungesykdom	18 (23)
Angst og/eller depresjon	11 (14)
Estimert glomerulær filtrasjonsrate, median (spredning) ³	43 (7–91)
Estimert glomerulær filtrasjonsrate < 30 mL/min/1,73 m ²	17 (21)
Klinisk skrøpeligheitsskala, median (spredning)	4 (1–7)
Totalt antall diagnoser inkludert hjertesvikt, median (spredning)	5 (1–10)
Planlagt poliklinisk oppfølging ved utreise	
Hjertesviktpoliklinikk	23 (28)

¹ Andre tilstander: akutt hjerteinfarkt, myokarditt, aortastenose, sjeldne tilstander

² Komorbide tilstander registrert fra pasientjournalen

³ Estimert glomerulær filtrasjonsrate målt under aktuell innleggelse

hemmer og mineralreseptorantagonist hos nesten 60 % og ACE/angiotensin 2-hemmer eller kombinasjonspreparat med neprilysin-hemmer hos 24 %. Alvorlig nyresvikt er den viktigste kontraindikasjonen mot disse pre-

paratene, men mer enn åtte av ti pasienter hadde en estimert glomerulær filtrasjonsrate over 30 mL/min/1,73 m².

Likevel er mange av deltagerne multimorbide. Hypotensjon med fare for fall og polyfar-

Tabell 2 Antall (andel) pasienter innlagt med akutt hjertesvikt ved sykehusene i Drammen og Vestfold i løpet av seks måneder i 2022/2023 med venstre ventrikkel-ejeksjonsfraksjon $\leq 40\%$ ($N = 50$) som ble forskrevet anbefalte hjertesviktmedikamenter ved utreise og grad av måldose.

	Ingen behandling	Under halv dose	Over halv dose og under full dose	Full dose
SGLT2-hemmere	30 (60)	0 (0)	0 (0)	20 (40)
Mineralkortikoider	28 (56)	6 (12)	11 (22)	5 (10)
Betablokkere	6 (12)	23 (46)	9 (18)	12 (24)
ACE/angiotensin 2-hemmer eller kombinasjonspreparat med neprilysinhemmer	12 (24)	13 (26)	10 (20)	15 (30)

masi med økt risiko for bivirkninger og interaksjoner, er mulige forklaringer på hvorfor ikke flere pasienter benyttet sterkt anbefalt hjertesviktbehandling.

Selvrapportert etterlevelse med hjertesviktmedikamenter den siste uken før innleggelse var høy ($> 90\%$) i vår studie, mens 12-måneders vedvarende etterlevelse med hjertesviktmedikamenter i en norsk registerstudie var 60–80% (7). Forskjeller i tidspunkt og målemetode for etterlevelse kan forklare forskjellen.

Pasientene i vår studie ble intervjuet om etterlevelse av sykepleiere. Det er vist at høy etterlevelse ofte da blir overrapportert (18). Videre er det ikke utenkelig at pasientene i større grad har tatt sine medikamenter i tiden før innleggelse på sykehus når de har merket økende symptomer. På den annen side brukte flertallet av pasientene i vår studie dosett eller multidose, som bedrer etterlevelsen (1, 8). 6 av 31 pasienter med hjertesvikt med ejeksjonsfraksjon over 40% fikk forskrevet en SGLT2-

hemmer, som nå er sterkt anbefalt (1). Det er sannsynlig at forskrivningen vil øke når selvstendig refusjon er på plass.

Hjertesviktpoliklinikkene i Norge er i hovedsak bemannet av sykepleiere med spesialkompetanse i tett samarbeid med ansvarlig kardiolog (4). De gjennomfører pasientundersøking, gir støtte til egenmestring, kliniske undersøkelser, funksjonstesting og medikamentjusteringer (1, 5). En eldre norsk studie (19) og internasjonale kunnskapsoppsummeringer (20) har dokumentert at et poliklinisk oppfølgingsprogram ledet av spesialsykepleier gir økt etterlevelse, styrket egenomsorg, bedre fysisk kapasitet og høyere livskvalitet. Til tross for sterk anbefaling (klasse 1A) og solid vitenskapelig dokumentasjon på nytten av hjertesviktpoliklinikker i spesialisthelsetjenesten (1), er det kun få pasienter som får tilbud om slik oppfølgingen i Norge i dag, grunnet begrenset kapasitet (4). I tråd med dette ble mer enn 70% av pasientene i studien vår utskrevet uten planlagt poliklinisk oppfølging. Det er også verdt å merke seg at om lag 1 av 3 pasienter ønsket slik oppfølging. Manglende oppfølging kan være en av flere årsaker til at pasientens egenomsorg er lav.

Det er bekymringsfullt at pasienter som har vært innlagt på sykehus for hjertesvikt tidligere, skårer så lavt på kunnskap om sykdommen og hjertemedisiner og at nesten ingen pasienter hadde en egenbehandlingsplan for bl.a. justering av vanndrivende medikamenter etter vektendringer, livsstilsråd og midlertidig stopp av enkelte legemidler (spesielt ACE/A2-hemmere og SGLT2-hemmere) ved interkurrent sykdom. Siden gradvis økende overvæsking og stuvning var den klart viktigste årsaken til innleggelse, blir opplæring i regelmessig veiing og justering av diuretika-behandling og væskeinntak viktig. Samlet sett synes det å foreligge et klart potensial for å styrke både egenomsorg og helsekompetanse hos pasienter med gjentatte innleggelser for hjertesvikt. Internasjonale konsensusdokumenter fremhever lav helsekompetanse og egenomsorgsevne som en sentral utfordring blant hjertesviktspasienter, og man etterspør tiltak som kan styrke dette (8). Mer enn halvparten av pasientene rapporterte om behov for ytterligere oppfølging, og det er interessant at klart flere pasienter heller ønsket oppfølging hjemme digitalt eller via telefon enn ved fysisk oppmøte på poliklinikken.

De viktigste styrkene i kartleggingsstudien er at inklusjon av pasienter har skjedd prospektivt og fortløpende ved to store sykehus. 30 dagers dødelighet blant alle pasienter med hjertesvikt i Drammen og Vestfold er lavere

Tabell 3 Selvrapportert helsekompetanse, egenomsorg og oppfølgingsbehov hos 63 pasienter som var reinnlagt med hjertesvikt ved sykehusene i Drammen og Vestfold. Tallene viser antall (%) dersom annet ikke er angitt.

Helsekompetanse	
Kunnskap i håndtering av hjertesvikt, median (25- og 75- prosentiler) ¹	3 (0–5)
Kunnskap om hjertemedisiner, inkludert når de skal stoppes forbigående, median (25- og 75-prosentiler) ¹	0 (0–2)
Kunnskap om livsstilstiltak, median (25- og 75-prosentiler) ¹	2 (0–5)
Kjenner til egen hjertesviktdiagnose	50 (79)
Egenomsorg i hjemmet	
Har egenbehandlingsplan	3 (5)
Måler blodtrykk ≥ 1 gang per uke	13 (21)
Måler vekt ≥ 1 gang per uke	42 (67)
Bruker dosett eller har multidose	56 (89)
Etterlevelse med hjertesviktmedisiner	
7 av 7 dager siste uke	58 (92)
≤ 6 av 7 dager siste uke	5 (8)
Oppfølgingsbehov	
Behov for mer oppfølging i dag	34 (54)
Kan tenke seg digital hjemmeoppfølging	59 (94)
Kan tenke seg telefonoppfølging	49 (78)
Kan tenke seg hjemmebesøk av hertesykepleier	32 (50)
Kan tenke seg poliklinisk oppfølging hos hertesykepleier	20 (32)

¹ Målt på en egenutviklet ordinal skala fra 0 (minst) til 10 (mest).

enn landsgjennomsnittet, mens andelen som deltar på hjertesviktpoliklinikk, samt andre kvalitetsindikatorer ved disse sykehusene er over landsgjennomsnittet (4). Det er derfor grunn til å anta at hjertesviktpopulasjonen ved disse sykehusene ikke er mer skrøpelige og multimorbide enn ved andre norske sykehus, men gitt den høye andelen ekskluderte kan vi ikke utelukke dette. Vi anser datakvaliteten som høy siden intervjuer ble gjennomført av kardiologiske sykepleiere som jobber med hjertesvikt til vanlig. Kardiologer med forskningskompetanse har kvalitetssikret alle hjertesviktdiagnoser og kliniske data.

Ut fra median skrøpelighetsskår på 4 var det noe overraskende at egenomsorgen ikke var bedre, men høy median alder kan være mulig forklaring. Den benyttede intervju-guiden er ikke validert, og rapporteringsskjev-

het (bias) kan ikke utelukkes. Den kliniske skrøpelighetsskalaen er heller ikke validert hos hjertesviktpasienter innlagt på sykehus. Selv om de fleste pasientene (85 %) fikk utført ekkokardiografi under det aktuelle oppholdet eller innen de siste tre månedene, kan vi ikke utelukke at rapportert ejeksjonsfraksjon er endret hos noen pasienter. Pasienter ble screenet to dager i uken i hele inklusjonsperioden. Det kan derfor være pasienter som fyller deltagerkriteriene, men som ikke har blitt inkludert pga. manglende screening. Ut fra liggetid vil dette kun gjelde et fåtall pasienter, og vi har ingen grunn til å tro at dette har ført til systematiske skjevheter i materialet.

Vi har startet en randomisert kontrollert studie (ClinicalTrials.gov: NCT05447598) der vi vil undersøke om individtilpasset digital hjemmeoppfølgning på sykehus er gjennomførbart

etter innleggelse for hjertesvikt. Vi vil også undersøke om det styrker pasientenes egenomsorg og reduserer risikoen for reinnleggelser.

Oppsummering

Studiedeltagerne som ble inkludert under innleggelse med akutt hjertesvikt, var i median 79 år, hadde betydelig komorbiditet, en tredjedel var skrøpelige og mange hadde vært innlagt for hjertesvikt tidligere. Egenomsorg og helsekompetanse var lav hos pasientene som hadde en hjertesviktdiagnose fra før, og det forelå et klart potensial for å optimalisere veldokumentert medikamentell behandling for hjertesvikt.

Artikkelen er fagfelleurdert.

Mottatt 18.4.2023, første revisjon innsendt 29.6.2023, godkjent 4.10.2023.

JOHN MUNKHAUGEN

er ph.d., spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer, enhetsoverlege og professor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Boehringer Ingelheim, som markedsfører SGLT2-hemmere.

ELISE SVERRE

er ph.d., spesialist i indremedisin, utdanningskandidat i hjertesykdommer og seniorforsker.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORIL DAMMEN

er dr.med., spesialist i psykiatri, seksjonsleder og professor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EINAR HUSEBYE

er dr.med., spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer og seniorforsker.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERIK GJERTSEN

er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og enhetsoverlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

OSCAR KRISTIANSEN

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

ERLEND AUNE

er ph.d., spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og seksjonsoverlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- McDonagh TA, Metra M, Adamo M et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021; 42: 3599–726.
- Melbye H, Styliadis M, Solis JCA et al. Prediction of chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease in a general population: the Tromsø study. *ESC Heart Fail* 2020; 7: 4139–50.
- Helsedirektoratet. Kvalitetsindikatorer hjerte og karsykdommer. Lest 10.3.2023.
- Slind EK, Lægran M, Ingul CB. Årsrapport 2021 – Med plan for forbedringstiltak. Lest 10.3.2023.
- Wideqvist M, Cui X, Magnusson C et al. Hospital readmissions of patients with heart failure from real world: timing and associated risk factors. *ESC Heart Fail* 2021; 8: 1388–97.
- Anker SD, Butler J, Filippatos G et al. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med* 2021; 385: 1451–61.
- Ødegaard KM, Lirhus SS, Melberg HO et al. Adherence and persistence to pharmacotherapy in patients with heart failure: a nationwide cohort study, 2014–2020. *ESC Heart Fail* 2023; 10: 405–15.
- Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2021; 23: 157–74.
- Aghajanianloo A, Negarandeh R, Janani L et al. Self-care status in patients with heart failure: Systematic review and meta-analysis. *Nurs Open* 2021; 8: 2235–48.
- Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015; 14: 126–36.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489–95.
- Den norske legeforening. Clinical Frailty Scale. Norsk versjon. Lest 1.11.2021.
- Mebazaa A, Davison B, Chioncel O et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. *Lancet* 2022; 400: 1938–52.
- Richter D, Guasti L, Walker D et al. Frailty in cardiology: definition, assessment and clinical implications for general cardiology. *Eur J Prev Cardiol* 2022; 29: 216–27.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 4.10.2023.
- Mullick A, Martin J, Sallnow L. An introduction to advance care planning in practice. *BMJ* 2013; 347: f6064.
- Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrenset livsforlengende behandling. Lest 10.3.2023.
- Zeller A, Taegtmeyer A, Martina B et al. Physicians' ability to predict patients' adherence to antihypertensive medication in primary care. *Hypertens Res* 2008; 31: 1765–71.
- Hole T, Grundtvig M, Gullestad L et al. Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: results from the Norwegian Heart Failure Registry. *Eur J Heart Fail* 2010; 12: 1247–52.
- Takeda A, Taylor SJ, Taylor RS et al. Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 9: CD002752.

TALE MEINICH

tmeinich@gmail.com
Akershus universitetssykehus

ANNE ESKILD

Akershus universitetssykehus
Universitetet i Oslo

Har svangerskapsavbrudd betydning for nedgangen i antall fødsler?

BAKGRUNN

Fødselsratene i Norge er fallende, og stadig færre får flere enn to barn. Svangerskapsavbrudd kan påvirke fødselstallene. Vi ønsket å studere fordelingen av graviditeter i Norge etter paritet, og om andelen av graviditetene som endte i svangerskapsavbrudd har endret seg.

MATERIALE OG METODE

For perioden 2008–20 innhentet vi tall på graviditeter i Norge basert på antall fødsler i Medisinsk fødselsregister og antall svangerskapsavbrudd i Abortregisteret. Vi regnet ut andelen svangerskapsavbrudd fordelt etter paritet og år.

RESULTATER

Summen av fødsler og aborter per år falt med 16,4 % i studieperioden. Den absolutte nedgangen var mest uttalt blant kvinner uten tidligere fødsler, fra 34 647 i 2008 til 28 606 i 2020 (17,4 % nedgang). Blant disse falt andelen graviditeter som endte med svangerskapsavbrudd, fra 25,2 % til 20,5 %.

Andelen med svangerskapsavbrudd blant kvinner med to, tre, fire eller flere tidligere fødsler var henholdsvis 26,1 %, 34,6 % og 28,2 % i 2008, og 26,1 %, 34,0 % og 29,1 % i 2020.

FORTOLKNING

Både antall fødsler og antall svangerskapsavbrudd i Norge falt i perioden 2008–20, i alle paritetsgrupper. Reduksjonen var mest uttalt hos kvinner uten tidligere fødsler. Antall svangerskapsavbrudd falt mer enn antall fødsler. Svangerskapsavbrudd kan derfor ikke forklare at fødselsratene i Norge faller.

HOVEDFUNN

Både antall fødsler og antall svangerskapsavbrudd falt i perioden 2008–20, mest blant kvinner som ikke hadde barn fra før.

Relativt få kvinner blir gravide mer enn to–tre ganger. Blant kvinner med to eller flere barn, tar relativt mange abort hvis de blir gravide på nytt.

Svangerskapsavbrudd kan ikke forklare nedgangen i fødselsrater i Norge.

Dersom det er politisk ønskelig å øke antall fødsler i Norge, kan det ligge et større potensial i å tilrettelegge for ønskede graviditeter fremfor å hindre svangerskapsavbrudd.

Kvinner i Norge får nå færre barn enn før. I 2022 var fødselsraten 42,1 fødsler per 1000 kvinner, mot 52,4 i 2003 (1). Stadig færre kvinner i Norge får mer enn to barn (2, 3). Det er omdiskutert hvorvidt lavere fruktbarhet i Norge er et problem eller ikke, men hvis det er ønskelig å snu den fallende trenden, må vi vite mer om årsakene (4).

Svangerskapsavbrudd kan påvirke hvor mange barn kvinner får (4, 5). Det er uvisst om gravide som allerede har barn, velger svangerskapsavbrudd oftere nå enn før. En annen forklaring på at færre kvinner får mange barn, kan være at kvinner sjeldnere blir gravide.

Alle fødsler i Norge meldes til Medisinsk fødselsregister (6), og alle svangerskapsavbrudd, både selvbestemte og nemndbehandlete, meldes anonymt til Abortregisteret (7). En fødsel er definert som et levendefødt eller dødfødt barn med vekt ≥ 500 gram og/eller svangerskapslengde ≥ 22 uker (8).

Det var en nedgang i både fødsler og svangerskapsavbrudd i perioden 2009–19, særlig blant kvinner under 25 år (9). Vi er imidlertid ikke kjent med tidligere studier om endringer i graviditeter og svangerskapsavbrudd fordelt etter paritet.

Vi ønsket derfor å undersøke endringer i antall fødsler og svangerskapsavbrudd i Norge fordelt etter paritet. Vi ville også undersøke hvor stor andel av graviditetene som endte i svangerskapsavbrudd, og om denne andelen har endret seg.

Materiale og metode

Vi innhentet anonymiserte, ikke-koblede data om alle graviditeter i perioden 2008–20 fra Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister. Vi beregnet antall svangerskapsavbrudd og fødsler for hvert år i perioden 2008–20 blant kvinner med ingen (para 0), én (para 1), to (para 2), tre (para 3) og fire eller flere (para 4+) tidligere fødsler, samt andelen (%) av graviditeter som ledet til svangerskapsavbrudd.

Dataanalysene ble utført i SPSS (versjon 25). Bruk av anonyme, ikke-koblede registerdata krevde ingen særskilt godkjenning.

Resultater

Totalt var det 963 423 graviditeter i perioden 2008–20, hvorav 759 466 (79,8 %) fødsler og 203 957 (21,2 %) svangerskapsavbrudd (figur 1). Alle fødslene ble inkludert. 6 895 (3,4 %) av svangerskapsavbruddene manglet informasjon om paritet og ble ekskludert.

Totalt antall graviditeter falt i alle paritetsgruppene (data ikke vist). Det var flest graviditeter blant kvinner som ikke hadde født (para 0). Disse hadde også størst absolutt nedgang, fra 34 647 graviditeter i 2008 til 28 606 i 2020 (17,4 %). Den prosentvise nedgangen var størst blant kvinner med flere tidligere føds-

ler, med 21,0 % nedgang blant para 2, 29,5 % blant para 3 og 23,6 % blant para 4+. Nedgangen var minst blant para 1 (9,6 %).

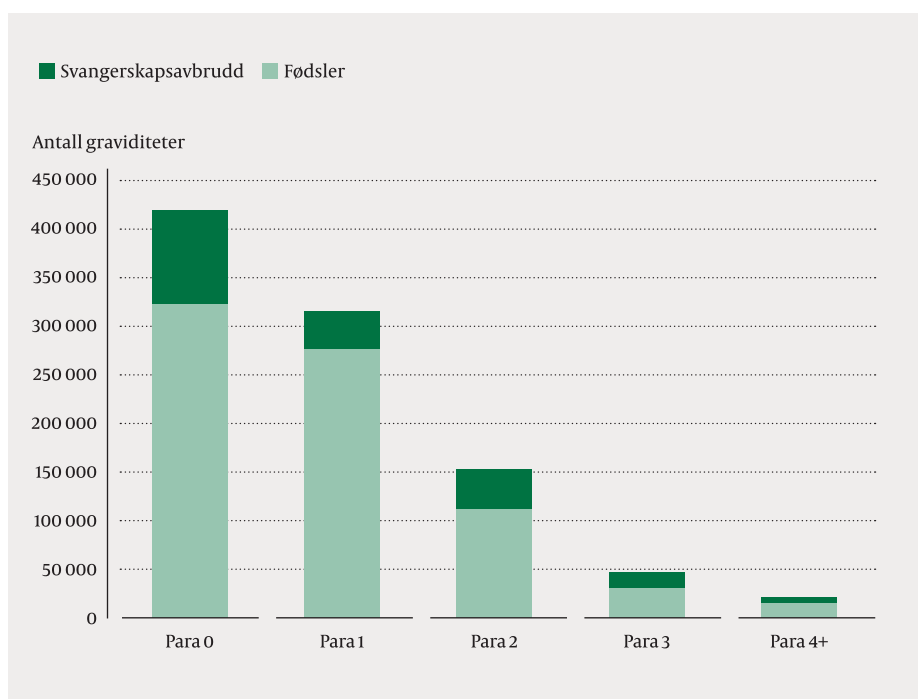
Antall fødsler falt med 12,4 %, fra 60 231 til 52 897. Den absolutte nedgangen i antall fødsler var størst blant para 0, fra 25 918 til 22 736 (12,3 %). Den prosentvise nedgangen i antall fødsler var størst blant para 3, fra 2 699 til 1 922 (28,8 %).

Antall svangerskapsavbrudd falt med 30,3 %, fra 17 279 i 2008 til 12 049 i 2020. Andelen graviditeter som endte i svangerskapsavbrudd, falt også i perioden, fra 22,3 % til 18,6 %. Blant para 0 falt andelen fra 25,2 % til 20,5 %, og blant para 1 fra 13,5 % til 9,8 %. Blant para ≥ 2 var andelen graviditeter som endte i svangerskapsavbrudd stabilt høyere og høyest blant para 3 (figur 2).

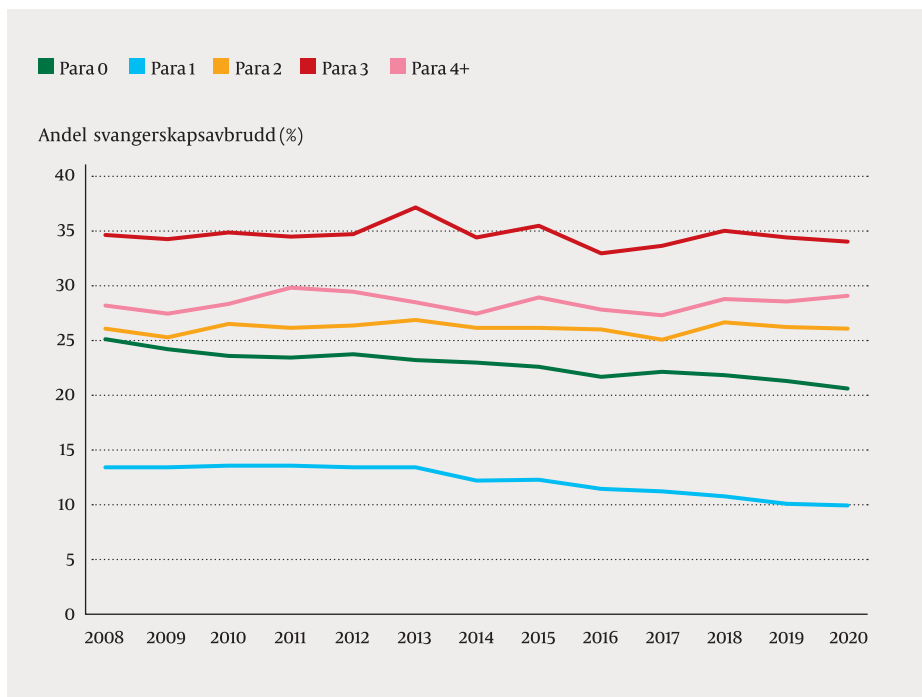
Diskusjon

I perioden 2008–20 var det i Norge nedgang i antall fødsler og svangerskapsavbrudd. Nedgangen var mest uttalt blant kvinner som ikke hadde født barn tidligere, og færre kvinner ble gravide mer enn to ganger.

Alle fødsler og svangerskapsavbrudd i Norge er meldepliktige. Vi tror derfor ikke at det var frafall i datamaterialet vårt. En og samme kvinne kan ha hatt flere svangerskapsavbrudd



Figur 1 Antall graviditeter i 2008–20 i Norge fordelt etter paritet (6, 7).



Figur 2 Andel svangerskapsavbrudd av graviditeter i 2008–20 i Norge fordelt etter paritet og år (6, 7).

(10) og/eller fødsler innenfor samme kalenderår, og det var derfor færre kvinner i studien enn antall graviditeter.

Det var begrensninger ved studien knyttet

til Abortregisteret, herunder egenrapportering av paritet og at anonymisering av data gjorde at kobling til individdata i fødselsregisteret ikke var mulig.

Spontanaborter er ikke meldepliktige og ble ikke inkludert i vår studie. Spontanabort er vanlig, og risikoen øker med alder (11, 12). Det er derfor trolig at antall graviditeter var underestimert, særlig blant kvinner med flere barn og/eller høy reproduktiv alder.

Våre resultater tyder på at svangerskapsavbrudd ikke kan forklare nedgangen i antall fødsler, heller ikke innenfor paritetsgrupper. Fruktbarheten i Norge har falt siden 1970, selv om abortratene var relativt stabile inntil 2008 (9). Nedgangen i antall fødsler må dermed skyldes økt eller endret bruk av prevensjon, færre samleier eller redusert evne til å få barn (fekunditet) (13).

Trolig har økt bruk av sikker prevensjon bidratt til færre graviditeter. Tall fra Reseptregisteret viser at salg av langtidsvirkende prevensjonsmidler har økt i studieperioden (14). Prevensjonssvikt medvirker til svangerskapsavbrudd så vel som barnefødsler (15).

Økonomiske teorier hevder at kvinner velger bort barnefødsel hvis det å få barn innebærer økonomiske tap (16–18). Det kan medføre at barnefødsel utsettes til kvinnen for eksempel er etablert i arbeidslivet, og et barneantall som er forenlig med samtidig lønnsarbeid.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 2.5.2023, første revisjon innsendt 10.9.2023, godkjent 4.10.2023.

TALE MEINICH

er lege i spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

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

ANNE ESKILD

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege og professor.

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

LITTERATUR

- Folkehelseinstituttet. 20 prosent færre fødsler i løpet av 20 år. Lest 9.9.2023.
- Statistisk sentralbyrå. Nok en gang rekordlav fruktbarhet. Lest 26.9.2023.
- OECD Library. Exploring Norway's Fertility, Work, and Family Policy Trends. Lest 6.9.2023.
- Folkehelseinstituttet. Fallende fruktbarhet i Norge. Lest 27.9.2023.
- Løkland M, Akerkar R, Askeland OM et al. Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret): Rapport om svangerskapsavbrot 2018. Lest 26.9.2023.
- Folkehelseinstituttet. Dette registreres i Medisinsk fødselsregister. Lest 26.9.2023.
- Folkehelseinstituttet. Dette registreres i Abortregisteret. Lest 26.9.2023.
- Folkehelseinstituttet. MFR-record: Fullstendig beskrivelse. Lest 18.12.2022.
- Daltveit AK, Løkland-Stai M, Stangenes KM et al. Færre vert gravide. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: doi: 10.4045/tidsskr.19.0725.
- Justad-Berg RT, Eskild A, Strøm-Roum EM. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007–2011. Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 94: 1175–80.
- Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH et al. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. BMJ 2019; 364: l869.
- Eskild A, Vatten LJ, Nesheim BI et al. The estimated risk of miscarriage should be corrected for induced abortion rates. Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88: 569–74.
- Skakkebæk NE, Lindahl-Jacobsen R, Levine H et al. Environmental factors in declining human fertility. Nat Rev Endocrinol 2022; 18: 139–57.
- Sakshaug S, Strøm H, Berg C et al. Legemiddelforbruket i Norge 2013–2017. Lest 18.12.2022.
- Strøm-Roum EM, Lid J, Eskild A. Use of contraception among women who request first trimester pregnancy termination in Norway. Contraception 2016; 94: 181–6.
- Cools S, Strøm M. Mellom arbeidsliv og familieliv. Hvilken betydning har arbeidsmarkessituasjonen for om men og kvinner velger å få barn? Lest 4.10.2023.
- Eskild A, Herdlevaer IE, Strøm-Roum EM et al. Childbirth or termination of pregnancy: does paid employment matter? A population study of women in reproductive age in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2016; 95: 513–8.
- Becker GS. Nobel Lecture: The economic way of Looking at Behaviour. J Polit Econ 1993; 101: 385–409.

HOLMFRIDUR HELGADOTTIR

Norsk senter for PSC
Avdeling for transplantasjonsmedisin
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin
og transplantasjon
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Medisinsk avdeling

Haraldsplass Diakonale Sykehus

TRINE FOLSERAAS

Norsk senter for PSC
Avdeling for transplantasjonsmedisin
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin
og transplantasjon
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

GUNTER KEMMERICH

Avdeling for radiologi
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

LARS AABAKKEN

Norsk senter for PSC
Avdeling for transplantasjonsmedisin
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin
og transplantasjon
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Institutt for klinisk medisin

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

KRISTIN KAASEN JØRGENSEN

Norsk senter for PSC
Avdeling for transplantasjonsmedisin
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin
og transplantasjon
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Gastromedisinsk avdeling

Akershus universitetssykehus, Lørenskog

METTE VESTERHUS

mette.vesterhus@uib.no

Norsk senter for PSC

Avdeling for transplantasjonsmedisin
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin
og transplantasjon
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Medisinsk avdeling

Haraldsplass Diakonale Sykehus

Klinisk institutt 2

Universitetet i Bergen

Primær skleroserende kolangitt

Primær skleroserende kolangitt er en alvorlig leversykdom og en ledende årsak til levertransplantasjon i Skandinavia. Denne kliniske oversikten gjennomgår nylig reviderte anbefalinger om diagnostikk, oppfølging og behandling av personer med sykdommen. Behandling av symptomer, evaluering av fibrose og overvåkning av kreftutvikling i lever og tarm står sentralt.

Primær skleroserende kolangitt er en progredierende leversykdom som over tid kan føre til levercirrhose og leversvikt. Inflammasjon, fibrose og strikturer i galleveiene gir kolestase, kolangitter og andre komplikasjoner relatert til gallegangsobstruksjon (1). Omkring 80 % har også inflammatorisk tarmsykdom (1), og sykdommen er for-

bundet med betydelig økt risiko for utvikling av kreft i galleveier og tarm (2).

Primær skleroserende kolangitt er sjelden, med prevalens omkring 1/10 000 og insidens 1/100 000 i Norge (3). Flere menn enn kvinner diagnostiseres (2: 1), vanligvis i alderen 25–45 år (4, 5). Etiologien er ukjent, men forhold ved tarmflora, gallesammensetning og genetiske faktorer er av betydning. Foreløpig har ingen medikamentell behandling dokumentert effekt på sykdomsutviklingen. Levertransplantasjon er den eneste kurative behandlingen (1).

Vi presenterer her anbefalinger for diagnostikk, oppfølging og behandling av primær skleroserende kolangitt basert på oppdaterte europeiske og amerikanske retningslinjer (3, 5), et ikke-systematisk søk i PubMed samt forfatterens egne kliniske erfaringer.

Diagnostikk

Personer med vedvarende eller tilbakevendende alkalisk fosfatase, gammaglutamyl-

transferase og/eller bilirubin over øvre normalområde, uten åpenbar forklaring, bør henvises til gastroenterolog for utredning med tanke på primær skleroserende kolangitt (3). Leger bør ha særlig lav terskel for henvisning av pasienter med inflammatorisk tarmsykdom, da forekomsten av sykdommen er særlig høy i denne pasientgruppen (3).

Kolangiografi i form av MR-undersøkelse av galleganger (MRCP) er den anbefalte metoden for å diagnostisere sykdommen. Multifokale strikturer og dilatasjoner i intra- og ekstrahepatiske galleveier utgjør typiske funn. Andre etablerte årsaker til et liknende bilde, inkludert sekundær skleroserende kolangitt, må utelukkes før diagnosen kan settes. IgG4-relatert sykdom og gallestein kan for eksempel gi tilsvarende kolangiografiske forandringer.

Leverbiopsi er nødvendig ved normal kolangiografi med god billedkvalitet og fortsatt mistanke om primær skleroserende kolangitt. Undersøkelsen kan avdekke differensialdiagnoser og en undertype av sykdommen som affiserer de små intrahepatiske galleveiene, og som vanligvis har et mildere sykdomsfor-

Tabell 1 Behandling av kolestatisk kløe, basert på europeiske og amerikanske retningslinjer og en dobbelt-blindet, randomisert klinisk studie, FITCH-studien (3, 5, 8).

	Medikament og dosering	Bivirkninger ²	Overvåking
1. valg			
A	Bezafibrat ¹ 400 mg daglig	Kreatininstigning Leverbetennelse Myalgier, myopati	Lever- og nyrefunksjon
B	Kolestyramin 4–16 g daglig	Gastrointestinale bivirkninger	
2. valg	Rifampicin 150–300 mg daglig	Hepatitt Anemi Trombocytopeni Kreatininstigning Interaksjoner, bl.a. med warfarin	Lever- og nyrefunksjon Hematologi
3. valg	Naltrekson 12,5–50 mg daglig	Opioidabstinens	

¹ Skrives på registreringsfritak (8).² Se Felleskatalogen for fullstendig liste.

løp (small-duct primær skleroserende kolangitt) (2).

Ingen blodprøvemarkører er diagnostiske for sykdommen. Autoantistoffer er ofte til stede, men er uspesifikke og tas primært for differensialdiagnostiske formål. Transaminaser over øvre normalområde ses hyppig, men bare rundt 10 % av voksne med sykdommen har primær skleroserende kolangitt med trekk av autoimmun hepatitt, det vil si at de oppfyller diagnostiske kriterier for både primær skleroserende kolangitt og autoimmun hepatitt (6). Leverbiopsi er nødvendig for å diagnostisere autoimmun hepatitt. Tilstanden er viktig å avdekke, da denne undergruppen av pasienter kan ha effekt av immundempende behandling (3, 6). Leverbiopsi kan også være nødvendig for å avklare om autoimmun hepatitt er i remisjon, da primær skleroserende kolangitt-komponenten kan gi økte verdier av transaminaser som består tross behandling.

Behandling og prognose

Mange pasienter er asymptomatiske på diagnosetidspunktet, men over tid rammes de fleste av utmattelse, magesmerter, ikterus og generell hudkløe, som kan påvirke livskvaliteten og arbeidsevnen (7). Pasientene lever med usikkerhet omkring manglende behandlingsmuligheter, fremtidig risiko for utvikling av kreft, leversvikt og behov for levertransplantasjon (3).

Det finnes foreløpig ingen effektiv behandling som bremser sykdomsprogredieringen.

Ursodeoksykolsyre er godkjent for bruk ved sykdommen i enkelte europeiske land, men ikke i Norge. Effekten av behandlingen er usikker, og samlet er det ikke grunnlag for en generell behandlingsanbefaling med ursodeoksykolsyre (1). Pasienter med tilleggsfaktorer som kløe eller gallestein, kan prøve ursodeoksykolsyre 15 mg/kg/dag med effektevaluering etter tre måneder. Dette er en spesialistoppgave. Det pågår for tiden flere kliniske behandlingsstudier av primær skleroserende kolangitt.

Behandling av hudkløe

Kløe kan oppstå uten klar sammenheng med sykdomsstadium, og er ofte underbehandlet (7). Ved nyttilkommet eller økende kløe må i første omgang relevante strikturer i galleveiene utelukkes, da disse ofte kan behandles endoskopisk. I alvorlige tilfeller kan uttalt kløe utgjøre hovedindikasjon for levertransplantasjon (3). Alle pasienter bør få generelle råd mot kløe: bruk av fuktighetskrem, ledige klær og å unngå varme dusjer/bad. Noen kan ha effekt av antihistamin med sederende effekt om kvelden og/eller ursodeoksykolsyre. Tabell 1 viser vår anbefaling for medikamentell behandling av kolestatisk kløe (3, 5, 8).

Bakteriell kolangitt

Bakteriell kolangitt er en vanlig komplikasjon ved sykdommen, og forekommer særlig hos pasienter med høygradige gallegangsstrik-

turer. Ved bakteriell kolangitt bør ofte bilde-diagnostikk utføres, slik at man kan avklare hvorvidt pasienten trenger terapeutisk dilatasjonsbehandling med endoskopisk kolangiografi. Kolangitt kan ramme kun enkeltsegmenter av galleveiene, med milde symptomer (kun nattesvette eller feberepisoder), og vil da vanligvis respondere på antibiotikabehandling. Gjentatte tilfeller av bakteriell kolangitt kan forverre prognosen og er iblant indikasjon for levertransplantasjon.

Endoskopisk behandling

Endoskopisk kolangiografi er aktuelt ved behov for dilatasjonsbehandling av relevante gallegangsstrikturer og/eller prøvetaking (børstecytologi, intraduktale biopsier) ved mistanke om gallegangskreft. Det anbefales at behandlende lege, endoskopør og radiolog diskuterer indikasjon for slik behandling i hvert enkelt tilfelle. Høygradige sentrale strikturer med samtidig tegn eller symptomer på kolestase eller bakteriell kolangitt (3) bør, dersom de er tilgjengelige, behandles med endoskopisk ballongdilatasjon og/eller kortvarig stenting (3, 9).

Oppfølging

Det er utfordrende å vurdere prognosen for personer med primær skleroserende kolangitt, da sykdomsforløpet er varierende og uforutsigbart. En individuell risikovurdering bør legge grunnlaget for videre oppfølging. Derfor gjøres risikovurdering ved diagnosetidspunktet og regelmessig under oppfølging med blodprøver, ultralyd av lever, MRCP og evaluering av fibrose (tabell 2) (3, 5). Kontrast-middelforsterket MR anbefales innen 6 måneder etter primærdiagnose og/eller ved mistanke om kreft. Pasienter i stabil fase bør ha jevnlig blodprøvekontroller (hver 3.–6. måned) hos fastlegen og oppfølging i spesialisthelsetjenesten minst en gang årlig (3, 5). Stadium av leverfibrose er sterkest assosiert med dårligere prognose. Det er viktig å identifisere høyrisikopasienter med moderat til alvorlig leverfibrose, uttalte gallegangsforandringer eller forverring av symptomer, da dette kan medføre behov for hyppigere kontroller. Ved cirrhoseutvikling skal personer med primær skleroserende kolangitt følges etter generelle retningslinjer for cirrhose (10).

Tabell 2 Oppfølging av primær skleroserende kolangitt i spesialisthelsetjenesten, etter forfatterens anbefalinger samt europeiske og amerikanske retningslinjer (3, 5). ALAT – alanin aminotransferase; ALP – alkalisk fosfatase; ASAT – aspartat aminotransferase; CA 19-9 – carbohydra antigen 19-9; ELF – Enhanced Liver Fibrosis; GT – gamma-glutamyltransferase; INR – internasjonalt normalisert ratio; MR – magnetisk resonans; MRCP – MR-undersøkelse av galleganger.

Undersøkelse	Overvåkning av sykdomsstadium og kreftutvikling	Høyriskopasienter	Frekvens
Klinisk undersøkelse	Symptomer og livskvalitet	Symptomer	Hver 6.–12. måned
Blodprøver	Standardpanel: ALAT, ASAT, ALP, GT, bilirubin, albumin, INR, blodplater, CA 19-9, vitamin D, alfa-fetoprotein ved cirrhose	ALP > 1,5 øvre referanseverdi, økt bilirubin og INR, lave trombocytter, lav albumin	Hver 6.–12. måned
MR/MRCP ¹ (eventuelt også ultralydundersøkelse)	Kolangiokarsinom, galleblærekreft Cirrhoseutvikling Hepatocellulært karsinom ved cirrhose ²	Omfattende gallegangsforandringer (spesielt intrahepatisk dilatasjon) Galleblærepolypper	Årlig
Måling av leverstivhet eller blodprøven ELF test ³	Fibrose- og cirrhoseutvikling i lever	Avansert fibrose: leverstivhetsmåling (elastografi) > 9,9 kPa eller ELF test > 10,6 ³	Hvert 2.–3. år
Koloskopi	Tykktarmskreft		Årlig ved inflammatorisk tarmsykdom Hvert 5. år uten inflammatorisk tarmsykdom
Bentetthetsmåling	Osteoporose		Ved diagnose Hvert 5. år (ved fravær av osteoporose)

¹ Pasienter med small-duct primær skleroserende kolangitt skal undersøkes med MR av galleganger (MRCP) hvert 3. år.

² Pasienter med cirrhose skal overvåkes med ultralyd lever hver 6. måned.

³ ELF-test anbefales i retningslinjene for en rekke leversykdommer, er tilgjengelig utenlands og forventes å bli tilgjengelig i Norge.

Kreft i galleveier, galleblære og lever

Primær skleroserende kolangitt er forbundet med betydelig forhøyet risiko for gallegangskreft, galleblærekreft og tykktarmskreft. Deres pasientene har utviklet cirrhose, foreligger det også økt risiko for hepatocellulært karsinom (2). Tidlig deteksjon av disse krefttilstandene er avgjørende for å kunne tilby kurativ kirurgi.

Gallegangskreft bør mistenkes ved forverret kolestase, vekttap, ny eller progressiv høygradig gallegangsstriktur og/eller masseslesjon på MR (9). Nye europeiske retningslinjer anbefaler årlig radiologisk overvåkning for tidlig deteksjon av gallegangskreft (3). MRCP/MR lever er mest sensitivt for gallegangskreft, og vi anbefaler derfor at MRCP gjennomføres årlig. Kreftmarkøren CA 19-9 anvendes som supplement til radiologisk kreftovervåkning, men er beheftet med lav sensitivitet og spesifisitet, og må fortolkes individuelt. Ved strikturer med mistanke om gallegangskreft kan endoskopisk kolangiografi med prøvetaking være aktuell.

Galleblærepolypper med malign transformasjon forekommer relativt hyppig ved primær skleroserende kolangitt (3). Derfor anbefales

årlig radiologisk overvåkning av galleblæren for å avdekke galleblærepolypper (3, 5). Ved funn av galleblærepolypper er kolecystektomi anbefalt, da opptil halvparten av disse utvikler malignitet. Små, ikke-kontrastladende galleblærepolypper med størrelse under 8 mm kan eventuelt følges med kontrast-ultralyd hver 3–6 måned, og ved vekst kan det henvises for kolecystektomi (3).

Tarmsykdom og tykktarmskreft

Flertallet (80 %) av norske pasienter med primær skleroserende kolangitt har inflammatorisk tarmsykdom, og hyppigst forekommer ulcerøs kolitt (85 %) (11). Alle som får diagnosen primær skleroserende kolangitt, bør undersøkes med ileokoloskopi med biopsier fra terminale ileum og alle avsnitt av tykktarmen med tanke på inflammatorisk tarmsykdom (9). Personer med samtidig primær skleroserende kolangitt og inflammatorisk tarmsykdom har 3–5 ganger økt risiko for tarmkreft sammenlignet med de med kun inflammatorisk tarmsykdom (3). Det anbefales årlig koloskopi med biopsier hos voksne med begge sykdommene, også etter levertransplantasjon (3). Da inflammatorisk tarmsykdom kan opp-

stå flere år etter diagnosen primær skleroserende kolangitt, anbefales koloskopi hvert 5. år, og tidligere dersom tarmsymptomer tilkommer (3). Behandlingen av inflammatorisk tarmsykdom er i prinsippet lik om pasientene har primær skleroserende kolangitt eller ikke.

Levertransplantasjon

Levertransplantasjon er den eneste effektive behandlingen av primær skleroserende kolangitt (1). Transplantasjon vurderes vanligvis ved endestadium av leversykdom, refraktære bakterielle kolangitter og/eller intraktabel kløe. Etter individuell vurdering kan også pasienter med funn av dysplasi eller tidlig stadium kreft i galleveier eller lever være aktuelle for levertransplantasjon. Residiv av sykdommen i transplantert lever forekommer relativt hyppig (hos omkring 30 %) og kan medføre behov for ny levertransplantasjon (12, 13).

Konklusjon

Personer med primær skleroserende kolangitt bør få oppfølging i spesialisthelsetjenesten i

henhold til internasjonale retningslinjer (tabell 2) (3, 5). Det er viktig at fastlegene er klar over relevante forhold relatert til kreftrisiko, kløe og andre komplikasjoner. Det europeiske referansenettverket for sjeldne leversykdommer (ERN RARE-LIVER) oppfordrer til systema-

tisk registrering av data for å øke kunnskapen om autoimmune leversykdommer, som primær skleroserende kolangitt. I Norge kan dette gjøres gjennom deltakelse i Nasjonalt nettverk for autoimmune leversykdommer (14).

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 24.2.2023, første revisjon innsendt 18.6.2023, godkjent 4.9.2023.

HOLMFRIDUR HELGADOTTIR

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

TRINE FOLSERAAS

er ph.d., spesialist i indremedisin og fordøyelsesykdommer og overlege. Hun er forsker for Norsk senter for PSC og styremedlem i Nasjonalt nettverk for autoimmune leversykdommer.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GUNTER KEMMERICH

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

LARS AABAKKEN

er spesialist i indremedisin og fordøyelsesykdommer, seksjonsoverlege og professor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN KAASEN JØRGENSEN

er ph.d., spesialist i indremedisin og fordøyelsesykdommer og seksjonsoverlege. Hun er koordinator for Nasjonalt nettverk for autoimmune leversykdommer.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Janssen og BMS.

METTE VESTERHUS

er spesialist i indremedisin og fordøyelsesykdommer, overlege og professor. Hun er forsker for Norsk senter for PSC og prosjektleder for Nasjonalt nettverk for autoimmune leversykdommer.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Lilly, Intercept og Siemens Healthineers.

LITTERATUR

- 1 Karlsten TH, Folseraas T, Thorburn D et al. Primary sclerosing cholangitis - a comprehensive review. *J Hepatol* 2017; 67: 1298–323.
- 2 Boonstra K, Weersma RK, van Erpecum KJ et al. Population-based epidemiology, malignancy risk, and outcome of primary sclerosing cholangitis. *Hepatology* 2013; 58: 2045–55.
- 3 European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on sclerosing cholangitis. *J Hepatol* 2022; 77: 761–806.
- 4 Weismüller TJ, Trivedi PJ, Bergquist A et al. Patient Age, Sex, and Inflammatory Bowel Disease Phenotype Associate With Course of Primary Sclerosing Cholangitis. *Gastroenterology* 2017; 152: 1975–1984. e8.
- 5 Bowlus CL, Arrivé L, Bergquist A et al. AASLD practice guidance on primary sclerosing cholangitis and cholangiocarcinoma. *Hepatology* 2023; 77: 659–702.
- 6 Vesterhus M, Wiencke K, Haukeland JW et al. Diagnostikk og behandling av autoimmun hepatitt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2021; 141: doi: 10.4045/tidsskr.20.1045.
- 7 van Munster KN, Dijkgraaf MGW, Oude Elferink RPJ et al. Symptom patterns in the daily life of PSC patients. *Liver Int* 2022; 42: 1562–70.
- 8 de Vries E, Bolier R, Goet J et al. Fibrates for Itch (FITCH) in Fibrosing Cholangiopathies: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Gastroenterology* 2021; 160: 734–743. e6.
- 9 Aabakken L, Karlsten TH, Albert J et al. Role of endoscopy in primary sclerosing cholangitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Association for the Study of the Liver (EASL) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2017; 49: 588–608.
- 10 European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol* 2018; 69: 406–60.
- 11 Jørgensen KK, Grzyb K, Lundin KE et al. Inflammatory bowel disease in patients with primary sclerosing cholangitis: clinical characterization in liver transplanted and nontransplanted patients. *Inflamm Bowel Dis* 2012; 18: 536–45.
- 12 Fosby B, Karlsten TH, Melum E. Recurrence and rejection in liver transplantation for primary sclerosing cholangitis. *World J Gastroenterol* 2012; 18: 1–15.
- 13 Ueda Y, Kaido T, Okajima H et al. Long-term Prognosis and Recurrence of Primary Sclerosing Cholangitis After Liver Transplantation: A Single-Center Experience. *Transplant Direct* 2017; 3: e334.
- 14 Nasjonalt nettverk for autoimmune leversykdommer. Lest 30.8.2023.

PETTER FLÅSKJER

petter.flaskjer@hotmail.com

Avdeling for øre-nese-hals

Sykehuset Østfold Kalnes

Spontant hematoma på halsen

Akutt hematoma på halsen kan gi potensielt livstruende kompresjon av øvre luftveier. Slike pasienter må derfor undersøkes raskt og observeres nøye med hensyn til truet luftvei.

En mann i 70-årene av utenlandsk opprinnelse, bosatt i utlandet, kom til akuttmottaket etter ett døgns sykehistorie med et økende subkutant hematoma i midtlinjen på halsen. Pasienten hadde fra tidligere kjent hjertesvikt, paroksysmal atrieflimmer og obstruktiv søvnapné-syndrom. Han brukte pustemaskin med kontinuerlig overtrykk når han sov. Av faste medisiner brukte han edok-saban 60 mg $\times$ 1 og amiodaron 200 mg $\times$ 1. Ti dager tidligere hadde han startet med etorikoksib 30 mg $\times$ 1 pga. ryggsmertor. Han var tonsillektomert som barn, ikke-røyker og hadde ingen kjente allergier.

Dagen i forveien hadde mannen opplevd ubehag på venstre side av halsen. Det hadde ikke vært noe traume eller inntak av fremmedlegemer. Så kom det til syne et økende hematoma fortil på halsen, som fikk pårørende til å reagere.

Pasienten hadde spist uten vansker rett før han kom til mottaket. Han hadde ikke stridor eller hvile- eller taledyspné, men opplevde vokal fatigue og globusfølelse. Ved klinisk undersøkelse fant man et subkutant ellipseformet hematoma anteriort på halsen. Hematomet var uømt og velavgrenset med en utstrekning på ca. 7,5 $\times$ 4 cm.

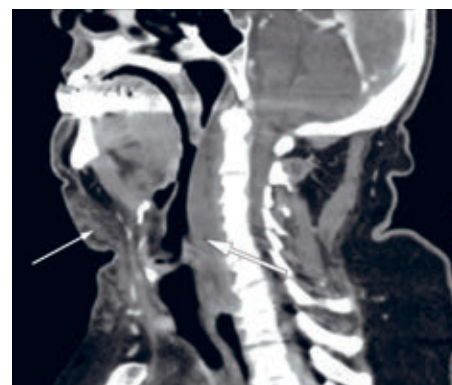
Øre-nese-halsundersøkelse utført for å kartlegge øvre luftveisanatomi og -affeksjon samt blødningskilde, avdekket ikke blødningsfokus eller hematoma i farynks, larynks, nesekavitet eller munnhule. I munnhulen var det hele slimhinner uten misfarging eller tegn til blødning. Fremre rhinoskopi avdekket ingen koagler eller ulcerasjoner. Transnasal fleksibel laryngoskopi påviste ingen misfarging eller asymmetri i farynks eller ned mot larynks, men det var trange passasjeforhold i orofarynks.

Pasienten var hypertensiv med blodtrykk 180/100 mmHg, mens respiratoriske parametere var normale med respirasjonsfrekvens 15 per minutt og SpO₂ på 99 % på romluft. Øvrige vitale parametere var innenfor normalt referanseområde.

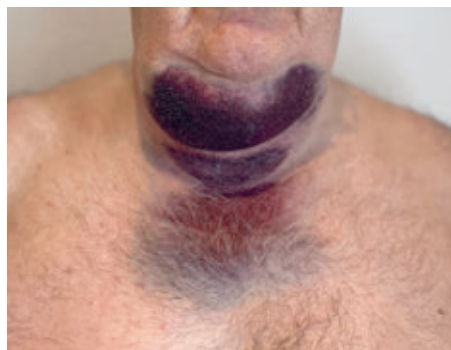
Biokjemiske verdier viste hemoglobin 14,3 g/dL (referanseverdi 13,4–17,0), erytrocyttvolumfraksjon 0,41 (0,40–0,50), leukocytter

11,3 $\times$ 10⁹/L (4,1–9,8 $\times$ 10⁹/L), trombocytter 223 $\times$ 10⁹/L (145–348 $\times$ 10⁹/L), C-reaktivt protein 15 mg/L (< 5), kreatininkinase 91 U/L (referanseverdi 40–280 U/L), kreatinin 115 μ mol/L (60–105) og estimert glomerulær filtrasjonshastighet 53 mL/min/1,73 m² (> 60). I tillegg var verdier for glukose, natrium, kalium, alaninaminotransferase og gammaglutamyltransferase innenfor referanseområdet.

CT collum med intravenøs kontrast ble ut-



Figur 1 CT collum med intravenøs kontrast i sagittalplan viste langstrakt retrofaryngealt hematoma med opptil 18 mm tykkelse (pil) og diffus tetthetsøkning i subcutis ventralt på halsen (liten pil), korresponderende til det klinisk synlige hematomet.



Figur 2 Hematom i midtlinjen på halsen åtte dager etter symptomdebut. Foto: privat.

ført for å se etter blødningskilde, utbredelse av hematoma og eventuelle underliggende funn. Undersøkelsen påviste ingen pågående blødning eller pseudoaneurisme. Hematomet var diffust avgrenset i bløtdelene og strakk seg fra os hyoideum til trakea og glandula thyroidea samt retrofaryngealt med ledsagende lett innbukning i farynks dorsalt, svarende til C2-C7-nivå (figur 1).

Edoksaban ble seponert i fem dager. Pasienten hadde to dager senere planlagt retur til hjemlandet, og han ble kontrollert der åtte dager etter utskriving. Hematomet hadde da økt i størrelse uten forverring av respirasjon eller andre vitale parametere (figur 2). Deretter gikk hematomet spontant i regress i lø-

pet av åtte uker, og pasienten hadde ingen sekveler.

Diskusjon

Akutt hematoma med relasjon til øvre luftveier er en potensielt livstruende tilstand og kan defineres som akutt blødning i ett eller flere vevsrom i hode-hals-regionen. Tilstanden kan være spontan eller med kjent årsak. I en systematisk oversikt er de to vanligste lokalisasjonene for akutt hematoma det sublinguale og det retrofaryngeale rommet, der minst ett av disse er affisert i mer enn 90 % av tilfellene (1). Litteraturgrunnlaget er størst for pasienter med warfarinbehandling.

Pasienten sov med kontinuerlig overtrykk. Dette kan gi økt trykk og lokal inflammasjon i øvre luftveier, og han hadde økt risiko for blødning grunnet bruk av direkte faktor Xa-hemmer. I tillegg sto han på etorikoksib, en COX-2-hemmer med teoretisk blødningsrisiko i form av trombocytopeni, noe pasienten ikke hadde. Etorikoksib kan sammen med hypertensjonen ha bidratt til redusert renal blodgjennomstrømning, med påfølgende nyresvikt.

Nyresvikt og interaksjon mellom amiodaron og edoksaban kan ha vært utslagsgivende for at det oppsto en akutt blødning. Konsentrasjonen av edoksaban kan øke opptil 40 %

ved samtidig nyresvikt og amiodaronbruk, og aktuelle pasienter bør følges med tanke på økt blødningsfare (2). Til tross for denne kjente risikoen er ikke dosereduksjon av edoksaban rutinemessig anbefalt ved bruk av amiodaron eller ved kreatininclearance > 50 mL/min. Da pasienten ikke var hjemmehørende i Norge, forelå det ingen tidligere blodprøveverdier å sammenligne med. Om nyresvikten var nyoppstått eller kronisk, kunne man derfor ikke vite med sikkerhet.

CT collum viste at hematomet strakk seg retrofaryngealt, uten at dette var synlig i slimhinnen i farynks. I litteraturen er det beskrevet både akutt intubasjon og akutt trakeotomi for å sikre åpne luftveier hos denne pasientgruppen (3, 4). Dette ble ikke funnet nødvendig, da respiratoriske parametere var upåfallende. Pasienten hadde heller ikke stridor og var våken og orientert.

Hematoma i relasjon til store vener på halsen kan øke det venøse trykket, med påfølgende stuvning i mer distal sirkulasjon og i ytterste konsekvens intrakraniale komplikasjoner sekundært til trykkøkningen (5, 6). Pasienten hadde kjent hjertesvikt som også kan ha påvirket trykket i halsvenene.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 21.2.2023, første revisjon innsendt 30.5.2023, godkjent 11.10.2023.

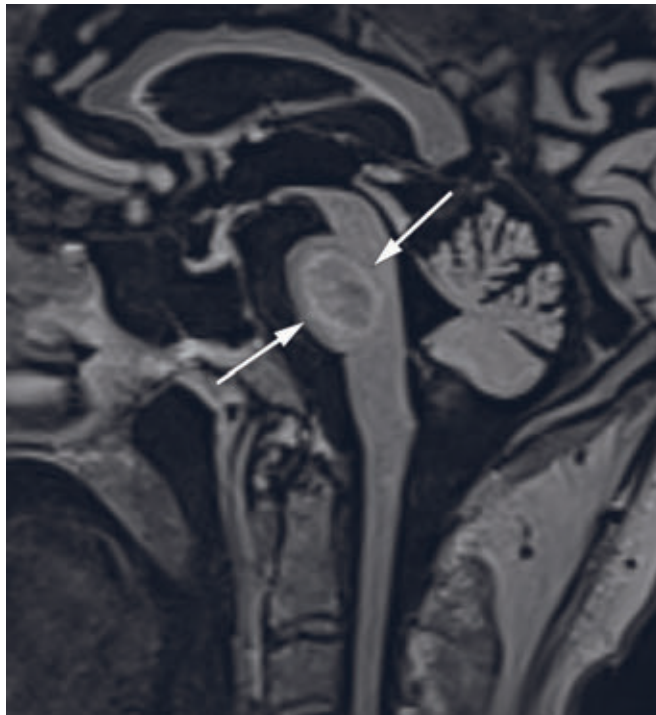
PETTER FLÅSKJER

petter.flaskjer@hotmail.com
er spesialist i øre-nese-halssykdommer og overlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

LITTERATUR

- Karmacharya P, Pathak R, Ghimire S et al. Upper Airway Hematoma Secondary to Warfarin Therapy: A Systematic Review of Reported Cases. *N Am J Med Sci* 2015; 7: 494–502.
- Ray WA, Chung CP, Stein CM et al. Risk for Bleeding-Related Hospitalizations During Use of Amiodarone With Apixaban or Rivaroxaban in Patients With Atrial Fibrillation : A Retrospective Cohort Study. *Ann Intern Med* 2023; 176: 769–78.
- Abukhder M, Hulme J, Nathoo S et al. Spontaneous retropharyngeal haematoma with direct oral anticoagulant medication. *BMJ Case Rep* 2021; 14: e240369.
- Ashraf A, Bannon M, Smith C et al. Upper airway hematoma: An unusual presentation of acute upper airway obstruction. *Respir Med Case Rep* 2022; 36: 101613.
- Devaraja K, Nayak DR, Kordcal AR et al. Cushing's reflex secondary to neck haematoma following thyroidectomy. *BMJ Case Rep* 2018; 2018: bcr2018226639.
- Warken C, Rotter N, Maurer JT et al. Retropharyngeal hematoma in the context of obstructive sleep apnea: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2019; 13: 269.

Osmotisk demyelinisering i pons



MR-bildet (sagittal FLAIR) viser et patologisk område sentralt i pons, avgrenset av en perifer brem med høyt signal. Sammenholdt med sykehistorie, kliniske funn og blodprøver var forandringene forenlige med osmotisk demyelinisering.

En mann i 40-årene med kjent alkoholoverforbruk ble innlagt etter flere fall i hjemmet. Ved innkomst var han forvirret og desorientert, og man mistenkte intrakraniell blødning som bakenforliggende årsak. Det ble utført CT-undersøkelse av hodet og cervikalcolumna uten påvist patologi. Man oppfattet symptomene som betinget i alkoholabstinens. Blodprøver ved innkomst viste alvorlig hypokalemi på 2,4 mmol/L (referanseområde: 3,5–5,0 mmol/L), hypomagnesi 0,60 mmol/L (0,71–0,94 mmol/L) og natrium 137 mmol/L (137–145 mmol/L). Det ble startet substitusjonsbehandling med elektrolytter, krampeprofylakse med diazepam samt gitt tiamin.

Nevrologisk undersøkelse syv dager etter innleggelsen avdekket tilkommen redusert kraft i ekstremiteter, dysartri og dysfagi. Det ble anbefalt MR-undersøkelse med mistanke om Wernickes encefalopati (som skyldes tiaminmangel).

MR-undersøkelse viste en stor lesjon i pons med lavt T2/FLAIR signal sentralt omgitt av en perifer brem med høyt signal. På T1 sekvens viste lesjonen oppladning av kontrast perifert. Funnet var, i lys av sykdomstegn og anam-

nese, forenlig med osmotisk demyelinisering, også kjent som sentral pontin myelinolyse eller osmotisk demyeliniseringssyndrom – en akutt demyeliniseringslidelse som oftest skyldes for rask korrigering av hyponatremi (1). Andre risikofaktorer er hypokalemi, dårlig ernæring, alkoholoverforbruk og rask korrigering av øvrige elektrolyttforstyrrelser (1). Pasienten hadde ikke hyponatremi, men de andre ovennevnte risikofaktorene.

Pasienter med osmotisk demyelinisering har ofte kliniske funn som presenterer seg i to faser (2). Første fase tilskrives elektrolyttforstyrrelser med encefalopatiske symptomer som døsighet, aggressivitet/irritabilitet og forvirring. Etter væske- og elektrolytterapi oppstår det en forbigående bedring før en forverring tilkommer med pareser i ekstremitetene samt dysartri og dysfagi forårsaket av demyelinisering av kortikospinale og kortikobulbare baner i pons.

Det finnes kun støttende behandling, som symptomlindring og korrigering av elektrolyttforstyrrelser. Pasienter som overlever, kan ha lettgradige sekveler som tremor og ataksi til uttalte følgetilstander som spastiske pareser. Vår pasient hadde redusert kraft i alle ekstremiteter med gradvis fremgang etter rehabilitering.

Osmotisk demyelinisering i pons har et typisk funn på MR-bilder, men andre differensialdiagnoser som infarkt og ponstumor bør også vurderes.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 18.7.2023, første revisjon innsendt 6.10.2023, godkjent 19.10.2023.

ZAIN CHAUDHARY

zain.tasleem.chaudhary@siv.no
er lege i spesialisering.
Radiologisk Avdeling
Sykehuset i Vestfold
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE ASPAAS

er spesialist i psykiatri og overlege.
Rus- og avhengighetspoliklinikk
Sykehuset i Vestfold
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTIN LANDQUIST

er spesialist i radiologi og overlege.
Radiologisk Avdeling
Sykehuset i Vestfold
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Bose P, Kunnacherry A, Maliakal P. Central pontine myelinolysis without hyponatraemia. J R Coll Physicians Edinb 2011; 41: 211–4.
- 2 Singh TD, Fugate JE, Rabinstein AA. Central pontine and extrapontine myelinolysis: a systematic review. Eur J Neurol 2014; 21: 1443–50.

Konkurrerende hendelser

En konkurrerende hendelse er en hendelse som gjør det umulig for utfallet å finne sted. I analyser av kliniske og epidemiologiske data må vi ofte ta stilling til slike hendelser. Valgene vi tar, kan ha store konsekvenser for fortolkningen av resultatene.

Hvordan vi håndterer konkurrerende hendelser i statistiske analyser, avhenger hva slags data vi samler inn og hva vi definerer som primærutfall.

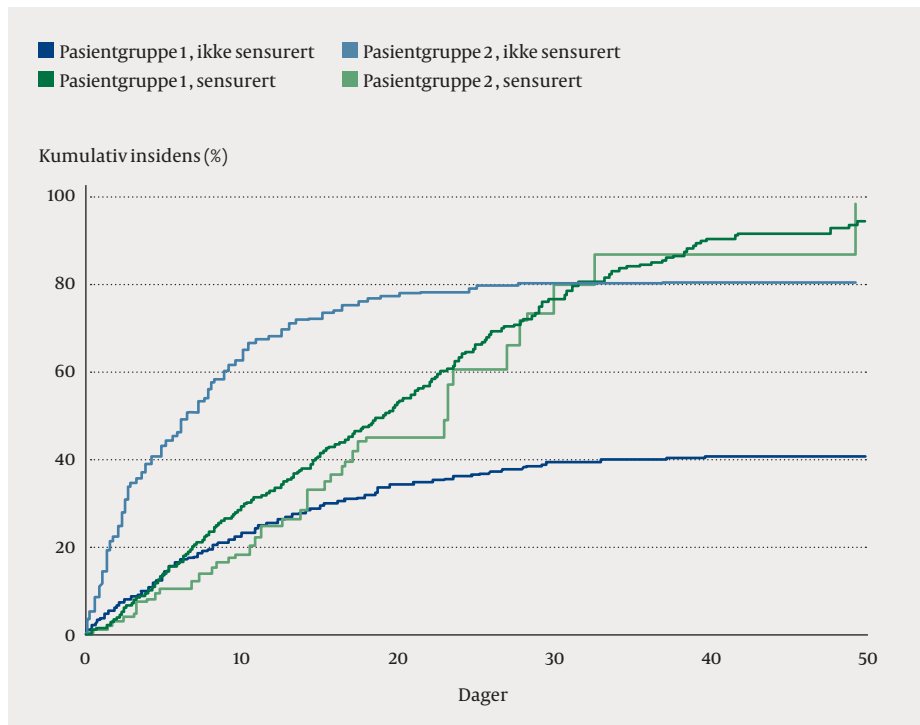
Anta at vi er interessert i tid til død for en gruppe innlagte pasienter. Hvis vi bare har data fra sykehusoppholdet, kan vi se på død under sykehusoppholdet som primærutfall. Da blir utskrivinger konkurrerende hendelser. Hvis vi har tilgang til data etter sykehusoppholdet, kan vi se på død uavhengig av sted. Da har vi ingen konkurrerende hendelser. Hvis vi derimot er interessert i tid til utskriving, er dødsfall alltid konkurrerende.

Studier av årsaksspesifikk død er et annet klassisk eksempel der konkurrerende hendelser, som død av andre årsaker, kompliserer analysene. Konkurrerende hendelser er også utfordrende når primærutfallet ikke er en hendelse, men et annet type mål, som for eksempel livskvalitet.

Konkurrerende hendelser og sensurering

En vanlig fallgrube er å behandle konkurrerende hendelser som sensurering. En sensureringshendelse er derimot en hendelse som gjør senere utfall ukjent, slik som studie-slutt (1). Metoder for forløpsanalyse tillater sensurerte hendelser og lar oss estimere antallet hendelser man ville sett uten sensurering. Å sensurere konkurrerende hendelser kan ses på som en måte å modellere en verden hvor disse hendelsene ikke inntreffer.

Si at vi ønsker å sammenligne andelen utskrivelser over tid for to pasientgrupper (kumulativ insidens). Figur 1 viser et scenario hvor én pasientgruppe skrives ut hyppigere enn en annen, blant annet fordi gruppene har ulik dødelighet. Hvis vi sensurerer dødsfallene, endres estimatene dramatisk. Andelen utskrevne fremstår nå tilnærmet lik mellom



Figur 1 Utskrivelser over tid for to hypotetiske pasientgrupper. Kaplan-Meier-estimer der konkurrerende hendelser er sensurert (grønne kurver), tegner et bilde langt fra virkeligheten (blå kurver).

pasientgruppene, og estimatene avviker stort fra virkeligheten.

Om konkurrerende hendelser kan håndteres som sensurering, må avklares før vi kan analysere data. Å sensurere ved død er ofte et dårlig valg; en hypotetisk verden uten død har sjelden noe med virkeligheten å gjøre. Noen ganger kan man kanskje argumentere for at utskriving er en sensureringshendelse, for eksempel når død under sykehusopphold er primærutfall og pasienter utskrives til andre sykehus. Standardmetoder innen forløpsanalyse antar imidlertid at sensurering er uavhengig av hendelsesrisikoen. Utskriving fra et sykehus til et annet er sjelden uavhengig av risiko for død. I slike situasjoner må vi bruke mer avanserte metoder som justerer for avhengig sensurering.

Problemet med hasardmodeller

Forløpsdata analyseres vanligvis med Cox-modeller eller andre hasardmodeller. Å lene seg utelukkende på denne typen modeller har møtt motstand på grunn av den vanskelige fortolkningen av hasardratioer (2). Med konkurrerende hendelser blir fortolkningen enda mer problematisk, fordi det vanlige én-til-én-forholdet mellom hasarder og kumulativ in-

sidens brytes (3). Hasarden for primærutfallet gir alene ingen informasjon om kumulativ insidens. For å unngå dette problemet har den såkalte Fine-Gray-modellen blitt foreslått (4). Selv om denne modellen garanterer et én-til-én-forhold med kumulativ insidens, har hasardstørrelsen den produserer ingen enkel fortolkning. Modellen er omstridt, men mye brukt.

Bedre løsninger

Hvis ikke konkurrerende hendelser kan sensureres, er det enkleste å slå dem sammen, for eksempel ved å se på totaldød i stedet for årsaksspesifikk død eller progresjonsfri overlevelse i stedet for tid til progresjon. Da er muligheten for konkurrerende hendelser eliminert, og man kan studere enkle levetidsparametere som overlevelseskurver. Likevel er ofte enkelthendelsenes kumulative insidenser mer informative. Hvis man for eksempel er interessert i effekten av en kreftmedisin på død, kan det være relevant å skille mellom dødsfall av kreft og av mulige bivirkninger knyttet til behandlingen. Kumulativ insidens må da beregnes med metoder som tillater konkurrerende hendelser, helst med en kausal fortolkning (5). Her har hasardmodeller

fortsatt en rolle, men som et ledd i estimeringen av kumulativ insidens, for eksempel via Aalen-Johansen-estimatoren.

Konklusjon

Hva som er beste håndtering av konkurrerende hendelser, vil avhenge av forskningsspørsmålet og de tilgjengelige dataene. Rapportering av regresjonskoeffisienter fra Cox-modeller eller Fine-Gray-modeller bør unngås, da disse ikke har en klar fortolkning. Et bedre alternativ er å se på kumulative insidenser, som er lettere å knytte til spørsmål av praktisk interesse.

JON MICHAEL GRAN

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

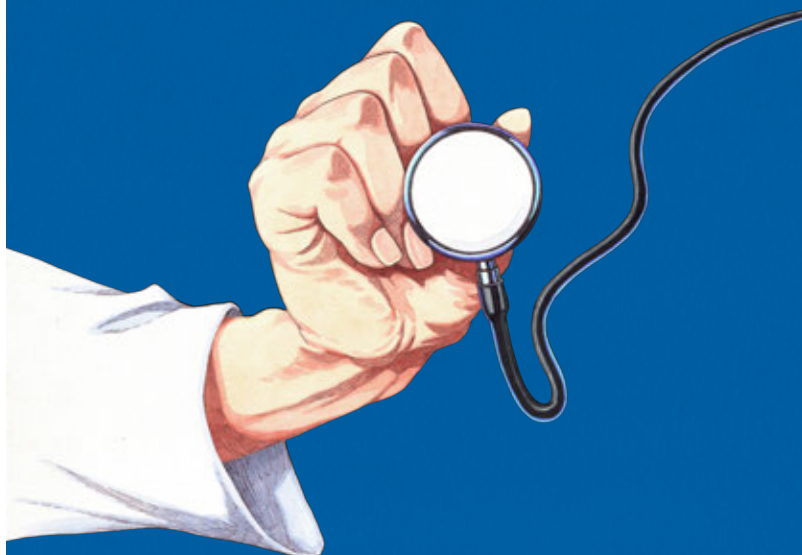
MATS JULIUS STENSRUD

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

LITTERATUR

- 1 Young JG, Stensrud MJ, Tchetgen Tchetgen EJ et al. A causal framework for classical statistical estimands in failure-time settings with competing events. *Stat Med* 2020; 39: 1199–236.
- 2 Hernán MA. The hazards of hazard ratios. *Epidemiology* 2010; 21: 13–5.
- 3 Andersen PK, Geskus RB, de Witte T et al. Competing risks in epidemiology: possibilities and pitfalls. *Int J Epidemiol* 2012; 41: 861–70.
- 4 Fine JP, Gray RJ. A Proportional Hazards Model for the Subdistribution of a Competing Risk. *J Am Stat Assoc* 1999; 94: 496–509.
- 5 Stensrud MJ, Young JG, Didelez V et al. Separable Effects for Causal Inference in the Presence of Competing Events. *J Am Stat Assoc* 2022; 117: 175–83.

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

Fra pol til pol

Dagen de skrudde på datamaskinen og fikk elektronisk pasientjournal, var den beste dagen gjennom Jan Emil Kristoffersens mange år i allmennpraksis. Jobben som skipslege og isbjørnvakt i Antarktis var allikevel nærmere barndomsdrømmen om å gå i polfarernes fotspor.

Jan Emil Kristoffersen har hatt mange roller gjennom legelivet. Kolleger beskriver han som en usedvanlig vennlig type, med en egen evne til å se andre og bry seg om de mest sårbare. Han har vært fastlege, tillitsvalgt i en årrekke og leder av Allmennlegeforeningen. De senere årene jobbet han med samhandling, e-helse og var fagdirektør i medisinsk fagavdeling på Legenes hus. Han er ikke bare kunnskapsrik og retorisk sterk, men beskrives som en sjelden kombinasjon av nerdete og «bred». Han setter seg grundig inn i lange rapporter, men trives kanskje aller best når han får spille høy musikk alene på kontoret, på langtur med motorsykkelen eller i polfarernes fotspor med rifla over skulderen.

Fra Storbritannia til Solveien

Kristoffersen var tidlig i livet på reisefot. Faren jobbet som ingeniør i Det Norske Veritas.

– Før jeg ble født hadde far allerede jobbet i Amazonas og Spania, og så måtte han dra med familien til Storbritannia.

Da de kom tilbake, var det fortsatt boligrasjonering etter krigen, og derfor flyttet familien inn hos besteforeldre. Etter hvert slo han rot i Solveien på Nordstrand, kjent som en av de flotteste gatene i Oslo. Her bor han og kona fortsatt, og de har oppdratt tre barn på stedet.

– Hvorfor ble du lege?

– Jeg er familiens sorte får, sier han med et smil.

– Far var nok litt skuffet. Storebror ble skipsingeniør. Bakover i slekta fant man stort sett styrmenn og kapteiner i handelsflåten. I familieselskaper handlet samtale gjerne om fordeler og ulemper ved klinkbyggede skrog.

Et tidlig møte med helsevesenet inspirerte kanskje Kristoffersen til å bli lege, men på en litt uvanlig måte.

– Jeg falt av sykkelen som tiåring, fikk en kraniefraktur og var bevisstløs nokså lenge. Jeg lå på en tolvmannsstue, med dobbeltsyn og spinalvæske rennende ut av øret. På rommet var det en forferdelig streng sykepleier som regjerte. Hun virket bare opptatt av at jeg skulle få i meg tran. Da tenkte jeg at jeg skulle bli lege, komme tilbake og ta igjen, spøker han.

– Det var en nokså alvorlig skade?

– Mine foreldre fikk nok en oppfatning av at det ikke var sikkert at jeg ble helt frisk igjen. Andre får dømme om jeg ble det!

Næringsmodellen

Kristoffersen hadde tenkt å bli øyelege, men ble værende en stund i Telemark som distriktslege etter turnus. Faget gav mer-smak.

– Jeg ble grepet av primærmedisinen, graden av autonomi og tillit som det gav,



Foto: Birgit Solhaug

og som kanskje ikke finnes lenger, sier han lakonisk.

Et tilfeldig møte med en gammel speider-venn førte til at han ble med på å etablere et legekontor i Lørenskog.

– Vi startet opp som private næringsdrivende, gikk med begeistring over til fastlønn – og sluttet raskt å være begeistret over fastlønn.

– Du har vært opptatt av at næringsmodellen er god i fastlegeordningen?

– I 1992 var 40 % av alle allmennleger ansatt i kommunene, og ordningen holdt på å velte. Det var økende frustrasjon over at lønnsutviklingen ikke holdt tritt med utviklingen i sykehus. Omtrent alle private legekontorer hadde elektronisk pasientjournal, men for kommunalt ansatte var det helt i det blå når kommunen ville kunne prioritere det. Da EKG-apparatet på vårt kontor gikk i stykker, måtte det søkes i linja, og det var usikkert hvilket år det kunne erstattes. Jeg snakket med rådmannen og tillot meg å si at vi ikke *leker* helsetjeneste. Svaret var fortsatt nei. Jeg bestilte likevel og ba om at regningen gikk til rådmannen. Han ble ikke fornøyd, men betalte.

– Hvordan snudde det?

– Politikerne så at det var dårlig stabilitet ved legekontorene, og mange pasienter klaget. Jeg fikk i oppdrag å lede en utred-

ning for å sammenlikne tjenestene lokalt. De som drev næringsdrift hadde dobbelt så mange konsultasjoner, og sårbare grupper fikk like stor andel av konsultasjonene hos dem. Det endte med at kommunen tilbød alle leger å drive privat praksis. Det første vi gjorde var å investere i elektronisk pasientjournal. Da vi skrudde på knappen og ble digitale, det var en av de beste dagene i mitt legeliv. Slike ting er lett å glemme i en tid hvor vi klager over at digitaliseringen går langsomt og at systemene til dels forverrer arbeidssituasjonen. Skrittet fra papirjournal til elektronisk journal var et kjempeløft! Det var først litt senere at det ble digitalt gråvær, konkluderer han tørt.

– Nå er det snakk om å tilby fastlønn til flere fastleger igjen?

– I Norge har vi blandede følelser når det gjelder samvirket mellom offentlig og privat, og det er hele tiden sterke krefter som tror at insentiver for å levere helsetjenester er farlig. Mest sannsynlig blir det faste tilskuddet til fastleger snart økt på bekostning av innsatsstyrt finansiering. Vi vet hva det kommer til å føre til. Det vil trolig bli lengre ventetid, mer henvisinger, nedbemanning og kostnadskutt ved mange legekontorer, konkluderer han alvorspreget.

JAN EMIL KRISTOFFERSEN

Født 9. august 1953

Cand.med., Universitetet i Oslo, 1979

Allmennlege/fastlege, 1983–2007

Oslo helseråd/Helsedirektoratet, 1987–90

Spesialist i allmennmedisin, 1992

Leder av Allmennlegeforeningen, 2005–09

Samhandlingsoverlege, Akershus universitetssykehus, 2009–14

Master i helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2014

Seksjonssjef, Legeforeningen, 2014–22

Spesialist i samfunnsmedisin, 2020

Medisinsk fagdirektør, Legeforeningen, 2022–23



Begge foto: Birgit Solhaug

Fastlegekrisen

– Det er en krise?

– Ja, det er det. Fastlegekrisen ble ikke første gang erkjent i 2017, vi pekte på den allerede i 2005. Noe av det første jeg gjorde som leder av Allmennlegeforeningen, var å peke på en kommende krise overfor departementet. Vår bekymring var at fastlegeordningens suksess ville kvele den. En adresse for ansvar var i utgangspunktet bra. Så kom overføringen av stadig flere oppgaver fra sykehus, og med samhandlingsreformen raste det på.

– Hva gjorde foreningen?

– Vi satte blant annet i gang et bredt arbeid rundt tjenesteutvikling og fagutvikling i allmennmedisin, som ble sammenfattet i en rapport i 2009. I ettertid tenker jeg at vi burde vært enda tydeligere på alvoret i situasjonen. En av de grunnleggende utfordringene vi har hatt, er at kommunene ikke har vist vilje og evne til å lede komplekse medisinske tjenester. Det gjelder både fastlegeordningen, legevakt og kommunale akutte døgnenheter.

– Det er nokså ramsalt kritikk du kommer med?

– Ja, nå kan jeg si hva jeg vil om hvorfor dette har gått galt, sier han lurt.

– Du tror allikevel at krisen kan løses?

– Det må penger til. Ordningen har vært underfinansiert i mange år. Og så må det en ryddejobb til når det gjelder oppgavefordeling. Ingen kommer til å løse krisen med strukturelle endringer uten samtidig å tilføre penger.

– Er du bekymret?

– Jeg er veldig bekymret. Det politiske spillet rundt fastlegeordningen peker i feil retning. Pasienttilpasset driftstilskudd ble ensidig innført fra staten. Det er ingen som har klart å vise at dette gir bedre tjenester til dem som har store behov. Vi er trolig i ferd med å gjenscape den samme krisen som vi hadde på 1980- og 90-tallet. Vi som har lært av historien, er allikevel dømt til å se på at den gjentas, sier en god kollega av meg. Han har nok litt rett i det.

Legemiddellassistert rehabilitering

Kristoffersen har sett mye til skyggesiden av livet fra fastlegekontoret.

– Da vi startet, var det et stort rusmiljø på Lørenskog. Fra første dag var vi enige om at legesenteret vårt skulle levere gode tjenester til de svakeste innbyggerne. Vi så tidlig aidsyke og tok i bruk legemiddellassistert rehabilitering (LAR) for disse. Jeg jobbet så en periode i Oslo helseråd ved avdeling for tiltak mot aids og i en periode i Helsedirektoratet med hivforebyggende arbeid. I tillegg var jeg med på å bygge opp LAR-senteret på Tøyen i Oslo og ble kraftig eksponert

for hvordan lav sosial status og uhelse henger sammen.

– Hva er du mest fornøyd med å ha fått til?

– Fra foreningsarbeidet er jeg veldig fornøyd med at vi klarte å etablere Senter for kvalitet i legekontor. At vi fikk etablert taster for diagnostisk ultralyd i fastlegetariffen, regner jeg som en personlig seier. Jeg er også veldig fornøyd med å ha bidratt til å etablere allmennmedisinsk forskningsfond, det har ført til over hundre doktorgrader i allmennmedisin. Dessuten er jeg stolt over å ha bidratt til at nasjonal e-helsestrategi i Norge endelig er i et bedre spor, selv om jeg er svært bekymret for utviklingen i Helse Midt-Norge.

Isbjørner og MC

– Jeg har forresten en formell kvalifikasjon til! Han lener seg litt frem over bordet.

– Jeg er godkjent isbjørnvakt av The national rifle association.

– Har du alltid hatt en dragning mot nord?

– Siden barndommen har jeg lest om polarforskere og den gylne tidsalderen da de utforsket polarområdene. Så kom livet litt i veien for min utforskertrang. Jeg søkte jobb ved Longyearbyen sykehus da eldestemann var ti år, men da sa tiåringen at han i så fall ville flytte til besteforeldrene. Da sønnen selv studerte medisin, fikk han utplassering i Longyearbyen og oppfordret foreldrene til å komme på besøk. Siden har det blitt mange turer.

– Og så har jeg fått være med på båtturer, sier han fornøyd.

– Cruiselege?

– Jeg har fått lov til å reise med båter både i Arktis og Antarktis. Jeg har fått lære mer om polarhistorie, flora, fauna og global oppvarming, forteller han begeistret.

– I sommer jobbet jeg en måned på et australsk cruiseskip i Nordvestpassasjen, hvor Roald Amundsen seilte gjennom som førstemann i 1903–06. Jeg var både historiker, skipslege og isbjørnvakt.

– Med lønn?

– I år fikk jeg lønn for første gang! Ellers har opplevelsene vært lønn i seg selv. Det å oppleve Antarktis er helt spesielt, og mengden av dyreliv er enorm. I år kom jeg blant annet til Port Leopold og Beechey Island, og flere hellige graler i polarhistorien.

Det er ikke bare polarhistorie som har vært en interesse. Kristoffersen er kjent for å kunne mye om motorer og er en ivrig motorsyklist.

– Jeg begynte å kjøre moped den sommeren da storebroren min var til sjøs og sykkelens hans stod igjen hjemme. Jeg var vel 13 år.

– Du har aldri sluttet?

– Jeg har ikke skulket én sesong siden 1966 og har bare ramlet av to ganger. Vi er en



gjeng som har kjørt sammen i nærmere 50 år i Bekkelagshøyden motorsykleklub. Tre gode venner fra klubben er dessverre døde, men ingen av å ha falt av motorsykkelen. Etter hvert er vi nok blitt mer opptatt av vinkartene enn veikartene, smiler han.

Helseminister for en dag

Kristoffersen kjenner ikke bare polarhistorien, men også legehistorien godt, og viser gjerne til både rapporter, forskrifter og lover.

– Første lov om leger fra 1927 lyder slik:

«Legen skal ivareta pasientens saavel som samfundets tarv». Lovene er ikke like enkle lenger. Rammene for fagutøvelsen har blitt mer krevende. Politiske ambisjoner om stadig kortere ventetider, høyere kvalitet og bedre pasientsikkerhet følges ikke opp med tilstrekkelig tilrettelegging og økonomi, men skaper grobunn for forbrukermentalitet i befolkningen.

– Hva tenker du om det?

– Når en helsetjeneste blir en forbruksvare, er vi på vill veier. Vi er langt på vei kommet dit allerede. Det fører til overdiagnostikk, defensiv medisin og risikointervensjoner på friske, med en til dels tvilsom kost-nytte-verdi.

– Er det noe du ville ha hatt lyst til å gjennomføre hvis du var helseminister?

Han svarer som en erfaren ringrev i helsepolitikk, med hjerte i allmennmedisinen:

– Da ville jeg ha invitert Legeforeningen til en samtale om et nytt ekspertutvalg som kunne rigge opp en revidert og betydelig styrket fastlege- og legevaktordning, en som førte til at legene strømmet til fastlegejobbene fordi de fikk ny fremtidstro!

MARIT TVEITO

marit.tveito@me.com

Diakonhjemmet sykehus

Is i magen

Om å ha litt is i magen, selv når man søvndeprivert og utslitt legger igjen sine spor i en pasients journal.

Den skrøpelige sykehjemsbeboeren med diabetes type 2 hadde den siste tiden hatt et uregjerlig blodsukker, og på grunn av fremskreden demens var det vanskelig å tolke eventuelle symptomer på både hypo- og hyperglykemi. Blodsukkerverdier svingte mellom 1,5 og over 25, og beboeren var svært følsom for hurtigvirkende insulin. Sykehjemslegen var naturlig nok mest bekymret for insulinindusert hypoglykemi. Legen førte derfor følgende behandlingsplan ved hyperglykemi i medikamentkortet:

BS 15–20: Ha litt is i magen, IKKE gi insulin

BS 20–25: 2 IE Novorapid subkutant

BS 25–30: 4 IE Novorapid subkutant

«Det er heldigvis sjelden at slike språklige misforståelser øker risikoen for pasientskade»

Morgenen etter ga pleiepersonalet rapport om nattens hendelser. Beboeren med blodsukkersvingningene hadde hatt en strevsom kveld og natt, inn og ut av hyperglykemiindusert delirium. Det mest påfallende var at ved blodsukkerverdier mellom 15 og 20, steg de raskt opp til over 30 i timene etter. Sykehjemslegen spurte derfor hva pleiepersonalet hadde gjort når verdiene bikket 15.

– Vi gjorde det som sto på medikamentkortet, og ga ham litt is i magen.

Det er heldigvis sjelden at slike språklige misforståelser øker risikoen for pasientskade. Og det er lenge siden vi kunne le av differensialdiagnoser som f.eks. «hva som var galt synkope» eller «snerkoidose», skapt av de merkantile, fra kassettbånd med skurrelyd levert av turnuslegen i nattens mulm og mørke. Men slike latterbringende historier minner oss kanskje om verdien av språklig presisjon i tekstlig og muntlig gjengivelse av våre kliniske vurderinger.

Her er en slags knausgårdsk gjengivelse av virkeligheten, satt helt på spissen, fra et møte mellom to leger under previsitten:

– Hva kan du si om pasienten?

– Hun ble operert for et rupturert abdominalt aortaaneurisme i...

– Rumpert.

– Okey, da. Og siden har det forøvrig stort sett gått i bølgedaler.

– Uff, det høres slitsomt ut å være på bønn hele tiden.

– Ifølge pleierapporten VKO...

– VKO? Er det et akronym for Veldig Klar Openbart, eller kanskje Vital Kapasitet Okey?

– Nei, Våken, Klar og Orientert, selvsagt. Hun har dessuten smerter SVT sentrale deler av brystet.

– Brystmerter på grunn av supraventrikulær takykardi, det kan jo absolutt gi mening.

– Du misforstår igjen, hun har brystmerter SVarende Til sentrale deler av brystet. Og sviktfysikalia over lungene.

– Over hvilke(t) lungeavsnitt hører du disse fremmedlydene, som kanskje kan være inspiratoriske knatretyder? Som jo kan skyldes en rekke tilstander, ikke bare hjertesvikt.

– Vel, hun har negativ CRP, så jeg tror ikke det dreier seg om pneumoni.

– Minus 10 eller enda lenger nede på skalaen?

– Å, du kan være så sinnssykt irriterende, jeg vet at du vet akkurat hva jeg mener.

Ja, jeg vet at jeg kan irritere på meg selv en stein i slike samtaler. Men av og til klarer jeg ikke å dy meg for å opptre som ertekrok, dog alltid med glimt i øyet, og et visst alvor, og kun overfor kolleger som allerede kjenner mitt sære og tidvis gammelmodige (?) vesen.

Men misforstå meg rett: Jeg er stort sett veldig imponert over kvaliteten i mine kollegers strukturerte gjengivelser av sine kliniske inntrykk. Spesielt dem i den yngre garde, også når de, langt på natt, søvndepriverte og utslitte, legger igjen sine spor i pasientens journal.

Så til dere som, hypoglykemiske før frokost eller etter en lang arbeidsdag, møter et flisespikkende og irriterende språklig petimeter: Trekk pusten dypt, ha litt is i magen, og tenk gjerne på Hippokratess' vise ord:

«Språkets viktigste dyd er klarhet, og intet forringer det mer enn bruken av ukjente ord.»



BÅRD REIAKVAM KITTANG

bard.kittang@uib.no

er spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer, overlege ved Haraldsplass Diagonale Sykehus og Enhet for sykehjemsmedisin, Bergen kommune, og professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen.

Foto: privat

Kald kalkun, kald tyrker eller brå avvenning?

På engelsk sier man *cold turkey* når noen slutter brått med rusmidler. Hva heter det på norsk?

Når rusmiddelbrukere slutter tvert med for eksempel heroin, kalles dette gjerne for *cold turkey*. Ifølge *Oxford English Dictionary* har uttrykket vært brukt helt siden 1920-årene og er forklart som «a method of treating addicts by sudden and complete withdrawal of the drug, instead of by a gradual process» (1).

Uttrykket er kanskje billedlig ment (2, 3). Man kan se for seg en kald, ribbet kalkun: blekhvit, fuktig og nuppete, slik som huden hos folk i abstinensfasen etter avvenning fra rusmidler. Mange forbinder uttrykket med de voldsomme abstinensene man kan oppleve etter brå avvenning fra opioider, slik som i John Lennons berømte *Cold turkey* fra 1969, der han synger om egen heroinavhengighet og halvannet døgn med håpløshet, tyngdefølelse, kroppssmerter, feber, kuldegysninger, gåsehud og søvnløshet. Disse symptomene er mest typiske ved opioid-abstinenser, men kan nok også inntreffe ved bråstopp av andre vanedannende midler (4).

Abstinensene vil være beskjedne om man slutter med lave doser, men kraftige ved høye doser. Da toleranseutviklingen er spesielt høy for opioider, vil abstinensene her være tilsvarende kraftige. Medisinsk avvenning vil i dag oftest innebære nedtrapping framfor brå slutt (5).

I ordlista *Rus og språk*, samlet av Hans-Jørgen Wallin Weihe i 1990-årene, oversettes *cold turkey* ikke til *kald kalkun*, men til *kald tyrker* og med følgende forklaring: «Kommer av det amerikanske 'cold turkey' som betyr nedtrapping uten metadon eller annen medikamentell støtte. Overgangen fra bruk til ikke bruk skjer uten noen nedtrapping» (6). Denne oversettelsen har vært en del brukt, blant annet i flere romaner (7–9).

Kanskje kommer den fra dansk, der *kold tyrker* har vært et fast uttrykk fra omkring 1980 (10, 11). Dette omtales i den danske versjonen av Wikipedia for en *undersøttelse*, dvs. et ordspill (12), men det er uklart om det begynte som en morsomhet eller som en oversettelsesfeil (13).

Turkey kan ha minst to betydninger: kalkun eller som navn på landet Tyrkia. En tyrker omtales på engelsk som *a Turk*. Over-



Illustrasjonsfoto: Photofun12/iStock

settelsen fra *cold turkey* til *kald tyrker* tilfredsstillers ikke kriteriet om at en oversettelse bør kunne oversettes tilbake til originalen. Det heter ikke *cold Turk* på engelsk.

Kanskje er det best å bruke uttrykket *brå avvenning*, som ordboka anbefaler (14). Andre forslag i Nasjonalbibliotekets digitalbibliotek er *medisinfri avgiftning* (1984) og *gjøre kroppen dopfri uten medisinsk hjelp* (1997), men disse har knapt noen fortrinn fremfor *brå avvenning*, som er ganske selvforklarende. Hvis det er snakk om forskrevne legemidler, vil man nok si bråseponering. Hvis man ønsker å bruke betegnelsen *cold turkey*, kan man sette det i parentes bak: *brå avvenning (cold turkey)*.

JØRGEN G. BRAMNESS

er dr.med., spesialist i psykiatri, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) ved Sykehuset Innlandet og professor ved UiT Norges arktiske universitet.

ERLEND HEM

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

LITTERATUR

- 1 Oxford English Dictionary. 'cold turkey' in turkey, n.2, sense 2.e. Lest 16.8.2023.
- 2 Det norske akademis ordbok. cold turkey. Lest 24.7.2023.
- 3 Haubrich WS. Medical meanings: a glossary of word origins. 2. utg. Philadelphia, PA: American College of Physicians, 2003: 54.
- 4 Mørland J, Waal H. Rus og avhengighet. Oslo: Universitetsforlaget, 2019: 40, 172.
- 5 Norsk legemiddelhåndbok. G27.10.1 Tabell 1: Forslag til nedtrapping for legemidler som bør trappes ned gradvis før seponering. Lest 30.7.2023.
- 6 Weihe H-JW. Rus og språk: ordliste over ord brukt i forbindelse med rus og rusbruk med synonymordliste. Revidert utgave. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer, 2000: 46.
- 7 Adler-Olsen J. Selfies. Oslo: Aschehoug, 2022: 344.
- 8 Bowen J. En gatekatt ved navn Bob. Oslo: Bastion, 2017: 207.
- 9 King S. Trollmannen og glasskulen. Oslo: Cappelen Damm, 2016: 92.
- 10 Mørch IE. Kold tyrker, uttrykkets oprindelse. Dansk Sprognævns svarbase. Lest 24.7.2023.
- 11 Den danske ordbog. tyrker eller tyrk. Lest 24.7.2023.
- 12 Wikipedia. Kold tyrker. Lest 24.7.2023.
- 13 Dansk Sprognævns svarbase. Kold tyrker. Lest 24.7.2023.
- 14 Stor engelsk-norsk ordbok. cold turkey. Lest 24.7.2023.

Paratyfusutbrudd i Kristiania

I Tidsskriftet nr. 13/1919 finnes en notis om et utbrudd av paratyfus i hovedstaden. Smittekilden ble antatt å være melk fra Hamar og Fet. Noen utgaver senere, nærmere bestemt i nr. 16–17/1919, finnes en kort oppdatering om smittesituasjonen. Der kan vi også lese at meieriet som ble mistenkt for å være opphavet til smitten, skulle brennes (Tidsskr Nor Lægeforen 1919; 39: 544–5 og 678).

JULIE DIDRIKSEN

julie.didriksen@tidsskriftet.no
Tidsskriftet

Paratyfus i Kristiania.

Der er i juni optraadt endel tilfælder av paratyfus. I uken 1ste–7de juni er der ifølge helseraadets rapport optraadt 13 tilfælder. De falder spredt over de forskjelligste dele av byen, saaledes 3 i Frogner sogn, 1 i Fagerborg, 6 i Gamle Aker, 1 paa Grønland, 1 i Paulus sogn og 1 i Petrus. I uken 8de–16de juni var der anmeldt flere tilfælder end i forrige uke. Man var til 12te juni naad op i 30. Der var indtil da bare forefaldt 1 dødsfald; men sygdommen var imidlertid endnu for meget i sin begyndelse til, at man kunde uttale noget om, hvorvidt den dennegang optræder mildt eller ikke.

Smittekilden kan, efter hvad man antar, føres tilbage til melk fra Hamar og Fet, fra hvilke steder der sendes større melkemængder til Kristiania. Melken fra disse

«Smittekilden kan, efter hvad man antar, føres tilbake til melk fra Hamar og Fet, fra hvilke steder der sendes større melkemængder til Kristiania»



Illustrasjonsfoto: Adolf Skjegstad / Anno Domkirkeodden / CC PDM

steder blir nu pasteurisert, før den sælges fra Kristiania melkeutsal. Til den 24de juni var der i Fet iagttat ca. 50 tilfælder.

Tyfus i Fet næsten ophørt.

Den i Fet herred i juni–juli herskende tyfus-epidemi (jvfr. notisen «Paratyfus i Kristiania» i nr. 13 s. 544) var ifølge meddelelser av 28de

juli fra Lillestrøm da omtrent ophørt. Av de omtrent 60 syke var samtlige i bedring. I disse siste 2 uker var bare indtruffet 1 nyt tilfælde. – Helseraadet besluttet, at meieriet, hvorfra smitten antokes at skrive sig, skulde brændes (!).

Seksuell helse er en menneskerett



KVINNEHELSE I KRISETID

Kristine Sommerset Bjartnes
Pandemiens konsekvenser i Norge og verden. 186 s., Oslo: Universitetsforlaget, 2023. Pris NOK 399. ISBN 978-82-15054-65-0

Kristine Sommerset Bjartnes har skrevet en bevisstgjørende bok om hva kvinnehelse er og om vedtak og tiltak i nyere tid som har hatt betydning for kvinners helse over store deler av verden. Forfatteren forteller om hvilke internasjonale organer som vokter kvinners helserettigheter, og om enkeltindividers innsats for å skaffe kvinner prevensjon, trygg abort,

svangerskapsomsorg og beskyttelse mot vold.

Bjartnes er utdannet ved NTNU med mastergrad i likestilling og mangfold, og hun jobber nå for FN i New York. Boka er lettlest og kan være av interesse for alle som vil forstå mer om hvordan helsetjenester påvirkes av moral, lover og prioriteringer.

Bokas undertittel «Pandemiens konsekvenser i Norge og verden» er litt villedende. Leseren må ikke tro at boka handler om koronapandemien, selv om forfatteren bruker pandemien som et eksempel på at reproduktive helsetjenester nedprioriteres i krisetider. Blant annet kan kriser bli aktivt brukt for å forhindre tilgangen til abort.

Den første delen av boka er, etter min mening, best. Her forklarer forfatteren begreper vi i liten grad lærer om på medisinstudiet, men som vi burde kjenne til: seksuelle rettigheter som må oppfattes som en del av menneskerettighetene, seksuell rettferdighet, biomakt og biopolitikk. Hun illustrerer biopolitikk med eksempler fra USA, Polen og Russland, og beskriver hvordan anti-liberal biopolitikk brer om seg i verden når kvinners, homofiles og trans-

personers rettigheter innskrenkes i mange land.

Politiske motsetninger innad i et land og mellom land dreier seg ikke sjelden om seksuelle rettigheter. Hvis for eksempel den offisielle politikken i et land legitimerer sex utelukkende i heteroseksuelle ekteskap, blir det vanskelig å oppnå internasjonal konsensus om seksuelle rettigheter, eller å tilby prevensjon og abort til kvinner som ikke er gift. I USA ble abortbestemmelsene overført fra grunnloven til hver enkelt stat i juni 2022. Biopolitikk blir dermed en viktig valgkampsak. Prideflagget som vaier overalt i juni, er også et resultat av biopolitikk.

Bjartnes har skrevet en bok som er verdt å lese. Den får meg til å lure på hva morgendagens begrensninger for reproduktiv helse vil være i et land som Norge? Hun referer til FN-konferansen i 1994 der det var enighet om at kvinner har rett til å bestemme når og hvor mange barn hun vil ha. Mon tro hvor valgfritt «når» kan bli, og hvilken rolle internasjonal fertilitetsindustri vil få.

ANNE ESKILD

Overlege på Kvinneklubben
Akershus universitetssykehus

Utførlig om infertilitetsbehandling



HVORFOR BLIR JEG IKKE GRAVID?

Nan B. Oldereid
336 s., ill, Gyldendal Forlag, 2023. Pris NOK 399. ISBN 9788205565951

Forfatteren har lang erfaring med infertilitetsbehandling. Hennes ambisjon har vært å samle evidensbasert kunnskap innen feltet og gi trygg og viktig informasjon til målgruppen, som er kvinner og par som strever med barnløshet.

Dette er en meget god opplysningsbok i avansert medisinsk faglig behandling av infertilitet. Forklaringene er gode, og årsak-

ker til infertilitet og avansert behandling er forklart på en slik måte at legfolk kan tilegne seg mye kunnskap. Forklaringer, forkortelser og faguttrykk er oppsummert i oversiktlige faktabokser. Boken kan leses i sin helhet, men også brukes som oppslagsverk.

Assistert befruktning får en stor plass i denne boken. Biotechnologiloven omtales grundig, og det er nyttig.

Det presenteres mange gode og illustrerende pasienthistorier. Det slår en at de så å si alle har en «happy ending»: oppnådd graviditet. Hvordan går det med de som ikke lykkes? Når skal man gi opp videre behandling? Dette er spørsmål som kunne fått mer inngående omtale.

Boken omtaler i liten grad den vanligste årsaken til infertilitet: høy alder. Det savnes en problematisering av dette. Hva er det i vårt samfunn som fører til at en del gjør livsvalg som utsetter det å prøve å bli gravid for lenge? Å få barn i beste fertile alder ville løst mange infertilitetsproblemer.

Fedme er en ikke sjelden årsak til infertilitet, men omtalen av fedmebehandling er svært sparsom. Det nevnes at livsstil er viktig for fertiliteten, men livsstilsrådene er få.

En ny trend jeg opplever i min praksis, er kvinner som ønsker henvisning til gynekolog for å «sjekke sin fertilitet». Det finnes ikke tester som med sikkerhet kan fastslå dette. Det savnes derfor mer forklaring til kvinner som stiller slike spørsmål.

Forfatteren jobber ved og har ansvar for Livio-klinikken i Oslo. Innledningsvis sies det at det ikke er forskjell på kvinnene eller parene som oppsøker privat eller offentlig helsevesen. For de av oss som er bekymret for utviklingen av et todelt helsevesen, blir dette en lettvinnt påstand. Forpliktelsen til forretningsmodellen versus samfunnsoppdraget for leger i privat versus offentlig helsevesen er en aktuell problemstilling. Tilgang til omtalt behandling og tilbud er avhengig både av bosted og økonomi. Boken problematiserer ikke dette.

Med disse forbehold kan boken absolutt anbefales til kvinner og par som ønsker å sette seg inn i infertilitetsbehandling. Som mer generell fertilitetsopplysning har den noen svakheter.

TRINE BJØRNER

Lege
Majorstuhuset legegruppe

Sterk roman om kreftsykdom og død



DU DRO

Kjell Erik Strømskag
239 s. Arne forlag, 2023
Pris NOK 346
ISBN 978-82-30356-34-0

«Etter tilbakefallet handlet alt om deg. Du visnet. Jeg prøvde å oppfylle alle ønskene dine. Dagene var uten pauser. Det var korte netter. Ukene ble uoversiktlige. De kom uten manus og dreiebok. Du ga tegn enten jeg var våken eller sov. Det var ordrer og beskjeder. Pauseknapp fantes ikke. Det var dette ene opptaket. Opptaket kunne ikke klippes eller redigeres.»

Disse linjene som innleder romanen *Du dro*, oppsummerer nærmest boken. En kvinne får tilbakefall av brystkreft åtte år etter avsluttet behandling. Kreften har spredd seg, og hun starter med cytostatika. Etter tre behandlinger vil hun ikke mer. Bivirkningene er for slitsomme og stjeler tiden hennes. Romanens jeg-person er kvinnens ektefelle, de er begge leger. Hun ber om at han må skrive deres historie, og det gjør han – det er den vi leser.

De to møttes på legestudiet. Det eneste barnet deres døde i en drukningsulykke. Livet har bestått av svimlende kjærlighet og begjær, hverdager, karrierer og legeliv, skuffelser, svik, tap og sorg. I romanen veves fortellingen om det som har vært, inn i beretningen om kvinnens siste måneder, uker og dager. Hun er svært svekket, men har mange ønsker for den siste tiden. Jeg-personen forsøker å oppfylle disse så langt han makter, men det er krevende.

Fortellerstilen er stram og drivende, med korte, kontante setninger og ordvekslinger. Språket er godt og nyansert, og forfatterens bruk av metaforer maner frem stemninger. «Vi dro en tirsdag morgen. Jeg var ikke klar

for tur. De siste ukene hadde vært krevende. Vi var isflak i kaldt vårvann. Dagene gjorde oss mindre og skjøre. Vi gled fra hverandre.» Et særegent grep er at fortellingen flere ganger avbrytes av, eller kanskje heller utvides med, avsnitt i kursiv hvor kvinnens symptomer, som anstrengt respirasjon eller uro, forklares fysiologisk. Leseren blir så å si tatt med inn i kvinnens kropp og endringene som skjer der, både før og etter hennes død. Disse tekstbrokkene er opplysende og en form for kunnskapsformidling.

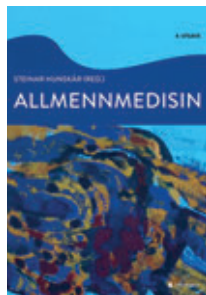
Som spesialist i anestesilogi og innenfor palliativ medisin, vet Strømskag hva han skriver om. I det palliative fagfeltet har det vært en tendens til å idyllisere livets siste fase og døden, men det er langt fra tilfelle her. Fortellingen er i perioder derimot preget av smerte, ydmykelse og håpløshet – for begge parter. Dette gir romanen troverdighet.

Du dro er Strømskags debut som skjønnlitterær forfatter. Det synes jeg han kommer svært godt fra.

LISBETH THORESEN

Førsteamanuensis, Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap
Universitetet i Oslo

Et glimrende verktøy for (allmenn)leger



ALLMENNMEDISIN

Steinar Hunsbakk
1072 s., ill. Gyldendal Forlag,
2023. Pris NOK 1199
ISBN 9788205579866

Den nærmest klassiske læreboken og oppslagsverket *Allmennmedisin* er nå ute i fjerde utgave. Som før er utgivelsen rettet mot allmennleger i klinisk praksis og ment som lærebok for legers grunnutdanning. Utgiveren angir også at boken er godt egnet for andre yrkesgrupper i helsevesenet som samarbeider med allmennleger. Undertegnede mener at dette verket vil være av stor interesse for de fleste leger, uavhengig av

spesialitet, da det vil være mye av relevans for enhver faggruppe.

Boken er inndelt i fem seksjoner. Første del beskriver særtrekk ved fagområdet allmennmedisin, blant annet tenke- og arbeidsmåter. Del 2 omhandler noen av de vanligste kontaktårsakene i allmennmedisin, som slapphet, feber, magesmerter og søvnforstyrrelser samt utredning og håndtering av disse.

Hoveddelen (del 3) beskriver organspesifikke sykdommer som blod-, fordøyelses- og øyesykdommer, i tillegg til psykiske forstyrrelser, skader og forgiftninger, seksualmedisin og svangerskap. Fjerde del handler om viktige helseaspekter ut fra ulike alderssegmenter. Her blir sykdommer hos barn og viktige geriatrike problemstillinger tatt opp. Det er nyttig at boken vier mye plass til temaer som gjelder medisinsk behandling av eldre.

I femte og siste seksjon deles nyttige punkter om hvordan man skal ivareta pasienter med kroniske tilstander, pasienter med innvandringsbakgrunn, familiemedisin samt røykeavvenning og behandling av personer med rus- og avhengighetsproblemer.

Læreverket har en flott og logisk inndeling, og teksten er velskrevet og poengtert. Leseren får fine innspill til å forstå symptomer og tegn på alvorlige tilstander og når man bør henvise til grenspesialiteter. *Allmennmedisin* er svært klinisk rettet, og slik gir boken en kondensert og nyttig fremstilling av et enormt fagområde. Denne helt oppdaterte utgaven anbefales på det sterkeste og fortjener en sentral plass i mange legers bokhyller.

GRUNDE WIBETOE

Lege
Medisinsk klinikk, Ullevål universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

www.med.uio.no/disputaser/



STENER NERLAND

Probing the dysmyelination hypothesis in schizophrenia spectrum and bipolar disorders: Methodological appraisal and clinical investigations of cerebral grey and white matter myelination. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 1.11.2023.

Bedømmelseskomité: Lena Palaniyappan, McGill University, Canada, Asta Kristine Håberg, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og Ping Qin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ingrid Agartz, Ivan I. Maximov, og Oliver M. Geier.

EMILIE STEINBAKK ULRIKSEN

Identification of novel pharmaceutical compounds from traditional Norwegian medicinal plants with focus on immunomodulation and the gut microbiome. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 3.11.2023.

Bedømmelseskomité: Andreas Hensel, University of Münster, Tyskland, Jóna Freysdóttir, University of Iceland, Island, og Guttorm Haraldsen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Marit Inngjerdingen, Helle Wangensteen og Bastiaan Star.

UNIVERSITETET I BERGEN

www.uib.no/info/dr_grad/



SONDRE SERIGSTAD

Syndromic molecular testing in adults hospitalized for suspected community-acquired pneumonia. Utgår fra Klinisk institutt 1. Disputas 26.10.2023.

Bedømmelseskomité: Christian Backer Mogenssen, Universitetssykehuset i Syd-Danmark, Malene Plejdrup Hansen, Universitetet i Aalborg, Danmark og Marianne Aanerud, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Harleen Grewal, Rune Oskar Bjørneklett og Siri Tandberg Knoop.

BRITT ENGAN

Cardiac Function and Early Risk Markers for Cardiovascular Disease in Children and Young Adults Surviving Severe Childhood Disease. Utgår fra Klinisk institutt 2. Disputas 3.11.2023.

Bedømmelseskomité: Bjørnar Grenne, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Jan Sunnegårdh, Göteborgs universitet, Sverige, og Dana Cramariuc, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Elisabeth Leirgul og Gottfried Greve.



Det skapende universitet

http://www.ntnu.no/kalender#tag=disputaserdmf

NINA JEBENS NORDSKAR

Endometrial cancer: diagnostic accuracy of preoperative imaging and oncologic outcome and treatment complications after implementation of a sentinel lymph node algorithm. Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap. Disputas 27.10.2023.

Bedømmelseskomité: Henrik Falconer, Karolinska Institutet, Sverige, Ingvild Vistad, Universitetet i Oslo, og Michel van Schaardenburgh, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Guro Aune, Bjørn Hagen, og Ane Gerda Zahl Eriksson.

HENRIK ALEXANDER RUNDE

Comprehensive Examination of Hip Fracture Recovery: Addressing the Role of Changed Anatomy, Cognitive Function and Mobility Assessments. Utgår fra Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap. Disputas 12.10.2023.

Bedømmelseskomité: Jürgen Bauer, Heidelberg University, Tyskland, Margreth Grotle, OsloMet, og Carina Gøtestam Skorpen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Lars Gunnar Johnsen og Kristin Taraldsen.

MARTIN SYVERTSEN MYKLAND

Migraine and sleep - The effects of insufficient sleep on brain function in migraine. Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap. Disputas 19.10.2023.

Bedømmelseskomité: Gianluca Coppola, Sapienza University of Rome, Italia, Hatice Tankisi, Aarhus University Hospital, Danmark, og Erik Magnus Berntsen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Petter Moe Omland, Trond Sand og Martin Uglem.

JANICKE MARITA SYLTERN

Ok, stranger fetus-baby: I love you The ethics of life and death decisions at the border of viability. Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin. Disputas 20.10.2023.

Bedømmelseskomiteé: Eduard Verhagen, University Medical Center, Groningen, Nederland, Alice Cavolo, Centre for Biomedical Ethics and Law, KU Leuven, Belgia, og Elisabeth Balstad Magnussen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Veiledere: Ragnhild Støen, Lars Øystein Ursin og Berge Solberg.

ABEER BADAWY

Promoting social interaction for older adults in long-term care through technology-mediated communication: Experiences, practices, and value. Utgår fra Institutt for helsevitenskap i Ålesund. Disputas 30.10.2023.

Bedømmelseskomiteé: Elin Thygesen, Universitetet i Agder, Christine Gustafsson, Sophiahemmet Högskola, Sverige, og Simon Lewin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Rigmor Einang Alnes, Mads Solberg og Aud Uhlen Obstfelder.

TRINE HUSBY

PET/MRI in lymphomas. Studies on baseline staging, response assessment and imaging biomarkers. Utgår fra Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk. Disputas 30.10.2023.

Bedømmelseskomiteé: Daniel Molin, Uppsala Universitet, Sverige, Eivor Eugenie Hellstrøm Hoddevik Hernes, Oslo Universitetssykehus, og Tarje Onsjøen Halvorsen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Live Eikenes og Unn-Merete Fagerli.

GØRAN TROSETH ANDERSEN

Clinical Aspects in Translational Research on Gastric Tumorigenesis and Development of New Treatment. Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin. Disputas 1.11.2023.

Bedømmelseskomiteé: Yijiang Chen, The 1st Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Kina, Oksana Zayachkivska, Lviv National Medical University, Ukraina, og Oluf Dimitri Røe, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Duan Chen, Jon Erik Grønbech og Chun-Mei Zhao.

UiT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

<https://uit.no/tavla>

**HILDE RISVOLL**

Health care professionals' caretaking of persons with dementia who use dietary supplements. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet. Disputas 12.10.2023.

Bedømmelseskomiteé: Sverre Bergh, Nasjonalt Senter for Aldring og Helse, Sykehuset Innlandet HF, Susanne Kaae, Universitetet i København, Danmark, og Guri Skeie, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Frauke Musial.

CHRISTIAN ABENDSTEIN KJELLMO

Assessment of LDL and HDL Subfractions and Metrics of HDL Function in High-Risk Patients of Cardiovascular Disease: Evaluation of Four Different Interventions. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet. Disputas 27.10.2023.

Bedømmelseskomiteé: Lennart Nilsson, Linköpings Universitet, Sverige, Vibeke Telle-Hansen, OsloMet, og Eyvind Paulssen, og Institutt for klinisk medisin, UiT- Norges Arktiske Universitet.

Veiledere: Anders Wilhelm Hovland og Knut Tore Lappegård.

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

**Bodø kommune****Fastlegehjemmel**

Bli med i oppstarten av et moderne legekantor i Posthusgården, Bodø. Les mer om stillingen på www.bodo.kommune.no/ledige-stillinger/

Søknadsfrist: 26.11.2023

**Fastlegehjemmel - Kroken legekantor**

Kroken Legekantor er en 5- legers praksis med fire helsesekretærer. For en bedre fastlegehverdag tilbyr kommunen økt basistilskudd, etableringstilskudd til oppkjøp av etablert fastlegehjemmel og kommunal sykeforsikring. For fullstendig utlysning, se kommunens nettside eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 27.11.2023

Legejobber.no

**Eigersund kommune**

Sammen for alle

Ledige hjemler for privatpraktiserende allmennlege

Eigersund kommune har ledig tre avtalehjemler for privatpraktiserende allmennlege i fastlegeordning. Alle hjemlene er i fellespraksis.

1. Egerlegene. Listelengde 1050 pasienter, det er p.t. tilknyttet 392 listepasienter. Denne listen har ikke vikar, men pasientene ivaretas av annen lege.
2. Blandeverket legesenter. Listelengde 1250 pasienter, p.t. 736 listepasienter tilknyttet. Denne listen har vikar.
3. Blandeverket legesenter. Denne listen har ikke vikar, pt. 512 listepasienter tilknyttet

Kontakt: Kommuneoverlege Bjarne Rosenblad tlf. 920 81 879.

Se www.eigersund.kommune.no - Ledig stilling - for fullstendig utlysningstekst og søknad.

SØKNADSFRIST: 12.12.2023



BERGEN
KOMMUNE

Ledig fastlegehjemmel ved Markeveien Legesenter - Bergenhus bydel

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

Søknadsfrist: 03.12.2023

Legejobber.no



Oslo

Oslo kommune
Bydel Østensjø

Ledig fastlegehjemmel i Bydel Østensjø

Bydelen har nå ledig hjemmel for fastlege ved Bryn Senter Legekantor med oppstart fra 01.05.2024. For fullstendig utlysning og link til søknadsskjema, se kommunens nettsider eller Legejobber.no **Søknadsfrist: 27.11.2023**

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSportal

Norges mest komplette
oversikt over ledige
legejobber

FORSKJELLIGE STILLINGER

**Legespesialist i privat klinikk i Fredrikstad**

Har du lyst til å jobbe privat? Hos oss får du mulighet til å bygge opp egen pasientliste.

Faust medisinske senter er et hyggelig spesialisenter i Fredrikstad. Senteret startet opp i 2019, og har etter snart 5 års drift fått god pasientpågang. Senteret eies og driftes helt privat.

I dag er vi ortoped, allmennlege, fysioterapeut og gynekolog. Vi har i tillegg knyttet til oss to psykologer.

Er du autorisert helsepersonell og ønsker å jobbe privat så har vi ledig kontor til deg. Ta gjerne kontakt med daglig leder Tom Henry Sundøen på tlf. 69003500 eller per e-post post@faustmedisinskesenter.no

Søknadsfrist: 15. desember 2023



**ODD FELLOW
MEDISINSK-VITENSKAPELIG FORSKNINGSFOND/
ASTA OG MIKAEL AKSDALS FOND FOR
MEDISINSK-VITENSKAPELIG FORSKNING**

og

**ODD FELLOWS FORSKNINGSFOND FOR MULTIPLE
SKLEROSE-SYKDOMMEN**

Odd Fellow Ordenen i Norge ønsker å støtte norsk medisinsk forskning med midler.

Frist for søknad om støtte til vitenskapelig arbeid fra årets tildeling av forskningsmidler må være oss i hende innen 15. januar 2024. Søknadsskjema fås ved henvendelse til sekretariatet på e-mail odd.fellow@oddfellow.no.

Forskningsmidler **kan bare brukes til drift**, ikke til lønn.

LEDIGE LEGATER – STIPENDIER – FOND

SONNEBORN STIFTELSE

er opprettet i 1989 til ære for Rudolf G. og Inger-Ma Sonneborn.

I samsvar med Stiftelsens formål kan det i 2023 disponeres inntil kr. 100.000 som bidrag til medisinsk forskning og til kulturelle aktiviteter i Bergen by. Beløpet kan deles på flere søkere.

Minst 60 % av det beløp som utdeles skal gis til medisinsk forskning innen immunologi, fortrinnsvis AIDS, revmatisme og lungesykdommer. Styret har lagt til grunn at bidrag fra Stiftelsen bør tilgodese direkte prosjekterrelaterte utgifter.

Videre kan Stiftelsen gi bidrag til kulturelle formål i forbindelse med aktiviteter lokalisert til Bergen by. Kultur og kulturelle aktiviteter er et vidt begrep. Stiftelsens styre foretar derfor sin vurdering ut fra de aktiviteter som antas å ville ha ligget donator nærmest og som vil nå et vidt publikum.

Det er intet søknadsskjema, men prosjektbeskrivelse, budsjett, CVer og andre referanser bør medfølge søknaden.

Søknad med dekkende redegjørelse og begrunnelse sendes **innen 30. november 2023** til Sonneborn Stiftelse v/Steinar ter Jung, Drammensveien 98, 0273 Oslo eller til mailadresse: stjung@online.no

Ønsker du å søke støtte? Søknadsfrist 10. januar

Forskningsfondet om nevromuskulære sykdommer: Totalt til tildeling ca. kr 500.000

Erik Allums Legat for Duchenne: Totalt til tildeling ca. kr 300.000

Prosjektstøtte/forskningsmidler innen årsak, arvelighet, diagnostikk, behandling og økt livskvalitet knyttet til sjeldne nevromuskulære diagnoser. Mer informasjon på <https://ffm.no/ffm/legater-og-fond/>

Ta gjerne kontakt med Kristin Gran Rolfsnes, FFM, fondet@ffm.no Tlf. 40329009 (kjernetid 10-14 mandager og torsdager) www.ffmpeg.no

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

KURS OG MØTER



Utdanning 2024

Forlenget sorg-terapi (FST)

Arbeider du jevnlig med komplisert sorgproblematikk? Da kan vår utdanning i Forlenget sorg-terapi (FST) være noe for deg!

Omtrent 7% av alle som opplever tap av en nærstående utvikler forlenget sorgforstyrrelse. FST er en evidensbasert psykoterapiform med god behandlingseffekt for voksne.

Utdanningen går over fem dager fordelt på to samlinger, med veiledning mellom samlingene.

Oppstart 23. januar 2024
Søknadsfrist 3. desember 2023

www.uio.no/fst



UNIVERSITETET
I OSLO



NSSF

Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Demensdiagnostikk og behandling – i en ny tid

6. desember, Oslo kongressenter
Siste nytt fra de fremste ekspertene innen klinikk, forskning og etikk.

Scan QR-koden for mer info.



Aldring og helse
Nasjonalt senter

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.**

Vil du annonsere for din spesialistpraksis?

Gå til www.legespesialister.no for gratis registrering på nett.

Ønsker du annonse her? Kontakt oss på post@legespesialister.no, så hjelper vi deg med utforming.



Legespesialister.no

TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING

Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast



TAUSHETSPLIKTENS GRÅSONER - NÅR BØR MAN MELDE FRA?

Gjester: Martine Enger og Hanne Eeg-Henriksen

ET BÆREKRAFTIG HELSEVESEN

Gjester: Sara Eriksen og Erlend Tuseth Aasheim

KUNSTIG INTELLIGENS INNEN HELSE - GI GASS ELLER BREMSE?

Gjest: Helga Maria Bergem Brøgger

I tillegg forteller Are Brean annenhver uke om siste nytt fra internasjonale medisinske tidsskrifter.

Stetoskopet finner du der du lytter til podkast, på tidsskriftet.no/podkast eller via QR-koden til venstre



Teknologiske løsninger alene redder ikke helsetjenesten



ANNE-KARIN RIME
PRESIDENT

Vi ser ofte en overdreven tro på hvor mye tid helsepersonell kan spare på å innføre ny teknologi.

Nylig deltok jeg på EHiN 2023 – Norges største konferanse om e-helse. Temaene for debattene i år var alt fra kunstig intelligens til velferdsteknologi, og hvordan vi skaper en mer bærekraftig helsetjeneste.

På konferanser som EHiN, råder teknologi-optimismen. Og det er ingen tvil om at for eksempel kunstig intelligens vil kunne gjøre arbeidshverdagen lettere for helsepersonell. Den demografiske utviklingen, med stadig flere eldre, gjør at vi er nødt til å drifte helsetjenesten annerledes. Gode og effektive IT-verktøy er helt avgjørende. Likevel tror jeg vi legger teknologi og digitalisering for mye vekt i troen på hva som skal redde oss ut av de utfordringene helsetjenesten står i.

Den siste tiden har vi nemlig få gode eksempler på at IT-prosjekter i helsetjenesten har gjort arbeidshverdagen enklere for helsepersonell. Tvert imot. Selv om den teknologiske utviklingen de siste tiårene har vært imponerende, så krever den også mer menneskelig kompetanse – ikke mindre.

Dette er noe de ansatte ved St. Olavs hospital i Trondheim har fått føle på det siste året. Året har vært preget av innføringen av Helseplattformen. Journalsystemet som skulle gjøre pasientbehandlingen tryggere og arbeidshverdagen bedre for de ansatte, har så langt kun bidratt til det motsatte.

Nylig sendte Legeforeningen et brev til styret i Helse Midt-Norge, der vi understreket vår bekymring. Ett år etter innføringen er systemet fortsatt beheftet med så mange feil at kvaliteten og funksjonaliteten totalt sett ligger langt under hva som kan forventes. Situasjonen er kritisk. Legeforeningen er svært bekymret for konsekvensene dette får for pasientsikkerheten og for arbeidsmiljøet til de ansatte, både på kort og lang sikt.

Skal vi lykkes med å innføre ny helse-teknologi, er klinikerinvolvering helt avgjørende. I debattene jeg deltok i under EHiN var det stor enighet om dette, og at man trenger et tettere samarbeid mellom klinikere og utviklere. Ikke minst er det viktig å spørre seg hvilket problem man skal løse. Å styrke det akademiske miljøet innen klinisk informatikk i Norge og å etablere flere stillinger for kliniske informatikere, vil også være av stor betydning.

Selv om gode IT-verktøy er viktige for at helsetjenesten vår skal lykkes i møtet med fremtidige utfordringer, må det ikke bli en hvilepute. Vi ser ofte en overdreven tro på hvor mye tid helsepersonell kan spare på å innføre ny teknologi – og ikke minst hvor tidsbesparende ulike former for digitalisering faktisk er. Skal vi lykkes med å omstille helsetjenesten for fremtidige utfordringer, må vi innse at IT er én av flere løsninger. Vi må ikke glemme andre investeringer som kan være vel så tidsbesparende.

AK Rime

Spesialitetskomiteene er sakkyndige og rådgivende utvalg i Legeforeningen. Aktuelt i foreningen har tatt en prat med lederen for spesialitetskomiteen i barne- og ungdomspsykiatri, Gro Janne Wergeland, for å få vite litt om hvordan de jobber.

– Spesialitetskomiteene fremmer kvaliteten i faget

– Jeg er interessert i faget og fagutvikling. Det å ha muligheten til å være med å tenke langsiktig om retningen faget går i, fremme fokus på kvalitet i utdanningen og arbeide frem endringsforslag i utdanningen i dialog med fagpersoner, er svært spennende. Det er nok dette som er grunnen til at jeg ble med i spesialitetskomiteen, sier Gro Janne Wergeland, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og leder for spesialitetskomiteen i barne- og ungdomspsykiatri.

Når hun ikke er engasjert i arbeidet med spesialitetskomiteen, jobber Wergeland som overlege ved klinikk for psykisk helsevern for barn og unge i Helse Bergen. Samtidig arbeider hun med forskning og undervisning som professor ved Klinisk institutt ved Universitetet i Bergen.

Wergeland startet sine medisinstudier i Bergen og gjennomførte turnus i Harstad. Allerede da hun skulle skrive sin særøppgave falt valget på et emne i barne- og ungdomspsykiatri, så interessen for faget var der tidlig.

– Vi er heldige og har et stort fagmiljø i Bergen med både generalist-poliklinikker og en rekke mer spesialiserte enheter. Fokuset klinikken har hatt på fagutvikling de siste årene er veldig inspirerende. Det gir mulighet til å delta i mindre eller større kvalitets- og forbedringsarbeider, eller i forskningsprosjekter, og slik kunne bidra til å utvikle faget videre, sier Wergeland.

Å jobbe med unge i utvikling

Lederen for spesialitetskomiteen trekkes mot breddekompetansen barne- og ungdomspsykiatri krever, og å jobbe tverrfaglig i team. Faget krever mye refleksjonsarbeid, forteller hun. Det tverrfaglige samarbeidet er viktig, både i utredningen og i oppfølgingen av barnet eller ungdommen og familien.

«Barne- og ungdomspsykiatere som er engasjert i faget og fagutvikling må gjerne melde sin interesse for arbeid i spesialitetskomiteen»

**GRO JANNE WERGELAND, LEDER FOR
SPESIALITETSKOMITEEN I BARNE- OG
UNGDOMSPSYKIATRI**

– Å få til et samarbeid med barn og ungdom kan noen ganger være krevende. Særlig der de selv kanskje ikke er motiverte, eller ser behovet for hjelp i øyeblikket.

Wergeland innrømmer at det kan være tøft å jobbe med barn og ungdom i vanskelige situasjoner, og trekker særlig frem viktigheten av gode kollegaer å støtte seg på.

– Fagets spennvidde innebærer også at man møter barn og ungdom i en fase med stor utvikling. Man ser kanskje bare bruddstykker eller uferdige tilstandsbilder, der det

blir viktig å følge utviklingen over tid og kanskje gjennom år. Det har nok blitt mer fokus på livsløpsperspektivet i en del psykiske lidelser gjennom de siste årene, konstaterer hun og understreker at det er både meningsfullt og spennende når behandlingen fører til at barnet eller ungdommen kommer inn i et bedre utviklingsspor.

Hvorfor spesialitetskomiteen

Det er opplagt at Wergeland har et veldig stort engasjement for faget. Men er det noe spesiell grunn til at hun ble med i spesialitetskomiteen?

– Det har vært spesielt interessant å arbeide med overgangen til læringsmål og læringsaktiviteter i spesialistutdanningen. Blant annet har komiteen jobbet med å sikre nasjonalt anbefalte kurs og terapiutdanning i faget, svarer hun og legger til:

– Det er også et stort pluss at komiteen består av engasjerte kollegaer som representerer ulike helseregioner, og by og distrikt.

Tiden etter pandemien

Pandemien førte til at utdanningsvirksomhetene over tid hadde liten kontakt med andre aktører om den nye strukturen for spesialistutdanning. Dette falt sammen med innkjøringen av en ny utdanningsstruktur, som ikke var godt etablert ved mange utdanningsinstitusjoner.

– Behovet for oppfølging var derfor stort. Etter pandemien har spesialitetskomiteen



BRENNER FOR FAGET: – Å fremme fokus på kvalitet i utdanningen og arbeide frem endringsforslag i utdanningen i dialog med fagpersoner, er svært spennende, sier Gro Janne Wergeland. Foto: Anders Ryen

intensivert besøk hos utdanningsinstitusjonene, og har planer om å besøke alle i løpet av en fireårs-periode. Dette har vært nyttig og nødvendig, både for komiteen og institusjonene, sier Wergeland.

– Under besøkene fortelles det om en stor økning i henvisninger til barne- og ungdomspsykiatri. Henvisningsantallet økte betydelig under pandemien, og har stabilisert seg på et jevnt høyt nivå uten å gå tilbake til slik det var før pandemien. Dette setter selvfølgelig et stort press på tjenestene og på økt drift. I denne situasjonen blir det særlig viktig med fokus på kvaliteten i utdanningen, understreker Wergeland.

Besøkene på utdanningsinstitusjonene

Når spesialitetskomiteen besøker en utdanningsinstitusjon, har de i forkant mottatt en rapport med opplysninger om generell utdanningsplan, læringsarenaer, kompetanse, aktivitet og strukturelle forhold, samt en plan for helhetlig spesialistutdanningsløp og internundervisning.

Under besøket gjennomgås rapporten med fokus på det institusjonen har lyktes med, og om det har vært særlige utfordringer. Det er egne møter med leger i spesialisering (LIS), overleger og ledelsen.

Et slikt besøk tar gjerne en hel dag og

krever en del forarbeid, forklarer Wergeland.

– Noen ganger dukker det opp forhold som gjør at vi ønsker å følge opp utdanningsvirksomheten. Da benytter vi muligheten til kortere, mer spissede digitale oppfølgingsmøter.

Spesialitetskomiteen planlegger å besøke utdanningsinstitusjonene om lag hvert fjerde år.

Etter pandemien har det vært en økt frekvens av besøk etter et par år uten. Med seks til sju besøk i året har det vært en travel tid for komiteen, selv om de fordeler besøkene mellom seg. Wergeland regner med at dette roer seg når komiteen har vært til stede hos samtlige institusjoner etter pandemien.

– Vi får gode tilbakemeldinger på besøkene. Faktisk er det de utdanningsinstitusjonene som ser ut til å ha strevd mest med LIS-utdanningen, som kommer med de mest positive tilbakemeldingene. Mange er ofte klar over hvor utfordringene ligger i egen organisasjon, sier Wergeland og fortsetter:

– Vi har opparbeidet oss verdifull innsikt i hvilke utfordringer utdanningsinstitusjonene har og kan bidra i diskusjoner om hvordan de kan løses. Ofte er det de samme utfordringene som går igjen. Generell informasjon kan vi ta med oss til neste institusjon, slik at det blir en erfaringsutveksling.

Blir lyttet til

– Nå har vi hatt de nye forskriftsfestede læringsmålene i noen år, og fått de første spesialistene gjennom den nye utdanningen. Læringsmålene har etter hvert blitt testet godt ut, og det er en forståelse av at revisjonsarbeid er nødvendig. Dette er en diskusjon fagmiljøet trenger, sier Wergeland og legger til at de ser at det er behov for å revidere enkelte av læringsmålene.

Hun trekker også frem det gode samarbeidet med Legeforeningens sekretariat. Det er sekretariatet som videreformidler alle offisielle råd fra komiteen. Gjennom innspill, drøftinger og støtte, er de lett tilgjengelig når komiteen trenger det. De opplever også at innspill de kommer med blir tatt videre av sekretariatet, og at komiteen blir lyttet til som en tydelig fagstemme.

– Barne- og ungdomspsykiatere som er engasjert i faget og fagutvikling må gjerne melde sin interesse for arbeid i spesialitetskomiteen. Det er et meningsfylt arbeid og vi har fått til spennende endringer. Jeg mener vi er med på å fremme kvaliteten i faget, avslutter Gro Janne Wergeland.

ANDERS RYEN

anders.ryen@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Jostein Tørstad (69) trer snart inn i pensjonistenes rekker. Men den tidligere lederen av Finnmark legeforening har ikke roet ned arbeidstempoet av den grunn.

Tilbakeblikk på et langt og trofast fastlegeliv

Tørstad, som er født i Trondheim og oppvokst i Drammen, kom til Kirkenes som ung turnuslege for 44 år siden. Etter turnusen jobbet han som distriktslege i Sør-Trøndelag og som sivilarbeider i Hasvik i Vest-Finnmark, før han i 1987 vendte tilbake til Kirkenes. Her har han slått rot og stiftet familie. I dag er han fastlege ved Kirkenes legesenter.

– I 1987 hadde jeg allerede begynt i allmennpraksis, men tok sideutdanning på sykehuset. Det ble to år med kirurgi ved Kirkenes sykehus. Jeg var på vippen til å fortsette med kirurgien, men valget falt til slutt på allmennmedisinen. Jeg har aldri sett meg tilbake og angret på det, sier Tørstad.

Han forteller at han tok et veivalg da fastlegeordningen ble innført i 2001. Han ville være fastlege og ikke offentlig lege.

– Jeg trakk meg litt tilbake fra de mer samfunnsmessige oppgavene, men har hele tiden hatt 20 prosent kommunal bistilling knyttet til eldreomsorg.

Tørstad var leder av Finnmark legeforening i perioden 2011–2015, og var sentral i planlegging og gjennomføring av landsstyremøtet i Alta i 2013. Ellers forteller han at samhandlingsreformen, rekruttering av leger til fylket, turnusordningen og sykestuenes eksistens var aktuelle saker som den gangen engasjerte ham som lokalforeningsleder.

Godt kollegialt fellesskap

Flere av legene ved Kirkenes legesenter var i sin tid turnusleger på stedet, forteller Tørstad. Ingen av dem hadde noe forhold til Kirkenes eller Finnmark før trekningen av turnusplass førte dem nordover. Legesenteret samler alle fastlegene i Sør-Varanger – en kommune med cirka 10 000 innbyggere.

– Fastlegene har drevet legekontolet sammen siden åpningen i 2001. Kontolet drives etter vanlig forretningsmodell med per capita tilskudd fra kommunen.

Kontolet har tolv legehjemler, hvorav den første fastlønnede begynte nylig. Tre hjemler er per i dag vikarbetjent, men kontolet vil bli fulltallig neste år, forteller Tørstad. I tillegg er det ansatt en daglig leder, to sykepleiere, hvorav én er personalleider, én bioingeniør og ni helsefagarbeidere.

– Flere av de ansatte har jobbet på legesenteret i mer enn ti år, sier Tørstad og påpeker at det betyr mye for arbeidsmiljøet med erfarne ansatte som drar lasset sammen.

– Måten vårt legesenter er organisert på fungerer meget bra. Vi har grei økonomi og kort beslutningsvei. Vi har styremøter en gang i måneden. Det er kort vei fra idé til effektivisering. Vår daglige leder gjør unna en del oppgaver som nok en del leger sliter med selv i små praksiser. Vi fastleger slipper administrative oppgaver, og kan bruke tiden vår på pasientene, sier han.

Tid til pasientene

Den erfarne fastlegen forteller at de ikke merket noe særlig til fastlegekrisen da den begynte å gjøre seg gjeldende i store deler av landet.

– Men vi var redde for at ordsiftet om fastlegekrisen ville skape rekrutteringsproblemer for oss. Etter hvert kunne vi merke et stemningsskifte blant yngre leger. Tidligere hadde vi ikke hatt problemer med å rekruttere unge leger etter gjennomført turnustjeneste her i Finnmark, men etter hvert ble det vanskeligere å få dem til å bli, forteller han.

Tørstad viser til en av sine kollegaer som har en tese om at det tar tre år å komme inn i en fastlegejobb.

– Tre harde år før du får et visst grep om pasientene på listen din. Hvis du vurderer å bytte jobb når du allerede er godt innarbeidet et sted, er det greit å vite det, påpeker han.

Han legger imidlertid ikke skjul på at det i perioder har vært slitsomt å være fastlege.

– Vi skal jo levere en tjeneste til en befolkning døgnet og året rundt, så vi er sårbare for små og store svingninger når det for eksempel gjelder rekruttering. Men i det store og hele vil jeg beskrive årene som har gått siden fastlegeordningen kom som veldig gode, understreker Tørstad, og legger til:



MER FRILUFTSLIV VENTER: Jostein Tørstad skuer ut på pensjonistlivet som nå er rett rundt hjørnet. Foto: Privat

– I dag tar fastlegene et mye større ansvar for oppfølging av medisiner og kontroller enn tidligere. Det gjør det jo selvfølgelig mer arbeidskrevende i det daglige.

Lange arbeidsdager

Da fastlegeordningen trådte i kraft hadde Tørstad 1400 pasienter på listen, i dag er han nede i 1000. Det er ingen gigantisk liste i landsmålestokk, men han har i alle år jobbet mye utover ordinær arbeidstid.

– Arbeidsdagen blir ofte på 10–11 timer. Jeg jobber til jeg er ferdig. Jeg tror eldre leger føler et ekstra stort ansvar for pasientene sine. Nå er det vel slik at det var lettere å betjene 1400 for 20 år siden enn 1000 i dag.

Tørstad har fulgt mange av pasientene sine gjennom livet, noe som har gitt ham god oversikt og større kapasitet. Slik mestrer han godt å ha mange pasienter. Den gode arbeidssituasjonen som følge av den autonomien og kollegialiteten de har hatt på Kirkenes legesenter, har han satt ekstra stor pris på, forteller han.

– Skal jeg se tilbake på fastlegelivet mitt, så vil jeg fremheve det faglige med jobben og alle de trivelige pasienter som man etter hvert får et forhold til.

Tørstad har også vært veileder i allmennmedisin i mange år.

– Det har vært en veldig fin ting som godt voksen lege, og noe jeg kan anbefale. Det er en måte å holde seg litt skjerpet på.

Kirkenes er et lite miljø og Tørstad forteller at han ofte treffer på pasientene sine på fritiden.

– Det kan føles litt tett på, men det har blitt en livsstil for meg å være lege i dette samfunnet her. Folk er forskjellige, noen er relativt direkte i slike sammenhenger, mens andre ikke bruker private arenaer, og respekter at du som lege har behov for fritid. Men det er morsommere å ta en «tur på by'n» i Tromsø enn i Kirkenes, for å si det slik, humrer han.

Mer tid til friluftsliv

Tørstad er glad for å ha flere bein å stå på utenom jobben. Han er med på å drive en stall, og har i alle år vært engasjert i idrett.

– Jeg har bestandig holdt på med enten fotball, skigåing eller svømming som ren mosjon. Det blir nok allikevel en stor overgang når jeg til våren blir pensjonist på heltid, men jeg ser frem til å få mer tid til friluftsliv, sier han og legger til at han håper de vil klare å rekruttere legene de trenger i Finnmark i fremtiden.

– Jeg må slå et slag for kvaliteten ved å bo i Kirkenes, og spesielt den fantastiske naturen med jaktterreng, lakseelver og fiskevann rett utenfor stuedøren, avslutter han.

Alt dette gleder Jostein Tørstad seg til å kunne nyte mer av nå som han snart blir pensjonist.

LISBET T. KONGSVIK

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no
Helsepolitisk avdeling

Statsbudsjettet 2024: – Nå er det alvor

Legeforeningen uttrykte sterk bekymring for den offentlige helsetjenesten da de deltok på muntlig høring om statsbudsjettet for 2024 på Stortinget.

Regjeringen la 6. oktober fram sitt forslag til statsbudsjett for 2024. Legeforeningen reagerer på budsjettforslaget og mener det vil føre til en tøffere situasjon for helsetjenesten. Dette budskapet ble gjentatt til politikerne på Stortinget under den muntlige høringen i helse- og omsorgskomiteen. Legeforeningens president, Anne-Karin Rime, understreket at nå er det alvor.

– Dette er et svært stramt helsebudsjett som ikke tar utfordringene i den offentlige helsetjenesten alvorlig nok. Det offentlige har et rekrutteringsproblem. Vi ser liten vilje til å løse dette i budsjettforslaget. Hvis dette budsjettforslaget vedtas, vil helsepersonell og pasientene gå en tung tid i møte, uttrykte legepresidenten.

For trang sykehusøkonomi

Sykehusene har lenge hatt behov for økt satsing for å unngå at budsjettene går i minus. Men istedenfor å få dekket sine reelle kostnader, blir sykehusene møtt med ytterligere effektiviseringskrav. Dette fører til at kapasiteten og beredskaps-

evnen til helsetjenesten svekkes. Nødvendige investeringer blir satt på vent. Rime påpekte denne uheldige utviklingen til komiteen.

– Statsbudsjettet gir helseforetakene en bestilling om å redusere ventetidene. Dette mener Legeforeningen er urealistisk. Vi spør oss hvordan sykehusene skal klare å snu denne utviklingen, når handlingsrommet bare blir trangere og trangere. Regjeringen gir stadig nye oppdrag, men presenterer få løsninger.

Fastlegene må prioriteres

220 000 innbyggere står fortsatt uten fastlege. Legeforeningen hadde derfor forventet at regjeringen skulle gjøre mer for å sikre fastlegeordningen i neste års statsbudsjett. Legeforeningen mener at hvis vi skal få flere leger inn i ordningen, trenger vi en finansierungsordning som treffer bedre. Regjeringen endret finansieringen av fastlegeordningen fra 1. mai i år, da de innførte pasienttilpasset basistilskudd.

– Dette var en grunnleggende endring av rammevilkårene som førte til usikkerhet og uforutsigbarhet. Når det vi trengte var stabilisering og ny rekruttering innenfor fastlegeordningen, uttrykte Nils Kristian Klev, leder i Allmennlegeforeningen.

Han avsluttet med at det trengs et bedre samarbeid mellom partene i forkant av store endringer.



BEKYMRET: Legeforeningens president Anne-Karin Rime sammen med Nils Kristian Klev, leder for Allmennlegeforeningen på høring om Statsbudsjettet for 2024. Foto: Legeforeningen

– Regjeringen har varslet at det kan komme flere endringer i fastlegeordningen. For å unngå enda mer uro må nye grep evalueres og vurderes, i samarbeid med partene, før de innføres.

INGRID RISE FRY

ingrid.rise.fry@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Markerer verdiene for den medisinske profesjon

30. oktober ble verdensdagen for den medisinske profesjon markert: For legers engasjement for menneskeheten, pasientene, og respekt for de etiske verdiene som legeyrket er tuftet på.

På generalforsamlingen til Verdens legeforening (WMA) i 2020 ble det vedtatt en resolusjon for å vise respekt og støtte til den medisinske profesjonsutøvelsen.

Legeforeningen og WMA markerte 30. oktober som en solidarisk hyllest til legers engasjement for menneskeheten, pasientene, og respekt for de etiske verdiene legeprofesjonen er tuftet på.

– I år er disse verdiene ekstra viktige å hegne om. Dessverre rammes sivilbefolkningen av at sykehus er mål for krigsangrep. Det ufravikelige prinsippet om medisinsk nøytralitet må respekteres. Helsepersonell må få gjøre jobben sin på en trygg og forsvarlig måte, understreket Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen.

Hun påpekte også at det er viktig at leger her hjemme har gode arbeidsvilkår.

– Den offentlige helsetjenesten må legges til rette for at legene ønsker å bli værende. Det forutsetter at de må få brukt kompetansen sin best mulig. Da sikrer vi god og likeverdig pasientbehandling i hele landet.

– Vi takker alle leger for innsatsen dere legger ned hver eneste dag, hver eneste natt – 365 dager i året, avsluttet Anne-Karin Rime.

VILDE BAUGSTØ

vilde.baugsto@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Sikrer god legevaktstjeneste med ny avtale for fastleger

Legeforeningen og Oslo kommune undertegnet 3. oktober en ny avtale som sikrer at fastlegene kan bidra til den nye legevakten i Oslo. Avtalen vil gjøre driften av legevakten mer effektiv og vil gi en bedre legevaktstjeneste for innbyggerne.

Avtalen legger til rette for en moderne drift av ny legevakt, da dagens allmennlegevakt på Aker blir en del av legevakten.

Fastleger i Oslo deltar på legevakten i Oslo. Frem til den nye legevakten på Aker åpner, har fastlegene deltatt i sykebesøktstjenesten og i dagens allmennlegevakt på Legevakt Aker utenom kontortid.

– Vi er svært fornøyde med å få landet avtalen før vi åpner i november. Med denne avtalen kan fastlegene bidra med sin kompetanse og ressurser inn i en felles legevakt. I dag jobber de til dels adskilt fra allmennlegevakten i Storgata 40. Nå skal de jobbe sammen med ansatte leger og sykepleiere i den nye legevakten. Modellen sikrer at de blir en del av et større helsefaglig fellesskap der fast ansatte og fastlegene går i team. Legene har faktisk etterlyst det selv, sier medisinsk fagsjef i Oslo kommune, Bjørn Sletvold.

Bedre tjenester til befolkningen

Partene er enige om et fast honorar som godtgjøring. Avtalen sikrer også forsvarlighet i fastlegenes praksis ved at de har rett til fri på hverdager etter nattevakt på legevakten, med praksiskompensasjon.

– Fastlegene er en viktig ressurs på legevakten med sin kompetanse og erfaring. Den nye avtalen innebærer en omlegging av vilkårene for fastleger som går legevakt, som vi har ønsket lenge. Dette vil gi bedre forutsigbarhet både for fastlegene og kommunen, og trolig bedre tjenester til befolkningen, sier Nils Kristian Klev, leder i Allmennlegeforeningen.

Kompetanselæring og fellesskap

Fastlegene har allerede begynt samarbeidet. Flere har deltatt i opplæring på ny legevakt, på lik linje som de fast ansatte.

– Vi ser allerede nå at dette bidrar til bedre kompetanselæring og fellesskap. Når vi åpner i november, vil fastlegene være en del av vaktteamet. Det vil gi trygghet for hele teamet at fastlegen blir en del av teamet. Trygghet blant ansatte vil gi bedre tjenester til pasienter, sier Sletvold.

INGRID RISE FRY

ingrid.rise.fry@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen



**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



AVTALE: Bjørn Sletvold, medisinsk fagsjef i Oslo kommune (t.v.) sammen med Nils Kristian Klev, leder i Allmennlegeforeningen. Foto: Hanne Riise-Hanssen/Legeforeningen

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 Løvda
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. Bjerklund
Juel, Niels Gunnar
Jørgensen, Anders Palmstrøm
Korvald, Christian
Kran, Anne-Marte Bakken
Kristoffersen, Målfrid
Krohg-Sørensen, Kirsten
Krohn, Jørgen Gitlesen
Kurz, Kathinka Dæhli
Kvestad, Ellen
König, Marton
Kørner, Hartwig
Lang, Astri M.
Lassen, Kristoffer
Lie, Anne Kveim
Lillebø, Kristine
Løberg, Magnus
Madsen, Steinar
Mahesparan, Rupavathana
Mehl, Cathrin
Meisingset, Tore Wergeland
Meland, Eivind
Melin, Erik
Mikkelsen, Maja Elisabeth
Myhre, Mia Cathrine
Müller, Lil-Sofie Ording
Myrstad, Marius
Mørch, Kristine
Nielsen, Rune
Nilsen, Kristian Bernhard
Nissen-Meyer, Lise Sofie H.
Nordbø, Svein Arne
Nordøy, Ingvild
Nylenna, Magne
Paulssen, Eyvind J.
Paus, Benedicte
Pihlstrøm, Lasse
Pukstad, Brita Solveig
Raknes, Guttorm
Ranhoff, Anette Hylen
Rasmussen, Jørn Einar

Reed, Wenche
Reikvam, Håkon
Rena, 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
Sundsfjord, 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. Artikkelen 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 32 670

Antall utgivelser 18 numre per år
ISSN 0029-2001

Grafisk produksjon Aksell AS

I NESTE NUMMER

- *Alkoholvaner blant studenter*
- *Medfødt hyperinsulisme*
- *Medisinsk pedagogikk*
- *Formidling*
- *Psykiatrisk sykdom*

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.



INDIKASJON

Enhertu som monoterapi er indisert til behandling av voksne pasienter med inoperabel eller metastaserende HER2-lav brystkreft som har fått tidligere kjemoterapi ved metastaserende sykdom eller fått sykdomstilbakefall under eller innen 6 måneder etter fullført adjuvant kjemoterapi.¹



ENHERTU gav signifikant lengre progresjonsfri overlevelse og økt total overlevelse hos pasienter med **HER2-lav** mBC^{2,3}

**BESLUTTET
INNFØRT FRA
01/11-23⁴**

Studieresultater med ENHERTU hos pasienter med HR+/-HER2-lav mBC^{2,3}:

10.1
måneder
mPFS

mPFS var **10,1 måneder** (N=331, 95 % KI 9,5–11,5) med **ENHERTU** vs. 5,4 måneder (N=163, 95 % KI 4,4–7,1) med kjemoterapi^{*2,3}

49%
risiko-
reduksjon

ENHERTU reduserte risikoen for sykdomsprogresjon eller død vs. kjemoterapi* med **49 %** (N=494, HR 0,51; 95 % KI 0,40–0,64; P<0,001)^{2,3}

Dosering: Anbefalt dose **brystkreft**: 5,4 mg/kg. Gis som iv. infusjon (ikke som støtdose eller bolus) 1 gang hver 3. uke (21-dagerssyklus) frem til sykdomsprogresjon eller uakseptabel toksisitet. Før hver dose bør pasientene premediseres med et kombinasjonsregime av 2 eller 3 legemidler for å forebygge kvalme og oppkast.

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene var kvalme (76,8 %), fatigue (56,1 %) og oppkast (44,6%). Behandling av bivirkninger kan kreve midlertidig avbrudd, dosereduksjon eller seponering av behandling.

Utvælt sikkerhetsinformasjon: Skal forskrives av lege og administreres under tilsyn av helsepersonell med erfaring innen bruk av kreft-legemidler. For å forebygge feilmedisinering skal hetteglassene sjekkes for å sikre at legemidlet som tilberedes og administreres er Enhertu (trastuzumabderukstekan) og ikke trastuzumab eller trastuzumabemtansin.

Interstitiell lungesykdom (ILD)/pneumonitt: Pasienter skal monitoreres for tegn og symptomer på ILD/pneumonitt og umiddelbart utredes ved mistanke om dette.

Nøytropeni: Komplette blodtelling skal foretas før oppstart av behandling og før hver dose, og som klinisk indisert.

Reduksjon i venstre ventrikkel ejsjonsfraksjon (LVEF): Standard hjerterfunksjonsundersøkelse (EKG eller MUGA skanning) skal foretas for å vurdere LVEF før oppstart av behandling og regelmessig under behandling som klinisk indisert.

Graviditet: Kan forårsake fosterskade.

Vi anbefaler at du leser preparatomtalen før oppstart av behandling. Det er utarbeidet risikohåndteringsmateriell og pasientinformasjon for Enhertu. Dette finner du på www.felleskatalogen.no eller ved å kontakte oss.

Se preparatomtalen (SPC) for utfyllende informasjon om Enhertu. Det anbefales at du leser denne før oppstart av behandling.

Reseptgruppe: C.

Pakninger, priser og refusjon: 100mg: 1 stk. (hetteglass) 22341,00 NOK. Besluttet innført ved HER2+ metastatisk brystkreft i 2. linje eller senere og ved HER2-lav inoperabel eller metastasert brystkreft.

*Brukt kjemoterapi var kapecitabin, eribulin, gemcitabin, paklitaksel eller nab-paklitaksel i henhold til legens valg, mBC = metastatic Breast Cancer, mPFS=medium Progression Free Survival

Referanser: 1. Enhertu® (trastuzumabderukstekan) preparatomtale EMA/SLV pkt. 4.1. 2. Enhertu® (trastuzumabderukstekan) preparatomtale EMA/SLV pkt. 5.1. 3. Modi S, Jacot W, Yamashita T, et al. Trastuzumab deruxetecan in previously treated HER2-low advanced breast cancer. N Engl J Med. 2022;387(1):9-20. 4. <https://nyemetoder.no>

Enhertu markedsføres i Norge av Daiichi Sankyo Nordics Aps og AstraZeneca AS. NO.ENH/23/0381 25.05.2023, NO-11072-09-23-EN



Daiichi Sankyo Nordics ApS, Amagerfælledvej 106, 2300 København S • T: +45 88 44 45 45 • www.nordics.daiichi-sankyo.eu
AstraZeneca AS, Karvesvingen 7, 0759 Oslo • T: +47 21 00 64 00 • www.astrazeneca.no