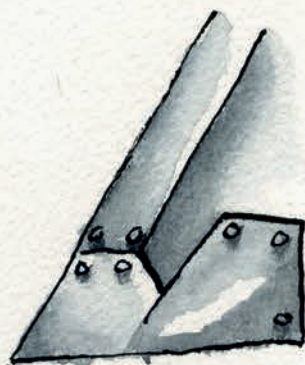
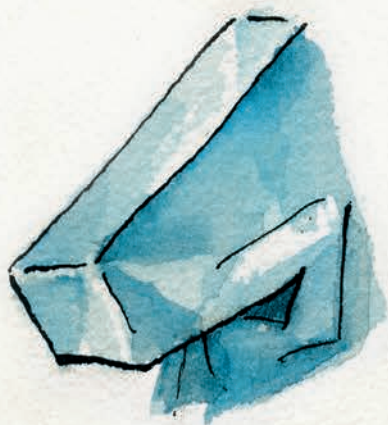
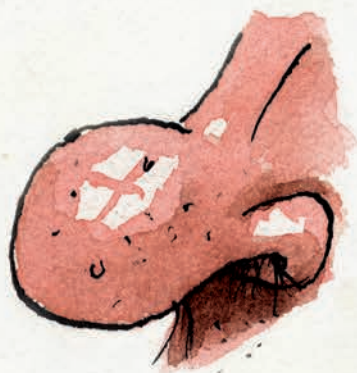


Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Bli mer synlig på Legespesialister.no

Alle praktiserende spesialister kan registrere seg med en gratis basis-oppføring. For 3 000 kr i året kan du få en full-oppføring og bli mer synlig.

Full-oppføring gir deg mulighet til å:

- Fortelle om din spesialkompetanse og hvilke spesialutstyr du har
- Sette opp e-post for pasienthenvendelser
- Få kart over hvor din klinikk befinner seg
- Legge til bilde av deg og dine lokaler
- Skrive en mini CV: fortell leger og pasienter om din bakgrunn, erfaringer og faglige interesseområder

For å oppgradere til full-oppføring, gå til
legespesialister.no/logg-inn

Tidsskriftet 



Praktiserende spesialisters
landsforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Legespesialister.no

TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING

Ansiktsløft og god form



Peder Bernhardt
Visuelt ansvarlig i Tidsskriftet

Gjennom det siste året har vi i Tidsskriftet jobbet med å fornye papirutgaven vår. Arbeidet har spent fra overordnede diskusjoner om innhold til detaljer om grafisk form. Det siste er mitt fagfelt, og det er derfor jeg tar ordet her i velkomsten til den første utgaven i ny drakt.

Utseende er ikke alt, selv ikke for en designer. Det nye designet er derfor ikke bare en skjønnhetsoperasjon (selv om forsideillustrasjonen denne gangen er litt av en «nesejobb»), det innebærer også en fornying av metoder og verktøy vi bruker for å lage bladet vårt. God form springer ut fra funksjonalitet, holdbarhet og gode standarder, og kvaliteten vedlikeholdes gjennom alle de små og store valgene vi tar hele tiden. Slik er det vel også med god helse?

I tillegg til en ny og utvidet palett av skifter og spaldebredder, har vi nå endret hvordan vi setter sammen og produserer hver utgave. Utvalget av saker er enda mer håndplukket, og vi har flyttet layoutarbeidet tilbake til våre redaksjonslokaler, nettopp for å kunne gjøre hvert nummer mer helhetlig, skreddersydd og bedre tilrettelagt for dere som skal lese.

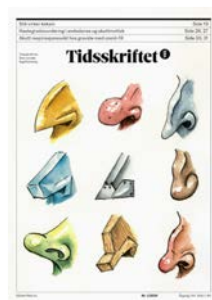
Vi håper at denne 143-åringen skal leve sunt og godt videre og fortsatt gjøre nytte for seg i lang tid. ■

Forside nr. 1/2024

Kokain har blitt et av de vanligste rusmidlene i Europa. I Norge har beslaget av kokain aldri vært høyere enn i 2023. Og brukerundersøkelser viser at stoffet inntas av betydelig flere og mer varierte naser enn stereotypien vi har om den kokainsniffende finanssiffen. Fritt etter en original av Seymour Chwast fra 1976 har tegneseriekunstneren og illustratøren Steffen Kverneland tegnet denne utgavens forsideillustrasjon av de mange naser.

Mer om kokain og helseskader kan du lese på side 19. Og flere av Steffen Kvernelands verk kan du se på Instagram-kontoen hans: [@steffen_kverneland](#).

Illustrasjon: Steffen Kverneland



I denne utgaven:

Slik virker kokain

Bruken av kokain ser ut til å øke. Kokain, som oftest inntas gjennom nesen, hemmer reopptak av dopamin, noradrenalin og serotonin i sentralnervesystemet. Dette fører umiddelbart til en rusopplevelse med økt årvåkenhet og energi, men kan også gi skjelvinger, muskelrykninger og svimmelhet. Psykisk kan man oppleve rastløshet, irritabilitet, angst og paranoide tanker, noen ganger også aggresjon og bisarr atferd. Kardiovaskulære bivirkninger kan ses både akutt og etter lang tids bruk. Enhver bruk av kokain har et potensial for fatale bivirkninger.

Side 19

**Prehospital prioritering**

Når antallet pasienter overgår kapasiteten for hva helsetjenesten kan ta seg av samtidig, må det gjøres en hastegradsvurdering – triage – av pasientene. En slik prioritering kan bidra til en bedre utnyttelse av ressurser og til at de sykeste som kan ha nytte av behandling, får hjelp først.

Barneavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus har testet bruken av et triage-skjema for å vurdere behovet for direkte overflytting av akutt syke barn fra akuttmottak til en overvåkningsenhet. Skjemaet hadde høy sensitivitet og høy negativ prediktiv verdi. Andelen overtriagering var lav.

Side 26 og 27

**Akutt respirasjonssvikt hos gravide med covid-19**

Av 13 gravide som ble innlagt på Oslo universitetssykehus med alvorlig respirasjonssvikt utløst av covid-19, overlevde alle, men to av fostrene døde intrauterint. Ti kvinner måtte intuberes. Ingen av kvinnene var vaksinert mot covid-19. Et drøyt år senere anga nesten halvparten en moderat til sterkt redusert egenopplevd helse og livskvalitet.

Norge har ikke hatt en økning i maternell dødelighet under covid-19-pandemien, slik USA og Storbritannia har hatt. Studier har vist at vaksinedekningen er lavest for gravide med lite utdanning, lav inntekt og bakgrunn fra land utenfor Skandinavia.

Side 30 og 31

Innhold

Leder

- 5 Engelsk inspirasjon
Are Breen

Invitert kommentar

- 6 Krigens folkerett
Jørn Einar Rasmussen, Camilla Guldahl Cooper

Debatt

Debatt

- 8 Dette skal en legeerklæring inneholde
Arne Svilaas, Paul Olav Røsbø, Kjetil Høye
- 9 De nye nordiske kostrådene bygger på solide systematiske kunnskapsoppsummeringer
Rune Blomhoff, Erik Kristoffer Arnesen, Jacob Juel Christensen
- 10 Abortlov til vurdering
Marte E. S. Haaland, Karen Marie Moland, Frøydis Bruvik, Kaya Cetin, Marianne Kjelsvik
- 12 CYP-profil bør inn i interaksjonsdatabasen
Alexander Wahl
- Kronikk**
- 14 Helsa til folk med psykiske lidelser og rusmiddellidelser må bedres
Ivar Skeie
- 17 Alvorlig psykisk syke mottar ikke fullgod helsehjelp i Norge
Madeleine Elisabeth Angelsen, Emma Njålsdatter Johannessen, Kjetil Retterstøl, Dawn Elizabeth Peleikis
- 19 Økende bruk av kokain
Jørgen G. Bramness, Marit Edland-Gryt

Vitenskap

Fra andre tidsskrifter

- 24 Usikker effekt av psilocybin ved anoreksi
Haakon B. Benestad
- 25 Psilocybin virker godt mot depresjon
Jørgen Østensjø

Originalartikkel

- 26 Hastegradsvurdering av akutt syke barn transportert i ambulanse
Heidrun Eitungjerde Høyvik, Vegard Straume, Øyvind Østerås, Mette Engan

Invitert kommentar

- 27 Verktøy som virker
Pål Christian Wold Morberg

nr. 1/2024

Utgivelsesdato
23. januar 2024

29	Originalartikkel Vaksinasjonsdekning mot covid-19 etter fødeland og underliggende risiko for alvorlig sykdomsforløp <i>Lamija Delalic, Lema Hussaini, Hege Marie Gjefsen, Rebecca Gleditsch, Brita Askeland Winje, Anna Aasen Godøy</i>
30	Kort rapport Gravide med akutt, alvorlig respirasjonssvikt utløst av covid-19 <i>Tayyba Naz Aslam, Andreas Barratt-Due, Arnt Eltvedt Fiane, Camilla M. Friis, Kristin Hofsø, Trine Kåsine, Luis Romundstad, Jon Henrik Laake</i>
31	Invitert kommentar Covid-19 i graviditet – risiko for mor og barn <i>Annetine Staff</i>
32	Klinisk oversikt Ektropion <i>Ayyad Zartasht Khan, Hans Olav Ueland, Elin Bohman, Kim Alexander Tønseth, Tor Paaske Utheim</i>
36	Noe å lære av En kvinne i 40-årene med smerter i øret <i>Mats Døving, August Stray, Steven Anandan, Per Kristian Eide, Karoline Skogen, Jeanette Koht</i>
40	Kort kasuistikk Vedvarende hikke etter perforert kolecystitt <i>Jul Eirik Olsen, Esten Nymoen Vandsemb, Martin Alavi Treider, Marit Gjertsen, Dag Jacobsen</i>
43	Medisinen i bilder Medfødt peritoneal innkapsling <i>Henrik K. Thomassen, Merete S. Dolva, Anselm Schulz, Magnus Hølmo Fasting</i>
44	Medisin og tall Avhengig sensurering <i>Jon Michael Gran, Mats Julius Stensrud</i>
47	Språkspalten Lukket inne-syndrom <i>Kashif Waqar Faiz, Erlend Hem</i>
51	Fra fagmiljøene Smitteverntiltak kan gi håndeksem <i>Ingvill Sandven, Hilde Heiro, Egil Lingaas, Teresa Løvold Berents</i>
52	Hever kvaliteten på behandling av kreft <i>Åslaug Helland, Eli Sihh Samdal Steinskog, Egil Støre Blix, Åsmund Flobak, Sigmund Brabrand, Katarina Puco, Pitt Niehusmann, Sebastian Meltzer, Irja Alida Oppedal, Åse Haug, Cecilie Fredvik Torkildsen, Ulla Randen, Bjørnar Gilje, Per Eystein Lønning, Bjørn Tore Gjertsen, Randi Hovland, Hege G. Russnes, Gro Live Fagereng, Sigbjørn Smeland, Kjetil Tasken</i>

54	Helsinkideklarasjonen blir ny <i>Helga Brøgger</i>
55	En ventil for sikkerhet til sjøs <i>Jon Magnus Haga</i>

Magasin

56	Intervju Emilios europeiske eventyr <i>Martin Hotvedt</i>
61	Legelivet Hvilke krav bør vi stille til klinikere? <i>Karl O. Nakken</i>
62	Legekunsten drukner i legevitenskapen <i>Tori Flaatten Halvorsen</i>
63	Stor arbeidsbelastning – økt dødelighet <i>Erlend Hem</i>
64	Ett døgn med – Tidsfaktoren er avgjørende på oppdrag med hjertestans <i>Caroline Ulvin Johansson</i>
66	Fra arkivet Fingerbeskytter fra 1926 <i>Julie Didriksen</i>
67	Anmeldelser
68	Ph.d.-disputaser
70	Minneord

Annonser

72	Legejobber
77	Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

81	Fra generalsekretæren Medisinens viktige verdigrunnlag <i>Siri Skumlien</i>
82	Aktuelt På besøk hos Sámi doaktáriid searvi
84	Bli bedre kjent med Legeforeningens fagstyremedlemmer
87	Dag Jacobsen utnevnt til æresmedlem i Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

NESBYEN KOMMUNE

Fastlege

Frist 1. februar

SNÅSA KOMMUNE

Fastlege

Frist 1. februar

STAVANGER KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 15. februar

HELSE FONNA HF

Overlege, psykiatri

Frist 4. februar

HELSE FØRDE HF

Lege i spesialisering, nevrologi

Frist 5. februar

HELSE BERGEN HF

Lege i spesialisering, radiologi

Frist 8. februar

SØRLANDET SYKEHUS HF

Avdelingssjef

Frist 11. februar

ST. OLAVS HOSPITAL HF

Overlege, psykiatri

Frist 4. februar

SYKKYLVEN KOMMUNE

Kommuneoverlege

Frist 1. februar

HOLMESTRAND KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 1. februar

Engelsk inspirasjon

I sin tid tok Norge etter England i oppbyggingen av et sterkt offentlig helsevesen. Er vi i ferd med å ta etter England i nedbyggingen også?

Norge er vi, med god grunn, stolte av å ha et av verdens beste offentlige helsevesen. Inspirasjonen og modellen for en slik universell og offentlig finansiert helsetjeneste kom fra England, der en radikal offentlig helsereform fra 1948 ga britene National Health Service (NHS), og med den alle innbyggere rett til gratis helsetjenester. NHS, «the mother of all publicly financed health services», har siden vært en av Englands stoltheter (1).

Men tiår med vedvarende underfinansiering, sammen med konkurranseutsetting, byråkratisering og New Public Management-styring har ført den tidligere så vitale 76-åringen NHS ut i stadig større kriser. Nå er det verre enn noen gang. 3. januar 2024 startet britiske unge leger den lengste streiken i NHS' historie (2). Årsakene er år med reallønnsnedgang, sammen med til dels uholdbare arbeidsforhold i et nedslitt og underbemannet offentlig helsevesen (2, 3). Vedlikeholdsetterslepet utgjør nå nærmere 12 milliarder britiske pund, hvorav bare de umiddelbart kritiske manglene overstiger 2 milliarder pund (4). Tusenvis av offentlige legestillinger står ubesatte, mens stadig flere leger går til privat helsenæring (3, 5). Høyt sykefravær, utbrenthet og lav moral preger legene som er igjen i det offentlige (6). To av tre britiske leger i NHS lider av «moral distress» (moralisk bekymring) over å ikke kunne gi tilstrekkelig helsehjelp, viser en nylig undersøkelse (3).

Oppbyggingen av vårt sterke offentlige norske helsevesen fulgte noen år etter det engelske. Mye kan tyde på at vi er i ferd med å følge britenes nedbygging – igjen med noen års forsinkelse. I England innførte Margaret Thatcher markedsprinsipper og konkurranse i NHS fra 1991 (1). I Norge fikk vi helseforetaksreformen i 2002 – i stor grad bygget på den samme markedsinspirerte tankegangen (7). Og både i England og i Norge har senere og skiftende regjeringer hatt ansvaret for en langsom og jevn underfinansiering. I tillegg til en fastlegeordning i krise, har Norge nå et av Europas laveste somatiske sengetall per innbygger, og en av de laveste gjennomsnittlige liggetidene i de samme sengene (7). Vedlikeholdsetterslepet er – som i England – stort og økende. Bare 4 av Norges 20 helseforetak hadde i 2020 en bygningsmasse som tilfredsstilte målet i Nasjonal helse- og sykehusplan (8). Underfinansieringen, sammen med styringsmodellen, gir oss også regionale helseforetak som må legge helt urealistiske økonomiske langtidsplaner, bygget på at stadig færre helsearbeidere skal behandle stadig flere pasienter i stadig færre senger (9) – som et forsinket ekko av utviklingen i NHS (5, 6, 10). Dette samtidig som særlig unge leger i Norge – som i England – rapporterer om økende mistrivsel, vanskelige arbeidshverdager og moralisk slitasje (3, 11). Og også som i England søker flere og flere leger til privat helsenæring, der veksten i Norge fra 2015 til 2021 har vært over dobbelt så stor som i den offentlige helsetjenesten (8).

I England fortviles det over at offentlige britiske helsemilliarder havner som profitt i private amerikanske selskaper (5). I Norge har amerikanske Epic, via den skandaliserte Helseplattformen, håvet inn så mange

offentlige helsekroner at helseministeren slår fast at det er uaktuelt å reversere prosessen. «Da må vi ta pengene fra pasientene», uttaler hun til Dagens Medisin (12). Innstramminger og redusert pengebruk er regjeringens klare styringssignaler (8).

«Indikatorene for helsevesenet står på rødt. Likevel er den politiske responsen fornektelse, disinteresse og forsinkelse», skrev nylig Kamran Abbasi i BMJ (10). I Norge har vi fortsatt et av verdens beste helsevesen, men heller ikke her er indikatorene lenger grønne. Tegnene på skrantende politisk vilje til å beholde et geografisk og sosialt rettferdig offentlig helsevesen begynner å bli altfor tydelige. NHS nærmer seg kollaps. Denne gang bør vi ikke la oss inspirere av England. ■

Are Brean

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

Litteratur

- Westin S. National Health Service – jublant i dyp krise. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0314.
- Iacobucci G. Junior doctors' strike: Health secretary urges BMA to "show it is serious" about pay deal. BMJ 2024; 384: q46.
- Campbell D. Two in three UK doctors suffer 'moral distress' due to overstretched NHS, study finds. The Guardian 28.12.2023. <https://www.theguardian.com/society/2023/dec/28/two-in-three-uk-doctors-suffer-moral-distress-due-to-overstretched-nhs-study-finds> Lest 10.1.2024.
- Goodier M, Campbell D. Hospitals 'falling to bits' as NHS in England faces record £12bn repair bill. The Guardian 14.12.2023. <https://www.theguardian.com/society/2023/dec/14/hospitals-falling-to-bits-as-nhs-england-faces-record-repairs-bill-of-12bn> Lest 10.1.2024.
- Westbrook A. How Britain Put One of the World's Best Health Care Systems on Life Support. New York Times 7.12.2023. <https://www.nytimes.com/2023/12/07/opinion/nhs-britain-universal-health-care.html> Lest 10.1.2024.
- Cooksley T, Clarke S, Dean J et al. NHS crisis: rebuilding the NHS needs urgent action. BMJ 2023; 380: p1.
- Gisvold SE, Røe OL, Bruun Wyller T. Er vi på vei mot et sengeløst, hjerteløst og todelt helsevesen? Samfunn og økonomi 2021; 2: 6–17.
- Brean A. Den rivningsansvarlige. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0103.
- Brækhus LA. Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst vedtatt – tross bekymring for risiko. Dagens Medisin 29.9.2023. <https://www.dagensmedisin.no/bemanning-helse-sor-ost-rhf-helsepolitikk-og-helseokonomi/okonomisk-langtidsplan-for-helse-sor-ost-vedtatt-tross-bekymring-for-risiko/588966> Lest 10.1.2024.
- Abbasi K. Sunak fiddles while the NHS burns. BMJ 2023; 380: p68.
- Espegren MK. Veien til bærekraftige arbeidsforhold for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0547.
- Gray M. Et heftig år for helseministeren. Dagens Medisin 31.12.2023. https://www.dagensmedisin.no/helsepolitikk-og-helseokonomi-ingvild-kjerkol-politikk-og-okonomi/et-heftig-ar-for-helseministeren/606629?utm_campaign=2024-01-02%3A+%E2%80%93+Vi+kan+ikke+bare+for-ske+og+se+etter+kreftgener+%2F+Her+er+julens+viktigste+saker&utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_content=header Lest 10.1.2024.

Krigens folkerett

I væpnet konflikt er sivile personer og objekter beskyttet av reglene i krigens folkerett og skal i utgangspunktet aldri være mål for angrep.

Nyhetsbildet bringer informasjon om daglige angrep med store sivile tap og skader på kritisk viktig infrastruktur, som skoler og sykehus i Ukraina og Gaza. Er ikke dette brudd på folkerettens beskyttelse av sivilsamfunn?

Sivile personer og objekter er beskyttet av reglene i krigens folkerett. Helsepersonell og sykehus har ytterligere beskyttelse slik at pasienter og ansatte skal kunne oppholde seg trygt mens det gis helsehjelp. Terskelen for at helsepersonell og sykehus kan angripes er mye høyere enn for sivile. Men beskyttelsen er ikke absolutt, og den kan mistes. For å forstå hvordan sykehus kan bli lovlige mål, er det nyttig med grunnleggende kunnskap om krigens folkerett som system.

Forholdet mellom stater, inkludert bruken av militær-makt, er regulert av et system med mellomstatlige avtaler kalt folkerett, og er nedfelt i Genèvekonvensjonene. Både staters adgang til å anvende væpnet makt mot en annen stat (*jus ad bellum*) og hvordan en væpnet konflikt skal utkjempes (*jus in bello*, krigens folkerett eller internasjonal humanitær rett), er folkerettslig regulert.

Et væpnet angrep på en stat gir staten rett til å utøve selvforsvar i tråd med FN-pakten, såfremt reaksjonen er nødvendig og proporsjonal. Det vil i praksis si at det ikke finnes andre alternativ for å beskytte seg mot ytterligere angrep, og maktbruken må stå i forhold til den trusselen som skal stanses eller avverges. Den trenger ikke stå i forhold til det opprinnelige angrepet.

Terskelen for at helsepersonell og sykehus kan angripes er mye høyere enn for sivile. Men beskyttelsen er ikke absolutt, og den kan mistes

Mens FN-pakten søker å forhindre krig, er utgangspunktet i krigens folkerett at det allerede foregår en væpnet konflikt. Reglene kommer da til anvendelse uavhengig av hvordan krigen startet og hvem som brøt FN-pakten. Reglene har til hensikt å redusere lidelse, men aksepterer samtidig realitetene i krig: Krig innebærer død og ødeleggelse, og krigens iboende usikkerhet tilsier at det vil gjøres feil uten at noen kan bebreides for det.

Krigens folkerett bygger på fire grunnleggende prinsipper: militær nødvendighet, distinksjon, humanitet og proporsjonalitet. Disse prinsippene anses som internasjonal sedvanerett, og er dermed bindende for alle, både statlige og ikke-statlige aktører.

Militær nødvendighet innebærer både en begrensning og en tillatelse, og ligger til grunn for alle reglene i kri-

gens folkerett. Kun handlinger som er militært nødvendige, er tillatt. Samtidig vil handlinger som er militært nødvendige for å helt eller delvis bekjempe motparten, være tillatt såfremt de ikke er forbudt etter krigens folkerett, selv om det vil kunne bryte fredstidsregler, som forbudet mot drap.

Det må skilles mellom stridende personer og militære objekter, som er lovlige mål, og sivile personer og objekter, som må beskyttes og respekteres. Militære operasjoner



kan kun rettes mot lovlige mål, slik som soldater, militære kjøretøy, våpen og ammunisjon, eller en bedrift som produserer våpen. Sivile skal ikke være mål for angrep.

Noen handlinger som i utgangspunktet er nødvendige, kan være underlagt begrensninger av humanitære hensyn. Eksempelvis er det tillatt å rette angrep mot soldater, men ikke om de er såret og ute av stand til å kjempe, og ikke med våpen som forårsaker unødvendig lidelse, slik som ekspanderende kuler.

De som angriper et mål, skal gjøre det som er praktisk mulig for å unngå utilsiktet følgeskade. Dersom et angrep forventes å medføre sivile skader eller tap som ikke står i forhold til den militære fordel man forventer å oppnå, er det forbudt å gjennomføre. I vurderingen av forventede sivile tap og skader skal det tas utgangspunkt i hva slags skader som må anses påregnelige, ut fra innbyggere, den aktuelle våpentypens normale skadeomfang og annen tilgjengelig informasjon. Det er kun forventede tap som tas med i vurderingen. Det vil si at et angreps proporsjonalitet ikke kan vurderes ut fra informasjon som ikke var tilgjengelig på angrepsstidspunktet.

Som nevnt har noen kategorier et ekstra krav på beskyttelse, både fra fiendtlighetenes virkninger og med hensyn til hvordan de skal behandles. Alle syke, sårede og skipbrudne skal respekteres og beskyttes, uansett hvilken av partene de tilhører og om de er sivile eller

militære. De skal under enhver omstendighet behandles human, og de skal så langt det overhodet er praktisk mulig, og med minst mulig forsinkelse, få nødvendig medisinsk pleie og tilsyn. Hvis den sivile helsetjenesten har brutt sammen på grunn av kamphandlinger, skal partene yte all mulig hjelp til sivilt sanitetspersonell.

Alle syke, sårede og skipbrudne skal respekteres og beskyttes, uansett hvilken av partene de tilhører og om de er sivile eller militære

Sanitetspersonell skal respekteres og beskyttes til enhver tid. De skal ikke hindres i å utføre sitt arbeid, de skal ha adgang til alle steder deres tjenester er påkrevd, og de skal ikke gjøres til mål for angrep. Sykehus og sykebiler har også spesiell beskyttelse. I tillegg er det forbudt å angripe, ødelegge, fjerne eller gjøre ubrukelig objekter som er uunnværlige for at sivilbefolkningen kan overleve, dersom det gjøres i den hensikt å berøve sivilbefolkningen disse godene på grunn av betydningen de har for deres evne til å overleve. Eksempler på slike objekter er matvarer, avlinger og drikkevannskilder.

Men både sanitetspersonell, sykehus og sykebiler kan i visse tilfeller bli lovlige mål. Helsepersonell mister beskyttelsen dersom de velger å utføre handlinger utover deres humanitære oppdrag og som er til skade for motparten. Eksempler på slike handlinger er å gi ly til friske soldater eller å bruke sykehus eller sykebiler til å skjerme militære operasjoner. Sykehus og sykebiler som brukes på en måte som gir et effektivt bidrag til militære aksjoner, og som det etter de rådende omstendigheter vil by på en avgjort militær fordel å ødelegge helt eller delvis, vil på lik linje med andre sivile gjenstander kunne bli lovlige mål. Om militære styrker har opprettet hovedkvarter eller våpenlager i sykehuset, kan det være nok til at sykehuset ikke lenger er beskyttet. Hensikten med å ikke ha et absolutt forbud mot angrep på slike mål er blant annet å redusere fristelsen til å bruke sykehus som skjold mot angrep, og på den måten utsette helsepersonell og pasienter for økt risiko.

Terskelen for at sykehus oppfyller vilkårene for lovlige mål er veldig høy, og det er krav om å varsle motparten før angrep. Dette gir partene mulighet til å avklare eventuelle misforståelser, og det sikrer at angrep kun skjer som siste utvei. I tillegg må angrepet gjennomføres på en mest mulig skånsom måte, som ikke gir uforholdsmessig store sivile tap. ■

Jørn Einar Rasmussen

rasj@vestreviken.no

Jørn Einar Rasmussen er oberstløytnant og sjefslege i Hæren og seksjonsoverlege ved Akuttmottaket, Drammen sykehus, Vestre Viken. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Camilla Guldahl Cooper

Camilla Guldahl Cooper er førstemanuensis og hovedlærer i operasjonell rett ved Forsvarets høgskole, Stabsskolen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bildet viser et utbombet psykiatrisk sykehus i utkanten av Sloviansk i Ukraina. Sykehuset ble totalødelagt under kamper mellom Ukraina og separatistgrupper i 2014. Foto: iStock.



Dette skal en legeerklæring inneholde

Forsvaret mottar altfor mange mangelfulle legeerklæringer. En god legeerklæring skal inneholde personopplysninger, pasientens beskrivelse av sykehistorien, legens undersøkelser og vurderinger og et samtykke.

En legeerklæring er aktuell ved sykdom eller skade som kan ha betydning for tjenestevurdering i forbindelse med sesjon og ved innrykk til førstegangstjeneste og repetisjonsøvelser (1). Slike legeerklæringer blir alltid vurdert av en av Forsvarets leger eller i legenemnd. Forsvarets leger fastsetter vedtak om hvem som oppfyller kravene til tjeneste, og som har tilfredsstillende helsetilstand ut ifra kliniske undersøkelser på stedet og medisinske opplysninger. Opplysningene skal ikke være eldre enn tre måneder (1).

Legeerklæringen må alltid inneholde grundig og adekvat medisinsk informasjon. Noen ganger er det nødvendig med flere opplysninger, andre ganger er en kort beskrivelse tilstrekkelig. Forsvaret må være konkret i sin forespørsel om legeerklæring og definere formål og krav til attestasjon.

Mangelfulle legeerklæringer er et generelt problem, ikke bare for Forsvaret. Dette kan blant annet bero på liten kjennskap til pasienten samt tidsnød, men lang ventetid på legetime kan også spille inn (2). For å unngå flere svake legeerklæringer vil vi i denne artikkelen gjennomgå hva en legeerklæring generelt bør inneholde.

Mangelfulle legeerklæringer er et generelt problem, ikke bare for Forsvaret.

Overskrift og grunndata

Legeerklæringen bør ha en overskrift som «Legeerklæring i forbindelse med ...». I den grad det er relevant, bør erklæringen inneholde diagnose, sykehistorie, herunder omfanget av sykefravær, funn, behandling/råd, oppfølging og gjerne prognose for den aktuelle sykdommen eller skaden. Det skal være foretatt så omfattende undersøkelser som formålet med erklæringen tilsier (2).

Navn, adresse og fullt personnummer skal være angitt på vedkommende, likeledes legens navn, stilling, HPR-nummer, adresse, telefonnummer, tydelig signatur og dato for utstedelse. Dette gir orden og troverdighet, samtidig som det sikrer attestens gyldighet og hindrer falsk utstedelse. Manglende person- og legedata antar vi skyldes slurv eller misforstått personvern.

Objektivitet og faglig vurdering

Erklæringen skal gi en objektiv, faglig vurdering av pasientens helsetilstand (2–5). Hvorvidt opplysningene bygger på pasientens fremstilling, bakgrunnsinformasjon fra

andre kilder og/eller legens egne funn og vurderinger, må komme klart frem. Kun opplysninger som er nødvendig ut fra formålet, skal være med (2).

Ved utferdigelse av legeerklæringen opptrer legen som sakkyndig og er i prinsippet fritatt for taushetsplikten overfor sin oppdragsgiver (2, 4, 6). Legen må likevel være varsom og ikke utlevere sensitive opplysninger som ikke er relevante. I de tilfellene der sensitiv informasjon oppgis, skal samtykke fra pasienten innhentes og foreligge i selve erklæringen.

Oppstår det et dilemma eller en konflikt hvor pasienten forlanger mer enn det legen føler er moralsk eller medisinsk forsvarlig, være seg urimelige behandlingskrav, henvisninger, sykmeldinger og erklæringer, gjelder det å finne en riktig balansegang og være så objektiv og oppriktig som mulig i attesten. Legeforeningens etiske regler vil kunne være til hjelp her (5).

Erklæringen skal gi en objektiv, faglig vurdering av pasientens helsetilstand

Funksjonsevne

Funksjonsevne er helt sentralt i Forsvarets bedømmelse av en kandidats helse- og sosiale tilstand. Noen ganger er det derfor viktig at legeerklæringen belyser fysisk, mental og sosial funksjonsevne. Det er i dag et fåtall leger med erfaring som militærlege, og som kan beskrive grad av relevant funksjonsevne i en legeerklæring. De fleste leger har derfor begrenset kunnskap om hva Forsvaret kan kreve under en tjeneste. Leger med manglende erfaring og kjennskap til vurdering av militær funksjonsevne bør tilkjennegi dette og reservere seg mot en slik vurdering.

Forståelig språk

Legeerklæringen skal være formulert på en kort, beskrivende og forståelig måte, og mengden fagtermer bør reduseres hvis mottageren ikke har medisinsk bakgrunn. Legen skal gi et sammendrag av relevante journalopplysninger, sin vurdering av funksjonsevne og en konklusjon – ikke en lang utskrift av pasientens journal eller epikriser uten nærmere kommentar. I noen tilfeller kan journal og epikriser likevel være aktuelt som for-dypning for en forsvarlig bedømmelse. I så fall må det foreligge et samtykke (3).

Kapittel IV i Legeforeningens etiske regler er mer utfyllende når det gjelder attester generelt (5). *Legens attesthåndbok* er også en god veileder for å bli en bedre attestutsteder (2), og dessuten har Legeforeningen medlemsinformasjon om attester (3).

Konklusjon

En god legeerklæring er avhengig av at pasienten er ærlig og tydelig i sin beskrivelse av den aktuelle sykdommen eller skaden samt symptomer, tegn og eventuelle funksjonsmangler. Oppdragsgiveren må klart definere formålet med en attesthenvendelse og eventuelt angi en tidsfrist for levering. Legen legger til den nødvendige informasjonen, står ansvarlig for innholdet i en legeerklæring og leverer erklæringen til rett tid. ■

Mottatt 30.10.2023, første revisjon innsendt 19.11.2023, godkjent 22.11.2023.

Arne Svilaas

Arne Svilaas er dr.med., spesialist i allmenntillegisin og sesjonslege ved Forsvarets personell- og vernepliktsenter i Harstad.

Paul Olav Røsbø

Paul Olav Røsbø er avdelingslege/orlogskaptein ved Hærens sykestue, Porsangmoen, samt bedrifts-, sjømanns-, petroleums- og dykkerlege i Finnmark.

Kjetil Høye

Kjetil Høye er sesjonslege ved Forsvarets personell- og vernepliktsenter i Harstad og medisinsk sjef i Pharma Nordic AS.

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

Litteratur

- 1 Forsvarsdepartementet. FOR-2017-06-16-779. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-16-779> Lest 18.11.2023.
- 2 Mæland JG. Legens attesthåndbok. Allmennpraktikerbiblioteket. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2012092108012?page=0 Lest 18.11.2023.
- 3 Den norske legeforening. Medlemsinformasjon om Legeforeningens tilbud om attester. <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/jeg-har-sporsmal-om-rettigheter-og-plikter-for-lege-og-pasient/attester-erklaringer-o.l/> Lest 18.11.2023.
- 4 Solli HM. Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet i uførepensjonssaker. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2072–5.
- 5 Ethiske regler for leger. IV. Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/> Lest 18.11.2023.
- 6 Strøm A. Legen, pasienten og samfunnet. Oslo: Fabritius Forlag, 1976.

Tekst: Rune Blomhoff et al.

De nye nordiske kost-rådene bygger på solide systematiske kunnskapsoppsummeringer

De nye nordiske kostrådene (NNR2023) er vitenskapelige råd til helsemyndighetene i nordiske og baltiske land. Rapporten er utarbeidet av flere hundre internasjonale forskere og har fått internasjonal anerkjennelse.

Psykolog Siv Hilde Berg, høyskolelektor Marit Kolby og professorene Elling Bere og Simon Nitter Dankel har i en rekke artikler kritisert de vitenskapelige metodene og konklusjonene i NNR2023. Senest i et debattinnlegg 27. november 2023 skriver de at «de nye kostrådene har metodiske svakheter» (1).

Bakgrunnen for kritikken er en rapport som et amerikansk analysefirma, EpiX Analytics, har utarbeidet for Matprat (2). Matprat er kommunikasjonsplattformen til Opplysningskontoret for egg og kjøtt, som eies av Nortura og har som oppgave å promotere salg av kjøtt. EpiX Analytics er et amerikansk selskap som gjør oppdragsforskning for en lang rekke industribedrifter, spesielt kjøttindustrien.

**EpiX Analytics rapport**

EpiX skriver at Nordic Nutrition Recommendations (NNR) ikke oppgir hvilke studier som er vurdert og hvorfor studier er ekskludert (2). Det er ikke riktig. I alle kvalifiserte kunnskapsoppsummeringer som inngår i NNR2023, inkluderes lister over originalstudier som inngår, eller hvorfor studier er ekskludert (3).

EpiX stiller også spørsmål ved hvorfor ikke Burden of Proof (bevisbyrde)-studien ble lagt til grunn (2, 4). I Burden of Proof-metaanalysen fant man at 50 g uprosesert rødt kjøtt per dag økte relativ risiko for tarmkreft med 30 % (relativ risiko 1,30; usikkerhetsintervall 1,01, 1,64) (4). Burden of Proof-studien har utviklet en ny metode for usikkerhet som er mye strengere enn det som ellers brukes i litteraturen, og når de velger denne strenge metoden, finner de at usikkerheten er stor. Den nye metoden er interessant, men omdiskutert, og brukes ikke i dag av noen helsemyndigheter i verden (5). NNR2023 har derfor heller ikke lagt bevisbyrde-metodikken til grunn for kostrådene.

EpiX kritiserer NNR2023 for å ikke inkludere NutriRECS-studien (2, 6). Årsaken til eksklusjon av NutriRECS er at studien ikke tilfredsstiller kravene til inklusjons- og eksklusjonskriterier for kvalifiserte kunnskapsoppsummeringer (6). Det er også velkjent at flere av forfatterne av NutriRECS-studien har sterke bånd til kjøttindustrien.

EpiX skriver at NNR2023 ikke har beskrevet hvordan usikkerhet i data er håndtert (2). Kvalitetssikringen er en integrert del av alle kvalifiserte kunnskapsoppsummeringer som inngår i NNR2023 (3).

Les flere debattartikler på tidsskriftet.no:



TIL DISKUSJON
Reaksjoner, faglige innspill
og konstruktiv debatt.

SPESIELT JENDELIG FOR BARN

NNR2023 stiller konkrete krav om kontroll for seleksjonsskjevhet (bias), direkte årsakssammenheng, publikasjonsskjevhet, heterogenitet og konsistens i studiene.

EpiX skriver at Nordic Nutrition Recommendations ikke har gjort rede for den estimerte mengdeanbefalingen av rødt kjøtt (2). Etter en omfattende vurdering av styrker og svakheter, heterogenitet, sensitivitetsanalyser, lineære- og ikke-lineære modelleringer konkluderer WCRF-rapporten (7) at et høyt inntak av uprosessert rødt kjøtt (sannsynlig evidens) øker risikoen for tykktarmskreft (7).

Ikke-lineær dose-respons-modellering viser en relativ risiko for tykktarmskreft (95 % konfidensintervall) på 1,03 (1,02 til 1,05), 1,06 (1,03 til 1,10), 1,10 (1,05 til 1,16) og 1,16 (1,09 til 1,23) for 15, 30, 50 og 100 gram uprosessert rødt kjøtt per dag (7). NNR2023 anbefaler at daglig gjennomsnittlig inntak av uprosessert rødt kjøtt bør være maksimalt 50 g per dag (eller 350 g per uke) (3). Årsaken til at anbefalingene ikke er enda lavere, er at uprosessert rødt kjøtt også bidrar med viktige næringsstoffer i et nordisk kosthold (se diskusjon i NNR2023-rapporten (3)). ■

Mottatt 1.12.2023, første revisjon innsendt 14.12.2023, godkjent 14.12.2023.

Rune Blomhoff

Rune Blomhoff er professor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo og leder komiteen for Nordic Nutrition Recommendations 2023 (NNR2023). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erik Kristoffer Arnesen

Erik Kristoffer Arnesen er stipendiat ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo og vitenskapelig konsulent i komiteen for Nordic Nutrition Recommendations 2023 (NNR2023). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jacob Juel Christensen

Jacob Juel Christensen er postdoktor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo og medlem i komiteen for Nordic Nutrition Recommendations 2023 (NNR2023). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Kolby M, Bere E, Berg SH et al. De nye kostrådene har metodiske mangler. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: 1561–2.
- 2 Zagmutt F, Pouzou J. The Nordic Nutritional Recommendations 2023 – balancing nutrition, health, and environment. <https://epixanalytics.com/nordic-nutritional-recommendations-2023-balancing-nutrition-health-and-environment/> Lest 11.12.2023.
- 3 Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK et al. Nordic nutrition recommendations 2023. <https://pub.norden.org/nord2023-003/contents.html> Lest 11.12.2023
- 4 Lescinsky H, Afshin A, Ashbaugh C et al. Health effects associated with consumption of unprocessed red meat: a Burden of Proof study. Nat Med 2022; 28: 2075–82.
- 5 Johnston BC, Zeraatkar D, Han MA et al. Unprocessed Red Meat and Processed Meat Consumption: Dietary Guideline Recommendations From the Nutritional Recommendations (NutriRECS) Consortium. Ann Intern Med 2019; 171: 756–64.
- 6 Glenn AJ, Gu X, Hu FB et al. Concerns about the Burden of Proof studies. Nat Med 2023; 29: 823–5.
- 7 Norat T, Vieira AR, Abar L et al. World Cancer Research Fund International, Systematic Literature Review. The Associations between Food, Nutrition and Physical Activity and the Risk of Colorectal Cancer. <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/colorectal-cancer-slr.pdf> Lest 11.12.2023.

Abortlov til vurdering

Å søke abort etter 12. svangerskapsuke er en stor påkjenning. Et nytt system for andretrimesteraborter bør i større grad ta inn over seg kvinnenes sårbare situasjon.

Dagens abortlov har, med noen få justeringer, vært uendret i over 40 år. I løpet av denne perioden har over 27 000 nemndsbehandlede andretrimesteraborter blitt utført (1). Det er imidlertid lite forskning på hvordan kvinner opplever å få sine søknader om andretrimesterabort behandlet i abortnemnd. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte vi våren 2023 en kvalitativ intervjustudie om kvinners erfaringer med abortnemnder i Norge. Forskningsrapporten fra studien (2) inngår i kunnskapsgrunnlaget til det regjeringsoppnevnte abortutvalget som i desember 2023 la frem sin offentlige utredning (NOU). 13 dybdeintervjuer med kvinner som har søkt om andretrimesterabort og fått sine saker behandlet i abortnemnd, har gitt innsikt i hvordan dagens ordning fungerer og erfares av dem det gjelder.

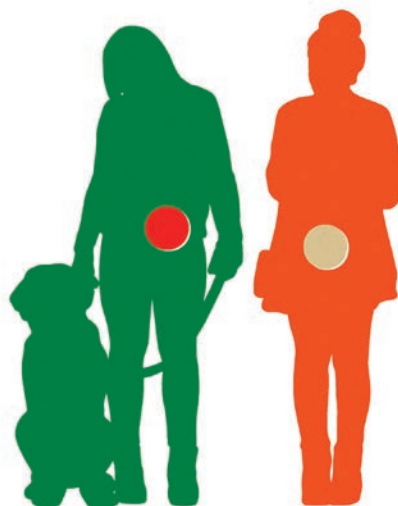
«Bare en formalitet»

For de fleste av kvinnene i studien kom det som et sjokk at deres sak måtte behandles av en abortnemnd. Mange av dem ble møtt av helsepersonell med forsikringer om at nemndsbehandling var «bare en formalitet». Mens denne beskeden virket avdramatiserende for noen, fremsto den som provoserende for andre. Dersom saken uansett ville bli innvilget, opplevde flere det som en unødvendig belastning å skulle måtte fortelle om egen livssituasjon og helse.

I dagens nemndsystem får de aller fleste innvilget sine abortbegjæringer i primærnemnd eller klagenemnd. En omlegging av systemet for andretrimesteraborter bør ta inn over seg den økte belastningen knyttet til det å gå igjennom en prosess hvor utfallet for de fleste er avgjort i forkant.

Ikke rom for tvil

Mens noen kvinner syntes at nemndsmøtet var meningsfullt, ble det av mange beskrevet som «avhør» eller



«eksamen». Ett av argumentene for å beholde dagens nemndsystem er at nemndsmøtene utgjør et rom for dialog om kvinnens avgjørelse. Flere av kvinnene opplevde imidlertid at mulighetene for dialog var begrenset all den tid nemndsmedlemmene tok den endelige beslutningen. Denne skjevheten i makt gjorde at mange av kvinnene la bånd på seg under selve nemndsmøtet. En av kvinnene i studien forklarte følgende: «Hvis jeg hadde lurt på noe, er de de siste jeg ville spurt – uansett hvor hyggelige de er.»

For noen påvirket muligheten for avslag også prosessen med å ta en avgjørelse, da det å ta et valg om å avslutte svangerskapet uten å få lov var det verst tenkelige utfallet. Selv blant dem som hadde fått beskjed om at møtet var en formalitet, kunne risikoen for avslag prege samtalen. Noen følte at omstendighetene krevde at de måtte beskrive sin situasjon på en måte som «styrket saken». Slik begrenset skjevheten i makt muligheten for samtaler om eventuell usikkerhet og tvil.

Tomrommet etter aborten

Et fellestrekk ved alle historiene til kvinnene i studien er mangelen på oppfølging etter aborten. I kontrast til den tette kontakten med helsevesenet før aborten opplevde kvinnene et tomrom i tiden etterpå. Som en av kvinnene sa: «I det øyeblikk du gir fra deg barnet og går ut av sykehuset så er all oppfølging over. Da er det ingenting.»

Flere beskrev at tiden rett etter selve aborten var den mest sårbare der behovet for hjelp var størst. Noen stilte spørsmål om ikke ressursene som brukes til abortnemndene hadde vært bedre brukt til oppfølging i etterkant. Spesielt for dem som fikk informasjon om at nemndsmøtet var å regne som en formalitet, fremsto bruken av ressurser lite hensiktsmessig.

Loven og dagens virkelighet

Nesten to tredjedeler av andretrimesteraborter innvilges på bakgrunn av abortloven § 2c etter funn av alvorlige tilstander hos fosteret (3). De fleste av disse er ønskede svangerskap. Kvinnene i denne situasjonen sto i en krise sammen med sine partnere. Likevel opplevde mange at nemndsystemet, hvor det er den gravide som alene signerer abortbegjæring og hvor det er hennes ord som vektlegges, ikke gjorde det mulig å dele belastningen med en partner. For denne gruppen virker også nemndsystemet slik at de må formidle sin avgjørelse gjentatte ganger, først til fostermedisinsk lege, så ved å signere abortbegjæringen og til sist under nemndsmøtet. For kvinnene som opplevde situasjonen som tap av et

ønsket barn, virket kravet om å repetere avgjørelsen inntil tre ganger som en unødvendig og fremmedgjørende belastning.

Studien viser at kvinner som søker andretrimesteraborter går igjennom en svært krevende prosess. Dagens system sikrer ikke nødvendig ivaretagelse av kvinnene, og kan i verste fall bli en ekstra påkjenning med helsemessige følger. Vi håper at abortutvalgets utredning blir første steg på veien mot å sikre et godt helsetilbud til kvinner i en sårbar livssituasjon. ■

Mottatt 1.12.2023, godkjent 7.12.2023.

Marte E. S. Haaland

Marte E. S. Haaland er medisinsk antropolog og postdoktor ved Senter for internasjonal helse, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forskningsprosjektet som debattartikkelen viser til, ble finansiert som et oppdragsprosjekt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet hadde ingen innvirkning på forskningsprosessen, funnene eller rapporten.

Karen Marie Moland

Karen Marie Moland er professor ved Senter for internasjonal helse, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forskningsprosjektet som debattartikkelen viser til, ble finansiert som et oppdragsprosjekt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet hadde ingen innvirkning på forskningsprosessen, funnene eller rapporten.

Frøydis Bruvik

Frøydis Bruvik er professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, fagområde Helsevitenskap, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forskningsprosjektet som debattartikkelen viser til, ble finansiert som et oppdragsprosjekt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet hadde ingen innvirkning på forskningsprosessen, funnene eller rapporten.

Kaya Cetin

Kaya Cetin er medisin- og forskerlinjestudent ved Bergen senter for etikk og prioritering, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forskningsprosjektet som debattartikkelen viser til, ble finansiert som et oppdragsprosjekt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet hadde ingen innvirkning på forskningsprosessen, funnene eller rapporten.

Marianne Kjelsvik

Marianne Kjelsvik er ph.d., sykepleier og førsteamanuensis ved Institutt for helsevitenskap i Ålesund, NTNU og forsker ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forskningsprosjektet som debattartikkelen viser til, ble finansiert som et oppdragsprosjekt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet hadde ingen innvirkning på forskningsprosessen, funnene eller rapporten.

Litteratur

- 1 Folkehelseinstituttet. Dette registreres i Abortregisteret. <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abortregisteret---helseregister-ove/> Lest 7.12.2023.
- 2 Haaland MES, Kjelsvik M, Cetin Kaya et al. Kvinners erfaringer med abortnemnder. Bergen: Universitetet i Bergen, 2023. <https://hdl.handle.net/11250/3105432> Lest 7.12.2023.
- 3 Løkeland M, Heiberg-Andersen R, Akerkar R et al. Rapport om svangerskapsavbrot 2022. <https://www.fhi.no/publ/2023/rapport-om-svangerskapsavbrot--2022/> Lest 7.12.2023.



CYP-profil bør inn i interaksjonsdatabasen

Direktoratet for medisinske produkter interaksjonsdatabase er et hjelpemiddel alle fastleger har tilgang til. Databasen bør utvides med farmakogenetiske prøvesvar, slik at legen får automatisk veiledning ved forskrivning av nye legemidler.

Persontilpasset medisin innebærer dosetilpassning basert på pasientenes evne til å metabolisere legemidler. Farmakogenetiske analyser som cytokrom P450-testing, også kalt CYP-testing, vil kunne vise pasientenes enzymer og deres metaboliserende egenskaper (1). Analysene utføres ved flere laboratorier i Norge, og tusenvis av pasienter blir CYP-testet årlig. Analysene behøver kun å gjennomføres én gang i livet, og bruken av slik gentesting er økende (E. Molden, personlig meddelelse).

CYP-profilen kan påvirke behandling

Ulike CYP-profiler medfører ulik metabolisme av, eller reaksjon på, ulike legemidler. Bruken av ett medikament kan dessuten påvirke effekten av et annet gjennom konkurrerende metabolisme (når medikamentene metaboliseres via samme enzym). For eksempel kan en pasient med hjerteinfarkt ha en ugunstig profil ved at CYP-enzymet forårsaker redusert blodplatehemming og raskere metabolisme av kolesterolsenkende legemidler. I dette tilfellet spiller CYP-profilen en rolle for hva slags legemidler som bør forskrives for å redusere risikoen for reinnleggelse og et potensielt nytt hjerteinfarkt.

En studie nylig publisert i The Lancet viste at farmakogenetiske analyser, inkludert CYP-testing, kan forebygge opptil 30 % av bivirkninger på tvers av ulike terapiområder (2). Farmakogenetisk analysing vil derfor være fordelaktig spesielt for multisyke pasienter som har lange legemiddellister og er mer sårbare for interaksjoner.

Legene må varsles om interaksjoner

En utfordring er å varsle legen når CYP-profilen til pasienten kan ha innvirkning på legemiddeldoseringen. I Norge lagres CYP-profiler ofte som separate dokumenter i pasientjournalen, noe som i en travelt hverdag kan medføre at profilen ikke tas hensyn til.

Direktoratet for medisinske produkter (tidligere Statens legemiddelverk) sin interaksjonsdatabase er et hjelpemiddel alle fastleger har tilgang til. Den varsler umiddelbart dersom farlige interaksjoner mellom legemidler er identifisert, og den gir råd om hvordan forskrivningen kan tilpasses. Dette gjør det lettere for fastlegene å oppdage og håndtere interaksjoner mellom legemidler når de skriver ut resepter.

Tilsvarende kan man lage varsler for gen–legemiddel-interaksjoner. Slike interaksjoner innebærer at spesielle genvarianter kan påvirke behandlingen negativt. Forskrivende lege kan gjennom pasientens CYP-profil bli gjort oppmerksom på genotyper som kan ha negativ påvirkning på behandlingsutfallet. En kobling mellom Direktoratet for medisinske produkter interaksjonsdatabase og pasientens CYP-profil kan gi automatisk veiledning til legene. Dette krever at de farmako-

genetiske analysene blir tilgjengeliggjort i interaksjonsdatabasen.

Integrering i interaksjonsdatabasen

I en artikkel nylig publisert i Tidsskriftet (3) ble et nytt verktøy for tolkning av farmakogenetiske analyser presentert. Verktøyet kalles cypinfo.no og er et viktig steg i retning mer presis legemiddelforskrivning. Men verktøyet krever manuell innskriving av CYP-data og legemidler. Dette tar tid og må gjøres helt presist.

For å gjøre analysene lettere tilgjengelig i interaksjonsdatabasen kan CYP-koder transkriberes til strukturerte ATC-koder, som allerede brukes på legemidlene i interaksjonsdatabasen. Kodene kan så integreres i pasientens medikamentliste i den elektroniske plattformen Sentral forskrivningsmodul, også kalt reseptformidleren. Da vil legen få opp rettleidning *automatisk* ved ny reseptforskrivning uten å måtte legge inn data manuelt.

Sensitiv informasjon og persontilpasset medisin

Genetisk informasjon er sensitiv, og bekymringer rundt personvern kan oppstå. Farmakologisk genkartlegging og CYP-testing analyserer derimot kun et fragment av pasientens gener. Av den grunn mener jeg det er umulig å identifisere en pasient ut fra analysene. Gevinsten oppveier derfor etter min mening den potensielle risikoen for spredning av genetisk informasjon.

I Nederland har man utviklet egne helsekort med farmakogenetisk profil, kalt *Pharmacogenetic passports*. Pasienten kan ta med seg dette kortet til sine behandlere og apotek (4). Siden pasientene selv har med prøvesvar og velger om disse skal benyttes for å persontilpasse forskrivningen, kan man redusere potensielle personvernproblemer.

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol ønsker persontilpasset medisin i primærhelsetjenesten (5). Målet er likeverdig tilgang til persontilpasset behandling der pasientbehandling og systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.

Dersom man kobler interaksjonssøket til gen–legemiddel-interaksjoner, vil det bidra til å oppnå målsetningen i den nasjonale strategien for persontilpasset medisin. ■

Takk til Espen Molden for tilbakemeldinger og innspill.

Mottatt 24.11.2023, første revisjon innsendt 8.12.2023, godkjent 20.12.2023.

Alexander Wahl

Alexander Wahl er spesialist i allmennmedisin og redaktør for primærhelsetjenesten i Helsebiblioteket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Metodebok.no. CYP-screening. <https://metodebok.no/index.php?action=news&item=uLZmapdD> Lest 15.12.2023
- 2 Swen JJ, van der Wouden CH, Manson LE et al. A 12-gene pharmacogenetic panel to prevent adverse drug reactions: an open-label, multicentre, controlled, cluster-randomised crossover implementation study. *Lancet* 2023; 401: 347–56.
- 3 Tuv SS, Spigset O, Jensen E et al. Nytt verktøy for tolkning av farmakogenetiske analyser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: 1157.
- 4 van der Wouden CH, van Rhenen MH, Jama WOM et al. Development of the PGx-Passport: A Panel of Actionable Germline Genetic Variants for Pre-Emptive Pharmacogenetic Testing. *Clin Pharmacol Ther* 2019; 106: 866–73.
- 5 Isachsen HB. Ny strategi for persontilpasset medisin lansert. *Dagens Medisin* 17.1.2023. <https://www.dagensmedisin.no/diabetes-folkehelse-forskning/ny-strategi-for-persontilpasset-medisin-lansert/513245> Lest 8.12.2023.

FØRSTE VAKSINE MOT RSV!¹

AREXVY
VAKSINE MOT RESPIRATORISK SYNCYTIALVIRUS (RSV)
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
alvorlig RSV-infeksjon²

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

82,6 %

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

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

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

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

94,6 %

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

SEKUNDÆRT ENDEPUNKT*

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

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

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

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

*Median oppfølgingstid 6,7 måneder

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

Arexvy kan koadministreres med vanlig influensavaksine

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

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

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

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

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

GSK

GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon 22 70 20 00 • gskpro.com/nb-no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2023 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-RSA-JRNA-230001 september 2023

Tekst: Ivar Skeie

Helsa til folk med psykiske lidelser og rusmiddel- lidelser må bedres

Folk med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser har dårligere helse og lever kortere liv enn befolkningen generelt. Dette er det mulig å gjøre noe med.

Folk med alvorlige psykiske lidelser og alvorlige rusmiddellidelser har dårligere helse og lever minst 15–20 år kortere enn gjennomsnittsbefolkningen (1, 2). Dersom personer med alvorlig psykisk lidelse i tillegg har en alvorlig rusmiddellidelse, øker dødeligheten betydelig (1, 3).

Dødsårsakene har dels spesifikk sammenheng med lidelsenes art, som selvmord ved alvorlige psykiske lidelser og overdoser ved rusmiddellidelser. Men hovedtyngden av dødsfall, særlig ved økende alder, skyldes akutte og kroniske somatiske lidelser (4, 5). Disse lidelsene opptrer gjerne i betydelig yngre alder enn ellers i gjennomsnittsbefolkningen. Dette har sammenheng med fattigdom og sosial marginalisering, men også med livsstilsfaktorer og mangelfull forebygging, behandling og oppfølging av sykdommene. Dette er forhold det er mulig å gjøre noe med. Det vil kreve bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten, og fastlegene bør ha en sentral rolle i denne satsningen.

Årsakene er kompliserte og sammensatte

To viktige dokumenter, Legeforeningens rapport *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse* og Stortingsmelding nr. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse 2023–2033*, er nylig lagt fram. I begge dokumentene framheves reduksjon av sykkelighet og dødelighet i disse gruppene som en prioritert oppgave for helsetjenestene i årene som kommer.

Men dette har vi egentlig visst lenge, og de senere år er dokumentasjonen blitt overveldende. Men hvorfor er det da så vanskelig å få gjort noe med det? Årsakene er mange og sammensatte.

Alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser er komplekse fenomener.

De kan sees på som «bio-psyko-sosiale syndromer» der biologiske, psykologiske og sosiale faktorer samvirker og påvirker hverandre gjensidig innenfor en større samfunnsmessig kontekst. Denne omfatter myndighetenes rus- og helsepolitikk som styrer i hvilken grad forebyggende tiltak og helsetilbud til disse gruppene prioriteres. Organiseringen av helsetjenester til disse sårbare gruppene og generelle holdninger i samfunnet og hjelpeapparatet er også viktige. Alle disse elementene samvirker og påvirker hverandre gjensidig. Dette fører til at tilstandene er svært sammensatte, og for slike komplekse problemer finnes det ingen raske og enkle løsninger. Dette ser jeg som den grunnleggende årsaken til at det er «så vanskelig å gjøre noe med det.»

Krevende, men ikke umulig

Men det er ikke umulig. Det finnes tiltak som treffer, noe Legeforeningens rapport gir mange gode eksempler på. Men når bakgrunnen er kompleks, må tiltakene være allsidige og omfatte ulike deler av hjelpeapparatet. Det kreves samhandling på mange nivåer, mellom pasienter og behandlingsapparatet, mellom ulike faggrupper i helse- og sosialtjenestene, mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisttjenestene innen rusbehandling, psykiatri og somatikk.

Kanskje har det gått under radaren at overdødeligheten i hovedsak skyldes somatiske sykdommer. Disse blir lett overskygget og nedprioritert til fordel for brannslukking av mer dramatiske forhold som skyldes rus, avhengighet og psykiske lidelser. Og fordi helseproblemer for disse gruppene er så sammensatte og situasjonen rundt behandlingen kan være så kompleks, har behandlere slått seg til ro med en behandling av somatiske lidelser som ikke er den best mulige («negativ pragmatisme») (Anne

Høye, professor ved UiT – Norges arktiske universitet, lanserte første gang begrepet i et foredrag om somatisk sykkelighet og dødelighet blant personer med alvorlige psykiske lidelser på en nasjonal konferanse i regi av Faglig forum i Trondheim 23.1.2017). Med det vi vet i dag, må dette endres.

Helsetilbud tilpasset målgruppen

Helsevesenet må derfor innrettes slik at forebygging, utredning, behandling og oppfølging av somatiske sykdommer i disse pasientgruppene blir prioritert. Det krever bedre samhandling mellom ulike tjenester, og tjenestene må i større grad tilpasses pasientenes særegne behov. Samfunnet bruker store ressurser på behandling av disse gruppene, for eksempel er om lag 70 % av personer med alvorlige ruslidelser i en eller annen form for behandling, noe som er høyt i internasjonal sammenheng. Når det skal settes søkelys på somatiske helseproblemer, er derfor bedre tilrettelegging av tjenestene like viktig som økning av ressurser.

Hva vil det så si å tilrettelegge tjenestene etter disse gruppenes behov? Mange klarer å følge og forholde seg til helsevesenet, slik som andre, og for disse er problemet kanskje mest at helsevesenet må få øynene opp for de somatiske behovene. Andre klarer ikke å forholde seg til et komplekst hjelpeapparat, og de faller lett mellom mange stoler. Å møte opp til behandlingsavtaler, følge opp fast medisiner og digital kommunikasjon og å betale for tjenester blir vanskelig. Ikke av vond vilje, men på grunn av lidelsenes art og sosiale forhold, som fattigdom. Da kan man lett miste muligheten til behandling som folk ellers får.

Et moderne helsevesen er, og må være, spesialisert. Derfor er det nødvendig å lage veier inn i og gjennom behandlingssystemene som er tilrettelagt for disse pasientene, på en måte som gjør at de i størst mulig grad får den hjelpen de trenger. I Norge har alle, med noen unntak, samme rett til helsehjelp. Men hjelpeapparatet må ta inn over seg at det er deres ansvar, og ikke pasientens, å tilrettelegge behandlingen slik at målgruppene nås. Tilbudet om helsetjenester må ikke organiseres etter prinsippet «one size fits all». Derfor må samhandlingen tilrettelegges ut fra pasientens behov og være tilstrekkelig fleksibel slik at behandlingen når fram.

Det finnes gode eksempler på slik samhandling i Norge. Jeg vil trekke fram to her, legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR) og fleksible oppsøkende team (FACT-team). I LAR-behandlingen etableres det ansvarsgrupper for hver enkelt pasient der pasienten, fastlegen, en fast representant fra kommunal helse- og sosialtjeneste og en fra LAR-team i spesialisthelsetjenesten, samarbeider om langvarig behandling og rehabilitering av pasienten. FACT-team er tverrfaglig sammensatt og skal gi helhetlig behandling etter en fast struktur til en gruppe pasienter med psykiske lidelser, ofte kombinert med rusproblemer. Teamene består av helse- og sosialfaglig personell fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste. De skal også ha personell med

brukererfaring, erfaringskonsulenter og psykolog eller psykiater. Somatisk helse følges gjerne opp av fastlegen i samarbeid med teamet.

I disse modellene gis omfattende og helhetlig behandling over svært lang tid, ofte mange år. Behandlingen omfatter den grunnleggende rusmiddel- og/eller psykiske lidelsen, men i tillegg også somatiske helseproblemer og generell oppfølging og rehabilitering. Det særegne ved disse modellene er at samme team har psykiatrisk og rusmedisinsk spisskompetanse, samtidig som den allmenne helseoppfølgingen ivaretas av teamenes leger eller fastlegene innenfor en forpliktende samarbeidsmodell som omfatter både spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene.

Hvem skal gjøre hva?

Det er ingen «revirkamp» mellom ulike deler av helsevesenet i somatisk oppfølging av disse gruppene. Det er heller omvendt – de sårbare gruppene faller mellom stolene, og somatisk helse følges ikke opp. Derfor bør prinsippet i stedet være at «den som er i posisjon, den handler». Det innebærer at psykiatere og russpesialister i spesialisthelsetjenesten også



bør ha søkelys på somatikk under innleggelser, spesielt over lengre tid. De bør foreta somatiske undersøkelser og sette i gang og følge opp behandling, eventuelt i samarbeid med somatiske spesialister og særlig med fastlegene. Dette vil for en del personer kreve et kompetanseløft i somatisk medisin. Etter utskrivning bør fastlegene ha hovedansvaret for videre oppfølging. Dessuten er det behov for spesielle målrettede helsetilbud rettet mot rusmiljøer i større byer, som feltpleien. Disse må knyttes tett opp mot fastlegene, særlig der de ikke har egne leger.

Fastlegenes rolle

Selv om også andre deler av helsevesenet har ansvar for somatisk oppfølging, vil det langsiktige og grunnleggende ansvaret i stor grad ligge hos fastlegene. Det er også i tråd med de beste

Edouard Crébassa
*Head of smoking
woman with cigarette
and closed eyes*, 1895
Foto: Rijksmuseum,
Amsterdam.

og bærende tradisjoner i norsk allmennmedisin, «å gi mest til dem med de største behov» (6). Pasienter med psykiske lidelser og rusmiddel-lidelser er blant dem med «de største behov», behov som i for liten grad møtes. Fastlege-systemet gir alle rett til fastlege, og veldig mange fastleger har lagt ned en svært omfattende og langvarig innsats for disse pasientgruppene. Og for mange har fastlegen vært den viktigste «helsepersonen» i deres liv gjennom mange, mange år.

Pasienter med ruslidelser eller psykiske lidelser er som alle andre når de oppsøker legehjelp for somatiske plager og frykt for alvorlig sykdom

Men noen ganger er det ikke enkelt å være fastlege

Fastlegesystemet er under press. Stort arbeidspress og nye oppgaver, rekrutteringsproblemer, legeløse lister og stor bruk av vikarer kan gjøre det vanskelig å finne tid til tettere oppfølging av disse gruppene. Når tiltak for å styrke fastlege-systemet planlegges, er det derfor viktig å legge til rette for styrket innsats for å redusere helsegapet. Men det er ikke bare systemproblemer som kan stå i veien for godt legearbeid på dette feltet.

De fleste fastleger har opplevd krevende møter med pasienter med alvorlige psykiske eller rusmiddelrelaterte lidelser. Det kan være atferd som er truende, manipulerende eller i verste fall voldsom. Dette kan oppleves som svært ubehagelig og belastende, og for noen kan det føre til at man vegrer seg for videre kontakt med pasientene. Derfor er det viktig at slike opplevelser bearbeides kollegialt og i veiledningssammenheng.

Det er avgjørende å forstå at all atferd styres av en form for «indre logikk», og så lenge man ikke får tak i denne logikken, vil slik pasientatferd framstå som uforståelig og kaotisk. Forstår man imidlertid atferden som et uttrykk for pasientens lidelse, vil det gjerne være det første steget mot å klare å forholde seg til atferden og videre vende den til en fruktbar lege-pasient-relasjon.

Leger kan også stå i fare for å tolke akutte og kroniske somatiske plager som uttrykk for psykisk sykdom eller rus. Siden alvorlig somatisk sykdom forekommer oftere og i yngre alder i disse gruppene, skal informasjon om psykisk og/eller rusmiddelrelaterte skjærpe, ikke senke, årvåkenheten for alvorlig somatisk sykdom. Legens vurdering må ta høyde for at ruspåvirkning eller psykiske symptomer kan opptre samtidig med somatisk sykdom og at det kan «skygge» for den bakenforliggende sykdommen. Derfor skal legen aldri slå seg til ro med en «forforståelse» om at «det nok er rus eller psykiatri» før man har gjort tilstrekkelige undersøkelser.

Det er også svært viktig å understreke at pasienter med ruslidelser eller psykiske lidelser er som alle andre når de oppsøker legehjelp for

somatiske plager og frykt for alvorlig sykdom. De ønsker – sammen med legen – å avklare situasjonen og få nødvendig behandling. Derfor kan legen stort sett stole på det pasienten sier.

Til slutt

Moderne allmennmedisin er blitt mer kontorbasert enn tidligere. Men for disse pasientgruppene, som kan være vanskelige å nå og vanskelige å følge opp, er det ofte nødvendig å tilrettelegge behandlingen med en mer oppsøkende tilnærming. Pasientene kan ha problemer med å tilpasse seg timeavtaler, og venterom kan oppleves truende. Ofte vil det være nødvendig for legen å samarbeide med andre i hjelpeapparatet. Men hvis man tilpasser seg disse utfordringene og tar utgangspunkt i det store behovet disse pasientene har for god legehjelp, kan fastlegene gjøre en svært viktig innsats for å redusere helsegapet mellom disse sårbare gruppene og totalbefolkningen. ■

Mottatt 26.9.2023, første revisjon innsendt 2.11.2023, godkjent 13.11.2023.

Ivar Skeie

Ivar Skeie er ph.d., spesialist i allmennmedisin og i rus- og avhengighetsmedisin og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Helse-direktoratet som konsulent i rus- og avhengighetsmedisin.

Litteratur

- 1 Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One* 2018; 13: e0202028.
- 2 Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 295–301.
- 3 Hjorthøj C, Østergaard ML, Benros ME et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 801–8.
- 4 Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 2011; 6: e24597.
- 5 Skeie I, Clausen T, Hjemsæter AJ et al. Mortality, Causes of Death, and Predictors of Death among Patients On and Off Opioid Agonist Treatment: Results from a 19-Year Cohort Study. *Eur Addict Res* 2022; 28: 358–67.
- 6 NSAM/NFA 40 år – 1983–2023. Oslo: Norsk forening for Allmennmedisin, 2023, s. 25–9.

Tekst: Madeleine Elisabeth Angelsen et al.

Alvorlig psykisk syke mottar ikke fullgod helsehjelp i Norge

Målrettede livsstilstiltak kan redusere risikoen for hjerte- og karsykdom hos alvorlig psykisk syke. Vi bør ikke akseptere den økte dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i en slik sårbar pasientgruppe.

Psykiatrisk helsevern i Norge kan trolig bli bedre til å ivareta den somatiske helsen til de psykisk syke. Alvorlig psykisk syke har kortere forventet levetid hovedsakelig som følge av hjerte- og karsykdom, knyttet til modifiserbare risikofaktorer som fedme, høyt blodsukker, blodtrykk og kolesterol (1). Mange har også en usunn livsstil med bruk av tobakk og rusmidler (2) og lite fysisk aktivitet (3). Rutinemessig kostholdsveiledning gis ikke til inneliggende pasienter, selv om enkelte antipsykotiske medisiner kan gi kraftig vektoppgang (4).

Er somatisk helsehjelp underprioritert?

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) publiserte nylig en rapport der dødsfallet til en 70 år gammel kvinne med psykoselidelse ble omtalt (5). Kvinnens psykiatriske sykdom så ut til å overskygge hennes behov for oppfølging av somatiske sykdomstegn. Dette endte på tragisk vis med hjerteinfarkt og død. Det ble da stilt spørsmål ved psykiatrisk helsevesens prosedyrer for utredning og behandling av somatisk sykdom. I samme rapport var konklusjonen at den største muligheten for å redusere tap av leveår og øke livskvaliteten hos psykisk syke lå i å forebygge somatisk sykdom.

I internasjonale studier har man entydig funnet at pasienter med alvorlig psykisk sykdom har en livsstil som disponerer for kardiovaskulær sykdom, med usunt kosthold og høy forekomst av overvekt og metabolske risikofaktorer (6, 7). Estimert forventet levetid i denne pasientgruppa er 15–20 år kortere enn blant de mentalt friske, hovedsakelig som følge av kardiovaskulær sykdom relatert til livsstil (8).

Usunt kosthold og lite fysisk aktivitet

Livsstilen til norske psykiatriske pasienter har til nå vært lite studert. Temaet har tilsynelatende hatt lav prioritet i psykiatrien. To av kronikkforfatterne gjennomførte hvert sitt masterprosjekt som kartla kosthold, livsstil og metabolske risikofaktorer hos pasienter med schizofreni og bipolar lidelse ved en norsk behandlingsinstitusjon. Deltakerne hadde for lavt inntak av frukt, bær, grønnsaker og fullkorn og for høyt inntak av rødt og bearbeidet kjøtt samt matvarer med mye tilsatt sukker og fett (9, 10). Gjennomsnittlig kroppsmasseindeks ble målt til 29,9 kg/m², tilsvarende fedme. Bukfedme, som er en kardiovaskulær risikofaktor, forekom hyppig.

Halvparten av pasientene tilfredsstilte diagnosekriterier for metabolsk syndrom (10). Til sammen utgjorde dette en substansiell risikoøkning for kardiovaskulær sykdom, som er mulig å reversere med målrettede tiltak.

Som et eksempel klarte man i en eldre finsk studie å redusere total kolesterol med 1,3 mmol/L samt nesten halvere dødeligheten av hjerte- og karsykdommer hos inneliggende psykiatriske pasienter ved å tilby dem mat der mettet fett var erstattet med planteoljer (11).

Like slående som funnene av modifiserbare risikofaktorer var de kvalitative utsagnene fra pasientene som deltok i ett av masterprosjektene (10). Mange pasienter uttrykte stor fortvilelse over vektoppgang knyttet til medisiner med antipsykotiske midler. I tillegg bar historier og utsagn fra pasientene preg av at de var interesserte i å ivareta sin fysiske helse og anså dette som viktig. En pasient uttalte følgende: «Akkurat som vanlige folk, vil jeg ikke at noe fælt skal skje, som et hjerteinfarkt eller noe sånt. Spesielt ikke nå som jeg har små barn» (10). Dette understreker et banalt poeng som burde vært anerkjent av psykiatrisk helsepersonell.

Bivirkninger av antipsykotika

Pasienter med en alvorlig sinnslidelse er åpenbart opptatt av sin fysiske helse, uavhengig av vanskelighetene de opplever knyttet til sin grunnsykdom. Dette har tidligere vært bekreftet i STRIDE-studien i Canada, der kvalitative funn viste at pasientene med en alvorlig psykisk lidelse var bekymret for sin fysiske helse, spesielt de fedmerelaterte bivirkningene av psykofarmaka (12). I masterprosjektene rapporterte flere pasienter om vektoppgang på 10–20 kg etter oppstart med antipsykotiske legemidler. Det fremkom også utsagn som ble vurdert som tegn på spiseforstyrret atferd (10).

Det er velkjent blant psykiatrisk helsepersonell at atypiske antipsykotiske legemidler som olanzapin og klopazapin fører til kraftig vektoppgang (4). I tillegg har pasienter med en alvorlig psykisk lidelse ofte usunne kostvaner (13). At dette passerer som et akseptabelt faktum, er problematisk når man tar den økte dødeligheten fra kardiovaskulær sykdom i betraktning.

Lav prioritet i psykiatrisk helsevesen

For å komme til kjernen av problemet er det viktig å belyse holdningene til helsepersonell i psykiatrien. Helsepersonell hadde i masterprosjektene lave forventninger til



Flere pasienter kunne fortelle at de på eget initiativ hadde iverksatt tiltak for å gå ned i vekt, som å følge en diett og trene regelmessig

pasientenes motivasjon og evne til å gjennomføre livsstilsendringer. Utsagn som «Disse pasientene har mer enn nok med å mestre tilværelsen» og «Når du lur på om det bedrives overvåkning oppe i røykvarsleren, er det ikke så viktig for deg hvor sunt du spiser» (10) antyder at psykiatrisk helsepersonell kanskje ikke i tilstrekkelig grad anerkjenner at pasientene faktisk er opptatt av å ivareta sin fysiske helse på lik linje med mentalt friske. De kvalitative observasjonene og samtalene med pasientene viste at de faktisk etterspurte kostråd og langsiktig veiledning for vektreduksjon.

Vellykket livsstilsendring

I førsteforfatterens studie kunne flere pasienter fortelle at de på eget initiativ hadde iverksatt tiltak for å gå ned i vekt, som å følge en diett og trene regelmessig (10).

Ikke ulikt mentalt friske, opplevde pasientene flere utfordringer knyttet til livsstilsendringer. Det er ikke vanskelig å tenke seg at det som krever mye innsats og disiplin, er ekstra vanskelig når en alvorlig psykisk lidelse kommer i tillegg. Flere studier har imidlertid identifisert at en sentral faktor for å lykkes med livsstilsendring er hjelp og støtte fra nærmiljøet (14). Veiledning fra helsepersonell med ernæringskompetanse har også vist seg å være viktig for suksessfull kostholdsendring i denne pasientgruppa (15).

På tvers av helsevesenets grunnprinsipper

Det å ikke skade er et viktig prinsipp som helsepersonell har (16). Når medisiner med kjent risiko for vektøkning forskrives, må derfor adekvat veiledning om forebygging av vektoppgang ikke neglisjeres. Norsk helsevesen understreker også viktigheten av å ivareta *hele* pasienten. Dette innebærer at behandlingen ikke bare skal rette seg mot grunnlidelsen, men komme pasientens helse til gode på en helhetlig måte. Behandling av psykiatripasienter må derfor innebære en mulighet for veiledning til en sunn livsstil og en plan for å forebygge livsstilssykdommer der det er indikasjon for det. Bare på den måten yter man fullgod helsehjelp og mulig reduksjon i ulikheten i forventet levetid mellom psykisk syke og friske. ■

Mottatt 14.10.2023, første revisjon innsendt 2.11.2023, godkjent 13.11.2023.

Madeleine Elisabeth Angelsen

Madeleine Elisabeth Angelsen er klinisk ernæringsfysiolog og vitenskapelig assistent ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo. Hun har skrevet masteravhandling om kosthold hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Emma Njålsdatter Johannessen

Emma Njålsdatter Johannessen er klinisk ernæringsfysiolog ved Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og FACT avdeling St. Hanshaugen. Johannessen har skrevet masteravhandling om kosthold hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kjetil Retterstøl

Kjetil Retterstøl er professor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo og overlege ved Lipidklinikken på Aker Sykehus. Retterstøl var internveileder på mastergradsprosjektene til Angelsen og Johannessen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Dawn Elizabeth Peleikis

Dawn Elizabeth Peleikis er ph.d., avdelingsoverlege ved Distriktspsykiatrisk senter i Asker og forfatter. Hun er den ansvarlige prosjektlederen og var hovedveileder ved mastergradsprosjektene til Angelsen og Johannessen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Correll CU, Robinson DG, Schooler NR et al. Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders: baseline results from the RAISE-ETP study. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1350–63.
- 2 Khokhar JY, Dwiell LL, Henricks AM et al. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophr Res* 2018; 194: 78–85.
- 3 Daumit GL, Goldberg RW, Anthony C et al. Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 641–6.
- 4 Barton BB, Segger F, Fischer K et al. Update on weight-gain caused by antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Expert Opin Drug Saf* 2020; 19: 295–314.
- 5 Ukom. Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. <https://ukom.no/rapporter/somatisk-helse-hos-pasienter-med-alvorlig-psykisk-lidelse/sammendrag> Lest 19.9.2023.
- 6 Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K et al. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2013; 39: 306–18.
- 7 van Zonneveld SM, Haarman BCM, van den Oever EJ et al. Unhealthy diet in schizophrenia spectrum disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2022; 35: 177–85.
- 8 Ringen PA, Engh JA, Birkenaes AB et al. Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. *Front Psychiatry* 2014; 5: 137.
- 9 Johannessen EN. Dietary intake in adults with severe mental illness, receiving outpatient treatment in a Scandinavian clinic. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/95523> Lest 13.11.2023.
- 10 Angelsen ME. The lifestyle of patients with severe mental illness, receiving treatment in mental care facilities in Asker, Norway. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/103688> Lest 13.11.2023.
- 11 Turpeinen O, Karvonen MJ, Pekkarinen M et al. Dietary prevention of coronary heart disease: the Finnish Mental Hospital Study. *Int J Epidemiol* 1979; 8: 99–118.
- 12 Yarbrough BJ, Stumbo SP, Yarbrough MT et al. Improving lifestyle interventions for people with serious mental illnesses: Qualitative results from the STRIDE study. *Psychiatr Rehabil J* 2016; 39: 33–41.
- 13 Mueller-Stierlin AS, Cornet S, Peisser A et al. Implications of Dietary Intake and Eating Behaviors for People with Serious Mental Illness: A Qualitative Study. *Nutrients* 2022; 14: 2616.
- 14 Greaney ML, Puleo E, Sprunck-Harrild K et al. Social Support for Changing Multiple Behaviors: Factors Associated With Seeking Support and the Impact of Offered Support. *Health Educ Behav* 2018; 45: 198–206.
- 15 Teasdale SB, Latimer G, Byron A et al. Expanding collaborative care: integrating the role of dietitians and nutrition interventions in services for people with mental illness. *Australas Psychiatry* 2018; 26: 47–9.
- 16 Ursin L. De fire prinsipper. https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper Lest 19.9.2023.

Tekst: Jørgen G. Bramness og Marit Edland-Gryt

Illustrasjon: Espen Friberg

Økende bruk av kokain

Kokain ser ut til å bli brukt mer enn tidligere. Helsepersonell bør ha økt oppmerksomhet rundt kokainbruk i tiden framover, spesielt med tanke på avhengighet og hjerte- og karsykdom.

Aret 2023 brakte oss flere av norgeshistoriens største kokainbeslag (1). I perioder kunne man daglig lese om kokain i avisene. Skandaleoppslag om at kokainet flyter (2) ble etterfulgt av dementier (3). Det kan være vanskelig å få en realistisk oppfatning om hvor bekymret man bør være og hvor høy beredskap man som helsepersonell bør ha. I denne artikkelen gjennomgår vi noe av den seneste forskningen som sier noe om omfanget, brukergruppen og helsekonsekvensene av bruk.

Virkningsmekanisme

Kokain hemmer reopptaket av dopamin og i noen grad noradrenalin og serotonin i sentralnervesystemet (4). Disse virkningene gir opphavet til effekter som eufori, økt årvåkenhet og energi, med en overfølsomhet for berøring, lyd og lys. Kokain inntas som regel ved innånding gjennom nesen. Injisering og røyking forekommer i større grad i andre land. Effektene av kokain kommer nesten umiddelbart og forsvinner raskt, alt fra etter noen minutter til en time, avhengig av dosen og måten stoffet blir inntatt på (4).

Beslag, bruk og behandling

Det europeiske overvåkningscenteret for narkotika og narkotikamisbruk meldte i 2023 at kokain nå er det nest mest vanlige illegale rusmiddelet i Europa, med rekordhøye beslag (5). Krystallinsk kokain er blitt beslaglagt, men det er fremdeles uvanlig i Europa. Det anslås at 2,3 millioner mennesker i Europa mellom 15 og 34 år har brukt kokain det siste året. Dette utgjør 2,3 % av denne aldersgruppen. Om lag 25 000 mennesker har søkt hjelp for kokainbruk, og kokainbrukere utgjør 21 % av alle nye klienter i behandling.

I Norge meldte KRIPOS i første halvårsrapport i 2023 om 995 beslag (10 % av alle beslag), dominert av noen svært store beslag (1). Dette er det høyeste antallet og den høyeste andelen noen gang. Renhetsgraden på kokainet har også økt. I årene 2006–15 lå gjennomsnittlig renhet stabilt rundt 34 %. I første halvår av 2023 var gjennomsnittlig renhetsgrad på 87 %. Også i Norge er kokain i pulverform mest vanlig.

Den årlige Rusundersøkelsen som Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomfører i samarbeid

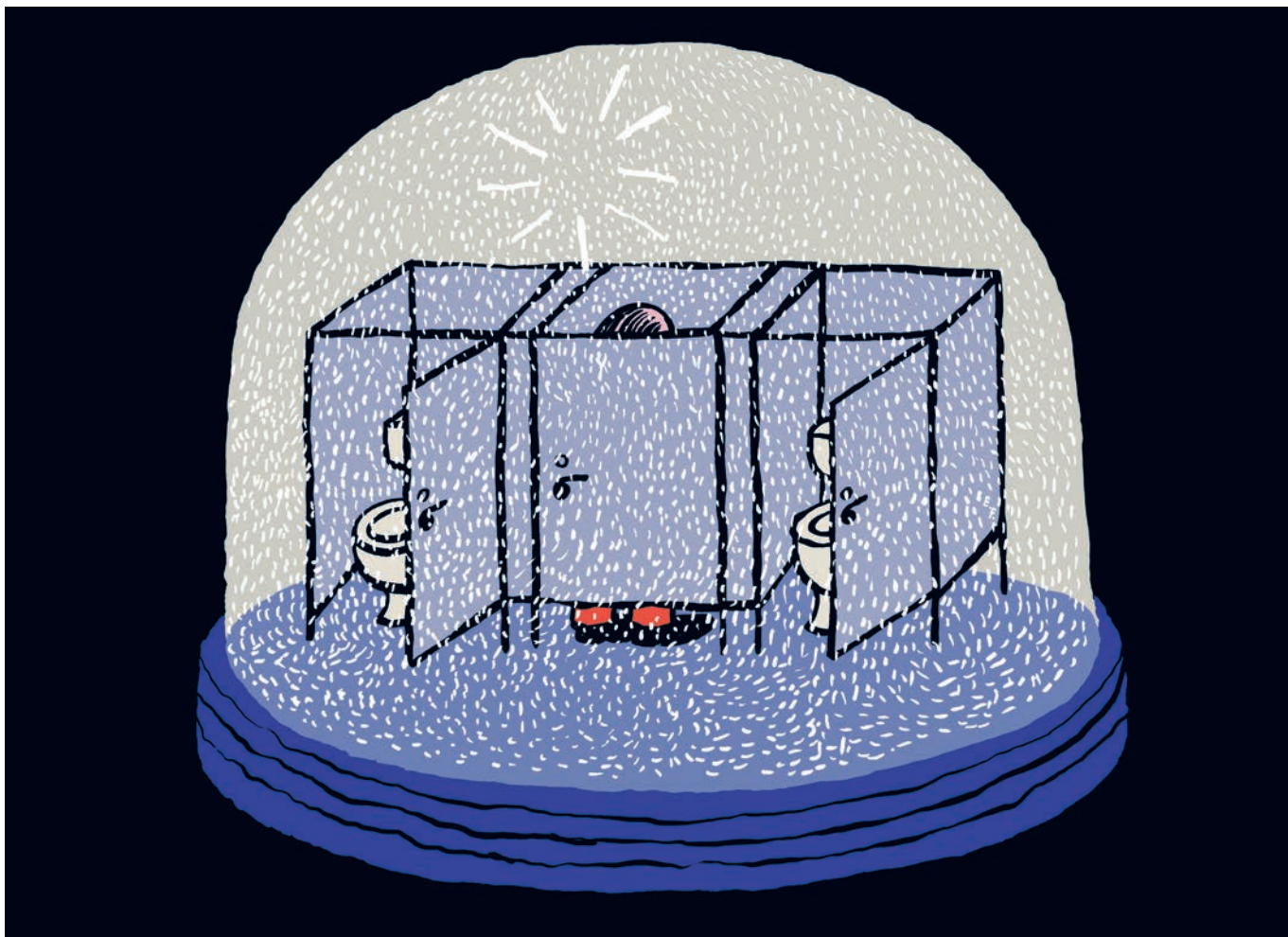
med Statistisk sentralbyrå, har et landsrepresentativt utvalg av hele befolkningen. Andelen i alderen 16–30 år som oppga bruk av kokain det siste året, var 4,7 % i 2022. Dette er høyere enn gjennomsnittet for de foregående ni årene, som var 2,4 % (6). Skoleundersøkelsen Ung i Oslo er gjennomført med noen års mellomrom siden 1996. Også her ser vi en økning i selvrapporert kokainbruk, særlig blant de eldste ungdommene. I den seneste undersøkelsen oppga 17 % av gutter i tredje klasse på videregående skole å ha prøvd kokain det siste året, en klar økning fra de foregående årene (7). I Studentenes helse- og trivselsundersøkelse oppga 3 % i 2018 å ha brukt kokain det siste året (8), og i 2022 var den tilsvarende andelen 6 % (9).

Norsk pasientregister viser at antallet som fikk behandling for problemer knyttet til kokain, økte fra 360 til 511 (42 % økning) fra 2021 til 2022 (6). Økningen i antallet nye pasienter var fra 105 til 203 (93 %). Tallet ligger langt under det europeiske snittet og utgjorde bare litt over 7 % av alle nye klienter. Tall fra Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan) viser at det i 2022 for første gang var flere henvendelser til dem om kokain enn om cannabis (10). Dette reflekterer ikke bare den reelle bruken av kokain, men også en økt bekymring og oppmerksomhet knyttet til stoffet.

Enhver bruk av kokain har et potensial for fatale bivirkninger, selv om risikoen blir større ved økt forbruk

Brukergrupper

Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2014 og 2017 to studier om utelivet i østlandsområdet (11), undersøkelser som er viktig for å vite noe om kokainbruken i denne utvalgte populasjonen. 2014 var det første året dette ble gjort i Norge (12). Den selvrapporerte bruken av kokain lå om lag på samme nivå i 2014 og 2017. Omtrent 14 % av respondentene anga å ha brukt kokain det siste året, mens 25 % anga bruk noen gang i løpet av livet. Tallene var høyere enn forventet, og i tillegg viste spyttprøver en underrapportering av selvrapporert bruk de siste 48 timene, slik at vi kan anta at estimatene på rundt 14 % for siste års bruk er for lave.



Illustrasjon: Espen Friberg

Karikaturen av kokainbrukere som dresskledde menn på Oslos vestkants nattklubber, blir nyansert

Gjennom dybdeintervjuer med brukere har vi sett at kokainbruken spiller en annen rolle for unge voksne i utelivet, enn det som ofte blir fremstilt i populærkulturen (13). Karikaturen av kokainbrukere som dresskledde menn på Oslos vestkants nattklubber, blir nyansert. Brukerne hadde mange forskjellige preferanser med hensyn til hva slags festing de ville bedrive, hvilken omgangskrets de ønsket seg, de var både menn og kvinner, med både høy og lav inntekt. Mer enn at de ønsket «kicket» av kokain, brukte de kokain for å moderere og kontrollere alkoholrusen. Kokain gjorde dem i stand til å drikke mer og beholde et «kontrollert tap av kontroll» gjennom hele festen, og kokain ble derfor sett på som et «prestasjonsdop» for å kunne fortsette festen (14). De opplevde at de ble skjerpet når de tok kokain etter å ha drukket for mye, og dette var en viktig motivasjon for bruken. Slik kunne de komme inn på utesteder og fortsette festen, fordi de ikke fremstod som *for* fulle. Den kollektive bruken av et illegalt rusmiddel skapte spenning, «edge» (15) og kollektiv eufori (16), i større grad enn alkohol. Samtidig anerkjente brukerne at de hadde etiske betenkeligheter ved kriminalitet, avhengighetsproblematikk og kokainets helseutfordringer.

Helseproblemer

Akutt har kokain en vasokonstringerende effekt, fører til utvidede pupiller og øker hjerterefrekvensen, blodtrykket og kroppstemperaturen. Kokain har også en lokalanestetisk effekt. I akutfasen kan kokain gi skjelvinger, muskelrykninger og svimmelhet. Psykisk kan man oppleve rastløshet, irritabilitet, angst og paranoide tanker. Man kan også se uberegnelighet, oppfarehet, aggresjon samt voldelig og bisarr atferd.

Noen av disse effektene oppstår ved høyere eller gjentatte doseringer, men kan over tid komme ved lavere doser grunnet sensitisering til kokaineffekter. De kardiovaskulære effektene kan man imidlertid se etter enkeltinntak. Det vil si at enhver bruk av kokain har et potensial for fatale bivirkninger, selv om risikoen blir større ved økt forbruk.

Effekter på hjerte- og karsystemet kan være både akutte og komme etter lengre tids bruk (17). Den sentralstimulerende effekten gir økt hjerterytme og derigjennom akutt hypertensjon og arytmier. Det er sett koronare spasmer og hjerteinfarkt samt plakkdannelser, koronarsykdom og aortadisseksjon ved lengre tids bruk. Kardiomyopati, inklusive endokarditter sees i tillegg til lever- og nyreskade (18). En dempet

appetitt kan også medføre vektreduksjon og underernæring.

Ved bruk av kokain over tid utvikles toleranse, noe som betyr at personen trenger økte og hyppigere doser for å oppnå de samme effektene. Dette gir igjen abstinenssymptomer når man forsøker å avslutte bruken (f.eks. depresjon, tretthet, redusert tenkning, økt appetitt, ubehagelige drømmer og søvnløshet). Kokain har et betydelig avhengighetspotensial (19). Vi har spesielt kunnskap om den psykiske komponenten i avhengighet, ved at det kan være vanskelig å undertrykke suget etter å ta inn kokain og å ha kontroll over bruken. Slik sett ligner avhengigheten av kokain på annen avhengighet av sentralstimulerende midler, ved at det i mindre grad er abstinensene enn suget som opprettholder bruken.

Når kokain inntas sammen med alkohol, dannes stoffet kokaetylen i leveren. Kokaetylen har en lengre virketid enn kokain, en sterkere dopamineffekt, men innehar ellers mange av de samme nevrobiologiske og fysiologiske effektene som kokain har (20). Ett unntak er antagelig en betydelig økt kardiotoksisitet (21), men det er også diskutert om det er andre elementer ved samtidig inntak av kokain og alkohol som gir den økte risikoen for hjerte- og karsykdom (22).

Ved akutt uforklarlig sykdom og ved forgiftninger bør man gjennomføre analyser med tanke på å avdekke kokaininntak. Det er dokumentert at kokainbruk kan overses. Semikvantitative analyser gjennomføres rutinemessig i urinprøver eller i andre matriser, hvor man detekterer den viktigste metabolitten til kokain, benzoylcegonin. Akuttbehandling av kokainforgiftninger er en spesialistoppgave, og inkluderer bruk av benzodiazepiner, ofte i høye doser (23). Ved hypertermi kan nedkjøling være aktuelt. Antipsykotika skal man i akuttfasen være forsiktig med, med tanke på senket krampeterskel og forlenget QT-tid.

Det er grunn til å ha oppmerksomhet knyttet til bruken av kokain blant ungdom og voksne. Til tross for den moderate bruken av kokain i Norge, er helsekonsekvensene av bruk såpass alvorlige at helsepersonell bør ha øynene åpne for konsekvenser, særlig med tanke på avhengighet og hjerte- og karsykdom. ■

Mottatt 9.10.2023, første revisjon innsendt 6.11.2023, godkjent 13.11.2023.

Jørgen G. Bramness

Jørgen G. Bramness er professor i psykiatri ved UiT - Norges arktiske universitet og seniorforsker ved Avdeling for rusmidler og tobakk ved Folkehelseinstituttet i Oslo og ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse ved Sykehuset Innlandet, Hamar. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marit Edland-Gryt

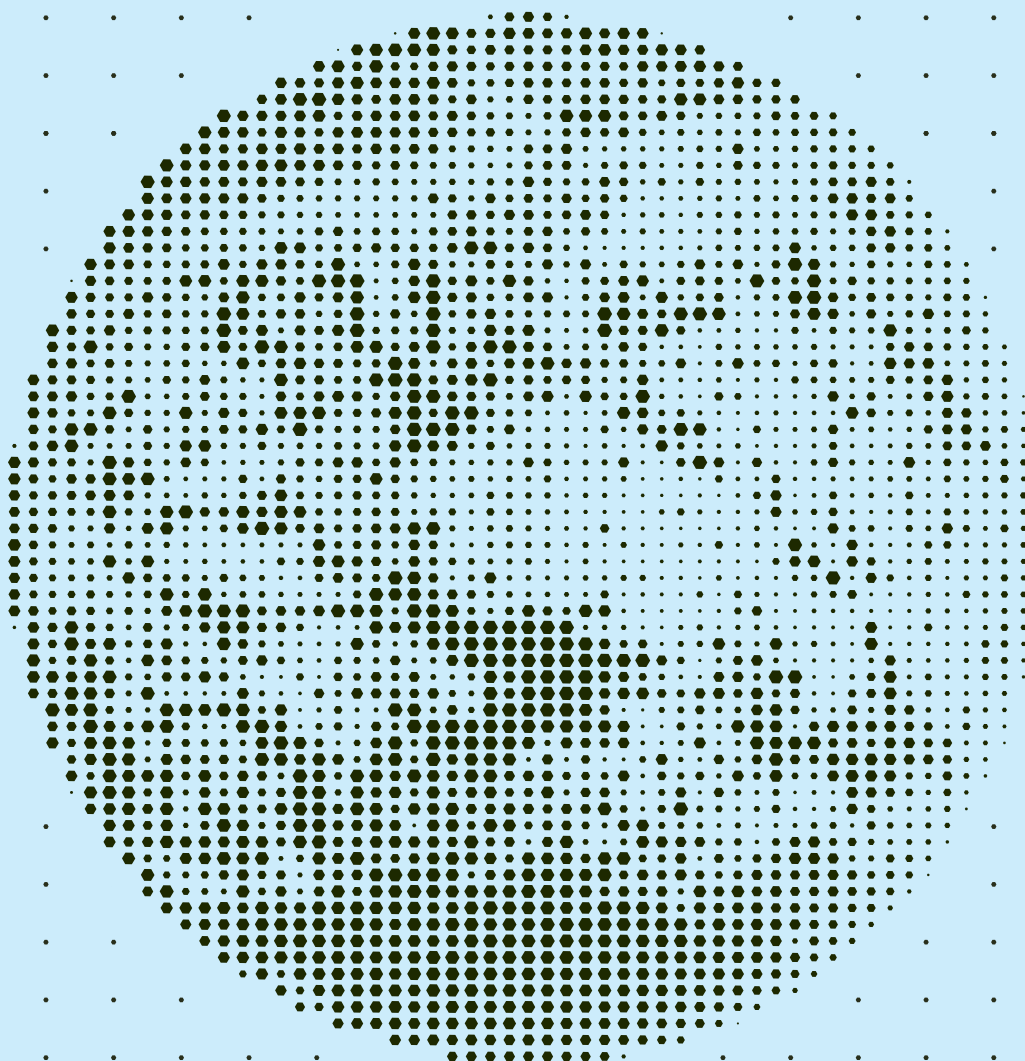
Marit Edland-Gryt er ph.d., sosiolog og forsker ved Avdeling for rusmidler og tobakk ved Folkehelseinstituttet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

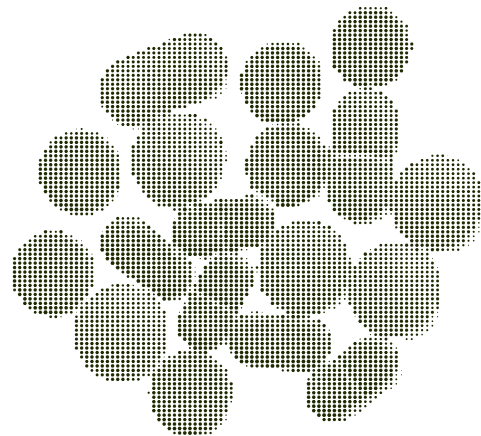
Litteratur

- 1 KRIPOS. Narkotika- og dopingstatistikk 1. halvår 2023. https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/narkotika/narkotikastatistikk_2023_halvar.pdf Lest 13.11.2023.
- 2 Nodland SAW. Kokain: Jenny (21) slår kokainalarm: - Folk trenger hjelp. Dagbladet 25.4.2023. <https://www.dagbladet.no/nyheter/jenny-21-slar-kokainalarm-folk-trenger-hjelp/79002829> Lest 13.11.2023.
- 3 Eikernytt. Feil om kokain-problem ved Eiker videregående skole. Eikernytt.no 22.9.2023. <https://www.eikernytt.no/2023/09/22/feil-om-kokain-problem-ved-eiker-videregaende-skole/> Lest 13.11.2023.
- 4 Cone EJ. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cocaine. J Anal Toxicol 1995; 19: 459-78.
- 5 EMCDDA. European Drug Report 2023: Trends and Developments. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en Lest 13.11.2023.
- 6 Folkehelseinstituttet. Narkotikabruk i Norge Oslo. <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/?h=1&term=> Lest 13.11.2023.
- 7 Bakken A. Ung i Oslo 2023. Ungdomsskole og videregående skole. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3065089> Lest 13.11.2023.
- 8 Heradstveit O, Skogen JC, Edland-Gryt M et al. Self-Reported Illicit Drug Use Among Norwegian University and College Students. Associations With Age, Gender, and Geography. Front Psychiatry 2020; 11: 543507.
- 9 Sivertsen B, Johansen M. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022. https://studenthelse.no/SHoT_2022_Rapport.pdf Lest 13.11.2023.
- 10 Bakkeng C. Flere henvendelser om kokainbruk i arbeidslivet Oslo. <https://akan.no/flere-henvendelser-om-kokainbruk-i-arbeidslivet/> Lest 13.11.2023.
- 11 Bretteville-Jensen A, Andreas JB, Furuhaugen H et al. UTELIVSSTUDIEN 2017 Rusmiddelbruk blant folk «på byen» i Oslo og seks andre byer på Østlandet. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/handle/11250/2979886> Lest 13.11.2023.
- 12 Nordfjærn T, Bretteville-Jensen AL, Edland-Gryt M et al. Risky substance use among young adults in the nightlife arena: An underused setting for risk-reducing interventions? Scand J Public Health 2016; 44: 638-45.
- 13 Edland-Gryt M. Cocaine Rituals in Club Culture: Intensifying and Controlling Alcohol Intoxication. J Drug Issues 2021; 51: 391-408.
- 14 Edland-Gryt M. Hva er det med kokain som gjør at det blir sett på som et ideelt rusmiddel i utelivet? <https://www.forebygging.no/Artikler/2021/Hva-er-det-med-kokain-som-gjor-at-det-blir-sett-pa-som-et-ideelt-rusmiddel-i-utelivet/> Lest 13.11.2023.
- 15 Lyng S. Action and edgework: Risk taking and reflexivity in late modernity. Eur J Soc Theory 2014; 17: 443-60.
- 16 Tutenges S. Stirring up effervescence: an ethnographic study of youth at a nightlife resort. Leis Stud 2013; 32: 233-48.
- 17 Havakuk O, Rezkalla SH, Kloner RA. The Cardiovascular Effects of Cocaine. J Am Coll Cardiol 2017; 70: 101-13.
- 18 Riezzo I, Fiore C, De Carlo D et al. Side effects of cocaine abuse: multiorgan toxicity and pathological consequences. Curr Med Chem 2012; 19: 5624-46.
- 19 Bidhan S, Pathania A. Addiction of drugs like Cocaine and Opium - A Review. E3S Web Conf 2021; 309: 01151.
- 20 Pergolizzi J, Breve F, Magnusson P et al. Cocaethylene: When Cocaine and Alcohol Are Taken Together. Cureus 2022; 14: e22498.
- 21 Wilson LD, Jeromin J, Garvey L et al. Cocaine, ethanol, and cocaethylene cardiotoxicity in an animal model of cocaine and ethanol abuse. Acad Emerg Med 2001; 8: 211-22.
- 22 Henning RJ, Wilson LD. Cocaethylene is as cardiotoxic as cocaine but is less toxic than cocaine plus ethanol. Life Sci 1996; 59: 615-27.
- 23 Richards JR, Garber D, Laurin EG et al. Treatment of cocaine cardiovascular toxicity: a systematic review. Clin Toxicol (Phila) 2016; 54: 345-64.

Nytt om legemidler

Legemiddelverket er blitt det nye
Direktoratet for medisinske produkter (DMP)
og får større ansvar.





Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer viser at innsatsen for riktig legemiddelbruk har nyttet. Allmennleger skriver ut mindre legemidler med særlig uheldige bivirkninger for eldre.

Helsedirektoratet har lansert tre nye nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten. Disse måler andelen eldre som har fått rekvirert vanedannende legemidler, legemidler med betydelig antikolinerg effekt og NSAIDs.

Allmennleger skriver ut mindre legemidler med særlig uheldige bivirkninger for eldre. I 2022 fikk 4,8 % av personer over 65 år utlevert mye vanedannende legemidler på apotek etter resept fra allmennlege. Dette er en nedgang fra 6,6 % i 2010 (1). "Mye vanedannende" er definert som minst 365 definerte døgndoser (DDD) i løpet av ett år. Også for NSAIDs og legemidler med antikolinerg effekt har det vært en betydelig reduksjon i perioden 2010 – 2022.

Økt oppmerksomhet

I 2013 fikk fastlegene i en ny forskrift ansvar for å gjøre legemiddelgjennomgang (LMG), og senere samme år også en egen honorartakst for denne viktige oppgaven. Året etter tok Legemiddelverket initiativ til å utvikle en sjekkliste for legemiddelgjennomgang. Kurs og kampanjer har bidratt til økt kompetanse på området. Fra 2020 ble legemiddelgjennomgang pensum i legestudiet, og nå er slike ferdigheter sidestilt med livreddende førstehjelp.

Fylkesvise forskjeller

Til tross for nedgang i alle fylker, er det fylkesvise variasjoner. Troms og Finnmark ligger jevnt over lavt i rekvirering av vanedannende legemidler. I 2022 fikk 3,0 % av eldre mye vanedannende legemidler på resept fra allmennlege i dette fylket. Agder har hatt den høyeste andelen i flere år og hadde en andel på 7,1 % i 2022 (1).

Forxiga og Jardiance på blå resept ved hjertesvikt

SGLT-2-hemmerne dapagliflozin (Forxiga) og empagliflozin (Jardiance) har nå forhåndsgodkjent refusjon ved hjertesvikt – uavhengig av ejeksjonsfraksjon.

Legemidlene har tidligere hatt forhåndsgodkjent refusjon for behandling av hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon. Etter at den medisinske indikasjonen ble utvidet til hjertesvikt uavhengig av ejeksjonsfraksjon, utførte Legemiddelverket våren 2023 metodevurderinger for den utvidete delen av indikasjonen. Legemiddelverket konkluderte med at de tre prioriteringskriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighet er oppfylt.

Siden legemiddelkostnadene ville overstige 100 millioner kroner, måtte saken til Helse- og omsorgsdepartementet for politisk behandling. I statsbudsjettet for 2024 har Stortinget bevilget midler til utvidet refusjon for SGLT2-hemmerne.

Refusjonsberettiget bruk:

Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt hos voksne.

Refusjonskoder:

ICPC: K77 Hjertesvikt

ICD: I50 Hjertesvikt

Referanser:

1. helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten



Spiss fleinsopp, *psilocybe semilanceata*. Foto: IvanMikhaylov / iStock

Usikker effekt av psilocybin ved anoreksi

Det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner om effekten av en enkeltdose med det psykedeliske stoffet psilocybin mot anorexia nervosa.

Spiss fleinsopp er den eneste hallusinogene soppen som er vanlig i Norge. Den inneholder tryptaminen psilocybin, som kan gi hallusinasjoner via selektive serotoninreseptorer. Effekten av psilocybin mot anorexia nervosa er nylig undersøkt i en fase 1-studie (1).

Anorexia nervosa er en alvorlig psykiatrisk lidelse med lav kroppsvekt, forstyrret kroppsbilde og strengt innskrenket fødeinntak. Pasienter med anorexia nervosa har betydelig økt risiko for å dø av medisinske komplikasjoner og selvmord, og bare omtrent en tredel oppnår stabil, langvarig helbredelse. Det finnes ingen spesifikk behandling.

Hallusinogener er forsøkt brukt i behandlingen av pasienter med depresjon og tvangslidelser, som ofte ses sammen med anorexia nervosa. Kanskje har slik behandling effekter i tillegg til oppretting av serotoninbalansen, slik som å motvirke svinn av hjernens grå substans, som kan ses ved anorexia nervosa.

I studien ble ti voksne kvinner med anorexia nervosa behandlet med en engangsdose med 25 mg psilocybin, sammen med to førseanser med psykologisk støtte og tilsvarende etterseanser. Behandlingen ble tålt godt, bedømt på grunnlag av EKG, laboratorietester og kliniske tegn. Bivirkninger, slik som forbigående hodepine, kvalme og fatigue, var akseptable.

Pasientene responderte svært forskjellig på psilocybin. Forstyrret selvbilde var signifikant korrigert ved kontrollundersøkelsen etter én måned. Fire pasienter hadde en så stor korreksjon av spiseavviket ved tremånederskontrollen at de kunne anses som å være i remisjon.

– Denne studien har svært mange begrensninger, sier Ulrik Fredrik Malt, som er professor emeritus i psykiatri og psykosomatisk medisin ved Universitetet i Oslo. Pasientene meldte seg selv fordi de ønsket å forsøke psilocybin. De var voksne og hadde bare lett grad

av anoreksi. Kun fire hadde en kroppsmasseindeks lavere enn 17,5 kg/m², noe som tilsier at flertallet ikke oppfylte ICD-10-kriteriene for anorexia nervosa. Flere hadde brukt selektive serotoninreopptakshemmere forut for psilocybin-behandlingen, noe som kan ha påvirket reseptorstatusen. Det ble i tillegg gitt omfattende psykologiske intervensjoner, bl.a. veiledning i verbalisering av sykdomsopplevelse og personlige mål for bedring, foruten psykoedukasjon og psykoterapi i form av oppmerksomt nærvær (mindfulness). Det er derfor vanskelig å trekke sikre konklusjoner om den spesifikke effekten av psilocybin. Det gjenstår å se om gjentatte behandlinger med psilocybin kan være effektivt hos en undergruppe med lett grad av anorexia nervosa, sier Malt. ■

Haakon B. Benestad

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Peck SK, Shao S, Gruen T et al. Psilocybin therapy for females with anorexia nervosa: a phase 1, open-label feasibility study. *Nat Med* 2023; 29: 1947–53.

Psilocybin virker godt mot depresjon

I en ny randomisert studie viser det psykedeliske stoffet psilocybin lovende effekt hos pasienter med depresjon.

Fleinsopp har i århundrer vært brukt både som rusmiddel og i religiøse ritualer, og det aktive stoffet psilocybin har fått økt oppmerksomhet den siste tiden.

I en ny studie ble om lag 100 voksne pasienter med moderat til alvorlig depresjon randomisert i to grupper og gitt enten en enkeltdose psilocybin eller niacin som aktiv placebo (1). Alle fikk støttende psykoterapi. Pasientene hadde en MADRS-skår (Montgomery Aasberg Depression Rating Scale) på 28 eller høyere. Pasienter med alvorlige rusproblemer, suicidalitet eller tidligere psykose eller mani var ekskludert.

Behandling med psilocybin var assosiert med signifikant reduksjon i MADRS-skår sammenlignet med niacin, både ved dag 8 (gjennomsnittlig differanse -12,0; 95 % KI, fra -16,6 til -7,4; $p < .001$) og ved dag 43 (-12,3; 95 % KI fra -17,5 til -7,2; $p < .001$). Behandling med psilocybin var også assosiert med signifikant reduksjon i en måleskala for uførhet (Sheehan Disability Scale). Flere pasienter i psilocybingruppen fikk vedva-

rende respons. Psilocybingruppen hadde flest bivirkninger, men ingen alvorlige.

– Denne studien føyer seg inn i en serie med randomiserte studier som viser god effekt av psilocybin ved depresjon, sier Ole Andreassen, som er professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo og overlege ved Oslo universitetssykehus.

– Effekten av psilocybin kom allerede etter åtte dager, og den varte i seks uker uten alvorlige bivirkninger. Dette er lengre enn i andre nyere studier og virker lovende. I tillegg til færre depressive symptomer, økte funksjonsnivået signifikant.

– Behandling med psykedeliske stoffer får mye oppmerksomhet i media, og mange pasienter ønsker å delta i slike studier. Den psykedeliske effekten av psilocybin gjør at deltakerne vanligvis skjønner at de får et aktivt medikament. Selv med niacin som aktiv placebo, kan den målte effekten likevel være delvis drevet av placebo, sier Andreassen. ■

Jørgen Østensjø

Haukeland universitetssykehus

Litteratur

- 1 Raison CL, Sanacora G, Woolley J et al. Single-dose psilocybin treatment for major depressive disorder: a randomized clinical trial. JAMA 2023; 330: 843–53.

Soppliknende steinfigurer fra Guatemala rundt år 100–500 fvt. Faksimile: *Miniature Mushroom Stones from Guatemala*, Stephan F. de Borhegyi, American Antiquity Vol. 26, No. 4 (Apr., 1961), Cambridge University Press.



Et rom ved John Hopkins University brukt i kliniske studier for å bestemme effekten av psilocybin og andre hallusinogener. Foto: Matthew W. Johnson, CC BY-SA 3.0, via Wikimedia Commons.



Heidrun Eitungjerde Høyvik* 1
Vegard Straume* 1
Øyvind Østerås 2
Mette Engan 3
mette.engan@helse-bergen.no

* Heidrun Eitungjerde Høyvik og
Vegard Straume har bidratt i like stor grad
til denne artikkelen.

- 1 Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen
- 2 Intensiv- og postoperativ avdeling
Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland
universitetssjukehus
- 3 Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland
universitetssjukehus

Hastegradsvurdering av akutt syke barn transportert i ambulanse

Bakgrunn

Helse Vest benytter en modifisert versjon av hastegradsverktøyet South African Triage Scale, SATS Norge (SATS-N), i alle akutt-mottak og ambulansetjenester i regionen. Formålet med studien var å undersøke validiteten til barnedelen til SATS-N benyttet på barn transportert til sykehus i ambulanse for øyeblikkelig hjelp.

Materiale og metode

Vi utførte en retrospektiv observasjonsstudie som inkluderte alle barn i alderen 0–14 år innlagt med ambulansetransport til akuttmottak for øyeblikkelig hjelp i perioden januar–juni 2020 på Haukeland universitetssjukehus. De fem hastegradskategoriene i SATS-N ble dikotomisert til høy hastegrad (de to høyeste hastegradskategoriene) eller lav hastegrad (de tre laveste hastegradskategoriene). Sensitivitet ble beregnet som andelen pasienter med høy hastegrad blant de som ble direkte overført fra akuttmottak til en overvåkningsenhet, og spesifisitet som andelen pasienter med lav hastegrad blant de som ikke ble direkte overført til en overvåkningsenhet.

Resultater

Av totalt 303 pasienttransporter fikk 270 (89 %) hastegradsvurdering i ambulanse og 243 (80 %) i akuttmottak. Prehospitalt og i akuttmottak var sensitiviteten til SATS-N på henholdsvis 96 % og 88 % og spesifisiteten på henholdsvis 46 % og 60 %.

Fortolkning

For barn innlagt på sykehus med ambulansetransport hadde SATS-N høy sensitivitet og lav spesifisitet for å identifisere pasienter med behov for direkte overføring fra akuttmottak til en overvåkningsavdeling.

Hastegrads-vurdering	Sensitivitet ¹ Prosent (95 % KI)	Spesifisitet ² Prosent (95 % KI)	Positiv prediktiv verdi ³ Prosent (95 % KI)	Negativ prediktiv verdi ⁴ Prosent (95 % KI)	Over- triagering ⁵ Prosent (95 % KI)
Prehospitalt					
Totalt	96 (82 til 99)	46 (40 til 52)	17 (12 til 23)	99 (95 til 100)	19 (14 til 26)
Barnemedisinsk problemstilling	92 (65 til 99)	49 (41 til 56)	12 (7 til 20)	99 (93 til 100)	21 (13 til 33)
Kirurgisk problemstilling	100 (80 til 100)	41 (31 til 52)	24 (15 til 36)	100 (90 til 100)	15 (7 til 27)
I akuttmottak					
Totalt	88 (70 til 96)	60 (54 til 66)	20 (14 til 29)	98 (94 til 99)	18 (12 til 26)
Barnemedisinsk problemstilling	82 (52 til 95)	62 (54 til 70)	15 (8 til 26)	98 (92 til 99)	21 (14 til 30)
Kirurgisk problemstilling	93 (69 til 99)	57 (46 til 67)	27 (17 til 41)	98 (89 til 100)	16 (9 til 26)

Hovedfunn

Av 303 barn transportert med ambulanse til akuttmottaket ved Haukeland universitetssjukehus for øyeblikkelig hjelp ble 88 behandlet poliklinisk, 185 innlagt i ordinær sengepost og 30 i overvåkningsavdeling.

270 (89 %) barn ble hastegradsvurdert med SATS-N i ambulanse og 243 (80 %) i akuttmottak.

Andelen som hadde identisk SATS-N-hastegradskategori prehospitalt og i akuttmottaket var 103/216 (48 %).

Sensitiviteten til SATS-N var 96 % prehospitalt og 88 % i akuttmottak, mens spesifisiteten var henholdsvis 46 % og 60 %.

Fra og med nr. 1/2024 presenterer vi enkelte vitenskapelige artikler i kortformat. Hele artikkelen kan leses på tidsskriftet.no. Skann QR-koden for å bli ledet til fullversjonen.



Tabell 4 Sensitivitet, spesifisitet, positiv og negativ prediktiv verdi for barnevernsjonen av SATS-N versjon 4.0 brukt prehospitalt og i akuttmottak på barn og unge i alderen 0–14 år som ble transportert til sykehus i ambulansetransport. KI = konfidensintervall.

- 1 Sensitivitet: Andelen pasienter med høy hastegrad (rød og oransje) blant som ble direkte overført fra akuttmottak til en overvåkningsenhet (intensivavdeling, operasjonsavdeling/postoperativ avdeling og barneovervåkning).
- 2 Spesifisitet: Andelen pasienter med lav hastegrad (gul, grønn og blå) blant dem som ikke ble direkte overført til en overvåkningsenhet.
- 3 Positiv prediktiv verdi: Andelen pasienter direkte overført til en overvåkningsenhet blant dem som fikk høy hastegrad.
- 4 Negativ prediktiv verdi: Andelen pasienter som ikke ble innlagt på en overvåkningsenhet blant dem som fikk lav hastegrad.
- 5 Overtriagering: Andelen pasienter som fikk tildelt høy hastegrad blant dem som hadde en poliklinisk kontakt.

Verktøy som virker

Når et helsevesen konfronteres med flere pasienter enn det har kapasitet til, blir det nødvendig å prioritere.

Asortere symptomer og tilstander i et triageringsystem har historiske røtter tilbake til napoleonskrigene, da Dominique Jean Larrey (1766–1842) utviklet en kategorisk sortering av sårede soldater ut fra medisinske behov (1). Siden den gang har slik prioritering blitt vanlig i den kliniske hverdagen også i fredstid. Prioriteringen kan bidra til å optimalisere ressursbruk og sørge for at de sykeste får hjelp først.

Sorteringssystemer må valideres slik at de virker etter intensjonen. Til tross for at de finnes overalt i det norske helsevesen, er det varierende hvor godt de virker og hvor enkle de er å sammenligne med hverandre (2–4). I en studie som nå publiseres i Tidsskriftet, har Høyvik, Straume og medforfattere validert triageverktøyet SATS-N, som blant annet brukes i Helse Vest (5). Triageverktøyet for barn er tilpasset norske forhold etter å ha vært utviklet og revidert i Sør-Afrika (6).

Studien inkluderte 303 barn i alderen 0–14 år, og man evaluerte verktøyet treffsikkerhet både ved prehospitalet bruk i ambulanser og i akuttmottak. Skalaen ble delt i to (høy og lav hastegrad), og resultatene ble analysert for å avdekke hvor mange som ble innlagt på overvåkningsavdeling som følge av triagering til høy hastegrad. SATS-N viste seg å ha høy sensitivitet, men lav spesifisitet.

Triagering av barn kan være særlig utfordrende. Barn kan ha stor variasjon i vitalia avhengig av alder og ha uspesifikke kliniske symptomer. I tillegg kan de trenge assistanse fra en foresatt for å gjøre seg forstått. Sammenligning mellom triagering prehospitalet og i sykehus er interessant fordi omgivelsene også spiller en rolle ved vurdering av syke barn. At kun ett universitets-sykehus var åsted for undersøkelsen, kan ha påvirket resultatene, men det gir samtidig et realistisk bilde av den kliniske hverdagen. Covid-19-pandemien kan også ha hatt innvirkning på funnene, all den tid barn i perioder var isolert fra sine jevnaldrende. Betydningen av dette er imidlertid vanskelig å anslå.

Det finnes ingen bred enighet om hvor godt et triageringsverktøy bør være. Verken over- eller undertriagering er definert med nasjonale eller internasjonale krav eller mål

Det finnes ingen bred enighet om hvor godt et triageringsverktøy bør være. Verken over- eller undertriagering er definert med nasjonale eller internasjonale krav eller mål, og det finnes ingen standard for hvor ofte pasienter eventuelt bør retriageres. Her ligger noen av utfordringene for norske akuttmottak: Systemer som i teorien virker lovende, kan ha utilsiktede konsekvenser, som økt arbeidsmengde for de ansatte eller undertriagering av pasienter (7, 8). Dette gjør arbeidet fra Høyvik, Straume og medforfattere desto viktigere.

På sikt vil tallfesting og systematisering kunne bedre forståelsen av helseytelser i det moderne helsevesen (2, 7, 8). Vi kan lettere sammenligne pasientforløp, men trenger å lære mer om alle ringvirkningene i et pasientforløp for at verktøyene skal fungere etter intensjonen (9). Vi må heller ikke glemme betydningen av klinisk kunnskap og vurderinger. Ikke minst kan foreldre og familie levere informasjon som for den enkelte pasient kan være livsviktig.

I helsevesenet er det høyt trykk på innføring av nye metoder, tilpasning av gamle og fjerning av utdaterte metoder – et krav som dels skyldes industrialiseringen av helsetjenestene (10). Det er derfor viktig og ønskelig at verktøy som tas i bruk, testes for å se om de lever opp til forventningene eller hører hjemme i haugen med innovasjoner som ikke virket. ■

Pål Christian Wold Morberg

pal.morberg@gmail.com

Pål Christian Wold Morberg er overlege ved Anestesiologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold og forsker tilknyttet Radiologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold og Computational Radiology & Artificial Intelligence (CRAI) Research Group ved Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Skandalakis PN, Lainas P, Zoras O et al. "To afford the wounded speedy assistance": Dominique Jean Larrey and Napoleon. *World J Surg* 2006; 30: 1392–9.
- Lentz BA, Jenson A, Hinson JS et al. Validity of ED: Addressing heterogeneous definitions of over-triage and under-triage. *Am J Emerg Med* 2017; 35: 1023–5.
- Zachariasse JM, van der Hagen V, Seiger N et al. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019; 9: e026471.
- Engbretsen S, Røise O, Ribu L. Bruk av triage i norske akuttmottak. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 285–9.
- Høyvik HE, Straume V, Østerås Ø et al. Hastegradsvurdering av akutt syke barn transportert i ambulanse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0480.
- Twomey M, Cheema B, Buys H et al. Vital signs for children at triage: a multicentre validation of the revised South African Triage Scale (SATS) for children. *S Afr Med J* 2013; 103: 304–8.
- Tam HL, Chung SF, Lou CK. A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emerg Med* 2018; 18: 58.
- Harding KE, Taylor NF, Leggat SG. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. *Aust Health Rev* 2011; 35: 371–83.
- Magalhães-Barbosa MC, Robaina JR, Prata-Barbosa A et al. Reliability of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. *Emerg Med J* 2019; 36: 231–8.
- Rastegar DA. Health care becomes an industry. *Ann Fam Med* 2004; 2: 79–83.

Ønsker du oppmerksomhet om forskningen din?

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

S

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

M

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

A

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

R

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

T

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



Lever ditt manus via forfatterveiledningen på tidsskriftet.no.

Lamija Delalic¹
lamija.delalic@hotmail.com
Lema Hussaini¹
Hege Marie Gjefsen¹

Rebecca Gleditsch²
Brita Askeland Winje³
Anna Aasen Godøy⁴

¹ Klynge for forskning og analyse av
helsetjenesten, Folkehelseinstituttet
² Avdeling smittevern og vaksine,
Folkehelseinstituttet
³ OsloMet
⁴ Frischsenteret

Vaksinasjonsdekning mot covid-19 etter fødeland og underliggende risiko for alvorlig sykdomsforløp

Bakgrunn

I Norge har det vært høy oppslutning om koronavaksinasjonsprogrammet gjennom pandemien, men i tidligere studier har det blitt observert variasjon etter fødeland. Dersom de uvaksinerte er unge og friske, vil risikoen og konsekvensene for den enkelte og for helsetjenesten være mindre enn dersom de uvaksinerte har underliggende risiko for alvorlig covid-19-sykdom. Målet med studien var å undersøke i hvilken grad vaksinasjonsdekning varierte med fødeland hos personer med og uten underliggende risiko.

Materiale og metode

Vi brukte beredskapsregisteret Beredt C19 til å knytte vaksinasjonsdekning til demografiske og helsemessige variabler. Med Poisson-regresjon beregnet vi relativ risiko for å være vaksinert for utenlandsfødte sammenlignet med norskfødte, for personer med og uten underliggende risiko for alvorlig covid-19-sykdom, justert for kjønn, alder, utdanningsnivå, husholdningsinntekt og fylke.

Resultater

Totalt 4 304 349 personer inngikk i studiepopulasjonen, hvorav 768 312 hadde fødeland utenfor Norge. Vaksinasjonsdekningen totalt varierte fra 47 til 94 % mellom fødeland. Variasjonen mellom fødeland var mindre i gruppen med underliggende risiko – fra 63 til 96 %. Forskjellen mellom personer med og uten underliggende risiko var mest uttalt blant personer født i Polen (RR 0,71 og 0,55) og Litauen (RR 0,69 og 0,61). Dette tilsvarte en forskjell i relativ risiko på henholdsvis 0,16 og 0,08 i absolutte tall.

Fortolkning

Høyere vaksinasjonsdekning mot covid-19 blant personer med underliggende risiko, innebærer at variasjonen mellom fødeland kan ha hatt mindre alvorlige implikasjoner med hensyn til alvorlig forløp og behov for helsetjenester enn tidligere antatt.

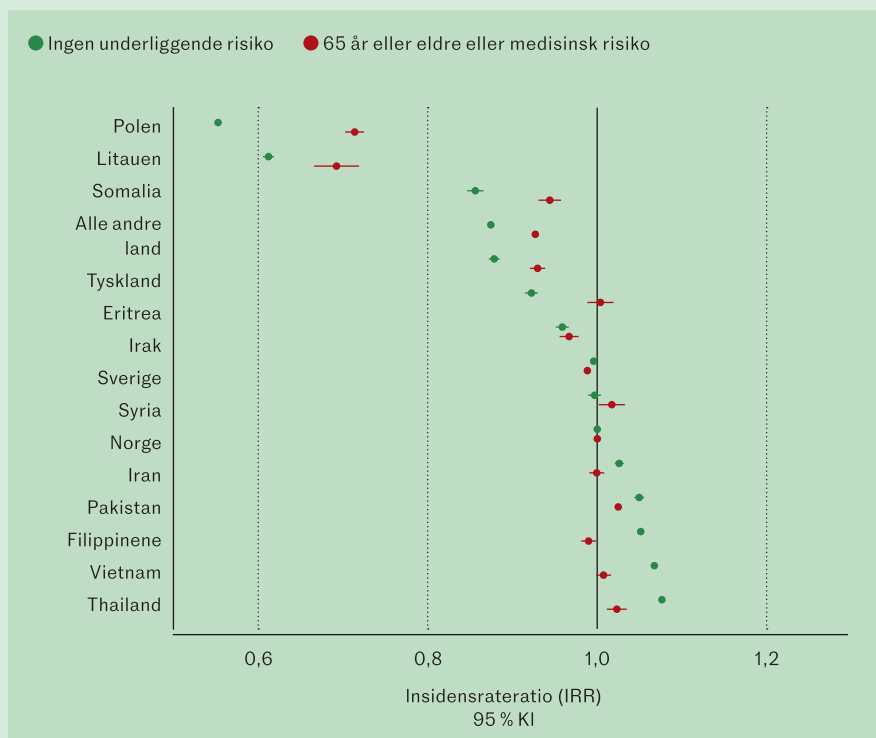
Hovedfunn

Tidligere påvist variasjon i vaksinasjonsdekningen mellom norskfødte og utenlandsfødte var mindre blant personer med underliggende risiko for alvorlig covid-19-sykdom, og de som dermed hadde størst nytte av vaksinen.

Fra og med nr. 1/2024 presenterer vi enkelte vitenskapelige artikler i kortformat. Hele artikkelen kan leses på tidsskriftet.no. Skann QR-koden for å bli ledet til fullversjonen.



Figur 2 Relativ risiko (angitt som insidensrate-ratio) for å være vaksinert mot covid-19, blant personer over 18 år som er bosatt i Norge, med og uten underliggende risiko for alvorlig covid-19-forløp, fordelt på fødeland og justert for kjønn, alder, utdanningsnivå, husholdningsinntekt og fylke (referansegruppe norskfødte).



Tayyba Naz Aslam^{1, 2, 3}

tayybaaslam@gmail.com

Andreas Barratt-Due¹Arnt Eltvedt Fiane^{4,3}Camilla M. Friis⁵Kristin Hofsvang^{6,2}Trine Kåsine¹Luis Romundstad¹Jon Henrik Laake¹1 Avdeling for anestesi og intensivmedisin,
Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

2 Avdeling for forskning og utvikling,

Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

3 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

4 Thoraxkirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

5 Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

6 Lovisenberg Diakonale Høyskole

Gravide med akutt, alvorlig respirasjonssvikt utløst av covid-19

Bakgrunn

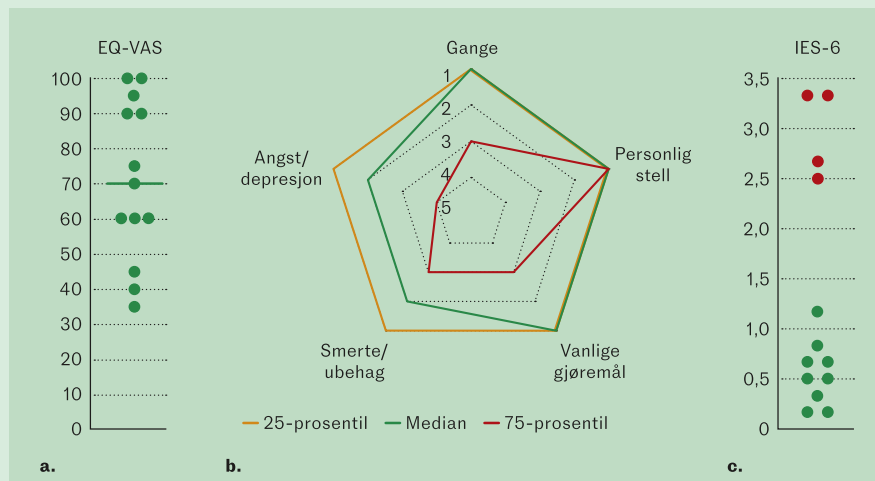
Gravide med covid-19 har trolig økt risiko for alvorlig sykdom. Formålet med studien var å beskrive forløpet til gravide kvinner innlagt i intensivavdeling med akutt, alvorlig respirasjonssvikt utløst av covid-19.

Materiale og metode

Gravide kvinner med covid-19 ble registrert ved innleggelse i Rikshospitalets intensivenheter i perioden mars 2020 til mai 2023. Vi gjennomgikk pasientenes journalopplysninger i ettertid og beskriver kliniske forløp, behandlingsparametere og laboratoriedata fra intensivoppholdet. Selvopplevd helse ble kartlagt 15 måneder etter intensivoppholdet.

Resultater

13 gravide var innlagt i perioden februar-desember 2021. Alle oppfylte kriterier for ARDS (*acute respiratory distress syndrome*) og fikk behandling i henhold til gjeldende retningslinjer med kortikosteroider og mekanisk ventilasjon. Ingen av pasientene var vaksinert mot covid-19. Ti pasienter ble oralintubert etter terapivikt med non-invasiv mekanisk ventilasjon. Én pasient ble behandlet med ekstrakorporal membranoksygenering (ECMO). Alle gravide overlevde intensivoppholdet, men det var to tilfeller av intrauterin fosterdød. Nær halvparten av pasientene anga moderat til sterkt redusert egenopplevd helse og livskvalitet 15 måneder etter intensivoppholdet.



Fortolkning

Samtlige gravide innlagt ved Rikshospitalets intensivenheter med ARDS utløst av covid-19 overlevde, men flere hadde plager lenge etter sykehusoppholdet.

Hovedfunn

Ti av tretten gravide pasienter innlagt ved Rikshospitalets intensivenheter med akutt respirasjonssvikt utløst av covid-19 ble intubert etter terapivikt med non-invasiv mekanisk ventilasjon.

Alle pasientene oppfylte kriterier for ARDS.

Alle pasientene overlevde sykehusoppholdet, men det var to tilfeller av intrauterin fosterdød.

Nær halvparten av pasientene anga moderat til sterkt redusert egenopplevd helse og livskvalitet 15 måneder etter intensivoppholdet.

Figur 1 Livskvalitet og posttraumatisk stress målt 15 måneder etter intensivopphold hos 13 gravide med akutt respirasjonssvikt utløst av covid-19, innlagt ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalets intensivenheter i perioden mars 2020 til mai 2023. a) Egenvurdert helse målt med visuell analog skala (VAS), der 0 er dårligst og 100 er best tenkelige helse. Medianverdi er 70. b) Egenvurdert helse på fem ulike områder, målt med EuroQoL-5D-5L (EQ-5D-5L), gradert fra 1 (ingen problemer) til 5 (svært store problemer). c) Symptomer på posttraumatisk stress målt med IES-6 (The Impact of Event Scale-6). Verdi $\geq 1,75$ (røde prikker) indikerer symptomer på posttraumatisk stress.

Fra og med nr. 1/2024 presenterer vi enkelte vitenskapelige artikler i kortformat. Hele artikkelen kan leses på tidsskriftet.no. Skann QR-koden for å bli ledet til fullversjonen.



Covid-19 i graviditet – risiko for mor og barn

Pandemien førte til økt maternell dødelighet i mange land, men ikke i Norge.

studien fra det intensivmedisinske miljøet ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet (1) som nå publiseres i Tidsskriftet, har forfatterne sett på forløpet hos 13 gravide med covid-19 og alvorlig respirasjonssvikt. Alle 13 overlevde, mens to av fostrene døde. Funnene er i tråd med en fersk skandinavisk registerstudie: I 2020–22 ble 143 gravide med alvorlig covid-19 innlagt på intensivavdeling, 31 av disse i Norge (2). Bare 7 % var vaksinerte med minst én dose mot SARS-CoV-2, men ingen maternelle dødsfall ble registrert (2). Uvaksinerte gravide med bakgrunn utenfor Skandinavia og lavere sosioøkonomisk bakgrunn hadde høyere risiko for innleggelse i intensivavdeling. Blant de innlagte var det økt forekomst av uheldige svangerskapsutfall som fosterdød, veksthemming hos fosteret og preterm fødsel (2).

I Norge og Sverige startet vaksinasjonstilbudet for SARS-CoV-2 til risikogrupper i desember 2020, uten at gravide ble inkludert i anbefalingene (3). I april 2021 ble det anbefalt å vurdere vaksinasjon av gravide etter uke 12 i svangerskapet. I august 2021 ble vaksine anbefalt gravide etter uke 12, og fra 2022 ble vaksine anbefalt alle gravide. Vaksinedekningen hos gravide var derfor lav i starten av pandemien, men ble omtrent på samme nivå som i resten av den kvinnelige befolkningen i fertil alder i mai 2022 (3).

De patofysiologiske mekanismene hos gravide med alvorlig covid-19-sykdom er sammensatte og komplekse. Det er sjelden SARS-CoV-2-viruset infiserer placenta-celler, i motsetning til cytomegalo- og zikavirus. SARS-CoV-2 er likevel vist å indusere unike inflammatoriske responser i føtomaternelle vev som kan bidra til placentaassosierte komplikasjoner. Overvekt og kroniske sykdommer bidrar også til økt placentadysfunksjon (4), og uvaksinerte gravide med kroniske sykdommer har økt risiko for alvorlig covid-19-sykdom, død, fosterdød og andre placentamedierte svangerskapskomplikasjoner.

En lav SARS-CoV-2-vaksinasjonsstatus hos gravide kan gi uheldige helseeffekter til neste generasjon

En doblett rate av fosterdød ved covid-19-sykdom sent i svangerskapet er rapportert fra flere land (5). I Skandinavia var risikoen for fosterdød høyest de to første ukene etter infeksjonen samt i den deltavirusdominerte perioden (juli–desember 2021) (5).

USA og Storbritannia så en økning i total maternell mortalitet under pandemien, i motsetning til i Skandinavia. At Norge ikke opplevde maternelle dødsfall med SARS-CoV-2-infeksjoner skyldes trolig flere gunstige faktorer. Vi har et avansert helsetjenestetilbud til hele befolkningen – slik artikkelen fra Rikshospitalet illustrerer (1). Svangerskaps- og fødselsomsorgen er gratis og av høy kvalitet. Befolkningens generelle gode helse og SARS-CoV-2-vaksinasjonsstatus har nok også

vært viktig. Hele 87 % av de fødende i Norge hadde mottatt minst én dose i perioden mai 2021–mai 2022 (4).

Risikoen for ikke å ta vaksinen som anbefalt i svangerskapet var størst blant de yngste, de med lavt utdannelses- og inntektsnivå og landbakgrunn utenfor Skandinavia (3, 6). Dette er i tråd med andre land som Storbritannia, med lav vaksinasjonsdekning i marginaliserte sosioøkonomiske grupper (7). I Massachusetts, USA, var kun 30 % svarte gravide vaksinerte i april 2022 (8).

Pandemien har vist at vi bør finne nye veier for å oppnå godt vaksinasjonsnivå i alle befolkningsgrupper. En lav SARS-CoV-2-vaksinasjonsstatus hos gravide kan gi uheldige helseeffekter til neste generasjon, gjennom økt risiko for prematuritet og veksthemming samt uheldige epigenetiske effekter.

Regjeringens etterlengtede satsing på elektronisk helsekort for gravide er ett sted å begynne for mer likeverdige helsetjenester, for eksempel ved å importere den gravides vaksinasjonsstatus fra Nasjonalt vaksinasjonsregister. ■

Annetine Staff

uxnnaf@ous-hf.no

Annetine Staff er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, professor ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og forskningsleder ved Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Aslam T. Gravid med akutt, alvorlig respirasjonssvikt utløst av covid-19. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidskr.23.0615.
- 2 Örtqvist AK, Magnus MC, Aabakke AJM et al. Severe COVID-19 during pregnancy in Sweden, Norway, and Denmark. Acta Obstet Gynecol Scand 2023; 102: 681–9.
- 3 Örtqvist AK, Dahlqvist E, Magnus MC et al. COVID-19 vaccination in pregnant women in Sweden and Norway. Vaccine 2022; 40: 4686–92.
- 4 Staff AC. The two-stage placental model of preeclampsia: An update. J Reprod Immunol 2019; 134–135: 1–10.
- 5 Magnus MÖ, Urho AK, Aabakke SK et al. Infection with SARS-CoV-2 during pregnancy and risk of stillbirth: a Scandinavian registry study. BMJ Public Health 2023; 1: e000314.
- 6 Magnus MC, Oakley L, Gjessing HK et al. Pregnancy and risk of COVID-19: a Norwegian registry-linkage study. BJOG 2022; 129: 101–9.
- 7 Blakeway H, Prasad S, Kalafat E et al. COVID-19 vaccination during pregnancy: coverage and safety. Am J Obstet Gynecol 2022; 226: 236.e1–14.
- 8 Shephard HM, Manning SE, Nestoridi E et al. Inequities in COVID-19 Vaccination Coverage Among Pregnant Persons, by Disaggregated Race and Ethnicity - Massachusetts, May 2021–October 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2023; 72: 1052–6.

Ayyad Zartasht Khan¹

ayyad.ahmad.zartasht.khan@nordlandssykehuset.no

Hans Olav Ueland²**Elin Bohman**^{3,4}**Kim Alexander Tønseth**^{5,6}**Tor Paaske Utheim**^{5,7,8,9,10,11,12}

- 1 Øyeavdelingen, Nordlandssykehuset
- 2 Øyeavdelingen, Haukeland universitetssjukehus
- 3 Institutionen för klinisk neurovetenskap, Avdelning för ögat och synen, Karolinska Institutet
- 4 Sektionen för ögonplastik-, tårvåg- och orbitakirurgi, Sankt Eriks Ögonsjukhus
- 5 Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, Oslo universitetssykehus
- 6 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
- 7 Øyeavdelingen, Drammen sykehus
- 8 Øyeavdelingen, Oslo universitetssykehus
- 9 Øyeavdelingen, Stavanger universitetssjukehus
- 10 Øyeavdelingen, Sørlandet sykehus, Arendal
- 11 Øyeavdelingen, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
- 12 Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling og Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus

Ektropion

Ved ektropion er øyelokkskantene – oftest de nedre – vrent utover. Med en aldrende befolkning er tilstanden blitt stadig mer vanlig. Ektropion inndeles i ervervet og medfødt form, hvor den ervervede er vanligst. Ervervet ektropion inndeles videre i aldersrelatert, paralytisk, mekanisk og arr-relatert subtype. Den aldersrelaterte subtypen er vanligst blant uselekterte pasienter. I denne kliniske oversikten gis det et overblikk over ektropion.

Ektropion er en tilstand der øyelokkskanten, nesten alltid nedre øyelokk, vrenses utover (1). Dette kan gi symptomer som tåreflod, øyeirritasjon og fremmedlegemefølelse (2). Ubehandlet ektropion kan gi kronisk konjunktivitt og sekundære eksematøse hudforandringer. I verste fall kan uttørring av hornhinnen gi keratitt og hornhinnesar (2, 3).

Alder er den viktigste risikofaktoren for utvikling av ektropion (4), og forekomsten øker med alderen. Det er rapportert at 1 % av personer i aldersgruppen 60–69 år har ektropion, mens andelen øker til 7 % i aldersgruppen 70–79 år og opp mot 17 % blant dem over 80 år (5). Menn rammes oftere enn kvinner (5). Andre risikofaktorer er gjennomgått øyelokkstraume, tidligere øyelokkskirurgi, langvarig bruk av enkelte øyedråper samt hudsykdommer som involverer øyelokket. Gjentatte manipuleringer av øyelokkene over tid som ved kontaktlinsebruk øker også risikoen for ektropion.

Ektropion inndeles i ervervet og medfødt (kongenitt) form, hvorav den ervervede er vanligst (2). Ervervet ektropion inndeles videre i aldersrelatert (involusjonell), paralytisk, mekanisk og arr-relatert (cikatriciell). Vi ønsker her å gi en oversikt over tilstanden. Artikkelen bygger på et skjønnsmessig litteraturutvalg og forfatterens egne kliniske erfaringer.

Medfødt ektropion

Medfødt (kongenitt) ektropion forekommer sjelden og rammer, i motsetning til ervervet ektropion, øvre øyelokk eller både øvre og nedre øyelokk samtidig. Den medfødte formen kan ha mange årsaker, blant annet iktyose, som er en fellesbetegnelse for en gruppe sjeldne hudsykdommer som skyldes forstyrret keratinisering (6) og manglende/atrofiert tarsalplate (7). Medfødt bilateral øvre ektropion er assosiert med Downs syndrom (7, 8). I Norge bør pasienter med medfødt ektropion henvises til Nasjonal behandlingstjeneste for rekonstruksjon av medfødte misdannelser i øyeregionen, Øyeavdelingen, Oslo universitetssykehus.

Ervervet ektropion

Den aldersrelaterte (involusjonelle) undertypen av ervervet ektropion er vanligst, gir typisk bilateral affeksjon og skyldes aldersbetingede forandringer i de elastiske og kollagene fibrene i hud og bindevev. Disse endringene medfører at huden mister sin stramhet, orbikularismuskulens festepunkter svekkes, og det laterale, kantale ligamentet

(vevsdrag som fester øyelokkene mot laterale orbitakant) blir slakt (figur 1). Resultatet blir en utovervringing av øyelokket.

I motsetning til aldersrelatert ektropion er paralytisk ektropion som regel ensidig. Denne undertypen skyldes perifer facialispause. Da orbikularismuskelen innerveres av facialisnerven, vil en perifer facialispause kunne medføre ektropion.

Mekanisk ektropion skyldes, slik navnet tilsier, et mekanisk drag på øyelokket. Hevelse og svulster på nedre øyelokk kan, på grunn av tyngdekraften, utøve en traksjon på nedre øyelokk, slik at øyelokket blir dratt nedover og vrenses utover.

Den arr-relaterte subtypen av ektropion karakteriseres av en forkortning/kontraktur av øyelokkets fremre del. Vanlige årsaker inkluderer traumer, brannskader, noen hudsykdommer som iktyose samt bruk av enkelte øyedråper som dorzolamid (9).

Undersøkelse

En grundig preoperativ undersøkelse av ektropion er svært viktig, da det ikke finnes én spesifikk kirurgisk tilnærming som egner seg for alle pasienter. I tillegg til en vanlig oftalmologisk undersøkelse bør undersøkelsen også omfatte en vurdering av hornhinnen, periorbital anatomi og hud samt en forenklet hjernenerveundersøkelse for å avdekke eventuell facialispause som årsak til ektropion. I tillegg har vi listet opp tilleggsmomenter som vi mener hører til i en undersøkelse av en pasient med ektropion.

Slakket i nedre øyelokk

Normalt skal innsiden av nedre øyelokk være adaptert til øyeeplet. For stor slakket i nedre øyelokk kan medføre

at øyelokket vrenses utover. Nedre øyelokks horisontale slakket kan testes ved å gjennomføre en test der man drar forsiktig nedre øyelokk rett frem og måler avstanden fra øyeeplet til nedre øyelokk i horisontalt plan (*forward distraction test*). I en studie fant man at gjennomsnittsverdien for denne testen hos pasienter med ektropion var rundt 9 mm (10), men alle slike tester må tolkes i sammenheng med pasientens alder, plager og andre funn som kan passe med diagnosen.

Nedre øyelokks vertikale slakket kan testes ved å dra nedre øyelokk inferiort med fingeren og slippe uten at pasienten blunker (*snap-back-test*). Normalt skal øyelokket momentant sprette tilbake til sin utgangsposisjon tett på øyeeplet. Ved en positiv test vil øyelokket

bruke lang tid på å returnere til originalposisjonen eller ved at pasienten blunker øyelokket tilbake i riktig posisjon. Dette indikerer en unormal slakket i øyelokket.

Stramhet i nedre øyelokksrand

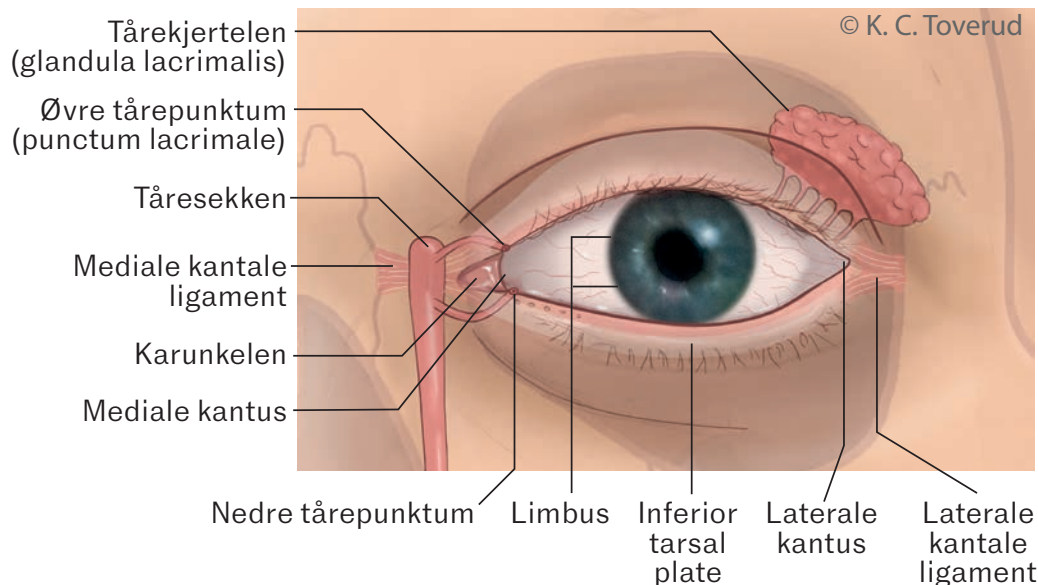
Ikke sjelden skyldes ektropion at huden under nedre øyelokk/øyelokkskant er for stram, for eksempel grunnet arddannelse. For å teste dette drar man nedre øyelokk superiort og vurderer hvor langt opp øyelokket kommer. Normalt skal nedre øyelokkskant kunne trekkes minst 2 mm over limbus (nedre kant av iris). Ektropion som skyldes unormal stramhet i nedre øyelokkshud, kan korrigeres med fullhudstransplantasjon eller lappeplastikk.

Tåreveier

Hele eller kun deler av øyelokkskanten kan være vendt utover ved ektropion. En mer medial ektropion vil kunne gi feilstilling og manglende funksjon av punctum lacrimale, slik at denne ikke drenerer tårevæske. Hos pasienter med normal tåreproduksjon vil dette kunne gi tåreflod, mens hos mange eldre vil ikke tåreflod forekomme på grunn av aldersrelatert reduksjon i tåreproduksjonen.

Klinisk oversikt

Klinisk relevante tema med utgangspunkt i forfatterens egne erfaringer, gjeldende praksis og medisinsk litteratur



Figur 1

Øye/øyelokkanatomi. Illustrasjon av de ulike anatomiske strukturene som er eller kan bli affisert ved ektropion. Illustrasjon: Kari C. Toverud.

Diagnostiske fallgruver

Behandlingskontroll av systemiske sykdommer som sekundært gir ektropion, bør tilstrebes før kirurgisk intervensjon (11). Likeledes kan enkelte topikale legemidler som dorzolamid, brimonidin, erlotinib og tretinoin gi kontakt-dermatitt som gir opphav til ektropion (9, 12–16). En slik ektropion kan vedvare selv etter forsøk på kirurgisk korreksjon (9). Av den grunn, og fordi legemiddelutløst ektropion kan reverseres ved seponering av det utløsende legemiddelet (12, 14, 17), bør seponering og kort kur med glukokortikoidholdige øyedråper eller mild glukokortikoidsalve på øyelokkshud vurderes før eventuell intervensjon (9, 13).

Særlig oppmerksomhet bør rettes mot huden i og nedenfor nedre øyelokk for å avdekke ekspansive prosesser som plateepitelkarsinom og basallekarsinom. Disse kan trekke i nedre øyelokk og gi ektropion og må behandles før man behandler ektropion. Det er derfor viktig å utvise årvåkenhet rundt dette i forbindelse med undersøkelsen, slik at eventuelle tumorer ikke oversees. Ektropion må dessuten ikke forveksles med slapt øyelokk-syndrom (*floppy eyelid syndrome*), som karakteriseres av svært slappe øyelokk som vrenses på natten og gir irritasjon av øynene (18).

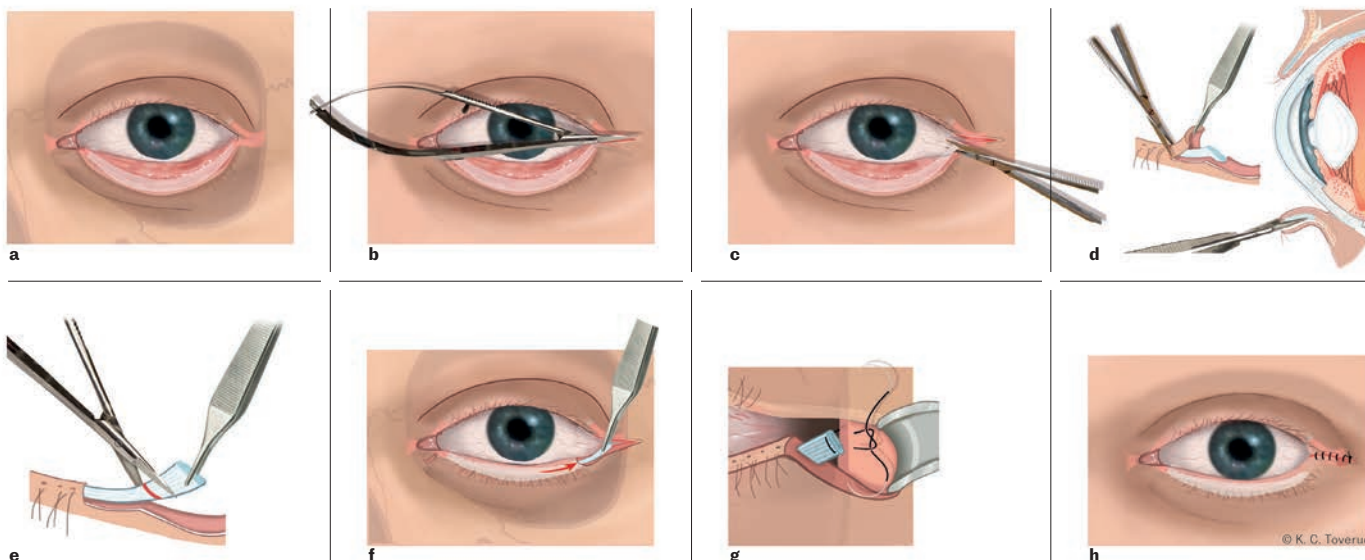
Behandling

Kirurgisk korreksjon av ektropion må tilpasses individuelle forhold. Eksempelvis vil man velge en annen kirurgisk teknikk for å korrigere posisjonen til et evertert tårepunktum hos pasienter plaget med tåreflod enn hos pasienter som har en ektropion der tårepunktum ikke er påvirket. Likeledes vil man velge en annen teknikk, for eksempel fullhudtransplantasjon, hos pasienter med kontraktur i nedre øyelokk.

Ved kirurgisk korreksjon av aldersrelatert ektropion er behandlingsmålet i størst mulig grad å gjenopprette balansen mellom de vertikale og horisontale kreftene som utøves på nedre øyelokk slik at øyelokkskanten ikke vrenses utover (1). I praksis vil det si å stramme opp nedre øyelokk. Eksempler på teknikker brukt til korreksjon av aldersrelatert ektropion er lateral tarsal strip-prosedyre (figur 2), medial spindelprosedyre, Bicks laterale kantoplastikk og/eller medial kantoplastikk (4, 19). Disse utføres som hovedregel i lokalbedøvelse. Lateral tarsal strip-prosedyren er den hyppigst benyttede kirurgiske teknikken, etter som horisontal slapphet er den viktigste mekanismen bak ektropion (20). En annen enkel og mye brukt metode for å øke horisontal tensjon er å forkorte øyelokket med en gjennomgående øyelokksreseksjon, såkalt pentagon-eksisjon (21).

Midlertidige konservative tilnærminger i påvente av operasjon innbefatter fuktende øyesalve, kunstig tårevæske og/eller øyelokksteiping.

Figur 2 Lateral tarsal strip-prosedyre. Etter en kantotomi (b) og kantolyse (c) isoleres en liten lateral bit av nedre tarsalplate ved å separere anteriore og posteriore lamellae og ved å klippe vekk epitellaget på øyelokkskanten til tarsalbiten (d). Konjunktiva skrapes bort på innsiden av tarsalbiten, og den isolerte tarsalbiten klippes/forkortes etter behov (e). Tarsaltappen (f) festes til periost på laterale orbitarand (g), og øyekroken (kantus) sys sammen i flere lag (h). Illustrasjon: Kari C. Toverud.



Oppsummering

Ektropion er en tilstand der øyelokkskanten vrenses utover. Det kan gi symptomer som tåreflod, øyeirritasjon og fremmedlegemefølelse. Prevalensen øker med alderen, og menn er overrepresentert. Tilstanden skyldes hovedsakelig redusert horisontal tensjon på grunn av aldersrelatert svekkelse av muskler og bindevev i øyelokket (involutionell ektropion). Kirurgisk korreksjon utføres i de fleste tilfeller i lokalbedøvelse. Den mest brukte operative teknikken er lateral tarsal strip-prosedyre som eventuelt kan kombineres med andre teknikker. I påvente av behandling bør øyesalve og/eller øyedråper anvendes for å unngå uttørring og skade på hornhinnen. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 26.4.2023, første revisjon innsendt 26.9.2023, godkjent 13.11.2023.

Ayyad Zartasht Khan

ayyad.ahmad.zartasht.khan@nordlandssykehuset.no

Ayyad Zartasht Khan er ph.d. og lege i spesialisering i øyesykdommer. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har eierinteresser i Øyehelseklinikken og Tørreøyeklinikken, som tilbyr okuloplastisk kirurgi og holder foredrag for og/eller mottar økonomisk støtte fra Abigo, Alcon, Allergan, AMWO, Bausch & Lomb, Bayer, European School for Advanced Studies in Ophthalmology, Innz Medical, Medilens Nordic, Medistim, Novartis, Santen, Specsavers, Shire Pharmaceuticals og Théa Laboratories. Forfatterbidrag: idé, utarbeiding og revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Hans Olav Ueland

Hans Olav Ueland har ph.d. innen okuloplastikk og er spesialist i øyesykdommer, overlege og postdoktor. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har 50 % postdoktorstilling finansiert av HelseVest og leder en multisenterstudie finansiert av Klinbeforsk og Stoffskiftetforbundet. Legemidlene i denne studien dekkes av Pfizer. Han har fått dekket reise og opphold til to konferanser innen fagfeltet medisinsk retina av Novartis og Allergan. Forfatterbidrag: utarbeiding og revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Elin Bohman

Elin Bohman har ph.d. innen okuloplastikk, er spesialist i øyesykdommer og seksjonsleder (Sankt Eriks Ögonsjukhus). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har fått foredragshonorar fra Santen. Forfatterbidrag: utarbeiding og revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Kim Alexander Tønseth

Kim Alexander Tønseth er spesialist i plastikkirurgi, klinikkssjef og professor. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter. Forfatterbidrag: utarbeiding og revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Tor Paaske Utheim

Tor Paaske Utheim er spesialist i øyesykdommer, forsknings- og innovasjonsleder og professor. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har eierinteresser i Øyehelseklinikken og Tørreøyeklinikken, som tilbyr okuloplastisk kirurgi og holder foredrag for og/eller mottar økonomisk støtte fra Abigo, Alcon, Allergan, AMWO, Bausch & Lomb, Bayer, European School for Advanced Studies in Ophthalmology, Innz Medical, Medilens Nordic, Medistim, Novartis, Santen, Specsavers, Shire Pharmaceuticals og Théa Laboratories. Forfatterbidrag: idé, utarbeiding og revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Litteratur

- 1 Tyers AG, Collin JRO. Colour Atlas of Ophthalmic Plastic Surgery. 2. utg. Amsterdam: Elsevier Health Sciences, 2001.
- 2 Ozgur O, Kaufman EJ. Ectropion. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2022.
- 3 Astori IP, Muller MJ, Pegg SP. Cicatricial, postburn ectropion and exposure keratitis. Burns 1998; 24: 64–7.
- 4 Nerad JA. Techniques in Ophthalmic Plastic Surgery: A Personal Tutorial. 2. utg. Amsterdam: Elsevier Health Sciences, 2020.
- 5 Mitchell P, Hinchcliffe P, Wang JJ et al. Prevalence and associations with ectropion in an older population: the Blue Mountains Eye Study. Clin Exp Ophthalmol 2001; 29: 108–10.
- 6 Cicinelli MV, Dave TV, Madhuri BK et al. Non-surgical management of congenital ichthyosis using hyaluronic acid gel injection. Eur J Ophthalmol 2020; 30: NP7–10.
- 7 Corredor-Orsorio R, Tovilla-Pomar JL, Tovilla-Canales JL. Congenital upper eyelids ectropion in Down's syndrome. GMS Ophthalmol Cases 2017; 7: Doc03.
- 8 Suliman S, Michie C. A case of bilateral congenital eublepharon or ectropion. West Lond Med J 2010; 2: 37–41.
- 9 Hegde V, Robinson R, Dean F et al. Drug-induced ectropion: what is best practice? Ophthalmology 2007; 114: 362–6.
- 10 Milbratz-Moré GH, Pauli MP, Lohn CLB et al. Lower Eyelid Distraction Test: New Insights on the Reference Value. Ophthalmol Plast Reconstr Surg 2019; 35: 574–7.
- 11 Gracitelli CP, Osaki TH, Valdrighi NY et al. Cicatricial ectropion secondary to psoriatic arthritis. Case Rep Ophthalmol Med 2015; 2015: 315465.
- 12 Aristodemou P, Baer R. Reversible cicatricial ectropion precipitated by topical brimonidine eye drops. Ophthalmol Plast Reconstr Surg 2008; 24: 57–8.
- 13 Tsui M, Tajirian A. Cicatricial Ectropion With Topical 5% Fluorouracil Cream. Dermatol Surg 2016; 42: 1005–6.
- 14 Brodell LP, Asselin D, Brodell RT. Reversible ectropion after long-term use of topical tretinoin on photodamaged skin. J Am Acad Dermatol 1992; 27: 621–2.
- 15 Salman A, Cerman E, Seckin D et al. Erlotinib induced ectropion following papulopustular rash. J Dermatol Case Rep 2015; 9: 46–8.
- 16 Hurwitz BS. Cicatricial ectropion: a complication of systemic fluorouracil. Arch Ophthalmol 1993; 111: 1608–9.
- 17 Bartley GB. Reversible lower eyelid ectropion associated with dipivefrin. Am J Ophthalmol 1991; 111: 650–1.
- 18 Salinas R, Puig M, Fry CL et al. Floppy eyelid syndrome: A comprehensive review. Ocul Surf 2020; 18: 31–9.
- 19 Dutton J. Atlas of Oculoplastic and Orbital Surgery. Riverwoods, IL: Wolters Kluwer Health, 2013.
- 20 Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. Arch Ophthalmol 1979; 97: 2192–6.
- 21 Alghoul MS, Kearney AM, Pacella SJ et al. Eyelid Reconstruction. Plast Reconstr Surg Glob Open 2019; 7: e2520.

Mats Døving¹
matsdoving@gmail.com
August Stray¹
Steven Anandan²
Per Kristian Eide³

Karoline Skogen⁴
Jeanette Koht⁵

- 1 Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Universitetet i Oslo
- 2 Avdeling for øre-nese-halssykdommer, Akershus universitetssykehus
- 3 Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og Institutt for klinisk medisin, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo
- 4 Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 5 Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål

En kvinne i 40-årene med smerter i øret

En kvinne i 40-årene utviklet smerter i øre og svelg på venstre side med forverring ved svelging og snakking. Multidisiplinær utredning førte til endelig diagnose, som viste seg å være sjelden – og viktig å oppdage tidlig for å oppnå et godt behandlingsresultat.

En kvinne i 40-årene ble henvist fra tannlegespesialist i oralkirurgi til kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling. Hun hadde kjent astma og brukte inhalator med astmamedisin (ipratropiumbromid 40 µg × 4, beklometason/formoterol 100/6 µg inntil × 4 ved behov) og p-pille. Hun røyket eller snuste ikke og drakk ikke alkohol. Hun fortalte at hun to måneder tidligere hadde fått relativt rask debut av dottfølelse i det venstre øret. Hun oppsøkte fastlege, som sykmeldte henne og skrev ut antibiotikakur (fenoksymetylpenicillin 660 mg × 4 per os i en uke) på grunn av mistanke om mellomørebetennelse. Fire dager senere fikk hun sterke smerter i ytre øregang på samme side. Det var lett rødme i øregangen, men ikke utslett eller andre tegn til ekstern otitt, og C-reaktivt protein (CRP) var < 5 mg/L (referanseområde 0–4). Også ved gjentatt undersøkelse hos fastlegen var hun afebril.

Øresmerter og dottfølelse kan forekomme ved en rekke tilstander, blant annet ved akutt mellomørebetennelse, ekstern otitt, cerumen obliterans og andre oppfyllende prosesser i øret. Undersøkelse av det ytre øret samt otoskopi bør utføres. Videre kan maksillarsinusitt i sjeldne tilfeller gi refererte smerter fra øret via n. trigeminus (1). Ved sinusitt vil man imidlertid forvente symptomer som sekresjon og/eller tetthet i nesen og eventuelt feber.

Det ble forsøkt med ciprofloksacin/fluocinolonacetonid-øre-dråper (2 mg/mL) to ganger per dag i en uke på grunn av

rødmen i øregangen, og avsvellende fenylpropanolamin-tabletter (50 mg × 2 ved behov) etter mistanke om sinusitt. På grunn av manglende effekt oppsøkte hun igjen fastlege fire dager senere, som skrev ut kombinasjonsnesespray med antihistamin og kortikosteroid (Dymista, 137 µg/50 µg × 2) samt klindamycin-kapsler (150 mg × 4 i en uke). Heller ikke dette førte til bedring av plagene, og pasienten ble derfor henvist til øre-nese-halsavdeling. Det ble utført CT caput, bihuler og collum med intravenøs kontrast som viste normale forhold bortsett fra mulig patologi i andre molar i overkjeven på venstre side (tann 27). Pasienten ble henvist til tannlegespesialist i oralkirurgi for vurdering av tannstatus og kjeveledd. Oralkirurg fant ikke holdepunkter for patologi i tenner. Det ble gjort en klinisk undersøkelse av kjeveledd, og i diagnostisk øyemed ble det satt lokalanestesi i venstre kjeveledd uten effekt på smertene.

En rekke tilstander i munnhulen kan gi smerter i ansiktet, som odontogene infeksjoner, sprekker og frakturer i tenner og andre oralmedisinske tilstander (2, 3). Ettersom disse ble utelukket ved klinisk undersøkelse, ble det gjort undersøkelse av kjeveledd og omkringliggende strukturer. Temporomandibulær dysfunksjon er et samlebegrep som inkluderer ulike diagnoser i kjeveleddet og strukturer omkring, som kjeveleddsartrose, diskusdisplassering, artritt og myalgi i tyggemuskulaturen. Symptomer og funn varierer avhengig av den spesifikke diagnosen, men smerter ved gapping og tygging, redusert gapeevne og ulyder som klikking eller knasing, er vanlig. I tillegg er symptomer

Noe å lære av

Komplekse
pasienthistorier
med vekt på de
kliniske vurderingene

fra øret vanlig hos disse pasientene. Dette kan være på grunn av den nære anatomiske relasjonen eller på grunn av felles nerveinnervasjon (4), og dott- eller trykkfølelse i øret forekommer hos om lag tre firedeler av pasientene (5). Smerter i øret har blitt rapportert å være til stede hos over halvparten av de med temporomandibulær dysfunksjon (5). Selv om smerter og dottfølelse var til stede hos vår pasient, tydet ikke klinisk undersøkelse eller billeddiagnostikk på at symptomene skyldtes temporomandibulær dysfunksjon.

Oralkirurgen henviste pasienten til kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling. Under konsultasjon hos maxillofacialkirurg oppga pasienten at smertene gradvis hadde blitt verre og gikk ut over søvnkvaliteten hennes. Hun fortalte at smertene ble utløst av snakking og svelging og kunne vare fra minutter til flere timer. Det hadde ikke tilkommet rødme eller hevelser i ansiktet. Ved undersøkelse ble det bemerket palpasjonsømheter i øregangen og nummenhetsfølelse i nesegulvet på venstre side, redusert sensibilitet i posteriore tredjedel av tungen på venstre side samt en brennende følelse ved berøring av ganen på samme side. Det var ingen smerter ved palpasjon av styloidprosessene i tonsill og bakre farynksvegg (som kan foreligge ved smertetilstand forårsaket av forlengede processus styloideus, såkalt Eagles syndrom) (6).

Funnene ga mistanke om nevropatiske smerter i forsyningsområdet til n. glossopharyngeus.

Maxillofacialkirurg mistenkte glossopharyngeusneuralgi og henviste til MR med intravenøs kontrast for å kartlegge om det forelå tegn til påvirkning av nerven fra omkringliggende blodkar. MR (3D T2 turbo spin echo og fett-supprimert T1 etter intravenøs kontrast) av caput og skallebasis avdekket en

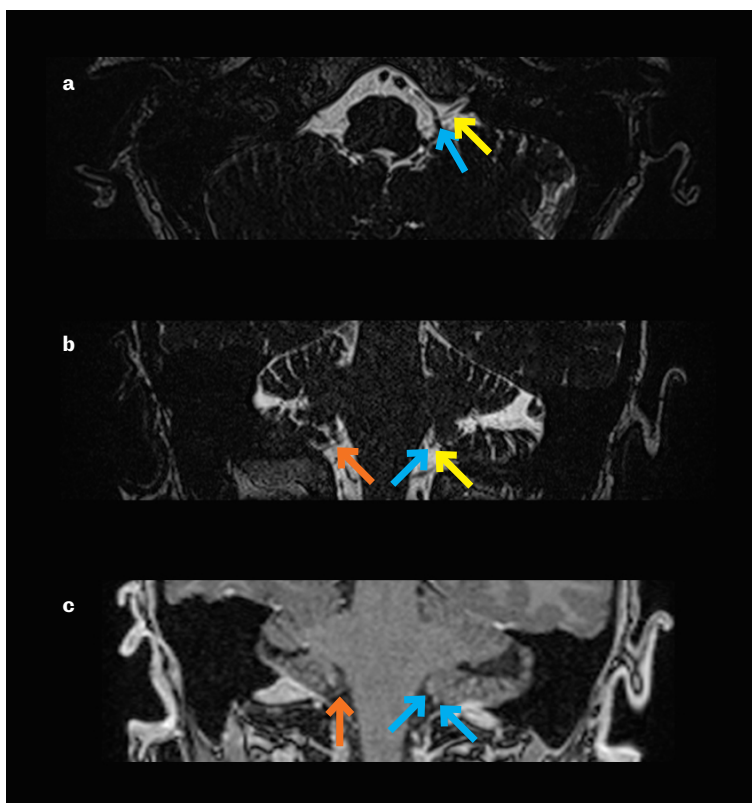
asymmetri rundt n. glossopharyngeus. Nervens forløp på høyre side var upåfallende, mens langs nerven på venstre side ved den cerebellopontine vinkelen lå flere små karstrukturer tolket som små piale vener (figur 1). Det var ingen arterier med relasjon til nerven eller tegn til denervasjon av stylopharyngeus. Det var et lite, rundaktig kontrastopptak ved dura i foramen magnum på venstre side, og pasienten ble derfor undersøkt med CT angiografi av pre- og intracerebrale kar for å utelukke aneurisme. CT viste normale pre- og intracerebrale kar og ingen aneurismatisk utvidelse av a. cerebelli inferior posterior. Det ble bemerket forlengede processus styloideus bilateralt.

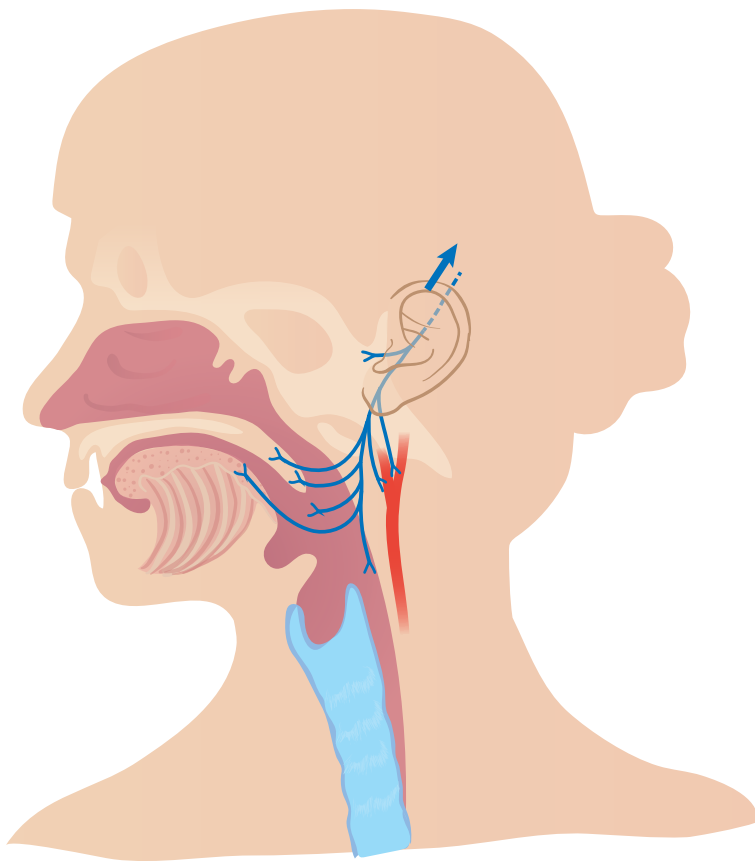
MR- og CT-funnene styrket mistanken om at pasientens plager skyldtes glossopharyngeusneuralgi. På grunn av forlengede processus styloideus ble Eagles syndrom vurdert som differensialdiagnose. Det var imidlertid ingen direkte palpasjonsømheter mot disse intraoralt, og smertene ble ikke utløst av rotasjon og sidebøy av nakken, slik som er typisk for tilstanden. Glossopharyngeusneuralgi ble derfor ansett som den mest aktuelle diagnosen.

Pasienten ble henvist til nevrolog som startet opp med karbamazepin (200 mg $\times$ 2) på bakgrunn av nevropatiske smerter, men dette ble seponert på grunn av bivirkninger i form av magesmerter og obstipasjon. Hos nevrolog ble det notert at pasienten nå opplevde smerter i venstre øre og svelg gjennom hele døgnet. Smertene kunne bedres i noen timer i løpet av dagen, for så å hogge til igjen. Hun var fortsatt sykemeldt på grunn av smertene, og klarte ikke daglig aktivitet. Neurologisk undersøkelse bekreftet sensibilitetsutfall i tungen og ganen, og det var bortfall av brekningsrefleksen på venstre side. Det ble startet opp med pregabalin (50 mg $\times$ 3).

På grunn av en uholdbar smertesituasjon, og for å komme videre i utredningen, ble pasienten lagt inn på neurologisk

Figur 1 MR skallebasis, a) aksialt og b) koronalt: T2 TSE-sekvens viste normalt forløp av n. glossopharyngeus på høyre side (oransje pil) og små strukturer passende med små piale vener rundt nerven på venstre side (blå pil = piale vener, gul pil = n. glossopharyngeus). c) koronalt: T1-vektet fett-supprimert sekvens etter intravenøs kontrast viste kontrast i karstrukturene, uten tydelig framstilt n. glossopharyngeus.





Figur 2 N. glossopharyngeus mottar sensoriske fibre fra farynks, tuba auditiva, mellomøret, bakre del av tungen, sinus caroticus og glomus caroticum. Illustrasjon: Jeanette Engqvist / Illumedic.

avdeling, to måneder etter første vurdering hos maxillofacialkirurg og tre måneder etter symptomdebut. Hun hadde da stått tre dager på pregabalin, men hadde ingen effekt av dette. Det ble angitt et vekttap på 6,5 kg siden smertedebuten. Utover utfallene i svelg og gane var det normal neurologisk undersøkelse. Pasienten ble undersøkt med CT toraks, spinalpunksjon og blodprøver for å utelukke nevroinflammatoriske og infeksjøs årsaker, som nevrosarkoidose og neuroborreliose. Alle undersøkelsene var normale, og hun hadde negativ SARS-CoV-2-test.

Det ble startet opp med okskarbazepin (opprappet til 300 mg $\times$ 2) som smertelindring. I tillegg ble pasienten skrevet ut med «fløteblanding» bestående av 10 mL paracetamol-mikstur (24 mg/mL) og 10 mL Xylocain-gel (2 %) blandet med litt fløte som hun kunne ta 20–30 minutter før hvert måltid. Elleve dager etter utskrivelse kontaktet pasienten igjen neurologisk avdeling. Hun var da fortvilet på grunn av forverrede smerter i svelget, ganen og øret på venstre side og økende problemer med å spise og drikke. På grunn av smertene kviet pasienten seg for å snakke og bruke munnen, og hun svelget svært lite.

Symptomene ble tolket som en forverring av grunntilstanden, og at smerteprofilen hadde utviklet seg fra triggerutløste, paroksysmale smerter til mer kontinuerlige smerter med paroksysmale forverringer.

Pasienten ble anbefalt videre opptrapping med okskarbazepin og å øke frekvensen på fløteblandingen. Videre ble det startet opp med paracetamol 1 g $\times$ 4, etoricoxib 90 mg $\times$ 1 samt amitriptylin 25 mg $\times$ 1.

Pasienten ble henvist for vurdering av dekompresjonskirurgi på bakgrunn av glossopharyngeusneuralgi, og hun ble vurdert av nevrokirurg fem måneder etter symptomdebut. Tilstanden ble vurdert som glossopharyngeusneuralgi med neuropati. Det kliniske bildet ble oppfattet å passe med funnet på MR med tilleggende kar mot n. glossopharyngeus på venstre side, og pasienten ble søkt til mikrovaskulær dekompresjonskirurgi. Hun ble operert et halvt år etter symptomdebut. Peroperativt fant man en grovkalibret vene langs hele forløpet av n. glossopharyngeus på venstre side som passet med MR-funnet. Venen ble fridissekert og fiksert bort fra nerven. Postoperativt forløp var ukomplisert, sett bort fra noe kvalme og svimmelhet. Pasienten ble utskrevet etter to dager til lokalsykehus for videre mobilisering. Ved kontroll hos nevrolog elleve uker etter operasjonen oppga pasienten betydelig bedring av smertene, med kortere og mindre intense anfall enn tidligere. Ett år etter kirurgi hadde hun ytterligere forbedring, og hun er fortsatt i bedring to år etter operasjonen. Hun kan fremdeles merke plager ved kuldeeksponering og når hun er sliten. Hun har vært gjennom rehabilitering for å normalisere tunge- og svelgemotorikk, og kroppsvekten har normalisert seg (etter et vekttap på totalt 10 kg fram til operasjon).

Diskusjon

Glossopharyngeusneuralgi er en sjelden tilstand som gir smerter i innervasjonsområdet til den niende hjernenerven, n. glossopharyngeus (figur 2). Tilstanden har en insidens på 0,7 per 100 000 per år og rammer kvinner og menn (7, 8). Den kjennetegnes av sterke, intermitterende og skarpe, ensidige smerter i tungebasis, svelget, tonsillområdet og/eller ved angulus mandibula, ofte med utstråling til det ipsilaterale øret (9). Smertene kan være lokalisert til både foran og bak øret (10). Som oftest gir glossopharyngeusneuralgi kortvarige smerteperioder av sekunder til få minutters varighet, men i enkelte tilfeller kan verkende smerter vare mellom nevralgiepisodene (9–11). Smertene kan utløses av tygging, svelging, snakking, gjesping og hosting (9). Dette fører ofte til vektnedgang, slik også vår pasient opplevde (9, 12). Ved mer eller mindre konstante smerter, med eller uten paroksysmale forverringer, kalles tilstanden smertefull glossopharyngeusneuralgi. Det kliniske bildet til vår pasient utviklet seg fra vanlig glossopharyngeusneuralgi til smertefull glossopharyngeusneuralgi.

Glossopharyngeusneuralgi kan oppstå sekundært til kompresjon av n. glossopharyngeus fra tumor i cerebellum/pons-området, aneurisme, ekstrakraniell tumor i orofarynks, overvekst av processus styloideus (Eagles syndrom), disseksjon av a. vertebralis, tonsillitt og peritonsillær abscess (9, 13). Eagles syndrom skyldes forlengede processus styloideus (> 30 mm) med påfølgende kompresjon av nærliggende nervestrukturer som gir smerter i hals og svelg, typisk ved rotasjon og sidebøy av nakken (6). Hos vår pasient viste CT forlengede processus styloideus, men det var ingen tegn til kompresjon fra denne på n. glossopharyngeus. Dette, i tillegg til fravær av typiske kliniske funn, gjorde at man utelukkete Eagles syndrom som årsak, og tolket forlengede processus styloideus som normalvariant. MR viste imidlertid en nær relasjon mellom n. glossopharyngeus og et blodkar i bakre skallegrop som er angitt som en vanlig årsak til glossopharyngeusneuralgi (9, 13).

I tilfeller hvor man ikke kommer i mål med medikamentell behandling, kan det være aktuelt med kirurgi i form av mikrovaskulær dekompresjon eller tomi (overskjæring) av nerven (14). Mikrovaskulær dekompresjon innebærer et mikrokirurgisk inngrep i bakre skallegrop

hvor karstrukturen mot n. glossopharyngeus dissekres løs fra omkringliggende strukturer, mens man ved tomi ofrer nervens funksjon for å oppnå smertelindring (15). Alternativt kan stereotaktisk radiokirurgi ha effekt med målrettet stråling og destruksjon av nerven, men dette medfører risiko for komplikasjoner fra stråleskader (15). Mikrovaskulær dekompresjon vil imidlertid være nevrokirurgisk førstevalg. Prosedyren har god smertelindrende effekt, men det er rapportert dårligere prognose hos pasienter med venøs kompresjon av nerven, slik vår pasient hadde (16).

Glossopharyngeusneuralgi har likhetstrekk med andre smertetilstander i ansiktet og hodet. Trigeminusneuralgi kjennetegnes også av anfallsvis smerter (17). I motsetning til ved glossopharyngeusneuralgi, har pasienter med trigeminusneuralgi smerter i forsyningsområdene til n. trigeminus (17, 18). Oftest er n. maxillaris eller n. mandibularis affisert (19). Tilstandene kan som regel skilles ved distribusjonen av smertene og hvorvidt de, som hos vår pasient, utløses av svelging, som er typisk for glossopharyngeusneuralgi (18). Pasienten i vår kasuistikk oppga spesielt snakking og tygging som smertefullt, og dette kan også forekomme ved temporomandibulær dysfunksjon (20). Studier har rapportert forekomst av minst ett tegn på temporomandibulær dysfunksjon hos 40–75 % av voksne i normalpopulasjonen (21). Klassiske symptomer på tilstanden inkluderer klikke- eller ulyder fra kjeveledd, smerter i kjeveledd eller tyggemusklatur ved gaping, tygging eller bevegelse av kjeveleddet, samt varierende grad av ned-satt gapeevne. På grunn av kjeveleddets nære anatomiske relasjon til øret, har en stor andel av pasienter med temporomandibulær dysfunksjon symptomer fra øret, som smerter, tinnitus og trykkfølelse (22, 23). Tilstanden har dermed overlappende symptomer med glossopharyngeusneuralgi.

Vår kasuistikk viser at glossopharyngeusneuralgi kan gi betydelige plager og redusert livskvalitet. Det er viktig at leger og tannleger kjenner til tilstanden slik at rask utredning og behandling kan iverksettes. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 17.8.2023, første revisjon innsendt 12.11.2023, godkjent 24.11.2023.

Mats Døving

matsdoving@gmail.com

Mats Døving er tannlege, lege i spesialisering i maxillofacial kirurgi og ph.d.-kandidat.

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

August Stray

August Stray er tannlege, lege i spesialisering i maxillofacial kirurgi og ph.d.-kandidat.

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

Steven Anandan

Steven Anandan er tannlege, spesialist i maxillofacial kirurgi og øre-nese-halssykdommer og avdelingsoverlege.

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

Per Kristian Eide

Per Kristian Eide er spesialist i nevrokirurgi, seksjonsoverlege og professor.

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

Karoline Skogen

Karoline Skogen er ph.d., spesialist i radiologi og overlege.

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

Jeanette Koht

Jeanette Koht er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege.

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

Litteratur

- Shah RK, Blevins NH. Otalgia. *Otolaryngol Clin North Am* 2003; 36: 1137–51.
- Døving M, Handal T, Galteland P. Bakterielle odontogene infeksjoner. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: doi: 10.4045/tidsskr.19.0778.
- Ghurye S, McMillan R. Orofacial pain - an update on diagnosis and management. *Br Dent J* 2017; 223: 639–47.
- Hernández-Nuño de la Rosa MF, Keith DA, Siegel NS et al. Is there an association between otologic symptoms and temporomandibular disorders?: An evidence-based review. *J Am Dent Assoc* 2022; 153: 1096–103.
- Porto De Toledo I, Stefani FM, Porporatti AL et al. Prevalence of otologic signs and symptoms in adult patients with temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig* 2017; 21: 597–605.
- Arntzen KG, Slowinska PD, Odeh F. Forkalkning i kjeveligament. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138: doi: 10.4045/tidsskr.17.0923.
- Katusic S, Williams DB, Beard CM et al. Incidence and clinical features of glossopharyngeal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945–1984. *Neuroepidemiology* 1991; 10: 266–75.
- Bruyn GW. Glossopharyngeal neuralgia. *Cephalalgia* 1983; 3: 143–57.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211.
- Chawla JC, Falconer MA. Glossopharyngeal and vagal neuralgia. *BMJ* 1967; 3: 529–31.
- Blumenfeld A, Nikolskaya G. Glossopharyngeal neuralgia. *Curr Pain Headache Rep* 2013; 17: 343.
- Amthor KF, Eide PK. Glossopharyngeusneuralgi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3381–3.
- Chen J, Sindou M. Vago-glossopharyngeal neuralgia: a literature review of neurosurgical experience. *Acta Neurochir (Wien)* 2015; 157: 311–21, discussion 321.
- Lu VM, Goyal A, Graffeo CS et al. Glossopharyngeal Neuralgia Treatment Outcomes After Nerve Section, Microvascular Decompression, or Stereotactic Radiosurgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World Neurosurg* 2018; 120: 572–582. e7.
- Pollock BE, Boes CJ. Stereotactic radiosurgery for glossopharyngeal neuralgia: preliminary report of 5 cases. *J Neurosurg* 2011; 115: 936–9.
- Zheng W, Zhao P, Song H et al. Prognostic factors for long-term outcomes of microvascular decompression in the treatment of glossopharyngeal neuralgia: a retrospective analysis of 97 patients. *J Neurosurg* 2021; 137: 1–8.
- Zakrzewska JM, Linskey ME. Trigeminal neuralgia. *BMJ* 2014; 348: g474.
- Teixeira MJ, de Siqueira SRDT, Bor-Seng-Shu E. Glossopharyngeal neuralgia: neurosurgical treatment and differential diagnosis. *Acta Neurochir (Wien)* 2008; 150: 471–5, discussion 475.
- Bennetto L, Patel NK, Fuller G. Trigeminal neuralgia and its management. *BMJ* 2007; 334: 201–5.
- Khan M, Nishi SE, Hassan SN et al. Trigeminal Neuralgia, Glossopharyngeal Neuralgia, and Myofascial Pain Dysfunction Syndrome: An Update. *Pain Res Manag* 2017; 2017: 7438326.
- Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. *N Engl J Med* 2008; 359: 2693–705.
- Kusdra PM, Stechman-Neto J, Leão BLC et al. Relationship between Otological Symptoms and TMD. *Int Tinnitus J* 2018; 22: 30–4.
- Tuz HH, Onder EM, Kisinisci RS. Prevalence of otologic complaints in patients with temporomandibular disorder. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 123: 620–3.

Jul Eirik Olsen ¹
jul.eirik.olsen@gmail.com

Esten Nymoen Vandsemb ²
Martin Alavi Treider ³
Marit Gjertsen ⁴
Dag Jacobsen ^{2,5}

- 1 Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 2 Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus
- 3 Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus
- 4 Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 5 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Vedvarende hikke etter perforert kolecystitt

Vedvarende hikke kan ha mange ulike årsaker og krever en bred diagnostisk tilnærming. Her beskriver vi en pasient med vedvarende hikke som debuterte etter forbigående magesmerter.

En mann i 70-årene ble henvist fra fastlege til akuttmottaket grunnet vedvarende hikke. Fra tidligere hadde han kronisk nyresykdom (grad 3A), insulinbehandlet diabetes type 2, var operert i buken etter et penetrerende traume flere tiår tidligere og hadde hatt refluksplager over lengre tid uten å være gastroskopert.

Elleve dager før sykehusinnleggelsen hadde pasienten oppsøkt legevakt grunnet progredierende trykkende smerter i epigastriet, med utstråling til korsrygg og nakke. Han var afebril, og det ble målt CRP 8 mg/L (< 4). Pasienten hadde god effekt av smertestillende og reiste hjem smertefri.

Påfølgende dag startet pasienten å hikke. Hikkefrekvensen varierte fra omtrent hvert sekund til perioder på opptil en time uten hikka. Pasienten fikk ikke residiv av magesmertene og hadde ingen andre plager. Han kunne ikke angi faktorer som påvirket hikken.

I akuttmottaket var pasienten afebril. Undersøkende lege i spesialisering fant lette knatrelyder basalt over begge lunger, men ellers normale funn, inkludert bløt og uømt buk uten oppfyllninger samt negativt Murphys tegn. Nevrologisk undersøkelse var normal. EKG viste en patologisk Q-takk i avledning III som ikke var kjent fra tidligere.

Blodprøver viste leukocytter $14,7 \cdot 10^9/L$ (3,5–10) hvorav nøytrofile granulocytter var $11,5 \cdot 10^9/L$ (1,5–7,3), CRP 56 mg/L (< 4), SR 71 mm/t (< 12), troponin T 43 ng/L (< 14), kreatinin 146 $\mu\text{mol/L}$ (60–105), LD 258 U/L (115–255), ALP 130 U/L (35–105) og pankreasamylase 76 U/L (10–65).

Initialt mistenkte vi pneumoni som årsak til hikke, men røntgen toraks var normal. Vi vurderte også om et gjennomgått hjerteinfarkt kunne forklare tilstanden da han hadde nyoppdagede EKG-forandringer og forhøyede troponinverdier. Kontroll av troponin etter seks timer viste uendrede verdier, og vi avventet videre hjerteutredning. En lett økt alkalisk fosfatase og amylase ble ikke vektlagt grunnet fullstendig fravær av smerter ved abdominalundersøkelse.

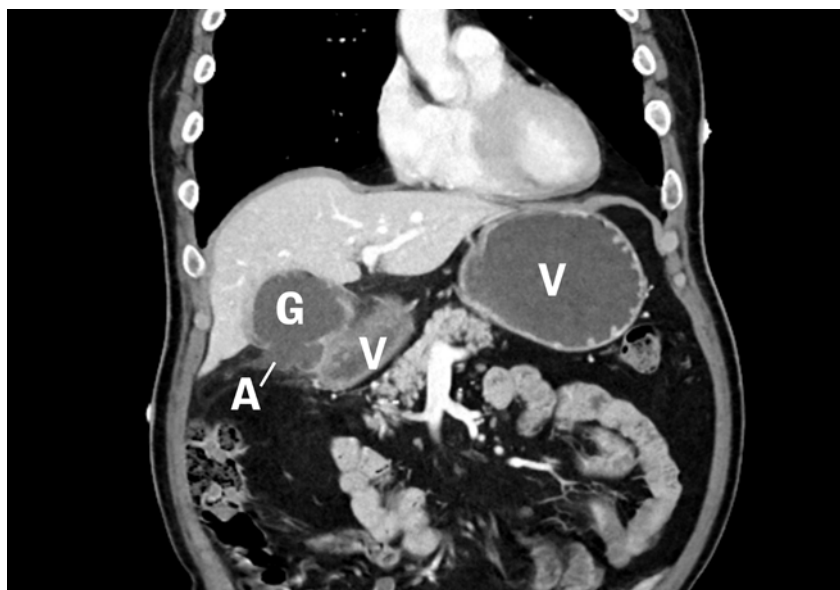
Pasienten ble innlagt for observasjon. Første natt fortsatte pasienten å hikke under søvn, noe som talte for en organisk årsak.

Dag 2 hadde pasienten lett fallende leukocytter $13,9 \cdot 10^9/L$ (3,5–10), CRP 41 mg/L (< 4), ALP 120 U/L (35–105) og pankreasamylase 69 U/L (10–65), ellers var tilstanden uendret. Vi vurderte intraabdominal abscess, pankreatitt eller malignitet som aktuelle differensialdiagnoser, og henviste derfor til CT-undersøkelse av toraks og abdomen som viste en veggfortykket galleblære med økt kontrastoppladning, samt en defekt i galleblæreveggen medialt med en væskeansamling på $6,2 \times 4,6$ cm nær galleblæren og ventrikel antrum. I tillegg fantes moderate reaktive forandringer i fettvevet rundt, samt noe markert ventrikelvegg og nærliggende diafragma. Dette ble tolket som en kolecystitt med perforasjon, hvor det var dannet et avkapslet lokulament mellom galleblære og ventrikel. Dette lokulamentet kommuniserte med galleblæren (figur 1).

Pasienten fikk piperacillin-tazobactam intravenøst (dose 4/0,5 g $\times$ 3) og ble overflyttet til gastrokirurgisk avdeling. Han hadde fortsatt ingen plager utover hikke. Grunnet lang varighet avstod man fra kolecystektomi, og det ble gjort ultralydveiledet perkutan drainasje med et grisehalekateter (8 French) til galleblæren på dag 3. Etter dette stoppet hikken.

Dag 4 begynte pasienten igjen å hikke, og ny CT-undersøkelse viste lett økende størrelse på galleblære og væskelokulamentet. Det kom ikke mer væske på drenet, så det ble byttet til et større dren (10 French) dag 5, hvor det spontant tømte seg 30 ml puss. Pasienten sluttet å hikke på dag 6. Dyrkning av galle viste oppvekst av *Klebsiella pneumoniae* sensitiv for piperacillin-tazobactam, som ble administrert i totalt åtte dager. Pasienten ble også gastroskopert uten funn av alternativ forklaring på hikken.

Kontroll med kolangiografi på dag 12 viste normale forhold. Drenet ble seponert dag 16, og han ble samme dag utskrevet med polikliniske kontrolltimer for vurdering av kolecystektomi i rolig fase.



Figur 1 CT abdomen dag to viser ventrikkel (V), galleblære (G) og abscess (A).

Ramme 1

Vanlige årsaker til vedvarende og intraktabel hikke (2).

Sentralnervesystemet

Hjerneslag, meningitt, encefalitt, traumatisk hjerne-skade, intrakranielle svulster, nevromyelitis optica, Parkinsons sykdom, epilepsi, multipel sklerose.

Perifere årsaker (n. phrenicus, vagus, sympatikus)

Gastroøsofageal reflukssykdom, hiatushernie, øsofagus-cancer, ventrikeldistensjon, magesår, pankreatitt, intraabdominal abscess eller tumor, tarmobstruksjon, hjerteinfarkt, perikarditt, torakalt aortaaneurisme, øvre og nedre luftveisinfeksjoner, astma, lungekreft, fremmedlegemer i nese eller øre.

Andre årsaker

Elektrolyttforstyrrelser, nyresykdom, diabetes, alkohol, medikamenter (bl.a. steroider, dopamin-agonister, cytostatika, benzodiazepiner, opioider, anestesimidler), intubasjon, kirurgi, gastroscopi eller psykogene årsaker.

Diskusjon

Hikke skyldes ufrivillige periodiske kontraksjoner av diaphragma og eventuelt interkostalmuskulatur, etterfulgt av reflektorisk lukking av glottis. Dette skyldes forstyrrelser i hikke-refleksbuen, som utgjøres av afferente nervefibre, sentralnervesystemet og efferente motoriske nervefibre (1). Hikke klassifiseres vanligvis etter varighet som akutt (< 48 timer), vedvarende (> 48 timer) eller intraktabel (> 1 måned). Akutt hikke er nesten alltid selvbegrensende, og trenger ingen videre utredning. Vedvarende og intraktabel hikke forekommer sjeldent, og krever utredning av mange mulige årsaker fra ulike organsystemer (ramme 1). Hikke som vedvarer under søvn, taler for en organisk årsak fremfor en psykogen (2).

Vedvarende hikke bør utredes for å finne en årsak, da disse kan være alvorlige, som eksempelvis kreftsykdom. Ledsagende plager bør føre til symptomrettet utredning av disse. Pasientens medikamenter bør gjennomgås med hensyn til om hikke er en kjent bivirkning. Det bør gjøres otoskopi samt klinisk undersøkelse av hals, toraks, abdomen og nevrologisk status. Dersom verken anamnese, undersøkelse eller blodprøver kan påvise en etiologisk årsak, bør man ha lav terskel for CT caput, collum, toraks og abdomen tidlig i forløpet samt vurdere MR caput (2, 3). I tillegg bør gastroscopi utføres for å utelukke spiserørskreft (4) (figur 2). Fordi hikke er vanlig ved langtkommen kreftsykdom, bør man også vurdere om videre utredning får behandlingsmessig konsekvens (2).

Behandling av hikke rettes primært mot årsak. Symptomatisk behandling kan gis under utredningen. Fysiske manøvre som å holde pusten eller Valsalvas manøvre, kan forsøkes (4). Få studier har undersøkt medikamentvalg ved langvarig hikke. Det er enighet om at protonpumpehemmere bør være førstevalg ved ukjent årsak. Dette har få bivirkninger, og gastroøsofageal refluks- →



Figur 2 Flytskjema for utredning av vedvarende og intraktable hikke (2, 3).

sykdom er en vanlig årsak til vedvarende hikke (2–4). Øvrige medikamenter mot hikke, virker oftest via dopamin- eller GABA-reseptorer (2). Av disse kan man vurdere baklofen peroralt (dose 5–20 mg $\times$ 3), gabapentin peroralt (dose 300–600 mg $\times$ 3) eller metoklopramid parenteralt eller peroralt (dose 10 mg $\times$ 3), men kunnskapsgrunnlaget er begrenset (2, 3). Ved mistenkt perifer årsak er det ingen felles enighet om medikamentvalg blant disse. Ved ukjent eller mistenkt sentralnervøs årsak foreslås baklofen eller gabapentin som førstevalg (2, 3).

Akutt kolecystitt gir vanligvis smerter under høyre kostalbue og infeksjonssymptomer. Atypisk presentasjon er imidlertid ikke uvanlig, spesielt ved økende alder. Hos pasienter over 65 år, er 5 % smertefrie (5).

Vi fant kun én publisert kasuistikk hvor kolecystitt forårsaket hikke. Her hadde pasienten ingen magesmerter, men hikke av fem dagers varighet. Han ble kolecystektomert, og hikken stoppet på femte postoperative dag (6).

Vår kasuistikk illustrerer at vedvarende hikke kan ha en intervensjonskrevende årsak, som en intraabdominal abscess. Nær anatomisk lokalisasjon med reaktive forandringer tett på diafragma, og samsvar i tid mellom galleblæredrenasje og opphørt hikke, taler for at hans perforerte kolecystitt var årsaken til hikken. ■

*Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.
Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 21.6.2023, første revisjon innsendt 14.9.2023,
godkjent 25.10.2023.*

Jul Eirik Olsen

jul.eirik.olsen@gmail.com

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

Esten Nymoen Vandsemb

Esten Nymoen Vandsemb er ph.d. og lege i spesialisering i indremedisin.

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

Martin Alavi Treider

Martin Alavi Treider er lege i spesialisering i gastrokirurgi.

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

Marit Gjertsen

Marit Gjertsen er spesialist i radiologi og overlege.

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

Dag Jacobsen

Dag Jacobsen er dr.med., spesialist i klinisk farmakologi, i indremedisin og i hjertesykdommer. Han er avdelingsleder og professor emeritus.

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

Litteratur

- 1 Nausheen F, Mohsin H, Lakhan SE. Neurotransmitters in hiccups. Springerplus 2016; 5: 1357.
- 2 Steger M, Schneemann M, Fox M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups. Aliment Pharmacol Ther 2015; 42: 1037–50.
- 3 Reichenbach ZW, Piech GM, Malik Z. Chronic Hiccups. Curr Treat Options Gastroenterol 2020; 18: 43–59.
- 4 Cole JA, Plewa MC. Singultus. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2022.
- 5 Parker LJ, Vukov LF, Wollan PC. Emergency department evaluation of geriatric patients with acute cholecystitis. Acad Emerg Med 1997; 4: 51–5.
- 6 Safa R, Berbari I, Hage S et al. Atypical presentation of gangrenous cholecystitis: A case series. Am J Emerg Med 2018; 36: 2135.e1–5.

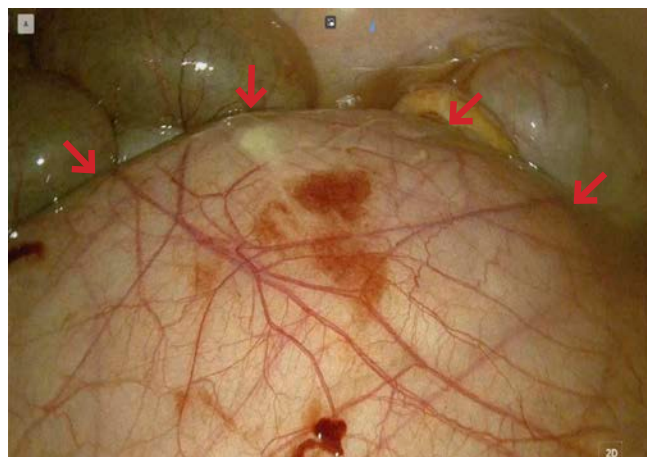
Medfødt peritoneal innkapsling

Bildene viser medfødt peritoneal innkapsling som ble avdekket tilfeldig hos en ung kvinne operert for perforert ulcus duodeni. Hun ble innlagt ved gastrokirurgisk avdeling med epigastrismerter av ett døgns varighet, med kraftig forverring samme morgen som innleggelsen. CT abdomen viste fri luft i bukhulen og mistenkt veggdefekt i bulbus duodeni. Tilstanden var forenlig med perforert ulcus duodeni, og hun ble laparoskopert to timer etter innkomst. Hullet ble sydd og tildekket med en flik av oment (tegmentert). Under operasjonen så man påfallende lite tynntarm, og en stor peritonealkledd oppfylling på bakre bukvegg.

På grunn av de uventede peroperative funnene ble CT-bildene og operasjonsvideoen gjennomgått i etterkant. Funnene er mest forenlig med medfødt peritoneal innkapsling, en sjelden tilstand hvor en tynn, aksessorisk peritonealmembran dekker hele eller deler av tynntarmen. Peritonealmembranen er festet lateralt til colon ascendens og descendens, superiort til colon transversum og inferiort til bakre overflate av parietale peritoneum. De fleste tilfeller er asymptomatiske og avdekkes tilfeldig peroperativt eller ved obduksjon (1). For pasienter som utviser symptomer, er magesmerter, kvalme og oppkast vanligst, ofte som uttrykk for partiell eller komplett tynntarmsileus.



a



b

Anomalien ble for første gang beskrevet i 1868 (2), og det er uklart hvordan den oppstår. Insidensen av tilstanden er ukjent, det er beskrevet ca. 50 tilfeller av tilstanden i litteraturen. Fra åttende gestasjonsuke vokser midttarmen raskt i forhold til resten av bukhulen slik at den slynger seg sammen og skyves ut som et fysiologisk navlebrokk. Ved tolvte gestasjonsuke trekkes tarmslyngene tilbake til bukhulen, og den mest aksepterte teorien er at hinnene som omslutter plommesekken, følger tarmslyngene inn i bukhulen og danner en ekstra peritonealhinne. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

*Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 7.9.2023, første revisjon
innsendt 13.11.2023, godkjent
4.12.2023.*

Henrik K. Thomassen

hekrth@ous-hf.no

Henrik K. Thomassen er LIS3-lege i gastroenterologisk kirurgi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Merete S. Dolva

Merete S. Dolva er spesialist i generell- og gastroenterologisk kirurgi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anselm Schulz

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

Magnus Hølmo Fasting

Magnus Hølmo Fasting er ph.d., spesialist i generell- og gastroenterologisk kirurgi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Dave A, McMahon J, Zahid A. Congenital peritoneal encapsulation: A review and novel classification system. *World J Gastroenterol* 2019; 25: 2294–307.
- 2 Cleland J. On an abnormal arrangement of the peritoneum, with remarks on the development of the Mesocolon. *J Anat Physiol* 1868; 2: 201–6.

Avhengig sensurering

I studier av overlevelse følges sjelden alle deltakerne til de dør. Metoder for levetidsanalyse er konstruert for å håndtere slike ufullstendig observerte levetider. Vi kaller disse levetidene sensurerte. Standardmetoden for levetidsanalyse antar at sensureringstidene er uavhengige av levetidene. Når er denne antagelsen brutt? Og hva gjør vi da?

Anta at noen individer i en studie ikke har opplevd en gitt hendelse, for eksempel død, ved studiens slutt. Disse individene er rammet av administrativ sensurering. Slik sensurering vil ofte være *uavhengig*; de sensurerte skiller seg ikke fra de usensurerte. I slike situasjoner er bruk av standardmetoder tilstrekkelig. Det finnes imidlertid mange andre årsaker til sensurering hvor antagelsen om uavhengighet er tvilsom.

I mange studier avhenger frafall av helsestatus. Pasientene med dårligst helse kan for eksempel ha lavere sannsynlighet for å bli værende i studien over tid. Noen ganger kan pasienter også bli sensurert fordi de opplever andre typer hendelser enn hovedutfallet. De kan for eksempel sensureres når behandlingsprotokollen brytes i en randomisert studie. Pasientene som gjennomgår slik sensurering, vil ofte ha en annen risiko for å oppleve hovedutfallet sammenliknet med de som ikke er sensurerte. Dette kalles *avhengig sensurering*.

Sensurering som en behandling

Det er nyttig å tenke på sensurering som noe som er intervenserbart, akkurat som en behandling (1). Hva ville utfallet blitt hvis man kunne «tvinge» deltakerne til å være observert frem til studieslutt? Hvis man kunne randomisert sensureringstidspunktene, ville antagelsen om uavhengig sensurering være tilfredsstillt. Da kan vanlige metoder som Kaplan-Meier-estimatoren svare på dette spørsmålet. Hvis sensurering derimot avhenger av pasientenes helse, må vi justere for forskjellene mellom de sensurerte og usensurerte. Dette er analogt til justeringer man må gjøre for å utjevne forskjeller mellom behandlingsgrupper i observasjonelle studier. Sensurering kan derfor håndteres med metoder for kausal inferens.

Metoder for justering for avhengig sensurering

En populær måte å justere for avhengig sensurering på er å bruke såkalte sensureringsvekter (2). En analyse med sensureringsvekter gjøres i to steg. Først tilpasser man en regresjonsmodell med sensurering som utfall, der kovariatene beskriver de relevante forskjellene mellom sensurerte og usensurerte. Så bruker man denne modellen til å beregne sensureringsvekter for hvert individ, hvor det vektete datasettet analyseres som om det var et vanlig datasett uten avhengig sensurering.

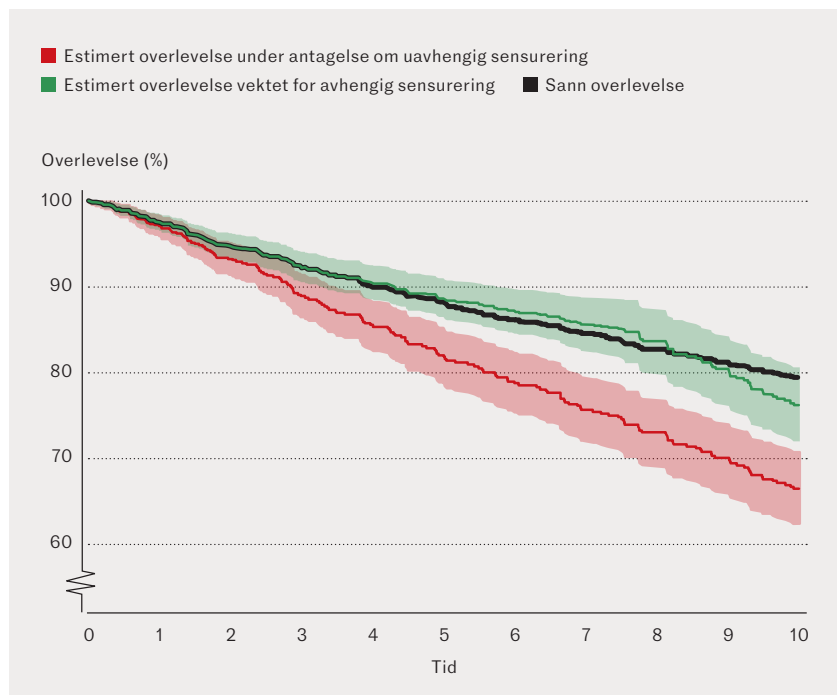
I praksis vektes hvert individ på hvert tidspunkt det skjer en sensurering. Vekten er den (estimerte) inverse sannsynligheten for å fortsatt være observert. En vekt på for eksempel 2 betyr at det observerte individet er vektet opp for også å representere en person som har blitt sensurert. Vektene rekonstruerer datasettet man ville hatt uten sensurering. Fremgangsmåten er imidlertid bare gyldig under de samme antagelsene som er nødvendig for å identifisere behandlingseffekter fra observasjonelle studier, inkludert antagelsen om ingen uobservert konfundering (1).

Figur 1 viser hvordan vekting kan rekonstruere virkeligheten i en hypotetisk studie der halve pasientgruppen har både høyere overlevelse og sannsynlighet for sensurering sammenliknet med øvrige pasienter.

Sensurering i randomiserte studier

Uavhengig sensurering tas ofte som en selvfølge i randomiserte studier. Likevel er denne antakelsen ofte brutt, og da kan resultatene være ugyldige (3). Selv i behandlingsintensjonsanalyser og dobbelt-blindede randomiserte forsøk uten avvik fra tildeelt behandling, trenger vi slike antakelser.

Figur 1 Estimert overlevelse hos en hypotetisk pasientgruppe med og uten justering for avhengig sensurering.



De førende ICH E9-retningslinjene for statistiske prinsipper i randomiserte studier ble nylig oppdatert med strategier for å håndtere uønskede og interkurrente hendelser (4). Der foreslås det blant annet en «hypotetisk strategi», som i praksis ofte vil involvere å sensurere individer når slike hendelser inntreffer, selv om andre utfall fortsatt er observert. Dette kalles gjerne *kunstig sensurering* og kan sjelden betraktes som uavhengig. Da er justering viktig, blant annet for å identifisere kausale per-protokoll-effekter, som identifiserer effekten man ville sett hvis alle i studien fulgte protokoll. Merk at dette er noe annet enn naive per-protokoll-analyser, som ofte gjøres i randomiserte forsøk. Justering gjøres nemlig sjelden, antakeligvis fordi metodene for dette ikke eksisterte da tidligere retningslinjer ble skrevet. ICH E9-oppdateringen har derfor vært viktig for å motivere til bedre analyser av randomiserte forsøk, selv om den ikke drøfter metodevalg direkte.

Konklusjon

Ved analyse av sensurerte data er det essensielt å argumentere for antagelsen om uavhengig sensurering. Hvis antagelsen er brutt, finnes det nå gode metoder for å justere for avhengig sensurering. Disse metodene krever imidlertid at det måles flere kovariater, så det er viktig å planlegge for slik justering i datainnsamlingen. ■

Jon Michael Gran

j.m.gran@medisin.uio.no

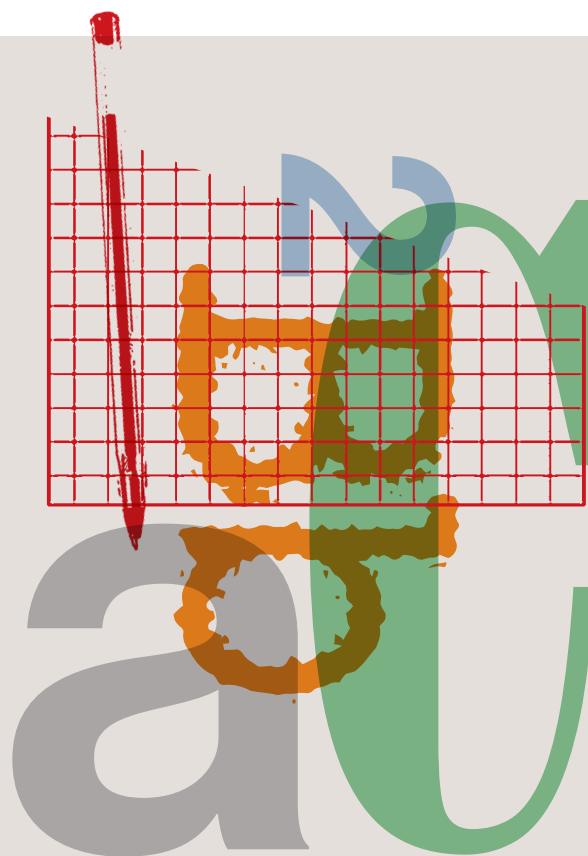
Jon Michael Gran er professor i biostatistikk ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mats Julius Stensrud

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

Litteratur

- 1 Hernan MA, Robins JM. Causal Inference: What if. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC, 2020.
- 2 Robins JM, Rotnitzky A. Recovery of Information and Adjustment for Dependent Censoring Using Surrogate Markers. I: Jewell NP, Dietz K, Farewell VT, red. AIDS Epidemiology. Boston, MA: Birkhäuser, 1992.
- 3 Little RJ, D'Agostino R, Cohen ML et al. The prevention and treatment of missing data in clinical trials. N Engl J Med 2012; 367: 1355–60.
- 4 EMA. ICH E9 (R1) addendum on estimands and sensitivity analysis in clinical trials. https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e9-r1-addendum-estimands-sensitivity-analysis-clinical-trials-guideline-statistical-principles_en.pdf Lest 13.11.2023.



Vil du publisere i Tidsskriftet?

Kontakt oss, så hjelper vi deg med forslag om hvordan du går frem med akkurat dine data eller din idé.

Alle vitenskapelige artikler fagfellevalueres og blir indeksert i PubMed.

Finn mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no.

Tidsskriftet 



Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Østrogenfri
p-pille med
drospirenon¹

Slinda® er en østrogenfri p-pille med drospirenon (4 mg)¹

- Hvert blisterbrett inneholder 24 aktive tabletter og 4 placebotabletter¹
- Prevensjonseffekten til Slinda® skyldes primært hemming av eggøsning¹
- Pearl-indeks for Slinda® er 0,73^{1*}
- Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i **opptil 24 timer**^{1**}
- Dokumentert tolerabilitet og aksept – også hos unge^{1***}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Aktiv, venøs tromboembolisk forstyrrelse. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive, ondartede sykdommer. Udiagnostisert vaginalblødning.

Forsiktighetsregler: Serumkaliumnivået kontrolleres i første behandlingsyklus ved nedsatt nyrefunksjon og serumkaliumnivå i øvre del av referanseområdet før behandlingen, samt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Ved hypertensjon kan risikoen for slag være noe økt. Behandlingen avbrytes umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Mulig økt risiko for brystkreft. Ektopisk graviditet bør tas i betraktning ved amenoré eller buksmerter. Levertumorer skal vurderes ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Seponeres ved gulsott eller forhøyede leververdier. Diabetespasienter bør observeres de første behandlingsmånedene. Ved samtidig langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler anbefales en annen og ikke-hormonell prevensjonsmetode. Skal ikke brukes under graviditet.

Bivirkninger: Vanlige er akne, metroragi, hodepine og ømme bryst. Andre vanlige bivirkninger er libidoforstyrrelser, humørsvingninger, kvalme, magesmerter, vaginal blødning, dysmenoré, uregelmessig menstruasjon og vektøkning. Hypertensjon og depresjon er rapportert.

Slinda® (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 06.04.22. **Referanse: 1.** Slinda preparatomtale 06.04.22. * Kvinner 18–45 år, brukerfeil + metodesvikt (øvre grense for 95 % konfidensintervall 1,43). ** I en fase II-studie med 130 kvinner ble eggøsningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22. *** Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser. Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet før menarke er ikke indisert.

Tekst: Kashif Waqar Faiz og Erlend Hem

Lukket inne-syndrom

Lukket inne-syndrom kan være et passende norsk uttrykk for *locked-in syndrome*.

Sjeldne tilfeller kan hjerneslag og andre hjer- nesykdommer forårsake skader i midtre del av hjernestammen, pons, som medfører at pasienten er våken, bevisst og puster normalt, men er ute av stand til å bevege seg eller snakke (1). Hos noen går tilstanden over i løpet av noen dager, andre ganger kan den vare i mange år. Langtidsforløpet varierer mye. Mange kan bli noe bedre, men ha vedvarende funksjonstap (2).

Tilstanden kalles på engelsk *locked-in syndrome*. Uttrykket ble første gang brukt av Plum & Posner i 1966 (3). Pasienten er «innelåst» i seg selv. Man kan også bruke betegnelsen *deafferent tilstand* (engelsk: *deafferented state*): Alt går inn og oppfattes og behandles som før, men ingenting går ut (4). Andre uttrykk er *pseudocoma* og *coma vigilante* (5), men den engelske benevnelsen *locked-in syndrome* er vanligst.

Enkelte land har benevnelser på eget språk, slik som *le syndrome d'enfermement* (6) (fransk: innesperring), *síndrome de enclaustramiento* (spansk: innelåst) (7), *síndrome de encarceramento* (portugisisk: innelåst) (8) og *Eingeschlossenheit* eller *Gefangensein-Syndrom* (tysk: innesperring, fengsling) (9). I ICD-10 er tilstanden på norsk kalt *locked-in-syndrom* (G83.5) (10).

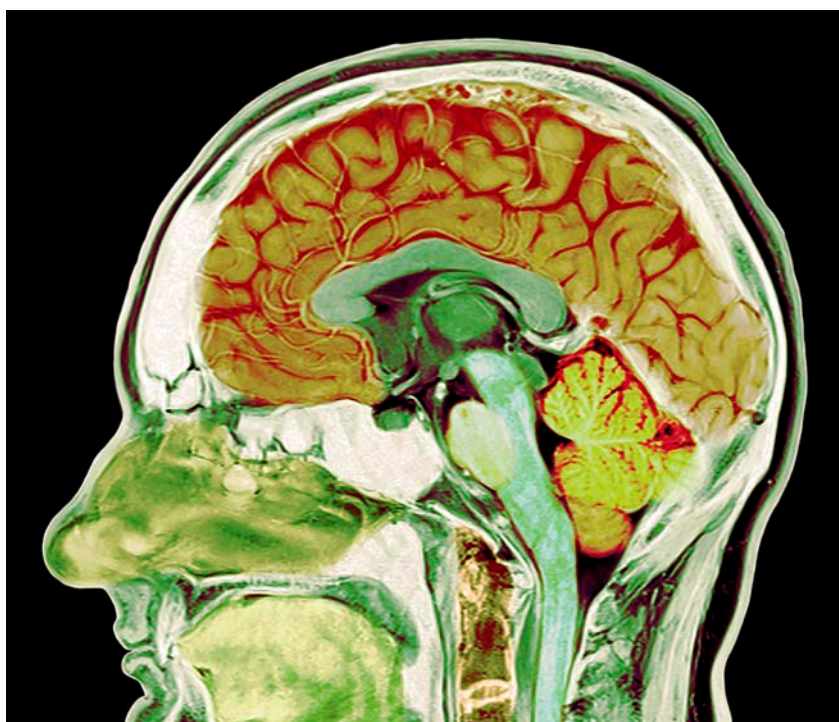
Flere betegnelser på norsk

Søk på *locked in syndrom* i Nasjonalbibliotekets digitalbibliotek gir mange treff i aviser, bøker og tidsskrifter. Det virker som om fagmiljøene i Norge har adoptert den engelske termen: Store medisinske leksikon bruker *locked-in-syndrom* (11), og nasjonal behandlingstjeneste ved Sunnaas sykehus skriver *locked-in syndrom* og forkortelsen LIS (12). Også to norske medisinske ordbøker oppgir den engelske betegnelsen: *locked-in-syndrom* (13, 14). Til og med Tidsskriftet, som har høy språklig beredskap, har brukt den engelske, første gang i 1992. Det samme gjelder læreboka *Sentralnervesystemet* av den språkbevisste nevroanatom Per Brodal (4).

Nevrokirurgen Rolf Hanaa har presentert et annet forslag: *innelåstsyndrom* (15). Flere er inne på det samme: «det fortoner seg som om personen er helt innelåst i hodeskallen» (1, 4).

Lukket inne-syndrom

Det finnes ulike måter å konstruere et norsk uttrykk på. Man kan ta utgangspunkt i ordene nevnt ovenfor: *innelåst*, *innelukket*, *innesperret* og *fengslet*. *Innesperring*-, *innelåst*- eller *innelukketsyndrom* er mulige løsninger, slik Hanaa er inne på.



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

Vi mener at det er nærliggende å bruke uttrykket *lukket inne-syndrom*, som likner på det engelske både fonetisk og i innhold og oppbygging.

Ordet *locked* kan ifølge engelskordboka oversettes med *låst*, *lukket*, *stengt*. *Lukket* er brukt for *locked* også i andre sammenhenger: *Locked-room mystery* betegner en krimgåte hvor et drap er blitt begått i et lukket rom uten at noen kan forstå hvordan morderen har klart å forlate rommet usett. Det kalles på norsk for *det lukkede roms mysterium* (16). I ordboka står *lukke inne* forklart som «stenge inne», og det kan være et passende bilde på det som skjer ved denne tilstanden (17)

En eller to bindestreker?

Hvor mange bindestreker bør vi bruke – én som i *lukket inne-syndrom* eller to som i *lukket-inne-syndrom*? Begge løsninger er mulige (18, 19). En bindestrek brukes ofte der forleddet er en gruppe som blir skrevet adskilt, slik som grå stær-pasient. Bindestrek mellom alle ledd gjelder særlig sammensetninger der forleddet er en forbindelse som selv har bindestrek, for eksempel øre-nese-hals-avdeling. —→

Konklusjon

Locked-in syndrome kan oversettes med *lukket inne-syndrom*, men det kan være vanskelig å få gjennomslag for denne skrivemåten når det engelske uttrykket har fått hevd. Hvis man bruker den norske betegnelsen, kan man sette den engelske bak i parentes første gang uttrykket forekommer i teksten: lukket inne-syndrom (*locked-in syndrome*). ■

Kashif Waqar Faiz

Kashif Waqar Faiz er ph.d., spesialist i nevrologi og medlem av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erlend Hem

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og leder av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Dietrichs E. Hva er hjernen. Oslo: Universitetsforlaget, 2015: 21.
- 2 Nilsen HW, Martinsen ACT, Johansen I et al. Demographic, medical, and clinical characteristics of a population based sample of patients with long-lasting locked-in syndrome. *Neurology* 2023; 101: e1025–35.
- 3 Plum F, Posner JB. The diagnosis of stupor and coma. Philadelphia, PA: Davis, 1966.

- 4 Brodal P. Sentralnervesystemet. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2013: 412.
- 5 Caplan LR. Locked-in syndrome. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/locked-in-syndrome/print> Lest 7.3.2023.
- 6 . Wikipedia. Syndrome d'enfermement. https://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_d%27enfermement Lest 7.3.2023.
- 7 Genetic and Rare Diseases Information Center. Síndrome de enclaustramiento. <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/13212/sindrome-de-enclaustramiento> Lest 7.3.2023.
- 8 Wikipedia. Síndrome de enclaustramiento. https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_enclaustramiento Lest 7.3.2023.
- 9 Wikipedia. Locked-in-Syndrom. <https://de.wikipedia.org/wiki/Locked-in-Syndrom> Lest 7.3.2023.
- 10 Direktoratet for e-helse. Kapittel VI (G00-G99) Sykdommer i nervesystemet. https://finnkode.ehelse.no/contentpages/ICD10SysDel/Kapittel_VI_2595809.html Lest 9.8.2023.
- 11 Gjerstad L. locked-in-syndrom. <https://sml.snl.no/locked-in-syndrom> Lest 7.3.2023.
- 12 Sunnaas sykehus. Locked-in syndrom. <https://www.sunnaas.no/behandling/locked-in-syndrom> Lest 7.3.2023.
- 13 Øyri A. Norsk medisinsk ordbok. 9. utg. Oslo: Samlaget, 2011: 616.
- 14 Nylenna M. Medisinsk ordbok. 8. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2017: 292.
- 15 Hanao R. Nevrotraumatologi og ansiktstraumatologi: medisinsk spesialordbok. Oslo: Fagbokforlaget, 2016: 130.
- 16 Det norske akademis ordbok. mysterium. <https://naob.no/ordbok/mysterium> Lest 9.8.2023.
- 17 Det norske akademis ordbok. lukke. https://naob.no/ordbok/lukke_1 Lest 9.8.2023.
- 18 Vinje F-E. Skriverregler. 9. utg. Oslo: Aschehoug, 2009: 45.
- 19 Søyland A, Fretland JO. Norske skriverregler. Oslo: Samlaget, 2015: 30.

Annonse



Se fullstendig preparatomtale av Ofev®



Obligatorisk informasjon:

Ofev® (nintedanib)

Indikasjoner: Voksne: Idiopatisk lungefibrose (IPF). Andre kroniske fibroserende interstitielle lungesykdommer (ILD) med en progressiv fenotype. Systemisk sklerose-assosiert interstitiell lungesykdom (SSc-ILD). **Dosering:** 150 mg 2 ganger daglig med ca. 12 timers mellomrom. Bivirkninger håndteres ved symptomatisk behandling, dosereduksjon og midlertidig behandlingsavbrudd, inntil aktuell bivirkning tillater fortsatt behandling. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya. Frarådes ved amming. **Forsiktighetsregler:** Tett oppfølging av gastrointestinale symptomer, leververdier, nyrefunksjon og blødning. Forsiktighet utvises ved blødningsrisiko og forhøyet kardiovaskulær risiko. Bør ikke brukes ved alvorlig pulmonal hypertensjon. Dosereduksjon eller behandlingsavbrudd kan være nødvendig. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av potente P-gp-hemmere kan øke eksponeringen. Potente P-gp-induktorer kan redusere eksponeringen. **Utvalgte bivirkninger:** Svært vanlige (>10%): IPF: Abdominalmerter, diaré, kvalme, økte leverenzymmer. PF-ILD: Abdominalmerter, diaré, kvalme, oppkast, økt ALAT, økte leverenzymmer, nedsatt appetitt. SSc-ILD: Abdominalmerter, diaré, kvalme, oppkast, økte leverenzymmer. **Alvorlige bivirkninger sett ved ikke kjent, vanlig eller mindre vanlig frekvens uavhengig av indikasjoner:** Trombocytopeni, myokardinfarkt, blødning, aneurismer og artieriedisseksjoner, kolitt, legemiddelinducert leverskade, nyresvikt, proteinuri. **Pakninger og priser:** Kapsler, myke (blister 60 stk): 150 mg kr 28 435,60. Kapsler, myke (blister 60 stk): 100 mg kr 15 903,90. **Refusjon:** H-resept: Voksne: IPF og andre kroniske fibroserende ILD-er med en progressiv fenotype. Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonal faglig retningslinje og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. **Vilkår:** 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. SSc-ILD: Ingen refusjon. **Reseptgruppe:** C

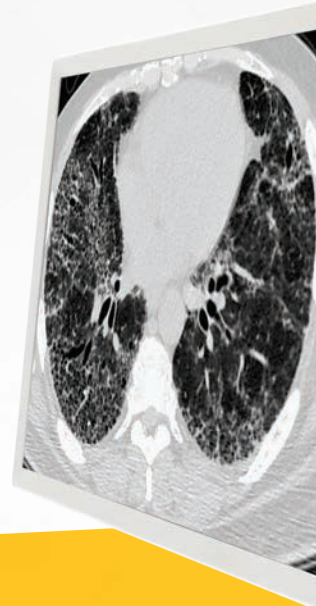
Kontaktopplysninger: E-post: medinfo.no@boehringer-ingelheim.com.

Utarbeidet: 24.11.2023

PC-NO-102027



**Bremser progresjon av
lungefibrose og reduserer
nedgangen i lungefunksjon^{*,1-4}**



**OFEV[®] er den første og eneste godkjente
behandlingen av kronisk fibroserende
ILD med en progressiv fenotype.¹**

OFEV[®] har indikasjon hos voksne for:¹

Behandling av idiopatisk lungefibrose (IPF)

Behandling av andre kroniske fibroserende interstitielle
lunnesykdommer (ILD) med en progressiv fenotype (PF-ILD)

Behandling av systemisk sklerose-assosiert
interstitiell lunnesykdom (SSc-ILD)

Refusjon: OFEV[®] har refusjon på indikasjonene IPF og PF-ILD.^{5,6} Ikke refusjonsberettighet på SSc-ILD.

OFEV[®] skal ikke gis ved: Graviditet. Overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya. Amming frarådes.¹

De vanligste bivirkningene er: Abdominalmerter, diare, kvalme, økte leverenzymmer, oppkast, nedsatt appetitt.¹

Referanser: **1.** OFEV[®] summary of product characteristics 28.07.2023, section 4.1, 4.3, 4.6, 4.8, 5.1. **2.** Richeldi L, du Bois RM, Raghu G, et al. Efficacy and safety of nintedanib in idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med. 2014; 370(22): 2071-2082. **3.** Richeldi L, Costabel U, Selman M, et al. Efficacy of a tyrosine kinase inhibitor in idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med. 2011; 365(12): 1079-1087. **4.** Flaherty KR, Wells AU, Cottin V, et al. Nintedanib in progressive fibrosing interstitial lung diseases. N Engl J Med. 2019; 381(18): 1718-1727. **5.** Helsedirektoratet. Høringsvedtak. Overførings av finansieringsansvar for legemidler. Legemiddelliste. (11.12.2023). https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/de-regionale-helseforetakene-far-finansieringsansvar-for-legemidler-mot-sjeldne-sykdommer/Overf%C3%B8ring%202019%20legemiddelliste.pdf/_attachment/inline/7b0c8411-785a-477d-9513-8d144bfcc0ae:28b9a3afc41647b307279def01f9e50ed29ac34e/Overf%C3%B8ring%202019%20legemiddelliste.pdf. **6.** Beslutningsforum for nye metoder 24.04.2023 under sak 048-2023 <https://nyemetoder.no/metoder/nintedanib-ofev-indikasjon-iii>.

^{*}Lungefunksjonen måles som årlig reduksjonsrate i FVC

Nyhet!

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

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

Eneste kombinasjon med dobbeltvirkende effekt^{1,3}

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

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

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



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

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

Vaginale infeksjoner bør behandles før oppstart av behandling med Gynoflor.

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

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

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

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

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

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

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

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

Smitteverntiltak kan gi håndeksem

Forebygging av håndeksem bør inkluderes i retningslinjer om håndhygiene. En ny opplæringsfilm kan bidra til dette.

God håndhygiene er avgjørende for å hindre smittespredning i helsetjenesten, men det kan føre til håndeksem. Håndeksem er ikke bare et problem for den enkelte ansatte, men gir også økt risiko for smitteoverføring.

Håndeksem er dobbelt så vanlig hos helsepersonell som i den generelle populasjonen. I studier fra flere land har man funnet ytterligere økt forekomst av håndeksem hos helsepersonell i forbindelse med covid-19-pandemien, og dette tilskrives strengere krav til håndhygiene (1, 2).

For å forebygge arbeidsrelatert håndeksem anbefales det at ansatte innenfor risikoyrker, slik som helsepersonell, får tidlig opplæring i å ta vare på huden og redusere risikofaktorer, for eksempel gjennom riktig bruk av hansker og hånddesinfeksjon (3).

Det er en klar sammenheng mellom manglende håndhygiene og økt smitterisiko. Alle helseinstitusjoner er derfor pålagt å ha skriftlige retningslinjer for håndhygiene. Hudproblemer som følge av hygienetiltak er en av faktorene som er kjent å føre til manglende etterlevelse av disse.

I retningslinjene anbefales det ofte at man utfører håndhygiene før man tar på usterile engangshansker. Dette begrunnes med at hanskene kan forurenses på utsiden i forbindelse med påtaking og at andre hansker i samme eske kan forurenses. Det er imidlertid lite dokumentasjon for at dette skjer. Tvert imot er det flere studier som indikerer at dette ikke er et problem av betydning (4–6). Fuktig hud før man tar på hansker øker risikoen for håndeksem, og vi mener derfor at dette er en anbefaling som bør fjernes fra retningslinjene.



Skjermdump fra instruksjonsfilmen.

Det er nødvendig at tiltak for å forebygge håndeksem ses i sammenheng med retningslinjer og opplæring i håndhygiene, da sunn hud er avgjørende for å kunne etterleve retningslinjene og ivareta smittevern.

Ved Oslo universitetssykehus har Avdeling for smittevern, Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin og Seksjon for

hudsykdommer samarbeidet om å lage en kort instruksjonsfilm med råd for å unngå håndeksem (7). Denne filmen inneholder informasjon vi mener er nyttig for alle som jobber klinisk i helsetjenesten, og den er et konkret verktøy ledere kan bruke i opplæringen av ansatte. ■

Mottatt 6.11.2023, første revisjon innsendt 24.11.2023, godkjent 4.12.2023.

Ingvill Sandven

ingvsa@ous-hf.no

Ingvill Sandven er spesialist i arbeidsmedisin og overlege ved Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hilde Heiro

Hilde Heiro er spesialist i arbeidsmedisin og overlege ved Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Egil Lingaas

Egil Lingaas er spesialist i medisinsk mikrobiologi og avdelingsoverlege ved Avdeling for smittevern, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Teresa Løvold Berents

Teresa Løvold Berents er ph.d., spesialist i hud og veneriske sykdommer, godkjent i kompetanseområdet allergologi, og overlege ved Hudavdelingen/RAAO, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Vindenes HK, Bertelsen RJ, Lygre SHL et al. Changes in Infection Prevention Practices and Occurrence of Skin Symptoms among Healthcare Workers, Cleaners and Day-care Workers in Norway during the COVID-19 Pandemic. *Acta Derm Venereol* 2023; 103: adv00840.
- 2 Erdem Y, Altunay IK, Aksu Çerman A et al. The risk of hand eczema in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: Do we need specific attention or prevention strategies? *Contact Dermat* 2020; 83: 422–3.
- 3 Thyssen JP, Schuttelaar MLA, Alfonso JH et al. Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. *Contact Dermat* 2022; 86: 357–78.
- 4 Lingaas E, Fagernes M. Development of a method to measure bacterial transfer from hands. *J Hosp Infect* 2009; 72: 43–9.
- 5 Thom KA, Rock C, Robinson GL et al. Direct gloving vs hand hygiene before donning gloves in adherence to hospital Infection control Practices. *JAMA Netw Open* 2023; 6: e2336758.
- 6 Rock C, Harris AD, Reich NG et al. Is hand hygiene before putting on nonsterile gloves in the intensive care unit a waste of health care worker time?—a randomized controlled trial. *Am J Infect Control* 2013; 41: 994–6.
- 7 Vestre Viken HF. Arbeidsrelatert håndeksem. Vimeo 14.4.2023. <https://vimeo.com/817593664> Lest 4.12.2023.

Hever kvaliteten på behandling av kreft

Alle norske sykehus med kreftavdeling deltar i en nasjonal kreftbehandlingsstudie. Den er aktuell for pasienter med avansert kreftsykdom etter standard behandling.

Etter studieinkludering utføres utvidet molekylær analyse av DNA og RNA fra svulstvev (og eventuelt blod) med genpanelanalysen TSO500 (Illumina, 523 gener). Hensikten er å påvise biomarkører (genforandringer) som forutsier mulig effekt av eksperimentell kreftbehandling. Den eksperimentelle behandlingen er legemidler som er godkjente for andre sykdommer. Så langt har 228 pasienter fått tilbud om eksperimentell behandling, og i tillegg har studien bidratt til å styrke både kompetansen og samarbeidet innen molekylærdiagnostikk og presisjonsmedisin ved kreft på tvers av spesialiteter.

Resultater

I løpet av de to første årene har 836 pasienter fått utvidet molekylær analyse gjennom studien, som kalles IMPRESS-Norway. Noen av pasientene har i tillegg fått analyse av cellefritt sirkulerende tumor-DNA, og pasienter kan behandles også på bakgrunn av funn i blodprøvene. Alle pasienter er diskutert på nasjonalt molekylært multidisiplinært teammøte (Mol-MDT). Hos ca. 20 % av de undersøkte pasientene er det funnet genforandringer definert som biomarkører for den eksperimentelle behandlingen tilgjengelig i studien, og de er tilbudt behandling i IMPRESS-Norway (1). Hos 11 % finnes det genvarianter med mulighet til behandling i andre kliniske studier eller i nye behandlingsprogram (2).

Utvidet molekylærdiagnostisk tilbud

Som en forutsetning for studien har det gjennom InPreD (Nasjonal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk – kreft) pågått et omfattende arbeid for å etablere det utvidede molekylærdiagnostiske tilbudet i helseregionene. Nå utføres TSO500-analyser i Oslo, Akershus, Bergen og Trondheim som en del av det offentlige helsevesenet. Denne satsningen innenfor molekylærdiagnostikk, og det tette samarbeidet mellom regionene har gjort det mulig å tilby utprøvende behandling til flere kreftpasienter, og er også viktig for den videre oppbyggingen av persontilpasset kreftbehandling i Norge.

Det er av stor verdi at bruk av legemidler utenfor godkjent indikasjon kan skje innenfor rammene av en klinisk studie. På den måten vil erfaringene for effektive og ikke-effektive behandlinger samles og systematiseres, og det vil redusere sannsynligheten for at vi mister viktige erfaringer fra enkeltpasienter behandlet med medisiner utenfor godkjent indikasjon.

Bredt nasjonalt samarbeid

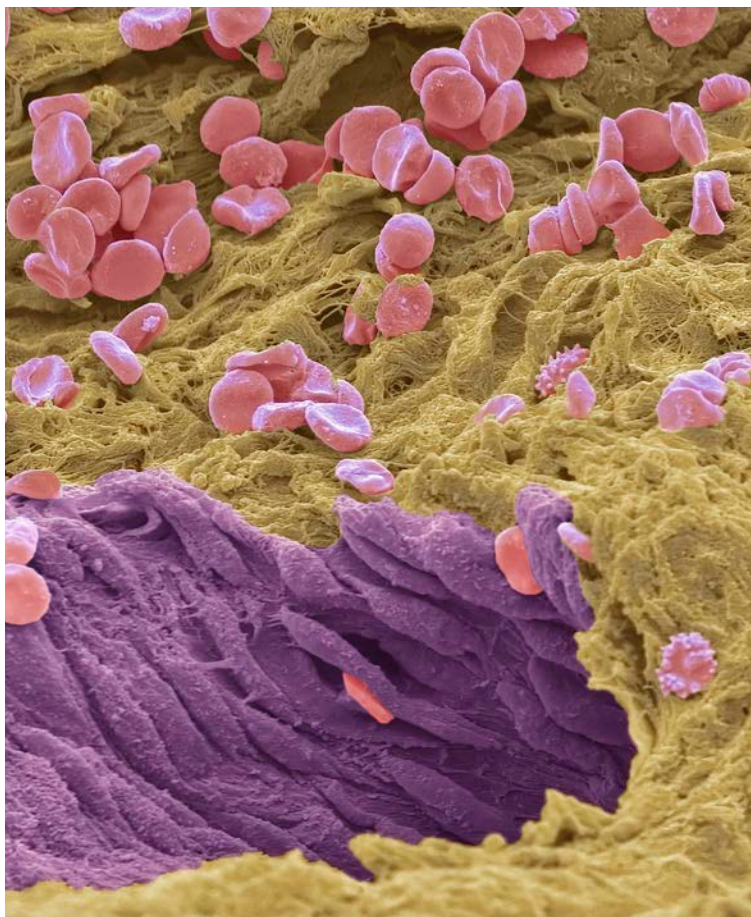
Studien har samlet behandlingsmiljøene og tilhørende diagnostiske disipliner som patologi, molekylærbiologi, genetikk og bioinformatikk. Medikamentell kreftbehand-

ling er et fagfelt hvor behandling basert på molekylære funn er i rask utvikling, og det er derfor viktig at det bygges et nasjonalt miljø. Vi tror både kompetansebyggingen og det gode samarbeidsklimaet omkring disse aktivitetene, vil få positive følger for pasienter, fagmiljø og kreftforskning i årene som kommer. ■

Prosjektet har fått økonomisk støtte fra Roche, AstraZeneca, Novartis, Incyte, Eli Lilly, Merck, GSK, Illumina og Nanopore. Legemiddelfirmaene gir gratis legemiddel samt en sum penger til sykehuset som har pasienter i behandling. Studien er også støttet av de regionale helseforetakene og av Kreftforeningen.

Mottatt 29.10.2023, første revisjon innsendt 18.11.2023, godkjent 4.12.2023.

Farget elektronmikrografisk skanning (SEM) av svulstvev for å vise blodtilførselen fra et sarkom. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library, via NTB



Åslaug Helland

ahelland@medisin.uio.no

Åslaug Helland er onkolog, forskningsleder ved Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har deltatt i komitéer for datasikkerhet i en Amgen-studie, i DRUP-forsøket og TRIPLEX-studien. Hun har også deltatt i rådgivningskomitéer for MSD, BMS, Bayer, Pfizer, Medcover, ABBVIE, Takeda, Janssen og Sanofi, der honoraret har gått til Oslo universitetssykehus.

Eli Sihn Samdal Steinskog

Eli Sihn Samdal Steinskog er onkolog og jobber i Helse Vest og Helse Møre og Romsdal. Hun er en av studielegene i IMPRESS-Norway. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar i møter sponset av Pfizer, Roche Norway og Bayer AS.

Egil Støre Blix

Egil Støre Blix er onkolog ved Universitetssykehuset Nord-Norge, og han er en av studielegene i IMPRESS-Norway. I tillegg har han en akademisk stilling ved UiT – Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Pfizer, Pierre Fabre og Roche, og han har mottatt honorar fra AstraZeneca, Daiichi Sankyo, Eli Lilly, Gilead, MSD og Novartis, som medlem av firmaenes rådgivningskomitéer.

Åsmund Flobak

Åsmund Flobak er onkolog og overlege ved St. Olavs hospital, og han er en av studielegene i IMPRESS-Norway. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt støtte fra KLINBEFORSK og Kreftforeningen til arbeidet med manuset, han har mottatt tilskudd fra Forskningsrådet, Samarbeidsorganet, NTNU, St. Olavs hospital og ERA PerMed, og han har mottatt forelesningshonorar fra Bayer, Novartis, Oslo Cancer Cluster, Pierre Fabre, Amgen, Pfizer og Norsk Fysioterapeutforbund.

Sigmund Brabrand

Sigmund Brabrand er onkolog ved Oslo Universitetssykehus, og han er en av studielegene i IMPRESS-Norway. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Katarina Puco

Katarina Puco er onkolog, og hun er en av studielegene i IMPRESS-Norway. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Astellas, BMS, Ipsen og Janssen-Cilag, og hun har mottatt honorar fra MSD, Bayer og Pfizer som medlem av firmaenes rådgivningskomitéer. I tillegg har hun samarbeidet med Pfizer i forbindelse med en nyrekreftstudie.

Pitt Niehusmann

Pitt Niehusmann er patolog ved Oslo Universitetssykehus, og han er en av studielegene i IMPRESS-Norway. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sebastian Meltzer

Sebastian Meltzer er onkolog ved Akershus universitetssykehus, og han er en av studielegene i studien. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han har mottatt honorar fra Glaxo Smith Kline som medlem av firmaets rådgivningskomité.

Irja Alida Oppedal

Irja Alida Oppedal er onkolog ved Haukeland universitetssykehus, og hun er en av studielegene i IMPRESS-Norway. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Åse Haug

Åse Haug er onkolog ved Haukeland Universitetssykehus, og hun er en av studielegene i IMPRESS-Norway. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Cecilie Fredvik Torkildsen

Cecilie Fredvik Torkildsen er gyn-onkolog ved Stavanger Universitetssykehus, og hun er en av studielegene i IMPRESS-Norway. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra GSK og AstraZeneca for forelesninger og gjennomlesninger av pasient-brosjyrer. I tillegg har hun vært ikke-betalt styremedlem i onkologisk forum og ikke-betalt medlem av valgkomiteen til Nordic Society of Gynaecological Oncology.

Ulla Randen

Ulla Randen er patolog ved Akershus universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bjørnar Gilje

Bjørnar Gilje er avdelingsleder ved kreft-avdelingen ved Stavanger Universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Eystein Lønning

Per Eystein Lønning er onkolog ved Haukeland Universitetssykehus og professor ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar som rådgiver for Laboratorios Farmaceuticos Rovi, mottatt forelesningshonorar fra Dagens Nyheter og er aksjonær i Cytovation ASA.

Bjørn Tore Gjertsen

Bjørn Tore Gjertsen er hematolog ved Haukeland Universitetssykehus og professor ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt tilskudd fra Kreftforeningen, Norges forskningsråd, EU ERA PerMed og Helse Vest, mottatt forelesningshonorar fra Novartis, Astellas, Incyte, MSD, AstraZeneca og Delebert Laboratories, og han har mottatt honorar fra Novartis, Astellas, Incyte, MSD, AstraZeneca, Otsuka, Immedica Pharma AS, Coegin Pharma og GreinDX AS. Han har i tillegg aksjer i KinN Therapeutics, Alden Cancer Therapy, Ha Biotech og Tres Biotechnology.

Randi Hovland

Randi Hovland er seksjonsleder på avdeling for patologi ved Haukeland Universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt konsulenthonorar fra AstraZeneca, og hun har mottatt honorar fra Janssen og Sanofi for presentasjoner i faggrupper.

Hege G. Russnes

Hege G. Russnes er patolog, leder av InPreD og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra AstraZeneca, Pfizer, Incyte, Merck, Roche, Novartis og Illumina for forelesninger, der pengene har gått til sykehuset. Hun har mottatt styrehonorar fra Nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin (NorPreM) og Nasjonal infrastruktur for presjonsdiagnostikk (InPreD).

Gro Live Fagereng

Gro Live Fagereng er molekylærbiolog og arbeider ved Oslo Universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sigbjørn Smeland

Sigbjørn Smeland er onkolog, klinikkleder ved Kreftklinikken ved Oslo Universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt tilskudd fra KLINBEFORSK og Kreftforeningen. Han har også vært leder for styringsgruppen i CONNECT Norge, et ubetalt verv.

Kjetil Tasken

Kjetil Tasken er leder av Institutt for Kreftforskning ved Oslo Universitetssykehus, og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har holdt foredrag for Roche og vært medlem av Exscientias rådgivningskomité, der honorarene har gått til sykehuset. Han er visepresident i Det Norske Videnskaps-Akademi, og han har aksjer i Ledit AS og Serca Pharmaceuticals AS. I tillegg har han sammen med internasjonale kollegaer og Roche-ansatte skrevet en gjennomgang av design for kliniske studier samt bistått med manuskriptskrivning.

Litteratur

- 1 Helland Å, Hjortland OG, Fagereng L et al. 1235P Enrichment of rare cancers in pragmatic precision cancer medicine trial: Experience from IMPRESS-Norway. Ann Oncol 2023; 34: S721–2.
- 2 Helland Å, Smeland S, Russnes H et al. IMPRESS-Norway: Improving public health care by implementing precision cancer medicine in Norway. J Clin Oncol 2023; 41: e15188.

Helsinkideklarasjonen blir ny

Verdens legeforening har startet en revisjonsprosess for dokumentet som legger rammer og føringer for helseforskning.



Et spedbarns hjerneaktivitet registreres under et forsøk ved Port Royal Maternity Hospital, Paris. Foto: Science Photo Library / NTB

Forskning står helt sentralt for utvikling av medisinen. Uten forskning får for eksempel ikke pasienter tilgang til nye behandlingsmetoder eller nye måter å diagnostisere sykdommer. Helseforskning er regulert blant annet i helseforskningsloven (1). I tillegg til lover og forskrifter finnes et sentralt dokument som legger rammer og føringer for helseforskning over hele verden –Helsinkideklarasjonen. Deklarasjonen anvendes blant annet av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) når de foretar sine etikkvurderinger.

Helsinkideklarasjonen kom i 1964, utformet av Verdens legeforening (WMA) (2). Den bygger på Nürnbergkodeksen, et dokument som angir ti etiske standarder for forskning på mennesker. Kodeksen ble utarbeidet under Nürnbergprosessene, der en rekke leger ble dømt for å ha deltatt i eksperimentering av fanger i konsentrasjonsleirer.

Helsinkideklarasjonen har vært gjenstand for revisjon flere ganger siden første utgave. Siste revisjon var i 2013. I 2022 tok den amerikanske legeforeningen initiativ til en ny revisjon. Verdens legeforening nedsatte så en arbeidsgruppe for å lede revisjonsprosessen, med representanter fra 18 land.

Fokusområder

Arbeidsgruppen har prioritert noen områder de ønsker prosessen skal fokusere på: stordata (lagring av data, maskinlæring, kunstig intelligens, dynamisk samtykke, biobanker), eksponeringsstudier, etiske standarder og utfordringer for utprøvende behandling i kriser/pandemier, kjønnsbalansert språk (3) og bruk av placebo. I tillegg vil man se på mulighetene for å inkludere annet helsepersonell i deklarasjonen og se på sårbare grupper for å unngå utnyttelse eller ekskludering.

Det er også ønskelig å se på nye studiedesign, det vil si masterprotokoller (*umbrella*-, *basket*- og *plattform*-studier), desentraliserte studier og virkelighetsdata (4).

Revisjonsprosessen foregår ved at det avholdes en rekke regionale møter. Dette gjøres for å sikre bred inkludering og representasjon fra relevante aktører. Hvert regionalt møte konsentrerer seg om noen enkeltområder, som diskuteres med et bredt spekter av innledere og deltagere.

Fra Den norske legeforening deltok undertegnede på et regionalt møte i København i september 2023. På dette møtet ble ulike aspekter ved nye studiedesign diskutert. Har vi god nok praksis for informert samtykke for de nye studiedesignene? Er etiske komiteer godt nok forberedt til å vurdere nye etiske problemstillinger som dukker opp? Er prinsippene i Helsinkideklarasjonen, slik den foreligger i revidert utgave fra 2013, dekkende for de nye studiedesignene, eller trenger man å utforme nye?

Arbeidsgruppen fra Verdens legeforening noterte ned alle innspill og refleksjoner under det to dager lange møtet i København. Innspill fra dette møtet og de kommende møtene i Tokyo (desember 2023), Vatikanet (januar 2024), Johannesburg (februar 2024) og München (mai 2024) vil bli bearbeidet og inkludert i revisjonen av teksten i deklarasjonen. Det vil bli mulig å kommentere på det endelige utkastet sommeren 2024, før den endelige revisjonen finner sted i Washington i august 2024. ■

Mottatt 3.12.2023, godkjent 5.12.2023.

Helga Brøgger

helga.brogger@dnv.com

Helga Brøgger er spesialist i radiologi, styremedlem i Norsk radiologisk forening og medlem i Norsk råd for digital etikk. Hun har ledet Legeforeningens arbeidsgruppe for helseinnovasjon, er seniorforsker i DNV, hvor hun ser på kunstig intelligens i helsetjenesten, og er utnevnt av Legeforeningen til å arbeide med den pågående revisjonen av Helsinkideklarasjonen (som expert reviewer).

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

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> Lest 22.11.2023.
- 2 Verdens legeforening. WMA declaration of helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> Lest 22.11.2023.
- 3 Språkrådet. Kjønnsbalansert språk. <https://www.sprakradet.no/sprakhjelp/Skriverad/Kjoenn/> Lest 22.11.2023.
- 4 Faiz KW, Kristoffersen ES. Virkelighetsdata. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: doi:10.4045/tidsskr.17.0574.

En ventil for sikkerhet til sjøs

Har du noen gang hatt en sjømann på legekontoret og tenkt at helsa neppe er forenlig med sikker ferdsel til sjøs? Du kan og bør ta affære.

Helsesvekkelse påvirker trafikkisikkerhet til sjøs. Skipsulykker kan være både store og alvorlige og få vidtrekkende konsekvenser for mange mennesker.

Når en lege har grunn til å tro at en pasient som fører et skip har en helsevekkelse som kan føre til skade på person, gir helsepersonelloven § 34 a legen adgang til å melde sin bekymring til Sjøfartsdirektoratet, uten hinder av taushetsplikten. Bestemmelsen er en sikkerhetsventil og handler om sikkerhet – både for sjømannen selv og for alle andre om bord.

Bestemmelsen trådte i kraft i fjor, men er fortsatt tatt lite i bruk. Siden lovendringen har Sjøfartsdirektoratet mottatt kun et fåtall meldinger.

Er terskelen for høy? Er regelverket for utydelig? Er behovet ikke til stede?

Bestemmelsen gir adgang, men ingen plikt til å melde. Dermed kan vi lure på om vi rett og slett velger å la være.

Vurderinger omkring maritim sikkerhet kan ofte være krevende. Ingen skip føres av én person alene. Det er et finstemt samspill mellom ulike mennesker og mellom mennesker og maskiner. Derfor er det viktig at vi er oppmerksomme nok på problemstillingen, og sørger for at vi har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre gode vurderinger.

Alle leger kan sende en melding til Sjøfartsdirektoratet. Det er ingen krav om å ha kompetanse som sjømannslege. Det er heller ingen automatikk i at sjømannen mister helseerklæringen sin dersom det meldes. Sjøfartsdirektoratet vil i hvert enkelt tilfelle gjøre en egen vurdering og deretter

oversende meldingen til sjømannens siste sjømannslege for en medisinsk vurdering. Stikkordene er «helsesvekkelse», «grunn til å tro», «fører av fartøy» og «skade på person».

Du kan lese mer om helsekravene til sjøfolk i Forskrift om helseundersøkelse av arbeidstakere på norske skip og flyttbare innretninger.

Helsesvekkelse blant sjøfolk handler ofte om trafikkisikkerhet. Har man grunn til å tro, er det alltid lurt å være på den sikre siden. ■

Mottatt 7.11.2023, godkjent 20.11.2023.

Jon Magnus Haga

jon.magnus.haga@gmail.com

Jon Magnus Haga er ph.d., spesialist i samfunnsmedisin og leder av Norsk senter for maritim medisin og dykkemedisin ved Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han er leder av ekspertpanelet i International Maritime Health Foundation.

Vil du annonsere i Tidsskriftet?
[Gå til tidsskriftet.no/annonser](https://tidsskriftet.no/annonser)

Tidsskriftet 

Lilly Constance og Karl Ingolf Larssons stiftelse

Stiftelsen har som formål å virke til fremme av forskning relatert til kreft. Utdelinger i 2024 vil samlet kunne være opp til kr 750 000.

Søknaden bør inneholde en kort beskrivelse av forskningsprosjektet, hvilket beløp det søkes om og hvordan midlene skal anvendes.

Søknadsfrist er 19. april 2024.

Søknad rettes til advokat Claus R. Flinder
flinder@ladv.no, tlf. 928 99 511

LANGSETH
Advokatfirma DA



Tekst: Martin Hotvedt

Foto: Marius Fiskum

Emilios europeiske eventyr

Han ble født i Sveits, vokste opp i Frankrike, bosatte seg i Tromsø og jobber i Kirkenes. Og Emilio Besada fortsetter sine reiser og eventyr i revmatologiens tjeneste.

Jeg bruker å si at jeg er en sveitsiskfødt fransk lege og norsk revmatolog.

Den nesten to meter høye franskmannen lener seg over et stakkars vaklede kafébord inne på en dunkelt belyst kjederestaurant i Tromsø. Han er langt inne i en hektisk fortelling om hvordan han, med cubanske foreldre som søkte eksil i Sveits og senere Frankrike, endte opp som revmatolog i det kalde arktis.

– Det er en lang historie, men det går fint, jeg prater så fort, sier han, og legger til at ordflommen er en cubansk arv. Og jo visst, noen minutter (og hundrevis av ord) senere, har han forklart om hvordan han ble formet av en oppvekst på grensa mellom Frankrike og Sveits der han følte seg annerledes.

– Jeg hadde cubansk pass til jeg ble 18 år, og følte meg ikke som en ekte franskmann. Alle i mitt miljø hadde fransk pass, så ja: Jeg følte meg annerledes.

– Gjorde du noe for å passe inn?

– Jeg fikk et råd hjemmefra om å hevde meg på skolen, å bli blant de beste, så jeg tror det ble en slags beskyttelse, forklarer han.

– Hva har du arvet fra dine foreldre?

– Jeg bruker å si at mitt liv er mye blekere enn mine foreldres. De har opplevd cubansk revolusjon og store politiske omveltninger. De valgte å forlate hjemlandet på grunn av dette og bodde både i Spania og Tyskland. Av mange ting jeg har arvet fra dem, er nok ærlighet og rettferdighet de mest åpenbare, sier han.

Tøff konkurranse på fransk universitet

Med ærverdige advokater i tre generasjoner bakover og en far som ikke trivdes på legekontoret, ble hans valg om å studere medisin et slags ungdomsopprør.

– Kanskje Freud ville sagt noe sånt, ja, smiler han.

– Hvorfor medisin?

– Kanskje på grunn av ... mulighetene, sier han og drar litt på det.

– Som lege kan du jo gjøre alt mulig! Jobbe i en idrettsklubb, forske, skrive i Tidsskriftet eller møte pasienter på sykehus. Jeg ble dratt mot allsidigheten, forklarer han.

Det franske medisinstudiet er lagt opp annerledes enn det norske. Hovedforskjellen er viktigheten av å prestere det første studieåret.

– Det var konkurranse fra dag én. Alle som hadde vitnemål fra videregående hadde rett til å studere førsteåret på medisin. Deretter ble det ekstremt tøff konkurranse blant de 400 førsteårsstudentene, ettersom andreåret bare har omtrent 60 plasser.

Besada ble ikke blant de beste studentene som gikk videre på første forsøk.

– Jeg har alltid vært sånn at jeg bruker motgang som motivasjon. Så jeg gjorde førsteåret om igjen og ble blant de fem beste, smiler han, og legger til:

– Og da får du en «evig rett» til å fullføre studiet. Du kan ta ti år fri og komme tilbake og kreve å fullføre studiet.

– Hva slags student var du?

– Ganske introvert. Jeg gjorde jobben på lese-salen og i avdelingene, og spilte baseball —>

Trives som underviser:

Emilio Besada er kjent blant medisinstudentene i Tromsø for sitt intense engasjement og karakteristiske, franske aksent. Han synes det er en ære å få undervise om klinisk undersøkelse.

på fritiden. Det var stort sett det, sier han, og legger til på fransk vis:

– Jeg har en stor pasjon for baseball!

Med en far som ikke ønsket å returnere til Cuba på grunn av den politiske turbulensen, ble den årlige sponsede ferien lagt til det amerikansk-cubanske samfunnet i Miami.

– Pappa opplevde jo den cubanske revolusjonen og forlot Cuba for godt på slutten av 1960-tallet. Han ønsket ingen årlig hjemreise, som jobben hans tilbød alle ansatte, så vi dro til USA. Der ble jeg introdusert for baseball, smiler han.

De tre timer lange baseballkampene ga Besada mulighet til å prate med nære og fjerne slektninger.

– Det er faktisk de beste minnene mine fra den tiden, mine samtaler med halvbrødre, fettere og kusiner på tribunen mens vi så på baseballkamper.

– Jeg har både spilt selv, på lavt nivå, og faktisk vært offisiell dommer i den franske ligaen, legger han stolt til.

Studentopphold i Nord-Norge

Som fjerdeårsstudent ble det utveksling til Tromsø via Erasmus-ordningen i 1997.

– Da jeg ringte SAS-kontoret for å bestille billetter, sa dama i telefonen «Unnskyld, men jeg må bare spørre, hva i all verden skal en franskmann der oppe? Jeg er selv fra Norge og har aldri vært der!».

Månedene i Tromsø ble formende, og han traff det som senere skulle bli hans kone.

– Vi traff hverandre på slutten av oppholdet mitt og holdt kontakten da jeg reiste hjem for å fullføre studiene. Da jeg var ferdig, flyttet jeg nordover til henne igjen, tok noen studiepoeng i norsk og fullførte Bergenstesten.

Han tar en kort og sjelden tenkepause.

– Jeg har aldri angret, og i 2007 giftet vi oss på hennes bursdag. Hvis jeg glemmer den datoen, ligger jeg tynt an!

Fra allmennmedisin til revmatologi

Besada ble allerede under medisinstudiet interessert i immunforsvaret og hva som skjer når det svikter. Studentoppgaven handlet om parasittinfeksjoner hos transplanterte pasienter, men hans første jobb med legelisen var på en endokrinologisk avdeling i Frankrike.

– Det var en avdeling med gammeldags disiplin og hierarki, men samtidig enormt lærerikt. Jeg taklet det greit, men havnet senere på en gastromedisinsk avdeling med mange hiv- og hepatittpasienter. Det var utrolig spennende med nye typer medikamenter: proteasehemmere og inter-

leukinhemmere – gullalderen for hepatologien, smiler han, og retter på brillene.

– Hvorfor revmatologi?

– I starten hadde jeg vanskeligheter med å forstå disse inflammatoriske sykdommene. Spondylo... ankylos...

Han stammer litt.

– Du ser, jeg klarer fortsatt ikke si det på norsk!

En liten pause.

– Spondylarthrite ankylosante!

Hans første legejobb i Nord-Norge var på et fastlegekontor på Finnsnes, og planen var egentlig å fullføre det obligatoriske «sykehusåret» på revmatologisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø og siden returnere til fastlegejobben.

– Jeg møtte imidlertid en fantastisk gjeng på sykehuset, med Wenche Koldingsnes i spissen, som introduserte meg for vaskulittpasienter og alle de mystiske eventyrene i revmatologiens verden. Vi var tidlig ute med å bruke forskjellige tumornekrosefaktorhemmere og B-cellehemmeren rituksimab. Jeg har vært veldig heldig som har fått være med på dette, gliser han.

Besada greier ut om sin fascinasjon for inflammasjonens mysterier, infeksjoner og immunsuppresjonens effekter. De siste årene har han og kollegaene publisert flere artikler om den immunsuppressive medisinen rituksimab sin effekt hos vaskulittpasienter.

Planen var egentlig å disputere for en doktorgrad i 2017, men komitéen hadde anmerkninger som gjorde at han ikke ble godkjent for disputas.

– Det var en skikkelig smell. Et slag i magen.

Han tar en liten pause.

– Det var en ganske tung periode. Jeg mistet motivasjonen for doktorgraden, og i månedene etter gikk jo livet videre til nye muligheter. Jeg fikk aldri fullført doktorgraden, men har lært av den perioden. I disse dager begynner jeg på et nytt forsøk på å fullføre den. Og som sagt: Jeg tar alltid motgang som erfaring.

Besada gikk videre til å bli universitetslektor og lette etter ledige kliniske stillinger.

– Jeg ringte en kjenning på sykehuset i Kirkenes som fortalte om en mulighet for å jobbe poliklinisk med revmatologi der oppe i en deltidsstilling, sier han, og retter seg opp:

– Siden 2013 har jeg vært en stolt finnmarkslege!

Den eventyrlystne revmatologen har også en deltidsstilling ved regional vurderingsenhet i Tromsø, hvor han vurderer alle henvisninger til privat rehabilitering i Helse Nord.

Emilio Besada

Født 1971, Genève, Sveits

Cand.med., Université de Lyon, 2003

Allmennlege, Senja kommune, 2004–05

LIS-lege, Revmatologisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, 2005–13

Spesialist i revmatologi, 2013

Stipendiat, UiT Norges arktiske universitet, 2012–17

Universitetslektor, UiT Norges arktiske universitet, 2017–d.d.

Overlege, Revmatologisk avdeling, Finnmarkssykehuset Kirkenes, 2013–d.d.

Overlege, Regional vurderingsenhet, Universitetssykehuset Nord-Norge, 2018–d.d.

Jeg har alltid vært sånn at jeg bruker motgang som motivasjon. Så jeg gjorde førsteåret om igjen og ble blant de fem beste

– Det er utfordrende fordi det dekker alle fagfelt i medisinen – lungesykdommer, ortopedi, nevrologi m.m. Vurderingsenheten ligger under samme klinikk som min gamle avdeling, det er jo litt fint.

Besada forklarer at det offentlige bruker hundrevis av millioner på privat rehabilitering hvert år.

– Jeg tror vi i Helse Nord ligger på om lag 300 millioner kroner i året. Her i nord har vi flest private rehabiliteringsalternativer, så vi som sitter og vurderer disse henvisningene har jo en vanskelig, men viktig forvaltningsrolle. Det er lite pasientkontakt, men mye medisin. Det har vært en berikelse, men mye papirarbeid, sier han.

– Blir du upopulær når du avslår henvisninger?

– Tja. Noen ganger kan man bli kjent som et petimeter og streng lege. Jeg vurderer jo 2 000–3 000 henvisninger i året, og avslagsprosenten ligger på rundt 40 %. Det blir noen upopulære brev og telefoner, forklarer han, og legger kjapt til:

– Som oftest går det bra. Jeg er alltid veldig tydelig på at jeg har vurdert ut ifra det brevet jeg har fått. Det kan mangle opplysninger, og dersom noen mener det, ber jeg om en ny. Det løser seg oftest greit, sier han.

Studentengasjement

Besada er i dag kjent som en svært engasjert foreleser blant medisinstudentene i Tromsø, og franskmannen kan være både nede på gulvet og oppe på bordene inne på kollokvierommene.

Han har i dag ansvaret for klinisk undersøkelse.

– Det er jo en ære! Tenk: hjerte, lunge, mage. Å undersøke dét er jo doktorens melk og brød! Det må alle kunne noe om.

Han fortsetter, ustoppelig nå:

– Og så er det så mye artig å si om det. For eksempel hvordan du lytter på hjertet og hvordan de forskjellige bilydene stråler til forskjellige deler av brysthulen. Det er som å være på konsert, du kan stille deg på forskjellige plasser i lokalet for å høre ulike instrumenter best, smiler han.

Ryktene skal ha det til at Besada alltid kommer tidlig på jobb, før undervisning, for å koke kaffe til studentene og lytte til favorittmusikksjangeren metal.

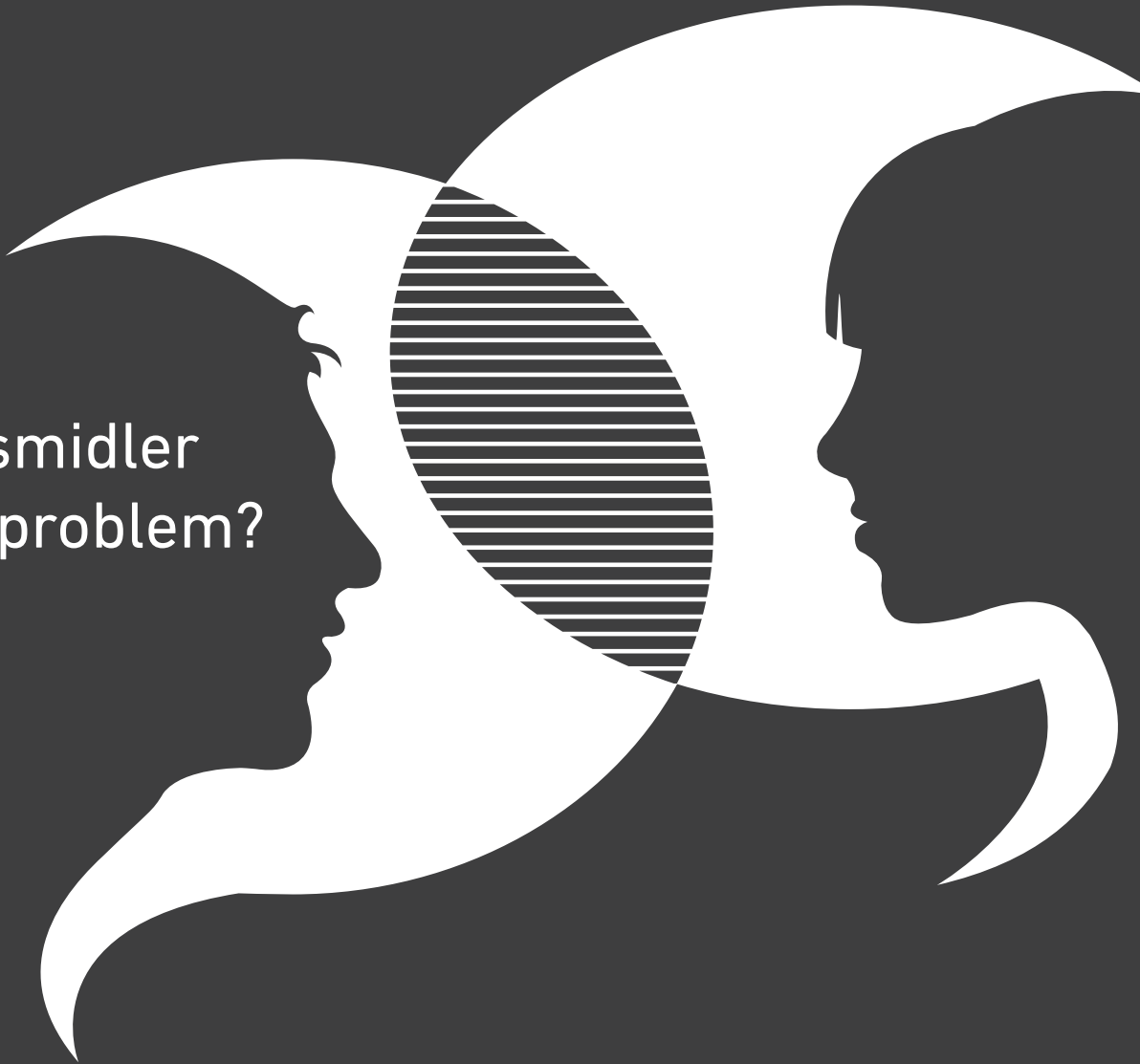
– Så er jeg ferdig med min lille, rolige metalstund til fem på åtte. Så kan undervisningen begynne, smiler han. ■

Martin Hotvedt

martin_hotvedt@hotmail.com
Universitetssykehuset Nord-Norge

Fortsatt kliniker: Tromsø-bosatte Besada jobber fortsatt delvis i klinikken, som pendlende revmatolog til Kirkenes. Foto: Marius Fiskum





Har rusmidler
blitt et problem?

Nå kan du få hjelp til å snakke om det

Legeforeningen, Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Trasoppklinikken har opprettet et hjelpetilbud til leger med rusproblemer. Målet er å kartlegge legens ruslidelse og psykiske helse, for deretter å komme med forslag til videre behandling.

Er du lege med et rusproblem, eller er du pårørende til en?

Da kan du ta direkte kontakt med Shahram Shaygani, 920 51 842 / s.shaygani@trasoppklinikken.no eller Anders Gaasland, 924 24 324 / a.gaasland@trasoppklinikken.no.

Henvising er ikke nødvendig. Dere avtaler konsultasjonstid så raskt som mulig, og du får tilbud om 1 til 5 gratis samtaler ut fra en individuell vurdering. Dekning av reiseutgifter for leger som kommer til samtale skjer etter fastsatte satser.

Hvilke krav bør vi stille til klinikere?

Ettersom de fleste i doktorklubben nå har høstet erfaringer med pasientrollen, har vi diskutert hvordan vi har blitt møtt av våre yngre kolleger. Vår foreløpige konklusjon er at ikke alle egner seg som klinikere.

Hvilke krav som bør stilles til dem som søker opptak til medisinstudiet, har vært diskutert i uminnelige tider. Er det mulig hos en ungdom å se konturene av en god kliniker i fremtiden? Det er lett å slutte seg til Peter F. Hjort (1924–2011), som hevdet at personens *karakter* er viktigere enn personens *karakterer*.

Men hvordan plukke ut de best egnede? Et godt klinisk judisium bør være et *sine qua non*. For noen synes det å være medfødt, andre må læres opp. Grundige fagkunnskaper er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Klinikeren bør også være nysgjerrig på mennesker, tillitvekkende og engasjert – og ha velfungerende sosiale antenner. Vedkommende må ha evnen til å kunne ta raske avgjørelser på områder der det er lite eller ingen vitenskapelig evidens å støtte seg til, og må kunne klare å skille funn uten klinisk betydning fra funn som bør følges opp.

Klinikere bør ha tilstrekkelig tid, være trygge og omgjengelige og ha et våkent øye for toveistrafikken mellom det somatiske og det psykososiale. Dessuten må de være gode lyttere og observatører. Etter mitt skjønn kan intet spørreskjema erstatte et godt klinisk intervju, der lege og pasient møtes ansikt til ansikt og det er mulig å observere og tolke pasientens tale- og væremåte, mimikk, kroppsholdning m.m. «Objektive» spørreskjemaer fanger ikke opp slikt.

Når yngre kolleger ikke alltid lever opp til våre forventninger, skal det til deres forsvar sies at mange har travle dager. Likevel er det et paradoks når de forteller om helt utålelige arbeidsbelastninger, samtidig som vi vet at Norge har verdens beste legedekning i forhold til innbyggertall.

Vi frykter at vi er på full fart mot en helse etter betalingsevne og at Gros egalitære og solidariske helsevesen snart er historie

Hva har gått galt? I doktorklubben er vi kommet til at vi for tiden har et dysfunksjonelt offentlig helsevesen, og vi tror det er mange og sammensatte årsaker til dette.

Sammenlignet med tidligere tider kan i dag langt flere tilstander behandles, og folks forventninger til oss blir stadig høyere. Vårt helsebyråkrati belaster mer enn det avlastar, og vår tillit til det viltvoksende krattet av helsebyråkrater er tynnslikt. Vi er blitt frarøvet støttepersonell, våre IKT-systemer skaper ofte plunder og heft, og i dag virker bunnlinjen å være viktigere enn selve pasientbehandlingen. Følgene er at klinikere får stadig mindre tid med pasientene, til

stor frustrasjon for så vel lege som pasient. Vi frykter at vi er på full fart mot en helse etter betalingsevne og at Gros egalitære og solidariske helsevesen snart er historie.

Litt motstrebende har vi i doktorklubben måttet erkjenne at vi begynner å bli faglig akterutseilt. Selv må jeg innrømme at jo mer jeg skjønner, jo mer skjønner jeg hvor lite jeg skjønner. Litt trøst finner jeg hos de gamle latinere: *Dubium sapientiae initium*. Tvilen er begynnelsen til visdom.

Uten tvil, intet fremskritt, ifølge Charles Darwin (1809–82). I all forskning må tvil, undring og nysgjerrighet være selve drivkraften. Dessuten, det å oppøve den kritiske sansen er noe av det viktigste som inngår i akademisk skolerung. Man må stille spørsmål ved vedtatte sannheter, tolke resultater av studier og lese vitenskapelige tekster med et kritisk blikk. Hva bygger konklusjonene på og hvor pålitelige og troverdige er de?

Med årene har jeg utviklet en uttalt skepsis til all skråsikkerhet. En sunn skepsis må imidlertid ikke føre til at vi ikke tror på noe som helst – eller bli like ambivalent som Aasmund Olavsson Vinje (1818–70), som så «retta og vranga paa livsens vev». Da risikerer vi å bli beslutningsimpotente. Ambivalens

kan gi seg mange utslag. Det er flere enn meg som mener det er mer ved livet enn det som skjer innendørs. Friluftsfolk hevder gjerne at vi ikke må bli sittende inne når alt håp er ute. På den annen side, hvis uhellet er ute, er det kanskje best å holde seg inne?

I doktorklubben serveres det vin til maten. Det er pussig å registrere hvor forskjellig virkning alkohol kan ha på oss mennesker. Selv etter små doser blir noen døsig og vil til sengs, andre blir melankolske og vil tilbake til naturen eller til det bekymringsløse intrauterine liv. Noen blir ukritiske og krangleverne, andre blir euforiske og amorøse.

Hos noen kan alkohol løsne tungebåndet. Det er i tråd med at man på Frosta i Trøndelag omtaler en dram som jabbsaft. På klubbmøtene våre har jeg registrert flere former for alkoholrelaterte språkforstyrrelser. Hyppigst er massiv ordflom, ubegripelig ordsalat – og et språk helt uten konsonanter. Med promille kommer gjerne fordommer til overflaten. På siste møte presterte et frimodig medlem å si at kirurger vet

ingenting, men gjør alt, mens nevrologer vet alt, men gjør ingenting.

Sannheten er, slik den pleier å være i doktorklubben, en helt annen. ■

Karl O. Nakken

Karl Otto Nakken er dr.med., nevrolog og pensjonert overlege. Han var i mange år medisinsk ansvarlig ved Spesialsykehuset for epilepsi i Sandvika.



Legekunsten drukner i legevitenskapen

Kunsten å bruke legevitenskapen til beste for den enkelte pasient utfordres i en hverdag med økt tempo, styring og teknologi. Kanskje kunstnerne kan lære oss noe vesentlig?

Isommer deltok jeg på et kurs på Jakob Sande-senter for forteljekunst. Sammen med lokale og tilreisende i alle aldre og med ulike språk, hverdager og bakgrunner opplevde vi kunstens sterke kraft. Arrangørene, innlederne og kursdeltagerne delte måltider, ord, musikk, landskap, stillhet, blikk og bevegelser. Akademikere, kunstnere og de midt imellom rørte hverandre. Med utsikten til broen over Dalefjorden bygget vi bro mellom oss mennesker – og mellom kunsten og vitenskapen.

For et år siden pauset jeg mitt 27 år lange legeliv. I 20 år var jeg engasjert og full av pågangsmot, men så ble jeg sur og fikk motstand mot å lære noe nytt. Stadig nye systemer, skjemaer, skåringsverktøy, attester og uttalelser til Nav og andre instanser slukte dagene på fastlegekontoret. Den livsnødvendige kreativiteten i møte med hver enkelt pasient forsvant.

Folkofonen

Dette tenkte jeg på da jeg hørte musiker Ole Hamre snakke om kreativitet. Han sa at den kreative prosessen skapes i rommet fra kaos til system. Når systemet først er satt, er skaperrommet forsvunnet. Du må selv finne ut hvor mye kaos du kan tåle og jobbe derifra.

Det skal mye til at man klarer å lage det mest geniale bare ved å lete inne i sitt eget hode. Du må samle det du finner der ute og lage ditt eget uttrykk av det, var hovedessensen i innlegget hans. Han har selv konstruert sitt eget tangentinstrument – Folkofonen – som han «stemmer» med unike skalaer. På scenen spiller han på tangentene mens vi ser og hører videoopptak av stemmer, sangtoner, lyder eller sekvenser fra mennesker i dagligdags bevegelser. Slik skaper kunstneren halsbrekkende musikalsk humor. Samtidig gjør han et dypdykk inn i kompleksiteten i hverdagen i møte med mennesker – og pasienter. Forteller han

ikke også at alle må få bruke seg selv for å kunne leve et godt (yrkes)liv og at flere står i fare for å slukne i velmenende systemer – slik jeg gjorde?

I 20 år var jeg engasjert og full av pågangsmot, men så ble jeg sur og fikk motstand mot å lære noe nytt

Kunsten å lytte

Kunstnerne Jeaninne Masika Harrysson og Shwan Wahed snakket om kunsten å lytte. Med noen enkle musikalske strofer underbygget Shwan stemningen i diktene til Jeaninne. Med blikk og ørsmå bevegelser kommuniserte de med tilhørerne.

– Pausene er avgjørende for at lytteren skal få tilgang til følelser og opplevelser fra eget liv. I tillegg må man bruke seg selv, sine opplevelser og erfaringer for å kunne skape nye historier, oppsummerte Jeaninne.

Nettopp. Fortellinger trenger pauser. Noen sekunder for å ta sats for å fortelle det aller vanskeligste. For pasienten og for legen. De to må forstå hverandre. Med flere mikropausers, samtaler uten skjermforstyrrelser og mer kollegial støtte på tvers av behandlingsnivåer, kan man komme lenger. Får man i tillegg et rom for å forstå og bearbeide egne reaksjoner på alle skjebnene man møter, kan legen skape en kreativ og trygg plattform. Uten dette kan utbrenthet bli det neste.

Professor i arkeologi Hein Bjartmann Bjerck snakket om to mennesker som har stått ham nær: faren som nå er død, men der tingene hans fortsatt fyller barndomshjemmet, og onkelen som lever, men der alle eiendelene og huset hans har brent ned til grunnen. Arkeologen la vekt på de små ting som bærer med seg historier, slik som farens stadig kortere blyant som ble spisset med lommekniven som alltid lå i den gamles bukselomme. Assosiasjoner til min egen

Fra kaos til system: Ole Hamre spiller på «folkofonen». Foto: Tori Flaatten Halvorsen



fars blyantspisseprosedyre dukket opp. Far som døde for flere tiår siden.

Som lege kviet jeg meg ofte for å åpne opp for de lange livshistoriene – både fordi jeg fikk beskjed av daværende leder på fastlegekontoret om å øke tempoet, men også fordi jeg ikke visste hvor jeg skulle begynne. Kan vi leger lære å lytte til de små tingene som kan si mer om livet til pasienten enn detaljerte og kronologiske sykdomshistorier som gjentas i skjemaene? Jeg tror det.

Stadig nye landskap

Omstendighetene i Afghanistan gjorde at kunstnerkteparet Khaleda Froagh og Waheed Warasta måtte flykte. Da Khaled leste egne dikt, forstod jeg ikke et eneste ord. Likevel kjente jeg på en uro, et stille skrik og et inderlig ønske om å kunne få reise hjem. Da ektemannen spilte på sitt nye harmonium, som var nesten like god som instrumentet han hadde hatt hjemme, skjønnte jeg hvor viktige noen eiendeler er for livene våre.

Musikken ga ingen umiddelbar gjengklang i meg, men så oppstod et musikalsk rom med savn og samhörighet. Jeg ble ikke utmattet slik jeg ofte blir av Dagsrevyens innslag fra hjemlandet deres. Dette traff dypere. Tryggheten i møte med det ukjente ble større. Tenk om jeg kunne ha fått slike erfaringer under medisinstudiet, et studie som skulle gjøre meg skikket til å møte mennesker i alle situasjoner. Jeg tror jeg ville ha blitt mer åpen og mer mestrende.

Tenk om jeg kunne ha fått slike erfaringer under medisinstudiet. Jeg tror jeg ville ha blitt mer åpen og mer mestrende

Kurskatalogen for legene avslører en tro på at det bare er leger (og av og til andre helsearbeidere) som kan lære andre leger noe. Det betviler jeg. Hva med å ta på alvor følgende påstand fra professor emeritus i lingvistikk Gunnstein Akselberg: «Forteljekunst er ein uunnverleg menneskeleg aktivitet som er viktig for alle menneske – om lag like viktig som å pusta»? Så hvorfor ikke la legestudenter, leger og helsebyråkrater sammen delta på kurs slik som lærerstudenter sist høst gjennomførte på Jakob Sande-senter for forteljekunst?

Styrker vi ikke muligheten for at leger igjen kan få utøve god legeskunst, frykter jeg at legevitenskapen mister noe av sin helbredende og lindrende kraft. ■

Tori Flaatten Halvorsen

Tori Flaatten Halvorsen er spesialist i allmenntilleg, foreleser, pårørendeveileder, frilansjournalist, forteller og fotograf.

Stor arbeidsbelastning – økt dødelighet

Høy arbeidsbelastning for sykepleiere var forbundet med redusert sannsynlighet for pasientoverlevelse, ifølge en doktoravhandling.

Helse sør-øst har i mange år systematisk samlet data om ansattes opplevelse av eget arbeidsmiljø. I en studie analyserte forskerne svar fra 8 800 sykepleiere, mellomledere og leger fra 56 kliniske avdelinger i 20 sykehus for perioden 2010–2012. Svarene ble koblet med data fra 46 000 pasienter innlagt med akutt myokardinfarkt, hjerneslag eller hoftebrudd. Primærendepunktet var sju dagers overlevelse (1).

– Av de 19 faktorene som inngikk i medarbeiderundersøkelsen, var tolv signifikante for sykepleiere, åtte for ledere og ingen for leger. Faktorene *arbeidsbelastning for sykepleiere og arbeidsglede for ledere* var sterkest assosiert med pasientens sannsynlighet for overlevelse, sier Kirsten Brubakk, som forsvarte sin doktoravhandling ved Universitetet i Oslo i desember 2022 (2). Hun er sykepleier og mangeårig konserntillitsvalgt i Helse sør-øst.

– Stor arbeidsbelastning blant sykepleierne var den enkeltfaktoren som utsatte pasienten for risiko. Vi vet ikke hvorfor det er slik, men sykepleie er avhengig av omfattende koordinering og flyt i arbeidsprosessen. Hvis arbeidsbelastningen blir for stor, klarer man ikke lenger å gi optimal pleie, mener Brubakk. Funnene blant lederne er også interessante. Ledere som trives på jobb og som er engasjert og fornøyd med utøvelse av rollen, vil trolig være i en bedre posisjon til å påvirke arbeidsmiljøet positivt og legge til rette for medarbeiderne.

– Vi fant ingen signifikant sammenheng mellom legers arbeidsmiljø og pasientoverlevelse. Det var overraskende for oss, og vi håper at videre studier vil kunne gi innsikt i årsakene til dette. Kanskje det skyldes at medarbeiderundersøkelsen ikke fanger opp vesentlige faktorer for leger eller at legers arbeidsmiljø er vanskeligere å definere enn for sykepleiere, sier Brubakk.

Arbeidsmiljø og kultur

Forskerne undersøkte også sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur blant over 25 000 ansatte i 970 kliniske enheter i 21 sykehus i årene 2011, 2012 og 2014 (3).

En moden pasientsikkerhetskultur utvikles der det jobbes systematisk med

forbedring og der pasientens behov står sentralt. Resultatene viste at for å beholde en moden kultur over tid, er man avhengig av ansatte som trives på jobb, blir inspirert til å yte sitt beste og er stolt av arbeidsplassen sin.

Bør sykehus akkrediteres?

Akkreditering og sertifisering av sykehus er et tiltak som har hatt stor oppslutning blant dem som arbeider med pasientsikkerhet, men det har vært usikkert om det har betydning for pasientsikkerhet og kvalitet.

I en omfattende litteraturstudie viste forskerne at det er vanskelig å identifisere effekten av slike komplekse intervensjoner og at det derfor fortsatt er uklart hvilken rolle akkreditering og sertifisering har på pasientsikkerhet (4).

Fra LEFO

Artikler fra
Legeforsknings-
instituttet

Viktige funn

– Arbeidsmiljøet er viktig både for om pasientene overlever og om man klarer å utvikle en kultur for pasientsikkerhet. Selv om dataene er ti år gamle, er funnene like relevante i dag.

Lederne må legge større vekt på arbeidsmiljøet til medarbeiderne. Å være stolt av egen arbeidsplass og fremsnakke den for andre har faktisk betydning for resultatene, avslutter Brubakk. ■

Erlend Hem

Erlend Hem er instituttsjef ved LEFO – Legeforskningsinstituttet og professor ved Universitetet i Oslo.

Litteratur

- 1 Brubakk K, Svendsen MV, Hofoss D et al. Associations between work satisfaction, engagement and 7-day patient mortality: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2019; 9: e031704.
- 2 Brubakk K. Taking care of the caregivers: how characteristics of work environment affect patient safety. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2022. <http://hdl.handle.net/10852/98140> Lest 17.11.2023.
- 3 Brubakk K, Svendsen MV, Deikås ET et al. Hospital work environments affect the patient safety climate: A longitudinal follow-up using a logistic regression analysis model. *PLoS One* 2021; 16: e0258471.
- 4 Brubakk K, Vist GE, Bukholm G et al. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 280.

– Tidsfaktoren er avgjørende på oppdrag med hjertestans

Feberkramper, anafylaktisk sjokk og hjertestans. Margrethe von Tange forteller om en innholdsrik arbeidsdag i jobben som anestesilege ved legeambulansen 119.

Margrethe von Tange

Alder: 42 år

Sivilstatus: Samboer med Alexander, mamma til tre barn på 6, 4 og 2 år.

Yrke: Anestesilege i prehospital klinikk, Oslo universitetssykehus. 50 % som medisinsk rådgiver i ambulanseavdelingen, og 50 % som anestesilege ved legeambulansen 119 i luftambulanseavdelingen. Har hver sjette uke innetjeneste ved anesesiavdelingen på Rikshospitalet.

Legeambulansen i Oslo er bemannet med anestesilege og erfaren paramedic. Basen er på området til Ullevål sykehus.

06:30 Vekkerklokken ringer. Jeg står opp, kler på meg og lager en kopp kaffe. Deretter lager jeg frokost og matbokser til barna. I dag er det turdag, så fireåringen skal ha med termos med kakao i barnehagen. Jeg pakker også frokost til meg selv.

06:45 Eldstemann våkner. Hun må motvillig kle på seg, så det går med fem minutter til overtalelse og hjelp med påkledningen.

07:00–07:30 De barna som ikke er våkne, må vekkes. Deretter spiser alle tre frokost, mens jeg pusser tenner og gjør meg klar for jobb.

07:30 Tannpuss på barna. Jentene vil ha fletter i håret i dag.

07:45 Alexander kjører barna i barnehagen og på skolen. Jeg kaster meg på sykkelen til jobb, og skulle helst dratt for fem minutter siden.

07:55 Fremme på jobb skynder jeg meg å skifte til uniform.

08:00 Jeg overtar radio, vaktmobiltelefon og bilnøkkel fra avtroppende anestesilege. Så setter jeg meg for å spise litt frokost, og håper det ikke kommer oppdrag det nærmeste kvarteret. I dag er LIS1-lege Erlend med for å hospitere.

08:30 Vi har faste dager for sjekk av utstyr, slik at alt utstyr blir sjekket minst én gang per uke. I dag skal vi gå igjennom utstyret vi bruker for intensivoverføringer. Dette inkluderer å sjekke transportrespirator, alle sprøytepumpene og monitor for overvåking av vitale parametre. I tillegg må vi sjekke alt supplerende utstyr til de ulike apparatene.

08:43 Utstyrssjekken avbrytes av dagens første oppdrag: melding om kramper på en ett år gammel gutt. Vi rykker ut, og ankommer et par minutter etter ambulansen. Gutten har feber på 39,6 grader og er våken, men litt irritabel. Han får en Paracet av ambulanspersonellet, og kjøres til legevakt for undersøkelse. Vi frigjør oss og kjører tilbake til basen.

09:35–09:50 Vi fullfører sjekken av intensivutstyret.

10:20 Det er stille på radioen og ingen oppdrag, så vi bruker tiden til å trene litt medisinsk simulering (SIM) sammen med Erlend.

10:40 SIM-treningen avbrytes av et nytt oppdrag. Denne gangen meldes det om en mulig anafylaktisk reaksjon hos en voksen dame. Hun har en kjent og alvorlig allergi mot nøtter, og har nettopp spist en salat på en café sentralt i Oslo. Når vi ankommer hendelsesstedet, er det litt kaotisk og uoversiktlig grunnet mye publikum. Pasienten har fått rødflammet utslett både på overkroppen og halsen og subjektivt pustebesvær. Hun får behandling med oksygen, adrenalin, kortison og antihistaminer, og kjøres til lokalsykehuset. Jeg følger med i ambulansen, sammen med ambulanspersonellet. Pasienten opplever bedring under transporten til sykehuset.

12:00 Oppdraget er avsluttet, og vi kjører innom Kiwi for å kjøpe litt mat til lunsj.

12:25 Lunsjen blir avbrutt av et nytt oppdrag. Bevitnet hjertestans på en kvinne i 50-årene. På disse oppdragene varsler AMK-sentralen to ambulanseressurser, i tillegg til oss. På vei ut til oppdraget varsler vi de andre ambulansene om at denne pasienten er en mulig «LUCAS-til-ECMO»-pasient. Dersom pasienten oppfyller inklusjonskriteriene, skal hun legges på ECMO på Rikshospitalet innen en time etter at hjertestansen inntraff. Vi kommer frem samtidig med første ambulanseressurs. Vi etablerer hjertekompressjonsmaskin (LUCAS) og intuberer henne raskt, mens paramedic på ambulansen legger PVK. Den andre ambulanseressursen har gjort klar til rask

Tre kjenner

Hvorfor valgte du å utdanne deg innenfor denne spesialiteten?

– Jeg har alltid vært fascinert av det prehospitalt og det akutte. Anestesi er en spesialitet som innebærer samarbeid med veldig mange andre spesialiteter. Dermed blir man litt generalist, og jeg liker at man kan fokusere på mer enn ett område. Samtidig er vi skånet for en del papirarbeid!

Hva liker du best med din spesialitet?

– Arbeidsdagen er veldig variert, morsom og uforutsigbar. Noe av det som er mest tiltrekkende med å jobbe prehospitalt, er at man ikke helt vet hva som venter.

Hvilke utfordringer er de største?

– Vaktbelastningen. Det er mye nattarbeid. Man sover ofte lite på natten, og på kvelden får man heller ikke fulgt opp hjemme. Også er det selvfølgelig jobbing på helligdager.

Anestesiologi

En anestesilog har ansvar for å gi narkose og bedøvelse til pasienter ved kirurgiske inngrep eller ved smertefulle behandlinger.

Det er 1185 yrkesaktive spesialister i anestesiologi i Norge.

Av disse er 65 % menn og 35 % kvinner.

Kilde: Legeforeningen

evakuering. Vi ankommer Rikshospitalet 40 minutter etter at AMK-sentralen ble varslet, der ECMO-teamet står klart. Pasienten legges på ECMO.

14:00–14:20 Vi snakker igjennom oppdraget med de to andre ambulanseenhetene før vi kjører fra Rikshospitalet. Tidsfaktoren er avgjørende på disse oppdragene, så det er viktig å avdekke eventuelle forsinkende momenter.

14:30 Vi er tilbake på basen, og spiser ferdig lunsjen. LIS1-lege Erlend får svar på spørsmålene han har etter dagens oppdrag.

15:30–16:00 Vaktskifte. Påtroppende anestesilege overtar radio, vaktmobiltelefon og reservebilnøkkelen. Jeg fullfører journalene på dagens oppdrag, og sykler hjem.

16:20 Hjemme. Barna blir hentet av Alexander, så jeg kan begynne med middagen. I dag står laks, pommefrites og salat på menyen.

16:45–17:15 Middagen serveres og deretter ryddes det. Så følger nok en kaffekopp og en liten pust i bakken mens barna leker.

17:45 Seksåringen skal på fotballtrening.

18:00–18:45 De to andre får havregrøt og yoghurt til kveldsmat. Deretter følger kveldsstell og lesestund på sengen.

19:10 Alexander og eldstejenta kommer hjem fra fotballtrening. Det serveres havregrøt og yoghurt til henne også, etterfulgt av kveldsstell.

20:00 Stille i huset. Det ryddes i matbokser og skolesekker – og morgendagens klær finnes frem til barna. Jeg setter også på en vaskemaskin.

21:00 Jeg tar en dusj, og spiser restene av havregrøten til kveldsmat foran TV-en.

22:15 Vaskemaskinen er ferdig, og klesvasken henges opp.

22:30 Jeg pusser tenner og legger meg. Skruer av lyset og sovner tvert. ■

**Av personvern hensyn er de nevnte pasienthistoriene fiktive, men representative.*

Caroline Ulvin Johansson

Tidsskriftet

Bilen gjøres klar: Margrethe von Tangen er anestesilege ved legeambulansen 119 i Oslo. Foto: Caroline Ulvin Johansson



Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Fingerbeskytter fra 1926

Nr. 8/1926

Fingerskader var på 1920-tallet en vanlig grunn til at folk ble helt eller delvis arbeidsuføre i perioder, og det var vanskelig å finne en god løsning for å unngå sykmelding. Otto Holmboe, assistentlege ved Oslo kommunale lægevaktstation, informerte i Tidsskriftet nr. 8/1926 om en stiv fingerbeskytter som han hadde hatt gode resultater med (Tidsskr Nor Lægeforen 1926; 46: 384–6).

Stiv fingerbeskytter.

Av Otto Holmboe, Oslo.

Fingerskader er en av de hyppigste aarsaker til hel eller delvis arbeidsudygtighet. Ofte kan skaden være saa liten, at lægen ærgrer sig over at maatte sykmelde; men har man ikke andet end en hanskesmökk eller en bløt lærsmökk at beskytte den skadede finger med, blir resultatet i almindelighet, at patientens krav paa at sykmeldes blir tat til følge.

Som assistentlæge ved Oslo kommunale lægevaktstation har jeg i flere aar arbeidet for at finde en maate at beskytte skadede fingre paa slik, at sykmelding kan undgaaes eller arbeidsudygtigheten forkortes.

Efter at ha prøvet en række bløte, halvstive og stive fingersmökk er det endelige resultat blit en stiv fingerbeskytter, som jeg mener fortjener at bli kjendt og benyttet av lægerne.

Det er nemlig ingen tvil om, at man ved denne, som vi nu i flere aar i stadig stigende utstrækning har benyttet paa lægevaktstationen, kan undgaa resp. forkorte arbeidsudygtigheten ved fingerskader i en grad, som vil spille en ikke ubetydelig økonomisk rolle, hvis bruken av den stive fingerbeskytter blir almindelig over det hele land.

Fingerbeskytteren lages av lær, som ikke er helt gjenemgarvet, men har en «raa rand» i midten. Denne tilberedning av læret gjør, at fingerbeskytteren blir meget haard og motstandsdygtig. Ved beisning (lakering) utvendig og indvendig gjøres den ugjennemtrængelig for vand, og derved meget holdbar. Den maa være saa stor, at den kan gaa utenpaa fingerbandagen og sitte godt til denne, saa den ikke forskyves og «slarker» (NB! Dette siste maa paasees ved hver skiftning). Beskytteren fæstes ved et baand rundt haandleddet.

Er beskytteren rigtig lagt, kan den skadede i almindelighet utføre sit arbeide selv med ret betydelige fingerskader som saar, nylig utførte amputationer og reponerte luksationer og enkelte frakturer

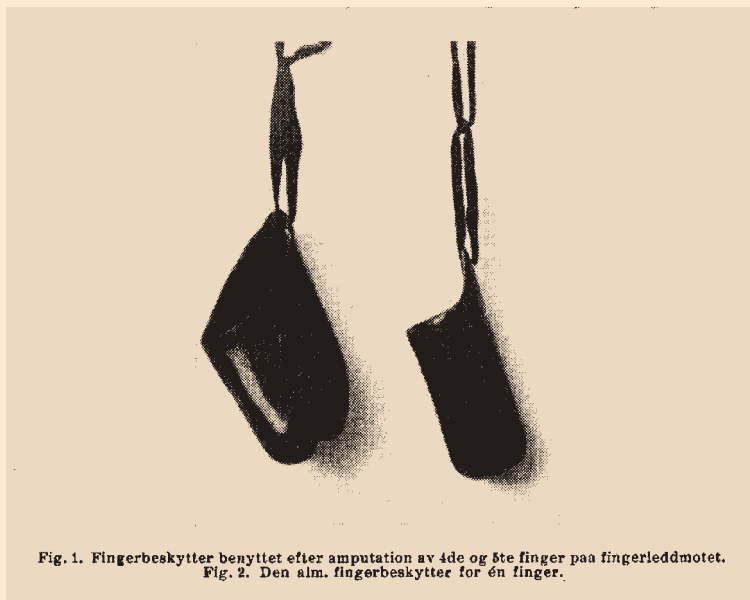


Fig. 1. Fingerbeskytter benyttet efter amputation av 4de og 5te finger paa fingerleddmotet.
Fig. 2. Den alm. fingerbeskytter for én finger.

Faksimile fra nr. 8/1926.

Er beskytteren rigtig lagt, kan den skadede i almindelighet utføre sit arbeide selv med ret betydelige fingerskader som saar, nylig utførte amputationer og reponerte luksationer og enkelte frakturer.

Fingerbeskytteren har hittil kun været forarbeidet av bandagist Leuba, Kristian IV's gt. 15. Den har glædeligvis allerede fundet adskillig utbredelse ogsaa utenfor lægevaktstationen, slik at Leuba forleden dag meddelte mig, at han nu maa anvende hele huder for at tilfredsstille behovet, mens han tidligere kunde greie dette bare med tiloversblevne lærstykker.

Beskytteren, som kan forarbeides i alle mulige façon, koster for enkelt finger 2–3 kroner, for flere fingre noget mere.

Man har indvendt, at den stive fingerbeskytter immobiliserer fingeren, saa den stivner til ved langvarig bruk. Efter min erfaring medfører denne omstændighet ingen fare, naar man ved skiftningerne over fingerens bevegelighet, og man fjerner beskytteren i rigtig tid. Kredssykekassen og R. F. A. gjør ingen vanskeligheter med refusion, naar regningen attesteres av lægen. ■

Nyrefysiologi for «alle»



Basal nyrefysiologi

Finn Michael Karlsen,
Boye L. Jensen, Niels-Henrik von
Holstein-Rathlou et al.
3. utg. 288 s., ill., København:
Munksgaard, 2023.
Pris DKK 295
ISBN 978-87-02345-55-1

Nyrefysiologi var noe av det vanskeligste vi hadde på studiet. Selv om jeg nå kan titulere meg som spesialist i nyresykdommer, synes jeg fortsatt nyrefysiologien er komplisert. Men det er også fascinerende hvordan nyrene holder kroppen i balanse og hvor mange forskjellige mekanismer som leder frem til en perfekt sammensatt urin. Jeg var derfor spent på om forfatterne av denne læreboken, som primært retter seg mot medisinstudenter, hadde klart å forenkle budskapet slik at det blir forståelig uten å miste det sentrale.

Første blick på innholdsfortegnelsen viser at boken er bygd opp på en

systematisk måte. Forfatterne begynner med å beskrive nyrene strukturelt og funksjonelt før de graver seg dypere inn i nefronene, fra den glomerulære filtrasjonen til motstrømsmysteriene i Henles sløyfe. For en kliniker er det godt å se at de mot slutten av boka har gitt plass til et kapittel om nyrene i en klinisk sammenheng. Der beskriver de blant annet konsekvensene av nyresvikt, og de trekker linjer fra fysiologien til kliniske situasjoner der nyrenes funksjoner er påvirket.

I hvert kapittel beskrives kliniske eksempler, noe som gjør boken nyttig både for studenter og klinikere. Boken har i tillegg en nettside der det er lagt ut kasuistikker med løsningsforslag. Ved første besøk virket ikke lenkene til løsningsforslagene, men dette rettet seg raskt etter en henvendelse til redaksjonen.

Underkapitlene er bygd opp på en pedagogisk måte der forfatterne begynner med det basale for så å gå mer i detalj. I slutten av hvert kapittel er det et resymé der de viktigste punktene er sammenfattet på en halv side. Det er

ingen referanselister, verken for enkeltkapitler eller for boken som helhet.

Samlet oppleves boken som en strukturert og pedagogisk oppbygd lærebok i basal nyrefysiologi med relevante henvisninger til klinisk praksis. Den har gode illustrasjoner som bidrar til å formidle kunnskap om de kompliserte mekanismene som foregår i nyrene. Det savnes imidlertid en referanseliste for å gi leseren mulighet til å finne kompletterende informasjon og dykke enda dypere i detaljene. Boken treffer etter mitt skjønn målgruppen godt, men den vil også være en nyttig kunnskapskilde for ferdig utdannede leger, inkludert spesialister i nyresykdommer. Jeg kommer definitivt til å ha mitt eksemplar lett tilgjengelig på kontoret. ■

Kristian Heldal

Seksjonsoverlege ved Seksjon for nyremedisin,
Avdeling for transplantasjonsmedisin,
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

God innføring i akutt diagnostisk tankegang



Akuttmedicinske cases

Anh-Nhi Thi Huynh, Danny Yu,
Emil Ejersbo Iversen,
Larshan Perinpan,
Lasse Paludan Bentsen,
Sandra Thun Langsted
384 s., ill. FADL, 2023,
DKK 449,95
ISBN 9788794207140

Leger skal ikke bare identifisere unormale kliniske parametere, men også stille diagnoser. Akuttmedisin handler om, under tidspress, både å identifisere og behandle pasientens symptomer, samtidig som man må nøste i løse tråder for å finne ut hva som ligger bak. Dette er krevende, og derfor er det ikke mye som kan måle seg med en spennende sykehistorie, der man må sette sammen puslespillbiter for å utelukke eller velge en gitt diagnose. Når man som fersk lege skal håndtere akuttpasienter, må man beherske dette.

Vår kollega fra Aarhus som har redigert denne boken, har fått med seg

fem medredaktører, 12 forfattere og ti såkalte «spesiallege-reviewere», alle med bakgrunn fra dansk akuttmedisin. Boken er skreddersydd for Danmark, men ikke uten verdi for norske forhold.

Til sammen presenteres 49 pasienthistorier med symptomer på akutt sykdom som innlegges i sykehus, i tillegg til to traumepasienter. Hver historie illustreres med kliniske funn og prøvesvar og avsluttes med beskrivelse av behandling, forløp, referanser og utvalgte læringspunkter.

Med sine gode illustrasjoner og tabeller og ikke for lange utredninger om hvert tema, er boken tiltalende. Referansene etter hvert kapittel (oppdaterte, men ikke alltid like detaljerte) er ofte inndelt i fagområder og omfatter gode nettsteder og nyttige videoer, i tillegg til artikler og bøker. Dansk skiller seg fra vårt språk, men ikke mer enn at man raskt skjønner hva forfatteren mener. Så får vi heller akseptere de mange engelske uttrykk som våre danske kolleger hyppig benytter.

«Hardcover» og trykk på lekkert

papir med ypperlig kontrast gjør at boken fremstår som solid og god. Et gjennomgående moment er dog bruken av rødt i overskrifter, figurtekster, algoritmer og bakgrunn i tekstbokser. Nyanser av grått eller blått ville vært mer lesbart, siden disse fargene ikke er like påtrengende.

Bruker man boken som beskrevet, altså stopper opp og tenker igjennom hvordan man selv ville ha håndtert pasienten før man leser videre, så vil den fungere godt for å utvikle evnen til å vurdere akuttpasienter.

Prisen er ikke avskrekkende. En investering i denne fysiske boken i vår ellers digitale verden kan absolutt forsvares. Målgruppen er primært, men ikke utelukkende, medisinstudenter og LIS-leger som ønsker en grundig innføring i diagnostikk og behandling av akuttpasienter. ■

Guttorm Brattebø

Seksjonsoverlege ved Kirurgisk serviceklinikk,
Haukeland universitetssjukehus

Ph.d.-disputaser

Anne Kristine Anstensrud

Acute ST-elevation Myocardial Infarction and Interleukin-6 Inhibition Cardioprotection and Novel Therapeutic Strategies. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 28.11.2023.

Bedømmelseskomite: John Pernow, Karolinska Institutet, Sverige, Truls Myrmel, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Sigrun Halvorsen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kaspar Broch, Lars Gullestad, Pål Aukrust og Bjørn Bendz.

Ingrid Christensen

Exploring physicians' antibiotic prescription behavior and the procalcitonin assay as a clinical decision aid to improve hospital antibiotic use - A thesis on antimicrobial stewardship. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 14.12.2023.

Bedømmelseskomite: Esmita Charani, Imperial College London, Storbritannia, Jan Kristian Damås, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Kristian Tonby, Universitetet i Oslo.

Veileder: Jon Birger Haug.

Shams Dakhil

Functional decline after a hip fracture - Long-term trajectories and the impact of orthogeriatric care and of fracture type. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 15.12.2023.

Bedømmelseskomite: Jan Erik Gjertsen, Universitetet i Bergen, Merete Gregersen, Aarhus universitet, Danmark og Per-Henrik Randsborg, Universitetet i Oslo.

Veileder: Leiv Otto Watne.

Sara Foss Debess

Burdens of viral respiratory infection and consumption of antibiotics in Østfold, Norway. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 12.12.2023.

Bedømmelseskomite: Hanna Jarva, University of Helsinki, Finland, Lars Heggelund, Universitetet i Bergen og Per Medbøe Thorsby, Universitetet i Oslo.

Veileder: Susanne Dudman.

Guri Fossdal

Primary sclerosing cholangitis. Surrogate markers of natural history, disease severity, and prognosis. Utgår fra Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 1.12.2023.

Bedømmelseskomite: Maja Sofie Thiele, Syddansk universitet, Danmark, Reidar Fossmark, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Simon Erling Dankel, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Mette Vesterhus, Tom Hemming Karlsen, Trine Folseraas og Eystein Husebye.

Lasse Grønningsæter

Cardiovascular function and cardiorespiratory fitness in women with previous preeclampsia. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 19.12.2023.

Bedømmelseskomite: Peter Eriksson, Göteborgs universitet, Sverige, Bjørnar Grenne, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Meryam Sugulle, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Mette-Elise Estensen, Eldrid Langesæter, Helge Skulstad og Leiv Arne Rosseland.

Håvard Hatle

Awareness of hypoglycemia in type 1 diabetes. On the assessment, prevalence, and clinical associations of impaired awareness of hypoglycemia in children and adults. Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Disputas 7.12.2023.

Bedømmelseskomite: Ulrik Pedersen-Bjergaard, Institut for klinisk medisin, Københavns Universitet, Helena Elding Larsson, Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö, Lunds Universitet, Sverige og Kari Anne Indredavik Evensen, IKOM, N Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Torstein Baade Rø, Marit Rokne Bjørgeas og Torhild Skriverhaug.

Siri Helene Hauge

Influenza in Norway: Burden of medically attended influenza and children at risk for influenza hospitalization. Utgår fra Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Disputas 11.12.2023.

Bedømmelseskomite: Kristin Greve-Isdahl Mohn, Haukeland universitetssjukehus, Simon Rayner, Universitetet i Oslo og Jon Michael Gran, Universitetet i Oslo.

Veileder: Siri Eldevik Håberg.

Ingrid Hokstad

Antirheumatic treatment and its association with complement activation, endothelial function, and cholesterol efflux in patients with spondylarthritis. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 8.12.2023.

Bedømmelseskomite: Zoltan Szekanecz, University of Debrecen, Ungarn, Lotta Ljung, Umeå Universitet, Sverige og Espen A. Håvardsholm, Universitetet i Oslo.

Veileder: Ivana Hollan.

Lise Martine Ingebriktsen

Breast cancer of the young: Exploring age-related breast cancer biology. Utgår fra Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 30.11.2023

Bedømmelseskomite: Heidi Lyng, Oslo universitetssykehus, Sverre Torp, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Synnøve Yndestad, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Elisabeth Wik, Lars A. Akslen, og Erling Høivik.

Anne Helene Køstner

Correlating local and systemic tumor-associated inflammation in colon cancer - CRP and the tumor immune microenvironment. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 14.12.2023.

Bedømmelseskomite: Ninna Aggerholm Pedersen, Aarhus universitet, Danmark, Emiel Janssen, Universitetet i Stavanger og Unn Ljøstad, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Christian Kersten, Halfdan Sørbye og Torben Steiniche.

Inger Marie Bowitz Lothe

Pancreatic and Periampullary Adenocarcinomas: A Clinical, Histopathological and Molecular Study. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 14.12.2023.

Bedømmelseskomite: Sonja Eriksson Steigen, UiT Norges arktiske universitet, Julia Sidenius Johansen, København universitet, Danmark og Kristian Bjørø, Universitetet i Oslo.

Veileder: Elin H. Kure.

Pia Jorde Løvgren

Systematic recording and assessment of psychotic symptoms in forensic evaluations of criminal responsibility in Norway 2009 - 2018. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 4.12.2023.

Bedømmelseskomite: Dorte Sestoft, Clinic of Forensic Psychiatry, Danmark, Peter Andinè, Göteborgs universitet, Sverige og Nils Eiel Steen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Solveig Klæbo Reitan, Kjersti Narud og Petter Laake.

Christoffer Nyborg

Biomarkers after Norseman Xtreme Triathlon, with an emphasis on endothelial NO-metabolism. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 18.12.2023.

Bedømmelseskomite: Maria Hopman, Radboud University, Nederland, Stein Ørn, Universitetet i Stavanger og Drude Merete Fugelseth, Universitetet i Oslo.

Veileder: Jonny Hisdal.

Kjersti Nøkleby

Type 2 diabetes in general practice and outpatient clinics: Variations in care and intermediate outcomes. Utgår fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Disputas 6.12.2023.

Bedømmelseskomité: Anneli Sandbæk, AUH - Aarhus University Hospital, Danmark, Ragnar Joakimsen, UiT-Norges Arktiske Universitet og Ingrid Nermoen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Signe Flottorp, Tore Julsrud Berg, Anne Karen Jenum og Esben Selmer Buhl.

Kristian Pilskog

Patient-reported outcome and fracture-related infection after ankle fracture surgery. Utgår fra Klinisk Institutt 1, Universitet i Bergen. Disputas 1.12.2023.

Bedømmelseskomité: Marius Molund, Universitetet i Oslo, Guri Ekås, Universitetet i Oslo og Ane Djuv, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Jonas Fevang, Håvard Dale og Eivind Inderhaug.

Sølvi Taralden

Managing health consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C). Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo. Disputas 8.12.2023.

Bedømmelseskomité: Birgitta Essén, Uppsala universitet, Sverige, Jone Trovik, Universitetet i Bergen og Sigurd Høye, Universitetet i Oslo.

Veileder: Ingvil Krarup Sørbye.

Joakim Øverbø

Hepatitis E Virus Epidemiology and Vaccine Response: Studies from Norway and Bangladesh. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo. Disputas 14.12.2023.

Bedømmelseskomité: Heli Harvala Simmonds, NHS Blood and Transplant, Storbritannia, Christine Rinaldo Hanssen, UiT-Norges Arktiske Universitet og Lars Eide, Universitetet i Oslo.

Veileder: Susanne G. Dudman.

Abonner på Tidsskriftets nyhetsbrev



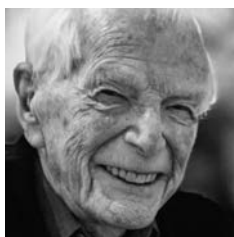
Ønsker du å motta
vårt nyhetsbrev en gang i uken?

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.

Tidsskriftet 

Finn Jørgen Stenstad



Nestor i norsk psykiatri Finn Jørgen Stenstad døde 25.11.2023, 98 år gammel.

Han var født 4. mars 1925 på Kongsberg, der han tilbrakte de første barneårene. Ungdomsårene hadde han i Lange-sund. I 1942, bare 17 år gammel, ble han involvert i illegalt arbeid i Telemark-området. På grunn av sin unge alder måtte han holde skjult for sine foreldre at han holdt på med oppdrag som var høyst risikofylte.

Etter krigen dro han til København for å studere medisin og ble uteksaminert derfra i 1953. Etter norsk tilleggspørve var han innom forskjellige somatiske avdelinger, som Kvinneklivnikken ved Haukeland sykehus, medisinsk avdelinger ved Skien sykehus og Ullevål samt privat praksis i Skien. Med denne ballasten startet han i 1958 på spesialiseringen i psykiatri, først ved Dikemark sykehus, deretter ved psykiatrisk avdeling for menn ved Ullevål sykehus, så tilbake igjen til Dikemark, deretter ett år ved psykiatrisk avdeling på Lovisenberg. Ut fra denne tjenesten ble han spesialist i psykiatri i 1965 og samtidig ansatt som assisterende overlege ved Dikemark sykehus.

Med sin brede utdannelse gikk han løs på sin livsgjerning som ble viet arbeidet med de sykeste psykiatriske pasientene både ved Dikemark og Faret sykehus i Skien, der han var nærmere sine familiære røtter. Han kom inn i fagfeltet med sitt pågangsmot og entusiasme i en tid med utvikling av nye behandlingsformer, som for disse pasientene var blitt vesentlig forbedret i og med innføringen av nevroleptika på midten av 1950-tallet. Med den medikamentelle æra kunne behandling basert på sosialpsykiatri med arbeidsopptrening av langtidspasienter samt psykoterapi både individuelt og i gruppesammenheng tas i bruk.

De siste årene av sin yrkesaktivitet brukte han innenfor alderspsykiatrien, der bredden i hans kompetanse, så vel somatisk som psykiatrisk, kom til god anvendelse.

«Pasienten først» var Finn Stenstads motto for sin virksomhet. Med sin grundighet og omsorg for de svakeste la han ned et betydelig arbeid for denne pasientgruppen, som i tidligere år ofte ble i årelange opphold i institusjon. Han ivret for å aktivisere pasientene for å motvirke passivitet og funksjonstap og for å utnytte det potensialet hver enkelt hadde til å komme ut av sykehustilværelsen, og han fulgte dem opp i en ettervernspraksis.

Vår kjære kollega Finn Stenstad vil bli husket som en verdig representant for norsk psykiatri, og vi lyser fred over hans gode minne. ■

På vegne av Doktorklubben.

Tore Gude

Odd Brørs



Vår kjære kollega Odd Brørs, født i Namsos 15. oktober 1946, døde 14. oktober 2023 etter lang tids sykdom.

Odd Brørs var cand.med. fra Universitetet i Oslo 1972 og stipendiat ved Farmakologisk institutt 1975–81. Han ble dr. med i 1982 og spesialist i klinisk farmakologi i 1989.

Han har vært en avholdt og sentral fagperson på legemiddelfeltet i Norge, som professor ved Farmakologisk institutt, Universitetet i Oslo og seksjonsoverlege ved Oslo universitetssykehus, derav 15 år som eneste overlege i klinisk farmakologi ved Ullevål.

Som lege, forsker, legemiddelkomitéleder og underviser var Odd en viktig inspirator og pådriver for å styrke kvalitet og sikkerhet ved bruk av legemidler. Han var aktiv i utvikling av den medisinske spesialiteten klinisk farmakologi og foreleste på grunnkurs i spesialistutdanningen. I perioden 1991–99 satt han i styret i Norsk forening for klinisk farmakologi, og han var leder av spesialitetskomiteen i perioden 1998–2001. I mange år ledet han legemiddelkomiteen ved Ullevål sykehus. Odd bidro sterkt til å samle farmakologisk virksomhet i avdeling for farmakologi ved Oslo universitetssykehus. Han arbeidet med måling og utgivelse av analysesvar om legemidler, rusmidler og farmakogenetikk.

Hele sitt yrkesaktive liv brant Odd for forskning, både innen kardiovaskulær sykdom og legemiddelbivirkninger. Han var svært iderik og testet sine hypoteser. Allerede i 2005 etablerte han farmakogenetisk forskning samtidig som analysene ble inkludert i rutinen i klinisk farmakologi. I 2006 ble han intervjuet i Tidsskriftet under tittelen «Medisinmannen».

Odd var sterkt engasjert i hvordan produsentuavhengig informasjon om legemidler kunne formidles både muntlig og skriftlig og var sentral i etablering av regionale sentre for legemiddelinformasjon og bivirkningsovervåkning (RELIS) og i regionalt klinisk farmakologisk samarbeid. Tverrfaglig samarbeid var viktig for Odd, og mange farmasøyter vil minnes ham som en flott samarbeidspartner. Det faglige og pasientenes behov var viktigere enn profesjonskamp.

Odd hadde rotfestede sosiale verdier om rettferdighet, likhet og respekt i samfunnet og skapte engasjement rundt seg med sin innsikt, klokskap, humor og gode formidlingsevner. Han var en lun, lojal, hjelpsom og raus person og leder og svært god og inspirerende veileder for i alt fem stipendiater og mange studenter.

Han var et sports- og friluftsmenneske og levende samfunnsinteressert. Han var svært glad i sin hjembygd i Trøndelag, laksefiske, milelange løpeturer og skirenn, blant annet skogsmaraton, birkebeinerrennarrangementer og Vasaloppet. Som eneforelder til sine tre barn det meste av oppveksten beundret vi kollegaer hvordan han alltid fikk tid til det meste.

Vi har mistet en nestor, kollega og venn. Våre tanker går til Mette og barna Jørgen, Elisabeth og Irene Sophia. ■

Mohammad Nouri Sharikabad, Mimi Stokke Opdahl, Per Wiik Johansen, Kirsten Myhr, Georg Sager, Sigrud Narum, Ingebjørg Gussgard Gustavsen, Berit Muan, Ingebjørg Buajordet, Øyvind Melien

Lars Joakim Fleischer



Lars Joakim Fleischer ble født 18. juli 1977 og døde 18. september 2023. Han etterlater seg et stort tomrom for alle oss som var glad i ham.

Vi møtte Lars på medisinstudiet ved Universitetet i Oslo, hvor han startet høsten 1999. Etter turnustjeneste i Kristiansand og en tur innom ortopedi og plastisk kirurgi, endte han opp som populær fastlege i Skien.

Lars var lys i håret og lys til sinns, og i tillegg var han utpreget entusiastisk. Ingen utviste slikt positivt engasjement som Lars! Det potente med Lars sin entusiasme var at han kombinerte den med logiske resonnement. Han var både analytisk og lot seg rive med – et rasjonelt følelsesmenneske.

Lars var dypt empatisk, og han hadde et stort ønske om og en unik evne til å spille andre gode. Han var lite selvhøytidelig, og kastet villig seg selv «under bussen» for å løfte andre. Han hadde en varhet i sosiale settinger, og tok stort ansvar for at alle skulle ha det bra. Og om situasjonen krevde det, kunne en halvdårlig vits bli legendarisk god med Lars som publikum.

Lars hadde tydelige verdier, og han sto opp for dem. Han var en engasjert diskusjonspartner, men alltid klok nok til ikke å såre noen. På idrettsbanen hadde han dog ikke silkehanskene på. Dessverre, vil mange av oss si, som atskillige ganger kom tapende ut av våre vennskapelige, sportslige bataljer ...

Langsiktig planlegging og strukturert, målrettet innsats var kanskje ikke hans styrker, men ingen var mer til stede her og nå, med hele sitt positive og entusiastiske seg, enn Lars, og det er en medmenneskelig superkraft som få er forunt.

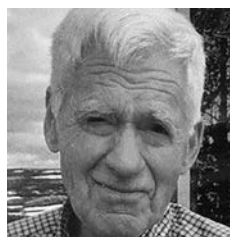
Men enda så bra Lars var da vi møttes, hadde vi ennå ikke sett det beste av ham. Da Ellen Kristin og Lars ble foreldre for første gang i 2007, åpnet det seg en arena der han virkelig fikk skinne: oppmerksom, leken og engasjert. Og slik som Lars alltid så oss rundt ham, hadde han interesse, evne og kapasitet til å se også sine venners barn og andre barn i lokalsamfunnet, det siste især som ivrig og klok fotballtrener. Ungene elsket ham, for barn merker ekte engasjement og tilstedeværelse, og ikke minst ekte lekenhet. Lars var hele Kinderegget.

Som ustrukturert tidsoptimist var ikke allmennpraksis det vi spådde for Lars, men der endte han altså. Og hvilken lykke! Mang en pasient har nytt godt av Lars sin fleksible tidsoptimisme, ærlige interesse og skarpe intellekt, og det er derfor mange med oss som savner Lars nå.

Vi som sto ham nær, er i dyp sorg over å ha mistet Lars så altfor tidlig. Samtidig er takknemligheten stor for at vi fikk dele livsvei så lenge det varte. ■

**Anders Kind, Ingar Heier, Øyvind Aa,
Henrik N. Vestøl**

Tore Böhmer Halvorsen



Pensjonert overlege dr.med. Tore Böhmer Halvorsen døde 12.10.2023, 81 år gammel.

Han var født og oppvokst på Lillehammer. Examen artium avla han i 1960, og han var også russeformann. Etter et kort mellomspill begynte han på medisinstudiet i Oslo, der han var sosialt aktiv bl.a. med deltakelse i Medicinsk Paradeorchæster. Etter turnustjenesten fulgte spesialisering i patologi, først ved Regionsykehuset i Trondheim, fulgt av Radiumhospitalet 1972–76, før han kom tilbake til avdeling i Trondheim.

Tore giftet seg med Anne i 1965 og fikk døtrene Thale i 1968 og Ida i 1971.

Han disputerte for den medisinske doktorgraden i 1989 på et arbeid om coloncancer. I tillegg hadde han et stort antall publikasjoner om patologisk anatomiske emner. Halvorsen var også engasjert i rettsmedisinske utredninger og i undervisningen av medisinstudenter. Det gikk gjetord om hans humor i forelesninger om et ellers tungt teoretisk emne. Med sin store kompetanse i tumordiagnostikk hadde han en viktig rolle ved etableringen av kreftavdelingen i Trondheim. Etter at han ble pensjonert, var han i lange perioder virksom ved Lillehammer sykehus.

I tillegg til sitt yrke hadde han andre interesser. Han spilte piano og klarinett og var meget skrive- og talefør. Han var en populær taler med en egen varme og humor. Talene hadde ikke brodd til noen, og ble noen gjort til latter, var det han selv. Hans skriveglede kom til uttrykk både i dikt og prosa. Han var sjelden sint, men kunne irritere seg både over hendelser og personer. Dette ga seg uttrykk i kommentarer i aviser, oftest Adresseavisen. Ikke alt kom på trykk, og han fleipet med at han hadde en egen papirkurv i Adresseavisen.

Tore Halvorsen var vennekjær og hadde stor vennekrets. Han var sosialt aktiv, med varme og ekte interesse for andres ve og vel. Var noe vanskelig, ville han gjerne hjelpe. Han var glad i å være i friluft, helst med ski på beina i vinterhalvåret, men gikk også turer om sommeren. Hytta på Oppdal var viktig for ham, og hunden var fast turkamerat.

Men mest av alt var familien viktig for Tore. Han var meget stolt av dem, både Anne, Thale og Ida, svigersønnene Tom og Thomas og barnebarna Ole og Erik, Johannes og August. Det var sammen med familien han hadde sine beste stunder.

Vi lyser fred over Tores gode minne! ■

**Torbjørn A. Fredriksen, Harald Aarset,
Torgeir Svensen, Sven Erik Gisvold**

Legejobber

Legejobber.no er Tidsskriftets stillingsportal for leger. I tillegg tilbyr vi veilednings- og rekrutteringsstjenester

Finn din neste jobb på Legejobber.no

På **Legejobber.no** finner du den mest komplette oversikten over ledige legestillinger i Norge. Her kan du enkelt finne ledige stillinger etter spesialitet, geografisk område eller stillingstype. Du kan også sette opp e-postvarsel om ledige stillinger som passer dine kriterier og ønsker.

Ønsker du veiledning?

Legejobber tilbyr også veilednings- og rekrutteringstjenester for leger, og vi kan hjelpe deg gjennom hele prosessen frem til din neste jobb. Registrer deg under Min profil på **Legejobber.no**. Her kan du også lage din egen nedlastbare CV, som er skreddersydd for leger. Har du spørsmål, kan du ta kontakt på e-post: legejobber@tidsskriftet.no

Er du arbeidsgiver?

Ønsker du å annonsere ledige stillinger digitalt eller på papir? Du kan registrere deg som annonsør på **Legejobber.no** eller ta kontakt med oss på e-post: annonser@tidsskriftet.no eller på telefon 417 01 060. Informasjon om priser og formater finner du på **Legejobber.no**.

Allmennmedisin**Hitra**
kommune**Fastlege****Hitra trenger fastlege. Kanskje du trenger Hitra?**

Vi ønsker at du skal trives hos oss og vil derfor tilby gunstig grunnavtale uten overtgalesskostnad, tilrettelegging for spesialisering, dekning av flytteutgifter, et godt fagmiljø med mer. Se [Legejobber.no](https://legejobber.no) for fullstendig utlysning. Søknadsfrist 28.02.2024

Legejobber.no

**Snåsen tjielte**
Snåsa kommune**Fastlege i Snåsa med 0-avtale eller fastlønn**

Stillingen er lokalisert ved Snåsa legekantor med 3 årsverk (inkl. denne) for fastlege og en turnuslege. Snåsa Legekantor eies og drives av Snåsa kommune med hjelpepersonell, sykepleiere og helsesekretær, ansatt og lønnet av kommunen. For fullstendig utlysningstekst, se [Legejobber.no](https://legejobber.no). Søknadsfrist: 01.02.2024

**Rauma**
kommune**Jobbe i vakre Rauma?
Vi har ledig fastlegehjemmel**

- "Plussavtale" med kommunen.
- Opptil 800 listepasienter.
- Til sammen 9 fastlegekollegaer samt LIS1 og klinikkpersonale.
- Oppstart 1. september 2024, evt. etter avtale.

For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettside eller [Legejobber.no](https://legejobber.no).

Søknadsfrist: 15. februar 2024

**GRONG**®
kommune**Ledig stilling som fastlege**

Legekantoret har tre legehjemler og LIS1-lege. Grong kommune er administrasjonskommune for Indre Namdal legevakt.

Hovedarbeidsoppgaver:

- Fastlegeansvar for egne listepasienter
- Obligatorisk deltakelse i interkommunal legevakt
- Samarbeid med helseforetak og andre kommunale helse- og omsorgstjenester
- Kommunale oppgaver

Vi tilbyr:

- Gode lønnsvilkår.
- Gode pensjons- og forsikringsordninger.
- Gode faglige og personlige utviklingsmuligheter.
- Et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø med gode kollegaer.
- Listetak på henholdsvis 1000, med faktiske pasienttall på listene per i dag er på i hhv overkant av 700.

For fullstendig utlysningstekst, se [Legejobber.no](https://legejobber.no) eller kommunens nettsider. Søknadsfrist: 31. januar 2024

**Nesbyen**
kommune**FASTLEGE****Fastlegehjemmel Nesbyen**

Dyktig kollega søkes til hjerte i Hallingdal - Nesbyen! Nyopprettet fastlegehjemmel med nullliste i etablert legesenter. Vi har mye fagkompetanse samlet under ett tak og nå ønsker vi deg på laget. Les mer på nesbyen.kommune.no

**Tromsø**
kommune**Fastlegehjemmel ved Langnes legesenter i Tromsø**

Har du lyst å være fastlege ved et veldrevet legesenter? For en bedre fastlegehverdag tilbyr kommunen bl.a. økt basistilskudd, etableringstilskudd til oppkjøp av etablert hjemmel, kommunal sykeforsikring og ALIS-avtale med utdanningstilskudd. For mer informasjon, se kommunens nettside eller [Legejobber.no](https://legejobber.no).

Søknadsfrist: 20.01.2024

Legejobber.no



Ledig fastlegehjemmel i Sande

Sande er et lite tettsted litt sør for Drammen med ca 10.000 innbyggere. Sande er en bygd i vekst med gode muligheter for fritidsaktiviteter, med både fjord og skianlegg.

Doktorgården søker etter en ny allsidig kollega med hjerte for allmennmedisin. Legekontoret er en veletablert og godt drevet 4-legepraksis med LIS 1. Det ligger sentralt i Sande sentrum, bakkeplan, 3 min gangavstand til togstasjon. Togreise tar 15 min fra Drammen og 45 min fra Oslo.

Lokalene er lyse og trivelige og kontoret er velutstyrt. Det er gode rutiner på internkontroll, HMS, prosedyrer. Kontoret har et veldig godt arbeidsmiljø med hyggelige og erfarne helsesekretærer, hvor flere av de har jobbet der over 25 år.

Praksisen har ca 1140 pasienter. Hjemmelsinnhaver har vært allmennlege i Sande siden 2014 og jobber 4 kurative dg pr uke. Pr nå er det ikke bistilling tilknyttet hjemmelen. Det er ventelister hos alle legene på senteret, gode muligheter for økt inntjening/øke liste hvis man ønsker.

For fullstendig utlysningstekst, se [Legejobber.no](http://www.legejobber.no). Søknadsfrist: 1. februar 2024



Ledig fastlegehjemmel ved Slettebakken Legesenter - Årstad bydel

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

Søknadsfrist: 28.01.2024



Ledig fastlegehjemmel ved Cort Piil Helsesenter - Bergenhus bydel

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

Søknadsfrist: 04.02.2024



100% kommunal fastlegestilling

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

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

Tvedestrand kommune er registrert utdanningsvirksomhet og tilbyr ALIS avtale.

For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettside eller [legejobber.no](http://www.legejobber.no). Søknadsfrist: 04.02.2024

Indremedisin



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

UNIVERSITETS-LEKTOR

i invärtesmedicin förenad med anställning som specialistläkare/överläkare

Ref nr: **PAR 2023/1416**

Sista ansökningsdag: **2024-01-25**

För mer information se vår hemsida:

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

Øyesykdommer



Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetjenester i Rogaland og Vestland. Helse Vest RHF eig seks helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseføretaka har om lag 30 000 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

100 % avtaleheimel i augesjukdomar i Florø

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i augesjukdomar er ledig frå 01.09.2024, eller etter avtale.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- samarbeid med andre

Avtalespesialisten skal i all hovudsak gjennomføre ordinær medisinsk utredning og behandling innan oftalmologi, og i mindre grad kirurgi. Avtalepraksisen vil ikkje bli tillagt oppgåver innan kataraktkirurgi.

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Den norske legeforening.

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle "sørge for"-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen. Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg og forpliktande samarbeid med Helse Førde HF om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventast at avtalespesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Førde HF. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Førde HF også innrettast i tråd med utviklinga i faget og korleis behovet i befolkninga utviklar seg.

Plassering i driftstilskotsklasse vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar basert på utgifter til lokalar, utstyr og naudsynt hjelpepersonell.

Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. mellom kr. 1 093 100 (klasse 1) til kr. 1 627 900 (klasse 3).

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Spørsmål om praksisen kan rettast til Florentina Naboulsi, tlf.: 930 84 190.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 415 33 822.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.

Søknadsfrist: 13. februar 2023

Forskjellige stillinger

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



Avdelingssjef

Kirurgisk avdeling, Klinikkk for somatikk, Kristiansand

Klinikkk for somatikk Kristiansand har 12 avdelinger, og omfatter et bredt spekter av medisinske og kirurgiske fag. Avdelingssjef for kirurgisk avdeling har en sentral rolle i klinikkens ledergruppe.

Kirurgisk avdeling er veldrevet, med dyktige fagfolk og ledere. Avdelingssjef skal være en samlendende kraft i et høykompetent og flerfaglig arbeidsfellesskap, med mange samarbeidende instanser. Avdelingssjef skal bidra til utvikling av fag og kvalitet, for å kunne levere gode helsetjenester til befolkningen. Avdelingen jobber aktivt med forbedring, innovasjon og digitalisering av pasientforløp.



Kontakt gjerne klinikkdirektør Nina Hope Iversen på tlf. 905 92 101

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

Søknadsfrist: 11.02.2024

Webcruiter id: 4733514439



TRONDHEIM KOMMUNE

Sommervikariat leger

Er du nyutdannet lege eller medisinstudent med lisens og ønsker et spennende sommervikariat, og i tillegg få arbeids-erfaring som er tellende ved søknad på utlyste LIS1-stillinger? Vi trenger vikarer til sykehjem, helsehus, helsestasjon og til flyktningshelsetjenesten. For fullstendig utlysningstekst, se vår nettside eller Legejobber.no. Søknadsfrist: 03.03.2024

Legejobber.no

Legejobber*

Ledige stipender – legater – fond**DEN NORSKE
LEGEFORENING****Søk prosjektmidler til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Søknadsskjema og informasjon om fondet finnes ligger på vår nettside: www.bit.ly/fkps19

Hvem kan søke, og hva kan det søkes om?

Norske helseinstitusjoner og enkeltleger kan søke om tilskudd til hel eller delvis dekning av utgifter forbundet med:

- Utredning, utvikling og evaluering av metoder for kvalitetsvurdering, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den daglige drift.
- Kompetanseheving innenfor forbedringskunnskap, herunder system- og prosessveiledning.
- Utprøve og forbedre metoder og teknikker i konsultasjonen, veiledning av og samarbeid med andre grupper, helseopplysning m.v.
- Utprøve og forbedre metoder for læring og vedlikehold av praktiske ferdigheter.
- Utarbeiding av veiledere innenfor det medisinske fagområdet.
- Prosjekter initiert av Legeforeningens organisasjonsledd som skal bedre kvalitet og pasientsikkerhet i de medisinske tjenestene.

Fondsutvalgets prioriteringsområder er som følgende:

- Fondets formål er primært prosjekter som fremmer kvalitet og pasientsikkerhet. Rene forskningsprosjekter kan normalt ikke forvente finansiering fra fondet.
- Fondsutvalget ønsker å oppfordre fagmedisinske foreninger og spesialforeninger og deres kvalitetsutvalg til å søke midler fra fondet. Prosjekter som fremmer pasientsikkerhet, og prosjekter med utgangspunkt i samhandlingsreformen vil bli prioritert i nærmeste periode.
- Utvikling av metoder for dokumentering av kvalitetsforbedring
- Prosjekter som fremmer pasientsikkerhet
- Prosjekter initiert av Legeforeningens organisasjonsledd
- Ferdighetstrening og teknikker
- Utvikling av bedre samhandling
- Utvikling av retningslinjer og veiledere.
- Prosjekter som bidrar til å redusere medisinsk overaktivitet

Fondet har halvårlige søknadsfrister, førstkommande frist er 1. april 2024. Send søknad til kvalitetsfondet@legeforeningen.no. Søknader som kommer etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Kjenner du en kvalitetshøvding? To kvalitetspriser fra Legeforeningen
Prisene skal belønne og stimulere til kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Det utlyses to priser, en innenfor primærhelsetjenesten og en innenfor spesialisthelsetjenesten. Hver pris er på kr 100 000. Prisene tildeles for arbeid med formål å heve kvaliteten i helsetjenester og kan tildeles enkeltleger eller samarbeidende grupper hvor leger har deltatt.

Arbeidet bør

- Ha fokus på pasienter
- Ha ført til resultater som viser forbedringer for pasienter
- Ha anvendt anerkjente prinsipper og verktøy innen kvalitets-tenkning og -forbedring
- Ha vært nyskapende
- Ha vært utført de to siste årene
- Ha vært, eller planlegges videreformidlet eller gjort offentlig kjent (lokalt, nasjonalt eller internasjonalt)

I vurderingen bedømmes både arbeidets resultater og de prosessene som har ledet frem til dem. Det vil utvises varsomhet ved tildeling til prosjekter med kommersielle interesser. Søknad kan sendes på egne vegne eller på vegne av andre kandidater og bør inneholde informasjon nok til å vise om kriteriene er oppfylt.

Prisutdelingen finner vanligvis sted på Legeforeningens landsstyremøte. Søknad eller nominasjon med vedlagt dokumentasjon sendes innen 1. mars 2024 til legeforeningen@legeforeningen.no. Merk søknaden Kvalitetspris ved medisinsk fagavdeling. Søknader som sendes etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

**DEN NORSKE
LEGEFORENING****Søk Marie Spångberg-prisen!**

Marie Spångberg-prisen er opprettet av landsstyret i forbindelse med 100-årsjubileet i 1993 for den første kvinnelige lege, Marie Spångberg. Formålet med prisen er å stimulere kvinnelige legers vitenskapelige innsats. Prisen er på kr 30 000. Prisen kan tildeles kvinnelige leger for den mest verdifulle vitenskapelige originalartikkel i norsk eller internasjonalt tidsskrift.

Artikkelen skal være publisert i 2023. Den som får prisen skal enten være eneforfatter eller førsteforfatter. Søknad kan sendes på egne vegne eller på vegne av andre kandidater. En komité oppnevnt av Den norske legeforenings sentralstyre behandler innkomne søknader og avgir innstilling til sentralstyret. Prisutdelingen finner vanligvis sted på Legeforeningens landsstyremøte.

Artikler som ønskes vurdert for pristildeling sendes innen 1. mars 2024 til: legeforeningen@legeforeningen.no. Søknaden merkes "Marie Spångberg-prisen". Søknader som sendes etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

**DEN NORSKE
LEGEFORENING****Søk Caroline Musæus Aarsvolds fond - studie- og reisestipend til yngre indremedisinere!**

Studie- og reisestipendet er en testamentarisk gave fra overlege Carl Musæus Aarsvold, og er videreført som et fond som bærer navnet til hans mor, Caroline Musæus Aarsvold.

Kandidater som er under 40 år, som har mottatt en invitasjon og har et definert mål for forskningsopphold ved en utenlandsk institusjon, vil bli prioritert. En komité oppnevnt av Legeforeningens sentralstyre behandler innkomne søknader, og avgir innstilling til sentralstyret.

Totalt kan det deles ut kr 275.000. Utdeling av studie- og reisestipendene finner vanligvis sted på Legeforeningens landsstyremøte.

I søknad om tildeling av stipend fra fondet ber vi om at det legges ved opplysninger om personalia, hva stipendet tenkes anvendt til og bekreftet invitasjon til forskningsopphold. Rapport for hvordan midlene er blitt benyttet skal sendes Legeforeningen senest to år etter tildelingen.

Søknad med vedlegg sendes innen 1. mars 2024 til legeforeningen@legeforeningen.no. Søknaden merkes "Caroline Musæus Aarsvolds fond". Søknader som sendes etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

Forskningsfondet for cøliaki deler årlig ut midler til forskningsprosjekter innen den medisinske, ernæringsmessige eller sosiale sektor.

Søknadsfristen er 1. mai.

For ytterligere info www.ncf.no

Kurs og møter**Velkommen til akuttmedisinkurs for legevaktspersonell
15. og 16. februar på Sundvolden hotell i Hole****Obligatorisk emnekurs i Akuttmedisin for legevaktspersonell**

Kursleder: Andreas Wiik Fosmo

Godkjent: Emnekurs 15 timer

Pris: 6000 kr + dagpakke

Deltakere: 48

Kort info: Initiativtakerne til kurset er aktive allmennleger og legevaktssleger med stor interesse for akuttmedisin og har blant annet kurs i PHTLS, AHLR-instruktørstatus og BEST-fasilitatorkurs. Målet for kurset er at deltakerne skal bli tryggere i akuttmedisinske situasjoner. Det vil fokuseres på teamarbeid, bruk av nødnett, ABCDE-undersøkelse, venepunksjon og trening i praktiske ferdigheter som luftveishåndtering, hjertestans og undersøkelse av traumepasienten. Deltakerene vil få øvelse i håndtering av det akutt syke barnet og trene på avansert hjerte- og lungeredning. Det vil bli god tid til praktisk trening gjennom ulike kasustikk-øvelser. I forkant av kurset må nettkurs med kursprøve bestås.

Se kurskatalogen på Legeforeningen sine hjemmesider for fullstendig kursprogram og påmelding.

Kursnr: ID. 35866

**UTDANNING I PSYKOANALYSE VED
NORSK PSYKOANALYTISK INSTITUTT**

Utdanningen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon i Norge. Det forutsettes påbegynt spesialisering i psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri. Leger i andre spesialistløp kan tas opp etter individuell vurdering.

Utdanningen består av deltakelse i teoretiske og kliniske seminarer over fire år, personlig analyse hos læreanalytiker, veiledning av minst to egne analyser samt et skriftlig arbeid.

Utdanningen tilbyr en unik mulighet til å bli bedre kjent med egne sterke og sårbare sider, og gir dermed et godt grunnlag for å mestre de utfordringene som møtet med pasienter kan gi, det være seg i psykisk helsevern, selvstendig praksis eller andre deler av helsetjenesten.

Godkjenning som veileder i grunnleggende psykoterapi for LIS kan søkes etter fullført seminardel og etter at øvrige krav fra legeforeningen er oppfylt (jfr. legeforeningens målbeskrivelse for spesialiteten).

Interesserte kan henvende seg til instituttets sekretær for ytterligere informasjon. Adresse: Norsk psykoanalytisk institutt, Fr. Nansens vei 17, 0369 Oslo. Tlf. 22605820. E-post: post@psykoanalyse.no.

Se også instituttets hjemmeside, www.psykoanalyse.no.

Informasjon om fremtidig økonomisk støtte fra tilskuddsordningen vil bli oppdatert på hjemmesiden.

Søknadsfrist 15. februar 2024



UiO : Universitetet i Oslo

Bli med på kurs i Klinisk Anatomi:

Skulder & Hofte 12.-13. April 2024

Kurskatalogen:

<https://www.legeforeningen.no/kurs/2023/12/35875/#tab1>

Rygg 24.-25. Mai 2024

Kurskatalogen:

<https://www.legeforeningen.no/kurs/2023/12/35872/#tab1>



Vi arrangerer etterutdanningskurs i anatomi, med målsetting om å oppfriske og oppdatere klinisk relevant anatomi. Kursene vil være praktisk anlagt med demonstrasjon og ferdighetstrening på humane preparater, overflateanatomi, funksjonsundersøkelser og ultralyd på modeller, samt billed-diagnostikk.

Kursene er godkjent med **15 timer** som klinisk emnekurs (allmennmedisin) / valgfrie kurs (øvrige spesialiteter).

Alle leger er velkomne!

Kursavgift: kr. 3500

Påmeldingsfrist:

Skulder & Hofte 5/4-2024

Rygg 17/5-2024



UiO : Universitetet i Oslo

Seksjon for anatomi, Avdeling for molekylærmedisin,
Institutt for medisinske basalfag
oleoy@medisin.uio.no

Spesialist – indremedisin

Barstad, Johannes E./Barmed AS

A. Tidemandsgt. 20, 2000 Lillestrøm. Arbeids-EKG/
24-timers BT/spirometri/hjerterytmeregistrering mm.
Generell indremedisin. Timebestilling/Kort ventetid/
Tlf. 63 81 21 74/e-mail: post@barmed.nhn.no.
Tilknytning NHN. Driftsavtale.

På [Legejobber.no](https://www.legejobber.no)
finner du Norges mest
komplette oversikt
over ledige legestillinger

Legejobber



Lytt til Tidsskriftets podkast



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](#)



DEN NORSKE LEGEFORENING

Sentralstyret 2023–2025

President Anne-Karin Rime
Visepresident Nils Kristian Klev
Ingeborg Henriksen
Ståle Clemetsen
Marie Skontorp
Paul Olav Røsbø
Yngvild Hannestad
Tobias Iveland
Hans Christian Myklestul

Sekretariatsledelsen

Generalsekretær Siri Skumlien

Avdeling for jus og arbeidsliv,
avdelingsdirektør Lars Duvaland

Medisinsk fagavdeling, avdelings-
direktør Johan Georg Røstad Torgersen

Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut E. Braaten

Helsepolitisk avdeling, avdelings-
direktør Marit Bækkelund Randsborg

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

Kontakt en ansatt

Oversikt over sentralstyrets
e-postadresser, se
legeforening.no/sentralstyret
Ansattes e-postadresser finnes på
legeforening.no/kontakt

De følgende sidene
produseres av Legeforeningens
kommunikasjonsavdeling.

Redaksjon

Aktuelt i foreningen

Vilde Baugstø
Ingrid Rise Fry
Lisbet T. Kongsvik
Stig Kringen
Andreas Haslegaard
Tor Martin Nilsen
Anders Ryen

Har du tips til
Aktuelt i foreningen?
Kontakt [vilde.baugsto@
legeforening.no](mailto:vilde.baugsto@legeforening.no)

Medisinens viktige verdigrunnlag



Siri Skumlien
Generalsekretær

Siri Skumlien

I år skal Helsinkideklarasjonen revideres. Resultatet vil forplikte forskere verden over, men verdien ligger også i diskusjonene som har foregått i alle verdensdeler, med utallige leger involvert.

Noen verdier og normer oppleves som så grunnleggende at vi tar dem for gitt. Som så universelle at de må være innlysende for alle både i eget land og globalt. I medisinen har vi noen slike, og de har gjerne blitt til i etterkant av betydningsfulle hendelser med omfattende konsekvenser, som andre verdenskrig.

Genève-erklæringen ble første gang vedtatt av Verdens legeforening (WMA) i 1948, og var den internasjonale legestandens svar på handlinger utført av leger under krig. Erklæringen ble sist revidert i 2017, leses fortsatt høyt av alle delegatene under WMA sine møter og inneholder 12 løfter. Løftene handler om vår profesjons forpliktelse til å utøve yrket til det beste for de som trenger det, men også om at vi må ta vare på egen helse. Det siste løftet stadfester at vi ikke vil bruke vår medisinske kunnskap til å krenke menneskerettighetene eller borgerrettighetene, selv om vi blir truet. For oss i Norge er dette et enkelt løfte å gi, men vi vet at medisinen uavhengighet globalt har helt andre kår.

Helsinkideklarasjonen er nyere (1964), men er en videreutvikling av blant annet Nürnberg-kodeksen om medisinsk forskning fra 1947 – også den med utgangspunkt i krigsforbrytelser begått under andre verdenskrig. Mens Nürnbergkodeksen omtaler forskning på friske, retter Helsinkideklarasjonen seg også mot klinisk forskning. Den slår fast at vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap aldri kan forsvare at de som forskers på utsettes for unødige og ufrivillige ubehag og risiko. Det er over ti år siden siste endring, og WMA er nå i gang med et omfattende revisjonsarbeid. Forhåpentligvis vil mye være på plass til WMAs møte i Helsinki til høsten. Resultatet vil forplikte forskere verden over, men verdien ligger også i diskusjonene som har foregått i alle verdensdeler og med utallige leger involvert.

Både i vårt eget land og sammen med andre må vi bidra til at legenes yrkesetikk videreutvikles og oppdateres for å møte utfordringene som kommer. Gode og respektfulle diskusjoner løfter i seg selv fram noe av det beste ved de verdiene vi holder høyt. Slik det står i Legeforeningens egne etiske regler for leger som starter slik: «En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn.»

La oss ta med oss disse ordene inn i det nye året. Legeforeningen kommer alltid til å holde prinsippet om den medisinske nøytraliteten høyt. Verken medisinen uavhengighet eller god yrkesetikk er gitt en gang for alle.

Jeg ønsker dere alle et godt nytt år! ■

På besøk hos Sámi doaktáriid searvi

Samenes tradisjonelle bosetningsområde, Sápmi, omfatter regioner i Norge, Sverige, Finland og Russland. Den største samiske befolkninga finner vi i Norge, med rundt 40 000 mennesker. Men hvordan er helsetilbudet deres? Aktuelt i foreningen har tatt turen til Finnmark og snakket med lederen i Samisk legeforening.

Den 6. februar er samenes nasjonaldag, og i 2024 fyller foreninga som på samisk heter Sámi doaktáriid searvi (SDS) 40 år. Det er en ypperlig anledning til å høre mer om hvordan de arbeider.

Jonill Margrethe Fjellheim Knapp tok over som leder i oktober 2023. Til daglig er hun lege i spesialisering – del 1 i generell kirurgi ved Hammerfest sykehus. Hun har vært med i styret i foreninga siden hun gikk første året på medisinstudiet i Tromsø, kun avbrutt av et par års opphold da hun satt i styret til Legenes klimaaksjon.

Fjellheim Knapp er oppvokst i bygda Kolbu på Toten, et stykke utenfor det samiske kjerneområdet. Hennes mor kommer fra en stor reindriftsfamilie i det sørsamiske området ved Røros. Fra farsslekta i Sør-Varanger har hun nord-samiske og sjøsamiske aner.

Foreningens organisering

– Samisk legeforening er en frivillig, politisk uavhengig organisasjon med både svensk og finsk representasjon i styret. Foreninga er registrert og organisert på norsk side, men har aktive medlemmer også i Sverige og Finland. I Russland har vi ingen medlemmer, forklarer Fjellheim Knapp.

– Vi har hovedvirksomhet i Norge, og majoriteten av medlemmene er bosatt her. Det er imidlertid nært grensa, og det er derfor naturlig å samarbeide med samiske leger på svensk og finsk side. I Sverige og Finland finnes det ikke tilsvarende samiske legeforeninger. Så vidt meg bekjent er det også færre samiske leger i våre naboland, fortsetter hun.

I dag har Samisk legeforening i overkant av 60 medlemmer, og medlemstallet har vært stabilt en stund. Studenter og nyutdannede leger er kommet til, samtidig som også enkelte leger pensjonerer seg. Foreninga er veldig opptatt av å rekruttere de unge.

– Det er viktig for å utvikle foreninga og sikre fremtida. Samiske tannleger og veterinærer er veldig velkomne til å være støttemedlemmer, likeså andre leger som slutter seg til foreningas formålsparagraf, sier Fjellheim Knapp.

Hun har inntrykk av at de fleste i Samisk legeforening i tillegg er med i Den norske legeforening.

I forbindelse med førtiårsjubileet planlegger foreninga en større konferanse og jubileumsfeiring, trolig i Tromsø.

Historie og fokusområder

Samisk legeforening ble opprettet i Karasjok i 1984. Bakgrunnen var et behov for å bedre helsetilbudet til den samiske befolkningen, samt å fremme helseopplysning på samisk. Dette er noe Norge forplikter seg til, blant annet

via ILO-konvensjonen om urfolks rettigheter, opplyser Fjellheim Knapp.

– I ILO-konvensjon nummer 169, artikkel 25, er det beskrevet at utforming og gjennomføring av helsetjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll. På denne måten kan urfolk nyte godt av så høy fysisk og helsemessig standard som mulig. Norge var det første landet som undertegnet urfolkskonvensjonen.

Trapper opp innsatsen: Leder i Samisk legeforening, Jonill Margrethe Fjellheim Knapp, vil øke den generelle kunnskapen i befolkningen om samisk helse, særlig blant helsepersonell. Foto: Privat



Samisk legeforening jobber med å skape møtearenaer for samisk helsepersonell blant annet ved å ha konferanser cirka en gang i året. Hit inviterer de også politikere og andre interesserte. Temaene har de senere år vært pediatri og geriatri. De driver også med formidlingsarbeid gjennom blant annet deltakelse i panel-samtaler og foredrag. Foreninga uttaler seg i spørsmål som angår samisk helse.

I 2023 holdt foreninga et foredrag om den samiske pasient for overleger i Bergen. Dette ble meget godt tatt imot, og mange av tilhørerne ga uttrykk for at foredraget var lærerikt.

– På nyåret skal vi holde et foredrag på en fagdag i palliasjon. Vi er veldig takknemlige for innspill og forespørsler. Styremedlemmene jobber fulltid som leger, så oppgavene blir bestemt ut fra hva vi har kapasitet til, sier Fjellheim Knapp og fortsetter:

– Vi har et nært samarbeid med Sametinget rundt samiske helse spørsmål. Medlemmene våre er aktive, men vi er ganske få. Derfor er det viktig at vi spiller på lag med andre organisasjoner med like interesser. Vi samarbeider nå med Samisk psykologforening, som ble opprettet i 2022, og tidligere med Samisk sykepleierforening og Samisk sosialarbeiderforening.

Ønsker flere kvoteplasser

Fjellheim Knapp opplyser om at det i dag er mangel på samisktalende leger og helsepersonell. Hun forklarer at det er ganske mange pasienter i Norge, Sverige og Finland som burde fått tilbud om å møte samisktalende helsepersonell, men som ikke får det.

– Vi har jobbet i noen år for å øke antallet medisinstudieplasser på samisk språkvote ved UiT Norges arktiske universitet. Nå er antallet kvoteplasser tredoblet, fra to til seks. Det er vi fornøyde med, men vi ønsker selvfølgelig også å øke antallet kvoteplasser i Trondheim, der det er et sørsamisk område. Vi jobber også tilsvarende på svensk og finsk side på litt lengre sikt.

På spørsmål om hva Samisk legeforening historisk har utrettet, svarer hun at de har hatt en finger med i spillet i etableringen av flere helseinstitusjoner som spesialistlegesenteret i Karasjok, Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) og Samisk senter for helseforskning.

Viktige forskjeller

Fjellheim Knapp peker på at selv om samisktalende helsepersonell er viktig, er det også essensielt å øke kompetansen blant ikke-samisktalende leger. Hun anbefaler alle å sjekke ut e-læringskurset «eSANKS» som en god start. Den viktigste forskjellen på samiske pasienter kontra de norske er kommuni-

kasjonsformer, verdenssyn, livssyn, og perspektiver på helse og sykdom, ifølge SDS-lederen.

– Det er viktig å være klar over at samiske pasienter ikke er så glade i å snakke om helse og sykdom. De snakker litt mer rundt grøten. Som lege må du bruke tid på å prøve å opparbeide deg tillit før du kan gå til kjernen. Studier viser at samiske pasienter ordlegger seg på en mer indirekte måte.

Høsten 2023 kom det en rapport fra Amnesty International Norge som viser at veldig mange unge samer blir utsatt for hets og drapstrusler. Fjellheim Knapp poengterer at å være utsatt for hets på bakgrunn av identitet og etnisitet er potensielt svært skadelig for identitetsutviklingen, særlig hos unge.

– En forskningsrapport om reindriftsutøvere viser at på gruppenivå oppgir 97 prosent av dem å ha blitt diskriminert, mot to-tre prosent i den øvrige befolkninga. Det er en veldig stor forskjell basert på yrkesbakgrunn.

Har man samisktalende helsepersonell, alternativt en tolk, kan man ofte få mange nøkkelopplysninger som ikke hadde kommet frem hvis kommunikasjonen foregikk på norsk

Jonill Margrethe Fjellheim Knapp
Leder i Samisk legeforening

Tolketjenester

De samiske språkene som er mest brukt i Norge i dag er nordsamisk, sørsamisk og lulesamisk. Det er tilbud om nordsamisk tolketjeneste på sykehus i Nord-Norge. Fjellheim Knapp forklarer at selv om det finnes tolker i sørsamisk og lulesamisk, eksisterer det ikke noe etablert tilbud innenfor helsetjenesten, så vidt hun vet. Hun mener at nordsamiske tolketjenester fungerer godt, men at det erfaringsmessig brukes for lite.

– Selv om pasienter snakker godt norsk betyr ikke det at det ikke er en fordel å bruke morsmålet. Har man samisktalende helsepersonell, alternativt en tolk, kan man ofte få mange nøkkelopplysninger som ikke hadde kommet frem hvis kommunikasjonen foregikk på norsk.

Hun har hørt flere historier fra kollegaer som beskriver at det kunne gått galt hvis det ikke hadde vært for samisktalende personell.

– De har fanget opp ting på samisk som har vært misforståelser eller at pasientene ikke har turt å si ifra.



På jobb: Jonill Margrethe Fjellheim Knapp jobber til daglig ved Hammerfest sykehus. Foto: Stig Kringen.

Styreformen av samisk helsetjeneste

Sámi klinihkka, som ligger i Karasjok, er i dag den eneste klinikken som har samisk språk- og kulturkompetanse i Norge. Den er organisert under Finnmarkssykehuset etter at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga Helse Nord oppdraget om å utforme samisk spesialisthelsetjeneste. Samisk legeforening mener at klinikken bør frigjøres fra Finnmarkssykehuset.

– Fordi Sámi klinihkka er underlagt Finnmarkssykehuset og den administrative funksjonen der, har de verken oversikt over eller mulighet til å kalle inn egne pasienter, og det er ikke mulig for klinikere å henvise direkte til Sámi klinihkka. De har heller ikke spillerom til å investere i utstyr og ressurser som de ser at de trenger. Vi i Samisk legeforening stiller oss undrende til at Sámi klinihkka årlig har flere millioner i overskudd, men likevel ikke klarer å rekruttere til stillinger for å bedre tilbudet. Tvert imot så heller det mot at de mister ansatte, sier Fjellheim Knapp.

Sámi klinihkka ble formelt åpnet i januar 2020. Hvordan opplever den samiske befolkningen helsetilbudet fire år etter åpning?

– Tilbudet har ikke blitt noe bedre ettersom klinikken ikke har et reelt selvstyre. Det som fungerer veldig bra er kompetansetjenesten innen psykisk helsevern og rus, som er underlagt Sámi klinihkka. De har et nasjonalt ansvar og innkaller også pasienter fra både Sverige og Finland. Den somatiske delen av Sámi klinihkka er dessverre ikke like godt organisert på grunn av ledelsesstrukturen. Dette er noe vi som forening har jobbet med og sagt fra om ved gjentatte anledninger. Også Sametinget har uttalt seg om dette, avslutter Fjellheim Knapp. ■

Stig Kringen

stig.kringen@legeforeningen.no

Tekst: Vilde Baugstø

Bli bedre kjent med Legeforeningens fagstyremedlemmer

Legeforeningens nye fagstyre tiltrådte i fjor høst. Aktuelt i foreningen har tatt en prat med styremedlemmene og stilt dem to spørsmål: Hvorfor ønsker du å sitte i Legeforeningens fagstyre, og hva tenker du er det viktigste arbeidet til fagstyret fremover?

Ståle Sagabråten**Norsk forening for allmennmedisin, leder**

– Fagstyret er faglandsrådets utøvende organ og skal sørge for å koordinere aktiviteten i hele fagaksen. I styret er det representasjon fra bredden av de fagmedisinske foreningene. Det er spennende å arbeide med å få de ulike foreningene til å jobbe sammen for å fremme faget, og gi Legeforeningen et godt faglig grunnlag for sitt arbeid både internt og mot politikere, helsemyndigheter og samfunnet generelt. Det fagmedisinske interessefeltet spenner vidt, fra grunnutdanning, gjennom videre- og etterutdanning, samt forskning.

– I fagaksen finnes utrolig mye kunnskap, erfaring og ikke minst engasjement som det er viktig å få opp og frem til det beste for helsevesenet og samfunnet. Som leder er det utrolig flott å få lov til å være en slags kaptein for et utrolig godt sammensatt lag som styret vårt er – med en blanding av erfaring og ungt pågangsmot. Det gir motivasjon å hele tiden forsøke å være en etterspurt og relevant aktør.

– Faglandsrådet har vedtatt et omfattende arbeidsprogram for perioden 2023 - 2025, som vi har ambisjoner om å levere på. Saker som alltid er høyt oppe på agendaen vår er spesialitetsutdanningen, og ikke minst å sørge for at vi rigger oss best mulig for å møte de utfordringene helsevesenet står overfor i fremtiden: En aldrende befolkning, færre hender og knappere ressurser. Vi vil jobbe videre med klinikerinvolvering i nye metoder og i arbeidet med best mulig tilgang til legemidler, slik at klinikerens verkøykasse ikke blir innskrenket i møte med pasientene.

– Vi håper også å kunne samarbeide med Helsedirektoratet og helseforetakene med å involvere de fagmedisinske foreningene mer i retningslinjearbeid. Å sørge for at vi satser på kunnskapsutvikling og forskning, samt at ny kunnskap implementeres raskere i tjenesten, er noe vi gjerne vil bidra til. Gjennom Gjør kloke valg-kampanjen, arbeider vi videre med å minske overbehandling og overdiagnostikk. Hvordan vi kan benytte kunstig intelligens til å hjelpe oss på en god måte, er også noe vi vil følge med på. For tiden arbeider vi med å forberede faglandsrådet i april med spennende temaer som vi håper vil engasjere bredt.

Gry Dahle**Norsk thoraxkirurgisk forening, nestleder**

– Jeg ønsker å være engasjert og orientert om medisinske fagsaker som foregår i Norge, i tillegg til at jeg syns det er viktig at kirurgiske fag representeres. Jeg er dessuten interessert i nye metoder og innovasjon, samt regelverk og etikk. Derfor sitter jeg i den nasjonale etikk-komiteen REK KULMU, som behandler etikken rundt studier med nytt utstyr og nye legemidler. Jeg er også internasjonalt engasjert, blant annet i arbeidet med EBCTS (Europeisk eksamen i hjertekirurgi), EACTS Heart failure task force, ESC (European Society of Cardiology) programkomité og ISMICS (International Society for Minimally Invasive Cardiothoracic Surgery) hvor jeg er visepresident. Arbeidet med utdanning og at vi får den lik i hele Norge, er også viktig.



Nytt fagstyre: Fra venstre: Harald Nes, Marte Kvittum Tangen, Gry Dahle, Ståle Sagabråten (leder), Ragnhild L. Tveit og Maria Seferowicz. Ikke til stede: Leif Edvard Muruvik Vonen, Hege Kristiansen og Ingrid Lande. Foto: Legeforeningen/ Thomas B. Eckhoff.

– Det viktigste er å være engasjert i utviklingen av faget, og i dette arbeidet se utover landegrensene. Innen hjertekirurgi og andre kirurgiske fag har det skjedd mye. Vi ser en kompetanseglidning, og kunstig intelligens vil få en stadig viktigere rolle. Her er det viktig å se mulighetene, men også utfordringene. Vi som sitter i fagstyret må ha fokus og engasjement rundt faget og mindre på politikk.

Maria Seferowicz **Norsk indremedisinsk forening**

– Fagstyret består av engasjerte og kloke leger som samarbeider på tvers av spesialiteter for å fremme det medisinske faget. Det føles derfor som et utrolig stort privilegium å få lære av og samarbeide med så mange flinke kollegaer.

– Jeg har to store hjertesaker som jeg håper jeg kan bruke litt av tiden i fagstyret til å fremme. Den første er å ivareta generalistkompetansen i norske sykehus. Vi trenger ikke å reise lengre enn til Danmark hvor de la ned spesialiteten indremedisin i 2013, og hvor en vanlig «indremedisinsk» pasient nå kan ende opp med å se seks til åtte forskjellige spesialister i løpet av en innleggelse uten at noen av disse tar eierskap til pasienten. Det er verken bra for pasientsikkerheten eller økonomien. Heldigvis er det noen land som ligger foran oss som gode eksempler, blant annet Canada som innså utfordringene allerede i 2010 og har utarbeidet en spesialitet som både er relevant

ved sentrale universitetssykehus og på distriktsmedisinske sentre. Drømmen er å få på plass noe tilsvarende her hjemme.

– Den andre hjertesaken har oppstått gjennom mitt arbeid som utdanningsansvarlig overlege og leder for regionalt råd i Helse Sør-Øst for spesialiteten indremedisin. Etter at den nye utdanningsordningen tiltrådte, er det mye som har vært uklart, og det er også flere involverte aktører enn tidligere. Det er viktig at vi spiller hverandre gode og sikrer en utdanning som er faglig sterk og robust med gode kurs, tid til supervisjon og veiledning, samt en fortløpende kvalitetssikring av kompetansen.

– Fagstyret er fremdeles ikke så godt kjent blant mange av Legeforeningens medlemmer. Jeg tror det er viktig at vi bruker de neste to årene til å både vise hvor mye godt arbeid som gjøres, og belyse hvilke viktige saker som bør jobbes med fremover. Under fjorårets faglandsråd var prioritering et viktig tema, som jeg ikke tror er ferdig diskutert. Det er svært viktig at fagstyret og faglandsrådet er premissleverandører for at prioriteringene som skal gjøres i Helse-Norge de neste årene i hovedsak er basert på kunnskap fra de medisinske fagene.

Harald Nes**Norsk radiologisk forening**

– Å bli en del av fagstyret var en planlagt ambisjon. Radiologforeningen søkte påvirkningsmuligheter til arenaer der retningslinjer blir utviklet. Da er ofte Den norske legeforening deltaker i prosessen. Retningslinjer styrer svært store deler av arbeidet vi alle blir pålagt, og radiologer er sjeldent deltakere i slik utvikling. Så derfor er jeg engasjert i retningslinjearbeid og Gjør kloke valg-kampanjen – blant annet.

– Jeg tenker at mitt hjertebarn, retningslinjearbeid, blir et sentralt redskap innen alle fagområder, og derfor en viktig satsing i fagstyret. Privat syns jeg at Legeforeningen bør signalisere tydelig at vi ser og tar stilling til alt rundt oss som er i rask endring: Mindre penger, eldre befolkning, økende oppgaver og forventninger. Medlemmene forventer ansikt og stemmer i dette. Vi bli nok tvunget til å tenke nytt om sentrale faktorer i alle fagområder og vise endringskompetanse. Det er smart å ha en hånd på rattet, heller enn passivt å avvente det som skjer.

Ragnhild L. Tveit**LIS-medlem, Norsk kirurgisk forening**

– Bakgrunnen for at jeg ønsker å sitte i fagstyret er et engasjement for utdannelsen av LIS. Dette tar jeg med meg fra vervet mitt som leder av FUNK (Forening for Unge Norske Kirurger). Selv om jeg utdanner meg til å bli kirurg, verdsetter jeg spekteret av spesialiteter i norsk helsevesen og er opptatt av utdannelsen på tvers av spesialitetene. Det er naturlig for meg at spesialistutdanning er det viktigste arbeidet til fagstyret fremover, men jeg gleder meg også til å bli eksponert for bredden av saker som fagstyret jobber med.

Marte Kvittum Tangen**Norsk forening for allmennmedisin**

– Å etablere en tydelig fagakse i Legeforeningen var et klokt valg, og å få tillit til å sitte i fagstyret gir mange muligheter. Fagstyret skal ivareta og koordinere det fagmedisinske interessefeltet mellom faglandsrådene, og det er et stort interessefelt! Å sitte i fagstyret gir mulighet til å delta på mange nye arenaer, og få lov å lære og mene mye om ulike fagmedisinske spørsmål. Jeg liker også å samarbeide og se hva vi kan få til i fellesskap, både mellom de ulike fagmedisinske foreningene og sammen med de andre organisasjonsleddene i Legeforeningen. Allmennleger samhandler med nesten alle andre spesialiteter, så det å ha god kontakt med de andre fagmedisinske foreningene er veldig nyttig for oss i allmennmedisin.

– Fagstyret arbeider med mange viktige saker. Om jeg skal trekke frem noe blir det arbeidet med prioritering i helse- og omsorgstjenesten, å bevare generalistkompetansen både i kommunene og på sykehusene, arbeidet med utdanning og retningslinjer, samt arbeidet med Nye metoder – som også handler om prioritering og hvilke medisinske behandlinger som skal innføres og finansieres.

Leif Edvard Muruvik Vonen**Norsk samfunnsmedisinsk forening**

– Med lang fartstid i samfunnsmedisin ser jeg at godt samspill mellom ulike faggrupper innen medisin kan bety mye for kampanjen Gjør kloke valg og i overordnede prioriteringer. Dette er aktuelt i all diskusjon om samhandling, ledelse og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom utredningen fra Helsepersonellkommisjonen har vi fått mange aspekter å jobbe med, der det faglige grunnlaget i endringsarbeid må være trygt.

– Vi bør legge til rette for god debatt om faglige tema, og bidra til at faget forblir et viktig premiss i utvikling av helse- og omsorgstjenesten framover.

Hege Kristiansen**Norsk barnelegeforening**

– Det er svært viktig at noen taler barnas sak i fagstyret, uavhengig av fagfelt. I høst så det ut til at fagstyret kunne komme til å være uten en person med et særlig blikk på barnehelse. Avtroppende leder i Barnelegeforeningen oppfordret meg derfor til å søke, og siden jeg er svært interessert i fagarbeid lot jeg meg overtale. Utsiktene til å arbeide med faglig engasjerte og dyktige mennesker er også en viktig faktor - både personlig og i rollen som leder for Barnelegeforeningen. Jeg har også funnet ut at det å lære noe nytt gjør meg glad, og i fagstyret er det mulig å lære mye nytt.

– Fagstyret holder fortsatt på å finne sin plass i Legeforeningen, og dette er noe som stadig krever noe arbeid. Vi må også bli enda bedre kjent både innad i foreningen og utad.

– Det er flere store saker for fagstyret fremover. Vi må øke antallet studieplasser i Norge uten at det går ut over kvaliteten, og uten for stor belastning på allerede travle LIS og spesialister. Målet er at 80 prosent skal utdannes i Norge. Foreløpig ligger vi på rundt 50 prosent. Ventetiden på LIS1 er også en utfordring. Vi må sikre fortsatt god spesialistutdanning innenfor stadig trangere rammer, og samtidig jobbe for at utdanningen ikke varierer mellom regionene. For å håndtere alle oppgavene er vi avhengig av søkere til ledige stillinger. Rekruttering er et stort tema i både allmennmedisin og i spesialisthelsetjenesten, dette gjelder både LIS og spesialister.

– At vi har mange alvorlig syke, samtidig som vi utreder mange pasienter med bekymring – men uten alvorlig somatisk sykdom, er også et spennende tema. Vi må håndtere våre mange eldre og multisyke, samtidig som vi må jobbe mot overutredning, overdiagnostisering og overbehandling av både barn og voksne. Da må vi snakke både om prioritering og om strukturer i samfunnet som bidrar til uheld. Det vil bli spennende og krevende å arbeide med dette fremover. ■

Vilde Baugstø

vilde.baugsto@legeforeningen.no

Dag Jacobsen utnevnt til æresmedlem i Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin

– Vi har den store ære og glede av å utnevne professor Dag Jacobsen som vårt første æresmedlem.

Det sier Jørn E. Rasmussen, leder i Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin (NFAMM).

Dag Jacobsen er spesialist i klinisk farmakologi, i indremedisin og i hjertesykdommer. Han er avdelingsleder ved Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus (OUS).

NFAMM trekker frem at Jacobsens engasjement og dedikasjon til feltet akuttmedisin ikke bare har vært en kilde til inspirasjon, men også en veiviser for alle som arbeider innen denne grenen av medisinsk vitenskap.

– Det er få, om noen, som kjenner dette faget så godt som Professor Jacobsen, og få som husker akuttmedisinen fra tiden da akuttmottaket var «badet». Han har vært med på hele reisen, sier Rasmussen og fortsetter:

– Professor Jacobsen, gjennom sitt livslange arbeid, har ikke bare reddet utallige liv, men har også vært en formidabel kraft i etableringen av akutt- og mottaksmedisin. Således har han lagt grunnlaget for utdanningen av kommende generasjoner av akuttmedisinere.

Beriket akuttmedisinen og samfunnet

NFAMM peker på at Jacobsens dyptgående kunnskap, lederskap og motiverende engasjement var helt nødvendig i tidlig fase av foreningens etablering, og at hans innsats har vært et eksempel for alle som streber etter ekspertise og empati i helsetjenesten.

I tillegg til å være avdelingsleder ved Akuttmedisinsk avdeling ved OUS, er også Jacobsen klinisk bakvakt ved Giftinformasjonen, Folkehelseinstituttet.

– Hans innsats har ikke bare beriket akuttmedisinfeltet, men også samfunnet som helhet. Ikke bare fra sin intensivavdeling på Ullevål, men han har også hjulpet rådville leger som ringer giftinformasjonssentralen i søken etter hjelp og støtte, sier Rasmussen.

– På vegne av styret i Norsk Forening for akutt- og mottaksmedisin, takker vi deg for din utrettelige innsats, din visdom og ditt varme hjerte. Vi er dypt beæret over å ha deg som vårt første æresmedlem. Vi ser frem til fortsatt å bli inspirert av ditt arbeid og din lidenskap, og vi lover å fortsette din arv med dedikasjon og respekt. ■

Vilde Baugstø

vilde.baugsto@legeforeningen.no

Diplomutdeling: Leder i Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin, Jørn E. Rasmussen (til høyre), sammen med nyutnevnt æresmedlem Dag Jacobsen. Foto: Marthe Bartholsen Hansen



Tidsskriftets faglige medarbeidere

Tidsskriftets faglige medarbeidere representerer ulike medisinske spesialiteter og fagområder. De benyttes ved behov for medisinske råd, kommentarer og vurderinger, blant annet ved fagfellevurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på www.tidsskriftet.no.

Abedini, Sadollah	Jacobsen, Geir Wenberg	Sundsford, Arnfinn S.
Andersen, Mette	Joakimsen, Ragnar	Søreide, Kjetil
Andreassen, Ole A.	Johansen, Rune	Thommessen, Bente
Ausen, Kjersti	Johansen, Truls E. Bjerklund	Tjønnfjord, Geir E.
Bachmann, Ingeborg Margrethe	Juel, Niels Gunnar	Ulvestad, Elling
Bakken, Inger Johanne	Jørgensen, Anders Palmstrøm	Valeur, Jørgen
Bartnes, Kristian	Korvald, Christian	Vallersnes, Odd Martin
Beisland, Christian	Kran, Anne-Marte Bakken	Vettrhus, Morten
Berg, Siri Fuglem	Kristoffersen, Målfrid	Vistad, Ingvild
Berg, Tore Julsrud	Krohg-Sørensen, Kirsten	Viste, Kristin
Berild, Dag	Krohn, Jørgen Gitlesen	Wallenius, Marianne
Berntsen, Erik Magnus	Kurz, Kathinka Dæhli	Wiseth, Rune
Berntsen, Gro Karine Rosvold	Kvestad, Ellen	Wold, Cecilie Bendiksen
Bjørner, Trine	König, Marton	Wyller, Torgeir Bruun
Bramness, Jørgen Gustav	Kørner, Hartwig	Zahl, Per-Henrik
Brantsæter, Arne Broch	Lang, Astri M.	Øksengård, Anne Rita
Brattebø, Guttorm	Lassen, Kristoffer	Ørstavik, Kristin
Braut, Geir Sverre	Lie, Anne Kveim	Øymar, Knut
Brethauer, Michael	Lillebø, Kristine	Aavitsland, Preben
Brustugun, Odd Terje	Løberg, Magnus	
Braarud, Anne-Cathrine	Madsen, Steinar	
Bøhmer, Ellen	Mahesparan, Rupavathana	
Chaudhry, Farrukh Abbas	Mehl, Cathrin	
Dietrichs, Espen	Meisingset, Tore Wergeland	
Døllner, Henrik	Meland, Eivind	
Ellingsen, Christian Lycke	Melin, Erik	
Eskild, Anne	Mikkelsen, Maja Elisabeth	
Faiz, Kashif	Myhre, Mia Cathrine	
Farooqi, Saima	Müller, Lil-Sofie Ording	
Flottorp, Signe Agnes	Myrstad, Marius	
Flægstad, Trond	Mørch, Kristine	
Fredheim, Olav Magnus	Nielsen, Rune	
Fretheim, Atle	Nilsen, Kristian Bernhard	
Frøen, Hege	Nissen-Meyer, Lise Sofie H.	
Fønnebø, Magne Vinjar	Nordbø, Svein Arne	
Førde, Reidun	Nordøy, Ingvild	
Gjevik, Elen	Nylenna, Magne	
Gradmann, Christoph	Paulssen, Eyvind J.	
Grimsrud, Tom Kristian	Paus, Benedicte	
Gulbrandsen, Pål	Pihlstrøm, Lasse	
Gulseth, Hanne Løvdal	Pukstad, Brita Solveig	
Hagve, Tor-Arne	Raknes, Guttorm	
Hansen, John-Bjarne	Ranhoff, Anette Hylan	
Hasle, Gunnar	Rasmussen, Jørn Einar	
Haug, Jon Birger	Reed, Wenche	
Haugen, Trine B.	Reikvam, Håkon	
Haugaa, Kristina H.	Renaa, Therese	
Heldal, Anne Taraldsen	Retterstøl, Kjetil	
Helland, Åslaug	Revheim, Mona-Elisabeth	
Hem, Erlend	Risnes, Kari Ravndal	
Heyerdahl, Fridtjof	Risøe, Cecilie	
Hilt, Bjørn	Rogne, Tormod	
Hjartåker, Anette	Rosvold, Elin Olaug	
Hjelmesæth, Jøran Sture	Ræder, Johan C.	
Hofmann, Bjørn	Rørtveit, Guri	
Holme, Øyvind	Salvesen, Kjell Åsmund	
Holmøy, Trygve	Samersaw-Lund, Miriam May Brit	
Houge, Gunnar	Simonsen, Gunnar Skov	
Hovda, Knut Erik	Skjold-Ødegaard, Benedicte	
Hunskår, Steinar	Slagstad, Ketil	
Husebekk, Anne	Slørdal, Lars Johan	
Høye, Anne	Solberg, Steinar K.	
Høye, Sigurd	Sorteberg, Angelica	
Høymork, Siv Cathrine	Spigset, Olav	
Haavardsholm, Espen	Staff, Annetine	
Ihle-Hansen, Hege	Stray-Pedersen, Asbjørg	

Les i neste nummer

- Langvarig bruk av opioider
- Ventrikel-septumruptur
- Stamceller mot epilepsi
- Iatrogen botulisme

KOMMER
13. FEBRUAR

Tidsskriftet

Legeforeningen utgir Tidsskrift for Den norske legeforening som medlemsblad og medisinskvitenskapelig tidsskrift. Tidsskriftet skal:

- være et organ for medisinsk utdanning som stimulerer til faglig vedlikehold og fornyelse for legen som allmenn kliniker
- stimulere til medisinsk forskning og fagutvikling
- bidra til holdningsdanning hos legene
- videreutvikle etiske og kulturelle idealer i den medisinske tradisjon
- fremme den helsepolitiske debatt

© Tidsskrift for

Den norske legeforening

Gjengivelse av artikler, tabeller og illustrasjoner krever som hovedregel skriftlig tillatelse fra forfatterne og redaksjonen, og med Tidsskrift for Den norske legeforening som kildeangivelse.

For alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1.1.2020 gjelder åpen tilgang-lisensen CC BY-ND 4.0. Artiklene vil være merket med denne lisensen. Bilder, illustrasjoner og andre elementer er også omfattet av lisensen dersom ikke annet er angitt i bildeteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

Tidsskriftet redigeres etter redaktør-plakaten, 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.publicationethics.org. Vi følger retningslinjene derfra og fra Vancouver-gruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet er medlem av Den Norske Fagpresses Forening (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Tidsskriftet støtter FNs bærekraftsmål og har skrevet under på SDG Publishers Compact.



Redaksjonen

Sjefredaktør Are Brean

Assisterende sjefredaktør

Ragnhild Ørstavik

Redaksjonssjef Cathrine Idsøe

Digitalt sjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus

Groote, Mette Kalager, Tor Rosness,

Øyvind Støple Sivertsen, Synne Muggerud

Sørensen, Liv-Ellen Vangsnes,

Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Caroline Ulvin Johanson,

Lisa Dahlbak Jacobsen

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, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Sverre Myren, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei, Anne Cathrine Staff (leder)

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

Trykk Aksell AS

Opplag 32 700

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



Divisun®

kolekalsiferol

Fleksibel dosering med 3 ulike styrker for forebygging eller behandling av D₃-vitaminmangel

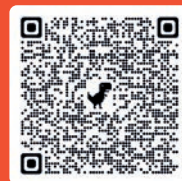


Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Kontraindisert ved sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi eller hyperkalsiuri.
- Kontraindisert ved nefrolitiasis, nefrokalsinose og hypervitaminose D.
- Nedsatt nyrefunksjon: Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon kan andre former for vitamin D være nødvendig. Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon. Effekt på kalsium- og fosfatnivået bør kontrolleres.
- Bør forskrives med forsiktighet ved sarkoidose og bør kontrolleres mht kalsiuminnhold i serum og urin.
- Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum kontrolleres og nyrefunksjonen kontrolleres ved målinger i serumkreatinin. Spesielt viktig hos eldre som bruker hjerteglykosider eller diuretika, og de med stor tendens til caculusdannelse.
- Divisun inneholder isomalt, sukrose og natrium.

Divisun (kolekalsiferol) 20µg, 50µg eller 100µg

- En gang daglig. Pasienters individuelle behov avgjør hvilken styrke som velges.
- Dosen skal justeres avhengig av ønskede serumnivåer av 25-hydroksykolokalsiferol (25(OH)D), sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens respons på behandlingen.
- Dagsdosen bør ikke overskride 100µg (4000 IE). Divisun 100µg, med delestrek for lettere å kunne svelges. Kan tas med eller uten mat, kan svelges hele eller knuses ved behov.
- Individuell refusjon for Divisun med blåreseptsøknad, ifølge § 5-14, blåreseptforskriften, sendes via tjenesteportalen for helseaktører. Kodene for individuell refusjon finner du ved å lese av QRkoden.¹

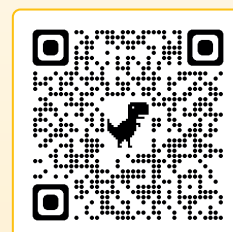


Oppbevaring: Maks 30°C, i originalpakningen for å beskytte mot lys og fuktighet.

Pakninger og priser: Reseptgruppe C. Alle styrker inneholder 90 tabletter i blisterpakning. 20µg: kr 170, - 50µg: kr 355,30 og 100µg: kr 412,40.

Ytterligere informasjon preparatomtalen, SPC:

- Divisun SPC: 800 IE, 2000IE og 4000IE (30.06.2023)



Referanse: 1. Helsedirektoratet, rundskriv, stønad ved helsetjenester, vedlegg 1 til § 5-14 legemiddellisten, sist faglig oppdatert: 08.08.2023

Viatri AS | Hagaløkkveien 26, PB 194, 1371 Asker, Norway infonorge@viatri.com – www.D-vitaminmangel.no