

Hvorfor nølte unge med innvandrerbakgrunn med å la seg vaksinere?

Side 368, 369

Brystkreft hos menn blir påvist i et mer avansert stadium enn hos kvinner

Side 374, 375

50-åring med postoperativ infeksjon, organsvikt og generalisert utslett

Side 383

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet





PRODUODOPA®

240 mg/ml + 12 mg/ml infusjonsvæske, oppløsning

foslevodopa/foskarbidopa

Den første og eneste **24-timers subkutane** behandlingen med levodopa ved fremskreden Parkinsons sykdom¹

Utvalgt sikkerhetsinformasjon¹

Bivirkninger - forekommer hyppig (≥10%)	Kontraindikasjoner	Advarsler/forsiktighetsregler
Hendelser på infusjonsstedet: - Erytem - Knute - Cellulitt - Ødem - Smarter - Reaksjoner - Infeksjoner Legemiddelrelaterte: - Hallusinasjoner - Fall - Angst - Depresjon - Urinveisinfeksjoner	- Trangvinkelglaukom - Alvorlig hjertesvikt - Akutt slag - Alvorlig hjertearytmi - Ikke-selektive MAO-hemmere og selektive MAO-A-hemmere er kontraindisert og må seponeres minst to uker før oppstart (se SPC pkt. 4.5) - Tilstander hvor adrenergika er kontraindisert, f.eks. feokromocytom, hypertyreose og Cushings syndrom - Ved mistanke om udiagnostisert hudlesjon eller melanom	- Nedsatt evne til å håndtere tilføringssystemet kan føre til komplikasjoner. Hos slike pasienter bør en sykepleier eller omsorgsperson hjelpe pasienten. - Polyneuropati er rapportert hos pasienter behandlet med legemidler som inneholder levodopa/karbidopa. Før behandlingen startes bør pasienten evalueres for tidligere eller symptomer på polyneuropati og kjente risikofaktorer, og deretter regelmessig. - Hendelser på infusjonsstedet er rapportert hos pasienter som får Produodopa (for mer informasjon se SPC pkt. 4.8). Det anbefales å bruke aseptiske teknikker når dette legemidlet brukes, og hyppig rotasjon av infusjonssted anbefales for å redusere risikoen. I kliniske studier var det noen få pasienter som rapporterte reaksjoner på infusjonsstedet, som også opplevde infeksjoner på infusjonsstedet. Det anbefales derfor nøye overvåkning av alvorlige reaksjoner på infusjonsstedet og infeksjoner på infusjonsstedet.

Utvalgt produktinformasjon¹

Indikasjon: Behandling av fremskreden levodopafølsom Parkinsons sykdom med uttalte motoriske fluktuasjoner og hyperkinesi eller dyskinesi når andre kombinasjoner av legemidler mot Parkinsons sykdom ikke har gitt tilfredsstillende resultater.

Dosering: Produodopa administreres som kontinuerlig subkutan infusjon, 24 timer per dag. Infusjonshastigheten fastsettes ved å konvertere inntaket av levodopa på dagtid til levodopa-ekvivalenter (LE) og deretter øke den for å ta hensyn til en 24-timers administrering. Maksimal anbefalt dose av foslevodopa er 6000 mg eller 25 ml Produodopa per dag, tilsvarende 4260 mg levodopa per dag.

Pakninger og pris: Maks AUP: 8187.00 kr. 7 x 10 ml (i hetteglass).

Refusjon: Produodopa har forhåndsgodkjent refusjon. Refusjonskode: ICD: G20 Parkinsons sykdom G21 Sekundær parkinsonisme. Reseptgruppe: C, ATC N04B A02. Refusjonsberettiget bruk: se indikasjon.

Referanse:

1. Produodopa SmPC, avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 og 4.8. Sist godkjent 23.11.2023.

For utfyllende informasjon om indikasjoner, dosering, kontraindikasjoner, interaksjoner, forsiktighetsregler, bivirkninger, pris og refusjon, se [felleskatalogen.no](#)



For mer informasjon se
felleskatalogen.no

Feil medisin



Are Brean
Sjefredaktør

Apoteker i England fikk fra 31. januar 2024 rett til å forskrive antibiotika og andre medikamenter til enhver kunde som måtte komme innom med tilstander som impetigo, sinusitt og urinveisinfeksjon. I et nasjonalt helsevesen (NHS) på randen av sammenbrudd, skal tiltaket spare allmennlegekonsultasjoner og sikre at pasienter tross alt får behandling. Begeistrede norske stortingsrepresentanter fra Høyre og Fremskrittspartiet har vært på studietur for å betrakte ordningen, og ønsker nå å innføre noe lignende i Norge, ifølge flere innslag på NRK.

Idéen er særdeles dårlig, av flere grunner. Én av dem er at Norge er ett av landene i verden med minst antibiotikaresistens – en av moderne medisins aller største globale trusler. Fastlegeordningen og kontinuiteten i lege-pasient-forholdet er et viktig bolverk mot dette, gjennom å hindre at antibiotikaforskrivning spres på for mange hender. Skal våre barnebarn overhodet ha virksomme medikamenter mot vanlige infeksjoner, bør stortingspolitikkerne øke innsatsen for å styrke fastlegeordningen, heller enn å hente inspirasjon fra et desperat og kriserammet NHS. ■

Forsiden

Skal, skal ikke? Hvem har ikke kjent på hvor vanskelig det kan være å ta et valg. Når konsekvensene av en beslutning er vanskelige å overskue, blir det gjerne ekstra vrient.

Pandemien var en tid preget av mye usikkerhet. Hva var lurt å gjøre? Hvordan skulle man best beskytte seg mot smitte? Var koronavaksinene farlige? I dette nummeret av Tidsskriftet kan du lese om hva som skapte trygghet for innvandrerungdom i Oslo, når de skulle bestemme seg for å ta koronavaksine eller ikke.

Forsideillustrasjonen er laget av den finske illustratøren Anja Reponen. Flere av hennes arbeider kan du se på anjareponen.com og på Instagram: [@anjareponen](https://www.instagram.com/anjareponen).

Illustrasjon: Anja Reponen



I denne utgaven:

**Vaksinenøling blant unge med innvandrerbakgrunn**

Det er godt dokumentert at barn og unge med foreldre født utenfor Norge hadde en lavere vaksinedekning mot covid-19 enn ungdom ellers. Mangelfull kunnskap om vaksinen, frykt for bivirkninger og praktiske hindringer knyttet til selve vaksineringsen ser ut til å ha bidratt til at mange nølte med å la seg vaksinere. Dette kommer frem i en kvalitativ studie blant unge med innvandrerbakgrunn i Oslo øst. En slik vaksinenøling kan være en trussel mot folkehelsen. Hva kan vi lære av slike studier? Side 368, 369

**Også menn kan få brystkreft**

Brystkreft hos menn utgjør om lag 1 % av alle tilfeller av brystkreft. Diagnosen stilles senere enn hos kvinner og når svulsten er i et mer avansert stadium. Dette bekreftes i en retrospektiv undersøkelse av et arkivmateriale fra 53 menn diagnostisert ved Haukeland universitetssjukehus gjennom en 25-årsperiode. Nær halvparten av disse hadde lymfeknutemetastaser ved diagnosetidspunktet. Over 90 % av svulstene var av typen infiltrerende karsinom av uspesifikk type og var positive for østrogenreseptor.

Side 374, 375

Kasuistikker til å lære av

Les og lær av historien om en kvinne i 50-årene som utviklet symptomer på infeksjon og multiorgansvikt få dager etter operasjon for brystkreft. Et generalisert utslett førte til riktig diagnose. Hun overlevde.

Pneumotoraks under skulderartroskopi er sjelden. Hva er mekanismen? Perioperativ ultralydundersøkelse er en enkel metode for å påvise lungeglidning slik at rask behandling kan settes i gang.

Fysisk aktivitet en varm sommerdag var årsaken til et asymptomatisk og forbigående utslett på leggene til en frisk 50-åring.

Side 383, 388, 391

Innhold

Leder

- 347 Indias hage
Kari Tveito

Invitert kommentar

- 348 Om makt
Jeanette Bjørke
- 350 De sentrale helseregistrene samles hos én eier
Guri Rørtveit, Gun Peggy Strømstad Knudsen

Debatt**Debatt**

- 351 Hvordan bør intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet organiseres?
Hilde Fjeld, Marta Vukovic
- 353 Hvorfor får eggdonorer mindre økonomisk kompensasjon enn sæddonorer?
Joar Røkke Fystro
- 356 Glansbilder av nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet
Lise M. Helsing, Eline Aurvoll Langeland, Synne Eline Rotihaug Pisani, Per Olav Vandvik, Espen A. Haavardsholm, Ulrik Fredrik Malt, Christoph Müller, Andreas Stensvold, Mette Kalager, Michael Bretthauer
- 358 Om akutt lungesviktsyndrom og ARDS
Lars E. Gramstad
- Kronikk**
- 360 Uklart om uønskede hendelser
Alma Mulac, Solrun Elvik, Øystein Flesland

Vitenskap**Fra andre tidsskrifter**

- 366 Kunstig intelligens forsterker stereotypier
Amanda Spjeldnæs
- 366 Lavt saltinntak senker blodtrykket
Jørgen Østensjø
- 367 Perinatal depresjon gir økt risiko for å dø
Simon Andrup

Originalartikkel

- 368 Vaksinenøling under koronapandemien blant unge med etnisk minoritetsbakgrunn i Oslo øst – en kvalitativ studie
Madhumitha Sentamilvannan, Abir Al-Dekany, Helena Niemi Eide, Anne Kveim Lie

nr. 5/2024

Utgivelsesdato
23. april 2024

369	Invitert kommentar Koronavaksinering blant unge med innvandrerbakgrunn <i>Thea Steen Skogheim</i> <i>Lema Hussaini</i>
370	Originalartikkel Koronapandemiens betydning for kommune- overlegens rolle – en kvalitativ studie <i>Erlend Vik, Tonje Hungnes, Ola K. Mowinckel,</i> <i>Sølve Mikal K. Nerland</i>
371	Invitert kommentar Mer enn ord <i>Bettina C. Fosberg</i>
374	Kort rapport Brystkreft hos menn – histopatologi og biomarkører <i>Ingvild Kathrin Lokøy, Inga Sofie Bakken, Elisabeth Wik,</i> <i>Ingunn Marie Stefansson</i>
375	Invitert kommentar Også menn kan få brystkreft <i>Ellen Schlichting</i>
376	Klinisk oversikt Dystrofia myotonika type 1 – en multiorgansykdom <i>Kristin Ørstavik, Gro Solbakken,</i> <i>Magnhild Rasmussen, Petter Schandl Sanaker,</i> <i>Hanne Ludt Fossmo, Einar Bryne, Torill Knutsen-Øy,</i> <i>Tonje Elgsås, Arvid Heiberg</i>
383	Noe å lære av En kvinne i 50-årene med postoperativ infeksjon, generalisert utslett og organsvikt <i>Naima Borg Tahri, Berit Gravdehaug, Nazli Bahrami,</i> <i>Laurens Reitsma</i>
388	Kort kasuistikk Pneumothorax under skulderkirurgi <i>Ellisiv Seines, Mariann Harneshaug, Trine Skjeflo,</i> <i>Fredrik Isachsen, Erik Waage Nielsen</i>
391	Medisinen i bilder Golfspillerens purpura <i>Jakob Lillemoen Drivenes, Anette Bygum</i>
392	Språkspalten Clara-celler blir til klubbeceller <i>Erlend Hem, Ole Henning Skjøsberg</i>
394	Fra fagmiljøene Raskere diagnostikk og behandling ved akutt hørselstap <i>Bernd Müller, Frederik Kragerud Goplen,</i> <i>Jeanette Hess-Erga, Jan Erik Berge, Leif Runar Opheim,</i> <i>Haakon Arnesen, Juha Tapio Silvola, Hans Kristian Røkenes</i>

395	Radiologisk behandling av lymfelekkasje <i>Ole Einar Heieren, Tom Mala, Ellen Viktil,</i> <i>Ole Jørgen Grøtta, Per Reidar Woldbæk</i>
-----	--

Magasin

396	Intervju Vegrer seg ikke for det vanskelige <i>Tori Flaatten Halvorsen</i>
401	Legelivet Mye tvilsom egendiagnostikk i doktorklubben <i>Karl O. Nakken</i>
402	Mindre forskjeller mellom norske og tyske leger <i>Judith Rosta</i>
404	Fra arkivet Forebygging og bekjempelse av rabies <i>Julie Didriksen</i>
405	Ph.d.-disputaser
406	Minneord

Annonser

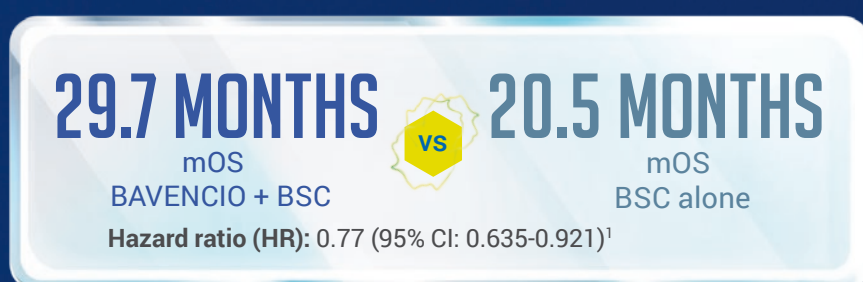
408	Legejobber
411	Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

413	Leger skal ha det bra på jobb <i>Anne-Karin Rime</i>
414	Ønsker en ny abortlov velkommen <i>Lisbet T. Kongsvik</i>
416	– Riktig kurs, men viktige tiltak uteblir <i>Tor Martin Nilsen</i>
417	Legeforeningen saksøker staten <i>Tor Martin Nilsen</i>
418	Bekymringsfull situasjon ved SUS <i>Tor Martin Nilsen</i>



JAVELIN Bladder regimen demonstrated ~30 months mOS as measured from the start of 1L CT in patients who were progression free following 1L platinum-based CT¹



This is an exploratory, post hoc analysis of OS data calculated from the start of 1L CT in patients who were progression-free following 1L platinum-based CT, and there are limitations to the interpretation of these data.¹

The approval of BAVENCIO maintenance treatment is based on the Phase III study JB100, where BAVENCIO + Best Supportive Care (BSC) demonstrated superior overall survival (OS) vs BSC alone, in patients whose disease had not progressed with platinum-containing chemotherapy (23.8 vs 15 mo, HR=0.76 (0.63, 0.91); p=0.0036).^{2,3}

BAVENCIO has a well-established safety profile with no new safety signals identified with long-term follow-up (median ≥38 mo).^{2,3}

Infusion related reactions (IRs) are common and can be serious. The patient needs to be monitored for symptoms of IRs.⁴

Bavencio® (Avelumab) Merck. L01F F04, konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning 20 mg/ml 10 ml.

Indikasjon: Metastatisk merkelcellekarsinom (MCC): Monoterapi hos voksne med MCC. Lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom (UC): Monoterapi som første-linjebehandling hos voksne med UC som ikke er progrediert etter platinabasert kjemoterapi.

Dosering: Behandlingen skal initieres og overvåkes av lege med erfaring innen kreftbehandling. Anbefalt dose som monoterapi er 800 mg administrert i.v. infusjon over 60 minutter hver 2. uke. Administrering skal fortsette iht. anbefalt tids-plan frem til sykdomsprogresjon eller uakseptabel toksisitet. Pasienten må premedisineres med et antihistamin og paracetamol før de 4 første infusjonene. Dersom 4. infusjon fullføres uten infusjonsrelaterte reaksjoner, kan premedisinering for etterfølgende doser administreres etter legens skjønn. Doseøkning eller dose-reduksjon anbefales ikke. Det kan være nødvendig å utsette administreringen eller seponere preparatet basert på individuell sikkerhet og toleranse. (Se SPC pkt. 4.2) **Spesielle pasientgrupper:** *Nedsatt leverfunksjon:* Ingen dosejustering ved lett nedsatt leverfunksjon. Data mangler ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon. Data mangler ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. *Barn og ungdom <18 år:* Sikkerhet og effekt ikke fastslått. *Eldre ≥65 år:* Ingen dosejustering nødvendig.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Interaksjoner:** Avelumab metaboliseres hovedsakelig gjennom katabolisme, og farmakokinetiske interaksjoner med andre legemidler forventes ikke.

Advarsler og forsiktighetsregler: *Infusjonsrelaterte reaksjoner* er vanlige og kan være alvorlige. Pasienten skal derfor overvåkes for symptomer på infusjonsrelaterte reaksjoner inkl. feber, erytem, frysninger, hypotensjon, dyspné, hvesende pust, ryggsmelter, abdominalsmerter og urticaria. Beroende på alvorlighetsgrad skal infusjons-hastigheten reduseres, seponeres midlertidig eller permanent (Se SPC pkt. 4.4). De fleste *immunrelaterte* bivirkninger (ex. pneumonitt, hepatitt, kolitt, pankreatitt, myokarditt, endokrinopati og nefritt) kan være alvorlige men er oftest reversible og kan håndteres med midlertidig eller permanent seponering, administrering av kortikosteroider og/eller støttebehandling. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger skal en adekvat evaluering gjennomføres for å bekrefte etiologi eller utelukke andre årsaker. Basert på alvorlighetsgraden av bivirkningen skal avelumab tilbakeholdes og kortikosteroider administreres. (Se SPC pkt. 4.4).

Graviditet: Kan potensielt overføres fra mor til foster og fosterskader hos mennesker kan ikke utelukkes. Avelumab anbefales ikke under graviditet, hvis ikke den kliniske



tilstanden gjør behandling nødvendig. Kvinner i fertil alder frarådes å bli gravide, og skal bruke sikker prevensjon under behandling og i minst 1 måned etter siste dose. (Se SPC pkt. 4.2) **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent men antistoffer kan skilles ut i morsmelk, og risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Amming frarådes under behandlingen og i minst 1 måned etter siste dose.

Bivirkninger: Sikkerheten til Bavencio® (avelumab) ble undersøkt hos 2082 pasienter med solide tumorer. Disse pasientene fikk Bavencio® (avelumab) 10 mg/kg annenhver uke i forbindelse med kliniske studier. I denne pasientpopulasjonen var de vanligste bivirkningene fatigue (30,0%), kvalme (23,6%), diaré (18,5%), forstoppelse (18,1%), nedsatt matlyst (17,6%), infusjonsrelaterte reaksjoner (15,6%), oppkast (15,6%) og vekttap (14,5%).

Oppbevaring og holdbarhet: *Før fortykning:* Oppbevares i originalpakningen i kjøleskap (2-8°C). Etter åpning og fortykning: Bør av mikrobiologiske hensyn brukes umiddelbart. For utfyllende informasjon om tilberedning/håndtering og administrering se Felleskatalogen.

Listepris, reseptgruppe, anbud og beslutning: 20 mg/ml 10 ml (hetteglass) 11 541,- R.gr. C. Inngår i anbud LIS2307. Besluttet innført 15.januar 2021.

Anbudsvinner 01.10.2023 - 30.09.2024.

For fullstendig informasjon se Felleskatalogen (sist endret 30.01.2024) og SPC godkjent 08.01.2024.

Ref.: 1. Grivas P, Grande E, Davis ID, Moon HH, Grimm MO, Gupta S, et al. Avelumab first-line maintenance treatment for advanced urothelial carcinoma: review of evidence to guide clinical practice. ESMO Open. 2023;8(6):102050. 2. Powles T, Park SH, Caserta C, Valderrama BP, Gurney H, Ullen A, et al. Avelumab First-Line Maintenance for Advanced Urothelial Carcinoma: Results From the JAVELIN Bladder 100 Trial After >=2 Years of Follow-Up. J Clin Oncol. 2023;JC02201792. 3. Powles T, Park SH, Voog E, Caserta C, Valderrama BP, Gurney H, et al. Avelumab Maintenance Therapy for Advanced or Metastatic Urothelial Carcinoma. N Engl J Med. 2020;383(13):1218-30. 4. Bavencio (avelumab) SPC, avsnitt 4.4; pkt. 4.8.

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Overlege, barnesykdommer

Frist 1. mai

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Overlege, indremedisin

Frist 19. mai

ULLENSAKER KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 30. april

KRAGERØ KOMMUNE

Legevakslege

Frist 30. april

SYKEHUSET ØSTFOLD HF

Lege i spesialisering,
indremedisin

Frist 12. mai

FINNMARKSSYKEHUSET HF

Overlege, øre-nese-hals-
sykdommer

Frist 1. mai

BØMLO KOMMUNE

Fastleger/ALIS

Frist 30. april

SARPSBORG KOMMUNE

Fastlege

Frist 30. april

HELSE STAVANGER HF

Overlege, psykiatri

Frist 1. mai

HELSE FONNA HF

Overlege, radiologi

Frist 28. april

Indias hage

Hva har krig, klimaendringer og ekstreme værhendelser til felles?
De truer tilgangen på rent vann.

Mens FN markerte verdensdagen for vann 22. mars (1), sto innbyggere i Bengaluru i kø for å fylle bøttene sine. Asias «Silicon Valley» er med sine 14 millioner innbyggere Indias tredje største by. En enorm befolkningsvekst de siste 30 årene, utbredt asfaltering mellom prangende kontorbygg og skyhøye leilighetskomplekser, kombinert med manglende vanninfrastruktur, har ført hovedstaden i delstaten Karnataka ut i den største vannkrisen siden den lokale herskeren Kempegowda bygde et fort på Mysoreplatået i 1537 og dannet grunnlaget for byen (2).

FNs sjette bærekraftsmål slår fast at alle mennesker skal ha tilgang til rent drikkevann, toaletter og hygieniske forhold innen 2030 (1). Det er lite trolig at dette målet vil bli nådd. Tvert imot er det spådd at over fem milliarder mennesker kan mangle rent drikkevann i 2050 – mot dagens to milliarder (3). Dette skyldes ikke bare for lite vann, men også nitrogenforurensning av vassdrag fra blant annet landbruk og urbanisering.

Over fem milliarder mennesker kan mangle rent drikkevann i 2050 – mot dagens to milliarder

Hvor kommer vannet i Bengaluru fra? «Byen av innsjøer» hadde 262 av dem i 1961. Av de om lag 100 innsjøene som er igjen, er over 90 % på randen av utslettelse (4). De illeluktende grønne skyene som henger over innsjøene, skyldes giftige alger. Fisken har dødd av hypoksi, og man må ikke finne på å bade i vannet, langt mindre drikke det. Drikkevann får befolkningen fra elven Kaveri, over 80 km unna, og fra boring etter grunnvann. El Niño-effekten i 2023 førte til mindre regn enn vanlig. Vannstanden i Kaveri-bassenget sank, og brønner tørket opp. Tankbiler med vann er nå livslinjen for fattige innbyggere i utkanten av Bengaluru. Det koster dem dyrt. Til tross for myndighetenes forsøk på regulering, har det gått inflasjon i vannprisene.

Tørken i «Indias hage», som byen også har vært kalt på grunn av sin frodige vegetasjon og behagelige klima, er et ekko av vannkrisen i Cape Town for seks år siden (5). Den sørafrikanske turistperlen ved Atlanterhavet sto like foran «day zero» – dagen da byen ville blitt den første i verden som hadde gått tom for vann. Som Bengaluru har Cape Town ødelagt sine vannkilder og sumpområder. En treårig tørke førte til at nivået i dammene som forsynte byen, var i ferd med å synke under kritisk nivå. Krisen rammet hardest de delene av befolkningen som allerede var dårligst stilt. Under apartheidregimets rasebaserte segregering, ble deler av befolkningen tvunget til å leve i «townships» som eksisterer den dag i dag. Samlet står landsbyene for under 5 % av Cape Towns vannforbruk. De fleste av husene – eller skurene – har verken innlagt vann, dusj eller toalett, og beboerne er således blant de 3,5 milliardene i verden som ikke har tilgang til nødvendige sanitære og hygieniske forhold.

Vannkriser er ifølge World Economic Forum en av de største globale truslene mot folkehelsen, ved siden av

masseødelegglesesvåpen, manglende tiltak mot klimaendringer og ekstreme værhendelser (6). Den kausale sammenhengen mellom mangel på rent vann og gastrointestinale infeksjoner ser man tydelig i krig. I Jemen førte angrep mot hovedforsyningen av vann til Hodeida til et av de verste kolerautbruddene i nyere tid, med over én million rapporterte tilfeller. I Aleppo og Idlib, to områder i Syria utsatt for krigshandlinger i mange år, settes ødeleggelsene i vannforsyninger i sammenheng med økningen i antallet tilfeller av vannbårne sykdommer. Også i Bengaluru har alarmen gått. Det rapporteres om tilfeller av kolera og flere innleggelses med ulike typer akutt gastroenteritt (7).

Ikke uten grunn har FN valgt vann for fred og fremgang («water for peace and prosperity») som årets tema (1). Vann brukt som våpen i krig er ulovlig ifølge internasjonal humanitær lov, og har store konsekvenser for sivilbefolkningens helse på kort og lang sikt. Likevel blir denne strategien brukt i en rekke konflikter, senest i Gaza (8). Konkurranse om knappe vannressurser kan skape langvarige spenninger mellom land og folkegrupper, og i verste fall bidra til å *utløse* en krig (1). Karnataka har i hundre år hatt en disputt med nabo-staten Tamil Nadu om hvem som skal få bruke vannet fra Kaveri, som begge stater er avhengige av (2).

I 2030 vil det globale behovet for ferskvann overstige tilgangen med 40 % på grunn av populasjonsvekst, klimaendringer og menneskelig inngripen i miljøet (9). Internasjonalt samarbeid og transnasjonale vannavtaler vil, slik FN vektlegger, bli avgjørende for å sikre fredelig sameksistens (1). Sammen med teknologiske løsninger for å rense og fordele vann, gir det håp om at vi vil kunne løse den polykrisen vi står overfor. Men det vil bli verre før det blir bedre. Det er fortsatt mange uker igjen til monsunen i Bengaluru. ■

Kari Tveito

kari.tveito@tidsskriftet.no

Kari Tveito er ph.d., spesialist i indremedisin og vitenskapelig redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

- 1 United Nations. World Water Day 22 March. Lest 8.4.2024.
- 2 Qureshi I. Bengaluru: Water crisis shakes India's Silicon Valley. BBC Hindi, Bengaluru 14.3.2024. Lest 8.4.2024.
- 3 Wang M, Bodirsky BL, Rijnveld R et al. A triple increase in global river basins with water scarcity due to future pollution. *Nat Commun* 2024; 15: 880.
- 4 Ramesh R. 39 Bengaluru lakes polluted, rated class "E". *BangaloreMirror* 8.4.2024. Lest 8.4.2024.
- 5 Heggie J. Day Zero: Where next? Lest 8.4.2024.
- 6 Abbata A, Zakieh O, Rayes D et al. Weaponizing water as an instrument of war in Syria: Impact on diarrhoeal disease in Idlib and Aleppo governorates, 2011-2019. *Int J Infect Dis* 2021; 108: 202–8.
- 7 Das S, Shine J. Cholera outbreak comes knocking to Bengaluru amidst acute water shortage. *Business Standard* 5.4.2024. Lest 8.4.2024.
- 8 Abbata A, Abu Shomar R, Daoudy M et al. Water, health, and peace: a call for interdisciplinary research. *Lancet* 2024; 0: doi: 10.1016/S0140-6736(24)00588-9.
- 9 Global comission on the economics of water. Lest 8.4.2024.

Om makt

Pippi sa at den som er veldig sterk, også må være veldig snill.
I eit helsesystem kan mange sjåast på som den sterke,
og legar kan kjenne på både makt og avmakt.

Makt kan definerast som «en aktørs evne til å få andre aktører til å gjøre noe som de ellers ikke ville gjort» (1). Som lege får me pasientar til å fortelje oss ting og gjere ting som hadde vore utenkeleg utanfor legekontoret.

Legeutdanninga gjer oss forhåpentlegvis rusta til å forvalte denne asymmetriske maktrelasjonen med respekt og audmjukheit. Å vere lege kan gje ein kjensla av å vere heva over andre. Ein blir gjerne møtt med forhåpningar, respekt og beundring. Men det er viktig å hugse at pasientar kan tillegge oss, eller rolla vår, eigenskapar som ikkje nødvendigvis stemmer. Den nærleiken som oppstår, kan bli mistolka som ei privat interesse eller ein intim relasjon. Då er det legen sitt ansvar å vere tydeleg på grensene og behalde ein trygg terapeutisk relasjon.

Men også legar kan gjere feil og kome i situasjonar kor grensene overskridast. Dei mest graverande tilfella er når legar inngår ein seksuell relasjon med pasienten. I ein intern gjennomgang i 2021 såg Helsetilsynet på 147 tilsynssaker kor helsepersonell hadde hatt ein seksuell relasjon til ein pasient eller utført seksuelt grenseoverskridande handlingar (2). Året etter tilbakekalla dei autorisasjonen til to legar grunna seksuell utnytting av pasient (3). Problemstillinga har blitt drøfta av blant anna psykiatrar (4), men tematikken gjeld i prinsippet alle spesialitetar.

Pasientar som blir utsett for grenseoverskridande åtferd frå legar, kan kjenne på avmakt – det motsette av makt. Å stå opp mot autoritetspersonar kan vere vanskeleg, især dersom dei har kjennskap til intime og personlege detaljar om deg. Dersom legen er anerkjent eller offentleg kjent, kan terskelen for å melde frå vere enno høgare. Skam, frykt for å ikkje bli trudd samt bekymring for gjengjelding og dårlegare behandling kan spele inn (5).

Også legar kan kjenne seg som den avmektige parten i møte med pasienten. Dei siste åra har det vore aukande fokus på vald og truslar frå



Makt, maktovergrep og maktmisbruk i helsetenesta er samansett. Det finst sjeldan ei omforeint fortelling om kva som har skjedd

pasientar. Fastlegar og legar i akuttmedisin eller psykiatri er særskilt utsette (6). Frykt og reell risiko for å bli råka av psykisk eller fysisk vald påverkar negativt evna til å utføre legeyrket. Legane kan føle seg pressa til å gjere ting dei ellers ikkje ville gjort, til dømes å utelate informasjon i ein attest eller å skrive ut A- og B-preparater.

Sosiale medium spelar ei viktig rolle i kor folk innhentar informasjon. Å publisere via eit tastetrykk opnar for plass og merksemd rundt enkelthistorier med framheving av det personlege aspektet. Men grensene for kva som er akseptabelt, etterretteleg og sakleg kan bli utydelege på ein mediearena som ikkje er redaktørstyrt. Legelisten.no er ein nettstad kor pasientar kan gje anonyme vurderingar av legar, og nettstaden vann fram i Høgsterett mot Legeforeningen med standpunktet at legar ikkje kan reservere seg mot omtale der (7).

Tradisjonelle medium som TV og aviser er kanalar som kan gje ei stemme til dei svake i samfunnet og rette søkelyset mot maktovergrep. Samstundes har dei ei stor definisjonsmakt ved at dei kan velje innfallsvinkel og offentleggjere namn og bilete til dømes før det finst ein rettskraftig dom. Refleksjonar der ein manar til varsemd, kjem gjerne først etter at ein person har vore utsett for massiv mediedekning over tid (8). Uansett kva ein person er mistenkt for å ha gjort, har personen rett til ein rettferdig saksgang. Det er vanskeleg å hindre førehandsdømming dersom ei sak er einsidig presentert over lang tid. Legar er bundne av taushetsplikt og kan i liten grad kommentere ei sak eller forsvare seg i media. Det er vanskeleg å sette seg inn i den personlege kostnaden for ein lege som står i ein slik situasjon, men me må ta ei slik potensiell ærekrenking på alvor (9).

Ein må også klare å ha to tankar i hovudet på same tid. Pasientar som melder frå om legar som trår over dei etiske grensene, må bli ivaretatt, og tilsynsmyndigheiter må granske og kome med tiltak og konsekvensar der det er grunn til det. Men det menneskelege aspektet må bli tatt omsyn til overfor alle partar i ei sak, også der ein lege har gjort feil. Makt, maktovergrep og maktmisbruk i helsetenesta er samansett. Det finst sjeldan ei omforeint fortelling om kva som har skjedd, ettersom det avheng av kven som fortel. Ei god rettesnor kan vere å gjere som Pippi seier (10). ■

Jeanette Bjørke

jeanette.solheimslid.bjorke@sus.no

Jeanette Bjørke er spesialist i psykiatri, overlege ved Ettervernspoliklinikken, Stavanger DPS og ph.d.-student ved Universitetet i Bergen.

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

Litteratur

- 1 Engelstad F, Thorsen DE. Makt. Lest 4.2.2024.
- 2 Andresen JF. Tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger - rapport fra en intern gjennomgang. Lest 15.2.2024.
- 3 Helseilsynet. Tilsyn med virksomheter og helsepersonell - bruk av administrative reaksjoner i 2022. Lest 15.2.2024.
- 4 Tønsaker SK, Hytten K. Seksuelle grensekrenkelser overfor pasienter - å tenke det utenkelige. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0388.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Rapport fra pasientovergrepsutvalget. Grensekrenkelser i helse- og omsorgstjenesten i perioden 2010-2020, Varhaugs-aken og andre saker som grunnlag for endringer av praksis. Lest 15.2.2024.
- 6 Lien L, Nordentoft M, Larsson M. Drap, vold og trusler i psykiatrien. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0572.
- 7 Norges høyesterett. HR-2021-2403-A, (sak nr. 21-055809SIV-HRET) Anke over Borgarting lagmannsretts dom 5. februar 2021. Lest 15.2.2024.
- 8 Omdal SE. Psykiaterens tapte ære. Aftenposten 14.2.2023. Lest 15.2.2024.
- 9 Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Lest 15.2.2024.
- 10 Lindgren A. Pippi Langstrømpe. Oslo: Damm, 1946.

De sentrale helseregistrene samles hos én eier

Kreftregisteret, Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister er flyttet til Folkehelseinstituttet fra nyttår 2024. Det betyr at de sentrale helseregistrene nå har samme eier. Har det noen betydning hvem som eier og drifter registrene våre?

Den helsefaglige og forskningsstrategiske betydningen av de nordiske helseregistrene kan neppe overvurderes. Registrene er uvurderlige datakilder for kunnskap om blant annet forekomst og risikofaktorer for sykdom, geografiske forskjeller, sjeldne bivirkninger, vaksiner og helse-tjenestebruk (1, 2).

HelseOmsorg21-strategien satte allerede for ti år siden «helse-data som nasjonalt fortrinn» som ett av ti satsingsområder (3). Strategien peker på at dette fortrinnet «... bør utvikles videre blant annet ved å sørge for enkel og sikker tilgang til data, og bedre data fra helse- og omsorgstjenestene i kommunene og fra private aktører».

Det er stor enighet om behovet for rask og enkel datatilgang for forskning. HelseOmsorg21-strategien pekte på nødvendige tiltak, og det har vært arbeidet med disse fra flere hold med gjennomganger og endringer av lovverk. En vei inn for søkere er etablert på helsedata.no, med informasjon om datakilder, variabler og felles søknadsskjema. Med Helsedataservice ble søknadsprosedyrer om datatilgang og registerkobling enklere, med ny felles saksbehandlingsløsning og samlet vedtaksmyndighet. I tillegg er flere innbyggertjenester etablert, slik at befolkningen får enklere innsyn i egne helseopplysninger fra helseregistrene. Innrapportering til registrene er i stor grad digitalisert og har erstattet papirmeldinger og skjemaløsninger. Tilgang på statistikk er blitt raskere og enklere for kommuner og helsepersonell både gjennom åpent *Application Programming Interface* (API) og i statistikkbank. Likevel kan forskere i 2024 fortsatt måtte vente over ett år på data (4).

HelseOmsorg21-strategien pekte også på behovet for gode registerdata fra primærhelsetjenesten. Dette ble delvis oppfylt med Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i 2017. I registeret er det samlet data fra de administrative databasene Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLoS). Administrative data med primært økonomiske formål er ikke nødvendigvis tilstrekkelig for et godt helseregister, og registeret utvides nå med data fra skole- og tannhelsetjenesten og helsestasjonene. Det er ytterligere behov for registerutvikling, men samtidig må vi begrense belastningen på helsearbeidere for innmelding av data.

Utviklingen fra Reseptregisteret med pseudonyme data til det personidentifiserbare Legemiddelregisteret (2022/2023) er et annet stort fremskritt. Registeret inneholder data på legemidler utlevert fra apotek. Folkehelseinstituttet jobber med å få legemiddeldata fra institusjoner (spesielt sykehus og sykehjem) inn i registeret. Ventetiden for å få ut data fra Legemiddelregisteret har vært lang, og Folkehelseinstituttet ønsker å redusere denne.

Registrene som er overført til Folkehelseinstituttet fra årsskiftet er Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister og registrene ved Kreftregisteret. Kreftregisteret er overført fra Oslo universitetssykehus, mens de to andre har vært eid av Helsedirektoratet. I tillegg har vi overtatt ansvaret for Helsedata-service fra Direktoratet for e-helse. Med dette har Folkehelseinstituttet fått ansvar for hele «verdikjeden», fra søknad til utlevering av data og statistikk.

Helsedata brukes til forskning og statistikk som underlag for beslutninger, og lik tilgang til registerdata for eksterne og interne brukere er et viktig prinsipp for Folkehelseinstituttet. Eksempelvis brukes Kreftregisteret til forskning av både interne og eksterne fagmiljøer. Helsedirektoratet har ikke forskning som oppgave slik helseforetakene og Folkehelseinstituttet har, men bruker blant annet data fra Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister til statistikk og analyser i ordningen med innsatsstyrt finansiering. Helseregistrene er viktige datakilder for alle forskningsinstitusjoner. Vi mener det er av stor verdi at registrene benyttes til forskning også av eieren. Det bidrar til økt bruk av dataene, kvalitetssikring og utvikling av variabler og analysemetoder.

Vi står foran viktige oppgaver og forventninger om rask og aktiv bruk av registrene for å få mer ut av helsedataene våre (5). Pandemien viste hvor avgjørende forskning på helsedata er. Hurtig utlevering av data bidrar til bedre forskning. Helsetjenesten og myndighetene må få analyser som beslutningsgrunnlag så raskt som mulig. Statistikk fra registre er ønsket fra helsenæringen og er politisk prioritert (6). Som eiere av de sentrale helseregistrene vil vi i større grad kunne samkjøre og effektivisere prosedyrer, styrke analysekompetansen og utvikle nye metoder. Det vil imidlertid bli nødvendig med prioritering mellom ulike ønsker og krav i et komplekst felt.

Helseregisterfeltet er et svært viktig innsatsområde for Folkehelseinstituttet fremover. Forventningene til oss er høye, og vi har selv høye ambisjoner. ■

Mottatt 21.2.2024, første revisjon innsendt 11.3.2024, godkjent 15.3.2024.

Guri Rørtveit

guri.rortveit@fhi.no

Guri Rørtveit er direktør ved Folkehelseinstituttet.

Gun Peggy Strømstad Knudsen

Gun Peggy Strømstad Knudsen er assisterende direktør ved Folkehelseinstituttet.

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

Litteratur

- 1 Håberg SE, Trogstad L, Gunnes N et al. Risk of fetal death after pandemic influenza virus infection or vaccination. *N Engl J Med* 2013; 368: 333–40.
- 2 Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84–90.
- 3 Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Lest 15.3.2024.
- 4 Emberland KE, Rørtveit G. Norske helsedata – en utilgjengelig skatt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1506.
- 5 Lørup L, Holgeid K, Gray A et al. Establishing Norway as a Health Data Leader. What will it take? Lest 15.3.2024.
- 6 Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Veikart helsenæringen. Lest 15.3.2024.

Hvordan bør intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet organiseres?

Intravenøs antibiotikabehandling i pasientens eget hjem bør skje på en standardisert måte.

Flere og flere norske sykehus tilbyr intravenøs antibiotikabehandling til pasienter i hjemmet (1, 2). Dette skjer ofte i samarbeid med sykehusapotek, men på ulike måter.

I Storbritannia brukes en modell som kalles *Out patient antimicrobial therapy*. Denne modellen er basert på strukturerte, tverrfaglige og spesialiserte team som gir anbefalinger om valg av antibiotika, dosering og behandlingsvarighet (1). Det er etablert systemer for trening av personale og pasienter. Så langt det er mulig, følges vanlige prinsipper for antibiotikastyring, slik som mest mulig bruk av smalspektret antibiotika. Hvilke infeksjoner som behandles, hvilke midler som blir brukt, behandlingsvarigheten og effekten av behandlingen, blir lagt inn i nasjonale registre (3–5).

Ettersom flere og flere pasienter i Norge nå får tilbud om intravenøs antibiotikabehandling utenfor sykehuset, og fordi mange helseforetak har som mål at enda flere pasienter skal få tilbud om behandling i sitt eget hjem, mener vi det er behov for en tilsvarende standardisering også i Norge.

Ved hjemmebehandling med intravenøs antibiotika kreves ofte andre utstyrløsninger enn på sykehus, for eksempel benyttes ofte elastomeriske ballonger tilvirket på sykehusapotek (3–7). Disse ballongene gir kontinuerlig infusjon av medikamentet, og de trenger ikke elektrisk tilkobling, noe som gjør dem lettere å bruke i hjemmet (6).

Ved hjemmebehandling vil det være aktuelt å oppbevare infusjonsløsninger i romtemperatur over lenger tid enn det som er angitt i preparatomtaler (7, 8). Utvidet holdbarhet betyr vanskelige vurderinger hva gjelder nedbrytningsprodukter, stabilitet ved lyspåvirkning og til tider usikre stabilitetsdata om konsentrasjon og temperatur (8). Å akseptere utvidet holdbarhet kan stå

i strid med hva som anses som akseptabelt i fagmiljøer, og med hva som er tillatt i lovverk. Lokale rutiner og doseringsregimer bør unngås for ikke å bruke faglig kompetanse unødig, og i stedet bør man få på plass nasjonale standarder. Når hjemmebehandlingen får et visst omfang, bør man også definere hvem som har behandlingsansvar, og hvem som skal følge opp praktiske utfordringer som måtte oppstå.

Nasjonalt senter for antibiotikabruk i sykehus og Antibiotikasenteret for primærmedisin holdt i desember 2023 et skandinavisk nettseminar om bruk av intravenøs antibiotikabehandling utenfor sykehus (9). Mark Gilchrist, professor i farmasi ved Imperial College London, rådet der til å starte med anbefalinger for beste praksis hvis det skal lages et nasjonalt system for administrering av intravenøs antibiotika i hjemmet (5). De britiske anbefalingene (3, 4) kan være et godt utgangspunkt. Nasjonale standardiserte tjenester for administrering av intravenøs antibiotika i hjemmet bør kombineres med lokale team som følger opp pasientene. ■

Mottatt 9.2.2024, første revisjon innsendt 22.2.2024, godkjent 12.3.2024.

Hilde Fjeld

hilde.fjeld@ous-hf.no

Hilde Fjeld er farmasøyt, leder av antibiotikateamet på Oslo universitetssykehus og ansatt på RELIS Sør-Øst.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Hun har deltatt i et prosjekt på Oslo universitetssykehus som arbeider for å gi antibiotika på sykehuset og hjemme via en elektrisk pumpe.

Marta Vukovic

Marta Vukovic er farmasøyt og arbeider med blandetabell for antiinfektiva ved Oslo universitetssykehus og ved medisinske sengeposter. Hun er ansatt i Klinisk farmasi og rådgivning, Sykehusapotekene Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Hun har deltatt i et prosjekt på Oslo universitetssykehus som arbeider for å gi antibiotika på sykehuset og hjemme via en elektrisk pumpe.

Litteratur

- Emilie C, de Nocker P, Saïdani N et al. Survey of delivery of parenteral antimicrobials in non-inpatient settings across Europe. *Int J Antimicrob Agents* 2022; 59: 106559.
- Nasjonalt senter for antibiotikabruk i sykehus (NSAS). UNN tester ut intravenøs hjemmebehandling med antibiotika. Lest 6.3.2024.
- Chapman ALN, Patel S, Horner C et al. Updated good practice recommendations for outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) in adults and children in the UK. *JAC Antimicrob Resist* 2019; 1: d1z026.
- British Society for Antimicrobial Chemotherapy (BSAC). Assessment tool for the BSAC Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy (OPAT). Good Practice Recommendations 2019. Lest 6.3.2024.
- Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP). Skandinavisk webinar: IV antibiotikabehandling utenfor sykehus. Passordbeskyttet. Lest 11.1.2024.
- Spencer-Jones J, Luxton T, Bond SE et al. Feasibility, Effectiveness and Safety of Elastomeric Pumps for Delivery of Antibiotics to Adult Hospital Inpatients—A Systematic Review. *Antibiotics (Basel)* 2023; 12: 1351.
- British Society for Antimicrobial Chemotherapy (BSAC). Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy (OPAT). Lest 20.2.2024.
- Jenkins A, Shanu S, Jamieson C et al. Systematic review of the stability of antimicrobial agents in elastomeric devices for outpatient parenteral antimicrobial therapy services based on NHS Yellow Cover Document standards. *Eur J Hosp Pharm Sci Pract* 2022; 29: 304–7.
- Fjeld H. Nasjonalt senter for antibiotikabruk i sykehus (NSAS). Stabilitet/holdbarhet av antibiotika i løsning. Lest 24.5.2023.

Les flere debattartikler
på tidsskriftet.no:



TIL DISKUSJON
Reaksjoner, faglige innspill
og konstruktiv debatt.

EKSTRA FINE
PARTIKLER¹

Chiesi

Hele dosen avgitt – bekreftes
med inhalasjonsklikket²



Trimbow[®]
NEXThaler[®]

beklometasondipropionat/
formoterolfumaratdihydrat/
glykopyrronium

INHALASJONSKLIKKET

Hele dosen avgitt –
uten risting³



Trimbow[®]

beklometasondipropionat/
formoterolfumaratdihydrat/
glykopyrronium

Trimbow (beklometasondipropionat, formoterolfumaratdihydrat, glykopyrronium)

Inhalasjonsaerosol 87 µg/5 µg/9 µg og 172 µg/5 µg/9 µg

Inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg

Indikasjoner: *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols):* Inhalasjonsaerosol 87 µg/5 µg/9 µg og inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling hos voksne med moderat til alvorlig kols, som ikke er adekvat behandlet med en kombinasjon av et inhalert kortikosteroid og en langtidsvirkende β_2 -agonist eller en kombinasjon av en langtidsvirkende β_2 -agonist og en langtidsvirkende muskarinantagonist (for effekt på symptomkontroll og forebygging av eksaserbasjoner, se SPC pkt. 5.1.). *Astma:* Inhalasjonsaerosol 87 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling hos voksne som ikke er adekvat kontrollert med en vedlikeholdskombinasjon av en langtidsvirkende β_2 -agonist og middels dose inhalert kortikosteroid, og som opplevde 1 eller flere astmaeksaserbasjoner i foregående år. Inhalasjonsaerosol 172 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling hos voksne som ikke er adekvat kontrollert med en vedlikeholdskombinasjon av en langtidsvirkende β_2 -agonist og høy dose inhalert kortikosteroid, og som opplevde 1 eller flere astmaeksaserbasjoner i foregående år.

Pakninger og pris (AUP): Inhalasjonsaerosol: 87 µg/5 µg/9 µg (inhalator): 120 doser: kr 768.60, 3x120 doser: kr 2173.40. 172 µg/5 µg/9 µg (inhalator): 120 doser: kr 768.60, 3x120 doser: kr 2233.30. Inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg (NexThaler inhalator): 1x120 doser: kr 767.80, 3x120 doser: 2162.90.

Refusjonsberettiget bruk: Inhalasjonsaerosol 87 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling ved bronkialobstruksjon, iht. preparatomtale. ICPC/ICD: R95/J44: Kronisk obstruktiv lungesykdom/Annen kronisk obstruktiv lungesykdom. ICPC/ICD: R96/J45: Astma. *Vilkår:* Ingen spesifisert. Inhalasjonsaerosol 172 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling ved bronkialastma, iht. preparatomtale. ICPC/ICD: R96/J45: Astma. *Vilkår:* Ingen spesifisert. Inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling ved kols, iht. preparatomtale. ICPC/ICD: R95/J44: Kronisk obstruktiv lungesykdom/Annen kronisk obstruktiv lungesykdom. *Vilkår:* Ingen spesifisert. **Reseptgruppe:** C.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

- Ikke indisert til behandling av akutt bronkospasme eller akutt sykdomseksaserbasjon.
- *Bivirkninger:* Hyppigst sett er dysfoni, oral candidose, muskelspasmer og munntørrrhet.

For utfyllende informasjon om dosering, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger, se Trimbow SPC godkjent 24.03.2022.

Referanser: 1. SPC Trimbow, <https://www.legemiddelsok.no>. 2. Corradi M, Chrystyn H, Cosio BG et al. NEXThaler, an innovative dry powder inhaler delivering an extrafine fixed combination of beclometasone and formoterol to treat large and small airways in asthma. Expert Opin Drug Deliv. 2014;11:1497-1506.

3. Chierici V, Cavalieri L, Piraino A et al. Consequences of not shaking and shake-fire delays on the emitted dose of some commercial solution and suspension pressurized metered dose inhalers. Expert Opin Drug Deliv 2020 Jul;17(7):1025-1039.

Chiesi Pharma AB | infonordic@chiesi.com | chiesi.no

7657-04.05.2024

Hvorfor får eggdonorer mindre økonomisk kompensasjon enn sæddonorer?

Eggdonasjon tar lenger tid og er mer belastende enn sæddonasjon. Likevel får sæddonorer i praksis utbetalt mer i økonomisk kompensasjon enn enkelte eggdonorer. Påvirker kjønnsstereotyper debatten om økonomisk kompensasjon for eggdonasjon?

Etter mange års politisk debatt ble eggdonasjon en norsk realitet i 2021. I høringsrunden under prosessen med å utarbeide retningslinjene for eggdonasjon og å bestemme hvor mye eggdonorer skulle få utbetalt i økonomisk kompensasjon for donorgjerningen, var både myndighetene og høringsinstansene samstemte i at eggdonasjoner skulle være altruistiske (1). En altruistisk donasjon ble i høringsdokumentene forstått som en donasjon med et fravær av økonomisk motivasjon (1).

Ulike debatter

Det har ikke vært en tilsvarende diskusjon om motivasjon og altruisme ved sæddonasjon (2). Kompensasjons-satsen er nå på 0,7 % av 1 G (i dag 830 kroner) per donasjon, og det er forventet at sæddonorer donerer sæd mellom 10 og 15 ganger (3, s. 36). Ettersom kompensasjonen for eggdonasjon til slutt endte på 5 % av 1 G (i dag

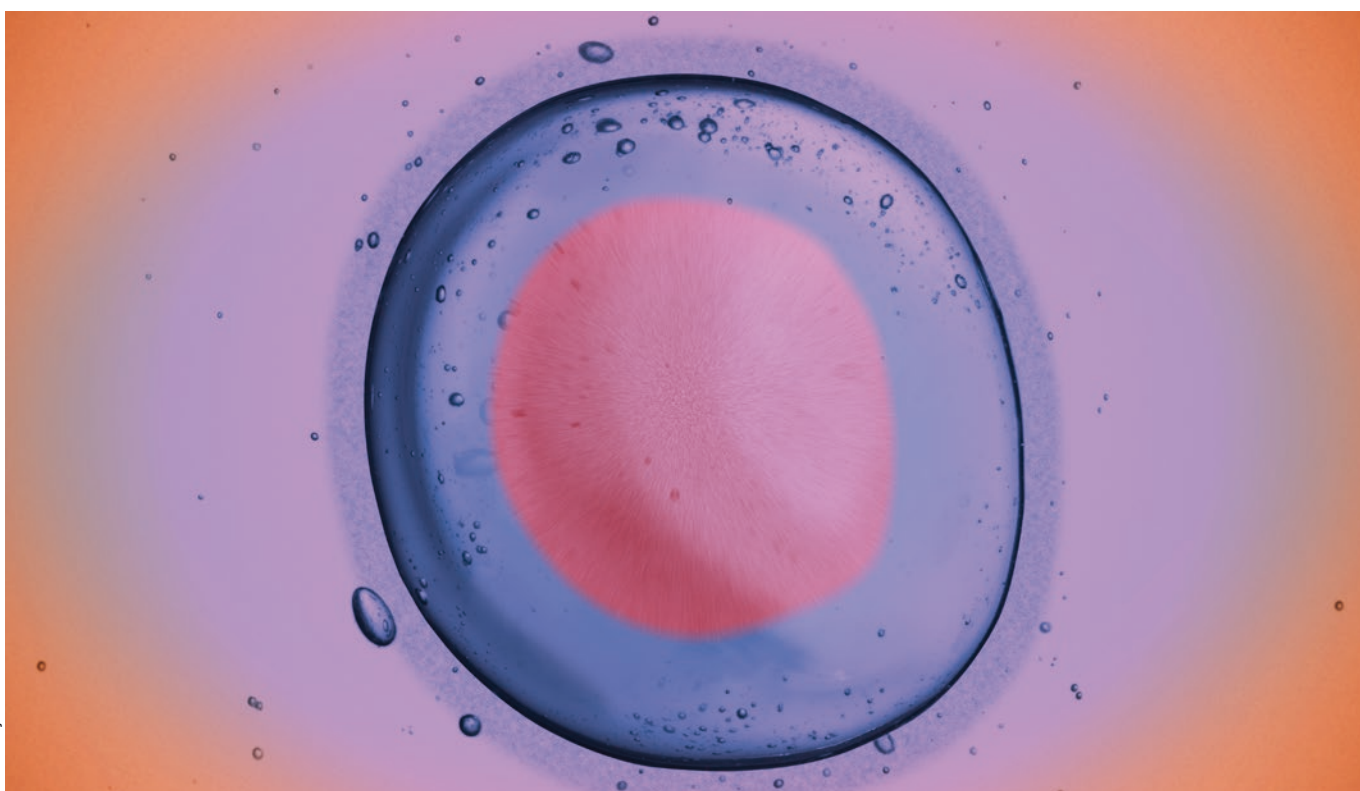
5 931 kroner), betyr det at eggdonorer får mindre i økonomisk kompensasjon enn hva sæddonorer kan forvente å få utbetalt totalt. En eggdonor kan riktignok donere egg inntil tre ganger, men må da gjennom tre donasjonssykluser, hver av dem beregnet til 37,5 timer i ren tidsbruk (3, s. 34). Reiseutgifter dekkes i tillegg til kompensasjonen for både egg- og sæddonasjon.

Stortinget anmodet regjeringen om å finne et kompensasjonsnivå som reflekterer tidsbruken og belastningen ved donasjon av kjønnsceller (3, s. 8). Siden sæddonasjon krever mindre tid og er mindre belastende enn eggdonasjon, fremstår det bakvendt at sæddonorer skal få utbetalt mer enn eggdonorer. Selv ved én donasjonssyklus burde eggdonorer i det minste få utbetalt det samme som sæddonorer. Helsedirektoratet foreslo selv 10 % av 1 G (i dag 11 862 kroner) etter å ha estimert tidsbruken og vurdert belastningen ved å donere egg (3, s. 33–35). Imidlertid valgte Helse- og omsorgsdepartementet det laveste alternativet som ble tegnet opp (5 % av 1 G), fordi de var bekymret for at pengene skulle bli en motivasjon for å donere egg (1).

Under et møte i mars 2021 som Bioteknologirådet arrangerte om økonomisk kompensasjon til egg- og sæddonorer, ble det løftet frem at praksisen med å kompensere sæddonorer ikke har vært problematisert «hverken i fortid eller nåtid». Rådet for legeetikk innrømmet i den sammenheng at «vi stusset i etterkant litt over vårt eget resonnement i høringssvaret» (4, 34:20–35:42). Bakgrunnen for uttalelsen var at selv om rådet ikke hadde hatt motforestillinger mot å øke kompensasjonen for sæddonasjon, fryktet de at en kompensasjon ut over faktiske utgifter og inntektstap kunne føre til at økonomisk svakerestilte kvinner donerte egg med inntekt som primær motivasjon (1).

Kjønnsstereotypers mulige betydning

Sannsynligvis pirker selvransakelsen til Rådet for legeetikk borti noe allment med debatten. For hva er det som gjør at kompensasjonen for sæddonasjon —→



har gått under radaren og ikke har vært problematisert? Kanskje kan en del av forklaringen være at beløpet *per donasjon* fremstår heller lavt ved sæddonasjon, og derfor er mindre egnet til å gi økonomiske grunner til å donere sæd. På den annen side kan den asymmetriske behandlingen av egg- og sæddonasjon like gjerne handle om dyptgående og seiglivede kulturelle forestillinger om hva det vil si å være kvinne og mann.

Den asymmetriske behandlingen av egg- og sæddonasjon kan like gjerne handle om dyptgående og seiglivede kulturelle forestillinger om hva det vil si å være kvinne og mann

Stereotypiske forestillinger om kvinnen som passiv og formbar, drevet av følelser fremfor fornuft, har dype idéhistoriske røtter (5). I en annen debatt, som også handler om reproduksjon, har det historisk blitt vist både til kvinnens «psykiske labilitet» som relevant for reguleringen av abort, og at en «lettere adgang til abort ville kunne gjøre kvinnene mer sårbare, mer i fare for å bli ofre for lettsindige eventyreres pågåenhet» (6, s. 155 og 215). Tar vi videre etymologien på alvor, at ordet *motivasjon* kommer fra latinske *movere*, som betyr å *bevege* (7), aner vi hvordan uønskede motiver og påvirkningskilder, slik som lettjente penger ved å donere kjønns-celler, enklere vil kunne bevege den passive, følelsesstyrte og labile enn den som er aktiv, fornuftsstyrt og stabil.

Som motsats til den stereotypiske kvinnen, iscenesatt som nettopp aktiv, fornuftsstyrt og stabil, finner vi den stereotypiske mannen (5). Denne forestillingen synes mer motstandsdyktig mot å skulle forledes av økonomisk motivasjon. Dermed fremstår kanskje økonomisk motivasjon mer truende og enda skumlere når aktørene er kvinner. ■

Mottatt 27.2.2024, første revisjon innsendt 19.3.2024, godkjent 1.4.2024.

Joar Røkke Fystro

j.r.fystro@medisin.uio.no

Joar Røkke Fystro er master i interdisiplinær helseforskning og stipendiat ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Fystro JR. Fra samstemt altruisme til motstridende feminisme: en analyse av høringen om kompensasjon for eggdonasjon. *Etikk i praksis – Nordic Journal of Applied Ethics* 2023; 17: 7–22.
- 2 Kristensen GK, Lie M. Eggdonasjon. Ambivalente fortellinger om kjønn, kropp og morskap. *Tidsskrift for kjønnsforskning* 2023; 47: 181–98.
- 3 Helsedirektoratet. Forslag til veiledning og retningslinjer knyttet til etablering av tilbud om eggdonasjon. Lest 19.3.2024.
- 4 Bioteknologirådet. Åpent møte – Kompensasjon til egg- og sæddonorer. Sett 19.3.2024
- 5 Nilsen F. Hvorfor undervise kanoniserte mannlige filosofer kjønnsperspektiver? Om universalitet og kjønnsnøytralitet i Aristoteles', Kants og Mills etiske teorier. *Norsk filosofisk tidsskrift* 2022; 57: 76–86.
- 6 Elvbakken KT. Abortspørsmålets politiske historie 1900–2020. Oslo: Universitetsforlaget, 2021.
- 7 Fystro J. Hva er en umotivert pasient? *Fysioterapeuten* 2020; 87: 32–3.



Referanser:

1. Vimovo SPC 09.03.2023, avsnitt a) 5.1, b) 4.8, c) 4.1.
2. Hochberg MC, Fort JG, Svensson O et al. Fixed-dose combination of enteric-coated naproxen and immediate-release esomeprazole has comparable efficacy to celecoxib for knee osteoarthritis: two randomized trials. *Curr Med Res Opin.* 2011;27(6):1243-1253.
3. Goldstein JL, Hochberg MC, Fort JG, Zhang Y, Hwang C, Sostek M. Clinical trial: the incidence of NSAID-associated endoscopic gastric ulcers in patients treated with PN 400 (naproxen plus esomeprazole magnesium) vs. enteric-coated naproxen alone. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010;32(3):401-413.
4. Angiolillo DJ, Weisman SM. Clinical Pharmacology and Cardiovascular Safety of Naproxen. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2017;17(2):97-107.

Vimovo «naproksen og esomeprazol» tabletter med modifisert frisetting

Reseptgruppe C

Indikasjoner: Symptomatisk behandling hos voksne med osteoartritt, revmatoid artritt og ankyloserende spondylitt, hos pasienter med risiko for å utvikle gastriske sår og/eller duodenalsår assosiert med bruk av NSAID, og der behandling med lavere doser naproksen/andre NSAID ikke antas tilstrekkelig.

Dosering: 1 tablett 2 ganger daglig. Skal ikke brukes til hurtig innsettende smertelindring av akutte smertetilstander, som følge av forsinket frisetting av naproksen. Eldre (> 65 år): Økt risiko for alvorlige bivirkninger.

Kontraindikasjoner: Alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, alvorlig hjertesvikt, aktivt magesår, GI blødning, cerebrovaskulær blødning eller andre blødningssykdommer historie med astma, elveblest eller NSAID-induserte allergiske reaksjoner. Svangerskapets 3. trimester. Kombinasjon med atazanavir og nelfinavir.

Forsiktighetsregler: Regelmessig overvåking ved langvarig behandling (> 1 år). Brukes kun etter nøye avveining av nytte/risiko ved induserbar porfyri, systemisk lupus erythematosus og blandet bindevevssykdom.

Interaksjoner: Atazanavir og nelfinavir.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Skal ikke gis under 1. og 2. trimester eller til kvinner som prøver å bli gravide, med mindre potensiell nytte for mor oppveier potensiell risiko for foster. Skal ikke gis under 3. trimester. *Amming:* Skal ikke brukes. *Fertilitet:* Anbefales ikke.

Bivirkninger: Svært vanlige: Dyspepsi. Vanlige Abdominalsmerte, diaré, flatulens, forstoppelse, gastritt, kvalme, magesår/duodenalsår, oppkast, øsofagitt, ødem, hudutslett, hypertensjon, artralgi, hodepine, smaksforstyrrelse og svimmelhet.

Overdosering/Forgiftning: Det foreligger ingen kliniske data. **For mer informasjon, se Felleskatalogteksten eller preparatomtalen (SPC).**

Innehaver av markedsføringstillatelsen: Grünenthal GmbH, Tyskland.

Kontaktinformasjon: Telefon: 22 99 60 54. E-post: no-info@grunenthal.com

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 09.03.2023
Pakninger og priser per 22.03.2023: Flaske av plast 60 stk. kr 259,70 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag).

Refusjon: Alvorlig og symptomgivende hofte- eller kneleddsartrose. Revmatoid artritt. Ankyloserende spondylitt. Kroniske, sterke smerter med betydelig redusert livskvalitet og funksjonsevne. Palliativ behandling i livets slutfase. Bivirkninger ved behandling av latent eller aktiv tuberkulose. Kun til pasienter med risiko for å utvikle gastriske sår og/eller duodenalsår assosiert med bruk av ikke-steroid anti-inflammatoriske legemidler (NSAID), og der behandling med lavere doser med naproksen eller andre NSAID ikke antas å være tilstrekkelig. *Vilkår:* III: Smerteanalyse skal være utført, og dokumenteres i journal. Det skal brukes et validert verktøy for diagnostikk, vurdering av smertegrad og evaluering av effekt av legemiddeltiltak. I36: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

M-VMO-NO-03-21-0002. Utarbeidet 03/2023.

Vimovo
naproksen/esomeprazol

Vimovo®

– kombinerer smertelindring og beskyttelse^{1a,1b}

Vimovo® kombinerer den antiinflammatoriske og analgetiske effekten til naproksen med innebygd gastrobeskyttelse fra esomeprazol i én tablett med modifisert frisetting for symptomlindring ved **osteoartritt, revmatoid artritt og ankyloserende spondylitt**.^{1a,1c}

Vimovo® reduserer OA-smerte og bedrer fysisk funksjonsevne.^{1a,2*}

Vimovo® er vist å gi en **signifikant reduksjon** i forekomsten av **gastriske sår**.^{1b,3#}

Vimovo® – Den **innebygde gastrobeskyttelsen** (PPI) sikrer at pasientene får PPI samtidig som naproksen.^{1a}

Vimovo® – Naproksen viser en **lavere relativ risiko for kardiovaskulære hendelser** sammenlignet med COX-2-hemmere.⁴

Utvalgt sikkerhetsinformasjon (basert på SPC godkjent av SLV/EMA:

09.03.2023): Kontraindikasjoner: Alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. Alvorlig hjertesvikt. Aktivt magesår. GI blødning, cerebrovaskulær blødning eller andre blødningssykdommer. Historie med astma, elveblest eller allergiske reaksjoner induisert av NSAID. Svangerskapets 3. trimester. Skal ikke brukes sammen med atazanavir og nelfinavir. **Forsiktighetsregler:** Pasienter på langvarig behandling (spesielt > 1 år) bør overvåkes regelmessig. **Bivirkninger:** Svært vanlige: Dyspepsi. Vanlige: Abdominalsmerte, diaré, flatulens, forstoppelse, gastritt, kvalme, magesår/duodenalsår, oppkast, øsofagitt, ødem, hudutslett, hypertensjon, artralgi, hodepine, smaksforstyrrelse, svimmelhet. **Graviditet, fertilitet og amming:** Skal ikke gis til kvinner som prøver å bli gravide, eller i 1. og 2. trimester, med mindre potensiell nytte for mor oppveier potensiell risiko for foster. Dosen bør være lavest mulig og behandlingsvarighet kortest mulig ved bruk hos kvinner som prøver å bli gravide, eller i 1. og 2. trimester. Kontraindisert i 3. trimester. Skal ikke brukes under amming. **Administrering:** Bør tas minst 30 minutter før mat. Skal svelges hele med vann. Skal ikke deles, tygges eller knuses. **Fullstendig felleskatalogtekst kan leses her:** <https://www.fellesskatalogen.no/medisin/vimovo-grunenthal-571825>



Motta informasjon fra Grünenthal

Scan QR-koden og fyll ut skjemaet

Vimovo®
naproksen/esomeprazol

Vimovo® er indisert for symptomatisk behandling hos voksne med **osteoartritt, revmatoid artritt og ankyloserende spondylitt**, hos pasienter med risiko for å utvikle gastriske sår og/eller duodenalsår assosiert med bruk av ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler (NSAID), og der behandling med lavere doser med naproksen eller andre NSAID ikke antas å være tilstrekkelig.^{1c}

Glansbilder av nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet

I oktober 2023 publiserte noen av oss en artikkel i Tidsskriftet om Helsedirektorats nasjonale faglige retningslinjer for helsetjenesten (1). Ved en systematisk gjennomgang viste vi at de nasjonale faglige retningslinjene i liten grad overholder internasjonalt etablerte standarder for troverdige retningslinjer (1).

I en lederartikkel i samme nummer av Tidsskriftet støttet en av oss bekymringen for den metodologiske kvaliteten på nasjonale faglige retningslinjer (2). Her ble det påpekt at studien avdekket «betydelig rom for forbedring» som Helsedirektoratet må ta tak i for å sikre at nasjonale retningslinjer skal være til å stole på (2).

Bekymring for kvaliteten på de nasjonale faglige retningslinjene ble ytterligere poengtert av tre av oss i et leserinnlegg i Tidsskriftet (3, 4), der vi blant annet meldte om frustrasjon hos norske fagfolk for at Helsedirektoratet er sen med å gjennomføre oppdateringer, og vi oppfordret direktoratet til å igangsette forbedringer i retningslinjearbeidet (4). Helsedirektør Bjørn Guldvog varslet dialog og handling i Dagens Medisin som følge av studien og debatten i Tidsskriftet (1–5). Deretter skjedde det ikke noe – før nå.

Den 19. februar 2024 publiserte Tidsskriftet et oppsiktsvekkende innlegg fra Helsedirektoratet, der de ikke svarer på én eneste av bekymringene vi har formidlet de siste månedene (6). Det er forstemmende at innlegget ikke refererer til noen av artiklene i Tidsskriftet om temaet (1–4). Direktoratet forholder seg verken til studien som viser manglende dokumentasjon for god kvalitet av nasjonale faglige retningslinjer (1), eller til lederartikkelen eller leserinnleggene (2–4) som nylig er publisert i Tidsskriftet. Direktoratet forteller i stedet at de er «langt fremme i henhold til internasjonalt anerkjent retningslinjemetodikk», at de nasjonale faglige retningslinjene er kunnskapsbaserte, og at vi alle kan være trygge på at retningslinjene holder god kvalitet (6).

Det kan oppstå alvorlige interessekonflikter i et direktorat som har ansvar for utforming av rent faglige retningslinjer samtidig som det skal sørge for økonomiske prioriteringer

Helsedirektoratet forklarer at de er fullfinansiert over statsbudsjettet og påstår at de er upartiske og «faglig uavhengig», i motsetning til f.eks. i USA, der retningslinjene utarbeides av profesjonsforeninger og derfor er mindre pålitelige (6). Dette faller på sin egen urimelighet, da det finnes en rekke eksempler på at retningslinjer fra profesjonsforeninger skårer høyere på troverdighet enn hva Helsedirektoratet kan vise til (7). Helsedirektoratet viser også feilaktig til National Guideline Clearinghouse i USA, som mistet oppgaven med å godkjenne retningslinjer fra fagmiljøene for nasjonale myndigheter i 2019.

Det er bekymringsfullt at Helsedirektoratet ikke tar innover seg at det kan oppstå alvorlige interessekonflikter i et direktorat som har ansvar for utforming av rent faglige retningslinjer samtidig som det skal sørge for økonomiske prioriteringer. Det er nettopp for å unngå slike vanskelig håndterbare bånd mellom de som lager faglige anbefalinger og de som forvalter pengesekken,

som gjør at en rekke land har valgt å la andre enn myndighetsorganer utforme faglige retningslinjer.

Vi blir heller ikke beroliget over den faglige kvaliteten og etterprøvbareheten av Helsedirektoratets arbeid når de avslører at «det er helsedirektøren som tar de endelige beslutningene» om de faglige anbefalingene i retningslinjene (6). Det minner mer om utdaterte patriarkalske strukturer enn moderne kunnskapsbasert medisin.

Vi savner større åpenhet og ydmykhet fra Helsedirektoratet for at troverdige faglige retningslinjer krever dynamiske oppdateringer, slik vi så under pandemien (8). Dette fordrer internasjonalt samarbeid og at internasjonale retningslinjer – gjerne utviklet av profesjonsforeninger – kan tilpasses og implementeres i norsk helsetjeneste.

Helsedirektoratet er den eneste aktøren med lovfestet mandat til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer for helsetjenesten. De har derfor et særdeles stort ansvar. Helsetjenesten og befolkningen er avhengig av å kunne stole på anbefalingene Helsedirektoratet gir gjennom sine retningslinjer. Det kan vi kun om rådene er etterprøvbare og at alle deler av retningslinjearbeidet er transparent. Per i dag er det ikke slik (1).

Helsedirektoratet har et forbedringspotensial i arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer, og de bør gå i dialog for å lære av andre istedenfor å gratulere seg selv og påpeke egen fortreffelighet. Slik det nå ser ut, setter Helsedirektoratet troverdigheten til de faglige nasjonale retningslinjene på spill. ■

Mottatt 8.3.2024, godkjent 19.3.2024.

Lise M. Helsing

l.m.helsing@medisin.uio.no

Lise M. Helsing er postdoktor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og førsteamanuensis II ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet. Hun er undervisningsleder i faget KLoK (kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring) ved medisinstudiet ved Universitetet i Oslo og er tilknyttet Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har deltatt i utarbeidningen av faglige retningslinjer for den europeiske foreningen for gastrointestinal endoskopi og BMJ Rapid Recommendations.

Eline Aurvoll Langeland

Eline Aurvoll Langeland er medisinstudent ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Synne Eline Rotihaug Pisani

Synne Eline Rotihaug Pisani er medisinstudent ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Olav Vandvik

Per Olav Vandvik er professor II ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo samt daglig leder for stiftelsen MAGIC Evidence Ecosystem. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er grunnlegger og daglig leder for stiftelsen MAGIC Evidence Ecosystem, som tilbyr MAGICapp for faglige retningslinjer og produserer BMJ Rapid Recommendations. Helsedirektoratet benyttet MAGICapp frem til 2020.

Espen A. Haavardsholm

Espen A. Haavardsholm er professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og leder for REMEDY – Forskningscenter for behandling innen revmatologi og muskelskjelettsykdommer, Diakonhjemmet Sykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ulrik Fredrik Malt

Ulrik Fredrik Malt er spesialist i psykiatri og professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Christoph Müller

Christoph Müller er spesialist i onkologi og overlege ved Senter for kreftbehandling, Sykehuset Sørlandet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medlem i gruppen som oppdaterer handlingsprogram for prostatakreft for Helsedirektoratet.

Andreas Stensvold

Andreas Stensvold er spesialist i onkologi og overlege ved Kreftavdelingen, Sykehuset Østfold. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er leder for gruppen som oppdaterer handlingsprogram for prostatakreft for Helsedirektoratet.

Mette Kalager

Mette Kalager er professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og forsker ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Hun leder forskergruppen Klinisk effektforskning. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Michael Bretthauer

Michael Bretthauer er spesialist i gastroenterologi, professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og leder for Klinisk forskningsseksjon ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har deltatt i utarbeidingen av faglige retningslinjer for Verdens helseorganisasjon (WHO), EU, den europeiske foreningen for gastrointestinal endoskopi og BMJ Rapid Recommendations samt har vært redaktør for retningslinjer fra American College of Physicians (ACP).

Litteratur

- 1 Langeland EA, Pisani SER, Kalager M et al. Følger Helsedirektoratets retningslinjer internasjonale standarder for troverdighet? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0110.
- 2 Haavardsholm EA. Er retningslinjene fra Helsedirektoratet til å stole på? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0622.
- 3 Malt U. Troverdighet av nasjonale behandlingsretningslinjer. Tidsskr Nor Legeforen 17.10.2023. Lest 19.3.2024.
- 4 Müller C, Stensvold A. Troverdighet av nasjonale retningslinjer. Tidsskr Nor Legeforen 18.10.2023. Lest 19.3.2024.
- 5 Brækhus LA. Studie: Retningslinjer fra Helsedirektoratet er lite troverdige. I verste fall gir dette redusert kvalitet i pasientbehandlingen og svekker pasientsikkerheten. Dagens Medisin 12.10.2023. Lest 26.2.2024.
- 6 Hodt-Billington C, Græslø M. Slik lager vi nasjonale faglige retningslinjer. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0822.
- 7 Guidelines Trust ECRI. Lest 19.3.2024.
- 8 Elliott J, Lawrence R, Minx JC et al. Decision makers need constantly updated evidence synthesis. Nature 2021; 600: 383–5.

Annonse

Etterutdanninger ved RBUP Øst og Sør

Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør

- **Vår toårige etterutdanning i familieterapi er godkjent som psykoterapiutdanning for leger i spesialisering. Denne terapeututdanningen tilbyr en grunnholdning og utvikling av ulike terapeutiske tilnærminger i systemisk familieterapi som er klinikknær og spesialisert for endringsarbeid med barn og unge.**

Familieterapi er en form for psykoterapi med barn og unge i de systemene de lever i, med hovedfokus på barna sammen med de nære omsorgssystemene. Viktige grunnholdninger i systemisk familieterapi:

- Psykiske problemer oppstår, opprettholdes og oppløses i relasjoner og i konteksten barnet lever i.
- Problemer sees ikke som noe som er inni barnet eller forelderen.
- Vi påvirker og blir påvirket av hverandre, og denne gjensidige påvirkningen kan bidra til ulik grad av utviklingsstøttende samspillsmønstre.
- All atferd er kommunikasjon, og kan dermed forstås som en invitasjon til noen om noe.
- Foreldrene er barnas viktigste hjelpere.

- **RBUP tilbyr også toårig etterutdanning i kognitiv atferdsterapi til bruk i arbeid med barn, unge og deres familier.**

Kognitiv atferdsterapi er en målrettet og tidsavgrenset terapimetode som tar utgangspunkt i hvordan tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd gjensidig påvirker hverandre og samspiller med omgivelsene. Utdanningen kan inngå i deler av godkjenningsgrunnlaget for å bli klinisk spesialist og er også godkjent som terapiutdanning for leger i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri.

Oppstart høsten 2024.

Se vår hjemmeside www.rbup.no for mer informasjon og påmelding.

rbup.no

Om akutt lungesviktsyndrom og ARDS

Akutt lungesviktsyndrom er en akseptabel oversettelse av *acute respiratory distress syndrome*, også kjent som ARDS.

Akutt, alvorlig respirasjonssvikt er en vanlig årsak til innleggelse i intensivmedisinske avdelinger. Tilstanden *acute respiratory distress syndrome* er en særlig alvorlig tilstand, der diagnosen er basert på karakteristiske bilaterale, diffuse lungefortetninger ved bildeundersøkelse, utelukkelse av kardial årsak til respirasjonssvikten og alvorlig hypoksi (1). Tilstanden kan utløses av enhver infeksjon, sykdom eller skade som kan indusere en generell inflammatorisk respons med skade i lungene, og den fikk en særlig aktualitet under covid-19-pandemien.

Termen *acute respiratory distress in adults* ble introdusert i 1967 (2). Syndromet fikk sin første internasjonale definisjon i 1994 og ble da omtalt som *acute respiratory distress syndrome* (3). De diagnostiske kriteriene ble senere endret i 2012 i tråd med økende innsikt i tilstandens patofysiologi (4). Nylig er en ytterligere revisjon foreslått med noe utvidede kriterier (5).

I Tidsskriftet har tilstanden i mange år vært omtalt som *akutt lungesviktsyndrom* (6). Denne oversettelsen ble brukt for første gang i 1990 (Erlend Hem, personlig meddelelse) og kom inn i Tidsskriftets ordliste i 1993 (7). Ifølge Magne Nylenna, som var sjefredaktør fra 1988 til 2002, skapte ikke dette noen kontroverser (personlig meddelelse). Jeg ble den gang faglig medarbeider i Tidsskriftet for faget anestesiology, og jeg husker problemstillingen, men diskusjonen for rundt 30 år siden har jeg liten erindring om. Dette kan skyldes at jeg opplevde at vi landet på en grei norsk betegnelse blant de alternativene som forelå.

I Tidsskriftet nr. 10/2023 setter en gruppe intensivmedisinere ved Oslo universitetssykehus spørsmålsteget ved oversettelsen *akutt lungesviktsyndrom* (8). Slik jeg oppfatter dem, ønsker de å bruke ARDS uten norsk oversettelse som sykdomsbetegnelse i artikler i Tidsskriftet, men med *acute respiratory distress syndrome* i en innledende parentes.

Betegnelsen brukes av Folkehelseinstituttet, Felleskatalogen, helsenorge.no og Store norske leksikon, og den er tatt inn i termbasen SNOMED CT. Betegnelsen må sies å ha tålt tidens tann

ARDS i løpende tekst?

Fra fagmiljøets ståsted kan dette anses som rimelig. I Norsk anestesiologysk forenings fagtidsskrift NAForum brukes termen ARDS uten noen videre forklaring (9). Jeg skjønner imidlertid at Tidsskriftets redaksjon gjør en grenseoppgang i forhold til mer kjente tilstander som

ADHD. ARDS er en typisk sykehusdiagnose og er klassifisert som en sjelden sykdom i EU/EØS (10).

Selv synes jeg at ARDS er såpass etablert, både muntlig og skriftlig, at det tåler å stå i en løpende tekst forutsatt at man innledningsvis har en norsk (og en engelsk) term i parentes. Uansett må dette være en redaksjonell policy-sak, hvor blikket er mot den brede legestand.

Bør engelske sykdomsbetegnelser oversettes til norsk?

Etter min mening, et klart ja. Tidsskriftet har en lang tradisjon med å fremme et godt norsk medisinsk fagspråk. I European Medicines Agency (EMA) er det et krav om nasjonale oversettelser av visse dokumenter som inkluderer diagnoser (11). Dette gjelder også Norge. Samtidig er det iblant naturlig med en presiserende referanse til en engelskspråklig betegnelse.

Hvordan bør ARDS oversettes til norsk?

Termen er ikke lett å oversette. Ordet *syndrome* signaliserer at diagnosen er basert på en samling av symptomer og tegn som karakteriserer tilstanden (12). Men verken *lung*, *radiologic*, *non-cardiac* eller *hypoxia* er med til tross for at disse forholdene inngår i de diagnostiske kriteriene (1, 3–4). Termen fremhever pasientens pust (*respiratory*) og besvær eller utmattelse (*distress*) (13), men oversettelser som *akutt pustebesværsyndrom*, *akutt åndenødssyndrom* og *akutt respiratorisk utmattelsessyndrom* anser jeg som lite aktuelle.

Forslag som *akutt respiratorisk stressyndrom* og *akutt respirasjonsstressyndrom* bør også utelukkes, fordi *distress* og *stress* har ulike betydninger. *Akutt respiratorisk sviktsyndrom* er noe haltende, siden det er respirasjonssvikten som helhet som fører til et spesifikt syndrom. Man kunne også tenke seg uttrykket *akutt lungeskadesyndrom*. Alle de nevnte uttrykkene gir ingen eller svært få treff på nett.

Etter mitt skjønn foreligger det to mulige alternative oversettelser: *akutt lungesviktsyndrom* og *akutt respirasjonssviktsyndrom* (i prioritert rekkefølge).

Etter mitt skjønn foreligger det to mulige alternative oversettelser: akutt lungesviktsyndrom og akutt respirasjonssviktsyndrom

Akutt lungesviktsyndrom

Denne betegnelsen er allerede etablert og mye brukt, ikke bare i Tidsskriftet. Et søk i Nasjonalbibliotekets nettbibliotek gir treff i 71 tidsskrifter, 67 bøker og 61 aviser (3.3.2024). Betegnelsen brukes av Folkehelseinstituttet, Felleskatalogen, helsenorge.no og Store norske leksikon (snl.no), og den er tatt inn i termbasen SNOMED CT. Betegnelsen må sies å ha tålt tidens tann.

Betydningsinnholdet må veie tungt ved denne typen oversettelser. ARDS representerer et lungesviktsyndrom, mens respirasjonssvikt også kan representere ekstrapulmonale tilstander, for eksempel i øvre luftveier, eller ha nevrologiske årsaker, for eksempel amyotrofisk lateralsklerose, eller skyldes tilstander som toraksskade eller forgiftninger (som for øvrig også kan gi ARDS).

For en lege som ikke kjenner definisjonen på ARDS, vil akutt lungesviktsyndrom intuitivt gi en forståelse av hva det dreier seg om. Denne betegnelsen er også vanlig når man i fagmiljøet henvender seg til allmennheten, for eksempel i avisinnlegg og TV og i offentlige uttalelser fra Norsk anestesiologysk forening.

Akutt respirasjonssviktsyndrom

Denne betegnelsen kan oppfattes som en ganske god ord-for-ord-oversettelse. Men ordet *distress* er mange-tydig, upresist og vanskelig å oversette; en engelsk-norsk ordbok oppgir både besvær, smerte, fortvilelse, lidelse og utmattelse, men ikke svikt, som aktuelle oversettelser (13). På linje med den engelske betegnelsen er ordlyden noe upresis hva gjelder organlidelsen. Nettsøk med «akutt respirasjonssviktsyndrom» gir svært få treff. ■

Mottatt 5.3.2024, godkjent 12.3.2024.

Lars E. Gramstad

lgramstad@gmail.com

Lars E. Gramstad er dr.med., spesialist i anesthesiologi og tidligere avdelingsoverlege i Statens legemiddelverk. Han har vært medlem av EUs vitenskapelige komité for legemidler til sjeldne sykdommer og faglig medarbeider i Tidsskriftet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Opdahl H. Akutt respirasjonssvikt ved alvorlig sykdom og skade. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 154–7.
- 2 Ashbaugh DG, Bigelow DB, Petty TL et al. Acute respiratory distress in adults. Lancet 1967; 2: 319–23.
- 3 Bernard GR, Artigas A, Brigham KL et al. Report of the American-European consensus conference on ARDS: definitions, mechanisms, relevant outcomes and clinical trial coordination. Intensive Care Med 1994; 20: 225–32.
- 4 Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. JAMA 2012; 307: 2526–33.
- 5 Matthay MA, Arabi Y, Arroliga AC et al. A new global definition of acute respiratory distress syndrome. Am J Respir Crit Care Med 2024; 209: 37–47.
- 6 Gjersvik P, Brean A. ARDS eller akutt lungesviktsyndrom? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0820.
- 7 Skikk og bruk i Tidsskriftet. Lest 1.3.2024.
- 8 Laake JH, Aslam TN, Barratt-Due A et al. ARDS eller akutt lungesviktsyndrom? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0402.
- 9 Norsk anesthesiologisk forening. NAForum. Lest 3.3.2024.
- 10 European Commission. Community Register of orphan medicinal products. Lest 3.3.2024.
- 11 European Medicines Agency. The linguistic review process of product information in the centralised procedure – human. Lest 3.3.2024.
- 12 Hem E. syndrom. Store medisinske leksikon. Lest 3.3.2024.
- 13 Stor engelsk-norsk ordbok. distress. Lest 3.3.2024.

Uklart om uønskede hendelser

På en fødeavdeling ligger to nyfødte ved siden av hverandre. En sykepleier oppdager at det ene barnet mangler navnebånd. Det andre har pustevansker, og man oppdager at det har fått feil medisin. Begge disse episodene er slikt som ikke skal skje, altså uønskede hendelser. Hvordan skiller dagens definisjoner disse?

Betegnelsen *uønsket hendelse* har de siste årene blitt brukt om hendelser i helsetjenesten man ikke ønsker skal skje igjen. Samtidig brukes begreper som *avvikshendelse*, *uheldig hendelse*, *utilsiktet hendelse* og *nesten-hendelse*.

Med lang erfaring i praktisk arbeid med meldesystemer og forskning på uønskede hendelser mener vi at dette mangfoldet bidrar til uklarhet og truer pasientsikkerheten. Vi vil her foreslå en klassifisering som både forenkler og tydeliggjør begrepene.

Begrepsutvikling på ville veier

Det er vår erfaring at begrepet *uønsket hendelse* forstås ulikt blant helsepersonell, fag- og forskningsmiljøer og i helseforvaltningen. Grunnen kan være at begrepet mangler en entydig definisjon eller at definisjonene er krevende å forstå.

Mangel på tydelige felles definisjoner fører til at kommuner, helseforetak, institusjoner og fagmiljøer utvikler og benytter egne definisjoner basert på tolkninger av regelverk og faglitteratur

De fleste som jobber i helse- og omsorgstjenesten, har vært involvert i eller berørt av en uønsket hendelse. Uønskede hendelser i helsetjenesten kan for eksempel skje som følge av feil i medisiner, kirurgi, eller diagnostikk. Mangel på tydelige felles definisjoner fører til at kommuner, helseforetak, institusjoner og fagmiljøer utvikler og benytter egne definisjoner basert på tolkninger av regelverk og faglitteratur (1). For eksempel bruker enkelte helseforetak *uønsket hendelse* som et samlebegrep for hendelser som kunne ha ført til eller har ført til pasientskade (2, 3), mens akademiske miljøer har brukt begrepet for hendelser som har resultert i pasientskade (4).

Behov for gjennomgang

I 2023 leverte Varselutvalget sin rapport *Fra varsel til læring og forbedring* (5). Utvalget har evaluert landets varslingsordninger, og foreslår blant annet en ny meldeordning for alvorlige uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten. I rapporten påpeker utvalget at det er behov for at begrepene *uønskede hendelser*, *nesten-alvorlige hendelser* og *nesten-hendelser* både defineres i lovverket og beskrives nærmere i nasjonal veileder. Samtidig har Varselutvalget definert flere begreper i rapporten. Dette kan oppfattes som et forsøk på å rydde i begrepene, men gjør de egentlig det?

Varselutvalget foreslår en raus definisjon for uønskede hendelser, og inkluderer «... både alvorlige hendelser, nesten-alvorlige hendelser, nesten-hendelser, bagatellmessige hendelser, hendelser uten alvorlig skade osv.» (5). Hvordan skal helsepersonell og ledere i helsetjenesten forholde seg til hva som er «bagatellmessig»? Det er uheldig å inkludere både hendelsestype og konsekvens for pasienten i ett begrep, som for eksempel i *nesten-alvorlige hendelser*. Dette gjør det vanskelig for ansatte i helsetjenesten å forstå hva som er meldepliktig og hvor hendelsen eventuelt skal meldes. Hvor passer «et manglende navnebånd hos nyfødt» inn i denne paraplydefinisjonen? Er det en *hendelse uten alvorlig skade*, en *nesten-alvorlig hendelse*, eller noe annet? Og kan dette vurderes på noen få minutter, som er tiden helsepersonell ofte har når de skal melde en hendelse?

Et forsøk på å gjøre det enklere

Heller enn å blande alt i den samme gryta, foreslår vi en alternativ klassifikasjon med tre typer uønskede hendelser inspirert av Verdens helseorganisasjons rammeverk for klassifisering av pasienthendelser (6).

I vårt forslag skilles det på om hendelsen har nådd pasienten eller ikke. Hendelser som ikke når pasienten, klassifiseres som *nesten-hendelser*. Ved hendelser som når pasienten, skilles det på om hendelsen har medført pasientskade eller ikke: det vil si *skadelig hendelse* og *ikke-skadelig hendelse*. Se figur 1 for de tre hendelsestypene

eksemplifisert med uønskede hendelser tilknyttet legemidler. Videre bør de tre typer hendelser klassifiseres for alvorlighet og forebyggbarhet med utgangspunkt i for eksempel Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (7).

Et klassifikasjonssystem som på denne måten skiller hendelser som når pasient fra de som ikke gjør det, kan bidra til felles forståelse og en enklere og riktigere klassifisering. Det kan også bidra til at de alvorligste meldingene om pasientskade ikke drukner blant mindre alvorlige meldinger. Klassifiseringen kan dessuten forenkle uttrekk fra databaser og gi et bredere grunnlag for læring og forbedring.

Ulik begrepsforståelse er ikke noe nytt

Pasientsikkerhet er et relativt nytt fagfelt som oppstod ved millenniumskiftet med rapporten *To Err Is Human*. Den presenterte urovekkende tall om pasientskader og dødsfall som følge av feil i helsetjenesten (8).

Begreper innen pasientsikkerhet har siden gjennomgått en utvikling. Allerede i 2000 løftet Peter F. Hjort problemstillingen rundt ulike begrep i kjølvannet av den globale pasientsikkerhetsbevegelsen (9). Hjort erstattet *feil* med *uheldig hendelse*, et nøytralt begrep som ikke plasserer skyld.

I 2010 gjennomførte Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten (10) en evaluering av

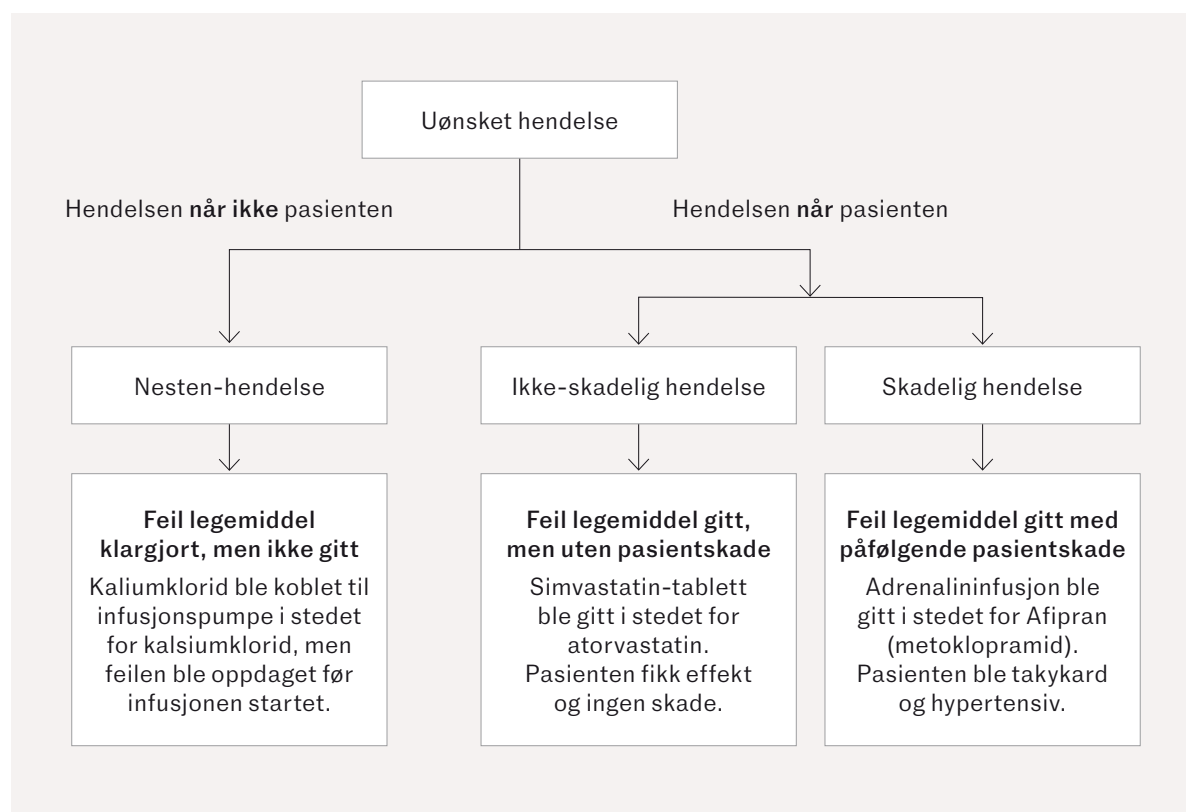
begreper innen pasientsikkerhet. Allerede i denne rapporten kom det fram at kjært barn har mange navn. I tillegg til *uønsket hendelse* og *uheldig hendelse*, nevnes *utilsiktet hendelse*, som også er brukt av danskene i deres pasientsikkerhetsarbeid. Begrepene forteller om en hendelse som kunne ha ført til skade eller har ført til skade, men sier ikke noe om konsekvens for pasienten.

Avvik er et annet begrep som er godt kjent hos helsepersonell. Avvik er imidlertid knyttet opp mot mangel på oppfyllelse av krav eller brudd på lover, forskrifter og prosedyrer. De siste årene synes det å ha blitt en uformell enighet om å bruke *uønsket hendelse*, men det er ikke enighet om hva begrepet innebærer.

Uklar begrepsbruk har flere implikasjoner

Meldesystemer i helsetjenesten er preget av underrapportering, og kun toppen av isfjellet av hendelser blir meldt inn (11). En undersøkelse gjort av Norsk pasientskadeerstatning, viste at kun 33 % av sakene hvor en pasient har fått pasientskadeerstatning ble funnet igjen i meldesystemene ved sykehusene (12). Sykehusene kan dermed ha mistet muligheter til å lære av feil og forbedre praksis. Hvis det skjer systematisk underrapportering av visse typer hendelser eller fagområder, kan det føre til feilprioritering av innsatsen for å bedre pasientsikkerheten. →

Figur 1 Forslag til klassifikasjon av pasienthendelser. Figuren er tilpasset og oversatt til norsk ved forfatterne (6). Verdens helseorganisasjon (lisens CC BY-NC-SA 3.0 IGO) er ikke ansvarlig for innholdet eller nøyaktigheten av tilpasningen eller oversettelsen.



En forklaring på underrapportering kan være en mangelfull felles forståelse av begrepet *uønsket hendelse*. For eksempel kan det manglende navnebåndet klassifiseres som en administrativ hendelse og ikke som en pasientrelatert hendelse (13). Usikkerhet hos både meldere og saksbehandlere kan dermed svekke læringsutbyttet av meldesystemene.

Norge har stor nytte av å sammenligne og lære av pasientsikkerhetsarbeid i andre land, men har også en rolle i å bidra internasjonalt. Å kunne anvende internasjonale data fra publikasjoner om *adverse event* og *patient safety incident*, som er etablerte begrep i litteraturen, krever en egnet oversettelse av begrepene til norsk.

I internasjonal litteratur defineres *adverse event* ofte som en hendelse som har resultert i pasientskade. *Patient safety incident* favner bredere enn *adverse event* og inkluderer hendelser uavhengig av om de har nådd pasienten og om de har ført til skade. *Patient safety incident* kan da oversettes til *uønsket hendelse*.

Hvis det skjer systematisk underrapportering av visse typer hendelser eller fagområder, kan det føre til feilprioritering av innsatsen for å bedre pasientsikkerheten

Det ser altså ut til at vi per i dag ikke har et egnet begrep for *adverse event* på norsk. Et eksempel som illustrerer dette, er bruk av Global Trigger Tool. Dette verktøyet måler *adverse events* (hendelser som resulterer i pasientskade) per 1 000 pasientdager, per 100 innleggelser og andelen av innleggelser med *adverse event* (14, 15). I mangel av en bedre oversettelse av *adverse event*, måler vi i Norge *pasientskade* og ikke hendelser som har resultert i pasientskade (16). Bør vi fortsette å oversette *adverse event* som pasientskade, eller bør vi introdusere et egnet begrep som indikerer at det gjelder en hendelse og ikke kun konsekvens av hendelsen, som for eksempel *skadelig hendelse*, slik vi foreslår? Tydeligere begrepsbruk vil gjøre det mulig å sammenligne forekomsten av hendelser som resulterte i pasientskade på tvers av landegrenser og studier (17).

Ikke la de tusen blomster blomstre

Pasientsikkerhet er et fagfelt i rask utvikling, som det i økende grad forskes på (18). Det mangler imidlertid overvåkning av og diskusjon rundt begrepsutviklingen i feltet.

Vi ser behov for en nasjonal faggruppe som fremmer felles begrepsutvikling, klassifisering og standardisering nasjonalt og internasjonalt. Å luke i blomsterbedet er også viktig for å la den teknologiske utviklingen bidra til automatisert klassifisering og analyse av uønskede hendelser.

Mens helsepolitikkerne står overfor beslutningene om veien videre for varsel- og meldeordninger, er tiden moden for å rydde opp i begrepene. ■

Mottatt 25.1.2024, første revisjon innsendt 20.2.2024, godkjent 11.3.2024.

Alma Mulac

alma.mulac@farmasi.uio.no

Alma Mulac er farmasøyt, ph.d. og postdoktor ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo.

Solrun Elvik

Solrun Elvik er farmasøyt og seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Øystein Flesland

Øystein Flesland er dr. med., spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og seniorforsker ved Kirurgisk divisjon, Akershus universitetssykehus.

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

Litteratur

- 1 Hofstad E. Liten nytte av å melde avvik. Sykepleien 12.3.2015. Lest 1.12.2023.
- 2 Oslo Universitetssykehus. Uønskede hendelser. Lest 1.12.2023.
- 3 Helse Bergen. Uønskede hendelser - melding, saksbehandling og læring. Lest 13.12.2023.
- 4 Aase K. Pasientsikkerhet. Oslo: Universitetsforlaget, 2022.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Fra varsel til læring og forbedring. Lest 11.3.2024.
- 6 WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Lest 11.3.2024.
- 7 Helsedirektoratet. Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser. Lest 11.1.2024.
- 8 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, red. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academies Press, 2000.
- 9 Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten-forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184-9.
- 10 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Lest 11.3.2024.
- 11 Mulac A, Taxis K, Hagesaether E et al. Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. Eur J Hosp Pharm Sci Pract 2021; 28: e56-61.
- 12 Norsk Pasientskadeerstatning. 33 prosent av NPE-saker blir funnet igjen i sykehusenes meldesystemer. Lest 11.1.2024.
- 13 Riksrevisjonen. Sak 1: Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser. Lest 11.1.2024.
- 14 Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2009.
- 15 Hibbert PD, Molloy CJ, Schultz TJ et al. Comparing rates of adverse events detected in incident reporting and the Global Trigger Tool: a systematic review. Int J Qual Health Care 2023; 35: mza056.
- 16 I trygge hender. Praktisk informasjon for Global Trigger Tool-team. Lest 1.12.2023.
- 17 Deilkås ET, Haugen M, Risberg MB et al. Longitudinal rates of hospital adverse events that contributed to death in Norway and Sweden from 2013 to 2018. J Patient Saf Risk Manag 2021; 26: 153-60.
- 18 Illingworth J, Shaw A, Fernandez Crespo R et al. Global State of Patient Safety 2023. Imperial College London 2023. Lest 11.3.2024.

Raskere administrering for helsepersonell og pasienter med **SUBKUTAN TECENTRIQ^{1,2}**

Godkjent i Beslutningsforum³



Les mer om
SUBKUTAN
TECENTRIQ



Dosering - hver 3. uke for alle indikasjoner²



SUBKUTAN TECENTRIQ (atezolizumab) innføres til bruk ved alle indikasjoner der intravenøs atezolizumab allerede er besluttet innført^{3,4}

Utvalgte produkt- og sikkerhetsinformasjon **SUBKUTAN TECENTRIQ⁵**

INDIKASJONER:

Ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) i tidlig stadium: Som monoterapi til adjuvant behandling, etter fullstendig reseksjon og platinabasert kjemoterapi, av voksne med NSCLC med høy risiko for tilbakefall der tumor har PD-L1-ekspressjon $\geq 50\%$ av tumorcellene og som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. **Metastatisk NSCLC:** I kombinasjon med bevacizumab, paklitaksel og karboplatin til førstelinjebehandling av voksne med metastatisk ikke-plateepitel NSCLC. Ved EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC er Tecentriq, i kombinasjon med bevacizumab, paklitaksel og karboplatin, kun indisert etter at egnede målrettede behandlinger har mislyktes. I kombinasjon med nab-paklitaksel og karboplatin til førstelinjebehandling av voksne med metastatisk ikke-plateepitel NSCLC som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. Som monoterapi til førstelinjebehandling av voksne med metastatisk NSCLC med tumorer som har PD-L1-ekspressjon $\geq 50\%$ TC eller $\geq 10\%$ tumor-infiltrerende immunceller (IC) og som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. Som monoterapi til behandling av voksne pasienter med lokalavansert eller metastatisk NSCLC etter tidligere kjemoterapi. Pasienter med EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC bør også ha mottatt målrettede behandlinger før de mottar Tecentriq. **Småcellet lungekreft (SCLC):** I kombinasjon med karboplatin og etoposid til førstelinjebehandling av voksne med utbredt småcellet lungekreft (ES-SCLC). **Hepatocellulært karsinom (HCC):** I kombinasjon med bevacizumab til behandling av voksne med avansert eller inoperabel HCC som ikke tidligere har fått systemisk behandling. **Urotelialt karsinom (UC):** Som monoterapi til behandling av voksne med lokalavansert eller metastatisk UC etter tidligere platinaholdig kjemoterapi, eller som ikke anses som egnet for cisplatin, og hvor tumor har et PD-L1-ekspressjon $\geq 5\%$. **Trippel-negativ brystkreft (TNBC):** I kombinasjon med nab-paklitaksel til behandling av voksne med inoperabel lokalavansert eller metastatisk TNBC som har tumorer med PD-L1-ekspressjon $\geq 1\%$, og som ikke tidligere er behandlet med kjemoterapi for metastatisk sykdom.

DOSERING OG ADMINISTRERING:

Skal initieres og overvåkes av lege med erfaring innen kreftbehandling. Anbefalt dose er 1875 mg hver 3. uke. Gis s.c. i låret over ca. 7 minutter. Det er viktig å sjekke produktetikettene for å sikre at riktig formulering (intravenøs eller subkutan) administreres til pasienten.

KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor atezolizumab eller overfor noen av hjelpestoffene.

FORSIKTIGHETSREGLER:

Immunmedierte bivirkninger: Kan påvirke flere kroppssystem. Pasienten bør overvåkes for pneumonitt, hepatitt, kolitt, endokrinopati, meningitt/encefalitt, motorisk og sensorisk nevropati, myelitt, akutt pankreatitt, myokarditt, endringer i nyrefunksjon, myositt, perikardiale sykdommer, hemofagocytisk

lymfohistiocytose, SCARs og andre immunmedierte bivirkninger. ASAT, ALAT, bilirubin og tyreoidfunksjon bør overvåkes. **Infusjonsrelaterte reaksjoner:** Injeksjonshastigheten bør reduseres eller det bør tas pause hos pasienter med infusjonsrelaterte reaksjoner av grad 1/2. Seponeres permanent ved grad 3/4 reaksjoner.

BIVIRKNINGER:

Monoterapi: Svært vanlige ($\geq 1/10$): urinveisinfeksjon, nedsatt appetitt, hodepine, dyspné, hoste, kvalme, oppkast, diaré, utslett, kløe, artralgi, rygg-smerter, pyreksi, fatigue og asteni. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): trombocytopeni, infusjonsrelatert reaksjon, hypotyreose, hypertyreose, hypokalemi, hyponatremi, hyperglykemi, perikardiale sykdommer, hypotensjon, pneumonitt, hypoksi, nasofaryngitt, kolitt, magesmerter, dysfagi, orofaryngeal smerte, munntørrelhet, økt ASAT, økt ALAT, hepatitt, tørr hud, muskel- og skjelett-smerter, økt blodkreatinin, influensalignende sykdom, frysninger og reaksjon på injeksjonsstedet. **Kombinasjonsterapi:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): lungeinfeksjon, anemi, trombocytopeni, nøytropeni, leukopeni, hypotyreose, nedsatt appetitt, perifer nevropati, hodepine, hypertensjon, dyspné, hoste, nasofaryngitt, kvalme, oppkast, diaré, forstoppelse, utslett, kløe, alopesi, artralgi, muskel- og skjelettsmerter, ryggsmert, pyreksi, fatigue, asteni og perifert ødem. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): sepsis, lymfopeni, infusjonsrelatert reaksjon, hypertyreose, hypokalemi, hyponatremi, hypomagnesemi, synkope, svimmelhet, dysfoni, stomatitt, smaksforstyrrelser, økt ASAT, økt ALAT, proteinuri, økt blodkreatinin og økt ALP. Se SPC for fullstending informasjon om dosering, forsiktighetsregler og bivirkninger.

PAKNING, PRIS OG REFUSJON:

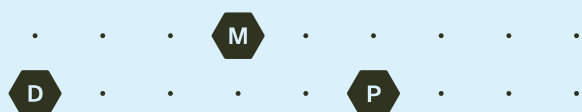
Injeksjonsvæske, oppløsning 1875 mg: 15 ml (hettegl.) pris kr. 52886,80. Reseptgruppe C. Atezolizumab (Tecentriq) - subkutan formulering er godkjent til bruk ved ulike indikasjoner der det i dag brukes intravenøs formulering.

Behandlingen kan tas i bruk fra 15.04.2024.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 22.02.2024

REFERANSER:

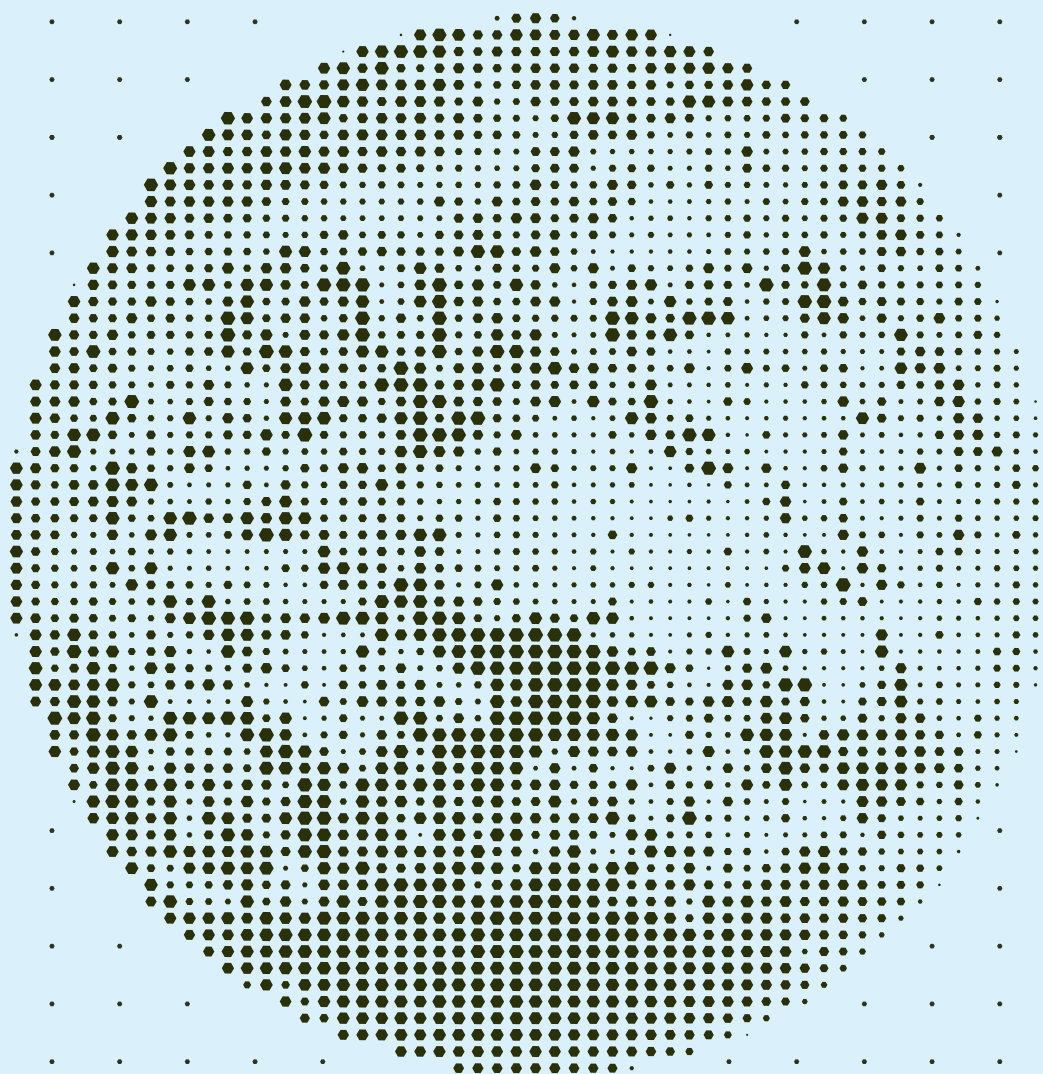
1. Burotto M, Zvirbulé Z, Mochalova A et al. IMscin001 Part 2: a randomised phase III, open-label, multicentre study examining the pharmacokinetics, efficacy, immunogenicity, and safety of atezolizumab subcutaneous versus intravenous administration in previously treated locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer and pharmacokinetics comparison with other approved indications. Ann Oncol. 2023;34(8):693-702. 2. TECENTRIQ SPC datert 22.02.24 avsnitt 4.2. 3. https://www.nyemetoder.no/metoder/id2023_105/. 4. TECENTRIQ SPC datert 22.02.24 avsnitt 4.1. 5. TECENTRIQ SPC datert 22.02.24 avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.8.



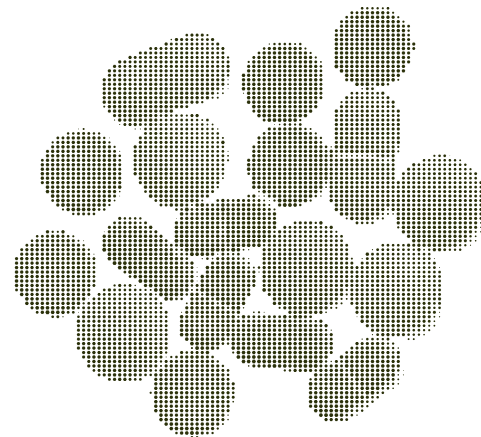
• • Direktoratet for • •
• • medisinske produkter

Nytt om legemidler

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



Paxlovid brukt samtidig med enkelte immundempende legemidler kan gi livstruende bivirkninger. Samtidig bruk skal kun vurderes dersom overvåking av serumkonsentrasjonen av immundempende legemidler er mulig.



Paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir) brukes til behandling av covid-19 hos voksne som har økt risiko for å utvikle alvorlig covid-19 sykdom. Paxlovid er en sterk hemmer av enzymet CYP3A, som bryter ned legemidler.

I Europa er det rapportert om alvorlige bivirkninger, enkelte med dødelig utfall, som følge av interaksjoner med immundempende legemidler med smalt terapeutisk vindu som kalsineurin-hemmere og mTOR-hemmere (1).

Råd til leger:

- Den potensielle nytten av behandlingen med Paxlovid bør veies nøye opp mot risikoen for alvorlige interaksjoner.
- Behandling med Paxlovid hos pasienter som bruker immundempende legemidler bør kun skje etter en tverrfaglig vurdering, for eksempel med behandlende lege, spesialister i immunsuppressiv behandling og/eller spesialister i klinisk farmakologi.
- Samtidig bruk med immundempende legemidler skal kun vurderes dersom nøye og regelmessig overvåking av serumkonsentrasjonen er mulig.

Det er sendt ut et Kjære helsepersonell-brev for å informere om risikoen for alvorlige bivirkninger. Paxlovid er underlagt særlig overvåking, og helsepersonell oppfordres til å melde ved mistanke om bivirkninger via **melde.no**.

Refusjon av Produodopa til behandling av fremskreden Parkinsons sykdom

Produodopa (foslevodopa/foskarbidopa) er innvilget forhåndsgodkjent refusjon til behandling av fremskreden levodopafølsom Parkinsons sykdom med uttalte motoriske fluktuasjoner og hyperkinesi eller dyskinesi når andre tilgjengelige kombinasjoner av legemidler mot Parkinsons sykdom ikke har gitt tilfredsstillende resultater.

Refusjonskoder:

ICPC: N87 Parkinsonisme

ICD: G20 Parkinsons sykdom, G21 Sekundær parkinsonisme

Produodopa gis som kontinuerlig subkutan infusjon via en bærbar doseringspumpe, 24 timer per dag.

Oppstart med Produodopa krever ikke kirurgi og kan gjennomføres poliklinisk.



Referanse:

1. <https://www.dmp.no/nyheter/Paxlovid-brukt-samtidig-med-immundempende-legemidler-kan-gi-livstruende-bivirkninger>

Kunstig intelligens forsterker stereotypier

Språkmodellen GPT-4 angir ulik diagnose, utredning og behandling for pasienter med identisk sykehistorie, men med ulikt kjønn og etnisitet.

Kunstig intelligens basert på store språkmodeller har flere potensielle bruksområder i medisinen. En amerikansk forskergruppe har nylig testet den mye omtalte språkmodellen GPT-4 ved ulike kliniske problemstillinger (1). Forskerne ba GPT-4 om en pasientkasuistikk basert på 18 ulike diagnoser og fikk 1 000 pasientkasuistikker per diagnose. Nesten alle (dvs. 97 %) av pasientene med revmatoid artritt ble omtalt som kvinner, og nesten alle (også 97 %) av pasientene med sarkoidose ble omtalt som svarte. Disse andelenes er betydelig høyere enn forekomsten i den amerikanske befolkning. For sykdommer som er like vanlige hos kvinner og menn i USA, slik som covid-19, beskrev GPT-4 flertallet av pasientene som menn. Da forskerne skrev at de var i Norge, økte andelen hvite pasientkasuistikker.

Forskerne matet også språkmodellen med 19 pasientkasuistikker, der riktig diagnose var fjernet, og der pasientens etnisitet og kjønn ble byttet ut gjentatte ganger. De ba så om forslag til utredning, differensialdiagnoser og behandling for hver pasient. Språkmodellens evne til å velge riktig diagnose ut ifra kasuistikken sank betydelig når etnisitet og kjønn ble endret. For eksempel ble mononukleose diagnostisert korrekt i alle kasuistikker med hvite pasienter, men bare i 85 % av de med svarte menn og 64 % av de med latinamerikanske og asiatiske menn. Avanserte bildeundersøkelser ble oftere anbefalt for hvite pasienter enn for svarte.

– Denne studien bekrefter at en del generiske språkmodeller forsterker kjente kjønns- og klassestereotypier, demografiske skjevheter og diskriminerende aspekter, sier Rune Johan Krumsvik, som er professor i pedagogikk ved Universitetet i Bergen. Dette skyldes treningsdataene som modellene er basert på, og andre strukturelle faktorer som videreføres til modellresultatene man får opp, sier han.

– Studien bruker en generisk språkmodell der treningsgrunnlaget er litteratur som er lite kvalitetssikret. Det er grunn til å tro at domenespesifikke medisinske språkmodeller som BioGPT,

BioBERT og PubMedBERT, som er trent på millioner av kvalitetssikrede vitenskapelige biomedisinske artikler, ville gi andre og bedre resultater, sier Krumsvik. Dessuten blir GPT-4 kontinuerlig forbedret, og en ny versjon – GPT-5 – er under utvikling. Språkmodeller innen medisin burde være trent på rene pasient- og registerdata i tillegg til kvalitetssikret forskningslitteratur, men dette er fortsatt et etisk minefelt, sier Krumsvik.

Amanda Spjeldnæs

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Zack T, Lehman E, Suzgun M et al. Assessing the potential of GPT-4 to perpetuate racial and gender biases in health care: a model evaluation study. *Lancet Digit Health* 2024; 6: e12–22.



Lavt saltinntak senker blodtrykket

En uke med saltfattig diett senket blodtrykket like effektivt som et vanlig medikament mot høyt blodtrykk.

Natriumnivået i kosten påvirker blodtrykket, og de fleste får i seg langt mer natrium enn det som er nødvendig. For å redusere natriuminntaket generelt i befolkningen må både myndighetene og matvareindustrien bidra, men mye kan også gjøres av den enkelte. En ny studie viser at allerede etter én uke med saltfattig diett senkes blodtrykket tilsvarende en daglig dose 12,5 mg hydroklortiazid uavhengig av hypertensjonsstatus og om man allerede bruker blodtrykksenkende medikamenter (1).

I denne overkrysningsstudien ble 213 personer mellom 50 og 75 år randomisert til enten å gjennomgå en uke med høyt saltinntak og etterpå en uke med lavt inntak, eller motsatt. Høyt daglig saltinntak ble definert som 2,2 g natrium i tillegg til deres vanlige kost, og lavt saltinntak ble definert som 0,5 g natrium. I motsetning til de fleste andre randomiserte studiene som har testet effekten

av natriumreduksjon på blodtrykket, ble også personer som får blodtrykksenkende behandling inkludert. Studien omfattet både personer med normalt blodtrykk (25 %), med kontrollert hypertensjon (20 %), med ukontrollert hypertensjon (31 %) og med ubehandlet hypertensjon (25 %). Median alder var 61 år, 65 % var kvinner og 64 % var afroamerikanere.

Median systolisk blodtrykk var 125,126 og 119 mmHg målt ved 24-timers blodtrykksmåling ved henholdsvis vanlig kost og høyt og lavt natriuminntak. Median intraindividuell endring i blodtrykk mellom høyt og lavt natriuminntak var 4 mmHg ($p < 0,001$) uavhengig av hypertensjonsstatus. En tradisjonell definisjon av saltsensitivitet er fall i minst 5 mmHg i middelarierietrykket, og 46 % av deltagerne oppfylte denne definisjonen. Likevel sank middelarierietrykket ved lavt natriuminntak hos hele 73,4 %. På slutten av første intervensjonsuke var systolisk blodtrykk i gjennomsnitt 8 mmHg lavere i gruppen med lavt natriuminntak enn i den med høyt inntak ($p < 0,001$).

– Denne studien bekrefter en rekke tidligere studier som viser reduksjon i systolisk blodtrykk i størrelsesorden 5–8 mmHg ved en streng saltredusert diett, sier Tor Ole Klemsdal, som er overlege og seksjonsleder ved Seksjon for preventiv kardiologi, Oslo universitetssykehus, Aker. Han mener likevel at i en overkrysningsstudie med kun en ukes varighet per intervensjon er betydningen av funnene begrenset. Det er derfor vanskelig å si om streng natriumreduksjon kan gi varig nytte i tillegg til medikamentell blodtrykksbehandling.

Klemsdal påpeker at 65 % av deltagerne hadde afroamerikansk etnisitet, og at denne gruppen har større saltsensitivitet, lavere reninivå og mindre evne til saltutskillelse enn hvite personer (2). Den saltfattige dietten inneholdt tilskudd av 4,5 g kalium, og kaliumtilskudd er vist å senke blodtrykket, spesielt hos afroamerikanere (3). ■

Jørgen Østensjø

Haukeland universitetssjukehus

Litteratur

- 1 Gupta DK, Lewis CE, Varady KA et al. Effect of dietary sodium on blood pressure: a crossover trial. *JAMA* 2023; 330: 2258–66.
- 2 Abrahamowicz AA, Ebinger J, Whelton SP et al. Racial and ethnic disparities in hypertension: Barriers and opportunities to improve blood pressure control. *Curr Cardiol Rep* 2023; 25: 17–27.
- 3 Brancati FL, Appel LJ, Seidler AJ et al. Effect of potassium supplementation on blood pressure in African Americans on a low-potassium diet. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 1996; 156: 61–7.

Illustrasjonsfoto: philisajonesen/iStock



Perinatal depresjon gir økt risiko for å dø

Kvinner som diagnostiseres med depresjon under graviditet eller etter fødsel, har økt risiko for å dø. Risikoen er særlig høy i perioden etter fødselen.

Perinatal depresjon blir definert som depresjon diagnostisert under graviditet (antepartum) eller i ukene etter fødsel (postpartum). I en stor svensk registerstudie ble risikoen for å dø hos kvinner med perinatal depresjon sammenliknet med kvinner som ikke fikk denne diagnosen (1). Studien omfattet flere enn 86 500 kvinner som fikk diagnosen stillet i spesialisthelsetjenesten, eller som fikk utskrevet antidepressive legemidler. Flere enn 865 000 kvinner som ikke fikk diagnosen, var kontrollgruppe. I løpet av oppfølgingstiden på opptil 18 år, døde 522 kvinner i gruppen med perinatal

depresjon, dvs. en dobling av risikoen sammenliknet med kontrollgruppen (hasardratio 2,11; 95 % kondidensintervall (KI) 1,86–2,4). Risikoen var enda høyere for kvinnene med postpartumdepresjon. Kvinner med perinatal depresjon hadde generelt lavere utdannelse, lavere inntekt og lavere sannsynlighet for å bo med barnefaren.

– Denne studien, som er den hittil mest omfattende på dette feltet, viser at perinatal depresjon kan være en potensielt dødelig sykdom, sier Malin Eberhard-Gran, professor ved Akershus universitetssykehus og seniorforsker ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning. Siden det er en kohortstudie er det ikke mulig å si noe sikkert om årsakssammenheng, men resultatene peker på en tydelig kobling mellom perinatal depresjon og økt risiko for å dø, sier hun. Tidligere studier har vist at postpartumdepresjon medfører økt risiko for selvmord (2). Denne studien viser at kvinnene hadde økt risiko for å dø av både unaturlige og naturlige årsaker opptil 18 år senere.

– En styrke ved studien er at forskerne har tatt høyde for både familiære fakto-

rer og tidligere psykiatrisk sykdom. Risikoen for å dø var like høy blant dem som hadde psykiatriske problemer før svangerskapet, sammenliknet med dem som ble syke etter at de var blitt gravide. Studien har klinisk relevans ved at den belyser betydningen av tidlig diagnostikk og behandling av perinatal depresjon, sier Eberhard-Gran. ■

Simon Andrup
Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Hagatulah N, Bränn E, Oberg AS et al. Perinatal depression and risk of mortality: nationwide, register based study in Sweden. *BMJ* 2024; 384: e075462.
- 2 Lee YL, Tien Y, Bai YS et al. Association of postpartum depression with maternal suicide: A nationwide population-based study. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 5118.

Madhumitha Sentamilvannan*¹

madhumitha@gmail.com

Abir Al-Dekany*¹**Helena Niemi Eide²****Anne Kveim Lie²**¹ Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo² Avdeling for samfunnsmedisin og global helse,
Universitetet i Oslo* Madhumitha Sentamilvannan og Abir Al-Dekany har
bidratt i like stor grad til denne artikkelen.Forfatterbidrag: idé, utforming av prosjektet, litteratursøk
samt utforming og revisjon av manuset.

Vaksinenøling under korona- pandemien blant unge med etnisk minoritetsbakgrunn i Oslo øst – en kvalitativ studie

Bakgrunn

Det er få studier av hvordan ungdom forholdt seg til koronavirusvaksinen under pandemien.

Vi ønsket å undersøke hvilke vurderinger ungdom med etnisk minoritetsbakgrunn gjorde angående koronavirusvaksinen med utgangspunkt i begrepet vaksinenøling. Vaksinenøling innebærer at man er ubesluttsom når det gjelder vaksinerings, uavhengig av om man til slutt velger å vaksineres eller ikke.

Materiale og metode

14 kvalitative dybdeintervjuer av unge i alderen 16–25 år med etnisk minoritetsbakgrunn og tilhørighet til Oslo øst ble analysert og kategorisert i hovedtemaer. Deltakerne hadde bakgrunn i Midtøsten, Sør-Asia og Afrika.

Resultater

Flere av studiedeltakerne nølte med å vaksinere seg. Nølingen var knyttet til inntrykk av at vaksinen ble laget fort, falske rykter, lang reisevei til vaksinasjonssted og frykt for bivirkninger. Flere etterlyste bedre informasjon. Vaksinetilbud gjennom skolen ble beskrevet som en vaksineringsfremmende faktor. Familie og venner var i mindre grad avgjørende for vurderingen av koronavirusvaksinen. Flertallet hadde tillit til myndighetene.

Fortolkning

Manglende kunnskap om vaksinen, frykt for bivirkninger samt praktiske hindringer knyttet til gjennomføring av vaksinerings ser ut til å bidra til at ungdom med etnisk minoritetsbakgrunn var skeptiske til koronavirusvaksine. Myndighetene og helsepersonell bør gi unge bedre vaksineinformasjon. Informasjon bør gis av personell ungdommen allerede har tillit til, for eksempel skolens helsesykepleier.



**Særlig de som satte
vaksinen i meg burde ha
forklart litt mer til meg,
før de bare stakk meg**

Hovedfunn

Informasjon om forskjellige koronavirusvaksiner, frykt for bivirkninger og falske vaksinerier bidro til vaksinenøling.

Deltakerne ønsket seg mer informasjon om vaksinen fra erfarent fagpersonell og myndigheter og samtidig informasjon ved vaksineringsstidspunktet.

Vaksinasjonstilbud via skolen og mulighet til å reise utenlands fremmet beslutningen om å ta vaksine.

Originalartikler og korte
rapporter publiseres i sin helhet
på tidsskriftet.no. I papirutgaven
presenteres en kortere versjon.
Skann QR-koden for å bli ledet
til hele artikkelen på nett.



Koronavaksinerings blant unge med innvandrerbakgrunn

Hvorfor har vaksinasjonsdekningen mot covid-19 vært lavere i noen grupper med innvandrerbakgrunn enn i befolkningen ellers?

Vaksinasjonsdekningen mot covid-19 i Norge er høy, men lavere blant enkelte innvandrergrupper (1). Over én million innbyggere i Norge har innvandrerbakgrunn, noe som innebærer at én av fem enten er innvandrere selv eller har foreldre som er født i utlandet (2). Sosioøkonomiske faktorer har innvirkning på hvorvidt man tar vaksine, der høyere utdanning og høyere inntekt er assosiert med å ta covid-19-vaksine (3). I tillegg kan faktorer som integrering, botid og helsekompetanse også påvirke vaksinevalg (3, 4). Levekår blant personer med innvandrerbakgrunn varierer, men generelt sett har gruppen dårligere levekår enn majoritetsbefolkningen (5).

Kunnskapen om covid-19-vaksinering hos personer med innvandrerbakgrunn er i stor grad basert på studier med voksne, og bare i noen grad med barn og unge. Studier av den sistnevnte aldersgruppen er hovedsakelig basert på registerdata. Registerbaserte studier har sine unike fordeler ved at man kan studere store populasjoner og koble ulike administrative registre. Slik kan man for eksempel undersøke sammenhengen mellom vaksinedekning og sosiodemografiske faktorer. Derimot får man ikke avdekket kvalitative forklaringer på ulik vaksinedekning. Derfor er studien av Sentamilvannan og Al-Dekany med medforfattere et nyttig bidrag (6). I den kvalitative studien undersøkte man faktorer som påvirket vaksinevalg blant unge i Oslo med minoritetsbakgrunn. Som forfatterne tar opp, er vaksinenøling anerkjent som en trussel mot folkehelsen. Studier som belyser vaksinevalg, spesielt blant grupper med lavere dekning, er dermed helt avgjørende for å kunne øke vaksinasjonsgraden i samfunnet.

En norsk registerstudie viste at norskfødte og utenlandsfødte barn og unge med foreldre født utenfor Norge hadde lavere vaksinedekning (58 % og 57 %) sammenlignet med ungdom med minst én forelder født i Norge (84 %) (7). Videre viste studien at barn og unge med bakgrunn fra østeuropeiske land hadde lavere vaksinedekning og at foreldrenes utdanning og husholdningsinntekt var assosiert med høyere vaksinedekning.

Studier som belyser vaksinevalg, spesielt blant grupper med lavere dekning, er dermed helt avgjørende for å kunne øke vaksinasjonsgraden i samfunnet

I den norske registerstudien er det foreslått flere årsaker til ulikheter i vaksinedekning som kan ses i sammenheng med studien til Sentamilvannan og Al-Dekany (6, 7), deriblant anbefalinger og råd til ulike aldersgrupper, sosioøkonomiske faktorer tilknyttet foreldrene samt sosiale faktorer som kan påvirke motivasjonen for å bli vaksinert. I andre intervjuundersøkelser har det kommet frem at mangel på god informasjon og kunnskap samt lavere tillit til myndighetene kan være medvirkende

faktorer og at dialog og samarbeid med miljøene kan være nyttig for å bygge tillit og redusere skepsis (8, 9).

For å ta lærdom av covid-19-pandemien er det viktig at man benytter ulike forskningsmetoder for å belyse relevante problemstillinger. Flere interessante funn i artikkelen til Sentamilvannan og Al-Dekany bygger videre på andre studier om samme tema. Blant annet kom det fram at ungdommene ønsket seg mer informasjon om koronavaksinen og at flere var redd for bivirkninger. En vaksinefremmede faktor var muligheten for å ta vaksinen i regi av skolen. Ulike kilder til informasjon og muligens bedre informasjon samt praktisk tilrettelegging for vaksinering er noe som bør vektlegges ved håndtering av fremtidige pandemier, epidemier eller andre helsekriser. ■

Thea Steen Skogheim

thea.skogheim@fhi.no

Thea Steen Skogheim er ph.d. i psykologi og seniorrådgiver ved fagmiljøet for migrasjonshelse, Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lema Hussaini

Lema Hussaini er Mphil i helseøkonomi og ledelse og forsker ved fagmiljøet for migrasjonshelse, Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Kraft KB, Godøy AA, Vinjerui KH et al. Vaksinasjonsdekning mot covid-19 etter innvandrerbakgrunn. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141: doi: 10.4045/tidsskr.21.0799.
- 2 Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og deres barn – en mangfoldig gruppe. Lest 18.3.2024.
- 3 Joshi A, Kaur M, Kaur R et al. Predictors of COVID-19 vaccine acceptance, intention, and hesitancy: a scoping review. Front Public Health 2021; 9: 698111.
- 4 Vinjerui KH, Kraft KB, Godøy AA et al. Covid-19-vaksinasjon blant innvandrere fra Europa og i fødelanda deira. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.21.0848.
- 5 Vrålstad S, Wiggen KS. red. Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Lest 22.3.2024.
- 6 Sentamilvannan M, Al-Dekany A, Eide HN et al. Vaksinenøling under koronapandemien blant unge med etnisk minoritetsbakgrunn i Oslo øst – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0690.
- 7 Hussaini L, Labberton AS, Winje BA et al. COVID-19 vaccination rates among adolescents (12-17 years) by immigrant background and sociodemographic factors: A nationwide registry study in Norway. Vaccine 2023; 41: 3673–80.
- 8 Sheikh NS, Winje BA, Gleditsch R et al. Vaksineusikkerhet blant innvandrere under covid-19-pandemien – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0098.
- 9 Kour P, Gele A, Aambø A et al. Lowering COVID-19 vaccine hesitancy among immigrants in Norway: Opinions and suggestions by immigrants. Front Public Health 2022; 10: 994125.

Erlend Vik ^{1,2,3}*erlend.vik@himolde.no***Tonje Hungnes** ^{1,3}**Ola K. Mowinckel** ⁴**Sølve Mikal K. Nerland** ⁴¹ Høgskolen i Molde² NTNU³ Helseinnovasjonssenteret⁴ Høgskolen i Molde

Koronapandemiens betydning for kommuneoverlegens rolle – en kvalitativ studie

Bakgrunn

Vi ønsket å undersøke kommuneoverlegens rolle etter pandemien i fem norske kommuner for å bidra til kunnskap om hvordan erfaringene fra pandemien kan ha ført til endringer i kommuneoverlegerollen.

Materiale og metode

Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med 14 personer som var sentrale i kommunenes kriseledelse under og etter pandemien. Informantene ble rekruttert fra fem kommuner i samme fylke, og de hadde lederroller innen fag (kommuneoverleger), politikk og administrasjon. Studien var en oppfølging av en undersøkelse gjennomført under pandemien med tilnærmet samme utvalg.

Originalartikler og korte rapporter publiseres i sin helhet på tidsskriftet.no. I papirutgaven presenteres en kortere versjon. Skann QR-koden for å bli ledet til hele artikkelen på nett.



Resultater

Kommuneoverlegefunksjonen hadde fått økt stillingsprosent etter pandemien, mens den organisatoriske plasseringen var uendret i de studerte kommunene. Ledere innen politikk og administrasjon ga uttrykk for bedre kjennskap til kommuneoverlegen som fagperson og ressurs i organisasjonen som følge av samhandlingen under pandemien. Kommuneoverlegene opplevde økt etterspørsel etter deres samfunnsmedisinske kompetanse.



Fordi vi har en kommuneorganisasjon der linjene mellom kommunedirektør og kommunalsjefene er veldig korte, så i praksis oppleveres det som kommuneoverlegen sitter helt tett innpå også min rolle. Veien er kort.

Kommunedirektør, deltaker 5

Fortolkning

Tett og hyppig samhandling mellom kommuneoverlegene og den kommunale ledelsen under pandemien har bidratt til gjensidighetskunnskap mellom aktørene. Kommuneoverlegenes kompetanse har blitt mer anerkjent i organisasjonene, og det har blitt lettere for aktørene å ta kontakt og benytte hverandres kompetanse ved behov.

Hovedfunn

Kommuneoverlegens rolle var styrket i form av økt stillingsprosent etter pandemien, mens organisatorisk plassering var uendret i de studerte kommunene.

Samarbeidet i kriseledelsen bidro til at det etter pandemien var økt kjennskap til og anerkjennelse av kommuneoverlegens kompetanse.

Den nyervervede anerkjennelsen av kommuneoverlegens rolle kan være sårbar for utskiftninger av personell og tidens tann, da den ikke virker å være organisatorisk forankret.

Mer enn ord

Rollen som kommuneoverlege er styrket med økt relasjonelt samarbeid og anerkjennelse, men dette er ikke tydelig forankret i organisatorisk struktur. Er det da en reell styrking?

Under pandemien hadde de fleste kommuneoverleger en ledende rolle i den kommunale smittevernhandteringen, og de befant seg både ved beslutningenes bord og i medienes søkelys (1). Dette sto i skarp kontrast til hvordan mange hadde opplevd rollen før pandemien, som mer usynlig i organisasjonen, med manglende tilgang på beslutningsarenaer og med en uklar rolleforståelse (2). Myndighetene har etter pandemien påpekt viktigheten av en styrket og tydelig kommuneoverlegerolle (3, 4). Det er imidlertid lite kunnskap om hvorvidt en slik styrking faktisk har skjedd. En studie fra 2023 antydte at flere kommuneoverleger opplevde at rollen var tilbake til den usynlige og utydelige posisjonen fra før pandemien (5). Studien av Vik og medarbeidere som nå publiseres i Tidsskriftet, nyanserer dette bildet noe, og gir mer kunnskap om kommuneoverlegerollen etter pandemien (6).

Vik og medarbeidere har fulgt opp et utvalg kommuneoverleger og kommunale ledere som de også intervjuet under pandemien (1, 6). Dette gir en styrket fremstilling av hvordan rollen kan ha endret seg i denne perioden. Det er også en styrke ved studien at den fanger opp perspektiver fra både administrativ og politisk ledelse samt fra kommuneoverleger. Det avslører både enighet og diskrepans mellom gruppene.

Et hovedfunn i studien var at det relasjonelle samarbeidet mellom kommuneoverlege og kommunal ledelse var styrket (6). Begge parter ga uttrykk for et lettere samarbeid og økt involvering. Dette er i tråd med myndighetenes anbefalinger (3, 4). Alle kommuneoverlegene hadde fått økt sin stillingsprosent, noe som også er en styrking av rollen. Stillingsstørrelse er særlig viktig for rolleutøvelse i små og mellomstore kommuner, hvor denne studien var gjennomført (2, 6).

På tross av økt anerkjennelse og stillingsstørrelse, hadde ingen av kommuneoverlegene fått endret sin organisering. Få hadde formell tilgang til beslutningsarenaer, og kun én var organisert på overordnet nivå. Kommuneoverlegene problematiserte dette, men kommunal ledelse så ikke behov for å forankre samarbeid eller økt anerkjennelse strukturelt. De underbygget dette med «korte veier» og «gode relasjoner» (6).

Økt relasjonelt samarbeid er positivt for kommuneoverlegerollen, men man trenger ikke ha master i ledelse for å forstå at forankring av en rolle med relasjonelt samarbeid ikke er bærekraftig på sikt. I små og mellomstore kommuner kan relasjonelt samarbeid fungere, men bare så lenge relasjonene er intakte. I store kommuner vil det være enda mer krevende på grunn av store avstander. Tidligere rapporter har påpekt behov for styrket helseledelse i kommunene (7, 8). Alle kommuner preges av jevnlig politiske skifter og står foran store utfordringer som vil kreve endringer. I et slikt landskap blir to ting klart: Det er behov for økt samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunal ledelse, og en styrket ressurs må formaliseres i organisasjonens struktur.

Kommunalt selvstyre er en demokratisk verdi, men det har ført til svært ulik prioritering og organisering av kommuneoverlegerollen (8). Styrking av den samfunnsmedisinske ressursen i kommunen vil kreve at kommu-

nal ledelse tenker nytt om egen organisering. Det er sjelden vanskelig å prioritere eller anerkjenne noe når det ikke krever organisatoriske endringer. Da er det bare ord uten handling. Økt relasjonelt samarbeid vil kunne styrke kommuneoverlegerollens innflytelse, men er sårbart for relasjonelle skifter. Så hvorfor ser ikke kommunal ledelse behovet for å formalisere dette?

Som samfunnsmedisiner har jeg lært at prioritering av noe alltid medfører nedprioritering av noe annet. Det er ikke et ubegrenset antall plasser rundt kommunedirektorens bord. Økt innflytelse fra kommuneoverlegen betyr nødvendigvis mindre innflytelse fra andre. Er det denne alternativkostnaden som oppleves for høy? Det ville vært svært interessant å få mer forskning på kommuneoverlegerollen etter pandemien, for å belyse dette nærmere.

Vi som var ungdom på tidlig 90-tallet, husker rockebandet Extreme sin hit «More than words». I den etterlyser de, med silkemyke stemmer og akustisk gitar, handling – ikke bare ord og løfter. Etter å ha lest artikkelen til Vik og medarbeidere er det denne sangen jeg får lyst til å spille for kommunal ledelse rundt om i landet. Skal vi oppnå styrking av kommuneoverlegerollen slik nasjonale myndigheter anbefaler, må det mer til enn bare anerkjennelse og relasjonelt samarbeid. Rollen må forankres formelt gjennom organisatoriske handlinger. ■

Bettina C. Fossberg

BettinaCaroline.Fossberg@lillestrom.kommune.no

Bettina C. Fossberg er spesialist i samfunnsmedisin, master i helseadministrasjon, ph.d.-student ved Universitetet i Oslo og kommuneoverlege i Lillestrøm.

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

Litteratur

- 1 Hungnes T, Vik E, Veddeng O. Kommunelegens rolle under koronapandemien – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0396.
- 2 Fossberg BC, Frich JC. Kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.21.0589.
- 3 NOU 2022: 5. Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 – Rapport fra Koronakommisjonen. Lest 10.3.2024.
- 4 NOU 2023:17. Nå er det alvor – Rustet for en usikker fremtid. Rapport fra Totalberedskapskommisjonen. Lest 11.3.2024.
- 5 Hagestuen PO, Feiring E. Rollen som kommuneoverlege etter pandemien – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0039.
- 6 Vik E, Hungnes T, Mowinkel OK et al. Koronapandemiens betydning for kommuneoverlegens rolle – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0673.
- 7 Den norske legeforening. Pasientens primærhelsetjeneste må ledes – om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene. Lest 12.3.2024.
- 8 KS. Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Lest 12.3.2024.

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

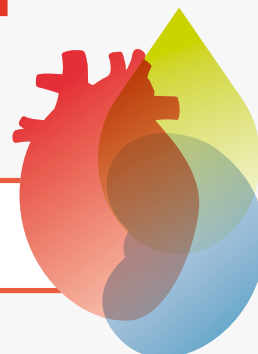
FORXIGA® (dapagliflozin)



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 blodtryksfall 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 sulfonylurea (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

Ingvild Kathrin Lokøy* 1
Inga Sofie Bakken* 2
Elisabeth Wik 3
Ingunn Marie Stefansson 3
ingunn.stefansson@uib.no

- 1 Austevoll kommune
2 Haraldsplass diakonale sykehus
3 Avdeling for patologi, Haukeland universitets sjukehus og Centre for Cancer Biomarkers, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen

* Ingvild Kathrin Lokøy og Inga Sofie Bakken har bidratt i like stor grad til denne artikkelen. Forfatterbidrag: prosjektidé, tolkning av data, veiledning, utarbeiding/revisjon av manuset og REK-søknad.

Brystkreft hos menn – histopatologi og biomarkører

Bakgrunn

Brystkreft hos menn utgjør om lag 1 % av alle tilfeller med brystkreft. Formålet med studien var å kartlegge histopatologiske parametere og utvalgte biomarkører hos menn med brystkreft.

Materiale og metode

Vi utførte en retrospektiv undersøkelse av et arkivmateriale med 53 menn diagnostisert med brystkreft ved Avdeling for patologi, Haukeland universitetssjukehus i perioden 1996–2020. Forekomst av biomarkørene østrogenreseptor (ER), progesteronreseptor (PGR) og human epidermal vekstfaktorreseptor 2 (HER2) ble undersøkt.

Resultater

Median alder ved diagnosetidspunktet var 72 år. Median tumordiameter var 24 mm. 49 svulster ble klassifisert histologisk som infiltrerende karsinom av uspesifikk type (invasive carcinoma of no special type, NST), 29 svulster var histologisk grad 2 og 18 svulster grad 3. 52 svulster var ER-positive, 39 var PGR-positive og fire var HER2-positive. 25 pasienter hadde lymfeknutemetastaser.

Originalartikler og korte rapporter publiseres i sin helhet på tidsskriftet.no. I papirutgaven presenteres en kortere versjon. Skann QR-koden for å bli ledet til hele artikkelen på nett.



Fortolkning

Våre funn tyder på at menn med brystkreft diagnostiseres i høyere alder enn kvinner og at på diagnosetidspunktet er svulstene hos menn i et mer avansert stadium enn hos kvinner. Brystkreft hos menn og kvinner har ulik histopatologi og ulikt uttrykk av biomarkører.

Hovedfunn

Median alder ved diagnosetidspunktet var 72 år. Nær halvparten av pasientene hadde lymfeknutemetastaser ved diagnosetidspunktet. Over 90 % av svulstene var av typen infiltrerende karsinom av uspesifikk type og var positive for østrogenreseptor.

Tabell 1 Histologiske parametere fra 53 menn diagnostisert med brystkreft ved Avdeling for patologi, Haukeland universitetssjukehus i perioden 1996–2020. ER = østrogenreseptor, PGR = progesteronreseptor, HER2 = human epidermal vekstfaktorreseptor 2.

	Parametere	Antall	Prosent
Histologisk type	Infiltrerende karsinom av uspesifikk type	49	92
	Papillært karsinom	4	8
Histologisk grad	Grad 1	3	6
	Grad 2	29	54
	Grad 3	18	34
	Manglende data	3	6
Tumordiameter	< 24 mm	22	42
	≥ 24 mm	22	42
	Manglende data	9	16
ER-status	Positiv (> 1 %)	52	98
	Negativ (< 1 %)	1	2
PGR-status	Positiv (> 10 %)	39	74
	Negativ (< 10 %)	14	26
HER2-status	Negativ (0–1+)	45	84
	Usikker (2+)	4	8
	Positiv (3+)	4	8
Lymfeknutestatus	Negativ	13	25
	Positiv	25	47
	Manglende data	15	28

Også menn kan få brystkreft

Mange menn vet ikke at de kan få brystkreft. Dessverre venter de lenger enn kvinner med å søke lege ved kul i brystet.

Det har vært en svakt økende insidens av brystkreft hos menn i Norge de siste 25 årene, men forekomsten er fortsatt mindre enn 1 % av alle brystkrefttilfeller. Åtte av ti menn er over 60 år når diagnosen stilles, og de har oftere større svulster og lymfeknutemetastaser enn kvinner.

Ved fødselen er brystene like hos alle. Ved puberteten vil stimulering fra østrogen og progesteron føre til utvikling av melkeganger og kjertelvev hos jenter, mens androgener har en antagonistisk effekt på utvikling av brystvevet hos gutter. Bryst hos menn består av hud, primitive melkeganger, stroma og fettvev. Kreft kan utvikles fra epitelkomponentene i melkegangene (1). Histopatologisk finner man at nærmest all brystkreft hos menn er infiltrerende karsinom av uspesifikk type (invasive carcinoma of no special type, NST), mens det svært sjelden ses lobulær brystkreft, som hos kvinner utgjør ca. 20 %. Hos menn er > 90 % av alle krefttilfeller østrogenreseptor (ER)-positive og human epidermal vekstfaktorreseptor 2 (HER2)-negative (2). Ca. 40 % har metastaser til aksillen. Disse forskjellene fra brystkreft hos kvinner bekreftes i en studie fra Haukeland universitetssjukehus basert på data fra 53 menn med brystkreft, som nå publiseres i Tidsskriftet (3).

Risikofaktorer for brystkreft hos menn er høy alder, overvekt, nedsatt testisfunksjon, levercirrhose, tidligere strålebehandling mot toraks og familiær disposisjon (4). Ca. 20 % av tilfellene antas å ha en genetisk årsak, mens tilsvarende hos kvinner er 5–10 %. Menn med *BRCA1*-genfeil utvikler sjelden brystkreft, men ca. 10 % av menn med brystkreft har *BRCA2*-genfeil. På den annen side er det < 5 % av menn med *BRCA2*-genfeil som utvikler brystkreft i løpet av livet (5). Alle menn med brystkreft skal tilbys en gentest.

Mange er uvitende om at menn kan få brystkreft, og flere venter en stund før de oppsøker lege. Muligens er det noe av grunnen til at diagnosen ofte stilles på et senere stadium enn hos kvinner. Den vanligste presentasjonen er en smertefri kul sentralt i det ene brystet, gjerne med affeksjon av brystvorten. Mastektomi har derfor tradisjonelt vært vurdert som det beste kirurgiske tilbudet til pasientgruppen. Vi ser nå at menn er blitt mer opptatt av det kosmetiske etter en operasjon og at dette kan ha betydning for livskvalitet og maskulinitet senere i livet. Der det er teknisk mulig, kan brystbevarende operasjon tilbys, men det må da informeres om behov for postoperativ strålebehandling. Dersom brystvorten må fjernes, kan pasienten få tilbud om rekonstruksjon av denne. I utvalgte tilfeller kan man utføre en subkutan mastektomi med proteserekonstruksjon. Vaktpostlymfeknuteteknikk og aksilledisseksjon benyttes etter samme prinsipper som hos kvinner.

Adjuvant anbefales 5–10 års behandling med tamoksifen. Aromatasehemmer med GnRH-analog benyttes bare der tamoksifen er kontraindisert. Aromatasehemmere alene gir ikke nødvendigvis suppressjon av østrogen (6). Bisfosfonater anbefales ikke. Menn kan oppleve de samme bivirkningene som kvinner med hetetokter, seksuell dysfunksjon og vekt oppgang (7). Dette medfører at menn ofte avslutter adjuvant endokrin behandling (8). Strålebehandling og kjemoterapi følger de samme

retningslinjene som hos kvinner. Bruk av testosteron eller androgener frarådes.

Prognosen er, som hos kvinner, avhengig av stadium, lymfeknutestatus og molekylær subtype og er den samme for menn og kvinner i samme stadium. Ved brystbevarende operasjon eller dersom det foreligger genetisk disposisjon for brystkreft, anbefales årlig mammografikontroll i ti år avhengig av alder og allmenn-tilstand. Etter mastektomi hos menn uten genetisk disposisjon anbefales klinisk kontroll årlig (9).

Brystkreft oppfattes i befolkningen som en kvinnesykdom, og mange menn opplever det stigmatiserende å få diagnosen. Fysiske og psykologiske senfølger av behandlingen, som fatigue, depresjon, redusert livskvalitet og dårlig kroppsbilde, er ikke uvanlig. Brystkreftforeningen har tilbud om mannlige likepersoner og en egen Facebook-gruppe for menn som er genbærere eller har brystkreft. Pasienter bør oppfordres til å ta kontakt med disse tilbudene.

Menn har tradisjonelt vært ekskludert fra kliniske brystkreftstudier. Behandlingen baserer seg hovedsakelig på ekstrapolering av studier på brystkreft hos kvinner. Det er behov for flere prospektive studier for å få bedre forståelse av biologi, patologi og prognostiske faktorer, slik at vi kan gi optimal behandling av brystkreft hos menn. ■

Ellen Schlichting

elschl@ous-hf.no

Ellen Schlichting er dr.med., spesialist i generell kirurgi, i gastroenterologisk kirurgi og i bryst- og endokrinkirurgi. Hun er seksjonsleder ved Seksjon for bryst- og endokrinkirurgi, Oslo universitetssykehus, og nestleder i Norsk brystkreftgruppe.

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

Litteratur

- Chesebro AL, Rives AF, Shaffer K. Male Breast Disease: What the Radiologist Needs to Know. *Curr Probl Diagn Radiol* 2019; 48: 482–93.
- Cardoso F, Bartlett JMS, Slaets L et al. Characterization of male breast cancer: results of the EORTC 10085/TBCRC/BIG/NABCG International Male Breast Cancer Program. *Ann Oncol* 2018; 29: 405–17.
- Lokøy IK, Bakken IS, Wik E et al. Brystkreft hos menn – histopatologi og biomarkører. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0438.
- Bhardwaj PV, Gupta S, Elyash A et al. Male Breast Cancer: a Review on Diagnosis, Treatment, and Survivorship. *Curr Oncol Rep* 2024; 26: 34–45.
- Accomasso F, Actis S, Minella C et al. Clinical, Pathological, and Prognostic Features of Male Breast Cancer: A Multicenter Study. *Curr Oncol* 2023; 30: 9860–71.
- Eggemann H, Ignatov A, Smith BJ et al. Adjuvant therapy with tamoxifen compared to aromatase inhibitors for 257 male breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 2013; 137: 465–70.
- Khan MH, Allerton R, Pettit L. Hormone therapy for breast cancer in men. *Clin Breast Cancer* 2015; 15: 245–50.
- Rosso R, D'Alonzo M, Bounous VE et al. Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy in Breast Cancer Patients. *Curr Oncol* 2023; 30: 1461–72.
- Helsedirektoratet. Brystkreft – handlingsprogram. Lest 2.3.2024.

Kristin Ørstavik ^{1,2}*krorstav@ous-hf.no***Gro Solbakken** ³**Magnhild Rasmussen** ^{4,2}**Petter Schandl Sanaker** ⁵**Hanne Ludt Fossmo** ^{2,6}**Einar Bryne** ⁷**Torill Knutsen-Øy** ⁸**Tonje Elgsås** ⁹**Arvid Heiberg** ¹⁰

- 1 Seksjon for sjeldne nevromuskulære tilstander, Oslo universitetssykehus
- 2 Enhet for medfødte og arvelige nevromuskulære tilstander, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 3 Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering, Drammen sykehus, Vestre Viken
- 4 Barneavdeling for nevrofag, Oslo universitetssykehus
- 5 Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus
- 6 Vikersund Kurbad
- 7 Barnehabiliteringen, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
- 8 Tønsberg
- 9 Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser
- 10 Oslo

Dystrofia myotonika type 1 – en multiorgansykdom

Dystrofia myotonika type 1 er en dominant arvelig multiorgansykdom som kan affisere mennesker i alle aldre. Det er den hyppigst forekommende arvelige muskelsykdommen blant voksne. Sen diagnostikk tyder på begrenset kunnskap blant kolleger om at andre symptomer enn typisk muskulære kan dominere. Tilstanden forverres ofte for hver generasjon, og enkeltfamilier blir hardt rammet. Tar det lang tid før diagnosen blir satt, er det risiko for mer alvorlig utvikling og mangelfull symptomatisk behandling. Vi håper at denne kliniske oversiktsartikkelen kan bidra til raskere diagnostikk og bedre oppfølging av pasientgruppen.

Dystrofia myotonika type 1 ble første gang beskrevet i 1909 av Joseph Steinert og er også kalt Steinerts sykdom. Forekomsten på verdensbasis varierer betydelig, med et gjennomsnitt på 9,3/100 000, ifølge en oversiktsartikkel (1).

Vi kjenner ikke sikkert forekomsten i Norge, men i en prevalensstudie fra Nord-Norge er det rapportert 13,4/100 000 (2). Hovedsymptomene er ofte knyttet til stivhet og manglende relaksasjon av muskler (som skyldes myotoni) og svakhet (som skyldes dystrofi). Myotoni vil typisk bli mildere med aktivitet (oppvarmingsfenomen). Tilstanden er en multiorgansykdom med symptomer og funn som kan være mer fremtredende enn muskelsymptomene (figur 1).

Differensialdiagnoser inkluderer dystrofia myotonika type 2, som også er dominant arvelig, gir både myotoni og muskeldystrofi og fører til økt risiko for katarakt og diabetes. Men så langt er det ikke holdepunkter for forverring for hver generasjon ved denne tilstanden. Symptomene starter oftest i voksen alder, og svakheten er mest uttalt proksimalt. Dystrofia myotonika type 2 er en sjeldnere sykdom, med en prevalens på 2,3/100 000 (1). Vi har valgt i denne artikkelen å fokusere på dystrofia myotonika type 1. Andre viktige differensialdiagnoser er myotonia congenita, som gir myotoni, men ikke svakhet. Hos ungdom og voksne vil også distale

myopatier kunne minne om dystrofia myotonika type 1, men disse gir vanligvis ikke ptose og fascies myopathica som ved dystrofia myotonika type 1.

Denne kliniske oversikten er basert på et skjønnsmessig utvalg av internasjonal litteratur, skandinaviske og internasjonale anbefalinger og forfatternes særskilte kunnskap om pasientgruppen både gjennom klinisk arbeid, forskning og som pårørende. En slik oversikt dekker ikke hele temaet, men det finnes gode internasjonale retningslinjer for diagnostikk og oppfølging som viser omfanget av denne sykdommen (3–5).

Klinisk oversiktsartikkel

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

Genetikk

Den genetiske årsaken til dystrofia myotonika type 1 ble beskrevet i 1992 og skyldes en ustabil ekspansjon av en CTG-repetisjon i *DMPK*-genet (myotonic dystrophy proteinkinase-genet) (6). Dette er en tripletteksjonssykdom. Uaffiserte har 5–37 repetisjoner av CTG-komplekset. Repetisjoner i det såkalte premutasjonsområdet (38–49 repetisjoner) har tendens til å langsomt øke til sykdomsgivende område (over 50) over generasjoner. Repetisjoner over 50 og opptil over flere 1 000 gir sykdom. Repetisjonen

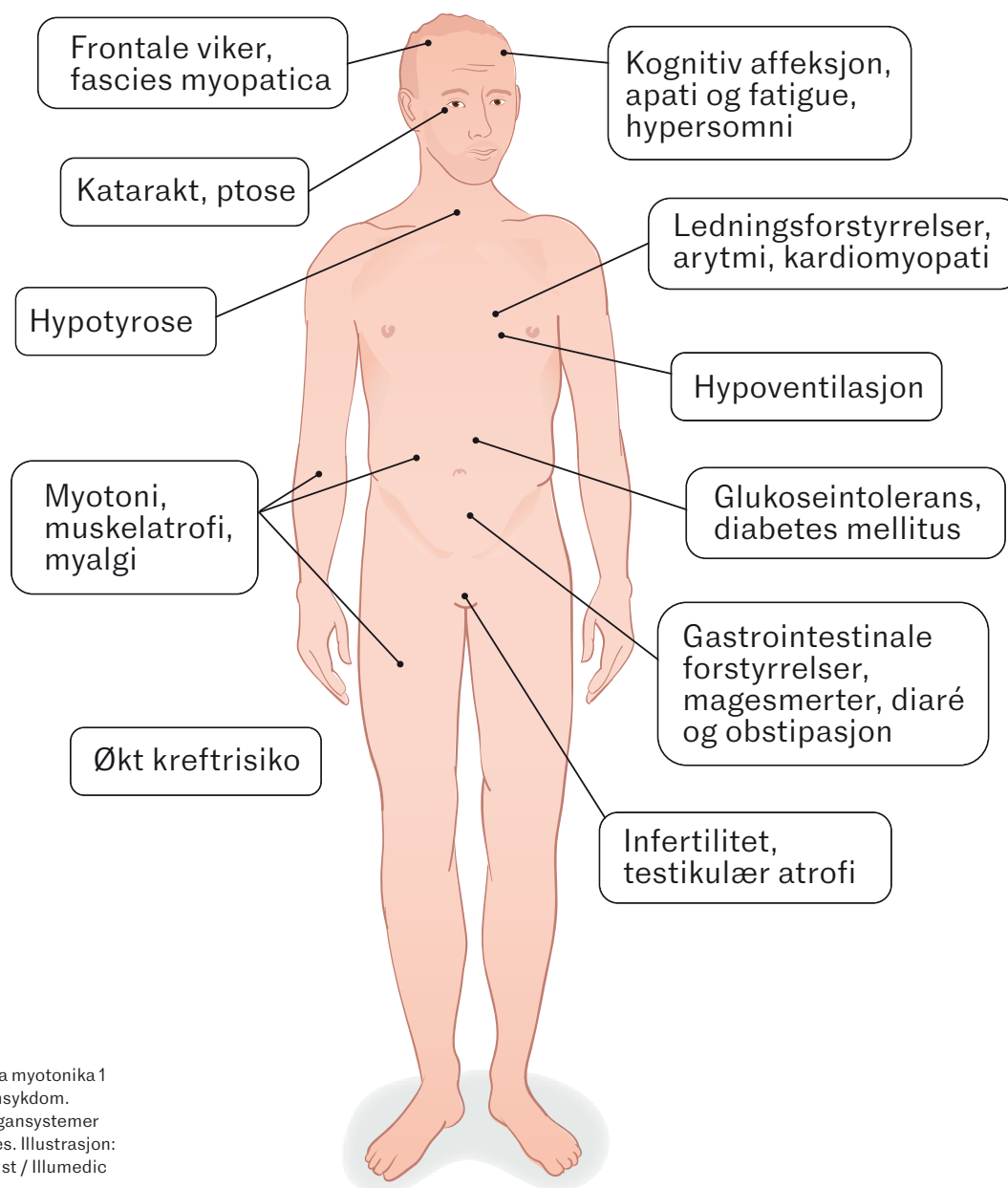
er økende ustabil med økende størrelse gjennom livet, og antallet repetisjoner øker også oftest fra forelder til barn og gir derfor mer alvorlig sykdom (antesipasjon) (7).

Undergrupper

Dystrofia myotonika type 1 deles inn i fem undergrupper avhengig av symptomdebut (8). Den *kongenitale* formen viser seg ved fødsel eller i nyfødtp perioden og er oftest nedarvet fra mor. Barnet er hypotont og har ofte problemer med å puste og ta til seg næring. Noen har klumpfot. Genetisk er det vanligvis mer enn 750 repetisjoner. En del av barna dør i nyfødtp perioden. De fleste andre bedres moto-

risk etter nyfødtp perioden, men har ofte betydelig kognitiv affeksjon. De motoriske vanskene øker etter hvert igjen, som ved klassisk dystrofia myotonika type 1.

Infantil form debuterer før ti års alder. Debutsymptomene er gjerne knyttet til forsinket psykomotorisk utvikling, lære- eller atferdsvansker og milde motoriske symptomer (9). Den *juvenile* formen debuterer når barna er 10–18 år. Her kan det også være sosiale vansker og lære vansker, og motoriske symptomer, myotoni og utvikling av svakhet sees ofte (10). *Klassisk* voksen form debuterer etter 18 års alder og gjerne med motoriske symptomer, men kan også være magesmerter, hypersomni, kardiale symptomer eller katarakt (8, 11). *Sen* voksen form debuterer etter 40 år, og disse personene har gjerne katarakt og eventuelt lette motoriske symptomer (11). —→



Figur 1 Dystrofia myotonika 1 er en multiorgansykdom. Figuren viser organsystemer som kan affiseres. Illustrasjon: Jeanette Engqvist / Illumedic

Diagnostikk

Studier har vist betydelig forsinkelse i diagnostikken av pasienter med dystrofia myotonika type 1. For pasienter med symptomdebut før 18 år viste en amerikansk spørreundersøkelse fra 2013 at det gikk i gjennomsnitt 13 år fra første symptom til diagnosen ble satt (12).

Dystrofia myotonika type 1 diagnostiseres ved genetisk testing. Undersøkelsen inngår ikke i genpaneler for nevro-muskulære tilstander og må bestilles separat. Genetisk testing bør vurderes som ledd i utredning av atferds-, oppmerksomhets- og/eller betydelige lærevansker hos barn, også for dem uten andre tydelige symptomer og tegn på dystrofia myotonika type 1. De motoriske symptomene kan være subtile hos barn og unge som har tidlig kognitiv affeksjon knyttet til sykdommen. Voksne pasienter med tidlig bilateral katarakt, stivhet i muskler eller økende dagtrettighet og manglende initiativ bør også vurderes, spesielt ved positiv familieanamnese. Muskelbiopsi har vanligvis ikke plass i diagnostikken, men hvis biopsi tas som ledd i generell myopatiutredning kan den vise karakteristiske funn. Kreatinkinaseverdien (CK) kan være normal eller lett forhøyet, mens elektromyografi (EMG) kan påvise myotoni og myopati selv om dette ikke sees ved klinisk undersøkelse.

Myopati og myotoni

Ved dystrofia myotonika type 1 er det klassisk påvirkning av muskler med atrofi distalt i ekstremiteter og i ansiktet, svakhet i hender og underarmer, og mange utvikler droppfot. I ansiktet sees ofte ptose, lite mimikk (facies myopatica) og atrofi av temporalismuskelen (8). Redusert mimikk gjør at ansiktsuttrykk kan mistolkes. Nakkemusklene kan være tidlig påvirket hos voksne, og nylig viste en norsk undersøkelse at dette også gjelder mage- og ryggmuskler hos mange (13). Musklene i svelget og rundt munnen blir ofte myopatiske og medfører snøvlete tale samt tygge- og svelgeproblemer. Slike vansker kan også ha myotont preg.

Myotonien sees ellers typisk i hendene, med problemer med å slippe et håndtak eller ved håndhilsing. Den kan testes ved å be pasienten knytte hånden hardt og slippe opp raskt, eller ved perkusjon over tenarmuskelen. Muskelsvakhet og dårlig balanse fører ofte til fall. Hos nyfødte med den kongenitale varianten sees hypotoni og forsinket motorisk utvikling. Ved barneformene kan dysartri og redusert mimikk være typiske trekk.

Hjerte- og respirasjonsaffeksjon

Pasienter med dystrofia myotonika type 1 har nedsatt gjennomsnittlig levealder: midten av 50-årene er beskrevet i litteraturen (14). Respirasjonssvikt er regnet som den viktigste dødsårsaken, men hjerteraffeksjon utgjør også en betydelig risikofaktor for tidlig død (14). Hjerteraffeksjon er beskrevet hos opptil 80 % av voksne med dystrofia myotonika type 1 og kan arte seg som ulike arytmier, kardiomyopati og akutt hjertedød (15). Internasjonalt er det anbefalt å ta årlig EKG samt Holter-monitorering og ekkokardiografi ved symptomer (16).

Respirasjonen kan være affisert på flere måter (17). Pasientene kan få klassisk obstruktiv søvnapné på grunn av svakhet i muskulaturen i øvre luftveier, de kan fremvise et restriktivt mønster på grunn av svakhet i diafragma og

aksessoriske muskler, og det er også beskrevet sentralnervøst betinget respirasjonsaffeksjon. Pasienter bør henvises til lungespesialist for kartlegging, og man bør årlig spørre spesifikt etter symptomer på hypoventilasjon, som morgenhodepine og økende dagtrettighet. Mange får behov for assistert ventilasjon om natten. Selv etter vellykket behandling av nattlig hypoventilasjon, vil en del pasienter fortsatt oppleve betydelig dagtrettighet. Denne kan være sentralnervøst betinget.

Forsiktighet ved kirurgi og anestesi

Hos samtlige pasienter med dystrofia myotonika type 1 bør det legges inn kritisk informasjon om tilstanden i kjernejournal, og respirasjon og hjertefunksjon bør kartlegges før inngrep. Pasientene kan ha myotoni i tunge/kjeve som kan gi intubasjonsvansker. De har også økt følsomhet for muskelrelakserende medikamenter, spesielt bør depolariserende muskelrelakserende medisiner unngås. Inhalasjonsanestesi bør brukes med forsiktighet hos pasienter med kardiomyopati (18). Pasientene må overvåkes nøye etter anestesi, og man må forvente lenger oppvåkningstid. Kronisk respirasjonssvikt er vanlig ved dystrofia myotonika type 1. Ved behov for oksygentilskudd må pasienten overvåkes, og det er viktig å utøve forsiktighet, da dette kan føre til retensjon av CO₂. Lungelege bør være involvert. Lokalbedøvelse og nitrogenoksid er trygt ved mindre inngrep.

Endokrinologi

Voksne pasienter har økt risiko for diabetes mellitus type 2, hypotyreose og infertilitet. Kontroll av HbA_{1c} og tyreoidfunksjonsprøver anbefales hvert år for voksne (4) og hvert tredje år eller ved klinisk mistanke hos barn (3).

Kognitiv affeksjon

Den kognitive profilen varierer fra omfattende svikt som tilsier utviklingshemning, til få eller ingen symptomer eller funn. Svikten kan oppstå fra tidlig barneår eller ikke før i voksen alder. Generelt ser man mildere svikt hos personer som har sen debut av symptomer, og mer alvorlig påvirkning hos dem med debut i tidlig barnealder. Samtidig kan pasienter med sen symptomdebut noen ganger ha relativt rask nedgang i visse kognitive evner (4). Pasientene kan ha problemer med hukommelse, rom- og retningssans og oppmerksomhet. I tillegg ser man utfordringer med eksekutive funksjoner som evne til planlegging, abstrakt tenkning, mental fleksibilitet og impuls kontroll (19). Dette gir seg ofte uttrykk i initiativløshet og apati, og mange trenger mye hjelp for å gjennomføre dagligdagse aktiviteter. For personer med slike utfordringer indikerer både forskning og klinisk erfaring at de kognitive vanskene påvirker livskvaliteten i stor grad (3).

Også mildere kognitive utfall med for eksempel affeksjon av eksekutive funksjoner kan gi vansker med å fungere i hverdagen. Det bør være lav terskel for å gjennomføre en nevropsykologisk utredning. Strukturert kartlegging av nevropsykologisk funksjon og aktiviteter i dagliglivet er et nyttig hjelpemiddel for pasienter og pårørende til å forstå og mestre vanskene bedre. Mange med dystrofia myotonika type 1 og kognitive problemer har dårlig sykdomsinnsikt. I helsetjenesten opplever man da

vansker med å få gode anamnesticke opplysninger samt manglende oppfølging av avtaler og etterlevelse av tiltak. Uansett årsak til manglende sykdomsinnsikt er det viktig å skape forståelse for at dette ikke er noe personen gjør med overlegg, og pårørende og hjelpeapparatet må involveres i oppfølgingen. Ledsager til behandlingsavtaler anbefales.

Andre symptomer og funn

Katarakt uten kjent årsak er et viktig alarmsymptom og ofte det eneste funnet hos dem med sen voksendebut (4, 8, 20). I en norsk studie med 50 voksne pasienter rapporterte 84 % kroniske smerter (21). Mange strever med diaré eller obstruksjon og magesmerter, noe som kan gi pseudoobstruksjon og gjentatte innleggelser (22). Det er også beskrevet en betydelig andel med urininkontinens (22). Dystrofia myotonika type 1 gir også økt risiko for kreft, uten at det er utarbeidet egne screeningprogrammer for pasientgruppen (23).

Oppfølging og behandling

Det finnes ingen spesifikk medikamentell behandling for dystrofia myotonika type 1, men det foregår utprøving av blant annet genmodifiserende behandling som antisense-terapi med oligonukleotider (24).

Tilstanden er progredierende, og det er derfor viktig med regelmessig oppfølging både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Spesifikk oppfølging av hjertet og respirasjonen som anført over, er anbefalt. Ved betydelig affeksjon og ved debut i barnealder bør pasientene følges i habiliteringstjenesten. Mange voksne pasienter kan ha nytte av rehabiliteringsopphold. Fysisk aktivitet og styrketrening er anbefalt for å unngå dekondisjonering av ikke-affisert muskulatur, gjerne etter råd fra fysioterapeut med kjennskap til diagnosen. Ved hjerteraffeksjon bør kondisjons-trening gjøres etter samråd med kardiolog.

Hvilken type styrketrening som har effekt, er gjenstand for pågående forskning. Kognitiv terapi, eventuelt i kombinasjon med et treningsprogram, har også vist seg å ha effekt på fatigue hos pasientgruppen (25). Affisert pasient, og foreldre når pasienten er et barn, bør få genetisk veiledning når diagnosen er bekreftet. Det er viktig at barnet får tilbud om dette på nytt når det har nådd myndighetsalder. Pasienter og pårørende kan anbefales å melde seg inn i Foreningen for muskelsyke (FFM), som holder egne kurs og tilbyr kontakt med likeperson. Foreningen har også en separat ungdomsgruppe.

Dystrofia myotonika type 1 gir utfordringer for friske pårørende. I mange familier blir sykdommen først kjent når det fødes et alvorlig affisert barn, men det avdekkes da ofte flere med diagnosen i samme familie, f.eks. en av foreldrene til barnet. Der barnet har sosiale utfordringer i skolen og en ektefelle med diagnosen har manglende initiativ, fatigue og begrensede muligheter til å bidra, blir det en særlig stor belastning på den friske i parforholdet. Enhet for medfødte og arvelige nevrologiske tilstander ved Oslo universitetssykehus har utarbeidet en perm til bruk for pårørende av voksne pasienter med dystrofia myotonika type 1 (26). Denne kan være til nytte både for pårørende og for pasienter i møte med hjelpeapparatet. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 11.10.2023, første revisjon innsendt 29.1.2024, godkjent 16.2.2024.

Kristin Ørstavik

krorstav@ous-hf.no

Kristin Ørstavik er dr.med., spesialist i nevrologi og klinisk nevrofysiologi og seksjonsoverlege. Hun har lang erfaring i oppfølging og behandling av pasienter med sjeldne nevrologiske tilstander og er veileder for flere ph.d.-studier om dystrofia myotonika type 1. Forfatterbidrag: idé, manusutkast, innsamling av innspill, manusbearbeiding og godkjenning av innsendt versjon.

Gro Solbakken

Gro Solbakken er ph.d., spesialfysioterapeut, spesialist i nevrologisk fysioterapi. Hun har lang erfaring med tverrfaglig oppfølging av pasienter med sjeldne nevrologiske tilstander, og hennes doktorgradsavhandling omhandler dystrofia myotonika type 1. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendt versjon.

Magnhild Rasmussen

Magnhild Rasmussen er dr.med. og spesialist i barnesykdommer. Hun har spesialkompetanse innenfor sjeldne arvelige nevrologiske sykdommer og har utført en studie rundt pasienter med dystrofia myotonika type 1. Hun er pensjonert med deltidsstilling. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendt versjon.

Petter Schandl Sanaker

Petter Schandl Sanaker er ph.d. og spesialist i nevrologi, med lang erfaring med pasienter med sjeldne nevrologiske tilstander. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendt versjon.

Hanne Ludt Fossmo

Hanne Ludt Fossmo er spesialfysioterapeut og ph.d.-kandidat med dystrofia myotonika type 1 som tema. Hun har lang erfaring med denne pasientgruppen. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendt versjon.

Einar Bryne

Einar Bryne er overlege og spesialist i barnesykdommer. Han har lang erfaring med barn og ungdom med dystrofia myotonika type 1. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendt versjon.

Torill Knutsen-Øy

Torill Knutsen-Øy er pårørende og har skrevet boken *Alene, sammen* om sine opplevelser. Hun var tidligere ansatt i Enhet for medfødte og arvelige nevrologiske tilstander og bidro til utvikling av pårønderperm for pårørende til pasienter med dystrofia myotonika type 1. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendt versjon.

Tonje Elgsås

Tonje Elgsås er psykologspesialist med ferdypning i habiliteringspsykologi. Hun har lang erfaring med pasienter med dystrofia myotonika type 1. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendt versjon.

Arvid Heiberg

Arvid Heiberg er spesialist i medisinsk genetikk og professor emeritus. Han har svært lang erfaring med sjeldne sykdommer og har publisert en studie om pårønderollen ved dystrofia myotonika type 1. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendt versjon.

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

Litteraturliste på neste side.



Litteratur

- Liao Q, Zhang Y, He J et al. Global Prevalence of Myotonic Dystrophy: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology* 2022; 56: 163–73.
- Müller KI, Ghelue MV, Lund I et al. The prevalence of hereditary neuromuscular disorders in Northern Norway. *Brain Behav* 2021; 11: e01948.
- Johnson NE, Aldana EZ, Angeard N et al. Consensus-based care recommendations for congenital and childhood-onset myotonic dystrophy type 1. *Neurol Clin Pract* 2019; 9: 443–54.
- Ashizawa T, Gagnon C, Groh WJ et al. Consensus-based care recommendations for adults with myotonic dystrophy type 1. *Neurol Clin Pract* 2018; 8: 507–20.
- Bird TD. Myotonic Dystrophy Type 1. I: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM et al., red. Seattle, WA: GeneReviews, 1993.
- Buxton J, Shelbourne P, Davies J et al. Detection of an unstable fragment of DNA specific to individuals with myotonic dystrophy. *Nature* 1992; 355: 547–8.
- Winblad S, Samuelsson L, Lindberg C et al. Cognition in myotonic dystrophy type 1: a 5-year follow-up study. *Eur J Neurol* 2016; 23: 1471–6.
- Hamel JI. Myotonic Dystrophy. *Continuum (Minneapolis)* 2022; 28: 1715–34.
- Aden P, Skarbø AB, Wallace S et al. Cognitive function, behaviour and quality of life in children with myotonic dystrophy type 1 in South - Eastern Norway. *Eur J Paediatr Neurol* 2023; 45: 1–6.
- Laguerre E, Dogan C, De Antonio M et al. A large multicenter study of pediatric myotonic dystrophy type 1 for evidence-based management. *Neurology* 2019; 92: e852–65.
- Joosten IBT, Horlings CGC, Vosse BAH et al. Myotonic dystrophy type 1: A comparison between the adult- and late-onset subtype. *Muscle Nerve* 2023; 67: 130–7.
- Hilbert JE, Ashizawa T, Day JW et al. Diagnostic odyssey of patients with myotonic dystrophy. *J Neurol* 2013; 260: 2497–504.
- Solbakken G, Ørstavik K, Hagen T et al. Major involvement of trunk muscles in myotonic dystrophy type 1. *Acta Neurol Scand* 2016; 134: 467–73.
- Turner C, Hilton-Jones D. Myotonic dystrophy: diagnosis, management and new therapies. *Curr Opin Neurol* 2014; 27: 599–606.
- Petri H, Vissing J, Witting N et al. Cardiac manifestations of myotonic dystrophy type 1. *Int J Cardiol* 2012; 160: 82–8.
- Hasselberg NE, Berge KE, Rasmussen M et al. Kardiomyopati ved arvelig skjelettmuskeldystrofi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2018; 138: doi: 10.4045/tidsskr.16.0683.
- Hawkins AM, Hawkins CL, Abdul Razak K et al. Respiratory dysfunction in myotonic dystrophy type 1: A systematic review. *Neuromuscul Disord* 2019; 29: 198–212.
- Ferschl M, Moxley R, Day JW et al. Practical suggestions for the anesthetic management of a myotonic dystrophy patient. *Lest* 29.1.2024.
- Morin A, Funkiewiez A, Routier A et al. Unravelling the impact of frontal lobe impairment for social dysfunction in myotonic dystrophy type 1. *Brain Commun* 2022; 4: fcac111.
- Boonstra NE, Varhaug KN. Øyesykdom ved dystrophia myotonica type 1. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0608.
- Solbakken G, Løseth S, Froholdt A et al. Pain in adult myotonic dystrophy type 1: relation to function and gender. *BMC Neurol* 2021; 21: 101.
- Fisette-Paulhus I, Gagnon C, Girard-Côté L et al. Genitourinary and lower gastrointestinal conditions in patients with myotonic dystrophy type 1: A systematic review of evidence and implications for clinical practice. *Neuromuscul Disord* 2022; 32: 361–76.
- D'Ambrosio ES, Gonzalez-Perez P. Cancer and Myotonic Dystrophy. *J Clin Med* 2023; 12: 1939.
- De Serres-Bérard T, Ait Benichou S, Jauvin D et al. Recent Progress and Challenges in the Development of Antisense Therapies for Myotonic Dystrophy Type 1. *Int J Mol Sci* 2022; 23: 13359.
- Okkersen K, Jimenez-Moreno C, Wenninger S et al. Cognitive behavioural therapy with optional graded exercise therapy in patients with severe fatigue with myotonic dystrophy type 1: a multicentre, single-blind, randomised trial. *Lancet Neurol* 2018; 17: 671–80.
- Enhet for medfødte og arvelige nevromuskulære tilstander, Oslo Universitetssykehus. Informasjonssperm om dystrofia myotonika type 1. *Lest* 20.1.2024.



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

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

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

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

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



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

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

EVRENZO™ can change the clinical management of anaemia of CKD

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

Oral administration three times weekly.⁵

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

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

1. Roksadustat (Evrenzo) innføres til behandling av voksne pasienter med symptomatisk anemi som er assosiert med kronisk nyresykdom (CKD).⁷
2. Det forutsetter at prisen er lik eller lavere enn den prisen som er grunnlaget for denne beslutningen.⁷

Beslutning:

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

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

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

Referanser:

1. EVRENZO SmPC, seksjon 4.1, 06.2023.
2. EVRENZO SmPC, seksjon 5.1, 06.2023.
3. Del Vecchio L and Locatelli F. Roxadustat in the treatment of anaemia in chronic kidney disease. Expert Opin Investig Drugs. 2018;27(1):125-33.
4. Locatelli F, Fishbane S, Block GA, Macdougall IC. Targeting hypoxia-inducible factors for the treatment of anemia in chronic kidney disease patients. Am J Nephrol. 2017;45:187-99.
5. EVRENZO SmPC, seksjon 4.2, 06.2023.
6. EVRENZO SmPC, seksjon 4.5, 06.2023.
7. <https://nyemetoder.no/metoder/roksadustat-evrenzo> - page checked 08.2023.



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

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

NUCALA har refusjon for tilleggsbehandling til intranasale kortikosteroider til behandling av voksne med alvorlig kronisk rhinosinussitt med nasal polypose (CRSwNP) hvor behandling med systemiske kortikosteroider og/eller kirurgi ikke gir tilstrekkelig sykdomskontroll^{1,2}

Nucala skal forskrives i henhold til kriterier fra Beslutningsforum vedtak 24. april 2023²

NUCALA er det eneste anti-IL-5-legemidlet som er godkjent for å behandle 4 eosinofildrevne sykdommer^{1,3}



SEA



CRSwNP



HES



EGPA

73% av pasientene opplevde betydelig forbedring i livskvalitet (QoL)*⁴

evaluert med SNOT-22 vs. 54 % med placebo (Nucala: n = 150/206; placebo: n = 106/201. OR: 2,44 (95 % KI: 1,60, 3,73; p < 0,0001)).

NUCALA ER RETTET MOT IL-5, et viktig type 2-cytokin og en prediktor for residiv av nesepolypper⁵⁻⁹

NUCALA
mepolizumab

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Advarsler/forsiktighetsregler: Skal ikke brukes til å behandle akutte astmaeksaserbasjoner.

Pasienten bør informeres om å søke legehjelp dersom astmaen fortsatt er ukontrollert eller blir verre etter behandlingsstart. Brå seponering av kortikosteroider etter behandlingsstart er ikke anbefalt.

Allergiske reaksjoner: Akutte og forsinkede systemiske reaksjoner, inkl. overfølsomhetsreaksjoner, har forekommet. Pasienten skal informeres om å søke legehjelp umiddelbart dersom allergiske reaksjoner inntreffer. Ved overfølsomhetsreaksjon skal passende behandling initieres.

Parasittære infeksjoner: Preeksisterende helmintinfeksjoner bør behandles før behandlingsstart.

Blir pasienten smittet under Nucala-behandling og ikke responderer på antihelminthbehandling, bør midlertidig seponering av Nucala vurderes. Organtruende eller livstruende manifestasjoner av EGPA og HES: Har ikke vært studert.

Bivirkninger: I kliniske studier hos pasienter med alvorlig refraktær eosinofil astma og EGPA var hodepine, reaksjoner på injeksjonsstedet og ryggsmertor de mest vanlige rapporterte bivirkningene under behandlingen. Hos pasienter med CRSwNP: Hodepine og ryggsmertor. Hos pasienter med HES: Hodepine, urinveisinfeksjon, reaksjoner på injeksjonsstedet og pyreksi.

Les preparatomtale for mer informasjon før forskrivning av Nucala.

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

Kontakt GSK for mer informasjon, eller booke møte



Refusjon for behandling av CRSwNP



Nucala skal forskrives i henhold til kriterier fra Beslutningsforum vedtak 24. april 2023.

Nucala (mepolizumab, 100 mg, 40mg) til subkutan injeksjon (ferdigfylt penn 100 mg, ferdigfylt sprøyte 40 mg og 100 mg). Indikasjoner:

- Tilleggsbehandling til intranasale kortikosteroider til behandling av voksne med **alvorlig CRSwNP** hvor behandling med systemiske kortikosteroider og/eller kirurgi ikke gir tilstrekkelig sykdomskontroll. Anbefalt dose, Voksne: 100 mg (1,0 ml) hver 4. uke.
- Tilleggsbehandling ved **alvorlig, refraktær, eosinofil astma** hos voksne, ungdom og barn ≥ 6 år. Anbefalt dose, voksne og ungdom ≥ 12 år: 100 mg (1,0 ml) hver 4. uke. Barn 6-11 år; injeksjonsvæske i ferdigfylt sprøyte: 40 mg (0,4 ml) hver 4. uke.
- Tilleggsbehandling hos pasienter ≥ 6 år med **relapserende-remitterende eller refraktær eosinofil granulomatose med polyangiitt (EGPA)**. Anbefalt dose, Voksne og ungdom ≥ 12 år: 300 mg (3,0 ml) hver 4. uke. Barn 6-11 år og ≥ 40 kg: 200 mg (2,0 ml) hver 4. uke. Barn 6-11 år og <40 kg: 100 mg (1,0 ml) hver 4. uke.
- Tilleggsbehandling hos voksne med **utilstrekkelig kontrollert hypereosinofil syndrom (HES)** uten en identifiserbar ikke-hematologisk sekundær årsak. Anbefalt dose, Voksne: 300 mg (3,0 ml) hver 4. uke.

*Annet endepunkt: Andel av pasientene som oppnådde den minste kliniske viktige forskjellen på $\geq 8,9$ poeng forbedring fra baseline i SNOT-22-skår i fravær av kirurgi.⁴

Refusjon: H-resept: R03D X09_1 Mepolizumab. Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonal faglig retningslinje og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. Vilkår: 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Maksimalpriser: 100 mg 1 stk ferdigfylt penn/sprøyte 11967,30 kr. 40 mg 1 stk ferdigfylt sprøyte 4808,70 kr. Avtalepris inngår i Sykehusinnkjøp anbud LIS 2022 Alvorlig ukontrollert T2-høy astma fra 01.04.2022. Anbudet inneholder rabatterte priser. Nucala (mepolizumab) er besluttet innført av Beslutningsforum til behandling av alvorlig eosinofil astma, kronisk rhinosinussitt med nasal polypose (CRSwNP) og hypereosinofil syndrom (HES). Indikasjonen EGPA er til vurdering i nye metoder. Beslutning om innføring foreligger ikke.

Forkortelser: SEA; alvorlig eosinofil astma, EGPA; eosinofil granulomatose med polyangiitt, HES; hypereosinofil syndrom, QoL; quality of life, SNOT-22; sino-nasal outcome test (22-item), OR; odds ratio, IL; interleukin.

Referanser: 1. Nucala preparatomtale. 2. nyemetoder.no/metoder/mepolizumab-nucala-indikasjon-iii (sett 21.03.2024). 3. Faserna preparatomtale. 4. Han JK et al. Mepolizumab for chronic rhinosinusitis with nasal polyps (SYNAPSE): a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Respir Med. 2021;9(10):1141-1153. 5. Gevaert P, et al. The roles of eosinophils and interleukin-5 in the pathophysiology of chronic rhinosinusitis with nasal polyps. Int Forum Allergy Rhinol. 2022;12(11):1413-1423. 6. Gandhi MA, et al. Targeting key proximal drivers of type 2 inflammation in disease. Nat Rev Drug Discov. 2016;15(1):35-50. 7. Kato A. Immunopathology of chronic rhinosinusitis. Allergol Int. 2015;64(2):121-130. 8. Mortuaire G, et al. T helper 2 inflammatory markers are associated with recurrence in chronic rhinosinusitis with nasal polyps after endoscopic sinus surgery. Rhinology. 2020;58(5):444-450. 9. Sun DI, et al. Clinical significance of eosinophilic cationic protein levels in nasal secretions of patients with nasal polyposis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009;266(7):981-986.

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

©2024 GSK Group of Companies or its licensor. Trademarks are the property of their respective owner. PM-NO-MPL-ADVR-240002 april 2024

Naima Borg Tahri¹
nbt91@hotmail.com

Berit Gravdehaug¹
Nazli Bahrami¹
Laurens Reitsma¹

¹ Bryst- og endokrinkirurgisk avdeling,
Akershus universitetssykehus

En kvinne i 50-årene med postoperativ infeksjon, generalisert utslett og organsvikt

En kvinne i 50-årene utviklet symptomer på infeksjon og multiorgansvikt få dager etter operasjon for brystkreft. Et utslett i huden ga oss hint om en sjelden tilstand.

En kvinne i 50-årene ble akuttinnlagt i kirurgisk mottak på sitt lokalsykehus grunnet feber, redusert allmenntilstand og tungpust femte postoperative døgn etter dagkirurgisk operasjon for cancer mamma dexter med brystbevarende kirurgi og vaktpostlymfeknutediagnostikk.

Kvinnen hadde kjent diabetes mellitus type 1, hypertensjon, migrene, kols og fibromyalgi. Hun røykte under 10 sigaretter daglig. Av faste medisiner brukte hun insulinpumpe, enalapril 20 mg per os og acetylsalicylsyre 75 mg per os.

Ved innkomst var kvinnen våken og klar, hun hadde kroppstemperatur på 38,6 °C, respirasjonsfrekvens på 20/min, saturasjon på 97 %, puls på 95/min og blodtrykk på 133/56 mmHg, samt lett rødme og væsking fra operasjonsåret på brystet.

Blodprøvene viste CRP 332 mg/L (referanseområde < 5), leukocytter $10,1 \cdot 10^9/L$ (3,5–8,8), hvorav nøytrofile granulocytter $9,6 \cdot 10^9/L$ (1,5–7,3), kreatinin 101 µmol/L (45–90) og eGFR 53 ml/min/1,7m² (≥ 60). Arteriell blodgass viste pH 7,41 (7,35–7,45), pCO₂ 4,2 kPa (4,64–6,40), pO₂ 8,6 kPa (11,1–14,4) og laktat 1,1 mmol/L (0,7–1,6).

Postoperativ sårinfeksjon er den vanligste komplikasjonen etter brystkirurgi. Det kan medføre dårligere kosmetisk resultat, forsinke oppstart av adjuvant behandling og er belastende for pasienten. Ifølge Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft var andelen sårinfeksjoner som krevde antibiotikabehandling 4,9 % i 2022 (1).

Kvinnen oppfylte ingen av qSOFA-kriteriene (quick Sequential Organ Failure Assessment Score), men hun oppfylte tre av fire kriterier for systemisk inflammatorisk responsyndrom (SIRS), og hun hadde tegn på organdysfunksjon

med dyspné og redusert nyrefunksjon. Man mistenkte derfor begynnende sepsis. Det ble tatt blodkulturer, urinprøve og nasofarynks-PCR, og det ble startet sepsisbehandling med intravenøs kloksacillin 2 g × 4 og gentamicin 420 mg × 1.

Ifølge Helsedirektoratets veileder for antibiotikabehandling i sykehus anbefales kloksacillin 2 g × 6 intravenøst og gentamicin 6 mg/kg × 1 intravenøst ved sepsis med mistenkt utgangspunkt i hud eller bløtvev. Vår pasient fikk startet behandling i tråd med dette.

Ettersom det ikke var bryst- og endokrinkirurg på sykehuset, ble pasienten samme dag flyttet til universitetssykehuset hvor hun var operert. Her fant man at hun hadde utviklet et kløende, diffust, symmetrisk utbredt erytem på toraks og ekstremiteter. Etter mistanke om allergisk legemiddelreaksjon på antibiotika skiftet man derfor over til klindamycin 600 mg × 4 intravenøst i monoterapi og startet antihistaminer, desloratadin 5 mg × 2 peroralt.

Penicillinallergi rapporteres ofte, men har en reell forekomst < 1 % (2). Type 1-reaksjon oppstår i løpet av minutter og gir alvorlig anafylaktisk reaksjon. Type 4-reaksjon er en forsinket hypersensitivitetsreaksjon, mediert via T-celler i huden, og gir vanligvis et kløende makulopapuløst eksantem innenfor 1–2 uker som kan behandles med antihistaminer eller steroider (2).

Dagen etter overflyttingen ble pasienten dårligere. NEWS (National Early Warning Score), et skåringssystem for å bedømme vitale funksjoner, økte fra 2 til 9. Hun var våken og noe uklar. Til tross for infusjon av totalt 1 L Ringer-Acetate og 2 L NaCl 9 mg/ml, samt væsketøt med 250 ml NaCl, hadde

hun blodtrykk på 88/54 mmHg. Puls var på 99/min, respirasjonsfrekvens på 26/min, saturasjon på 95 % i romluft og kroppstemperatur på 38,4 °C. Hun var anurisk og blodprøvene viste akutt nyresvikt med kreatinin 258 µmol/L (45–90), eGFR 17 ml/min/1,7m² (≥ 60) og karbamid 15 mmol/L (2,6–6,4). Elektrolyttprøver viste moderat hyponatremi 128 mmol/L (137–145) og normal kalium 4,2 mmol/L (3,6–5,0). Arteriell blodgass viste kompensert metabolsk acidose med pCO₂ 3,9 kPa (4,64–6,40), laktat 4 mmol/L (0,7–1,6) og base excess - 4 (-3–3). Forhøyet CRP-verdi og leukocytall var uendret. Hun anga ingen muskelsmerter og kreatinkinase var normal.

Funnene ga mistanke om septisk sjokk da hun hadde tegn til sirkulasjonssvikt med lavt blodtrykk og høy laktat tross initial væskeresuscitering.

Kvinnen ble flyttet til intensivavdeling for vasopressorbehandling. Her var hun respiratorisk stabil og selvpustende uten behov for oksygen. Hun holdt middelarterietrykk > 65 mmHg med høyeste dose noradrenalin på 0,08 µg/kg/min intravenøst. Hun fikk infusjon med Ringer-Acetate og hadde en sparsom, men økende timediurese på 30 ml/t. Det var ikke behov for glukokortikoider da hun responderte raskt og stabiliserte seg på vasopressor og væske. På mistanke om en alvorlig streptokokk- eller stafylokokkinfeksjon ble antibiotikabehandlingen utvidet med infusjon av cefotaksim 2 g × 3 (i tillegg til allerede oppstartet klindamycin).

Pasientens nyresvikt ble tolket som prerenal på bakgrunn av hypovolemi og sepsis. Aminoglykosider som gentamicin, som pasienten fikk en enkelt dose av ved innleggelsen, er nefrotoksisk og kan ha bidratt til forverring av hennes nyrefunksjon.

Kvinnen hadde også diaré med 3–4 løse tømninger per døgn. Man testet for covid-19 og influensa, samt *Clostridium difficile*, som alle var negative. Leververdiene var lett påvirket med ALAT 70 U/L (10–45), ASAT 60 U/L (15–35), GT 195 U/L (10–75) og ALP 330 U/L (35–105). Bilirubin total var normal

17 µmol/L (< 26). Hun hadde ingen petekkier eller ekkymoser i huden, og koagulasjonsprøver viste INR 1,2 (0,8–1,2), samt trombocytter innenfor normalt referanseintervall. Hun hadde forhøyet D-dimer 4,7 mg/L (< 0,5), APTT 62 sekunder (22–30) og fibrinogen 6,4 g/L (1,7–4,2).

Pasienten ble vurdert med tanke på disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC). Forhøyet D-dimer og APTT styrket mistanken, mens forhøyet fibrinogen, normal INR og trombocytter, samt ingen kliniske tegn på blødning, sveket mistanken. Pasienten skåret derfor lavt (2 poeng) på The International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) sin DIC-skår, og DIC ble således vurdert mindre sannsynlig.

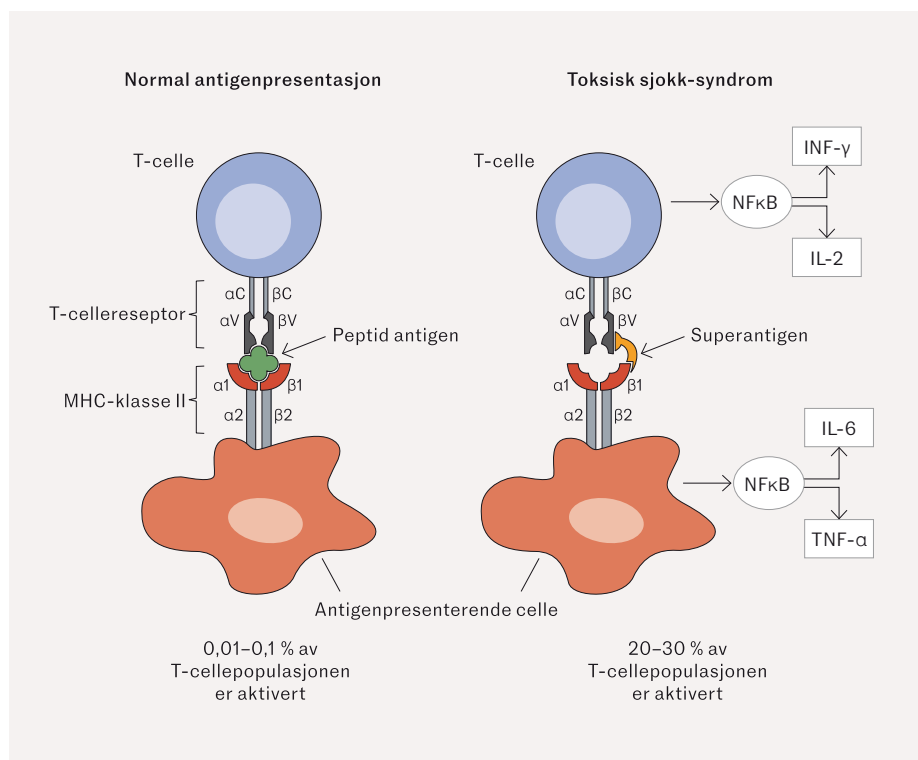
Kvinnen ble økende tung i pusten etter flytting til intensivavdeling. Røntgen toraks viste stuvning og små mengder bilateral pleuravæske. I tillegg utviklet hun pittingødem i alle fire ekstremiteter, og blodprøvene viste en proBNP på 13 505 ng/L (≤ 287). Blodkulturer tatt første, andre og fjerde innlegelsesdøgn, forelå etter fem dager og var negative. EKG viste smalkomplekset sinustakykardi med normal akse, uten tegn til iskemi eller grenblokk. Ekkokardiografi viste god biventrikulær funksjon med ejeksjonsfraksjon på 58 %. Det ble ikke påvist vegetasjoner på klaffene eller andre holdepunkter for endokarditt. Venstre atrium var forstørret, 51 ml/m², høyre atrium var ikke forstørret, 30 ml/m², og hun hadde en liten trikuspidalinsuffisiens. Trikuspidal gradient ble målt til 2,7 m/s (< 2,8). Det ble konkludert med diastolisk dysfunksjon grad 2. Hun fikk vanndrivende behandling med furosemid 20 mg × 2 per os, som hadde god klinisk effekt.

Vår pasient utviklet i løpet av første innlegelsesdøgn multiorgansvikt med anurisk nyresvikt, leverpåvirkning, diastolisk hjertesvikt og lungestuvning, samt gastrointestinale symptomer. Sykehistorien og pasientens symptomer kunne gi mistanke om bakteriemi med gule stafylokokker og endokarditt. Transtorakal ekkokardiografi viste imidlertid ingen tegn til endokarditt, og pasienten hadde



Figur 1 Hudavskalning i håndflaten

Figur 2 Skjematisk oversikt over normal T-celleaktivering og abnormal T-celleaktivering induert av et superantigen (gjengitt med tillatelse) (7). Illustrasjon: Rita Gamlem Kristiansen



ingen bilyd på hjertet, ingen tegn til tromboembolier og ingen predisponerende faktorer. Blodkulturer viste heller ingen oppvekst av bakterier. Endokarditt ble således raskt vurdert som mindre sannsynlig, og man valgte å ikke gå videre med en transøsofageal ekkokardiografi.

Dagen etter overflytting så vi også at utslettet hadde spredd seg til hele kroppen, og at huden i håndflatene og på fotsålene begynte å skalle av (figur 1). Sykehistorien og det kliniske bildet fikk oss til å tenke på toksisk sjokk-syndrom. Til tross for kun sparsom rødme omkring operasjonssåret på brystet, valgte brystkirurg å åpne og revidere såret i lokalanestesi på intensivavdelingen. Det var ikke synlig puss eller væskeansamling i såret, og vevet så friskt ut. Man sikret prøver fra såret til dyrkning og lukket huden kun delvis, slik at eventuell væske kunne sive ut.

Etter to dager på intensivavdelingen var pasienten respiratorisk og sirkulatorisk stabil, og hun ble flyttet til sengepost. På grunn av vedvarende kroppstemperatur over 38 °C, organsviktssymptomer i form av dyspné, nyresvikt og hjertesvikt, samt vedvarende forhøyet CRP (200 mg/L) og leukocytter ($21 \cdot 10^9/L$) i over fire dager, valgte man å re-operere henne på operasjonsskive i generell anestesi. Det ble utført kvadrantektomi av hele nedre mediale kvadrant høyre mamma, tilsvarende det affiserte området, og det ble på nytt tatt prøver til dyrkning.

Allmenntilstanden ble etter dette betydelig bedre, utslettet bleknet og huden skallet av i håndflater og på føttene. Nyrefunksjonen var normal etter ti dager. Infeksjonstallene falt gradvis: på niende dag var CRP 69 mg/L og leukocytter $17,5 \cdot 10^9/L$. Dyrkninger fra operasjonssåret forelå på femte dag og viste renkultur av gule stafylokokker. Antibiotika ble skiftet til per oral dikloksacillin 1 g $\times$ 4, i henhold til resistensbestemmelse. Pasienten ble utskrevet etter 15 dager med dicloksacillin (total antibiotikabehandling i 22 dager) og furosemid i nedtrappende doser.

Ved poliklinisk kontroll tre uker senere var proBNP på 740 ng/L (≤ 287), og infeksjonsparametere, nyrefunksjon og leververdier var normale. Såret på brystet så fredelig ut, og det ble lukket sekundært i lokalanestesi på poliklinikken.

Det var det skarlatiniforme utslettet i håndflatene som vekket oppsikt og fikk oss til å tenke på toksisk sjokk-syndrom. Det er en svært sjelden, men livstruende tilstand som skyldes superantigenproduserende bakterier, typisk *Staphylococcus aureus* eller *Streptococcus pyogenes* (3).

Diskusjon

Insidens er omkring 0,5 og 0,4 per 100 000 per år for henholdsvis stafylokokk- og streptokokktoksisk sjokk-syndrom (4). Etiologi med stafylokokker fikk stor oppmerksomhet rundt 1980-tallet da sykdommen var hyppig assosiert med bruk av hyperabsorberende tamponger. I dag er tilstanden oftest ikke menstruasjonsassosiert, men den kan ses postoperativt, post partum, ved intrauterin spiral, brannsår eller hud- og bløtdelsinfeksjoner. Mortalitet ved menstruasjonsassosierte tilfeller er $< 5\%$, mens den ved ikke-menstruasjonsassosierte tilfeller er helt oppe i 22 % (4, 5).

Tilstanden forårsakes av eksotoksiner som virker som bakterielle superantigener. Det er identifisert 24 stafylokokk- og 12 streptokokk-superantigener. Blant de mest alminnelige er toksisk sjokk-syndrom-toksin-1 (TSST-1), som opptil 50 % av *Staphylococcus aureus* kan danne (6). Over 90 % har utviklet antistoffer mot TSST-1 i voksen alder (3).

Ved normal immunrespons tas antigener opp av antigenpresenterende celler og presenteres i vevsforlike-lighetsgenkompleks (major histocompatibility complex II, MHC klasse II) for antigenspesifikke T-celler. $\longrightarrow$

Kun 0,01–0,001 % av T-cellene er spesifikke for det aktuelle antigenet og vil bli aktivert. Superantigener er derimot i stand til å binde seg direkte til MHC II-molekyler og deretter til en del av T-cellerreseptoren som finnes på alle T-celler. Dermed kan eksotoksinene aktivere opp til 30 % av T-cellene (figur 2) (7).

Aktiveringen fører til massiv ekspresjon av proinflammatoriske cytokiner som lymfotoksin-alfa, interleukin-1, -2, og -6, interferon-gamma og tumornekrosefaktor. Interleukin-1 kan gi muskelproteolyse. TSST-1-superantigenet har direkte effekt på blodkar og medfører kapillærlekkasje og hypotensjon. Klassiske infeksjonstegn kan være fokalt beskjedne, da superantigener via overproduksjon av tumornekrosefaktor hemmer makrofaginfiltrasjon i det infiserte området (4, 8, 9) – slik vår pasient kun hadde sparsomme funn i og ved operasjonssåret.

Symptomer på toksisk sjokk-syndrom utvikler seg raskt (innen 48 timer). Den direkte effekten av toksiner og cytokiner, samt hypotensjonen, resulterer i multiorgan-svikt som typisk innsetter 8–12 timer etter symptomdebut (10). Rask diagnostikk og behandling er derfor avgjørende for å redusere mortalitet og morbiditet. Diagnosen stilles klinisk, og det finnes ingen paraklinisk test for å skille toksisk sjokk-syndrom fra andre stafylokokk- eller streptokokkinfeksjoner. Det finnes diagnostiske kriterier, utviklet av Centers for Disease Control and Prevention, å støtte seg til, men disse kan ikke brukes til å utelukke toksisk sjokk-syndrom i individuelle tilfeller der man har mistanke om tilstanden (11).

Klassisk utvikles et diffust erytem som utgår fra toraks og sprer seg til ekstremiteter, spesielt på håndflater og fot-såler med påfølgende karakteristisk avskalning av huden her (figur 1). Andre typiske symptomer og tegn omfatter høy feber, lavt blodtrykk, muskelsmerter (rabdomyolyse), nyresvikt, leversvikt, kardiomyopati, lungeødem og pleuraeffusjon, oppkast og diaré, hodepine, konjunktival, orofaryngeal og vaginal hyperemi, anemi, trombocytopeni og disseminert intravaskulær koagulasjon (10). Viktige differensialdiagnoser er septisk sjokk forårsaket av andre patogener, legemiddelreaksjon, meningokokker og inflammatorisk multisystemsyndrom ved covid-19.

Behandlingen består av støttebehandling for å reverse sjokktilstanden, samt kirurgi og antibiotika. Sår kan se fredelige ut på grunn av svekket inflammatorisk respons, men kirurgisk debridement er likevel nødvendig (12). Videre er det viktig å fjerne eventuelle fremmedlegemer ved mistenkt fokus, som tampong, spiral, skitne bandasjer og piercing (9, 10, 13). Empirisk antibiotikabehandling er ifølge antibiotikaveilederen benzylpenicillin 2,4 g × 6 intravenøst ved streptokokker og kloksacillin 2 g × 6 intravenøst ved stafylokokker (14). Ved penicilliner virker baktericid ved å hemme dannelsen av bakterienes cellevegg. I tillegg er det viktig å legge til klindamycin 900 mg × 3 intravenøst som hemmer bakterienes proteinsyntese og dermed dannelsen av toksiner (6). Denne kombinasjonen av betalaktamantibiotika og klindamycin har vist seg å være mest effektiv og bør være førstevalget (6). Intravenøs immunglobulin kan gis som tilleggsbehandling, da det har en antiinflammatorisk og immunmodulerende effekt, blant annet ved å inaktivere sirkulerende superantigener (4, 13). Flere observasjonsstudier peker på lavere mortalitet ved bruk av intravenøs immunglobulin, men evidensen er usikker i mangel av randomiserte kontrollerte studier (4).

Over 90 % utvikler antistoffer mot TSST-1 innen 25 års alder. Toksisk sjokk-syndrom med TSST-1 rammer kun de 10 % som ikke har antistoffer (15). Halvparten av disse pasientene serokonverterer ikke, og de har nedsatt evne til å danne antistoffer etter sykdomsperioden og er således i økt risiko for en ny episode (15).

Toksisk sjokk-syndrom antas å være underdiagnostisert da en del pasienter først i retrospekt oppfyller kriteriene (8). I dag er tilstanden oftest ikke menstruasjonsassosiert, og man bør ha toksisk sjokk-syndrom i mente hos nyopererte pasienter som raskt utvikler høy feber, utslett og multiorgansvikt. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 22.10.2023, første revisjon innsendt 12.2.2024, godkjent 22.2.2024.

Naima Borg Tahri

nbt91@hotmail.com

Naima Borg Tahri er lege i spesialisering.

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

Berit Gravdehaug

Berit Gravdehaug er spesialist i gastroenterologisk kirurgi og i bryst- og endokrinkirurgi samt overlege.

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

Nazli Bahrami

Nazli Bahrami er spesialist i generell kirurgi, overlege og ph.d.-kandidat.

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

Laurens Reitsma

Laurens Reitsma er spesialist i generell kirurgi og i bryst- og endokrinkirurgi samt fagansvarlig overlege.

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

Litteratur

- 1 Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft. Årsrapport 2022 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft. Lest 22.2.2024.
- 2 Berild D. Penicillinallergi. Lest 22.2.2024.
- 3 Gottlieb M, Long B, Koyfman A. The evaluation and management of toxic shock syndrome in the emergency department: a review of the literature. *J Emerg Med* 2018; 54: 807–14.
- 4 Burnham JP, Kollef MH. Understanding toxic shock syndrome. *Intensive Care Med* 2015; 41: 1707–10.
- 5 Descloux E, Perpoint T, Ferry T et al. One in five mortality in non-menstrual toxic shock syndrome versus no mortality in menstrual cases in a balanced French series of 55 cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2008; 27: 37–43.
- 6 Annane D, Clair B, Salomon J. Managing toxic shock syndrome with antibiotics. *Expert Opin Pharmacother* 2004; 5: 1701–10.
- 7 Celie KB, Colen DL, Kovach SJ 3rd. Toxic Shock Syndrome after Surgery: Case Presentation and Systematic Review of the Literature. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2020; 8: e2499.
- 8 Hansen NS, Leth S, Nielsen LT. Toxic shock syndrome. *Ugeskr Laeger* 2020; 182: V11190673.
- 9 Lappin E, Ferguson AJ. Gram-positive toxic shock syndromes. *Lancet Infect Dis* 2009; 9: 281–90.
- 10 Murray RJ. Recognition and management of *Staphylococcus aureus* toxin-mediated disease. *Intern Med J* 2005; 35: S106–19.
- 11 Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. *MMWR Recomm Rep* 1997; 46: 1–55.
- 12 Spaulding AR, Salgado-Pabón W, Kohler PL et al. *Staphylococcal* and *streptococcal* superantigen exotoxins. *Clin Microbiol Rev* 2013; 26: 422–47.
- 13 Wilkins AL, Steer AC, Smeesters PR et al. Toxic shock syndrome – the seven Rs of management and treatment. *J Infect* 2017; 74: S147–52.
- 14 Helsedirektoratet. Antibiotika i sykehus. Lest 1.2.2024.
- 15 Parsonnet J, Hansmann MA, Delaney ML et al. Prevalence of toxic shock syndrome toxin 1-producing *Staphylococcus aureus* and the presence of antibodies to this superantigen in menstruating women. *J Clin Microbiol* 2005; 43: 4628–34.

Eneste kombinasjon av laveste dose østrogen og melkesyrebakterier!^{1,2}

Indikasjoner:

- 1 Behandling av vaginal atrofi hos postmenopausale eller perimenopausale kvinner
- 2 Gjenopprettelse 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.

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

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

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

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

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

Ellisiv Seines¹

svendsen.ellisiv@gmail.com

Mariann Harneshaug²Trine Skjeflo³Fredrik Isachsen⁴Erik Waage Nielsen^{1, 5, 6, 7}¹ Anestesiavdelingen, Nordlandssykehuset Bodø² Dagkirurgisk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø³ Diagnostisk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø⁴ Ortopedisk seksjon, Nordlandssykehuset Bodø⁵ Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo⁶ Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet⁷ Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet Bodø

Pneumothorax under skulderkirurgi

En frisk mann i 70-årene utviklet venstresidig overtrykkspneumothorax med fall i oksygenmetning og blodtrykk i forbindelse med en artroskopisk skulderkirurgi på samme side. Perioperativ ultralyd for å undersøke lungeglidning er en enkel metode for raskt å identifisere denne sjeldne, men potensielt farlige situasjonen.

En lungefrisk, 180 cm høy, ikke-røykende og vel-trent mann i 70-årene gjennomgikk i høyre sideleie en to timers artroskopisk sutur av skulderens rotatormansjett (rotatorcuff) på venstre side. Ingen nerveblokkade ble utført, men 20 ml lokalbedøvelse ble satt i skulderleddet før og etter operasjonen. Pasienten fikk intravenøs anestesi med remifentanyl og propofol, og en larynksmaske størrelse 5 ble plassert uten problemer.

Monitorering inkluderte EKG, pulsoksymetri, blodtrykk og kapnografi. Ventilering var trykkkontrollert med 9 cm vann, 40 % oksygen og uten positivt endeekspiratorisk trykk. Middelblodtrykket var stabilt på 70 mmHg, og oksygenmetning var på 95–98 %.

En time før operasjonsslutt falt oksygenmetningen til 89 %, tidevolumet fra 550 ml til 366 ml og middelblodtrykket fra 70 mmHg til 60 mmHg. Oksygen i inspirasjonsluft ble økt fra 40 % til 100 %, og inspiratorisk overtrykk ble økt fra 9 cm til 18 cm vann. Oksygenmetningen steg til 91 %, blodtrykket endret seg ikke. Det ble ikke lyttet på lunger eller tatt blodgass. Operasjonen ble fullført, narkosen stoppet og larynksmasken fjernet uten problemer. Ved ankomst på postoperativ avdeling var oksygenmetningen 88 % til tross for påsatt oksygenmaske med 100 % oksygen. Pasienten var tungpustet, klam og blek med blodtrykk 90/60 mmHg. Vakthavende anestesilege ble tilkalt med en gang og oppdaget med ultralyd etter få minutter manglende lungeglidning (*lung sliding*) av pleurablādene på venstre side. Røntgen thorax bekreftet venstresidig overtrykkspneumothorax (figur 1).

Kirurg anla i lokalanestesi et 12 French Portex-dren i femte interkostalrom på operasjonsavdelingen 1,5 time etter skulderoperasjonen. Lungen reekspanderte etter to timer med 5 mmHg sug. På intensivavdelingen tre timer etter skulderoperasjonen hadde pasienten behov for smertestillende medikamenter, men blodtrykket var normalisert og oksygentilførselen trappet ned fra 6 L til 2 L på brillekateter. Thoraxdrenet ble fjernet etter 15 timer og pasienten utskrevet 24 timer etter skulderoperasjonen. Ved oppfølging seks måneder etter var han symptomfri og aktiv.

Diskusjon

Pneumothorax etter skulderartroskopi skjer sjelden og er oftest rapportert i kasuistikker, med over 30 artikler på PubMed som beskriver tilfeller under og opptil ti timer etter skulderartroskopi (1). Det kan derfor være at flere mindre, symptomfattige pneumothoraxtilfeller forblir uoppdaget, ettersom 94 % av disse leger seg selv (2).

Pneumothorax fra ruptur av mindre bullae kan ikke utelukkes hos vår pasient. Det er imidlertid usannsynlig at bullae som ikke har sprukket under vanlig hoste, som kan generere trykk opp mot 400 cm vann (3), sprekker av luftveistrykk på 20 cm vann under en anestesi. Ventileringen under operasjonen var dessuten upåfallende, og pasienten hostet ikke noen gang med larynksmaske. Kirurgens lokalanestesi i skulderleddet nådde neppe pleurahulen grunnet avstanden, og diatermi ble ikke brukt. Det ble heller ikke satt en interskalen nerveblokkade, som særlig før bruk av ultralyd kan gi pneumothorax (4).

Artiklene vi har funnet, indikerer at pneumothorax ved skulderkirurgi skyldes selve operasjonen, da pneumothorax alltid forekommer på samme side som artroskopi (5). Flere tilfeller av pneumomediastinum og subkutant emfysem uten pneumothorax tyder også på at luften stammer fra artroskopen, ikke fra lungene (6). I en artroskopisk skulderoperasjon som denne opprettes 3–5 porter i huden for artroskop og kirurgiske instrumenter. Det brukes sug og infusjonspumpetrykk på 30–60 mmHg (41–82 cm vann) med omtrent 20 liter 0,9 % NaCl gjennomskyll.

Pasientens perspektiv

«Når det gjelder min opplevelse av situasjonen, må jeg jo bare si at jeg merket lite til selve hendelsen og hadde heller ingen reaksjoner etterpå.»

En mulig mekanisme er at undertrykket fra artroskopi-pumpene suger luft gjennom åpne arbeidsportaler, og at dette veksler med overtrykk som presser både luft og vann inn i det omkringliggende vevet i skulderleddet (7). Når artroskopet tas ut og inn mange ganger, kan luft også følge med som en sykkelpumpe. Luft kan også komme inn i skyllevæsken via løse slangekoblinger, om skyllevæskeposene ikke byttes tidsnok og det kommer luft i slangesettet, eller om sårflikene virker som en enveisventil under bevegelse av skulderen (6). Skyllevæsken kan også føre til hydrothorax (8). Luft og vann kan følge fasciesjikt og kanaler inn i pleurahulen, basert på embryologiske og radiologiske funn (9).

Vår pasienthistorie viser at artroskopisk skulderkirurgi en sjelden gang kan føre til pneumothorax. Perioperativ ultralyd for å visualisere lungeglidning er en enkel metode for raskt å identifisere og dermed håndtere denne potensielt farlige situasjonen. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfelleurdert.

Mottatt 17.8.2023, første revisjon innsendt 21.11.2023, godkjent 18.1.2024.

Ellisiv Seines

svendsen.ellisiv@gmail.com

Ellisiv Seines er lege i spesialisering i anesthesiologi.

Mariann Harneshaug

Mariann Harneshaug er spesialsykepleier i anesthesi.

Trine Skjeflo

Trine Skjeflo er spesialist i radiologi.

Fredrik Isachsen

Fredrik Isachsen er lege og spesialist i ortopedi.

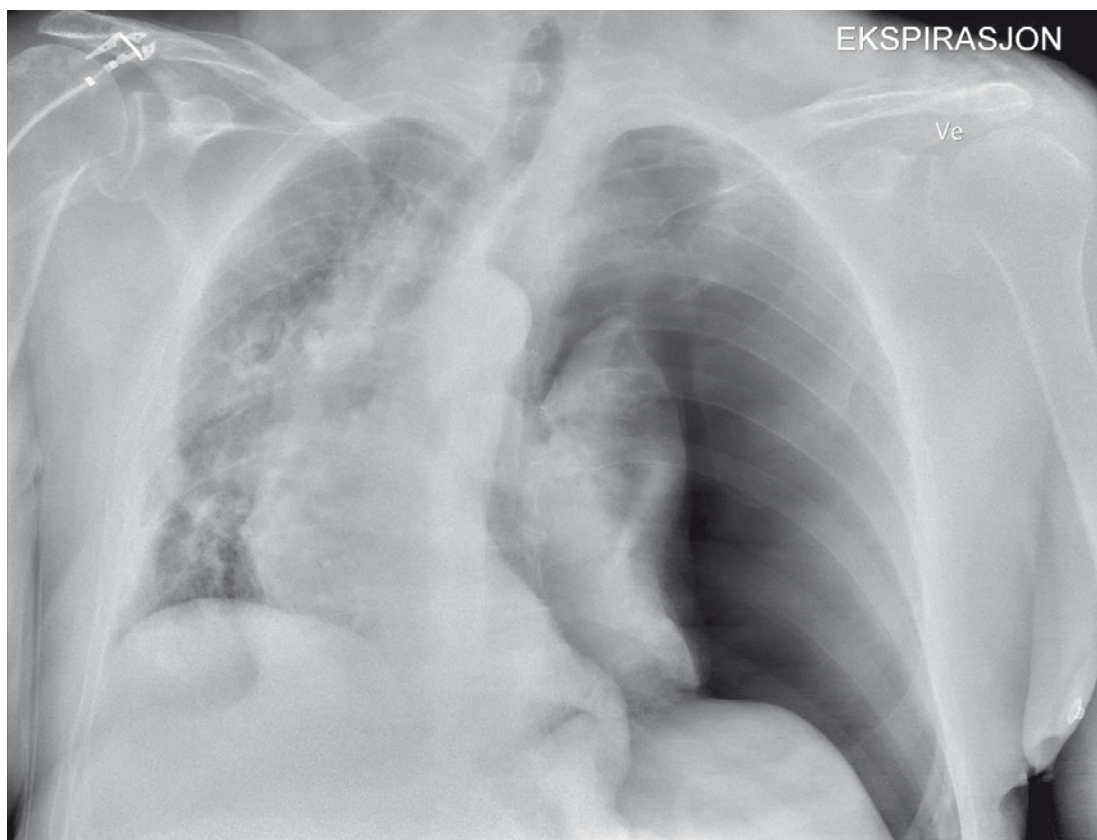
Erik Waage Nielsen

Erik Waage Nielsen er spesialist i anesthesiologi med europeisk intensiveksamen EDIC 1 og 2 og er professor.

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

Litteratur

- 1 Bamps S, Renson D, Nijs S et al. Pneumothorax after Shoulder Arthroscopy: A Rare but Life-threatening Complication. J Orthop Case Rep 2016; 6: 3–5.
- 2 Brown SGA, Ball EL, Perrin K et al. Conservative versus Interventional Treatment for Spontaneous Pneumothorax. N Engl J Med 2020; 382: 405–15.
- 3 Fontana GA, Lavorini F. Cough motor mechanisms. Respir Physiol Neurobiol 2006; 152: 266–81.
- 4 Klaastad O, Sauter AR, Dodgson MS. Brachial plexus block with or without ultrasound guidance. Curr Opin Anaesthesiol 2009; 22: 655–60.
- 5 Sun WC, Kuo LT, Yu PA et al. Pneumothorax, an Uncommon but Devastating Complication following Shoulder Arthroscopy: Case Reports. Medicina (Kaunas) 2022; 58: 1603.
- 6 Van Nieuwenhuysen ESM, Kerens B, Moens J et al. Subcutaneous emphysema after shoulder arthroscopy. A case report and review of the literature. J Orthop 2017; 14: 287–9.
- 7 Kateros K, Skotidis E, Bablekos GD et al. Pneumothorax After Shoulder Arthroscopy: A Rare Complication of Rotator Cuff Repair Surgery. Cureus 2023; 15: e36774.
- 8 Connett B, Krohn EF, Hilu J. Complete Hydrothorax After Revision Shoulder Arthroscopic Surgery: A Case Report. Cureus 2022; 14: e23590.
- 9 Lee SY, Chen CH, Sheu CY et al. The radiological manifestations of the aberrant air surrounding the pleura: in the embryological view. Pulm Med 2012; 2012: 290802.



Figur 1 Røntgenbildet viser overtrykks-pneumothorax på venstre side med overskyting av mediastinum, trakea og hjertet mot høyre.

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 VOKSNE^{2,3}

Utvalgt 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 tiltrert. 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 10 g 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 ukens 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 uklar.

Refusjon: H-resept

Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonal faglig retningslinje og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. Vilkår: 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. 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: Patiromersorbitetskalsium (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-text eller godkjent SPC på www.felleskatalogen.no for Lokelma. NO-11602-12-23-CVRM

Golfspillerens purpura

Fotografiet viser et utslett bestående av purpuriske konfluerende makler og papler over distale del av venstre legg.

Pasienten, en frisk mann i 50-årene, oppsøkte fastlege med akutt oppstått asymptomatisk utslett over begge underekstremiteter. Under anamneseopptak fremkom det at pasienten hadde spilt flere runder med golf tidligere samme dag som utslettet oppstod. Det hadde vært en varm sommerdag hvor han hadde vært iført shorts og lange sokker. Pasienten brukte ingen legemidler, og hadde ikke hatt nylig feber, infeksjonssykdom, muskel-/leddsmarter eller vekttap.

Klinisk undersøkelse avdekket et relativt symmetrisk utslett på begge underekstremiteter bestående av ikke-avblekbare konfluerende makler og papler med utsparing av huden videre distalt på områder som sokkene hadde tildekket. Blodtrykket var normalt, det var ingen utslag på urinstrimmeltest og orienterende blodprøver var alle innenfor normalområdet. Det ble ikke tatt hudbiopsi. Utslettet var forenlig med anstrengelsesutløst purpura (*exercise-induced purpura*). Det ble ikke gitt spesifikk behandling, og ved oppfølging to uker senere var utslettet forsvunnet.

Tilstanden – som også blir kalt golfspillerens purpura eller vaskulitt (*golfer's vasculitis*) – oppstår typisk hos middelaldrende pasienter etter langvarig gåing i varmt vær (1,



2). Selv om begrepet vaskulitt blir brukt, har det vært diskutert om det i realiteten dreier seg om en kapillaritt – en harmløs hudforandring som skyldes betennelse og lekkasje fra de minste blodkarene på grunn av fragile kar og venøse stase (2). Utslettet kan affisere begge underekstremiteter, og gi symptomer i form av kløe, brennende og stikkende

smerter, i tillegg til ødemer og urtikarielle vabler (1).

Golfspillerens purpura skiller seg fra mer alvorlige typer vaskulitt ved at pasientene er afebrile og uten allmennsymptomer. Eksklusjonsdiagnosen baserer seg i hovedsak på anamnesticke opplysninger. I tvilstilfeller, eller tilfeller hvor pasienten fremstår allment syk, bør det være lav terskel

for videre utredning med hudbiopsi, blodprøver og urinstrimmeltest. Prognosen er god ettersom utslettet forsvinner i løpet av én til fire uker, men i enkelte tilfeller kan det oppstå pigmentforandringer som varer lenger (1). ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

*Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 7.9.2023, første revisjon
innsendt 14.1.2024, godkjent 29.2.2024.*

Jakob Lillemoen Drivenes

jakobdrivenes@hotmail.com
Horten legesenter
Jakob Lillemoen Drivenes er lege i spesialisering del 1. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anette Bygum

Syddansk Universitet og Hudklinikken i Kolding.
Anette Bygum er professor i dermatologi og venerologi og arbeider i spesialistpraksis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Espitia O, Dréno B, Cassagnau E et al. Exercise-Induced Vasculitis: A Review with Illustrated Cases. *Am J Clin Dermatol* 2016; 17: 635–42.
- 2 Sanyal S, Tsang Y, Miller J et al. Golfer's purpura - an under recognised form of exercise-induced capillaritis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30: 1403–4.

Clara-celler blir til klubbeceller

Clara-celler, som ligger i bronkiolene, har sitt navn fra en lege som var nazist. Termen er nylig erstattet med *club cells*, som på norsk blir til *klubbeceller*.

I de siste årene har det vært mye diskusjon om eponymer med tilknytning til Nazi-Tyskland. Dette gjelder blant andre de tyske legene Hans Reiter, Friedrich Wegener, Julius Hallervorden og Hugo Spatz (1, 2). Deres navn er fjernet fra listen over eponymer (3, 4).

Historien om den østerrikske anatomen Max Clara (1899–1966) ble publisert i 2010 (1, 2). Han var medlem av nazipartiet og fikk i 1935 sjefsstillingen i anatomi i Leipzig. I 1937 beskrev han en type sekretoriske celler i bronkiolene (5). Disse ble etter hvert omtalt som *Clara cells*. I 1942 fikk han et professorat i München, delvis på grunn av sine naziforbindelser. Han ble arrestert av amerikanerne i 1945. Etter at han ble sluppet fri i 1946, fikk han ingen ny stilling i Tyskland, men i 1950 tiltrådte han et professorat i histologi i Istanbul (1).

Cellene Clara oppdaget

I Claras artikkel fra 1937 står det at bronkiolecellene han studerte var hentet fra henrettede fanger (1). En slik praksis hadde lenge vært lovlig i Tyskland, og Clara var en pådriver for å utvide praksisen. Han deltok også i et eksperiment med vitamin C-tilskudd til en fange som skulle henrettes noen dager seinere (1).

Saken reiser noen prinsipielle spørsmål, for eksempel hvor mye galt en person skal ha gjort før man fjerner et eponym, hvor gode bevisene skal være og hvem som skal ta beslutningen (2). Toneangivende fagmiljøer ble snart enige om å endre navnet på Clara-cellene (6). Forslaget ble å kalle dem *club cells* på engelsk og *Keulenzellen* på tysk, basert på tidligere bruk (1). Og slik ble det. I 2012 vedtok redaksjonskomiteene i de fremste lungetidsskriftene å endre navn på cellene til *club cells* og at termen *Clara cells* kunne brukes i en tilleggsparentes i en toårsperiode (6–8).

På norsk kan *club* bety både *klubbe* og *kølle* (9). *Club cell* kan derfor oversettes til både klubbecelle og køllecelle. *Store norske leksikon* har foreslått å bruke køllecelle (10), men klubbecelle har den fordel at det ligger nærmest den engelske termen både fonetisk og i stavemåte. Vi mener derfor at *klubbecelle* bør være den norske oversettelsen av *club cell*. ■

Erlend Hem

erlend.hem@lefo.no

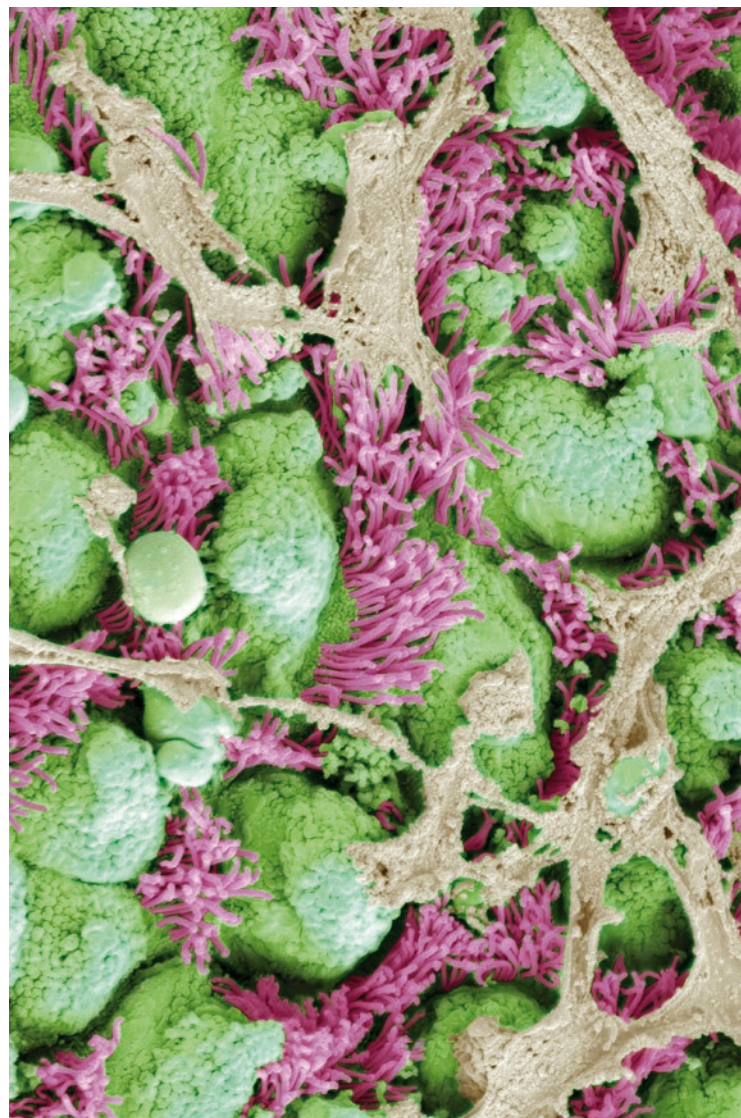
Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og leder av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk.

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

Ole Henning Skjøsberg

Ole Henning Skjøsberg er spesialist i indremedisin og i lungesykdommer, overlege og seksjonsleder ved Lungemedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus, og professor ved Universitetet i Oslo.

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



Vevet i en bronkiole sett med skanningelektronmikroskop. Epitelet består av celler med flimmerhår (rosa) og klubbeceller/ Clara-celler uten flimmerhår (grønne) som blant annet utskiller slimløsende sekret (brunt). Foto: Science Photo Library / NTB

Litteratur

- 1 Winkelmann A, Noack T. The Clara cell: a "Third Reich eponym"? Eur Respir J 2010; 36: 722–7.
- 2 Woywodt A, Lefrak S, Matteson E. Tainted eponyms in medicine: the "Clara" cell joins the list. Eur Respir J 2010; 36: 706–8.
- 3 Hem E. Reiters syndrom er på vei ut. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 136.
- 4 Hem E. Eponymer til skraphaugen? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3247.
- 5 Clara-celler. I: Øyri A. Norsk medisinsk ordbok. 9. utg. Oslo: Samlaget, 2011: 195.
- 6 Wikipedia. Club cell. Lest 26.7.2023.
- 7 Parad RB. An oversight regarding the club cell? Pediatr Pulmonol 2022; 57: 2252.
- 8 McColley SA. Editor's response to "An oversight regarding the club cell?". Pediatr Pulmonol 2022; 57: 2263.
- 9 Ordnett. Stor engelsk-norsk ordbok. Lest 30.7.2023.
- 10 Holck P. Clara-celler. Lest 26.7.2023.



Send oss videoer!



Tidsskriftet vil gjerne ha flere artikler med tilhørende videoer.

Vi bistår med tilrettelegging for publisering.

Videoer kan sendes inn sammen med manuskriptet.

Tidsskriftet 

Raskere diagnostikk og behandling ved akutt hørselstap

En ny studie gir verdifull innsikt om viktigheten av å handle raskt når hørselen blir borte.

Akutt hørselstap kan forårsakes av sykdommer som varierer i alvorlighet fra ørevoks til hjerneslag. Dersom øregangen er blokkert eller mellomøret er fylt av væske, som ved mellomørebetennelse, kan det påvises ved otoskopi. Ved stemmegaffelprøve med Webers test høres lyden best på det syke øret. Dette kalles mekanisk hørselstap, og prognosen er vanligvis god. Dersom hørselstapet skyldes skade av sansecellene i det indre øret, eller av nervecellene i hørselsnerven eller i hjernen (sensorinevralt hørselstap), kan otoskopifunnet være normalt selv om øret er tilnærmet døvt. Selv med grundig utredning finner man i mange tilfeller ingen sikker årsak til denne typen hørselstap. Vi snakker da om et idiopatisk akutt sensorinevralt hørselstap (*sudden deafness*).

Stor variasjon

Akutt idiopatisk sensorinevralt hørselstap forekommer i alle aldersgrupper med anslagsvis 1 000–1 500 tilfeller i Norge hvert år. Alvorlighetsgraden varierer fra et lett tap av noen hørselsfrekvenser til døvhets i de mest alvorlige tilfellene. Hos mange oppstår spontan bedring i løpet av noen uker, men omtrent halvparten av pasientene får varig hørselsreduksjon med redusert taleoppfattelse og retningshørsel. Akutt tap av hørsel på et øre er en dramatisk hendelse med negative konsekvenser for livskvalitet, sosial interaksjon og i arbeidslivet (1). Mange får i tillegg plagsom tinnitus, og noen opplever svimmelhet og balanseproblemer.

Hyperbar oksygenbehandling

Anbefalt standardbehandling for denne tilstanden er peroral prednisolon i 10–15 dager med oppstart så snart som mulig. I noen tilfeller brukes intratympanale steroider. Effekten av behandlingen er dessverre usikker, og bedre behandlingalternativer er ønsket (2).

Flere studier har vist at hyperbar oksygenbehandling kan være effektiv (3). Pasienter puster rent oksygen under trykk i 90 minutter daglig i 10–20 dager. Effekten er antakelig basert på økt oksygenering av cochlea, reduksjon av ødem og/eller antiinflammatoriske mekanismer, men dokumentasjonen er ikke god nok til å bruke denne behandlingen som et vanlig tilbud. De norske øre-nese-hals- og trykkammermiljøene har derfor startet

en stor nasjonal randomisert multisen-terstudie for å vurdere effekten (4). For å sikre tidlig behandling, inkluderer studien pasienter med symptomer inntil syv dager etter debut.

Raskere utredning

I løpet av studien har vi sett at mange pasienter med akutt hørselstap henvises for sent til å starte tidnok med nødvendig behandling eller for å bli vurdert for inklusjon i studien. Vi anbefaler at man i primærhelsetjenesten ved akutt hørselstap leter etter forklarende årsaker som traume, infeksjon og tett eller blokkert øregang på grunn av voks, blod eller puss. Undersøk også om trommehinnen er skadet eller om mellomøret er fylt med væske. Ved usikre eller manglende funn, og særlig ved samtidig oppstått vertigo og tinnitus, er det mistanke om sensorinevralt hørselstap. Nærmeste øre-nese-halsavdeling, -spesialist eller studiesenter bør kontaktes umiddelbart for å avklare om det er behov for øyeblikkelig hjelp eller om det er tilstrekkelig med tilsyn neste virkedag.



Relevante oppslagsverk, som Norsk elektronisk legehåndbok, Legevaktthåndboka og Veilederen for øre-nese-halsfaget, er nylig oppdatert eller under oppdatering for å presisere betydningen av rask behandling ved akutt idiopatisk sensorinevralt hørselstap. ■

Mottatt 30.1.2024, godkjent 28.2.2024.

Bernd Müller

bernd.mueller@helse-bergen.no
Bernd Müller er ph.d., overlege ved Seksjon for hyperbarmedisin ved Yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland universitetssjukehus og studieleder i SuDHO-studien.

Frederik Kragerud Goplen

Frederik Kragerud Goplen er ph.d., overlege ved øre-nese-halsavdelingen på Haukeland universitetssjukehus og medlem av otonevrokirurgisk utvalg.

Jeanette Hess-Erga

Jeanette Hess-Erga er overlege ved øre-nese-halsavdelingen på Haukeland universitetssjukehus og medlem av audiologisk utvalg.

Jan Erik Berge

Jan Erik Berge er ph.d. og overlege ved øre-nese-halsavdelingen på Haukeland universitetssjukehus.

Leif Runar Opheim

Leif Runar Opheim er overlege, leder for seksjon for ørekirurgi ved øre-nese-halsavdelingen på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og medlem av otonevrokirurgisk utvalg.

Haakon Arnesen

Haakon Arnesen er overlege ved øre-nese-halsavdelingen på St. Olavs hospital i Trondheim.

Juha Tapio Silvola

Juha Tapio Silvola er overlege ved otologisk seksjon ved øre-nese-halsavdelingen, leder for forskningsenheten i kirurgisk divisjon på Akershus universitetssykehus, professor ved universitetet i Oslo og medlem av audiologisk utvalg.

Hans Kristian Røkenes

Hans Kristian Røkenes er overlege ved øre-nese-halsavdelingen på Drammen sykehus og leder av norsk forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi.

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

Litteratur

- 1 Härkönen K, Kivekäs I, Rautiainen M et al. Quality of Life and Hearing Eight Years After Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Laryngoscope* 2017; 127: 927–31.
- 2 Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR et al. Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg* 2019; 161: S1–45.
- 3 Joshua TG, Ayub A, Wijesinghe P et al. Hyperbaric Oxygen Therapy for Patients With Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2022; 148: 5–11.
- 4 Helse Bergen. SuDHO: Plutselig uforklarlig hørselstap og trykkammerbehandling. Lest 28.2.2024.

Radiologisk behandling av lymfelekkasje

Ved Oslo universitetssykehus, Ullevål tilbys avansert behandling av pasienter med lekkasjer fra lymfesystemet.

Radiologisk behandling av lymfelekkasje er et tilbud til en pasientgruppe som tidligere har hatt begrensede behandlingsmuligheter. Lymfelekkasje er en plagssom og truende tilstand for pasienten, og det er viktig at behandlingsmuligheten er kjent i det medisinske miljøet.

Et komplekst nettverk av lymfekar og lymfeknuter spiller en avgjørende rolle i kroppens immunforsvar og væskebalanse. Lymfevæske kan variere i utseende fra klar til et karakteristisk melkehvitt preg (kylus), som gjenspeiler et høyt innhold av triglyserider. Lymfelekkasje er en kjent komplikasjon til kirurgi, men kan også oppstå sekundært til neoplasme eller være en idiopatisk eller genetisk art (1). Lymfevæske kan lekke til ulike deler av kroppen, og særlig lekkasje av kylus kan utvikle seg til en livstruende medisinsk tilstand (2).

Vesentlige fremskritt innen billeddiagnostikk av lymfesystemet de siste 10–15 årene gjør at lekkasjer ofte kan fremstilles med høy anatomisk presisjon. En lekkasje kan lukkes med tilsvarende utstyr og metoder som benyttes ved perkutan endovaskulær behandling av indre blødninger.

Lekkasje til pleura, kylotoraks, er hyppigst forekommende. Primært håndteres dette ved gjentatte pleuradrenasjer og samtidige konservative tiltak, som tilsier faste / parenteral ernæring eller fettfattig kost samt eventuelt medikamentell behandling med somatostatin (2, 3). Ofte blir pasientene liggende lenge på sykehus. Betydelig volumtap av lymfevæske over tid kan utvikle seg til underernæring, elektrolyttforstyrrelser og svekkelse av immunforsvaret (3). Ytterligere behandlingstiltak vil da være påkrevet.

Særlig lymfelekkasje i toraks har vist seg godt egnet for radiologisk, terapeutisk lukking av ductus thoracicus (*thoracic duct embolization*, TDE), en teknikk som ble introdusert i 1999 (4). Dette er en perkutan, bildeveiledet intervensjon som har etablert seg som et godt behandlingsalternativ ved tilstanden. Ved Oslo universitetssykehus, Ullevål ble denne metoden første gang utført i 2012. Det ble da benyttet vevslim (histoacryl) for å tette lekkasjen hos en pasient med kylotoraks.

De siste tre årene har 16 pasienter med lymfelekkasje til pleura- eller bukhu-

le blitt henvist til diagnostikk og radiologisk behandling. Diagnostisk CT vil vanligvis foreligge før pasientene henvises. Ytterligere kartlegging gjøres fortrinnsvis ved ultralyd av aktuelt hulrom (pleura/abdomen) og eventuelt påfølgende kontrastforsterket dynamisk MR-lymfangiografi (dMRL). Ved bekreftet lekkasje gjøres en minimalt invasiv perkutan behandling en av de påfølgende dagene.

En studie fra 2010 viser at embolisering av ductus thoracicus ved kylotoraks var vellykket behandling hos 77 av 109 pasienter (71 %) (5). På grunn av fordelaktig morbiditets- og mortalitetsrater foreslås denne tilnærmingen ved behandlingstrengende kylotoraks som ikke lar seg håndtere ved primære tiltak (5).

Ved Oslo universitetssykehus, Ullevål er metoden tatt godt imot av ulike fagmiljøer og foretrekkes fremfor kirurgisk ligering ved lymfelekkasje etter øsofaguskirurgi. Vår erfaring er at også lekkasje til bukhuken, kyløs ascites, ofte lar seg behandle radiologisk med perkutan liming av lumbale lymfebaner, men det rapporteres om lavere suksessrate enn tilsvarende for embolisering av ductus thoracicus (3). ■

Mottatt 17.1.2024, første revisjon innsendt 30.1.2024, godkjent 26.2.2024.

Ole Einar Heieren

o.e.heieren@gmail.com

Ole Einar Heieren er overlege ved Seksjon for onkologisk og abdominal radiologi, Ullevål, Oslo universitetssykehus.

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

Tom Mala

Tom Mala er dr.med., professor ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og overlege ved Avdeling for gastro- og barneskirurgi, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ellen Viktil

Ellen Viktil er overlege ved Seksjon for onkologisk og abdominal radiologi, Ullevål, Oslo universitetssykehus.

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

Ole Jørgen Grøtta

Ole Jørgen Grøtta er ph.d. og seksjonsoverlege ved thorax-, kar og intervensjonsradiologi, Ullevål/Aker, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Reidar Woldbæk

Per Reidar Woldbæk er dr.med. og overlege ved Thoraxkirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Higgins MCSS, Park AW, Angle JF. Chylothorax: Percutaneous Embolization of the Thoracic Duct. Oper Tech Thorac Cardiovasc Surg 2015; 20: 402–12.
- 2 Marts BC, Naunheim KS, Fiore AC et al. Conservative versus surgical management of chylothorax. Am J Surg 1992; 164: 532–5.
- 3 Kim J, Won JH. Percutaneous Treatment of Chylous Ascites. Tech Vasc Interv Radiol 2016; 19: 291–8.
- 4 Cope C, Salem R, Kaiser LR. Management of chylothorax by percutaneous catheterization and embolization of the thoracic duct: prospective trial. J Vasc Interv Radiol 1999; 10: 1248–54.
- 5 Itkin M, Kucharczuk JC, Kwak A et al. Nonoperative thoracic duct embolization for traumatic thoracic duct leak: experience in 109 patients. J Thorac Cardiovasc Surg 2010; 139: 584–90.

Tekst: Tori Flaatten HalvorsenFoto: Kristine Lindebø

Vegrer seg ikke for det vanskelige

Andreas Holund har aldri vært redd for å dukke inn i problemstillinger som rus, boling og spiseforstyrrelser. Det er fagfolk og andre i Narvik glade for.



Travel: Narviklegen er stadig på vei til og fra ulike arbeidsplasser i byen. Det er slik det alltid har vært. Foto: Kristine Lindebø

Det beste rådet Andreas Holund har til nyutdannede leger er følgende: «Finn deg en nisje innenfor medisinen som du kan ordentlig. Det gir deg trygghet.» Han har selv fordypet seg i mer enn én nisje: i diabetes, astma og allergi, samt rus og anabole steroider, spiseforstyrrelser i alle retninger (som han selv kaller det) og lindrende behandling. De tre siste er han mest kjent for. Andreas har helt siden turnustiden i Narvik i 1987 oppdaget og lært mye ved å spørre direkte og snakke på en måte som folk forstår. Parallelt har han lest seg opp på fysiologi, patofysiologi, farmakologi og annet han anser som viktig. Da spesialiteten innenfor rusmedisin kom rundt 2015, la han sammen all erfaringen han hadde, tok det man kalte overgangskurs og ble rusmedisiner. Det er en spesialitet han mener blir stadig viktigere i helsetjenesten.

– Var du modig da du som nyutdannet lege turte å spørre pasientene om det som få leger hadde kløkt til å spørre om?

– Kanskje heller dumdristig, svarer han.

Andreas har ikke endret dialekten, men han har endret stilen fra litt rocka klær og langt, krøllete, svart hår til en mer nøytral habitt med t-skjorte, en olabukse og en kort grålig sveis.

Intervjuet foregår på et pauserom i kjelleren på hans eget usnobbete legeskontor midt i Narvik sentrum. Der har han gitt plass til fire andre fastleger, en LIS1-lege samt en psykolog og noen spesialister som jobber der av og til. Andreas har nådd pensjonsalder, men har ingen planer om å avslutte karrieren.

– Etter hvert ble jeg stadig sikrere på hva jeg som lege skulle gjøre. Egen trygghet hjelper godt, men bare hvis man virkelig lytter for å finne ut *hvem den personen som sitter foran deg er, og hvor vedkommende er akkurat da*. Da er det ikke så vanskelig å tåle det som kommer.

—>



Årets nordlandslege:

Kunstverket Andreas fikk som Årets Nordlandsdoktor passet perfekt; en lege ute blant folk i Nordlandsnaturen.

Foto: Bernard Holthe

**Andreas Holund**

Født 1956, oppvokst i Ørje i Østfold

Cand.med., Universitetet i Oslo, 1986

Turnuslege, Narvik og Hurdal, 1987–88

Assistentlege, Narvik sykehus, 1988–91

Allmennlege/fastlege, 1991–d.d.

Spesialist i allmennmedisin, 1991

Spesialist i rus og avhengighetsmedisin, 2017

Seksjonsoverlege, Nordlands-klinikken / Universitetssykehuset Nord-Norge Russeksjon Narvik, 2003–23

Avdelingsoverlege, Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser, Universitetssykehuset Nord-Norge, 2021–22

Sykehjemslege ved liten somatisk avdeling og lindrende enhet

Veileder for allmennlege i spesialisering i Steigen kommune, 2023–dd

Årets Nordlandsdoktor

I 2022 ble Andreas tildelt prisen som «Årets Nordlandsdoktor». Under overrekkelsestalen ble følgende sagt: «En pønker og rocker, legestandens svar på Iggy Pop. ALLTID stått opp for pasientene og de svakeste, særskilt de med rus sykdom. Klar og tydelig, talt makta midt imot og vært uredd. Han skulle vært klonet og satt ut på alle fastlegekontorer og rusinstitusjoner som en medisinsk Sareptas krukke, utømmelig på kunnskap og tilgjengelighet.»

Iggy Pop er en langhåret rockemusiker som kjefte på publikum, brukte ymse rusmidler, selvskadet seg og strippet på scenen samt drev med stagediving. Musikeren har vært gift tre ganger og har bare ett barn.

– Hvor er likhetstrekkene? spør jeg Andreas. Han ler.

– Jeg likte og liker fortsatt musikken til både Iggy Pop, David Bowie og flere av dem, men jeg har vel ikke så mange fellestrekk med ham. Ikke spiller jeg noe instrument heller, sier han, som mest sannsynlig har blitt sammenlignet med Iggy Pop fordi musikeren både er modig, allsidig, energisk og ukonvensjonell.

– Men du har snakket makta midt imot?

– Jeg satt i sykehusstyret de første årene jeg jobbet på medisinsk avdeling her i byen. Det endte med konflikter som jeg nesten ikke husker hva handlet om. Det vil si, nøler han og forteller at den gang – akkurat som nå – var det uenigheter om sentralisering.

Han mener fortsatt at det er en overdreven tro på spesialisering og viktigheten av store sykehusmiljøer. Han sluttet på medisinsk avdeling, ble fastlege og tok vakter på en rusinstitusjon kalt Nordlandsklinikken – avdelingen som i dag heter Russeksjon Narvik. De som hadde spise-

forstyrrelser og hadde gått hos ham på somatisk poliklinikk, fulgte gjerne med til fastlegekontoret han startet ved. Noen av dem følger han ennå. De får gjerne komme før kontoret egentlig åpner. Andreas velger ofte å bruke somatiske komplikasjoner som oppstår, som et utgangspunkt for samtaler.

– Jeg begynner gjerne med å fortelle hva som skjer med kroppen, inkludert hjernen, når man for eksempel sulter seg, kaster opp, overspiser og/eller bruker rusmidler eller andre midler. Ikke minst for mennene tror jeg denne innfallsvinkelen gjør det lettere. De sliter med å snakke om følelser og har større vanskeligheter med å innse egne problemer. Dessuten har de gjerne litt andre symptomer eller annen adferd enn kvinnene. Ortoreksi, megareksi og bruk av anabole steroider blir gjerne oversett. På Nordlandsklinikken spør vi alltid alle pasientene som sliter med rus, om bruk av anabole steroider. Kombinasjoner av ulike midler gir ekstra mange somatiske komplikasjoner. Det er trist at det er så lite fokus på rus og psykiatri i studieplanene både på grunnutdanningen og i de ulike videreutdanningene for leger. Tenk på alle kronikerne som også har rusproblemer – for ikke å snakke om alle de som i framtiden skal inn på sykehjem. Vi lever lenger. Det gjelder også de som bruker mye rusmidler.

Lokal mulighet for spesialisering innenfor rus

Med stor iver forteller Andreas om Stine Nilsen, den nye rusmedisineren i Narvik. Ved å skreddersy et fullverdig utdanningsopplegg på de ulike avdelingene i den lille byen har hun kunnet slippe å flytte på seg under spesialiseringen. Det å være flere med mye ruskompetanse og å kunne utdanne enda flere rusmedisinere lokalt håper han vil gi ringvirkninger. Den nærstående flyttingen

av aktiviteten fra Nordlandsklinikken inn i det nye sykehuset i Narvik gjør at russeksjonen får 22 døgnssenger, 8 avrusningssenger, 2 rusakuttplasser, LAR-poliklinikk samt en ruspoliklinikk i samme etasje som psykiatrisk avdeling. Kort avstand til somatiske avdelinger gir muligheter for mer samarbeid og økt engasjement for denne pasientgruppen, mener Andreas.

– Stine er dessuten mye mer strukturert enn meg. Jeg jobber mye, holder litt foredrag her og der, men er ikke den som får til å lage store undervisningsopplegg eller publisere artikler, oppsummerer Andreas.

Det er trist at det er så lite fokus på rus og psykiatri i studieplanene både på grunnutdanningen og i de ulike videreutdanningene for leger

Lite opptatt av det formelle

Mange i byen snakker om Andreas som en arbeidsmaur som ikke er så opptatt av det formelle. Han jobber på mange ulike steder i byen. Telefonnummeret hans er lett å finne på 1881. Det sies at han alltid svarer når kollegaer spør om ulike kompliserte problemstillinger, eller for eksempel når foreldre ringer for å få råd når poden driver med noe de er bekymret for.

– Foreldre som tidlig oppdager rus hos ungene sine, trenger ofte bare noen råd før de kan klare det meste selv. Dette er jo foreldre som er oppvakte, og som ofte har gode relasjoner til ungene sine. Da kan mye være gjort på kort tid.

Kilder i vennekretsen til Andreas er enige i at han sjelden lager konflikter – dette til tross for at han blir brukt i mange vanskelige situasjoner. Tydelighet, faglighet, trygghet og tilgjengelighet er karaktertrekk som går igjen. Men han setter grenser, også for pasientene sine, sies det. Det syns Andreas er viktig.

– Er det slik at du ringes mye ut over kontortid?

– Lindrende enhet kan få ringe meg frem til klokka 22. Ellers er jeg selektiv på hvem jeg tar telefonen fra. Jeg vet hvem som kan vente til dagen etter. Er det ukjente numre, sjekker jeg hvem som ringer. Skjønner jeg at det er selgere som ringer, sender jeg tilbake følgende melding: Er du telefonselger, så ring aldri igjen. Det er ikke sjelden

jeg blokkerer innkomne nummer. Men bare når det trengs, sier han bestemt.

Det har hendt at han har kastet ut pasienter fra kontoret, men flere av dem har senere fått komme tilbake. Om de er hans fastlegepasienter eller ei, er ikke alltid så nøye. Hva de sliter med, er mer avgjørende. Han angir at han aldri lar seg presse til å skrive ut B-preparater. Det skal visstnok pasientene vite. Ifølge Andreas er det aldri fysisk utagering på kontoret eller på venterommet.

– Er du en slik som tilbyr pasienter gratis leie i kjellerhybelen?

– Absolutt ikke! Det er svært sjelden at jeg gjør noe annet enn å være lege, hevder han.

Men i neste setning kommer det en historie om at legesekretærene for et par dager siden foreslo å hjelpe en pasient med å flytte. Så i morgen skal Andreas stille med Vito-en han har. Den bilen kan transportere det meste.

Sier ja til praktisk hjelp

Selv når vi nå går mot slutten av intervjuet, har jeg ikke klart å få oversikt over hvor legen, som egentlig kunne vært pensjonist, faktisk jobber. Han har aldri sendt CV-en slik jeg har ønsket – noe som skal skyldes at han ikke har trengt en slik oversikt, ettersom han aldri har søkt en legejobb. I fjor tok han for første gang ut overlegepermisjon fra Nordlandsklinikken. Da hadde han vært eneste overlege der siden 2003.

– Etter lang betenkningstid har jeg bestemt meg for å fortsette på Nordlandsklinikken, men nå i kun 50 prosent stilling. Premisset er at jeg ikke vil gå i et eneste møte som ikke har et sterkt pasientsentrert fokus. I tillegg har jeg 600 mennesker på fastlegelisten, jobber 10 prosent på sykehjemmet samt «en liten stilling» på lindrende enhet.

– Jeg har hørt om en jobb i Steigen også?

– Vi kjøpte nylig et hus på den vakre Engeløya. Nysgjerrigheten min gjorde at jeg stakk innom legekontoret for å høre om de trengte hjelp. Det er ikke mange vakter man trenger å ta før man får en følelse av hvordan et samfunn fungerer. Det interesserer meg.

Turen innom øyas legekontor endte med at han for tiden veileder en allmennlege i spesialisering der ute i havgapet. Han kombinerer det med helgetur på hytta, som er den femte i rekken. De andre ligger plassert i ulike landskap i Nordland og Troms – i tillegg til et hus på Kanariøyene. Han påstår at fritidshusene handler om «å sikre seg en



Nøkternt: Pauserommet på legekontoret i byen er nøkternt utstyrt. Rausheten til pasientene er desto større. Foto: Kristine Lindebø

tilhørighet til Nord-Norge» samt som «en forsikring i pensjonisttida». Han smiler når jeg betviler at det er sant.

Andreas orker ikke å bruke mye tid verken på administrasjon eller å få gjort praktiske ting. En bekjent som skal være europamester i mekanikk, har blitt hyret inn for å være datasupport på kontoret. Kona styrer privatøkonomien, og på jobben har han en ansatt som styrer regnskapene. Han hevder at han ikke vet årsinntekten sin, men legger ikke skjul på at den er høy.

Høyt energinivå og stort engasjement

Iggy Pop hadde mye energi. Det likhetstrekket klarer ikke Andreas å bortforklare.

– Heldigvis har jeg bevart konsentrasjonsevnen og hukommelsen, legger han til når bokstavene ADHD dukker opp i samtalen.

Han er ikke interessert i å finne ut mer om dette for sin egen del.

– Mange ender i utbrenthet med et slikt tempo som du har?

– Der har jeg aldri vært.

– Kan du forstå at andre mister engasjement og energi?

– Absolutt! Er det noe jeg har lært ved å jobbe så mye klinisk som jeg har gjort, er det at vi mennesker er veldig forskjellige.

– All jobbingen må ha gått ut over forholdene hjemme med kone og tre barn?

– Det må du spørre henne om, men jeg mener at jeg i stor grad har vært med på å pleie forholdet.

Vi har vært sammen siden tenårene. Gjennom fritidsaktiviteter har jeg vært deltagende i ungenes liv. Jeg har vært rennlege i utallige skirenn, etter hvert også i verdenscuprenn i bakken rett bak byen. Nå er det mer vanlige turer, jakt, fiske og bortoverski som gjelder. Jeg styres av Yr. Naturen er det som i starten gjorde at kona og jeg ble her i nord. Og etter hvert menneskene.

– Jeg har fått følelsen av at det mest er telefonen og timeboken som styrer hverdagene?

– Det er ikke sant. Jeg reiser bort i helger og i ferier. Det er ikke så mange telefoner som folk skal ha det til.

– Ok. Hvor mange har ringt mens vi har snakket? Kontoret er jo stengt for lenge siden.

67-åringen løper opp trappa til kontoret, kommer ned med telefonen i hånden og smiler:

– Kun én melding fra sønnen min, og et anrop fra en pasient som jeg har kjent over lang tid.

– Kommer du til å ringe tilbake nå i kveld?

– Det gjør jeg nok. Det kan være litt viktig med akkurat denne pasienten.

– Men du, kan du sende meg en CV?

– Joda, jeg skal få laget en oversikt, sier han.

Rett før deadline kommer det en e-post med en kortfattet liste. ■

Tori Flaatten Halvorsen

tori.f.halvorsen@gmail.com

Mye tvilsom egendiagnostikk i doktorklubben

*Medice, cura te ipsum (lege, helbred deg selv) sa de gamle latinere.
Men det er sjelden tilrådelig å være sin egen lege,
ei heller lege for sine nærmeste. Det bærer fort galt av sted.
Den oppgaven bør vi overlate til en objektiv fastlege.*

Alderdommen kommer sjelden alene. Den ledsages gjerne av diverse skrøpeligheter. I doktorklubben har vi derfor fått en uventet interesse for geriatri. Opprinnelig var vi enige om å ikke diskutere egne plager på klubbmøtene, men det er blitt umulig. For tiden hører vi om nye diagnoser på hvert eneste møte. Riktignok er noen basert på en heller tvilsom egendiagnostikk.

På siste møte fryktet et medlem at han var blitt dødens sikre bytte etter at han hadde oppdaget det han mistenkte for å være to ondartede føflekker. Da vi andre mente de minnet mer om senile plakker, ble han lettet – og noe fornærmet. En annen fortalte at han var blitt så ustøt at han stadig måtte sette sjøbein. Han trodde han måtte ha fått virus på hjernebjelken, en diagnose jeg tillot meg å betvile. En tredje fortalte at han i kjølvannet av en covidinfeksjon var blitt så slapp at han kunne ha deltatt i fatigueklassen i de paralympiske leker. Vi andre mente han der hadde gode muligheter til å hevde seg, ettersom det neppe var mange med fatigue som orket å delta. En fjerde fortalte at han hadde utviklet noe som hittil ikke er beskrevet i psykiatrisk litteratur, nemlig passordfobi. Hver gang han ble avkrevd et passord, fikk han autonome symptomer i form av svette og hjertebank.

En fjerde fortalte at han hadde utviklet passordfobi. Hver gang han ble avkrevd et passord, fikk han autonome symptomer i form av svette og hjertebank

Som leger er vi opptatt av et sunt levesett. Det innebærer blant annet jevnlig fysisk aktivitet. Til møtene i doktorklubben ankommer derfor noen på sykkel. At sykling ikke alltid er helsebringende, fikk to av dem nylig erfare. På hjemveien fra et møte var de nemlig begge utsatt for stygge sykkelvelt. Det resulterte i omfattende asfaltekssem. I ettertid har uhellene vært gjenstand for grundige evalueringer. At våre medlemmer selv var å klandre, anser vi som utelukket. Det meste av skylda har vi lagt på kommunen med dennes evinnelige veiarbeider kombinert med dårlig gatebelysning.

Dragning mot skog og fjell er dypt forankret i den norske folkesjelen. Det gjelder også skigåing. Ski er for oss nordmenn hva fotball er for engelskmenn. For som det står i vår noe omskrevne nasjonalhymne: «Det er Norge med snø, ski og Swix». Ikke alle kjenner til at skigåing har psykoterapeutiske

effekter: Du går ut med et problem og kommer inn med løsningen på et annet. Jeg kjenner mange skientusiastiske kolleger. En av dem var nylig avdøde Herman Høst (1926–2023). Av ham lærte jeg at dersom jeg skulle møte en kollega på ski langt inne i marka på en hverdag i beste arbeidstid,

gjelder denne uskrevne regelen: «Dette blir mellom oss».

Forskerlivet kan fortone seg som en berg-og-dal-bane. Å få refusert et og annet manuskript må man regne med, særlig om man stiler mot de høyest rangerte tidsskriftene. Noen takler slike nedturer dårlig. For en tid siden møtte jeg en kollega som akkurat hadde fått refusert en artikkel som han selv betegnet som eminent. Han mente den oppfylte alle de krav tidsskriftredaktørene pleier å stille: Er det nytt? Er det sant? Vil det bli lest? Vil det endre praksis? Han fortalte han ikke bare var skuffet, han var forbannet. Jeg forsøkte å trøste ved å fortelle at alle våre fire nobelprisvinnere i litteratur var blitt refusert i yngre år.

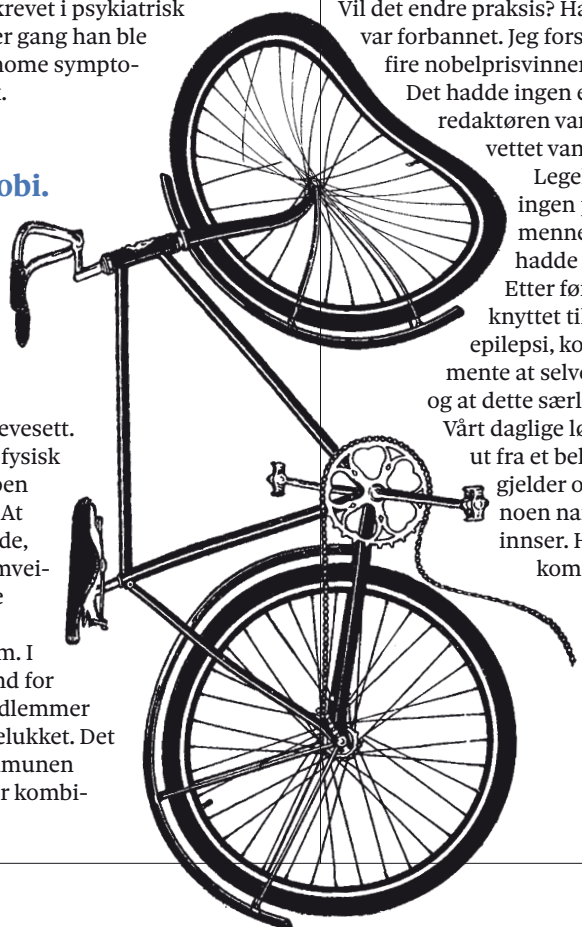
Det hadde ingen effekt. Han lot meg forstå at denne redaktøren var det virkelig synd på, «det er vondt når vettet vanter».

Legelivet er spennende, ikke minst fordi ingen pasientkonsultasjoner er like. Den menneskelige variasjonsbredden er stor. Nylig hadde jeg en pasient jeg straks fikk sansen for. Etter først å ha snakket om utfordringene knyttet til å leve med en kronisk sykdom som epilepsi, kom vi snart over på andre emner. Han mente at selvopptatthet lå dypt i menneskenaturen, og at dette særlig kommer til uttrykk på sosiale medier. Vårt daglige løp i hamsterhjulet mente han springer ut fra et behov for å bli sett og anerkjent. Det gjelder også de altruistiske. Dette gjør oss til noen narraktige figurer, noe bare de færreste innser. Han oppfordret meg til å se på ham som komiker fremfor kroniker. ■

Karl O. Nakken

karln@ous-hf.no

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



Mindre forskjeller mellom norske og tyske leger

Norske leger har bedre arbeidsbetingelser enn tyske leger, men forskjellene er mindre enn før.

Legeforskningsinstituttet har siden 1994 kartlagt arbeidsbetingelsene blant leger i Norge. Vi har påvist høyere jobbtilfredshet (1, 2), kortere arbeidsuker (2, 3) og lavere nivåer av arbeidsstress (2) for leger i Norge enn i Tyskland. Er det fortsatt slik?

Vi har nå sammenlignet resultater fra Legeforskningsinstituttets legepanel og en spørreskjemaundersøkelse gjort i Tyskland i 2021. Resultatene viser at arbeidsbetingelsene fortsatt er bedre i Norge enn i Tyskland, men forskjellene ser ut til å ha avtatt over tid (4).

Vi målte jobbtilfredsheten med ti ulike aspekter. Sammenlignet med perioden 2006–10 (1, 2), fant vi nå færre aspekter med statistisk signifikant høyere skår i Norge: variasjon i arbeidsoppgaver, mulighet til å bruke egne evner og generell tilfredshet med jobben (4).



Illustrasjonsfoto: Andreas Arnold / NTB

Belastning med lange arbeidsuker på mer enn 49 timer var fortsatt mindre utbredt blant leger i Norge enn i Tyskland: 28 % versus 44 % (4).

Selvrapportert arbeidsstress ble undersøkt med en modell der innsatsen på jobben måles opp mot den belønningen man mottar. De som opplevde et kritisk høyt nivå av arbeidsstress, hadde større risiko for stressrelaterte lidelser. Vi fant en signifikant høyere andel leger som rapporterte kritisk høye nivåer av arbeidsstress i Tyskland (67 %) enn i Norge (53 %), men forskjellen var mindre enn i studien fra 2010 (2, 4). I begge land hadde andelen leger med kritisk høye nivåer av arbeidstress økt. Det var også en klar sammenheng mellom arbeidsstress og jobbtilfredshet blant legene i begge land. Leger som opplevde kritisk høyt nivå av arbeidstress, skåret signifikant lavere på alle aspekter ved jobbtilfredshet sammenlignet med de som hadde mindre arbeidsstress (4).

Helsetjenesten er stadig under omorganisering i de fleste land, noe som påvirker legers arbeidshverdag. Studier fra Tyskland beskriver økende administrasjon, økonomisk press, lange arbeidsdager og mangel på tilstrekkelig bemanning (4). I Norge er det dokumentert en voksende arbeidsbelastning blant sykehusleger (5), og et økende arbeidsvolum blant fastleger på grunn av oppgaveoverføringer fra spesialist- til primærhelsetjenesten (6). Vi har også vist økende arbeidsstress (7) og arbeidstidsbelastning (8) blant fastleger, samt en nedadgående trend i jobbtilfredshet både for fastleger og sykehusleger (9).

Å forbedre legenes arbeidsbetingelser, øke jobbtilfredshet og redusere arbeidsstress er viktig for behandlingskvalitet, god kommunikasjon, karrierevalg og legenes helse (7, 9). En høy andel leger med et kritisk høyt nivå av arbeidstress i begge land, indikerer et behov for helsefremmende og forebyggende tiltak (4). ■

Judith Rosta

judith.rosta@lefo.no

Judith Rosta er seniorforsker ved LEFO –
Legeforskningsinstituttet.

Litteratur

- 1 Rosta J, Nylenna M, Aasland OG. Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scand J Public Health* 2009; 37: 503–8.
- 2 Voltmer E, Rosta J, Siegrist J et al. Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85: 819–28.
- 3 Rosta J, Aasland OG. Work hours and self rated health of hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 40.
- 4 Voltmer E, Rosta J, Kösllich-Strumann S et al. Job satisfaction and work stress among physicians in Norway and Germany-A cross-sectional study. *PLoS One* 2024; 19: e0296703.
- 5 Norsk overlegeforening. Medlemsundersøkelse blant sykehusleger. Lest 15.3.2024.
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet. Fastlegeordningen er evaluert. Lest 15.3.2024.
- 7 Rosta J, Bååthe F, Aasland OG et al. Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2020; 10: e037474.
- 8 Rosta J, Rø KI. Changes in weekly working hours, proportion of doctors with hours above the limitations of European Working Time Directive (EWTD) and time spent on direct patient care for doctors in Norway from 2016 to 2019: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2023; 13: e069331.
- 9 Rosta J, Aasland OG, Nylenna M. Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2019; 9: e027891.

NYHET!

En **oral** CGRP-antagonist for forebyggende behandling av **både** **episodisk og kronisk migrene**¹

AQUIPTA er indisert for profylakse mot migrene hos voksne som har minst 4 migrenedager per måned.¹



Skann QR-koden for mer informasjon om AQUIPTA eller besøk www.aquipta.no



Anbefalt dosering:
60 mg én gang daglig¹

A 60

- Anbefales ikke til gravide eller fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Valg mellom amming eller behandling må vurderes ut fra nytte/risiko.
- Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon.
- Vanligst rapporterte bivirkninger er kvalme, forstoppelse og fatigue/somnolens.
- Redusert appetitt, redusert vekt, økt ALAT/ASAT og overfølsomhetsreaksjoner er sett.¹

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking.

Dosering: Anbefalt dose er 60 mg 1 gang daglig. Ved bruk av sterke CYP3A4-hemmere eller sterke OATP-hemmere, ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresvikt er anbefalt dose 10 mg 1 gang daglig. Svelges hele. **Pakninger og pris (AUP):** 10 mg: 28 stk.: kr 6319,50. 60 mg: 28 stk.: kr 6319,50. Behandling med legemidlet har foreløpig ikke forhåndsgodkjent refusjon. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Aquipta SPC 11.08.2023.

Referanse: 1. AQUIPTA[®] (atogepant) SPC 11.08.2023, avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.6, 4.8, 5.1

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Forebygging og bekjempelse av rabies

I Tidsskriftet nr. 9/1954 oppsummeres en redaksjonell artikkel publisert i JAMA om hvor viktig det er å samle god kunnskap om rabies, og hva vi visste om god forebygging på denne tiden. Artikkelen i JAMA kom etter et rabiesutbrudd i Chicago (Tidsskr Nor Lægeforen 1954; 74: 331–2).



Hund sent i forløpet av paralytisk rabies. Dyr med paralytisk rabies blir deprimerte, letargiske og ukoordinerte før de gradvis blir lammet. Når kjeve og hals lammes, vil dyret sikle og ha svelgevansker. Illustrasjonsfoto: Centers for Disease Control and Prevention

Rabiesbekjempelsen

Rabies forekommer dessverre hyppigere enn man vanligvis tror; dessuten opptrer den hos en rekke andre varmblodige dyr enn hund og rev, f.eks. kveg, stinkdyr, katter, hester, ekorn og sauer. Med utgangspunkt i et utbrudd av rabies i Chicago nylig understreker Journal of the American Medical Association (J.A.M.A. 154; 836, 1954) i en redaksjonell oversikt betydning av nå å samle all kunnskap om sykdommen og dens kontroll til et realistisk angrep på problemet.

Skjønt sykdommen spredte seg gjennom hvert land i Europa i det 18. århundre, greidde Norge, Sverige, Danmark og De britiske øyer å utrydde sykdommen gjennom strenge helsetiltak, og karantenepåbud har holdt dem rabiesfri siden. Sykdommen kan opptre overalt – klima og årstid har ingen innflytelse på forekomsten. Den finnes i de arktiske strøk så vel som de tropiske deler av den nye og gamle verden. Infeksjoner avhenger av innføring av vi-

rusinfisert saliva i sår, vanligvis gjennom bitt av syke dyr. En rekke faktorer må tas i betraktning når intensiteten av vaksinebehandlingen skal bestemmes: nærvær og mengde av virus i spytt hos det bitende dyr, bittets lokalisasjon (farligst i ansikt, hode, hals), antall bitt og disses dybde samt klærne imellom. Rabiesvirus er ytterst ømfintlig og mister raskt sin virulens når det utsettes for lys, varme eller inntørring. Diagnosen stilles ved påvisning av negriske legemer i hjernen hos det suspekterte dyr eller ved isolasjon av virus hos mus etter intracerebral inokulasjon av musen med hjernevev fra suspekterte dyr. Nylig er det lyktes å isolere virus fra spyttkjertler, og denne diagnostiske prosedyre vil kunne si hvorvidt et bitt vil medføre risiko for rabies, idet rabiesvirus finnes i saliva bare hos 50–70 % av dyrene som har rabies.

Verdens Helseorganisasjon har også tatt opp arbeidet mot rabies, og dens «Expert Committee on Rabies» har utarbeidet nærmere retningslinjer for behandling og kontroll av sykdommen. Bittsår bør renses omhyggelig, og anvendelsen av sterke syrer (f. eks. salpetersyre) kan komme på tale ved dype stikksår som ikke kan renses med såpe og vann o. l. Den har også latt utarbeide en oversikt over indikasjoner og graden av spesifikk behandling med rabiesvaksine, basert på eksponeringsmåten og den kliniske tilstand av det bitende dyr. I denne forbindelse nevnes den store betydningen det har å fange inn dyret til nærmere klinisk observasjon.

Vaksinasjon er ikke helt uten fare; det er ofte pekt på muligheten for paralyser etter store doser rabiesvaksine gitt til barn som er bitt i ansiktet. Imidlertid har nylig en undersøkelse vist at av 14 119 personer vaksinert mot rabies i Hongkong fikk bare 17 (dvs. 1,2 ‰) temporær paralyse av en muskel etter inokulasjonen.

En nyvinning i den spesifikke behandling synes å være anvendelsen av «hyperimmun»-antirabieserum, og WHO's Expert committee anbefaler anvendelsen av dette serum, fulgt av den vanlige vaksinasjon ved tilfelle av alvorlig eksposisjon. En injeksjon av 0,5 ml serum pr. kg legemsvekt bør gis innen 72 timer etter bittet.

Erfaringen har vist at lokale rabieskontroll-programmer bør ha følgende minimumskrav: 1. Masseimmunisering av hunder. 2. Utryddelse av alle ville eller herreløse hunder. 3. Reduksjon av et eventuelt eksessivt antall ville vektorer, idet utbrudd av rabies blant ville dyr, særlig rev, vanligvis skjer når antall dyr i arten blir særlig høyt i et område. Andre viktige forholdsregler er å holde hundene i bånd og gjennomføre et uavbrutt og energisk opplysningsarbeid. Selvfølgelig er suksess også avhengig av god organisering under helsemyndighetenes ledelse, med full utnyttelse av samfunnets tekniske hjelpemidler. Laboratorie- og kliniske undersøkelser har vist at masseimmunisering av hunder er en essensiell del av rabieskontroll-programmer, og nye eksperimentelle abreider har vist at en vaksine med svekkede levende virus fremstilt fra hønse-embryoner gir en sterk immunitet hos hunder som varer i minst 3 år etter en enkelt intramuskulær inokulasjon. ■

Ph.d.-disputaser

Aune Arleen

Cardiac organ damage in systemic hypertension: Impact of gender, etiology, and comorbidities. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 15.3.2024.

Bedømmelseskomité: Maria Lorenza Muesan, Universitetet i Brescia, Italia, Michel Burnier, Universitetet i Lausanne, Sveits og Hans-Peter Marti, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Eva Gerds og Marianne Aardal Grytaas.

Marianne Catharina Astor

Hypoparathyroidism in Norway. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 19.3.2024.

Bedømmelseskomité: Lars Rejmark, Aarhus universitet, Danmark, Kerstin Landin-Wilhelmsen, Göteborgs universitet, Sverige og Hildegunn Aarsetøy, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Eystein Husebye og Kristian Løvås.

Hilde Margrete Dahl

Pediatric traumatic brain injury: a prospective cohort study investigating incidence, outcomes and unmet treatment need. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 19.3.2024.

Bedømmelseskomité: Karoline Doser, Novo Nordisk pharmaceuticals, Danmark, Torun Gangaune Finnanger, St. Olav's Hospital og Morten Ingvar Lossius, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Mia Cathrine Myhre, Nada Hadzic-Andelic og Marianne Løvstad.

Karine Eid

Multiple adversity: Childhood abuse, adult abuse, and perinatal depression in women with multiple sclerosis. Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 23.2.2024.

Bedømmelseskomité: Maura Pugliatti, Universitetet i Ferrara, Italia, Jan Hillert, Karolinska instituttet, Sverige og Anne Halmøy, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Marte-Helene Bjørk, Øivind Torkildsen og Nils Erik Gilhus.

Erlend Eriksen

Multimodality imaging in the immediate and long-term evaluation of bioresorbable vascular scaffolds. In patients with ST-elevation myocardial infarction. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 15.3.2024.

Bedømmelseskomité: Matthias Götzberg, Universitetet i Lund, Sverige, Kristin Angel, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus og Venny Lise Kvalheim, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Øyvind Bleie, Jan Erik Nordrehaug og Vegard Tuseth.

Julia K. Gundersen

The effect of stress, sedation and anaesthesia on hypoxic-ischemic brain injury in the newborn: A translational study. Utgår fra Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Disputas 29.2.2024.

Bedømmelseskomité: Raul Chavez-Valdez, Johns Hopkins University School of Medicine, USA, Henrik Hagberg, Göteborgs universitet, Sverige og Anne Cathrine Staff, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Marianne Thoresen og Lars Walløe.

Lars Hestmark

Implementation of guidelines on family involvement for persons with psychotic disorders – A cluster randomised trial with mixed methods evaluation.

Utgår fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Disputas 29.2.2024.

Bedømmelseskomité: Claire Henderson, King's College London, Storbritannia, Ane-Marthe Solheim Skar, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Folkehelseinstituttet, og Pål Gulbrandsen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Reidar Pedersen, Maria Romøren og Kristin S. Heiervang.

Nathalie Linn Anikken Holme

Take a deep breath: Respiratory variations in systemic and cerebral hemodynamics during reduced venous return. Utgår fra Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Disputas 22.3.2024.

Bedømmelseskomité: Beata Graff, Medical University of Gdansk, Polen, Idar Kirkeby-Garstad, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Mathis Korseberg Stokke, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Jonny Hisdal, Maja Elstad, Signe Søvik, Caroline Rickards.

Lisa Flem Kalheim

Imaging white matter in Alzheimer's disease. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 15.3.2024.

Bedømmelseskomité: Michael Schöhl, University of Gothenburg and University College London, Storbritannia, Torgil Vangberg, UiT Norges arktiske universitet og Anne Negård, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Per Selnes og Tormod Fladby.

Sergei Valkov

Prolonged Cardiopulmonary Resuscitation in Accidental Hypothermia: Physiological and pathophysiological effects of cardiopulmonary resuscitation (CPR) in hypothermia regarding hemodynamics, oxygen transport and regional blood flow. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 21.12.2023.

Bedømmelseskomité: Sten Rubertsson, Uppsala universitet/Uppsala University Hospital, Sverige, Kjetil Sunde, Universitetet i Oslo og Åse Florholmen-Kjær, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Torkjel Tveita.

Hilde Kristin Vindenes

Occupational and environmental exposures: Impact on skin and associations with skin microbiome. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 8.3.2024.

Bedømmelseskomité: Åke Svensson, Lunds Universitet, Sverige, Merete Åse Eggesbø, Folkehelseinstituttet og Bjørn Blomberg, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Randi Jacobsen Bertelsen, Cecilie Svanes og Stein Håkon Låstad Lygre.

Bodil Salvesen



På årets siste dag, 31. desember 2023, døde vår gode kollega Bodil Salvesen, 58 år gammel, etter halvannet års sykdom.

Bodil var født i Arendal 7. september 1965 og tok sin medisinske embetseksamen ved Universitetet i Bergen i 1991. Hun hadde turnustjeneste i Sarpsborg og Selbu og begynte sin pediatriutdannelse ved Barneklubben i Stavanger, før hun fortsatte ved Rikshospitalet fra høsten 1997. Bodil fattet raskt interesse for neonatologi og alvorlig syke barn, og etter hvert fikk også forskning en stor plass i hennes arbeidshverdag. Sommeren 2010 disputerte hun med avhandlingen *Pathophysiological and Immunological Aspects of Meconium Aspiration Syndrome*. Arbeidet ble gjort ved Pediatrisk forskningsinstitutt og var et viktig arbeid i den komplekse forståelsen av syke nyfødte som aspirerer fostervann med mekonium til lungene.

Bodil var overlege på nyfødtintensivavdelingen ved Rikshospitalet fra våren 1998 og frem til 2008. Våren 2009 flyttet hun fra øst til vest og kom til oss i Bergen. Bodils store engasjement og søken etter kvalitetsforbedring satte preg på vår avdeling. Hun var glad i faglige diskusjoner og sørget for oppdateringer av prosedyrer og metoder når ny viten ble etablert praksis. Hun holdt seg faglig oppdatert og delte gjerne av sin kunnskap.

Bodil var leder for den nasjonale interessegruppen for nyfødtmedisin fra 2016 til 2020.

Hun var også med i flere nasjonale skrivegrupper og deltok i internasjonale forskningsprosjekt.

Bodil hadde ikke familie i Bergen, og hun brukte mye tid på nyfødtintensivavdelingen, i og utenfor arbeidstid. Hun var særdeles arbeidsom og hadde en usedvanlig sterk arbeidsmoral. Bodil levde og åndet for jobben og var svært oppofrende.

Det er mange foreldre som vil minnes henne for å ta godt vare på pasientene, være tilgjengelig og ta seg god tid. Hun la mye arbeid i å forklare og trøste når tilværelsen var vanskelig for pårørende. Kollegaer vil nok huske henne for å være faglig oppdatert og hardtarbeidende samt en verdifull kollega å rådføre seg med.

Når Bodil ikke var på jobb, trivdes hun godt i selskap med en god bok eller strikkesett og var årlig på reiser i inn- og utland med eller uten venninner.

Alle på Barne- og ungdomsklinikken, og særlig på nyfødtintensivavdelingen, savner Bodil som veileder og kollega. Vi har mistet en kollega fra våre rekker, altfor tidlig. Vi sender vår dypeste kondolanse til familien.

Bodil Salvesen ble bisatt i Tromøya kirke 12. januar 2023. Vi lyser fred over hennes minne. ■

Hans Jørgen Guthe, Mariann Bentsen, Tanja Pedersen, Hallvard Reigstad, Dag Moster

Roar Margido Stenseth



Roar Margido Stenseth ble født 9. april 1946 og vokste opp i Trondheim. Han døde 76 år gammel den 4. februar 2024 etter lang tids sykdom. Etter medisinstudier i Köln og Kiel og turnustjeneste i Trondheim og Surnadal begynte han på anesthesiavdelingen i Tromsø. I 1979 kom han til Trondheim, der han arbeidet med korte avbrekk til han gikk av med pensjon i 2016.

Med sin faglige tyngde og vinnende personlighet var Roar en drivkraft i moderniseringen av anestesifaget i Norge. Da man i 1983 begynte med hjertekirurgi i Trondheim, ledet Roar arbeidet med å systematisere anesthesi- og intensivbehandlingen. Godt samarbeid mellom anesthesi/intensiv- og kirurgiteamene ble høyt prioritert. Dette var en ikke uvesentlig faktor for de meget gode resultatene som ble oppnådd helt fra starten av hjertekirurgitilbudet i Trondheim.

På 1970- og 80-tallet fokuserte man på stressreduksjon i hjertekirurgien. Pasientene skulle sove et døgn etter operasjonen og holde sengen. Roar var den første som benyttet torakal epiduralanestesi (TEA) perioperativt som stressreduksjon. Dette var en dristig behandling som innebar risiko for spinalt hematoma (pga. antikoagulasjon). Nøye utvelgelse av pasienter, anleggelse av epidural dagen før operasjon og god oppfølging ga meget gode resultater. Epiduralanestesi til hjertekirurgiske pasienter ble tema for doktorgradsavhandlingen som han fullførte i 1995.

«Hjertebroen» til Storbritannia var opprettet på grunn av manglende hjemlig operasjonskapasitet. Utover 1980-tallet så norske myndigheter behovet for kvalitets sikring av virksomheten. I 1989 ble Feiringklinikken, Hjertesenteret på Rikshospitalet og Hjerteklinikken St. Elisabeth i Trondheim åpnet. Dette ledet til økt kapasitet, og stor utveksling av kirurger, anestesiloger og spesialsykepleiere fant sted mellom de frittstående klinikkene i Norden. Roar var en viktig del av dette blomstrende faglige miljøet.

Hans levende interesse for klinisk forskning kom av ønsket om å forbedre pasientbehandlingen. Med sin tilstedeværelse, vennlighet og optimistiske holdning veiledet han leger og forskere fra andre fagfelt frem til disputas.

Roar var fast deltager i mange oldboys-verdensmesterskap i orientering, og han elsket å gå på ski. Som ellers i livet gikk han gjerne foran og brøytet vei. Roar var familiemann. Med sitt lavmælte vesen viste han stor omsorg for sin kjære Anne, de tre barna, svigerbarna og de seks barnebarna.

Vi som har vært hans nære venner og samarbeidspartnere gjennom mange år, vil savne vår kjære kollega dypt og vil minnes interessante faglige samtaler samt godt og livlig privat samvær. ■

På vegne av mange kolleger og gode venner i Trondheim.

Olav F.M. Sellekvold, Ashjørn Karevold, Einar Marcus Berg, Guri Greiff, Ola Dale, Sven Erik Gisvold

Terje Øiesvold



Terje Øiesvold døde av kreft 22. februar 2024, nesten 75 år gammel. Han etterlater seg fem voksne barn og tre barnebarn.

Terje vokste opp i Bodø og studerte medisin ved Universitetet i Oslo. Etter turnustjeneste vendte han tilbake til Bodø hvor han spesialiserte seg i psykiatri. Han arbeidet så ved Nordland psykiatriske sykehus / Nordlandssykehuset som overlege og avdelingssjef, ansett som en dyktig og avholdt kliniker og leder. De siste årene av sitt yrkesaktive liv arbeidet han som avtalespesialist i Bodø. Da etablerte han et vellykket samarbeid med en del av byens fastleger, bl.a. med felles pasientkonsultasjoner på legekantorene.

Ved siden av sitt arbeid ved Nordlandssykehuset gjorde Terje også akademisk karriere. Han disputerte i mars 2000, og ble etter hvert knyttet til Universitetet i Tromsø som professor II. Han var faglig medarbeider i Tidsskriftet og veileder for studenter og doktorgradskandidater. Fram til sin død var han en høyt verdsatt forskningsveileder og overlege i bistilling ved Nordlandssykehuset.

Men Terje var også mye mer. Han var meget interessert og engasjert i naturvern, blomster, fugler, billedkunst, litteratur og nordnorsk historie. Han satte familien høyt og greide å kombinere alle sine interesser med et aktivt familieliv.

Han var leder i Folkeaksjonen «Spar Saltfjellet» fra 1979 og fram til opprettelsen av nasjonalparken i 1989. Hans organisatoriske evner og egenskaper som strateg, kombinert med kunnskapen om Saltfjellet-Svartisen egenart og verdi, hadde stor betydning for at Saltfjellet ikke ble regulert og for opprettelsen av Saltfjellet-Svartisen nasjonalpark.

Terje var en kunnskapsrik friluftsmann som det var interessant å være sammen med. Han delte av kunnskapen sin, særlig om fugler og blomster, og vil bli husket for sin interesse for orkideer. Han mente at det å rette oppmerksomheten utover – mot naturen, blomster, spor, fugler – var den virkelige oppskriften på et sinn i balanse.

Han var en samler av opplevelser, særlig innen litteratur og kunst. Som ekte bibliofil var hans interesse for bøker spesiell. Han var særlig opptatt av Hamsuns forfatterskap og liv. Han var også Nord-Norge-patriot. I januar 2024 utga han boka *Fra Nord. Nordkalottens billedhistorie fra 1550 til 1850*. Den er et imponerende verk på nesten 500 sider som bygger på hans egen unike samling av bokillustrasjoner og trykk fra dette tidsrommet, samlet over en periode på 20 år. Boka viser hvordan datidens reisende europeere opplevde og betraktet nordområdene og folkene på nordkalotten. Han lanserte selv boka på et åpent møte i Bodø bibliotek kort tid før han døde.

Vi vil huske Terje som en god venn, som var raus, rolig og kunnskapsrik. Han var et renessansemenneske. Vi vil savne hans humor, innsikt og nysgjerrighet. Over Terjes minne går nok solen aldri ned. ■

**Otto Mathisen, Olav K. Andresen,
Hedda Soløy-Nilsen, Tor Claudi**

Tore Graff Salvesen



Vår kollega Tore Graff Salvesen døde 17. januar 2024, bare 68 år gammel. Han hadde i mange år vært kardiolog ved Medisinsk avdeling ved Orkdal sjukehus.

Tore ble uteksaminert fra Universitetet i Oslo i 1981. Han gjennomførte turnustjeneste ved Hamar sykehus og distriktstjeneste i Vega. Deretter hadde han diverse vikariater som assistentlege ved Lillehammer sykehus, Sentralsykehuset i Akershus og ved sykehuset i Mosjøen.

I 1988 flyttet han med familien til Orkanger og begynte i jobb som konstituert overlege ved Orkdal sjukehus. Selv om han opprinnelig var oslogutt, så sendte han et viktig signal når han tidlig overtok huset til den gamle avdelingsoverlegen rett på andre siden av veien for sykehuset. Etter noen år som også inkluderte sideutdanning ved Klinikk for hjertemedisin i Trondheim og Fannrem legesenter ble han etter hvert spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer. Han ble på Orkdal sjukehus resten av sin yrkeskarriere.

Tore etablerte seg raskt som en dyktig og ansett hjertelege. I lange perioder var han den eneste kardiologen for sykehusets nedslagsfelt på nærmere 90 000 pasienter. Hans ryddige, vennlige og rolige fremtoning var til god hjelp for å håndtere det trykket det må ha medført.

Tore var kunnskapsrik og belest, også ut over faget sitt. Han hadde stor kunnskap innenfor historie, tradisjoner og samfunn. Kombinert med en fantastisk formuleringsevne og utpreget lun humor var han en kilde til både oppdragelse og allmennutdanning av yngre kolleger. Særlig hans kunnskap om gamle myter og merkedager, deres opprinnelse og historie var til stor glede for alle oss andre.

Han var en empatisk, sindig og behagelig mann. I tillegg var han velformulert, høflig og respektfull. Tore var i det hele tatt en person det var behagelig å være i samme rom som, en som skapte trygghet for dem rundt seg. Han var et forbilde for mange og mentor og lærer for utallige kull med yngre indremedisinere og kardiologer.

Tore jobbet ved Orkdal sjukehus i over 30 år. Etter at han gikk av med pensjon i 2021, jobbet han tidvis på poliklinikken og var fortsatt sykehusets mest erfarne og kapable pacemakerlege.

Vi i kollegiet vil huske Tore som en kunnskapsrik og flott fagmann og doktor og som en samfunnsinteressert, belest, underholdende og lun kollega. Vi er mange som så opp til Tore. Det er med respekt, glede og takknemlighet vi ser tilbake på samarbeidet med ham. Han vil bli dypt savnet ved Orkdal sjukehus.

Med hilsen kolleger ved Medisinsk avdeling, Orkdal sjukehus. ■

Harald Edsberg

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**BERGEN
KOMMUNE****Nyopprettede fastlegehemler (nullhemmel) ved Sørås Legesenter**

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

Søknadsfrist: 28.04.2024

Legejobber.no

**TRONDHEIM
KOMMUNE****Fastlege Idungården legesenter**

Idungården legesenter, i hjertet av Trondheim sentrum, har en ledig fastlegeavtale fra 1. september. Nåværende listetak på 1450, ny eier vil ha mulighet til å endre listestørrelsen. De har et hyggelig og inkluderende arbeidsmiljø. Se fullstendig utlysningstekst på kommunens nettside eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 28.04.2024

Legejobber.no

**TRONDHEIM
KOMMUNE****Fastlege Nardosletta legesenter**

Ved Nardosletta legesenter er det en ledig fastlegeavtale fra 1. september 2024. Avtalen har listetak på 900 pasienter og listetaket kan endres om ønskelig. Legesenteret har erfarne og dyktige medarbeidere i et stabilt arbeidsmiljø. For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettside eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 28.04.2024

Legejobber.no

**ARENDALE KOMMUNE****Tre fastlegehemler ved Nedeneslegene i Arendal**

Nedeneslegene er et nytt legesenter vest i Arendal kommune. Området er i vekst og man ser behovet for flere fastleger. Dette er muligheten til å kunne være med å forme noe fra starten av og få det slik en selv ønsker det. For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettside eller Legejobber.no. Søknadsfrist: 29.04.2024

Legejobber*

Vil du være med å forme fremtiden? Fastleger søkes til ny praksis i Bjørnafjorden kommune

Osøyro er et nytt fastlegekontor som åpnet dørene for første gang den 19. januar 24 med solid pasientgrunnlag for fire leger, som på sikt kan utvides til seks leger.

Kommunen søker nå etter fire leger som skal overta driften. For å bygge stabilitet for fastlegene, tilbyr kommunen en trygg overgangsperiode med svært gode vilkår.

- Kommunal ansettelse etter meget gode vilkår eller 8.2 avtale
- Etter avtalt periode blir kontoret omgjort til næringsdrivende kontor mot sterk redusert pris per hjemmel og utstyr

Se fullstendig utlysning på Legejobber.no

Bli en del av Otta legekantor: En unik mulighet i hjertet av Gudbrandsdalen!

Velkommen til Otta legekantor, et veletablert og moderne kontor ved foten av Rondane. Sel kommune søker nå to dyktige leger som ønsker å bli en del av et dedikerte team. Det tilbys attraktive vilkår med mulighet for fastlønn eller 8.2-avtale med fleksibilitet i hverdagen. Se fullstendig utlysning på Legejobber.no.

Legejobber***Lier kommune**
GRØNNE LIER - FOR ALLE INNBYGGERE**Fastlege - Selvstendig næringsdrivende**

Lierskogen legesenter søker ny fastlege til en spennende og variert jobb i en kommune med høy aktivitet, nydelig natur og meget sentral beliggenhet med korte avstander fra både Oslo og Drammen. Lierskogen er et område i vekst, med planlagt større utbygginger av boligfelt og tilstrømming av pasienter. For mer informasjon, se kommunens nettside eller Legejobber.no. Søknadsfrist: 30.04.2024



Fastlegehjemmel - Kaia legesenter

Kaia legesenter er en 8- legers praksis i Tromsø sentrum. Legesenteret flyttet høsten 2022 inn i nye lokaler. For en bedre fastlegehverdag tilbyr kommunen økt basistilskudd, etableringstilskudd til oppkjøp av etablert fastlegehjemmel og kommunal sykeforsikring. For fullstendig utlysning, se kommunens nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 30.04.2024**

Legejobber.no



Oslo

**Oslo kommune
Bydel Vestre Aker**

Fastlege

Bydel Vestre Aker har ledig fastlegehjemmel fra 1.10.24 ved Vinderen legekantor da en av våre erfarne fastleger slutter. Listestørrelsen er 1400 pasienter. Vinderen legekantor er et veldrevet fastlegekantor med fire leger, en LIS1 og fire legesekretærer. For fullstendig utlysning, se Legejobber.no. **Søknadsfrist 13.05.2024**

Fastlege ved Vikedal legekantor



Me søker ein sjølvstendig næringsdrivande fastlege. Hos oss blir du ein del av ein trivelig gruppepraksis med to legeheimlar, solid hjelpepersonell og gode lokaler idyllisk plassert i Vikedal sentrum. Fastlegelista er godt etablert med eit listetak på 1000. Nåverande fastlegar er sjølvstendig næringsdrivande med 8.2 avtale med kommunen.

Vindafjord kommune tilbyr ei solid interkommunal legesvaktordning som ivaretar turnus ihht arbeidsmiljøloven og har 17-dels vaktordning.

Me kan tilby mellom anna:

- Kommunen er godkjent som utdanningsvirksomhet og tilbyr mulighet for spesialisering (ALIS)
- Variert arbeid i eit positivt miljø med faglege utfordringar og utvikling som fagperson, og god opplæring og samarbeid med andre
- Rabatt på treningssenter, bedriftskunstlag og kommunalt kor
- Gode forsikrings- og pensjonsordningar

For meir informasjon, sjå kommunens heimeside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 05.05.2024**



EIDSVOLL

Ny fastlegehjemmel

Novo helsesenter har ledig 0-hjemmel med foreløpig listetak på 900 pasienter.

Fullsendig stillingsannonse: legejobber.no

Søknadsfrist: 30.04.2024



EIDSVOLL

Fastlegehjemmel

Vilberg legesenter har ledig fastlegehjemmel fra 1.9.2024 etablert med 1200 pasienter.

Fullstendig stillingsannonse: legejobber.no

Søknadsfrist: 30.04.2024

Ønsker du et varsel
når det dukker opp en
stilling som passer deg?
Sett opp e-postvarsel
på [Legejobber.no](https://legejobber.no)

Legejobber



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**Familien Blix` fond til fremme av medisinsk forskning**

Familien Blix` fond til fremme av medisinsk forskning ble opprettet 1. desember 1983. Styrets leder er advokat Erik Keiserud. Formålet med fondet er å støtte medisinsk forskning, særlig innen feltene hjerte- og karsykdommer og kreft, inkludert medisinsk diagnostikk innen disse feltene. Støtte fra fondet vil i særlig grad gå til drift av forskningsprosjekter som kombinerer basal- og klinisk forskning, med spesiell vekt på søknader fra yngre forskere. Det vil ikke bli gitt midler til lønn eller kongressreiser. Søknad om støtte sendes til fondets styre v/sek. Grethe Østervold, epost: blix.fond@gmail.com. Søknaden må være sendt senest 25. juni 2024 og må skrives på fastsatt skjema som kan fås ved henvendelse til sekretæren.

Kurs og møter**Skin Cancer diagnosis made EASY!**

How to avoid missing a melanoma.



**SKIN CANCER
SYMPOSIUMS**

Dr.Dropin
Hudlege

Skin Cancer Symposiums arrangerer i samarbeid med Dr. Dropin Hudlege et kurs i dermatoskopi over to dager i **Oslo 5.-6. september 2024** i Thon Hotel Vika Atrium. Det godkjennes 15 timer videre- og etterutdanning for spesialitetene allmennmedisin og hudsykdommer.

Vi inviterer til et interaktivt kurs for dermatologer, allmennleger og sykepleiere med forelesninger fra professor Cliff Rosendahl fra Universitetet i Queensland, og dosent Amanda Oakley fra Universitetet i Auckland.



**Dr Chris
Boberg**
Deputy Chair
Melnet NZ. Chair
of NZ Skin Cancer
Doctors



**Professor Cliff
Rosendahl**
University of
Queensland



**Associate
Professor
Amanda Oakley**
CNZM, University of
Auckland



**Dr Andrew
MacGill**
Skin Cancer Doctor,
RNZCGP Fellow

Sponset av



www.skincancersymposiums.com



IPSY

Institutt for
psykoterapi

For psykologar og legar blir det hausten 2024 sett i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:

TROMSØ – seminarleiar blir Espen Håland
 OSLO – seminarleiar blir Ingeborg Aarseth
 SKIEN – seminarleiar blir Tone Skjerven

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:

OSLO – seminarleiar blir Olaf Rørøsgaard
 STAVANGER – seminarleiar ikkje avklart enno

Innføringsseminaret gjev ei generell innføring i psykoanalytisk og psykodynamisk teori, intervjuetknikk, evaluering og terapi. Som ledd i utdanninga blir det kravd at kandidatane i heile seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasientar (vaksne) under kvalifisert vegleiing (definert og godkjent av IPSY). Det er ønskeleg med minimum to års klinisk praksis frå psykisk helsevern før opptak.

- Innføringsseminaret omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar/fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.
- Vidaregåande seminar bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trygdefinansert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleiingsattest frå innføringsseminaret.
- Vidaregåande seminar omfattar 196 undervisningstimer over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar/fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Det blir kravd gode kunnskapar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi oppfordrar søkarar til å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside www.instpsyk.no. Der finn ein også søknadsskjema.

Les undervisningsplanen her: www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidatutdanningen-gjeldende-for-seminarer-som-starter-i-2017/

Seminaravgift er kr 13 000,- pr. semester.

Søknadsfrist: 15. mai 2024. Søknad skal sendast via heimesida <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

For nærmare informasjon: telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no.

**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
legeforeningen.no/sentralstyret
Ansattes e-postadresser finnes på
legeforeningen.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)

Leger skal ha det bra på jobb



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Nylig la helseminister Ingvild Kjerkol frem den lenge varslede Nasjonal helse- og samhandlingsplan, der regjeringen understreket viktigheten av å beholde og rekruttere helsepersonell. Dette er positivt, og nå haster det mer enn noensinne.

På tampen av fjoråret gjennomførte rådgivningsselskapet Rambøll en medlemsundersøkelse på oppdrag fra Legeforeningen. Undersøkelsen ble gjennomført blant Legeforeningens medlemmer som er i et arbeidstakerforhold, og er en videreføring av medlemsundersøkelsene blant sykehusleger fra 2018 og 2021.

I undersøkelsen ble legene blant annet spurt om hvordan de har det på jobb, om forholdet mellom jobb og fritid, og om sykehusets og egne fremtidsutsikter.

Resultatene viser at inkludering er et område som kommer høyt opp, etterfulgt av engasjement, kollegastøtte og rolleklarhet. Dette betyr at store deler av legene opplever å bli respektert og verdsatt på jobb, og at det er gode fellesskap. Samtidig opplever de aller fleste at jobben er meningsfull, og at man vet hva som forventes av en. Åpenhetskultur er også blant områdene med høy score.

Dette er gledelig. Å ta vare på hverandre som kollegaer og medmennesker er noe av det viktigste vi kan gjøre i hverdagen.

Samtidig viser undersøkelsen flere alvorlige funn. Legene rapporterer om en for stor arbeidsbelastning, høyt arbeidspress og negativt stress som medfører ubehag. Kun en liten andel opplever at de får holdt seg nok faglig oppdatert.

Noe av det mest alvorlige er likevel hvordan legene vurderer sykehusets og egen jobbfremtid. Sykehuslegene er blitt mer kritiske til fremtidens pasientforløp og sykehuset som arbeidsplass. I tillegg opplever de at ressursene som trengs for å gi god pasientbehandling, er blitt færre. Hele 46 prosent vet ikke om de ønsker eller ønsker *ikke* å bli værende i jobben sin ved sykehuset om to år.

Et oppsiktsvekkende funn i undersøkelsen er at dette også gjelder leger som er ledere. De har gjennomgående lavere vurderinger enn ledere i andre yrker, spesielt på fremtidsutsikter i helseforetakene. Dette forteller oss at problemet ikke ligger på lokalt nivå, men er strukturelle.

At legenes ønske om å jobbe på offentlige sykehus har falt markant på bare to år, er svært bekymringsfullt. Dette rokker ved kjernen i et godt organisert arbeidsliv.

Å snu denne utviklingen er ingen enkel oppgave, og derfor jobber Legeforeningen kontinuerlig med disse utfordringene. Sentralstyret vil også prioritere å jobbe med funnene fra undersøkelsen fremover, som del av det nye satsningsområdet *Et godt legeliv*.

Samtidig er det viktig at politikerne tar ansvar for at fagfolkene ønsker å bli i tjenesten. Den nye nasjonale helse- og samhandlingsplanen staker ut en kurs Legeforeningen lenge har etterlyst. Planen løser likevel ikke utfordringene helse-tjenesten står overfor. Det er behov for en rekke langsiktige tiltak for å sikre en fortsatt sterk og fremtidsrettet offentlig helsetjeneste.

Legeforeningen kommer til å følge opp resultatene i denne undersøkelsen i tett dialog med myndigheter og beslutningstakere. Den gir oss viktige fakta som underbygger våre politiske krav.

Vi gir oss ikke i kampen for en bedre arbeidshverdag. ■

Ønsker en ny abortlov velkommen

Tilde Broch Østborg er nestleder i Rådet for legeetikk og har sittet i det regjeringsoppnevnte abortutvalget. Oppdraget var å se på abortlovens bestemmelser, oppfølgingen av kvinner som tar abort, og alternativer til dagens abortnemnder.

Arbeidet resulterte i «NOU 2023:29. Abort i Norge – ny lov og bedre tjenester», som ble overlevert helse- og omsorgsministeren i desember 2023. Om Stortinget vedtar utvalgets forslag til endringer, er usikkert.

Selv er Østborg overlege og spesialist i fødsels- og kvinnesykdommer ved Kvinneklinikken på Stavanger universitetssjukehus (SUS). Et fag med enormt stor bredde med alt fra fødselshjelp til lindrende behandling i livets slutfase. Hun betegner det å kombinere en form for ideologisk overbygging med en jobb hun synes er gøy, og sammen med fine folk, som et kinderegg.

– Jeg har alltid vært interessert i kvinners rettigheter og kvinnehelse, og ønsker en ny abortlov velkommen, sier hun.

Stor åpenhet

Utvalgets hovedbudskap er at de ønsker en ny abortlov. De mener dagens lov er utdatert, og at man trenger en ny lov som passer med dagens praksis. Lovens bokstav er at abort skal skje i sykehus, det settes som premiss at det er et kirurgisk inngrep, og legen er utførende helsepersonell. Dette stemmer dårlig med dagens virkelighet hvor nesten alle aborter gjøres medikamentelt, mange gjøres før uke ni og skjer hjemme, og sykepleiere og jordmødre utøver abortomsorg.

I dag er det en nemnd som beslutter om kvinnen kan ta abort eller ikke etter svangerskapsuke 12. Etter uke 22 er abort bare tillatt hvis fosteret ikke er levedyktig, eller om det er fare for kvinnens liv.

– Et av de største endringsforslagene er at grensen for selvbestemt abort foreslås flyttet fra 12. til 18. svangerskapsuke. Det er to dissenser på dette spørsmålet, noe som ikke er overraskende, understreker Østborg.

Utvalget besto av tretten medlemmer med forskjellig meningsmangfold og bakgrunn.

– Jeg så for meg at det kom til å bli utfordrende. Det skal jo bare én kranglefant til for at et slikt arbeid skal bli van-



Viktig arbeid: Abortutvalget mener dagens lov er utdatert. – Vi trenger en ny lov som passer med dagens praksis, sier Tilde Broch Østborg. Foto: Eva Rose

skelig. Men det var en så utrolig fin kombinasjon av mennesker, lederstil fra utvalgsleder og solid sekretariatstøtte. Det var en form for raushet som gjorde arbeidet veldig spennende og et stort privilegium å få være med på. Det var mye mer konstruktivt enn jeg hadde sett for meg på forhånd, påpeker hun, og tilføyer:

– De fleste i utvalget var villige til å ta opp sine primærstandpunkter, se på hvorfor de mente som de mente, vurdere om argumentene holdt, og så lande på nytt. Det kan hende de landet samme sted, men jeg vil si det var en enorm stor åpenhet i utvalget på dette.

Mye kunnskapsinnhenting

Østborg forteller videre at utvalget i de første 12 av totalt 18 måneders arbeid, i all hovedsak drev med kunnskapsinnhenting. Slik ble diskusjonene forankret i et felles kunnskapsgrunnlag.

– Vi endte opp med en annen type diskusjon tror jeg, enn om vi hadde gått direkte på konfliktpunktene fra start. Utvalgslederen, Kari Sønnerland, er jo en ringrev innen organisasjonsarbeid, det merket man jo, ler hun.

Østborg sier at den største øyeåpningen for hennes del, var gjennomgangen av de nordiske lands modeller.

– Jeg trodde de var likere enn de er, for eksempel at den svenske modellen var omtrent lik den norske med oppmøtenemnd etter attende uke i stedet for tolvte. Slik er det ikke. I Sverige søker kvinnen om svangerskapsavbrudd, for så å møte en sosialkurator som hjelper henne med å forberede sin skriftlige søknad. Deretter sendes søknaden til skriftlig saksbehandling hos en nemnd. I Sverige møter kvinnen aldri nemnda, men derimot en slags forsvarer som skal hjelpe henne med å presentere saken. Jeg tenker imidlertid at å frata norske

kvinner muligheten til å møte for en nemnd, kan virke veldig rettighetsinnskrenkende sammenliknet med dagens praksis.

Selvbestemmelsestidspunktet

Gjennom arbeidet i utvalget kom det klart frem at å skape en ny lov handler om mye mer enn om uketallene for selvbestemmelse, noe mange først og fremst tenker at abortloven omhandler.

– Når du ser nærmere på lovteksten og hvor lite den samsvarer med dagens praksis, oppdager du hvor mye abortloven er tøydd med forskriftsreguleringer. Så etter 45 år er det åpenbart nødvendig med en ny lov, understreker Østborg, og legger til:

– Det å se på selvbestemmelsestidspunktet i en situasjon hvor nemnd frem til uke 18 i stor grad har blitt en slags skinnprosess, var viktig for meg. Det ser ut for at det er mulighet for å oppnå dette, men det vil jo være opp til Stortinget selvfølgelig.

Et vanskelig tema

Fosterantallsreduksjon var ikke et tema da abortloven i sin tid ble laget, og var blant de aller mest utfordrende diskusjonene i utvalget.

– De få gangene det var antydning til temperatur eller man måtte dempe dårlig stemning i utvalget, var da dette ble diskutert. Utvalget landet et helt annet sted enn jeg trodde. Flertallet, syv mot seks, ønsker å frata selvbestemmelse ved fosterantallsreduksjon fullstendig, og mindretallet gir kun selvbestemmelse mellom uke 12 og 14. Dette er en betydelig innskrenkning sammenliknet med de reguleringene man har sammenliknet med konvensjonelle svangerskapsavbrudd. I og med at utvalget er delt på midten i hvordan dette bør løses, er jeg spent på hvordan politikerne vil forholde seg til det, sier Østborg.

Hun tegner opp følgende scenario:

– Se for deg at du er gravid med tvillinger, et friskt, og et alvorlig sykt foster. Hvis det oppdages før uke 12, og det hadde vært ett barn, så hadde du fått selvbestemt abort. Det er en stor forskjellsbehandling hvis fosteret deler livmor med noen. Med nåværende lov så må alle dette gjelder uansett møte i nemnd. Risikoen ved å fullføre et svangerskap med trillinger eller firlinger, er betydelig både med tanke på for tidlig fødsel, senaborter og komplikasjoner for mor.

Det som helt klart vekker mest følelser er reduksjon fra to til ett foster, forteller Østborg.

– Men hvem skal egentlig avgjøre hvor mange barn du orker å bære frem? Noe av premisset for abortloven er jo at man ikke skal tvinges til å bære frem barn man ikke vil ha, men når det gjelder flerlinger så er det plutselig vernet på en annen måte.

Fosterantallsreduksjon er en teknisk krevende prosedyre og gjøres kun på St. Olavs hospital i Trondheim. Det utføres omtrent 20 i året, noe som er forsvinnende lite sammenliknet med vanlige svangerskapsavbrudd.

Østborg mener begge de fremlagte forslagene, både dissensen og forslaget til flertallet, er ganske restriktive.

– Jeg synes det er vanskelig å mene veldig mye om hvor mange fostre andre skal bære frem. Man skal heller ikke bagatellisere barseltid med tvillinger. Det vekker mange følelser i oss, men jeg har respekt for at noen få kvinner ikke klarer å bære frem mer enn ett barn. Jeg velger å forstå det, så kan man jo selvfølgelig se ulikt på det, sier hun.

Det å se på selvbestemmelsestidspunktet i en situasjon hvor nemnd frem til uke 18 i stor grad har blitt en slags skinnprosess, var viktig for meg.

Tilde Broch Østborg,
spesialist i fødsels- og kvinnesykdommer
og medlem av abortutvalget.

Abortnemdene

Østborg er medlem av abortnemnda i Rogaland, et arbeid hun beskriver som vanskelig.

– Jeg har vært ambivalent til å være i nemnd fordi jeg i utgangspunktet mener det er vanskelig å se for seg at noen skal ta bedre avgjørelser om kvinnens fremtid, enn kvinnen selv. Samtidig har jeg tenkt at når lovverket er som det er, så håper jeg å forvalte det på en god og mest mulig skånsom måte i møte med kvinnene. Men det er en pussig dobbeltrolle. Jeg er helsepersonell, men samtidig har jeg en forvaltningsrolle som en slags domstol. Å gå ut og inn av de rollene kan være utfordrende i møte med kvinner som kan være i sin livs største krise, understreker hun, og tilføyer:

– De 20 prosentene av tilfellene som omhandler sosiale indikasjoner, er de vanskeligste å håndtere. Det er svært utfordrende hvis kvinnen må forklare hele sin livssituasjon. De må brette ut livet sitt, få det veid og målt. Er grunnen din god nok? Det å si nei, noe jeg sjelden eller aldri gjør, er jo i teorien å tvinge noen til å fullføre et svangerskap, og så ha omsorg for et barn i en allerede vanskelig livssituasjon. Jeg må ta min oppgave profesjonelt, men jeg kan ikke stikke under en stol at det er vanskelige møter. Mange av historiene om hvordan kvinner lever, slår meg nesten i bakken. Det

er for eksempel svær sosial nød, vold og eksisterende omsorgsoppgaver for ett eller flere syke barn, eller barn med store omsorgsbehov.

Østborg er videre ambivalent til å utvide nemnden fra to til tre medlemmer og ha inn jurist.

– Jeg skjønner formålet om at dette skal håndteres som et forvaltningsvedtak, og bør ha økt juridisk støtte. Men å øke antallet gjør at kvinnen havner i mindre tall, og det å risikere økt rettsliggjøring, dokumentasjonskrav og saksbehandlingstid i slike saker, ser jeg på som bekymringsfullt. Jeg tenker derfor det kan være en utfordring.

Får vi en ny abortlov?

Tilde Broch Østborg forteller at hun har fått kritikk for at hun har valgt noen pragmatiske løsninger som ikke nødvendigvis samsvarer med hennes primærstandpunkt.

– Noen av utvalgsmedlemmene har blitt kritisert for at vi glemte at vi var fagfolk og ikke politikere da vi stilte oss bak flertallet i grense for selvbestemmelse. Jeg tenker at en del av mandatet handlet om å lage noe som er mulig å gjennomføre. Det å ta enkelt dissenser på veldig mange punkter, eller at utvalget ble spredt på mange standpunkter i sentrale stridsspørsmål, ville gjøre det vanskeligere å få til en lovendring. Jeg må innrømme at mitt primære siktemål var at vi må ha en ny lov, og innså tidlig at den aldri helt og fullt kom til å samsvare med hvordan jeg mener den burde se ut. Jeg tror at mange i utvalget tenkte at det viktigste var å få til et materiale som er mulig å få gjennom i inneværende stortingsperiode, sier hun.

Østborg sier hun ikke er habil til å uttale seg om NOU-ens kvalitet, men at eksterne tilbakemeldinger tilsier at den er grundig og fyllestgjørende. Tilbakemeldingene kommer også fra ganske bredt hold.

– Det at ingen av fløypartiene er helt fornøyde, og at det ikke utløste veldig mye støy, men mer en faglig debatt, foreløpig i hvert fall, tror jeg kanskje er et uttrykk for kvalitet, sier hun, og tilføyer:

– Utvalget jobbet i 18 måneder – det er jo en god stund. Jeg tar hatten av for det kjempedyktige sekretariatet som klarte å samle alle diskusjoner og all kunnskapsinnhenting i et dokument som jeg mener er godt. Nå blir det igjen å se hvordan det går dersom lovendringen kommer til behandling i Stortinget, avslutter hun. ■

3. april 2024 ble det klart at helseministeren vil legge frem en ny abortlov i løpet av året.

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no



Ser fremover: Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol la 1. mars frem Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–27. Foto: Legeforeningen

– Riktig kurs, men viktige tiltak uteblir

Nasjonal helse- og samhandlingsplan staker ut kursen for en bedre helsetjeneste, men Legeforeningen etterlyser økte bevilgninger og flere konkrete tiltak for å beholde og rekruttere leger.

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol la 1. mars frem Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–27. Planen tar for seg hele helse- og omsorgstjenesten.

– Den nye planen staker ut en kurs Legeforeningen lenge har etterlyst. Planen løser likevel ikke utfordringene helsetjenesten står overfor. Det er behov for en rekke langsiktige tiltak for å sikre en fortsatt sterk og fremtidsrettet offentlig helsetjeneste. Dette inkluderer også et tettere samarbeid med ideelle og private som et godt supplement, sier president Anne-Karin Rime.

Legeforeningen mener hovedmålet med planen må være å beholde og videreutvikle en offentlig helsetjeneste som er førstevalget for både pasienter og helsepersonell.

– Å opprettholde og videreutvikle et godt offentlig helsetilbud er en av de viktigste oppgavene til politikere og myndigheter, men altfor lenge har det skortet både på ressurser og treffsikre tiltak. Dette rammer ikke bare pasientene, men også de som jobber i tjenesten. Det er derfor viktig at oppfølgingen av planen skjer gjennom

utredning og i tett dialog med partene.

Rime peker på behovet for økte investeringer, men også smartere investeringer – i alle ledd av helse-tjenesten. Og målrettede rekrutterings-tiltak for å utdanne og beholde fremtidens helsepersonell.

Tillit og involvering av fagfolk

I planen presenterer regjeringen seks hovedgrep som skal gjøre helsetjenesten mer bærekraftig. Et av dem er tiltak for å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse.

– Fagfolkene er vår viktigste ressurs. Målet er at vår felles helsetjeneste skal være en attraktiv arbeidsplass gjennom hele arbeidslivet, sa helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol under fremleggelsen av planen.

– Det er positivt at regjeringen nå stiller krav om at behovet og konsekvensene for fagfolk skal utredes før man setter inn nye tiltak. Det holder ikke bare å snakke om at fagfolkene våre er «like viktige» som pasientene. Derfor er medbestemmelse og involvering av de ansatte på et tidlig tidspunkt avgjørende for at leger og annet helsepersonell skal få en bedre

arbeidshverdag. Det er avgjørende at en tillitsreform må fylles med innhold ute i tjenestene, understreker Rime.

Slutt på store IT-prosjekter

Regjeringen erstatter «En innbygger – én journal» med en strategi for digitalisering der de skal gå stegvis frem og hente ut gevinster underveis. Felles innføring av nye store systemer skal erstattes av testing og evaluering av nye løsninger i det små, før de skaleres opp.

– Dette er gode nyheter som Legeforeningen lenge har vært en pådriver for. Norske leger er raske til å ta i bruk ny teknologi når den er hensiktsmessig og til det beste for pasientene. Derfor er det viktig at helsepersonell har tilgang til hurtig oversikt over journalopplysninger, brukervennlige arbeidsverktøy som spiller godt sammen, som gir beslutningsstøtte og bedrer arbeidsprosesser, påpeker Rime.

Hun er også positiv til de tydelige signalene om at digitalisering nå hovedsakelig skal sørge for tidsbesparelser hos helsepersonell.

– Vi er glade for at vi har blitt hørt om at mange løsninger er for dårlige, og at

det å «jobbe på nye måter» er en dårlig unnskyldning for lite egnede systemer. Vi trenger IT-løsninger som hjelper oss i hverdagen, ikke de som tar tid vekk fra pasientmøtet.

Avtalespesialistordningen

Regjeringen foreslår også endringer i avtalespesialistordningen. Flere av forslagene er i tråd med anbefalingene i rapporten om avtalespesialistordningen som ble utarbeidet av de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene i 2023.

– Vi kan derimot på ingen måte støtte forslaget om å ta finansieringsansvaret av avtalespesialistene ut av folketrygden, og legge det til de regionale helseforetakene. Flytting av økonomi fra folketrygden til RHF-ene er en svekkelse av pasientrettigheter. Dette har vært diskutert før, og gjennom flere partssammensatte arbeid har man sett på overgangen til innsatsstyrt finansiering, uten at man har kommet frem til gode løsninger, sier Rime.

Dette er likevel lansert som en aktuell løsning i stortingsmeldingen.

– Men regjeringen har ikke konkludert, og det legges nå opp til en videre prosess med involvering av profesjonsforeningene. Vi kommer til å være svært tydelige på de uheldige konsekvensene slike radikale endringer kan få for den offentlige helsetjenesten, understreker Rime.

Endrer finansieringsordningene for sykehusene

Fra 2025 foreslår regjeringen å sette en stopper for effektiviseringskuttene i sykehusene. Kjerkol sa under fremleggingen at man i mange år har lagt til grunn urealistiske forventninger til hvor mye som kan effektiviseres.

– Det er positivt at effektiviseringskravet for sykehusene fjernes. Dette er noe Legeforeningen har tatt til orde for i mange år. Både beredskapsevnen og kapasiteten til helsetjenesten har blitt svekket som et resultat av effektiviseringskrav de siste årene, sier Rime.

Som nevnt i sykehustalen tidligere i år, reduserer regjeringen også kravet om egenkapital til nye sykehusbygg fra 30 til 10 prosent. Legeforeningen har lenge ønsket at kapitalkravet fjernes helt.

– En reduksjon i kravet fra 30 til 10 prosent kan bidra til at investeringer i sykehusbygg kan komme raskere i gang. Dette er positivt. Men samtidig innebærer ikke dette at sykehusene får noe større økonomisk handlingsrom, da lånebelastningen vil bli høyere, avslutter Anne-Karin Rime. ■

Tor Martin Nilsen

tor.martin.nilsen@legeforeningen.no

Legeforeningen saksøker staten

– Leger utdannet i Danmark må få godkjent sin kliniske basisutdannelse (KBU) som del av spesialistutdanningens første del (LIS1) i Norge. Når staten nekter disse legene godkjenning, bryter de EØS-retten, sier president Anne-Karin Rime.



For å overholde EØS-rettens alminnelige regler om fri bevegelse, må det vurderes konkret om den kompetansen en lege har opparbeidet seg gjennom KBU i Danmark svarer til den kompetansen som erverves gjennom LIS1 i Norge.

– I den grad det er sammenfall, må legen få uttelling for sin kompetanse og sine kvalifikasjoner. Norske myndigheters praksis, der kompetansen fra KBU kategorisk avvises, strider mot EØS-retten, understreker Rime.

Dobbel tjeneste

Legeforeningen mener det er vanskelig å se noen god grunn til at legenes kompetanse fra KBU ikke skal telle som del av LIS1. Norske myndigheter har anledning til å godkjenne KBU som tellende, men velger fortsatt å ikke gjøre det.

– Det er overraskende at myndighetene legger avgjørende vekt på formaliteter og begrepsbruk, fremfor å foreta en reell vurdering av hvilken kompetanse disse legene har. Etter EØS-avtalens hoveddel er det den faktiske kompetansen, og ikke formaliteter, som er avgjørende. Vi har hatt inntrykk av at det har vært et politisk ønske om å finne en løsning, også i regjeringen. Uansett stanses saken av byråkratisk formalisme, forklarer Rime.

Konsekvensene av myndighetenes formalisme er betydelig for de berørte legene. Praksisen fører til at leger utdannet i Danmark må ta tilnærmet samme tjeneste i Norge. De må med andre ord ta dobbel tjeneste.

– Disse legene er ressurspersoner og besitter viktig kompetanse som vi har behov for i Norge. Men kompetansen blir ikke anerkjent, og vi mister verdifull arbeidskraft på grunn av dagens godkjenningspraksis. Flere erfarne leger velger å slutte i jobben i Norge for å fullføre spesialiseringen i Danmark. Nasjonale interesser og nordisk samarbeid undergraves, mens norsk helsetjeneste står i en alvorlig krise, fremhever Sigurd Stette, som representerer legene som er rammet av manglende KBU-godkjenning.

Rekrutteringsutfordringer

Samtidig er det for få LIS1-stillinger sammenlignet med både antall søkere og behovet i helsetjenesten. I 2022 var det dobbelt så mange søkere som det var stillinger, og nyutdannede leger i Norge må ofte vente lenge før de får starte på spesialistløpet. Danskutdannede leger legger nemlig beslag på opptil 40–60 LIS1-stillinger årlig.

– En endring av godkjenningspraksisen kunne frigjort stillinger til leger som virkelig har behov for LIS1, sier Rime.

Samtidig sliter både fastlegeordningen og sykehusene med å rekruttere leger.

– I en tid hvor det er ressursknapphet på helsepersonell, og kamp om budsjettmidlene, er det uforståelig at helsemyndighetene ikke har klart å løse denne saken. I stedet krever de dublering av tjeneste for leger som kunne, og burde, vært benyttet bedre og andre steder i helsetjenesten. Legeforeningen har lenge jobbet for en politisk løsning, men dette har altså ikke ført frem. Vi ser oss derfor nødt til å ta rettslige skritt for å få denne uholdbare situasjonen avklart, avslutter president Anne-Karin Rime. ■

Tor Martin Nilsen

tor.martin.nilsen@legeforeningen.no

Bekymringsfull situasjon ved SUS

Rogaland legeforening har utført en spørreundersøkelse blant legene ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS), som viser at mange vurderer å slutte. Respondentene oppgir at de opplever en urimelig stor økning i arbeidsmengde.

« Vi ønsket å kartlegge arbeids- hverdagen for legene på SUS gitt historier om høy arbeidsbelastning og ikke minst anstrengt sykehusøkonomi som følge av utbyggingen av nytt sykehus. «Leger må leve»-kampanjen har aktualisert dette temaet ytterligere, sier Zuzana Huncikova, overlege og foretakstilitsvalgt for Overlegeforeningen ved Stavanger Universitetssjukehus.

Mange vurderer å slutte

Det har lenge vært en økende trend i Norge at sykehusleger søker nye muligheter i det private markedet eller bytter til stillinger utenfor sykehuset. Rogaland legeforening ønsket derfor å undersøke i hvor stor grad legene ved SUS vurderer å slutte i den offentlige helsetjenesten.

– Undersøkelsen viser at det er 11 prosent av sykehuslegene som aktivt søker jobb utenfor den offentlige helsetjenesten og ytterligere 3,9 prosent har allerede fått en slik stilling. Det er hele 80 prosent av respondentene som oppgir at de av og til eller en sjelden gang har vurdert å slutte, sier Huncikova og fortsetter:

– Hovedgrunnene som oppgis er økende arbeidsbelastning, kronisk underbemanning, ulidelige dokumentasjonskrav og stadig økende produksjonskrav, såkalt «samlebånd-følelse». For leger i spesialisering trekkes det frem manglende supervisjon og veiledning. Dette gjelder også for faglig erfaringsutveksling og diskusjoner om vanskelige problemstillinger blant overlegene.

Fysiske forhold frustrerer

I tillegg er det svært mange av respondentene som oppgir fysiske forhold på arbeidsplassen som en stor kilde til frustrasjon. De opplever at stadig mer tid blir brukt foran PC, i stedet for å treffe og behandle pasienter.

– Kommentarer i fritekstfeltet som «stadige samtidighetskonflikter, dårlig samvittighet og følelse av å ikke strekke til» traff meg rett i hjertet. Det forteller meg at mange opplever et høyt og til dels

urimelig arbeidspress, samtidig som de fleste forespurte legene vurderer sin jobb som meningsfull, sier hun.

Huncikova er tydelig på at SUS bør ta tak i helt grunnleggende behov for sine ansatte. Det vil øke sjansene for at arbeidspresset går ned for mange.

– Å ha en arbeidspult med fungerende stol. Eller en egen og ikke helt utdatert PC som bruker minst 10 minutter på å åpne et røntgenbilde man trenger i en

Stavanger universitetssjukehus:

Undersøkelsen viser at det er 11 prosent av sykehuslegene som aktivt søker jobb utenfor den offentlige helsetjenesten og ytterligere 3,9 prosent har allerede fått en slik stilling. Foto: Svein Lunde, Helse Stavanger.



akutt situasjon – det vil gjøre hverdagen betydelig enklere. I tillegg må vi få tilbake støttepersonell som for eksempel helsesekretærer. Det er viktig at vi bruker leger til å gjøre legeoppgaver slik at tiden til direkte pasientkontakt økes, understreker hun.

Få leger tilbake i ledelsen

Kollegaene, faget og pasientrettede arbeidsoppgaver gjør at mange holder ut i jobben. Huncikova håper derfor at man får satt søkelyset på dette i tiden fremover.

– Jeg mener også at det er viktig å få legene tilbake i ledelsen. Det å ha gode ledere som kjenner både avdelingen og legene er helt avgjørende. Hva som fungerer best for min avdeling og for mitt vaktlag, bør veie mye tyngre enn overordnede byråkratiske kvalitetsmål. Individuelle tilpasninger av kollektive planer er veien videre. Flere av respondentene i undersøkelsen trekker også frem behovet for bedre og stedlig ledelse. Det er jeg helt enig i, sier hun.

Nye SUS

Huncikova trekker frem at sykehuset står i en avgjørende fase for utbyggingen av nye SUS. Hun mener derfor at det er helt avgjørende at ledelsen sørger for at arbeidsforholdene ved det nye sykehuset faktisk blir bedre enn det er i dag.

– Igjen snakker vi om helt basale behov. Det betyr nok arbeidsplasser til alle leger, gode kontorfasiliteter, garderobeplass og vaktparkering. Spesielt arbeidsplasser til legene er en prosess som ennå ikke er helt avklart. Jeg mener det er helt unødvendig å måtte lete etter en fungerende PC flere ganger i løpet av en arbeidsdag, sier hun.

Hvis ikke vi tar tak i det som kommer frem i blant annet denne undersøkelsen, er jeg oppriktig bekymret for at vi snart har etablert en todelt helse-tjeneste i Norge

Zuzana Huncikova, overlege og foretakstillitsvalgt for Overlegeforeningen ved SUS

Går mot en todelt helsetjeneste

Flere av legene som har besvart undersøkelsen skriver at det mest meningsfulle med jobben er å hjelpe mennesker i sårbare situasjoner. De betrakter også arbeidet sitt som faglig spennende og interessant.

– Jeg tror dette bekrefter at oppmerksomheten må rettes tilbake til å gjøre det som er best for pasientene fremfor



Bekymret: Overlege og foretakstillitsvalgt ved Stavanger Universitetssjukehus, Zuzana Huncikova. Foto: Privat

å skrive de ut raskest mulig. Offentlige sykehus bør ikke være en produksjonsfabrikk. Hvis ikke vi tar tak i det som kommer frem i blant annet denne undersøkelsen, er jeg oppriktig bekymret for at vi snart har etablert en todelt helsetjeneste i Norge. Offentlig helsetjeneste bør være førstevalget for pasienter og leger, men det er ikke sikkert det er situasjonen i nær fremtid, sier Huncikova.

Nødvendig med kraftfulle grep

Rogaland legeforening er også bekymret for at mange svarer at de ikke tror de vil klare å stå i legeyrket et helt arbeidsliv.

– Jeg tror dette er et resultat av at trykket mot sykehusene øker, mens de økonomiske rammene ikke utvikler seg i samme takt. Etterspørselen av helse-tjenester samsvarer ikke med veksten i budsjettene, og legene sitter med det medisinskfaglige ansvaret uten å ha tilstrekkelige midler til å løse oppgavene. Dårlig utnyttelse av legenes kompetanse og for lite tid til tildelte oppgaver bidrar til tap av motivasjon.

– Samtidig oppgir mesteparten av legene at de trives på grunn av kollegaene og at de håper faget kommer tilbake i fokus. Det betyr at det er et lys i enden av tunnelen for den offentlige helse-tjenesten, men da er det nødvendig å ta kraftfulle grep før det er for sent, avslutter Zuzana Huncikova. ■

Denne saken stod først på trykk i Overlegen nr. 1 2024.

Tor Martin Nilsen

tor.martin.nilsen@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 fagfellelvurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på www.tidsskriftet.no.

Abedini, Sadollah	Ihle-Hansen, Hege	Stray-Pedersen, Asbjørg
Andersen, Mette	Jacobsen, Geir Wenberg	Sundsford, Arnfinn S.
Andreassen, Ole A.	Joakimsen, Ragnar	Søreide, Kjetil
Ausen, Kjersti	Johansen, Rune	Thommessen, Bente
Bachmann, Ingeborg Margrethe	Johansen, Truls E. Bjerklund	Tjønnfjord, Geir E.
Bakken, Inger Johanne	Juel, Niels Gunnar	Ulvestad, Elling
Bartnes, Kristian	Jørgensen, Anders Palmstrøm	Valeur, Jørgen
Beisland, Christian	Korvald, Christian	Vallersnes, Odd Martin
Berg, Siri Fuglem	Kran, Anne-Marte Bakken	Vettrhus, Morten
Berg, Tore Julsrud	Kristoffersen, Målfrid	Vistad, Ingvild
Berild, Dag	Krohg-Sørensen, Kirsten	Viste, Kristin
Berntsen, Erik Magnus	Krohn, Jørgen Gitlesen	Wallenius, Marianne
Berntsen, Gro Karine Rosvold	Kurz, Kathinka Dæhli	Wiseth, Rune
Bjørner, Trine	Kvestad, Ellen	Wold, Cecilie Bendiksen
Bramness, Jørgen Gustav	König, Marton	Wyller, Torgeir Bruun
Brantsæter, Arne Broch	Kørner, Hartwig	Zahl, Per-Henrik
Brattebø, Guttorm	Lang, Astri M.	Øksengård, Anne Rita
Braut, Geir Sverre	Lassen, Kristoffer	Ørstavik, Kristin
Bretthauer, Michael	Lie, Anne Kveim	Øymar, Knut
Brustugun, Odd Terje	Lillebø, Kristine	Aavitsland, Preben
Braarud, Anne-Cathrine	Løberg, Magnus	
Bøhmer, Ellen	Madsen, Steinar	
Chaudhry, Farrukh Abbas	Mahesparan, Rupavathana	
Dietrichs, Espen	Mehl, Cathrin	
Døllner, Henrik	Meisingset, Tore Wergeland	
Ellingsen, Christian Lycke	Meland, Eivind	
Eskild, Anne	Melin, Erik	
Faiz, Kashif	Mikkelsen, Maja Elisabeth	
Farooqi, Saima	Myhre, Mia Cathrine	
Flottorp, Signe Agnes	Müller, Lil-Sofie Ordning	
Flægstad, Trond	Myrstad, Marius	
Fredheim, Olav Magnus	Mørch, Kristine	
Frøtheim, Atle	Nielsen, Rune	
Frøen, Hege	Nilsen, Kristian Bernhard	
Fønnebø, Magne Vinjar	Nissen-Meyer, Lise Sofie H.	
Førde, Reidun	Nordbø, Svein Arne	
Gjevik, Elen	Nordøy, Ingvild	
Gradmann, Christoph	Nylenna, Magne	
Grimsrud, Tom Kristian	Paulssen, Eyvind J.	
Gulbrandsen, Pål	Paus, Benedicte	
Gulseth, Hanne Løvdal	Pihlstrøm, Lasse	
Gundersen, Joanna Majak	Pukstad, Brita Solveig	
Hagve, Tor-Arne	Raknes, Guttorm	
Hansen, John-Bjarne	Ranhoff, Anette Hylen	
Hasle, Gunnar	Rasmussen, Jørn Einar	
Haug, Jon Birger	Reed, Wenche	
Haugen, Trine B.	Reikvam, Håkon	
Haugaa, Kristina H.	Renaa, Therese	
Heldal, Anne Taraldsen	Retterstøl, Kjetil	
Helland, Åslaug	Revheim, Mona-Elisabeth	
Hem, Erlend	Risnes, Kari Ravndal	
Heyerdahl, Fridtjof	Risøe, Cecilie	
Hilt, Bjørn	Rogne, Tormod	
Hjartåker, Anette	Rosvold, Elin Olaug	
Hjelmæsæth, 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	

Les i neste nummer

- Vikarleger
- Når fastlegen blir syk
- Søvn og Parkinsons sykdom
- Feildosering av metotreksat
- Simulering i spesialist-utdanningen

KOMMER
14. MAI

Tidsskriftet

Legeforeningen utgir Tidsskrift for Den norske legeforening som medlemsblad og medisinsk vitenskapelig 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

Digitaltsjef 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, Øyvind Stople

Sivertsen, Synne Mugerud Sørensen,

Liv-Ellen Vangsnes, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Caroline Ulvin Johansson, 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, Kari Toverud, Marit Tveito, Sigurd Ziegler, Jørgen Østensjø, Geir Aamodt

Redaksjonskomité

Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Sverre Myren, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei, Anne Cathrine Staff (leder)

Kontakt

Besøksadresse

Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse

Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Sentralbord: 23 10 90 00

www.tidsskriftet.no

redaksjonen@tidsskriftet.no

annonser@tidsskriftet.no

oversettelse@tidsskriftet.no

stetoskopet@tidsskriftet.no

Trykk Aksell AS

Opplag 32 700

Antall utgivelser 15 numre per år

ISSN 0029-2001



Trykksak
2041 0379



Ryaltris™

mometasonfuroat/olopatadin

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

ET ALTERNATIV VED ALLERGISK RHINITT¹

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

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



Anbefalt dose

To sprayer i hvert nesebor to ganger daglig (morgen og kveld).⁴

Ryaltris™ nesespray
25 µg mometasonfuroat/dose + 600 µg olopatadin/dose

Indikasjon

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

Dosering

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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

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

Pakninger og priser

1 flaske à 30 ml med 240 spraydoser kr 223,50

Referanser

- 1) Ryaltris™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 4.1,
- 2) Ryaltris™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 1,
- 3) Ryaltris™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 5.1
- 4) Ryaltris™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 4.2

Refusjonsberettiget bruk

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

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

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 06.10.2023

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

Les hele preparatomtalen før du forskriver.

Januar 2024

**LES MER
OG BOOK
BESØK**

[orionpharma.no/
ryaltris](http://orionpharma.no/ryaltris)

