

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

Vær obs på økt kokainbruk

Gjester: Jørgen Bramness og Marit Edland-Gryt

Romfartsmedisin

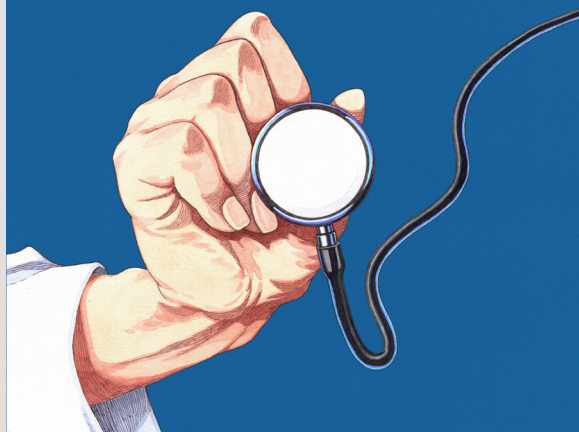
Gjest: Terje Sæhle

Fast bestemt på å bli fastlege?

Gjest: Sverre Enkerud



Stetoskopet



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

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



Vidunderlige nye venninneverden



Are Brean
Sjefredaktør

Googles nye kunstige intelligens er en chatbot som er spesialisert i klinisk-diagnostiske samtaler. Den kalles *Articulate Medical Intelligence Explorer*, forkortet til AMIE. Nå er chatboten testet i en randomisert studie der skuespillere spilte 149 ulike kliniske scenarioer i samtale med enten chatboten eller med en ekte lege, uten at skuespillerne fikk vite hvem som var hvem. Samtalene ble deretter vurdert av både «pasientene» selv og av uavhengige legespesialister. Chatboten viste seg å være bedre til å stille riktige diagnoser enn de ekte legene. Og litt skremmende, eller kanskje betryggende, opplevde «pasientene» den også som mer empatisk enn de ekte legene.

Akronymet AMIE er ominøst nok den franske femininumformen av *venn*. Systemet er ennå ikke testet på ekte pasienter, så fortsatt er det håp for oss naturlig noenlunde intelligente leger en stund til – inntil vi kanskje erstattes av vår kunstig intelligente venninne. ■

Forside nr. 2/2024

Dumpe, skarpe, stikkende, skjærende. Smerteopplevelser er unike og individuelle. Felles for dem alle er at smerte er en følgesvenn som er vanskelig å riste av seg. Hvis du har vondt et sted, lar ikke smerten deg glemme at den er der.

Smerte, angst og depresjon opptrer ofte sammen. I dette nummeret av Tidsskriftet kan du lese mer om opioidbruk ved kroniske smerter. Et av funnene i undersøkelsen var at de som fikk forskrevet opioider over lang tid, hadde

høyere forekomst av psykiske lidelser enn den generelle befolkningen.

Designer og kunstner Najeebah Al-Ghadban er født i Kuwait og bor i San Francisco. Hun bruker papir, ståltråd og andre elementer i sine collager. Flere av hennes arbeider kan du se på najeebah.com og på Instagram: [@nalghadban](https://www.instagram.com/nalghadban).

Illustrasjon: Najeebah Al-Ghadban

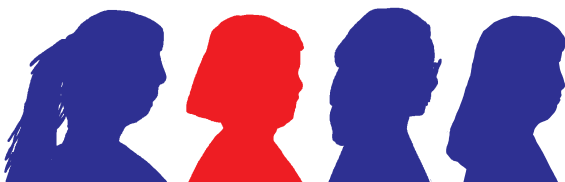


I denne utgaven:

Forskrivningen av opioider bekymrer

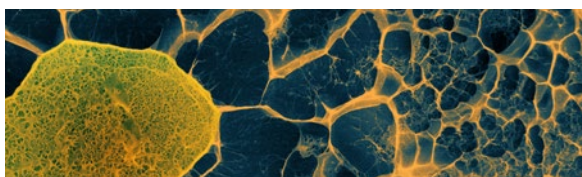
I 2019 fikk flere enn 52 000 personer i Norge forordnet opioider for tilstander som ikke var relatert til kreft eller legemiddelassistert rehabilitering. Forekomsten av psykiske lidelser eller rusmiddelrelaterte tilstander i denne gruppen var dobbelt så stor som ellers i befolkningen. Dette viser en landsomfattende registerstudie. Forekomsten av slike tilstander var særlig høy blant dem som fikk opioider kun på hvit resept. Dagens praksis for forskrivning av opioider er bekymringsfull.

Side 118, 119

**Autisme hos jenter**

Forståelsen av autismespekterforstyrrelser har i stor grad vært påvirket av forskning blant gutter. Jenter med slike tilstander har ofte trekk som er assosiert med underdiagnostisering og forsinket diagnosesetting. Mange jenter med autisme blir derfor ikke oppdaget av helsevesenet. Dette kan ha betydelige negative konsekvenser for helse, utdanning, sysselsetting og selvstendighet for dem det gjelder. Hvordan skal utredningen av barn med mulig autismespekterforstyrrelse gjennomføres?

Side 106

**Stamcellebehandling ved multipel sklerose?**

Høydosert cytostatika med autolog stamcellestøtte, omtalt som stamcellebehandling, bør bli et tilbud til utvalgte pasienter med aggressiv attackpreget multipel sklerose også i Norge, skriver to nevrologer. Behandlingen innebærer mobilisering og høsting av hematopoetiske stamceller, etterfulgt av kjemoterapi som dreper kroppens immunceller. Deretter tilbakesendes pasientens stamceller for å gjenoppbygge immunforsvaret. Flere studier viser god effekt og en akseptabel risikoprofil, men behandlingen kan være krevende å gjennomføre.

Side 110

Innhold

Leder

- 93 Ha en passe strålende dag!
Tone Enden

Invitert kommentar

- 94 Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning
bør revideres
Pia Jorde Løvgren, Sondre Sperle Engebretsen
- 96 For tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer
Inger Ariansen, Inger Kristin Larsen

Debatt

Debatt

- 98 Hvem skal lede Midt-Norge ut av krisen?
Einar Nilsen
- 99 Bedre oppfølging av idiopatisk skoliose
Sigbjørn Rogne
- 100 Smertebehandling av ryggpasienter
Erik L. Werner, Jens Ivar Brox
- 103 Etisk ryggrad i møte med politisk konflikt
Cecilie Smith Ødegaard, May Brit Samersaw-Lund, Radek Fric, Rolf S. Kirschner, Eystein Sverre Husebye, Svein-Jørund Olsson, Pia Kahn
- 105 Etisk ryggrad og forsvar for medisinsk nøytralitet
Anne-Karin Rime

Kronikk

- 106 Autisme hos jenter
Ingvald Kalsnes Jørstad Aurebekk
- 110 Norsk helsevesen bør tilby stamcellebehandling mot multipel sklerose
Gro Owren Nygaard, Trygve Holmøy

Vitenskap

Fra andre tidsskrifter

- 116 Kronisk stress kan svekke immunresponsen mot kreft
Haakon B. Benestad
- 116 Nanomateriale med karbon brytes ned av bakterier i tarmen
Ruth Halsne
- 117 En stor andel av skadde pasienter er ruspåvirket
Synne Mugggerud Sørensen

Originalartikkel

- 118 Psykiske lidelser og plager ved vedvarende opioidbruk for langvarige ikke-kreftrelaterte smerter – en registerstudie
Ingvald Odsbu, Vidar Hjellvik, Marte Handal, Aleksis Hamina, Thomas Clausen, Torgeir Gilje Lid, Petter C. Borchgrevink, Svetlana Skurtveit

nr. 2/2024

Utgivelsesdato
13. februar 2024

119	Invitert kommentar Bekymringsfull forskrivning av opioider <i>Anne Taraldsen Heldal</i>
120	Noe å lære av En mann i 60-årene med dyspné og systolisk bilyd etter hjerteinfarkt <i>Joshua Ravindran, Eirik Hornes Halvorsen, Andreas Kongsvik, Sigurd Birkeland, Einar Gude, Alessandro Müller De Bortoli</i>
124	Kort kasuistikk Ikke-fatal overdose med nytt syntetisk opioid <i>Marcus Stangeland, Torbjørn Lunde, Kjell Ove Fossan, Jon Andsnes Berg</i>
128	Iatrogen botulisme <i>Guri Hagberg, Emilie Ranheim Skytøen, Ingvild Nakstad, Kristin O' Sullivan, Jeanette Koht, Tone Kristin Bjordal Johansen, Siri L. Feruglio, Sten Frøyshov</i>
130	Medisinen i bilder Trang vinkel mellom a. mesenterica superior og aorta <i>Jørgen Valeur, Andreas Lykke Rickers</i>
131	Språkspalten Ambulerende eller ambulante team? <i>Erlend Hem, Ole Våge</i>
132	Medisin og tall Statistisk analyse av én enkelt pasient <i>Are Hugo Pripp</i>
134	Fra fagmiljøene Undervisning om epilepsi til pasienter og pårørende <i>Oliver Henning, Yngve Ystad, Ellen Molteberg, Marit Bjørnvold, Merete K. Tschamper, Grete Almåsbak, Karl O. Nakken</i>
135	Multidisiplinært team styrker samarbeidet om kolorektale polypper <i>Rishab S. Chawla, Jan Thomas Houf, Roald F. Havre, Frank Pfeffer, Dai Chong, Hege Sætran, Hilde Gjelberg, Håvard Mjørud Forsmo</i>

Magasin

136	Intervju Legen med historiebrillene på <i>Tori Flaatten Halvorsen</i>
142	Essay Dobbelblindet litterært eksperiment <i>Martin Tesli</i>
146	Legelivet Paternalisme – bedre enn sitt rykte? <i>Anniken Fleisje, Berit H. Bringedal</i>

147	Å tette sprekken <i>Jan-Henrik Opsahl</i>
148	Til stede for ferskingene <i>Afroz Akram Shah</i>
150	Ett døgn med – Et fag som onkologi krever mye empati <i>Caroline Ulvin Johansson</i>
152	Fra arkivet Behandling av parasittvrangforestillinger <i>Julie Didriksen</i>
154	Anmeldelser
156	Ph.d.-disputaser
157	Minneord

Annonser

160	Legejobber
167	Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

169	Smarte investeringer for en bærekraftig spesialisthelsetjeneste <i>Anne-Karin Rime</i>
170	Medisin og magi hånd i hånd <i>Lisbet T. Kongsvik</i>
172	– Å drive utdanning koster <i>Anders Ryen</i>
173	Ønsker kandidater til lederprisen 2024 <i>Vilde Baugstø</i>
174	MedHum-aksjonen er tilbake <i>Vilde Baugstø</i>
175	Nye europeiske anbefalinger for økt legetrivsel <i>Ingrid Rise Fry</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

SYKEHUSET I VESTFOLD HF

Overlege, barnesykdommer

Frist 29. februar

SYKEHUSET INNLANDET HF

Lege i spesialisering, radiologi

Frist 22. februar

STAVANGER KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 15. februar

GJØVIK KOMMUNE

Fastlegehjemler

Frist 20. februar

HELGELANDSSYKEHUSET HF

Lege i spesialisering, fødselshjelp
og kvinnesykdommer

Frist 18. februar

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Lege i spesialisering, barne- og
ungdomspsykiatri

Frist 29. februar

HITRA KOMMUNE

Fastlege

Frist 26. februar

LYNGDAL KOMMUNE

Fastleger

Frist 29. februar

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Overlege, onkologi

Frist 25. februar

HELSE FØRDE HF

Overlege, psykiatri

Frist 29. februar

Ha en passe strålende dag!

Tilsynsrapporten fra Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet om Helseplattformen er en påminnelse om at strålevern er et felles ansvar.

Strålevern er vern for alle oss som jobber med medisinsk strålebruk og en sikkerhet for pasienter med behov for undersøkelser og behandling som involverer ioniserende stråling.

Strålebruk i helseforetakene og hos private tilbydere er hjemlet i strålevernloven og krever godkjenning som forutsetter at bruken er forsvarlig, berettiget og optimalisert (1). Økningen i strålebruk fra bildediagnostikk er ikke forventet å avta (2). Også i Norge er det CT-undersøkelser som bidrar til godt og vel halvparten av den kumulative stråledosen til befolkningen fra medisinsk strålebruk (3).

Tilfredsstillende strålevern i helsetjenestene er likevel langt mer enn optimal CT-protokoll til rett tid og blyfrakk og dosimetre til de ansatte. Strålevernet utøves ikke bare inne på røntgenlaboratoriet. Vernet griper inn i enhver arbeidsflate i en radiologisk avdeling og inngår i ansvaret og arbeidsoppgavene til radiologer, radiografer, medisinske fysikere og kontorpersonell. Videre berører det henvisningspraksisen i de øvrige sykehusavdelingene samt virksomheter i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Å lytte til fagfolk er et klokt utgangspunkt for helsetjenestene våre, likeså for strålevernet

At strålevernet er en gjennomgripende oppgave og et felles ansvar i moderne og komplekse sykehusstrukturer, kommer tydelig fram i Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet sin ferske rapport om St. Olavs hospital. Etter et tredagers tilsyn i november i fjor har direktoratet nå konkludert med at innføringen av journal- og pasientadministrasjonssystemet Helseplattformen «ikke legger til rette for forsvarlig og berettiget strålebruk» (4).

Tilsynet hadde bakgrunn i en rekke bekymringsmeldinger og varsler om uønskede hendelser etter innføring av Helseplattformen. De fleste meldingene er knyttet til undersøkelser med røntgenstråler og lysbehandling ved hudavdelingen, men i ettertid har det også kommet varsler for nukleærmedisin og MR-sikkerhet. Rapporten sammenfatter sin kritikk i fem overordnede avvik og én anmerking, herunder mangelfull lovpålagt innrapportering om strålebruk og feil koding (4).

Hvordan et journalsystem skal kunne medføre «uakseptabelt høy risiko for gjennomføring av uberettigede bildediagnostiske undersøkelser» (4), er ikke nødvendigvis intuitivt. Direktoratet konkluderer sågar med at Helseplattformen AS ikke har «en organisering som ivaretar forsvarlig, berettiget og optimalisert strålebruk» ved universitetssykehuset (4). Det i seg selv er både en vekker, en viktig påminnelse og en presisering om at strålevernet i ethvert helseforetak strekker seg helt fra pasienten på røntgenbordet og langt ut i styringsstrukturen av store, regionale endringsprosesser.

Ioniserende stråling øker risikoen for kreft, men helserisikoen ved lave stråledoser har vært vanskelig å dokumentere (5). Amerikanske helsemyndigheter anslo i 2018 at for hver 2 000 CT-undersøkelser vil én person dø av en kreftsykdom relatert til røntgenstråler (6). Nature

Medicine publiserte nylig en europeisk studie, med bidrag også fra norske forskere, der man fant at for hver 10 000 barn som undersøkes med CT (gjennomsnittsdose 8 mGy), vil 1–2 i løpet av de neste 12 årene utvikle en hematologisk kreftsykdom som kan tilskrives eksponering for medisinsk strålebruk i barndommen (7). For den enkelte pasient vil oftest nytten oppveie for risikoen, og en ny rapport basert på data fra Global Burden of Disease angir ingen holdpunkter for at den økende forekomsten av kreft blant unge på verdensbasis kan relateres til strålebruk (8).

Hvor mange og om det er yngre eller eldre pasienter som har gjennomgått unødvendige dobbeltundersøkelser med CT og andre uberettigede undersøkelser med røntgenstråler ved St. Olavs hospital, framgår ikke av rapporten. Hvordan dette var før innføringen av Helseplattformen, er heller ikke kjent, men feil og dobbeltundersøkelser har nødvendigvis skjedd før og skjer trolig ved enhver røntgenavdeling iblant. Til dette kan man merke seg at både «meldingstrøtthet» og fravær av intern kartlegging av omfanget blir kritisert i rapporten (4).

Å lytte til fagfolk er et klokt utgangspunkt for helsetjenestene våre, likeså for strålevernet. Medisinsk ansvar for enhver radiologisk virksomhet bør ligge hos spesialister i radiologi. Også her kan snarveier og innsparinger utgjøre en risiko for pasientsikkerheten – som da Helse Sør-Øst kjøpte private radiologiske tjenester som viste seg å bli utført av leger uten spesialistgodkjenning (9). Det er ufornuftig medisinsk strålebruk å fire på kvaliteten.

Med Gjør kloke valg-kampanjen medvirker en rekke fagmiljøer til å redusere overbehandling og overdiagnostikk. Man kan bidra til fornuftig medisinsk strålebruk ved selv å ta en titt på anbefalingene fra Norsk radiologisk forening (10). Å unngå å henvise til lavverdi røntgen- og CT-undersøkelser er både god ressursbruk og godt strålevern. ■

Tone Enden

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

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om strålevern og bruk av stråling [strålevernloven] - Kapittel III. Særskilte bestemmelser om medisinsk strålebruk. Lest 21.1.2024.
- 2 Maskell G. Why does demand for medical imaging keep rising? BMJ 2022; 379: o2614.
- 3 UNSCEAR. Evaluation of medical exposure to ionizing radiation. Lest 20.1.2024.
- 4 Tilsynsrapport DSA. Hendelsesbasert tilsyn ved St. Olavs Hospital HF i relasjon til innføring av Helseplattformen. Lest 20.1.2024.
- 5 DSA. Skadelige effekter av ioniserende stråling. Lest 21.1.2024.
- 6 FDA. What are the Radiation Risks from CT? Lest 21.1.2024.
- 7 Bosch de Basea Gomez M, Thierry-Chef I, Harbron R et al. Risk of hematological malignancies from CT radiation exposure in children, adolescents and young adults. Nat Med 2023; 29: 3111–9.
- 8 Zhao J, Xu L, Sun J et al. Global trends in incidence, death, burden and risk factors of early-onset cancer from 1990 to 2019. BMJ Oncology 2023; 2: e000049.
- 9 Topdahl RC, Mullis ME, Navestad L et al. Raser mot Unilabs etter skjult Romania-avtale. NRK 27.2.2023. Lest 21.1.2024.
- 10 Gjør kloke valg. Norsk radiologisk forening. Lest 21.1.2024.

Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning bør revideres

Verktøyene som anbefales for voldsrisikoutredning er dårlig tilpasset virkeligheten utenfor sikkerhetspsykiatrien. Dermed er det mange pasienter med behov for mer inngående utredning som ikke får det.



Illustrasjon: CSA Printstock / iStock

De siste årene har det vært mye oppmerksomhet rundt noen få, men særlig alvorlige saker knyttet til voldshandlinger begått av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I tilsynsrapportene har temaet voldsrisikoutredning vært et fokusområde (1, 2).

Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse ble sist oppdatert i april 2018 (3). Kort oppsummert beskriver de at voldsrisikoutredning bør overveies i ethvert pasientforløp hvor vold er en del av historien eller bekymringsbildet. Rådene legger opp til en tottrinnsprosess: først screening, etterfulgt av en mer inngående utredning der det identifiseres behov.

Sjekklisten som anbefales til screening for voldsrisiko, er V-RISK-10 (Voldsrisiko sjekkliste-10) (4). Dersom man kjenner pasientens sykehistorie, tar screening med V-RISK-10 få minutter å gjennomføre, og sjekklisten er godt egnet som screeningverktøy i allmennpsykiatrien.

Videre anbefaler de nasjonale faglige rådene at man benytter verktøyet HCR-20v3 (The Historical Clinical Risk Management-20, versjon 3) når pasienter trenger omfattende risikovurdering. HCR-20-utredning innebærer en strukturert klinisk vurdering som gjennomgår pasientens historie, identifiserer mønstre og resulterer i en konkret risikohåndteringsplan (5). Erfaringsmessig tar imidlertid HCR-20-vurderingen ofte lang tid å gjennomføre, og den krever formell opplæring. Dersom behandlere ikke har tilstrekkelig tid eller ikke har opplæring i metoden, fraråder Helsedirektoratet å bruke verktøyet (3).

Hva som bør skje dersom screening identifiserer at pasienten har behov for mer inngående vurdering, men behandleren ikke har tilstrekkelig tid eller opplæring til å gjøre HCR-20-utredning, fremstår uklart. I allmennpsykiatrien oppstår en slik situasjon nærmest rutinemessig. Utredning ved sikkerhetspsykiatrisk enhet er sjelden et alternativ for disse pasientene, da antallet vil være for høyt, og det store flertallet ikke har begått en alvorlig voldshandling.

Med dagens anbefalinger risikerer pasienter med økt voldsrisiko å ikke få adekvat utredning med forslag til tiltaksplan

I rapporten som Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten – UKOM – skrev etter Kongsberg-drapene i 2021, kom det fram at behandlere i psykisk helsevern synes vurdering av voldsrisiko er utfordrende (6). De etterlyser et verktøy som er mindre tidkrevende enn HCR-20v3, men som likevel kan brukes til inngående voldsrisikoutredning, og med mulighet for å utarbeide en risikohåndteringsplan.

I flere av sakene som tilsynsmyndighetene har vurdert, har man konkludert med at det ikke har foreligget uforsvarlighet fordi behandlingen har vært i tråd med relevante retningslinjer. Samtidig gir UKOM-rapporten og Vestre Vikens interne hendelsesanalyse (7) etter Kongsberg-drapene holdepunkter for at det er mangler i de nasjonale faglige rådene.

Vår mening er at en utvidet kartlegging, kall det gjerne en «inngående V-RISK-10-vurdering», med utarbeidelse av en plan for voldsrisikohåndtering, kan være et alternativ i allmennpsykiatrien. Relevante risikofaktorer kan kartlegges med V-RISK-10-sjekklisten. Deretter kan behandler utarbeide en plan for

videre håndtering, basert på sjekklistens punkt 10 om fremtidige risikosituasjoner. Ved å skissere ulike risikosituasjoner vil man med planen kunne lage tiltak for å redusere sannsynligheten for at slike risikosituasjoner skal kunne oppstå. Håndteringsplanen kan være en forenklet versjon av tilsvarende planer som brukes ved utskrivelse fra sikkerhetsenheter. Det bør utarbeides en mal for slike voldsrisikohåndteringsplaner.

De nasjonale rådene for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse bør revideres slik at de blir nyttige for flere. Med dagens anbefalinger risikerer pasienter med økt voldsrisiko å ikke få adekvat utredning med forslag til tiltaksplan. Dette øker sannsynligheten for uønskede og alvorlige hendelser, og økt utrygghet for pasienter, pårørende og publikum som følge. Det er urealistisk å skulle sette av tilstrekkelig med ressurser i allmennpsykiatrien til at HCR-20-utredning kan brukes regelmessig ved identifisert økt voldsrisiko. Vi ser en mer inngående V-RISK-10-vurdering med utarbeidelse av tiltaksplan som et hensiktsmessig alternativ. ■

Pia Jorde Løvgren

pia.lovgren@me.com

Pia Jorde Løvgren er ph.d., spesialist i psykiatri og overlege ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helse Sør-Øst. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sondre Sperle Engebretsen

Sondre Sperle Engebretsen er spesialist i psykiatri, klinikkoverlege og fagsjef medisin ved Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Statsforvalteren i Innlandet. Fikk forsvarlig helsehjelp. Lest 8.12.2023.
- 2 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand? Lest 15.1.2024.
- 3 Helsedirektoratet. Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse. Lest 15.1.2024.
- 4 Bjørkly S, Hartvig P, Heggen FA et al. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry* 2009; 24: 388–94.
- 5 Douglas KS, Hart SD, Webster CD et al. HCR-20v3: assessing risk for violence: user guide. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 2013.
- 6 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko. Lest 15.1.2024.
- 7 Hendelsesanalyse PHR. K1 Synergi 107890 v1-0 ENDELIG. Drammen: Vestre Viken, 2022.

For tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer

I Norge har vi lenge hatt en sterk nedgang i dødelighet av kreft, hjerte- og karsykdom, diabetes og kronisk lungesykdom før 70-årsalderen. De siste fire årene har nedgangen flatet ut.

Kreft, hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer og diabetes er fire ikke-smittsomme sykdomsgrupper (på engelsk: *noncommunicable diseases*), som har til felles at de kan forebygges ved å redusere tobakksbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol. De to største sykdomsgruppene, kreft og hjerte- og karsykdom, har størst betydning.

Bakgrunnen for utflatingen i 2019–22 kan være at vi nå har «tatt ut» det meste av effekten av mindre tobakksbruk. Norge har hatt en sterk nedgang i andelen dagligrøykere, men vi har ikke klart å snu den uheldige utviklingen for risikofaktorer som fysisk inaktivitet, usunt kosthold og fedme, og vi har heller ikke klart å redusere alkoholforbruket. Er det slik at vektøkning og alkoholbruk vil bety mer for utviklingen av for tidlig død på grunn av ikke-smittsomme sykdommer i fremtiden?

Videre sammenfalt utflatingen med koronapandemien og med innføringen av elektronisk dødsmelding. Kan disse forholdene ha betydning for utflatingen vi nå ser?

FNs globale bærekraftsmål om ikke-smittsomme sykdommer er en videreføring av Verdens helseorganisasjon sin globale handlingsplan (1, 2). Målet er å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med 33 % i perioden 2015–30. For tidlig død defineres i denne sammenhengen som død i aldersgruppen 30–69 år. Selv om majoriteten av for tidlige dødsfall skjer i lav- og middelinntektsland, gjelder dette målet for alle land. Handlingsplanen definerer 9 mål og 25 indikatorer som omfatter dødelighet og sykelighet, risikofaktorer knyttet til adferd og kliniske målinger, samt nasjonale tiltak.

Er det slik at vektøkning og alkoholbruk vil bety mer for utviklingen av for tidlig død på grunn av ikke-smittsomme sykdommer i fremtiden?

Disse målene ble inkludert i vår nasjonale strategi for ikke-smittsomme sykdommer allerede i 2013 (3). Gjennom et bredt nasjonalt samarbeid og en kontinuerlig oppdatering av tall følges utviklingen av målene tett. Å følge indikatorene for ikke-smittsomme sykdommer er en del av det nasjonale arbeidet i kampen mot ikke-smittsomme sykdommer.

Vi har hatt en sterk nedgang på 13 % i aldersstandardiserte rater i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer for aldersgruppen 30–69 år i perioden 2015–19. Nå flater dødeligheten ut (4); i perioden 2019–22 var nedgangen kun 2 %.

I 2022 var det 278 (25 %) flere dødsfall på grunn av hjerte- og karsykdommer i gruppen < 70 år enn det som var forventet, basert på en ekstrapolering av dødsratene fra perioden 2010–19 (5). Det var betydelig flere enn forventet i undergruppene med annen iskemisk hjerte- og karsykdom og hypertensjon. En tilsvarende tendens ser vi i Sverige og Danmark (6, 7). I England har man også observert flere

dødsfall enn forventet i aldersgruppen 25–64 år, dominert av hjerte- og karsykdommer (8).

Siden 1990-tallet har de nordiske landene hatt en klar nedgang i dødeligheten av kreft i aldersgruppen 30–69 år, både blant kvinner og menn. For kvinner i Norge var det en utflating i dødelighet av alle kreftformer samlet i perioden 2019–21. Dette kan skyldes tilfeldig variasjon siden det er ingen sikker utflating for de to vanligste dødsårsakene av kreft i denne aldersgruppen: lunge- og brystkreft (9). Utflatingen ble etterfulgt av en nedgang i dødelighet i 2022 (4).

Utviklingstrekkene viser at det er viktigere enn noen gang å følge med på om vi når Verdens helseorganisasjon sine 9 mål og om de 25 indikatorene om ikke-smittsomme sykdommer utvikler seg i riktig retning. Det er gledelig at regjeringen med Folkehelsemeldingen har besluttet at det skal lages en ny strategi fram mot 2030 (10) der disse siste utviklingstrekkene vil være viktige utgangspunkt for strategien. ■

Inger Ariansen

inger.ariansen@fhi.no

Inger Ariansen er ph.d., lege og seniorforsker ved Avdeling for kroniske sykdommer, Folkehelseinstituttet. Hun leder det nasjonale samarbeidet om ikke-smittsomme sykdommer. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Inger Kristin Larsen

Inger Kristin Larsen er ph.d., seniorforsker og leder for Seksjon for analyse og forskning ved Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet. Hun medvirker i det nasjonale samarbeidet om ikke-smittsomme sykdommer. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Lest 24.1.2024.
- 2 World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Lest 24.1.2024.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. NCD-strategi - For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Lest 24.1.2024.
- 4 Folkehelseinstituttet. NCD indikator 1 - For tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer Lest 20.12.2023.
- 5 Strøm MS, Sveen KA, Raknes G et al. Dødsårsaker i Norge 2022. Lest 24.1.2024.
- 6 Sosialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker. Lest 5.1.2024.
- 7 Danmarks Statistik. De globale Verdensmål. Dødelighed – udvalgte sygdomme. Lest 5.1.2024.
- 8 Pearson-Stuttard J, Caul S, McDonald S et al. Excess mortality in England post COVID-19 pandemic: implications for secondary prevention. *Lancet Reg Health Eur* 2023; 36: 100802.
- 9 Larønningen S, Arvidsson G, Bray F et al. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 9.3 (02.10.2023): Association of the Nordic Cancer Registries. Lest 20.12.2023.

DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
alvorlig RSV-infeksjon²

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

82,6 %

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

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

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

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

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

¹Komorbiditeter 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.



Illustrasjon: Tidsskriftet

Hvem skal lede Midt-Norge ut av krisen?

Helseplattformen er en dårlig løsning på en enkel visjon. For helsetjenestene i Midt-Norge er konsekvensen en ond sirkel med tap av kvalitet, tillit og penger. Å bryte sirkelen krever kriseledelse.

Den 13. desember 2023 gikk et oppsiktsvekkende styremøte i Helse Midt-Norge RHF av stabelen. Forut for møtet hadde direktør og styre i Helse Møre og Romsdal HF innstilt på og vedtatt utsettelse av Helseplattformen ved sykehusene i helseforetaket. På tross av åpne tilsynssaker og en blodrød risiko- og sårbarhetsanalyse valgte man på å overkjøre det lokale helseforetaket, og fortsette med planlagt innføring i april 2024. I det åpne styremøtet kunne vi høre flere styremedlemmer klage over at Helseplattformen er en svært kompleks sak. *Kaotisk sak* hadde vært en mer presis beskrivelse.

Grunnsteinen til kaoset ble lagt da man skulle realisere den enkle visjonen «En innbygger – én journal», og valgte å tolke dette som «én innbygger – ett dataprogram». Da anbudet ble sendt ut, svarte alle tilbydere utenom den amerikanske leverandøren Epic at dette ikke ville la seg gjøre på en hensiktsmessig måte: Veien inn i fremtiden er ikke et gigantisk dataprogram som skal løse alt for alle, men en felles standard for lagring og utveksling av helseinformasjon, tilgjengelig via ulike programmer tilpasset den aktuelle delen av helsevesenet. Det gir fleksibilitet og endringsdyktighet (1, 2).

Flertallet av skeptiske tilbydere fikk rett, og helsetjenestene i Midt-Norge har frontkollidert med virkeligheten.

God ledelse er veien ut av krise

Når valgene som har ført frem til krisen er gjort av de sittende lederne, er det krevende å styre seg ut. Den svekkede tilliten blant ansatte er legitim. At ledere i de lokale helseforetakene har tillit, hjelper lite når de er umyndiggjorte, og øvrig ledelse fremstår som et mangelhullet troll.

For kommunene kan eierskapet i Helseplattformen minne om et pyramidespill, der det gis insitamenter for å få andre med for å hindre egen undergang (3). Jo færre kommuner som blir med i prosjektet, jo høyere er kostnadene for dem som allerede er med. Selv om Helse Midt-Norge er den største eieren, så har ikke det regionale helseforetaket noe overordnet ansvar, og prosjektet er ikke underlagt foretakets øvrige IT-organisasjon HEMIT. Oppdraget om å innføre Helseplattformen i Helse Midt-Norge ble gitt og bekreftet av toppolitikere som i dag både er i posisjon og i opposisjon. I sum er Helseplattformen et skilsmissebarn med et sammensurium av foreldre og steforeldre med ulike behov og med liten lyst til å ta hverken skyld eller ansvar.

For kommunene kan eierskapet i Helseplattformen minne om et pyramidespill, der det gis insitamenter for å få andre med for å hindre egen undergang

Nå må noen utøve et tydelig lederskap. Dette inkluderer å ta et uforbeholdent ansvar for situasjonen og å kommunisere en situasjonsbeskrivelse som ansatte i helseforetak og kommuner kjenner seg igjen i. Risikoviljen kan ikke være høyere hos ledere enn det som er lovlig og akseptabelt for det utøvende helsepersonellet (4, 5). Å skyldte på ansattes «vonde vilje» eller uttrykke krenkelse over at berørte parter tar til sterke ord når krisen fortsetter, bidrar til å forverre krisen (6, 7). Å kaste ut et kostnads-estimat det knapt finnes dokumentasjon for, eller proklamere en unyansert umulighet av å snu, oppleves som en provokasjon (8) – særlig når utspillene kommer fra hoder på trollet som ikke åpenbart har kompetanse innen IT, helse eller helsetjenesteutvikling (9).

Reversering er tidkrevende og kostbart, men umulig er det ikke. Å prise inn tap av kompetente arbeidstakere, tap av effektivitet, tap av fleksibilitet og endringsdyktighet kan få regnestykkene til å se helt annerledes ut enn de gjør i «tenk på et tall»-presentasjonene til styret i Helse Midt-Norge (10).

Det gjenstår å se om Helseplattformen er en ondartet kreftsvulst som burde blitt operert vekk før den fikk spredd seg. Eller om den blir redningen for et helsevesen som ikke trengte redning før innføringen. Før man går videre, må helseminister, direktører og styrer i helseforetak og kommuner vise at de har skjont hva man legger i potten med å rulle ut systemet videre. Troverdige 20-årsperspektiv med beste- og verstefallsscenarioer ved å fortsette kontra å reversere prosjektet, må legges frem internt og i media.

Det amerikanske helsevesenet er verdens minst effektive. Historisk har man i USA hatt lite utbygde offentlige helsetjenester og likevel brukt nesten dobbelt så mange statlige penger på helsevesenet per capita enn det vi gjør i Norge (11). Når vi nå henter inn metodene fra «klassens dårligste», er det en uheldig vei inn i en fremtid med høyere krav til effektivitet.

Det resterende Helse-Norge vil godta at man mislyktes i et IT-prosjekt og reverserte til en høy engangskostnad. Men de kommer ikke til å godta at helsetjenestene i Midt-Norge får overført flere kroner per innbygger enn resten av landet i all overskuelig fremtid fordi man valgte et dårlig dataprogram med kaotisk eierskap og forvaltning. ■

Mottatt 3.1.2024, første revisjon innsendt 4.1.2024,
godkjent 8.1.2024.

Einar Nilsen

Einar Nilsen er spesialist i medisinsk mikrobiologi og avdelingssjef ved Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Helse Møre og Romsdal. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Storvik AG. Ute av dansen i kampen om IT-kontrakt verdt 2,7 milliarder. Dagens Medisin 25.11.2016. Lest 8.1.2024.
- 2 Storvik AG. IT-selskap trakk seg fra milliardanbud i Helse Midt i siste liten – kun én leverandør igjen. Dagens Medisin 18.6.2018. Lest 8.1.2024.
- 3 Hoff PM. Helseplattformen – den nye Terraskandalen? Sunnmørsposten 17.11.2023. Lest 8.1.2024.
- 4 Almendingen B. Kommunaldirektør om Helseplattformen: – Vi må tåle risiko. Kommunal Rapport 24.4.2023. Lest 8.1.2024.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). § 4. Forsvarlighet. Lest 8.1.2024.
- 6 Thobroe G, Ørnhaug ER. Skylder på brukerne for at over 16.000 brev ikke kom frem. NRK 8.3.2023. Lest 8.1.2024.
- 7 Pettrém MT. Direktører langer ut mot brukernes Helseplattformen-kritikk – leide inn PR-hjelp før styremøte. Aftenposten 30.1.2023. Lest 8.1.2024.
- 8 Simonsen MCA. Kostnad for ny utsettelse av Helseplattformen? 600 millioner kroner. Dagens Medisin 7.12.2023. Lest 8.1.2024.
- 9 Almendingen B. Kommunedirektører presser sykehus til å innføre Helseplattformen. Kommunal Rapport 12.12.2023. Lest 8.1.2024.
- 10 Styreadministrasjon Helse Midt-Norge RHF. Sakspapirer styremøte 13.12.2023. Lest 2.1.2023.
- 11 OECD. Health spending. Lest 2.1.2023.

Tekst: Sigbjørn Rogne

Bedre oppfølging av idiopatisk skoliose

Ortopeder bør sørge for bedre og mer tilrettelagt behandling av pasienter med idiopatisk skoliose.

Idiopatisk skoliose, økende ryggskjevhet av ukjent årsak, har en prevalens på 2–3 % og påvises oftest i barne- og ungdomsårene (1, 2). Ved stor feilstilling er den såkalte Cobbs vinkel 25–45 grader. Vinkelen måles ut ifra de to mest vinklede ryggvirvlene i det skjeve partiet. Behandling av tilstanden frem til vekstslutt er å bruke korsett (1). Ved større skjevhet enn dette, er det aktuelt med kirurgi med oppretting og avstiving av ryggen. Det er et vanskelig valg ettersom det gir livslang funksjonsnedsettelse (1–3).

Skjevhet etter avsluttet vekst hos uopererte, overbelaster ryggvirvlene. Etter år og tiår kan ryggvirvler degenerere, slik at skjevheten også forverres av degenerativ skoliose (2, 4, 5). Når kompensasjonsmekanismene er oppbrukt, tilkommer smerter fra ryggmuskulatur og lumbal spinal stenose (2, 4, 5). Osteoporose som skyldes alder, og lavt aktivitetsnivå grunnet ryggsmarter, kan gi dårlig skruefeste og hindre kirurgi med oppretting og avstiving av ryggen. Fordeler med tidlig kirurgi er mindre degenerativ skoliose og funksjonsnedsettelse, siden mindre må opprettes og avstives, samt bedre skruefeste (2, 5, 6).

Dårligere prognose enn tidligere antatt

En studie publisert i 2023 fra Rigshospitalet i København, vurderer hvordan det går 40 år etter påvisning av idiopatisk skoliose (7–9). Tre grupper ble fulgt, og gjennomsnittsalderen var da 54 år. Ved siste kontakt på Rigshospitalet i ungdomsårene, var gjennomsnittlig Cobbs vinkel 19 grader i observasjonsgruppen, 38 grader i den korsettbehandlede gruppen og 39 grader i den opererte gruppen. 40 år etter påvisning hadde gjennomsnittlig Cobbs vinkel økt til henholdsvis 25, 55 og 47 grader i de tilsvarende gruppene. Ryggsmarter var hovedgrunnen til at 21 % ikke klarte å jobbe fulltid, sammenlignet med at 11 % ikke klarte å jobbe fulltid i tilsvarende normalbefolkning. Drøyt halvparten av de som ikke klarte å jobbe fulltid, var korsettbehandlet. Skoliosepasientene hadde signifikant dårligere livskvalitet enn tilsvarende normalbefolkning.

En kanadisk studie publisert i 2019, sammenlignet operasjon av voksne og ungdom (5). Gjennomsnittsalderen var henholdsvis 44 og 16 år. Før operasjon hadde de voksne mer smerter og funksjonsnedsettelse, men operasjon ga større bedring enn hos ungdommene. Imidlertid måtte et betydelig lengre parti av ryggen avstives grunnet degenerering av ryggvirvler.

Det er nå god dokumentasjon for at Cobbs vinkel over 30 grader etter vekstslutt hos uopererte innebærer høy risiko for gradvis forverring av skjevheten i løpet av år og tiår, grunnet samtidig idiopatisk og degenerativ skoliose (2, 4, 5, 7–9). Smerter, funksjonsnedsettelse og tap av livskvalitet kan oppstå først etter flere tiår når kompensasjonsmekanismene er uttømt (2, 4, 5, 7–9). Jeg mener derfor at det bør tilbys jevnlig oppfølging til denne pasientgruppen for å unngå prognosetap. →

Brudd på lov om pasientrettigheter og helsepersonell

Nå mangler det retningslinjer for oppfølging av og informasjon til uopererte etter vekstslutt. Enkel billed-diagnostikk med røntgen, for eksempel hvert femte år, av uopererte med Cobbs vinkel over 30 grader, vil kunne påvise tiltagende idiopatisk og degenerativ skoliose. Tidligere kirurgi gir mindre smerter og funksjonsnedsettelse i etterkant (2, 4, 5, 8, 9).

Mitt inntrykk er at ortopeder ikke har informert helsemyndigheter og spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering om at prognosen er dårligere enn tidligere antatt. Det har blant annet resultert i feilinformasjon i veileder for fysikalsk medisin og rehabilitering (10). Under overskriften «Strukturelle nakke- og ryggplager» kan vi lese at operasjonsindikasjon først og fremst er kosmetisk, at korsett stopper progresjonen og at de fleste har like godt funksjonsnivå og tilsvarende livskvalitet som jevnaldrende uten skoliose 20–30 år etter operasjon eller korsettbehandling. Problemene belyses praktisk talt ikke. Idiopatisk skoliose prioriteres derfor ikke til spesialisert rehabilitering, for eksempel til gruppeopphold med bassengtrening som reduserer rygg smerter under trening og bedrer livskvaliteten.

Jeg mener at ortopeder påfører prognosetap for denne pasientgruppen ved å bryte informasjonsretten og forsvarlighetskravet, samt ved å frata muligheten til samvalg og spesialisert rehabilitering. ■

Mottatt 9.1.2024, første revisjon innsendt 18.1.2024, godkjent 22.1.2024.

Sigbjørn Rogne

Sigbjørn Rogne er ph.d., overlege og spesialist i fordøyelsessykdommer og geriatri. Han ble operert for idiopatisk skoliose i 2022. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Tønseth KA, Wever DJ. Korsettbehandling ved idiopatisk skoliose. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 170–2.
- 2 Newton PO, Samdani AF, Shufflebarger HL et al. Idiopathic Scoliosis: The Harms Study Group Treatment Guide. 2. utg. Stuttgart: Thieme, 2021.
- 3 Andersen MO, Thomsen K. Udredning og behandling af adolescent idiopatisk skoliose. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2524–7.
- 4 UpToDate. Scoliosis in the Adult. Lest 22.1.2024.
- 5 Lonner BS, Ren Y, Bess S et al. Surgery for the Adolescent Idiopathic Scoliosis Patients After Skeletal Maturity: Early Versus Late Surgery. Spine Deform 2019; 7: 84–92.
- 6 Kino K, Fujiwara K, Fujishiro T et al. Health-related quality of life, including marital and reproductive status, of middle-aged Japanese women with posterior spinal fusion using Cotrel-Dubousset instrumentation for adolescent idiopathic scoliosis: Longer than 22-year follow-up. J Orthop Sci 2020; 25: 820–4.
- 7 Ragborg LC, Dragsted C, Ohrt-Nissen S et al. Health-related quality of life in patients 40 years after diagnosis of an idiopathic scoliosis. Bone Joint J 2023; 105-B: 166–71.
- 8 Rigshospitalet. Dansk rygstudie finder banebrydende resultater i arkiverne. Lest 22.1.2024.
- 9 Birch NC, Tsirikos AI. Long-term follow-up of patients with idiopathic scoliosis : providing appropriate continuing care. Bone Joint J 2023; 105-B: 99–100.
- 10 Brox JI. Strukturelle nakke- og ryggplager. Lest 22.1.2024.

Smertebehandling av ryggpasienter

Pasienter med langvarige rygg smerter må fortsatt behandles med kognitive teknikker der fokuset på smertene i seg selv nedtones og mestringsstrategier dannes.

Prosjektleder i Ryggforeningen i Norge Geir Sigurd Henriksen etterlyser i en interessant debattartikkel i Tidsskriftet større fokus på smertene per se i behandlingen av spesielt den ressurskrevende gruppen med langvarige, arbeidshindrende rygg smerter (1). Han skriver at norske (og internasjonale) retningslinjer i stor grad er sentrert rundt psykologiske og psykososiale faktorer og i liten grad omhandler f.eks. nevromuskulær sensitiviserings teori som grunnlag for behandlingen.

Det kan godt tenkes at en oppdatering av nasjonale retningslinjer kunne vært på sin plass, 17 år etter utgivelsen (2). Når dette ikke har skjedd, skyldes det nok i hovedsak to forhold: For det første er den kunnskapen om ryggplager som vi hadde i 2007, fortsatt gyldig også i 2024. Det er kanskje forstemmende, men forskningen har ikke brakt ny kunnskap som i vesentlig grad gir grunn til å endre anbefalingene. Dette bekreftes blant annet av en grundig oppsummering av kunnskapsfeltet i The Lancet i 2018 (3). Heller ingen andre land har etter vår erfaring revidert sine nasjonale retningslinjer.

For det andre ble den udefinerbare, men vellykkede konstruksjonen Nasjonalt ryggnettverk nedlagt i 2007. Meningen var at Formi (Forsknings- og formidlings enheten for muskelskjeletthelse ved Oslo universitetssykehus) skulle overta den funksjonen som ryggnettverket hadde hatt. Formi har imidlertid valgt mer å fokusere på generell forskning innen muskel- og skjelettlidelser og har ikke videreført ryggnettverkets rolle som et samlende miljø for både klinikere og forskere innen ryggbehandling i Norge.

Sensitiviserings teori

Sentral sensitivisering er en teori for forståelse for langvarige smerter, også muskel- og skjelettlidelser, inkludert rygg smerter. Utfordringen er at selv med dette fokuset er det vanskelig å se hvordan man skal endre den praktiske, kliniske tilnærmingen til den enkelte pasient. I en stor studie fikk fastleger og fysioterapeuter opplæring i moderne smerteforståelse og skulle benytte denne kunnskapen i en fastsatt mal i behandling av ryggpasienter (4). Studien kunne ikke vise at økt kunnskap om smerte blant pasientene førte til raskere retur til jobb.

Fokus på smerte i behandlingen av ryggpasienter er det motsatte av den kognitive tilnærmingen, der man ønsker mindre oppmerksomhet rettet mot smerte som symptom. Ved langvarige rygg smerter viste en ny studie ledet av australske fysioterapeuter meget god effekt av kognitiv funksjonell tilnærming sammenliknet med vanlig behandling (5). Også smerteklinikker synes de senere årene i større grad å gå bort fra ren smertebehandling og over til en mer kognitiv rettet behandling. For eksempel viste en norsk studie av høy kvalitet ingen effekt av epidurale injeksjoner (6). Det er heller ikke vist at bruk av opiat (7) eller ryggmargsstimulering (8) har effekt.

Et viktig vindu i ryggbehandlingen er de første fire ukene av ryggepisoden, der avdramatisering og normali-



Reijer Stolk *Anatomical study of the back and buttocks of a man* (1906–1945). Rijksmuseum Amsterdam / Public domain

sering av aktivitet og bevegelsesmønster er sentralt. Vi skal være ydmyke nok til å erkjenne at det fortsatt er mye vi ikke forstår om årsakene til at noen får langvarige smerter. Den største utfordringen nå er imidlertid etter vårt syn at klinikere ennå ikke benytter den kunnskapen vi faktisk har. Fortsatt blir ryggpasienter passivisert, gjort til gjenstand for passive behandlinger og henvist til bildediagnostikk uten klinisk relevans.

Det er uklart hva sentral sensitivisering egentlig innebærer og hvilken praktisk betydning denne teorien kan ha i klinisk praksis. Vi er ikke kjent med forskning som har omsatt slik kunnskap til klinisk praksis med overbevisende suksess. Vi velger derfor fortsatt å forstå ryggpasienten i en biopsykososial kontekst, hvilket også blir førende for behandlingen. ■

Mottatt 13.1.2024, godkjent 22.1.2024.

Erik L. Werner

Erik L. Werner er fastlege og professor i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo.

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

Jens Ivar Brox

Jens Ivar Brox er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, overlege ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

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

Litteratur

- 1 Henriksen GS. Ryggproblem eller smerteproblem? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0737.
- 2 Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggssmerter med og uten nerverotaffeksjon. Lest 22.1.2024.
- 3 Foster NE, Anema JR, Cherkin D et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet 2018; 391: 2368–83.
- 4 Werner EL, Storheim K, Løchting I et al. Cognitive patient education for low back pain in primary care: A cluster randomized controlled trial and cost-effectiveness study. Spine 2016; 41: 455–62.
- 5 Kent P, Haines T, O'Sullivan P et al. Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. Lancet 2023; 401: 1866–77.
- 6 Iversen T, Solberg TK, Romner B et al. Effect of caudal epidural steroid or saline injection in chronic lumbar radiculopathy: multicentre, blinded, randomised controlled trial. BMJ 2011; 343: d5278.
- 7 Jones CMP, Day RO, Koes BW et al. Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2023; 402: 304–12.
- 8 Hara S, Andresen H, Solheim O et al. Effect of Spinal Cord Burst Stimulation vs Placebo Stimulation on Disability in Patients With Chronic Radicular Pain After Lumbar Spine Surgery: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2022; 328: 1506–14.

VISSTE DU AT de regionale helseforetakene anbefaler **Lokelma** (NATRIUM- ZIRKONIUM- SYKLOSILIKAT) som førstevalg i vedlikeholds- behandlingen av hyperkalemi fra 1. jan 2024?¹

NYHET
1. VALG ANBUD
2430a hyperkalemi¹

KORREKSJONSFASE

**ANBEFALT
STARTDOSE:**

**10 g x 3
/ dag***



til normokalemi er oppnådd

VEDLIKEHOLDSFASE

NYHET
RHF's 1. valg¹

**ANBEFALT
STARTDOSE:**

**5 g x 1
/ dag***



med mulighet for justering

KRONISK HEMODIALYSE

**ANBEFALT
STARTDOSE:**

**5 g x 1
/ dag***



på dager uten dialyse

* Hvis pasienten glemmer en dose, bør neste dose tas til planlagt tid

LOKELMA - KALIUMBINDER INDISERT FOR BEHANDLING AV HYPERKALEMI HOS VOKSNE²,³

Utlagt sikkerhetsinformasjon: De vanligste bivirkningene er hypokalemi (4,1%) og ødemrelaterte hendelser (5,7%). Serumkaliumnivå bør monitoreres ved klinisk indikasjon også etter endring av legemidler som påvirker serumkaliumkonsentrasjonen (eks. ved RAASi eller diuretika) og etter at Lokelma-dosen er titrert. Monitoreringshyppighet vil avhenge av bl.a. andre legemidler, progresjon av kronisk nyresykdom og kaliuminntak i kosten. Ved alvorlig hypokalemi skal Lokelma seponeres og pasienten revurderes. Bruk under graviditet bør unngås.

LOKELMA (NATRIUMZIRKONIUMSYKLOSILIKAT) – VIKTIG INFORMASJON

Indikasjon: Behandling av hyperkalemi hos voksne.

Dosering: Korrigeringsfase: Anbefalt startdose er 10 g 3 ganger daglig. Når normokalemi er oppnådd bør vedlikeholdsdosering følges. Hvis normokalemi ikke oppnås etter 72 timer med behandling, bør andre behandlingsstrategier vurderes.

Vedlikeholdsfasen: Når normokalemi er oppnådd, skal den laveste effektive dose fastsettes. Anbefalt startdose 5 g 1 gang daglig. Ved behov kan dosen titreres opp til 10 g en gang daglig, eller ned til 5 g annenhver dag. Vedlikeholdsdosen bør ikke overskride 10g en gang daglig.

Kronisk hemodialyse: Lokelma skal kun gis på dager uten dialyse. Anbefalt startdose er 5 g en gang daglig. For å etablere normokalemi kan dosen titreres ukentlig opp eller ned, basert på predialytisk serum-kaliumnivå etter et langt interdialytisk intervall/LIDI. Dosen kan justeres med en ukes intervall, i trinn på 5 g, opp til en dose på 15 g en gang daglig på dager uten dialyse. Det anbefales å overvåke serum-kaliumnivå ukentlig under dosejustering.

Administrering: Doseposens innhold blandes med ca. 45 ml vann, og væsken drikkes mens den ennå er klar.

Refusjon: H-resept

Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonale faglig retningslinje og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. Vilkår: 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Lokelma inngår i RHF anbefalinger til vedlikeholdsbehandling av hyperkalemi hos pasienter med kronisk nyresvikt eller hjertesvikt.

For legemidlene under skal denne rangeringen legges til grunn for de ulike doseringene:

1. valg: Natriumzirkoniumsyklosilikat (Lokelma, AZ) 5 g daglig / 10 g daglig
 2. valg: Patiromersorbitekskalsium (Veltassa, Vifor) 8,4 g daglig / 16,8 g daglig
- Der det foreligger en rangering, skal førstevalg benyttes i oppstart og medisinsk begrunnet endring av behandling. Vedtaket gjelder i perioden 01.01.2024 - 31.05.2026.

Pakninger og priser: 5 g 30 stk. (dosepose) kr. 3264,20; 10 g 30 stk. (dosepose) kr. 6492,10. Reseptgruppe C.

For fullstendig informasjon, les FK-tekst eller godkjent SPC på www.felleskatalogen.no for Lokelma. NO-11602-12-23-CVRM

Tekst: Cecilie Smith Ødegaard et al.

Etisk ryggrad i møte med politisk konflikt

Siden de bestialske terrorangrepene 7. oktober 2023 utløste krigen mellom Israel og Hamas, har Legeforeningen utvist et ensidig politisk engasjement.

Legeforeningen har sluttet seg til flere solidaritetsmarkeringer som har oppfordret til å «respektene den medisinske nøytraliteten» under den pågående krigen mellom Israel og Hamas (1). Markeringene har i all hovedsak fremmet et ensidig budskap med krav om en umiddelbar stopp i angrep mot helseinstitusjoner i Gaza, rettet utelukkende mot Israel. Samtidig har en klar og tydelig avstand fra Hamas' terrorvirksomhet, herunder drap, henrettelser, voldtekt, kidnapping og kynisk bruk av egen sivilbefolkning som levende skjold, vært totalt fraværende. Vi mener at Legeforeningen dermed har unnlatt å vurdere konfliktens kompleksitet og hvilke konsekvenser dette kan få for legers handlingsrom i Norge.

Mangelfull ansvarsfordeling

I eventbeskrivelsen på Facebook for solidaritetsmarkeringen 11. desember 2023 (Helsevesenet skal ikke angripes – i solidaritet med helsearbeidere i Gaza) stod det følgende:

«Regjeringen oppfordres til å øke presset mot de krigførende partene og kreve: Varig våpenhvile for å hindre fremtidige sivile dødsfall og skade på Gazas sykehus og helseinstitusjoner» (2).

Det er umulig å være uenig i at krigføring ikke skal ramme sivile og spesielt ikke barn, sykehus eller helsepersonell. Samtidig mener vi at når Legeforeningen velger å engasjere seg politisk i den gjeldende krigen, er det behov for mer presise uttalelser og en tydeligere ansvarsfordeling mellom sidene.

I oppropet «Hele landet for fred i Gaza» i Oslo 16. desember ble det lagt frem krav om en umiddelbar stopp i kun israelske bombeangrep og krav til at sivilbefolkningen kun i Gaza skulle skånes (3).

Hva er grunnen til at det i solidaritetsmarkeringer ikke tas klar og tydelig avstand fra Hamas' terrorvirksomhet og kynisk bruk av helseinstitusjoner og egne sivile som menneskelige skjold?

Her lurer vi på hva Legeforeningen mener om Hamas' rolle som krigførende part. Hva er grunnen til at det i overnevnte solidaritetsmarkeringer ikke tas klar og tydelig avstand fra Hamas' terrorvirksomhet og kynisk bruk av helseinstitusjoner og egne sivile som menneskelige skjold?

Vi lurer på om Legeforeningen i sitt krav om «helseinstitusjoners nøytralitet» også registrerer at samtlige israelske kidnappede gisler har blitt holdt fanget ved eller blitt funnet drept i eller i nærheten av helseinstitusjoner i

Gaza (4)? Og hvordan forholder Legeforeningen seg til lege og direktør Ahmed al-Kahlout ved Kamel Adnan-sykehuset i Nord-Gaza sine beskrivelser av Hamas' terrorvirksomhet ved sykehuset? I avhør med israelsk etterretning avdekket han at flere leger, sykepleiere og ambulansepersonell i egen stab også er medlemmer av Hamas' militære al-Qassam-brigade (5).

Et umulig skille

Tidligere generalsekretær i Leger Uten Grenser (Médecins Sans Frontières) Alain Destexhe har utformet en rapport basert på deres ansattes aktivitet i sosiale medier siden 7. oktober. Rapporten stiller kritiske spørsmål ved organisasjonens nøytralitet og uavhengighet i Gaza og gjengir ansattes medvirkning til å spre falske nyheter (6). Den 17. oktober tvitret Leger Uten Grenser i Gaza: «Vi er forferdet over det israelske bombardementet av Ahli Arab-sykehuset i Gaza by. (...) Hundrevis av mennesker ble drept, ifølge lokale myndigheter. Dette er en uakseptabel massakre» (7).

Den aktuelle hendelsen har i ettertid blitt uavhengig etterforsket, og det er konkludert med at eksplosjonen skyldtes en feilslått rakett fra Islamsk jihad (8). I tillegg ble antall drepte betydelig nedjustert, noe som understreker en upålitelighet ved lokale Hamas-kontrollerte myndigheters «faktarapportering». Rapporten stiller også kritiske spørsmål ved Leger Uten Grensers bevissthet rundt terroraktivitet og gisseltaking ved egne arbeidsplasser. Lokale ansatte anklages for å være medsamsvorne i Hamas' terrorvirksomhet, og franske myndigheter har blitt oppfordret til å etterforske disse anklagene (6).

En seniorrepresentant for Biden-administrasjonen bekreftet i begynnelsen av november 2023 at Rafah-grenseovergangen til Egypt midlertidig måtte stenges da det ble klart at Hamas forsøkte å frakte egne krigere ut av Gaza i ambulanser som var tiltenkt evakuering av skadede sivile palestinere (9).

Det foreligger uten tvil en kompleks infrastruktur i Gazas Hamas-kontrollerte helseinstitusjoner, der skille mellom «nøytrale» internasjonale hjelpeorganisasjoners lokale ansatte og Hamas-medlemmer i flere tilfeller er visket ut. Legeforeningens totale fravær av ansvarliggjøring av Hamas, som på kynisk vis drar helseinstitusjoner inn i skuddlinjen og gjør dem til militære mål, får et ensidig utfall og gir næring til en allerede polarisert debatt.

Den unyanserte og uforbeholdne støtten til helsearbeidere i Gaza kan i dette henseende og i verste fall tolkes som en direkte støtte til terrororganisasjonen Hamas og deres mål om folkemord på jøder.

Den ensidige støtten kun til den palestinske smerten i denne krigen har store konsekvenser for kolleger og pasienter her i Norge. Under markeringen «Hele landet for fred i Gaza» 16. desember i Bergen måtte en person som forsøkte å foreslå fordømmelse av Hamas, fraktes bort med politieskorte (10). I samtale med Oslo-gruppen for organisasjonen Missing Families Forum går det frem at forslag om å løfte frem de mange gisselhistoriene eller seksuell vold utført av Hamas ble nedstemt av arrangørene (11, 12).

Ekskludering og handlingsrom

Legeforeningens mangel på kritikk av Hamas sammenfaller ikke bare med holdningene til Leger Uten Grenser, men også holdningene til Røde Kors og United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA), FNs hjelpeorganisasjon for palestinske flyktninger i Midtøsten. Disse holdningene må muligens også forstås ut ifra en reell redsel blant deres

lokale ansatte, altså palestinerne i Gaza. De lever med sine familier i en terrorstat der den militære lederen Yahya Sinwar er dømt for flere mord på palestinerne beskyldt for tysting eller anklaget for samarbeid med Israel (13, 14). Det gjør noe med disse organisasjonene, de må drive selvsensur for ikke å sette egne kollegaer i fare.

Det er viktig at både medlemmer, pasienter og samfunnet kan anse utspill fra Legeforeningen som balanserte, nøytrale og inkluderende til alle sider ved en politisk konflikt

Den norske legeforening har imidlertid etablerte etiske regler å leve opp til. Det står: «Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn» (15). Vi vil påstå at det å selektere ut ett enkelt perspektiv som hele sannheten, det å unnlate å stille kritiske spørsmål ved helsearbeideres nøytralitet og å unnlate å ta stilling til Hamas' klare brudd på menneskerettigheter, strider mot Legeforeningens etiske regler.

Legeforeningsstøttede arrangementer mangler troverdighet og etisk ryggrad når de ikke inneholder hverken krav om avvæpning av terrororganisasjonen

Hamas eller opprop om en umiddelbar retur av de 136 israelske gislene som fortsatt holdes fanget av Hamas som en forutsetning for våpenhvile.

Legeforeningen er Norges største og ledende medisinske fellesskap. En medlemsorganisasjon for *alle* norske leger, hele livet. En organisasjon som bygger sitt virke på trygghet, samhold og kompetanse samt støtter verdier som forutsetter et mangfold i politisk, religiøs og kulturell identitet og tilhørighet.

Det er dermed viktig at både medlemmer, pasienter og samfunnet for øvrig kan anse utspill fra Legeforeningen som balanserte, nøytrale og inkluderende til alle sider ved en politisk konflikt. Alt annet vil skade helsepersonells omdømme og profesjonelle handlingsrom.

Når arrangementer støttet av Legeforeningen fremstår partiske og legger føringer for legers kollektive ståsted, mener vi at de blander kortene. Det er ikke Legeforeningens oppgave å velge ut ett perspektiv eller ett narrativ som «sitt kollektive ståsted», slik det nå fremstår ut fra disse arrangementene.

Legeforeningen har et ansvar for alle sine medlemmer og bør handle innenfor sitt mandat som leger og ikke politiske aktivister. Dersom Legeforeningen tar stilling i konflikter og velger bare ett narrativ, ekskluderer de medlemmer og sender et signal til fremtidige pasienter om hvilke holdninger de kan regne med å møte. Vi kan ikke oppfattes som så ensidige at vi mister handlingsrommet vårt. ■

Fra markeringen «Hele landet for fred i Gaza» i Oslo 16. desember 2023. Foto: Annika Byrde / NTB



Cecilie Smith Ødegaard

Cecilie Smith Ødegaard er spesialist i onkologi og overlege ved brystkreftseksjonen ved The Jusdman Cancer Center, Sheba Medical Center i Ramat Gan, Israel.

May Brit Samersaw-Lund

May Brit Samersaw-Lund er dr.med., spesialist i indremedisin og lungesykdommer. Hun er førsteamanuensis emerita ved Universitetet i Oslo.

Radek Fric

Radek Fric er ph.d., spesialist i nevrokirurgi, overlege og forskningsgruppel leder ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Rolf S. Kirschner

Rolf S. Kirschner er leder for Eldre legers forening.

Eystein Sverre Husebye

Eystein Sverre Husebye er professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen og overlege ved Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus.

Svein-Jørund Olsson

Svein-Jørund Olsson er sykehjemslege i Kristiansand kommune.

Pia Kahn

Pia Kahn er pensjonert sykepleier og tidligere universitetslektor ved OsloMet.

Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter

Litteratur

- 1 Den norske legeforening. Den medisinske nøytraliteten må respekteres: Gi sivilbefolkningen helsehjelp, mat, vann og trygge områder. Lest 15.1.2024.
- 2 Facebook. Helsevesen skal ikke angripes – I solidaritet med helsearbeidere i Gaza. Lest 15.1.2024.
- 3 Fellesutvalget for Palestina. Hele landet for fred i Gaza. Lest 15.1.2024.
- 4 The New York Times. Hamas used Gaza hospital as a command center, U.S. intelligence says. Lest 15.1.2024.
- 5 Blaff A. Gaza hospital boss admits he's a Hamas commander, used medical facility as terror base. National review 19.12.2023. Lest 15.1.2024.
- 6 Destexhe A. Doctors without borders – An accomplice of Hamas? Lest 15.1.2024.
- 7 MSF International. Lest 15.1.2024.
- 8 Selbekk V. NRK bør beklage at de utpekte Israel som ansvarlig for sykehus-bombingen. Dagen 19.10.2023. Lest 15.1.2024.
- 9 Magid J. Hamas tried to send fighters to Egypt in ambulances for wounded Gazans – US official. The Times of Israel 4.11.2023. Lest 15.1.2024.
- 10 Wiik S, Larsen ES. Politiet måtte gripe inn i demonstrasjon. BA 16.12.2023. Lest 15.1.2024.
- 11 Maddeaux S. Sabrina Maddeaux: Hamas's Oct. 7 attack wasn't only an antisemitic slaughter, it was a mass femicide. National Post 29.12.2023. Lest 15.1.2024.
- 12 The New York Times. 'Screams without words': How Hamas weaponized sexual violence on Oct. 7. Lest 15.1.2024.
- 13 Amnesty. 'Strangling necks' abductions, torture and summary killings of Palestinians by Hamas forces during the 2014 Gaza/ Israel conflict. Lest 15.1.2024.
- 14 Howidy H. Hamas tortured me for dissent. Here's what they really think of Palestinians. Newsweek 2.1.2024. Lest 15.1.2024.
- 15 Den norske legeforening. Norges største medisinske fellesskap. Lest 15.1.2024.

Etisk ryggrad og forsvar for medisinsk nøytralitet

Under tittelen «Etisk ryggrad i møte med politisk konflikt» rettes det til dels sterke påstander om Legeforeningens engasjement (1).

Legeforeningens utgangspunkt i krig og konflikt er legeetikken og prinsippet om medisinsk nøytralitet.

Genève-erklæringen åpner med et løfte om at leger skal tjene menneskeheten. Videre i erklæringen heter det at vi leger aldri må la alder, sykdom, funksjonshemming, tro, etnisk bakgrunn, nasjonalitet, politisk tilknytning, rase, seksuell orientering, sosial status eller andre faktorer stå mellom vår plikt og vår pasient.

Det er feil at Legeforeningen har tatt et ensidig politisk ståsted i konflikten. For vi har faktisk *ikke* tatt et politisk ståsted, ei heller valgt side. Det Legeforeningen har tatt stilling til – og som er vår oppgave – er legeetikken og den medisinske nøytraliteten.

Det er dette, og *kun* dette, vi har fremmet i vår kommunikasjon og markeringer vi har støttet. Så ser også vi at massemonstringene med fordel kunne vært mer nyanserte i sine offisielle paroler.

Et menneskeliv har lik verdi uavhengig om vedkommende er norsk eller dansk, kinesisk eller kanadisk, israelsk eller palestinsk. Derfor har Legeforeningen støttet våpenhvile – og derfor har vi stått opp mot angrep på den medisinske nøytraliteten uansett hvem som står bak.

Vi er rystet over den humanitære krisen og situasjonen for hjelpe- og helsearbeidere. Vi har fordømt – og fordømmer – på det sterkeste *ethvert* angrep på uskyldige sivile, helsepersonell og helseinstitusjoner.

For oss er prinsippet om medisinsk nøytralitet urokkelig. Vi ber derfor om at alle tar til orde for umiddelbar våpenhvile og tilgang på humanitær hjelp. Dette er i samsvar med den resolusjonen flertallet i FN, med Norges støtte, gikk inn for før jul. ■

Anne-Karin Rime

Anne-Karin Rime er spesialist i anestesioologi og i indremedisin og er president i Legeforeningen.

Litteratur

- 1 Ødegaard CS, Samersaw-Lund M-B, Fric R et al. Etisk ryggrad i møte med politisk konflikt. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0034.

Tekst: Ingvild Kalsnes Jørstad Aurebekk

Illustrasjon: Kristin Berg Johnsen

Autisme hos jenter

Mange jenter med autisme oppdages ikke av helsevesenet. Manglende diagnose kan ha betydelige negative konsekvenser for helse, utdanning, sysselsetting og selvstendighet. Hvor mange flere autistiske jenter skal vi overse?

I selvbioografien *Kunsten å feike arabisk* deler Lina Liman sine erfaringer med å ha autismspekterforstyrrelse. Som 31-åring oppdaget hun selv at hun hadde tilstanden etter å ha hørt på et radioprogram som handlet om kvinner med autisme.

Autismspekterforstyrrelse er en kompleks nevroutviklingsforstyrrelse som inkluderer et stort mangfold av individer. Leo Kanner og Hans Asperger spilte viktige roller i beskrivelse av tilstanden. Kanners arbeider ble utgitt i 1943, og Asperger beskrev «Die Autistischen Pshychopathen im Kindesalter» i 1944. På 1980-tallet ble definisjonen av autisme utvidet til å omfatte et bredere spekter av kjennetegn, og i 1994 ble Aspergers syndrom, som ansees som en mildere form for autisme, formelt inkludert i diagnosemanualene (1).

Fra 2013 ble det gjort betydelige endringer i klassifiseringen av autisme i den femte utgaven av diagnosemanualen for mentale sykdommer (DSM-5). Dette er en diagnosemanual utgitt av American Psychiatric Association. I denne revisjonen ble underkategoriene fjernet, og begrepet autismspekterforstyrrelse ble innført i en gradert form. Tilsvarende endringer ble også gjort i den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-11, som er Verdens helseorganisasjon sin standardklassifikasjon for medisinske tilstander. Manualen er ennå ikke implementert i Norge (1).

Forståelsen av autismspekterforstyrrelse har historisk sett vært påvirket av forskning som hovedsakelig har vært sentrert rundt gutter. I tidligere studier ble forholdet mellom autistiske gutter og jenter rapportert som 4:1 (2). I en større studie fra 2022 ble dette forholdet justert til å være nærmere 4:3. Forskerne konkluderte også med at rundt 80 % av jenter med autisme forble udiagnostiserte ved 18 års alder (3). En norsk studie fra 2019 fastslo at antallet barn med tilstanden varierte betydelig mellom fylkene. Forfatterne konkluderte samtidig med at i fylker med lave diagnostiske tall var det grunn til å tro at spesielt jenter forble udiagnostisert (4).

Autisme hos jenter

Studier av jenter med autismspekterforstyrrelse har vist at de har ulike kliniske, kognitive og biologiske egenskaper som er assosiert med underdiagnostisering og forsinket diagnosesetting (5). Tilstanden har en betydelig variasjon av kliniske uttrykksformer. Studier basert på

kvalitative metoder, informasjon fra interesseorganisasjoner og egen klinisk erfaring har avdekket at symptomene hos autistiske jenter med fullskala IQ over 70 viser seg på en unik måte sammenlignet med autistiske gutter, selv om det også er tydelige likheter (6–8).

Autistiske barn og voksne sliter med å tilpasse seg sosiale forventninger. Mange jenter i denne gruppen har et sterkt ønske om å være sosiale, men kan føle seg utenfor likevel. Selv med et avansert ordforråd kan de streve med å

Forståelsen av autismspekterforstyrrelse har historisk sett vært påvirket av forskning som hovedsakelig har vært sentrert rundt gutter



Spesielt typisk for jenter med autismespekterforstyrrelse er at de utvikler kompenserende ferdigheter og sofistikerte metoder for å «maskere» autismen og skjule annerledesheten sin

forstå nyansene i språket, noe som kan lede til misforståelser og dårlig selvtilit. De kan både være perfektjonister og sosialt umodne. Situasjoner som oppleves som urettferdige, kan utløse kraftige reaksjoner, og jentene har en tendens til å feste seg ved negative tanker.

Sære interesser er en del av atferdsprofilen hos personer med autismespekterforstyrrelse. Slike fokuserte lidenskaper hos autistiske jenter kan være, sammenlignet med autistiske gutter, mer sosialt fokuserte. Dette kan omfatte interesser som språk, dyrevelferd og politikk. Mange har kunstneriske evner, sterk fantasi og uttrykker seg bedre gjennom kunst enn gjennom «vanlig» sosial kommunikasjon. Engasjementet er mye sterkere enn hos jevnaldrende.

Organiseringsvansker og repetitiv atferd er vanlig hos personer med autismespekterforstyrrelse. De gjentar samme aktivitet flere ganger for å oppnå trøst og lindre stress. For jenter med autismespekterforstyrrelse kan dette være å se en favorittfilm eller høre på den samme lydboken igjen og igjen. De trenger ofte tid til å bearbeide informasjon og skifte fra et gjøremål til et annet. Mange autistiske jenter opplever at

avslutning av oppgaver er spesielt stressende, noe som kan få dem til å fremstå som urimelige og rigide.

Personer med autismespekterforstyrrelse er gjerne sensitive for lyd, lys, smak og lukt. Flere utsettes for mobbing når de ikke takler hverdagen på grunn av dette. Tenåringsjenter er ofte interessert i mote, men autistiske jenter kan ha utfordringer med å bruke trendy klær på grunn av sensitivitet for tekstiler. Dette kan føre til at de føler seg annerledes og mindre akseptert av jevnaldrende.

Identifisering av følelser og kroppslige reaksjoner er også vanskelig. Dette kan påvirke humøret, smerteterskelen, stresstoleransen og hygien. Mange beskriver stor frustrasjon ved enkle oppgaver som dusjing og hårpleie. Noen sliter også med enurese og (sjeldnere) enkoprese. Ved stress tyr mange til selvstimulerende teknikker, som for eksempel bruk av fikleleker.

Spesielt typisk for jenter med autismespekterforstyrrelse er at de utvikler kompenserende ferdigheter og sofistikerte metoder for å «maskere» autismen og skjule annerledesheten sin. Maskeringen skjer gjerne utenfor hjemmet, som for eksempel på skolen, der de kontrollerer sårbarhetene sine før de «eksploderer» hjemme. De kan få store sinneutbrudd eller behov for sosial tilbaketrekning når de blir overbelastet. Disse stressreaksjonene kan fremprovosere både avvisning og fordommer hos dem som ikke kjenner til bakgrunnen for vanskene.

Kvinner med autisme har også større mangfold i seksuell identitet, og de som har en homofil seksuell orientering, er mer utsatt for uheldige seksuelle opplevelser (9).

Personer med autisme har en betydelig grad av komorbiditet. Personer med autismespekterforstyrrelse har økt risiko for å oppleve samtidige lidelser som angst, ADHD, depresjon, søvnvansker, suicidalatferd, irriterbar tarm og spiseforstyrrelser. Motoriske koordineringsproblemer og sensorisk overfølsomhet kan også påvirke dagliglivet (10–13).

Utredning og behandling

Utredning av autismespekterforstyrrelse i barne- og ungdomspsykiatrien innebærer å følge retningslinjer utarbeidet av både regionale helseforetak og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (14, 15).

Anamnesen, som inkluderer informasjon fra pårørende og observasjoner, er en grunnleggende del av utredningen. Ofte har familiemedlemmer lignende utfordringer. Bred legeundersøkelse skal utføres, og det er viktig å vurdere kognitive evner og adaptive ferdigheter.

To essensielle verktøy i utredningen er den reviderte utgaven av *Autism Diagnostic Interview* (ADI-R) og *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS). Førstnevnte er et foreldreintervju som kartlegger autismesymptomer (16), mens det andre er en leke- eller samtalebasert undersøkelse (17). Autistiske jenter kan noen ganger vise atypiske trekk som ikke alltid fanges opp av disse verktøyene (18).

Mange autistiske barn og unge har komorbide lidelser, noe som understreker viktigheten av differensialdiagnostisk kartlegging (19). →



I den sammenheng anbefales bruk av verktøyet Kiddie-SADS-PL (*Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*), som er et semi-strukturert intervju for å kartlegge systematisk en rekke barne- og ungdomspsykiatriske lidelser (20).

Flere andre spørreskjemaer benyttes for å vurdere symptomer knyttet til autisme (21). Den reviderte og utvidede versjonen av *Autism Spectrum Screening Questionnaire* (ASSQ-REV) er utformet for nettopp å fange opp jenter med autismespekterforstyrrelse. I en studie fra 2011 ble det bemerket at visse punkter på spørreskjemaet, som spørsmål om «stahet», «kravunngåelse» og «lite fokus på utseende» var særlig karakteristiske for autistiske jenter. Det ble anbefalt å integrere disse spørsmålene i utredningen for å forbedre muligheten til å oppdage jenter med autismespekterforstyrrelse (22).

Når det gjelder behandling, er det ingen medisiner som kurerer tilstanden, men risiperidon kan være nyttig ved irritabilitet. ADHD-medikamenter kan vurderes hvis ADHD er en tilleggslidelse. Angst og depresjon behandles etter vanlige retningslinjer, og melatoninpreparater kan brukes ved søvnproblemer (15).

Ut over medisiner kan terapeutiske tilnærminger, som kognitive terapiformer og psykoedukasjon, være nyttige. Støtte i skole, arbeidsliv og familienettverk er betydningsfullt. Gruppesamtaler er en effektiv måte å dele erfaringer og fremme samhold på. Det er viktig å være oppmerksom på seksuell identitet og tilby veiledning for å fremme en sunn seksuell utvikling (14, 15).

Avslutning

Autismespekterforstyrrelser rammer begge kjønn, men mange autistiske jenter oppdages sent, eller ikke i det hele tatt. Lina Liman har i sin bok satt ord på hvordan det var å få svar på gåten om seg selv: «Ein del av meg døydde. Ein annan del byrja endeleg, endeleg å leve» (23).

Som barne- og ungdomspsykiater har jeg møtt flere jenter og kvinner som Liman, som har kjempet for å forstå sitt vesen. Diagnoseprosessen har ofte vært krevende, men samtidig gitt en følelse av lettelse.

Det er viktig å se de unike egenskapene og spesielle utfordringene til både jenter og gutter med autismespekterforstyrrelse. Autismen må imidlertid ikke bare oppfattes som et patologisk fenomen, men også som en del av et menneskelig mangfold. Vi må aktivt hjelpe dem til å realisere sitt potensial som autister. Og ikke minst bør vi fange opp jentene som går under radaren, slik at de slipper å «feike arabisk». ■

Mottatt 28.10.2023, første revisjon innsendt 6.11.2023, godkjent 23.11.2023.

Ingvald Kalsnes Jørstad Aurebekk

Ingvald Kalsnes Jørstad Aurebekk er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og doktorgradsstipendiat ved Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk, Sykehuset Østfold. Hun forsker på ungdom og personlighetsforstyrrelser. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Rosen NE, Lord C, Volkmar FR. The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *J Autism Dev Disord* 2021; 51: 4253–70.
- 2 Rydzewska E, Hughes-McCormack LA, Gillberg C et al. Age at identification, prevalence and general health of children with autism: observational study of a whole country population. *BMJ Open* 2019; 9: e025904.
- 3 McCrossin R. Finding the True Number of Females with Autistic Spectrum Disorder by Estimating the Biases in Initial Recognition and Clinical Diagnosis. *Children (Basel)* 2022; 9: 272.
- 4 Surén P, Havdahl A, Øyen AS et al. Diagnostisering av autismespekterforstyrrelser hos barn i Norge. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139: doi: 10.4045/tidsskr.18.0960.
- 5 Lockwood Estrin G, Milner V, Spain D et al. Barriers to Autism Spectrum Disorder Diagnosis for Young Women and Girls: a Systematic Review. *Rev J Autism Dev Disord* 2021; 8: 454–70.
- 6 Rynkiewicz A, Janas-Kozik M, Słopeń A. Girls and women with autism. *Psychiatr Pol* 2019; 53: 737–52.
- 7 Kanfischer L, Davies F, Collins S. 'I was just so different': The experiences of women diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood in relation to gender and social relationships. *Autism* 2017; 21: 661–9.
- 8 Egerton J, Carpenter B. Girls and Autism: Flying Under the Radar. Lest 23.11.2023.
- 9 Pecora LA, Hancock GI, Hooley M et al. Gender identity, sexual orientation and adverse sexual experiences in autistic females. *Mol Autism* 2020; 11: 57.
- 10 Lundin Remnélius K, Neufeld J, Isaksson J et al. Eating Problems in Autistic Females and Males: A Co-twin Control Study. *J Autism Dev Disord* 2022; 52: 3153–68.
- 11 Simantov T, Pohl A, Tsompanidis A et al. Medical symptoms and conditions in autistic women. *Autism* 2022; 26: 373–88.
- 12 Gjevik E, Eldevik S, Fjæran-Granum T et al. Kiddie-SADS reveals high rates of DSM-IV disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2011; 41: 761–9.
- 13 Kopp S, Beckung E, Gillberg C. Developmental coordination disorder and other motor control problems in girls with autism spectrum disorder and/or attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 350–61.
- 14 Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Sør-Øst. Regional retningslinje for utredning og diagnostisering av autismespekterforstyrrelse (ASF). Lest 23.11.2023.
- 15 Sponheim E, Gjevik E. Gjennomgripende Utviklingsforstyrrelser (Autismespekterforstyrrelser). Lest 23.11.2023.
- 16 Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 1994; 24: 659–85.
- 17 Lord C, Rutter M, Goode S et al. Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *J Autism Dev Disord* 1989; 19: 185–212.
- 18 Tillmann J, Ashwood K, Absoud M et al. Evaluating Sex and Age Differences in ADI-R and ADOS Scores in a Large European Multi-site Sample of Individuals with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* 2018; 48: 2490–505.
- 19 Stadnick N, Chlebowski C, Baker-Ericzén M et al. Psychiatric comorbidity in autism spectrum disorder: Correspondence between mental health clinician report and structured parent interview. *Autism* 2017; 21: 841–51.
- 20 Matuschek T, Jaeger S, Stadelmann S et al. The acceptance of the K-SADS-PL – potential predictors for the overall satisfaction of parents and interviewers. *Int J Methods Psychiatr Res* 2015; 24: 226–34.
- 21 Thabtah F, Peebles D. Early Autism Screening: A Comprehensive Review. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 3502.
- 22 Kopp S, Gillberg C. The Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)-Revised Extended Version (ASSQ-REV): an instrument for better capturing the autism phenotype in girls? A preliminary study involving 191 clinical cases and community controls. *Res Dev Disabil* 2011; 32: 2875–88.
- 23 Liman L. Kunsten å feike arabisk: ei fortelling om autisme. Oslo: Samlaget, 2021.



9 ÅR

TID FOR SIKKERHET

Entyvio
vedolizumab | DESIGNET
FOR IBD

Entyvio er indisert til voksne med moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom som har hatt utilstrekkelig respons, mistet respons eller som var intolerante ovenfor konvensjonell behandling eller en TNF α -antagonist. Samt til voksne med moderat til alvorlig aktiv kronisk pouchitt som har gjennomgått proktokolektomi og bekkenreservoarkirurgi for ulcerøs kolitt med utilstrekkelig respons eller mistet respons på antibiotikabehandling¹

Opptil 9 års sikkerhetsdata på IBD-pasienter²

GEMINI long-term safety (LTS) med 2243 pasienter med Entyvio-behandling viste:

- Lav forekomst av alvorlige og opportunistiske infeksjoner
- Ingen identifiserte tilfeller av PML (progressiv multifokal leukoencefalopati) blant pasienter behandlet med vedolizumab i de kliniske studiene.
- Infusjonsrelaterte reaksjoner forekom hos $\leq 5\%$ av pasientene
- Malignitetsforekomst var på samme nivå som for den generelle IBD-populasjonen

UTVALGT PRODUKT- OG SIKKERHETSINFORMASJON¹

Entyvio (vedolizumab)

Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn 108 mg
Pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning 300 mg

Sikkerhetsinformasjon:

- **Kontraindikasjoner:** Aktive alvorlige infeksjoner som tuberkulose, sepsis, cytomegalovirus, listeriose og opportunistiske infeksjoner som progressiv multifokal leukoencefalopati (PML).
- **Forsiktighetsregler:** Intravenøs vedolizumab skal kun administreres av helsepersonell med tilgang på utstyr for å håndtere akutte overfølsomhetsreaksjoner inklusiv anafylaksi.
- **Interaksjoner:** Levende vaksiner, særlig levende orale vaksiner, skal brukes med forsiktighet.
- **Graviditet og amming:** Bruk under graviditet bør unngås, med mindre nytten klart oppveier potensiell risiko for mor og foster. Vedolizumab er påvist i human morsmelk, fordel av behandling for mor og potensiell risiko for spedbarnet skal vurderes.
- **Hyppigst rapporterte bivirkninger:** Infeksjoner (som nasofaryngitt, øvre luftveisinfeksjon, bronkitt, influensa og sinusitt), hodepine, kvalme, feber, fatigue, hoste, artralgi og reaksjoner på injeksjonsstedet (s.c. administrasjon).

Dosering: *Intravenøs (300mg):* Ulcerøs kolitt: 300 mg ved uke 0, 2 og 6, deretter hver 8. uke. Fortsettelse revurderes nøye hos pasienter som ikke viser effekt innen uke 10. Noen pasienter med redusert respons kan ha nytte av en økning i doseringsfrekvens til 300 mg hver 4. uke. *Crohns sykdom:* 300 mg ved uke 0, 2 og 6, deretter hver 8. uke. Pasienter uten respons kan ha nytte av en dose ved uke 10. Fortsett behandling hver 8. uke fra uke 14 hos responderende pasienter. Noen pasienter med redusert respons kan ha nytte av økt doseringsfrekvens til 300 mg hver 4. uke. *Pouchitt:* 300 mg ved uke 0, 2 og 6 og deretter hver 8. uke. Bør initieres parallelt med standardbehandling av antibiotika. Dersom ingen behandlingsfordel observeres innen 14 uker, skal seponering vurderes. *Subkutan (108 mg):* Etter god opplæring i s.c. injeksjonsteknikk kan en pasient eller omsorgsperson injisere s.c. hvis dette er hensiktsmessig. *Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom:* Anbefalt vedlikeholdsbehandling, etter minst 2 i.v. infusjoner, er 108 mg annenhver uke. Den første dosen skal administreres i stedet for neste planlagte i.v. infusjon og deretter annenhver uke.

Pakninger, priser og refusjon: Pulver til konsentrat til infusjonsvæske: 20 ml (hettegl.) kr 27688,90. Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 1 stk. (ferdigfylt penn) kr 6881,40. 2 stk. (ferdigfylt penn) kr 13726,60. 6 stk. (ferdigfylt penn) kr 41107,30. H-resept. Besluttet innført av Beslutningsforum 16.11.2015. Inngår i TNF BIO anbefaling 2023-2024.

Reseptgruppe: C.

For fullstendig preparatomtale av Entyvio, se SPC. www.legemiddelsok.no

REFERANSER

1. Entyvio (vedolizumab) SPC (31.01.22) avsnitt 3, 4.1-4.6, 4.8 og 5.1.
2. Loftus E V, Feagan B G, Panaccione R, et al. Long-term safety of vedolizumab for inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther. 2020;52(8): 1353-1365



Tekst: Gro Owren Nygaard og Trygve Holmøy

Norsk helsevesen bør tilby stamcellebehandling mot multippel sklerose

Mange norske pasienter med multippel sklerose velger å reise til utlandet for stamcellebehandling for egen regning og på egen risiko. Kunnskapsgrunnlaget tilsier nå at utvalgte pasienter bør tilbys denne behandlingen i Norge.

Høydosert cytostatika med autolog stamcellestøtte (heretter omtalt som stamcellebehandling) er ikke en del av det vanlige behandlings-tilbudet ved multippel sklerose (MS) i Norge, men tilbys i en pågående klinisk studie. Mange norske nevrologer har vært skeptiske til behandlingen, mens den i media har vært beskrevet som svært effektiv (1). Estimer fra pasientgrupper på sosiale medier indikerer at omtrent 400 norske MS-pasienter har oppsøkt behandlingen i utlandet for egen regning og på egen risiko, anslagsvis 200 i Russland, 150 i Mexico og 50 i andre land.

Pasienter med attackpreget multippel sklerose tilbys som hovedregel høyeffektiv immunmodulerende behandling (2). For de fleste er dette god behandling, men noen opplever likevel attack og sykdomsforverring (3, 4). Senere års forskning viser at stamcellebehandling er trygt og etter vårt skjønn, for utvalgte pasienter, minst like effektiv som etablert behandling (5, 6). Vi mener derfor at denne behandlingen bør være tilgjengelig i norsk helsevesen.

Stamcellebehandling endrer immunsystemet

Målet med stamcellebehandling er å oppnå langvarig remisjon ved å normalisere pasientens sykdomsfremkallende adaptive immunforsvar. Behandlingen ble utviklet for ondartede hematologiske sykdommer, og har de siste 25 årene også blitt brukt ved alvorlige autoimmune lidelser (7). Behandlingen skjer i tett samarbeid mellom nevrologer og hematologer, og gjen-

nomføres ved spesialiserte hematologiske avdelinger. Prosedyren krever to til fire ukers sykehusinnleggelse, der pasienten er isolert deler av tiden.

Kort forklart innebærer behandlingen mobilisering og høsting av hematopoetiske stamceller, etterfulgt av kjemoterapi som i større grad enn annen immundempende behandling, dreper kroppens immunceller. Deretter tilbakeføres pasientens stamceller for å gjenoppbygge immunforsvaret (figur 1).

Stamcellebehandling i Norge

Nevrologer, hematologer og immunologer i Oslo søkte allerede i 1997 om å få behandle multippel sklerose med stamcellebehandling, uten å få godkjenning til dette (Torstein Egeland, personlig meddelelse 01.11.2023). Så sent som i 2015 ble første pasient behandlet ved Haukeland universitetssjukehus. En påfølgende metodevurdering førte til at Beslutningsforum konkluderte med at det var for lite dokumentasjon til å innføre metoden, og de anbefalte en klinisk studie (8). I 2017 ble det derfor startet en internasjonal klinisk studie ved Haukeland universitetssjukehus. I studien blir pasienter som har hatt attack under annen MS-behandling, randomisert til stamcellebehandling eller konvensjonell behandling. I november 2023 har studien inkludert 88 av 100 planlagte pasienter i Norge og internasjonalt. Pasientene skal følges i to år og resultatene blir neppe klare før siste halvdel av 2026. I tillegg har anslagsvis 40 pasienter blitt behandlet på individuelt grunnlag utenom studien ved Haukeland universitetssjukehus og Oslo universitetssjukehus.

Målet med stamcellebehandling er å oppnå langvarig remisjon ved å normalisere pasientens sykdomsfremkallende adaptive immunforsvar

Stamcellebehandling er trygt og krevende

Stamcellebehandling ble først forsøkt mot multipel sklerose i 1995, og det er publisert mer enn femti observasjonsstudier og to randomiserte kliniske studier som dokumenterer sikkerhet og effekt (tabell 1) (6, 9–12). De første studiene omfattet pasienter med avansert sykdom. Etter hvert som yngre pasienter med kortere sykdomsvarighet ble inkludert og immundempingen ble mindre intensiv, har forskning vist god effekt og akseptabel risiko-profil (6).

Data fra drøyt 3 000 pasienter viser at behandlingsrelatert dødelighet ved autoimmune lidelser i Europa falt fra 1,3 % på begynnelsen av 2000-tallet til 0,2 % de siste ti årene. Dette skyldes antakelig en kombinasjon av økt erfaring, mindre intens immundemping samt yngre og friskere pasienter (5).

Stamcellebehandling kan være krevende for pasientene. De fleste mister håret, og alle trenger sykehusinnleggelse med støttebehandling i akuttfasen. De vanligste komplikasjonene er lymfopen feber (30 %), infeksjon og elektrolyttforstyrrelser (30 %), og mange trenger blodprodukter (77 %) (13). Infeksjonsfaren er imidlertid forbigående og lav etter tre måneder. 10–20 % utvikler sekundær autoimmunitet, hyppigst stoffskiftesykdom, og opp mot 40 % av kvinnene opplever prematur overgangsalder og infertilitet (5, 13).

Den vanligste konvensjonelle behandlingen ved attackpreget multipel sklerose er i dag rituksimab eller annen immundempende behandling. Disse medikamentene gir også økt risiko for infeksjoner, som i motsetning til ved stamcellebehandling øker med tiden (14).

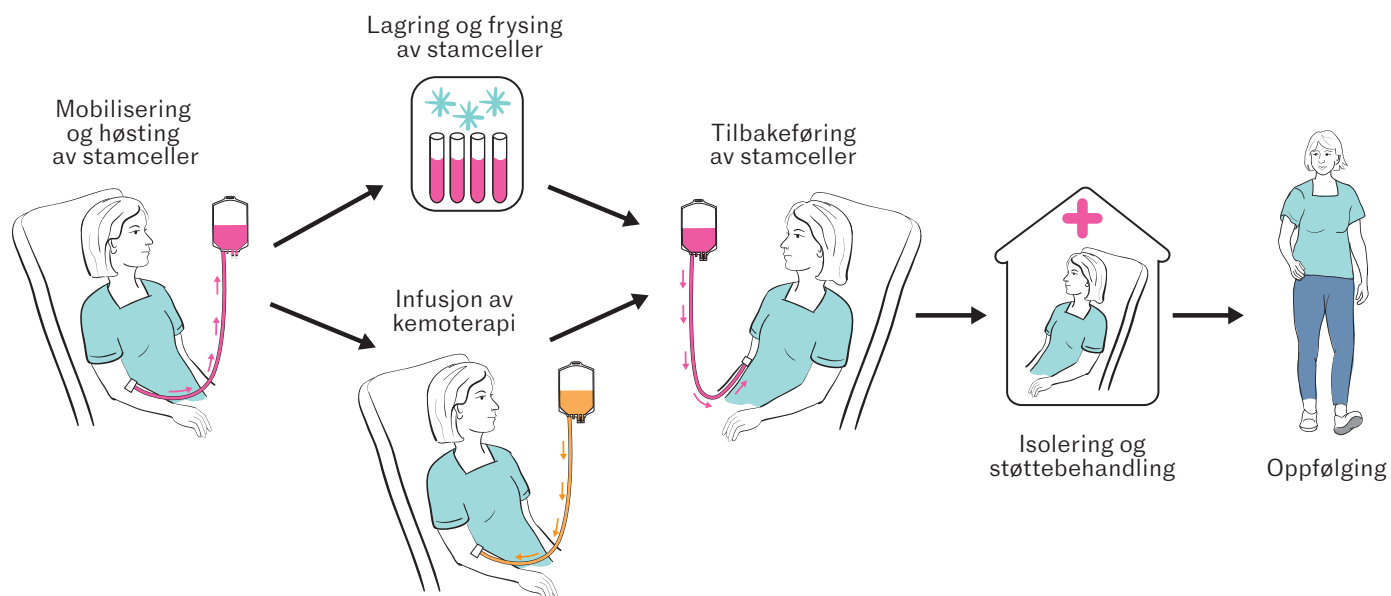
Stamcellebehandling er effektivt for noen

En stor metaanalyse av observasjonsstudier på stamcellebehandling publisert i 2022, viste betydelig reduksjon av både nevrologisk uføregrad, attackrate og nye lesjoner i hvit substans i sentralnervesystemet på MR (tabell 1). Effekten var mest overbevisende for yngre pasienter med attackpreget sykdom og/eller lesjoner med tegn til aktiv inflammasjon (6).

Det er publisert to randomiserte kliniske studier og flere pågår. Den første viste i 2015 at pasienter behandlet med stamcellebehandling, fikk færre nye lesjoner på MR enn pasienter som fikk kraftig immundempende behandling med mitoksantron (tabell 1) (10). Denne fase 2-studien var viktig fordi den dokumenterte at stamcellebehandling hemmet inflammatorisk aktivitet. I 2019 kom resultatene fra en større randomisert klinisk studie av pasienter som hadde hatt attack til tross for konvensjonell behandling. Etter ett år viste studien betydelig bedret gjennomsnittlig nevrologisk funksjonsnivå ved stamcellebehandling, og forverring ved konvensjonell behandling. Forskjellen mellom gruppene vedvarte fem år etter behandling. Selv om mange pasienter i kontrollgruppen ikke fikk et av de mest effektive konvensjonelle MS-preparatene, bekreftet studien at stamcellebehandling har god effekt ved attackpreget sykdom (11), og observasjonsstudier understøtter at den gode effekten opprettholdes i mange år (6).

En europeisk observasjonsstudie av stamcellebehandling som første behandling ved svært aggressiv attackpreget multipel sklerose, fant en dramatisk forbedring etter ett år hos alle 28 pasienter (15). Erfaringene fra de første 30 pasientene behandlet i Norge, stemmer —→

Figur 1 Stamcellebehandling ved multipel sklerose.
Illustrasjon: Jeanette Engqvist / Illumedic



Studie	Randomisert klinisk fase 2-studie 2015 (10)	Randomisert klinisk fase 3-studie 2019 (11)	Metaanalyse av observasjonsstudier 2022 (6)	Registerstudie 2023 (12)
Populasjon	21 pasienter med sekundær progressiv sykdom med økende funksjonssvikt og minst én kontrastladende MR-lesjon det siste året	110 pasienter med attackpreget sykdom og tegn på sykdomsaktivitet tross konvensjonell behandling det siste året	50 studier / 4 831 pasienter, de fleste med attackpreget sykdom	3 915 pasienter med attackpreget sykdom
Behandling	Stamcellebehandling (n = 9), mitoksantron (n = 21)	Stamcellebehandling (n = 55), konvensjonell behandling (n = 55)	Stamcellebehandling	Stamcellebehandling (n = 167) fingolimod (n = 2 558), natalizumab (n = 1 490) okrelizumab (n = 700)
Oppfølgings-tid	4 år	Median 2 år, maks 5 år	0,5–11,3 år	Stamcellebehandling 4 år, fingolimod 2,8 år, natalizumab 2,5 år, okrelizumab 1,5 år
Effekt	Stamcellebehandling reduserte antall nye MR-lesjoner med 79 % sammenlignet med mitoksantron.	Gjennomsnittlig funksjonssvikt redusert med 10,0 % ved stamcellebehandling, økt med 6,7 % ved konvensjonell behandling.	73 % fikk bevart eller bedret funksjonsnivå, 81 % var uten nye angrep, og 68 % uten tegn til sykdomsprogresjon	Funksjonsnivå ved stamcellebehandling var samme som forokrelizumab og natalizumab, og bedre enn ved fingolimod. Angrepsskive ved stamcellebehandling var samme som for okrelizumab, og bedre enn ved natalizumab og fingolimod.

Tabell 1 Effekt av stamcellebehandling mot multipel sklerose

Selv om det fortsatt er behov for mer kunnskap, kan vi rimelig sikkert konkludere med at stamcellebehandling er en svært effektiv behandling

overens med de internasjonale resultatene, og viser bedret funksjonsnivå og økt arbeidsdeltakelse (13).

Selv om det har blitt dokumentert at stamcellebehandling er effektivt ved attackpreget sykdom, har det vært vanskelig å konkludere med om behandlingen er mer effektiv enn konvensjonell MS-behandling. Enkelte pasienter opplever angrep eller forverret funksjonsnivå også etter stamcellebehandling (6). En fersk registerstudie viste bedre effekt av stamcellebehandling enn enkelte av de mest effektive konvensjonelle MS-medikamentene, mens B-cellerterapi med okrelizumab var like effektivt (12). Det er altså ikke sikkert at stamcellebehandling er mer effektivt enn den beste konvensjonelle behandlingen.

Erfaringene er mer blandet for progressiv multipel sklerose uten angrep. Studier indikerer en stabilisering av funksjonsnivå etter behandling, men det er vanskelig å vite om dette skyldes behandlingen eller om det gjenspeiler det naturlige forløpet (6). Behandling av pasienter med progressive sykdomsformer bør derfor eventuelt skje i en randomisert klinisk studie.

Stamcellebehandling bør tilbys i Norge

Stamcellebehandling skiller seg fra konvensjonell behandling på flere punkter: Legemiddelin-dustrien har ingen motiver for å utføre studier, behandlingen krever betydelige ressurser ved sykehusavdelingene, og den er mer risikabel og belastende i akutfasen. Hvorvidt kostnad, risiko og behandlingsbelastning er større gjennom et livsløp, er mer usikkert.

Selv om det fortsatt er behov for mer kunnskap, kan vi rimelig sikkert konkludere med at stamcellebehandling er en svært effektiv behandling ved attackpreget multipel sklerose, og at risikoen hos yngre pasienter med god nevrologisk funksjon er akseptabel.

Stamcellebehandling er i flere europeiske land, inkludert Sverige og Danmark, innført som en del av det offentlige helsevesenets ordinære tilbud til utvalgte pasienter med attackpreget multipel sklerose, og anbefales av den europeiske organisasjonen for benmargs-transplantasjon.

Vi mener at norske pasienter med tydelig inflammatorisk aktivitet under konvensjonell immunmodulerende behandling og pasienter med svært aggressiv attackpreget multipel sklerose bør ha tilbud om stamcellebehandling i norsk helsevesen. Så lenge den kliniske studien pågår, bør pasienter inkluderes i den grad det er mulig. Pasienter som har inflammatorisk MS-aktivitet i form av angrep eller nye lesjoner på MR som tilsier utilstrekkelig effekt av konvensjonell behandling, men som ikke oppfyller inklusjonskriteriene i den kliniske studien, bør vurderes utenom studien. Vi bør sikre lik tilgang i hele landet, og resultatene bør registreres i nasjonale og internasjonale kvalitetsregistre. Alle pasienter bør være trygge på at de får god og riktig behandling i Norge, slik at dyre behandlingsreiser til utlandet blir unødvendige. ■

Mottatt 9.11.2023, første revisjon innsendt 27.11.2023, godkjent 5.12.2023.

Gro Owren Nygaard

Gro Owren Nygaard er spesialist i nevrologi, overlege ved Nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus og forsker ved Universitetet i Oslo. Hun er medlem av kjernegruppen i Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for multipel sklerose og Sykehusinnkjøps spesialistgruppe for multipel sklerose, og hun leder ekspertgruppen for stamcellebehandling for MS ved Oslo universitetssykehus. Hun er prosjektleder for den kliniske studien NOR-MS og den nasjonale vaksinstudien NevroVAX, og hun er partner i EU-prosjektet EBV-MS. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trygve Holmøy

Trygve Holmøy er spesialist i nevrologi, seksjons- overlege ved Akershus universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Han er medlem av kjernegruppen i Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for multipel sklerose, Sykehusinnkjøps spesialistgruppe for multipel sklerose og ekspertgruppen for stamcellebehandling for MS ved Oslo universitetssykehus. Han deltok i arbeidsgruppen som utarbeidet Nasjonal faglig retningslinje for diagnostikk og behandling av multipel sklerose, og han har bidratt som fagekspert til Folkehelseinstituttets metodevurderinger for behandling av MS. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Merck, Biogen, Genzyme, Sanofi, Novartis og Roche, samt deltatt i behandlingsstudier organisert av Biogen, Merck og Roche. Han har vurdert det vitenskapelige grunnlaget for stamcellebehandling for MS-forbundet i Norge. Han deltar i RAM-MS-studien, og sitter i styringsgruppen for ENSEMBLE-studien av okrelizumab ved multipel sklerose.

Litteratur

- 1 Ystrøm T. En sykdom – to helt forskjellige skjebner. NRK 11.11.2023. Lest 23.11.2023.
- 2 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Multipel sklerose. Lest 15.10.2023
- 3 Holmøy T, Nygaard GO, Myhr KM et al. Behandling som begrenser multipel sklerose. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141: doi: 10.4045/tidsskr.21.0155.
- 4 Hauser SL, Cree BAC. Treatment of Multiple Sclerosis: A Review. Am J Med 2020; 133: 1380–1390.e2.
- 5 Sharrack B, Saccardi R, Alexander T et al. Autologous haematopoietic stem cell transplantation and other cellular therapy in multiple sclerosis and immune-mediated neurological diseases: updated guidelines and recommendations from the EBMT Autoimmune Diseases Working Party (ADWP) and the Joint Accreditation Committee of EBMT and ISCT (JACIE). Bone Marrow Transplant 2020; 55: 283–306.
- 6 Nabizadeh F, Pirahesh K, Rafiei N et al. Autologous Hematopoietic Stem-Cell Transplantation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neurol Ther 2022; 11: 1553–69.
- 7 Muraro PA. Resetting tolerance in autoimmune disease. Science 2023; 380: 470–1.
- 8 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Autolog hematopoietisk stamcelletransplantasjon ved multipel sklerose. Lest 15.10.2023.
- 9 Fassas A, Anagnostopoulos A, Kazis A et al. Peripheral blood stem cell transplantation in the treatment of progressive multiple sclerosis: first results of a pilot study. Bone Marrow Transplant 1997; 20: 631–8.
- 10 Mancardi GL, Sormani MP, Gualandi F et al. Autologous hematopoietic stem cell transplantation in multiple sclerosis: a phase II trial. Neurology 2015; 84: 981–8.
- 11 Burt RK, Balabanov R, Burman J et al. Effect of Nonmyeloablative Hematopoietic Stem Cell Transplantation vs Continued Disease-Modifying Therapy on Disease Progression in Patients With Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2019; 321: 165–74.
- 12 Kalincik T, Sharmin S, Roos I et al. Comparative Effectiveness of Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplant vs Fingolimod, Natalizumab, and Ocrelizumab in Highly Active Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. JAMA Neurol 2023; 80: 702–13.
- 13 Kvistad SAS, Lehmann AK, Trovik LH et al. Safety and efficacy of autologous hematopoietic stem cell transplantation for multiple sclerosis in Norway. Mult Scler 2020; 26: 1889–97.
- 14 Luna G, Alping P, Burman J et al. Infection Risks Among Patients With Multiple Sclerosis Treated With Fingolimod, Natalizumab, Rituximab, and Injectable Therapies. JAMA Neurol 2020; 77: 184–91.
- 15 Das J, Snowden JA, Burman J et al. Autologous haematopoietic stem cell transplantation as a first-line disease-modifying therapy in patients with 'aggressive' multiple sclerosis. Mult Scler 2021; 27: 1198–204.

Den nye stortings-
meldingen om helse-
beredskap gir DMP
utvidet ansvar for
forsyningssikkerhet og
beredskap av medisinske
produkter

Forsyningsproblemer med legemidler i 2023

Forsyningsproblemer med legemidler er et økende problem i hele Europa, og skyldes oftest utfordringer med produksjonen, råstoffmangel eller større salg enn forventet.

Forsyningen avhenger også av kommersielle prioriteringer fra store internasjonale firmaer.

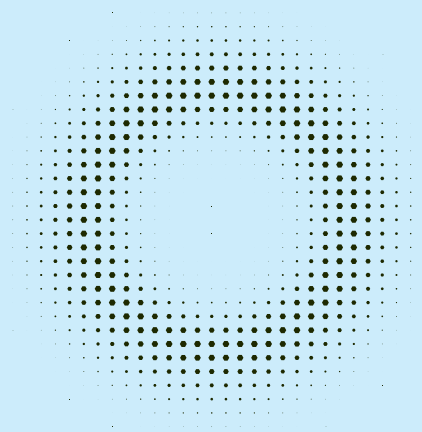
Legemiddelfirmaene har meldeplikt til DMP dersom de ser at det kan bli forsyningsproblemer til det norske markedet. I 2023 fikk vi 1403 slike meldinger.

Mangelsituasjoner løses ofte ved at pasienten får utlevert et annet likeverdig legemiddel, en annen styrke eller pakningsstørrelse, eller ved at DMP åpner for bruk av utenlandske pakninger.

I de fleste tilfellene får pasientene den behandlingen de trenger. I noen tilfeller må de imidlertid gå over til annen behandling. I 2023 var dette tilfelle for 9 % av meldingene vi fikk fra firmaene.

Mangelsituasjoner i 2023

Høsten 2023 hadde vi en alvorlig mangelsituasjon på lisdeksamfetamin til behandling av ADHD (1). Originalprodusenten forventet generisk konkurranse og nedjusterte sine leveranser til Norge, samtidig som ny generikaleverandør var forsinket.



Mange pasienter ble rammet og måtte bytte behandling, eller ble stående uten.

I lengre tid har det vært forsyningsproblemer på GLP-1-analogen Ozempic til behandling av diabetes type 2. Mangelsituasjonen gjelder flere land i Europa, og utfordringene forventes å vedvare i 2024 (2).

Mange kvinner ble også rammet av forsyningsproblemer på hormonplaster til behandling av overgangsplager (3,4).

Antibiotikaforsyningen er sårbar

I perioder har forsyningsproblemer på flere ulike typer antibiotika skapt utfordringer. Forsyningen av smalspektret og eldre antibiotika er sårbar, fordi markedet for disse legemidlene er lite og produsentene er få. I 2023 økte vi derfor prisen på en gruppe eldre antibiotika, for å redusere risikoen for at de forsvinner fra det norske markedet (5).

I løpet av høsten 2023 var det forsyningsproblemer på Apocillin-tabletter, og mikstur og tabletter med erytromycin (5,6). Dette løste seg imidlertid uten større konsekvenser for pasienter og helsetjenesten.

Varsler til leger

Du får varsler om mangler via journal-systemene. Varsler er også koblet til det aktuelle legemidlet i Felleskatalogen. Se mer informasjon på dmp.no/legemiddelmangel

Referanser:

1. <https://www.dmp.no/legemiddelmangel/nyheter-om-legemiddelmangel-og-avregistreringer/mangel-pa-lisdeksamfetamin-kapsler>
2. <https://www.dmp.no/legemiddelmangel/nyheter-om-legemiddelmangel-og-avregistreringer/mangel-pa-ozempic>
3. <https://www.dmp.no/legemiddelmangel/nyheter-om-legemiddelmangel-og-avregistreringer/mangel-pa-estalis>
4. <https://www.dmp.no/legemiddelmangel/nyheter-om-legemiddelmangel-og-avregistreringer/mangel-pa-estradiol>
5. <https://www.dmp.no/nyheter/antibiotikaforsyningen-er-sarbar#Hva-gj%C3%B8r-DMP?-179290>
6. <https://www.dmp.no/legemiddelmangel/nyheter-om-legemiddelmangel-og-avregistreringer/mangel-pa-erytromycin>

Kronisk stress kan svekke immunresponsen mot kreft

Vedvarende sympatikusaktivitet øker utmattelsen av antigenspesifikke T-celler.

CD8-positive T-celler spiller en hovedrolle i immunresponsen mot kreftceller og virusinfiserte celler. Hvis målet for immunreaksjonen ikke elimineres, blir T-cellene utmattet. Denne utmattelsesreaksjonen kan være gunstig ved vanlige immunreaksjoner fordi den hindrer at en autoimmun reaksjon oppstår.

De CD8-positive T-cellene mister gradvis sin effektorfunksjon. Noen av dem får stamcellefunksjon og kan differensiere til nye utmattelsesceller, som har mange immunhemmende reseptorer. Legemidler som hemmer denne utmattelsesreaksjonen, såkalte immunologiske sjekkpunkthemmere, kan ha god effekt mot kreft, særlig ved melanom.

Det sympatiske nervesystemet kan påvirke immunreaksjoner. Selv om T-celler har α - og β -adrenerge reseptorer og sympatiske nerver i milt kan ha nærkontakt med lymfocytter, har man ment at sympatikusvirkningen er indirekte. I en ny studie fant man likevel at utmattede, virusspesifikke CD8-positive T-celler oppregulerte β_1 -adrenerge reseptorer, og man så at cellene flokket seg om sympatiske nerver i milten hos mus infisert med koriomeningittvirus (1). Liknende funn ble gjort ved human lungekreft, der kreftsvulster med høy tetthet av sympatiske nerveender også

hadde større antall utmattede T-celler per volumenhet.

Antigenstimulering av utmattede T-celler ga lavere proliferasjon og cytokinsekresjon sammenliknet med antigenstimulering av T-celler med effektorfunksjon. T-celler med virusindusert overekspresjon av genet for β_1 -adrenerge reseptorer utviklet seg raskere til utmattede T-celler ved å øke dannelsen av cAMP. Tilleggsstudier med mus uten β_1 -reseptorgenet eller med farmakologisk β_1 -blokade bidro til hovedkonklusjonen: Sympatikus akselererer antigenspesifikk T-celleutmattelse. Uspesifikk β -blokade ga enda bedre effekt av sjekkpunkthemmere hos mus med pankreascancer og restituerer av normale CD8-positive T-celler med drapsfunksjon.

– Denne store og omfattende studien tyder på at vedvarende stress med økt sympatikusaktivitet kan gi svekket immunreaksjon mot både virus og kreft, sier Anne Spurkland, som er professor ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo.

– Utmattelse av virusspesifikke T-celler er en viktig mekanisme for å hindre skade på kroppens eget vev hvis immunreaksjonen trekker i langdrag. Dette utnytter kreftceller, slik at T-cellene ikke angriper kreftcellene. Studien tyder også på at betablokade kan øke effekten av immunterapi mot kreft, sier Spurkland, som mener dette bør undersøkes nærmere i kliniske studier. ■

Haakon B. Benestad

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Globig AM, Zhao S, Roginsky J et al. The β_1 -adrenergic receptor links sympathetic nerves to T cell exhaustion. *Nature* 2023; 622: 383–92.

Nanomateriale med karbon brytes ned av bakterier i tarmen

Tarmfloraen kan omdanne karbonbasert nanomateriale til butyrat ved hjelp av fermentering, viser ny musestudie.

Karbonbasert nanomateriale er et lett materiale som er sterkere enn stål. Slike partikler er påvist i tarm hos mennesker og kan potensielt ha negative helseeffekter. En nylig publisert studie viser hvordan karbon fra slike forbindelser brytes ned og forbrukes i tarmen (1).

Karbonbasert nanomateriale ble gitt oralt til mus, og tarmbakterier ble etter en viss tid samlet og analysert. Kromatografi viste forhøyede nivåer av butyrat, og ved hjelp av isotopmerket karbon ble nanomaterialet vist å være kilden. Merket karbon ble også benyttet for å undersøke nedbrytingen av nanomaterialet, der ekstrakter fra tarmbakterier viste fragmentering etter størrelse. Dette tyder på at nanomateriale brytes ned og fungerer som en kilde til karbon.

– Tykktarmen er et gjæringskammer der mikrober bryter ned næringsstoffer som vi ikke klarer å fordøye selv, sier Jørgen Valeur, overlege ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og professor i gastroenterologi ved Universitetet i Oslo.

– Denne studien viser at tarmfloraen kan omdanne karbonbasert nanomateriale til butyrat ved hjelp av fermentering, sier han.

– Butyrat er en viktig mikrobiell metabolitt som påvirker svært mange biologiske prosesser, både i og utenfor tarmen. Molekylets enkle oppbygning står i kontrast til dets komplekse bioaktivitet, som kjennetegnes av tilsynelatende motstridende effekter hva gjelder cellevekst, smerteoppfattelse og fedmeutvikling, sier Valeur.

– I denne studien fant forskerne også en hemmende effekt av butyrat på intestinale stamceller og advarer om at inntak av karbonbasert nanomateriale kan ha potensielle negative helseeffekter. Dette er en tankevekkende konklusjon som belyser det såkalte butyratparadokset, fordi høy butyratproduksjon i de fleste sammenhenger har blitt oppfattet som et sunnhetstegn, sier Valeur. ■

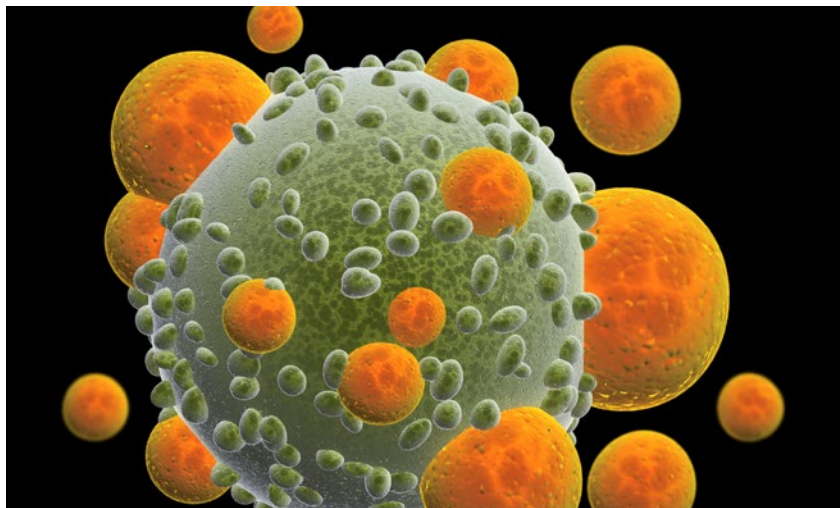
Ruth Halsne

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Cui X, Wang X, Chang X et al. A new capacity of gut microbiota: Fermentation of engineered inorganic carbon nanomaterials into endogenous organic metabolites. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2023; 120: e2218739120.

T-celler angriper en kreftcelle. Illustrasjonsfoto: frentusha/iStock





Illustrasjonsfoto: Malamus-UK/iStock

En stor andel av skadde pasienter er ruspåvirket

I over en tredjedel av ulykker der traumeteam ble etablert var den skadde personen i ruspåvirket tilstand, viser en norsk studie. I arbeidet med å forebygge ulykker må det legges større vekt på betydningen av rusmidler, mener forskerne.

Inntak av rusmidler øker risikoen både for å være involvert i ulykker og for å dø av skadene. Til tross for dette blir ikke traumepasienter i Norge rutinemessig screenet for inntak av alkohol eller andre rus- og legemidler. I en nylig publisert studie i tidsskriftet *Injury* har man kartlagt bruken av rusmidler og legemidler ved alle typer ulykker der man mistenkte alvorlig skade (1). 35 av 38 traumesykehus i Norge bidro med blodprøver og data fra 4 878 traumeinnleggelser.

Om lag 35 % av blodprøvene var positive for ett eller flere rusmidler. Alkohol

var det vanligste rusmiddelet, etterfulgt av benzodiazepiner og z-hypnotika, opiater, sentralstimulerende stoffer og cannabis. To eller flere rusmidler ble påvist i 45 % av de positive prøvene. Konsentrasjoner som tilsvarer *sannsynlig påvirkning* og *uttalt påvirkning* ble påvist i henholdsvis 28 % og 22 % av blodprøvene. Menn i alderen 27–43 år og pasienter med voldsrelaterte skader hadde høyest forekomst av rusmiddelbruk, med positive prøver i henholdsvis 50 % og 80 % av innleggelsene.

– Vår studie viser at ruspåvirkning har betydning ved mange ulykker. Dette må man ta hensyn til i ulykkesforebyggende arbeid og traumebehandling, sier Camilla C. Bråthen, som er artikkelens førsteforfatter.

– Resultatene genererer nye studier, blant annet en kasus-kontroll-studie der funnene sammenliknes med forekomst av rusmidler blant skadefrie kontrollpersoner i normaltrafikk. Det vil også være interessant å se på effekten av rusmidler på fysiologisk skaderespons og behandlingsutfall, og i hvilken grad psykoaktive legemidler påvist i studien er en følge av forskrivning eller rekreasjonsbruk, sier Bråthen.

Om bidragsyterne til studien

Et nasjonalt traumennettverk ledet av Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi og Nasjonalt traumeregister,

i samarbeid med stiftelsen BEST, står bak studien. Traumekoordinatorer, traumeregistrarer, laboratoriepersonell samt leger og sykepleiere involvert i traumebehandling ved de 35 sykehusene har bidratt til innsamlingen av data som ligger til grunn for resultatene.

Artikkelens førsteforfatter har ph.d.-stipend fra Sykehuset Innlandet. Artikkelenes øvrige forfattere er forskere fra Seksjon for rusmiddelforskning, Avdeling for rettsmedisinske fag ved Klinikk for laboratoriemedisin og Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus. Alle forskerne er en del av forskningsgruppen *Injury Prevention and Outcome following Trauma*, forkortet IPOT, som ledes av professor Leiv Arne Rosseland. ■

Synne Muggerud Sørensen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Bråthen CC, Jørgenrud BM, Bogstrand ST et al. Prevalence of use and impairment from drugs and alcohol among trauma patients: A national prospective observational study. *Injury* 2023; 54: 111160.

Ingvild Odsbu¹
ingvild.odsbu@fhi.no
Vidar Hjellvik¹
Marte Handal^{1,2}
Aleksi Hamina³

Thomas Clausen²
Torgeir Gilje Lid⁴
Petter C. Borchgrevink⁵
Svetlana Skurtveit^{1,2}

- 1 Avdeling for kroniske sykdommer, Folkehelseinstituttet
- 2 Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo
- 3 Niuvanniemi sykehus, Kuopio, Finland
- 4 Regionalt kompetansesenter for rusmiddel-forskning i Helse-Vest, Stavanger universitetssjukehus og Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger
- 5 Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital og Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk NTNU

Psykkiske lidelser og plager ved vedvarende opioidbruk for langvarige ikke-kreftrelaterede smerter – en registerstudie

Bakgrunn

Kunnskap om psykiske lidelser blant pasienter med vedvarende opioidbruk for behandling av langvarige ikke-kreftrelaterede smerter er viktig, da psykiske lidelser og plager kan bidra til å forsterke eller vedlikeholde smerte og påvirke evnen til å håndtere egen sykdom. Vi har undersøkt forekomst av psykiske lidelser og plager, inkludert rusmiddellidelser, hos pasienter med vedvarende opioidbruk i 2019.

Materiale og metode

Personer ≥ 18 år med vedvarende opioidbruk og personer ≥ 18 år med minst én registrert psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten i 2019 ble inkludert. Data ble hentet fra nasjonale helseregistre. Pasienter som fikk opioider for langvarige smerter på blå resept ble sammenlignet med dem som fikk opioider utelukkende på hvit resept.

Resultater

Forekomsten av psykiske lidelser og plager var 34 % blant 14 403 personer som fikk opioidene forskrevet på blå resept, og 42 % blant 38 001 personer som fikk opioidene på hvit resept. Dette tilsvarer 2–3 ganger økt forekomst sammenlignet med den generelle befolkningen. Det var spesielt høyere forekomst av angstlidelser og rusmiddellidelser. Det var høyest forekomst av psykiske lidelser og plager i aldersgruppen 18–44 år (49–55 %).

Fortolkning

Blant pasienter med vedvarende opioidbruk var det en stor andel med psykiske lidelser og plager, som er kjente risikofaktorer for å utvikle problematisk opioidbruk og avhengighetssyndrom.

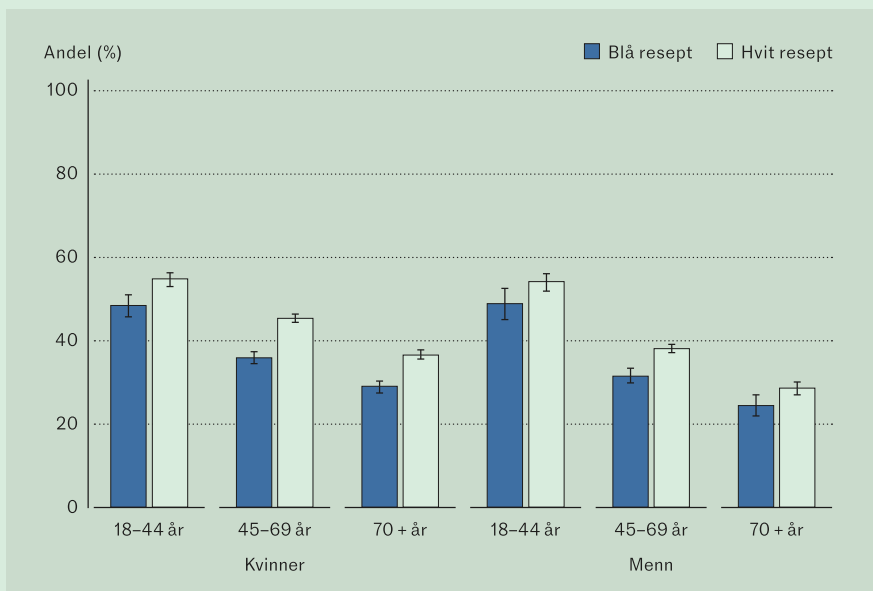
Hovedfunn

Forekomst av diagnostiserte psykiske lidelser og plager blant pasienter med vedvarende opioidbehandling av langvarige ikke-kreftrelaterede smerter i 2019 var høyest i den yngste aldersgruppen (18–44 år) og blant dem som fikk opioider utelukkende på hvit resept.

Pasienter med vedvarende opioidbruk hadde 2–3 ganger høyere forekomst av psykiske lidelser, inkludert rusmiddellidelser, diagnostisert i spesialisthelsetjenesten sammenlignet med den generelle befolkningen.

Rusmiddellidelser var hyppigst blant unge menn.

Figur 1 Prosentandel (95 % konfidensintervall) av pasienter med vedvarende opioidbruk for langvarig ikke-kreftrelatert smerte og minst én diagnose for psykisk lidelse eller plage, inkludert rusmiddellidelser, registrert i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten fordelt på kjønn, alder og om legemiddelet er forskrevet på blå resept (N = 14 403) eller hvit resept (N = 38 001) i 2019.



Bekymringsfull forskrivning av opioider

Kunnskapsgrunnlaget for bruk av opioider for kroniske smerter er svakt. Pasientene har høy forekomst av psykiske lidelser, og et flertall av dem får opioidene på hvit resept.

Odsbu og medarbeidere publiserer nå i Tidsskriftet en registerstudie som viser at i 2019 fikk flere enn 52 000 personer i Norge forskrevet opioider for tilstander som ikke var relatert til kreft eller legemiddelassistert rehabilitering (1). Opioider er sterkt vanedannende, og konsekvensene ved avhengighet er store. Selv om vi neppe vil få de samme epidemiske tendensene som i USA, er det nå flere som dør i Norge av overdose knyttet til forskrevne opioider enn av heroin (2). Det er også bred konsensus om at opioider har en svært begrenset plass i behandlingen av kroniske smerter (3). Nesten halvparten av pasientene som får opioider mot kroniske smerter i Norge, står på det over flere år (4), noe som bekreftes i flere studier knyttet til POINT-prosjektet (5). Det er dermed all grunn til å være årvåken om forskrivningspraksisen blant norske leger.

Studien viser en sammenheng mellom forskrevne opioider og psykiske lidelser. Det å få en psykisk lidelse i løpet av livet er svært vanlig. Omtrent 15 % av befolkningen rammes av en angstlidelse i løpet av et år, 10 % av en depresjon og 10 % av alkoholbrukslidelse (6). Det er bekymringsfullt at man i gruppen som får forskrevet opioider, ser en forekomst av psykiske lidelser som er 2–3 ganger høyere enn i den generelle norske befolkningen. I tillegg var forekomsten høyest i den yngste aldersgruppen.

I 2008 innførte legemiddelmyndighetene en ordning med refusjonskode -71 der det ble åpnet opp for forskrivning av opioider på blå resept i spesialisthelsetjenesten for vagere definerte smertetilstander. Fra 2016 kunne også fastleger benytte ordningen (7). Man kan anta at dette kan forklare noe av økningen.

Likevel viser registerdataene for 2019 at to tredeler av opioidene ble skrevet ut på hvit resept og uten refusjon. At de fleste som får forskrevet opioider over tid får dette på hvit resept, er svært bekymringsfullt og kan tyde på at mange av pasientene ikke oppfyller kravene for blå resept. Blant kravene inngår vurdering om risiko for utvikling av avhengighetssyndrom (8). Når staten ikke betaler for forskrivningen, kan det være uheldig om en slik risikovurdering ikke vektlegges ved forskrivning på hvit resept. Spørsmålet er om en forskrivning som ikke oppfyller blå resept-kravene, i det hele tatt bør skje – med unntak for akutte og kortvarige problemstillinger. Et annet ubesvart spørsmål er om den høye andelen forskrivninger på hvit resept kan tyde på at opioider skrives ut for andre formål enn smertebehandling.

Odsbu og medarbeidere undersøkte ikke hvor forskrivningen av opioider startet opp. Det er i hovedsak to alternativer: enten i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlege. I en amerikansk studie undersøkte man pasienter med forskrivning av opioider i > 90 dager og fant at forskrivning ofte startet etter kirurgi og ved andre akutte smertetilstander der opioider kan være indisert (3). At forskrivningen starter med å løse et kortsiktig smerteproblem i spesialisthelsetjenesten, mens de langsiktige konsekvensene

håndteres av andre, gjerne i primærhelsetjenesten, er en relevant utfordring også i Norge (9).

Vi trenger mer kunnskap om pasienter som får andre ikke-medikamentelle behandlinger for kroniske smertetilstander, for å se om forekomsten av psykiske lidelser er like høy i denne gruppen. Dette vil kunne være viktig for å avgjøre hvor alarmerende forskrivningspraksisen er i Norge. Vedvarende opioidbruk kan ha store individuelle og samfunnsøkonomiske konsekvenser, og det hadde også vært interessant å se på arbeidsførhet og yrkesdeltagelse, da den økte forekomsten av psykiske lidelser var høyest i den yngste aldersgruppen.

Kunnskapen vi får gjennom studier som POINT-prosjektet bør få konsekvenser for klinisk praksis. Spesialisthelsetjenesten er tradisjonelt delt i somatikk, psykiatri og rus. I tillegg til avhengighetsproblematikk kan det å «stå i spagat» mellom ulike spesialisthelsetjenester være en ekstra risiko for pasienter som får forskrevet opioider.

Helsevesenet kan bli flinkere til å tilpasse sine behandlingssystemer til pasientene. Det skal ikke være omvendt. Og alle som starter opp en forskrivning av opioider, bør også ha en plan for avslutning av forskrivningen. ■

Anne Taraldsen Heldal

annetheldal@gmail.com

Anne Taraldsen Heldal er ph.d., spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og overlege ved Helse Stavanger. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Odsbu I, Hjellvik V, Handal M et al. Psykiske lidelser og plager ved vedvarende opioidbruk for langvarige ikke-kreftrelaterte smerter – en registerstudie. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0414.
- 2 Gjersing L, Amundsen E. Increasing trend in accidental pharmaceutical opioid overdose deaths and diverging overdose death correlates following the opioid prescription policy liberalization in Norway 2010–2018. Int J Drug Policy 2022; 108: 103785.
- 3 Chapman CR, Vierck CJ. The Transition of Acute Postoperative Pain to Chronic Pain: An Integrative Overview of Research on Mechanisms. J Pain 2017; 18: 359.e1–e38.
- 4 Skurtveit S, Hjellvik V, Sakshaug S et al. Forskrivning av opioider på blå resept mot langvarige smerter. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: doi: 10.4045/tidsskr.20.0153.
- 5 Skurtveit SO. POINT-Hvordan unngå en opioidepidemi i Norge: Fokus på behandling av kroniske smerter. Lest 9.1.2024.
- 6 Mykletun A, Knudsen AA, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Lest 16.1.2024.
- 7 Persheim MS, Helland A, Spigset O et al. Potensielt vanedannende legemidler på blåresept ved kroniske sterke smerter. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 150–4.
- 8 Helsedirektoratet. Vedlegg 1 til § 5-14 legemiddellisten - opioider. Lest 9.1.2024.
- 9 Heldal AT, Aamo TO, Frost J. En kvinne i 40-årene som brukte vanedannende legemidler i svært høye doser. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: doi: 10.4045/tidsskr.19.0287.

Joshua Ravindran¹
joshuaravindran@gmail.com
Eirik Hornes Halvorsen²
Andreas Kongsvik¹

Sigurd Birkeland³
Einar Gude⁴
Alessandro Müller De Bortoli^{1,5}

- 1 Hjerateavdelingen, Sykehuset i Vestfold
- 2 Radiologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold
- 3 Thoraxkirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 4 Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 5 Heart Institute, University of Ottawa

En mann i 60-årene med dyspné og systolisk bilyd etter hjerteinfarkt

En tidligere frisk mann fikk påvist koronarsykdom og systolisk bilyd under utredning for nyoppstått hjertesvikt. Tverrfaglig utredning førte til vellykket behandling av en sjelden komplikasjon etter et mindre hjerteinfarkt.

En tidligere hjerterfrisk mann i 60-årene utviklet deklive ødemer og progredierende funksjonsdyspné under en ferietur i Sør-Europa. Etter en uke uten bedring kontaktet han lege og ble lagt inn på et sykehus i nærområdet. Ved innleggelsen var blodtrykket 123/93 mmHg, puls 94/min, sO₂ (a) 94 % med 2 liter O₂/min. Det ble funnet en systolisk bilyd grad 4/6 over hele prekordiet med utstråling til aksille, bibasal demping over lungene og ødemer i underekstremitetene. EKG er vist i figur 1.

Orienterende blodprøver viste økt troponin T uten signifikant dynamikk 40 - 41 - 38 ng/L (referanseområde < 14), kreatinin 94 µmol/L (60–110), CRP 11 mg/L (< 5) og NT-proBNP 3172 - 1786 ng/L (< 300). Ekkokardiografi viste et lite akinetisk område anteroseptalt i venstre ventrikkel, men bevart ejeksjonsfraksjon på 64 %. Ved undersøkelse av hjerterklaffene ble det kun funnet en liten mitral- og trikuspidalinsuffisiens.

Koronarangiografi viste okklusjon av en septalgren utgående fra ramus descendens anterior (LAD), for øvrig var det normale koronararterier. Det ble ikke gjort koronarintervensjon. Etter angiografien fikk pasienten atrieflimmer med spontant omslag til sinusrytme. Pasienten ble utskrevet med apiksaban 5 mg × 2, sotalol 80 mg × 1, furosemid 40 mg × 1, kaliumtilskudd 600 mg × 1 og atorvastatin 80 mg × 1 i tablettform. Kort tid etter reiste han tilbake til Norge.

Pasienten ble hospitalisert med symptomer på hjertesvikt uten anamnese for brystmerter. EKG viste en kombinasjon av Q-bølger og T-inversjoner i V1–V3. Troponin T var lett forhøyet uten signifikant dynamikk. Funn fra EKG og kontraksjonsforstyrrelsen i venstre ventrikkel samsvarte med forsyningsområdet av den okkluderte septalgrenen. Funne passet med et gjennomgått anteroseptalt hjerteinfarkt av eldre dato, og ikke en akutt koronar hendelse. Pasientens funksjonsdyspné, den prominente systoliske bilyden og funn av forhøyet NT-proBNP ble ikke utredet videre. En liten mitralinsuffisiens med bevart ejeksjonsfraksjon vil vanligvis ikke kunne forklare dette kliniske bildet.

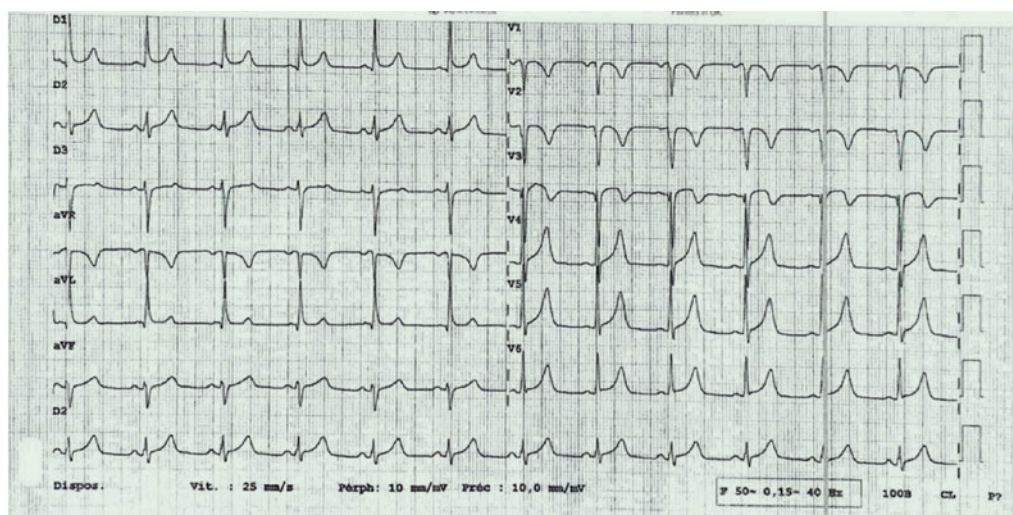
Pasienten opplevde effekt av behandling, men hadde fortsatt funksjonsdyspné svarende til New York Heart Association (NYHA) klasse II. To uker etter utskrivelsen ble han henvist av fastlegen til poliklinisk utredning ved lokalt sykehus hvor han ble vurdert to måneder senere. Ved klinisk undersøkelse ble det funnet en kraftig systolisk bilyd grad 6/6, som var mest hørbar over aortastedet. Auskultasjon av lungene var upåfallende, og underekstremitetene var uten tegn til ødemer. EKG viste sinusrytme på 52/min, normal akse og Q-bølger i V1 og V2, med normalisering av tidligere inverterte T-bølger. Transtorakal ekkokardiografi viste bevart systolisk funksjon (EF 55 %) og et lite infarktsekkvele anteroseptalt. Fargedoppler avdekket et høyfrekvent signal som gikk ut fra den basale anteriore delen av venstre ventrikkels septum og inn i høyre ventrikkels utløpskanal (RVOT), som var suspect på ventrikkelseptumruptur med venstre til høyre shunt (figur 2). Dopplermålinger estimerte en shunthastighet på 3,6 m/s, en shuntfraksjon på 2,0 og et systolisk trykk i det lille kretsløpet tilsvarende 50–55 mmHg (referanseområde < 40 mmHg). Høyre ventrikkel var dilatert til 53 mm (referanseområde < 40 mm), men velfungerende. Det ble påvist en liten insuffisiens i både mitral- og trikuspidalklaffen.

Pasientens alder, funn ved koronarangiografi og klinisk presentasjon gav mistanke om en postinfarkt ventrikkelseptumruptur og ikke en medfødt defekt. For å bedre kartlegge anatomen av defekten ble det gjort en EKG-gatet computertomografi (CT) av hjertet i arteriell kontrastfase. Undersøkelsen påviste en anteroseptal defekt på < 1 cm i ulike plan, med kontrastpassasje mellom venstre ventrikkel og høyre ventrikkels utløpskanal (figur 3). CT-undersøkelsen viste også refluks av kontrast til vena cava inferior og levervenen som tegn på høyresidig hjertesvikt (ikke vist i figur). Pasienten ble innlagt fra poliklinikken samme dag og ble neste dag overflyttet til universitetssykehus for videre utredning.

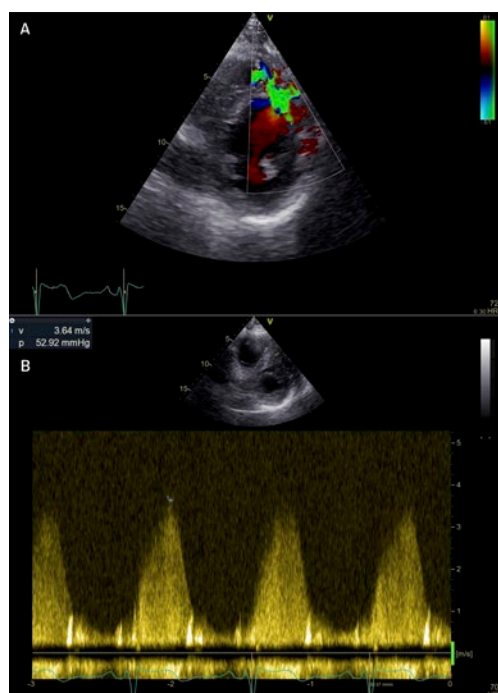
En intrakardial shunt defineres som en unormal kobling mellom høyre og venstre hjertehalvdel som medfører en patologisk blanding av arterielt og venøst blod. Tilstanden kan være medfødt (f.eks. atrie-ventrikkelseptum- →

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene



Figur 1 EKG av mann i 60-årene med deklive ødemer og progredierende funksjonsdyspné viser sinusrytme, frekvens 72/min, normal akse, Q-bølger i V1–V3 og T-inversjoner i V1–V3. Normale intervaller. Papirhastigheten var 25 mm/s.

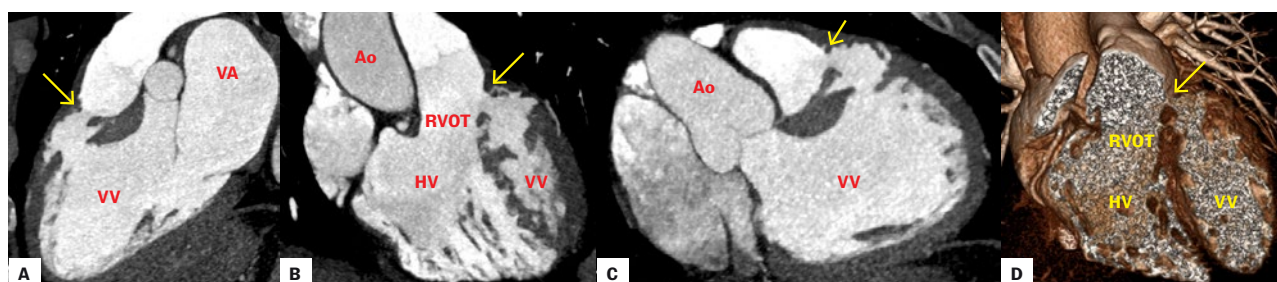


Figur 2 Ekkokardiografisk fremstilling av ventrikelseptumruptur. A. Parasternal kortakseprojeksjon viser et tverrsnittbilde av hjertet i endesystole med unormalt fargedopplersignal i relasjon til basal anteroseptal vegg av venstre ventrikel, klokken 1–2. Gul og rød farge indikerer økt blodhastighet mot lydhodet, i dette tilfellet fra venstre ventrikel og inn i høyre ventrikels utløpskanal.

Grønn farge indikerer abnormal og turbulent blodstrøm. B. Kontinuerlig doppler over shunt, måler en maks hastighet på 3,6 m/s tilsvarende middeltrykkgradient på 32 mmHg. Verdier over nullstreken indikerer at signal går mot lydhodet, i dette tilfellet fra venstre ventrikel og inn i høyre ventrikels utløpskanal.

Figur 3 Computertomografi med kontrastvæske av hjerte i sagittalplan (A), koronalplan (B), transversalplan (C) og 3D-rekonstruksjon (D) viser diskontinuitet i det ventrikulære septum

(piler) og kontrastpassasje mellom venstre ventrikel og høyre ventrikels utløpskanal. Ao: Aorta, HV: Høyre ventrikel, RVOT: Høyre ventrikels utløpskanal, VA: Venstre atrium, VV: Venstre ventrikel.



defekt), ervervet (oftest etter et transmuralt hjerteinfarkt) eller iatrogen (etter intervensjon/kirurgi). Shunten skyldes en trykkgradient mellom to kamre. Over tid vil en shunt forårsake en alvorlig forstyrrelse i hjertets hemodynamikk med trykk- og volumbelastning av høyre ventrikkel. Høyre ventrikkel vil til slutt dilatere for så å svikte.

Ved mistenkt intrakardial shunt er det vesentlig å kvantifisere ratioen mellom det pulmonale minuttvolumet (Qp) og det systemiske minuttvolumet (Qs) for å kunne vurdere shuntens hemodynamiske betydning. Normalt er det lik blodgjennomstrømning i det lille kretsløpet og det systemiske kretsløpet, og Qp/Qs er 1: 1. Dersom den pulmonale gjennomstrømningen overgår det systemiske, som i en venstre-høyre shunt, vil Qp/Qs være > 1. Denne vurderingen kan gjøres med non-invasive ekkokardiografiske metoder eller invasivt med høyre hjertekateterisering. Ekkokardiografisk baserer Qp og Qs seg på 2D- og dopplermålinger i utløpet av høyre (Qp) og venstre ventrikkel (Qs). Ekkokardiografisk innsyn i høyre ventrikkels utløpskanal kan være utfordrende, noe som gir målene en viss grad av usikkerhet. Høyre hjertekateterisering er et viktig supplement til ekkokardiografi, både for å bekrefte funnet, men også for å planlegge kirurgisk inngrep ved å kartlegge de hemodynamiske forholdene.

Andre viktige aspekter ved den ekkokardiografiske vurderingen av en ventrikkelseptumruptur er

Ved universitetssykehuset ble det utført koronarangiografi som bekreftet de tidligere funnene og høyre hjertekateterisering for å bedre vurdere de hemodynamiske forholdene (tabell 1).

Høyre hjertekateterisering er en invasiv kateterundersøkelse av hjerte- og lunge-hemodynamikk som tillater direkte måling av intrakardiale trykk. I tillegg kan høyre hjertekateterisering med termodilusjon estimere hjertets minuttvolum og kvantifisere en shunt ved seriemålinger av oksygenmetning ved predefinerte lokalisasjoner i kretsløpet. En venstre-høyre-shunt vil medføre at oksygenrikt blod fra venstre ventrikkel blander seg med oksygenfattig blod i høyre ventrikkel, og oksygenmetningen i arteria pulmonalis vil bli unormalt høy. Selv om undersøkelsen ikke er perfekt, anses den som mer presis enn ekkokardiografi for shuntvurdering.

Høyre hjertekateterisering påviste lettgradig pulmonal hypertensjon av postkapillær type (normal lungekarmotstand) med høyt fylningstrykk i venstre ventrikkel (forhøyet innkilt trykk). Tolkning av oksygenmetningsmålingene beregnet en Qp/Qs på 1,8 (signifikant shunt foreligger ved Qp/Qs > 1,5). Hjertets minuttvolum ble målt til 8,5 L/min (normalverdi 4,0 til 8,0 L/min). Det høye minuttvolumet vil gi en lav lungekarmotstand. Funnene støttet diagnosen ventrikkelseptumruptur.

Pasienten ble diskutert på et tverrfaglig møte mellom invasive og non-invasive kardiologer samt hjertekirurger. Pasientens ventrikkelseptumruptur medførte progredierende symptomer og kunne uten behandling føre til høyre ventrikkelsvikt og prognosetap. Det ble vurdert at operasjonsindikasjon var til stede. Pasienten var motivert for behandling, og det ble besluttet elektiv lukking av defekten under åpen hjertekirurgi.

For å redusere risikoen for komplikasjoner ble det brukt en hybrid teknikk med tilgang ved incisjon i høyre ventrikkels utløpskanal. Ventrikkelseptumruptur i fremre del av septum er i nærheten av ramus descendens anterior og septale grener, og en incisjon på venstre fremre vegg og suturer transmuralt basalt, fortil og apikalt kan medføre risiko for både skade av ramus descendens anterior og arytmi, som igjen gir økt morbiditet/mortalitet. Preoperativ CT og transøsofageal ekkokardiografi ble brukt for å lokalisere korrekt nivå for incisjon i høyre ventrikkels utløpskanal.

En perikard-understøttet sutur ble plassert fra venstre mot høyre i nedre kant av defekten. En Amplatzer™ Duct Occluder med 10 mm kerne og 16 mm skive ble ført inn i defekten og skiven foldet seg ut på venstre side med kjernen i kanalen. Ductuspluggen ble forankret med suturen, og kjernen ble festet på høyre ventrikkelside av septum med fire suturer, en i hver kvadrant. Denne teknikken gir en trygg behandling av defekten og minimerer risikoen for skade av ramus descendens anterior. Postoperativ kontroll viste tilfredsstillende lukking av defekten og uendret god ventrikkelfunksjon. Tjue måneder etter operasjon er pasienten i god allmenntilstand og fungerer i NYHA klasse I: Han har nylig utført en belastnings-EKG til 250 W (159 % av forventet verdi) uten symptomer.

Diskusjon

Ventrikkelseptumruptur er en sjelden, men fryktet mekanisk komplikasjon etter hjerteinfarkt. Historiske data beskriver en prevalens opp mot 2 % av alle akutte hjerteinfarkt, men med dagens reperfusjonsmodaliteter har den falt mot 0,17–0,31 % (1, 2). Imidlertid har insidensen av mekaniske komplikasjoner etter hjerteinfarkt økt under den nylige covid-19-pandemien og kan skyldes forsinket behandling av akutt koronarsyndrom (3). Data fra en stor multisenter, randomisert studie (GUSTO-1) med over 84 000 pasienter med hjerteinfarkt identifiserte følgende prediktorer for utvikling av ventrikkelseptumruptur: fremreveggssinfarkt (oddsratio 3,15), kvinnelig kjønn (oddsratio 2,54) og alder (oddsratio 2,05) (1).

Ventrikkelseptumruptur oppstår ofte i infarktets periferi hvor hyperkontraktilitet fra gjenværende friskt myokard utøver mekanisk stress på svakt, nyinfarsert vev (4). Becker og kollegaer klassifiserte ventrikkelseptumruptur i tre forskjellige typer. Type I er beskrevet som et snittliknende kutt som oppstår akutt innen 24 timer etter hendelsen. Type II skyldes dannelse av en erosjon i infarsert myokard og korrelerer med en mer subakutt presentasjon, typisk 3–5 dager etter et hjerteinfarkt. Type III er assosiert med uttynning av septum, aneurismedannelse og påfølgende ruptur, og er assosiert med eldre infarkt (5). I GUSTO-1-materialet var 94 % av tilfellene diagnostisert innen den første uken etter et hjerteinfarkt (1).

Vår pasient hadde en uke med symptomer på hjertesvikt, men ingen brystsmertor. Funnene fra EKG, biokjemi, ekkokardiografi og koronarangiografi tydet på at han hadde gjennomgått et mindre, subklinisk hjerteinfarkt forut for symptomdebut. Funn av systolisk bilyd og forhøyet proBNP taler for at ventrikkelseptumruptur kunne ha vært til stede allerede under den første innleggelsen i utlandet. En nyoppstått bilyd etter hjerteinfarkt bør alltid utløse mistanke om mekanisk komplikasjon. Grundig klinisk undersøkelse inklusiv hørteauskultasjon anbefales regelmessig i denne populasjonen (4, 6).

Ventrikkelseptumruptur fører ofte til kardiogent sjokk og død. I GUSTO-1-studien var 30-dagers mortalitet 73,8 % (1). Mortaliteten er særlig høy hos pasienter som er inkomplett revaskularisert og som er i sjokk (1, 7, 8). Pasienter som overlever den akutte fasen, er utsatt for uforutsigbar klinisk utvikling avhengig av størrelsen på defekten og gjenværende systolisk funksjon. En kronisk ventrikkelseptumruptur, som hos vår pasient, vil medføre økt fylningstrykk i venstre ventrikkel, pulmonal hypertensjon og trykk- og volumoverbelastning av høyre ventrikkel, som til sammen forklarer hans funksjonsdyspné og deklive ødemer. Uten behandling vil disse forandringene kunne forårsake progredierende sirkulasjonssvikt og kardiogent sjokk (2, 4).

Tabell 1 Hemodynamiske målinger ved høyre hjertekateterisering

dia: diastolisk trykk
mid: middels trykk
sO₂: oksygenmetning
sys: systolisk trykk

Kammer	Målinger	Normalverdi
Høyre atrie (mmHg)	8	< 7
Høyre ventrikel sys/mid/dia (mmHg)	60/10/2	< 30/8
Arteria pulmonaris sys/mid/dia (mmHg)	40/28/12	mid < 20
Pulmonary capillary wedge pressure (innkilt trykk) (mmHg)	25	< 12
Aorta sys/mid/dia (mmHg)	126/80/95	< 120/80
Lungekarmotstand (Wood units)	0,5	0,25–1,6
Minuttvolum (L/min)	8,5	4,0–8,0
sO ₂ -målinger (%)	vena cava superior 71 %	
	høyre atrium 73 %	
	høyre ventrikel 84 %	
	arteria pulmonalis 83 %	

Medisinsk behandling alene er assosiert med 94 % mortalitet (1, 2, 4, 8). Lukking av defekten er den eneste resolute behandlingen og kan utføres med åpen hjertekirurgi eller via perkutan kateterbasert intervensjon. Sistnevnte brukes en sjelden gang som siste utvei hos pasienter som har større kontraindikasjoner mot åpen kirurgi (4).

Vår pasient var frisk fra tidligere og klinisk stabil, noe som tillot optimal planlegging av inngrepet. Elektiv kirurgi etter hjerteinfarkt er fordelaktig da man kan suturere i tilhelet myokard, mens sutur av nyinfarsert vev gir høy risiko for suturløsning og residiv av ventrikkelseptumruptur. I dette tilfellet ble defekten reparert med en kombinasjon av en perikard-patch, sutur og en syntetisk protese via et enkelt snitt i høyre ventrikkels utløpskanal, noe som førte til et godt resultat og mindre risiko for komplikasjoner. Godt samarbeid mellom radiologer, kardiologer og hjertekirurger var avgjørende for å planlegge prosedyren. Vurdering i et tverrfaglig hjertemøte er anbefalt for alle kompliserte kardiale tilstander, noe denne kasuistikken belyser (9).

Vår pasient kunne ha risikert et alvorlig utfall. Tverrfaglig utredning medførte at han kunne gjennomgå kurativ kirurgi med et godt resultat.

Konklusjon

Ventrikkelseptumruptur er en sjelden, men alvorlig komplikasjon som kan inntreffe også etter mindre, subkliniske hjerteinfarkt. Hjerтеаuskultasjon er viktig hos pasienter etter hjerteinfarkt, og nyoppstått bilyd i denne populasjonen bør alltid utløse mistanke om denne komplikasjonen. Flermodal diagnostikk og tverrfaglig samarbeid er viktige elementer for god pasientbehandling. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert. Artikkelen er fagfelleurdert. Mottatt 18.5.2023, første revisjon innsendt 15.10.2023, godkjent 11.12.2023.

Joshua Ravindran

joshuaravindran@gmail.com

Joshua Ravindran er konstituert overlege i hjertesykdommer. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han har mottatt forelesningshonorar fra Bristol Myers Squibb.

Eirik Hornes Halvorsen

Eirik Hornes Halvorsen er ph.d. og avdelingsoverlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Andreas Kongsvik

Andreas Kongsvik er konstituert overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sigurd Birkeland

Sigurd Birkeland er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Einar Gude

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

Alessandro Müller De Bortoli

Alessandro Müller De Bortoli er ph.d., overlege og clinical fellow. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Crenshaw BS, Granger CB, Birnbaum Y et al. Risk factors, angiographic patterns, and outcomes in patients with ventricular septal defect complicating acute myocardial infarction. *Circulation* 2000; 101: 27–32.
- 2 Moreyra AE, Huang MS, Wilson AC et al. Trends in incidence and mortality rates of ventricular septal rupture during acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2010; 106: 1095–100.
- 3 Bahuva R, Aoun J, Goel SS. Management of Acute Coronary Syndrome in the COVID Era. *Methodist DeBakey Cardiovasc J* 2021; 17: 16–21.
- 4 Jones BM, Kapadia SR, Smedira NG et al. Ventricular septal rupture complicating acute myocardial infarction: a contemporary review. *Eur Heart J* 2014; 35: 2060–8.
- 5 Becker AE, van Mantgem JP. Cardiac tamponade. A study of 50 hearts. *Eur J Cardiol* 1975; 3: 349–58.
- 6 Ibáñez B, James S, Agewall S et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2017; 70: 1082.
- 7 Arenja N, Mueller C, Ehl NF et al. Prevalence, extent, and independent predictors of silent myocardial infarction. *Am J Med* 2013; 126: 515–22.
- 8 Lundblad R, Abdelnoor M, Geiran OR et al. Surgical repair of postinfarction ventricular septal rupture: risk factors of early and late death. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 137: 862–8.
- 9 Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2022; 43: 561–632.

Marcus Stangeland¹
macsta@ihelse.net

Torbjørn Lunde²
Kjell Ove Fossan¹
Jon Andsnes Berg¹

- 1 Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi
Haukeland universitetssjukehus
2 Hjerateavdelingen, Haukeland universitetssjukehus

Ikke-fatal overdose med nytt syntetisk opioid

En ung mann fikk respirasjonsstans hjemme, og det ble gjennomført hjerte-lunge-redning. Pasienten fikk nalokson med god effekt og ble innlagt på sykehus. Han opplyste om inntak av opioider, men ingen stoffer ble påvist ved rutineanalyser for rusmidler.

En ung mann ble funnet med respirasjonsstans på soverommet. AMK-sentral ble varslet, og det ble utført hjerte-lunge-redning i 25 minutter før luftambulanse kom til stedet. Den første rytmeanalysen viste sinusrytme, og det ble gitt 0,8 mg nalokson intravenøst på klinisk indikasjon (1). Pasienten våknet da til. Under transport til sykehus ble det også gitt 0,8 mg nalokson intramuskulært og ytterligere 0,4 mg intramuskulært i akuttmottak, totalt 2,0 mg nalokson.

Pasienten var våken og orientert da han ankom akuttmottaket. De vitale parametrene var stabile: puls 108 slag per minutt, blodtrykk 152/92 mmHg, sO₂ 86 %, respirasjonsfrekvens 14 og temperatur 36,8 °C. Arteriell blodgass uten oksygentilskudd viste pH 7,36 (referanseområde 7,36–7,44), pO₂ 7,1 kPa (> 10,1), pCO₂ 6,5 kPa (4,5–6,1), laktat 1,6 mmol/L (0,4–1,3) og HCO₃⁻ 27 mmol/L (22–26). Blodprøver viste leukocytter 18,4 × 10⁹/L (4,1–9,8 × 10⁹/L), glukose 11,5 mmol/L (4,0–6,0), troponin T 23 ng/L (< 15) og CRP < 1 mg/L (< 5). Blodprøve var negativ for etanol. I akuttmottaket startet man med 2 liter oksygen på neseekateter, og pO₂-verdiene normaliserte seg før utskrivning.

Pasienten anga at han hadde kjøpt det som skulle være opioider i en nesesprayflaske av en bekjent noen uker tidligere, men at han ikke hadde brukt den før den aktuelle kvelden. Nesesprayen skulle han bruke for å slappe av. Han hadde fått beskjed om å titrere opp dosen til effekt. Den aktuelle natten skal han ha inntatt to doser uten å merke effekt, han tok deretter ytterligere to doser med

kort mellomrom. Tidsrommet mellom første inntak og tidspunktet han ble funnet av pårørende, var trolig i underkant av en time.

Pasienten hadde brukt cannabis tidligere, men benektet bruk av andre rusmidler. På mistanke om at nesesprayen inneholdt fentanyl, ble det tatt prøver til rusmiddelanalyse i serum og urin, henholdsvis to og ni timer etter første dose. Negativt svar på rusmiddelscreening i urin kom samme formiddag, og pasienten ble utskrevet. Nesespraybeholderen ble destruert før noen tenkte på å analysere innholdet.

Siden det var klinisk mistanke om forgiftning med opioider, ble det etterbestilt spesifikk analyse i håp om å påvise agens, men analysen gav ingen utslag ut over nalokson (5,77 µmol/L). Vakthavende lege i klinisk farmakologi og lege på intensivavdelingen besluttet å foreta et «bredt substanssøk» for å lete etter et syntetisk høypotent opioid utenom standard rusmiddelrepertoar. Etter et par uker fant vi henholdsvis 1,6 nmol/L og 0,32 nmol/L protonitazen i blod- og urinprøven.

Protonitazen er et svært potent, syntetisk opioid som ikke tidligere er påvist i Norge. Nasjonal behandlingstjeneste for forebygging og håndtering av personskaade knyttet til ulykker og uhell/hendelser med kjemiske stoffer (CBR-NE-senteret) ble varslet. De informerte videre til relevante organisasjoner og institusjoner om at et svært potent opioid kunne være i sirkulasjon. Brukere ble bedt om å ikke innta stoff alene og fikk informasjon om at gjentatt dosering ved manglende effekt øker overdoserisikoen (2).

Diskusjon

Rusmiddeltesting kan utføres med uspesifikk eller spesifikk analysemetode (3). De fleste uspesifikke metoder utføres med immunologisk metodeprinsipp (antigen-antistoff-binding). Da den uspesifikke analysen var negativ, ble det utført spesifikk analyse med væskeskromatografi med LC-QTOF- massespektrometri (*liquid chromatography quadrupole time-of-flight mass spectrometry*). Denne var også negativ. Med samme instrument ble det så gjort et bredt substanssøk mot et stort bibliotek av substanser, der man i prinsippet kan påvise flere tusen ulike rus- og legemidler.

Det var kjent at nitazener var i omløp i Europa, etter varsling fra European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (4). Vi så at substansens kliniske og kjemiske egenskaper, som fragmenteringsmønster og retensjonstid, kunne stemme med det som var rapportert i litteraturen om nitazener, også kjent som benzylozimidazol-opioider.

Ved hjelp av referansemateriale med ulike nitazener ble det bekreftet at blodprøven inneholdt protonitazen og to metabolitter. Stoffet ble påvist i svært lav konsentrasjon i serum, noe som kan indikere høy potens, kort halveringstid og/eller potente metabolitter. Protonitazen kan være 3–10 ganger så potent som fentanyl (5, 6).

Siden 2000-tallet har det kommet en rekke nye psykoaktive substanser (ofte forkortet NPS), definert som substanser med misbrukspotensial, enten i ren form eller tilberedt, som ikke faller inn under narkotikakonvensjonen fra 1961 eller konvensjonen om psykotrope stoffer fra 1971, men som kan utgjøre en trussel mot folkehelsen.

Det siste tiåret har omfanget av syntetiske opioider økt. I starten dominerte fentanylderivater, i stor grad produsert i Kina. Etter at landet innførte strengere regler for produksjon av fentanylderivater, kom nitazener på markedet (7, 8). Nitazener ble utviklet på 1950-tallet, men ble aldri tatt i bruk på grunn av stor risiko for overdosering, blant annet på grunn av potente metabolitter (5). Isotonitazen var det første stoffet som ble oppdaget, i 2019, og det dominerte markedet fram til det ble ulovlig i USA og andre nitazener overtok (8).

Tiden fra et nytt stoff produseres og til det oppdages, er ofte lang. Ved sterk mistanke om rusmiddelinntak må ikke klinikerne slå seg til ro med et negativt svar. Vi oppfordrer til å ta kontakt med laboratoriet når man tror at prøvesvaret ikke stemmer. Hos vår pasient tok det to uker til man kunne konkludere med at prøvene inneholdt protonitazen.

Hos denne pasienten hadde ikke identifiseringen av rusmiddelet noen behandlingsmessige konsekvenser. Det var likevel av betydning at agens ble funnet, slik at man kunne informere og advare publikum – og med det forhåpentligvis unngå flere overdoser. Det ble påvist et annet tilfelle med fatalt utfall i en annen del av landet i samme tidsperiode. Nitazener er i ettertid oppført i narkotikaforskriften (9). ■

Etter innsending av manuskriptet har det vært rapportert nye tilfeller av nitazenerforgiftninger i Norge (10, 11).

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 4.7.2023, første revisjon innsendt 14.8.2023, godkjent 20.12.2023.

Marcus Stangeland

macsta@ihelse.net

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

Torbjørn Lunde

Torbjørn Lunde er spesialist i hjertesykdommer og overlege.

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

Kjell Ove Fossan

Kjell Ove Fossan er kjemiker.

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

Jon Andsnes Berg

Jon Andsnes Berg er spesialist i klinisk farmakologi og overlege.

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

Litteratur

- 1 Giftinformasjonen. Fentanyl - behandlingsanbefalinger ved forgiftning. Lest 30.6.2023.
- 2 Kalveland J. Oslo universitetssykehus advarer mot farlig stoff i omløp. Dagens medisin 18.11.2022. Lest 3.1.2024.
- 3 Farmakologiportalen. Lest 30.6.2023.
- 4 EMCDDA. New psychoactive substances: 25 years of early warning and response in Europe. Lest 20.12.2023.
- 5 The Center for Forensic Science Research & Education. New synthetic opioid protonitazene increasing in prevalence as "nitazenes" gain traction across the United States and Canada. Lest 30.6.2023.
- 6 WHO. Critical review report: protonitazene. Lest 30.6.2023.
- 7 Prekupec MP, Mansky PA, Baumann MH. Misuse of novel synthetic opioids: a deadly new trend. J Addict Med 2017; 11: 256–65.
- 8 Montanari E, Madeo G, Pichini S et al. Acute intoxications and fatalities associated with benzimidazole opioid (nitazene analog) use: A systematic review. Ther Drug Monit 2022; 44: 494–510.
- 9 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om narkotika (narkotikaforskriften). Lest 20.11.2023.
- 10 Solås VS, Andersrød BV, Strømbeck SM. Overdosedødsfallet i Halden: Har funnet stoff 100 ganger sterkere enn morfin. NRK 20.10.2023. Lest 20.11.2023.
- 11 Five ML. Advarer mot livsfarlig stoff: – Finnes over hele landet. TV2 11.12.2023. Lest 13.12.2023.

NÅ MED REFUSJON VED
HJERTESVIKT, UAVHENGIG
AV EJEKSJONSFRAKSJON¹

NYHET!

Refusjonsberettiget bruk:

Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt hos voksne.

Refusjonskoder:

ICPC: K77 Hjertesvikt

ICD: I50 Hjertesvikt

EN TABLETT

- TRE INDIKASJONER MED REFUSJON²

FORXIGA® (dapagliflozin)



10 MG



1 TABLETT DAGLIG, INGEN TITRERING²



FORXIGA® 10 MG (dapagliflozin) - VIKTIG INFORMASJON

Indikasjoner:

Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt hos voksne.

Behandling av utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 (T2D) hos voksne og barn ≥ 10 år, som tillegg til diett og fysisk aktivitet: Som monoterapi når metformin er uhensiktsmessig pga. intoleranse eller som tillegg til andre legemidler til behandling av T2D.

Behandling av kronisk nyresykdom hos voksne.

Anbefalt dosering: 10 mg 1 gang daglig. Det er ikke anbefalt å starte behandling ved GFR < 25 ml/min. Ved GFR < 45 ml/min skal ekstra glukosesenkende behandling vurderes hos T2D pasienter med behov for ytterligere glykemisk kontroll. Ved alvorlig nedsatt leverfunksjon er anbefalt startdose 5 mg.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Forxiga 10 mg skal ikke brukes ved T1D, hos gravide eller ammende. Brukes med forsiktighet ved økt risiko for diabetisk ketoacidose.
- Behandlingen skal avbrytes midlertidig hos pasienter innlagt på sykehus for større kirurgiske inngrep eller ved akutte, alvorlige medisinske sykdommer.
- Pasienter med albuminuri kan ha mer nytte av behandling med Forxiga. Ingen erfaring med behandling av kronisk nyresykdom hos pasienter uten diabetes som ikke har albuminuri.
- Begrenset erfaring med Forxiga i NYHA-klasse IV.
- Forsiktighet utvises der Forxiga-indusert blodtrykksfall kan utgjøre risiko.
- Kan gi økt nyreutskillelse av litium. Pasienten skal henvises til forskrivende lege for overvåking av serumkonsentrasjon.

Bivirkninger:

Svært vanlige: Hypoglykemi (når brukt med sulfonyleurea (SU) eller insulin)). Vurder en lavere dose av insulin/ SU for å redusere denne risikoen ved T2D. Vanlige: Genitale infeksjoner, urinveisinfeksjoner. Mindre vanlige: Volumdepleksjon inkl. hypotensjon. Sjeldne bivirkninger: Diabetisk ketoacidose (ved T2D). Svært sjeldne: Fourniers gangren.

Refusjonsberettiget bruk:

-Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt hos voksne. **Refusjonskoder:** ICPC: **K77**. Hjertesvikt. ICD: **I50** Hjertesvikt.

-Behandling av pasienter med kronisk nyresykdom med bekreftet albuminuri (eGFR 25-75 mL/min/1.73m² og albumin/kreatinin-ratio i urin over 20 mg/mmol)

Refusjonskoder: ICPC: **U99** Nyresvikt kronisk. ICD: **N18** Kronisk nyresykdom.

Vilkår 260: Refusjon ytes kun i kombinasjon med optimalisert behandling med RAAS-hemmer, enten ved bruk av ACE-hemmer eller angiotensin II-reseptorblokker (ARB).

-Som tillegg til annen blodsukkersenkende behandling ved diabetes type 2 (unntatt GLP-1-analoger).

Refusjonskoder: ICPC: **T90** Diabetes type 2. ICD: **E11** Diabetes mellitus type 2.

Vilkår 264: Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår glykemisk kontroll på behandling med metformin. Pasienter med etablert hjerte- og karsykdom og/eller nyresykdom kan starte med SGLT2 hemmer i kombinasjon med metformin som førstevalg

Reseptgruppe C.

Pakninger og priser: 10 mg: **28 stk.** kr 450.

98 stk. kr 1432,30.

For mer info. om Forxiga, les FK tekst på

www.felleskatalogen.no eller SPC. NO-11632-01-24

Referanser:

1. Direktoratet for medisinske produkter (DMP). Refusjonsvedtak ref 22/31164-9, 20.12.2023. 2. Forxiga SPC pkt 4.1, 4.2.

AstraZeneca

AstraZeneca AS - www.astrazeneca.no

Guri Hagberg¹

guhagb@ous-hf.no

Emilie Ranheim Skytøen²**Ingvild Nakstad**¹**Kristin O'Sullivan**³**Jeanette Koht**⁴**Tone Kristin Bjordal Johansen**⁵**Siri L. Feruglio**⁵**Sten Frøyshov**⁶¹ Seksjon for hjerneslag, Nevrologisk avdeling,

Oslo universitetssykehus, Ullevål

² Oslo kommune og Kavliinstitutt for

nevrovitenskap, NTNU

³ Faggruppe for mattrygghet, Norges miljø- og

biovitenskapelige universitet, Veterinærhøgskolen

⁴ Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål⁵ Avdeling for smittevern og beredskap,

Folkehelseinstituttet

⁶ Akuttmedisinsk avdeling,

Oslo universitetssykehus, Ullevål

Iatrogen botulisme

Denne kasuistikken beskriver alvorlig iatrogen botulisme etter behandling med injeksjon av botulinumtoksin ved en privatklinikk i utlandet.

En kvinne i 40-årene ble akuttinnlagt i medisinsk avdeling grunnet økende svelgparese, svakhet i nakkemuskulatur, obstipasjon, munntørrehet, hodepine, fatigue, tunge øyelokk og uklart syn de siste fem dager. De siste tre dagene før innleggelsen hadde hun ikke fått i seg flytende eller fast føde, og hodet måtte støttes når hun skulle sette seg opp.

Det fremkom at hun 15 dager tidligere hadde fått injisert botulinumtoksin type A mot migreneplager under et opphold i utlandet. På grunn av kronisk migrene hadde hun gjentatte ganger tidligere fått injeksjoner i panne, tinninger, bakhode og nakke i Norge. På klinikken i utlandet var det gitt injeksjoner i nakke, foran og bak på hals og på øvre del av brystkassen. Toksinet som ble benyttet, var en type som ikke er godkjent i Norge.

Ved innkomst var pasienten respiratorisk og sirkulatorisk stabil, afebril, med normal blodgass og upåfallende orienterende blodprøver. Foruten ptose bilateralt og pareser i nakke, ansikt og svelg, var nevrologisk undersøkelse normal. Supplerende fleksibel endoskopi med evaluering av svelgfunksjon bekreftet moderat dysfagi og uttalt svakhet i farynks. Hun fikk nasogastrisk sonde da det ble vurdert til at det forelå stor aspirasjonsfare.

Lokale bivirkninger av botulinumtoksin A-injeksjoner ble ansett som sannsynlig årsak til paresene. Hodepine, fatigue, obstipasjon, munntørrehet, ptose og uklart syn ble vurdert som systemiske bivirkninger, og det ble tatt kontakt med Folkehelseinstituttet for å drøfte behandling med antitoksin. Blodprøver ble sendt Mattrygghetslab ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet Veterinærhøgskolen, der tre mus ble injisert med pasientens serum (musetest). Én av tre mus utviklet symptomer på botulisme innen fire dager, og testen ble vurdert som usikker påvisning av fritt botulinumtoksin. Etter en samlet vurdering valgte man å ikke gi antitoksin grunnet sykehistoriens varighet, usikkerhet rundt bivirkninger og effekt av antitoksin samt at plagene var i lett bedring.

Etter ti dager i sykehus ble pasienten skrevet ut med oppfølging av hjemmesykepleie. Hun var i bedre allmentilstand med normalt syn og uten hodepine. Svelgfunksjonen var fremdeles redusert med behov for sondenæring, men hun kunne nå innta drikke og glatt purékost i godt oppreist sittestilling. Ved tremånederskontroll var hun fremdeles avhengig av sonde for å få i seg nok næring.

Diskusjon

Botulinumtoksin er i lave doser utstrakt brukt i kosmetisk behandling og ved en rekke medisinske tilstander, som muskelspastisitet, nakkedystoni og kronisk migrene. Toksinet dannes fra den grampositive anaerobe stavbakterien *Clostridium botulinum* og er blant våre mest potente naturlige giftstoffer. I høye doser oppstår pareser som kan føre til respirasjonssvikt og død. Det er beskrevet sju serotyper (type A–G), der A, B, E og F kan forårsake botulisme hos mennesker (1).

Fra 1977 til 2022 ble det meldt 81 tilfeller av botulisme i Meldingsystem for smittsomme sykdommer. 37 var matbårne, 26 var sårbotulisme hos injiserende rusmisbrukere, og 8 var tilfeller av spedbarnsbotulisme. For de resterende var smittemåte ikke registrert (2). En vanlig årsak til botulisme i Norge er inntak av forurenset hjemmeproduert rakfisk eller spekemat, der pasientene oftest utvikler magesmerter, oppkast og diaré innen 12–36 timer, med ledsagende munntørrehet, ptose, dobbeltsyn, talebesvær, pareser og forstoppelse (2).

Botulisme som komplikasjon til medisinske og kosmetiske injeksjoner, er mindre kjent og ofte knyttet til feil administrering eller overdosering (3). I februar og mars 2023 ble det rapportert om 87 pasienter med botulisme etter intragastrisk injeksjon i forbindelse med overvektsbehandling i Tyrkia (4). Pasientene hadde til dels alvor-

lige symptomer, og flere trengte intensivbehandling og fikk antitoksin (4). I en europeisk prospektiv studie er det foreløpige data på 22 tyske pasienter som utviklet botulisme etter slik behandling i Tyrkia. De rapporterte om injeksjoner med 1 000–2 500 enheter botulinumtoksin A, altså langt høyere enn inntil 500 enheter per behandling, som er anbefalingen for de mest solgte botulinumtoksin A-preparatene i Norge (5, 6). Det er uvisst hvor høy dose vår pasient fikk injisert, da opplysninger om dosering ikke har vært mulig å innhente.

Botulinumtoksin kan indirekte påvises ved inokulasjon i mus (musetest) med pasientens serum. Nye lovende tester som er mer sensitive og dyreetiske, er ikke tilgjengelige i Norge (7). Blant de tolv første tyske pasientene, alle med negativ musetest, fikk ni påvist toksin med Endopep-MS-assay. Tilgjengelige testmetoder er altså ikke sensitive nok, og en negativ musetest utelukker ikke botulisme hvis kliniske funn passer (5).

Ved mistanke om sår- eller matbåren botulisme er anbefalt behandling infusjon snarest (og innen 48 timer) med heptavalent antitoksin produsert på immunisert hest og levert fra Folkehelseinstituttet. Antitoksinbehandling har vist bedre overlevelse i dyreforsøk, mens data og klinisk erfaring ved iatrogen botulisme er mangelfull (5, 8). I en kinesisk observasjonsstudie med 86 pasienter med iatrogen botulisme etter kosmetiske injeksjoner av botulinumtoksin A, varierte dosering fra 6 til 1 000 enheter. Symptomer utviklet seg fra 0 til 36 dager, og vanligst var hodepine, svimmelhet, fatigue, uklart syn, ptose og dysfagi. Samtlige fikk antitoksin, angivelig med effekt og uten alvorlige bivirkninger (9).

Musetest indikerte at fritt toksin kunne foreligge hos vår pasient. Det er uklart om klinisk forverring ut over en uke etter injisering skyldes effekter i nevronene av initial toksinbinding, eller om det fortsatt foreligger fritt toksin (3). I en nyere kasuistikk ble en pasient med progressiv parese behandlet 15 dager etter botulinumtoksin A-injeksjon med observert bedring (10).

Systemisk distribusjon og effekt av antitoksinbehandling er lite studert, men grunnet økende bruk av «skjønnhets- og helsereiser» til utlandet vil vi nok se flere tilfeller av iatrogen botulisme der antitoksinbehandling må drøftes. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Medforfatterne Nakstad og Koht behandler pasienter med medisinsk indikasjon for botox.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 17.9.2023, første revisjon innsendt 22.11.2023, godkjent 7.12.2023.

Guri Hagberg

guhagb@ous-hf.no

Guri Hagberg er ph.d., spesialist i geriatri og indremedisin og overlege.

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

Emilie Ranheim Skytøen

Emilie Ranheim Skytøen er LIS1-lege og ph.d.-stipendiat.

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

Ingvild Nakstad

Ingvild Nakstad er spesialist i nevrologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt undervisningshonorar fra Abbvie og reisestøtte til fagkongress fra Allergan.

Kristin O' Sullivan

Kristin O' Sullivan er senioringeniør.

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

Jeanette Koht

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

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

Tone Kristin Bjordal Johansen

Tone Kristin Bjordal Johansen er ph.d., veterinær og seniorforsker.

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

Siri L. Feruglio

Siri L. Feruglio er ph.d., spesialist i infeksjonssykdommer og indremedisin og avdelingsdirektør.

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

Sten Frøyshov

Sten Frøyshov er spesialist i indremedisin og akutt- og mottaksmedisin og overlege.

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

Litteratur

- 1 Sobel J. Botulism. Clin Infect Dis 2005; 41: 1167–73.
- 2 Smittevernveilederen FHI. Botulisme. Lest 14.11.2023.
- 3 Witmanowski H, Błochowiak K. The whole truth about botulinum toxin - a review. Postepy Dermatol Alergol 2020; 37: 853–61.
- 4 ECDC. Update on iatrogenic botulism cases in Europe. Lest 14.11.2023.
- 5 Dorner MB, Wilking H, Skiba M et al. A large travel-associated outbreak of iatrogenic botulism in four European countries following intragastric botulinum neurotoxin injections for weight reduction, Türkiye, February to March 2023. Euro Surveill 2023; 28: 2300203.
- 6 Felleskatalogen. Botox. Lest 7.12.2023.
- 7 Stern D, von Berg L, Skiba M et al. Replacing the mouse bioassay for diagnostics and potency testing of botulinum neurotoxins – progress and challenges. Berl Munch Tierarztl Wochenschr 2018; 131: 375–94.
- 8 Emergent BioSolutions Canada. BAT. Lest 7.12.2023.
- 9 Bai L, Peng X, Liu Y et al. Clinical analysis of 86 botulism cases caused by cosmetic injection of botulinum toxin (BoNT). Medicine (Baltimore) 2018; 97: e10659.
- 10 Gonul Oner O, Gudek HC, Erturk Cetin O et al. Iatrogenic Botulism: A Case Treated With Botulinum Antitoxin. Clin Neuroparmacol 2023; 46: 82–4.

Trang vinkel mellom a. mesenterica superior og aorta

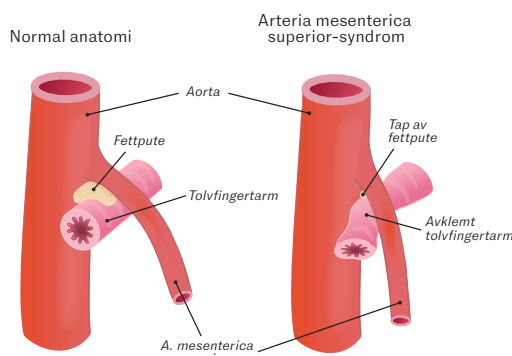
CT-bildet viser et sagittalt snitt av buken med funn av trang vinkel mellom arteria mesenterica superior og abdominalaorta, som sammen med symptomer og endoskopifunn ga diagnosen a. mesenterica superior-syndrom.

En kvinne i 40-årene med kjent anorexia nervosa ble innlagt for utredning av postprandiale epigastriesmerter, metthetsfølelse, kvalme og forstoppelse. Symptomene hadde tilkommet de siste to årene forut for innleggelsen. Kroppsmasseindeksen hennes var på 14,6 kg/m².

Koloskopi viste after i terminale ileum av usikker klinisk betydning. MR-funn i tynntarmen var normale. Etter undersøkelser ble epigastriesmertene verre, og hun kastet opp flere ganger. Gastroskopi viste betydelige mengder ventrikelinnhold og øsofagitt. Hun ble behandlet med pantoprazol (80 mg × 2 intravenøst) for å hemme magesyreproduksjonen og metoklopramid (10 mg × 3 intravenøst) for å stimulere ventrikelmotiliteten.

Ny gastroskopi etter tre dager viste tom ventrikel og fullstendig tilbakegang av øsofagittforandringene. Ingen utløps hinder for ventrikkelen ble observert, og det var normale funn i duodenum. Siden hun hadde hatt ventrikelretensjon og ikke tolererte mat i magesekken, ble det lagt inn en nasojunal sonde.

På bakgrunn av pasientens symptomer og funn av ventrikelretensjon ved gastroskopi ble a. mesenterica superior-syndrom mistenkt (se illustrasjonen). CT-angiografi av



abdominalkarene viste en vinkel mellom aorta og avgangen av a. mesenterica superior på 18 grader (normalt er > 25 grader) og aortomesenterisk avstand i nivå med duodenum på 5 mm (normalt er > 10 mm). Funnene var forenlig med diagnosen (1).

Distale duodenum ligger mellom aorta og a. mesenterica

superior. Denne kan komme i klem dersom vinkelen mellom aorta og a. mesenterica superior blir for spiss. Obstruksjonen kan gi ventrikelretensjon og dermed symptomer fra øvre del av magen, som smerter, stinnhet og oppkast. Avmagring med tap av fettvev i det aortomesenteriske rommet er den van-

ligste årsaken. Behandlingen er primært intensiv ernærings-terapi, med mål om å bygge opp igjen «fettputen» og derved øke vinkelen og lette passasjen gjennom duodenum. Kirurgi er aktuelt ved terapivikt (1).

A. mesenterica superior-syndromet er sjeldent, estimert insidens i den generelle befolkningen er 0,013–0,78 % (1). Ved uforklart ventrikelretensjon som oppstår i forbindelse med vekttap, bør pasienten undersøkes for syndromet. Helsepersonell som behandler pasienter med spiseforstyrrelser må være særlig årvåke. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

*Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 3.11.2023, første revisjon
innsendt 6.12.2023, godkjent
11.12.2023.*

Jørgen Valeur

jorgen.valeur@lds.no
Lovisenberg Diakonale Sykehus og
Institutt for klinisk medisin,
Universitetet i Oslo. Spesialist i
indremedisin og i fordøyelses-
sykdommer, overlege og professor.

Andreas Lykke Rickers

Lovisenberg Diakonale Sykehus.
Andreas Lykke Rickers er spesialist i
radiologi og overlege.

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

Litteratur

- 1 Oka A, Awoniyi M, Hasegawa N et al. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management. World J Clin Cases 2023; 11: 3369–84.

Ambulerende eller ambulante team?

Grupper av helsepersonell som reiser ut til pasientene for å gi helsehjelp, kalles ambulerende team eller ambulante team. Hvilket uttrykk bør brukes?

Tidligere ble ordet *ambulant* gjerne brukt i betydningen *poliklinisk*, det vil si et sted der pasientene fikk behandling uten å bli innlagt i sykehus (1). *Ambulant klinikk* eller *ambulant behandlingssenter* betegnet fasilitetene og tjenestene. I dag bruker man stort sett *poliklinisk* eller *poliklinikk* om slike virksomheter.

Et annet tilbud går ut på at helsepersonell reiser ut til pasientene der de bor, for å gi helsetjenester, enten hjemme, i sykehjem eller andre steder. Dette ble opprinnelig kalt *ambulerende team*, som innebærer at teamet beveger seg fra sted til sted for å nå ut til pasientene, for eksempel hjemmesykepleie og hjemmetjeneste. Et historisk eksempel var skjermbildebussene som kjørte rundt i alle kommuner for å screene folk for tuberkulose. Det finnes også mange betegnelser som ikke inneholder disse ordene, slik som *oppøkende team*.

Ulik betoning

Ambulant og *ambulerende* kan altså ha litt ulik betoning om man ser nærmere på språkbruken i litteraturen. *Ambulant* refererer primært til selve typen fasiliteter eller tjenester som tilbys på et sted. Adjektivet har her en slags klassifiserende eller kategoriserende funksjon, og står i motsetning til andre typer medisinske fasiliteter eller tjenester. *Ambulerende* viser til teamets bevegelse og deres evne til å levere tjenester på ulike steder. Her har adjektivet en mer beskrivende eller karakteriserende funksjon. Det er enten pasienten eller helsearbeideren som beveger på seg.

Begge ordene er adjektiver og er avledet fra verbet *å ambulere*, som betyr å bevege seg rundt eller å reise fra sted til sted (2). Vi kjenner det vel best fra *ambulanse*. Et søk i Nasjonalbibliotekets digitalbibliotek viser at *ambulerende team* er eldst: Det kom i bruk fra begynnelsen av 1950-årene, *ambulant(e) team* fra slutten av 1960-årene. Undersøkelser av bruken de siste 30 årene viser at *ambulante team* er mest

brukt i faglige kilder som bøker og tidsskrift. *Ambulerende team*, derimot, har opprinnelig vært mest vanlig i avisartikler mot et mer allment publikum. Imidlertid ser vi at *ambulant team* har blitt mer vanlig også i avisartikler de siste ti årene. *Ambulant team* synes altså å utkonkurrere *ambulerende team*.

Presens partisipp-former fra ulike språk

Ambulant og *ambulerende* er egentlig det samme ordet med presens partisipp-former fra ulike språk: norsk og fransk (fra latin). I norsk legger man til *-ende* til infinitivstammen (*ambuler-*), mens man i fransk legger til *-ant*, opprinnelig fra den latinske presens partisipp-formen *-ns/-ans* (3).

Vi kan se denne forskjellen mellom dansk og norsk. På dansk sier man *en studerende* mens vi sier *en student*. Noen ganger bruker vi den norske forma (*dominerende*), andre ganger den latinske (*dominant*) (4). Noen ganger bare den ene (*interessant*), andre ganger den andre (*presserende*). Antakelig blir den latinske forma i større grad brukt i fagspråka. Klassifiserende adjektiv, som er nokså vanlige i fagspråka, låner i større grad former fra latin (jf. *dominant*) enn beskrivende adjektiv (jf. *dominerende*).

Selv om uttrykket *ambulerende team* kan sies å være mest i tråd med det norske formverket, vil nok mange i dag foretrekke uttrykket *ambulante team*. Begge skrivemåtene har hevd, men *ambulant* synes å ha gått fra fagspråket til allmennspråket og etablert seg i tekster rettet mot allmennheten. Begge kan brukes, men vi anbefaler *ambulante team* fordi det har etablert seg som den dominerende skrivemåten. ■

Erlend Hem

Erlend Hem er instituttssjef 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.

Ole Våge

Ole Kristian Våge er ph.d., terminolog i Helsedirektoratet og medlem av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Kåss E. *ambulant*. Store medisinske leksikon. Lest 25.7.2023.
- 2 Det norske akademis ordbok. *ambulere*. Lest 25.7.2023.
- 3 Berg MH. *Medisinsk nomenklatur*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1990: 86.
- 4 Leira V. *Ordlaging og ordelement i norsk*. Oslo: Samlaget, 1992: 98.

Illustrasjonsfoto: Schrøder / Sverresborg Trøndelag Folkemuseum



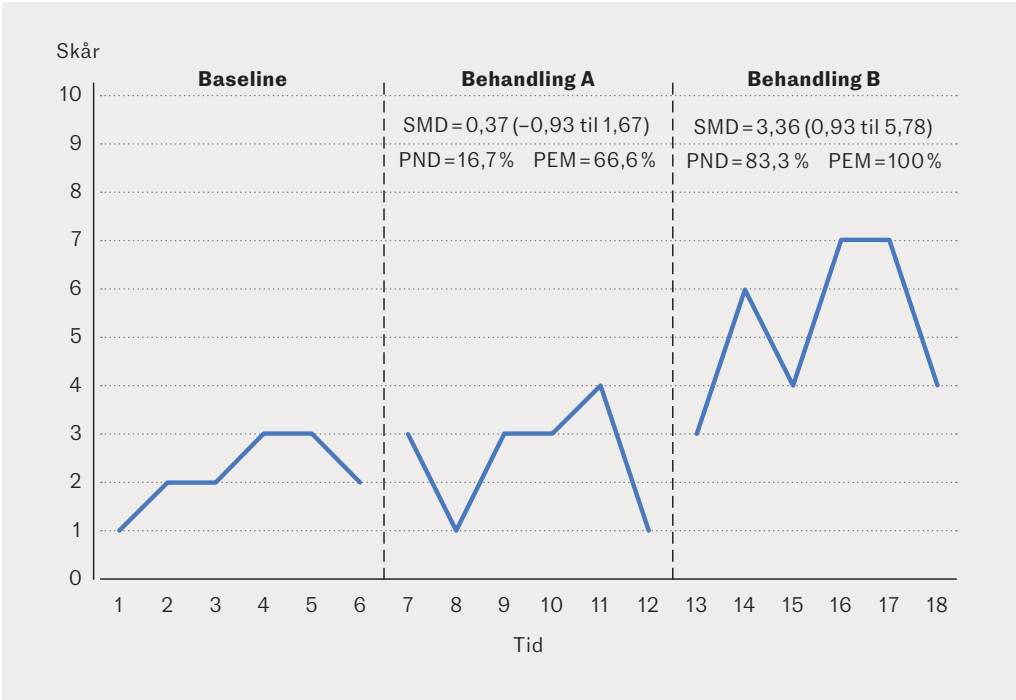
Statistisk analyse av én enkelt pasient

I en kassustudie undersøker vi behandlingseffekten til én enkelt deltager. Med gjentatte målinger, visuell vurdering av dataene og skarpsindige effektmål kan vi si mye om den enkelte.

Medisinske fremskritt skjer ofte takket være forskning med mange deltagere, typisk randomiserte multisenterstudier og befolkningsundersøkelser med langtidsoppfølging. Historien gir likevel flere eksempler på at sykdoms- og behandlingsforløp til et enkeltindivid (kassus) har endret medisinsk vitenskap og behandling. Kassusstudier er spesielt viktige der antallet forsøkspersoner eller -dyr som kan inkluderes, er lavt. Med små utvalg, typisk rundt 10 til 30 deltagere, er lav statistisk styrke en grunnleggende utfordring, og tilpasningsdyktige (adaptive) forsøksplaner og bayesianiske statistiske metoder kan være nyttige (1, 2). Individuelt tilpasset terapi, dyreeksperimenter og behandling av pasienter med svært sjeldne diagnoser er vanlige eksempler på studier med én eller noen ytterst få deltagere. Vi bør da utarbeide forsøksplaner, statistisk analysere og presentere behandlingseffekten til hvert enkelt individ. Såkalte n-av-1-kliniske studier utprøver behandlinger på et enkeltindivid og tar høyde for konsepter som randomisering og blinding (3). Der studier med mange deltagere fokuserer på gjennomsnittlige effekter i en populasjon, utforsker kassustudier behandlingseffekter i individet (4).

Effektmål i kassustudier
Visuell vurdering av dataene er særlig viktig i kassustudier. Vi bør helst ha gjentatte målinger før, underveis og etter ulike behandlingsforløp. Grafisk presentasjon av dataene, med angitt start og slutt av behandlinger og trender over tid, er nyttig. En innlysende bedring eller forverring tyder på effekt. Betydelig overlapp mellom kontroll- og behandlingsperioden tyder på liten eller ingen behandlingseffekt. Grafer og plott er nyttige, men forventninger og ønsker kan påvirke tolkningen. Statistiske effektmål, ideelt med konfidensintervaller, gir oss mer nøktern informasjon. Det er utviklet flere statistiske effektmål for kassustudier som bygger på blant annet parametriske metoder eller grad av overlappende data. En viktig parametrisk metode er å tilpasse effektstørrelser brukt for å sammenligne to grupper, som f.eks. Cohens *d* (5). Istedenfor å beregne standardisert gjennomsnittlig forskjell (engelsk: *standardized mean difference* (SMD)) mellom to grupper, uttrykker vi dette som forskjellen innad i en deltager mellom ulike behandlingsforløp med tilhørende konfidensintervall (6). To effektmål basert på grad av overlappende data er å beregne prosent ikke-overlappende data (engelsk: *percent of nonoverlapping*

Figur 1 Illustrasjon av en hypotetisk kassustudie som viser liten eller ingen effekt av behandling A og en betydningsfull effekt av behandling B, i forhold til baseline (kontrollbehandlingen) med visuell fremstilling av dataene og effektmålene «standardized mean difference» (SMD), «percent of nonoverlapping data» (PND) og «percent of data exceeding the median» (PEM).



data, PND) og prosent av data som overstiger medianen (engelsk: *percent of data exceeding the median*, PEM) mellom baseline og behandlingsperioden (7). For å beregne prosent ikke-overlappende data, finner vi den mest «ekstreme» målingen ved baseline og deretter prosent av antall målinger fra behandlingsperioden som er større enn denne verdien. For eksempeldataene i figur 1, er den høyeste skåren i baselineperioden tre. Ved behandling A er én av seks målinger større enn tre (16,7 %) og ved behandling B er det fem av seks målinger (83,3 %). Prosent av data som overstiger medianen, tilsvarer prosent av antall målinger i behandlingsperioden som er større enn medianverdien i baselineperioden. I eksempelet er median skår av de seks målingene ved baseline 2,0. Fire av seks målinger ved behandling A er større enn medianverdien ved baseline (66,6 %), mens alle målingene er større med behandling B (100 %). Grad av overlappende data gir ganske enkle og tolkbare effektmål, men har statistiske begrensninger. Er alle målingene større enn den mest ekstreme målingen eller medianen ved baseline, blir ikke disse effektmålene mer enn 100 % uansett behandlingseffekt. I så måte beskriver standardisert gjennomsnittlig forskjell bedre størrelsen av effekten. Disse og flere effektmål for kaususstudier er tilgjengelige i R-pakken SingleCasesES (8).

Når er én ikke nok?

For at en kaususstudie skal gå fra ett tilfelle til det generelle, er gjentatte studier med større utvalg nødvendig for å fastslå om det var et unntak eller om funnet kan generaliseres. Eller som den danske filosofen Søren Kierkegaard uttrykte det: «...at i en viss forstand ethvert menneske er en unntagelse, og at det er like sant at ethvert menneske er det allmennmenneskelige og også en unntagelse» (9). ■

Are Hugo Pripp

apripp@ous-hf.no

Are Hugo Pripp er seniorforsker og biostatistiker ved Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi, Forskningsstøtteavdelingen, Oslo universitetssykehus. Han er professor II ved Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet.

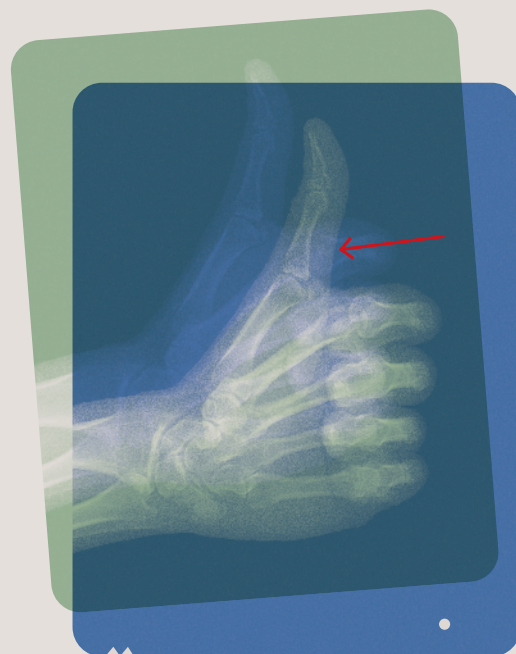
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Pripp AH. Utradisjonelle forsøksplaner. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0086.
- 2 Pripp AH. Når utvalget er lite. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0085.
- 3 Lillie EO, Patay B, Diamant J et al. The n-of-1 clinical trial: the ultimate strategy for individualizing medicine? Per Med 2011; 8: 161–73.
- 4 Byiers B. Single-Case Designs. I: Liamputtong P, red. Handbook of Research Methods in Health Social Sciences. Singapore: Springer Singapore, 2019: 581–602.
- 5 Lydersen S. Er effekten liten eller stor? Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: 280.
- 6 Maggin DM, Cook BG, Cook L. Making Sense of Single-Case Design Effect Sizes. Learn Disabil Res Pract 2019; 34: 124–32.
- 7 Vannest KJ, Ninci J. Evaluating Intervention Effects in Single-Case Research Designs. J Couns Dev 2015; 93: 403–11.
- 8 Pustejovsky JE, Chen M, Grekov P et al. SingleCaseES: A calculator for single-case effect size indices. R package version 0.7.2. Lest 23.11.2023.
- 9 Kierkegaard S. Enten - Eller Annen del. Oslo: Oktober, 2014: 342.

Tidsskriftet på Facebook

facebook.com/tidsskriftet



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

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

Tidsskriftet®

Undervisning om epilepsi til pasienter og pårørende

Spesialsykehuset for epilepsi tar imot pasienter med vanskelig kontrollerbar epilepsi. En viktig del av behandlingstilbudet er undervisning og informasjon fra flere faggrupper. God og målrettet dialog med pasienter og pårørende kan bidra til å skape trygghet.

En god helsekompetanse er å finne, forstå, huske, vurdere og anvende helseinformasjon for å fremme egen helse (1). I tillegg til kunnskap handler helsekompetanse om ferdigheter i å navigere i helseteansen samt evne til å kommunisere med fagpersoner. Slik kompetanse er vist å kunne bedre livskvaliteten hos personer med epilepsi (2).

For de fleste med epilepsi påvirkes livet, både fysisk, psykisk og sosialt. Ved nevrologiske og pediatrike avdelinger kan det bli dårlig tid til å ivareta deres informasjonsbehov. En norsk spørreundersøkelse viste at nær halvparten av 2 090 epilepsipasienter og deres pårørende etterlyste bedre informasjon om sykdommen (3). Ved Spesialsykehuset for epilepsi har vi i mange år tilbudt pasienter og pårørende tverrfaglig epilepsiundervisning.

Pasienter og pårørende bør tilbys veiledning om hvordan informasjon om diagnosen kan formidles til blant annet skole og venner eller kollegaer og arbeidsgiver. Målet bør være å kunne leve så aktivt som mulig med sykdommen, med færrest mulig restriksjoner.

Våre erfaringer

Vårt inntrykk er at de fleste har nytte av undervisningen. Pasienter og pårørende gir oss gode innspill og bidrar med sine erfaringer til å bedre behandlings- og undervisnings-tilbudet (4). Mange får utbytte av samtaler med dem som er i samme situasjon.

Det er viktig at helsekompetanse får en større plass i behandling og oppfølging av mennesker med en kronisk sykdom som epilepsi. ■

Mottatt 21.11.2023, første revisjon innsendt 5.12.2023, godkjent 4.1.2024.

Oliver Henning

oliver.henning@ous-hf.no

Yngve Ystad

Ellen Molteberg

Marit Bjørnvold

Merete K. Tschamper

Grete Almåsbaek

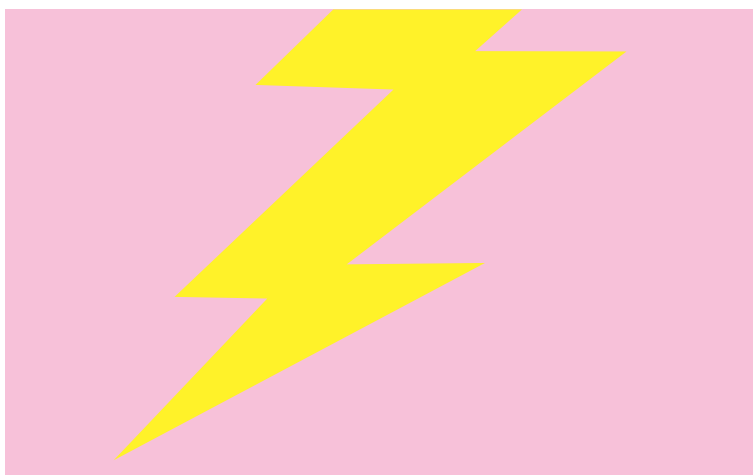
Karl O. Nakken

Les fullstendige forfatterbiografier på tidsskriftet.no

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

Litteratur

- 1 Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int 2021; 36: 1578–98.
- 2 Scrivner B, Szaflarski M, Baker EH et al. Health literacy and quality of life in patients with treatment-resistant epilepsy. Epilepsy Behav 2019; 99: 106480.
- 3 Henning O, Ravatn TL, Nakken KO. Bedre informasjon til pasienter med epilepsi. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138: doi: 10.4045/tidsskr.17.1112.
- 4 Tschamper MK, Systad S. Rare, epilepsy-related disorder including intellectual disability - A scoping review of caregivers' identified information needs. J Intellect Disabil 2022; 26: 704–17.



Målet med undervisningen

Undervisningen er hovedsakelig gruppebasert. I tillegg får noen individuell opplæring ved behov. Leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, pedagoger og ernæringsfysiologer står for undervisningen.

Målet er å heve pasientenes helsekompetanse, spesielt epilepsikompetansen. Ved siden av basiskunnskap om epilepsi er det lagt vekt på dialogbasert undervisning om temaer som skole, utdanning og arbeid, ikke-medikamentell behandling, som epilepsikirurgi, vagusnervestimulering og ketogen diett, økonomi og trygdeytelser samt ulykkesrisiko. Vår ambisjon er å gjøre pasienten i stand til selv å ivareta sin egen helse.

Multidisiplinært team styrker samarbeidet om kolorektale polypper

Behandling av avanserte kolorektale adenomer bør standardiseres med tverrfaglige møter mellom gastroenterologer, gastrokirurger og patologer for å tilby pasienter best mulig behandling.

Den terapeutiske tilnærmingen til tarmkreft er standardisert i Norge og er ledsaget av veldefinerte retningslinjer (1). Frem til nå har håndteringen av kolorektale adenomer i Norge ikke vært standardisert, til tross for internasjonale anbefalinger (1, 2). Handlingsprogram for kolorektal kreft fremhever viktigheten av tverrfaglige tilnærminger i behandlingen av avanserte polypper, og oppfordrer til inkludering av patologer i denne beslutningsprosessen (3).

De fleste ukompliserte polypper kan fjernes under koloskopiundersøkelsen, men i noen tilfeller er størrelse, beliggenhet eller polypens utseende årsak til at koloskopøren bør diskutere behandlingsstrategi før endoskopisk behandling påbegynnes.

Gastrokirurgisk avdeling ved Kirurgisk klinikk og Seksjon for fordøysessykdommer ved Medisinsk klinikk samt Avdeling for Patologi ved Haukeland universitetssjukehus har etablert et tverrfaglig møte i et multidisciplinært team (MDT), kjent som «MDT-polyp». Her blir avanserte kolorektale polypper diskutert av gastrokirurger, gastroenterologer og patologer, og en felles behandlingsstrategi blir besluttet. Hensikten med vurderingen er å redusere overbehandling med kirurgiske inngrep samt å unngå ufullstendig endoskopisk behandling.

Møtet avholdes ukentlig, og teamet består av to kirurger innen endoskopisk praksis, minst én erfaren gastrokirurg med erfaring innen kreftkirurgi, to gastromedisinere med erfaring innen endoskopiske prosedyrer samt patologer med ekspertise innen histopatologisk vurdering av polyper og kolorektalkreft. I tillegg er alle leger i spesialisering, overleger og interesserte fagsykepleiere velkomne til å delta i møtene. Teamet har også en forløpskoordinator med administrativ bakgrunn, som sikrer pasientens videre behandlingsforløp.

I møtet presenteres en kortfattet beskrivelse av pasientens sykehistorie og funksjonsnivå. Det legges frem endoskopisk bilde- og videomateriale, biopsiretultater, eventuell residivlesjon, lokalisasjon i kolon/rektum og eventuelle utfordringer ved skopien. Spørsmål som vurderes på møtet, er om det bør gjøres endoskopisk eller kirurgisk reseksjon, hvilken type reseksjonsteknikk som bør gjøres, og hva som er anbefalt oppfølging etter reseksjon. Møtet beslutter og anbefaler videre behandlingsstrategi.

I mange tilfeller inneholder avanserte polypper områder med høygradig dysplasi eller adenokarsinom. I tillegg til en visuell vurdering, foreligger det ofte biopsi, eller polypen er allerede forsøkt fjernet endoskopisk. Patologenes

kartlegging av tumorens egenskaper gjennom beskrivelse av tumortype og -grad, avstand til reseksjonsflate, lymfe- og karinnvekst, gir i slike tilfeller viktig informasjon for videre oppfølging og behandling gjennom observasjon, endoskopisk fullveggsreseksjon eller kirurgisk reseksjon. Legen som presenterer pasientkasus, utarbeider et elektronisk MDT-polypnotat som dokumenterer beslutningene i møtet.

Våre erfaringer med MDT-polypmøtet har så langt vært positive. Gjennom gode diskusjoner har det resultert i en felles forståelse for optimal polypbehandling og økt innsikt i andre faggruppers perspektiver. Møtet har styrket vurderingen før og etter endoskopiske intervensjoner, og dermed avveiningene mellom å velge kirurgiske- eller endoskopiske intervensjoner. Vi anbefaler andre helseforetak å opprette et MDT-polypforum for å sikre en mer helhetlig og standardisert pasientbehandling. ■

Mottatt 31.10.2023, første revisjon innsendt 26.11.2023, godkjent 10.1.2024.

Rishab S. Chawla

chawlarishab@gmail.com

Jan Thomas Houf

Ronald F. Havre

Frank Pfeffer

Dai Chong

Hege Sætran

Hilde Gjelberg

Håvard Mjørud Forsmo

Les fullstendige forfatterbiografier på tidsskriftet.no

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

Litteratur

- 1 Houwen BBSL, Hassan C, Coupé VMH et al. Definition of competence standards for optical diagnosis of diminutive colorectal polyps: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy* 2022; 54: 88–99.
- 2 Rex DK, Boland CR, Dominitz JA et al. Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastrointest Endosc* 2017; 86: 18–33.
- 3 Helsedirektoratet. Handlingsprogram for kreft i tykktarm og endetarm, kapittel 6. Lest 10.1.2024.

Tekst: Tori Flaatten HalvorsenFoto: Gordon Welters

Legen med historie-brillene på

Ketil Slagstad er en medisinhistoriker som mestrer kunsten med å skrive for alle, uten at kompleksiteten i historien forsvinner. Det vinner – og nesten vinner – han priser for.

I sonen: Medisinhistorikeren jobber godt på hjemmekontor i Berlin.



november 2023 var det mange avisoppslag, anmeldelser og radioprogrammer om medisinhistoriker Ketil Slagstads bok *Det ligger i blodet. Epidemien som forandret Norge*. Hans første bok, en vel 500 siders murstein med 80 sider med referanser, hadde allerede fått bokhandlerprisen. Nå handlet det om Brageprisen. I all hast skrev jeg en mail til Ketil Slagstad, som bor i Berlin. I svaret tilbød han meg en halvtime da han skulle spasere fra Litteraturhuset til Vulkan der prisutdelingen skulle foregå.

Jeg kjente følelsen av å være starstruck. Billett til utdelingen ble kjøpt. Den korte tida var nok til å møte redaktøren samt moren og faren, som begge er professorer i henholdsvis psykologi og historie. Da spesialisten i kunstig intelligens Inga Strømke snappet prisen foran legen i priskategorien sakprosa, ble ikke Ketil merkbart skuffet eller overrasket. Dessuten slapp han å bli fotografert i findressen, som han føler seg så ukomfortabel i.

Vi avtaler et nytt intervju neste gang Ketil er i Oslo. Innen da er han fotografert i Berlin, og jeg har funnet drøssevis av artikler, kronikker og bokanmeldelser han har forfattet. På Facebook eller Instagram finner jeg ikke navnet hans. I mailutvekslingen forteller han at han er en ganske privat person.

En skrivende mann

Det var ikke opplagt at det var ord Ketil skulle leve av. Han ville *absolutt ikke* gå i foreldrenes fotspor.

– Jeg planla å bli arkitekt, men så var det noe med å gjøre en innsats for verden. Tanken på å jobbe som lege for KFOR, den fredsbevarende styrken i Kosovo, kom da jeg var panservognfører i militæret.

Uten et eneste realfag fra videregående, tok han fatt på alle de nødvendige fagene. Utvidelse av fagkretsen er akkurat det som siden har kjennetegnet han – i tillegg til nysgjerrighet, pågangsmot, gjen-

Et av medisinhistoriens viktigste bidrag er å framheve de sosiale forutsetningene for sykdom og helse



Ketil Slagstad

Født 1983

Medisinernes seksualopplysning, SUSS-telefonen og Juntafil, NRK, 2006–09

Legevikar, Legevakten i Oslo, 2010–11

Cand.med., Universitetet i Oslo, 2011

Turnus Harstad sykehus og Bardu kommune 2011–13

Lege i spesialisering, Indremedisinsk avdeling, Fredrikstad sykehus og AHUS sykehus, 2013

Lege i spesialisering, Anestesiavdelingen, 2013–15

Medisinsk redaktør og debattredaktør, Tidsskriftet, 2015–19

Stipendiat i medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 2019–22

Fast kritiker i Morgenbladet 2020–d.d.

Redaksjonsmedlem, deretter redaksjonssekretær, Nytt Norsk Tidsskrift 2021–d.d.

Ph.d., Universitetet i Oslo 2022

Postdoktor, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité Berlin, 2022–d.d.

nomføringsevne, arbeidsglede og evnen å lytte til historier fra andres levde liv.

– Jeg ser på meg selv som sosialmedisinere, med basis i medisinhistorien. Et av medisinhistoriens viktigste bidrag er å framheve de sosiale forutsetningene for sykdom og helse. Det å vise at fortiden er annerledes enn nåtiden, bevisstgjør oss om at vi kan arbeide politisk for å endre samfunnet i dag og redusere sosial ulikhet i helse. Jeg ønsker å bidra til økt bevissthet om medisinske viktige rolle i samfunnsutviklingen – ikke bare for legene, men også bredere i offentligheten, oppsummerer han.

Aidsepidemien i Norge

Det ligger i blodet er nærmest en detektivbok. Rådløsheten og engstelsen til de smittede eller mulig smittede, legene og resten av befolkningen kjennes som en tranghet i brystet allerede fra første side. I starten sliter selv infeksjonsmedisinere som Stig S. Frøland og Johan N. Bruun med å finne ut hva man skal gjøre når immunsystemet bryter sammen og man får ukjente sykdomsbilder. Befolkningen og legene er i sjakk i en tid der man har gjort store medisinske framskritt.

Samtidig blomstrer sexlivet i parker, i kjellere og på ulike klubber, sexarbeidere tar imot kunder fra alle samfunnslag, blødere må ha blodoverføringer og heroinavhengige mennesker deler urene sprøyter. Helsebyråkraterne lytter til aktivister, mennesker i risikogrupperne og leger som selv er en del av miljøet. Sammen finner de mer gjennomtenkte og inkluderende løsninger enn det man gjorde i en del andre land.

Forfatterens engasjement for enkeltmenneskene og virusets innvirkning på deres liv og hvordan myndighetene møter problemet, lyser mellom linjene.

Fra forskningslitteratur til sakprosa for alle

Bragepris-juryen skriver: «På en fjærlett måte blir vi som lesere dratt inn i medisinske termer og begreper.»

– Hvordan fikk du det til?

– Jeg hadde skrevet et nesten ferdig utkast da redaktøren kom med innspill. Jeg strøk innledningene i kapitlene der jeg redegjorde for ulike spørsmål jeg ville belyse. Det dreper enhver spenning, sa redaktøren. Det er helt riktig. Å ta for seg ett og ett tema slik man ofte gjør i forskning, skaper heller ikke den dynamikken god litteratur trenger. Jeg endret til en kronologisk framstilling der alle historiene går inn i og utfyller hverandre, og der jeg beskriver detaljer og konkrete hendelser. Det er da man får fram livene som leves, ikke bare oppramsing av fellestrekk av det informantene forteller. Å beskrive hvordan sårene lukket og hvordan det var å se helsepersonell rope fra døråpningen, sier noe annet enn at mange helsepersonell var redde for smitte, utdyper Ketil.

– Er det gøy å skrive på en litt annerledes måte?

– Kjempegøy. Språket blir ikke så fremmedgjørende heller. I medisinen bruker vi gjerne et distansert og passivt språk, f.eks. «kledd svarende til alder og situasjon» framfor å beskrive hva pasienten selv tenker om sine klesvalg og seg selv. Et slikt språk virker ødeleggende på den terapeutiske alliansen. Vi skjuler oss. Redaktøren min sa at hvis du ikke helt vet hvorfor du skriver noe, så dropp det. Det ga meg noe å tenke på.

– Hvordan fant du informantene?

– Å rekruttere mennesker som ble smittet med hivviruset på 1980- og 90-tallet, var det vanskeligste. Men da jeg først fikk møte dem, fortalte de fritt. Alle fikk tilbud om å være anonyme, lese transkriptet og manuset. Få tok tilbudet om å lese, og ingen ville være anonyme. Det siste var annerledes da jeg i doktorgraden skrev om transmedisins historie. Det temaet er enda mer tabubelagt.

Første møte med en hivpositiv person

Ketil tenker at han under forskningsarbeidet har hatt en fordel av å selv være homofil, men presiserer at det er viktig med selvrefleksjon og å oppdage egne blinde flekker. Historikere må dessuten alltid ha på seg brillene fra den gangen tingene skjedde.

– Mange journalister har hengt seg litt opp i min legning, men jeg opplever den delen av mitt privatliv som irrelevant. Aidsepidemien berørte dessuten *hele* det norske samfunnet, sier han bestemt.

For første gang blir jeg litt usikker, men tar sjansen på å spørre om noen få setninger på side 17 i boken. Der deler forfatteren en følelsesmessig reaksjon han fikk som student da han for første gang møtte en åpent hivpositiv person i den kliniske undervisningen. Det er først i arbeidet med boka 15 år senere at han skjønnte at dette møtet vekket en irrasjonell frykt for smitte som var knyttet til internalisert homofobi. Først nå forsto Ketil at situasjonen traff noe som han tidligere ikke hadde akseptert.

– I ungdomsåra håpet jeg lenge at det var en fase, at det ville gå over. Det tok tid å bli glad i den jeg var. Å søke i denne historien har vært en måte å finne min egen plass i samfunnet, de opplevelsene og sårene som ligger der. Det er mange som har gått foran. Det tror jeg for øvrig vi alle kan ha nytte av, for å forstå hvorfor vi tenker og handler som vi gjør i dag, ikke minst vi leger.

Tenk at trans-personer måtte kastreres for å kunne endre juridisk kjønn fram til 2016. Det var en praksis som leger understøttet. Jeg synes ikke vi har tatt nok selv-kritikk på det

En kunnskapsrik mann som lytter

En tidligere kollega beskriver han som «lynskarp og intelligent – ikke belærende, men alltid lyttende og undrende.» Alt dette ser jeg for meg, selv om jeg er lytteren i denne situasjonen. Jeg føler meg komfortabel i hans kunnskapsrikdom. Han ville vært den aller beste kliniker.

– Tiden strekker ikke til for å både forske og være kliniker, men erfaringen som ufaglært på sykehjem og senere som lege, tar jeg med meg. Jobben på Legevakten i Oslo der hele storbyen kommer inn, var spennende og en god skole. I et inkluderende arbeidsmiljø så jeg inn i et komplekst og mangfoldig urbant samfunn. I distrikts-turnus i Bardu ble veileder Anne Hensrud et stort forbilde. Hun tok gode avgjørelser fordi hun kjente familiene og lokalsamfunnet der pasientene levde. Det var 2 ½ time til sykehuset, og hun tok selv an-

svar for en rekke ting. Det ga meg innsikt i noe av det fineste og mest unike med norsk medisin: muligheten for helhetlig tankegang, som i distrikts- og allmennmedisinen. Utviklingen i medisinen i dag med hyperspesialisering, bedriftstankegang og detronisering av legerollen skaper lett fremmedgjøring.

Ketil er opptatt av at legejobben er et praktisk yrke der man tar avgjørelser på løpende bånd. Ikke minst gjelder dette innenfor anestesen.

– Den fysiologiske tankemåten og den korte avstanden mellom tiltak og effekt var spennende, men jobben passet ikke meg. Kanskje jeg sårer noen kollegaer ved å si det slik, men jeg følte meg fremmedgjort og ufri i det som nesten var et samlebånd på operasjonsavdelingen.

Ketil var i en livskrise. Han trengte tid til å tenke da han sa opp jobben på anestesiavdelingen uten å ha en ny jobb. Han fikk jobb i Tidsskrift for Den norske legeforening, deretter fikk forskerkarrieren hans ny giv.

Undervisning for legestudenter

Ketil har de siste årene bodd i Berlin, der han er postdoktor på det han mener er et av Europas ledende universiteter for medisinsk historie og etikk. Han underviser de tyske legestudentene på ti seminarer. Undervisningen foregår på tysk – det språket faglitteraturen var skrevet på for norske leger før den annen verdenskrig.

– Jeg liker seminarformatet med tid til diskusjon. Medisinske forsøk på mennesker i konsentrasjonsleirene under krigen, tvangssterilisering og drap på mennesker med psykiatriske sykdommer og funksjonshemminger er sentrale temaer i tysk medisinsutdanning. Kun i én av forelesningene er jeg innom aidshistorien. Jeg burde ha fått til et opplegg med kjønnsmedisinen.

Ketil har skrevet 135 ulike tekster i Tidsskriftet, mange også etter tiden som ansatt der. Under overskriften «Sex, dop og legers ansvar» skriver han: «Selv om kjemsex for mange helsearbeidere sikkert kan fremstå som fremmedartet eller uforståelig, har vi et ansvar som leger for å møte pasienter der de er i sine liv. Da må vi tørre å bry oss og spørre, selv om vi kanskje risikerer å stille dumme spørsmål. Som leger står vi i en unik posisjon til å hjelpe folk til å ta trygge valg og bidra til et godt seksualliv.»

– Det var litt folkeopplysning det der. Jeg tror det var første – og siste – gang Tidsskriftet har brukt emoji. De viste hvordan noen kommuniserer i kjemsexmiljøet, ler han høyt – akkurat så høyt og hjertelig som det har gått rykter om fra Legenes hus.

Helst ikke dress: Ketil er glad for å være tilbake i hverdagsklærne etter Brageprisutdelingen i Oslo. Foto: Gordon Welters



Utviklingen i medisinen i dag med hyperspesialisering, bedriftstankegang og detronisering av legerollen skaper lett fremmedgjøring

Tekster for offentligheten

I den offentlige debatten har Ketil sammen med professor Anne Kveim Lie skrevet oppklarende om kjønnsinkongruens. De skriver blant annet at hvis samfunnet i større grad hadde godtatt mennesker slik de er og ikke presset dem inn i kjønnsbokser, ville noen kanskje ikke følt behov for medisinsk behandling.

– Tenk at transpersoner måtte kastreres for å kunne endre juridisk kjønn fram til 2016. Det var en praksis som leger understøttet. Jeg synes ikke vi har tatt nok selvkritikk på det.

Som bokanmelder i Morgenbladet trer Ketil tydelig fram som en person med meninger, men også her ispedd mye historiekunnskap. I anmeldelsen av flere selvhjelpsbøker, inkludert et par skrevet av legekolleger, er pennen ganske syrlig. Under overskriften «En dag skal vi dø. Men alle andre dager skal vi lese selvhjelpsbøker» etterlyser han kollektive løsninger og politikk. «Her er intet samfunn forstått som fellesskap, bare en samling enkeltindivider» avslutter han anmeldelsen med.

– Jeg er opptatt av at helsevesenet vårt blir stadig mer todelt. Fyndord som «pasientens helse-tjeneste» blir gjerne besvart med å bedre tilgjengelighet, slik som konsultasjoner via PC-en hjemme. Men det er ikke nødvendigvis den beste helse-tjenesten for *alle* pasienter. Jeg er redd for at det vil bidra til økte klaseskiller. Politikerne og vi må begynne å snakke om *samfunnets* helsetjeneste!

– Ville Stortinget ha gått inn for den nye smittevernloven med økt makt til politikere hvis de hadde lest boken din?

Ketil ler høyt uten å svare ordentlig. Forskeren er ikke så høy på seg selv. Han sier dog at han er glad for at bibliotekene har kjøpt inn boken og at opptakene med informantene er plassert i ulike åpne arkiver.

– Vil du fortsette å skrive bøker på «den nye måten»?

– Absolutt. Nå omskriver jeg doktorgraden om transmedisin til en bok. Så gleder jeg meg til å dykke ned i schizofreniforskningens historie og eksperimenter med språket der også. I medisinsk historie er det litt mer rom for det, heldigvis, sier Ketil.

Anmelderen i Morgenbladet Christian Johannes Idskov ønsket seg en folkelig bok om koronaepidemien skrevet av Ketil Slagstad. Det ønsket får anmelderen sikkert oppfylt senere en gang. ■

Tori Flaatten Halvorsen

tori.f.halvorsen@gmail.com

Foreleser: Ketil er fornøyd med å dra tyske medisinhistoriske linjer sammen med studenter i Berlin. Foto: Gordon Welters



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 engelske og indekseres av Google Scholar, Pubmed, ESCI, Scopus, Google News og det vanlige Google-søket. I 2023 klikket 83 128 brukere på Pubmed seg inn på en Tidsskriftet-artikkel. Artikler som oversettes til engelsk oppføres som tospråklige.

M

Media følger med på Tidsskriftet, og i 2023 ble vi sitert 760 ganger i norske medier.

A

Antall sidevisninger på Tidsskriftet.no er litt over 10,5 millioner i året hvorav originalartiklene hadde 80 000 visninger i 2023. Hver tiende visning var de engelske versjonene av artiklene.

R

Rundt 40 000 lege- og studentmedlemmer i Legeforeningen mottar Tidsskriftet.

T

Tidsskriftets podkast, Stetoskopet, fremhever mye av forskningen vi publiserer.



Lever ditt manus via forfatterveiledningen på tidsskriftet.no.

Tekst: Martin Tesli

Dobbelblindet litterært eksperiment

Double Blind er noe så sjeldent som en nevrofilosofisk idéroman. Den er ført i pennen av en barndomstraumatisert britisk aristokrat som i sine yngre dager kombinerte engelskstudier på Oxford med et intravenøst heroinmisbruk. Han er blitt sammenlignet med Marcel Proust og Oscar Wilde. Ta godt imot Edward St. Aubyn.

Om forfatteren

Edward St. Aubyn (f. 1960) er for mange mest kjent som forfatteren av bøkene som dannet utgangspunktet for den kritikerroste miniserien om Patrick Melrose med Benedict Cumberbatch i hovedrollen. I denne delvis selvbiografiske serien møter vi Patrick som barn på familiens herregård i Syd-Frankrike, hvor han omgitt av materiell overflod og forfinede manerer blir utsatt for seksuelle overgrep fra sin egen far. Alt mens moren vender det andre kinnet til og bedøver samvittigheten med piller og cocktails. Senere møter vi Patrick som ung mann med et tungt rusproblem og relasjonelle utfordringer, men som allikevel klarer å utdanne seg til advokat, til forskjell fra forfatteren selv som ble nettopp det – forfatter.

I *Double Blind* (1) har St. Aubyn imidlertid forlatt «planet Melrose» og det eksplisitt selvbiografiske til fordel for et verk som omhandler psykiatri, vitenskap, filosofi, økologi og det urgamle kropp–sinn-problemet.

Et rikholdig persongalleri

Double Blind har flere hovedpersoner og er skrevet i tredjeperson, i det som gjerne kalles «kamera-over-skulderen»-perspektivet, hvor leseren vekselvis får innsikt i de ulike karakterenes tanker og følelser. Blant de mest fremtredende finner vi Francis, en ung botaniker som forsøker å bygge opp en naturpark på den engelske landsbygda slik naturen ville vært uten menneskenes inntreden. Francis er nyforelsket i Olivia, en naturvitenskapelig forsker fra et etablert psykoanalytikerhjem. Olivias tidligere studievenninne fra Oxford – Lucy – har forlatt akademia til fordel for industrien og har ved fortellingens begynnelse akkurat startet i et medisinsk teknologiselskap som tar mål av seg til å lese tanker og genmodifisere menneskehjernen. Samtidig blir hun selv diagnostisert med hjernetumor, noe som i tillegg til en panisk angst setter i gang spekulasjoner om hjernens forhold til bevisstheten. Lucys nye arbeidsgiver er den

For det første ble jeg imponert over at en romanforfatter med humanistisk bakgrunn hadde satt seg så grundig inn i denne forskningen

fremadstormende amerikanske tech-entreprenøren Hunter, som ruset på en cocktail av sentralstimulerende, benzodiazepiner og hallusinogener har grenseløse ambisjoner for utviklingen av nevrobiologisk og molekylærgenetisk teknologi. Som ledd i sin aggressive venturekapitalisme, kjøper Hunter opp genotypingsfirmaet *YouGenetics* fra den renommerte professor Moorhead. Oppi alt dette dukker det opp en pasient med schizofreni som går i psykoanalyse hos Olivias far, i tillegg til et par kardinaler som skal bidra som forsøkspersoner til et hjerneavbildningseksperiment av mediterende katolikker. Bortsett fra at alle disse velutdannede og veltalende menneskene møtes forskjellige steder i verden og utveksler meninger om vitenskap og filosofi, skjer det ikke stort.

Hva er idéromanen, og hvor ble den av?

Uten å røpe for mye av slutten, kan historien verken kalles en tragedie eller en komedie. Og det er heller ingen ironisk eller satirisk fortelling; til det er forfatteren for realistisk i sine beskrivelser og for respektfull i omgangen med sine karakterer. Snarere er boken noe i retning av en *idéroman*. Sjangeren kjennetegnes ved å ha et sterkt fokus på nettopp idéer, det være seg av det filosofiske, religiøse, kunstneriske, ideologiske eller vitenskapelige slaget. Gjerne alt sammen i ett og samme verk. Karakterene i idéromanen kan sies å være representanter for en viss idé eller ideologisk retning.

De mest rendyrkede blant idéromanene har ikke mye handling, som for eksempel *Russiske netter* av Vladimir Odojevskij (1803–69) fra 1844, som stort sett består av filosofiske samtaler mellom et knippe unge menn (2). I motsatt ende av skalaen finner vi krim- og serie-romanen som byr på mye handling og lite filosofi. I idéromanene som regnes for å ha høyest litterær kvalitet, flettes idéene sømløst inn i karakterene og handlingen, så historien kan leses på flere plan. Av de mest kjente kan nevnes *Brødrene Karamasov* (1880) av Fjodor Dostoevskij (1821–81) (3), hvor karakterene iscenesetter forskjellige livsanskuelser, som hedonisme, fornuft og religion, og *Trolldomsfjellet* (1924) av Thomas Mann (1875–1955) (4), hvor moderne humanisme brytes mot autoritær kollektivism. Av det mer satiriske slaget kjenner vi *Candide* (1759) av Voltaire (1694–1778) (5), hvor det bedrives hån med Leibniz' positivistiske livsfilosofi. I *Brave New World* (1932) driver den britiske forfatteren Aldous Huxley (1894–1963) dystopisk gjeon med det amerikaniserte fremskrittssamfunnet (6). Det er i denne



Edward St. Aubyn. Foto: Timothy Allen.

utfordrende sjangeren og tunge intellektuelle tradisjonen Edward St. Aubyn skriver seg inn. Hvordan går *det*, og hvilke idéer setter han under lupen?

Kropp–sinn–problemet

Kropp–sinn–problemet er det tilsynelatende uløselige problemet om hvordan sinnet forholder seg til kroppen, nærmere bestemt hjernen. Hvordan kan subjektive opplevelser som tanker, følelser og sanseførmelser samtidig være elektriske impulser i hjernen? Kan man sette likhetstegn mellom et aksjonspotensial og opplevelsen av smerte? Siden antikkens Hellas har filosofer befattet seg med spørsmål om forholdet mellom den materielle kroppen og det tilsynelatende immaterielle sinnet. Problemkomplekset antar stadig nye former ettersom teknologien utvikles og kunnskap erverves. I våre dager er det mye fokus på kunstig intelligens og hvordan hjernen kan forstås som en datamaskin, mens man under den industrielle revolusjon sammenlignet hjernen med en fabrikk. Platon (427/428 f.Kr–347/348 f.Kr) og Aristoteles (384 f.Kr–322 f.Kr) så på hjernen som et strenginstrument og sinnet som musikk, en metafor som vel fortsatt kan sies å gi mening (7).

Spørsmål av denne typen diskuteres i forskjellige varianter i *Double Blind*. Ved ett tilfelle får kropp–sinn–problemet akutt relevans for Lucy, idet hun frykter at hun også har kreft på sinnet hvis hun har kreft i hjernen og man legger rendyrket fysikalisme til grunn. I noen av de mer satiriske partiene i boken



presenteres planene til Hunter om å forstå og kontrollere vår egen hjerne og skjebne ved hjelp av høyteknologi finansiert av milliardkonserner i Silicon Valley. På denne måten forventer han å vinne alle nobelprisene bortsett fra to – for fred og litteratur. Enda mer satirisk behandles professor Moorhead, en skikkelse som virker å være inspirert av den britiske zoologen og darwinisten Richard Dawkins (f. 1941), forfatter av blant annet *The Selfish Gene* (1976) (8). Moorhead er fremstilt som fundamentalist i sin genetiske determinisme, og sterkere drevet av statusjag og grådighet enn jakten på sannheten.

Ellers behandler St. Aubyn tema som genetikkk versus epigenetikkk og Darwins naturlige seleksjon versus Lamarcks lære om at ervervede egenskaper nedarves hos levende organismer. Olivia, som har hatt professor Moorhead som veileder under sin ph.d., har forlatt genetikken til fordel for epigenetikkk. I tankereferater presenteres hennes argumenter mot genetisk determinisme. I en slik passasje nevnes blant annet tilkortkommentene til psykiatrisk genetisk forskning, og hvordan en kjent internasjonal helgenomstudie av schizofreni som i 2014 ble presentert som en suksess, egentlig var en fallitterklæring til feltet, siden de identifiserte genvariantene hverken kunne forklare stort av variansen i fenotypen eller være til klinisk nytte (9). Da undertegnede selv har bakgrunn som forsker i psykiatrisk genetikkk, og er med i en forskningsgruppe som utfører slike helgenomstudier, gjorde disse passasjene et spesielt inntrykk. For det første ble jeg imponert over at en romanforfatter med humanistisk bakgrunn hadde satt seg så grundig inn i denne forskningen. Det virker som om han ikke bare har lest originalartiklene i de medisinske tidsskriftene, men også har forstått mange av de tekniske detaljene. For det andre var det befriende å få et helt eksternt blikk på feltet. Når det er sagt, er jeg ikke alltid like enig i konklusjonene forfatteren, eller i hvert fall Olivia i romanen, trekker om psykiatrisk genetisk forskning. På side 20 sier Olivia at «Polygene risikoscorer og multifaktorielle forklaringer måtte bringes inn for å opprettholde troverdigheten til genetisk determinisme» (egen oversettelse). Slik jeg ser det, virker det som om forfatteren/Olivia her enten misforstår noen vitenskapelige konsepter, bedriver stråmannsargumentasjon eller begge deler. De aller fleste medisinske tilstander og biologiske trekk er både *multifaktorielle* og *polygent* betingede, uten at vi medisinere har «brakt inn» disse begrepene for å underlegge pasientene vårt deterministiske verdensbilde. Psykiatriske tilstander er ingen unntak i så måte, bortsett fra at vi har mindre kunnskap om årsaksmekanismene enn i somatikken. Allikevel har alvorlige psykiske lidelser som schizofreni høyere arvelighetsestimater og flere identifiserte genetiske risikovarianter enn mange somatiske sykdommer. «Sannheten er aldri ren og sjelden enkel», som den irske dramatiker Oscar Wilde (1854–1900) ville ha sagt.

Samtidig som Olivia nedvurderer helgenomstudier av psykiske lidelser, roser hun én enkelt epigenetisk studie nokså ukritisk. I den omtalte studien fra 2013 i *Nature Neuroscience* betinges forsøksmus til å bli engstelige for et visst lukststimuli, og forskerne mener å finne igjen den samme fryktresponsen hos deres avkom, noe som kan bety av trekkene er nedarvet via epigenetiske mekanismer (10). Problemet med slike studier er at de sjelden blir replikert, og da de dessuten har lav statistisk styrke og usikre målemetoder, kan de sies å være mindre pålitelige

enn de store helgenomstudiene. Forfatteren, hvis man da kan anta at han står for Olivias tanker (noe han ifølge podkaster og YouTube-videoer synes å gjøre), gjør seg i så fall skyldig i den uheldige praksisen som kalles «cherry picking», idet han selektivt retter kritikk mot enkelte typer studier mens andre går fri.

Etter å ha hørt intervjuer med forfatteren, står det klarere for undertegnede at St. Aubyn faktisk *har* en agenda i *Double Blind*. Som han selv sier, forsøkte han i Patrick Melrose-bøkene å skrive seg fri fra barndoms-traumenes fengsel, mens han i *Double Blind* forsøker å skrive menneskesinnet fritt fra den biologiske determinismens fengsel. Det er både edle og forståelige motiver, selv om det kan settes spørsmålstegn ved om han ikke i større grad burde satt ideene under debatt og belyst dem fra flere sider, istedenfor å angripe problemkomplekset såpass ensidig og partisk.

Den snowske kløft

Som leserne skjønner, ble undertegnede sterkt engasjert i flere av temaene i denne boken. Det er ikke ofte man leser skjønnlitterære verk som omhandler ens eget vitenskapelige fagfelt såpass grundig. Og hvorfor ikke, egentlig?

Som tidligere nevnt, var idéromanen en populær sjanger som hadde sin storhetstid de seneste århundrene. Men hvor ble den av? Søker man etter «idéroman» på internett, får man henvisninger til noen halvt obskure sider på norsk, og den eneste engelske oversettelsen man finner omhandler «philosophical fiction», som fremstår mer teknisk og snevert. Kan idéromanens fall ha noe å gjøre med fragmenteringen av fagfelt i stadig smale- re subspesialiteter? Har akademikere stadig større fokus på teknisk spesialkompetanse og stadig mindre fokus på allmenndannelse? I tråd med en slik forståelse, hevdet den britiske kjemikeren og forfatteren C.P. Snow (1905–80) allerede i 1959 i sin avhandling *Om de to kulturer* (11) at en dyp kløft hadde oppstått i academia, hvor humanistene

stod på den ene siden og realistene på den andre. Spør du en humanistisk intellektuell om bevegelseslovene, sa han, vil de være like uvitende som sine forgjengere i steinalderen. Og motsvarende, kan undertegnede legge til, er det ikke alltid så mye å hente hvis man som forsker innen naturvitenskapene ønsker en samtale om kunst og idéhistorie med sine kolleger.

I *Double Blind* har St. Aubyn forlatt det eksplisitt selvbiografiske til fordel for et verk som omhandler psykiatri, vitenskap, filosofi, økologi og det urgamle kropp–sinn-problemet

Er slike hjertesukk simpelthen åndssnobberi fra en som tilfeldigvis står med ett ben på hver side av kløften? Eller er det også uttrykk for mer dyptgripende tendenser i samfunnet, som i verste fall kan ha alvorlige konsekvenser? Er det helt greit at vi samfunnsborgere arbeider som maur i hver vår lille celle uten å ha et større overblikk? Trenger vi som medlemmer i en demokratisk sammenlutning å ha en formening om helheten vi eksisterer og virker innen? Hadde kanskje biologen og darwinisten Thomas H. Huxley (1825–95) (bestefaren til Aldous

Faksimile: Farrar, Straus and Giroux, 2021



Huxley) et poeng da han uttalte at «man burde vite alt om noe og noe om alt» (12)?

Uansett hvordan man stiller seg til slike spørsmål, er jeg av den oppfatning at St. Aubyn leverer et svært positivt og viktig bidrag til samtidslitteraturen. *Double Blind* bidrar definitivt til å minske den snowske kløft. Så kan man diskutere hvor teknisk intrikat en idéroman bør være. Skal man gå i detalj på studier om epigenetikk, polygene risikoscorer og navngitte publikasjoner fra medisinske tidsskrifter i en roman? Eller burde forfatteren forsøke å løfte tematikken til et høyere nivå, så stoffet gjøres overførbart også til andre domener i vitenskapen, samfunnet og livet for øvrig? Er ikke *det* noe som gjør verkene til Voltaire, Dostojevskij og Mann like leseverdige i dag som den tiden de ble skrevet? Vel skriver Mann om tuberkulose og syfilis, men han behandler tilstandene i all sin nitidige partikularitet som sykdom i allmenn forstand. Klarer St. Aubyn det samme mesterstykket i *Double Blind*? Det får det nesten bli opp til fremtidens lesere å avgjøre. ■

Martin Tesli

Martin Tesli er lege og spesialist i psykiatri. Han er ph.d. i psykiatrisk genetikk fra Universitetet i Oslo og arbeider for tiden som seniorforsker på Folkehelseinstituttet. Han har utgitt romanene *Det merkelige tilfellet Leira* og *doktor Didriksen* (Vigmostad & Bjørke, 2018) og *Kronen og korset* (Vigmostad & Bjørke, 2022). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 St Aubyn E. *Double Blind*. London: Harvill Secker, 2021.
- 2 Odojevskij V. *Russkie noci*. St. Petersburg: Odojevskij, 1844.
- 3 Dostojevskij F. *Bratya Karamazovy*. St. Petersburg: Russkiy Vestnik, 1880.
- 4 Mann T. *Der Zauberberg*. Berlin: S. Fischer Verlag, 1924.
- 5 Voltaire. *Candide, ou l'Optimisme*. Geneve: Gabriel Cramer, 1759.
- 6 Huxley A. *Brave New World*. London: Chatto & Windus, 1932.
- 7 Crane T, Patterson S. *History of the Mind-Body Problem*. London & New York: Routledge, 2001.
- 8 Dawkins R. *The Selfish Gene*. Oxford: Oxford University Press, 1976.
- 9 Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature* 2014; 511: 421–7.
- 10 Dias BG, Ressler KJ. Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations. *Nat Neurosci* 2014; 17: 89–96.
- 11 Snow CP. *Two Cultures*. *Science* 1959; 130: 419.
- 12 Notes. *Nature* 1902; 66: 658–61.



Paternalisme – bedre enn sitt rykte?

I medisinsk etikk har paternalisme fått et dårlig rykte. Men kanskje er det likevel ikke så ille at leger er paternalistiske overfor pasienter – avhengig av hva slags paternalist man er.

Paternalisme innebærer å overstyre en annens valg fordi man mener det er til det beste for vedkommende. Foreldre som bestemmer over barn, eller helsepersonells beslutninger på vegne av ikke-samtykkekompetente personer, er eksempler på paternalisme som kan være påkrevet.

At en lege overkjører ønskene til en voksen, samtykkekompetent pasient – for eksempel ved å presse en pasient til behandling pasienten motsetter seg – er derimot mer problematisk. Pasienter har rett til å bestemme over seg selv, og det anses respektløst å behandle voksne mennesker som barn, som ute av stand til å ta gode valg. De siste tiårene har dermed *shared decision-making* – samvalg – vokst fram som et ideal for å ivareta pasienters ønsker og verdier, og studier har vist at pasienter generelt er fornøyd med samvalg.

Selv om det også er klare problemer knyttet til paternalisme, kan det tenkes at et paternalistisk dytt fra legen er det som skal til for at pasienten samtykker til det han/hun *egentlig* vil. Men hvor etisk akseptabelt paternalisme er, kommer an på *hvordan* legen gjør det, ifølge doktoravhandlingen.

I avhandlingen analyseres ulike paternalistiske væremåter, og fire typer identifiseres: «fighter», «advokaten», «sympatisøren» og «fiskeren». Fighteren er konfronterende og åpent uenig med pasienten, advokaten er rasjonelt argumenterende, sympatisøren opptrer empatisk og vektlegger pasientens følelser, mens

fiskeren stadig hintet i retning av et bestemt behandlingsalternativ – «fisker» etter pasientens samtykke. Dette er idealtyper; i praksis kommuniseres ofte en kombinasjon av to eller flere varianter. Det er åpenbart etiske problemer knyttet til fighterens konfronterende væremåte.

Samtidig kan en mer fordekt form for paternalisme, som fiskeren representerer, grense mot manipulasjon. Men også sympatisørens tilnærming kan framstå som manipulativ, når omsorg – eller tilsynelatende omsorg – blandes med paternalistisk press. Sympatisøren risikerer dessuten å gi utidig emosjonell ivaretagelse, i tillegg til å betrakte pasienten som ute av stand til å ta gode valg, og slik kommunisere en særskilt nedlatenhet.

I lys av de potensielt problematiske sidene ved paternalisme, bør leger være bevisste på *om* og i tillegg *hvordan* de oppfører seg paternalistisk overfor samtykkekompetente pasienter. Samtidig gir de praktiske og etiske problemene ved samvalg grunn til å stille spørsmål ved om denne tilnærmingen nødvendigvis er løsningen – og om et innslag av paternalisme likevel kan være til det beste for pasienten. ■

Anniken Fleisje

Anniken Fleisje er forsker ved OsloMet – storbyuniversitetet.

Berit H. Bringedal

Berit H. Bringedal er seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet.

Litteratur

- 1 Fleisje A. Doctors pushing patients: Communicative paternalism and not-so-shared decision-making Doktoravhandling. Oslo: OsloMet, 2023.
- 2 Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making* 2015; 35: 114–31.
- 3 Hansson SO, Fröding B. Ethical conflicts in patient-centred care. *Clin Ethics* 2021; 16: 55–66.
- 4 Kannan S, Seo J, Riggs KR et al. Surgeons' Views on Shared Decision-Making. *J Patient Cent Res Rev* 2020; 7: 8–18.



The Doctor, Luke Fildes (1844–1927) / Wikimedia Commons / CCO

En fersk doktoravhandling (1), som tar utgangspunkt i 200 videopptak av konsultasjoner ved et norsk sykehus, reiser imidlertid spørsmålet om hvorvidt paternalisme egentlig er så galt. Og er samvalg nødvendigvis så bra?

Det er lite evidens for at samvalg gir bedre helseutfall (2), og kanskje er det også større risiko for dårlige helsebeslutninger ved samvalg enn når legene bestemmer (3). For pasienter kan det være vanskelig å delta i beslutningsprosesser – av mangel på medisinsk kunnskap eller at helsetilstanden påvirker evnen til å ta rasjonelle valg. I tillegg kan pasienter oppleve det belastende å velge mellom behandlingsalternativer.

Noen leger synes samvalg er positivt ved å dele ansvaret med pasienten hvis noe går galt, i stedet for å bære ansvaret alene (4). Men samvalg er ment å skulle beskytte pasienten, ikke legen, og kan dermed være feilslått hvis pasienter står igjen med delansvar for mislykket behandling.

Å tette sprekken

Pust inn. Pust ut.
La du merke til det? Etter inn og like før ut? Rommet imellom der?
Pausen. Oppholdet imellom, der ingenting skjer.



Hvis du lager musikk, eller danser, vet du sikkert å sette pris på mellomrommet – effekten av en god pause. Gode retorikere er eksperter på å benytte seg av pausens avtrykk, og en samtaleterapeut kan benytte stillheten til å gi rom for følelser eller stemninger. De er gode å ha om du driver med intervalltrening eller er på vakt med full blære også.

De er ofte viktigere enn vi tror, mellomrommene.

Like fullt, der enkelte bør fremheves og raffineres med kunstnerisk eleganse, finnes det også krater og sprekker som bør tettes eller bygges bro over. Vi leger er godt kjent med kallus, sutur og plaster, men det finnes også emosjonelle hull som er langt vanskeligere å reparere.

Jeg møter på ett av dem til stadighet. Man kan si det er blant de mer trivielle, men det setter like fullt tydelige spor i hverdagen. Ett jeg kan tette selv, men strever med å komme til livs både i privatlivet og på jobb. De engelsktalendes *the knowing-doing gap* høres unektelig mer fjongt ut enn *vite-gjøre-sprekken*, men våre sprekker er minst like viktige.

De fleste av oss vet mer enn nok om hva som må til for et litt sunnere liv – det er bare så forbannet vanskelig å faktisk gjøre det

Begrepet viser til misforholdet mellom alt vi vet om hva vi skal, kan eller bør gjøre – og hva vi faktisk får gjort. Det er tradisjonelt brukt mye i businessverdenen, hvor uendelig informasjonstilgang og forgylte visjoner ikke er til hinder for at man tidvis nærmest ikke får utrettet noe som helst. Eksempelene er talløse på hvordan møteoverflod, ugjennomtrengelig språk og planer uten tydelige føringer om ansvar og handling leder til, nettopp, ingenting. Det blir fort mange konsulenttimer av slikt.

Hvis du nå tenkte at dette fenomenet er forbeholdt styreverommene, skal du få en tanke til: Når var sist gang du visste hva du burde gjøre, men lot være likevel? Var det den lille ekstra anstrengelsen før vaktskiftet for å lette byrden for nestemann? Pårørendesamtalen du unngikk? Eller hos pliktoppfyllende legespirer: Var det snarere da du takket ja til den ekstra vekten, men egentlig burde prioritert egen helse?

være. De fleste av oss vet mer enn nok om hva som må til for et litt sunnere liv – det er bare så forbannet vanskelig å faktisk gjøre det.

For min egen del vet jeg at det oftest er følelsene mine som står i veien for endring. Jeg er redd for å feile, redd for å miste det jeg har, redd for at det skal gjøre vondt – og så lager jeg en god forklaring (les: unnskyldning) på hvorfor jeg lar være. Snodig nok gjør jeg fortsatt dette, på tross av erfaringer som tilsier at det slett ikke er så ille når jeg bare lukker øynene og hopper i det.

Og jeg er åpenbart ikke den eneste som er redd.

Når noe er vanskelig, søker vi enkle løsninger.

Kvikkfiksdietter, motivasjonspodkaster, hvordan rydde opp i livet ditt på ti minutter, yogaretreater, helvetesuker, HRV-målinger, kalde avrivninger og fandens oldemor. Selvhjelpsbøker topper stadig bestselgerlistene både i bok- og podkastform, mens vi egentlig sitter på svarene selv. De kan bare være litt ubehagelige – eller kjedelige.

En av mine legekollegaer sverger til en ny tidsorganiseringsmetode for å få orden på livet og hverdagen. Hen har nå et flott og intrikat skjema på kjøkkenet og på telefonen som synkroniseres i sanntid med resten av familiens telefoner. Jeg har fortsatt til gode å se hen, eller ungene, komme tidsnok.

Rundt disse tider er vi der hvor flere av nyttårsforsettene begynner å ryke, eller har falt i fisk allerede. Et av mine var å gjøre mer og tenke mindre. Har jeg tenkt to ganger, kommer det sjelden noe revolusjonerende i tredje til syvende runde uansett. Har alt gått som det skal, er jeg når denne teksten kommer ut, godt i gang med noe. Helst noe viktig. Jeg skal nemlig bli en handlingens mann. Trur eg. ■

Jan-Henrik Opsahl

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

Legelivet

Personlige
tekster om
livet som lege

Til stede for ferskingene

Å bidra med ord og omsorg er noe av det viktigste vi gjør som leger.

« Du er en vandrende Sobril, Afroz» sier en medisinstudent med lisens en sommer hen jobbet med meg på en akuttpsykiatrisk post. Til tross for at jeg formelt sett er i sluttfasen av min spesialisering, men jobbet som konstituert overlege, så fulgte denne energiske og lærevillige studenten meg under løpende paragrafvurderinger, utredninger, vedtaksvurderinger, pårørendesamtaler og oppfølgings-samtaler med pasientene i post.

Jeg blir i første sekund usikker på om hen misliker benzodiazepiner. Kanskje bidrar jeg kun med kortsiktige løsninger og mangler den dybden en psykiater bør inneha? Heldigvis skyldtes utsagnet ingen av delene. Jeg ble i stedet betegnet som tilgjengelig, behersket og rolig selv under de mest akutte hendelser og medisinske vurderinger.

Jeg takker høflig, henter meg en kopp kaffe fra maskinen som min tidligere sjef, før avgått pensjon, rakk å fikse for personalet. Sjefen var kanskje lei trøtte legefjes med mørke ringer rundt øynene og bustete hår (av det som for øvrig er igjen av hårvekst på hodet). Merkelig at hårveksten på hodet mister gnisten raskere enn legen som eier den gjør – med alle vurderinger, møter, vaktarbeid, underbemanninger og stadig økende arbeidskrav.

Den korte spaserturen fra kaffeautomaten til kontoret mitt er unnagjort kjøpt. For vi leger er vant til rask gange. Det er et sjeldent syn å vitne en helt avslappet lege med senkede skuldre og avslappet gange i korridorene. Jeg setter meg på kontoret og undrer meg litt over kommentaren. Tankene vandrer tilbake til da jeg var en fersking, i starten av spesialiseringen i psykiatri. Om hvordan første dag var, all den usikkerheten og alle tankene som spant og kolliderte i hodet på meg.

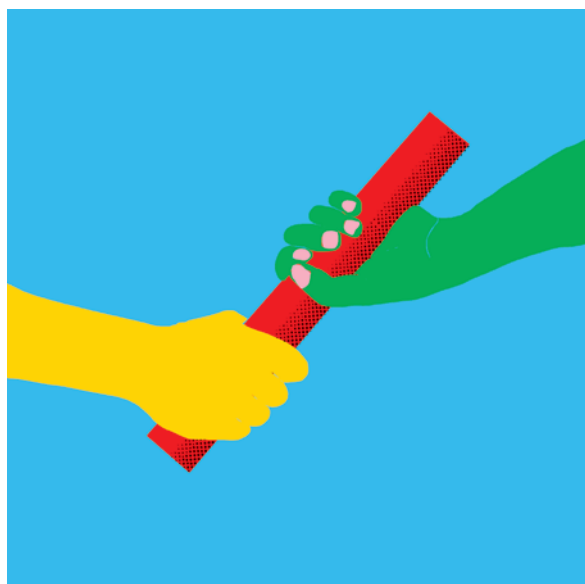
Men så husker jeg også de overlegene og veilederne som rakk å se meg i sin hektisk hverdag. De som anerkjente mitt arbeid, som verdsatte min tilstedeværelse. Jeg har vært så heldig å oppleve veiledere med beundringsverdig faglig og mellommenneskelig kompetanse. Faget lærer man gjennom litteratur og klinisk arbeid, men mellommenneskelig kompetanse har ingen like enkel oppskrift.

Å skape rom for å kunne lufte tanker, henge av seg legefrakken for noen minutter og se hverandre som medmennesker og ikke kun kollegaer, gir større avkasting enn selve investeringen

Spesielt viktig er det i psykisk helsevern. Vi benytter oss selv i arbeidet, vi er nesten alt fra filosofer, samfunnsvitere, med noe kjennskap til økonomiske ytelser og stønader, vi er medisinerne, vi gir psykoterapi, vi har kjennskap til lovverket (iallfall deler av det) samtidig som vi trøster, lindrer og behandler.

Retrospektivt husker jeg godt hvordan en av mine veiledere var særdeles flink til det mange ikke maktet: å bare være til stede for oss ferskinger. Med kloke ord, et varmt blikk og ved å genuint lytte på oss nye – både i fag, konflikter og tidvis selvsikryt.

Hadde man, spesielt overleger, veiledere og ikke minst ledere, bare visst verdien av å anerkjenne en fersking, si noen støttende ord, deeskalere utryggheten som følger med begrepene spesialist, veileder, en som skal vurdere din kompetanse. Hadde man innsett at det ofte er ting sagt i forbifarta og i bisetninger på vei til et møte eller en ny samtale med pasienten som kan gi utslag i et større omfang for mottakeren enn man visste om.



Illustrasjon: Tidsskriftet

For som med småbarn så har også voksne godt av en dose anerkjennelse, betryggelse, støtte og omsorg. Å skape rom for å kunne lufte tanker, henge av seg legefrakken for noen minutter og se hverandre som medmennesker og ikke kun kollegaer, gir større avkasting enn selve investeringen.

Jeg drikker opp kaffen min og runder av min fundende tilstand før neste paragrafvurdering med denne tanken: Legelivet er som en stafett, man jobber sammen, gir stafettpinnen videre og legger et grunnlag for hvordan behandlere om fem, ti og tjue år blir – både stort og smått formet og oppdratt av de mer erfarne. Så det gjelder å være bevisst på sin holdning, overføre medmenneskelig og omsorgsfull kompetanse så vel som faglig kunnskap. Veiledere er tross alt veivisere, og jeg tenker at som forsvarlig pasientbehandling, klinisk kompetanse og erfaring, så er også omsorg, det å se, lytte og være til stede en sentral del av vårt virke. ■

Afroz Akram Shah

Afroz Akram Shah er konstituert overlege i psykiatri.

En å snakke med.

Konfidensielt.

Lett tilgjengelig.



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

3 gratis timer.
Uten journal.
Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

– Et fag som onkologi krever mye empati

Hun hjelper kreftsyke med å akseptere alvorlige diagnoser. Onkolog Kate Antonia Mills er seksjonsoverlege ved Hamar kreftenhet på Sykehuset Innlandet, og hun forteller om en hverdag preget av nære pasientmøter, sterke følelser og gode kollegaer.

Kate Antonia Mills

Alder: 40

Yrke: Seksjonsoverlege, Hamar kreftenhet, Sykehuset Innlandet. Vi jobber for å forlenge liv og lindrer plager med systemisk tumorrettet behandling.

04:00 Jeg har ikke behov for alarm fordi barna vanligvis har noe på hjertet i firedraget. Vi står opp og kaoset begynner. Mannen min jobber i Oslo, så han drar 05:30 for å rekke toget. Jeg fokuserer på å få barna kledd, matet og ut av døren med færrest mulig raserianfall både fra dem og meg. Jeg ser også over DIPS og e-postene mine mens min eldste datter gjør hjemmelekser. Vi er A-mennesker begge to, og er på vårt beste før klokken ni om morgenen. Min yngste datter er definitivt et B-menneske og ligger på gulvet med vår elghund Bamse og sover litt til. I løpet av disse timene drikker jeg cirka fem kopper kaffe.

06:45 Etter krangling om ytterklær setter vi oss i bilen og kjører til barnehage og SFO. Barna får velge musikken i bilen. I dag lider jeg meg gjennom «Gi meg slim».

08:00 Mens LIS-undervisning foregår har jeg et møte med avdelingssykepleier over en kaffekopp. Vi bruker anledningen til å diskutere utfordringer enheten står overfor. Det er utrolig gledelig at kreftpasienter lever lenger grunnet behandling vi nå har tilgjengelig. I takt med dette har vi behov for flere leger og sykepleiere – og ikke minst mer fysisk plass for selve behandlingen. På grunn av økonomisk trykk i helsevesenet, får vi selvsagt ikke disse ressursene. Dermed er hver dag et puslespill for å gi best mulig behandling på den tryggeste og mest effektive måten.

08:45 Jeg leder behandlingsmøtet. Vi går gjennom alle pasienter som skal få behandling i dag og i morgen, og ser på journalnotater, blodprøver og kur-doseringer. Deretter godkjennes så mange kurer som mulig i CMS-systemet, slik at apoteket kan lage klar behandlingene. Det er en viktig balanse mellom å være så effektiv som mulig, men samtidig unngå at dyre behandlinger må kastes dersom pasienter ikke er i form til å motta dem. Dette møtet er også en viktig læringsarena for LIS-leger, der de har anledning til å spørre overlegen om ulike pasienter og behandlingsvalg. I dag er datasystemet ganske tregt og klønete, og jeg har såpass mye koffein innabords at jeg får helt hjertebank av å vente.

09:15 Jeg rekker en rask tur innom radiologi for å få CT demonstrert. Radiologene er veldig på tilbudssiden for oss onkologer. Dette er avgjørende for våre vurderinger når det gjelder behandlingsrespons.

09:30–11:30 Fra kontoret mitt har jeg nydelig utsikt over Mjøsa. Her møter jeg polikliniske pasienter, og mine interesseområder er gastrointestinal onkologi og urologisk kreft. Jeg snakker med mange forskjellige pasienter. De fleste har uheldelig kreft med spredning. Noen er nylig diagnostisert og ofte fortsatt i sjokk. Andre har jeg fulgt over flere år, og jeg kjenner dem godt. Det mest givende med jobben min er å hjelpe pasienter gjennom prosessen med å skulle akseptere en alvorlig kreftdiagnose – og å følge dem gjennom de forskjellige behandlingslinjene, frem til de, når den tid kommer, er klare for seponering av behandling. Mellom mine møter med polikliniske pasienter, kommer LIS-leger innom for å diskutere pasienter som kommer for behandling i dag.

11:30–12:00 Lunsjpause. Leger og sykepleiere spiser sammen. Det er kjempekoselig å skravle sammen, og det pleier å være mye latter. I et fag som onkologi, som krever mye empati og kan være svært trist, er det helt nødvendig med støttende kolleger og små avbrekk. I tillegg er vi heldige som får mange gaver fra pasientene. Men her er det faktisk en reell fare for å fare opp i vekt av all sjokoladespisingen hvis man ikke passer seg. Jeg fikk min første onkologiske jobb på Hamar da jeg flyttet til Norge fra England for cirka 10 år siden. Mine kollegaer var så hyggelige, og jeg følte meg så velkommen at jeg ønsket å komme tilbake etter å ha fullført spesialiseringen. Det er gøy å føle at jeg hører til et sted.

12:00–15:00 Nok en økt med polikliniske pasienter. Jeg møter en pasient som har progrediert på alle behandlingslinjer, men som kan inkluderes i

Tre kjappe

Hvorfor valgte du å utdanne deg innenfor denne spesialiteten?

– Jeg synes onkologi er en fantastisk blanding av palliativ omsorg, som jeg liker veldig godt, med veldig aktiv behandling. Palliativ omsorg er nydelig, men jeg ønsket meg noe litt mer aktivt enn det. Derfor falt valget mitt på onkologi.

Hva liker du best med din spesialitet?

– Jeg liker å hjelpe folk gjennom prosessen med å forstå at de kommer til å dø av kreft, men at vi likevel kan hjelpe dem til tross for at vi ikke nødvendigvis kan helbrede. Å hjelpe dem med å håndtere det, å bli med på prosessen, å støtte dem igjennom det, å hjelpe pårørende. Hva enn vi kan bidra med for å gjøre det lettere og enklere å føle trygghet. Det er utrolig givende og motiverende. Da kan man virkelig bidra. Det er det om gir meg mest glede.

Hvilke er de største utfordringene?

– Man må håndtere ting som er trist. Så må man dra hjem og være mamma og kone og leve et vanlig liv – og ikke ta med seg alt hjem. Man blir veldig, veldig glad i pasientene sine. Jeg kan våkne midt på natten og tenke på pasienter, om jeg har husket alt, dobbeltsjekkert ting osv. Man må finne måter å håndtere den type engstelser og klare å pakke bort mange av de følelsene som oppstår på jobb, så de ikke påvirker barn og familie. Men det kan være vanskelig.

en lovende studie som heter IMPRESS. Jeg starter immunterapi for en annen pasient med nylig diagnostisert nyrekreft med spredning, hvor jeg forventer bra respons. Pasienten forventet kun noen få uker igjen å leve, så det er hyggelig å faktisk dele gode nyheter. Jeg har en annen pasient til kontroll ett år etter fullført immunterapi for metastatisk blærekreft, og kan fortelle pasienten at det fortsatt ikke er synlig sykdom, noe som er meget gledelig. Jeg forteller en pasient med metastatisk tykktarmskreft at vedkommende dessverre har progrediert, og vi diskuterer behandlingsmuligheter videre. Jeg snakker med en annen pasient med lokalavansert pankreaskreft som har blitt dårlig under behandling. Vi blir enige om at behandlingen seponeres og at videre fokus blir på symptomlindring. Pasienten er lettet for å slippe videre kjemoterapi. Mellom pasienter svarer jeg på spørsmål fra kolleger og fastleger, og ringer også tilbake til pasienter som har tatt kontakt.

15:00 Jeg er heldig som har en arbeidsgiver som tillater at jeg jobber med en viss fleksibilitet, og kan hente barna før de (og jeg) blir altfor slitne etter vår tidlige start på dagen. Vi bor på et gammelt småbruk oppe i skogen, cirka 15 minutter fra sykehuset. Det er ganske kaldt når vi kommer hjem så vi fyrer opp i alle peisene og henter Bamse inn fra stallen.

16:00 Jeg lager en næringsrik middag til jentene bestående av pasta med ketchup. Jeg har gitt opp drømmen om å være den type mamma som klarer å få i barna grønnsaker.

17:00 Når mannen min kommer hjem fra jobb, over jeg på piano. Jeg har liten grad av medfødte musikalske evner, så det blir smertefullt for hele familien (derfor venter jeg til han kommer hjem, så han får dele smerten).

18:00 Jeg går en tur med Bamse i skogen og hører på en podkast som heter «Uncanny». Den handler om spøkelser. På denne måten får jeg pakket bort noen av de tunge temaene jeg har håndtert i løpet av dagen. Midt i skogen blir jeg mørkredd, og jeg løper hjem. Bamse er veldig forvirret fordi jeg meget sjeldent løper.

19:00 Vi legger barna etter cirka tre dobesøk, fire glass vann og leting etter den ene bamsen som yngstejenta må ha for å kunne sove. Jeg sovner også under legging.

20:00 Jeg jobber et par timer på timeplanen for 2024, og mannen min prøver å lære meg snarveier i Excel, som jeg er meget svak i. ■

Caroline Ulvin Johansson

Tidsskriftet

Onkologi

Onkologenes viktigste oppgaver er å planlegge og gjennomføre utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kreft.

Antall yrkesaktive spesialister i onkologi i Norge: 402

Av disse er 36 % menn og 64 % kvinner

Kilde: Legeforeningen



Tett på pasientene: – Det mest givende med jobben er å hjelpe pasienter gjennom prosessen med å skulle akseptere en alvorlig kreftdiagnose, sier onkolog Kate Antonia Mills. Foto: Tidsskriftet

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Behandling av parasittvrangforestillinger

22/1980

I Tidsskriftet nr. 22/1980 finnes en artikkel om somatiske vrangforestillinger knyttet til parasitter, også kjent som parasittofobi. Hudlegene Tor Langeland og Joar Austad ved Rikshospitalet beskriver to kasuistikker der pasientene var svært plaget, men opplevde stor forbedring ved medisinerings. Under følger deler av artikkelen (Tidsskr Nor Lægeforen 1980; 100: 1275–6).



Parasittvrangforestillinger (parasittofobi)

Tor Langeland, Joar Austad, Rikshospitalet

Parasittvrangforestilling er beskrevet som egen klinisk enhet, opprinnelig med den misvisende termen parasittofobi. Tilstanden kan best klassifiseres under paranoialidelsene. Prognosen når det gjelder å bli kvitt vrangforestillingen, har inntil nylig vært regnet for ytterst dårlig, mens prognosen når det gjelder å bevare personligheten er god. Behandling med pimoqid synes i vesentlig grad å ha bedret mulighetene for et godt behandlingsresultat ved denne ellers meget terapieresistente og i mange tilfelle invalidiserende lidelse.

Pasienter som har en urokkelig overbevisning om at de er befengt med parasitter, er kanskje best kjent blant dermatologer. Tilstanden går under betegnelsen parasittofobi. Parasittofobi er imidlertid ingen fobi, men en

vrangforestilling, som best kan klassifiseres under paranoialidelsene.

Tilstanden parasittvrangforestilling ble første gang beskrevet av franskmannen Thibierge i 1894, som ga den betegnelsen «acarofobi» eller mer generelt «parasittofobi». Selv om tilstanden er uvanlig, vil mange kolleger sannsynligvis ha truffet på pasienter med denne lidelsen, da de ofte går fra lege til lege. Pasientene er gjerne middelaldrende, med en gjennomsnittsalder på ca. 50 år, og de fleste er kvinner.

Klinisk kjennetegnes tilstanden av pasientens urokkelige vrangforestilling om at han/hun er befengt med parasitter. Ofte vil pasientene beskrive «dyrenes» utseende og oppførsel på svært bisarre måter. Det er et karakteristisk trekk at pasientene gjerne bringer med seg «dyrene» i en fyrstikkeske e.l. ved første konsultasjon for å vise dem til legen. Innholdet i esken består gjerne av avklorte hudbiter, kruster, hår o.l.

Pasientens adferd vil være preget av kamp mot parasittene. Dette kan arte seg ved at pasientene tar tallrike skabbkurer og desinfiserende bad, og ofte kan de fortelle hvordan de graver ut dyrene med neglene. Frykten for å smitte venner og familie kan medføre betydelig grad av sosial isolering. På andre områder er pasientene imidlertid vanligvis adekvate, og ikke sjelden fungerer de normalt i arbeidslivet.

Utslettet som pasientene frembyr, kan variere fra intet til svære hudforandringer bestående av forskjellige former for ekskoriasjoner i ulik tilhelingsfase.

De viktigste differensialdiagnoser er en virkelig parasittose og neurotiske ekskoriasjoner. En god regel er at «pasienter som har med dyr i små esker, ikke har parasittose», men dette må utelukkes. Pasienter med neurotiske ekskoriasjoner vil oftest benekte at de selv frembringer utslettet, og dessuten vil villfarelsen med hensyn til ikke-eksisterende parasitter mangle. Det skal også nevnes at parasittvrangforestillinger kan forekomme som delsymptom ved schizofreni, og ved delirium tremens er det som kjent ganske vanlig.

Prognosen har vært antatt å være meget dårlig når det gjelder å bli kvitt vrangforestillingen, men god når det gjelder å bevare personligheten. (...) I de siste årene er det imidlertid kommet enkelte rapporter om vellykket behandling av denne tilstanden med pimoizid. Pimoizid er et lavdoseneuroleptikum i difenylbutylpiperidin-gruppen, som kjemisk skiller seg fra både fentiazin- og butyri-fenonderivatene.

Det er et karakteristisk trekk at pasientene gjerne bringer med seg «dyrene» i en fyrstikkeske e.l. ved første konsultasjon for å vise dem til legen

(...) *Kasus 1.* 62 år gammel kvinne, innlagt i avdelingen mai 1978. Fem års sykehistorie med kløende utslett, behandlet av flere leger under ulike diagnoser. I 1976 også innlagt i vår avdeling, og det ble konkludert med prurigo uten kjent årsak. Ellers stort sett frisk, har 2 barn og har arbeidet som pleiemedhjelper på aldershjem. På grunn av sin sykdom hadde hun problemer med å klare arbeidet den siste tiden.

Ved innleggelse forklarte hun seg relativt greit, men var hele tiden sterkt opptatt av «dyr» og «små, hvite marker» som krøp over hele kroppen og kom ut av munn og øyne. Hun hadde generaliserte hudforandringer, vesentlig ekskoriasjonsmerker i ulike stadier, til dels som dype sår. Det var angivelig dyrene som laget dette utslettet. Ved organstatus for øvrig og vanlige blodprøver var det intet å bemerke. De første dagene av oppholdet var hennes adferd helt preget av kamp mot «dyrene». Hun så disse i sengetøyet og hos medpasientene.

Behandlingen ble startet med Pimoizid 2 mg × 3, og etter 1–2 døgn synes hun det var blitt færre dyr. Etter en ukes videre behandling ble hun utskrevet nærmest symptomfri. Hudforandringene bedret seg også raskt. Hun fortsatte med samme medikasjon hjemme, men utviklet etter 3 uker tiltagende extrapyramidale symptomer, dominert av akinesi. Disse gikk helt tilbake etter introduksjon av benzotropin (Cogentin).

Hun kunne raskt starte i arbeid igjen, og etter 1 års behandling er det ingen tegn til residiv.

Kasus 2. 53 år gammel mann, tidligere frisk. Kom til poliklinisk konsultasjon august 1978 og klaget over «midd og dyr» som krabbet rundt under huden. Dyrene var til dels samlet i kolonier også i maven og i øynene. Av og til var hele munnen full når de kom opp fra maven. Han for-

talte at hele familien var angrepet og at moren døde pga. dyrene. Medbrakt i en fyrstikkeske hadde han «tallrike dyr». Dette var epitel og mindre tråder.

Pasienten kom til ny konsultasjon i mars 1979. Tilstanden hadde forverret seg, og dyrene plaget ham døgnet rundt. Han fikk ikke sove om natten, og det begynte å bli vanskelig å klare arbeidet. Han gikk også i stadig redsel for å smitte andre. Også denne gangen hadde han med seg en «full» fyrstikkeske, samt en tegning av dyrene. Han var ikke plaget av kløe og hadde intet utslett. Bortsett fra den aktuelle lidelse, virket han mentalt helt adekvat og upåfallende. Behandlingen ble startet med Pimoizid 2 mg × 1, og ved ny konsultasjon etter 4 uker var han svært fornøyd. Det kunne gå flere dager mellom hver gang han merket dyrene, og da kom de vesentlig i hodebunnen. Dosen ble økt til 4 mg. Han skulle ta tabletten om kvelden, da han følte han ble litt trett av dem.

Ved siste konsultasjon i mai 1979 var det ytterligere bedring. Det var da mer enn 1 uke siden han hadde sett noen dyr, og han regnet med at de snart ville forsvinne helt.

Diskusjon

Klassifisering av denne tilstanden som Thiebierge ga navnet acarofobi eller mer generelt parasittofobi, er omstridt. Som det imidlertid fremgår av foranstående, er dette ingen fobi. Pasienten har ingen sykkelig redsel for å bli smittet med parasitter, men er derimot overbevist om at han/hun er befengt med like. Derfor er termen «parasittofobi» misvisende. I engelsksproglig litteratur brukes betegnelsen «delusions of parasitosis», og vi har altså i denne artikkelen benyttet ordet «parasittvrangforestilling», som er mer korrekt og dekkende enn «parasittofobi».

(...) Terapien ved slike langvarige og systematiserte vrangforestillinger som det her dreier seg om, kan være vanskelig. Alle våre 5 pasienter viste imidlertid meget god respons på medikamentell behandling med pimoizid. Materialet er lite, men våre observasjoner støttes av andre forfattere, som har behandlet denne tilstand med samme medikament.

Noe kontrollert klinisk forsøk på dette felt foreligger så vidt vi vet ikke. Dette vil nok være vanskelig å gjennomføre pga. små materialer og til dels dårlig samarbeidende pasienter. Hvorvidt andre, beslektede neuroleptika kan være effektive ved parasittvrangforestillinger, er for oss et åpent spørsmål, idet vi ikke har forsøkt andre preparater. Munroe hevder imidlertid at ut fra hans erfaring synes pimoizid å ha en spesifikk virkning ved denne tilstanden.

Den medikamentelle behandlingen er symptomatisk, og vrangforestillingene vil overveiende sannsynlig residivere ved seponering. Det skal understrekes at grunnlaget for å kunne gjennomføre den medikamentelle terapi med nødvendig oppfølging, er at man lykkes i å etablere et tillitsforhold til pasienten. Dette kan være vanskelig, da pasientene ofte er mistroiske etter mange tidligere lege-konsultasjoner, hvor de føler at de ikke har nådd frem med sitt problem. Forslag om henvisning til psykiater vil nesten uten unntak bli avslått av pasienten. ■

Pandemijuss til glede og besvær



Pandemijuss, smittevern og beredskap

Anne Kjersti Befring, Aslak Syse, red
256 s., Gyldendal forlag, 2023.
NOK 639
ISBN 9788205591899

Boken er skrevet av syv jurister, der to av dem også er leger, samt en immunolog. De fleste har doktorgrad/ph.d.-grad.

Boken handler om relevante lover og regler i smittevernarbeidet. Den åpner i rett juristånd med et kapittel om bokens formål – å presentere den rettslige reguleringen av smitteverntiltak og de grunnleggende trekkene ved lover og avtaler som vil ha betydning for håndtering av fremtidige kriser.

Potensielle skadevirkninger av viruset og av vaksineringsen, barn og unges kår under en pandemi samt internasjonale avtaler og menneskerettigheter er blant bokens temaer. Målgruppen er jurister, helsepersonell

og alle andre som vil vite mer om jussens verden målt mot pandemiens virkelighet.

Boken er delt inn i tolv kapitler, med 1–2 forfattere per kapittel. Hvert kapittel gir derfor ulik leseopplevelse. Enkelte kapitler er tyngre å lese, med juridisk språk og endeløse bisetninger, mens andre er mer lettleste. Tettheten av referanser og fotnoter varierer fra kapittel til kapittel.

Redigeringen kunne med fordel ha vært strengere med tanke på kommafeil og gjentakelser. Tall og referanser for samme hendelser, for eksempel spanskesyken, kan variere. En egen oversikt over forkortelser ville vært nyttig, da forklaringen ofte er vanskelig å finne tilbake til. Enkelte kapitler burde hatt flere og mer oppdaterte referanser for å dekke påstander, og noen kunne med fordel vært kortet ned.

Redaktørene søker å dekke mange emner med flere forfattere fra ulike fagfelt. Dette hever inntrykket av god faglig kvalitet.

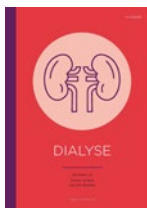
Kapitlene dekker lover og plikter knyttet til smittevern, grunnloven,

vaksiner og smitteverntiltak, helseberedskap, forskjellige gruppers rettigheter, plikter og erstatningspraksis. Selv om boken gir en god innføring i begreper og prinsipper og en interessant gjennomgang av smittevernjussens mange hensyn, er den litt rotete. Et tydelig fokus på smittevernlovverket og hvordan det kan brukes bedre i fremtiden ville gjort boken enklere for fagfolk å bruke.

De tre siste kapitlene og kapittelet om krisehåndtering er spesielt interessante for leger som jobber med smittevern. De dekker alt fra smittedes plikter, tvang- og strafferegler, pasientskadeerstatning og grunnlovens prinsipper. Kapittelet om grunnloven burde vært pensum for elever i videregående skole og for alle leger som forvalter lover. Prisen på boken er dog noe høy. ■

Siri Fuglem Berg

Oppdatert om dialysebehandling



Dialyse

Cecilie Lyngsø, Lene Boesbyred
4. utg., 275 s., tab, ill. København:
FADL's Forlag, 2023.
DKK 399,95
ISBN: 978-87-94207-53-9

Den fjerde utgaven av *Dialyse* er en grundig oppdatering av den danske håndboken i dialysebehandling. Forfatterne angir at målgruppen er yngre leger og sykepleiere samt annet helsepersonell som kommer i kontakt med pasienter i dialyse.

Boken har en logisk oppbygning med en bred og pedagogisk tilnærming til dialysebehandling. Den går fra introduksjonskapitler om akutt og kronisk nyresvikt, via dialysens biofysikk til praktisk rettede kapitler om peritoneal dialyse og hemodialyse. Deretter følger flere kapitler om forebygging og behandling av ulike komplikasjoner ved kronisk nyresvikt samt egne kapitler om relevante

temaer, som dosering av medikamenter ved nyresvikt og om barn i dialyse.

Nytt i denne utgaven er kapitler om dialysevalg, palliasjon og maksimal medisinsk uremibehandling. Dette er i overensstemmelse med senere tids økende vektlegging av samvalg og oppmerksomhet rundt at dialysepopulasjonen blir eldre. Det vies også mer plass enn i tidligere utgaver til betydningen av restnyrefunksjon, og at adekvat dialysedose handler om mer enn fjerning av små molekyler, som økt oppmerksomhet på livskvalitet og fravær av uremiske symptomer.

Boken er oppdatert i sin omtale av medikamentell behandling av kronisk nyresykdom. Nyere medikamenter som stabilisatorer av hypoksi-induserbar faktor (HIF) ved renal anemi og hemmere av natriumglukose-kotransportør 2 (SGLT2) og mineralokortikoid-reseptor-antagonister (MRA) ved hypertensjon og albuminuri, nevnes.

Boken er fagfelleurdert av navngitt forfatter og referent for hvert av de 29 kapitlene. I alt er det 49 bidragsyttere, alle spesialister på sine fagfelt.

Kapitlene kan leses uavhengig av hverandre og er inndelt i oversiktlige underkapitler. Jeg savner imidlertid flere kryssreferanser mellom kapitlene, og ønsker meg et mer utfyllende stikkordregister. Flere temaer omtales i de enkelte kapitlene, men mangler i stikkordregisteret. Boken er skrevet på et dansk som er enkelt forståelig for nordmenn. En liten detalj som at danskene bruker en annen benevnelse for hemoglobinkonsentrasjon enn vi gjør i Norge, er ikke et stort minus. Det faglige innholdet sammenfaller godt med norsk praksis, følger internasjonale retningslinjer og er underbygget med litteraturreferanser etter hvert kapittel. Boken har en tiltalende layout og er rikelig illustrert med figurer, tabeller og faktabokser.

Jeg vil varmt anbefale boken for målgruppen, som en ypperlig innføring i dialysebehandling. ■

Tale Norbye Wien

Interessant om Norges pandemihåndtering



Pandemi, panikk og politikk. Korleis Norge vart tatt på senga av koronaviruset, kvifor det gikk bra og kva vi bør lære til neste gong

Kristian K. Starheim
208 s., Dreyers forlag, 2023.
NOK 305
ISBN 9788282656894

Kristian K. Starheim har bakgrunn innen molekylærbiologi og vitenskapsfilosofi. Han var ansatt ved NTNU, Trondheim da pandemien brøt ut. Dette er hans første bok, som er skrevet på vakkert og luftig nynorsk og er tilgjengelig for lek og lærd.

Forfatteren har satt seg grundig inn i koronapandemiens gang, med referanser til faglitteratur, bøker, rapporter og personlige intervjuer med helsetopper. Boken er delt inn i flere kapitler og underkapitler.

I innledningen hevder Starheim at Norge var for dårlig forberedt og at han vil stille kritiske spørsmål til Norges

respons på trusselen. Han gir en god innføring i norske myndigheters gjøren og laden i tiden fra nyheten om et nytt virus i Kina kom til Erna stengte ned. Pandemiens historie er omtalt, og forfatteren gir en enkel innføring i immunologi og epidemiologi. Han har også lagt ved gode begrepsforklaringer.

Smittevern og beredskap internasjonalt og nasjonalt vies et kapittel, og det diskuteres også om de siste tyve års hendelser burde ha ført til at Europa var forberedt på flere typer virus. Beredskapsplanene våre hadde kun fokus på influensavirus, og med vaksinasjon som hovedtiltak.

Norge og Sverige håndterte pandemien svært ulikt og opplevde med det forskjellig utfall. Dette beskrives inngående i hvert sitt kapittel, med fokus på blant annet rollefordelingen mellom folkevalgte og utøvende myndigheter. Der Folkehelseinstituttet i Norge kun har rådgivende funksjon, har Folkhälsomyndigheten operativt ansvar. Vi opplevde konflikter mellom forskjellige helseforvaltningsnivåer, mens svenske politikere overlot

avgjørelsene om tiltak til stats-epidemiologen Anders Tegnell og Folkhälsomyndigheten.

I de videre kapitler diskuteres virusets potensial til å skape en farligere pandemi, økonomiske betraktninger rundt tiltak og sykdomsbyrde og den sosiale slagsiden av begge.

Starheims vurderinger av vår respons og vår fordeling av faglig og politisk makt og myndighet er interessant, spesielt sammenliknet med svenske forhold. Trygghet og tillit hos befolkningen veide tungt, noe våre politikere måtte ta hensyn til i større grad enn de faglige rådgiverne.

Boken er ingen lærebok, men anbefales alle som syntes det var spennende å følge koronapandemiens utvikling. 298 sider er ikke nok til å gå i dybden, men her er det nyttige tanker å ta med seg i videre beredskapsarbeid. ■

Siri Fuglem Berg

God selvhjelpsbok for folk med angst



Ikke ta deg sammen. En effektiv metode som tar deg trygt gjennom angstens tre faser

Kristine Czilling Tørå
306 s., ill. Angstportalen, 2023.
NOK 399
ISBN 978-82-30358-30-6

To av psykiatriens store problemer er for lav kapasitet og for lite bruk av spesifikke, effektive og godt dokumenterte behandlingsmetoder. Mange med angst opplever betydelig redusert livskvalitet. Det gjelder både de som har spesifikke angstlidelser, og de der angsten er et symptom i en annen lidelse. Jeg har ingen tro på at psykiatrien i overskuelig fremtid kan hjelpe alle som trenger hjelp med sin angst. Det er behov for flere kilder til virksom hjelp.

Selvhjelpsbøker og tilsvarende nettsteder kan hjelpe mange. Denne boka er den mest konkrete og lettbrukte jeg har lest. Den er pedagogisk bygd opp med det viktigste først – hvordan

få litt lindring og trygghet når angsten herjer som verst. Deretter kommer en lang bolk om hvordan man kan lage seg et godt liv der angsten ikke lenger styrer. Boka avsluttes med et kapittel om å vedlikeholde et mer stabilt følelsesliv.

Ved siden av å lese boka legges det opp til at man blir medlem av nettstedet *Angstportalen*. Det koster kr 497 per måned uten bindingstid og kr 397 med seks måneders bindingstid. Jeg har bare sett gratisvideoene og kan dermed ikke uttale meg om innholdet man betaler for. Men jeg vil anbefale å vurdere medlemskap for de som trenger mer enn boka, i alle fall i et år for å få tilstrekkelig støtte i starten av egenterapien. Om økonomien er et hinder, bør NAV kunne gi tilskudd.

Boka er faglig god. I tillegg til kildene som forfatteren oppgir, gjenkjenner jeg elementer av psykodynamisk tenkning samt metakognitiv kunnskap og teknikker. Den er, så vidt jeg kan skjønne, i overensstemmelse med prinsippene for eksponeringsbehandling etter Bergensmodellen (B4DT)

(utviklet av Bjarne Hansen og Gerd Kvale) bortsett fra på ett viktig punkt om trygging.

For mange kan sistnevnte behandling være en overgang fra å la angsten være sjef til selv å ta styringen over eget liv. Men får man ikke tilgang til denne behandlingen, eller man ikke kan dra nytte av den, mener jeg at denne boka kan være et godt alternativ. Fastleger som vil støtte en pasient i å bruke den, bør lese kapitlene samtidig med pasienten. Det vil også jeg gjøre hvis det blir aktuelt. ■

Audun Irgens

Ph.d.-disputaser

Dhanushan Dhayalan

Clinical Management of Vestibular Schwannoma - The V-REX randomized trial and other clinical studies on vestibular schwannoma. Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 20.1.2024.

Bedømmelseskomité: Douglass Kondziolka, New York University, Langone, USA, Anne Balossier, University Hospital of Marseille, Frankrike og Cecilie Bredrup, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Morten Lund-Johansen, Øystein Vesterli Tveiten og Fredrik Kragerud Goplen.

Dan Lærum

Lung cancer; sex-related survival and optimising diagnostic pathways in a comprehensive population. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 18.1.2024.

Bedømmelseskomité: Torben Riis Rasmussen, Aarhus Universitetshospital, Danmark, Hanne Sorger, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Knut Stavem, Universitetet i Oslo.

Veileder: Lars Fjellbirkeland.

Jan Petter Neverdahl

Experimental pain after sleep restriction and cortical excitability in migraine patients: From cross-sectional studies in the interictal phase to crossover studies on the effect of sleep restriction. Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Disputas 12.1.2024.

Bedømmelseskomité: Karl Bjørnar Alstadhaug, UiT Norges arktiske universitet, Thomas Graven-Nielsen, Aalborg Universitet, Danmark og Solveig Merete Klæbo Reitan, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Petter Moe Omland, Trond Sand og Dagfinn Matre.

Kathrin Skorpa Nilsen

Vestibular Symptoms, Balance and Vestibular Function in Patients with Vestibular Schwannoma. Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 12.1.2024.

Bedømmelseskomité: Per Cayé-Thomasen, Rigshospitalet, Danmark, Tatjana Tomanovic, Karolinska Institutet, Sverige og Ole-Bjørn Tysnes, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Frederik Kragerud Goplen, Stein Helge Glad Nordahl og Morten Lund-Johansen.

Alina Desiree Sandø

Evaluation of Neoadjuvant Chemotherapy in Patients with Resectable Gastric Adenocarcinoma in Central Norway 2007–2016. Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Disputas 12.1.2024.

Bedømmelseskomité: Tom Mala, Universitetet i Oslo og Ullevål sykehus, Gabriella Alexandersson von Döbeln, Karolinska institutet, Sverige og Arne Seternes, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Erling A. Bringeland og Jon Erik Grønbech.

Inga Strand Thorsen

New biomarkers in patients with chronic kidney disease, after kidney transplantation, in kidney donors and in acute myocardial infarction. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 12.1.2024.

Bedømmelseskomité: Marit Solbu, UiT Norges arktiske universitet, Marius Altern Øvrehus, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Alf Inge Larsen, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Lasse Gunnar Gøransson og Inger Hjørdis Bleskestad.

Sima Zolfaghari

Investigations on regulation, signaling properties, and functions of CCN5. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 18.1.2024.

Bedømmelseskomité: Ralf Weiskirchen, RWTH University Hospital Aachen, Tyskland, Blandine Poulet, University of Liverpool, Storbritannia og Guttorm Haraldsen, Universitetet i Oslo.

Veileder: Håvard Attramadal.

Gro Flatabø Zanussi



Vår kollega og venn Gro Flatabø Zanussi døde 24. oktober 2023 etter en tids alvorlig sykdom.

Gro, født 16. juli 1945, vokste opp på Tasta i Stavanger, tok examen artium ved St. Svithun gymnas i 1964 og medisinsk embetseksamen i Bergen i 1970. Hun møtte arkitektstudenten Marco Zanussi fra Nord-Italia og giftet seg med ham, lærte seg italiensk og arbeidet i Italia en periode før turnustjeneste ved Telemark sentralsykehus. Etter en ny periode i Italia med italiensk spesialistutdannelse i pediatri fikk hun sitt første barn.

Tilbake i Skien arbeidet hun på barneavdelingen. Familien, som nå var blitt fire, dro til Stavanger i 1977, og i 1981 ble hun spesialist i barnesykdommer. Hun hadde et fordypningsopphold i neonatologi på Haukeland, og som seksjonsoverlege på nyfødtavdelingen i Stavanger var hun med på å bygge opp en moderne intensivnyfødtavdeling. Hun var aktiv i bruk av nye kunnskaper og prosedyrer. I denne perioden var hun en viktig deltaker i det norske fagmiljøet og var med i Helsetilsynets utvalg for en nasjonal plan for nyfødtmedisin og leder for perinatalkomiteen i Rogaland.

I perioden 1999–2001 var hun avdelingsoverlege, og vi husker henne som en tydelig og sterk leder. Hun ga mye tid og oppmerksomhet til utdanning av yngre kolleger og lot dem slippe til i trygge rammer. Det var alltid trygt å ha Gro som bakvakt, og hun var en viktig rollemodell med et sterkt fokus på vår rolle overfor foreldre og barn i det kliniske arbeidet. Som leder av Barnelegeforeningen i Norge bidro hun til utdanning av barneleger nasjonalt.

Hun valgte i 2003 å gå over til allmennmedisin og startet som fastlege i Stavanger. Hennes kolleger der beskriver henne som en dyktig og velansett lege både for barn og voksne. Samtidig var hun deltids barneomsorgsoverlege i Stavanger.

Hun var glad i å være fysisk aktiv. Hver dag syklet hun til jobb, og hun gikk mye i fjellet både sommer og vinter. Spesielt godt likte hun seg i Dolomittene. Hun hadde sterk tilknytning til Italia og store kunnskaper innen kunst og kultur. Hun og ektefellen Marco inviterte gjerne til italiensk mat og vin.

Engasjementet for Palestina var stort. Hun hadde sammen med Marco et studieopphold i Ramallah. Etter dette var hun gjerne å se i 1. mai-toget til støtte for palestineres sak.

Vi vil savne henne som kollega og venn. Våre tanker går til Marco og barna Anne og Per med familier. ■

På vegne av kolleger på Barneavdelingen ved Stavanger universitetssykehus.

Clare Hapnes, Osvald Mæhle, Åge Lærdal, Magne Berget, Jon Bland, Knut Øymar, Gunn Aadland

Børre Husebø



Pensjonert spesialist i psykiatri Per Børre Husebø ble født i Trondheim 18.7.1941 og døde av akutt sykdom 22.12.2023. Han var gjennom nesten 40 år en av Norges mest brukte rettspsykiatere. Han begynte han på NTH, men valgte etter et par år å bli lege isteden og tok embetseksamen i 1971 i Basel, Sveits. Etter å ha vært innom Haukeland, turnustjeneste ved Kristiansund sykehus og Halså distrikt, og psykiatriutdanningsstillinger ved daværende Haukåsen, Reitgjerdet og Østmarka, ble han godkjent spesialist i psykiatri i 1980. Da han kom som spesiallege til Fylkessjukehuset i Kristiansund i 1984, bygde han opp psykiatrisk poliklinikk og var avdelingsoverlege, før han senere drev privat spesialistpraksis i psykiatri. Han avsluttet sin ordinære yrkeskarriere som fastlege ved Sentrum legesenter i Kristiansund.

Parallelt med full klinisk praksis var Husebø rettspsykiater, noe han fortsatte med til langt etter vanlig pensjonsalder. En av hans første rettspsykiatriske observasjoner var i Nesset-saken i Orkdal, og denne saken ble nok førende for hans mangeårige omfattende virke innen rettspsykiatrien. Det var en faglig krevende sak med stor medieoppmerksomhet, men oppdraget ble løst på en seriøs og saklig måte, trass betydelig ytre press.

Han hadde en livslang vilje og evne til å lære og holde seg faglig oppdatert. Denne evnen og viljen gjorde også at han etter mange år som psykiater kunne skifte hovedstilling og begynne som fastlege. Husebø var en svært god kliniker. Vi som har arbeidet sammen med ham som sakkynndige, har sett at få kunne som ham komme inn på selv de vanskeligste, sykeste og mest tildekkende personene og få klarlagt sykdomsbildet, for deretter presis feste det til papiret. I retten var han en dyktig pedagog som greide å formidle vanskelige problemstillinger og begreper slik at legfolk kunne forstå dette. Han var alltid kollegial og villig til å lære bort og til selv å lære av andre. Som eldre og erfaren kollega delte han villig sin kunnskap med yngre kollegaer. Kvaliteten på hans arbeid var høy helt frem til han pensjonerte seg helt i 2017.

Husebø var gammel marineoffiser, og ingen opprører eller revolusjonær, men han kunne si fra. Han var rettskaffen og opptatt av også selv å gjøre det riktige. Viktig i så måte var da han i 1977 skulle avslutte sin spesialisering med et halvt år som reservelege på Reitgjerdet sykehus. Husebø sa opp på dagen etter knapt fire måneder på grunn av forholdene på sykehuset og det han vurderte som ulovlig tilbakeholdelse av pasienter uten grunnlag. Han opplevde etter dette å bli uglesett, og han dro derfor som distriktslege til Aure i 1978–79. Likevel ble han ansatt som overlege på Reitgjerdet i 1983, men valgte å ikke tiltre. Husebø var en sterk stemme faglig, både i rettspsykiatriske sammenhenger og i offentligheten. Han var opptatt av folkeopplysning om faget, og bidro også i media om dette.

Privat var han aktiv i Rotary. Han var meget interessert i lesing og hadde et stort bibliotek hjemme. Det var en fornøyelse å diskutere både historie og aktuelle begivenheter med ham. Både som rettspsykiater, fastlege og i livet var hans kone Ragni hans uunnværlige støttespiller. Hun og den øvrige familien – Christina, Elise og Camilla med familier – betydde svært mye for ham.

Vi vil minnes en dyktig kollega, en kjær venn og et godt menneske. Vi lyser fred over minnet. ■

Øyvind Erik Duguid Jensen, Karl Henrik Melle, John Olav Roaldset

Leidulf Segadal



Leidulf Segadal, en pioner innen hjertekirurgien, døde 3. desember 2023, 83 år gammel.

Han tok første del av medisinstudiet i Oslo og ble uteksaminert ved Universitetet i Bergen. Han hadde turnustjeneste ved Sentralsykehuset i Rogaland og i Sandnes. Han ble spesialist i generell kirurgi og torakskirurgi, var overlege og i flere år og seksjonsoverlege ved Haukeland universitetssjukehus før han ble pensjonist i 2010.

I 1972 og 1973 arbeidet han ved Universitetsklinik Zürich med Åke Senning, kjent for Senning-korreksjon ved transposisjon av de store arterier. Leidulf hadde i løpet av karrieren flere studieturer til Zürich, Great Ormond Street Hospital for Children i London og flere store hjertesentra i USA. Han så tidlig potensialet i ultralyd og tok doktorgraden i 1991 med ultralyddopplerundersøkelser av hjertet og hovedpulsåren. Han var faglig og vitenskapelig veileder for mange, og ble første professor i torakskirurgi ved Universitetet i Bergen i 1993.

Åpen hjertekirurgi ble introdusert ved Haukeland universitetssjukehus av Erling Skagseth i 1975, og Leidulf ble sentral i oppbygging av hjertekirurgien i Bergen. Hans hovedinteresse innen torakskirurgi var medfødte hjertefeil, og han hadde en unik evne til å forstå den funksjonelle betydningen av ulike hjertefeil. Fra begynnelsen av 1980-tallet hadde han hovedansvar for barnehjertekirurgien, med flerregional funksjon. Han utførte også korreksjon av kompliserte hjertefeil, deriblant transposisjon av de store arterier. I begynnelsen brukte han Senning- og Rastelli-teknikkene ved operasjon av transposisjon, inntil han i 1993 gikk over til arteriell switch. Han inviterte erfarne kollegaer fra Great Ormond Street Hospital for Children til å bistå ved de første operasjonene.

Leidulf mente at alle barn med medfødte hjertefeil burde få et tilbud, og var blant de få som allerede i 1980 behandlet barn med Downs syndrom for deres hjertefeil. Operasjonsvolumet avtok mot slutten av 1990-tallet, og all hjertekirurgi på barn ble sentralisert til Oslo universitetssykehus fra 2004.

Leidulf nøt stor anseelse som voksen- og barnehjertekirurg, både i Norge og internasjonalt. Han engasjerte seg også organisatorisk innen det skandinaviske fagmiljøet for torakskirurgi. Som lege utmerket Leidulf seg med stor omsorg, og hadde stor tillit hos pasientene. I kraft av sin personlighet og faglige styrke ble han alltid lyttet til.

Leidulf var hyggelig og sosial, og på fritiden kunne han nyte vandring i naturen og turer til hytten på Os.

På vegne av kollegaer vil vi uttrykke stor takknemlighet for at vi fikk kjenne Leidulf og arbeide sammen med ham. Vi bærer med oss mange gode minner, og vi vil savne Leidulf. Våre tanker går til hans nære familie. ■

**Gottfried Greve, Rune Haaverstad, Venny Kvalheim,
Knut Andersen, Ketil Grong, Lodve Stangeland**

Tom Monclair



Tom Monclair døde fredelig 17. november, 81 år gammel.

Han ble født i Oslo og ble cand.med. ved Universitetet i Oslo i 1968. Tom uttrykte allerede i skoledagene et ønske om å bli lege, og før den medisinske utdannelsen var ferdig, var også planen om å bli spesialist i barnekirurgi lagt.

Tom startet sin kirurgiske utdanning på Ullevål sykehus i 1971. Han tok medisinsk doktorgrad i nyrefysiologi i 1980, ble spesialist i kirurgi i 1981, i barnekirurgi i 1982 og overlege ved barnekirurgisk avdeling ved Rikshospitalet fra 1986.

Tom behandlet nyfødte og barn med alvorlige medfødte misdannelser og kreft, og han fikk stor betydning i mange barns og familiers liv.

Tom var en ambisiøs kirurg, og bare den aller beste behandlingen var god nok. Han tok initiativ til nye behandlingsprosedyrer, og ble sentral i utviklingen av kirurgiske tilbud av høy internasjonal standard til nyfødte og barn i Norge.

Tom tok et spesielt ansvar for diagnostisering og behandling av barn med kreftsvulster. Han ble en pioner og en bauta innen kreftkirurgi, og han hadde oppdrag i verdens ledende miljøer for både forskning og behandling av barn med kreft. Han mottok også priser for sine bidrag til internasjonal barnekreftforskning.

Tom var også en kunnskapsbærer og elsker av litteratur, historie, musikk og mat. På sine mange reiser for å dele kunnskap med kolleger i andre land, var Tom ekstremt flink til å fylle på med kulturopplevelser, som han også delte med oss andre. Han var vår umistelige guide til historiske steder, store musikkopplevelser og gode kokker i mange land.

Tom var gift med Unni, som var mor til Hanne, Fredrik og Ida. Han var stolt av familien sin og delte ofte med oss nyttig kunnskap og erfaring som Unni og barna hadde gitt ham. Vi kjenner og deler sorgen med dem som Tom var aller mest glad i. ■

**Ragnhild Emblem, Kristin Bjørnland, Klaus Beiske,
Gunnar Aksnes, Sigvald Refsum**

Ruth Langholm



Vår kjære kollega Ruth Langholm døde 30.12.2023, 85 år gammel.

Ruth ble født i 1938 og vokste opp i Stavanger. Hun tok medisinsk embetseksamen i Oslo i 1964. I 1966 begynte hun på Avdeling for patologi, Aker sykehus og ble spesialist i patologi i 1972. Hun var tidvis ansatt som amanuensis og deltok i undervisning av medisinstudenter. I 1975 begynte Ruth på Avdeling for patologi på Radiumhospitalet, først som assisterende overlege og fra 1977 som fast overlege. I en periode var hun også seksjonsleder.

Ruth tilhørte generasjonen av patologer som behersket alle områder innenfor diagnostisk patologi, men hun spesialiserte seg etter hvert innen hematopatologi, der hun i mange år hadde hovedansvar for diagnostikken. Ruth var svært dyktig og engasjert, både som diagnostiker og veileder. I hematopatologien bidro hun også ved å ta i bruk immunhistokjemi. Hun var en meget god morfolog, språklig sterk og kjent for sine presise diagnoseformuleringer. Hun var sentral i å introdusere Kiel- og deretter REAL-klassifikasjonen til det nasjonale miljøet av lymfompatologer og -onkologer og organiserte flere nasjonale kurs i lymfom- og benmargsdiagnostikk. Denne utviklingen av diagnostikken bidro til mer presis behandling av pasientene.

Hun bidro også vitenskapelig og var medforfatter på mer enn 40 forskningsartikler i internasjonale tidsskrifter, først og fremst innen lymfomfeltet. I 2005 gikk hun av med pensjon fra stillingen som overlege etter 30 års tjeneste i avdelingen.

Ruth var på mange måter spesiell, både som kollega og menneske. Som patolog var hun ambisiøs med en sterk lojalitet til både faget og til avdelingens drift, særlig med tanke på kvaliteten av det diagnostiske arbeidet og utdannelsen av spesialistkandidatene. Hun var støttende og hjelpsom når hun så behovet. Hennes arbeidskapasitet var enorm, hun var kjapp, hadde masse humor og en våken kritisk sans overfor det meste – inkludert seg selv.

På egne vegne var hun uhøytidelig, svært nøysom og beskjeden. Ruth syklet til jobb året rundt og var den som kom først. Hun fortalte med begeistring om de fine sommerdagene som hun tilbrakte på Jomfruland. I tillegg var hun meget interessert i musikk, opera og ballett.

Sykdom gjorde de siste årene vanskelig for Ruth. Våre tanker går nå til familien, med datteren Guri, sønnen Erik og barnebarna, som har mistet sin mor og bestemor. Fred over hennes minne. ■

**Bodil Bjerkehagen, Ida Münster Ikonomou,
Klaus Beiske, Vera Abeler**

Steinar Nakrem



Det var med sorg og vemod vi mottok budskapet om at vår gode venn og kollega Steinar Nakrem var død. Han sovnet stille inn 29. oktober 2023, 86 år gammel. Med ham har en markant skikkelse i norsk helsetjeneste gått bort.

Steinar Nakrem var født og oppvokst i Harstad, studerte i Oslo og var ferdig utdannet lege i 1962. Etter turnustjeneste i Bodø, ett år på sykehus i Harstad og tre år som distriktslege i Skånland, Troms, flyttet han i 1969 med familien til Verdal. Der tiltrådte han som distriktslege, senere kommunelege I, en stilling han hadde i 23 år. I 1992 ble han rådgivende lege i trygdeetaten, og var der til han pensjonerte seg i 2012, 75 år gammel.

Steinar var spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, og hadde også en Master of Public Health. Han var en pioner i oppbyggingen av en moderne primærhelsetjeneste. Da han kom til Verdal i 1969, var han én av tre leger som skulle betjene 9 000 mennesker. Han engasjerte seg sterkt i etableringen av Verdal helsesenter, som var ferdig i 1975 – det andre kommunale helsesenteret i Norge. Filosofien var at flere leger skulle arbeide tett sammen, etablere et faglig fellesskap, drive fagutvikling og dermed flytte noe av sykehusmedisinen ut i distriktet. I legegruppen var vi, i tillegg til Steinar, fem nyutdannede leger. Steinar var den naturlige leder, mentor og veileder for oss litt yngre, og med sitt gode humør og lune humor skapte han et godt arbeidsmiljø. Han var selv en svært dyktig lege med høy faglig og etisk standard, og han ble en viktig rollemodell for mange av oss. Steinar var også praktiserende samfunnsmedisiner, med stor forståelse for hvordan levesett, livssituasjon, sosiale forhold og miljø påvirker helsen.

Under hans ledelse utviklet legetjenesten et godt samarbeid med de andre helseprofesjonene i kommunen og med lokalsykehuset, og det ble etablert samarbeid med NTNU, bl.a. med veiledning av legestudenter. Fagmiljøet ved Verdal helsesenter engasjerte seg også i forskning, vi fikk kontakt med eksterne forskningsmiljøer, noe som i sin tid bidro til utviklingen av HUNT-studien. Også i stillingen som overlege i trygdeetaten fikk Steinar god nytte av sin brede erfaring fra allmenn- og samfunnsmedisin. I tillegg til hans lokale engasjement, hadde han flere utenlandsoppdrag for Røde Kors og Rotary, bl.a. i Malaysia og Afrika. I 2012 mottok han Kongens fortjenstmedalje for sin innsats for helsetjenesten.

Våre tanker går til Rigmor, som har vært hans trofaste ledsager og støtte i alle år, og til hans øvrige familie. ■

Dagfinn Thorsvik, Jostein Holmen

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



norsk
pasientskade-
erstatning

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
allmennmedisin

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43



TRONDHEIM
KOMMUNE

Legevikar i kommunal stilling

Vi søker engasjerte leger til helse- og velferdssentre, helsehus, flykninghelse, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Kommunen har kontinuerlig behov for leger i vikariater i 20-100 % stillinger. Størrelsen og lengden på vikariatet kan avtales etter ønske. Se fullstendig utlysningstekst på kommunens nettside eller [Legejobber.no](https://legejobber.no). **Søknadsfrist: 31.08.2024**

Legejobber.no

Legejobber*

Barne- og ungdomspsykiatri



norsk
pasientskade-
erstatning

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
barne- og ungdomspsykiatri

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43



56 000 studenter og 6 600 medarbeidere gjør Göteborgs universitet til en stor og inspirerende arbeidsplass. Stark forskning og attraktive utdanninger lockar forskare og studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

UNIVERSITETS- LEKTOR

i allmänmedicin förenad med anställning
som specialistläkare i allmänmedicin

Ref nr: 2024/43

Sista ansökningsdag: 2024-02-29

För mer information se vår hemsida:

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

Blodsykdommer**norsk
pasientskade-
erstatning****Sakkyndig spesialist**

Vi kunngjør avtale om sakkyndigtjenester i
blodsykdommer

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Erslund
Telefon: 22 99 44 43

Fødselshjelp og kvinnesykdommer**norsk
pasientskade-
erstatning****Sakkyndig spesialist**

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
fødselshjelp og kvinnesykdommer

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Erslund
Telefon: 22 99 44 43

Bryst- og endokrinkirurgi**norsk
pasientskade-
erstatning****Sakkyndig spesialist**

Vi kunngjør avtale om sakkyndigtjenester i
bryst- og endokrinkirurgi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Erslund
Telefon: 22 99 44 43

Infeksjonssykdommer**norsk
pasientskade-
erstatning****Sakkyndig spesialist**

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
infeksjonssykdommer

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Erslund
Telefon: 22 99 44 43

Lungesykdommer**norsk
pasientskade-
erstatning****Sakkyndig spesialist**

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
lungesykdommer

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43

Nevrologi**norsk
pasientskade-
erstatning****Sakkyndig spesialist**

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
nevrologi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43

Maxillofacial kirurgi**norsk
pasientskade-
erstatning****Sakkyndig spesialist**

Vi kunngjør avtale om sakkyndigtjenester i
maxillofacial kirurgi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43

Nyresykdommer**norsk
pasientskade-
erstatning****Sakkyndig spesialist**

Vi kunngjør avtale om sakkyndigtjenester i
nyresykdommer

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43

Ortopedisk kirurgi

**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
ortopedisk kirurgi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43

Radiologi

**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
radiologi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43

Psykatri

**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
psykiatri

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43

Revmatologi

Betanien Hospital
3722 Skien

LIS til revmatologisk avdeling

Ved Betanien hospital, Skien er det ledig 100% fast stilling for LIS innen revmatologi. Søkere som ønsker revmatologi som sideutdanning inviteres også til å søke stillingen.

Revmatologisk avdeling har i dag 8 spesialister innen revmatologi og 2 LIS.

Kvalifikasjoner: Norsk autorisasjon som lege og spesialist i revmatologi.

Søkeren må beherske skandinavisk språk muntlig og skriftlig.

Sykehuset tilbyr lønn og arbeidsvilkår etter avtale og et godt arbeidsmiljø.

Oppstart etter avtale.

For fullstendig utlysningstekst og kontaktinformasjon, se
Legejobber.no. **Søknadsfrist 29.02.2024**

Rus- og avhengighetsmedisin

norsk
pasientskade-
erstatning

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
rus- og avhengighetsmedisin

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43

Ønsker du et varsel
når det dukker opp en
stilling som passer deg?
Sett opp e-postvarsel
på Legejobber.no

Legejobber

**Urologi**

norsk
pasientskade-
erstatning

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
urologi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 11. mars kl. 12:00

Tilbudsinnlevering er tidkrevende - sett av god tid.

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl Andersson
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Linn Kristine Ersland
Telefon: 22 99 44 43

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.**

Ledige stipender - legater - fond**Utllysning av forskningsmidler fra AMFF med frist 15. mars**

Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) bevilger stipend til phd-prosjekter.

Fondsstyret legger vekt på:

- Prosjekter med ph.d grad som mål
- Prosjekter som er knyttet til en av de fire allmennmedisinske forskningsenhetene eller en av de allmennmedisinske universitetsseksjonene/faggruppene gjennom veileder med ph.d-kompetanse
- Allmennmedisinsk relevans
- Prosjektets kvalitet og gjennomførbarhet
- Gode kvalifikasjoner hos søker og veileder

Det lyses ut midler fra dette fondet to ganger årlig. Fondet tildeler midler for maksimalt 3 årsverk for den enkelte kandidat. Det gis midler inntil 1 år av gangen, i full eller redusert stilling. Søknad om videreføring av prosjekt skal vise framdrift i henhold til prosjektplanen.

Elektronisk søknadsskjema og veiledning:

www.legeforeningen.no/amff

Søknader mottatt etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

Kontaktinformasjon: amff@legeforeningen.no

Ekstrastipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg høsten 2024

Stipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) er lavterskelmidler som skal stimulere allmennleger til å starte med forskning innen eget interessefelt. I tillegg til AFU-stipend, utlyses nå ekstrastipender for utvalgte områder for høsten 2024. Ekstrastipend kan tildeles både *ferske og veletablerte forskere* på følgende tre temaer:

- **Innovasjon i primærhelsetjenesten**
- **Samvalg i allmennpraksis**
- **Prioritering i praksis**

Fullstendig utlysningstekst for ekstrastipend og mer informasjon om søknad via digitalt skjema finner du på AFUs hjemmeside:

www.legeforeningen.no/afustipend
– eller skann QR-koden.



Søknadsfristen er 5. mai 2024.

Karla og Arne Oddmars Medisinske fond

Avkastning av Karla og Arne Oddmars Medisinske fond skal benyttes til fremme av vitenskapelig arbeid og forskning innenfor fordøyelsessykdommer ved universitetene i Bergen og Oslo. Tildeling for 2024 skal skje til leger knyttet til slik virksomhet ved Universitetet i Oslo. Det skal tildeles stipendier til aktuelle forskningsprosjekter innen fordøyelsessykdommer. Til utdeling i år totalt kr. 65.000-. Søknad (max 5 sider) sendes som en PDF-fil til: Fondsutvalget «Karla og Arne Oddmars Medisinske fond» ved leder professor Odd Helge Gilja, Haukeland Universitetssykehus, e-post: odd.gilja@uib.no innen 1. mars 2024.

GRETE HARBITZ LEGAT

Grete Harbitz legat til bekjempelse av revmatiske sykdommer.

Søknadsfrist 1. mai 2024.

Det er ikke egne søknadsskjemaer.

Søknadene sendes til: Grete Harbitz legat, v/Elisabeth Johre, Thunesvei 16, 0274 Oslo.

DR. TRYGVE GYTHFELDT OG FRUES FORSKNINGSFOND

Fondet yter etter søknad midler til basalforskning vedrørende degenereringssykdommer i muskel- og skjelettsystemet, epidemiologi og vurdering av terapiformer i forbindelse med slike sykdommer. Fondet dekker ikke utgifter til lønn til forsker, men fondsmidler kan brukes til driftsrelatert lønn. Det kan utbetales inntil kr. 600 000.

Forespørsler rettes til Dag Bruusgaard, tlf: 928 64 550, Tore K. Kvien, tlf: 917 02 251 eller Tom Jørgen Gythfeldt, tlf: 473 97 150.

Søknad med opplysninger om hvilke formål en eventuell tildeling tenkes brukt til, sendes innen **1. april 2024** til fondets styre som e-post: helge.rivedal@vikenfiber.no Søknaden skal fremstå som ett dokument.

Kurs og møter**Velkommen til Oslokongressen 2024****Ultralyd i allmennpraksis 24. og 25. mai**

Kursleder: Andreas W. Fosmo og Nicolay B. Werner

Godkjent: Emnekurs 18 timer, ID 35917

Pris: 10 000 kr + dagpakke

Deltakere: 50

Gynekologi i allmennpraksis 27. og 28. mai

Kursleder: Marianne Natvik

Godkjent: Emnekurs 15 timer, ID 35910

Pris: 6500 kr + dagpakke

Deltakere: 60

Klinisk Kommunikasjon 27. og 28. mai

Kursleder: Cathrine Abrahamsen

Godkjent: Emnekurs 30 timer (2 dager kurs + oppfølging i egen praksis), ID 35909

Pris: 7900 kr + dagpakke

Deltakere: 36

Grunnkurs B - 26., 27. og 28. mai

Kursleder: Erik L. Werner

Godkjent: Obligatorisk kurs 25 timer, ID 35930

Pris: 6100 kr + dagpakke

Deltakere: 50

Akuttmedisin for legevaktpersonell 27. og 28. mai

Kursleder: Gaute Guttormsen og Jørgen Christensen

Godkjent: Obligatorisk emnekurs 15 timer, ID 35941

Pris: 6900 kr + dagpakke

Deltakere: 50

Stipend

Søk Oslokongress-stipend på 20 000 kr. Se mer info på www.oslokongressen.no.

Program og mer informasjon finnes på www.oslokongressen.no eller kurskatalogen på Legeforeningen sin hjemmeside.

Velkommen til akuttmedisinkurs for legevaktpersonell 12. og 13. april på Sundvolden hotell i Hole**Obligatorisk emnekurs i Akuttmedisin for legevaktpersonell**

Kursleder: Andreas Wiik Fosmo

Godkjent: Emnekurs 15 timer

Pris: 6000 kr + dagpakke

Deltakere: 48

Kort info: Initiativtakerne til kurset er aktive allmennleger legevaktsleger 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 luft-veishåndtering, hjertestans og undersøkelse av traume-pasienten. 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 kasuistikk-øvelser. I forkant av kurset må nettkurs med kursprøve bestås.

Se kurskatalogen på Legeforeningen sine hjemmesider for fullstendig kursprogram og påmelding.

Kursnr: ID. 35703

Nytt Moralseminar 15. – 21. september 2024.

Almagroforeningen kommer med nytt seminar i Moral de Calatrava, Spania**Tema: Behandling og relasjon.**

Foredragsholdere: Psykiater Terje Neraal, psykolog og PhD Doris Brothers, psykologspesialister Jon Sletvold, Hans Peter Broch, Geirmunn Sletten, Udesch Anda, Tor Sletten, og psykolog Alexandra Tenebroso.

Påmelding: Påmelding skjer ved innbetaling av seminaravgift på kr 7500,- til Almagroforeningen, kontonr. 50820697348 og ved å melde om påmeldingen til almagroforeningen@gmail.com. Tidsfrist 1. mai. Flyreise og hotellkostnad er ekskludert fra seminaravgiften, men foreningen booker hotell til deltagere. Seminaravgiften dekker utover selve seminaret følgende: buss tur-retur Madrid–Moral, enkel middag med vin-smaking fire dager, utflukt med servering av gachas og middag (caldereta) fredag 20. september.

Seminaret er godkjent som vedlikeholdskurs for spesialitene med 35 timer. Ytterlige informasjon; almagroforeningen.no og tlf 0034635157267

**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@
legeforeningen.no](mailto:vilde.baugsto@legeforeningen.no)

Smarte investeringer for en bærekraftig spesialisthelsetjeneste



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Hvert sentralstyre i Legeforeningen starter sin periode med å definere noen satsingsområder. Det har også sentralstyret for 2023–25 gjort, og de neste årene vil satsingsområdene ha overskriftene «et godt legeliv», «helseberedskap» og «sykehus». Vi var derfor et spent sentralstyre som fulgte med på helseminister Ingvild Kjerksøls årlige sykehustale i januar.

talen redegjorde helseministeren, som alltid, for sine krav og forventninger til sykehusene. Men årets bakteppe var ekstra alvorlig: En vanskelig og uryddig omstillingsprosess i Helse Nord, og en stadig trangere sykehusøkonomi i hele landet.

Det var derfor gledelig at Kjerksø annonserte at akutttilbudet i nord fredes inntil videre. Når så store endringer skal gjøres, trengs det en langt bedre prosess, med bedre utredninger og ikke minst – at de tillitsvalgte blir lyttet til underveis. Behovet for en nasjonal diskusjon om hva et sykehus skal inneholde, og at det ikke er styret i en region som skal bestemme det, presser seg på.

Kjerksø varslet også flere endringer som Legeforeningen ønsker velkommen, blant annet å fjerne effektiviseringskravene for sykehusene. Dette er noe vi har tatt til orde for i mange år – både beredskapsevnen og kapasiteten i helsetjenesten har blitt svekket som et resultat av nettopp dette effektiviseringskravet.

Kravet om egenkapital til nye sykehusbygg reduseres også fra 30 til 10 prosent. Dette kan bidra til at investeringer kommer raskere i gang og forhindre at helseforetakene må ta ned drift for å spare. Men lånebelastningen vil bli høyere, så totalt sett vil ikke sykehusene få noe større økonomisk handlingsrom.

Og nettopp i sykehusenes trang økonomiske handlingsrom ligger mye av utfordringene fremover. Til tross for at helseministeren kom med noen gode nyheter, er det likevel flere mørke skyer i sykehushorisonten. Spesialisthelsetjenesten står overfor enorme utfordringer. Vi blir stadig flere eldre, samtidig som nye behandlingsmetoder gjør at vi lever lenger. På toppen av dette opplever helseforetakene blodrøde budsjetter, og for å få råd til nye, nødvendige investeringer, har de måttet presse driften så mye at mange leger nå forteller at arbeidsforholdene ikke gir et godt legeliv.

Legeforeningen har gitt Menon Economics i oppdrag å kartlegge investerings- etterslepet i sykehusene. Før jul kom Menon med sin rapport – som viser et etterslep på 110 milliarder kroner. Et enormt høyt tall, men dessverre ikke overraskende. I rapporten viser Menon til at manglende økonomisk handlingsrom i sykehusene fører til en nedprioritering av produktivitetsfremmende investeringer, og at de ansatte blir nødt til å gjøre mer på tiden de har til rådighet. Sykehusene må prioritere drift over andre lovpålagte oppgaver, som for eksempel utdanning. Dette merker våre medlemmer på kroppen hver dag, men sykehusenes trang økonomiske handlingsrom går også utover pasientene.

Stramme budsjetter for en mer effektiv spesialisthelsetjeneste har vist seg å være en feilslått strategi. Kjerksøls sykehustale viser steg i riktig retning, men det trengs kraftigere investeringer til dersom vi skal ha en bærekraftig tjeneste i fremtiden som er like god for alle. ■

Medisin og magi hånd i hånd

Kristine Hjulstad blir kalt for «tryllelegen». Helt siden hun var barn har trylling og magisk teater vært en kjær hobby. Da hun som ung ble alvorlig kreftsyk, var det tryllingen som holdt henne oppe.

Allerede som barn var Kristine god i trylling og fikk lov til å opptre i tryllekunstneren Davido sine show. Som 14-åring vant hun på 90-tallet premier i seniorklassen i trylling. Fremtiden så lys ut.

Men som 16-åring ble Kristine rammet av en sjelden form for eggstokkreft. Det viste seg at kreften hadde spredd seg til både nyrer og bukspyttkjertel. Diagnosen var alvorlig, og prognosene dårlige. Ingen trodde hun ville overleve. Fra å være en aktiv og skoleflink jente, falt skole og venner i grus, og dagene ble preget av sykehusopphold og kreftbehandling. Heldigvis ga tryllehobbyen henne håp i en vanskelig sykdomstid.

– Trylling er undringens kunst. Det går ikke an å trylle vekk kreft, men i magien er det håp, vilje, og også litt tro på at det er umulige er mulig, sier Kristine Hjulstad.

Mestring og mening

Kristine har alltid hatt et ønske om å bli lege. Selv om hun mistet mange viktige skoleår på grunn av sykdom, mistet hun aldri troen på målet.

– Livet ble snudd på hodet da jeg fikk kreft og erklært ufør allerede som 17-åring. Jeg ble isolert og avskåret fra alt det som hører en normal ungdomstid til. Tryllehobbyen ble liksom alt jeg hadde. Jeg kom sent i gang, brukte åtte år på å gjennomføre videregående, og begynte på medisinstudiet som 26-åring. I løpet av årene på videregående satset jeg mye på tryllingen for å bygge meg selv opp og føle mestring og mening. På den måten klarte jeg å opparbeide en viss kreativ kompetanse, men først og fremst så bygget jeg opp helsen min, sier hun, og fortsetter:

– Hver eneste dag føler jeg takknemlighet for at det mot alle odds har gått så bra med meg. Jeg må klype meg selv i armen. Er det virkelig sant? Nå er det jeg som sitter her i den andre enden som lege, og som skal hjelpe mennesker som sliter med diverse symptomer.

Problemløser

Kristine er i dag fastlege ved Gvarv legekonsultasjonssenter i Telemark. De er fem leger på et etablert og godt driftet legesenter. Alle legene ved konsultasjonen er fastlønnet.

– Det er deilig å være fastlønnet. Jeg kan konsentrere meg om faget og overlate det andre til kommunen. Dette legekonsultasjonen er et godt sted å være, man skal jo tenke på egen helse og velvære også, understreker hun, og tilføyer:

– Nå kan jeg jobbe med faget på en måte som ikke tar helt luven fra meg. Jeg synes allmennmedisinen er veldig fin, her får jeg møtt og fulgt pasientene over lengre tid. Å være fastlege gir både glede og frustrasjon. Jeg møter på sosiale og økonomiske problemer, samlivsproblemer og sykdom. Alt griper inn i hverandre. På godt og vondt føler jeg at jeg er en problemløser.



Bruker egne erfaringer: – Min kreftsykdom har nok gjort meg tryggere i samtaler om vanskelige tema med pasientene mine, sier fastlege Kristine Hjulstad. Foto: Privat

Pasientenes historier

– Mange er nok litt redde for å velge fastlegeyrket, noe jeg også var. Men nå er jeg veldig fornøyd og har ikke angret et sekund. Jeg får brukt hele utdannelsen min, og jeg føler at jeg får brukt meg selv og den jeg er. Den største takken i allmennmedisinen er når pasienten deler det som er mest smertefullt. Hvis jeg innlemmes i det, så vet jeg at jeg har nådd frem, sier Kristine Hjulstad, og legger til:

– Jeg skulle gjerne vært kreftsykdommen og alt det vonde jeg har opplevd foruten. Når det tross alt ble som det ble, så ser jeg på det som en kunnskapskapital jeg virkelig har glede av. Det gir meg en forståelse av hva lidelse, meningsløshet og smerte er. Jeg føler meg nok derfor tryggere i situasjoner hvor jeg må snakke om ubehagelige ting med pasientene mine enn jeg ellers ville ha vært. Slik føler jeg at jeg har fått en dannelses gjennom sykdommen som hjelper meg i jobben som lege. Jeg brenner virkelig for pasientenes fortellinger, sier hun.

Forsket på unge kreftoverlevende

I tillegg til fastlegestillingen, har Kristine en bistilling som universitetslektor ved Universitetet i Oslo. Hun har gjort et forskningsarbeid på unge kreftoverlevendes fortellinger om seg selv, og undersøkt hva langvarig sykdom gjør med selvforståelsen og identiteten til unge mennesker. Forskningen viser at ungdom som rammes av kreft på flere måter er mer sårbare enn eldre kreftsyke, fordi de er i en overgangsfase hvor de skal etablere seg som voksne.

– Du vil så gjerne delta i de friskes samfunn, ta utdanning, stifte familie og så videre, men så har du hele tiden helseproblemer som minner deg på at du ikke er helt som alle andre, sier Kristine Hjulstad.

Hun forteller at forskningen også hjalp henne selv til å sette ord på hva hun hadde vært gjennom.

– Alvorlig sykdom i unge år former identiteten din. Sykdommen er med på å bygge både din egen fortelling om deg selv og rokker veldig ved selverkjennelsen. Følelsen av å ligge brakk er vond. Denne annerledesheten, denne følelsen av å leve et liv ved siden av alle andre, det er selvfølgelig fryktelig smertefullt i unge år, understreker Kristine, og legger til at for henne er frykten for ensomhet like stor som frykten for tilbakefall.

Å lete etter mening

Kristine Hjulstad har i dag en tilværelse med store smerter. Dette er en del av sykdommen som hun dessverre ikke blir kvitt.

– Jeg må leve med det, og det kan være tungt. I perioder er jeg veldig aktiv og har overskudd til både jobb og trylling, mens andre perioder er preget av sykdom, sier hun og fortsetter:

– Det er så meningsløst å være syk; det blir en evig kamp for å lete etter mening. Jeg har vært pasient og levd med dette åket over meg i så mange år. Heldigvis har jeg fått god smertehjelp, men det er jo klart det er en kognitiv oppgave å mestre smerter i stor grad, og likevel finne mening og mestring. Samtaler rundt dette liker jeg veldig godt å ha med pasientene mine.

Trylletriks i frakkelommen

Selv om legedømmen var sterk hos Kristine, så studerte hun også i en periode teatervitenskap, drama, og idéhistorie, og lurte på om hun heller skulle satse på det.

– Jeg rakk å få et sterkt og godt forhold til humanistiske fag da jeg var syk. Kunsten tar den subjektive erfaringen på

alvor, og den kan jo falle litt bort i dette objektive blikket vi har på legekontoret. Jeg opplever at mens jeg er utøvende, og skriver og leser, så lærer jeg veldig mye om mennesket. Det kan jeg ta med meg inn i samtaler med pasienter, og i møte med mennesker i krise. Så er jeg så heldig å ha denne lekenheten som ligger i det å kunne trylle. Jeg har noen tryllesaker på kontoret, og tryller litt når jeg har barn som pasienter. Men jeg tryller enda mer for de voksne, de er mest nysgjerrige, forteller hun.

Teater og magi

I november i fjor satte Kristine Hjulstad opp et teaterstykke på Kongsberg energimølle; en monolog hun har skrevet om filosofen Søren Kierkegaard og hans katastrofale forlovelse.

– Han forlovet seg, angret seg, hevet forlovelsen, og angret også på det. Jeg har alltid vært veldig glad i Kierkegaard og lest mye av ham, og ble fristet til å skrive om denne bittersøte relasjonen som egentlig bare sier noe om hvor vanskelig det er å være menneske, sier hun.

Monologen ble skrevet til en filosofifestival for noen år siden, og så blitt utviklet videre. Den akkompagneres med klassisk musikk og tryllekunst.

– I dette stykket går jeg mer inn i teaterverdenen, men tryllingen er alltid med som en del av det visuelle repertoaret i forestillingene jeg holder. Jeg kaller kunstuttrykket mitt for magisk teater, avslutter Norges eneste fastlege og tryllekunstner. ■

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no

På scenen: – Trylling er undringens kunst, sier Kristine Hjulstad. Foto: Privat.



– Å drive utdanning koster

Spesialitetskomiteen i øre-nese-halssykdommer følger iherdig opp utdanningen rundt i landet. Aktuelt i foreningen har tatt en prat med lederen for komiteen, Sverre Karmhus Steinsvåg.

Etter mange år som leder i spesialitetskomiteen, er Steinsvåg blitt en veteran i miljøet. Han er professor ved Universitetet i Bergen og engasjerer seg i utdanningen av både medisinstudenter og ph.d.-kandidater. Som tidligere avdelingsleder ved Øre-nese-halsklinikken på Sørlandet sykehus, har han også hatt tett oppfølging av leger i spesialisering. Gjennom sitt arbeid med Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) evaluerer Steinsvåg etterutdanningskurs på europeisk nivå, og har en god oversikt over hva som skjer av utdanningsaktiviteter utenfor Norges grenser.

– Det er svært interessant å lære opp nye kollegaer, og kontakten med studenter er meningsfull. Derfor engasjerer jeg meg i utdanningen av medisinstudenter og nye spesialister på ulike europeisk nivåer, sier Steinsvåg.

Læringsmål i ny ordning

Da spesialistutdanningen ble endret i 2019, arbeidet spesialitetskomiteen med å utvikle læringsmålene og utdanningsaktivitetene til utdanningen. Det var en stor og utfordrende oppgave å bidra til utarbeidelsen av de nesten 400 læringsmålene som kreves for å bli spesialist i øre-nese-halssykdommer.

– Det var veldig tidkrevende, med mange diskusjoner for å bli enige om innholdet i utdanningen, sier Steinsvåg.

En av utfordringene for øre-nese-halssykdommer er en del overlappende fagområder med andre spesialiteter. Grenseangene mellom spesialitetene ble derfor en del av arbeidet med læringsmålene. I Norge er disse grenseangene nokså klare, men Steinsvåg forteller at ute i Europa kan det være en kamp rundt grensene.

– Hvilke deler av faget som er en del av spesialiteten er viktig, spesielt når legene i spesialisering (LIS) skal få slippe til på inngrep de trenger å lære seg. Noen ganger må spesialitetskomiteen presisere grenseangene overfor utdanningsvirksomhetene.

Vi opplever det som veldig hyggelig å komme på besøk til utdanningsvirksomhetene, og vi blir tatt veldig godt imot.

Sverre Steinsvåg

Leder av spesialitetskomiteen i øre-nese-halssykdommer

Diskuterer revisjon

Steinsvåg merker at det tar lengre tid å bli spesialist nå enn før, og mener det er urealistisk å lære alle læringsmålene i løpet av de fem årene man tidligere klarte det på. Noen av utdanningsvirksomhetene kan ikke tilby alle læringsmålene, og da kan det være krevende å finne

steder hvor legene kan lære seg dem – men det løser seg som regel alltid.

– LIS-ene bruker litt lengre tid, men det er et større problem at ferdige spesialister mangler mulighet til å få en overlegestilling og blir gående i mellomstillinger. Dette kan fortrenge legene som fortsatt er i spesialisering, og forsinker deres utdanning, påpeker Steinsvåg.

På spørsmål om det kan være aktuelt med en revisjon av læringsmålene, svarer han at diskusjonen har startet, men at de ikke har arbeidet videre med det.

– Det er elementer i utdanningen som ikke lenger er like aktuelle, og det er nytt som kommer inn. Men skal noe inn i læringsmålene, så må antakeligvis noe annet tas ut.

Besøk ved utdanningsvirksomhetene

Hvert år lager komiteen en besøksliste over fire utdanningsvirksomheter de skal besøke, men fraviker ofte fra listen. Når LIS-er tar kontakt, kreves det ofte at komiteen endrer planene for å drive brannsløkking ved den aktuelle utdanningsvirksomheten. Disse legene setter også ekstra stor pris på at komiteen kommer på besøk, forteller Steinsvåg.

Erfaren: – Jeg har selv vært avdelingsleder, og avdelingsledere står i en forferdelig spagat mellom drift og utdanning, sier Sverre Karmhus Steinsvåg. Foto: Privat



– Vi opplever det som veldig hyggelig å komme på besøk til utdanningsvirksomhetene, og vi blir tatt veldig godt imot. Uten unntak har folk forberedt seg veldig godt, og de stiller med representanter fra sykehusledelsen, påpeker Steinsvåg.

På besøkene snakker spesialitetskomiteen med LIS-ene hver for seg, og samlet med ledelsen. Slik får de et godt inntrykk av utdanningssituasjonen. Komiteen forsøker å gi et ærlig bilde av situasjonen, og hva som bør forbedres i rapporten de skriver fra besøket.

– Men enkelte avdelingsledere kan oppleve disse rapportene som vanskelige. Å være ærlig kan bety at komiteen ikke legger fingrene imellom når virksomheter ikke får til oppdraget sitt, sier Steinsvåg.

Steinsvåg forteller at han selv har vært avdelingsleder.

– Avdelingsledere står i en forferdelig spagat mellom drift og utdanning. Vi har respekt for det, men vi prøver å være ganske tydelig på at å drive utdanning koster. Det vil måtte gå utover drift, og avdelingsledere må ta den kampen med sykehusledere, hvis ikke spises alt opp av ordinær drift.

Brukes konstruktivt

Besøkene hos utdanningsvirksomhetene ble tatt opp som tema på høstmøtet til Norsk forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi.

– Vi brukte en del tid på høstmøtet til å snakke om vår rolle, og at vi egentlig er på utdanningsvirksomhetenes parti. Avdelingslederne kan bruke rapportene til å påpeke behovet for ressurser og tiltak overfor sykehusledelsen. Vi kritiserer ikke avdelingslederne, men viser hva som ikke fungerer, poengterer Steinsvåg.

Til tross for enkelte innvendinger, opplever Steinsvåg at komiteens rapporter brukes konstruktivt. Han mener sykehusene tar grep når de stilles overfor ærlig og konstruktiv kritikk. Komiteen har også fremhevet sykehus og avdelinger som får til en god opplæring, slik at andre kan lære av dem.

Engasjerte medlemmer

Steinsvåg har merket seg at en suksessfaktor er de avdelingene som har utpekt en egen utdanningsansvarlig overlege.

– Det må selvsagt være en engasjert person, men avdelingen viser at de mener alvor. Hvis vedkommende er noe frikjøpt til å drive med utdanning og har et introduksjonsprogram for legene i spesialisering, er mye gjort, sier Steinsvåg.

Som eksempel, fremhever Steinsvåg en overlege som gjentatte ganger la andre oppgaver til side, og tok over LIS-enes arbeid. Dermed kunne legene delta på læringsaktiviteter de ellers ikke hadde hatt mulighet til.

– Dette sendte et sterkt signal til legene i spesialisering, og ga dem gode læringsmuligheter.

Spesialitetskomiteen består av fem engasjerte medlemmer og tre varamedlemmer.

– Vi er også så heldige at vi har venteliste med kollegaer som ønsker å delta, sier Steinsvåg.

Han legger noe av denne iveren i at spesialitetens fagmedisinske forening vier komiteen mye oppmerksomhet, og lar dem komme til orde på høstmøtet i foreningen.

– Sosiale rammer hjelper også på motivasjonen, og komiteen møtes alltid kvelden før et besøk. Både for å gå gjennom tilbakemeldingene fra avdelingen, og for å ha en hyggelig kveld sammen som gode kollegaer. ■

Anders Ryen

anders.ryen@legeforeningen.no



Deler ut pris: Lederprisen deles ut på Legeforeningens landsstyremøte av president Anne-Karin Rime og visepresident Nils Kristian Klev. Foto: Legeforeningen/Thomas B. Eckhoff

Ønsker kandidater til lederprisen 2024

Kjenner du en gnistrende god leder? Nominer vedkommende til Legeforeningens lederpris!

Legeforeningen oppfordrer alle medlemmer til å melde forslag til lederprisen 2024. Dette er en gylden mulighet til å vise frem godt lederskap innen ditt fagmiljø eller region. Lederprisen deles ut til en lege som er eller nylig har vært leder, og er medlem av Legeforeningen.

Vedkommende har over noe tid:

- Vist god vilje og evne til dialog med ansatte
- Utvist god ledelse mot tydelige faglige mål for virksomheten
- Utvist god ledelse mot økonomiske mål for virksomheten
- Bidratt til at ansatte er motiverte
- Har tatt medansvar for driften og utviklingen av virksomheten
- Bidratt til åpenhet og ytringsfrihet om mangelfulle eller kritikkverdige forhold i virksomheten

Ledere på alle nivåer kan nomineres.

Gi en kort beskrivelse og begrunnelse for hvert av kriteriene, og send e-post merket «lederprisen» til ja@legeforeningen.no, senest mandag 11. mars klokken 16.00. ■

Vilde Baugstø

vilde.baugsto@legeforeningen.no

MedHum-aksjonen er tilbake

I 2024 går støtten til Adina Stiftelsen sitt arbeid i Nord-Uganda, for barn med funksjonsnedsettelse.

Medisinstudentenes Humanitæraksjon (MedHum) går av stabelen annethvert år. I 2024 er det nok en gang klart for innsamlingsaksjon.

– Denne gangen har vi valgt å støtte Adina Stiftelsen sitt arbeid i Nord-Uganda. Adina Stiftelsen jobber aktivt med å sørge for korrigerende operasjoner, rehabilitering, utdanning og yrkestrening for barn som har en funksjonsnedsettelse. Målet er å legge til rette for at barna kan bli aktive deltakere i samfunnet, sier Anna Yang Arntzen, leder i MedHum sitt sentralstyre.

MedHum er tilknyttet Legeforeningen gjennom Norsk medisinstudentforening (Nmf), og har tradisjoner helt tilbake til 1994. Annethvert år stemmer studentene i Nmf frem en samarbeidspartner som blir mål for innsamlingsaksjonen. Prosjektperioden deles inn i et driftsår og et aksjonsår.

Besøkte rehabiliteringsklinikk

I starten av august 2023 reiste representanter fra MedHum til Lira i Nord-Uganda for å få bedre innsikt i arbeidet som gjøres gjennom samarbeidsprosjektet *Unlocking Abilities*.

– Gjennom åtte dager fikk vi besøke Adina Stiftelsens rehabiliteringsklinikk, Lira Rehabilitation Centre. Klinikken drives som et internat for barn som av ulike årsaker

etter operasjon ikke har mulighet til å bo hjemme, som for eksempel grunnet lang reisevei eller behov for hjelpemidler. På senteret får barna oppfølging i form av fysioterapi, sårstell, skolegang, samtalerterapi og kurs i hverdagsmestring. I tillegg har senteret åpent en dag i uka hvor barn i området som har behov for opptrening og fysioterapi, eller trenger en medisinsk vurdering, kan komme. På senteret ble vi kjent med teknikker og hjelpemidler som kan kompensere for funksjonsnedsettelsen barna lever med, forteller Arntzen.

Stor gjestfrihet

Via *Unlocking Abilities* får i tillegg flere av barna støtte til videre skolegang eller yrkesutdanning etter endt opphold på senteret. Dette gjelder spesielt barn som kommer fra ekstra sårbare hjem. Muligheten til å gå på skole og å lære et håndverk betyr mye for barnas videre inntektsmuligheter, i tillegg til deres anledning og frihet til å ta del i samfunnet.

– Vi ble møtt med stor gjestfrihet fra både barn og ansatte, og satt igjen med et inntrykk av at dette er dyktige folk som gjør en stor forskjell for målgruppen. De vanligste tilstandene vi så var osteomyelitt som konsekvens av benbrudd, alvorlige brannskader, medfødte tilstander som hydrocefalus og klubbfoot, samt senskader etter infeksjoner, som for eksempel malaria. Dette er sykdommer og skader som ikke oppstår med samme hyppighet i Norge, da vi hos oss har mer ressurser til å forebygge og behandle invaliderende sykdomsforløp, sier Arntzen og legger til:

– Forekomsten av brannskader er av en helt annen grad enn det vi kjenner fra Norge, blant annet fordi flere lager mat over åpen ild. Vi møtte en toåring som hadde fått begge hendene ned i en gryte med kokende vann, som ubehandlet hadde ført til at fingrene vokste sammen. Ifølge vår lokale kontakt ville hen risikere å bli ute av stand til å forsørge seg selv som voksen, uten operasjon og oppfølging av Stiftelsen Adina.

Forebyggende helsearbeid

MedHum har siden 1994 jobbet for å gjøre avstanden mindre mellom medisinstudenter i Norge og globale helseutfordringer. De har lokallag i de fire største norske studiebyene, i tillegg til et felles styre for norske medisinstudenter i utlandet. Målet er å øke bevisstheten rundt globale helseutfordringer og spre engasjement for forebyggende helsearbeid.

Fokuset på særlig marginaliserte samfunnsgrupper i Uganda er et viktig perspektiv som de ønsker å fokusere på gjennom sine arrangementer fremover.

– Vi håper Tidsskriftets og Aktuelt i foreningens lesere vil støtte MedHum-aksjonen med både donasjoner og interesse. Det kan være så enkelt som å åpne for en engasjerende samtale i lunsjen, avslutter Anna Yang Arntzen

Mer informasjon om samarbeidsprosjektet *Unlocking Abilities* finner du på medhum.no. Donasjoner kan vipses til 510051, opplyser Arntzen. ■

Vilde Baugstø

vilde.baugsto@legeforeningen.no

På besøk: Representanter fra MedHum utenfor Adina Stiftelsens rehabiliteringsklinikk i Nord-Uganda. Fra venstre: Anna Yang Arntzen, Anders Vagle, Daniel Masami Nishimura, Kristine Benedikte Arbo de Besche, Sol Agnete Stene Aglen, Vilde Hustad og Trym Øby Berntsen. Foto: MedHum





Nye retningslinjer: CPME ønsker å fremme legers arbeidssituasjon over hele Europa.
Illustrasjonsfoto: Colourbox

Nye europeiske anbefalinger for økt legetrivsel

Den europeiske legeforeningen (CPME) har utarbeidet en rekke anbefalinger for å forbedre jobbtrivselen til leger over hele Europa.

De siste årene har det blitt mer fokus på legers utfordrende arbeidshverdag, også internasjonalt. Den europeiske legeforeningen er bekymret for økningen av utbrenthet hos leger, og har derfor utviklet en rekke anbefalinger for å motvirke dette. Målet med anbefalingene er å forbedre pasientbehandling, profesjonell dyktighet og den generelle jobbtilfredsheten.

– Europeiske leger ber EU og medlemsstatene om å sikre effektiv håndhevelse av EU-direktiver, som arbeidstidsdirektivet og foreldrepermisjonsdirektivet. Vi må sørge for at alle tilgjengelige verktøy tas i bruk for å forbedre trivselen til leger, påpeker Christiaan Keijzer, president i CPME.

Viktig for pasientsikkerhet

De nye anbefalingene retter seg mot ulike institusjoner, og skal støtte den helhetlige trivselen til leger i alle stadier av karrieren. Anbefalingene retter seg mot helseinstitusjoner, Den europeiske union (EU), nasjonale myndigheter og utdanningsinstitusjoner.

Presidenten i CPME presiserer at legers velvære ikke bare er en personlig sak, men en kritisk faktor som påvirker pasientsikkerhet og kvalitet på helse-tjenester.

– Anbefalingene samsvarer med legers økende behov for et balansert arbeidsliv, og anerkjenner sammenhengen mellom legers arbeidssituasjon og deres evne til å yte god pasientomsorg, forklarer Keijzer. ■

Ingrid Rise Fry

ingrid.rise.fry@legeforeningen.no

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
Brattekø, 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 Olau	
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	

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 32 780

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



Les i neste nummer

- Pasientens legemiddelliste
- Kodepraksis ved sepsis
- MRSA-bærerskap hos helsearbeidere
- Afrikansk sovesyke

KOMMER
27. FEBRUAR

Gynoflor® Estriol 0,03 mg/
Lactobacillus acidophilus 50 mg
Vaginaltabletter

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

Indikasjoner:

- 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).

Det bioidentiske hormonet østriol fremmer nydannelse og modning av det vaginale epitelet.

Laktobasillene fester seg til skjedeepitelet, formerer seg og fortrenger dermed patogener. Glykogenet som er lagret i skjedeepitelet, omdannes til melkesyre ved hjelp av laktobasillene og senker pH til fysiologisk normal verdi. Laktobasillene produserer også bakteriociner og hydrogenperoksid som videre hemmer veksten av patogene mikroorganismer.



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

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

Vaginale infeksjoner bør behandles før oppstart av behandling med Gynoflor.

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

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. Risikoene bør imidlertid tas i betraktning ved langtidsbruk eller ved gjentatt bruk av dette preparatet.

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

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

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

Pakninger og priser (AUP): 6 stk: kr 123.80. 12 stk: kr 211.40. Reseptgruppe: C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Gynoflor SPC 30.09.2022. **Dosering:** Gjenoppretelse av floraen av laktobasiller: 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandling av atrofisk vaginitt: 1 vaginaltablett daglig i 12 dager, deretter en vedlikeholdsdose på 1 vaginaltablett 2-3 dager i uken.

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