

Vikarbruk i fastlegeordningen er mer enn femdoblet på få år

Side 444

Fastleger søker helsehjelp hos andre enn sin egen fastlege

Side 446

Synsvansker ved Parkinsons sykdom påvirker motorikken

Side 448

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



NYHET ved intravitreal behandling av vAMD og DME

3 loading-doser¹



Kun 5 injeksjoner første året¹



Når pasienten har nådd 16 ukers intervaller, kan intervallene forlenges til 20 uker.^{1*}

EYLEA 8 mg har sammenlignbar sikkerhetsprofil med EYLEA 2 mg.¹

Bruk av Eylea 114,3 mg/mL er kontraindisert ved overfølsomhet overfor virkestoffet aflibercept eller hjelpestoffene, okulær eller periokulær infeksjon og aktiv alvorlig intraokulær betennelse. Vis forsiktighet ved endoftalmitt, intraokulær betennelse, netthinnelesning, netthinneirritasjon og traumatisk katarakt. Pasientene må umiddelbart rapportere symptomer som kan tyde på disse tilstandene. Aseptiske injeksjonsteknikker skal alltid brukes. Pasientene skal følges opp i uken etter injeksjonen for å kunne gi tidlig behandling dersom en infeksjon oppstår. Økt intraokulært trykk er sett i løpet av 60 minutter etter intravitreal injeksjon, inkludert injeksjon med Eylea. Ved dårlig kontrollert glaukom skal Eylea ikke injiseres (ved intraokulært trykk ≥ 30 mmHg). Intraokulært trykk og perfusjon av synsnervehodet skal overvåkes og behandles. Behandling skal holdes tilbake dersom det oppstår: reduksjon i optimalt korrigert synsskarphet (BCVA) av ≥ 30 bokstaver sammenlignet med siste vurdering av synsskarphet; rhematogen netthinnelesning eller hull i makula grad 3 eller 4; skade på netthinne; en subretinal blødning sentralt i fovea eller, hvis omfanget av blødningen er $\geq 50\%$ av det totale blødningsområdet; 28 dager før og/eller etter utført eller planlagt intraokulær kirurgi. Ved oppstart av behandling med aflibercept skal forsiktighet utvises hos pasienter med risikofaktorene for pigmentepitelløsning.

Referanse: 1. Eylea SPC 03/2024.

*EYLEA 2 mg ble dosert med faste intervaller på q8 etter 3 (vAMD) eller 5 (DME) første månedlige injeksjoner.

Eylea (aflibercept), 114,3 mg/mL injeksjonsvæske i hetteglass.

Indikasjon: Eylea er indisert til voksne til behandling av neovaskulær (våt) aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) og nedsatt syn som følge av diabetisk makulødem (DME). **Administrasjonsmåte og dosering:** Skal kun brukes til intravitreal injeksjon. Hetteglasset er kun til engangsbruk og kun til ett øye. Opptrekk av flere doser fra et enkelt hetteglass kan øke risikoen for kontaminering og etterfølgende infeksjon. Administrasjon skal kun utføres av kvalifisert lege med erfaring med intravitreal injeksjon. **Anbefalt dose:** 8 mg aflibercept, tilsvarende 0,07 mL oppløsning. Doseringen er den samme for indikasjonene våt AMD og DME. For våt AMD og DME startes behandling med 1 injeksjon pr måned i 3 påfølgende måneder. Injeksjonsintervaller kan deretter økes opptil 4 måneder basert på legens vurdering av syn og/eller anatomi. Etterfølgende kan behandlingsintervallene økes ytterligere opptil 5 måneder ("treat-and-extend"-regime) samtidig med at stabil syn og/eller anatomi opprettholdes. Ved forverring bør intervallene forkortes basert på legens skjønn. Det korteste intervallet mellom 2 injeksjoner er 2 måneder i vedlikeholdsfasen. Injeksjon av Eylea 8 mg én gang pr måned har ikke blitt undersøkt ved mere enn 3 påfølgende doser. Legen skal vurdere hvor ofte pasienten bør følges opp basert på pasientens status. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet aflibercept eller overfor noen av hjelpestoffene. Okulær eller periokulær infeksjon. Aktiv alvorlig intraokulær betennelse. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Intravitreale injeksjoner, inkludert injeksjoner med Eylea, har vært forbundet med endoftalmitt, intraokulær betennelse, netthinnelesning, netthinneirritasjon og traumatisk katarakt. Aseptiske injeksjonsteknikker skal alltid brukes. Pasientene skal anmodes om umiddelbart å rapportere symptomer som kan tyde på endoftalmitt, eller noen av de andre hendelsene nevnt ovenfor og at dette må følges opp på egnet måte. I tillegg skal pasientene følges opp i uken etter injeksjonen for å kunne gi tidlig behandling dersom en infeksjon oppstår. Økt intraokulært trykk er sett i løpet av 60 minutter etter intravitreal injeksjon, inkludert injeksjon med Eylea. Spesielle forholdsregler er nødvendig hos pasienter med dårlig kontrollert glaukom (Eylea skal ikke injiseres dersom det intraokulære trykket er ≥ 30 mmHg). I alle tilfeller skal både det intraokulære trykket og perfusjonen av

synsnervehodet derfor overvåkes og behandles på egnet måte. Etter intravitreal injeksjon skal voksne pasienter anmodes om umiddelbart å rapportere symptomer som kan tyde på endoftalmitt (f.eks. øyesmerter, rødhet i øyet, fotofobi, tåkesyn) som kan være et klinisk tegn på overfølsomhet. Sikkerhet og effekt ved behandling i begge øyne samtidig er ikke systematisk undersøkt. Behandling skal holdes tilbake dersom det oppstår: en reduksjon i optimalt korrigert synsskarphet (BCVA) av ≥ 30 bokstaver sammenlignet med siste vurdering av synsskarphet; rhematogen netthinnelesning eller hull i makula grad 3 eller 4; skade på netthinne; en subretinal blødning sentralt i fovea eller, hvis omfanget av blødningen er $\geq 50\%$ av det totale blødningsområdet; 28 dager før og/eller etter utført eller planlagt intraokulær kirurgi. Risikofaktorer forbundet med utviklingen av rift i retinal pigmentepitel etter anti-VEGF behandling av våt AMD inkluderer en omfattende og/eller høy grad av pigmentepitelløsning. Ved oppstart av behandling med aflibercept skal forsiktighet utvises hos pasienter med risikofaktorene for pigmentepitelløsning. Eylea 114,3 mg/mL skal ikke brukes under graviditet med mindre mulig nytte oppveier den mulige risikoen for fosteret. Kvinner som kan bli gravide skal bruke sikker prevensjon under behandling og i minst 4 måneder etter siste intravitreale injeksjon med Eylea 114,3 mg/mL. Som en forholdsregel anbefales ikke amning. **Bivirkninger:** Vanlige: Katarakt, økt intraokulært trykk, flytende flekker i synsfeltet, glasslegemelesning, glasslegemeblødning, retinalblødning, nedsatt synsskarphet, øyesmerter, konjunktival blødning, punktkeratitt. Følgende bivirkninger som forekommer med Eylea 40 mg/mL kan også være forbundet med Eylea 114,3 mg/mL men har ikke blitt rapportert i de kliniske studier med Eylea 114,3 mg/mL: okulær hyperemi, netthinne degenerasjon, unormal følelse i øyet, opasitet i linsen, skade på hornhinnens epitel, 'flare' i fremre kammer, iritasjon på øyelokk, endoftalmitt, traumatisk katarakt, hypopyon, alvorlige anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. **Basert på preparatomtale:** 03/2024. Se FK tekst eller preparatomtale (SPC) for fullstendig informasjon. Reseptgruppe C. **Pakning og pris:** 1 x 0,26 mL (hettegl.) kr 10200,40. Bayer AS, Postboks 193, NO-1325 LYSAKER, Telefon: 23 13 05 00, www.bayer.no.



Ikke akkurat hugget i sten



Are Brean
Sjefredaktør

Vitenskapelige tekster får troverdighet ved å referere til andre vitenskapelige tekster. Ved at ny forskning slik står på skuldrene til tidligere forskning, bygges sten på sten i vår forståelse av verden. Men hva hvis påstander i nye artikler ikke kan verifiseres fordi forskningen det refereres til ikke lenger finnes? I vår digitale tid er problemstillingen skremmende aktuell. En ny studie av 7,4 millioner vitenskapelige nettbaserte artikler viste at mer enn 2 millioner av dem ikke var tilstrekkelig sikret for ettertiden. Forsvinner tidsskriftene, forsvinner i mange tilfeller også artiklene i dem. Problemet er ikke teoretisk. En studie fra 2021 viste at minst 170 digitale åpen tilgang-tidsskrifter hadde forsvunnet mellom år 2000 og 2019.

Både tidsskriftene selv, utgivere, universiteter og myndigheter må ta et større ansvar for flyktigheten i heldigital publisering. Men noe kan du gjøre selv også, som å sørge for å publisere din egen forskning og dine egne tekster i solide og anerkjente tidsskrifter som sikrer tekstene for ettertiden. Dette tidsskriftet er et av dem. Vi har vært her i 143 år. Det akter vi å fortsette med.■

Forsiden

Venteværelser, legekontorer og sykehuskorridorer. Helsevesenet har mange rom. Som regel myldrer det av syke og friske mennesker. Dører åpnes og lukkes. Noen kommer, andre går. Noen blir igjen.

Summen av alle hendelsene innenfor veggene utgjør legers arbeidsliv. Det fysiske interiøret varierer mellom arbeidsplassene. Men alle rommer de historier om enkelt-skjebner, sorger, gleder og menneskemøter.

Anders N. Kvammen er en tegner og serieskaper fra Oslo. Flere av hans arbeider kan du se på hjemmesiden anderskvammen.com og på Instagram: [@kvamsky](https://www.instagram.com/kvamsky).

Illustrasjon: Anders N. Kvammen



I denne utgaven:

Hva skjer i fastlegeordningen?
Vikarbruken i fastlegeordningen har økt betydelig siden 2016. Antallet vikaravtaler økte fra 916 i 2016 til 5 003 i 2022 – en økning på hele 446 %. Økningen var enda større i de minst sentrale kommunene. Dette kommer frem av data fra Fastlegeregisteret. Hva er årsaken til denne utviklingen, og hva er konsekvensene? Omfattende bruk av vikarer i fastlegehjemler truer prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenester. Det er et stykke igjen før fastlegeordningen er reddet. Prosjektet *Bærekraft på legekontoret* skal motvirke overdiagnostikk, overbehandling og overdreven bruk av helsetjenester.
Side 444, 445, 465



Når fastleger blir syke
Mange fastleger søker helsehjelp hos andre enn hos egen fastlege. Dette viser en studie der fastlegers egen bruk av primær- og spesialisthelsetjenester ble sammenlignet med en kontrollgruppe med samme alder, kjønn, utdanningsnivå og helse som fastlegene. Blant fastlegene hadde 22 % brukt egen fastlege og 3 % legevakt, mot 62 % og 12 % i kontrollgruppen. Fastlegene søkte imidlertid hjelp hos avtalepsykiatere nesten tre ganger så ofte som kontrollgruppen. Leger har en høy terskel for å søke helsehjelp, de behandler ofte seg selv og går ofte på jobb med plager de ville ha sykmeldt andre for. Vil nye regler om felles henvisningsmottak for psykiatri gjøre det vanskeligere for leger å søke hjelp?
Side 446, 447

Synsvansker ved Parkinsons sykdom
Pasienter med Parkinsons sykdom kan oppleve uklart syn, lysømfintlighet, lesevansker og en subjektiv følelse av at de blir fort slitne i øynene. Synsvanskene påvirker motorikken ettersom synet kompenserer for dårlig postural kontroll og vansker med å starte bevegelser. Synsvansker ved Parkinsons sykdom synes å være underdiagnostisert. Det er viktig å kartlegge eventuelle synsvansker og sette inn tiltak som kan bedre synsfunksjonen og på den måten øke pasientens livskvalitet og bevegelsesmønstre.
Side 448

Innhold

425	Leder «Velkommen til oss» <i>Synne Muggerud Sørensen</i>
426	Invitert kommentar Sosial ulikhet i helse øker <i>Afaf Al-Rammahy, Kenz Al-Shather, Berit H. Bringedal</i>
429	Levelig utdanningsløp for ALIS-leger <i>Victoria Schei, Knut Eirik Eliassen</i>

Debatt

430	Debatt Fakkeltog er ikke nok <i>Torgeir Bruun Wyller, Eli Johanne Nordal, Berit Riise Kåvik</i>
431	Legeforeningens ensidige fordømmelse av Israel – et valg av politisk side <i>May Brit Lund</i>
432	Leger må behandle hverandre med respekt, også når vi er faglig uenige <i>Shahram Shaygani, Lars Lien, Ulrika Larsson, Solveig Klæbo Reitan</i>

434	Kronikk Mer simulering i LIS-utdanningen <i>Benedicte Skjold-Ødegaard</i>
438	Hvor skal vi plassere ambulansene våre? <i>Thomas Reiten Bovim, Andreas Asheim</i>

Vitenskap

442	Fra andre tidsskrifter Er ultraprosessert mat assosiert med livsstilssykdommer? <i>Amanda Hylland Spjeldnæs</i>
442	Covid-19-vaksinasjon i svangerskap er trygt <i>Synne Muggerud Sørensen</i>
443	Slik blir vi lettere forkjølet om vinteren <i>Haakon B. Benestad</i>
444	Originalartikkel Vikarlegebruk i fastlegeordningen 2016–22 <i>Mads Rydningen, Anette Fosse, Birgit Abelsen, Martin Bruusgaard Harbitz</i>
445	Invitert kommentar Har regjeringen fikset fastlegeordningen? <i>Jan Emil Kristoffersen</i>

nr. 6/2024

Utgivelsesdato
14. mai 2024

446	Kort rapport Hvor søker fastleger hjelp ved egen sykdom? <i>Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg, Steinar Hunskår</i>
447	Invitert kommentar Generalist søker spesialist <i>Karin Isaksson Rø</i>
448	Klinisk oversikt Synsvansker ved Parkinsons sykdom <i>Solveig E.J. Dalbro, Emilia Kerty</i>

452	Noe å lære av En kvinne i 70-årene med feber og krampeanfall <i>Eli Leirdal Hoem, Torleiv Kvalvik, Ruben Dyrhovden, Iren Eide Helland, Bjørn Blomberg, Kristine Mørch</i>
-----	--

456	Kort kasuistikk Feildosering av metotreksat <i>Maren Wennberg Husby, Lars Petter Bache-Wiig Bjørnsen, Arve Jørgensen, Tone Merete Lassen, Dag Jacobsen, Lars Erik Laugsand</i>
-----	---

459	Medisinen i bilder Kuler i huden <i>Inge Rasmus Groote</i>
-----	---

460	Språkspalten Slik kan man studere bruken av medisinske termer <i>Lars G. Bagøien Johnsen</i>
-----	---

462	Fra fagmiljøene Nye retningslinjer for syndromet relativ energimangel i idrett (REDs) <i>Jorunn Sundgot-Borgen, Monica Klungland Torstveit, Therese Fostervold Mathisen, Anne Marte Pensgaard</i>
-----	--

465	Bærekraft på legekontoret <i>Stefán Hjörleifsson, Linn Okkenhaug Getz, Marte Kvittum Tangen</i>
-----	--

Magasin

466	Intervju Et dobbeltliv som heldigvis sprakk <i>Tori Flaatten Halvorsen</i>
-----	---

472	Fra arkivet Når hovslagene viser seg å være en sebra <i>Julie Didriksen</i>
-----	--

474	Legelivet Lite psykiske symptomer hos intensivpersonell under pandemien <i>Ingvild Strand Hovland</i>
475	Huslegen? <i>Olaf Gjerløw Aasland</i>
476	Legen som gøynde seg på do <i>Jeanette Bjørke</i>
477	Ph.d.-disputaser
478	Minneord

Annonser

480	Legejobber
482	Øvrige annonser

Aktuelt i foreningen

485	Helsetjenesten er en avgjørende del av Norges totalberedskap <i>Anne-Karin Rime</i>
486	Faglandsrådet 2024: – Mål om å videreutvikle faget <i>Ingrid Rise Fry</i>
487	Årets landsstyremøte: Fellesskap og debatt <i>Sue Anita Solberg</i>
488	Forsker på sosiale ulikheter i kreftbehandling <i>Lisbet T. Kongsvik</i>
490	Godt legeliv – god pasientbehandling <i>Stine Kathrin Tønsaker</i>
491	Arbeidet med veileder for kommuneoverlege-funksjonen er i gang <i>Gorm Hoel</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Overlege, ortopedisk kirurgi

Frist 2. juni

SYKEHUSET INNLANDET HF

Lege i spesialisering, radiologi

Frist 20. mai

HELSE BERGEN HF

Overlege, blodsykdommer

Frist 1. juni

HALDEN KOMMUNE

Fastlege, sommervikar

Frist 30. april

HELGELANDSSYKEHUSET HF

Lege i spesialisering, generell kirurgi

Frist 31. mai

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Lege i spesialisering, psykiatri

Frist 3. juni

KARMØY KOMMUNE

Fastleger

Frist 31. mai

LYNGDAL KOMMUNE

Fastleger

Frist 20. mai

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Overlege, psykiatri

Frist 31. mai

MOSS KOMMUNE

Fastlegevikar/ALIS

Frist 31. mai



«Velkommen til oss»

Større systemiske endringer må til for å bedre legers arbeidsforhold.

For den som begynner i sin første legejobb, kan likevel de små ting telle.

Disse dager får medisinstudenter på siste studieår og leger uten turnus vite om de kan begynne i en LIS1-stilling til høsten. Halvannet år LIS1-tjeneste er den første delen av spesialiseringsløpet, og her er det kamp om plassene. I 2023 var det 1 184 søkere til 575 stillinger. Altså ble halvparten stående uten tilbud om LIS1-tjeneste, og det er ikke tegn til at køen avtar (1). Når det søkes etter mer erfarne leger, er forholdene snudd på hodet. Det er blitt mer utfordrende å rekruttere leger til det offentlige helsevesenet, også på sykehus, der siste gjennomgang viste at vi mangler omtrent 1 500 spesialister (2).

LIS1-tjenesten gir et godt rekrutteringsgrunnlag for sykehus og allmennlegekontor, spesielt i desentraliserte områder (3). God veiledning, fokus på utdanningsløpet samt trivsel og trygghet på jobb for LIS1-legene vil være av betydning for å fylle fremtidens behov for legespesialister. Som unge og uerfarne leger er vi ekstra sårbare(4).

Høyt arbeidspress og prioritering av drift påvirker sykehuslegers arbeid og stressnivå (5–7). Blant de som svarte på Legeforeningens medlemsundersøkelse i 2023, var det 46 % som svarte at de enten ikke visste om de ønsket å bli værende i samme sykehusjobb eller de visste at de ikke ønsket det (7, 8). Omtrent 30 % av medlemmene uttrykte veldig negative fremtidsutsikter for sykehuset eller virksomheten, og andelen var høyest i aldersgruppen 30–39 år. Et inkluderende arbeidsmiljø var blant grunnene til at leger forble i jobben, mens arbeidspress, lønn, lite fleksibilitet og liten grad av autonomi ble trukket frem som årsaker til at leger mistriivdes på jobb (7).

Slike forhold er ikke unike for Norge. I en systematisk undersøkelse med data fra flere land og den talende tittelen *The Race to Retain Healthcare Workers*, fant man at et godt sosialt arbeidsmiljø preget av tillit og respekt var viktig for at leger og sykepleiere ønsket å bli i jobben. Lav bemanning, mangelen på goder (som en matkupong!), rigid arbeidshverdag samt sosiale konflikter på jobb skapte ofte mistrivsel (9).

Kanskje kan så enkle tiltak som en velkomstblomst på pulten, en klapp på skulderen, noen gode ord eller varm vaktmat bedre opplevelsen av LIS1-tjenesten for den ferske legen?

For å sikre et sterkt offentlig helsevesen fremover, et bedre arbeidsmiljø og god rekruttering kreves omfattende, strukturelle og langsiktige tiltak. Det vil ta tid, og det ansvaret verken kan eller bør ligge hos den enkelte ansatte eller mellomleder. Men litt kan gjøres nå. I en kvalitativ studie om medisinsk usikkerhet blant LIS1-leger savnet informantene relativt ukompliserte ting, som flere og grundigere tilbakemeldinger på eget arbeid. Det er et svært forståelig savn når noen tilbakemeldinger

besto av kun en gul lapp i innboksen om hva som kunne vært gjort annerledes. Andre hadde opplevd å ikke få tilgang til rom der pasienten kunne undersøkes, eller til telefon for å konferere (10). Betydningen av å bli godt mottatt gikk igjen hos flere. Kanskje kan så enkle tiltak som en velkomstblomst på pulten, en klapp på skulderen, noen gode ord eller varm vaktmat bedre opplevelsen av LIS1-tjenesten for den ferske legen?

Sykehuset i Vestfold har tatt grep. Før oppstart i LIS1-tjeneste blir legenes kjennskap til dokumentasjonssystemene og sykehuset samt deres kliniske erfaringer, kartlagt (3). De blir plassert i grupper basert på resultatene av kartleggingen. Rotasjon i gruppene fører til at alle LIS1-legene blir bedre kjent. Ordningen vil forhåpentligvis bidra til at flere får mer ut av introduksjonsuken, og til nå er tilbakemeldingene positive (3). Dette er bare starten på et mer omfattende arbeid – nettopp det arbeidet som trolig må til for å rekruttere leger til LIS- og overlegestillinger (3).

Fremover blir det spennende å se om sykehuset i Vestfolds tiltak kan bidra til å løse rekrutteringsproblemer, og om andre arbeidsplasser eventuelt følger etter. Jeg håper det. På seg selv kjenner man ikke alltid andre. Men selv vet jeg at det å bli møtt med et vennlig smil, en ledig stol rundt møtebordet og en støttende samtale når jeg trenger det, kan være akkurat det som gjør min arbeidsdag god. ■

Synne Muggerud Sørensen

synne.muggerud.sorensen@tidsskriftet.no

Synne Muggerud Sørensen er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1

Helsedirektoratet. Leger i spesialisering del 1 (LIS1). Statusrapport nr. 21 – søknadsrunden våren 2023. Lest 26.4.2024.

2

Tid for handling, Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Norges offentlige utredninger 2023: 4. Lest 26.4.2024.

3

Simonsen MCA. På Sykehuset i Vestfold får LIS1-legene en persontilpasset start på legelivet. Dagens medisin 29.3.2024. Lest 26.4.2024.

4

Espegren MK. Veien til bærekraftige arbeidsforhold for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0547.

5

Grottenberg BG. LIS1-tjenesten: Jeg kom, jeg så, jeg krysset av. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0430.

6

Cissé ME, Syed R, Manbari Z. Flere tusen sykehusleger er usikre på fremtiden: – Vi står foran en reell katastrofe. NRK 19.3.2024. Lest 26.4.2024.

7

Den norske legeforening. Medlemsundersøkelse 2023. Lest 26.4.2024.

8

Rime AK. Leger skal ha det bra på jobb. Lest 26.4.2024.

9

de Vries N, Boone A, Godderis L et al. The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. Inquiry 2023; 60: doi: 10.1177/00469580231159318.

10

Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0428.

Sosial ulikhet i helse øker

Å redusere de sosiale helseforskjellene i Norge har lenge stått høyt på den politiske dagsordenen. Likevel øker ulikheten.

Sammenhengen mellom sosial bakgrunn og helse er godt dokumentert (1, 2). Jo høyere sosioøkonomisk status, desto bedre helse og høyere forventet levealder. Mønsteret ser ut til å gjelde i alle land. Det er som kjent bedre å være rik og frisk enn fattig og syk. Inntekt og utdanning varierer relativt lite i Norge sammenlignet med mange andre land. Likevel finner vi store sosiale helseforskjeller også hos oss. De som befinner seg i den høyeste inntektsfjerdedelen lever gjennomsnittlig opptil åtte år lenger enn de i den laveste fjerdedelen. Samme trend ser man for utdanning (2). Norge beskrives gjerne som et sosialdemokratisk likhetssamfunn. Ulikhetene er derfor overraskende for mange. Forskjellene i forventet levealder i Europa er mindre både i Italia, Kroatia, Portugal og Sverige enn de er i Norge, om vi sammenligner de høyeste og laveste utdanningsgruppene for menn. For kvinner er det bare fem av 15 land som har større ulikhet (3).

De som befinner seg i den høyeste inntektsfjerdedelen lever gjennomsnittlig opptil åtte år lenger enn de i den laveste fjerdedelen

Å redusere sosiale ulikheter har lenge vært et sentralt mål for myndighetene. I 2007 ble en tiårsstrategi presentert (4), og siden har en rekke utredninger og meldinger beskrevet situasjonen og foreslått tiltak (5, 6). Likevel ser ulikhetene ut til å øke. Fra 2005 til 2015 steg forventet levealder for kvinner i den øverste inntektsfjerdedelen med 3,2 år, mens den sank med 0,4 år i den laveste. Tilsvarende blant menn var 3,1 år blant de med høyest inntekt versus 0,9 år for de med lavest (7).

At sosiale helseforskjeller ikke er mindre i de sosialdemokratiske landene enn i andre europeiske land, kalles det nordiske paradokset. Sosial ulikhet har økt siden målingene begynte i 1960-årene – til tross for bedre folkehelse og velferdsordninger, medisinske framskritt og velstandsvekst. Hvordan henger dette sammen? Med Folkehelsemeldingen 2023 fikk vi en nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller (6), og helseministeren lovet å gjøre det som virker. Hva som virker, er imidlertid uklart. Samvariasjon mellom inntekt/utdanning og helse er godt dokumentert, men det samme kan man ikke si om tiltak. Det er ikke engang sikkert at redusert inntektsulikhet vil ha ønsket effekt, selv om flere foreslår det (5, 6).

De store driverne bak sosial ulikhet er utvilsomt strukturelle. Men kan helsetjenesten også spille en rolle? Også her er kunnskapen mangelfull. Mye tyder likevel på at helsetjenesten gjennom tilpasset behandling kan motvirke samfunnsskapte ulikheter.

Pasientbehandlingen varierer med sosioøkonomisk status også i Norge. For eksempel får lungekreftpasienter med lav sosioøkonomisk status sjeldnere strålebehandling og kirurgisk behandling (8), og bruken av palliativ strålebehandling er lavere hos pasienter med lav utdanning og inntekt (9). Ved Legeforskningsinstituttet undersøker vi nå hvilken rolle helsetjenesten spiller for sosial ulikhet. I samarbeid med Kreftregisteret har vi kartlagt insidens, kreftstadium på diagnosetidspunkt og overlevelse etter kreft mellom Oslos bydeler gruppert etter befolkningens utdanningsnivå (10), og er i gang med en tilsvarende nasjonal studie. Resultatene fra disse studiene vil danne grunnlag for å se hvilken betydning helsetjenesten har for sosial ulikhet.

Det skal ikke være forskjell på Jørgen hattemaker og kong Salomo i helsetjenesten. Dersom behandlingen ubegrunnet varierer med pasientens sosiale bakgrunn, er det grunn til bekymring. ■

Illustrasjon: Tidsskriftet



Afaf Al-Rammahy

Afaf Al-Rammahy er medisin- og forskerlinjestudent ved Legeforskningsinstituttet og Universitetet i Oslo.

Kenz Al-Shather

Kenz Al-Shather er medisinstudent ved Universitetet i Oslo.

Berit H. Bringedal

berit.bringedal@lefo.no
Berit H. Bringedal er sosiolog, dr.polit. og arbeider som seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet.

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

Litteratur

- Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: the argument. Int J Epidemiol 2017; 46: 1312–8.
- Syse A, Grøholt EK, Madsen C et al. Sosiale helseforskjeller i Norge. Lest 10.4.2024.
- OECD iLibrary. Inequalities in life expectancy. Lest 11.4.2024.
- Helse- og omsorgsdepartementet. St.m. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Lest 11.4.2024.
- Helsedirektoratet. Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd. Lest 10.4.2024.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldinga. Lest 10.4.2024.
- Institute of Health Equity. Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014. Lest 10.4.2024.
- Nilssen Y, Strand TE, Fjellbirkeland L et al. Lung cancer treatment is influenced by income, education, age and place of residence in a country with universal health coverage. Int J Cancer 2016; 138: 1350–60.
- Åsli LM, Myklebust TÅ, Kvaløy SO et al. Factors influencing access to palliative radiotherapy: a Norwegian population-based study. Acta Oncol 2018; 57: 1250–8.
- Al-Rammahy A, Fadum EA, Nilssen Y et al. Educational disparities in cancer incidence, stage, and survival in Oslo. Research in Health Services & Regions 2024; 3: 1.

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™ nesepay
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 (>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 for skaden er tilhelet.

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

Pakninger og priser

1 flaske à 30 ml med 240 spraydoser kr 223,50

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: 20.12.2021

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)



ORION
PHARMA

Levelig utdanningsløp for ALIS-leger

En lege i allmennmedisinsk spesialistutdanning får normalt eneansvar for pasientlisten fra dag én, med en arbeidsmengde og kliniske utfordringer som kan ligge langt utenfor komfortsonen. Det bør ikke være slik, og det må ikke være slik.

For å praktisere som selvstendig allmennlege i Nederland, England og Skottland, må man være spesialist i allmennmedisin. Leger som skal bli spesialister, ansettes i utdanningspraksiser med delt pasientansvar og strukturert veiledning.

I Norge er det ikke slik. Her har leger i spesialisering i allmennmedisin, ALIS-leger, også de med minimalt erfaringsgrunnlag, ansvar for egen pasientliste fra start. Det betyr at man som fersk fastlege strekker seg så godt man kan for å tilby pasientene trygghet og kvalitet over hele spekteret av faglige temaer. Man bærer også det fulle ansvaret om noe skulle gå galt – selv når man er den på fastlegekontoret med minst klinisk erfaring og faglig kompetanse. Vi mener dette er uheldig og kan sammenlignes med å bli avdelingsoverlege på et sykehus rett fra LIS1-tjenesten.

To av tre medisinstudenter og LIS1-leger vurderer en karriere innen allmennmedisin, men kun 3 % vil søke seg til en fastlegejobb under dagens rammebetingelser (1). ALIS-leger utdanner seg i stor grad ved å jobbe selvstendig på legekontor og legevakt. I tillegg deltar ALIS-leger på obligatoriske og valgfrie kurs og i veiledningsgruppe over to år, samt mottar individuell veiledning fra spesialist fire timer i måneden.

Om vi vil forbedre statistikken for utbrenthet, må vi innføre tiltak for å lette arbeidshverdagen til kommende fastleger

Problemstillingene i allmennmedisin er komplekse og ikke tilpasset nybegynnerens kompetansenivå. På de fleste fastlegekontor vil ALIS-leger kunne banke på naboøren og rådføre seg med en kollega om hen er usikker. Men terskelen for å forstyrre en kollega uten veiledningsplikt og stille «dumme» spørsmål kan være høy. Den uerfarne legen må for det meste prøve seg frem, i verste fall på pasientenes bekostning. Spesialistforskriften (2) understreker at «utdanningsvirksomheten skal legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon [...] innen faglig forsvarlige rammer og på en måte som sikrer tilstrekkelig kvalitet». Å være trygg i rollen som lærende og ha tid til å gjøre vurderinger med kompetente kollegaer i bakhånd, skal altså ikke være unntaket, men regelen.

I 2023 ble pasienttilpasset basistilskudd (3) innført som et tiltak mot fastlegekrisen, men effekten har vært nedslående (4). Selv om en fersk ALIS-lege kan tjene godt, løser det ikke tidsknipen og alle oppgavene som man ennå ikke føler seg kompetent til. Det må derfor satses på pedagogiske og strukturelle tiltak rettet mot læringsmiljø og arbeidsrammer.

Vi tror en løsning kan være strukturerte utdanningsstillinger, hvor ALIS-leger jobber noen år uten fullt pasientansvar. Dette er etablert i Sverige, Danmark, England og Skottland (5). Som i spesialistutdanningen i sykehus, vil en utdanningsstilling gi en trygg struktur for læring og mulighet til å praktisere med gradert ansvar.

Pilotprosjekter med utdanningsstillinger i allmennmedisin har gitt gode resultater (6). Fastlønnede utdanningsstillinger er nylig trukket frem som et tiltak for å bedre rekrutteringen (5). Men > 80 % av fastlegene er selvstendig næringsdrivende (7). Derfor mener vi at muligheten også må åpnes for ALIS-leger med næringsdrift.

#legermåleve-kampanjen tyder på at dagens generasjon av unge leger velger bort et interessant yrke med god lønn, hvis prisen er utbrenthet. Vår erfaring er at leger er pliktoppfyllende av natur, og mange strekker seg langt for å gjøre «det rette» for pasientene på listen. Om vi vil forbedre statistikken for utbrenthet, må vi innføre tiltak for å lette arbeidshverdagen til kommende fastleger (8). Det er også rapportert at bedre arbeidsforhold for leger kan virke forebyggende mot selvmord (9).

Hvis vi kan lykkes med god og trygg ALIS-utdanning med tilpasset ansvar og selvstendighet gjennom utdanningsløpet, vil det også gagne pasientene i form av bedre rekruttering, faglighet og kontinuitet i lege-pasientforholdet i norsk allmennmedisin (10). ■

Victoria Schei

victoria.schei.92@gmail.com

Victoria Schei er lege i spesialisering i psykiatri ved Solli Distriktspsykiatriske Senter, Stiftelsen Diakonova Haraldsplass og tidligere ALIS-lege. Hun er medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Knut Eirik Eliassen

Knut Eirik Eliassen er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, ALIS-veileder i Voss herad og tidligere fastlege. Han er medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Pedersen K, Godager G, Rognlien HD et al. Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I. Lest 11.3.2024.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Spesialistforskriften med kommentarer Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger. Lest 12.1.2024.
- 3 Helfo. Pasienttilpasset basistilskudd. Lest 6.2.2024.
- 4 Munkvik M, Christersson P, Øyane N et al. Pasienttilpasset basistilskudd kan true fastlegeordningen. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0345.
- 5 Regjeringen. Ekspertutvalg leverte endelig rapport. Lest 12.1.2024.
- 6 Abelsen B, Fosse A, Brandstorp H. Pilotprosjektet ALIS-vest: En utprøving av utdanningsstillinger i allmennmedisin. Sluttrapport fra følgeevaluering. Lest 11.3.2024.
- 7 Helsedirektoratet. Statusrapport - Allmennlegetjenesten høsten 2023. Lest 12.1.2024.
- 8 Espegren MK. Veien til bærekraftige arbeidsforhold for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0547.
- 9 Hem E. Selvmord blant leger. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0054.
- 10 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.

Fakkeltog er ikke nok

Sykehusene i Norge står overfor flere kriser forårsaket av helseledere og helsepolitikere som ignorerer fagmiljøenes anbefalinger. Nå er det nødvendig med aksjoner.

Helseplattformen i Helse Midt-Norge er en varslet katastrofe. Flere år før datasystemet ble tatt i bruk, advarte fagmiljøene om dets mangler og sårbarheter. Advarslene ble ignorert, og resultatet er blitt alvorlige avvik, svekket pasientsikkerhet, ustyrlige kostnader og utslitte og desillusjonerte ansatte (1). Mens pasienter forsømmes og helsepersonell flykter, hevder de ansvarlige at det «ikke finnes alternativer» til å fortsette samme kurs (2), og de vil tvinge den dårlige løsningen på flere sykehus (3).

Uroen i Helse Nord har lagt seg for en stund fordi helseministeren har kunngjort en midlertidig og forbeholden fredning av sykehusene i Narvik og Lofoten. Gleden kommer til å bli kortvarig (4). Helse Nords økonomiske uføre kommer ikke som lyn fra klar himmel, men skyldes blant annet at helseforetaket har investert over evne og derfor må redusere driften (5).

Helseplattform-skandalen og nedskjæringene i Helse Nord er forvarsler om hva som skjer – i langt større skala – i Helse Sør-Øst. Planene for nye Oslo universitetssykehus er økonomisk uansvarlige. Allerede på forhånd fører de til betydelige kutt i tilbudet, fordi helseforetaket må spare til den kostbare utbyggingen – og verre blir det (6, 7). Der Helseplattformen kanskje koster 5–6 milliarder kroner, snakker vi om anslagsvis 70 milliarder for sykehusbyggene i Oslo. Og det er før budsjettene begynner å sprekke. Det vil ramme helsetjenesten i hele landet. Et oppsiktsvekkende samlet fagmiljø har advart i en årrekke og pekt på at det finnes bedre og økonomisk mer ansvarlige alternativer. Advarslene ignoreres av ledelsen i Helse Sør-Øst og av den politiske ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet.

Fagorganisasjonene står samlet

Legeforeningen har vært gledelig klar i sine advarsler mot Helseplattformen, nye Oslo universitetssykehus og andre uheldige helsepolitiske beslutninger. Foreningens tillitsvalgte har skrevet utallige spalte-metere med saklige, nøkterne og gode analyser. Det er også gledelig at profesjonsforeningene i helsefeltet ser ut til å legge gammel rivalisering til side og står skulder ved skulder i kampen for å beskytte helsetjenesten mot uvettig pengebruk og kutt i tjenestene. Senest så vi dette i fakkeltøget for helheten i helsetjenesten 18. januar i år, som Oslo legeforening stod bak sammen med Sykepleierforbundet, Psykologforeningen, LO, Fagforbundet og en rekke andre organisasjoner.

Dessverre ser det ut til at fakkeltog og faglig argumentasjon lider samme skjebne: De ignoreres eller bortforklares som uttrykk for «særinteresser». Derfor mener vi det må tas i bruk skarpere virkemidler. Helst bør det gjøres i fortsatt samarbeid organisasjonene imellom, men om nødvendig bør Legeforeningen eller grupper av leger lede an.

Da Helsedirektoratet i 2022 laget en forskrift som hjemlet høye gebyrer til leger som skrev ut blåresepter på

uriktig grunnlag, reagerte Legeforeningen berettiget og resolutt: Medlemmene ville slutte helt med å skrive blåresepter. Dette hadde umiddelbar effekt. I løpet av få døgn snudde statsråden og gebyrreglementet ble lagt dødt. Saken illustrerer hvor stor aksjonsmakt Legeforeningen faktisk har. Nå må vi bruke den makten til mer enn å beskytte vårt eget kjøpmannskap.

Kraftigere aksjonsformer er nødvendige

Dersom vi er villige til å ta i bruk aksjonsformer som skaper alvorlige problemer for den helsebyråkratiske og helsepolitiske eliten, kan vi få stor innflytelse. Aktuelle krav kunne derfor være store, for eksempel å skrote Helseplattformen eller planene for nye Oslo universitetssykehus. Hva slags aksjoner som skulle gjennomføres, måtte drøftes grundig både fra et strategisk og fra et etisk perspektiv. Viktige målsettinger måtte være å gjøre størst mulig skade for våre motstandere, og samtidig skape minst mulig problemer for pasientene. Hvis vi aksjonerer på en klok og forståelig måte, vil vi med stor sannsynlighet få støtte fra folket. Vår hensikt nå er ikke å foreslå konkrete aksjonsformer, men å reise en nødvendig debatt om hvordan vi skal komme videre fra fakkeltog til mer effektive kampmidler.

Effektive aksjoner kan bli ansett som ulovlige. Vi mener det ikke kan stoppe oss. Det kan være grunn til å minne om at to av Arbeiderpartiets pionerer, Einar Gerhardsen og Martin Tranmæl, i mellomkrigstiden gjennomførte (og sågar ble fengslet for) aksjoner de daværende makthaverne stemplet som ulovlige. Det banet vei for at vi i dag har en velferdsstat vi med rette kan være stolte av. Nå monteres velferdsstatens flaggskip, sykehusene, i høy fart (8). Da er det også i vår tid behov for mer enn fakkeltog. ■

Torgeir Bruun Wyller

t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller er spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, og professor ved Universitetet i Oslo.

Eli Johanne Nordal

Eli Johanne Nordal er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og pensjonert overlege ved Hudavdelingen, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Berit Riise Kåvik

Berit Riise Kåvik er spesialist i radiologi og overlege ved Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus.

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

Litteratur

- Haraldsen A. Går Helseplattformen mot økonomisk kollaps? Computerworld 11.12.2023. Lest 3.3.2024.
- Børstad J, Thobroe G. Helseministeren tar grep rundt Helseplattformen. NRK 27.10.2023. Lest 3.3.2024.
- Saue OA. Ny rapport: Krass kritikk mot vedtak om å innføre Helseplattformen. Aftenposten 4.2.2024. Lest 3.3.2024.
- Lauvås K, Enge T, Stoianov A. En varslet katastrofe. Dagens Medisin 9.3.2023 Lest 3.3.2024.
- Grimsgaard C. Feil diagnose og feil medisin i Helse Nord. Overlegen 2023; 4: 10–1.
- Bakken JD. Har spart for lite til nye sykehus i Oslo: – Det som skjer i Helse Nord er et varsel. NRK 16.1.2024. Lest 3.3.2024.
- Bakken JD. Her er lista over mulige kutt i nye Aker og Rikshospitalet i Oslo. NRK 17.1.2024. Lest 3.3.2024.
- Brean A. Engelsk inspirasjon. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: 5.



Stort engasjement: Bilde fra en demonstrasjon til støtte for Palestina foran Youngstorget i Oslo i november 2023. Foto: Javad Parsa / NTB

Legeforeningens ensidige fordømmelse av Israel – et valg av politisk side

Selvsagt skal Legeforeningen uttale seg og protestere høylytt mot angrep på sivile og brudd på medisinsk nøytralitet. Foreningens medlemmer forventer det. Men det forventes også at foreningen ikke tar politisk side.

«Fordømmer Israels angrep på al-Shifa-sykehuset i Gaza». Slik formuleres det i en nylig publisert fellesuttalelsen fra Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Psykologforeningen (1). Israels angrep på sykehuset? En selektiv virkelighetsbeskrivelse. Og uten kontekst, et retorisk knep der halve sannheten er utelatt. Den ene krigførende parten fordømmes, mens den andre ikke blir nevnt.

Det forventes også at foreningen ikke tar politisk side, at den ikke ensidig fordømmer den ene parten i en krig

«... etter to ukers kamper på sykehusområdet», står det videre i uttalelsen. Kamper? Mellom hvem? To krigende parter? Og hvordan har et sykehus blitt omgjort til en krigsarena? Det forbigås i taushet. Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen, hevder at «prinsippet om medisinsk nøytralitet er urokkelig». Men uten å nevne Hamas med et ord. Uten å nevne Hamas' kyniske bruk av sykehuset som militær kommandosentral og våpenlager. Uten å nevne terroristenes tilhold på sykehuset, med forsvarsløse sivile som menneskelige skjold. Uten å nevne et brutalt regime som ser seg politisk tjent med at sivilbefolkningen lider.

Vi har i et tidligere debattinnlegg påpekt hvordan Legeforeningen har valgt side i den pågående krigen, ved sin ensidige støtte til propalestinske massemonstringer og en tilsvarende ensidig fordømmelse av Israel (2). I sitt tilsva-r benektet presidenten dette og hevdet at Legeforeningen «har stått opp mot angrep på den medisinske nøytraliteten uansett hvem som står bak» (3). Uansett hvem som står bak? Igjen, uten å nevne Hamas med et ord. Uten å nevne Hamas' ansvar for egen sivilbefolkning og Hamas' rolle i grusomhetene. Uten å nevne hva som utløste krigen. En redigert virkelighetsbeskrivelse der 7. oktober 2023 er slettet fra hukommelsen. Der de kidnappede gislene er usynliggjort og glemt. «Israels angrep på sykehus». Uten kontekst, en retorikk som demoniserer en hel nasjon. En nasjon (les: folk) som for bare noen måneder siden ble utsatt for det verste terrorangrepet på sivile siden Holocaust. Selvsagt skal Legeforeningen uttale seg – protestere høylytt – mot angrep på sivile, humanitære lidelser og brudd på medisinsk nøytralitet. Foreningens medlemmer forventer det. Men det forventes også at foreningen ikke tar politisk side, at den ikke ensidig fordømmer den ene parten i en krig – mens den andre partens grusomheter ignoreres og forbigås i taushet. ■

May Brit Lund

m.b.lund@medisin.uio.no

May Brit Lund er spesialist i indremedisin og lungesykdommer og førsteamanuensis emerita ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Legeforeningen. Fordømmer angrep på al-Shifa-sykehuset i Gaza. Lest 5.4.2024.
- Ødegaard CS, Samersaw-Lund MB, Fric R et al. Etisk ryggrad i møte med politisk konflikt. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0034.
- Rime AK. Etisk ryggrad og forsvar for medisinsk nøytralitet. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0052.

Leger må behandle hverandre med respekt, også når vi er faglig uenige

Faglig uenighet er – og må være – en del av vår hverdag som leger. Det er ikke et problem. Det er imidlertid av og til et problem hvordan vi forholder oss til faglig uenighet.

Av og til ser vi at leger som er faglig uenige, i stedet for å lytte nysgjerrig og søke å finne ut av hvordan de ulike vurderingene best tjener pasienten, heller går til angrep, devaluerer og latterliggjør en kollega. Dette debattinnlegget tar utgangspunkt i at psykiatere, enten i klinisk arbeid eller i sakkyn-dig virksomhet, kan komme fram til ulike konklusjoner. Følgende eksempel kan illustrere denne problemstillingen: En kollega på jobb snakker høyløyt om en annen kollegas «inkompetanse». Begge har hatt kontakt med samme pasient, men til forskjellige tidspunkter. Tre andre kolleger er til stede og lytter. To av dem nikker og ler høyt. Den tredje kollegaen gjør de andre oppmerksomme på at samtalen ikke handler om fag, men om en annen kollega som ikke er til stede. Vedkommende foreslår at de heller bør diskutere den faglige uenigheten.

Faget medisin er komplekst, og det er utfordringer og arbeidsmengde nok til alle leger. Pasientene kommer gjerne med en sammensatt bakgrunn, de lever i ulike kontekster, de har sykdomsforløp som varierer – og de samsvarer ofte ikke helt med lærebøkene. Dessuten er det mye vi ennå ikke kan og vet om somatisk og psykisk helse. Ingen av oss har oversikt over alt som berører en pasient. Derfor er det trolig en fordel for pasienten at flere leger, med ulike erfaringer, observasjoner og tilnærminger, arbeider sammen.

At en kollega har stilt en annen diagnose og iverksatt en annen behandling enn jeg akkurat nå ser for meg, betyr ikke at kollegaen min er ond eller dum – eller at jeg er det. Kollegaen har trolig sett pasienten i en annen fase eller sammenheng. Kanskje er en kombinasjon av min kollegas og min egen forståelse den beste løsningen for pasienten? Endring i diagnoser som har store konsekvenser for pasienter, kan av og til skje på denne måten (1). Hvor dyktige er vi til å sikre ulike perspektiver for pasientens beste?

Leger er gjerne vant til å være «flinkest i klassen», og status og posisjon har fulgt med legeyrket. Vi lærer opp til å lede og å ta endelige beslutninger. Hvordan påvirker dette vår evne til å håndtere uenighet, akseptere feil og ta vare på hverandre? Har vi noen tradisjon for å være omsorgsfulle og snille med hverandre? Og forventer vi raushet fra våre kolleger? Er vi oppriktig nysgjerrige på hva våre kolleger har sett og vurdert? Våger vi å spørre og være åpne for ulike perspektiver? Har vi fokus på hva som er best for pasienten, eller på hva som ivaretar vårt eget selvbilde?

Psykiatri er utfordret av at det er mye vi ennå ikke vet om nevrobiologien i hjernen. Det er mye vi ikke ser med det blotte øye eller gjennom en blodprøve. Faget må derfor inkludere biopsykososiale og eksistensielle tilnærminger, i tillegg til et betydelig klinisk skjønn. Dette er komplekst. Psykososiale forhold påvirker sykdomsutviklingen og hvordan pasienten har det, uten at dette utelukker at medikamenter kan hjelpe pasienten å bli frisk. Noen sykdommer er sterkt biologisk betinget, men psykoterapi

kan samtidig være nyttig. Fastleger kjenner gjerne til faser, plager og ressurser i pasientens liv som ikke nødvendigvis framgår ved for eksempel en akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten. Ingen av observasjonene eller vurderingene trenger å være feil – de kan snarere komplettere hverandre.

Fordommer i samfunnet kan også påvirke pasientens tilnærming. Mange pasienter protesterer mot at det dreier seg om sykdom. Hva pasientene egentlig vil ha hjelp til fra helsevesenet, kan være uklart – ofte ønsker de heller ikke hjelp. I psykiatrien benyttes tvangsbehandling og andre tvangstiltak. Som psykiater møter man mye kritikk – fra pasienter, pårørende, politikere, media, andre profesjoner – og dels fra egne kolleger. Tradisjonelt har ikke psykiatri hatt høy status blant andre medisinske spesialiteter (2). Dette kan samlet bidra til en tøff arbeidshverdag. Fører det til at vi lar være å støtte hverandre og vise hverandre respekt? Er vi så vant til hakking på oss selv at vi lett hakker på hverandre?

Legeforeningens etiske retningslinjer kan veilede og hjelpe oss til en bærekraftig tilnærming (3). Vi skal fokusere på saklig diskusjon, enten det er i vårt klinisk virke eller i det offentlige rom (4). For eksempel kan vi ta kontakt med kollegaer vi er uenige med, og vise interesse for hvordan de har kommet til sine konklusjoner. På samme måte kan vi dele vår egen tankegang, og forklare hvordan vi har kommet fram til våre konklusjoner. Gjennom faglig dialog kan vi finne bedre løsninger for pasientene vi behandler.

Å behandle hverandre med respekt er nødvendig, både for å sikre god pasientbehandling og for å utvikle oss som psykiatere. Legeforeningens etiske retningslinjer bør alltid ligge i bakhodet når vi diskuterer faglige spørsmål om og med kolleger som er uenige med oss. ■

Shahram Shaygani

Shahram Shaygani er psykoanalytiker, spesialist i rus og avhengighetsmedisin og i psykiatri. Han er overlege ved Trasopklinikken og styremedlem i Norsk psykiatrisk forening.

Lars Lien

lars.lien@sykehuset-innlandet.no
Lars Lien er spesialist i samfunnsmedisin og i psykiatri og professor ved Høgskolen i Innlandet. Han er leder i Norsk psykiatrisk forening.

Ulrika Larsson

Ulrika Larsson er spesialist i psykiatri, psykoterapiveileder i kognitiv terapi og overlege ved Nordlandssykehuset. Hun er styremedlem i Norsk psykiatrisk forening.

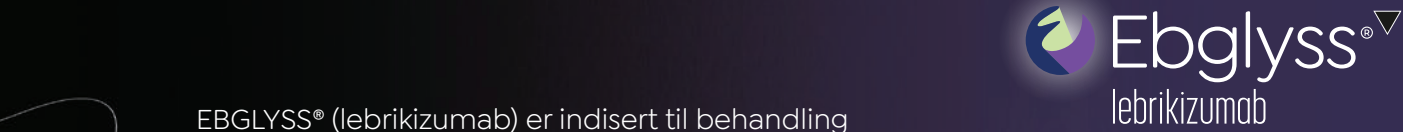
Solveig Klæbo Reitan

Solveig Klæbo Reitan er spesialist i psykiatri, avtalespesialist, overlege ved St. Olavs Hospital, Nidelv distriktpsikiatrisk senter og professor i psykiatri ved NTNU. Hun er nestleder i Norsk psykiatrisk forening.

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

Litteratur

- 1 Radio NRK. Delt i to (2:4). Lest 17.4.2024.
- 2 Album D, Johannessen LEF, Rasmussen EB. Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. Soc Sci Med 2017; 180: 45–51.
- 3 Den norske legeforening. Etiske regler for leger. Lest 17.4.2024.
- 4 Karterud S. Styret i Norsk psykiatrisk forening og den slitne hjer-nen. Lest 17.4.2024.



EBGLYSS® (lebrikizumab) er indisert til behandling av moderat til alvorlig atopisk dermatitt hos **voksne og ungdom fra 12 år med en kroppsvekt på minst 40 kg** som er aktuelle for systemisk behandling.¹

EBGLYSS® er rangert som **nummer en av interleukin-hemmerene** (anti-IL-4/IL-13) for atopisk dermatitt (AD) hos voksne og ungdom på TNF-BIO 2406b.^{2,3} Spesialistgruppen anbefaler at anti-IL-4/IL-13 bør inntil videre være **foretrukket behandlingsvalg ved AD**.^{2,3}

▽ 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.

Ebglyss (lebrikizumab) injeksjonsvæske 250 mg. **Indikasjon:** Til behandling av moderat til alvorlig atopisk dermatitt hos voksne og ungdom fra 12 år og eldre med en kroppsvekt på minst 40 kg som er aktuelle for systemisk behandling. **Dosering:** Anbefalt dose er 500 mg (to 250 mg injeksjoner) ved både uke 0 og uke 2, etterfulgt av 250 mg administrert subkutan annenhver uke opptil uke 16. Når klinisk respons er oppnådd, er den anbefalte vedlikeholdsdosen av lebrikizumab 250 mg hver fjerde uke. Dette legemidlet er indisert for bruk under veiledning og tilsyn av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av atopisk dermatitt. Til subkutan injeksjon. **Pakninger og pris** (AUP): 250 mg; 2 stk. ferdigfylt sprøyte; kr. 29302,20. 2 stk. ferdigfylt penn; kr. 29302,20. **H-resept:** Besluttet innført av Beslutningsforum fra og med 01.05.2024. LIS 2406b TNF-BIO. **Reseptgruppe:** C. **Utalgt sikkerhetsinformasjon:** Pasienter som utvikler konjunktivitt som ikke forsvinner etter standardbehandling, bør gjennomgå oftalmologisk undersøkelse. Pasienter med eksisterende helmintinfeksjon bør behandles før igangsetting av behandling med lebrikizumab. Levende og levende attenuerte vaksiner skal ikke gis samtidig med lebrikizumab. **Graviditet og amming:** Anbefales ikke brukt under graviditet. Ved amming må det tas beslutning om amming skal opphøre eller behandling avsluttes/avstås fra. **Bivirkninger:** Hyppigst sett er konjunktivitt, reaksjoner på injeksjonsstedet, allergisk konjunktivitt og tørre øyne. **For utfyllende informasjon om dosering, administrering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger, se SPC for Ebglyss, godkjent 16.11.2023**

1. EBGLYSS® (lebrikizumab). Summary of Product Characteristics. Almirall, November 2023. 2. Sykehusinnkjøp HF, TNF-BIO 2406b Helse Nord- og Sør-Øst. [Internett]. Mai 2024 [åpnet mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.sykehusinnkjop.no/siteassets/avtaledokumenter/avtaler-legemidler/tnf-bio/tnfbio-helse-nord-og-sor-ost.pdf>. 3. Sykehusinnkjøp HF, TNF-BIO 2406b Helse Vest og Midt. [Internett]. Mai 2024 [åpnet mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.sykehusinnkjop.no/siteassets/avtaledokumenter/avtaler-legemidler/tnf-bio/tnfbio-helse-vest-og-midt.pdf>.

Tekst: Benedicte Skjold-Ødegaard

Illustrasjon: Espen Friberg

Mer simulering i LIS-utdanningen

Det er et stort uforløst potensial i utdanningen av norske legespesialister. Simulering bør få en mer sentral plass.

«I hear and I forget. I see and I remember. I do and I understand.» Sitatet fra Confucius (551–479 f.Kr) sier noe om hvorfor simulering er en effektiv læringsmetode.

I Norge varierer sykehusene betydelig i både størrelse og arbeidsoppgaver. Utdanning av leger i spesialisering foregår ved alle sykehus, og simulering kan bidra til å øke kompetansen uavhengig av tilgjengelige læringssituasjoner. Det kan i tillegg brukes ved kompetansevurdering.

Hva er simulering?

Simulering defineres som «å forstille seg, late som» (1). Innenfor helsefag vil man gjerne definere simulering som «en målrettet og strukturert deltageraktiv læringsaktivitet som innebærer å håndtere situasjoner som ligner på virkeligheten og bygge erfaring gjennom refleksjon i og over handling» (2). Simulering bygger altså på det viktige læringsteoretiske prinsippet om at det ikke er nok *å gjøre* – man må også reflektere over det man har gjort. Dette er årsaken til at helsefaglig simulering bør ledes av noen som er trenet til å fremme denne refleksjonen, såkalte fasilitatorer. Simuleringsbaserte læringsaktiviteter omfatter blant annet scenariobaserte teamsimuleringer, ferdighetstrening, VR (virtual reality) og gaming. Simulering er velegnet for individuell ferdighetstrening, men for leger under utdanning vil simulering også være velegnet for å trene på det å fungere i team, kunne ta rollen som leder og løfte blikket for bredere systemforståelse. Simulering kan dermed inngå som et viktig supplement til andre læringsaktiviteter og bidra til økt kvalitet på legespesialiseringen.

Forskning på simulering

Det er gjort mye forskning på simulering det siste tiåret. Gjennom prosjektet «Safer Births» har norske forskere demonstrert hvordan regelmessig simuleringstrening blant helsepersonell medførte betydelig reduksjon i både mødredødelighet og nyfødtdødelighet i Tanzania (3).

I Norge har prosjektet «Safer Stroke» gjennom regelmessige teamtreninger redusert såkalt «door-to-needle»-tid hos hjerneslagpasienter med påfølgende bedre utfall for pasientene (4), og teamtreninger blant obstetrikere gir dokumentert mindre blodtap ved postpartum blødninger (5). Det finnes etter hvert mange slike eksempler på hvordan regelmessig simuleringstrening kan brukes til å øke kompetanse hos helsepersonell, og med det gi bedret pasientbehandling.

Kompetansebasert LIS-utdanning

Med overgangen til kompetansebasert utdanning av legespesialister i Norge har man rettet fokus på at ulike individer har ulike læringskurver. Innenfor ferdighetstrening vil LIS-leger trenge et ulikt antall repetisjoner for å oppnå kompetanse. Hvis man skal slutte å spørre «Hvor mange prosedyrer har du gjort?», og i stedet gå over til å spørre «Hva kan du?», må man samtidig åpne for muligheter for personlig tilpassede treningsmengder. Både arbeidstidsbestemmelser, nye og mer kompliserte behandlingsmetoder og ikke minst pasientenes rett til medbestemmelse begrenser muligheten for å «trene» på pasienter. Ideelt sett kunne man tenke seg at basale ferdigheter var godt innøvd og til dels automatisert hos den enkelte LIS-lege før møte med pasienten – altså at man «flytter læringskurven» bort fra pasienten og over i en simulert situasjon. Den tradisjonelle «See one, do one, teach one» er ikke utrygg for pasientene, men den er svært ressurskrevende og ikke minst vanskelig å gjennomføre i en tid der antallet læringssituasjoner har gått ned. Dette skyldes delvis et økt antall leger under utdanning, men også at behandlingen i norske sykehus er blitt så spesialisert at det som tidligere var egnet for «nybegynnere», nå krever et helt annet erfaringsgrunnlag før man kan slippe til. Eksempler på dette finner man blant annet innenfor kirurgi, der innføringen av laparoskopi og robotassistert kirurgi har medført betydelig færre læringssituasjoner for ferske kirurgiske LIS-leger.

Tilgjengelige læringssituasjoner vil også avhenge av hvilket sykehus man arbeider ved.

Det er et stort potensial i økt bruk av simuleringsbasert læring i LIS-utdanningen, men for å få til trening som er hensiktsmessig, må legespesialistene delta

Situasjoner som man sjeldent eller aldri opplever på eget sykehus, kan til en viss grad erstattes ved simulering, og Helsedirektoratet åpner for å bruke simulering mer aktivt i opplæringen: «Simuleringsøvelser inngår som læringsaktivitet i flere spesialiteter» (6). Andre situasjoner som egner seg godt for simulering, er situasjoner som er spesielt vanskelige og som krever ekstra trening før man kjenner seg trygg, samt situasjoner som er svært alvorlige og/eller tidskritiske.

Kompetansevurdering

Det kan ta 10 000 timers trening for å bli ekspert (7) – og disse timene må bestå av målrettet ferdighetstrening, det som i engelsk litteratur omtales som «deliberate practice» (8). Først gjennom målrettet trening, der man hele tiden

flytter ens egne grenser, kan man oppnå virkelig ekspertise. Mer relevant for LIS-utdanningen er imidlertid hvor lang tid det tar å bli kompetent, og ikke minst hvordan man skal måle kompetanse. I den nye spesialistforskriften åpner Helsedirektoratet for å bruke simulering i kompetansevurdering. Simulering kan brukes både i formativ vurdering (undervisvurdering): «Vurdering ved simulering kan brukes før LIS-legen får praktisere, altså vurdering av om LIS-legen er kompetent nok til å utføre oppgaven i en reell situasjon», og som summativ vurdering (sluttvurdering): «Ved noen læringsmål kan spesifikke ferdigheter vurderes i form av en simuleringsoppgave» (6).



Spesialistene må delta

Det er et stort potensial i økt bruk av simuleringsbasert læring i LIS-utdanningen, men for å få til trening som er hensiktsmessig, må legespesialistene delta. Skal man få fullt utbytte av simulering som læringsaktivitet, er LIS-leger avhengige av ikke bare å gjøre, men også av å få tilbakemeldinger og muligheter for refleksjon: «Tilbakemelding bidrar til å gjøre læringsferfaringer sterke og varige» (6).

Det finnes etter hvert mange eksempler på hvordan regelmessig simuleringstrening kan brukes til å øke kompetanse hos helsepersonell, og med det gi bedret pasientbehandling

Helsefaglig simulering er en pedagogisk læringsmetode som er effektiv, men som kan kreve betydelige menneskelige ressurser og/eller avansert utstyr. Der mindre ressurskreven- de læringsmetoder er tilgjengelige, bør selvsagt disse foretrekkes fra et helseøkonomisk perspektiv. Det er imidlertid viktig at LIS-leger blir tatt med på den simuleringstreningen som allerede foregår på norske sykehus – ikke som passive statister for andre yrkesgruppers læring, men som aktive deltagere. For at simuleringsbasert læring skal finne sin plass i LIS-utdanningen, må legespesialistene, i tillegg til å være aktive i selve simuleringen, også være styrende i diskusjonen om hvor, hvordan og når simule- ring skal brukes som læringsaktivitet. ■

Mottatt 8.2.2024, godkjent 16.2.2024.

Benedicte Skjold-Ødegaard

benedicte.skjold-odegaard@helse-fonna.no

Benedicte Skjold-Ødegaard er spesialist i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi. Hun er ph.d.-stipendiat og leder for InterRegSim, et nasjonalt kompetansenettverk for simuleringsbasert læring i spesialisthelsetjenesten. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessenkonflikter.

Litteratur

1 Språkrådet. Bokmålsordboka. Lest 16.2.2024.
2 Helse Stavanger. Begrepsordbok. Lest 16.2.2024.
3 Vadla MS, Moshiro R, Mdoe P et al. Newborn resus- citation simulation training and changes in clinical performance and perinatal outcomes: a clinical obser- vational study of 10,481 births. Adv Simul (Lond) 2022; 7: 38.
4 Ajmi SC, Advani R, Fjetland L et al. Reducing door-to-needle times in stroke thrombolysis to 13 min through protocol revision and simulation training: a quality improvement project in a Norwegian stroke centre. BMJ Qual Saf 2019; 28: 939–48.
5 Egenberg S, Øian P, Eggebø TM et al. Changes in self-efficacy, collective efficacy and patient outcome following interprofessional simulation training on post- partum haemorrhage. J Clin Nurs 2017; 26: 3174–87.
6 Helsedirektoratet. Veileder i vurdering av kompetanse hos leger i spesialisering (LIS). Lest 16.2.2024.
7 Ericsson KA, Prietula MJ, Cokely ET. The making of an expert. Harv Bus Rev 2007; 85: 114–21, 193.
8 Ericsson KA. Deliberate practice and acquisition of expert performance: a general overview. Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine 2008; 15: 988–94.

Annonse



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

EVRENZO™ (roxadustat) 20, 50, 70, 100 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. **Norway: 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 20.03.2024): 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, Tel: +47 66 76 46 00. 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.**

MAFNO-EVZ-2024-00005 04.2024



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

Astellas Pharma
Brogata 7, 2000 Lillestrøm
Telefon 66 76 46 00
kontakt.no@astellas.com
www.astellas.no

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



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

▼ 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.



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

Astellas Pharma | Brogata 7 | 2000 Lillestrøm | Telefon 66 76 46 00 | kontakt.no@astellas.com | www.astellas.no

Hvor skal vi plassere ambulansene våre?

Beslutningstakere står overfor et vanskelig valg når de skal bestemme hvordan ambulansetjenestene skal organiseres. Skal man i størst grad vektlegge effektivitet eller lik rett til helsehjelp?

Spesialisthelsetjenestens ansvar for ambulansetjenester omfatter å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter. Personellet skal igjen utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking (1). En rask respons med god helsehjelp ved akutt sykdom og skade er viktig for å redusere omfanget av alvorlig sykdom og for å sikre innbyggernes trygghetsfølelse (2, 3).

De siste årene har det vært en betydelig diskusjon i fagmiljøene om hvordan man skal utforme og innføre responstidskrav for ambulansetjenesten (2, 3). I Norge har vi en ambisjon om å tilby likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, uavhengig av bosted. Med begrensede budsjetter må hensynet til likeverd vektes mot tjenestens evne til å betjene flest mulig mennesker, altså effektivitet.

Med et ensidig mål for øyet, som færrest mulig brudd på responstidskrav, vil matematiske modeller kunne brukes til å beregne den beste plasseringen av ambulansene. Men effektivitet og likeverdige tjenester er ikke en ensidig målsetting. De er to motstridende hensyn som må veies mot hverandre. Hvordan kan vi bruke matematiske modeller i en slik kontekst, og er det mulig å finne en akseptabel avveining mellom to motstridende hensyn?

Løsningene fra matematiske modeller vil kunne bidra med en objektiv tilnærming, selv om de ikke ivaretar alle hensyn

Matematiske modeller og vektning av hensyn

Se for deg at du skal bestemme plasseringen av landets ambulanser for å gi et best mulig tilbud til befolkningen. Om du vektlegger effektivitet, er du opptatt av å tilby kortest mulig responstid til flest mulig, uavhengig av bosted. Der det er færre mennesker, vil det også være færre alvorlige hendelser. Av den grunn vil en ambulanse som plasseres i byen, bidra mer til den reduserte responstiden sammenliknet med en ambulanse stasjonert utenfor det tettest befolkede området. Du er ikke i tvil om at ambulansene bør plasseres i tett befolkede områder, med den konsekvens at de som bor langt unna byen, vil kunne oppleve mindre

trygghet. Dersom du var mer opptatt av likeverdige tjenester, ville du i større grad prioritert å plassere ambulanser utenfor tettbefolkede områder. Med en slik prioritering aksepterer du mindre trygghet for de fleste, for å gi mer trygghet for de få.

Matematiske modeller kan gi oss nyttig innsikt når vi må veie ulike hensyn mot hverandre. Et forenklet eksempel: En ambulanse skal plasseres i et område med en sentralt beliggende by og avtagende befolkningstetthet lenger vekk fra sentrum, vist i øvre panel i figur 1. Alle innbyggerne i området ønsker at ambulansen plasseres så nært seg selv som mulig siden det gir dem mest trygghet. Vår oppgave er å plassere ambulansen langs en vei som går ut fra sentrum.

For å måle effektivitet kan vi bruke gjennomsnittlig avstand mellom hver enkelt innbygger og ambulansen. Den plasseringen som gir den minste gjennomsnittlige avstanden til ambulansen for innbyggerne, er den som gir mest trygghet med den ene tilgjengelige ressursen (punkt A). Ikke uventet vil plasseringen ligge nært sentrum. Som mål på likhet bruker vi avstanden fra den personen som bor lengst unna ambulansen. Når ambulansen står midt på x-aksen (punkt B), er den minst, og vi oppnår da størst mulig likhet.

Plasseringen som vekter de to hensynene, ligger mellom punktene A og B. Den eksakte plasseringen vil avhenge av hvordan man vekter de to hensynene innbyrdes. Nedre panel i figur 1 viser hvordan alle mulige plasseringer slår ut på målene om effektivitet og likhet, gjennomsnittsavstand og avstanden til den som bor lengst unna.

Effektivitetsmålet vårt (heltrukket linje) vil forbli høyt, selv om vi beveger oss litt vekk fra punkt A. I dette tenkte eksempelet vil gjennomsnittlig avstand til ambulansen kun være 7 % lengre i punkt B, sammenliknet med punkt A. Avstanden til ambulansen for de som bor lengst unna, vil derimot være 41 % lengre i A enn i B. I dette tilfellet ser vi at ved å velge en plassering nært B beholder man effektivitet uten å gi vesentlig avkall på likhet.

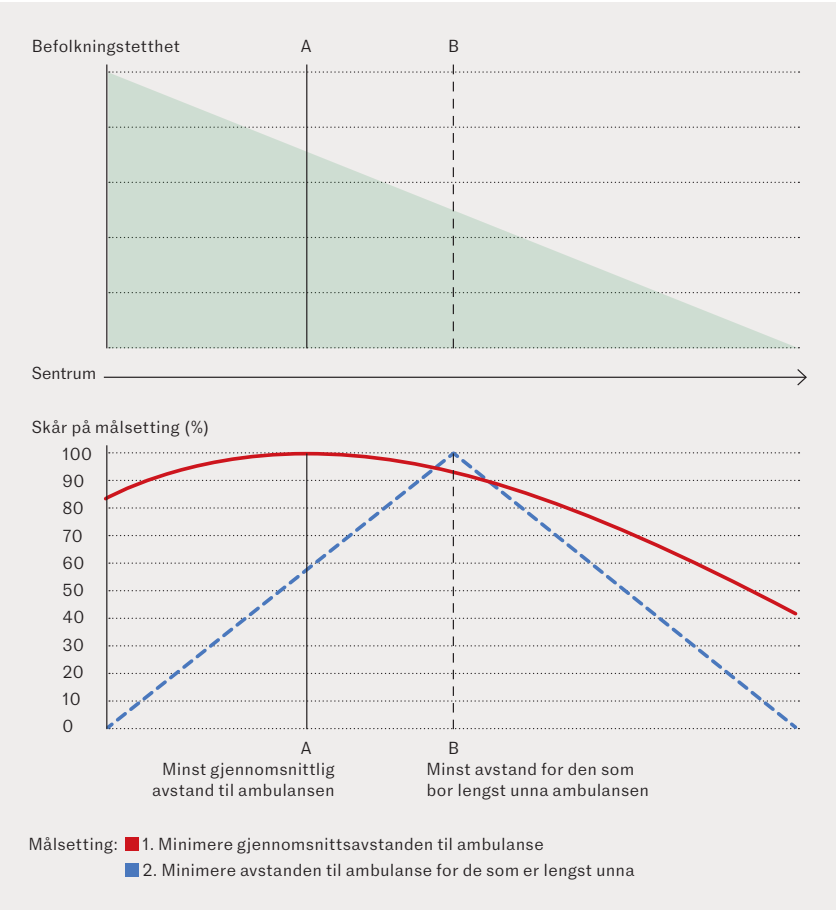
Pareto-fronten

Vi kan regne ut en optimal løsning ved å vekte forskjellige målsettinger. Ved å endre den innbyrdes vektningen vil vi få ulike optimale

løsninger. Disse optimale løsningene, med forskjellig vektning, gir oss det som kalles Pareto-fronten. Dette er løsninger hvor du ikke kan finne et alternativ som skårer bedre på én målsetting, uten å påvirke en av de andre målsettingene negativt. Med andre ord er plasseringer som ikke ligger på Pareto-fronten, neppe å foretrekke, da det vil finnes en alternativ plassering, en såkalt Pareto-forbedring (4), som er minst like god med tanke på alle målsettinger. I vårt eksempel er Pareto-fronten alle plasseringene mellom A og B.

Flere forskere har vist lignende resultater med reelle data. Det kan være mulig å oppnå mye likhet ved å ofre bare litt effektivitet (5–9). Grot og kolleger studerte ambulansplassering i et urbant område i Tyskland, hvor målet var at 90 % av akutte oppdrag skulle nås innen 10 minutter (5). Forfatterne undersøkte plasseringer på Pareto-fronten, og hvert alternativ ble evaluert basert på hvor stor andel av innbyggerne som kunne nås innen 10 minutter (effektivitet), samt andelen av innbyggerne som lå lengst unna ambulansen og som kunne nås innen 10 minutter (likhet). I samsvar med vårt eksempel fant de at ved å bevege seg bort fra den plasseringen som ga mest effektivitet, kunne andelen som ble nådd innen 10 minutter i området med dårligst dekning, økes med om lag 35 prosentpoeng. Dette mot en beskjeden reduksjon på under ett prosentpoeng i andelen av totalbefolkningen som ble nådd innen 10 minutter.

Figur 1 Hvor skal vi stasjonere ambulansen for at det skal bli rettferdig? Øvre panel viser befolkningstetthet, og nedre panel viser hvordan forskjellige plasseringsalternativer slår ut på målsettingene våre.



Ved å undersøke plasseringsalternativene på Pareto-fronten er det altså mulig å finne løsninger som i stor grad tilfredsstiller begge målsettinger.

Modeller bidrar til bedre beslutninger

Med begrensede ressurser vil plasseringen av ambulanser være en avveining mellom flere målsettinger. Organisering av ambulansetjenesten har en høy grad av politisk interesse. Løsningene fra matematiske modeller vil kunne bidra med en objektiv tilnærming, selv om de ikke ivaretar alle hensyn. Dersom målsettingen som legges til grunn for prioriteringene kun ivaretar ett av flere kvalitetsmål for en tjeneste (f.eks. raskest mulig responstid), vil det oppstå en uhensiktsmessig skjevhet mellom de viktigste målene i dagens helsepolitikk – effektivitet og likhet. ■

Thomas Reiten Bovim

thomas.bovim@ntnu.no
Thomas Reiten Bovim er ph.d. i operasjonsanalyse, rådgiver ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis II ved Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Andreas Asheim

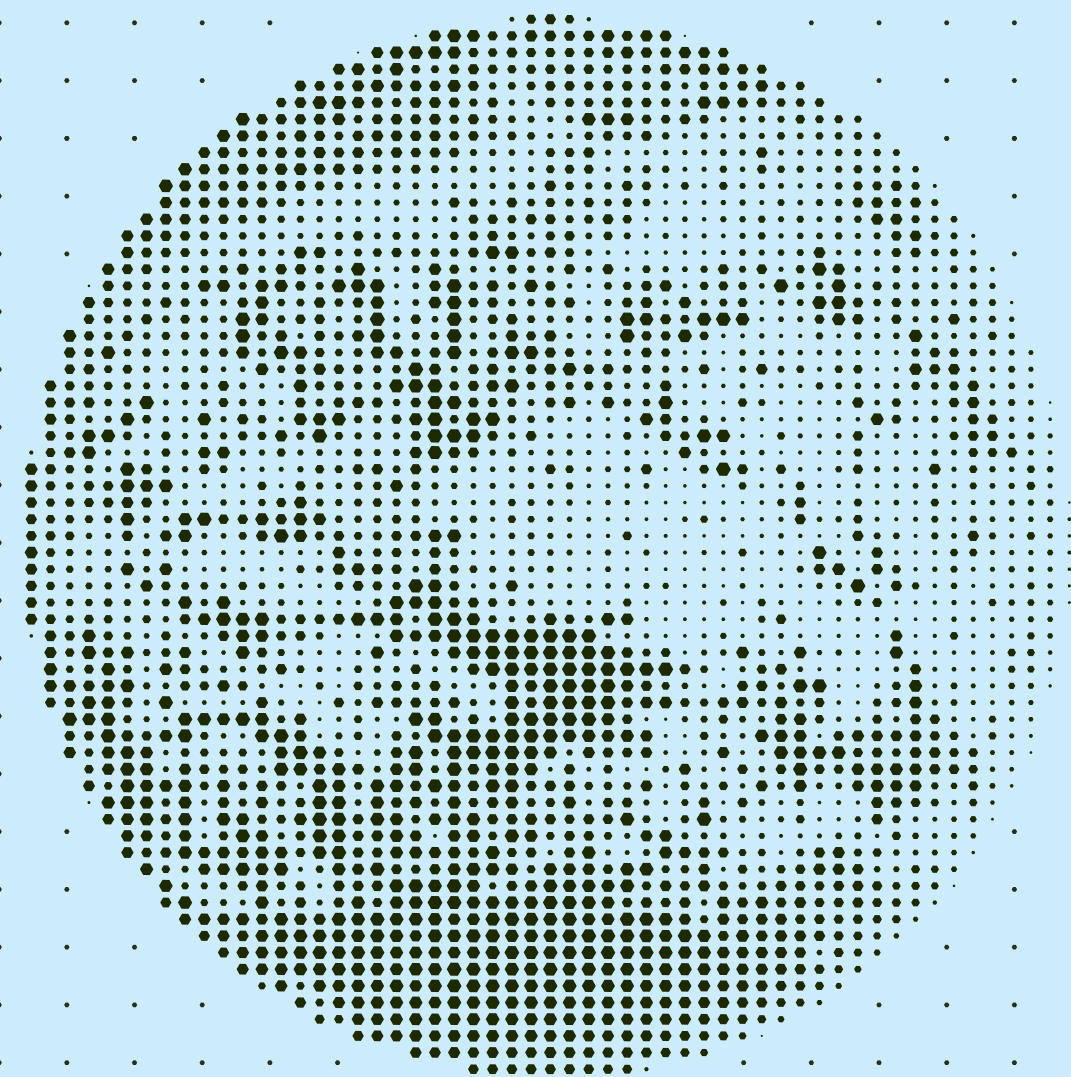
Andreas Asheim er ph.d. i anvendt matematikk, forsker ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved Institutt for matematiske fag, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Lest 23.2.2024.
- 2 Folkehelseinstituttet. Ambulansers responstid – regulering og rapportering i ti land. Lest 23.2.2024.
- 3 Folkehelseinstituttet. Responstider for ambulanser og pasientutfall. Lest 23.2.2024.
- 4 Østby JT, Kristiansen IS. Hvordan ta hensyn til helse-tjenestens verdiskaping ved prioritering av helsetiltak? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tids-skr.23.0706.
- 5 Grot M, Nagel L, Becker T et al. Fairness or efficiency-Managing this conflict in emergency medical services location planning. Comput Ind Eng 2022; 173: 108664.
- 6 Jagtenberg CJ, Mason AJ. Improving fairness in ambulance planning by time sharing. Eur J Oper Res 2020; 280: 1095–107.
- 7 Chanta S, Mayorga ME, McLay LA. Improving emergency service in rural areas: a bi-objective covering location model for EMS systems. Ann Oper Res 2014; 221: 133–59.
- 8 Jagtenberg CJ, Vollebergh MAJ, Uleberg O et al. Introducing fairness in Norwegian air ambulance base location planning. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2021; 29: 50.
- 9 Jagtenberg CJ, Uleberg O, Waaler Bjørnelv GM et al. Utopia for Norwegian helicopter emergency medical services: Estimating the number of bases needed to radically bring down response times, and lives needed to be saved for cost effectiveness. PLoS One 2023; 18: e0281706.

Nytt om legemidler

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



Europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) har undersøkt om GLP-1-analoger gir risiko for selvmord, selvmordstanker og selvskading. Etter en gjennomgang av tilgjengelige data er konklusjonen at EMA ikke finner en slik sammenheng.

Gjennomgangen ble satt i gang juli 2023 etter et fåtall meldinger om selvmordstanker og selvskading hos pasienter som brukte denne typen legemidler. Følgende GLP-1-analoger som brukes i Norge er undersøkt: Semaglutid (Ozempic, Wegovy, Rybelsus), liraglutid (Saxenda, Victoza), dulaglutid (Trulicity).

I Norge har vi per 1. april i år mottatt og behandlet 23 meldinger om mistenkte bivirkninger som handler om selvmordstanker og selvskading.

Ikke økt risiko

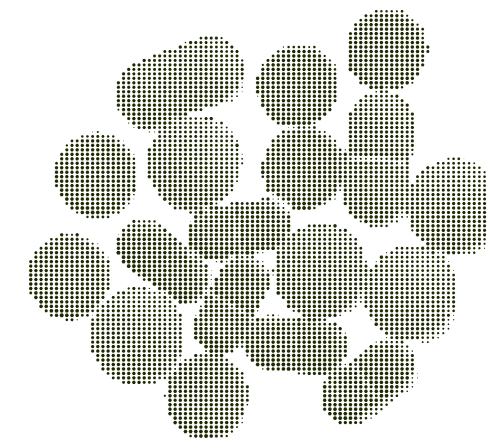
Hensikten med gjennomgangen var å vurdere om det var grunnlag for å fastslå en sammenheng mellom rapporter om selvmordstanker og selvskading og bruken av GLP1-analoger.

Det er bivirkningskomiteen (PRAC) under EMA som vurderer signaler om nye bivirkninger. DMP deltar i dette samarbeidet.

Komiteen har vurdert bivirkningsmeldinger knyttet til bruk av GLP-1-analoger, og studier som har brukt data fra elektroniske journalsystemer for å undersøke risikoen for selvmordstanker i store pasientgrupper med diabetes type 2 og overvekt. Datatene tyder ikke på at dette forekommer oftere blant pasienter som bruker disse legemidlene.

Referanser:

- <https://www.dmp.no/nyheter/Paxlovid-brukt-samt-dig-med-immundepende-legemidler-kan-gi-livstruende-bivirkninger>
- <https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-8-11-april-2024>



Oksybutynin tabletter markedsført i Norge

Det finnes nå markedsførte tabletter med oksybutynin. Uregistrerte legemidler med oksybutynin er derfor satt på negativlista fra 1. april 2024. Dette innebærer at apotekene ikke kan utlevere disse før DMP har godkjent en søknad om godkjenningsfritak.

Oksybutynin Macure tabletter 5 mg brukes mot symptomatisk behandling av voksne med:

- Hyppig og sterk vannlatingstrang eller urgeinkontinens, som kan forekomme ved en overaktiv urinblære.
- Nevrogene blæresykdommer, for eksempel uhemmede blærekontraksjoner og refleksblære.

Oksybutynin Macure er indisert for barn fra fem år eller eldre til symptomatisk behandling av:

- Urininkontinens, hyppig og sterk vannlatingstrang forårsaket av idiopatisk overaktiv blære eller nevrogene blæresykdommer (detrusoroveraktivitet).
- Enuresis nocturna assosiert med vannlatingstrang, i sammenheng med legemiddelfri behandling, når andre behandlinger ikke er effektive.

Er ultraprosessert mat assosiert med livsstilssykdommer?

Ultraprosessert kjøtt og søtet drikke er assosiert med økt risiko for kreft, hjertesykdom og diabetes, mens ultra-prosesserte korn- og plante-baserte varer er assosiert med lavere risiko.

Ultraprosessert mat er industri-produsert mat som er tilsatt en rekke ingredienser slik at produktet ligner lite på den opprinnelige råvaren. En ny studie vurderte sammenhengen mellom inntak av ulike typer ultraprosessert mat og utviklingen av minst to sykdommer i kategoriene kreft, hjerte- og karsykdommer og diabetes (1). Nesten 270 000 deltakere fra syv europeiske land, inkludert Sverige og Danmark, registrerte hva slags mat og drikke de hadde konsumert det siste året. Deretter ble deltakerne fulgt i rundt elleve år for å se om de utviklet slike livsstilssykdommer.

Studien viser en signifikant sammenheng mellom inntak av ultraprosessert mat og samtidig forekomst av kreft og kardiometabolsk sykdom. Inntak av ultraprosessert mat var assosiert med 9 % økt risiko for mult morbiditet, 1 % økt risiko for kreft, 5 % økt risiko for hjerte- og karsykdommer og 7 % økt risiko for type 2-diabetes. Animalsk baserte produkter, søtede drikkevarer, sauser og pålegg var assosiert med økt risiko for mult morbiditet, mens ultraprosessert brød, kornblandinger og plantebaserte produkter var assosiert med 3 % lavere risiko. Konfidensintervallene viser at det var usikkerhet ved enkelte av disse funnene.



– Denne studien bekrefter andre studier som viser at høyt inntak av ultraprosesserte matvarer øker risikoen for kroniske livstilsrelaterte sykdommer, sier Rune Blomhoff, som er professor i ernæringsvitenskap ved Universitetet i Oslo og leder for komiteen som har utarbeidet nye nordiske kostholdsråd.

– Slike studier har blitt brukt som begrunnelse for at man bør anbefale et lavere

inntak av alle ultraprosesserte matvarer. Men fordi ultraprosesserte matvarer er en stor og heterogen andel av kostholdet, har disse forskerne analysert ulike kategorier ultraprosesserte matvarer, der de fant at noen matvarer er assosiert med økt risiko, mens andre ikke er det. Dette er i tråd med de nye nordiske kostholdsrådene som anbefaler at inntaket av prosessert kjøtt bør være så lavt som mulig, og at inntaket av sukkersøtet drikke bør være begrenset, sier Blomhoff. ■

Amanda Hylland Spjeldnæs

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Cordova R, Viallon V, Fontvieille E et al. Consumption of ultra-processed foods and risk of multimorbidity of cancer and cardiometabolic diseases: a multinational cohort study. Lancet Reg Health Eur 2023; 35: 100771.

Covid-19-vaksinasjon i svangerskap er trygt

Covid-19-vaksinasjon i svangerskapet gir ikke høyere risiko for nyfødtkomplikasjoner.

Gravide kvinner i Norge blir anbefalt å vaksinere seg mot covid-19. Får de virusinfeksjonen i løpet av svangerskapet, er det forhøyet risiko for et alvorlig forløp av covid-19 og for svangerskapskomplikasjoner som prematur fødsel, dødfødsel og andre komplikasjoner hos det nyfødte barnet (1–5). Siden gravide og ammende kvinner ikke inkluderes i kliniske utprøvningsstudier av nye vaksiner for markedsføring (6), er man avhengig av å bruke observasjonsstudier for å vurdere vaksinesikkerheten.

I en observasjonsstudie som nylig er publisert i JAMA, ble nesten 200 000 nyfødte barn i Norge og Sverige fulgt for å se på forekomst av 15 mulige komplikasjoner i første levemåned (7). Av disse barna var rundt 94 000 blitt eksponert for covid-19-vaksinasjon under svangerskapet.

Nyfødte av mødre som var vaksinert mot covid-19 i svangerskapet, hadde lavere risiko for flere komplikasjoner enn dem av uvaksinerte mødre. Oddsratio for intrakranial hjerneblødning, hypoksisk-iskemisk hjerneskade og neonatal død var hhv. 0,78 (95 % KI 0,61 til 0,99), 0,73 (95 % KI 0,55 til 0,96) og 0,68 (95 % KI 0,50 til 0,91). Analyser avgrenset til barn født til termin, enkeltfødsler og barn uten misdannelser viste lignende funn. Det

var ingen forskjell i risiko mellom dem som var blitt vaksinert med vaksinen fra Moderna og dem som var blitt vaksinert med vaksinen fra Pfizer-BioNTech.

– Vår studie støtter opp under vaksinesikkerheten til de to mRNA-vaksinene mot covid-19 for gravide, sier Maria Magnus, som er studiens andreforfatter. Hun er epidemiolog og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet.

– Gravide kvinner bør fortsatt vaksinere seg mot covid-19, sier Magnus, som etterlyser studier som kan forklare den mulige reduserte risikoen for enkelte neonatale komplikasjoner som denne studien viste. Hun og andre forskere er i gang med studier om risikoen for senere helseutfall, slik som infeksjoner og kroniske tilstander, blant barn der mødrene ble vaksinert i svangerskapet.

Nordisk forskningssamarbeid

Studien er et resultat av et nordisk forskningssamarbeid om covid-19 og covid-19-vaksinasjon under svangerskapet. Gruppen omfatter forskere ved Folkehelseinstituttet i Norge, Karolinska Institutet i Sverige og Københavns Universitet i Danmark. Under covid-19-pandemien har gruppen bidratt med studier som har vært sentrale i utarbeidingen av de norske anbefalingene for vaksinasjon av gravide. Finansieringen av forskningen kommer fra Norges forskningsråd og Nordisk råd gjennom organisasjonen NordForsk. ■

Synne Muggerud Sørensen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Jeong Y, Kim MA. The coronavirus disease 2019 infection in pregnancy and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol Sci 2023; 66: 270–89.
- 2 Khalil A, Kalafat E, Benlioglu C et al. SARS-CoV-2 infection in pregnancy: A systematic review and meta-analysis of clinical features and pregnancy outcomes. EclinicalMedicine 2020; 25: 100446.
- 3 Alcover N, Regiroli G, Benachi A et al. Systematic review and synthesis of stillbirths and late miscarriages following SARS-CoV-2 infections. Am J Obstet Gynecol 2023; 229: 118–28.
- 4 Smith ER, Oakley E, Grandner GW et al. Adverse maternal, fetal, and newborn outcomes among pregnant women with SARS-CoV-2 infection: an individual participant data meta-analysis. BMJ Glob Health 2023; 8: e009495.
- 5 Magnus MC, Oakley L, Gjessing HK et al. Pregnancy and risk of COVID-19: a Norwegian registry-linkage study. BJOG 2022; 129: 101–9.
- 6 Van Spall HGC. Exclusion of pregnant and lactating women from COVID-19 vaccine trials: a missed opportunity. Eur Heart J 2021; 42: 2724–6.
- 7 Norman M, Magnus MC, Söderling J et al. Neonatal outcomes after COVID-19 vaccination in pregnancy. JAMA 2024; 331: 396–407.



Neseslimhinne. Et farget bilde fra skanningelektronmikroskop (SEM) av flimmerhår som dekker epitelkledningen i nesehulen. Disse mikroskopiske hårlignende strukturene er dekket med et klebrig slim (ikke vist) som fanger opp støv og andre innåndede partikler. Koordinerte, bølgelignende bevegelser av flimmerhårene skyver slimet til baksiden av nesen (farynks), hvor det blir svelget. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

Slik blir vi lettere forkjølet om vinteren

I kjølige omgivelser aktiverer respiratoriske virus mindre immunologisk motstand fra slimhinnen i luftveiene

Alle typer celler utskiller ekstracellulære vesikler, det vil si eksosomer, til omgivende vevsvæske ved avsnøring av cellemembranen. Disse membrankledde «boblene» spres til nærliggende og fjernere celler, der de kan tas opp som endosomer. Eksosomenes innhold er avhengig av hvilke deler av cytoplasma som kommer med i den avsnørte membranboblen – proteiner, lipider, nukleinsyrer og diverse metabolitter – inkludert eventuelle signaler til mottaksceller.

Toll-liknende reseptorer (*toll-like receptors, TLR*) er mønstergjenkjennerde reseptorer med selektiv affinitet for deres spesielle patogen-assosierte molekylmønstre (*pathogen-associated molecular pattern, PAMP*) og skade-assosierte molekylmønstre (*damage-associated*

molecular pattern, DAMP). Disse signalerer starten på en immunreaksjon og inflammasjon. For eksempel gjenkjenner TLR3-reseptorer dobbelttrådet RNA, som typisk eksponeres i forbindelse med formering av virus, og signalerer videre.

I en ny studie ble TLR3-reseptorer brukt til å stimulere eksosomutskillelsen fra primærkulturer av epitelceller fra neseslimhinnen (1). Kulturene var eksponert for rhinovirus og koronavirus. Eksosomene transporterte oppregulert mikro-RNA-17, som har antivirale egenskaper, mellom slimhinnecellene.

Vesiklene gjorde det vanskelig for virus å binde seg til vertsceller ved å eksponere virusets spesifikke celleadheransereseptorer. TLR3-stimuleringen gjorde disse reseptorene mer konsentrert til stede på overflaten av vesiklene. Dette hindret virusopptaket i cellene, omtalt som en lokkefuglrespons (*decoy response*). Mikro-RNA-17 reduserte også virusskadene i slimhinnecellene.

I henholdsvis varme og kjølige omgivelser er det om lag 5 °C forskjell i temperatur i neseslimhinnen. I denne studien var mengden av TLR3-utskilte eksosomer fra slimhinnekulturene mindre når primærkulturene av slimhinneceller ble eksponert for lufttemperatur på 32 °C sammenliknet med eksponering for en

lufttemperatur på 37 °C. Eksosomene hadde også redusert bindingskapasitet for virusene som var tilsatt kulturene, og redusert innhold av mikro-17-RNA. Disse funnene ble validert med eksperimenter på biopsier fra nesemuslingsvev.

– Vi har lenge visst at vi er mest utsatt for ulike luftveisvirus i vinterhalvåret, sier Gunnveig Grødeland, som er professor og leder av Senter for pandemi og én-helseforskning ved Universitetet i Oslo.

– Denne studien viser at kulde har en direkte innvirkning på immunsystemet i slimhinnene ved en virusinfeksjon. Denne kunnskapen kan vi i fremtiden bruke til å lage bedre strategier for å beskytte spesielt sårbare personer mot potensielt problematiske virusinfeksjoner, sier Grødeland.■

Haakon B. Benestad

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Huang D, Taha MS, Nocera AL et al. Cold exposure impairs extracellular vesicle swarm-mediated nasal antiviral immunity. J Allergy Clin Immunol 2023; 151: 509–525.e8.

Mads Rydningen ^{1,2}
mads.rydningen@outlook.com
Anette Fosse ²
Birgit Abelsen ²
Martin Bruusgaard Harbitz ^{2,3}

- 1 Det helsevitenskapelige fakultet
2 Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet
3 Senja kommune

Vikarlegebruk i fastlegeordningen 2016–22

Bakgrunn

I fastlegeordningen er det nødvendig å bruke vikarleger når fastleger har fravær eller pasientlister står uten fast lege. Vi har undersøkt forekomst og utvikling av registrerte vikaravtaler i fastlegeordningen i perioden 1.1.2016–31.12.2022.

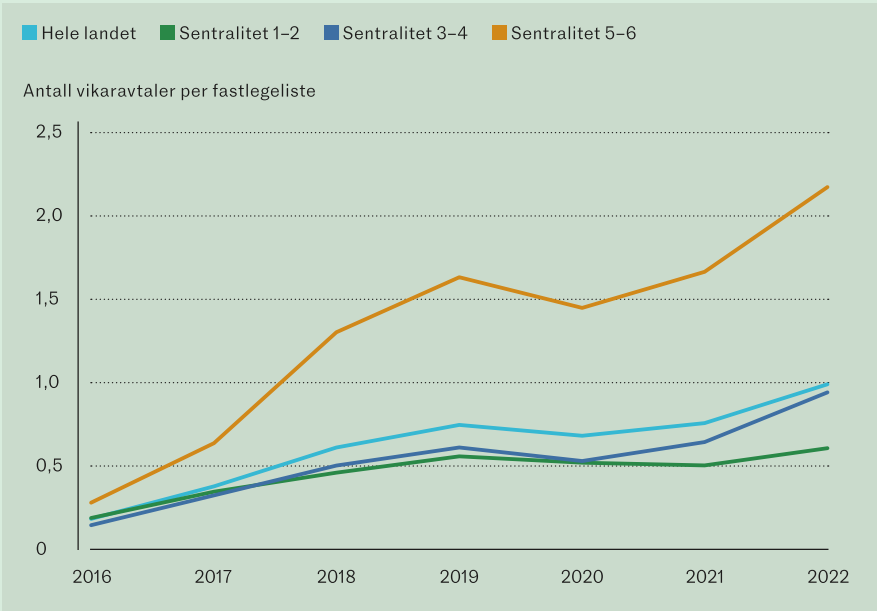
Materiale og metode

I denne deskriptive registerstudien kategoriserte vi 21 418 vikaravtaler fra tidsrommet 1.1.2016–31.12.2022 etter kommunetilhørighet og varighet. Vi delte kommunene inn i grupper etter Statistisk sentralbyrås seks sentralitetsklasser: klasse 1–2 er sentrale; 3–4 er mindre sentrale og 5–6 er de minst sentrale kommunene. Analysen er basert på frekvenstabeller, krysstabeller og rater.

Resultater

I det studerte tidsrommet økte antallet registrerte vikaravtaler i Norge fra 916 til 5 003 (446 %). Økningen var størst i sentralitetsgruppe 5–6. Gjennomsnittlig varighet på vikariatene var 195 dager i sentralitetsgruppe 1–2 (95 % konfidensintervall (KI) 190 til 200), 130 dager i sentralitetsgruppe 3–4 (95 % KI 127 til 134) og 67 dager i sentralitetsgruppe 5–6 (95 % KI 64–69). Sentralitetsgruppe 5–6 hadde relativt 100 % flere vikaravtaler for fulltidsstillinger sammenlignet med sentralitetsgruppe 1–2, hvor deltidsvikariat er mer vanlig. Vikaravtaler per liste uten fast lege økte nasjonalt fra 0,5 til 4,7 i studieperioden.

Figur 1 Gjennomsnittlig antall vikaravtaler per fastlegeliste i perioden 1.1.2016–31.12.2022 for hele landet, fordelt på sentralitetsgrupper som definert av Statistisk sentralbyrå (16).



Fortolkning

Fastlegeregisteret gir tiltagende nyttig og landsdekkende informasjon om vikarlegebruk. Vikarbruken i fastlegeordningen har økt betydelig siden 2016, og dette kan utfordre likeverdig tilgang til helsetjenester. I fremtidig forskning bør man undersøke årsaker til og konsekvenser av økt vikarlegebruk.

Hovedfunn

I tidsrommet 1.1.2016–31.12.2022 økte antallet vikaravtaler på fastlegekontor i Norge fra 916/år til 5 003/år (totalt 446 %). Den største økningen i vikaravtaler per fastlegeliste (på 669 %) fant sted i de minst sentrale kommunene. Der var vikariatene også i større grad av kortere varighet, gjaldt fulltidsstillinger og var oftere knyttet til lister uten fast lege.

Har regjeringen fikset fastlegeordningen?

Regjeringen hevder at fastlegeordningen snart kan friskmeldes. Men er det egentlig slik?

Atvroppe helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol uttalte til Dagsavisen 18.4.2024 at «Regjeringens grep for å redde fastlegeordningen gir resultater. Fastlegekrisen er på hell» (1). Det er riktig at det har vært økt rekruttering til fastlegeordningen, og at dette kan forklares med en viss styrking av finansieringen i ordningen, kombinert med statlige tilskudd til oppstart og spesialistutdanning i allmennmedisin, med regionale ALIS-kontor. En rekke kommuner har også tatt økte kostnader, ved at mange nye fastlegehjemler er basert på fastlønnede, ansatte fastleger. Imidlertid forlot 300 leger ordningen det siste året (2). Det er omtrent dobbelt så mange som avgang for aldersgrense skulle tilsi. Nye fastlønnede hjemler har i tillegg ofte korte lister, både i by og utkant (2). Økt vikarbruk har vært et klassisk symptom på kriser i allmennlegetjenesten. Historisk sett har det vært vanskeligst å hente leger til små kommuner og utkantkommuner. Unntaket er årene etter 2001, da innføring av fastlegeordningen hadde skapt både ny optimisme og bedre økonomi (3).

I dette nummeret av Tidsskriftet presenterer Mads Rydningen og medarbeidere ved Norsk senter for distriktsmedisin en studie av utviklingen i vikarbruk i fastlegeordningen (4). Forfatterne finner at antallet vikaravtaler ved fastlegekontor økte med 446 % i en syvårsperiode frem til utgangen av 2022. I de minst sentrale kommunene var økningen på hele 669 %. Forfatterne peker på at i utkantområder erstatter vikarene i hovedsak faste leger som har sagt opp sin hjemmel og forlatt kommunen, mens i mer sentrale strøk vil vikarleger oftere gå i deltidsvikariat, som i større grad kan fortolkes som et behov for periodisk avlastning for fastleger som ikke forlater sin praksis.

En viss grad av vikarbruk er riktig og nødvendig. Fastleger må ha permisjon for eksempel ved videre- og etterutdanning, forskning, barselpermisjoner og sykdom. Den raske veksten forskerne har funnet, er imidlertid ekstraordinær, og dessverre er ikke bildet vesentlig endret etter 2022. I sin statusrapport for allmennlegetjenesten høsten 2023 (5) viser Helsedirektoratet at vikarbruken i fastlegeordningen målt i vikardager (korrigert for stillingsprosent) var 8 % høyere de første syv månedene av 2023 sammenlignet med samme periode i 2022. 27 % av beregnede vikardager første halvår av 2023 var knyttet til lister registrert som ubesatte (5). Denne utfordringen har vært underkommunisert i uttalelser fra regjeringen, og derfor er det fortjenstfullt av Rydningen og medarbeidere å sette søkelyset på dette.

Forfatterne går ikke dypt i årsaksforhold og mulige virkemidler, men viser til en veileder for vikarbruk utgitt av National Health Service England (6). Denne er rettet mot kvalitetssikring og veiledning av vikarer, ansvarsrettslige forhold m.m. En slik veileder vil i seg selv neppe være til hjelp for å redusere vikarbruk.

Krisen i fastlegeordningen har vært langvarig – og uunngåelig. Verken KS eller staten har ønsket at de årlige normaltarifforhandlingene skulle gi rom for noe annet enn korreksjon for pris- og kostnadsvekst for de legene som allerede var i ordningen, samtidig som oppgave-

mengden har økt og økt. Det gikk som det måtte gå, med en systematisk underfinansiering og for lite rom for fagutvikling og kapasitetsvekst.

Til tross for samhandlingsreformens signaler i 2008 om en kraftig satsing på leger i primærhelsetjenesten (7), har andelen yrkesaktive leger som er fastleger, fortsatt å synke – fra ca. 25 % i 2008 til 21 % i 2020 (8). Samtidig har en betydelig oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til fastlegene funnet sted. Revisjon av fastlegeforskriften (9) fra 2013 la ytterligere sten til byrden, og mange fastleger begynte å miste troen på at rammebetingelsene for allmennmedisin skulle bedres.

Rydningen og medarbeidere viser også til britiske erfaringer, der unge kolleger ser ut til å foretrekke å arbeide som vikarer fremfor å søke faste hjemler. Som unge leger opplever de stor etterspørsel, høyere lønn og større autonomi som vikar. Trolig ser vi samme utvikling i Norge, hvor såkalte Nordsjø-turnuser er blitt stadig mer populære. Vi har åpenbart ennå ikke lykkes med å rekruttere godt nok eller hindre frafall fra faste hjemler som fastlege.

Å binde seg til en lang yrkeskarriere som fastlege, ofte som eier av egen virksomhet, krever forutsigbare og gode rammer som gir fremtidstro. Derfor må staten, Legeforeningen og KS sammen finne kunnskapsbaserte svar på bærekraftsutfordringen: Hvilken kvalitet, kapasitet og organisasjonsmodeller i fastlegeordningen vil bidra til at innbyggerne er friskere og lever lenger, men bruker spesialisthelsetjenesten og kommunale pleie- og omsorgstjenester mindre i løpet av livsløpet?

Politikk må vike for kunnskap for å lykkes. ■

Jan Emil Kristoffersen

jek@vikenfiber.no

Jan Emil Kristoffersen er MHA, spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og tidligere fastlege og helsebyråkrat. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er tidligere medisinsk fagdirektør i Den norske legeforening og tidligere leder av Allmennlegeforeningen.

Litteratur

- Larsen MH. 52.000 flere har fått fastlege: – Fastlegekrisen er på hell. Dagsavisen 18.4.2024. Lest 19.4.2024.
- Helsedirektoratet. Allmennlegetjenesten – statusrapport høsten 2023. Kap 1.3. Listelengden reduseres i de fleste kategorier av leger og i by og land. Lest 19.4.2024.
- Kristoffersen JE. Slik bør fastlegeordningen finansieres. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0110.
- Rydningen M, Fosse A, Abelsen B et al. Vikarlegebruk i fastlegeordningen 2016–22. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0676.
- Helsedirektoratet. Allmennlegetjenesten – statusrapport høsten 2023. Kap 1.6. Bruk av vikar i fastlegeordningen øker fortsatt. Lest 19.4.2024.
- NHS England. Supporting organisations engaging with locums and doctors in short-term placements: A practical guide for healthcare providers, locum agencies and revalidation management services. Lest 19.4.2024.
- Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Lest 19.4.2024.
- Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken: Helse- og sosialpersonell. Lest 19.4.2024.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Lest 19.4.2024.

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.



Hogne Sandvik¹
hogne.sandvik@outlook.com

Øystein Hetlevik²
Jesper Blinkenberg¹
Steinar Hunskår^{1,2}

1

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen

2

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Hvor søker fastleger hjelp ved egen sykdom?

Bakgrunn

Leger har generelt god helse, men unnlater ofte å søke hjelp når de blir syke. Egenbehandling er utbredt. Dette kan være en uheldig og risikabel praksis.

Materiale og metode

Dette er en registerstudie hvor fastlegers egen bruk av primær- og spesialisthelsetjenester i 2018 er sammenlignet med en kontrollgruppe som består av alle andre i samme aldersgruppe med samme kjønn, utdanningsnivå og helse som fastlegene. Sykelighet i begge grupper ble kartlagt ved hjelp av to validerte sykelighetsindekser i perioden 2015–17. Bare de som skåret null på begge indekser ble inkludert.

Resultater

Mens bare 21,7 % av fastlegene hadde søkt hjelp hos fastlege og 3,3 % hos legevakt, var tilsvarende tall for kontrollgruppen 61,6 % og 11,8 %. Blant fastlegene brukte 17,5 % avtalespesialist, mot 15,5 % av kontrollgruppen. Målt som andel av alle konsultasjoner hos spesialist, utgjorde konsultasjoner hos psykiater 35 % for fastleger og 13 % for andre. Det var små forskjeller i bruk av somatisk poliklinikk (25,9 % av fastleger og 25,7 % av kontrollgruppen) og akutt innleggelse på somatisk sykehus (3,8 % av fastleger og 3,3 % av kontrollgruppen).

Fortolkning

Denne studien tyder på at fastleger får helsehjelp på andre måter enn ved å bruke egen fastlege.

Hovedfunn

Blant fastlegene hadde 21,7 % brukt egen fastlege og 3,3 % legevakt, mot 61,6 % og 11,8 % i kontrollgruppen.

Fastleger var overrepresentert hos avtalespesialister (17,5 % mot 15,5 %), og brukte avtalepsykiater 2,7 ganger så ofte som kontrollgruppen.

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.



			Fastlege		Legevakt		Avtalespesialist		Poliklinikk		Akutt innleggelse	
			Fast- lege (<i>N</i>)	KG (<i>N</i>)	Fast- lege (<i>N</i>)	KG (<i>N</i>)	Fast- lege (<i>N</i>)	KG (<i>N</i>)	Fast- lege (<i>N</i>)	KG (<i>N</i>)	Fast- lege (<i>N</i>)	KG (<i>N</i>)
Menn												
26–35 år	334	183 304	12,0	44,5	3,9	11,6	4,8	6,6	15,9	16,5	1,8	2,0
36–45 år	747	168 825	12,3	45,8	2,4	10,4	7,9	7,4	16,6	16,7	3,1	2,2
46–55 år	497	129 110	15,9	51,7	3,2	9,9	13,9	10,2	23,1	19,9	4,8	3,1
56–65 år	615	77 524	15,1	59,6	3,1	10,0	19,3	16,1	24,4	25,9	4,7	4,5
66–76 år	185	48 449	21,6	72,6	3,8	11,3	23,2	28,6	33,5	36,6	8,6	7,0
Kvinner												
26–35 år	352	232 764	52,8	68,9	6,0	14,7	19,3	15,3	45,7	31,9	5,7	3,7
36–45 år	765	193 081	30,7	69,4	3,3	12,0	21,3	17,5	29,5	27,6	2,6	2,9
46–55 år	425	143 694	21,2	72,1	2,8	11,3	26,4	21,0	25,2	28,0	2,6	3,0
56–65 år	316	84 801	21,2	74,8	3,5	11,7	28,2	26,0	29,7	32,7	4,1	3,9
66–76 år	35	47 356	14,3	79,4	2,9	12,4	25,7	36,5	37,1	39,6	5,7	6,1
Alle	4 271	1 308 908	21,7	61,6	3,3	11,8	17,5	15,5	25,9	25,7	3,8	3,3

Tabell 2 «Friske» fastleger (som definert med Charlson-skår og ICPC-morbiditetsindeks) og «frisk» kontrollgruppe med tilsvarende utdanningsnivå: Andel (%) som har hatt minst en konsultasjon hos fastlege, legevakt, avtalespesialist, somatisk sykehuspoliklinikk eller blitt akutt innlagt på somatisk sykehus i 2018.

KG= Kontrollgruppe

Generalist søker spesialist

Felles henvisningsmottak kan gjøre det vanskeligere for leger å søke hjelp.

Hogne Sandvik og medarbeidere har gjort en studie av fastlegers søking etter hjelp, som nå publiseres i Tidsskriftet (1). Studien er særlig verdifull fordi den sammenligner fastleger med en tilsvarende gruppe med hensyn til kjønn, utdanningsnivå og helse. Resultatene viser at fastlegene oppsøkte primærhelsetjenesten i betydelig mindre grad (22 %) enn sammenligningsgruppen (62 %). Derimot var bruken av avtalespesialist omtrent på samme nivå i de to gruppene (18 % versus 16 %). Blant fastlegene som søkte avtalespesialist, var det 35 % som oppsøkte psykiater, mot 13 % i kontrollgruppen.

En rekke studier har vist høye nivåer av stress, utbrenthet og suicidrate blant leger. Det er også godt dokumentert at leger har en høy terskel for å søke hjelp, at de behandler seg selv og går på jobb med plager de ville ha sykmeldt pasienter for (2). Flere land har derfor etablert kollegiale støtteordninger for leger. Gjennom slike lavterskelordninger kan leger søke råd og hjelp utenfor det etablerte behandlingstilbudet, oftest uten journalføring. I Norge er det tre nasjonale kollegiale støtteordninger som er finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). I alle fylker finnes støttekollegaer som er lett tilgjengelige for samtaler, ved Villa Sana på Modum Bad kan leger fra hele landet søke rådgivning og kurs, og Trasoppklinikken har et eget tilbud til leger med rusproblemer (3).

Søkningen til disse støtteordningene har økt de siste årene, særlig blant yngre leger (4). Legene opplever at det er enklere å oppsøke et slikt lavterskeltilbud enn å gå til fastlegen (5). Bruk av støtteordningene kan dermed bidra til lavere søkning til egen fastlege, slik Sandvik og medarbeideres studie viser (1).

Støtteordningene ser ut å hjelpe legene til å søke hjelp i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. I en studie av leger som kom til Villa Sana i perioden 2003–05, oppsøkte over halvparten psykisk helsevern i etterkant (6). Dette kan være én forklaring på fastlegenes bruk av psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, som er observert i Sandvik og medarbeideres undersøkelse (1). Gitt et sannsynlig underforbruk av psykiatriske helsetjenester, er dette en positiv utvikling.

Det er godt dokumentert at leger har en høy terskel for å søke hjelp, at de behandler seg selv og går på jobb med plager de ville ha sykmeldt pasienter for

I september 2023 ble det etablert et felles henvisningsmottak ved alle helseforetakene (7). Henvisninger til avtalespesialister i psykiatri skal nå rettighetsvurderes i det lokale distriktpspsykiatriske senteret (DPS), og man får enten tildelt en terapeut ved DPS eller hos en spesialist med avtalehjemmel. Det er bekymringsfullt at leger som jeg nå møter i samtaler ved Villa Sana, rapporterer at dette er vanskelig. Den nye ordningen kan være særlig krevende for fastleger som henviser sine

pasienter til samme senter, og det kan bidra til på nytt å heve terskelen for at leger søker behandling i psykisk helsevern.

Fastleger rapporterer om et lavere eget sykefravær sammenlignet med sykehusleger (8), og studier tyder på at allmennpraktikere synes det er særlig vanskelig å søke hjelp for psykiske plager (9). En fersk doktorgradsavhandling viser at leger er tilbakeholdne med å søke hjelp, blant annet fordi de er usikre på om taushetsplikten overholdes i den offentlige helsetjenesten (10). Dette samsvarer med bekymringene som kom fram i #leger må leve-kampanjen i fjor. Det er viktig å unngå nye strukturelle hindringer for fastleger som selv har behov for psykisk helsevern. ■

Karin Isaksson Rø

karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er ph.d., spesialist i arbeidsmedisin, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og rådgiver og overlege ved Villa Sana. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Hvor søker fastleger hjelp ved egen sykdom? Tidsskr Nor Legeforen 2024; 124: doi: 10.4045/tidsskr.23.0834.
- Gustafsson Sendén M, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K et al. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). Swiss Med Wkly 2013; 143: w13840.
- Den norske legeforening. Helse- og omsorgstilbud for alle leger og medisinstudenter. Lest 13.4.2024.
- Eriksen KF. Voldsom økning i pågang til Modum bad fra utbrente leger. Dagens medisin 23.1.2023. Lest 13.4.2024.
- Horne IMT, Veggeland F, Bååthe F et al. Why do doctors seek peer support? A qualitative interview study. BMJ Open 2021; 11: e048732.
- Isaksson Rø KE, Gude T, Tyssen R et al. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. BMJ 2008; 337: a2004.
- Færden A. Kan ikke velge terapeut selv. Magasinet psykisk helse. Publisert 8.1.2024. Oppdatert 5.2.2024. Lest 13.4.2024.
- Rosta J, Tellnes G, Aasland OG. Differences in sickness absence between self-employed and employed doctors: a cross-sectional study on national sample of Norwegian doctors in 2010. BMC Health Serv Res 2014; 14: 199.
- Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Med J Aust 2003; 179: 302–5.
- Horne IMT, Veggeland F, Bååthe F et al. Understanding peer support: a qualitative interview study of doctors one year after seeking support. BMC Health Serv Res 2023; 23: 324.

Solveig E.J. Dalbro¹
soejac@ous-hf.no

Emilia Kerty¹

1

Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og Universitetet i Oslo

Synsvansker ved Parkinsons sykdom

Parkinsons sykdom er karakterisert av de motoriske kjernesymptomene bradykinesi, rigiditet og tremor. Sykdommen har i tillegg en rekke ikke-motoriske symptomer, som for eksempel synsvansker. Pasientene kan oppleve uklart syn, lysømfintlighet, lesevansker og en subjektiv følelse av at de blir fort slitne i øynene. Synsvanskene påvirker også pasientenes motorikk ettersom synet kompenserer for dårlig postural kontroll og vansker med å starte bevegelser. Det er viktig å kartlegge vanlige, men ofte underdiagnostiserte synsvansker, og sette inn tiltak som kan øke livskvaliteten og bevegelsesmønsteret. I denne kliniske oversikten presenterer vi de vanligste synsvanskene ved Parkinsons sykdom samt råd for å bedre synsfunksjonen.

Parkinsons sykdom affiserer 1–2 % av befolkningen over 60 år (1) og er den hyppigste nevrodegenerative sykdommen etter Alzheimers sykdom. Sykdommen fører til tap av dopaminerge nevroner og dermed dopaminmangel i basalgangliene, noe som gir de karakteristiske symptomene med tremor, bradykinesi og rigiditet. Parkinsons sykdom er også assosiert med ikke-motoriske symptomer, som forstoppelse, smerter, søvnvansker, depresjon, angst og fatigue. Synsvansker er også vanlig, og etter vår mening er det lite kjent blant behandlere. Synsvansker rapporteres oftere hos pasienter med Parkinsons sykdom enn hos friske kontrollpersoner. I en studie av 848 pasienter med Parkinsons sykdom og 250 friske kontrollpersoner, svarte 82 % av pasientene at de hadde ett eller flere øyesymptomer, mot 48 % av kontrollpersonene (2). I en oppfølgingsstudie hvor 102 av pasientene ble undersøkt av øyelege, hadde 92 % en klinisk relevant øyetilstand, og en tredjedel hadde en øyesykdom som kunne behandles og som påvirket livskvaliteten (3). I en studie av 88 pasienter og 90 friske var dobbeltsyn og ord som beveger seg mens man leser, ti ganger så hyppig hos pasienter med Parkinsons sykdom (henholdsvis 18,2 % og 17 %) som hos kontrollpersonene (1,3 % og 1,3 %) (4).

Pasienter med Parkinsons sykdom er ekstra avhengige av god synsfunksjon. Synet kan kompensere en del for dårlig postural kontroll og redusere fallrisiko. Problemer med å initiere bevegelser, for eksempel å starte opp gange, kan gjøres enklere ved å bruke visuelle stimuli, som streker på gulvet. Ved synsvansker blir det mer krevende å benytte denne kompensasjonsmuligheten. Synsreduksjon kan hindre bilkjøring og legge en demper på sosial deltakelse. Redusert syn er en risikofaktor for utvikling av demens,

og pasienter med Parkinsons sykdom er mer utsatt for illusjoner og hallusinasjoner ved redusert synsfunksjon enn friske (5, 6).

Målet med denne artikkelen er å gi en oversikt over de vanligste øyetilstandene som forårsaker synsvansker ved Parkinsons sykdom, og å gi råd for å forbedre synsfunksjonen. Oversikten er basert på et skjønnsmessig utvalg av artikler og forfatternes egne erfaringer.

De vanligste øyetilstandene

Øyelokk og det ytre øye

Tørre øyne ses hos 53–60 % av pasienter med Parkinsons sykdom, mot 5–35 % i den generelle voksne befolkning (7). Hovedårsaken er redusert blunkefrekvens, men også redusert tåreproduksjon, endret sammensetning av tårevæsken og endret autonom påvirkning av de Meibomske kjertler.

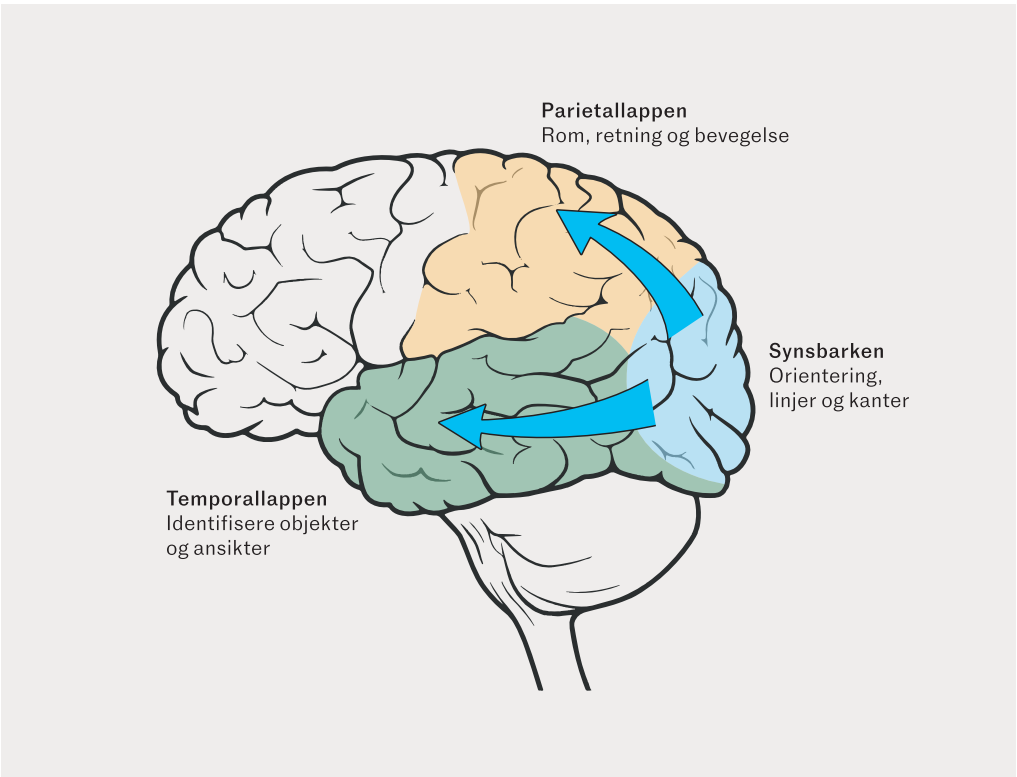
Tørre øyne gir i lette tilfeller ubehag som tretthetsfølelse og kan gjøre lesing slitsomt. I mer uttalte tilfeller gir det sårhetsfølelse, betennelse i øyelokkskantene, smerter, redusert synsskarphet og i verste fall sår på hornhinnen.

Blefarospasme er en ufrivillig og ukontrollert sammentrekning av orbicularis oculi-muskelen. Tilstanden er klassifisert som en fokal dystoni, og den ses hovedsakelig ved avansert Parkinsons sykdom. Det er mulig at tørre øyne bidrar til utviklingen av blefarospasme (8). Øyeåpningsapraksi, som er vansker med å åpne øynene etter øyelukking, kan også forekomme hos pasienter med Parkinsons sykdom. I uttalte tilfeller kan blefarospasme og øyeåpningsapraksi føre til funksjonell blindhet.

Klinisk oversiktsartikkel

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

Figur 1 Hovedbanene for kortikal visuell prosessering.



Øyets fremre segment

Katarakt rammer en tredjedel av de over 65 år, og i en studie av 100 pasienter med Parkinsons sykdom og 100 friske, fant forfatterne hyppigere katarakt i pasientgruppen enn blant de friske (9). Pupillen reagerer tregere på lys enn hos friske, som følge av endringer i det autonome nervesystemet. Det er usikkert hvilken klinisk betydning dette har for pasientene, men det kan være en årsak til lysømfintlighet.

Øyets bakre segment

Skarpsynet er redusert ved Parkinsons sykdom. Dette skyldes trolig hovedsakelig forhold i øyet, men også forhold i sentralnervesystemet. Netthinnen inneholder dopaminerge amakrine celler, og det er påvist redusert mengde av disse cellene, spesielt rundt fovea (6). Det er også påvist avleiring av proteinet alfa-synuklein i netthinnen til pasienter med Parkinsons sykdom. Optical coherence tomography (OCT) er en bildeteknikk som tar et detaljert tverrsnittsbilde av netthinnen, og måler tykkelsen av de ulike lagene. Ved denne undersøkelsen har pasienter med Parkinsons sykdom tynnere indre retinale lag enn friske (7).

Kontrastsensitivitet, som er evnen til å skille et objekt fra bakgrunnen, er også redusert ved Parkinsons sykdom. Dette ses i tidlig fase av sykdommen, og det kan påvirke synsfunksjonen i skumring og mørke. Fargesynet, spesielt i blå–grønn-aksen, er også redusert. Det skyldes trolig forhold i retina og endret visuell prosessering i hjernebarken og talamus. (6).

Glaukom

Glaukom er dobbelt så hyppig blant pasienter med Parkinsons sykdom enn hos friske (9). Høyt trykk i øyet er den viktigste risikofaktoren for glaukom, men hos pasienter med Parkinsons sykdom ses oftest åpenvinklet glaukom med normalt trykk. Glaukom gir synsfeltutfall når synsnerven

skades, og glaukomatøse synsfeltutfall er hyppigere hos pasienter med Parkinsons sykdom, selv uten påvist forhøyet trykk (7). Hos pasienter med kjent glaukom skal intraokulært trykk og synsfeltet jevnlig kontrolleres av øyelege.

Øyebevegelser

Samsynsproblemer med konvergensinsuffisiens ses hos 20–30 % av pasienter med Parkinsons sykdom (6). Pasienter med konvergensvansker opplever uklart syn, dobbeltsyn, lesevansker, redusert dybdesyn og dårlig romorientering. Andre øyebevegelser er også påvirket. Fiksasjonen er ofte forstyrret av sakkadiske intrusjoner – raske bevegelser som tar blikket bort fra og tilbake til objektet man så på. Når pasientene skal følge etter et objekt som beveger seg, er følgebevegelsene oppstykkede. Sakkader, raske øyebevegelser fra et punkt til et nytt i synsfeltet, har økt latenstid og er litt for korte. Mer uttalte innskrenkninger av vertikale øyebevegelser er imidlertid et funn som peker mot atypisk parkinsonisme. Forandringene i fiksasjonen, følgebevegelsene og sakkadene fører til at pasientene får en endret synsfunksjon.

Visuell prosessering

Prosessering av visuelle stimuli er en sammensatt oppgave. Signaler fra nervecellene i netthinnen sendes videre gjennom tractus opticus via corpus geniculatum laterale i talamus og synsstrålingen til synsbarken. I synsbarken prosesseres enkel informasjon, som orientering av linjer og kanter. Signalene sendes deretter hovedsakelig videre i to sløyfer – den ventrale veien mot temporalappen, hvor identifisering av objekter og ansikter foregår, og den dorsale veien mot parietallappen, som tolker signaler om rom, retning og bevegelse, se figur 1.

Øyetilstand	Tiltak
Tørre øyne	Kunstig tårevæske, plugging av tårekanal (7, 11)
Blefarospasme	Botulinumtoksin-injeksjoner (11)
Øyeåpningsapraksi	Botulinumtoksin-injeksjoner, levodopa, øyelokksoperasjon (11, 12)
Redusert skarpsyn, kontrast og fargesyn	Riktige briller, godt leselys, dopaminerg behandling (6)
Katarakt	Riktige briller, godt leselys, kirurgi.
Glaukom	Oppfølging fra øyelege, øyedråper, kirurgi.
Visuell prosessering	Informasjon, visuelle ledetråder, levodopa (6)
Hallusinasjoner og illusjoner	Gjennomgang av triggere og medikamenter. Informasjon. Nedtrapping av medikamenter som kan utløse hallusinasjoner. Eventuelt antipsykotika. (14)
Øyebevegelser	Separate briller til å se på avstand og nært, eventuelt prismebriller ved konvergensinsuffisiens. Dopaminerg behandling.

Tabell 1 De vanligste øyetilstandene ved Parkinsons sykdom som gir synsvansker, og foreslåtte tiltak for å bedre synsfunksjonen.

Det er flere endringer i denne prosesseringen hos pasien-ter med Parkinsons sykdom. For eksempel oppfatter pa-sienter med venstresidige motoriske symptomer objekter i venstre synsfelt som mindre enn de i høyre synsfelt, og de opplever at døråpninger ser smalere ut. Pasienter med Parkinsons sykdom blir lettere distraheret av objekter, og de har vanskeligere for å diskriminere kontrast i perife-re synsfelt. Alle disse fenomenene kan bidra til å forklare hvorfor pasienter med Parkinsons sykdom stopper opp i døråpninger eller i folksomme områder. Pasientene har oftere vansker med å gjenkjenne ansikter og å tolke an-siktsuttrykk. Spesielt gjelder dette ansiktsuttrykk med tristhet, avsky og frykt som prosesseres via en sløyfe gjen-nom amygdala. Levodopa bedrer disse vanskene. (6).

Visuelle illusjoner og hallusinasjoner

Illusjoner og hallusinasjoner oppfattes ikke primært som synsvansker, men er et resultat av patologi i det visuelle systemet, særlig synsbarken. Illusjoner er feiltolkninger av visuelle stimuli og er ofte rapportert blant pasienter med Parkinsons sykdom. Et eksempel er en haug med klær på et mørkt soverom som tar form som et dyr, eller at klærne i klesskapet ser ut til å bevege seg. Illusjoner kan oppstå fordi pasientene blir distraheret av objekter i sidesynet og at de samtidig har dårligere kontrastsyn perifert. Hjernen feiltolker dermed de svake signalene fra periferien.

Visuelle hallusinasjoner er visuelle opplevelser som oppstår spontant uten visuelle stimuli. Opp mot halv-parten av pasientene med Parkinsons sykdom opplever hallusinasjoner (10), spesielt ved langvarig sykdom eller kombinert med kognitiv svikt. Hallusinasjoner oppstår gjerne i dunkel belysning og er ofte kortvarige, men sjel-den skremmende. Redusert skarpsyn er en risikofaktor for å utvikle hallusinasjoner, og de er også assosiert med redusert kontrastsensitivitet, redusert fargesyn og proble-mer med objekts- og ansiktsgjenkjenning (6).

Tiltak og råd

Pasienter med Parkinsons sykdom bør få kartlagt sin synsfunksjon. Vi anbefaler kontroll hos optiker minst en gang i året og det bør være lav terskel for henvisning til øyelege. Pasientene bør få råd om å ha riktig tilpassede briller. Ett par briller for å se nært og ett par for avstand er et bedre alternativ enn progressive briller på grunn av endrede øyebevegelser og kroppsholdning. Eventuelt kan pasientene bruke briller med prizmer. Godt leselys og godt lys i hjemmet kan bedre synsfunksjonen og forhindre fall.

Pasientene bør informeres om at synsfunksjonen kan være spesielt redusert i skumring og derfor kan påvirke bilkjøring.

Tørre øyne behandles med økt blinking, god øyelokks-hygiene og kunstig tårevæske, eventuelt med mer avansert behandling initiert av øyelege. Blefarospasme behandles med injeksjoner av botulinumtoksin, mens øyeåpnings-apraksi kan kreve en kombinasjon av konservative tiltak, botulinumtoksin, levodopa og øyelokkskirurgi (11, 12). Redusert skarpsyn, fargesyn og kontrastsensitivitet kan bedres ved å behandle eventuelle øyesykdommer, som for eksempel katarakt, og med riktig brillegkorreksjon, godt leselys og dopaminerg behandling. Normaltrykksglau-kom er vanskelig å oppdage og å behandle, og pasienter med glaukom bør følges opp av øyelege. Forandringene i øyebevegelser og visuell prosessering er med på å gjøre gange gjennom døråpninger og i folksomme områder ut-fordrende, og informasjon om dette fenomenet kan være nyttig for pasient og pårørende. Visuelle ledetråder, som å se etter streker på gulvet eller fortauet, kan bedre gangen hvis pasienten har en tendens til å stoppe opp (13). Illu-sjoner og hallusinasjoner krever en bred tilnærming med gjennomgang av sykehistorie og triggere, gjennomgang av medisiner og eventuelt omlegging. Se oversiktsartikkel av O'Brien og kollegaer (14) for fordypning, og flytskjema for behandling av hallusinasjoner. Tabell 1 gir en oppsum-mert oversikt over øyetilstander og tiltak. Disse tiltakene kan øke livskvaliteten og bedre bevegelsesmønsteret til pasienter med Parkinsons sykdom. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 23.10.2023, første revisjon innsendt 30.1.2024, godkjent 21.2.2024.

Solveig E.J. Dalbro

soejac@ous-hf.no

Solveig E.J. Dalbro er spesialist i nevrologi og ph.d.-stipendiat. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.Forfatterbidrag: idé, utforming, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuset samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Emilia Kerty

Emilia Kerty er spesialist i øyesykdommer og i nevrologi, overlege og professor emerita. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter. Forfatterbidrag: utforming, utarbeiding og revisjon av selve manuset samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Litteratur

- Ascherio A, Schwarzschild MA. The epidemiology of Parkinson's disease: risk factors and prevention. Lancet Neurol 2016; 15: 1257–72.
- Borm CDJM, Visser F, Werkmann M et al. Seeing ophthalmologic problems in Parkinson disease: Results of a visual impairment questionnaire. Neurology 2020; 94: e1539–47.
- Borm CDJM, Werkmann M, de Graaf D et al. Undetected ophthal-mological disorders in Parkinson's disease. J Neurol 2022; 269: 3821–32.
- Urwylter P, Nef T, Killen A et al. Visual complaints and visual hallucinations in Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord 2014; 20: 318–22.
- Kužma E, Littlejohns TJ, Khawaja AP et al. Visual Impairment, Eye Diseases, and Dementia Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Alzheimers Dis 2021; 83: 1073–87.
- Weil RS, Schrag AE, Warren JD et al. Visual dysfunction in Parkin-son's disease. Brain 2016; 139: 2827–43.
- Ekker MS, Janssen S, Seppi K et al. Ocular and visual disorders in Parkinson's disease: Common but frequently overlooked. Parkin-sonism Relat Disord 2017; 40: 1–10.

- Biousse V, Skibell BC, Watts RL et al. Ophthalmologic features of Parkinson's disease. Neurology 2004; 62: 177–80.
- Nowacka B, Lubinski W, Honczarenko K et al. Ophthalmological features of Parkinson disease. Med Sci Monit 2014; 20: 2243–9.
- Fénelon G, Mahieux F, Huon R et al. Hallucinations in Parkinson's disease: prevalence, phenomenology and risk factors. Brain 2000; 123: 733–45.
- Hamedani AG, Gold DR. Eyelid Dysfunction in Neurodegenerative, Neurogenetic, and Neurometabolic Disease. Front Neurol 2017; 8: 329.
- Kerty E, Eidal K. Apraxia of eyelid opening: clinical features and therapy. Eur J Ophthalmol 2006; 16: 204–8.
- Suteerawattananon M, Morris GS, Etnyre BR et al. Effects of visual and auditory cues on gait in individuals with Parkinson's disease. J Neurol Sci 2004; 219: 63–9.
- O'Brien J, Taylor JP, Ballard C et al. Visual hallucinations in neurological and ophthalmological disease: pathophysiology and management. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2020; 91: 512–9.

Annonse

Otinova® ørespray mot øregangsbetennelse

Selges på alle apotek

Otinova ørespray er et reseptfritt medisinteknisk produkt (ikke legemiddel) mot øregangsbetennelse (ekstern otitt)¹. Øresprayen har en bakteriedrepende effekt². Otinova ørespray er enkel i bruk. Otinova ørespray består av aluminiumacetat/aluminiumacetotartrat og edikksyre. Otinova kan brukes av voksne og barn over 5 år. Otinova bør ikke brukes på barn under 5 år uten anbefaling fra lege (trommehinnekontroll). Otinova må ikke brukes i kombinasjon med dren eller mistanke om hull på trommehinnen.

Slik gjør du: Spray 1–2 ganger i øregangen, morgen og kveld, i max 7 dager av gangen.

Les mer på **otinova.no**

1) Clayton et al. A double blind, randomized, prospective trial of a topical antiseptic versus a topical antibiotic in the treatment of otorrhea. Clin. Otolaryngol Allied Sci 1990, 15, 7-10.

2) Thorp et al.The antimicrobial activity of acetic acid and Burrows solution as topical ontological preparations. J Laryngol Otol 1998,112,925,928.



otinova
ØRESPRAY / ØREGANGSBETENNELSE

Med Hørselsgangsinflammation
Korrekktåpning tullehukkeen
Med øregangsbetennelse
Med øregangsbetennelse

ØRESPRAY / ØREGANGSBETENNELSE

otinova
ØRESPRAY / ØREGANGSBETENNELSE

GUL-5867

Eli Leirdal Hoem ¹
eli.leirdal.hoem@helse-bergen.no
Torleiv Kvalvik ¹
Ruben Dyrhovden ²

Iren Eide Helland ³
Bjørn Blomberg ^{1, 4, 5}
Kristine Mørch ^{1, 4, 5}

- 1 Infeksjonsmedisinsk seksjon, Haukeland universitetssjukehus
- 2 Mikrobiologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus
- 3 Medisinsk avdeling, Stord sjukehus
- 4 Nasjonalt senter for tropiske infeksjonssykdommer, Haukeland universitetssjukehus
- 5 Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

En kvinne i 70-årene med feber og krampeanfall

En immunsupprimert kvinne i 70-årene ble innlagt etter et krampeanfall. Etter innleggelsen utviklet hun feber og forvirring. Utredningen avdekket en sjelden tilstand.

Pasienten var en kvinne i 70-årene. Hun vokste opp i Latin-Amerika, men hadde bodd i Norge i flere tiår. Hun ble hjertetransplantert på grunn av Chagas' kardiomyopati ti år før den aktuelle hendelsen og var immunsupprimert med mykofenolat, ciklosporin og prednisolon. Hun hadde implantert hjertestarter (ICD) på grunn av arytmi. Pasienten ble akuttinnlagt ved medisinsk avdeling ved lokalsykehuset etter å ha blitt funnet bevisstløs av sønnen, som hadde brukt en halvtime på å vekke henne. På grunn av tungebitt og vannavgang mistenkte man at hun hadde hatt krampeanfall. Hun hadde hatt hodepine og synsforstyrrelser de siste ukene. Ved innleggelsen var hun våken og orientert, med temperatur 37,8 °C. Det var normale funn ved neurologisk undersøkelse. CT caput samme dag viste ingen aktuell patologi. På grunn av positive funn på urinstiks (hemoglobin (Hb) 4+, leukocytter 2+) og C-reaktivt protein (CRP) på 72 mg/L (referanseområde < 5) startet man dagen etter innleggelsen med cefotaksim 1 g × 3 intravenøst mot mulig urinveisinfeksjon. Det tilkom ingen vekst i urin eller blodkulturer. Det ble konferert med nevrolog, som anbefalte poliklinisk neurologisk vurdering etter utskrivning. Femte dag etter innleggelsen fikk pasienten krampeanfall og ble overflyttet til neurologisk avdeling ved et større sykehus. Hun fremsto der forvirret og hadde invertert plantarrefleks. CT caput med kontrast viste normale funn. Det ble startet antiepileptisk behandling med levetiracetam tabletter 250 mg × 2. Neste dag var pasienten høyfebril. På mistanke om encefalitt ble det gjort spinalpunksjon, som viste forhøyet celletall med 21 × 10⁶ celler/L (< 5), hvorav 20 × 10⁶ mononukleære celler/L, og protein 0,41 g/L (0,15–0,40). Ratioen

mellom glukose i spinalvæske (3,6 mmol/L) og i serum (6,6 mmol/L) var 0,55 (> 0,6). Man startet med aciklovir 10 mg/kg × 3 intravenøst på mistanke om viral encefalitt. EEG åtte dager etter den første innleggelsen viste uspesifikke forandringer, men ikke epileptiform aktivitet. Pasienten ble flyttet tilbake til medisinsk avdeling ved lokalsykehuset.

Pasienten hadde krampeanfall, hodepine, feber og var forvirret. Klinisk presentasjon og spinalvæskefunn var mest forenlig med infeksøs encefalitt.

Dyrkning av spinalvæsken var uten vekst, og polymerasekjedereaksjon (PCR) med panel for infeksjoner i sentralnervesystemet (FilmArray Meningoencephalitis (FAME) panel) var negativt for alle agens, inkludert herpes simplex-virus type 1 og 2. Antistoffer i spinalvæske og serum med tanke på autoimmun encefalitt ble ikke påvist. Aciklovir ble seponert, og pasienten ble tiende dag etter første innleggelse overflyttet til infeksjonsmedisinsk overvåkningsenhet ved regionsykehus. Hun var på det tidspunktet våken og orientert for sted, men ikke for dato.

Symptomene og funnene i spinalvæsken passet med encefalitt, men det var ikke påvist noe etiologisk agens. Differensialdiagnostisk ble det diskutert om symptombildet kunne være uttrykk for en annen ikke-erkjent infeksjon og delir, og at det forhøyede celletallet i spinalvæsken kunne skyldes nylig gjennomgått krampeanfall.

MR cerebrum var ønskelig som ledd i utredningen av encefalitt, men ble vurdert som for risikabelt på grunn av uisolerte

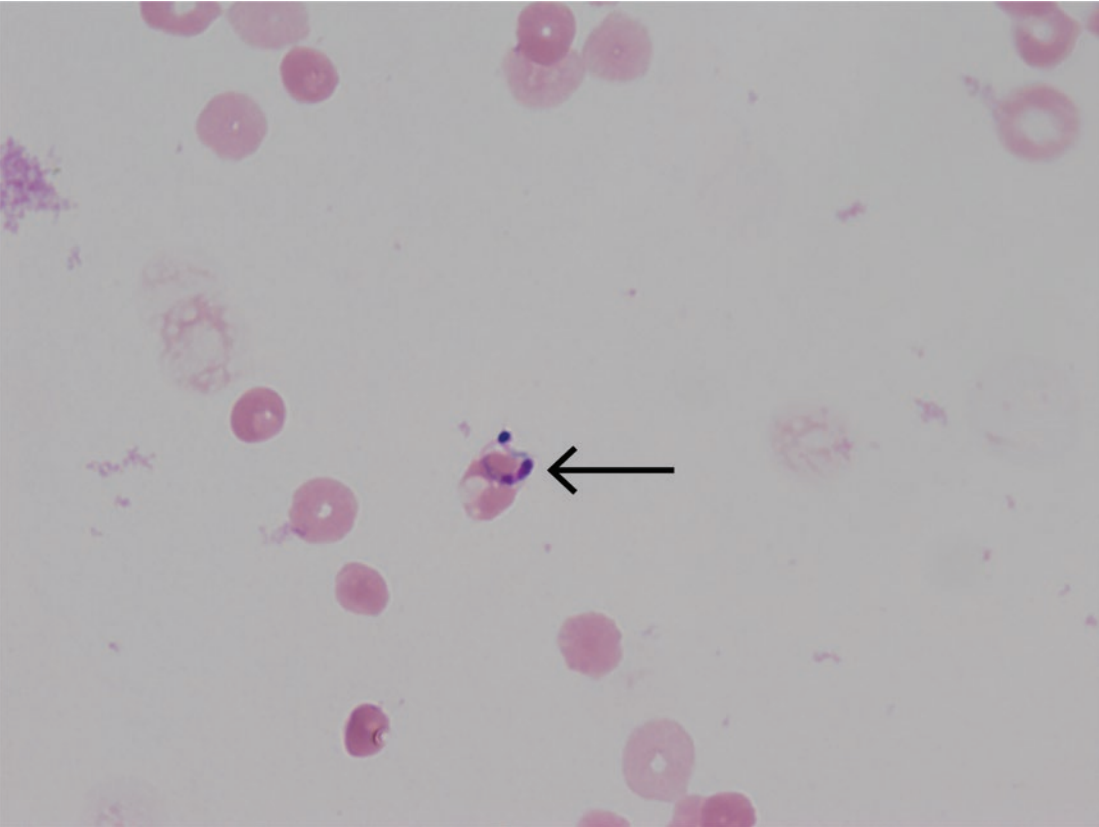
ICD-ledninger i myokard. Det ble i stedet gjort ny CT caput med kontrast dag 11 etter første innleggelse, uten aktuelle funn. Det ble samtidig utført CT toraks, abdomen og bekken uten funn av infeksjonsfokus. Daglige blodkulturer de første tre dagene etter overflytning var uten vekst. PCR-test for cytomegalovirus, Epstein-Barr-virus og JC polyomavirus i plasma var negativ.

Det ble diskutert om symptomene kunne ha sammenheng med Chagas' sykdom. Reaktivering av denne sykdommen med affeksjon av sentralnervesystemet er sjelden, men har blitt rapportert hos immunsupprimerte pasienter (1). Feber, hodepine, kramper og fokale neurologiske utfall er typiske funn. I spinalvæsken ses ofte moderat pleocytose med overvekt av mononukleære celler, forhøyet proteinnivå og i noen tilfeller redusert glukoseratio. Billeddiagnostikk av hjernen kan vise pseudotumorer (såkalte chagomer), som ved CT ses som hypodense lesjoner med kontrastoppladning, men det er også beskrevet tilfeller med normale funn. Spinalvæske undersøkes med mikroskopi av giemsafarget utstryk og med direkte mikroskopi av ubehandlet spinalvæske (våtpreparat) som kan avdekke bevegelige Trypanosoma cruzi-trypomastigoter. Våtpreparat krever rask prøvebehandling, da parasittene allerede etter 15–20 minutter begynner å lysere og miste bevegeligheten. PCR har høyere sensitivitet enn mikroskopi, men er per i dag ikke tilgjengelig i Norge.

På mistanke om Chagas-encefalitt ble det gjort ny spinalpunksjon. Vi fant levende Trypanosoma cruzi-trypomastigoter i våtpreparat (direkte mikroskopi av ubehandlet spinalvæske) (se video på tidsskriftet.no) og multiple parasitter i giemsafarget preparat (figur 1). Diagnosen Chagas-encefalitt ble dermed stilt 12 dager etter første innleggelse. Spinalvæske og EDTA-blod ble sendt til Bernhard-Nocht-instituttet i Hamburg, der PCR-test i ettertid bekreftet Trypanosoma cruzi-DNA.

Dødeligheten ved Chagas-encefalitt er høy (1). Tidlig anti-parasittær behandling bedrer prognosen og overlevelsen. Benznidazol er førstevalg ved både akutt og kronisk Chagas' sykdom, vanligvis i doser på 5–7,5 mg/kg per dag i 60 dager (2, 3). Nifurtimox er et alternativ, men kan gi mer bivirkninger. Begge medikamentene gis peroralt, men er ikke registrert i Norge og er heller ikke tilgjengelig i de fleste europeiske land. Påvisning av parasitter ved mikroskopi gjorde at vi fikk en sikker diagnose og kunne rekvirere medikamentene fra Verdens helseorganisasjon (WHO), som distribuerer disse på forespørsel.

Figur 1 Giemsafarget utstryk av spinalvæske hos pasient med Chagas-encefalitt viser Trypanosoma cruzi-trypomastigot.



EEG viste grov encefalopati med epileptiform aktivitet. CT caput 17 dager etter første innleggelse viste økt tetthet i begge frontallappene med tegn til blødning, forenlig med nekrotisk-hemoragiske nodulære lesjoner typiske for Chagas-enkefalit. Benznidazolosen ble økt til 7,5 mg/kg, og nifurtimox tabletter 10 mg/kg ble lagt til. I samråd med kardiologer ved Rikshospitalet ble immunsuppresjonen endret fra mykofenolat til azatioprin, da dette gir mindre risiko for reaktivering av Chagas' sykdom (4). Pasienten hadde uendret troponin T-nivå, normale EKG-funn og ingen holdepunkter klinisk eller ekkokardiografisk for reaktivering av Chagas-myokardiitt.

En uke etter behandlingsoppstart ble pasienten bedre. Hun var våken, kunne klype i hendene og bevege tær på oppfordring. Etter diskusjon med kolleger i utlandet ble nifurtimox seponert, og benznidazol ble redusert til 5 mg/kg for å minske risikoen for bivirkninger. Bedringen fortsatte gradvis. Hun hadde svelgsvanser med aspirasjonsrisiko og fikk ernæring via PEG-sonde. Etter en måned med behandling begynte hun å gjenvinne språkfunksjonen og svarte adekvat med enkeltord. Hun ble mobilisert og kunne ved overflytning til rehabiliteringsopphold 1,5 måneder etter behandlingsoppstart gå med støtte.

Etter seks uker med tverrfaglig spesialisert rehabilitering ble hun overflyttet til kommunal rehabilitering. Ved kontroll på sykehuset en måned etter avsluttet 60 dagers kur med benznidazol kom pasienten gående med rullator, klar og orientert. Hun spiste normalt, og PEG-sonden ble seponert. Celletallet i spinalvæsken var normalisert, og Trypanosoma cruzi-PCR i blod og spinalvæske var negativ. Kontroller for encefalitt ble avsluttet, og pasienten fortsatte oppfølging hos kardiolog som tidligere.

Diskusjon

Chagas' sykdom er endemisk i Latin-Amerika, hvor den er en vanlig årsak til hjertedød på grunn av ventrikulære arytmier, hjertesvikt og/eller tromboemboliske hendelser (3, 5). Sykdommen forårsakes av protozoen *Trypanosoma cruzi*, som oftest overføres vektorbåret via blodsugende chagasteger (6). Sykdommen kan også smitte fra mor til barn, via kontaminert mat, via blod og ved organtransplantasjon.

Infeksjonen er oftest asymptomatisk initialt, men noen få utvikler akutt myokarditt eller meningoencefalitt noen uker etter smitte. Pasientene forblir kronisk infisert, og 30–40 % utvikler klinisk sykdom etter 10–30 år, oftest i form av kardiomyopati. Hjertetransplantasjon er livred-dende behandling ved alvorlig Chagas-kardiomyopati, men det er stor risiko for disseminering av parasitter til transplantatet og reaktivering av sykdommen når pasien-ten immunsupprimeres (7).

Vår pasient var fulgt opp som anbefalt etter hjertetransplantasjon med PCR-monitorering av *Trypanosoma cruzi*. Ett år etter transplantasjonen hadde hun reaktivering av Chagas-mykarditt, med arytmier og positive PCR-funn i myokardbiopsi og blod. Det ble implantert hjertestarter og gitt behandling i 90 dager med benznidazol.

Chagas-encefalitt er en sjelden, men alvorlig tilstand. Dødeligheten hos immunsvekkede er rapportert å være 85 % (1, 8). Vår pasienthistorie viser imidlertid at selv ved koma og alvorlige nevrologiske funn kan behandling føre

til et liv med normal kognitiv funksjon og uten åpenbare
sensskader.

Kronisk Chagas' sykdom er en vanlig tilstand, med risiko for kardiomyopati og gastrointestinal sykdom. Sykdommen er endemisk i Latin-Amerika, men har spredt seg til andre kontinenter ved migrasjon. Prevalensen blant latinamerikanske innvandrere til Europa er estimert til 4 % (9). Flertallet av personer med asymptomatisk kronisk *Trypanosoma cruzi*-infeksjon er trolig udiagnostiserte, da helsepersonell i ikke-endemiske områder ofte har lite kjennskap til sykdommen.

Vår pasient hadde vært innlagt med arytmi og hjertesvikt i Norge, men diagnosen Chagas-kardiomyopati ble først stilt da hun senere ble innlagt med ventrikkeltakykardi under et opphold i Latin-Amerika. Hjertetransplantasjon er en ikke uvanlig behandling ved Chagas' sykdom. I Brasil er Chagas-kardiomyopati den tredje vanligste indikasjonen for hjertetransplantasjon (10). Risiko for reaktivering med myokarditt i transplantatet var hele 61 % i en rapport fra USA (7). Det er bakgrunnen for anbefalingen om oppfølging etter transplantasjon med PCR-undersøkelse fra blod og myokard og behandling ved reaktivering, slik vår pasient fikk med påfølgende sykdomskontroll i mange år før hun fikk ny reaktivering med encefalitt. Det anbefales regelmessig monitorering med tanke på reaktivering det første året etter transplantasjon, en måned etter eventuell steroidbehandling for reaksjon samt dersom det tilkommer feber eller tegn til myokarditt (11).

Ved kronisk asymptomatisk *Trypanosoma cruzi*-infeksjon er serologi med antistoffpåvisning den mest sensitive diagnostiske metoden. Ved akutt infeksjon eller reaktivering kan parasittene ofte påvises i blod eller spinalvæske ved mikroskopi eller PCR. Mikroskopi av spinalvæske ved mistanke om encefalitt er en relativt enkel metode som krever lite ressurser, og i dette tilfellet bidro det til rask avklaring (video). Rutinemikroskopi av grampreparat fra spinalvæske vil ikke påvise infeksjonen, da man må spesialsfarge med giemsa for å visualisere parasittene (figur 1). Bakteriedyrkning og standard PCR med sentralnervesystempanel vil være negativ.

Benznidazol og nifurtimox har vist effekt på *Trypanosoma cruzi* i randomiserte studier (2). Feksinidazol, som brukes mot afrikansk sovesyke forårsaket av *Trypanosoma brucei gambiense*, er nylig vist å ha effekt mot Chagas' sykdom i en randomisert studie, men er foreløpig ikke i bruk grunnet bivirkninger med nøytropeni (12). Benznidazol er best undersøkt og har effekt spesielt ved akutt og tidlig kronisk infeksjon. Studier av behandlingseffekt baserer seg på serokonversjon eller PCR-negativitet etter behandling. Den hittil største randomiserte kontrollerte studien av benznidazol hos pasienter med kronisk Chagas' sykdom og kardiomyopati viste at signifikant flere var PCR-negative etter behandling, men gjennom fem års oppfølging var det ingen effekt på risikoen for forverring av kardiomyopati (13).

Behandling av asymptomatiske seropositive pasienter er ikke undersøkt i større randomiserte studier, men ikke-randomiserte studier har vist redusert risiko for kardiomypati og redusert mortalitet (14, 15). Behandling av asymptomatiske pasienter er derfor vanlig praksis i de fleste land (16). Behandling anbefales så tidlig i forløpet som mulig, mens hos eldre pasienter med kronisk Chagas-sykdom og organpåvirkning veies risikoen for bivirkninger opp mot nytten (5). Det finnes ingen behandlingsstudier av encefalitt hos immunsupprimerte, men både benznidazol og nifurtimox har god penetrasjon til sentralnervesystemet, og vi valgte å gi kombinasjonsbehandling til vår pasient da hun var i kritisk forverring etter oppstart med benznidazol.

Chagas' sykdom er vanligvis en kronisk tilstand der medikamentell behandling ikke haster. Ved akutt infeksjon eller reaktivering er rask behandling viktig. Kontaktinformasjon for rekvirering av benznidazol og nifurtimox og rådgiving om Chagas' sykdom er tilgjengelig på Verdens helseorganisasjons nettside (17).

Vektorbåren smitte forekommer ikke i Europa, men sykdommen kan overføres fra mor til barn, via blod eller ved organtransplantasjon. I Norge er det innført kontrolltiltak som skal hindre smitteoverføring ved blodtransfusjon (18). Vertikal overføring fra seropositiv mor forekommer ved rundt 5 % av fødsler og hos opptil 30 % hvis mor er PCR-positiv (3). Mer enn 90 % av barn født med smitte blir kurert dersom de behandles i første leveår (2). Benznidazol og nifurtimox er kontraindisert under graviditet, men behandling av fertile kvinner kan hindre smitte i senere svangerskap (19).

Trypanosoma cruzi-antistofftest gjøres ved Nasjonal referansefunksjon for serologisk parasittdiagnostikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Alle pasienter av latinamerikansk opprinnelse med arytmi, kardiomyopati eller forstørrede viscera bør testes for Chagas' sykdom. Screening og behandling av Chagas' sykdom hos asymptomatiske latinamerikanske immigranter i Europa er kostnadseffektivt (16). Antistofftest hos risikogrupper og behandling av seropositive bør anbefales også i Norge for å hindre smitteoverføring i svangerskap og forebygge organkomplikasjoner ved Chagas' sykdom. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 23.6.2023, første revisjon innsendt 5.10.2023, godkjent 23.2.2024.

Eli Leirdal Hoem

eli.leirdal.hoem@helse-bergen.no

Eli Leirdal Hoem er spesialist i infeksjonssykdommer og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Torleiv Kvalvik

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

Ruben Dyrhovden

Ruben Dyrhovden er ph.d., spesialist i medisinsk

mikrobiologi og overlege.

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

Iren Eide Helland

Iren Eide Helland er lege i spesialisering i nyresykdommer.

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

Bjørn Blomberg

Bjørn Blomberg er ph.d., spesialist i infeksjonssykdommer, overlege og professor.

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

Kristine Mørch

Kristine Mørch er ph.d., spesialist i infeksjonssykdommer, overlege, leder av Nasjonalt senter for tropiske

infeksjonssykdommer og førsteamanuensis.

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

Noe å lære av

Litteratur

- 1 Pittella JE. Central nervous system involvement in Chagas disease: a hundred-year-old history. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2009; 103: 973–8.
- 2 Santana Nogueira S, Cardoso Santos E, Oliveira Silva R et al. Monotherapy and combination chemotherapy for Chagas disease treatment: a systematic review of clinical efficacy and safety based on randomized controlled trials. *Parasitology* 2022; 149: 1679–94.
- 3 Pérez-Molina JA, Molina I. Chagas disease. *Lancet* 2018; 391: 82–94.
- 4 Bacal F, Silva CP, Bocchi EA et al. Mycophenolate mofetil increased chagas disease reactivation in heart transplanted patients: comparison between two different protocols. *Am J Transplant* 2005; 5: 2017–21.
- 5 Nunes MCP, Beaton A, Acquatella H et al. Chagas Cardiomyopathy: An Update of Current Clinical Knowledge and Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2018; 138: e169–209.
- 6 Hasle G. Chagasteger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010; 130: 409.
- 7 Gray EB, La Hoz RM, Green JS et al. Reactivation of Chagas disease among heart transplant recipients in the United States, 2012–2016. *Transpl Infect Dis* 2018; 20: e12996.
- 8 Ferreira MS, Nishioka SA, Silvestre MT et al. Reactivation of Chagas' disease in patients with AIDS: report of three new cases and review of the literature. *Clin Infect Dis* 1997; 25: 1397–400.
- 9 Requena-Méndez A, Aldasoro E, de Lazzari E et al. Prevalence of Chagas disease in Latin-American migrants living in Europe: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis* 2015; 9: e0003540.
- 10 Andrade JP, Marin Neto JA, Paola AA et al. I Latin American Guidelines for the diagnosis and treatment of Chagas' heart disease: executive summary. *Arq Bras Cardiol* 2011; 96: 434–42.
- 11 Campos SV, Strabelli TM, Amato Neto V et al. Risk factors for Chagas' disease reactivation after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 2008; 27: 597–602.
- 12 Torrico F, Gascón J, Ortiz L et al. A Phase 2, Randomized, Multicenter, Placebo-Controlled, Proof-of-Concept Trial of Oral Fexinidazole in Adults With Chronic Indeterminate Chagas Disease. *Clin Infect Dis* 2023; 76: e1186–94.
- 13 Morillo CA, Marin-Neto JA, Avezum A et al. Randomized Trial of Benznidazole for Chronic Chagas' Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2015; 373: 1295–306.
- 14 Viotti R, Vigliano C, Lococo B et al. Long-term cardiac outcomes of treating chronic Chagas disease with benznidazole versus no treatment: a nonrandomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 144: 724–34.
- 15 Viotti R, Vigliano C, Alvarez MG et al. Impact of aetiological treatment on conventional and multiplex serology in chronic Chagas disease. *PLoS Negl Trop Dis* 2011; 5: e1314.
- 16 Requena-Méndez A, Bussion S, Aldasoro E et al. Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants at primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e439–47.
- 17 World Health Organization. Chagas disease (American trypanosomiasis). *Lest* 23.6.2023.
- 18 Helsedirektoratet. Veileder for transfusjonstjenesten i Norge utgave 7.3 2017. *Lest* 23.6.2023.
- 19 Álvarez MG, Vigliano C, Lococo B et al. Prevention of congenital Chagas disease by Benznidazole treatment in reproductive-age women. An observational study. *Acta Trop* 2017; 174: 149–52.

Maren Wennberg Husby ^{1, 2}
maren.w.h@hotmail.com
Lars Petter Bache-Wiig Bjørnsen ^{1, 3}
Arve Jørgensen ^{3, 4}

Tone Merete Lassen ¹
Dag Jacobsen ^{5, 6, 7}
Lars Erik Laugsand ^{1, 3}

- 1 Klinikk for akutt- og mottaksmedisin, St. Olavs hospital
- 2 Det medisinske fakultet i Warszawa
- 3 Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU
- 4 Klinikk for bildediagnostikk, St. Olavs hospital
- 5 Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 6 Giftinformasjonen, Folkehelseinstituttet
- 7 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Feildosering av metotreksat

En eldre kvinne ble henvist til akuttmottaket på grunn av økende tungpustethet de siste tre ukene. Feiladministrering av metotreksat var årsaken til plagene.

En kvinne i 70-årene med kjent kols, hypertensjon og polymyalgia revmatika ble henvist til akuttmottaket på grunn av økende funksjonsdyspné og respirasjonsavhengige brystsmarter de siste tre ukene. Hun var afebril med blodtrykk 122/78 mmHg, regelmessig puls 78 slag per minutt og respirasjonsfrekvens 20 pust per minutt. Brystsmertene ble ikke forverret av anstrengelse. Hun hadde ikke taledyspné, cyanose, hoste eller ekspektorat og brukte ikke respiratorisk hjelpemuskulatur, men ble tungpustet ved avkleddning.

Det var krepitasjoner over lungene basalt bilateralt og palpasjonsømheth i interkostalmuskulaturen. Underekstremitetene var slanke og velsirkulerte. Oksygenmetning i romluft var 94 %, arteriell blodgass viste hypoksemi med P_aO_2 8,7 kPa (referanseområde 11–14) og normal P_aCO_2 . Hemoglobin var 13,3 g/dL (11,7–15,3), leukocytter $7,3 \times 10^9/L$ ($4,1\text{--}9,8 \times 10^9/L$), trombocytter $246 \times 10^9/L$ ($164\text{--}370 \times 10^9/L$) og CRP 51 mg/L (< 5). EKG-funn var normale. Troponin-T var 15 ng/L (< 14) og proBNP 53 ng/L (< 738). Nasofarynksprøver var negative for SARS-CoV-2, influensa og RS-virus. Røntgen toraks og orienterende ultralydundersøkelse av hjertet var upåfallende. D-dimer var 0,82 mg/L FEU (< 0,50), men CT-angiografi viste ingen lungeembolisme.

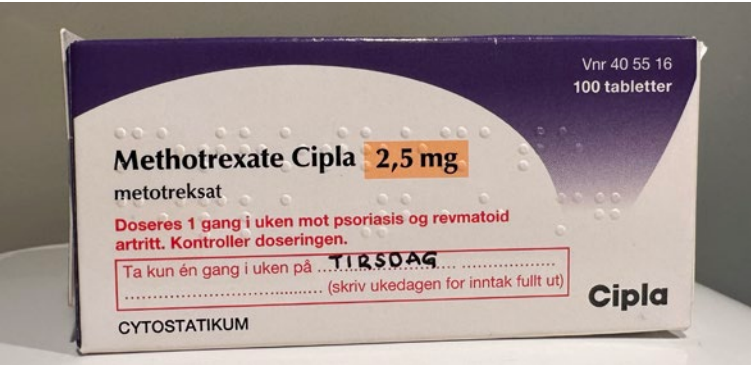
Ved legemiddelgjennomgang av lege og farmasøyt kom det frem at pasienten fem måneder tidligere ble forskrevet fire metotreksattabletter 2,5 mg én dag i uken for polymyalgia revmatika. Ukedosen skulle over tre måneder økes til seks tabletter – fortsatt én og samme dag i uken. Pasienten var selvhjulpent og administrerte medikamentet korrekt inntil hun tre uker før innleggelsen begynte å ta én tablett 2,5 mg metotreksat daglig, til tross for at både resepten og medikamentpakningen tydelig beskrev at legemidlet kun skulle tas én dag per uke (figur 1).

Serumkonsentrasjonen av metotreksat ved innleggelsen var 0,04 µmol/L. Etter anbefaling fra Giftinformasjo-

nen fikk hun antidotbehandling med 50 mg intravenøs folinsyre fire ganger daglig i fire dager. Det var ingen tegn til benmargssuppresjon, og ved senere kontroller var serumkonsentrasjonen < 0,04 µmol/L, slik at videre antidotbehandling var unødvendig. CT toraks viste moderat grad av sentrilobulært emfysem og kroniske bronkittforandringer, som var kjent fra tidligere og som er typisk hos kolspasienter.

Ingen funn relatert til metotreksatforgiftning, som konsolideringer, mattglassforandringer, retikulære fortetninger og sentrilobulære noduli ble påvist (1). Pasienten ble gradvis bedre i pusten og ble utskrevet dag 5 med 45 mg folinsyretabletter tre ganger daglig i tre dager. I epikrisen ble fastlegen rådet til å kontrollere hemoglobin, nøytrofile granulocytter og trombocytter tre dager etter utskriving for å kartlegge mulig benmargssuppresjon og vurdere bi-stand til legemiddelhåndtering.

Figur 1 Medikamentpakningen til metotreksat. Merk markert rød skrift for å understreke at legemiddelet kun skal tas én gang i uken. Foto: Maren Wennberg Husby



Diskusjon

Metotreksat i lave doser (7,5–30 mg/uke) brukes mot autoimmune sykdommer som revmatoid artritt og psoriasis (2). I 2014 brukte rundt 25 000 norske pasienter dette legemidlet (3). Metotreksat er en antimetabolitt som hemmer dihydrofolatreduktase, og derved omdanningen av folsyre til tetrahydrofolat, som er nødvendig for DNA-syntese og celleproliferasjon (4). Dette medfører celledød, spesielt i vev med rask celledeling, som benmarg, hud og slimhinner (5). Toksisitet av metotreksat avhenger av dose, lengden på eksponering og risikofaktorer (6). Et smalt terapeutisk vindu gjør at et toksisk nivå raskt nås ved gjentatte doser. For å minimere toksisiteten skal metotreksat kun tas én gang i uken, og i resterende ukedager tas folsyre. Ved engangsinnntak mettes absorpsjonen, noe som gir redusert biotilgjengelighet og toksisitet av antimetabolitten (5). Feildosering kan resultere i alvorlige konsekvenser, inkludert dødsfall. Et daglig inntak av kun 2,5 mg daglig i tre dager eller mer anses som potensielt alvorlig. Derfor valgte vi å starte antidotbehandling raskest mulig. Alvorlige bivirkninger som benmargssuppresjon og sepsis manifesterer seg vanligvis innen 2–3 uker.

Redusert nyrefunksjon er den viktigste faktoren som disponerer for bivirkninger. Andre faktorer inkluderer alder over 75 år, pågående infeksjon, leversvikt, underernæring og hypoalbuminemi (5). Metotreksatindusert pneumonitt kan oppstå uavhengig av dosering. Symptomene kan spenne fra lett dyspné til fatal respirasjonssvikt (4). Ved nyttilkomne respiratoriske symptomer under metotreksatbehandling bør det være lav terskel for å utrede pneumonitt.

I 2015 skrev Norsk helseinformatikk at metotreksat kunne knyttes til 20 dødsfall den siste tiårsperioden (3). Legemiddelverket krevde derfor bedret merking av medikamentemballasjen. Det fremgår på emballasjen at legemidlet kun skal tas som én fast ukentlig dose. Norsk revmatologisk forening har utarbeidet pasientskriv der det blant annet står: «Metotreksat doseres kun én dag per uke. Daglig bruk vil medføre betydelig risiko for alvorlige bivirkninger» (7). Pasienten hadde fått skriftlig og muntlig gjennomgang av bruken av metotreksat. Det var ingen nylig endring i dose, pakning eller møte med helsepersonell som kunne forklare at pasienten endret dosering.

Under innleggelsen og etter utskriving ble det observert at pasienten hadde utfordringer med legemiddelhåndtering og det å gjenkalle hendelser. Vi har konkludert med at feildoseringen i dette tilfellet kunne skyldes kognitiv svikt. Ved beskrivning av metotreksat må forskrivende lege både informere om konsekvenser ved daglig administrasjon og sikre at forsvarlig legemiddelhåndtering ivaretas. Dette inkluderer kartlegging av kognitiv status. På St. Olavs hospital er farmasøyer fast i akuttmottaket for å utføre legemiddelsamstemming tidlig i pasientforløpet ved hjelp av den standardiserte metoden *Integrated Medicines Management* (IMM) (8).

Metotreksat er et cytotoxisk legemiddel som skal tas én gang per uke. Feiladministrering kan resultere i alvorlige konsekvenser, inkludert dødsfall. Forskrivende lege må sikre at forsvarlig legemiddelhåndtering ivaretas av pasienten selv eller den som administrerer medisinen. Dette innebærer grundig informasjon om at medikamentet skal tas én gang per uke og kartlegging av kognitiv status. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

*Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 1.10.2023, første revisjon innsendt 2.1.2024, godkjent 9.2.2024.*

Maren Wennberg Husby

maren.w.h@hotmail.com
Maren Wennberg Husby studerer medisin på 6. året i Warszawa, Polen, og er medisinstudent med lisens ved St. Olavs hospital. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lars Petter Bache-Wiig Bjørnsen

Lars Petter Bache-Wiig Bjørnsen er ph.d, spesialist i akutt- og mottaksmedisin, overlege og førsteamanuensis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arve Jørgensen

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

Tone Merete Lassen

Tone Merete Lassen er farmasøyt. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Dag Jacobsen

Dag Jacobsen er toksikolog (NAVF), spesialist i klinisk farmakologi, i indremedisin og i hjertesykdommer. Han er overlege, klinisk bakvakt (Giftinformasjonen) og professor emeritus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lars Erik Laugsand

Lars Erik Laugsand er ph.d, spesialist i akutt- og mottaksmedisin, overlege og førsteamanuensis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Sridhar S, Kanne JP, Henry TS et al. Medication-induced Pulmonary Injury: A Scenario- and Pattern-based Approach to a Perplexing Problem. Radiographics 2022; 42: 38–55.
- 2 Schiocchi A, Scaravaggi G, Petrolini VM et al. Poisoning related to therapeutic error in prolonged low-dose methotrexate treatment. Br J Clin Pharmacol 2021; 87: 2385–91.
- 3 Norsk Helseinformatikk. Advarsel mot daglig bruk av metotrek-sattabletter – bedre merking av emballasje. Lest 28.8.2023.
- 4 Felleskatalogen. Methotrexate. Lest 28.8.2023.
- 5 Giftinformasjonen. Metotreksat - behandlingsanbefaling ved akutt forgiftning. Lest 28.8.2023.
- 6 Giftinformasjonen. Metotreksat - behandlingsanbefaling for feildoseringer ved lavdosebehandling. Lest 28.8.2023.
- 7 Norsk revmatologisk forening. Metotreksat. Lest 21.12.2023.
- 8 Major ALS. IMM-modellen til Norge. Nor Farm Tidsskr 2012; 120: 12–4.

Følelsen
av
kontroll.

Årsaken til at en person utvikler fedme skyldes en rekke biologiske og adferdsmessige faktorer, der følelsesstyrt spising (emotional hunger) er en vanlig årsak.*¹

Mysimba® er en tablettbehandling mot fedme som gjennom sine to aktive substanser, naltrekson og bupropion, påvirker sultsenteret og belønningssystemet i hjernen.²

I tillegg til å minske sultfølelsen, kan Mysimba forbedre pasientens kontroll over matinntak. Sammen med kalorireduisert kost og økt fysisk aktivitet kan det føre til en signifikant og vedvarende vektreduksjon.**²⁻⁵



Hjelp pasienten din til
å ta tilbake kontrollen.

Lær deg mer om de bakenforliggende faktorene til en fremgangsrisk vektreduksjonsbehandling. Skann QR-koden og ta del av resultatene fra Acosta-studien her.

onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.23120

*Følelsesstyrt spising kjennetegnes av et ønske om å spise for å håndtere positive og negative følelser.

**Den neurokjemiske appetittdepemde effekten av naltrekson/bupropion er ikke helt klarlagt.

Referanser: 1. Acosta A, et al. Selection of Antiobesity Medications Based on Phenotypes Enhances Weight Loss: A Pragmatic Trial in an Obesity Clinic. Obesity 2021; 29 (4): 662–671. 2. Mysimba Produktresymé (SPC) juni 2022. 3. Greenway FL. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. International Journal of Obesity 2015; 39:1188–96. 4. Müller MJ, et al. Changes in energy expenditure with weight gain and weight loss in humans. Current Obesity Reports 2016; 5:413–23. 5. Sumithran P, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. New England Journal of Medicine 2011; 365:1597–1604.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking.

Mysimba (naltrekson/bupropion) 8 mg/90 mg depottabletter. Sentraltvirkende middel mot fedme.

Indikasjoner: Som tillegg til kalorifattig kosthold og økt fysisk aktivitet for vektreduksjon hos voksne (≥18 år) med innledende kroppsmasseindeks (BMI/KMI) på ≥30 kg/m² (fedme) eller ≥27–30 kg/m² (overvekt) samt én eller flere vektrelaterte risikofaktorer (f.eks. diabetes type 2, dyslipidemi eller kontrollert hypertensjon). Behandlingen bør seponeres etter 16 uker hvis pasienten ikke har mistet minst 5 % av innledende kroppsvikt. **Dosering:** Ved innledning av behandling bør dosen økes i en 4 ukers periode som følger: Uke 1: 1 tablett morgen, Uke 2: 1 tablett morgen + 1 tablett kveld, Uke 3: 2 tabletter morgen + 1 tablett kveld, Uke 4 og videre: 2 tabletter morgen + 2 tabletter kveld. Maks. anbefalt daglig dose er 2 tabletter 2 ganger daglig. Behovet for fortsatt behandling bør vurderes etter 16 uker og revurderes årlig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Pasienter som får/tidligere har hatt krampeanfoll. Kjent tumor i CNS. Akutt avvenning fra alkohol eller benzodiazepiner. Tidligere bipolar lidelse. Samtidig behandling med bupropion eller naltrekson. Eksisterende eller tidligere diagnostisert bulimi eller anoreksi. Kronisk avhengighet av opioider (se Forsiktighetsregler og Interaksjoner) eller opiatagonister (f.eks. metadon) eller ved avvenning fra opiat. Samtidig behandling med MAO-hemmere (det skal gå minst 14 dager fra seponering av MAO-hemmer til initiering av behandling med Mysimba). Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Terminal nyresvikt. **Forsiktighetsregler:** Sikkerhet og tolerabilitet bør vurderes med jevne mellomrom, og behandlingen bør avbrytes ved bekymring vedrørende sikkerhet eller tolerabilitet, inkl. bekymring for økt blodtrykk. **Bivirkninger:** Svært vanlige: Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, oppkast. Neurologiske: Hodepine. Vanlige: Gastrointestinale: Abdominalsmerte, munntørhet, øvre abdominalsmerte. Generelle: Fatigue, føle seg skjelven, irriterbarhet. Hjerte: Palpasjoner, økt hjerterytme. Hud: Alopesi, hyperhidrose, kløe, utslett. Kar: Hetebløt, hypertensjon, økt blodtrykk. Neurologiske: Dysgeusi, letargi, somnolens, svimmelhet, tremor. Psykiske: Angst, insomni. Øre: Tinnitus, vertigo. **Pakninger og priser:** 112 stk. NOK 1061 Reseptstatus C. **Refusjon:** Retningslinjer for individuell refusjon ICD-10: E66 / ICD-10: T82 Fedme • ≥ 35 og < 40 med en vektrelatert tilleggssykdom eller en tilleggslidelse/-sykdom som øker risikoen for alvorlig fedme relatert sykdom. • ≥ 40 Informasjon om relaterte diagnoser for tilleggssykdom finner du på www.helsedirektoratet.no Vedlegg 1 til § 5–14 legemiddellisten (under Mysimba). Søknaden sendes elektronisk via e-reseptløsningen eller via Helsedirektoratets portal. **For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.felleskatalogen.no.** Dato for siste godkjente SPC: juni 2022.

Navamedic AS, Henrik Ibsens gate 100, Oslo, +47 67 11 25 40, www.navamedic.com, info@navamedic.com

www.mycontrolpro.no

NO-MYSI-2301-014

Kuler i huden

Bildet viser venstre underarm hos en mannlig pasient som i voksen alder har utviklet et høyt antall kuler på kroppen. Kulene er lipomer av varierende størrelse, opptil ca. 5 cm. Det første lipomet dukket opp i sen pubertet, og i de påfølgende 20 år har det tilkommet nær 100 lipomer på armene, i lyskene, på brystkassen og over nedre del av ryggen. Lipomene er ikke ømme eller symptomatiske i seg selv, men er plagsomme på steder hvor de for eksempel gnikker mot tøy eller gjør det ubehagelig å sitte, samt hvis de er til estetisk sjenanse. Pasienten har ingen familiemedlemmer med tilstanden.

Den aktuelle tilstanden er Roch-Leri mesosomatøs lipomatose. Tilstanden er sjelden og uten kjent prevalens. Den er knapt karakterisert og kun anekdotisk dokumentert i forskningslitteraturen. Tilstanden er en klinisk eksklusjonsdiagnose, og differensialdiagnostisk overveining er hovedsakelig å skjelne den fra Dercums sykdom (også kalt *lipomatosis dolorosa*), som er tilsvarende sjelden og dårlig karakterisert, men der lipomene er ømme og kronisk smertefulle (1).

Det er gjort forsøk på å karakterisere tilstanden bedre, uten at dette har gitt noe av reell verdi for diagnostikk og

behandling (1). Det finnes ingen etablert patofysiologisk forklaring på Roch-Leri mesosomatøs lipomatose, ei heller noen målrettet behandling, men plagsomme lipomer kan som regel enkelt fjernes i lokalbedøvelse. Denne pasienten har allerede fjernet mer enn ti lipomer for varierende plager. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert. Mottatt 26.1.2024, første revisjon innsendt 4.3.2024, godkjent 15.3.2024.

Inge Rasmus Groote er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Han har ikke deltatt i den redaksjonelle behandlingen av artikkelen.

Inge Rasmus Groote

inge.rasmus.groote@tidsskriftet.no
Inge Rasmus Groote er fastlege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Lemaitre M, Aubert S, Chevalier B et al. Rare Forms of Lipomatosis: Dercum's Disease and Roch-Leri Mesosomatous Lipomatosis. J Clin Med 2021; 10: 1292.



Slik kan man studere bruken av medisinske termer

Nasjonalbibliotekets digitaliserte samling av tekster er tilgjengelig for alle som vil studere medisinsk terminologi.

Data om medisinsk språkbruk gjør det mulig å si noe om hvordan ord brukes, hvordan alternativer forholder seg til hverandre og eventuelle endringer i bruk (1). Digitalt tilgjengelige tekster fra Nasjonalbibliotekets digitale bibliotek kan brukes som kilder til slike studier. Ved Nasjonalbiblioteket er hele den tekstbaserte norske kulturarven digitalisert og gjort tilgjengelig både for lesing og for dataanalyse (2). Over 600 000 bøker,

over fire millioner aviser og ca. 100 000 tidsskrifter er tilgjengelig digitalt. For bøker er samlingen nesten komplett, og alle aviser og tidsskrifter er under kontinuerlig digitalisering. Tilgjengelige data om tekstene omfatter blant annet frekvenser og statistikk basert på kobling mellom metadata og ord. Den digitale infrastrukturen består også av algoritmer som kan analysere tekster og gjøre søk i dem og på annet vis trekke ut informasjon. I tillegg til nettbiblioteket har Nasjonalbiblioteket et laboratorium som tilbyr programatiske innganger til data via enkelte programmeringsspråk og apper som kan tilpasses forskningsprosjekter (2).

Korpus Med *korpus* forstår vi en samling tekster som har et sett egenskaper som gjør at vi kan trekke slutninger om bruksmønstre, betydning og grammatikk, basert på hvordan ordene opptrer i det (2). I leksikografisk og terminologisk arbeid er vi særlig ute etter ords egenskaper, ord som eksisterer i flere fagfelt og ord som har forskjellige egenskaper. Men ofte er enkelte termer typiske for et bestemt fagfelt, og da er ikke alltid korpusets definisjon relevant. Men medisinen benytter termer som også har en allmenn bruk, for eksempel *øye* og *hode*, og i slike tilfeller er det viktig å ha et korpus som definerer bruken av ordene i en medisinsk kontekst. Alle bøker og tidsskrifter er utstyrt med to typer metadata. Det ene er kataloginformasjon, slik som publikasjonsår, tittel etc. Det andre er klassifikasjon av innholdet, som gjøres med emneord og et desimalsystem, som for medisin er desimaltall 610*. Vi kan derfor bygge et korpus med utgangspunkt i dette desimalsystemet.

En tradisjonell korpuslingvistisk metode er å først definere korpuset med metadata og så studere fordelingen av ord inne i korpuset. Ved å danne et korpus med utgangspunkt i medisinsk litteratur vil vi kunne påberope oss en viss autoritet i påstander om bruken av visse ord, både fra bøker og/eller medisinske tidsskrifter. Den grunnleggende infrastrukturen består av databaser som ligger på en server som er forskjellig fra den maskinen man arbeider fra. Det er bygget et programbibliotek som gjør det mulig å lage brukervennlige grensesnitt for leksikografer.

Konkordans og kollokasjon En slik undersøkelse gjøres gjerne i to deler. Først ser man på *konkordans*, dvs. bruksfrekvens for et ord, deretter *kollokasjon*, som kan defineres som en forbindelse av to eller flere ord som vanligvis opptrer sammen (3), for eksempel *gjøre fremskritt* og *felle en dom*. Dette kan også kalles aggregerte konkordanser. Man kan også bruke begrepet i en litt videre betydning enn dette, slik at

kollokatene for et ord ikke trenger å stå ved siden av ordet, men at det holder at de befinner seg innenfor en kontekst og er assosiert. Med kollokasjoner kan man se på større eller mindre kontekstvindu og også begrense dem til bare noen få ord til høyre eller venstre for å undersøke sammenhengen mellom ord og hva de typisk opptrer med. Kollokatene, altså de ordene som antas å være knyttet til et *målord*, og eventuelle endringer i dem, kan fortelle oss noe om forskjellige betydninger. Kollokatene kan gis en relevansverdi basert på frekvensforskjellen mellom forekomster i konkordansene (kontekst) og korpuset. Om ordet har en frekvens på 2 % av alle ordene i kontekst for målordet, samtidig som det opptrer i 0,5 % i korpuset ellers, kan vi si at det opptrer fire ganger så ofte med målordet enn utenfor. Frekvensforskjellen gir et mål på assosiasjonen mellom kollokatet og målordet: Jo høyere, jo sterkere assosiert. Ressursene som tilbys ved Nasjonalbiblioteket, kan benyttes i medisinskterminologisk arbeid. Informasjonsflyten kan gå fra ord til tekst og så til klassifikasjonsdata, og omvendt fra klassifikasjon til tekster og så til ord og termer. Selv om ikke alt som er publisert innen medisin er gjort tilgjengelig, er det likevel store mengder informasjon som kan hentes ut. ■

Denne artikkelen er en forkortet utgave av et kapittel (4) i boken Pasientjournalen – språk, dokumentasjon og helsekompetanse (5).

Lars G. Bagøien Johnsen
lars.johnsen@nb.no
Lars G. Bagøien Johnsen har doktorgrad i lingvistikk og er forskningsbibliotekar ved Nasjonalbiblioteket i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Birkenes MB, Johnsen LG, Lindstad AM et al. From digital library to n-grams: NB N-gram. <https://ep.liu.se/ecp/109/039/ecp15109039.pdf> Lest 20.11.2023.
- 2 Nasjonalbiblioteket. DH-LAB. <https://www.nb.no/dh-lab/> Lest 20.11.2023.
- 3 Sinclair J. red. Corpus, concordance, collocation. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- 4 Johnsen LGB. Å bruke språkteknologi til å undersøke medisinske ord. Michael 2023; 20: 133–42.
- 5 Nylenna M, Hem E, Husom N. red. Pasientjournalen – språk, dokumentasjon og helsekompetanse. Michael 2023; 20: 7–207.

Lytt til Tidsskriftets podkast



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

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

Tidsskriftet 

Tilfeldige bokomslag fra Nasjonalbiblioteket sin samling. Skjermdumper fra nb.no. Sammensatt av Tidsskriftet.



Nye retningslinjer for syndromet relativ energimangel i idrett (REDs)

Lav energitilgjengelighet gir dårligere prestasjoner og flere skader.

mange idretter har utøvere et betydelig energibehov for å opprettholde effekten av nødvendig treningsmengde og ønskede konkurranseprestasjoner. Innen idrettsmedisin anvendes uttrykket *lav energitilgjengelighet* (*Low Energy Availability, LEA*) for å beskrive en tilstand der energiinntaket er for lavt til å dekke basale energibehov dersom trening tar for mye av energitilførselen. Når eksponeringen for dette er langvarig eller av betydelig størrelse, kalles det *problematisk lav energitilgjengelighet* (1). Dette vil over tid bidra til ulike negative fysiologiske og psykologiske helse- og prestasjonsrelaterte effekter, en tilstand som omtales som *relativ energimangel i idrett* (*Relative Energy Deficiency in Sport, REDs*) (2). Ifølge Den internasjonale olympiske komité (IOC) sin konsensusrapport fra 2023 er relativ energimangel et klinisk diagnostisert, multifaktorielt syndrom karakterisert ved en samling av negative helse- og prestasjonsutfall som følge av eksponering for problematisk lav energitilgjengelighet.

Risikoidretter

Spesielt utøvere som deltar i vektsensitive idretter, ansees å ha økt risiko for å utvikle relativ energimangel. Dette er idretter der lav kroppsvekt kan gi en prestasjonsfordel (for eksempel i idretter der styrkevekt-forholdet er viktig for prestasjon, som skihopping og bryting), idretter som krever et høyt energiforbruk (for eksempel utholdenhetsidretter, som langdistanseløp, langrenn og sykling) eller idretter hvor utøveren blir bedømt på estetisk utførelse (for eksempel turn, dans eller rytmisk gymnastikk). Forekomsten av symptomer hos kvinnelige utøvere varierer mellom 23 og 80 % og hos mannlige utøvere mellom 15 og 70 %, avhengig av hvilken særiddrett som er undersøkt, og hvilken metode som er anvendt (1). Unge utøvere som trenger ekstra energi for vekst og utvikling, krever spesiell oppmerksomhet (1, 3).

Forebyggende tiltak, diagnostisering og behandling

Det er utviklet egne retningslinjer om forebygging som fokuserer både på *primærforebyggende strategier* for å redusere utviklingen av energimangel, som økt kunnskap om syndromet og redusert fokus på måling av kroppssammensetning (3), *sekundærforebyggende strategier*, som tidlig identifisering av symptomer for å hindre mer alvorlige utfall, samt *tertiærforebyggende strategier* i form av behandling av energimangelen (4). Det er viktig at idrettsmedisinere utelukker differensialdiagnoser i forbindelse med den kliniske undersøkelsen av en utøver som viser tegn og symptomer på dette. For å hjelpe klinikere som ivaretar utøvere, er det utviklet et instrument (IOC REDs Clinical Assessment Tool, IOC REDs CAT2) som gir en praktisk klinisk tilnærming til å diagnostisere REDs (5). Hjørnesteinen i behandlingen av relativ energimangel er å reversere lav energitilgjengelighet ved å øke energiinntaket gjennom kostholdstiltak og potensielt redusere energiforbruket gjennom treningsmodifikasjoner. ■

Mottatt 2.4.2024,
godkjent 5.4.2024.



Foto: Pixabay / Tidsskriftet

Jorunn Sundgot-Borgen

jorunnsb@nih.no
Jorunn Sundgot-Borgen er professor ved Institutt for idrettsmedisin, Norges idrettshøgskole.

Monica Klungland Torstveit

Monica Klungland Torstveit er professor ved Fakultet for helse og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder.

Therese Fostervold Mathisen

Therese Fostervold Mathisen er førsteamanuensis ved Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold og leder for norsk selskap for spiseforstyrrelser.

Anne Marte Pensgaard

Anne Marte Pensgaard er professor ved Institutt for idrett og samfunnsvitenskap, Norges idrettshøgskole.

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

Litteratur

- Mountjoy M, Ackerman KE, Bailey DM et al. The 2023 International Olympic Committee's (IOC) consensus statement on Relative Energy Deficiency in Sports (REDs). Br J Sports Med 2023; 57: 1073–98.
- Pensgaard AM, Sundgot-Borgen J, Edwards C et al. Intersection of mental health issues and Relative Energy Deficiency in Sport (REDs): a narrative review by a subgroup of the IOC consensus on REDs. Br J Sports Med 2023; 57: 1127–35.
- Mathisen TF, Ackland T, Burke LM et al. Best practice recommendations for body composition considerations in sport to reduce health and performance risks: a critical review, original survey and expert opinion by a subgroup of the IOC consensus on Relative Energy Deficiency in Sport (REDs). Br J Sports Med 2023; 57: 1148–58.
- Torstveit MK, Ackerman KE, Constantini N et al. Primary, secondary and tertiary prevention of Relative Energy Deficiency in Sport (REDs): a narrative review by a subgroup of the IOC consensus on REDs. Br J Sports Med 2023; 57: 1119–26.
- Stellingwerff T, Mountjoy M, McCluskey WT et al. Review of the scientific rationale, development and validation of the International Olympic Committee Relative Energy Deficiency in Sport Clinical Assessment Tool: V.2 (IOC REDs CAT2)-by a subgroup of the IOC consensus on REDs. Br J Sports Med 2023; 57: 1109–18.

NYHET!

En oral CGRP-antagonist for forebyggende behandling av både episodisk og kronisk migrene¹

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

Svært gode priser og betingelser for medlemmer i Den norske legeforening

- Du får **30 prosent rabatt** på Storebrands ordinære pris på private skadeforsikringer
- Kjøper du forsikring på nett får du i tillegg **10 prosent nettrabatt**
- Har du tre eller flere forsikringer øker rabatten til **35 prosent samlrabatt**

Scan QR-koden for å lese mer



Bærekraft på legekontoret

Allmennlegene tar grep om bærekraft for vår felles solidariske helsetjeneste.

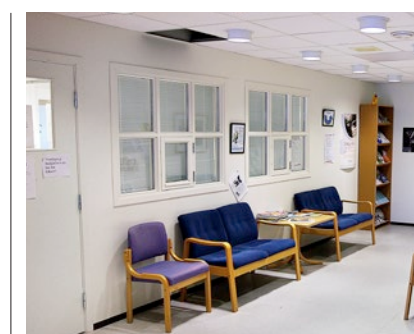
Norske allmennleger henviser i gjennomsnitt litt over tre pasienter per dag til spesialisthelsetjenesten (1). Bak hver henvisning ligger vurderinger som påvirker bærekraften i hele helsetjenesten. Bli med på følgende tankeeksperiment i henhold til føre-var-prinsippet (2): For en fastlege som møter 20 pasienter daglig, vil det ikke utgjøre noen stor forskjell å henvise fire i stedet for tre pasienter. For spesialisthelsetjenesten vil det derimot medføre 33 % økning i etterspørsel etter tjenester. Ifølge en OECD-rapport bidrar medisinsk overaktivitet til at man kunne frigjort minst 20 % av helseutgiftene (3). I Norge utgjør dette nærmere 100 milliarder kroner hvert år som kunne vært brukt til bedre formål.

Mange leger opplever press fra pasienter, pårørende og samfunnet om å utrede og behandle mer – uten hensyn til overdiagnostikk, overbehandling og bærekraft. Vissheten om at man som lege risikerer kritikk hvis man opptre edruelig, kan oppleves truende, og det kan være vanskelig å motstå å henvise selv om indikasjonen er tynn eller fraværende.

«Bærekraft på legekontoret» er et prosjekt i regi av Norsk forening for allmennmedisin som skal motvirke overaktivitet og ikke-bærekraftig bruk av vår felles offentlige helsetjeneste (4). Prosjektet er allmennlegenes videreføring av Gjør kloke valg-kampanjen. Med mål om å påvirke allmennleger spesielt og befolkningen generelt har man i prosjektet det siste året iverksatt flere tiltak.

Gjennom åtte podkastepisoder på Spotify og Youtube får lytteren innblikk i fastlegenes arbeidsforhold og dilemmaer (5). Podkasten tar også for seg mange av forventningene pasienter har til fastlegen. «Bærekraft på legekontoret» har utviklet lysbilder til bruk på venteroms-skjermer på fastlegekontorene (6). Materialet kan lastes ned fra Legeforeningens nettside, og målet er at lysbildene skal sette i gang noen relevante refleksjoner hos pasienter på venteværelset.

Gratis tilgjengelig er også et nettbasert kurs som gir fastleger og deres medarbeidere en kort innføring i overdiagnostikk



Illustrasjonsfoto: NTB

og overbehandling (7). Kurset, som er utviklet i samarbeid med Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus) og Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL), legger opp til diskusjon om hvordan legekontoret kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

«Klimatiltak for allmennleger» er en informasjonsplakat utviklet av legestudentene i samarbeid med Legenes klimaksjon og Norsk forening for allmennmedisin (8). Plakaten peker primært på hvordan utslipp av klimagasser kan reduseres på legekontorene.

Under Våruka i april 2024, der de allmennmedisinske foreningene samles, tilbys et klinisk emnekurs med tittelen «Bærekraft på legekontoret». Kurset retter spesiell oppmerksomhet mot laboratorieprøver i allmennpraksis.

Videre har prosjektet tatt initiativ til dialog med myndighetene om sammenhengen mellom medisinsk overaktivitet, faglig forsvarlighet og dokumentasjonskravet. ■

Mottatt 5.3.2024, første revisjon innsendt 25.3.2024, godkjent 4.4.2024.

Stefán Hjörleifsson

stefan.hjorleifsson@uib.no
Stefán Hjörleifsson er spesialist i allmennmedisin, fastlege og førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Han leder styringsgruppen for Legeforeningens Gjør kloke valg-kampanje og er prosjektleder for «Bærekraft på legekontoret». Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Linn Okkenhaug Getz

Linn Okkenhaug Getz er lege og professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU. Hun er leder av Allmennmedisinsk forskningsenhet ved NTNU og prosjektleder for «Bærekraft på legekontoret». Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marte Kvittum Tangen

Marte Kvittum Tangen er spesialist i allmennmedisin og leder for Norsk forening for allmennmedisin, styreleder i Allmennmedisinsk forskningsfond og i stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester samt styremedlem i Noklus, Høyskolen Innlandet og Porteføljestyret Helse i Forskningsrådet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Johnsen TM, Norberg BL, Krogh FH et al. The impact of clinical experience on working tasks and job-related stress: a survey among 1032 Norwegian GPs. BMC Prim Care 2022; 23: 216.
- 2 UNESCO. Education for sustainable development in action: learning & training tools no. 4/2012. Lest 18.3.2024.
- 3 OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. Lest 18.3.2024.
- 4 Norsk forening for allmennmedisin. Kvittum Tangen Bærekraft introduksjon. Lest 18.3.2024.
- 5 Norsk forening for allmennmedisin. Bærekraft på legekontoret. Lest 18.3.2024.
- 6 Norsk forening for allmennmedisin. Bærekraft på legekontoret. Skjema. Lest 18.3.2024.
- 7 Noklus. Nytt e-læringskurs om bærekraft på legekontoret. Lest 18.3.2024.
- 8 Norsk forening for allmennmedisin. Klimatiltak for allmennleger. Lest 18.3.2024.

Tekst: Tori Flaaten Halvorsen

Foto: Birgit Solhaug

Et dobbeltliv som heldigvis sprakk

Eirik Nordmo er utdannet lege, men er avskiltet for andre gang. Likevel har han aldri hatt det så godt som nå.

Under rus- og avhengighetsbehandling ved Trasoppklinikken, skrev Eirik Nordmo dagbok. De siste sidene i boka er et avskjedsbrev. Der oppsummerer han:

*Jeg har hatt tre elskerinner:
Spill, alkohol og morfin.
Min første forelskelse var spill.
Jeg var bare sju år.
Det var overgrep.
Og utnyttelse av et lite, redd barn.
Siden kom alkoholen, så morfin.
Jeg har vært en marionettedukke i deres hender.*

Avskjedsbrevet avsluttes med at han gjør det slutt med alle sine tre elskerinner. 50-åringen er blitt sikker i sin sak. Ikke lenger seriemonogami. Aldri mer tre- eller firkantforhold. Det var blitt januar 2022, og Eirik skulle skrives ut etter en tre måneder lang innleggelse. Denne vinterdagen visste han ikke at Lyrikkforlaget året etter ville gi ut den helt ufiltrerte teksten i en bok med navn *Innlagt. Fastlegens dagbok*. Nå er Eirik 52 år og skal neste uke avslutte sin samfunnsstraff. En straff legen fikk for å ta ut morfinpreparater til eget bruk fra sykehjemmet i Ørnes.

Eirik har ikke lenger noe å skjule. Å slippe skammen har gjort ham fri, konkluderer han når vi nå sitter i en minimalistisk utstyrt leid leilighet på østkanten i Oslo. Et lite spisebord er dekket med bøker og en PC. Veggene er hvitkalkede, uten bilder. På gulvet ligger en blå yogamatte som er klar til bruk. Med et åpent blikk serverer han kaffe. Han takker nei til sjokoladen jeg har med, for

også den kan sette i gang et uønsket sug etter å måtte ha mer. Ikke det at han har en spiseforstyrrelse, men det er greit å unngå mulige triggere. Hver dag jobber han fortsatt med å holde avhengighetene på avstand. Det er et hardt arbeid.

Avhengighet på alle kanter

- Hva har vært aller vanskeligst å slutte med?
 - Spillingen, uten tvil. Det tok mange år før jeg ble fysisk avhengig av alkohol. Morfinen derimot, gikk veldig fort. Det som ikke innebærer en fysisk avhengighet, har vært vanskeligere å snakke høyt om. Derfor tok jeg aldri opp spillingen under tidligere innleggelser. Ingen spurte om det heller.
 - Spurte du pasientene om spilling da du selv var fastlege?
 - Jeg snakket mye om rus og vanskelige livssituasjoner med pasientene. Men spilling – nei, nøler legen som etter at alt sprakk, fikk omsorgsfulle meldinger fra pasienter fra fastlegekontoret.
 - Hvorfor ville du bli lege?
 - Da jeg var ferdig med mellomfag i psykologi og grunnfag i pedagogikk, hadde jeg ikke ro nok til flere venteår for å komme inn på profesjonsstudiet. Derfor søkte jeg på medisin. Hovedmålet var å få en type jobb der man skulle snakke med folk.
 - Eirik kom inn på studier i Tromsø og i Krakow. Den polske byen hadde tre kasinoer og billig alkohol.
 - En venninne sa rett ut at hun ikke kunne ha vært sammen med en slik som meg. Da hadde det blitt altfor mye alkohol, sa hun. Mange skjønte mye, lenge før jeg innrømmet det selv. Også foreldrene mine forstod mye allerede da.



Eirik var ikke som broren

Da familien på fem dro på ferie til Finland, sparte broren lommepengene sine til småkjøp gjen-nom ferien. Eirik spilte bort alle pengene på en enarmet banditt på fergen til landet i øst. Forel-drene begynte å porsjonere ut feriepengene. Slik skulle han lære at man måtte planlegge. Det var umulig å skjønne at spillingen var en så stor ting – som en forelskelse å regne.

– Kan du huske hva du tenkte da du gikk av fergen?

– Tomhet, svarer Eirik med en gang. Jeg har aldri skjønt ordentlig hvor tomheten har kommet fra. Terapeutene og jeg har tenkt på konsekven-se ne av at jeg ikke klarte å uttale verken fornavnet eller etternavnet mitt før jeg var 15 år. R-en var helt umulig å si. Men vi har konkludert med at det ikke kan være så betydningsfullt. Jeg er ikke lenger ute etter å finne roten til alt det vonde.

Eirik er mer opptatt av å føle på gleden ved at han har funnet roen. Roen i eget og i andres selskap. Ikke minst det første er avgjørende i den-ne fasen. Slik var det ikke før.

En kontinuerlig uro

Tiden måtte alltid fylles med noe: med venner, med aktiviteter og med spill. Han var skoleflink, men boikottet seg selv for eksempel ved å utsette innleveringen av særoppgaven før jul. Den leverte han først rett før sankthans. Kanskje var det noe med spenningen om han ville få det godkjent som trigget noe i ham. Veddeløp og andre spill på

spillebua, i bygda med 1 200 innbyggere, utløste i alle fall spenning og fylte noe av det uendelige tomrommet. Tidvis lånte han penger av kompi-sene. Eirik og de andre i bygda begynte ikke å drikke spesielt tidlig. Når gjengen i Glomfjord snakket om det å skaffe seg biler og fine hus, var ikke Eirik på den frekvensen. Ikke da, ikke i perioden med dobbeltliv og heller ikke nå.

– Det å vinne flere hundre tusen kroner på en kveld har aldri gjort at jeg har villet kjøpe meg noe. Jeg blir faktisk glad og tilfreds med å ha så lite som jeg har nå. Jeg har ikke behov for å eie hus for eksempel, sier Eirik troverdig.

Også som lege i Glomfjord leide han husvære. Tanken var å reise til hjemplassen en kort periode etter turnusen, men så ble det mer enn nok å få hverdagene til å gå i hop. Hadde han eid et hus, ville det betydd muligheter for å kunne låne på huset. Da hadde pengene garantert gått til flere aksjer eller daytrading. Legen som var så godt likt, gikk hjem til et destruktivt liv bak sin egen inngangsdør. Der var det fullt kaos – i kroppen, i hodet og i leiligheten. Den siste tiden før han ble tatt for å ta ut morfin til eget bruk, lå det et rep i vinduskarmen klart til bruk. Å ha en plan B ble en trøst. For å unngå besøk av foreldrene stakk han innom dem rett fra jobb. Kvinner som han har hatt et forhold til, bodde som oftest langt unna. Inne i leiligheten kjøpte Eirik aksjer, drakk, og etter hvert satte han intravenøst morfin av ulike slag. De tre elskerinnene ga ham glede og et pus-terom fra alt som ikke kunne snakkes om der ute.

Eirik Nordmo

Født i 1971, oppvokst i Glomfjord
Grunnfag og mellomfag i psykologi, NTNU, 1994
Grunnfag i pedagogikk, NTNU, 1996
Cand.med., Universitetet i Krakow, 2003
Turnus, Lillehammer sykehus og Dombås, 2003–04
Fastlege i Glomfjord, 2005–21, med avbrekk grunnet manglende lisens i perioden 2010–12
Mistet lisensen for andre gang i 2021
Utgitt boken <i>Innlagt. Fastlegens dagbok</i> , 2023

Spillavhengig: Allerede som barn ble Eirik Nordmo svært trigget av spill. Her er et bilde av en ung Eirik ved travbanen der han veddet på hester. Foto: Privat



Løper: Eirik Nordmo løper mye. Da får kroppen slitt seg ut, og uroen blir litt borte. Løping hjalp også da han var tvangsinnlagt på Nordlandssykehuset i Bodø. – De ansatte var helt utrolige. De hadde med seg treningsutstyr slik at de kunne løpe på fjellet sammen med meg når jeg hadde utgang, sier han. Foto: Birgit Solhaug

Ikke det at han ikke taklet hverdagen på legekon-toret. Fastlegen, som var ansatt i kommunen i 16 år, likte jobben. Han følte seg aldri utbrent slik som andre kollegaer gjerne sliter med. Legesekre-tærene og legene ble til og med belønnet med «Sommerblomsten» av lokalavisa, en påskjøn-nelse de fikk «for sitt arbeid med å holde oppe humøret hos pasientene». Men å be om hjelp på egne vegne var helt utenkelig. Dobbeltlivet ble en løgn så stor at det en gang måtte sprekke. Med et lite håp om at det likevel ikke skulle skje, bereg-net han antall timer det skulle ta før alkoholen og morfinen var ute av kroppen. Legen ville ikke være rusa på jobb. Jobben gjorde dessuten at han slapp å kjøpe stoffet på gata. Eirik vet ikke engang hvordan illegal handel foregår. Alt ville ha blitt enda mye verre hvis han hadde måttet være en del av et rusmiljø. Det å ha «et friskt miljø» og en familie som har stått ham bi, er helt avgjørende også nå i etterkant.

Samvittighet overfor familien

– Jeg trodde jeg hadde kontroll. At jeg kunne slutte når jeg ville. Familien har sett at jeg ikke hadde det, og har hatt ditto større vansker med å tro på meg – gang etter gang. De har forstått at det kunne ha gått galt – helt galt. Samtidig har de følt seg maktesløse. Samvittigheten overfor dem har vært det vanskeligste å jobbe med. Mor har blitt senil dement. Jeg vet ikke om hun egentlig har fått med seg at sønnen måtte bli 50 år før han kom seg på beina, sier Eirik som har et større alvor i blikket enn under resten av samtalen. 52-åringen er glad for at han ikke har egne barn som ville ha lidd under rusbruken.

– Men det er veldig fint å være onkel til fine unger, ha nære søsken, gamle og nye venner som jeg er ærlige overfor. Det tok et og et halvt år etter Trasoppklinikken før jeg var tilbake i Glomfjord.

– Hvordan var det?
– Det gikk over all forventning. Jeg hadde blitt intervjuet både på NRK.no og flere ganger i lokal-avisen. Endelig visste folk sannheten. Da kunne jeg se dem i øynene. Åpenheten har *bare* vært bra. Det sier faren min også. Han har vært direktør på Norsk Hydro i Glomfjord. De positive tilbakemel-dingene på avisartiklene var mange. Over 1 000 støttende meldinger. Ingen negative. Boka er solgt i vel 1 000 eksemplarer. Etter utgivelsen var det mange som tok kontakt.

Tillitserklæringer fra fagfolk og andre folk

Eirik ble nominert til Årets Nordlending i 2022. I fjor ble han invitert som foredragsholder og kursleder av kurskomiteen i Nordland legefore-ning. Også i vår skal han være med.

– Det setter jeg stor pris på. På legekurset traff jeg to LIS-leger jeg hadde veiledet. Begge sa at de ikke hadde hatt den ringeste mistanke om hvor-dan jeg levde.

– Hva skjedde egentlig da lederen på Ørnes sykehjem avslørte deg?

– Det kunne ikke ha vært håndtert bedre. Han hadde ordnet med en lege som stod klar for å vurdere min psykiske tilstand. Så var det rett på tvangsinnleggelse for suicidalitet og tre måneder på akuttposten ved Nordlandssykehuset i Bodø. De ansatte var helt utrolige. De hadde med seg treningsutstyr slik at de kunne løpe på —→

Endelig visste folk sannheten. Da kunne jeg se dem i øynene. Åpenheten har bare vært bra. Det sier faren min også



Ba ikke om hjelp: - Jeg ville ikke miste inntekten og det eneste jeg taklet i hverdagen, svarer Eirik på spørsmål om det å oppsøke hjelp. Så legger han til: - Lønningen gikk jo som oftest ikke til hverdagsutgifter. De gikk til mer spilling, aksjer eller mer alkohol. Foto: Birgit Solhaug

fjellet sammen med meg når jeg hadde utgang. Da fikk jeg slitt ut kroppen, og på vei ned pratet vi. For meg har min bakgrunn som lege aldri vært en forstyrrende faktor i min egen behandling. På institusjonene finnes det mange helsepersonell som sliter med én eller flere avhengigheter. Flere av dem har, i likhet med meg, vært redde for å miste lisensen hvis de søkte hjelp. Jeg ville ikke miste inntekten og det eneste jeg taklet i hverdagen, sier han, men legger til: Lønningen gikk jo som oftest ikke til hverdagsutgifter. De gikk til mer spilling, aksjer eller mer alkohol.

- Hva tenker du om at du for andre gang har mistet lisensen?
- Det er et komplekst spørsmål. Hvis argumentet er at pasientene ikke skal møte en rusa lege på jobb, er det mulig å kontrollere det med blod- og urinprøver. De ville være negative for min del. Men jeg trenger mer tid for å komme meg og bli skikket til å være lege. Første gang jeg mistet lisensen var jeg frustrert over at Helsetilsynet ikke hadde konkrete regler om hvor fort jeg kunne søke om resertifisering, men utålmodigheten handlet mer om egen uro og tomhet.
- Hva har vært forskjellen på behandlingene nå og før?
- Det satt langt inne å innse at jeg ikke hadde kontroll. Selv etter tre måneder på akutenheten, måtte jeg overtales til å tenke rus i stedet for de-

presjonsbehandling. Men etter at jeg virkelig gikk inn i tomheten, alt det usagte og eksistensielle spørsmål sammen med behandlere og pasienter på Trasopp, har jeg ikke lenger samme behov for å lure meg selv eller andre. Nå kan jeg tåle meg selv. Det å få kunne tvile, være åpen om selvmordstankene, føle på et gryende håp, tro at man selv er verdt noe og at andre kan sette pris på meg, har vært helt avgjørende

Det samme er selvhjelpsgruppen som jeg fortsatt går i – og som jeg sikkert vil fortsette i resten av livet. Nå som jeg neste uke er ferdig med samfunnsstraffen, vil jeg fortsette å jobbe frivillig. Og så skal jeg løpe maraton i Stockholm.

Til høsten skal Eirik ta en ettårig utdanning for erfaringskonsulenter. Han har opplevd at behandlere med egenerfaring har noe ekstra å gi. Kanskje vil han jobbe som terapeut innenfor rus. Kanskje som lege, men ikke nødvendigvis.

- I så fall skal jeg gi mye mindre råd enn det jeg gjorde som lege. Det er ikke det man trenger. Man trenger tid og noen som tåler å høre. Livet som lege er ikke det avgjørende. At jeg har det bra, er det aller viktigste. ■

Tori Flaaten Halvorsen
tori.f.halvorsen@gmail.com

Det å få kunne tvile, være åpen om selvmordstankene, føle på et gryende håp, tro at man selv er verdt noe og at andre kan sette pris på meg, har vært helt avgjørende

Ødelegger rusmidlene livskvaliteten?

Nå kan du få hjelp til å snakke om det

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

Er du lege med et rusproblem, eller er du pårørende til en?
Da kan du ta direkte kontakt med Shahram Shaygani, 920 51 842 / s.shaygani@trasoppklinikken.no eller Anders Gaasland, 924 24 324 / a.gaasland@trasoppklinikken.no.

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



Støttekollegaordningen
DEN NORSKE LEGEFORENING

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Når hovslagene viser seg å være en sebra

Nr. 9/1990

I medisinen sies det i blant at man bør tenke hest og ikke sebra når man hører lyden av hovslag. Det er tross alt det som er mest sannsynlig, i alle fall her. Men hvordan forholder man seg egentlig til sannsynligheten av en sjelden sykdom hos pasientene? Det kan vi lese om i en debattartikkel i Tidsskriftet nr. 9/1990. Per Stavem og Hans Waaler koblet problemstillingen opp mot et tragisk barnedødsfall som preget mediebildet på denne tiden (Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1124).

Sannsynligheten av en sjelden sykdom hos en pasient som har et symptom eller tegn

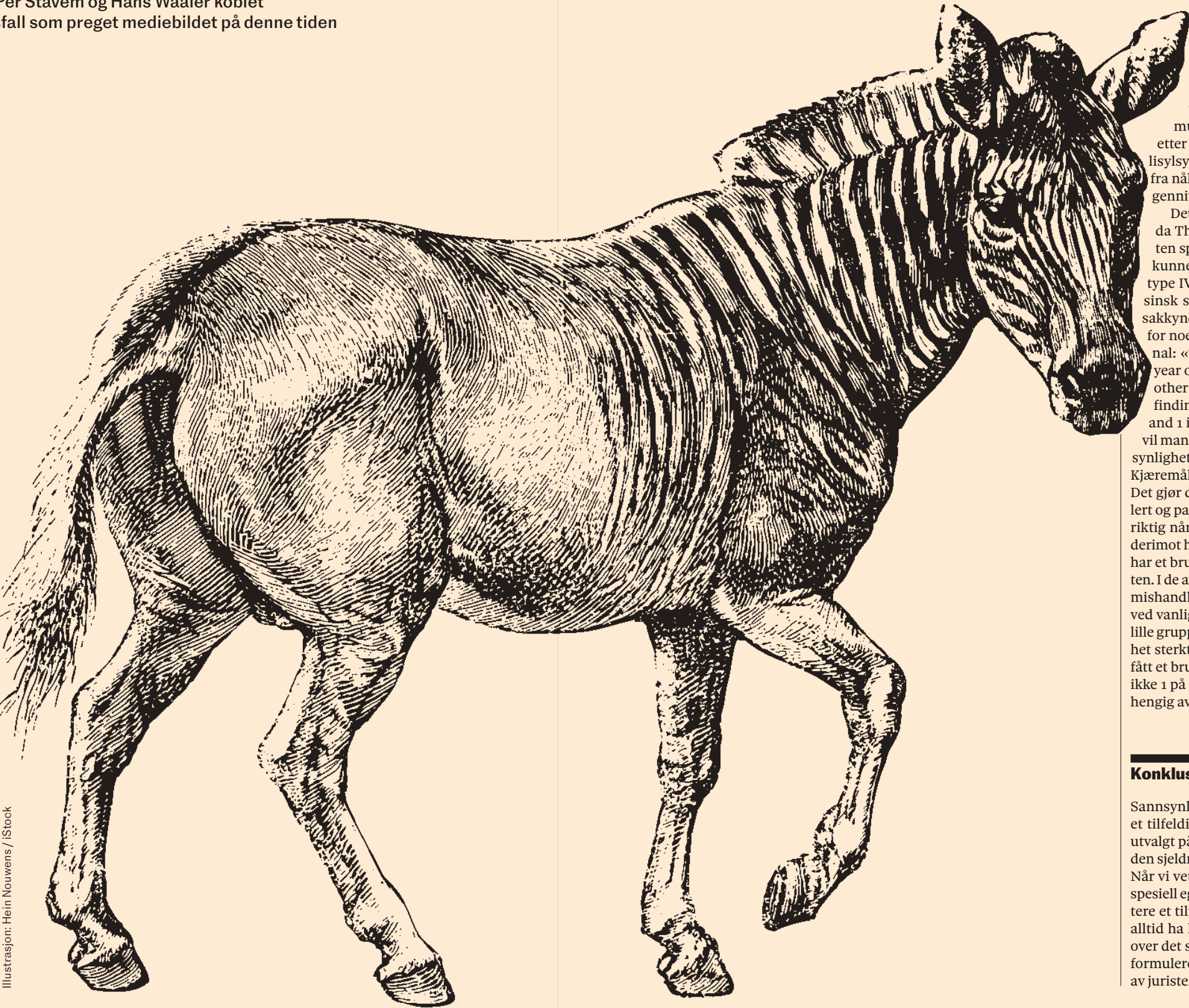
Av Per Stavem og Hans Waaler

Sannsynligheten for at en helt tilfeldig person (som vi ikke har noen informasjon om) har en bestemt sykdom, er det samme som prevalensen av denne sykdommen i befolkningen. Hvis sykdommen hyppig ledsages av et spesielt symptom og utvalget skjer på grunnlag av dette symptomet, blir det nødvendigvis en langt større sannsynlighet. Blødersykdom (hemofili) er f.eks. en tilstand som er ledsaget av store og livstruende blødninger, og i et utvalg av pasienter med alvorlige, uforklarte blødninger vil derfor blødere være sterkt overrepresentert. Ved beinskjørhet (osteogenesis imperfecta) er det en stor tendens til knokkelbrudd, og i et utvalg av pasienter med uforklarte brudd vil beinskjørhet på tilsvarende måte være sterkt overrepresentert.

Sjansen for å påtreffe et guttebarn i alderen 1 måned–1 år (spedbarnsalderen) med blødning under den harde hjernehinne på grunn av blødersykdom (hemofili) er muligens omkring 1 på 1 million. I et hypotetisk tilfelle blir gutten Thomas på fem måneder brakt død inn på sykehuset, og obduksjonen viser blødning under den harde hjernehinne. Det er ingen kjente tilfeller av blødersykdom i familien. Thomas blir kremert, og først et par dager etter kremeringen blir spørsmålet om barnemishandling tatt opp. Politiet kommer inn i bildet og begynner sin gransking. Foreldrene forteller at de bare har gitt gutten vanlig stell, og de sier at det må ha vært en feil ved karene eller blodet. Medisinsk sakkyndige blir spurt om sannsynligheten for at Thomas hadde blødersykdom.

De sakkyndige svarer ikke direkte på spørsmålet, men siterer en forfatter som har skrevet: «Sjansen for å påtreffe et guttebarn i spedbarnsalderen med en blødning under

Illustrasjon: Hein Nouwens / Stock



Som medisinsk sakkyndige må vi også formulere oss slik at vi ikke blir misforstått eller mistolket av jurister og jury

den harde hjernehinne på grunn av en blødersykdom er omkring 1 på 1 million». Vi er redd for at politiet da blir forledet til å tro at sjansen for at Thomas hadde blødersykdom er så liten at de kan se bort fra den, og at mistanken om barnemishandling seiler opp. I virkeligheten er det kanskje bare 200 av 1 million gutter i spedbarnsalderen som dør av blødning under den harde hjernehinne uten tegn på eller opplysninger om sykdom eller ytre skader. Blant disse 200 vil det være én bløder, og sannsynligheten for at Thomas hadde blødersykdom bør da ikke angis som 1 på 1 million, men som 1 på 200.

Som kjent fra omtalen av Therese-saken i aviser og fjernsyn skyldtes Thereses tragiske død blødning under den harde hjernehinne. Det er flere mekanismer som kan ha medvirket til at denne blødningen kan ha fremkommet ved vanlig stell: Ved siden av den vanlige lette blødningstendens som ledsaget hennes mulige beinskjørhet, hadde hun nylig hatt feber etter trippelvaksinering, og hun hadde fått acetylsalisylsyre. Ved innleggelsen blødde hun uvanlig lenge fra nålestikkåpninger, og det ble målt nedsatt fibrinogennivå i blodet.

Det hadde vært et uforklart brudd på skinnleggen da Therese var tre måneder, og det ble funnet en liten sprekk i tinningbeinet. Forsvarerne mente at hun kunne ha hatt beinskjørhet (osteogenesis imperfecta) type IV, og Høyesteretts Kjæremålsutvalg ba to medisinsk sakkyndige angi sannsynligheten for dette. De sakkyndige svarte ikke direkte, men siterte at dr. Taitz for noen år siden hadde skrevet i British Medical Journal: «The chance of encountering a child under one year old with Osteogenesis Imperfecta who shows no other features (than one or more fractures) or family findings of the disease would be between 1 in 1 million and 1 in 3 millions». Slik som dette sitatet er plassert, vil mange lesere ledes til å tro at det dreier seg om sannsynligheten for at Therese led av beinskjørhet (som er det Kjæremålsutvalget har bedt de sakkyndige om å vurdere). Det gjør det imidlertid ikke, og slik som sitatet er formulert og passert, er det derfor egnet til å villed. Utsagnet er riktig når det brukes generelt om alle spedbarn. Det blir derimot helt galt når det brukes på en person som allerede har et brudd. Sjansen for brudd hos spedbarn er uhyre liten. I de aller fleste tilfellene er årsaken uhell, vanstell eller mishandling. Men i et og annet tilfelle kan brudd oppstå ved vanlig stell, fordi barnet har beinskjørhet. I den lille gruppen av spedbarn med brudd, er derfor beinskjørhet sterkt overrepresentert. Når et spedbarn allerede har fått et brudd, er sjansen for at det har beinskjørhet derfor ikke 1 på 2 millioner, men kanskje 1 på noen hundre, avhengig av hyppigheten av spedbarnsbrudd uansett årsak.

Konklusjon

Sannsynlighet av en sjelden sykdom i befolkningen og i et tilfeldig utvalg er én ting. Sannsynlighet i en gruppe utvalgt på grunn av et symptom som er karakteristisk for den sjeldne sykdommen er noe annet og alltid mye større. Når vi vet at en person har et spesielt symptom eller en spesiell egenskap, vil vedkommende ikke lenger representere et tilfeldig utvalg fra hele befolkningen. Dette må vi alltid ha klart for oss. Det er heller ikke nok at vi er klar over det selv, men som medisinsk sakkyndige må vi også formulere oss slik at vi ikke blir misforstått eller mistolket av jurister og jury. ■

Lite psykiske symptomer hos intensivpersonell under pandemien

Intensivpersonell i Norge rapporterte lite symptomer på angst, depresjon og posttraumatisk stressforstyrrelse under det første året av koronapandemien.

Vi har undersøkt faglig kompetanse, arbeidsforhold og psykisk belastning blant intensivpersonell under koronapandemien i Norge. Undersøkelsen ble gjort med spørreskjema våren 2020, høsten 2020 og våren 2021. Studien omfattet 27 av 28 sykehus som hadde pasienter med covid-19 innlagt på intensivavdelinger. Vi inkluderte sykepleiere og leger som jobbet i intensivavdelingene, og deres nærmeste ledere. Totalt deltok 484 personer, hvorav flertallet var sykepleiere. Helsepersonellet som deltok i studien, hadde i gjennomsnitt ca. 20 års arbeidserfaring som lege eller sykepleiere, og 92 % hadde erfaring fra intensivavdeling. Den opplevde graden av faglig forberedthet var høy, og den korrelerte med intensiverfaring og deltakelse i simuleringstrening på forhånd (1). Nesten halvparten rapporterte om smittefrykt våren 2020, noe som ble redusert til 16 % ett år senere. Kun 1 % rapporterte at de var blitt smittet i løpet av pandemiens første år, noe som er færre enn i befolkningen for øvrig (2,4 %) (2). Våren 2020 skåret 12,5 % av deltagerne over grenseverdien for angst og depresjon, og 7 % over verdien for posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) (3). Våren 2021 var tallene omtrent uendret. I totalpopulasjonen var skår for angst, depresjon og PTSD-symptomer langt under grenseverdien på begge måletidspunktene. Det var ingen signifikant endring i skår for angst og depresjon. PTSD-symptomskåren økte signifikant, men den lå fortsatt langt under grenseverdien. Legene og lederne hadde signifikant lavere nivåer av både angst, depresjon og PTSD-symptomer enn sykepleierne ved oppfølging ett år etter (4).

Vi undersøkte også hvordan bakgrunnsvariabler, forberedelser til, støttetiltak under og følelsesmessige opplevelser ved intensivarbeidet våren 2020 påvirket risikoen for å utvikle angst, depresjon eller PTSD-symptomer over grenseverdiene ett år etter. Smittefrykt og tidligere selvrapportert depresjon var forbundet med økt risiko for symptomer på angst og depresjon over grenseverdien, mens risikoen for PTSD-symptomer også var assosiert med ensomhet (4). Hverken faglige forberedelser eller støttetiltak hadde signifikant betydning.

Nivåene av angst, depresjon og PTSD-symptomer i vår undersøkelse var lave sammenlignet med i internasjonale studier (5, 6, 7). En viktig forklaring på dette er trolig at intensivkapasiteten aldri ble overbelastet i

Norge, slik som i mange andre land. Vi trengte derfor ikke å bruke mye uerfarent personell, og de som jobbet, fikk relativt raskt tilstrekkelige ressurser.

I løpet av det første året med pandemi, ble smittefrykten redusert ettersom tilstrekkelig smittevernutstyr kom på plass, vaksiner ble tilgjengelig og vår kunnskap om sykdommen økte. Derfor er det et rimelig funn at symptomnivåene av angst, depresjon og posttraumatisk stressforstyrrelse forble lave gjennom det første året med pandemi. ■

Ingvild Strand Hovland

istran@ous-hf.no

Ingvild Strand Hovland er overlege og tilsynspsykiater ved Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus. Hun arbeider med en ph.d.-avhandling om helsepersonells erfaringer i intensivavdelinger under koronapandemien med veiledning fra Legeforskningsinstituttet.

Litteratur

- Lie I, Stafseth S, Skogstad L et al. Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: a cohort study. BMJ Open 2021; 11: e049135.
- Folkehelseinstituttet. COVID-19. Ukerapport – uke 23. Onsdag 16. juni 2021. Lest 5.4.2024.
- Stafseth SK, Skogstad L, Ræder J et al. Symptoms of Anxiety, Depression, and Post-Traumatic Stress Disorder in Health Care Personnel in Norwegian ICUs during the First Wave of the COVID-19 Pandemic, a Prospective, Observational Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health 2022; 19: 7010.
- Hovland IS, Skogstad L, Stafseth S et al. Prevalence of psychological distress in nurses, physicians and leaders working in intensive care units during the COVID-19 pandemic: a national one-year follow-up study. BMJ Open 2023; 13: e075190.
- Heesakkers H, Zegers M, van Mol MMC et al. Mental well-being of intensive care unit nurses after the second surge of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional and longitudinal study. Intensive Crit Care Nurs 2023; 74: 103313.
- Schmid B, Schulz SM, Schuler M et al. Impaired psychological well-being of healthcare workers in a German department of anesthesiology is independent of immediate SARS-CoV-2 exposure - a longitudinal observational study. Ger Med Sci 2021; 19: Doc11.
- Wahlster S, Hartog C. Coronavirus disease 2019 aftermath: psychological trauma in ICU healthcare workers. Curr Opin Crit Care 2022; 28: 686–94.

Huslegen?

Huslegens tid er for lengst forbi, og familielegen synes også å være på vei ut. Fastlegens portvaktrolle er fremdeles problematisk. Både pasienter og leger foretrekker i økende grad individuelle løsninger. Er huslegen på vei tilbake, bare et tastetrykk unna?

Etter å ha arbeidet som sosiallege noen år, der jeg rett som det var måtte forholde meg til mer eller mindre dysfunksjonelle familier, ofte med et rusmisbrukende eller utagerende medlem, tok jeg ett års permisjon for å lære mer om familierterapi. Jeg kom til et kommunalt familievernkontor med en meget erfaren overlege, dyktige psykologer og sosionomer. Ikke bare var det en annen og lysere verden med tanke på pasientenes iver og motivasjon, men det viste seg at pasientene ikke var pasienter, men vanlige folk som fikk gratis og meget profesjonell hjelp for sine ofte omfattende og eksistensielle problemer. Det beste var at ingen diagnoser var nødvendige. Vi var noen ganger to terapeuter, og mye tid ble brukt til faglige diskusjoner om kompliserte saker. Det er fristende å kalle familievernkontorene for en godt bevart hemmelighet.

Tilbudene var enten kommunale eller kirkelige, og de ble etter hvert lovregulert. Det sentrale ansvaret ble flyttet fra Helsedirektoratet til Barne- og familiedepartementet, nettopp fordi tiltaket ikke skulle kategoriseres som «nødvendig helsehjelp» i spesialisthelsetjenesten. I proposisjonen står det bl.a. at familievernet er en spesialtjeneste, ikke en helsetjeneste, og med en spesialkompetanse som er innrettet på å støtte familien som helhet. La oss håpe at ikke også denne flotte tjenesten blir medikalisert!

Det norske familierapeutmiljøet var aktivt, og én av flere spennende eksperter jeg fikk anledning til å treffe under mitt år som familierapeut, var argentinsk-amerikaneren Salvador Minuchin (1921–2017). Han så på familien som et helhetlig homeostatisk system, der ett familiedlem med problemer kunne være symptombærer. Ofte ville ikke vedkommende komme til behandling, men Minuchin viste hvordan man likevel kunne hjelpe ved å starte med de familiedlemmene som ville komme.

Fra huslege til legehushus til Dr.Dropin

Det kan altså være nyttig for en profesjonell helper å forholde seg til flere familiemedlemmer samtidig. Dette var en selvfølge for fortidens husleger og distriktsleger, der også legens egen familie spilte en viktig rolle som bakkemannskap. Jeg vil tro at dagens eldre allmennleger også vet å sette pris på direkte kjennskap til pasientenes familie, nettverk og boforhold. Å møte pasienten på hjemmebane, særlig eldre og kronisk syke, men også rus- og psykiatripasienter, kan være en forutsetning for å kunne gi god behandling og ikke minst forebygge senere akutte episoder. Hjemmebesøk bør derfor inngå både i grunnutdanningen og i den kommunale delen av LIS1-utdanningen.

Dessverre ser det ut som om legenes hjemmebesøk blir stadig sjeldnere. Selv om vi har et rimelig godt fastlegesystem, sitter hjemmebesøkene veldig langt inne. Pasientene kommer nesten alltid til legekantorene. De kommunale og interkommunale legevaktordningene blir i stor grad bemannet med uerfarne og tilfældige vikarer. Det er et paradoks at hjemmebesøk var mye vanligere før, selv om antallet allmennleger var langt lavere.

Den enorme veksten i markedsbaserte individrettete tilbud, som Dr.Dropin, viser at hverken legene eller pasientene legger avgjørende vekt på familiekjennskap og kontinuitet, noe som samsvarer godt med vår tids dyrking av individuell valgfrihet

fremfor fellesskap og solidaritet. Dessuten gir de stadig voksende diagnoselistene lite rom for systembaserte forklaringer med negativ menneskelig interaksjon som årsak. Alle merkelappene blir festet på pasienten alene.

Legen som portvakt

Fastlegen skriver resepter og attester, sykmelder og henviser til spesialisthelsetjenesten. Det sier seg selv at kvaliteten på disse viktige oppgavene med betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser blir mye bedre og sikrere med god kjennskap til pasientens tidligere helseplager, sykdomsdisposisjoner, livsstil, ressurser, familie og arbeid. Men her er det flere problemer, for eksempel at samfunnet tar det som en selvfølge at legene også

skal være kontrollører. Mange leger opplever at sakkyndigrollen, der de skal være myndighetenes forlengete arm, kommer i konflikt med den mer naturlige hjelperrollen, der de skal være pasientens advokat. Vi undersøkte dette i Legeforskningsinstituttet for 20 år siden, og fant at det var ganske vanlig å skrive attester og erklæringer til fordel for pasientene (1). Vi fant også at mange leger opplevde stress knyttet til portvaktrollen, blant annet på grunn av forventninger om hjelp til å løse ikke-medisinske problemer (2).

Virtuelle husleger

Troen på at diagnoser og andre medisinske «sannheter» er objektive, at alle leger raskt og enkelt kan

sette det samme svaret ned på et papir, er utbredt. Som pasienter vil vi gjerne ha det sånn, og noe av det siste vi som leger ønsker å formidle, er usikkerhet. Så lenge noen leger er villige til å skrive strategiske attester i øst og vest, vil kompliserte fordelings- eller atferdsproblemer finne sine enkle nødløsninger med legenes hjelp (3). Det siste eksempelet på dette er kravet om legeerklæring for elever med fravær i videregående skole. Her finnes det allerede et blomstrende nettmarked. For 450 kroner og en rask chat(bot?) kan du få din attest i innboksen med en gang. Ser vi konturene av en fullstendig nettbasert allmennlegetjeneste der pasientene kommuniserer med en virtuell KI-lege? (Men med en høyst reell bankkonto!) Er legemangelens tid forbi? Hvem skal vi da eventuelt klage til?

Står vi ved begynnelsen av en ny huslegeepoke, der vår personlige huslege gjør det vi ber om og betaler for, og er til stede 24/7 bare et tastetrykk unna? Har vi da vunnet eller tapt?

Jeg ønsker meg tilbake til familiekontorets trygge KI-frie hjørne! ■

Olaf Gjerløy Aasland

olaf2306@gmail.com

Litteratur

- Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 192–4.
- Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1874–9.
- Aasland OG. Legen som juridisk nøtteknekker. I: Kjønstad A, Syse A, red. Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992: 69–93.

Behandling av pasienter med Covid-19 korona på intensivavdelingen på Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet. Foto: Jil Yngland / NTB



Legen som gøymde seg på do

Nemnde lege er meg sjølv, spesialist i psykiatri. Eg gøymde meg på do for å sleppe å møte på ein pasient. Skamkjensla over at eg ikkje klarte betre, må eg leve med. Pasienten lever diverre ikkje lenger.

Eg bruker ikkje å gøyme meg på do for å unngå pasientar. Men denne pasienten gjorde noko så sterkt med meg at eg heller ville stå innelåst med brennande kinn og lytte etter lydar på at hen forlot lokala, enn å gå ut og stå i det eg opplevde som eit intenst emosjonelt trykk. Eg har tenkt mykje på kvifor det blei sånn med den pasienten.

Som psykiater var behandlingsansvaret og relasjonsansvaret mitt. Når eg får uventa reaksjonar knytta til ein pasient, har rettleiing lært meg å ta ein runde i meg sjølv for å sjå om det kan vere noko der som aktiverast. Personlege problem, eigen sjukdom, tidlegare erfaringar, dårleg søvn – det er ei rekke faktorar som kan påverke opplevinga legen har saman med pasienten. Ein relasjon består alltid av minst to personar, og me legar må vere bevisste på kva me bringar inn i den. Utan ei slik merksemd risikerer me å handle på og ta beslutningar på feil grunnlag. I denne saka frambrakte ikkje sjølvrefleksjon nokon klar samanheng mellom livet mitt og kjensla pasienten gav meg. Eg måtte like fullt erkjenne at pasienten vakte betydeleg irritasjon hos meg.

Pasientar har med seg sine livshistorier i møte med legar. Nokre gonger inkluderer det omsorgssvikt, overgrep og andre traume. Tidlegare erfaringar kan påverke relasjonar i notida, dette som i psyko-terapien kallast for overføringar og motoverføringar (1). Det kan gi seg utslag i at pasienten vekker tilsynelatande uforståelege eller uforholdsmessig sterke reaksjonar i oss (motoverføring) som ikkje har direkte med lege-pasient-forholdet i dag å gjere, men som er ein repetisjon frå ein tidlegare relasjon. Det same gjeld den andre vegen. Eg har tenkt at relasjonen mellom pasienten og meg blei berar av mykje smerte som pasienten ikkje hadde ord for.

Psykiatrien kan vere særskilt eigna til å fange opp og få sett ord på slike fenomen, då det relasjonelle har stor plass i terapien. Men pasientar som vekker sterke kjensler i oss møter me overalt – på ortopedisk poliklinikk, hos fastlegen, i akuttmottaket og på dagkirurgisk avdeling. Kor stor openheit er det for å snakke om at pasientar kan vekke negative kjensler i oss, som til dømes irritasjon, utolmod og forakt? Ein lege er oppdratt til å skulle hjelpe og nærast usjølvisk sette seg sjølv til side i forsøket på å lege og lindre. Eg gjekk med ei kjensle av å ha svikta pasienten, sidan eg syntest det var vanskeleg å vere saman med hen. Eg følte meg ikkje god

nok og tenkte at pasienten hadde hatt det betre med ein annan psykiater. Slike kjensler forsvinn ikkje av seg sjølv eller av å teiast i hel. Det motsette, å snakke om det, hjelper. Det kan vere ei kollegial samtale over ein kaffi eller ei formell rettleiing. Begge delar gir rom for å løfte blikket og prøve å forstå kva som skjer.

Det finst eit begrep som heiter at ein må sitte komfortabelt i terapeutstolen. Sagt på ein annan måte: Dersom ein kjenner seg redd, ufri, pressa eller på ein annan måte opplever at ein ikkje kan vere seg sjølv, blir

ein også til dårlegare hjelp for pasienten. Eg sat ikkje komfortabelt i terapeutstolen med denne pasienten, og rømminga inn på toalettet var eit forsøk på å skaffe meg manøvreringsrom igjen.

Kor stor openheit er det for å snakke om at pasientar kan vekke negative kjensler i oss, som til dømes irritasjon, utolmod og forakt?

Kort tid etter denne hendinga tok pasienten sjølv-mord. Mine ambivalente kjensler overfor pasienten før det skjedde førte til skuldkjensle og skam hos meg. Eg lurte på om eg hadde gitt god nok behandling, og om relasjonen vår var bidragsytan-

de på nokon som helst måte til utfallet av den skal-skal ikkje-vurderinga. Eg gjekk gjennom dei siste møta eg hadde med hen på søken etter eit teikn eller ei endring eg kunne/burde/skulle ha fanga opp. Nokon spørsmål får ein aldri svar på.

«Tida sårar alle legar» (2). Av og til blir eit toalettbesøk eit forsøk på å halde ut. ■

Jeanette Børke

jeanette.solheimslid.bjorke@sus.no

Jeanette Børke er spesialist i psykiatri og overlege ved Ettervernspoliklinikken, Stavanger DPS.

Litteratur

- Stokkeland JM. Overføring og motoverføring: En oversikt. Matrix (Hillerød) 2012; 29: 128–47.
- Haga E, Thorgaard L. Tiden sårer alle læger. Manedsskr Prakt Laegegern 2003; 81: 5–15.

Ph.d.-disputaser

Karl Marius Brobakk

Novel biomarkers in hypertension.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 11.4.2024.

Bedømmelseskomité: Marie Evans, Karolinska Institutet, Sverige, Hans-Peter Marti, Universitetet i Bergen og Ragnar Martin Joakimsen, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Marit Solbu, Jon Viljar Norvik og Aud Høieggen.

Cedric Davidsen

Operator radiation exposure in cardiac catheterization. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 22.3.2024.

Bedømmelseskomité: Margaret McEntegart, Columbia University Medical Center, USA, Magnus Settergren, Karolinska institutt, Sverige og Dana Cramariuc, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Vegard Tuseth, Kristian Smeland Ytre-Hauge, Kjell Vikenes og Patrizio Lancellotti.

Roar Fjær

Exome sequencing in monogenic epilepsies.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 21.3.2024.

Bedømmelseskomité: Annapurna Poduri, Harvard Medical School, USA, Martin Zenker, Otto-von-Guericke University Magdeburg, Tyskland og Angelika Sorteberg, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kaja Selmer.

Øyvind Jervan

Persistent dyspnoea, perfusion defects, and the effect of exercise training following pulmonary embolism. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 22.3.2024.

Bedømmelseskomité: Nanna Rolving, Aarhus Universitet, Danmark, Arne Kristian Andreassen, Oslo universitetssykehus og Morten Rostrop, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Waleed Ghanima, Kjetil Steine, Knut Stavem og Dan Atar.

Sanda Krum-Hansen

A Systems Epidemiology Approach to Breast Cancer and Parity. The Norwegian Women and Cancer (NOWAC) Study.

Utgår fra UiT Norges arktiske universitet. Disputas 4.4.2024.

Bedømmelseskomité: René Turzanski Fortner, Kreftregisteret, Valerie McCormack, International Agency for Research on Cancer og Inigo Martinez, Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Ruth Paulssen og Eiliv Lund.

Erling Håland

Precision haematology: Current situation and future developments. Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Disputas 4.4.2024.

Bedømmelseskomité: Thomas Lund, Odense Universitetssykehus / Syddansk Universitet, Danmark, Sigrid Skånland, Oslo Universitetssykehus og Birgitta Ehrnström, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Kristian K. Starheim, Tobias S. Slørdal og Geir Bjørkøy.

Jolanta H. Lorentzen

Impact of diabetes and bariatric surgery on gastroesophageal reflux disease and patient-reported outcomes. A cross-sectional study of patients with and without type 2 diabetes, and a randomized study (Oseberg) comparing the short-and medium term effects of gastric bypass and sleeve gastrectomy on gastroesophageal reflux disease and patient-reported outcomes. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 16.4.2024.

Bedømmelseskomité: Anders Thorell, Karolinska Institute, Sverige, Jan Gunnar Hatlebakk, Universitetet i Bergen og Christine Henriksen, Universitetet i Oslo

Veiledere: Birgitte Seip, Jøran Hjelmesæth, Asle W. Medhus og Heidi Borgeraas.

Yasser Rehman

The impact of implant design and severity of knee osteoarthritis on clinical outcome after total knee arthroplasty. Utgår fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Disputas 5.4.2024.

Bedømmelseskomité: Jörg Lützner, University Hospital Carl Gustav Carus, Tyskland, Maiken Stilling, AUH – Aarhus Universitetshospital, Danmark og Hanne Solveig Dagfinrud, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Arild Aamodt, Anners Lerdal, Stephan Röhl og Caryl Gay.

Emilie Ranheim Skytøen

Functional properties of entorhinal-hippocampal circuits – A spacetime odyssey. Utgår fra Kavliinstitutt for nevrovitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Disputas 4.4.2024.

Bedømmelseskomité: Michael Hasselmo, Boston University, USA, James Knierim, Johns Hopkins University, USA og Giulia Quattrocchio, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: May-Britt Moser og professor Edvard I. Moser.

Solveig Katrine Smedsland

Sexual health and burden of late effects in long-term breast cancer survivors.

Utgår fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Disputas 16.4.2024.

Bedømmelseskomité: Anders Bonde Jensen, AUH – Aarhus Universitetshospital, Danmark, Elisabeth Grov Beisland, Høgskulen på Vestlandet og Anne Cathrine Staff, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kristin V Reinertsen, Kathrine F. Vandraas, Cecilie E Kiserud og Mette Brekke.

Åshild Øksnevad Solvin

Genomic alterations in psoriasis and implications for disease burden.

Utgår fra Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Disputas 15.4.2024.

Bedømmelseskomité: Enikő Sonkoly, Uppsala Universitet, Sverige, Øystein Sandanger, Oslo universitetssykehus og Torbjørn Øien, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Mari Løset, Kristian Hveem, Pål Sætrom og Marit Saunes,

Sina Marion Wittlund

Mental Health, Work, Welfare and Vocational Rehabilitation. A Comprehensive Study of Young Adults in the Norwegian Welfare State. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 11.4.2024.

Bedømmelseskomité: Jed Boardman, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College, Storbritannia, Wenche Ten Velden Hegelstad, Universitetet i Stavanger og Hans-Olav Melberg, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Arnstein Mykletun, Eoin Killackey og Thomas Lorentzen.

Carl Erik Næss



Carl Erik Næss døde 6. mars 2024, kun få dager før han ville ha fylt 71 år. Han ble født og oppvokst i Oslo, hvor han også tok sin utdanning ved Universitetet i Oslo – først med et mellomfag i sosiologi i 1974, deretter medisinsk embetseksamen i 1981. Etter endt turnustjeneste i Oslo og verneplikt ved Forsvarets forskningsinstitutt, spesialiserte Carl Erik seg i ortopedi ved Sophies Minde Hospital fra 1984 til 1991, etterfulgt av tre års generell kirurgisk tjeneste ved Aker sykehus og Sykehuset Østfold. Datidens krav om generell kirurgisk spesialitet for å bli spesialist i ortopedi ble innfridd i 1994. I april samme år begynte han som overlege ved Sentralsykehuset i Akershus (SiA), senere Akershus universitetssykehus (Ahus). Carl Erik var i mange år med i avdelingens ledergruppe som seksjonsoverlege, men også koordinerende overlege for hele Sentraloperasjonsavdelingen ved det nye Ahus. Han var engasjert i prosjekter for driftsforbedring og effektivisering av pasientlogistikken, men var samtidig opptatt av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Carl Eriks ortopediske interesseområder var særlig barneortopedi og hofteprotesekirurgi. Innen begge disse områdene bygget han opp og utviklet nye pasienttilbud for befolkningen i sykehusets store opptaksområde. Utallige nybakte og bekymrede foreldre har blitt beroliget etter konsultasjoner med sine små hos Carl Erik, enten det gjaldt klumpfot eller mistanke om hofte dysplasi.

Carl Erik var usedvanlig arbeidsom og hadde et tempo få av oss holdt følge med. Ved siden av sin overlegestilling, drev han en omfattende virksomhet som sakkyndig for både rettsapparatet, Nav, NPE og ulike forsikringselskaper. Han engasjerte seg også i nærmiljøet, spesielt i Gjerdrum Høyre, hvor han i mange år var en av partiets representanter i kommunestyret og formannskapet.

Hans sans for kvalitet viste seg også i at fine biler, merkeklær og håndsydde sko ofte var samtaleemner med kolleger. Men Carl Erik var aldri en skrytepave, og først i bisettelsen 15. mars ble vi kjent med at han hadde vært smører for Oddvar Brå og Berit Aunli under ski-VM i 1982.

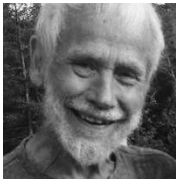
Det Carl Erik oftest snakket om var likevel familien. Som enebarn selv, betød «flokken» med seks barn alt for ham. Våre tanker går til dem.

Fred være med Carl Erik Næss sitt minne. ■

På vegne av Ahus-ortopedene

Inge Skråmm, Jan Rune Mikaelson, Odd Gunnar Granlund

Ulrich Abildgaard



Ulrich Abildgaard, en av pionerene innen norske legers engasjement for å forebygge atomkrig, døde 16. mars 2024, 91 år gammel. Han var spesialist i indremedisin, professor og overlege på hematologisk avdeling på Aker sykehus og en internasjonal kapasitet innen tromboseforskning, med stor vitenskapelig produksjon. Han brukte sin medisinske kunnskap og sitt politiske engasjement til å delta i etableringen av Norske leger mot atomvåpen i mars 1982, som den norske avdelingen av International Physicians for the Prevention of Nuclear War, IPPNW. Han var foreningens andre leder da han etterfulgte Einar Kringlen i 1984.

Han skrev i Norske leger mot atomvåpens informasjonsblad: «Ny erkjennelse krever tid. Før eller senere vil nordmenn forstå at trusselen om atomhelvete bare økes ved fortsatt opprustning, og at nedrustning i øst og vest er vår eneste mulighet. Legers kunnskaper og innflytelse gir dem et særlig ansvar for informasjon til folk og politikere. Vi må gjøre vårt til at erkjennelsen ikke kommer for sent». Samme år skrev han: «Mer enn en million leger verden over har nå undertegnet IPPNWs appell til atommaktene om stans i atomopprustningen og prøvesprengninger. Resultatet av kampanjen er at hver fjerde lege i Norge enten er medlem av NLA eller har undertegnet appellen».

I hans tid som leder rettet Norske leger mot atomvåpen en anmodning til Legeforeningen om å oppnevne en ekspertgruppe med oppgave å uttale seg om de medisinske virkningene av en kjernefysisk krig i Norge og helsevesenets muligheter til å yte befolkningen hjelp under og etter en eventuell krig. Abildgaard var medlem av ekspertgruppen på ti fremtredende leger som under ledelse av Alexander Pihl leverte sin 15 siders lange rapport «Medisinske og biologiske virkninger av atomkrig» trykt i Tidsskriftet nr. 24/1985. Konklusjonen var følgende: «Ingen anstrengelser er for store når det gjelder å forhindre at atomvåpen igjen blir brukt. Et viktig ledd i disse anstrengelser er å klargjøre for alle en atomkrigs realiteter. Leger har her et spesielt ansvar. Ingen må kunne nære falske forhåpninger om at samfunnet vil bestå og at et menneskeverdig liv vil bli mulig etter en atomkrig».

Ulrich Abildgaard fortsatte sitt engasjement hele livet. Med sin medisinskfaglige tyngde var han en inspirator i arbeidet for å engasjere leger i Norge til å se og bekjempe den trussel atomvåpen representerer for alt liv på jorden og for de menneskelige verdier som er grunnlaget for alt legearbeid. Hans engasjement og klare advarsler er ikke mindre aktuelle i dag, 40 år senere.

Vi minnes ham som venn, medmenneskelig faglig inspirator og bidragsyter i arbeidet mot atomvåpenvandalismen. ■

På vegne av Rådet for Norske leger mot atomvåpen.

Mons Lie, Kirsten Osen

Einar Olav Rykke



Einar Olav Rykke døde uventet 31. mars 2024, 74 år gammel. Han studerte medisin ved Universitetet i Oslo og spesialiserte seg i generell indremedisin og kardiologi. Han arbeidet ved Ullevål sykehus fra 1986 til 1993, ved Bærum sykehus fra 1993 til 1996 og deretter ved Ullevål sykehus igjen fra 1996. De første årene tjenestegjorde han ved Klinisk fysiologisk avdeling, hvor han hadde ansvaret for hjertekateterisering. Ingen behersket detaljene slik som Einar, og ingen kunne blottlegge årene slik som han. Han veiledet yngre kollegaer og medvirket til flere store forskningsstudier som senere ble publisert i prestisjetunge internasjonale tidsskrifter som JACC.

Siden tjenestegjorde han ved Ekkolaboratoriet ved Hjertemedisinsk avdeling og ved Hjertemedisinsk poliklinikk. De siste årene arbeidet han deltid ved poliklinikken, men måtte for to år siden avslutte pasientarbeidet på grunn av sykdom. Han var spesielt interessert i ekkokardiografi, og var en betydelig ressurs for avdelingen.

Einar var en meget erfaren kardiolog som viste stor omsorg for sine pasienter. Han var bestandig opptatt av detaljer, og skrivefeil hos kollegaer ble behørig påpekt, men alltid på en høflig måte. Dette var nok mye av grunnen til at Einar var hjerteavdelingens diagnosesjef. Diagnosekoder og prosedyrer ble nøye gransket ved alle utskrivelser for å sikre faglig korrekthet. Sykehuset fikk riktig statistikk, og Rikstrykdeverket var fornøyd med korrekt kodebruk. Mange sykehus kunne nok med fordel hatt en Einar hos seg.

Einar bidro i stor grad til det gode kollegiale miljøet på avdelingen og ikke minst til det høye faglige nivået som møysommelig har blitt bygget opp over mange tiår. Han hadde en bred kontakflate, god personkjemi med alle ved sykehuset og var ofte innom også etter at han sluttet å arbeide med pasienter. Einars hukommelse var enestående, og han delte gjerne av sine store allmennkunnskaper med kollegaer og venner. Han siterte ofte sin yndlingsforfatter Piet Hein og et passende eksempel er: «Hvis du gleder deg ved mangt, gjør du livet rikt og langt.»

Einar trakk alltid fram det positive og snakket aldri nedsettende om andre. Han var alltid i godt humør og lite selvsentret. Selv om han slet med sykdom de siste årene, var det aldri et klagende ord om egen helse.

Einar vil bli savnet for sin varme, sin egen lune form for humor, sine miljøskapende evner og faglige kvalifikasjoner.

Vår dypeste medfølelse går til hans familie, og vi minnes Einar som det gode mennesket han var. ■

Svein Solheim, Reidar Bjørnerheim, Sigrun Halvorsen, Trygve Husebye, Torstein Jensen, Sverre E. Kjeldsen, Kjell Midtbø, Arne Westheim

Andreas Skulberg



Tidligere anestesioverlege Andreas Skulberg gikk bort den 11. januar 2024.

Han ville ha fylt 100 år den 24. mars. Han studerte medisin i København etter krigen, da Danmark bisto Norge ved å skaffe studieplass for norske medisinstudenter i to år. Som ung lege deltok han i 1953 på det norske feltsykehuset under Koreakrigen, og han påbegynte sin anestesikarriere på Rikshospitalet i 1954 som en av de tidligste anestesilegene i Norge. Senere arbeidet han på Fredrikstad sykehus og, fra 1967, på Ullevål sykehus, der han forble til han ble pensjonert i 1990.

Han var en meget dyktig anestesilege og var svært vennlig og uformell i sin væremåte, både overfor kolleger og pasienter. Blant mange oppgaver hadde han hovedansvaret for anestesi til nyfødte og spedbarn som måtte opereres for livstruende misdannelser i øsofagus/gastrointestinalkanalen. Han var svært interessert i akuttmedisin og gjorde en stor innsats med å få etablert en toårig medisinsk utdanning av ambulansesjåførene i 1974. Ambulanseskolen, og lignende undervisning, ble etter hvert innført i ambulansetjenesten i alle fylker.

Han var også helt sentral i arbeidet med å få iverksatt legeambulansedriften i Oslo i 1967.

Skulberg var i stor grad virksom i utdanningen av blivende anestesileger og anestesisykepleiere ved Ullevål sykehus og var fremragende både som foreleser og som praktisk instruktør. Han skrev flere bøker om førstehjelp og gjenoppliving og tok i 1987 en doktorgrad på drukningsulykker i Norge. I 1982/83 var han medisinsk sakkyndig i rettssaken mot sykehjemsbestyreren som tok livet av 22 gamle sykehjemspasienter i Orkdal, hovedsakelig ved bruk av det muskelparalyserende middel Curacit.

Skulberg var leder av Norsk anesthesiologisk forening i 1964 og ble æresmedlem i foreningen i 1996. I en periode var han også leder av Nordisk anesthesiologisk forening. Skulberg mottok en rekke priser, bl.a. Kongens fortjenestmedalje to ganger, professor Schjelderups gullmedalje, Lærdals ærespris samt Karl Evangs pris for helseopplysning.

Skulberg nøt stor tillit blant kirurgene på Ullevål sykehus, og dette var avgjørende for at han lyktes med å få opprettet en intensivavdeling der, som han selv ledet fra 1981 til han i 1985 ble sjeflege for hele sykehuset. Det er mange både i anestesifaget og i ambulansetjenesten som i takknemlighet husker ham for hans store innsats på så mange områder i faget. ■

Baard Ingvaldsen, Harald Moen

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**.

Priser og formater finner du på legejobber.no

For rekrutteringstjenester: legejobber@tidsskriftet.no

For annonsering: annonser@tidsskriftet.no

Allmennmedisin



Fitjar kommune

FITJAR

Legestillinger med gode vilkår!

Fitjar legekantor skal utvide kapasiteten og søker 5 fastlegar. 3 av desse stillingane vert organisert i rotasjonsordning 2 veker på - 4 veker av.

Me søker etter:

- * 3 legar i rotasjonsordning med kvar si liste på 500 pasientar
- * 1 ALIS lege med liste på 600 pasienter
- * 1 Spesialist i allmennmedisin med liste på 700 pasienter

Sjå utlysning og søk på www.fitjar.kommune.no

Søknadsfrist: 23.05.2024



Eigersund kommune Sammen for alle

Ledige hjemler for privatpraktiserende allmennlege

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

1. Blandeverket legesenter. Listelengde 1250 pasienter, p.t. 764 listepasienter tilknyttet. Denne listen har vikar.
2. Blandeverket legesenter. Listelengde 1000, p.t. 486 listepasienter tilknyttet. Ikke vikar. Åpnes for kommunal ansettelse eller næringsdrift, i evt. kombinasjon med ALIS-løp.

Kontakt: Kommuneoverlege Bjarne Rosenblad tlf. 920 81 879.

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

SØKNADSFRIST: 04.06.2024



BERGEN KOMMUNE

To ledige fastlegehjemler ved nytt 4-legekantor i Berstadhuset - Bergen sentrum

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

Søknadsfrist: 19.05.2024



Tromsø kommune

Fastlegehjemler - nytt legekantor

Vi oppretter nye hjemler ved et nyetablert legekantor og søker både spesialister i allmennmedisin og ALIS. Legekantoret er lokalisert i nyoppussede og moderne lokaler på Kræmer brygge. Kommunen vil gjennomføre etableringen av kontorfasilitetene som skal stå klare ila. Q4, 2024. Les mer på kommunens nettside eller [Legejobber.no](https://legejobber.no). **Søknadsfrist: 21.05.2024**

Legejobber

Ledige fastlegehjemler i Haugesund - Gode fordeler!

Kommunen tilbyr:

- ALIS-avtale med tilgang på dyktige veiledere
- Dekning av flytteutgifter
- Praksiskompensasjon ved fravær som følge av syke barn (inntil 10 dager pr. år)
- Dekning av alle obligatoriske kurs/utgifter knyttet til spesialiseringen
- ALIS-tilskudd
- God tilgang på kollektivtransport og gode parkeringsmuligheter
- Dyktig helsepersonell med lang erfaring

Ta gjerne kontakt med rekrutteringsrådgiver Nimo Abokor på tlf. 94817541. Se fullstendig utlysning på [Legejobber.no](https://legejobber.no).

Spesialist / indremedisin

Barstad, Johannes E./Barmed AS

A. Tidemandsgt. 20, 2000 Lillestrøm. Arbeids-EKG/24-timers BT/spirometri/hjerterytmeregistrering mm. Generell indremedisin. Timebestilling/Kort ventetid/ Tlf. 63 81 21 74/e-mail: post@barmed.nhn.no. Tilknytning NHN. Driftsavtale.

Ledige stipender - legater - fond

NORSAMS FOND FOR FAGUTVIKLING

Norsams fond for fagutvikling er hjemlet i foreningens vedtekter, og har til formål å fremme samfunnsmedisinsk fagutvikling og spesialistutdanning. Norsam-styret prioriterer søknader om formål og prosjekter som kan gi praktisk god nytte i samfunnsmedisinsk arbeid, som kan inspirere andre samfunnsmedisinere og som kan generere kunnskap og erfaring som kan deles i fagmiljøet. Frist for søknad er hhv. 1. september 2024 og 1. januar 2025. Se mer informasjon på www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/Norsk-samfunnsmedisinsk-forening/norsam-fond/



Trenger du lokaler til ditt neste kurs eller møte?

Legenes hus holder til midt i Oslo sentrum med Stortinget, Akershus festning og Kvadraturen som nærmeste naboer

- Vi tilbyr:
- Rom med kapasitet på 6–120 personer
 - Internt teknisk personell som sørger for enkel og trygg gjennomføring – inkludert streaming og hybride møter
 - Servering med dagpakker, lunsjbuffé og festmiddag

Ønsker du å komme på befaring eller høre mer om hvordan vi kan tilrettelegge for ditt møte?



Ta kontakt med oss på booking@legeneshus.no / www.legeneshus.no

Vil du annonsere for ditt kurs?



Ta kontakt på annonser@tidsskriftet.no



Ønsker du oppmerksomhet om forskningen din?

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

S

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

M

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

A

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

R

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

T

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



Lever ditt manus via forfatterveiledningen på tidsskriftet.no.





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)

Helsetjenesten er en avgjørende del av Norges totalberedskap

Nylig ble ny langtidsplan for Forsvaret lagt frem. Den viser at regjeringen ønsker en betydelig styrking av Norges forsvar de neste 12 årene. Vi lever i en urolig verden, og å styrke Forsvaret og totalberedskapen er både nødvendig og viktig.

Derfor er det avgjørende å huske på at helsetjenesten også er en betydelig del av Norges beredskap. Det kan føles lenge siden nå, men det er bare fire år siden Norge måtte stenge helt ned fordi vi var redde for å overbelaste helsetjenesten i en pandemi. Da hadde Legeforeningen i mange år advart om at vi hadde for få intensivplasser, og understreket at helseberedskapen måtte styrkes. Det var vi ikke alene om. Både utredninger og anbefalinger etter utbruddet av svineinfluensa i 2009 og 22. juli-kommisjonen, pekte på viktigheten av å styrke samfunnets og helsetjenestens evne til krisehåndtering.

Koronakommisjonen pekte også på, både i første og andre rapport, at myndighetene var dårlig forberedt til tross for at de var godt opplyst om mangler i den nasjonale beredskapen, inkludert helseberedskapen.

Å styrke helseberedskapen har ikke blitt mindre viktig i tiden etter pandemien, tvert imot. Helseberedskapens formål er, som det står i Nasjonal helseberedskapsplan fra 2018, å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og krig. Det handler om å være forberedt på uventede kritiske situasjoner som involverer helsetjenesten.

I fjor høst la regjeringen frem den første stortingsmeldingen om helseberedskap. Da etterlyste Legeforeningen en sterkere satsing på beredskap i helse-tjenesten generelt, og intensivkapasiteten spesielt. Det er ikke bare å knipse, så får man opprettet nye intensivplasser. Det må være en reell og konkret plan som involverer fagmiljøene.

For skal vi være godt forberedt, trenger vi også å øve – og det kan ikke bare være skriveborsøvelser. Mens forsvaret trener på situasjoner vi ikke ønsker skal oppstå, så jobber helsetjenesten med det vi skal gjøre hver dag. Hvis vi i tillegg skal øve på beredskap, må myndighetene være villige til å betale prisen det koster. Hverken sykehusene eller kommunene har i dag mulighet til å ta personell ut av jobb så de kan delta på øvelse. Men dette må faktisk prioriteres hvis vi skal klare å håndtere krisesituasjoner.

Også samhandling innad i kommunen, og mellom primær- og spesialisthelse-tjenesten, må styrkes for at helsetjenesten skal bli bedre rustet ved fremtidige beredskapshendelser.

Det er dagens beredskapskompetanse og -kapasitet som avgjør hvordan vi håndterer morgensdagens kriser. Historien har vist oss at Norges helseberedskap ikke har vært prioritert i tilstrekkelig grad. Nå er det viktigere enn noen gang at myndighetene faktisk prioriterer helseberedskapen. For historien har også vist oss at beredskap koster, men dårlig beredskap koster mer. ■



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Faglandsrådet 2024: – Mål om å videreutvikle faget

Kunstig intelligens, spesialistutdanning og bedre dokumentasjon var noen av sakene som ble diskutert under årets faglandsråd som fant sted på Soria Moria 17.- 18. april.

Faglandsrådet arrangeres én gang i året og setter faget i sentrum. Møtet løfter og videreutvikler faget gjennom faglige innlegg, diskusjoner og vedtak. Til stede var 72 delegater fra de fagmedisinske foreningene.

– På vegene av hele fagstyret vil jeg som leder få ønske dere alle sammen hjertelig velkommen til faglandsråd her i Legeforeningens egen storstue, Soria Moria. Dette er syvende gang faglandsrådet arrangeres og legger føringer for det medisinskfaglige arbeidet i Legeforeningen, åpnet leder av fagstyret, Ståle Onsgård Sagabråten, med å si til salen.

I faglandsrådet er alle de 46 fagmedisinske foreningene i Legeforeningen representert med både ferdige spesialister, og leger underveis i sine utdanningsløp. Fagstyret med sine ni medlemmer er faglandsrådets utøvende organ, og skal også være et koordinerende organ som ivaretar det fagmedisinske interessefeltet i bred forstand, fra grunnutdanning til videre- og etterutdanning, samt forskning og innovasjon.

– Fagstyret har sett frem til å møte engasjerte representanter fra de fagmedisinske foreningene for å få nye innspill og tanker, uttrykte Sagabråten fra scenen og fortsatte:

– Vi har som mål at faglandsrådet gjennom de neste to dagene skal løfte og videreutvikle faget gjennom innlegg, diskusjoner og vedtak som legger føringer for det medisinskfaglige arbeidet i foreningen. Jeg bruker å omtale faglandsrådet som et fagmedisinsk verksted hvor vi arbeider frem det vi ønsker skal bli Legeforeningens fagpolitikk.



Ønsket velkommen: Leder av fagstyret i Legeforeningen, Ståle Onsgård Sagabråten, innledet faglandsrådet 2024. Foto: Legeforeningen/Thomas B. Eckhoff

Et variert program

Etter tilbakemeldinger fra tidligere faglandsrådsmøter var det i år lagt opp mer tid til diskusjon i plenum og gruppearbeid.

– Som tidligere år ba vi om innspill til tema for felles drøftinger under møtet. Vi fikk det vi må kalle voldsomt god respons. Med utgangspunkt i alle forslagene pekte vi ut tre fagsaker som vi håpet ville fenge. De andre forslagene er tatt vare på, og kan bli aktuelle å bruke på fremtidige faglandsråd eller i andre sammenhenger, forklarte Sagabråten.

De tre fagsakene som var oppe var spesialistutdanning, kunstig intelligens og bedre dokumentasjon.

Hvordan vurdere legers kompetanse?

Den faglige delen av programmet hadde blant annet en bolk om hvordan vurdere legers kompetanse. Kjerneelementet i kompetansebasert spesialistutdanning er den reelle kompetansevurderingen av leger i spesialisering. Utdanningsvirksomheten skal sørge for at legen får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd. I vurderingen skal det innhentes anbefalinger fra veilederen, og minst en av dem som har deltatt i supervisjonen. Men hvordan gjøres reell kompetansevurdering? Hvilke verktøy finnes for ferdighetsevaluering? Hvordan bygges læringsfremmende tilbakemeldingskultur? Og hva sikrer lik spesialistkompetanse nasjonalt?

Som innledning til temaet og påfølgende gruppearbeid, fikk faglandsrådet høre hvordan det legges til rette for kompetansevurdering fra et LIS-perspektiv, fra spesialisthelsetjenestens perspektiv og fra kommunes perspektiv. Ulike sider ved dette ble diskutert videre i mindre grupper og presentert dagen etter.

Kunstig intelligens

Den teknologiske utviklingen øker i tempo. Muligheter man ikke så for seg for noen år siden er nå klare for implementering. Kunstig intelligens er allerede tatt i bruk, også i helsetjenesten, og mulighetene er mange. Samtidig blir veien til mens man går, og det gir lite rom for refleksjon. Finnes det utfordringer vi ikke helt har tenkt på? Hvem skal sørge for at utviklingen kommer pasientene og helsepersonell til gode? Og hvordan går man frem for å få dette til?

Jeg bruker å omtale faglandsrådet som et fagmedisinsk verksted hvor vi arbeider frem det vi ønsker skal bli Legeforeningens fagpolitikk

Ståle Onsgård Sagabråten, leder av Legeforeningens fagstyre

Etter innledernes innslag ble det en paneldebatt med innspill, kommentarer og spørsmål fra delegatene. Styret tok også med seg tilbakemeldinger på hvilke emner og saker innenfor kunstig intelligens det bør jobbe videre med.

Vedtok resolusjon

Helsepersonellkommisjonen (2023) og Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024) legger vekt på at teknologi og digitalisering skal forenkle helsepersonells arbeids- hverdag. Fagstyret har derfor ønsket å belyse hvordan Legeforeningens fagmiljøer kan bidra til dette arbeidet. En utfordring som går igjen er at mengden av informasjon i journalen har økt, og ofte er preget av gjentakelser. Leger og annet helsepersonell opplever at de bruker mye tid på å finne viktig informasjon om pasienten. I tillegg opplever de at å skrive journal tar for lang tid. Samlet skaper denne utviklingen behov for et faglig forbedringsarbeid for enklere og raskere dokumentasjonspraksis.

Fagstyret ønsket å se på kvaliteten på hva som dokumenteres, slik at oppfølgingen av pasienten blir bedre og mer effektiv. Under årets faglandsråd ble det vedtatt en resolusjon som et bidrag i dette arbeidet. Resolusjonen må ses i lys av at pasienten gjennom digitalisering raskt får tilgang til flere egne helseopplysninger. Dette skaper nye behov for trygg og god dialog mellom helsepersonell og pasient og pårørende. Resolusjon finnes på Legeforeningens nettsider.

Åpen post

Det hele ble avsluttes med to saker som ble presentert av Norsk Forening for arbeidsmedisin. De ville benytte muligheten til å spre kunnskap om arbeidsmedisinen til de andre spesialitetene og hvordan arbeidsmedisinerne kan bistå andre spesialiteter gjennom kjennskap til eksponeringer, påkjenninger og tilretteleggingsmuligheter. Den siste saken under åpen post ble om samhandling – et samarbeid mellom Norsk karkirurgisk forening, Norsk endokrinologisk forening, Norsk samfunnsmedisinsk forening og Norsk forening for allmennmedisin.

Gjennom disse sakene ønsket fagstyret å legge til rette for at faglandsrådet skal være en arena hvor de fagmedisinske foreningene har mulighet til å drøfte utfordringer og erfaringer som har delingsverdi.

Legeforeningens grunnutdanningspris

Åsmund Flobak ble tildelt Legeforeningens grunnutdanningspris. Formålet med grunnutdanningsprisen er å løfte frem den eller de som gjør en spesielt god jobb og er gode rollemodeller for medisinstudentene. Det kan enten være en underviser eller et fagmiljø i medisinsk grunnutdanning som bidrar til å skape gode leger.

Flobak er lege på Kreftklinikken ved St. Olavs hospital, og forsker og underviser ved NTNU og Sintef. Flobak ble nominert av førsteklassingene på kull 23 der begrunnelsen blant annet var: «Åsmund Flobak er nominert til prisen for «Årets foreleser» fordi han lærer bort på en enkel og forståelig måte med en god miks av humor og anekdoter, uten at det tar fokuset vekk fra temaene vi lærer om».

Det var en tydelig takknemlig prisvinner som mottok prisen på scenen under faglandsrådet.

– Det var høyst uventet og en stor ære. Høyst uventet fordi jeg vet studentene har mange gode forelesere. Jeg har jo selv vært student en gang, og jeg husker jeg hadde forelesere jeg så opp til som dyktige undervisere. Jeg føler meg egentlig som en student fortsatt, jeg lurar fortsatt på hva som er beste svar på det ene og det andre, så det er rart å forstå at andre ser på meg som en foreleser som kan gi svar. Det er en stor ære å oppleve at nye studenter tydeligvis tenker slik om meg, uttrykte Flobak. ■

Ingrid Rise Fry

ingrid.rise.fry@legeforeningen.no

Årets landsstyremøte: Felleskap og debatt

Legeforeningen inviterer delegater, gjester, medlemmer og observatører til landsstyremøte i Oslo 28. til 30. mai.



Naturnært: Årets Landsstyremøte foregår på Soria Moria, på toppen av Oslo. Foto: Soria Moria

I år gjennomføres landsstyremøtet på toppen av Oslo, i Legeforeningens egen storstue – Soria Moria Hotell. Vi legger opp til tre dager med gode diskusjoner, samtaler og sosialt samvær.

I år har vi gjort en endring ved å flytte den helsepolitiske debatten ut av saklisten for landsstyremøtet og ned til Vippa. Vippa ligger ytterst på Vippetangen i Oslofjorden. Vi setter opp busser fra Soria Moria til Vippa tirsdag ettermiddag, etter åpningsmøtet, lunsj, konstituering av landsstyremøtet og behandling av saker. Etter debatten på Vippa fortsetter vi med mat, mingling og underholdning samme sted.

Hallen hvor Vippa ligger ble tidligere brukt til å lagre matvarer fra hele verden. Nå har den ni boder der det tilbys bærekraftig og mangfoldig mat og drikke som en del av Oslos voksende matlandskap. Vi tilbyr en smak fra alle bodene.

Vippa sier om seg selv: «Vi strever etter å alltid bruke råvarer som er etisk og miljømessig produsert, og det er viktig at vi kjenner menneskene bak. Hovelsrud, Ramme og Bergsmyrene er noen av gårdene vi er stolte av å samarbeide med. Vi mener at mat er en fin måte å bringe mennesker sammen, og vi jobber aktivt for å skape et mangfoldig og spennende sted.»

Onsdag blir det festmiddag på Soria Moria, med påfølgende muligheter for en sving på dansegulvet.

Medisinstudentenes humanitæraksjon (MedHum) pågår i 2023/2024, og de vil være til stede på Soria Moria onsdag 29. mai. Her vil de engasjerte medisinstudentene ha stand, presentere årets prosjekt for landsstyret og samtidig benytte anledningen til å samle inn penger. Årets aksjon er i samarbeid med Adina-stiftelsen og prosjektet «Unlocking Abilities» i Nord-Uganda. ■

Sue Anita Solberg

sue.anita.solberg@legeforeningen.no

Forsker på sosiale ulikheter i kreftbehandling

Sosial ulikhet i kreft er tema for et nytt forskningsprosjekt ved Legeforskningsinstituttet. En forskerlinjestudent har undersøkt forholdene i Oslo. Nå skal den samme forskningen gjøres nasjonalt.

Seniorforsker Berit Bringedal leder forskningen, og er veileder for medisinstudentene Afaf Al-Rammahy og Kenz Al-Shather.

Formålet med studien er å undersøke sosiale ulikheter i kreft mellom Oslos bydeler, med hensyn på kreftinsidens, stadium på diagnosetidspunkt, overlevelse i de ulike bydelene og etter utdanningsnivå.

Hovedfunnene i studien er at Oslo vest har høyere insidens av melanom, bryst- og prostatakreft, mens Oslo øst har høyere insidens av lungekreft (1). På østkanten var flere diagnostisert på et avansert stadium for alle undersøkte krefttyper, bortsett fra brystkreft, og på vestkanten var det høyere overlevelse for alle krefttyper, bortsett fra lungekreft.

Forskerlinjen på medisinstudiet

Afaf Al-Rammahy har forsket ett år på fulltid som forskerlinjestudent og har allerede publisert sin første vitenskapelige artikkel (2). Forskerlinjestudentene får tilbud om ett år med forskning som er fullfinansiert av Forskningsrådet. De er da ute av selve medisinstudiet, og når forskeråret er fullført kommer de inn i kullet etter. Så følger to år med deltidsforskning ved siden av fulle studier. Noen fortsetter med forskning frem til doktorgrad, mens andre finner ut at det ikke er noe for dem. Studentene kan velge et prosjekt fra et bredt område innen medisinsk forskning, for så å kunne fordype seg i et fagfelt som legger grunnlaget for en doktorgrad i medisin.

Med interesse for både samfunnsmedisin og forskning, tok det ikke lang tid før Afaf Al-Rammahy bestemte seg for å kontakte Legeforskningsinstituttet og gå i gang med studien om sosial ulikhet i helse som sitt forskningsprosjekt. Kenz Al-Shather har søkt om opptak og venter spent på beslutningen fra opptakskomiteen. Både Afaf og Kenz ønsker å fullføre løpet frem mot doktorgrad, og Bringedal er glad for å ha dem med på laget.

Besøkte stortinget: Seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet, Berit Bringedal (f.v.), og forskerlinjestudentene Afaf Al-Rammahy og Kenz Al-Shather, var i mars på Stortinget og presenterte det pågående forskningsprosjektet om sosial ulikhet i helse. Foto: Legeforeningen



Drar nytte av egen bakgrunn

– Begge har røtter fra Irak og har samme bakgrunn språklig og kulturelt. Det vil vi ha stor nytte av i dette prosjektet, påpeker Bringedal.

Begge studentene jobber ved siden av studiene, Afaf deltid som pleiemedhjelper på skadelegevakten, og Kenz som pleieassistent på sykehus.

Gjennom disse jobbene har de møtt mange pasienter med ulik sosial bakgrunn. De har personlig opplevd hvordan helsetjenesten har kraft til å motvirke eller forsterke ulikheter, og betydningen av å se hele pasienten. Hva er for eksempel poenget med å behandle et fotsår hvis pasienten har hull i skoen? Studentene har også sett hvor vanskelig det kan være for pasienter med begrensede norskkunnskaper å få frem hva som plager dem når de kommuniserer med helsepersonell. Dette er et generelt problem for dem som mangler den nødvendige helsekompetansen til å navigere i dagens helsevesen.

– Det var nok disse oppdagelsene som vekket interessen for sosial ulikhet i helse, sier de begge.

Det har vært forsket mye på sosial ulikhet i helse og sosial ulikhet generelt. Det som er spesielt med vårt prosjekt er at vi prøver å finne ut av helse-tjenestens rolle i det

Berit Bringedal, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet

Bredder ut studien nasjonalt

– Oslo-studien er den første delen av undersøkelsen. Vi håper å få finansiering slik at Kenz kan gjøre det samme nasjonalt. Så da replikerer vi studien, gjør den nasjonal og ser på forskjeller innen og mellom helseforetakene, sier Bringedal, og tilføyer:

– Vi er veldig spente på hvordan pakkeforløpet har slått inn i de forskjellige helseregionene, og om det er slik at disse reduserer forskjellene. Dette er et av flere spørsmål vi vil kunne få svar på gjennom den nasjonale studien.

De første resultatene fra den nasjonale undersøkelsen vil bli presentert på World Cancer Congress i Genève i september.

– Studiene i Oslo og den nasjonale studien er deskriptive studier av hvordan det ser ut. Behandlingsdelen av studien, hva som ligger bak tallene, og hvor stor betydning forskjell i behandling utgjør, vet vi lite om. Det vil bli interessant å få svar på dette, sier Bringedal.

– Det har vært forsket mye på sosial ulikhet i helse og sosial ulikhet generelt. Det som er spesielt med vårt prosjekt er at vi prøver å finne ut av helsetjenestens rolle i det. Er det virkelig slik at helsetjenesten kan forsterke eller redusere disse ulikhetene? Hver gang temaet blir tatt opp, er det spørsmål om hva vi som helsepersonell kan gjøre. Jeg syns det er veldig gøy at vi nå ser på dette, påpeker Afaf.

– I tillegg til at det er interessant for Legeforeningen og legenes rolle i denne konteksten. Det er grunnen til at Legeforskningsinstituttet engasjerer seg i dette prosjektet, legger Bringedal til.

Studien er et samarbeid mellom Legeforskningsinstituttet, Kreftregisteret og Avdeling for atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo.

Behandlingsdelen av studien

– Det er mange subtile mekanismer i møte mellom mennesker som vi ikke selv er bevisste på. Vi mennesker tror at vi ikke tar irrasjonelle hensyn, men det finnes studier som viser at det slår inn selv om vi ikke ønsker det, sier Bringedal, og tilføyer:

– Dette skal vi se på både kvalitativt og kvantitativt. I intervjustudier med pasienter og helsepersonell, søker vi å identifisere hvor skoen trykker i behandling av kreftpasienter med arabisk språkbakgrunn. I den kvantitative studien bruker vi registerdata. Tanken er å slå sammen tall fra Kreftregisteret som har registrert alt av behandling, og hente bakgrunnsopplysninger fra Statistisk sentralbyrå hvor vi ser både på utdanning, inntekt og familiesituasjon, landbakgrunn og alle faktorer som vi tenker har en betydning. Slik kan vi se på hvilken behandling de ulike gruppene får. Så kan vi gjøre regresjonsanalyser og se på hva som slår ut mest. Kombinasjonen av kvantitative og kvalitative studier vil gi oss dypere innsikt i de sosiale ulikhetene.

Stortingsbesøk

I mars besøkte Berit Bringedal og de to studentene Afaf Al-Rammahy og Kenz Al-Shather

Stortinget og holdt innlegg om det pågående forskningsprosjektet.

Det var stor interesse for forskningsprosjektet, blant annet fra leder av Stortingets helse- og omsorgskomiteé, Tone Trøen (H).

– Det var spesielt morsomt at Trøen ga uttrykk for at hun var imponert over de unge forskerspirene og var glad for å få nye unge krefter inn i forskermiljøet, avslutter Bringedal. ■

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no

Litteratur

- 1 Al-Rammahy A. Kreft og sosial ulikhet i Oslo. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi:10.4045/tidsskr.24.0077.
- 2 Al-Rammahy A, Fadum EA, Nilssen Y et al. Educational disparities in cancer incidence, stage, and survival in Oslo. Res Health Serv Reg 2024; 3: 1.

Godt legeliv – god pasientbehandling

Legeforeningens viktigste oppgave er å skape gode og trygge rammer for legeyrket. Det jobber vi for hver dag. For perioden 2023 til 2025 skal vi særlig arbeide for å sikre leger en god arbeidshverdag med tid til pasientene, innflytelse over egen arbeidsbelastning og trygt arbeidsmiljø – et godt legeliv.



Satsingsområde:
I perioden 2023 til 2025 skal Legeforeningen særlig arbeide for å sikre leger en god arbeidshverdag. Illustrasjonsfoto: Legeforeningen

Utfordringene i helsetjenesten og legers arbeidshverdag har økt de siste årene. Leger som stadig må jobbe lenger og løse flere oppgaver, som opplever for høy arbeidsbelastning og arbeidsrelatert stress, og mindre mulighet for balanse mellom jobb og fritid.

Alle er tjent med at legene har det bra på jobb. At de har energi til å lytte, konsentrasjon til å fange opp og tid til å følge opp. At de er en del av et system som minimerer risikoen for feil, og støtter opp om det skulle skje.

Et godt legeliv handler om balanse mellom jobb og fritid, medbestemmelse og innflytelse over egen arbeidshverdag, ressurser og verktøy som forenkler hverdagen, kultur og arbeidsmiljø, opplevelse av samhold, velfungerende og stedlig ledelse og trygghet til å kunne si ifra om kritikkverdige forhold og å få støtte ved behov. Et godt legeliv er individuelt, sammensatt og komplekst, og krever en innsats på alle nivåer – både lokalt og sentralt.

Kultur for læring og oppfølging

Alle vil ha et godt arbeidsmiljø, og alle har et ansvar for å bidra til dette. Det krever bevissthet og kunnskap om hvordan det skapes. Arbeidsmiljø har betydning for trivsel, egen helse og evnen til å yte god pasientbehandling. Det må jobbes systematisk for å fremme gode og trygge læringsmiljø med åpenhet og dialog, også rundt uønskede hendelser.

Den siste medlemsundersøkelsen i Legeforeningen viser en positiv utvikling i åpenhetskultur og opplevelse av samhold og støtte, som vi må jobbe videre med - sammen.

Trygt arbeidsmiljø, autonomi og gode rammer

Legeyrket innebærer et stort ansvar og krever høy kompetanse. Rammene rundt legers yrkesutøvelse må støtte opp under arbeidet, ikke gjøre en krevende arbeidshverdag enda mer utfordrende.

Dette innebærer både psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet; kultur, ledelse, tilhørighet og fellesskap, fysiske og organisatoriske rammer; verktøy som

avlastere, forenkler og bidrar til bedre pasientsikkerhet og autonomi; innflytelse på utførelsen av arbeidsoppgaver, planlegging av arbeidsdag og muligheten til å påvirke beslutninger som vedrører arbeidet.

Ledere i helse- og omsorgssektoren har en nøkkelrolle i dette.

Oppfølging av arbeidsmiljøet er en viktig del av virksomhetenes kontinuerlige forbedringsarbeid. Dette innebærer å identifisere og håndtere risiko- og forbedringsområder, samt å iverksette effektive tiltak for å forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene. God effekt av arbeid med kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er avhengig av åpenhet, samhandling og tillit.

Balanse mellom jobb og fritid

Leger har tradisjonelt hatt høy arbeidsbelastning, jobbet mye og strukket seg langt for pasienter og kolleger. Det har vært mye opp til den enkelte å takle situasjonen og «holde ut». Endringer over tid har ført til økende arbeidsbelastning og arbeidsmengde, og gjør at

hverdagen ikke lengre går opp for mange. Flere rapporterer nå om at det å strekke seg for å kompensere for organisatoriske mangler ikke lenger er en holdbar strategi – det går utover både legens tilfredshet, helse, arbeidsmiljø og kvalitet i pasientbehandlingen.

De siste arbeidsmiljøundersøkelsene fra Legeforeningen viser at legene skiller seg markant ut når det kommer til opplevelse av autonomi og balanse. Autonomi, pasientfokus og rolleklarhet henger positivt sammen med lavere grad av stress som medfører ubehag og opplevelse av manglende balanse mellom jobb og fritid.

Over tid har leger blitt tildelt stadig flere arbeidsoppgaver, men ressursene for å løse oppgavene følger ikke med. Et betimelig spørsmål er derfor om det har blitt tatt nok hensyn til utviklingen som har skjedd, både når det kommer til organisering og fastsetting av arbeidstid.

Det må legges til rette for at leger skal sikres forsvarlig arbeidsbelastning, opplevelse av medbestemmelse og av tilfredsstillende balanse mellom jobb og fritid.

Bistand til medlemmer

Legeforeningen har et godt og bredt tilbud om bistand. Dette må være godt kjent, og treffe medlemmenes behov.

Det er viktig at medlemmene vet hva de har krav på av rettigheter og hvordan de kan håndtere situasjoner de kan møte på. Dette inkluderer også å vite når de kan og bør involvere tillitsvalgte.

Tillitsvalgte skal være trygge og oppleve at de mestrer å stå i vervet når det stormer. Å skape trygghet starter med god opplæring av tillitsvalgte slik at de har den kunnskapen de trenger i møte med ulike situasjoner som kan oppstå. Samtidig skal tillitsvalgte vite at de har en fagforening i ryggen, og vil kunne få hjelp og støtte fra foreningen sentralt i særlig krevende situasjoner.

Ny arbeidsmiljøveileder

I vår nye arbeidsmiljøveileder har vi samlet en rekke praktiske råd og oversikt over regelverket.

Et godt arbeidsmiljø er nøkkelen til et godt arbeidsliv for medlemmene våre. Et godt arbeidsmiljø bidrar til trivsel, virker helsefremmende for de ansatte, gir økt kvalitet i pasientarbeidet og gjør det gøy å jobbe.

Arbeidsgiver har ansvaret for at arbeidsmiljøet er fullt forsvarlig, men ansatte og tillitsvalgte har ansvar for å bidra aktivt i arbeidet med et godt arbeidsmiljø. Å forbedre og bevare et godt arbeidsmiljø er et kontinuerlig arbeid.

Du finner veilederen på legeforeningen.no. ■

Stine Kathrin Tønsaker

stine.kathrin.tonsaker@legeforeningen.no

Arbeidet med veileder for kommuneoverlegefunksjonen er i gang

I februar markerte Helsedirektoratet startskuddet for arbeidet med en nasjonal veileder for kommuneoverlegefunksjonen.

Legeforeningen har i mange år vært en pådriver for en mer forutsigbar funksjon og rolle for kommuneoverlegen. Covid-19-pandemien viste hvor viktig kommuneoverlegen er, samtidig som det ble avdekket sårbarhet knyttet til kommuneoverlegenes kapasitet: Mange kommuneoverleger opplevde et voldsomt arbeidspress.

Som følge av dette vedtok Legeforeningens landsstyre i 2022 en resolusjon om kommuneoverlegen. I resolusjonen fremgår det blant annet at kommuneoverlegens rolle må tydeliggjøres og sikres reell innflytelse. Budskapet er at kommunene må ta ansvar for å planlegge og organisere en forsvarlig kommuneoverlegefunksjon. Det må være tilstrekkelige stillingsstørrelser, kapasitet, kompetanse, stedfortredere og administrativ nærhet til beslutningstakere.

– Kommuneoverlegens betydning ble avdekket under pandemien. Vi skal også jobbe for at kommuneoverlegens rolle i å bedre lokalsamfunn gjennom folkehelse-tiltak, blir styrket, sier Aud Marie Tandberg, kommuneoverlege i Hammerfest og leder for Leger i samfunnsmedisinsk arbeid.

Hun er Legeforeningens representant i arbeidet med ny veileder, sammen med Kristin Cotta Schönberg, kommuneoverlege i Askøy kommune og leder for Norsk samfunnsmedisinsk forening. I tillegg deltar Legeforeningens sekretariat i arbeidsgruppen. Kommune- ne og Folkehelseinstituttet er også representert. Helsedirektoratet koordinerer arbeidet.

Tydeliggjøre ansvaret

Kommuneoverlegens rolle i beredskapssammenheng er bare én del av det pågående arbeidet i Helsedirektoratet. Rollen er også tillagt en lang rekke plikter og rettigheter som er nedfelt i et stort antall lover og forskrifter. Kommuneoverlegen er også tillagt myndighet i flere vedtakssaker.

Den nasjonale veilederen vil omtale alle disse, og fungere som en rollebeskrivelse. Dette vil forhåpentligvis gjøre det tydeligere for kommunene hvilket ansvar de har og hvilke rammer kommuneoverlegen trenger for å ivareta sin funksjon på en god måte.

– Vi ser frem til å komme i gang og har store forventninger til arbeidet. Målet er å få på plass en veileder som vil styrke kommunenes samfunnsmedisinske oppgaver, og at kommuneoverlegen får en mer definert plass i kommunene, fortsetter Kristin Cotta Schönberg.

Viktigere enn noensinne

– Arbeidet har høy prioritet i våre foreninger. Vi vil få nye nasjonale beredskapshendelser som krever at kommunene er bedre forberedt. Da må de ha den nødvendige kompetansen, og være godt etablert i kommuneorganisasjonen gjennom sitt dagligdagse virke. Kommuneoverlegens rolle er slik sett viktigere enn noensinne, avslutter Kristin Cotta Schönberg og Aud Marie Tandberg.

Arbeidet vil pågå gjennom våren og inn mot sommeren. Målet er å få på plass en veileder som sørger for at kommunene får et mer definert verktøy i samfunnsmedisinske spørsmål. ■

Gorm Hoel

gorm.hoel@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	Sundsfjord, 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	Vetthus, 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
Brattekø, Guttorm	Lang, Astri M.	Øksengård, Anne Rita
Braut, Geir Sverre	Lassen, Kristoffer	Ørstavik, Kristin
Brethauer, 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 Ording	
Flægstad, Trond	Myrstad, Marius	
Fredheim, Olav Magnus	Mørch, Kristine	
Fretheim, 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 Høyen	
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	
Hjartaker, 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	

Tidsskriftet

Legeforeningen utgir Tidsskrift for Den norske legeforening som medlemsblad og medisinskvitenskapelig tidsskrift. Tidsskriftet skal:

- være et organ for medisinsk utdanning som stimulerer til faglig vedlikehold og fornyelse for legen som allmenn kliniker
- stimulere til medisinsk forskning og fagutvikling
- bidra til holdningsdanning hos legene
- videreutvikle etiske og kulturelle idealer i den medisinske tradisjon
- fremme den helsepolitiske debatt

© Tidsskrift for

Den norske legeforening

Gjengivelse av artikler, tabeller og illustrasjoner krever som hovedregel skriftlig tillatelse fra forfatterne og redaksjonen, og med Tidsskrift for Den norske legeforening som kildeangivelse.

For alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1.1.2020 gjelder åpen tilgang-lisensen CC BY-ND 4.0. Artiklene vil være merket med denne lisensen. Bilder, illustrasjoner og andre elementer er også omfattet av lisensen dersom ikke annet er angitt i bildeteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

Tidsskriftet redigeres etter redaktør-plakaten, og alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Den norske legeforenings offisielle synspunkter med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Tidsskriftet er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – 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 (fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Tidsskriftet støtter FNs bærekraftsmål og har skrevet under på SDG Publishers Compact.



Redaksjonen

Sjefredaktør Are Brean

Assisterende sjefredaktør

Ragnhild Ørstavik

Redaksjonssjef Cathrine Idsøe

Digitalt sjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus

Groote, Mette Kalager, 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 32 840

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



KOMMER
4. JUNI

Les i neste nummer

- Fjerning av gallestein
- Bilaterale lunge-embolier
- Seksuell helse hos eldre
- Gonokokkmastitt
- Atopisk eksem

DINE PASIENTER HAR MER DE SKAL SE

78% av pasientene med nAMD og DME kan forlenge
behandlingsintervallet opp til hver 12. eller 16. uke^{1,2}

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktive eller mistenkte
okulære eller periokulære infeksjoner. Aktiv intraokulær inflammasjon³

VABYSMO - utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon⁴

INDIKASJON

Vabysmo er indisert til behandling av voksne pasienter med:

- neovaskulær (våt) aldersrelatert makuladegenerasjon (nAMD)
- nedsatt syn som følge av diabetisk makulaødem (DME)

DOSERING OG ADMINISTRASJON

- nAMD: 6 mg (0,05 ml) som intravitreal injeksjon hver 4. uke til 4 doser er satt. Deretter individualiseres behandlingen. Hos pasienter uten sykdomsaktivitet bør dosering hver 16 uke vurderes. Hos pasienter med sykdomsaktivitet bør dosering hver 12. uke eller hver 8. uke vurderes.
- DME: 6 mg (0,05 ml) som intravitreal injeksjon hver 4. uke til 4 doser er satt. Deretter individualiseres behandlingen ved «treat and extend» tilnærming. Doseringsintervallet kan utvides til opptil hver 16. uke.

BIVIRKNINGER

De hyppigst rapporterte bivirkningene var katarakt, konjunktival blødning, glasslegemeløsning, økt intraokulært trykk, mouches volantes (vitreal flytere), øyesmerter og rift i retinalt pigmentepitel (kun nAMD).

FORSIKTIGHETSREGLER

Intravitreale injeksjoner er forbundet med endoftalmitt, intra-
okulær inflammasjon, rheimatogen retinal løsning, retinal rift og
iatrogen traumatisk katarakt. Systemiske bivirkninger, inkl. arterielle
tromboemboliske hendelser, er sett etter intravitreal injeksjon av
VEGF-hemmere.

PAKNING, PRIS OG REFUSJON:

Styrke	Pakning	Refusjon	Pris (kr)	R.gr.
120 mg/ml	1 stk (hettegl. + filterkanyle)	–	kr 10 229,90	C

Godkjent i Beslutningsforum for nye metoder (13.03.2023).

**For utfyllende informasjon om dosering,
bivirkninger, interaksjoner og forsiktighets-
regler se fullstendig preparatomtale (SPC)
på Felleskatalogen.no**



Les mer her

Referanser: 1. Khanani AM, Kotecha A, Chang A et al. TENAYA and LUCERNE: 2-Year Results from the Phase 3 nAMD Trials of Faricimab with Treat-and-Extend Dosing in Year 2. Ophthalmology (2024), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2024.02.014>. 2. Wong TY, Haskova Z, Kemal A et al. Faricimab Treat-and-Extend for Diabetic Macular Edema: 2-Year Results from the Randomized Phase 3 YOSEMITE and RHINE Trials. Ophthalmology 2024 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2023.12.026>. 3. Vabysmo SPC avsnitt 4.3. Sist oppdatert 08.02.2024. 4. Vabysmo SPC, avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, og 4.8. Sist oppdatert 08.02.24.