

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



øredråper ved øregangseksem

DIPROTIT®

betametason

- smart, brukervennlig endosepipette

- Bruken av pipette gjør det enkelt å administrere riktig mengde betametason i hvert øre, uten sølet som gjerne oppstår med store flasker.
- DIPROTIT inneholder ikke antibiotika, noe som er viktig i en tid der antibiotikaresistens er et økende problem og en global helse-trussel.

DIPROTIT® selges i anvendelige forpackninger med 30 endosepipetter.

DIPROTIT Kortikosteroid gruppe III (sterke). ATC-nr.: S02B A07

ØREDRÅPER, oppløsning i engangspipetter 0,05%: 1 g inneh.: Betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, karbomer, natriumhydroksid, isopropanol, renset vann.

Indikasjoner: Øregangseksem.

Dosering: Øregangen bør rengjøres før behandlingsstart. Initialt i behandlingen gis 1 engangspipette 2 ganger pr. døgn. Etter noen dager reduseres doseringen til 1 engangspipette 1 gang pr. døgn. Om ikke forbedring er oppnådd innen 10-14 dager bør øre-nese-halsspesialist rådføres.

Administrering: Til bruk i øret.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Trommehinneperforasjon.

Forsiktighetsregler: Behandling av barn skal skje i samråd med spesialist. Glukokortikosteroider kan maskere, aktivere eller forverre en infeksjon. Synsforstyrrelser: Er sett ved bruk av systemiske og topiske kortikosteroider. Hvis symptomer som tåkesyn eller andre synsforstyrrelser oppstår, skal pasienten vurderes for henvisning til øyelege for evaluering av mulige årsaker. Dette kan omfatte grå stær, grønn stær eller sjeldne sykdommer som sentral serøs koriektinopati (CSCR), som er sett etter bruk av systemiske og topiske kortikosteroider.

Graviditet, amming og fertilitet: Risiko ved bruk under graviditet og amming vurderes som liten. Preparatet kan brukes under graviditet og amming.

Bivirkninger: Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Hud: Hudatrofi. Hjerne/kar: Kapillærskjørhet (ekchymoser). Øvrige: Sekundærinfeksjon. Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$): Endokrine:

Binyre-barkhemming. Hud: Hypo- eller hyperpigmentering, hypertrikose, sensibilisering (betametason). Ukjent frekvens: Tåkesyn.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger for glukokortikoider H02A B på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Antiinflammatorisk og kløestillende effekt. Gjennom modifisering av kortisonstrukturen (1,2 dobbelbinding, fluorisering og betametylering) oppnås en økt glukokortikoid og antiinflammatorisk effekt samt en redusert mineralokortikoid effekt sammenlignet med hydrokortison.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 25°C, i konvolutten. Engangspipetter i åpnet konvolutt er holdbare i 4 uker.

Pakninger: 30 x 0,2 ml (engangspipette)

Sist endret: 13.12.2018 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 13.09.2017

Innehaver av markedsføringsstillatelse: Evolan Pharma AB, Box 120 SE-182 12, Danderyd, Sverige. www.evolan.se

EVOLAN.

Det er alvor nå



Are Brean
Sjefredaktør

Sammenslutningen av europeiske legeforeninger, Comité Permanent des Médecins Européens (CPME), har nylig tatt til orde for hastetiltak mot klimaendringenes helsekonsekvenser i Europa. Europeiske myndigheter oppfordres til tiltak for å redusere klimarelaterte helseforskjeller og beskytte spesielt utsatte grupper. Ikke minst, understreker CPME, må klimagassutslippene reduseres drastisk.

Bakgrunnen for initiativet er en ny rapport fra The Lancet Countdown om helse og klimaendringer. Rapporten peker blant mye annet på at temperaturen i Europa øker dobbelt så fort som det globale gjennomsnittet, og at bare i vår verdensdel var det mer enn 60 000 varmerelaterte premature dødsfall sommeren 2022.

Allerede i 2014 kalte Verdens helseorganisasjons daværende generalsekretær Margaret Chan klimaendringene «det definerende temaet for helse i det 21. århundre». Klimaendringenes helsekonsekvenser er ikke lenger bare noe som tilhører fremtiden. De er her allerede, og de dreper, slik The Lancet Countdowns nye rapport påpeker.■

Forsiden

De unge snakker om det, de eldre gjør det. Sex er ikke noe man blir for gammel til – tvert imot. Øvelse gjør mester.

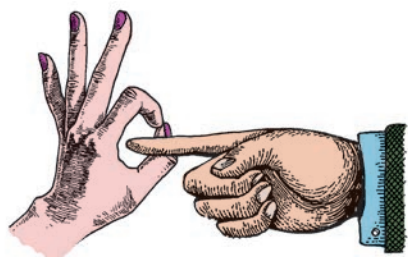
Med alderen kan kroppslige endringer og kroniske sykdommer likevel påvirke seksuallivet. Heldigvis fins det hjelp å få, for sex og fysisk intimitet er helsefremmende i alle livsfaser.

Iben Sandemose har laget forsideillustrasjonen. Hun bor og arbeider i Oslo, og er tegner, forfatter og scenograf. Flere av hennes arbeider finner du på Instagram-kontoen hennes: [@ibensandemose](#).



Illustrasjon: Iben Sandemose

I denne utgaven:

**Også eldre har sex**

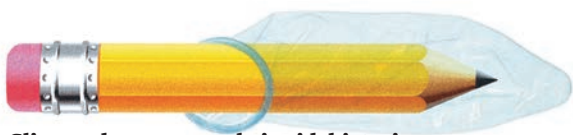
«God seksuell helse fremmer livskvalitet og mestring. Det gjelder også for eldre», skriver en gruppe allmennleger i en klinisk oversiktsartikkel om eldre og sex. Flertallet av eldre over 65 år er seksuelt aktive, men flere kroniske sykdommer og legemidler kan bidra til seksuell dysfunksjon. Mange av disse problemene er det mulig å gjøre noe med. Leger har en unik posisjon til å ta opp spørsmål om samliv og seksualitet med eldre. Det første skrittet er å ta initiativ til slike samtaler.

Side 529

Sanering av gallestein i ett steg

Symptomatisk gallestein rammer hvert år flere tusen pasienter i Norge. Konkrementer i gallegangen har tradisjonelt blitt håndtert i to steg, dvs. med ERCP og endoskopisk kanylering av gallegangen og sanering av konkrementene. Kirurger ved Ullevål sykehus beskriver sine erfaringer med en alternativ én-stegs prosedyre: laparoskopisk transcystisk stenekstraksjon. Resultatene er gode og komplikasjonsraten lav. Metoden fungerer også på pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi, og ved andre endringer av anatomen i øvre mage-tarm-traktus.

Side 526, 527

**Glimrende, men noe skeiv aidshistorie**

«Ketil Slagstad har skrevet en fabelaktig historie om aids i Norge», skriver Preben Aavitsland i sin bokanmeldelse. Slagstad skildrer mange enkeltstakebner på en gripende måte. En rekke pasienter, pårørende, fagpersoner og myndighetspersoner bidro til at epidemien ble taklet på fornuftig vis, og deres innsats er godt beskrevet. Men Aavitsland savner en større vektlegging av andre grupper som ble hivsmittet, enn menn som har sex med menn, og en bredere omtale av Folkehelseinstituttets arbeid og betydningen av den epidemiologiske overvåkingen.

Side 560

Innhold

Leder

- 497 På sjekkemarkedet
Tone Enden

Invitert kommentar

- 498 Historisk siger i domstol
Sara Soraya Eriksen, Matilla Færevåg Berger

Debatt**Debatt**

- 500 Helseopplysninger i private digitale kanaler
Kjersti Wilson, Ida Thorsrud, Kariann Krohne, Anne-Lene Arnesen
- 501 Legeforeningen må gjøre mer for Gaza
Amanda Hylland Spjeldnæs, Emma Joanna Lengle, Davina Kaur Patel
- 504 Livsforlengelse på tvers av pasientens ønske
Damoun Nassehi
- 506 Hjernehelsetilstand angår alle
Anne Hege Aamodt, Geir Selbæk, Gunnar Bovim, Abolfazl Avan, Claudio L.A. Bassetti, Paul Boon, Vladimir Hachinski
- 508 Om varsling, arbeidsmiljø og en halvferdig styrebehandling
Kristin Hovland
- 509 Styrebehandling av omorganisering og varsel
Gunnar Bovim
- 510 Hva vi som helsetjeneste kan lære av tvillingenes overdoser
Lars Lien, Inger Margrete Hageberg, Ingvild Skogen Bauge

Kronikk

- 513 Salve ved kritisk punkt
Hans Erik Heier
- 517 Ryggmargsstimulering har en plass i behandling av langvarige smertetilstander
Christopher Ekholdt, Lars-Petter Granan, Audun Stubhaug, Maren Toennis, Stine Salthe, Bård Lundeland

Vitenskap**Fra andre tidsskrifter**

- 524 Bidrar plastforurensning til hjerte- og karsykdom?
Amanda Hylland Spjeldnæs
- 525 Trygg trombolyse ved anti-koagulasjonsbehandling?
Jørgen Østensjø

Kort rapport

- 526 Laparoskopisk transcystisk ekstraksjon av gallegangskonkrementer
Henrik Krossøy Thomassen, Fredrik Sandve Kilander, Tom Mala, Tom Glomsaker, Magnus Fasting

nr. 7/2024

Utgivelsesdato
4. juni 2024

527	Invitert kommentar Sanering av gallesteiner i ett steg <i>Eirik Kjus Aahlin</i>
529	Klinisk oversikt Seksuell helse hos eldre <i>Anita Sunde, Øyvind Stople Sivertsen, Håvard Kjesbu Skjellegrend, Kjell-Olav Borén Svendsen, Siri Dalsmo Berge, Ingvild Vatten Alsnes</i>
534	Noe å lære av En kvinne i 30-årene med dyspné to uker etter bukplastikkoperasjon <i>Nasir Saeed, Erlend Moen Taule, Nils Vetti, Sahrai Saeed, Elisabeth Leirgul, Håkon Reikvam</i>
539	Kort kasuistikk Gonokokkmastitt <i>Katja Løvik, Kjersti Wik Larssen, Margrete Solvang, Håkon Lund-Hanssen, Monica Jernberg Engstrøm, Fredrik Førsund Bremtun</i>
541	Språkspalten Fatigue eller utmattelse? <i>Anders Svare</i>
542	Medisin og tall De trøblete brøkene <i>Jo Røislien, Anne Lene Johnsen</i>
543	Medisinen i bilder Et spedbarn med blå flekker i huden <i>Jakob Lillemoen Drivenes, Britt Jørstad Bryne, Guro Lillemoen Andersen</i>
544	Fra fagmiljøene Kikhostevaksine – gravide blir målgruppe i barnevaksinasjonsprogrammet <i>Hilde Marie Engjom, Fredrik Skår, Hinta Meijerink, Inger Johanne Landsjøåsen Bakken, Guri Sundgot Halvorsen, Evy Therese Dvergsdal, Margrethe Greve-Isdahl</i>
545	Interessegruppe for miljøgifter og folkehelse <i>Anne-Lise Bjørke-Monsen, Maria Averina, Ingrid Hokstad, Merete Eggesbø, Sandra Huber, Bjørn J. Bolann, Jan Brox</i>
546	Oppfølgingen ved ensidig hodepine med autonome symptomer kan bli bedre <i>Knut Hagen, Bendik S. Winsvold, Marte-Helene Bjørk, Erling Tronvik, Laila Bratterud Mathiesen, Hilde Karen Ofte, Christofer Lundqvist, Julie Sønnervik, Nina Bäcklund</i>
548	Felles fagprosedyrer for barn med atopisk eksem <i>Teresa Victoria Løvold Berents, Christian Dotterud, Elling Atle Faleide, Kristine Kirkeby Fuskeland, Trude Gildestad, Stina Camilla Gundersen, Lotte Haavik, Lene Helland, Elisabeth Lange, Astrid Haaskjold Lossius, Elin Martinsen, Hilde Olset, Ingvild Gaare Olstad, Eva Maria Rehbinder, Tonje Reier-Nilsen, Kim M.A. Sandberg Endre, Thomas Roger Schopf, Børge Endre Haugen Østhus</i>

549	Tørre å spørre – slik kan legen støtte ungdom med et annerledes utseende <i>Kristin Billaud Feragen, Moa Millgård</i>
-----	--

Magasin

550	Intervju Brakte en ny vår i norsk psykiatri <i>Charlotte Lunde</i>
556	Legelivet Lavere prioritet for pasienter med usunn livsstil? <i>Berit Horn Bringedal</i>
557	Klinikk-reaktiv pasientbehandling (KRP) <i>Bård Reiakvam Kittang</i>
558	Fra arkivet Den farligste dagen i uka <i>Julie Didriksen</i>
560	Anmeldelse Skeiv aidshistorie <i>Preben Aavitsland</i>
564	Ph.d.-disputaser
565	Minneord

Annonser

568	Legejobber
571	Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

573	Lønnsoppgjørene handler om mer enn bare lønn <i>Anne-Karin Rime</i>
574	Førstehjelpshjelperen <i>Andreas Haslegaard</i>
576	Oppfordrer unge leger til å bli tillitsvalgte <i>Lisbet T. Kongsvik</i>
577	De er årets allmennleger 2024 <i>Allmennlegeforeningen</i>
578	– Det er nok et underforbruk av fastlegen blant etterlatte ved selvmord <i>Lisbeth Nilsen</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

SUNNDAL KOMMUNE

Fastlege
Frist 20. juni

MODUM KOMMUNE

Fastlege/ALIS
Frist snarest

HELSE FONNA HF

Overlege, blodsykdommer
Frist 9. juni

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Overlege, infeksjonssykdommer
Frist 15. juni

MEDCO DIN HMS TROMSØ AS

Bedriftslege/LIS3
Frist 14. juni

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Lege før LIS1
Frist 9. juni

LOVISENBERG DIAKONALE SYKKEHUS

Overlege, psykiatri
Frist 5. juni

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Overlege, patologi
Frist 16. juni

FINNMARKSSYKEHUSET HF

LIS, generell kirurgi
Frist 16. juni

SYKEHUSET I VESTFOLD HF

Avdelingssjef for AMK
Frist 9. juni

På sjekkemarkedet

Kampen om folks oppmerksomhet og helse i et kommersielt marked går på bærekraften løs.

Google-søk på *helsekontroll* og *helsesjekk* gir en rekke treff med tilbud fra kommersielle tilbydere av helsetjenester. Mange har kampanjer med lavere priser nå før sommeren; det er løp og kjøp deg en bekymring mindre før ferien. Men friskere blir du neppe (1).

I et kommersielt helsemarked er det mange aktører som ønsker å imøtekomme folks bekymringer rundt egen helse ved å tilby tjenester som omfatter grundige undersøkelser av presumptivt friske personer. Dessverre går slike helsesjekker på tvers av kloke valg og faglige råd; friske mennesker uten symptomer eller kjent risiko behøver som hovedregel ikke regelmessige helsekontroller (2). I en Cochrane-analyse med over 230 000 studie-deltakere var tilbud om helsesjekk hverken forbundet med reduksjon i sykkelighet eller død av kreft- eller hjerte- og karsykdom (1).

Hva legges i helsekontrollene, og når er de ubegrunnede? Helsekontroller er ubegrunnede når friske individer uten tilknyttet klinisk problemstilling, symptomer eller kjent risiko likevel undersøkes og testes. Hva som inngår i kontrollene, varierer i omfang og innhold (og pris). Oftest fokuseres det på kliniske undersøkelser og blodprøver, mens enkelte også tilbyr omfattende ultralydundersøkelser.

Det finnes selvsagt unntak. Nasjonale screeningprogrammer, helsestasjonsprogrammet og svangerskapskontroller er eksempler på velbegrunnede helsesjekker av friske. Dette er offentlig finansierte tilbud med dokumenterte helsegevinster som støttes av helseøkonomiske evalueringer hvor kostnad–nytte-forholdet kan vurderes opp mot andre tjenester og gi grunnlag for prioritering.

Helsetjenester generelt og helsepersonell spesielt er knappe ressurser. Utstrakt bruk av ubegrunnede helsesjekker, blodprøver og andre diagnostiske undersøkelser er en trussel mot bærekraftige helsetjenester, enten de er privat eller offentlig finansierte (3). I den britiske helsetjenesten har ubegrunnede helsesjekker og blodprøver ført til så stor pågang fra pasienter med oppfølgingsbehov at allmennlegeforeningen har gått ut med en advarsel om at disse ikke nødvendigvis vil bli fulgt opp av fastlege, og at slik aktivitet kan medføre mer ulempe enn nytte (4). Parallelt anbefaler Norsk forening for allmennmedisin å unngå å henvise til undersøkelser og behandling som dekkes av private helseforsikringer, uten god faglig indikasjon (2).

For OECD-landene er det anslått at en femtedel av helsebudsjettene brukes på tjenester som ikke fører til helsegevinster (5). Kommersielle tilbydere er altså langt fra alene om å generere unøvendige undersøkelser. I en kanadisk registerstudie fikk 30 % av deltagerne i gruppen over 74 år én eller flere tester med forventet lav nytteverdi i løpet av en treårsperiode (6). PSA-testing var en versting, med villscreening av vel halvparten av eldre menn uten mistanke om prostatakreft.

Her hjemme har myndighetene pålagt de regionale helseforetakene å samarbeide om å redusere utredning og behandling med lav helsegevinst i sykehusene (7). Så langt er skulderkirurgi, gastroskopi hos de under 45 år og koronar angiografi utvalgte fagområder for denne styrte aktivitetsreduksjonen. I samarbeidet kan også aktuelle

private tilbydere bidra. Etter at Gjør kloke valg-kampanjen i all hovedsak har vært drevet fram av fagmiljøene selv, var det på høy tid at myndighetene også kom med en overordnet og langsiktig satsning.

Helsetjenestene må selv jobbe videre med å sikre bærekraftige tjenester, og i 2024 har de fleste helseaktører sin egen bærekraftsprofil, ofte med utgangspunkt i FNs bærekraftsmål. Her kan vi som fagmiljøer og enkeltpersoner yte press for at bærekraftige helsetjenester blir en eksplisitt del av bedriftsstrategien hos flere av de private tilbyderne. Det kan også tenkes at det gjennom bærekraft ligger et potensial for markedsføring og konkurransefortrinn i det kommersielle helsemarkedet (8). Et eksempel til etterfølgelse og inspirasjon er samarbeidet mellom NTNU, Gjør kloke valg-kampanjen og to av de større private tilbyderne av radiologiske tjenester (9).

Like slående som søketreffene på *helsekontroll* og *helsesjekk*, med veldesignede hjemmesider som tilbyr «helsesjekk total» og «et spekter av blodprøver», er fraværet av dokumentasjon om nytte (og ulempe) ved tilbudene. Dette står i kontrast til markedsføringen av reseptpliktige legemidler, som i hovedsak rettes mot leger, og hvor firmaene må dokumentere enhver opplysning og påstand. Gitt vår kunnskap om prediktiv verdi, overdiagnostikk og usikre prøvesvar, ville et krav om slik informasjon ikke være urimelig i markedsføring av helsetjenester rettet mot befolkningen.

Kommersielle tilbydere som velger å slutte opp om Gjør kloke valg-anbefalingene og dokumenterer fagligheten i tjenestene de tilbyr, bidrar til bærekraft, skåner det offentlige helsevesenet og appellerer til ressursbevisste kunder. De vil også kunne medvirke til en sunnere selvregulering i et helsesjekkemarked som nå spiller på folks bekymring om egen helse – i en tid der bekymring for bærekraft er større og bedre dokumentert. ■

Tone Enden

tone.enden@tidsskriftet.no

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

Litteratur

- 1 Krogstøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev 2019; 1: doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub3.
- 2 Gjør kloke valg. Norsk forening for allmennmedisin. Lest 14.5.2024.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 14.5.2024.
- 4 Royal College of General Practitioners. Screening position statement. Lest 14.5.2024.
- 5 OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. Lest 14.5.2024.
- 6 McAlister FA, Lin M, Bakal J et al. Frequency of low-value care in Alberta, Canada: a retrospective cohort study. BMJ Qual Saf 2018; 27: 340–6.
- 7 Helse Nord. Hva skal sykehusene gjøre mindre av? Lest 16.5.2024.
- 8 Stiftelsen Miljøfyrtårn. Slik markedsfører du bærekraft Lest 21.5.2024.
- 9 Nomme F, von Schweder GKJ, Andersen ER et al. Klokere henvisning til bildediagnostikk. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0223.

Historisk siger i domstol

Ein banebrytande dom i den europeiske menneskerettsdomstolen gjer det umogleg å avvise koplinga mellom klimaendringar, menneskerettar og helse. Legeforeninga bør følge opp ved å ta til orde for stans i oljeletinga.

I byrjinga av april i år slo den europeiske menneskerettsdomstolen i Strasbourg for første gong fast at manglande klimahandling kan bryte med menneskerettar. Dette hende etter at 2 400 eldre kvinner gjekk til sak mot staten Sveits for manglande klimahandling. Kvinnene argumenterte med at dette trua deira rett til liv og helse og la særleg vekt på at eldre menneske er sårbare i møte med halebølger forårsaka av klimaendringar (1).

Sigeren har ikkje oppstått i eit vakuum. Evidensen for at klimaendringar har omfattande negative helsekonsekvensar har eksistert i lang tid, og fleire leiande medisinske tidsskrift, inkludert The Lancet, har beskrive klimaendringar som den største globale helsetrusselen i vårt hundreår (2, 3).

Rekordmange 103 millionar menneske var på flukt i verda i 2022, og innan 2050 er det venta at så mange som 200 millionar menneske vil bli tvinga på flukt som ei direkte følge av klimaendringar (4). Som helsepersonell med ein eid om å ikkje skade er dette eit ubehageleg faktum.

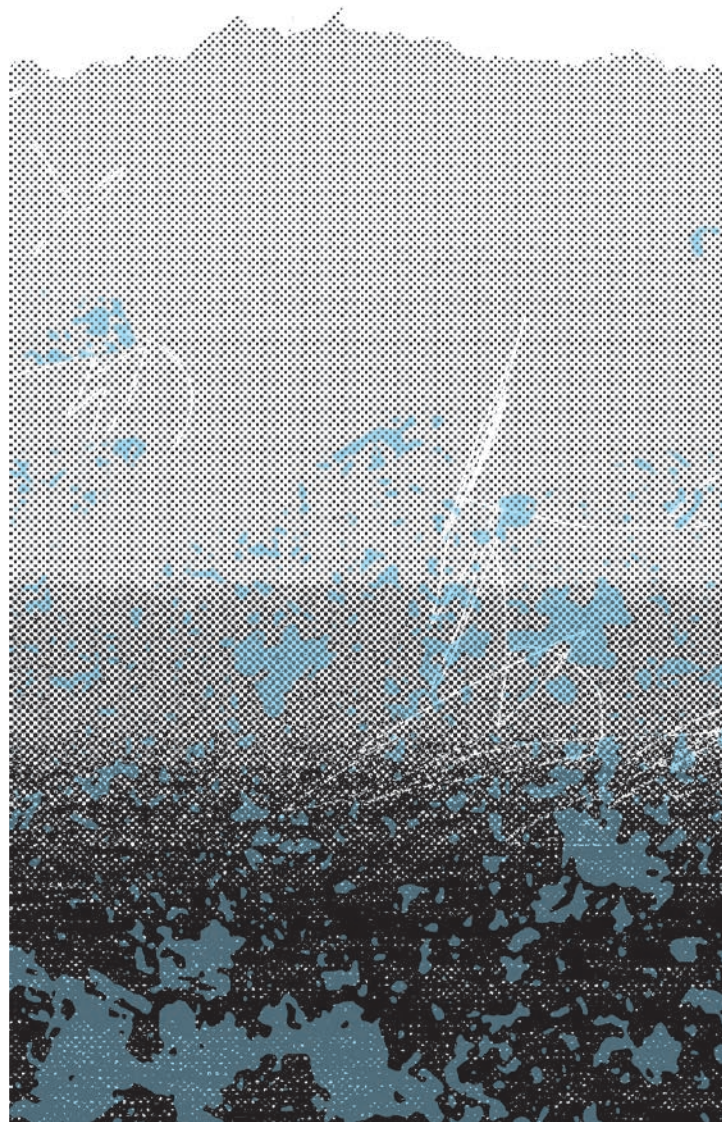
At klimavitskap no blir forma til resultat i rettssalen, vil for mange kanskje ikkje vere ei overrasking, men likevel er det ein etterlengta siger som gir håp for framtida og dei om lag 2 000 andre klimarettssakene som pågår (5).

Innan 2050 er det venta at så mange som 200 millionar menneske vil bli tvinga på flukt som ei direkte følge av klimaendringar. Som helsepersonell med ein eid om å ikkje skade er dette eit ubehageleg faktum

Samtidig har vitskapen vist at klimakrisa er ei solidaritetskrise med dei største helsekonsekvensane først og fremst for marginaliserte menneske (5, 6). Det er nettopp *dette* som gjer den historiske dommen så unik og ubehageleg for nordmenn; dei sveitsiske kvinnene kjem frå eit land og eit helsevesen som kan samanliknast med vårt. Eit velutvikla land i Europa med eit godt utbygd helsevesen. At helsekonsekvensar av klimaendringar i eit land som Sveits dannar grunnlaget for den historiske dommen, underbygger ei tankevekkande sanning: Klimaendringar angår oss alle.

Helseorganisasjonar globalt tar no til orde for at regjeringar må utarbeide ein bindande plan for stans i alle nye lisensar for olje, kull og gass gjennom ein ikkje-spreiingsavtale (7). Blant dei 350 helseaktørane som har skrive under på oppropet, finn vi Verdas helseorganisasjon (WHO), den internasjonale medisinstudentforeninga (IFMSA) og Verdas legeforening (WMA), Legeforeninga si eiga moderforening.

Legestanden har vore modig før, som då vi tok til orde mot den mektige tobakksindustrien for ein kontroversiell politikk av omsyn til liv og helse. Som den anerkjente rammekonvensjonen om tobakkskontroll (8) er ikkje-spreiingsavtalen ein evidensbasert internasjonal avtale med mål om å regulere ein substans kjent for å vere skadeleg for helsa. Forbrenning av fossilt brensel medfører temperaturstigning, eskalerer sosial ulikskap, tar helse og liv og er brot på menneskerettane. Tida er overmoden for at den norske legestanden tar dette innover seg. Som Norge sitt største medisinske fellesskap er det på tide at også Legeforeninga, som si eiga moderforening, tar eit tydeleg standpunkt for å



begrense helseskadar av klimaendringar. Det inneber at foreininga må anerkjenne dei helseskadelege globale konsekvensane av fossilt brensel.

Evidensen har vore klar i lang tid. Menneskerettsdomstolen og det globale medisinske miljøet følger no etter. Spørsmålet er om den norske legestanden er klar til å ta den ubehagelege sanninga innover seg. Å ta til orde for stans i oljeleitinga er Legeforeininga si moglegheit til å stille seg på rett side av historia. ■

Sara Soraya Eriksen

saraeriksen20@gmail.com

Sara Soraya Eriksen er LIS1-lege i Narvik kommune og styreleiar i Legenes klimaaksjon. Ho var folkehelseansvarleg i Norsk medisinstudentforening og bidrog i rapportane Grønt Helsevesen og Klima og bærekraft i helseutdanningene.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgjande interessekonfliktar: Ho er styreleiar i Legenes klimaaksjon, som er eit partipolitisk uavhengig nettverk som jobbar for å hindre helseskadar frå global oppvarming, men vervet er ubetalt.

Matilla Færevåg Berger

Matilla Færevåg Berger er lege ved Skadepoliklinikken i Bergen/Bergen legevakt. Ho er styremedlem og leiar av formidlingsgruppa i Legenes klimaaksjon.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgjande interessekonfliktar: Ho er styremedlem og leiar for formidlingsgruppa i samme foreining, men vervet er ubetalt.

Litteratur

- 1 Niranjana A. Human rights violated by Swiss inaction on climate, ECHR rules in landmark case. The Guardian 9.4.2024. Lest 18.4.2024
- 2 Atwoli L, Baqui AH, Benfield T et al. Call for emergency action to limit global temperature increases, restore biodiversity, and protect health. Lancet 2021; 398: 939–41.
- 3 Romanello M, Napoli CD, Green C et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. Lancet 2023; 402: 2346–94.
- 4 Leger uten grenser. Klimakrisen. Lest 18.4.2024.
- 5 Greenpeace. EMD: Klimaseniorinnen i Sveits vant viktig sak. Lest 18.4.2024.
- 6 IPCC. Climate Change 2023: Synthesis Report. Lest 30.4.2024.
- 7 Fossil Fuel Non Proliferation Treaty. Health professionals call for fossil fuel treaty to protect lives of current and future generations. Lest 18.4.2024.
- 8 World Health Organisation. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Lest 18.4.2024.



Helseopplysninger i private digitale kanaler

Kommuniserer du digitalt med og om dine pasienter i private kanaler? Det kan være i strid med helse- og personvernlovgivningen.

Noen virksomheter som tilbyr helsetjenester, oppgir e-postadresse eller mobilnummer på sine hjemmesider. Ofte informerer de samtidig om at helseopplysninger ikke skal gis på e-post eller SMS. Her er et eksempel fra en privat legepraksis:

«Utover telefontiden vår kan du sende SMS eller epost med kort beskrivelse av problemstillingen. Ikke oppgi helseinformasjon».

En oppfordring om å ikke gi helseinformasjon er ingen garanti for at pasientene lar være å gi helseopplysninger. Som helsepersonell må du alltid ta høyde for at de kan gjøre det – og du må ha en plan for hvordan du skal håndtere slike opplysninger.

Når du åpner for digital kommunikasjon i private kanaler som e-post, SMS, Messenger, WhatsApp eller Snapchat, er du ansvarlig for at taushetsplikten (1) og journalføringsplikten (2) overholdes. I tillegg må du sørge for at kommunikasjonskanalene er sikret i tråd med kravene til informasjonssikkerhet som følger av helselovgivningen (3) og personvernlovgivningen (4).

Kravene til informasjonssikkerhet er de samme, uavhengig av om helsepersonellet kommuniserer med pasienter gjennom virksomhetens digitale kanaler eller i private digitale kanaler

Vurder informasjonssikkerheten først

Helselovgivningen (3) og personvernforordningen (4) stiller krav til informasjonssikkerhet når kommunikasjon foregår i digitale kanaler. Kravene til informasjonssikkerhet er de samme, uavhengig av om helsepersonellet kommuniserer med pasienter gjennom virksomhetens digitale kanaler eller i private digitale kanaler.

Informasjonssikkerhet innebærer å beskytte konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet av personopplysninger mot uautorisert tilgang, endringer eller ødeleggelser. Helseopplysninger er sensitive personopplysninger, og håndtering av disse har et iboende høyt risikonivå (5, 6). Den som behandler personopplysninger, må innføre passende tekniske og organisatoriske tiltak for å sikre dem (7).

Tekniske tiltak kan inkludere tilgangsstyring, passordbeskyttelse og logging (hvem bruker systemet, når og hvorfor). Organisatoriske tiltak kan være interne rutiner som angir hvilke systemer ansatte skal bruke i kommunikasjonen med pasienter.

Det er aldri tilstrekkelig å bare innføre tekniske og organisatoriske tiltak. Disse må også dokumenteres og etterleves i form av «tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll» (8). For eksempel må nødvendige sikkerhetsoppdateringer utføres for å beskytte personopplysningene. Store helsevirksomheter har fagpersoner som ivaretar informasjonssikkerheten og gjør slike sikkerhetsoppdateringer, men ved bruk av private kanaler er det du selv som er ansvarlig for å dokumentere informasjonssikkerheten og gjennomføre oppdateringer.

Husk at helseopplysninger som deles i private digitale kanaler, kan komme på avveie på grunn av menneskelig feil. Du kan ved et uhell sende en SMS eller e-post med helseopplysninger til feil person, eller låne bort mobiltelefonen til et familiemedlem som ser det som er sendt eller mottatt i Messenger eller som SMS. Det siste skjedde med den syv år gamle pasienten Truls. Han var hos fastlegen fordi han var hoven i ansiktet etter et vepsestikk. Fastlegen tok et bilde av Truls' ansikt med sin mobiltelefon for å konferere med en sykehuslege. Senere samme dag lånte fastlegen bort mobilen til sin datter som ville spille et spill. Datteren så da bildet av klassekameraten Truls med høvent ansikt – og fortalte dette til alle på skolen neste dag. Du må også være oppmerksom på at helseopplysninger kan komme på avveie hvis du ikke har gjennomført sikkerhetsoppdateringer på din private telefon eller pc, noe som gjør at enheten er mer sårbar for dataangrep. Blir helseopplysninger kompromittert gjennom et dataangrep, vil dette være brudd på både informasjonssikkerheten og den lovpålagte taushetsplikten.



Illustrasjon: Tidsskriftet

Alltid ditt ansvar

Taushetsplikten gjelder uavhengig av kommunikasjonsform (1). Vær klar over at dersom du blir kontaktet i private digitale kanaler av pasienter eller pårørende, så er det ikke alltid nok å la være å svare dem. Det anbefales å slette opplysningene umiddelbart for å unngå å bryte taushetsplikten dersom andre får tilgang til telefonen, pc-en eller nettbrettet. Videre har private kanaler ingen automatisk funksjon for journalføring som den man for eksempel finner i Helsenorge-appen. For å ivareta journalføringsplikten, må du selv sørge for å dokumentere kommunikasjonen i pasientens journal. Manglende journalføring utgjør en pasientsikkerhetsrisiko (2, 9).

I Veileder for digital pasientkommunikasjon for helse- og omsorgssektoren (10) gis det gode eksempler på hvilke typer informasjon som kan gis i ulike digitale kanaler. Veilederen er et godt verktøy for deg som ønsker å lære hvordan du best mulig kan ivareta informasjons-sikkerheten, taushetsplikten og journalføringsplikten. ■

Mottatt 15.3.2024, første revisjon innsendt 16.4.2024, godkjent 19.4.2024.

Kjersti Wilson

kjersti.wilson@konsilito.no

Kjersti Wilson har master i rettsvitenskap og er personvernrådgiver hos Konsilito. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ida Thorsrud

Ida Thorsrud har master i rettsvitenskap og er personvernrådgiver.

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

Kariann Krohne

Kariann Krohne er sosialantropolog, førsteamanuensis ved Institutt for folkehelsevitenskap, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet og seniorforsker ved Nasjonalt senter for aldring og helse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anne-Lene Arnesen

Anne-Lene Arnesen er jurist og pasient- og brukerombud i Buskerud.

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

Litteratur

- 1 LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 21. Lest 7.3.2024.
- 2 LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 39. Lest 7.3.2024.
- 3 LOV-2014-06-20-42. Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) § 22. Lest 3.3.2024.
- 4 LOV-2018-06-15-38. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), artikkel 32. Lest 3.3.2024.
- 5 LOV-2018-06-15-38. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), artikkel 9. Lest 7.3.2024.
- 6 Normen. Veileder om risikostyring i informasjonssikkerhet og personvern. Lest 12.4.2024.
- 7 LOV-2018-06-15-38. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), artikkel 24. Lest 7.3.2024.
- 8 LOV-2018-06-15-38. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), artikkel 5. Lest 7.3.2024.
- 9 LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 40. Lest 28.4.2024.
- 10 Normen. Veileder i digital pasientkommunikasjon for helse- og omsorgssektoren. Lest 29.2.2024.

Tekst: Amanda Hylland Spjeldnæs et al.

Legeforeningen må gjøre mer for Gaza

Legeforeningen må tørre å anvende sine egne etiske retningslinjer også når det gjelder situasjonen i Gaza.

Det foregår en debatt i Tidsskriftet om hvor langt Legeforeningen skal gå for å støtte Gaza. To debattinnlegg har argumentert for at Legeforeningen viser mer støtte til Palestina enn til Israel, og at dette bør ta slutt (1, 2). Senest 11. april 2024 skrev May-Brit Lund at «det forventes at foreningen ikke tar politisk side» (1). President i Legeforeningen, Anne-Karin Rime, har uttalt at de ikke har tatt politisk ståsted eller valgt side, men at Legeforeningen støtter medisinsk nøytralitet og umiddelbar våpenhvile (3, 4). Vi er ikke enige verken med Lund eller Rime. Vi mener at Legeforeningen bør være tydeligere i sin støtte til det palestinske folk.

Folkemordet må stanses

Lund etterlyser en kontekst for hvorfor Israel bomber sykehus i Gaza og peker til Hamas' angrep 7. oktober 2023. Konteksten er 57 år med israelsk okkupasjon av Gaza og Vestbredden (5), og 16 år med blokade av Gaza (6). På samme måte som Hamas' angrep ikke kan forsvares av denne historikken, kan heller ikke mord på over 34 000 mennesker i Gaza, hvorav nesten halvparten er barn, forsvares av angrepet 7. oktober 2023. Den internasjonale domstolen (ICJ) har anerkjent det pågående angrepet mot palestinere som plausibelt folkemord (7), og FN-eksperter har vurdert det som folkemord (8). Vi må se fremover på hvilke tiltak som kan bidra til å stoppe tragedien som utspiller seg.

Hva er medisinsk nøytralitet?

Legeforeningen gjentar at de støtter medisinsk nøytralitet og ikke ønsker å ta side. Men hvordan kan Legeforeningen være forkjempere for medisinsk nøytralitet uten å støtte de som angripes og undertrykkes? Å støtte prinsippet medisinsk nøytralitet i dagens situasjon mellom Israel og Palestina, betyr i praksis å vise støtte til palestinske helsearbeidere, pasienter og sivile. For det er palestinere som bombes massivt, det er palestinere som ikke får helsehjelp, og det er palestinske helsearbeidere som blir drept. Legeforeningen kan ikke hevde at de jobber for medisinsk nøytralitet uten å være tydelige på at det er palestinske pasienter, helsearbeidere og helsetjenester som er under angrep.

Etiske retningslinjer må benyttes

Dersom vi bruker Legeforeningens egne etiske retningslinjer, blir det enda tydeligere at Legeforeningen bør vise klar og tydelig støtte til det palestinske folk. Vi siterer fra første paragraf i Legeforeningens etiske retningslinjer, slik vi også gjorde i oktober 2023 (9), der det står at «[I] egen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet —→



Bildet viser det fullstendige ødelagte Shifa-sykehuset i Gaza, Mai 2024. Foto: Dawoud Abo Alkas / Abaca / NTB

Legeforeningen kan ikke hevde at de jobber for medisinsk nøytralitet uten å være tydelige på at det er palestinske pasienter, helsearbeidere og helsetjenester som er under angrep

og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn». Angrepene i Gaza er enormt urettferdige og brudd på menneskerettighetene. Legeforeningen må tørre å anvende sine egne etiske retningslinjer på situasjonen i Gaza.

Forslag til tiltak

Vi har flere forslag til hvordan Legeforeningen kan gjøre mer for Gaza og det palestinske folk. For det første bør Legeforeningen være en tydeligere stemme ved markeringer. De bør stille seg bak flere markeringer (som #notatar-get), ta initiativ til markeringer og holde appeller.

Legeforeningen bør mene at Israels okkupasjon av Palestina og blokaden av Gaza må ta slutt. Dette handler om at menneskerettigheter og folkerett må respekteres, og opphevelse av blokaden og okkupasjonen, i tillegg til våpenhvile, er nødvendig for at palestinere skal ha tilgang til trygge helsetjenester. Å mene dette er i tråd med forpliktelsene i paragraf 1 av Legeforeningens etiske retningslinjer.

Legeforeningen bør dessuten inngå samarbeid med palestinske fagforeninger, slik LO har et langvarig samarbeid med den palestinske fagbevegelsen.

I tillegg bør Legeforeningen jobbe for at palestinske medisinstudenter får fullført sine medisinstudier, og at medisinsk infrastruktur, medisinsk utdanning og medisinsk forskningskapasitet for palestinere gjenoppbygges. Legeforeningen bør også legge mer press på den norske regjeringen og de internasjonale medisinske foraene de deltar i, om at Israel må stoppe angrepene på helsepersonell og sivile.

Den katastrofale situasjonen i Gaza setter Legeforeningen på prøve; kommer foreningen i praksis til å stå opp for medisinsk nøytralitet, menneskerettigheter og rettferdighet, eller blir det kun med fine ord? ■

Mottatt 29.4.2024, godkjent 6.5.2024.

Amanda Hylland Spjeldnæs

amanda.spjeldnas@medisin.uio.no

Amanda Hylland Spjeldnæs er medisin- og forskerlinjestudent ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er leder for Norsk Folkehjelp Solidaritetsungdom (ikke-betalt verv) og medlem i Palestinakomiteen.

Emma Joanna Lengle

Emma Joanna Lengle er lege og stipendiat ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Hun er medlem i Palestinakomiteen (ubetalt).

Davina Kaur Patel

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

Litteratur

- 1 Lund MB. Legeforeningens ensidige fordømmelse av Israel – et valg av politisk side. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0194.
- 2 Ødegaard CS, Samersaw-Lund MB, Fric R et al. Etisk rygggrad i møte med politisk konflikt. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0034.
- 3 Rime AK. Etisk rygggrad og forsvar for medisinsk nøytralitet. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0052.
- 4 Den norske legeforening. Fordømmer angrep på al-Shifa-sykehus i Gaza. Lest 28.04.2024.
- 5 Human Rights Watch. World Court to Review 57-Year Israeli Occupation. Lest 6.5.2024.
- 6 Human Rights Council. Gaza: UN experts call on international community to prevent genocide against the Palestinian people. Lest 6.5.2024.
- 7 International Court of Justice. Order of 26 January 2024. Lest 6.5.2024.
- 8 Albanese F. Anatomy of a A Genocide – Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in the Palestinian territories occupied since 1967. Lest 6.5.2024.
- 9 Spjeldnæs AH, Patel DK, Lichtwarck HO et al. Legeoppbrot for sivilbefolkningen på Gaza. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0713.

Klar for en oppgradering av ditt ultralydapparat?

Uansett apparat, merke eller leverandør tilbyr Adcare innbytte ved oppgradering til Mindrays premium apparater Consona N9 eller Resona I9 som presentert her. Vi tar ditt gamle ultralydapparat i innbytte eller så selger vi det for deg. Problemfritt for deg og trygt for den som kjøper og overtar ditt gamle apparat. Du vil få full opplæring i nye funksjoner og selvsagt Adcares gode support og service. Skann QR koden til høyre så vil du komme direkte til et kontaktskjema. Vi vil deretter kontakte deg for en uforpliktende prat om hva vi kan tilby.



Skann koden for kontaktskjema.

Mindray Consona N9

En krystallklar nyhet fullstappet med teknologi.

Et komplett ultralydapparat for deg som arbeider med ultralyd i allmennpraksis eller på legevakt. Et smart, funksjonelt og kraftig ultralydapparat. Apparatet er praktisk talt lydløst og starter på 10 sekunder. Basert på ZST+ teknologi utviklet av Zonare i USA. Stor HD 21,5" skjerm. Zonareteknologien innebærer mye raskere digital datahøsting fra ultralydproben og automatisk fokus i hele ultralydbildet, du slipper bruk av fokuspunkter.



Skann koden og les mer om Consona N9

Mindray Resona I9

Utsøkt design og fremragende bildekvalitet.

Resona I9 gir en helt ny opplevelse drevet frem av mange innovasjoner. Med Mindrays revolusjonerende ZONE Sono-graphy® Technology+, har Resona I9 avanserte egenskaper som gir en harmonisk balanse mellom bildeoppløsning og vevets strukturer. Med omfattende bruk av kunstig intelligens (AI) teknologi, forbedrer I9 reproduserbarheten, optimerer produktiviteten og øker kvaliteten for sluttbrukere.



Skann koden og les mer om Consona I9

VI HAR APPARATENE PÅ LAGER OG KAN LEVERE OMGÅENDE!

Benytter du deg ikke av skjema QR koden så kan du henvende deg via mail på ultralyd@adcare.no eller på telefon: 67 53 33 44.

Ved å kjøpe eller leie et apparat fra adCARE får du et opplæringsprogram med på kjøpet. Våre spesialister sørger for at du har god brukerstøtte. Nytt utstyr leveres innen 24t. fra lager i Norge. Kontakt oss for demonstrasjon!

24t
24 timers
service
garanti.

Tlf: 67 53 33 44
ultralyd@adcare.no
www.adcare.no

adCARE
Din ultralyd spesialist.

Livsforlengelse på tvers av pasientens ønske

I hjertet av medisinsk praksis ligger et løfte om å gjøre det som er best for pasienten. Men hva skjer når «det beste» ikke er i tråd med pasientens egne ønsker?

Geriatrisk omsorg står livsforlengelse versus livskvalitet ofte sentralt. Et kritisk øyeblikk for slik diskusjon kan være når en eldre pasient som tidligere har uttrykt ønske om ikke å forlenge livet kommer i en akutt medisinsk krise, for eksempel ved akutt hjerneslag. Med slike erfaringer fra egen fastlegepraksis i minne ønsker jeg her å utfordre til refleksjon rundt de etiske spørsmålene som oppstår når akuttmedisinske intervensjoner ignorerer pasientens tidligere uttrykte ønsker.

Min pasient hadde ved tidligere anledninger diskutert med meg rundt ønsket om ikke å forlenge livet, og samtalene hadde resultert i klare journalførte direktiver om ikke å iverksette livsforlengende tiltak, noe som også var dokumentert hos hjemmesykepleien. Disse ønskene og den medisinske historikken reflekterte en bevisst avgjørelse om å prioritere livskvalitet fremfor kvantitet i livets siste fase.



Da et hjerneslag inntraff, ble det akutte medisinske apparatet satt i gang uten tid til å vurdere indikasjonen for behandlingen opp mot pasientens tidligere uttrykte ønsker. I hastverket og med søkelys på umiddelbar livreddende intervensjon ble det tatt en beslutning om trombektomi. Avgjørelsen kan i ettertid teknisk sett betraktes som en medisinsk suksess, men stod i direkte konflikt med pasientens ønsker og medførte et langvarig rehabiliteringsopphold som verken respekterte pasientautonomi eller sikret pasientens livskvalitet.

Eksempelen avdekker et gap mellom pasientens dokumenterte ønsker og det akutte medisinske apparatets handlingsmønster, der det ofte ikke er rom eller tid til å innhente og vurdere pasientens stemme og tidligere ønsker. Det er behov for systemiske endringer som kan sikre at pasientens autonomi og tidligere uttrykte behandlingspreferanser blir en integrert del av vurderingen, selv i akutte situasjoner.

Et enkelt tiltak kan være å innføre eget felt i kjernejournalen for forhåndsbeslutning av behandlingsbegrensning, ofte omtalt som «HLR minus», slik Harring og medarbeidere (1) har foreslått. De avdekket at mange

pasienter med HLR-minus-status likevel ble forsøkt gjenopplivet og konkluderte med at «kritisk informasjon i pasientens kjernejournal fremstår som et godt egnet sted for å sikre enhetlig dokumentasjon og tilgang». Fastleger blir allerede refundert for å registrere kritisk informasjon (*cave*-opplysninger) i kjernejournalen og har rutiner for å melde dette til hjemmesykepleie og sykehjem. Noe tilsvarende bør kunne opprettes for ønsket behandlingsbegrensning, som fastlegen kan fylle inn på vegne av pasienten.

Opplæringen må gi rom for at helsepersonell kan diskutere og reflektere over beslutninger i komplekse og presserende situasjoner

I Helsedirektoratets anbefaling om trombektomi innen seks timer er det anført følgende (2): «I de studier som danner det forskningsmessige kunnskapsgrunnlaget for trombektomi hadde pasientene god funksjon (mRS 0 - 2) før det aktuelle slaget. Denne seleksjonen av pasienter bør inntil annen dokumentasjon eventuelt foreligger være retningsgivende for trombektomi i klinisk praksis». For å sikre at slike anbefalinger blir fulgt også innen geriatrisk omsorg, mener jeg at det er avgjørende med regelmessig opplæring i vurdering av indikasjoner for livsforlengende behandlinger som hjerte-lunge-gjenopplivning og akutt trombektomi. I opplæringen kan helsepersonell i tillegg til å se på medisinske indikasjoner gjennomgå reelle kasuistikker og lære å identifisere når slike inngrep er i tråd med eller går på tvers av pasientens tidligere uttrykte ønsker og forventede livskvalitet.

Opplæringen må gi rom for at helsepersonell kan diskutere og reflektere over beslutninger i komplekse og presserende situasjoner. Dette vil i tillegg til å kunne forbedre kvaliteten på medisinsk praksis også øke sannsynligheten for at man i behandlingsbeslutninger respekterer og reflekterer pasientens verdier og ønsker.

Pasientautonomi er en grunnstein i etisk medisinsk praksis. Blir denne autonomien oversett ved akuttmedisinske beslutninger, oppstår det grunnleggende etiske dilemmaer som utfordrer omsorgen for våre eldre pasienter. Får pasientens tidligere uttrykte ønsker sentral plass i alle medisinske vurderinger, kan vi derimot sikre en etisk, pasientsentrert omsorgsmodell. ■

Pasientens nærmeste pårørende har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 12.4.2024, første revisjon innsendt 21.4.2024, godkjent 29.4.2024.

Damoun Nassehi

damoun.nassehi@gmail.com

Damoun Nassehi er ph.d., spesialist i allmennmedisin og fastlege. Han er postdoktor ved Universitetet i Stavanger og medlem av Teknologirådet.

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

Litteratur

- 1 Harring AKV, Tjelmeland IB, Andenæs R et al. Blir beslutninger om behandlingsbegrensninger respektert utenfor sykehus når man har ringt 113? Tidsskr omsorgsforskning 2022; 8: 1–13.
- 2 Helsedirektoratet. Trombektomi innen 6 timer etter symptomdebut. Lest 21.4.2024.

LIPØDEM

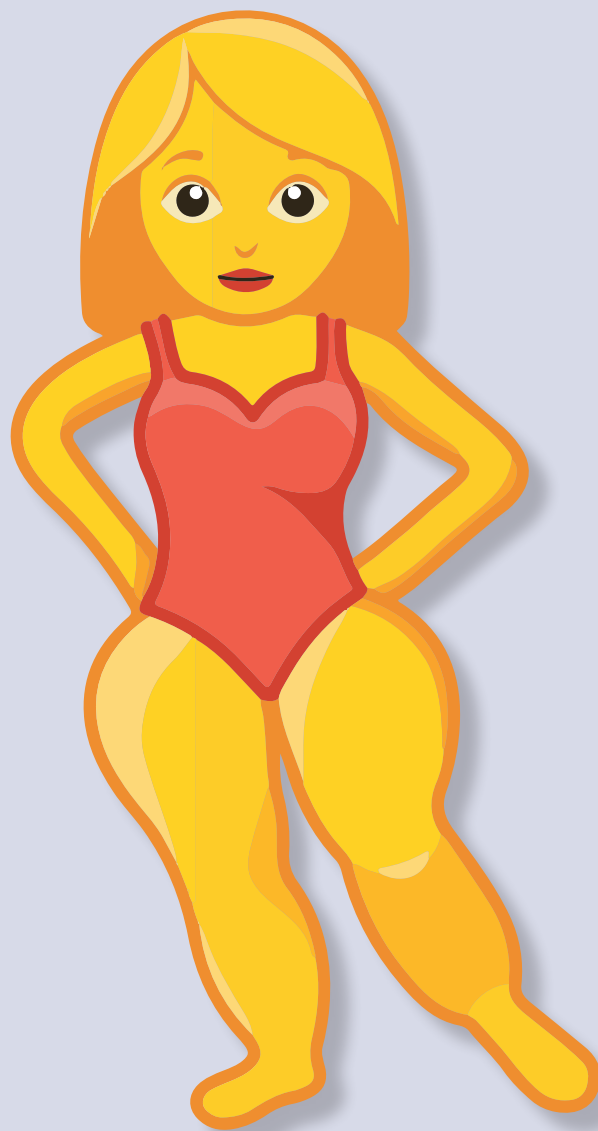
TEGN Å SE ETTER:

Uproporsjonal kroppsform med en slank overkropp, smal midje og formfull underkropp.

Bena er **smertefulle** og **berøringsømme**.



For å lære mer om lipødem: scan QR koden over eller gå inn på **www.nlff.no**



Hjernehelse angår alle

Prevalensen av hjerneslag, iskemisk hjertesykdom og demens er økende. Likevel går den aldersjusterte insidensen av alle tre sykdommene ned i Norge. Vi tror det er mye å hente på sykdomsforebygging og folkehelseplaner.

Hjerneslag, demens og iskemisk hjertesykdom benevnes gjerne som den «tre dobbelte trusselen» mot hjernehelse. Disse sykdommene er årsak til det høyeste antallet dødsfall, størst reduksjon i helsetapjusterte leveår og har felles risikofaktorer som både kan forebygges og behandles (1–3). Dermed gir selv små forbedringer i forebygging store folkehelsegevinster (2, 3).

Basert på data fra den globale sykdomsbyrdestudien (Global Burden of Disease) i 1990 og 2019 har vi gjort analyser av prevalens og insidens i Norge for hjerneslag, iskemisk hjertesykdom og demens samt 12 modifiserbare risikofaktorer (1). I perioden 1990–2019 var det en 35,0 % økning av nye demenstilfeller, mens det var en reduksjon av iskemisk hjertesykdom og hjerneslag på 3,6 % og 12,9 %. Den aldersjusterte insidensen gikk ned fra 1990 til 2019 for alle tre sykdommene (figur 1). Den største nedgangen var for hjerneslag (35,3 %), etterfulgt av iskemisk hjertesykdom (30,0 %) og demens (5,4 %). Det at reduksjonen av demenstilfeller var mindre enn for hjerneslag og iskemisk hjertesykdom, kan trolig

forklares av at demenstilstander har flere årsaker enn vaskulære. Å oppdage hva som er årsaken til den avtagende insidensen og bruke lærdommen, kan gi positiv innvirkning på hjernehelsearbeidet framover.

Utvikling av risikofaktorer

I samme periode (1990–2019) var det nedgang i tilskrivbar risiko knyttet til hypertensjon, LDL-kolesterol, røyking og luftforurensning, men en økning for alkohol, høy BMI og høyt fastende blodsukker.

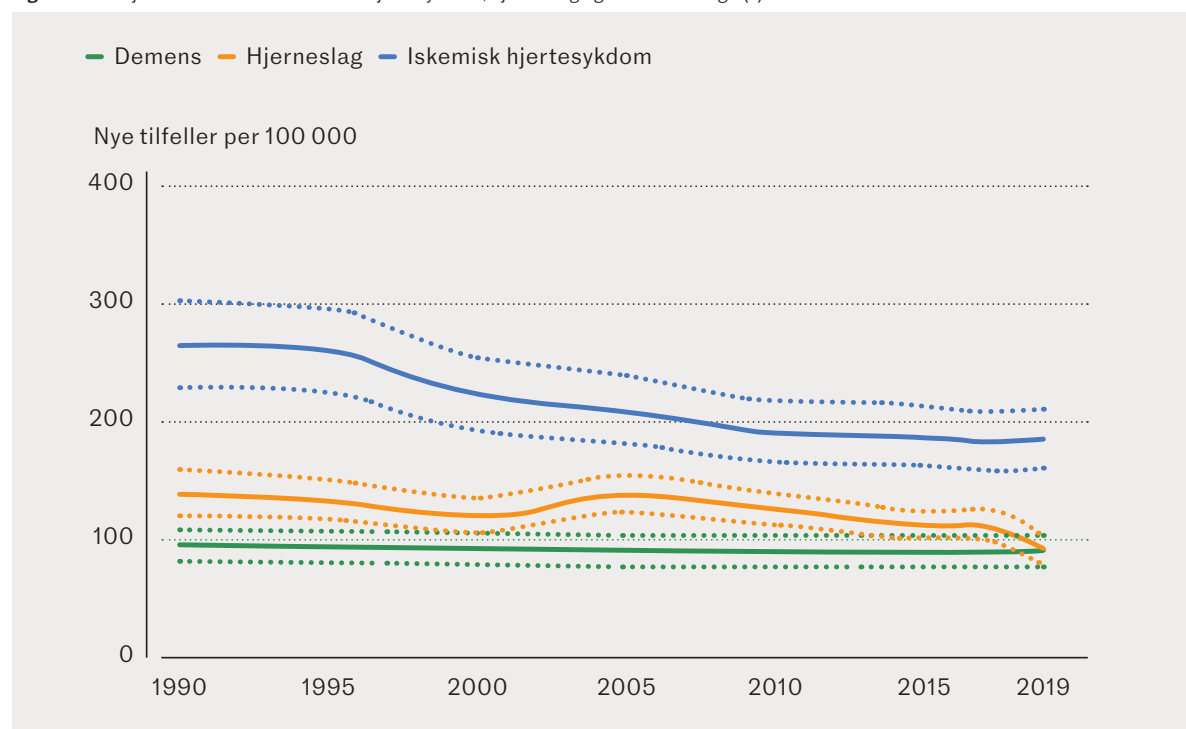
Tiltakene for å kontrollere viktige modifiserbare risikofaktorer som hypertensjon, høyt LDL-kolesterol, luftforurensning og tobakksbruk har så langt vært effektive og medført betydelig reduksjon i risikoen for iskemisk hjertesykdom og/eller hjerneslag i Norge. Likeledes har den aldersjusterte insidensen av demens blitt redusert, trolig på grunn av kontroll av de samme risikofaktorene.

Hvordan kan forebyggingen styrkes?

Vi mener forebyggingen av demens, hjertesykdom og hjerneslag kan forsterkes ved at tiltakene for disse tre sykdomsgruppene i større grad vurderes samlet (4). Økning i risikoen for iskemisk hjertesykdom og hjerneslag som kan tilskrives høy BMI, høyt blodsukker og alkohol gir ekstra potensial for forebygging av vaskulære hendelser – og gjennom det redusert forekomst av demens.

Norge har vært et foregangsland innen hjernehelsearbeid og var det første landet med nasjonal hjernehelsestrategi. Denne har vært trukket inn i arbeidet i både World Federation of Neurology (WFN) og European Academy of Neurology (EAN) samt i flere europeiske land som har etablert hjernehelsestrategi de siste årene (5, 6). Når det nå skal lages en del 2 av Norges hjernehelsestrategi, bør funnene vi her presenterer være en del av kunnskapsgrunnlaget. Tilstander som oppstår sammen, bør forebygges sammen.

Figur 1 Aldersjustert insidens av iskemisk hjertesykdom, hjerneslag og demens i Norge (1).



Ingen helse uten hjernehelse

Vi anbefaler styrking av kunnskap og bevissthet i befolkningen om hjernehelse og forebygging av hjernesykdommer. Implementeringen av de nye nordiske kostholdsrådene (7) vil kunne virke positivt inn på både høy BMI, høyt fastende blodsukker og alkoholbruk. Ekstra tiltak rundt disse risikofaktorene i forbindelse med implementeringen av de nye nordiske kostholdsrådene kan ha stor betydning for hjernehelser i befolkningen.

Det er behov for en helhetlig og samordnet folkehelse-tilnærming for å fremme hjernehelse og forebygge hjernesykdommer. Aktivitet og søvn, balansert diett og samkvem med andre bedrer både den mentale og sosiale funksjonen. Hjernehelse angår alle, og tiltakene trenger bred involvering.

Vi mener forebyggingen av demens, hjertesykdom og hjerneslag kan forsterkes ved at tiltakene for disse tre sykdomsgruppene i større grad vurderes samlet

Foreløpig er tilnærmingen til hjernehelsefremmende tiltak for fragmentert. Med mer helhetlig tilnærming vil det kunne bli bedre utnyttelse av ressursene og bedre effekt av tiltakene. En slik tilnærming bør inkludere innsats på individ-, samfunns- og globalt nivå og fremme samarbeid på tvers av sektorer med involvering av helsetjenesten, utdanningssektoren, forskningsmiljø, ideelle organisasjoner samt kommersielle interessenter. Samarbeid bør styres av prinsipper om kjønnsperspektiv, likestilling, menneskerettigheter og FNs bærekraftsmål (8).

Det er behov for å samordne arbeidet på tvers av spesialiteter i hjernehelsefeltet og forbedre samarbeidet mellom nevrologer, psykiatere, geriatere og andre spesialister innen hjernesykdommer samt allmennleger, annet helsepersonell, pasienter, pårørende og omsorgspersoner. Vi anbefaler styrking av den tverrfaglige utdanningen av leger, sykepleiere og annet helsepersonell innen hjernesykdommer og hjernehelse.

Bedre forståelse av sykdomsmekanismene er nødvendig for få en virkelig framgang i diagnostisering og behandling av hjernesykdommer. Forskingen trenger en styrking helt fra basalforskning på mekanismer i dyremodeller til utvikling av nye verktøy for å bekjempe sykdommene. Vitenskapelige og metodiske fremskritt, inkludert kunstig intelligens og presisjonshjernemedisin, vil føre til bedre prediksjon, forebygging og individualisert behandling av hjernesykdommer.

Vi er på god vei. Den aldersjusterte forekomsten av disse store sykdomsgruppene går ned i Norge for tiden. Vi er optimister og tror vi har mer å hente. ■

Mottatt 6.11.2023, første revisjon innsendt 22.3.2024, godkjent 30.4.2024.

Anne Hege Aamodt

a.h.aamodt@medisin.uio.no

Anne Hege Aamodt er spesialist i nevrologi, overlege, seniorforsker ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og NTNU. Hun har vært involvert i arbeid med hjernehelsestrategi i en årrekke, de senere årene i partnerskapet for oppfølgingen av hjernehelsestrategien i Helsedirektoratet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forskningsstipend fra Boehringer Ingelheim og BMS-Pfizer, foredragshonorar fra Lundbeck, Abbvie, BMS-Pfizer, Novartis, Lilly og Roche samt rådgivningshonorar fra Lundbeck, Teva, Pfizer og Abbvie.

Geir Selbæk

Geir Selbæk er spesialist i geriatri og forskningssjef ved Nasjonalt senter for aldring og helse, professor i geriatri ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og overlege ved hukommelsesklinikken, Oslo universitetssykehus. Han har bred erfaring innen aldringsforskning, med hovedfokus på kognisjon og demens. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gunnar Bovim

Gunnar Bovim er spesialist i nevrologi, professor ved NTNU og styreleder i Norges forskningsråd. Han har ledet helsepersonellkommisjonen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Abolfazl Avan

Abolfazl Avan er epidemiolog og seniorforsker ved Robarts forskningsinstitutt, universitetet i Western Ontario, Canada. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Claudio L.A. Bassetti

Claudio L.A. Bassetti er spesialist i nevrologi og direktør for nevrologisk avdeling, universitetssykehuset i Bern, Sveits, samt professor og dekanus ved medisinsk fakultet, universitetet i Bern. Han ledet arbeidet med hjernehelsestrategien for European Academy of Neurology som president i forrige periode. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Paul Boon

Paul Boon er spesialist i nevrologi og overlege ved universitetssykehuset i Ghent, Belgia, samt professor i nevrologi ved Eindhoven University of Technology, Nederland. Han er president i European Academy of Neurology. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vladimir Hachinski

Vladimir Hachinski er nevrolog og professor ved Robarts forskningsinstitutt, universitetet i Western Ontario, Canada. Han er tidligere president i World Federation of Neurology. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Avan A, Aamodt AH, Selbæk G et al. Decreasing incidence of stroke, ischaemic heart disease and dementia in Norway, 1990–2019, a Global Burden of Disease study: an opportunity. *Eur J Neurol* 2023; 30: 2267–77.
- 2 Lorem GF, Opdal IM, Wilsaard T et al. Assessment of mental health trajectories before and after myocardial infarction, atrial fibrillation or stroke: analysis of a cohort study in Tromsø, Norway (Tromsø Study, 1994–2016). *BMJ Open* 2022; 12: e052948.
- 3 Avan A, Hachinski V. Stroke and dementia, leading causes of neurological disability and death, potential for prevention. *Alzheimers Dement* 2021; 17: 1072–6.
- 4 Helse og omsorgsdepartementet R. Oppdatert nasjonal hjernehelsestrategi fra 2025. Lest 30.4.2024.
- 5 Bassetti CLA, Endres M, Sander A et al. The European Academy of Neurology Brain Health Strategy: One brain, one life, one approach. *Eur J Neurol* 2022; 29: 2559–66.
- 6 WHO. Optimizing brain health across the life course: WHO position paper. Lest 30.4.2024.
- 7 Nordic Council of Ministers. Nordic nutrition recommendations 2023. Lest 30.4.2024.
- 8 WHO. Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders 2022–2031. Lest 30.4.2024.

Om varsling, arbeidsmiljø og en halvferdig styrebehandling

Gode prosesser er avgjørende for å sikre gode helsetjenester når sykehusene omorganiserer. Da kan det ikke råde tvil om hva som skal regnes som akseptabel ledelse ved arbeidsplassene våre.

Regjeringen fremmer trygge og gode arbeidsforhold som en av de viktigste satsingene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (1). Samtidig viser Legeforeningens medlemsundersøkelser om arbeidsforhold på sykehus at hele 46 % av legene ikke visste om de ønsker eller ikke ønsker å bli værende i jobben sin om to år (2, 3). I tillegg har leger over hele landet gjennom oppropet #legermåleve varslet om uholdbare arbeidsforhold.

Med dette som bakteppe konkluderer konsernrevisorene i Helse Sør-Øst i sin delrapport at det ikke foreligger kritikkverdige forhold rundt administrerende direktør, selv når det fremkommer alvorlige prosessavvik i en omorganiseringsprosess og ansatte blir omtalt som «rotteriret» og «tullingene i tårnet» (4). Det synes jeg er alvorlig, ikke minst fordi det kan danne en konsensus for hva som regnes som akseptabel ledelse ved våre arbeidsplasser. Vi står foran utfordringer og omorganiseringer i hele landet, og gode prosesser vil være helt avgjørende for å sikre gode helsetjenester fremover (5).

Bakgrunnen for konsernrevisjonens delrapport er at omorganiseringsprosessen i direktørens stab har medført varsling mot administrerende direktør fra de tillitsvalgte (6–10). Foreløpig er bare deler av varselet behandlet. Resten er unntatt offentlighet.

Avvik i rapporten

Proessen med omorganiseringen startet høsten 2023, og organisasjonsendringene ble formidlet til de ulike stabsdirektørene ettermiddagen torsdag 21. desember – dagen etter at administrerende direktør hadde besluttet endringene (4). Det er i seg selv uheldig at denne type informasjon gis siste dag før juleferien.

Etter omorganiseringen er juridisk avdeling og kommunikasjon flyttet ut av stab, og Oslo universitets-sykehus, med sine over 24 000 ansatte, har heller ikke lenger direktørene for HR og personal, Pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling eller Medisin, helsefag og beredskap i ledergruppen til direktøren.

Konklusjonen i delrapporten fra konsernrevisjonen er at det ikke foreligger kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljøloven § 2A-1 (4). Konklusjonen svekkes etter mitt syn av at det foreligger flere avvik mellom informasjonsdelen i rapporten og revisorenes konklusjoner. Som ansattrepresentantene påpeker i sin protokolltilførsel (11):

«Konsernrevisjonen skriver at det er sannsynliggjort at administrerende direktør har brukt formuleringer og en kommunikasjonsform som er uheldig og støtende for stab og utenforstående.»

Det fremkommer heller ikke hvorfor eller hvordan konsernrevisjonen har valgt å dele opp varselet, eller hvorfor styret ikke har ønsket å behandle det i sin helhet, slik ansattrepresentantene foreslo.

Det er kjent at større omorganiseringsprosesser kan skape usikkerhet og få negative ringvirkninger for arbeidsmiljøet (12). I rapporten fra konsernrevisjonen vises det til flere punkter som etter mitt syn bør bekymre foretaksstyret og brukerrepresentantene. Eksempelvis ble det gjennomført en risikovurdering oktober 2023 der det ble pekt på to områder med høy risiko: en svært stram gjennomføringsplan og at ledelsen ikke har et felles mål bilde. Senere ble det gjennomført en risikovurdering av arbeidsmiljøet som viste «høy risiko for flere av enhetene knyttet til emnene forankring, ledelse, informasjon og kommunikasjon, medvirkning, prosedyrer og prosess, samt ivaretagelse av individer». Konsernrevisjonen omtaler ikke risikoanalysene videre, og ut fra rapporten synes det ikke som om disse er fulgt opp internt i prosessen heller.

Det er min mening at endringene som er gjennomført det siste året forringer pasienttilbudet ved Oslo universitets-sykehus på alle plan

Det lokale arbeidsmiljøutvalget har behandlet saken i to møter. Fra møtet 14. desember foreligger det et lengre referat i delrapporten (4):

«Møtet gjorde et vedtak hvor de ber ledelsen sette inn tiltak i hele lederlinjen for å kompensere for manglende samarbeid og videre tillit i utførelsen av felles oppgaveløsning. Basert på dette ble det sammen med møtereferatet sendt en henvendelse til prosjekteier og prosjektleder hvor en risikovurdering av prosessen etterspørres. Henvendelsen er ikke besvart.»

I tillegg til konsekvensene for arbeidsmiljøet, påpeker konsernrevisjonen at effekten av de planlagte endringene på pasientbehandling, forskning og utdanning ikke er vurdert (4).



Foto: Johan Evensberget / CC-BY-SA

Forringet pasienttilbud

Det er min mening at endringene som er gjennomført det siste året forringer pasienttilbudet ved Oslo universitetssykehus på alle plan. Det er bekymringsfullt at ikke brukerrepresentantene er like bekymret som meg (13). Det er pasientene dette vil gå mest ut over. Og etter hvert som prosjektet Nye Oslo universitetssykehus går fremover, vil pasienttilbudet bli ytterligere svekket på grunn av både dårlig arbeidsmiljø og dårlig økonomi, slik vi også ser i andre helseforetak (14, 15).

Observatørene i styret fra brukerutvalget fikk legge inn en uttalelse i protokollen under sak 30/2024 (11):

«Vi håper at denne saken nå har fått sin avslutning, og at omorganiseringen fortsetter uten opphold. Vi håper ansatte og tillitsvalgte på alle nivåer nå får anledning til å bruke sin kompetanse og ressurser på det som er sykehusets primære oppgave – å drive god pasientbehandling, forskning og utvikling.»

Er det ny praksis ved styreleder Gunnar Bovim at observatører kan komme med protokolltilførsler til vedtaksprotokollene? I helseforetaksloven § 26 står det: «styremedlem eller daglig leder som er uenig i styrets beslutning, kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.» Dette omfatter ikke observatører. Og hvorfor skal observatører være til stede i et lukket styremøte som omhandler en personalsak?

Har konsernrevisjonen trukket riktig konklusjon ut fra foreliggende informasjon, eller burde konklusjonen vært en annen? Burde denne saken vært behandlet av et eksternt revisjonsfirma? Det synes ikke klokt å konkludere med at administrerende direktør kan snakke og oppføre seg som angitt i varselet. Uansett passer det dårlig med det vi vet om gode omorganiseringsprosesser og myndighetenes ønske om satsing på bedre arbeidsmiljø. ■

Mottatt 17.4.2024, første revisjon innsendt 19.4.2024, godkjent 6.5.2024.

Kristin Hovland

kristin.hovland@legeforeningen.no

Kristin Hovland er ph.d., spesialist i arbeidsmedisin og bedriftslege i Skanska. Hun er leder i Oslo legeforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartement. Oversiktsside om Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Lest 27.4.2024.
- 2 Den norske legeforening. Medlemsundersøkelser om legers arbeidsforhold. Lest 27.4.2024.
- 3 Rime AK. Leger skal ha det bra på jobb. Lest 6.5.2024.
- 4 Helse Sør-Øst. Delrapport 1 etter undersøkelser av varsel om kritikkverdige forhold. Lest 22.4.2024.
- 5 Arbeidstilsynet. Omstilling. Lest 5.5.2024.
- 6 Oslo universitetssykehus. Styremøter i OUS – alle saksdokumenter. 9. april 2024. Lest 22.4.2024.
- 7 Skogstrøm L. Ny rapport avviser fryktkultur og uforsvarlig arbeidsmiljø. Aftenposten 9.4.2024. Lest 22.4.2024.
- 8 Brækhus LA. Nå skal varslingsaken mot direktøren ved Oslo universitetssykehus styrebehandles. Dagens medisin 5.4.2024. Lest 22.4.2024.
- 9 Urstrømmen SE, Skjæret-Larsen EL, Førland AMW et al. Misvisende om varslingsaken ved OUS. Dagens medisin 15.4.2024. Lest 22.4.2024.
- 10 Gray M. OUS-direktøren frikjennes i varslingsaken. Dagens medisin 9.4.2024. Lest 22.4.2024.
- 11 Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus HF. 9. april 2024. Lest 22.4.2024.
- 12 Statens arbeidsmiljøinstitutt. Ny doktorgrad: Hvordan organisasjonsendringer påvirker arbeidsmiljø og psykisk helse hos ansatte. Lest 22.4.2024.
- 13 Hogrenning E, Miljeteig P. Vi kan ikke kaste bort tiden på unødvendige omkamper. Dagens medisin 17.4.2024. Lest 22.4.2024.
- 14 Valle PC, Breckan RK. Legg heller ned Helse Nord! Nordnorsk debatt 25.11.2023. Lest 27.4.2024.
- 15 Helse Nord. Endring og omstilling i Helse Nord. Lest 27.4.2024.

Gunnar Bovim svarer:

Styrebehandling av omorganisering og varsel

Innlegget til leder av Oslo legeforening gjør det nødvendig å redegjøre for en del faktiske forhold. Det er ikke riktig at det er gjennomført en halvferdig styrebehandling av varselet vedrørende omorganiseringen og administrerende direktør.

Konsernrevisjonens rapport omtales som «delrapport 1», fordi det etter varslingen 12. desember 2023 er sendt inn nye varsler om andre forhold. Denne saksopplysningen er kjent for styret, som derfor behandlet konklusjonene fra Konsernrevisjonen gjennom styremøtet 9. april.

At «resten er unntatt offentlighet», slik Hovland skriver, er ikke riktig. Oslo universitetssykehus har foreløpig ikke mottatt delrapport 2. Hele delrapport 1 er offentliggjort og finnes tilgjengelig på sykehusets hjemmeside (1).

I styremøtet la styret Konsernrevisjonens vurdering til grunn:

«Styret konstaterer at konsernrevisjonen i rapporten konkluderer med at det ikke foreligger brudd på kravene til medvirkning, medbestemmelse, informasjon og drøfting i interne retningslinjer og rutiner eller lov og avtaleverk. Videre konkluderer konsernrevisjonen med at administrerende direktørs adferd og kommunikasjon ikke utgjør et brudd på kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og at arbeidstaker heller ikke er utsatt for trakassering eller utilbørlig adferd. Det foreligger ikke brudd på interne retningslinjer, etiske retningslinjer, lov eller avtaleverk. Konsernrevisjonen oppsummerer med at de har funnet at det ikke foreligger kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljølovens § 2A-1 og Oslo universitetssykehus sine retningslinjer for varslings-».

Styret ved Oslo universitetssykehus har som praksis at observatørene fra brukerutvalget også deltar i lukkede møter. I styrets instruks fremgår det at observatørene har tale- og forslagsrett. Da de ga sin protokolltilførsel i møtet 9. april, var det ingen i styret som fremmet innsigelser mot deres anledning til å gjøre dette.

Representanten fra Legeforeningen går i sitt innlegg ut mot at brukerrepresentanter deltar i styrearbeidet. En god utvikling i helse- og omsorgstjenesten vil forutsette økt deltakelse og medvirkning fra pasient- og brukerrepresentanter. Jeg håper og tror at også Oslo legeforening vil se på dette som en styrke og ressurs. ■

Gunnar Bovim

Gunnar Bovim er styreleder ved Oslo universitetssykehus.

Litteratur

- 1 Helse Sør-Øst. Delrapport 1 etter undersøkelser av varsel om kritikkverdige forhold. Lest 8.5.2024.

Hva vi som helsetjeneste kan lære av tvillingenes overdoser

Rapporten fra Statsforvalteren i Vestland etter at tvillingene Mina og Mille døde er sjokkerende lesning om et system som ikke er i stand til å ta vare på de mest utsatte menneskene i landet vårt.

To unge jenter dør av overdose mens de er i barnevernets omsorg, og fortellingen om svikten i tjenestene er brutal. Det handler først og fremst om manglende samhandling og evne til å gi integrerte tjenester. Den tragiske historien er blitt fortalt gjennom media det siste året, og ingen har kunnet unngå å la seg berøre. Statsforvalteren påpeker at der det først og fremst har sviktet i denne saken, der er svikt et kjent problem. Nå er det på tide å legge lovordene bak seg og handle, lyder det fra Fylkeslegen, og det skal vi lytte til (1). I situasjoner som krever samhandling, kommunikasjon mellom tjenester og en felles plan for de som har behov for dette, strever instansene, til tross for at hver enkelt ønsker å tilby det beste.

Denne saken må gi læring

Denne saken er ikke et unikt tilfelle. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) har avdekket og beskrevet lignende svikt blant annet i saken om Kongsberg-drapene (2). Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NBUPF), Norsk psykiatrisk forening (NpF) og Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM) ønsker at alle som har oppfølgingsansvar, både i det offentlige og private, skal oppleve at de har mulighet til å gi den faglig sett beste oppfølgingen. Vi, og våre medlemmer, har både gode og dårlige opplevelser knyttet til samhandling, og vi har lenge vært opptatt av å ta med oss de gode og lære av de dårlige erfaringene. Vi opplever at ønsket og viljen er der, tross alt. Så hvordan få dette til?

I lang tid har mange bedt om flere ressurser. Det synes som regel de fleste pasienter, pårørende og fagfolk er en god idé. Men det er viktig å merke seg tilbakemeldingene i tilsynsrapporten om at ressursproblemer, kapasitets-hensyn og tilgjengelighet ikke kan være førende fremfor hensynet til barnets beste. Vi kan ikke sitte på gjerdet og bare vente på mer penger. Det er viktigere at fagfolk opplever å ha tillit til at deres faglige vurderinger lyttes til, og at det er mulig og ønskelig, samt at man alltid opplever støtte fra sine ledere når man på faglig grunnlag velger å gå utenom standard prosedyrer for utredning og behandling.

Silotenkningen må vekke

En av utfordringene vi står overfor i tjenestene, er sektor- og silotenkningen. Når pasienten har behov for tjenester fra både psykisk helsevern (PHV) og for samtidig rusmiddelavhengighet (TSB, tverrfaglig spesialisert rusbehandling), er det færre dører som åpner seg. Dette

står i sterk kontrast til de reelle behovene. Dersom man også har behov for kommunale tjenester, som barnevern, i tillegg til spesialisthelsetjenester, ser det ut til at vi sliter med samhandlingen og ansvaret for brukeren. Til tross for gode intensjoner og stadig nye samhandlingsreformer, har vi ikke klart å forhindre svikt i systemet.

Statsforvalteren har kritisert at det tok lang tid før jentene ble helhetlig kartlagt for rusmiddelproblematikk og spesifikke psykiske lidelser. Når pasienter er innlagt i PHV, BUP eller TSB, har vi som spesialister et mulighetsvindu for bred utredning. Det er også i tråd med retningslinjer og rapporten «Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse» (3). Den peker på faren for pasienter som «faller mellom alle stoler», og dermed ikke får adekvat helsehjelp. For pasienter med avhengighetsproblematikk og samtidig psykisk lidelse er det viktig å utføre en bred utredning av både psykisk helse, avhengighetsproblematikk og somatikk.

Behandling av mer enn bare rus

Hos unge pasienter er rusbruk ofte knyttet til manglende følelsesregulering, og rusmidler brukes som en flukt, demping og kortvarig frihet fra følelser de ikke klarer å håndtere (4). Vi opplever stadig oftere å se sykere pasienter med mer sammensatte utfordringer. Hvis de slutter med rusmidler, overtar ofte andre uegnede måter å regulere på, for eksempel spiseproblematikk eller annen selvskadende atferd. Rusmiddelavhengighet kan også erstattes av overdreven trening, gambling med mer. Når det er psykiske lidelser som ligger til grunn, vil rusen ofte være en måte å kortvarig takle underliggende problemer på, men på sikt vil den forsterke den psykiske lidelsen. En må derfor behandle begge deler samtidig.

Når det er psykiske lidelser som ligger til grunn, vil rusen ofte være en måte å kortvarig takle underliggende problemer på, men på sikt vil den forsterke den psykiske lidelsen

Ved overgangen fra spesialisthelsetjeneste til kommunale tjenester må det være tydelig hva som er utredet, og behovene for oppfølging må være tydelig beskrevet. De ulike tilbudene varierer dessverre fra kommune til kommune. Derfor er det viktig at den aktuelle kommunen gir tilbakemelding på om de anbefalte oppfølgings-tiltakene er mulig å få til. Ofte innebærer det å ha samarbeidsmøter der både spesialisthelsetjeneste, allmennleger og representanter for andre kommunale tjenester er representert. Treningspermisjoner der et program skal følges, enten fra avdelingen der pasienten er innlagt eller ved planlagte overnattinger i hjemmet der pasienten møter de kommunale tjenesteyterne, gjør det lettere for pasienter å følge opp tilbudene i ettertid. Det gjør overgangen fra inneliggende behandling til behandling via førstelinjen enklere (5).

Retningslinjer kommer i veien

Så hva må til? Først og fremst må spesialistene i større grad prioritere de sykeste pasientene, både unge og voksne. Det betyr at vi må bli bedre på å prioritere mellom det som skal være i spesialisthelsetjenesten og det som er kommunale tjenester. Innad i spesialisthelsetjenesten må kommunikasjonen bli bedre. Dermed må vi rigge tjenestene slik at det er en felles dør inn når pasienten har sammensatte behov. Det er ikke pasienten og

pårørende som skal sikre gode overganger og integrering av tjenestene. Alle samarbeidende instanser må være godt informert om hvor grensene mellom ansvarsområder går, hva de andre kan og ikke kan forventes å utføre, og det må være tydelig hvor og med hvem man tar kontakt hvis man er usikker.

Noen ganger kan retningslinjer og rutiner komme i veien for god oppfølging

Vi som representerer spesialisthelsetjenestene, må fortsette å arbeide etter de normer, rutiner og retningslinjer som er utarbeidet på arbeidsplassen. Vi må aktivt ta del i utviklingen av disse slik at vår erfaring og fagkompetanse kommer til nytte. Samtidig må vi også innse at vi ikke kan lage rutiner for alt. Den viktigste lærdommen fra Mina og Mille sin historie er at noen ganger kan retningslinjer og rutiner komme i veien for god oppfølging. Behandlere og ledere må lære å identifisere de menneskene og historiene som følger uvanlige løp – der vi må ta ansvar for samhandlingen og å sette rutiner og retningslinjer til side for å lage alternative, gode forløp med pasientens beste som det grunnleggende prinsippet. ■

Mottatt 26.3.2024, første revisjon innsendt 24.4.2024, godkjent 30.4.2024.

Lars Lien

lars.lien@sykehuset-innlandet.no

Lars Lien er leder i Norsk psykiatrisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Inger Margrete Hageberg

Inger Margrete Hageberg er leder i Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingvild Skogen Bauge

Ingvild Skogen Bauge er leder i Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Hun har hatt rolle som medisinsk faglig sakkyndig for Fylkesmannen i Vestland i deres behandling av denne saken.

Litteratur

- 1 Statsforvaltaren i Vestland. Tvillingane fekk ikkje forsvarleg helsehjelp. Lest 30.4.2024.
- 2 Ukom. Rapport om helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko. Lest 30.4.2024.
- 3 Den norske legeforening. Bedre helse og lengre liv. Lest 30.4.2024.
- 4 Heradstveit O, Skogen JC, Bøe T et al. Prospective associations between childhood externalising and internalising problems and adolescent alcohol and drug use: The Bergen Child Study. Nordisk Alkohol Nark 2018; 35: 357–71.
- 5 Lien L, Lie TW. Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Oslo: Fagbokforlaget, 2022.

Annonse

Otinova® ørespray mot øregangsbetennelse

Otinova ørespray er et reseptfritt medisinteknisk produkt (ikke legemiddel) mot øregangsbetennelse (ekstern otitt)¹. Øresprøyen har en bakteriedrepende effekt². Otinova ørespray er enkel i bruk. Otinova ørespray består av aluminiumacetat/aluminiumacetotartrat og ediksyre. 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 otorrhoea. Clin. Otolaryngol Allied Sci 1990, 15, 7–10.
- 2 Thorp et al. The antimicrobial activity of acetic acid and Burrows solution as topical otological preparations. J Laryngol Otol 1998, 112, 925, 928.

Selges på alle apotek



Circius Pharma AS | circiuspharma.no | info@circiuspharma.no | Tel. 911 36 332

GUL-5867

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™ nesenspray
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).

Utvagt sikkerhetsinformasjon

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) er dysgeusi, epistakse og ubehag i nesen. **Kontraindikasjon:** Ryaltris™ skal ikke brukes ved ubehandlet, lokal infeksjon i neseslimhinnen, som herpes simplex eller hos pasienter ved nylig gjennomgått nesekirurgi eller traumer før skaden er tilhelet.

Referanser

- 1) Ryaltris™ preparatomtale, 06.10.2023, pkt. 4.1,
- 2) Ryaltris™ preparatomtale, 06.10.2023, pkt. 1,
- 3) Ryaltris™ preparatomtale, 06.10.2023, pkt. 5.1
- 4) Ryaltris™ preparatomtale, 06.10.2023, 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: 06.10.2023

For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelsok.no

Les hele preparatomtalen før du forskriver.

Januar 2024

**LES MER
OG BOOK
BESØK**

[orionpharma.no/
ryaltris](http://orionpharma.no/ryaltris)



Tekst: Hans Erik Heier

Salve ved kritisk punkt

Folketrygden er velferdsstatens grunnstein. Men perlen i velferdsstaten, helsevesenet, oppfyller ikke målet om at det offentlige skal gi befolkningen nødvendig helsehjelp. Skal vi hindre havari, må vi få en kursendring.

Siden folketrygden ble innført i 1967, har medisinsk kunnskap og muligheter økt nærmest eksponentielt. Antallet leger er mer enn firedoblet i forhold til folketallet (tabell 1) (1, 2). Det offentlige helseutgifter har steget fra ca. 5 % av fastlands-BNP i 1970 til utflating på ca. 12 % i 2006 (3, 4). I et forsøk på å begrense utgiftene har politikerne gjennomført dyptgripende reformer (5, 6). Sengetallet i somatikken er redusert med ca. 50 % siden 1980 og i psykiatrien med ca. 70 % (4, 7), mens poliklinisk aktivitet har økt sterkt (8). I 2024 er krisen her: Helsevesenet klarer hverken å holde budsjettene eller å tilfredsstille etterspørselen etter helsetjenester, og forholdet mellom ledelse og ansatte er anstrengt (9, 10).

Helsepolitiske reformer

Folketrygden ble supplert med sykehusloven av 1969. Sammen dannet de en samfunnskontrakt som sa at befolkningens behov for helsetjenester skulle dekkes av det offentlige gjennom solidarisk avgift fra alle innbyggere. Helseforetaksreformen av 2002 var ment å sikre dette ved å effektivisere sykehusene gjennom næringslivsaktig styring. Regjeringen skrev (5):

«Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal

prege oppbygning, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Reformens overordnede målsetting er at helsetjenestens innhold skal bli bedre sett fra pasientens ståsted.»

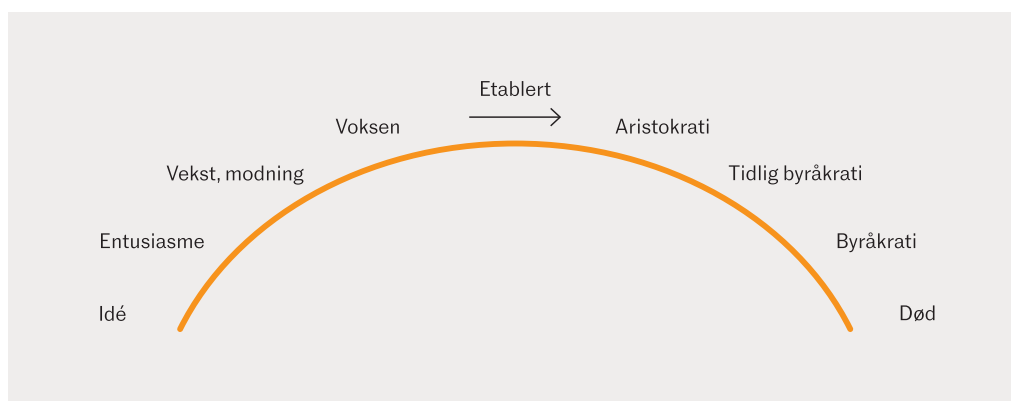
Verdigrunnlaget ble beskrevet som likeverd, rettferdighet og solidaritet. Alle skulle bli sikret tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi og bosted. Helsesektoren skulle være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale mål. Helsevesenet skulle skape trygghet i samfunnet.

Samhandlingsreformen av 2009 bygde på LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Pasienter skal som hovedregel tas hånd om av kommunehelsetjenesten, slik at helsetjenesten både kan være nær pasientens miljø og være billigst mulig. Helseministeren skrev: «Skal vi lykkes med gode pasientforløp, må vi sette kommunene i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging. Pasientene skal få rett behandling på rett sted til rett tid. Det skal vi klare med samhandlingsreformen» (6).

På tross av reformenes intensjoner sliter det offentlige helsevesenet tungt. Mer enn 200 000 står uten fastlege (11), og ventetidene i spesialisthelsetjenesten er lange og økende (12). Sykehusene har kronisk overbelegg, og i media kan man finne overskrifter som «Sykehusene renner over» (13). Pandemien avdekket store

Gang på gang er de blitt overkjørt av de eieroppnevnte flertallene. Typisk er innføringen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge, som skjedde mot de ansattes råd og har vist seg å være en katastrofe

→



Figur 1 Organisasjoners livssyklus, modifisert etter Adizes (21). Helsevesenet befinner seg godt over på høyre side.

mangler i landets helseberedskap (14). Samtidig står hundrevis av nyutdannede medisinerne i kø for LIS 1-tjeneste slik at de kan få autorisasjon som lege (15), mens historiene er mange om overarbeidede leger ved underbemannede avdelinger (9, 10).

Helsepersonellkommisjonen konkluderte med at volumet av tjenester i det offentlige helsevesenet må ned og at antallet helsefaglig ansatte ikke kan øke (16). Utredningen er møtt med en omfattende motmelding (17), men i en debatt på NRK TV fra Arendalsuka 2023 var helse- og omsorgskomiteens nestleder Cecilie Myrseth fra Ap oppbrakt over at noen kunne trekke konklusjonene fra en «demokratisk oppnevnt» kommisjon i tvil.

Tillitskriser

Helsetjenesteaksjonen, folkeaksjonen Redd Ullevål sykehus, Bunadsgeriljaen og aksjonene for sykehusene i Lofoten og Narvik er blant symptomene på at folk er i ferd med å miste tilliten til det offentlige helsevesenet. Over 700 000 nordmenn har helseforsikring utenom Folketrygden (18). I 2000 hadde vi to privatfinansierte sykehus. Nå har Aleris ni sykehus, mens Volvat har avdelinger med varierende tilbud 11 steder i Norge. Et større Aleris-sykehus er under bygging i Tromsø, uten bekymring for tilgang på leger.

I helseforetaksreformen er de ansatte plassert i mindretall i styrene. Gang på gang er de blitt overkjørt av de eieroppnevnte flertallene. Typisk er innføringen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge, som skjedde mot de ansattes råd og har vist seg å være en katastrofe, og planene for Nye Oslo universitetssykehus (NOUS), der det inngår store forventninger om ytterligere innsparinger og effektiviseringer. Aksjonen «Leger må leve» er et sterkt uttrykk for at arbeidsforholdene nærmer seg det utålelige (19). Samtidig med den voldsomt økte kliniske effektiviteten har det kostbare administrasjons- og kontrollapparatet est ut og lagt beslag på store ressurser (20). Ifølge Adizes (21) er dette tegn på en tilstivnet og døende organisasjon (figur 1).

I forordet til samhandlingsreformen skrev helseministeren: «Veksten i ressurser må i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene» (6). Staten gjennomfører nå sin del av samhandlingsreformen gjennom kapasitetsreduksjoner og svære investeringer

som er ment å effektivisere sykehusene, men kommunene har ikke blitt rustet opp som lovet. Kommunene er dessuten ofte for små til å håndtere oppgavene, og interkommunalt samarbeid er ikke alltid enkelt å få til. Kommunene må betale dagmulkter hvis de ikke kan ta imot ferdigbehandlede pasienter fra sykehusene. Dette tapper kommunene for ressurser og gjør at sykehusene «renner over» (13). Resultatet er at LEON-prinsippet er på vei til å bli til LTON-prinsippet: lavest tenkelige omsorgsnivå.

En klassisk konflikt

I 1967 var den offentlige helsetjenesten organisert rundt legen. Medisin, i og utenfor sykehus, hadde mye preg av et håndverk der mester overførte sine faglige kunnskaper til svenn og lærling. I dag fremstår spesialisthelsetjenesten/sykehusene mest som en industri som ledes etter næringslivsaktige prinsipper (22, 23). Jag etter effektivitet og budsjett disiplin preger all ledelse. Det har oppstått en konflikt mellom ledelse og ansatte som minner om den klassiske konflikten mellom kapital og arbeid i industrien.

Konflikten er ødeleggende for en organisasjon der mennesker jobber for å ivareta medmennesker. Lenge var dette en oppgave for kirken og klostrene, og deres omsorgstanke skulle ifølge stortingsproposisjonen om helseforetaksreformen også prege vår tids helsevesen. Grunnloven § 2 sier: «Verdigrunnlaget forblir vår kristne og humanistiske arv». Slik har det ikke blitt. Man har glemt at ikke alt som teller, kan telles.

Konflikten må håndteres gjennom tydelig og ivaretakende ledelse på alle nivåer. Her har helsevesenet mye å lære av Forsvaret. Det har en visjon, tre grunnverdier og en delegerende og tillitsbyggende ramme om løsning av oppdrag (24). Det offentlige helsevesenet bør få noe lignende. Forslag er gitt i tabell 2.

I alle helseprofesjoner er kvinnene nå i flertall. Helsepersonellkommisjonen besto av åtte menn og syv kvinner, lederen var en mann. De fleste medlemmene var etablerte administratorer eller forskere, kun to var helt eller delvis i klinisk tjeneste (16, 17). Yngre sykehusansatte var kun representert ved leder i Yngre legers forening, enda det er de yngre som mest vil merke konsekvensen av forslag som virkelig gjøres. Kommisjonens flertall foreslo blant annet å innføre mer fleksible arbeidstidsordninger (16, kap. 9.5.2). Dette er en provokasjon når man vet

Tabell 1 Endringer i antall leger i Norge 1969–2023 (1, 2).

År	Befolkning	Antall leger under 70 år	Antall leger som % av befolkningen	Innbyggere per lege
1969	3 832 192	4 901	1,3	781
2023	5 533 582	31 580	5,2	175

Tabell 2 Ledelse med visjon, verdier og tilnærming til oppdrag.

Organisasjon	Visjon	Verdier	Oppdrag
Forsvaret (25)	For alt vi har. For alt vi er	Respekt. Ansvar. Mot (RAM)	Løse oppdrag og ta vare på folkene våre
Helsevesenet (forslag)	Omsorg for menneskelivet	Respekt. Ansvar. Kunnskap (RAK)	Løse oppdrag og ta vare på folkene våre

Gjensidig tillit mellom politikere, stat og kommuner, ledere og ansatte vil være avgjørende for hvorvidt vårt offentlige helsevesen vil overleve

at mange leger opplever yrket som uforenlig med normalt familieliv (9). Slik bør ikke konflikten håndteres. Det må tvert om finnes løsninger som tar bedre vare på de ansatte i en ny og krevende tid.

Økonomi bør anses som et verktøy på linje med teknologi, ikke som et mål i seg selv. Historien viser at helseforetaksmodellen uvegerlig fører til at fokus fjernes fra menneskenes behov og overføres til økonomien. Modellen må skrotes og en ny mer behovsorientert modell må på plass. Alle norske borgere har automatisk rett til nødvendig helsehjelp, og de skal få den når de trenger den.

Kommunehelsetjenesten må sikres nødvendige ressurser før det investeres kolossale beløp i høyteknologiske sykehus med for liten kapasitet. Nedbyggingen av sykehuskapasiteten og teknologioptimismen de siste 40 årene fremstår som overilet. Verst har det gått ut over pasientene med tunge psykiske lidelser samt omsorgen for gravide, fødende og nyfødte.

Helsetjenesten i moderne forstand har stort sett blitt til etter 1945. Historisk er det en kort periode. Enda kortere er perioden etter 1967, hvor de helsefaglige mulighetene har nådd nivåer man før knapt kunne drømme om. Naturligvis har en så eksplosiv utvikling avstedkommet vekstsmarter. Nå behøves en pustepause med justering av kursen. Det gjelder å holde fast ved de grunnleggende verdiene og oppdragets natur, i samsvar med Grunnloven § 2.

Gjensidig tillit mellom politikere, stat og kommuner, ledere og ansatte vil være avgjørende for hvorvidt vårt offentlige helsevesen vil overleve på lengre sikt. Å utvikle slik tillit er en enorm oppgave med dagens situasjon som utgangspunkt, men «det er viljen som det gjelder, viljen frigjør eller feller» (25). Helseministerens sykehustale 2024 (26) og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–27 (27) kan tyde på at viljen er der. Blant annet skal effektiviseringens tid være forbi. Men som det står i Peer Gynt: «Ja, tenke det; ønske det; *ville* det med; – men *gjøre* det! Nei; det skjønner jeg ikke!» (28).

Salve

Det offentlige helsevesenets utvikling har nådd et kritisk punkt. En pustepause er nødvendig slik at kursen kan justeres. Ellers kan det gå som med «Titanic»: Reisen får en brå slutt, selv om vesenet ikke skal kunne gå ned. Her er en seksfoldig salve med håp om å bidra til å hindre havari:

- Lytt til erfarne fagfolk!
- Sett menneskers behov i sentrum, både pasienters og ansattes.
- Bygg tillit mellom alle nivåer.
- Si nei til bedriftsøkonomisk ensprethet og ukritisk teknologioptimisme.
- Si ja til et verdibasert, behovsorientert og humanistisk helsevesen – som perlen i den norske velferdsstaten.
- Det er ingen skam å endre kurs i tide! ■

Mottatt 5.3.2024, første revisjon innsendt 1.4.2024, godkjent 5.4.2024.

Hans Erik Heier

heheier@online.no

Hans Erik Heier er dr.med., kandidat i helseadministrasjon og spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin, professor emeritus og tidligere avdelingsoverlege ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Han har hatt nasjonale og internasjonale faglige verv og blant annet vært president i International Society of Blood Transfusion.

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

Litteratur

- 1 Den norske legeforening. Legestatistikk. Lest 10.2.2024.
- 2 Statistisk sentralbyrå. Fakta om befolkningen - hvor mange bor det i Norge? Lest 10.2.2024.
- 3 Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. 13942: Aktivitet, kapasitet og beleggsprosent i spesialisthelsetjenesten, etter tjenesteområde, statistikkvariabel og år. Lest 14.2.2024.
- 4 Statistisk sentralbyrå. Helseinstitusjoner 1991. Lest 14.2.2024.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Odelstingsproposisjon nr. 66 (2000-2001). Lest 5.4.2024.
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Lest 13.2.2024.
- 7 Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten. 13942: Aktivitet, kapasitet og beleggsprosent i spesialisthelsetjenesten, etter tjenesteområde og helseforetak 2015-2022. Lest 10.2.2024.
- 8 Hove IH. Flere pasienter og færre senger. Statistisk sentralbyrå 14.10.2020. Lest 10.2.2024.
- 9 Blindheim S, Zerener A. Ti leger forteller: Historier fra innsiden av det norske helsevesenet. Psykologisk.no 5.7.2023. Lest 28.2.2024.
- 10 Aass-Engstrøm A. #Legermåleve gjelder alle leger. Overlegen 2023; 3: 8-9.
- 11 Den norske legeforening. Utfordringene i fastlegeordningen. Lest 13.2.2024.
- 12 Helsedirektoratet. Ventetider og aktivitet i spesialisthelsetjenesta 2022. Lest 5.4.2024.
- 13 Gudbrandsdølen Dagningen. Sykehuse ne renner over. Lillehammer: Gudbrandsdølen Dagningen, 2024: s. 4-5.
- 14 Statsministerens kontor. NOU 2022:5. Myndighetenes håndtering av koronaepidemien - del 2. Lest 5.4.2024.
- 15 Johansson CU. Kampen om LIS 1. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0464.
- 16 Helse- og omsorgsdepartementet. Helsepersonellkommissjonen. NOU 2023:4. Lest 5.4.2024.
- 17 Christie W, Gilbert M, Gisvold SE et al. Framtidens helse- og omsorgstjenester. Lest 5.4.2024.
- 18 FinansNorge. Helseforsikring. Lest 28.2.2024.
- 19 Sparckholz C. En leges dagbok. Paraplyen 2023; 4: 10.
- 20 Heier HE. Et sykdomstegn: Administrasjonen eser ut. I: Framtidens helse- og omsorgstjenester. Motmelding til NOU 2023:4, s. 33-5. Lest 5.4.2024.
- 21 Adizes I. Organisasjoners livssyklus. Oslo: Universitetsforlaget, 1988.
- 22 Fosse E. Medisinen fra håndverk til industriprodukt? I: Botten GS, Frich J, Hagen TP et al, red. Helsetjenestens nye logikk. Oslo: Akademika forlag, 2014: 263-71.
- 23 Hafstad A. Framtidens helsetjenestelogikk. Anne Hafstad intervjuer Ole Berg. I: Botten GS, Frich J, Hagen TP et al, red. Helsetjenestens nye logikk. Oslo: Akademika forlag, 2014: 323-30.
- 24 Kristoffersen E. Forsvarets grunnleggende syn på ledelse. Forsvarssjefens forord. Lest 13.2.2024.
- 25 Ibsen H. Brand. Et dramatisk dikt. 2. handling. I: Ibsen H. Samlete verker. Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1972: 463.
- 26 Kjerkol I. Sykehustalen 2024. Lest 1.3.2024.
- 27 Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 9 (2023-24). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-27. Lest 1.3.2024.
- 28 Ibsen H. Peer Gynt. Et dramatisk dikt. 3. handling. I: Ibsen H. Samlete verker. Bind 1. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, 1972: 617.



Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Våre mål er å fremme folkehelsen og finansiere forskning på hjerte- og karsykdommer og demens. Organisasjonen er også interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vi jobber med aktuelle og fremtidsrettede oppgaver som har betydningen for folkehelsen. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.

Søk midler til demensforskning

Nasjonalforeningen for folkehelsen deler ut midler til forskning på demens og har siden 2001 bidratt med over 260 millioner kroner til demensforskning. For 2025 vil vårt bidrag være 25 millioner kroner

Nasjonalforeningen for folkehelsens demensforskningsprogram skal bidra til økt kunnskap om:

- ◆ Årsakssammenhenger og sykdomsmekanismer
- ◆ Risikofaktorer
- ◆ Primærforebyggende tiltak
- ◆ Sekundærforebyggende tiltak
- ◆ Diagnostiske metoder
- ◆ Behandling og rehabilitering

Det lyses ut midler til:

- ◆ Postdoktorstillinger
- ◆ Driftsstøtte

Prosjektene vurderes av et internasjonalt fagpanel samt et panel bestående av personer med egen demenserfaring. Tildelingen skjer etter innstilling fra Nasjonalforeningen for folkehelsens Forskningsstyre demens.

Kontakt Ditte Staldgaard for mer informasjon på telefon 92553545 eller epost

ditte.staldgaard@nasjonalforeningen.no

Søknadsskjema og retningslinjer finnes på: <https://soknadsportal.nasjonalforeningen.no/#home>

Søknaden leveres elektronisk innen 02.09.2024, kl. 10:00.



Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Våre mål er å fremme folkehelsen og finansiere forskning på hjerte- og karsykdommer og demens. Organisasjonen er også interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vi jobber med aktuelle og fremtidsrettede oppgaver som har betydningen for folkehelsen. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.

Søk midler til forskning på hjerte og hjerneslag

Nasjonalforeningen for folkehelsen har støttet norsk hjerte- og karforskning siden 1960. For 2025 vil vårt bidrag være 20 millioner kroner.

Nasjonalforeningen for folkehelsens hjerte- og karforskning skal bidra til økt kunnskap om:

- ◆ Årsakssammenhenger og sykdomsmekanismer
- ◆ Risikofaktorer
- ◆ Primærforebyggende tiltak
- ◆ Diagnostiske metoder
- ◆ Sekundærforebyggende tiltak
- ◆ Behandling og rehabilitering (ikke helsetjenesteforskning)

Det lyses ut midler til:

- ◆ Doktorgradsstipender
- ◆ Postdoktorstipender
- ◆ Driftsmidler

Prosjektene vurderes av et internasjonalt fagpanel og tildeles etter innstilling fra Nasjonalforeningen for folkehelsens hjerte- og karråd.

Kontakt Øivind Kristensen for mer informasjon på telefon 40 44 57 93 eller e-post: oikr@nasjonalforeningen.no eller forskning@nasjonalforeningen.no

Søknadsskjema og retningslinjer finnes på: <https://soknadsportal.nasjonalforeningen.no/#home>

Søknaden leveres elektronisk innen 02.09.2024, kl.10:00.

Tekst: Christopher Ekholdt et al.

Ryggmargsstimulering har en plass i behandling av langvarige smertetilstander

Ryggmargsstimulering er en viktig behandlingsmetode for utvalgte pasienter med langvarige smerter. Tilfredsheten blant pasienter som har gjennomgått denne behandlingen, er sammenlignbar med resultater fra ryggkirurgi i Norge.

Ryggmargsstimulering er en behandlingsmetode som kan gi pasienter med langvarige nevropatiske smerter og enkelte andre smertetilstander symptomlindring, bedret funksjon og økt livskvalitet (se tabell 1 for indikasjoner). Moderne ryggmargsstimulatorer gir et utvalg strømbølger som pasienten selv kan velge mellom. Ved Avdeling for smertebehandling på Oslo universitetssykehus benyttes ryggmargsstimulering som ett av flere samtidige elementer i rehabiliteringen av pasienter med langvarige smertetilstander, og ikke som et frittstående enkelttiltak. Vi er i ferd med å styrke vår tverrfaglige oppfølging for at pasientene skal få enda bedre utbytte av behandlingen.

Ryggmargsstimulering
Ved ryggmargsstimulering benyttes en epiduralt plassert elektrode koblet til en pulsgenerator. I 2021 publiserte leger og forskere ved vår avdeling en klinisk oversiktsartikkel om denne behandlingsformen (1).

Ryggmargsstimulatorer ligner pacemakere og programmeres til å sende strøm mot ryggmargen for å gi smertelindring. Ved tradisjonell programmering kjenner pasienten parestesier. Det siste tiåret har en rekke nye stimuleringsmetoder blitt utviklet, og ved flere av disse merker ikke pasienten pågående behandling. Pulsgeneratorene vi benytter, kan gi både tradisjonelle og nyere typer stimulering. Pasienten kan selv justere innstillingene, noe som gir dem bedre kontroll over smertene.

Hva med kunnskapsgrunnlaget?
Ryggmargsstimulering er ikke en eksperimentell behandlingsmetode, men et etablert behandlingstilbud i de offentlige helsevesenene i hele Europa. Antallet slike implantasjoner var i 2019 estimert til å være 34 000 på verdensbasis, og tallet er økende (2). Det finnes flere studier som viser at ryggmargsstimulering reduserer plagene ved nevropatiske smerter, og systematiske oversikter har konkludert med god effekt av ryggmargsstimulering sammenlignet med konvensjonell medisinsk behandling, reoperasjon og mellom ulike stimuleringsmetoder (3–5). En Cochrane-oversikt er imidlertid kritisk, og beskriver lav grad av evidens for ryggmargsstimulering sammenlignet med placebo (6), men denne oversikten har fått kritikk blant annet for å være skrevet av personer som ikke arbeider klinisk med ryggmargsstimulering.

Nylig fikk en norsk studie (7) stor oppmerksomhet, også internasjonalt. Den konkluderte med at det ikke var forskjell i smerteintensitet eller fysisk funksjon mellom placebo og ryggmargsstimulering. Tidsskriftet fulgte opp studien med en artikkel, «Ingen effekt av epidural ryggmargsstimulering ut over placebo» (8), der vi synes at overskriften gir et feilaktig inntrykk. Studien som ble kritisert fra mange hold (9, 10), undersøker nemlig kun én stimuleringsmetode (en spesiell type av såkalt burst-bølgeform der pasienten ikke

Tabell 1 Indikasjoner for ryggmargsstimulering

Indikasjoner	Kontraindikasjoner
Langvarige smerter over seks måneder	Graviditet
Smerte med en betydelig innvirkning på daglig funksjon og livskvalitet.	Pågående infeksjon
Perifere nevropatiske smerter	Koagulasjonsforstyrrelser
Radikulopati	Psykisk/kognitiv tilstand som affiserer behandlingen
Polyneuropati	Dårlig etterlevelse (compliance)
Perifer nerveskade	Rusmisbruk
Komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS)	Utbredte smertetilstander
Refraktær angina pectoris / enkelte perifere karsykdommer	Uhensiktsmessig opioidbehandling som pasienten ikke ønsker å trappe ned

Hvor stor nytte har pasienten hatt av operasjonen?	Andel (%)
Helt restituert	17,2
Mye bedre	43,5
Litt bedre	21,0
Uendret	7,7
Litt verre	5,7
Mye verre	3,6
Verre enn noen sinne	1,3

Tabell 2 Tall fra Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi sin årsrapport for 2022 (14), tabell 3,5 s. 44.

kjenner parestesier), og utnytter dermed ikke pasientens mulighet til å aktivt kontrollere smerten ved å styre strømmen og veksle mellom stimuleringstyper. Erik Werner og Jens Ivar Brox skrev nylig at ryggsmarter må behandles med kognitive teknikker og at ryggmargsstimulering ikke virker (11). Vi vil presisere at ryggsmarter ikke er en indikasjon for ryggmargsstimulering ved vår avdeling.

Den nevnte norske studien (7) undersøkte altså én bestemt type strømbølger som pasienten ikke kan kjenne, noe som gjorde det mulig å gjennomføre en placebokontrollert studie. Placebokontrollerte studier er gullstandarden for å undersøke effekten av medisinske intervensjoner, og en systematisk oversikt over placebokontrollerte studier viste imidlertid statistisk signifikant reduksjon av smerteintensitet (12). For parestesibasert stimulering er det ikke mulig å gjøre blindede studier. I vår praksis foretrekker de aller fleste pasientene en kombinasjon av parestesigivende og ikke-parestesigivende stimulering, noe som også er vist i en registerstudie fra Nederland (13).

Ryggmargsstimulering sammenlignet med ryggkirurgi

Kirurgi kan være en god løsning for pasienter med ulike smertetilstander. Ifølge årsrapporten fra Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (14), ble det registrert 6 316 ryggoperasjoner i 2022 (derav 2 297 prolapskirurgier og 3 030 dekompresjoner). Mange pasienter som får disse operasjonene, opplever smertefull radikulopati i bena, som er en nevropatisk smertetilstand. Så vidt vi vet, er det ikke blitt gjennomført placebokontrollerte studier på kirurgisk dekompresjon av lumbal spinalstenose (det finnes en pågående studie som hevder å være den første av sitt slag (15)).

Det utføres dermed flere tusen ryggkirurgiske inngrep i Norge årlig uten evidens fra placebo-kontrollerte studier. Dette kan skyldes ulike faktorer, som etiske, økonomiske, organisatoriske og rekrutteringsmessige utfordringer med å

gjennomføre slike studier. Dessuten vil denne typen studier ha strenge kriterier for utvalg av pasienter, som ikke nødvendigvis representerer den reelle befolkningen. Derfor er det viktig å supplere med kunnskap fra andre kilder. Medisinske kvalitetsregistre kan bidra til å fylle dette behovet.

I en systematisk oversiktsartikkel (5) er det gjort en metaanalyse på pasienttilfredshet ved ryggmargsstimulering, og den finner at 82 % av pasientene som har fått ryggmargsstimulering, rapporterer å være moderat eller mer tilfreds med behandlingen. I årsrapporten fra 2022 for det nasjonale kvalitetsregisteret for ryggkirurgi presenteres opplevd nytte av operasjonen. Andelen pasienter som rapporterer å ha blitt «helt restituert» eller «mye bedre», er 61 % (tabell 2) (14, s. 44). Tallene som de to publikasjonene presenterer, er ikke helt analoge, men vi mener at sammenligningen kan være interessant for å få et perspektiv på hvilken nytte pasienter kan oppleve av ryggmargsstimulering. Vi har ennå ikke publisert disse dataene fra vårt kvalitetsregister (16), men preliminnære analyser tyder på tilsvarende pasienttilfredshet som det nasjonale kvalitetsregisteret for ryggkirurgi. Våre pasienter med smertefull radikulopati har ofte vært gjennom en ryggoperasjon som ikke har gitt klinisk bedring, og de utgjør derfor en subgruppe med relativt dårlig prognose. 30–40 % av pasientene som får ryggmargsstimulator ved vår avdeling, har smertefull radikulopati som indikasjon.

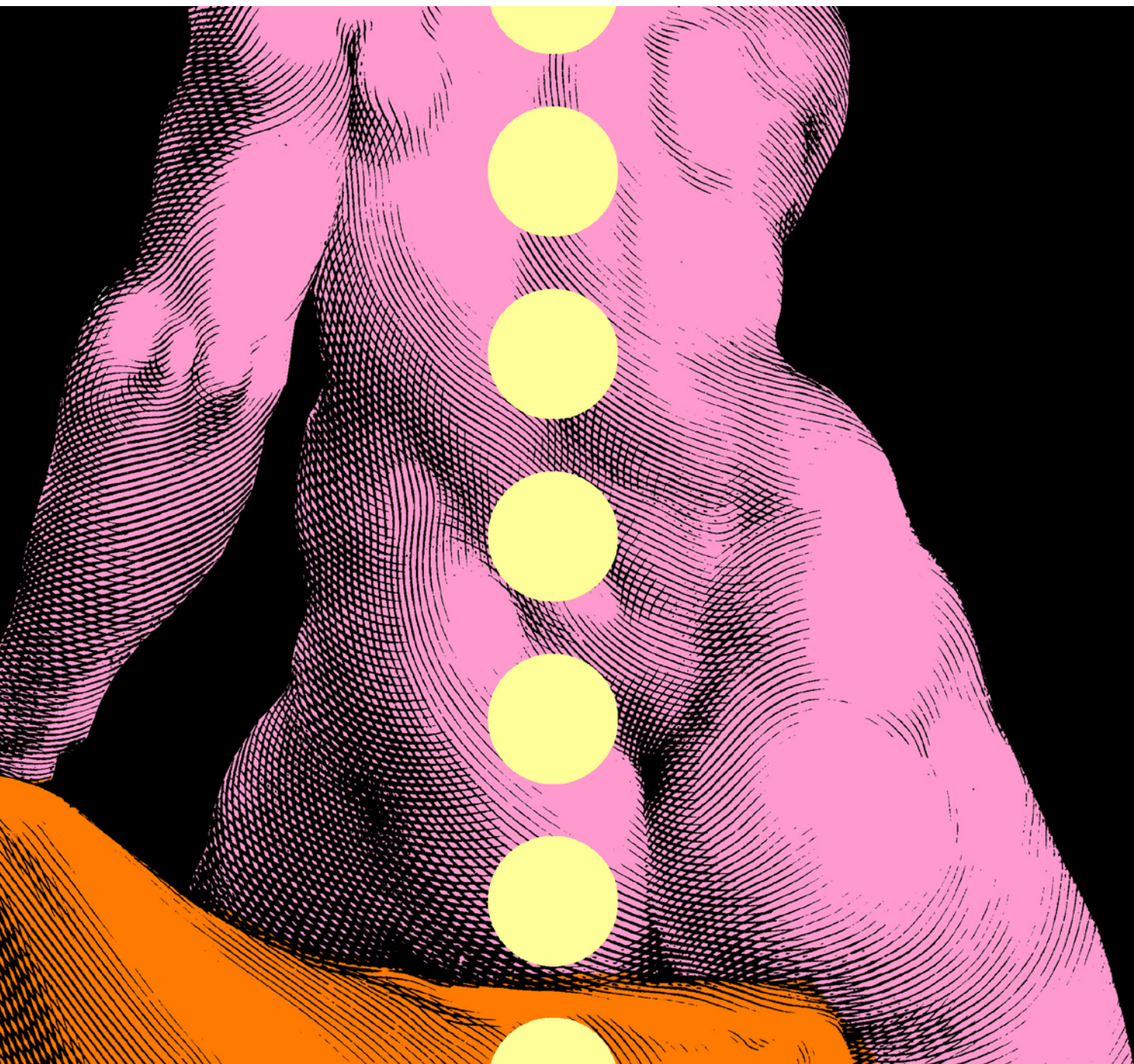
Ryggmargsstimulering kan være et alternativ for noen pasienter med nevropatiske smerter, både før og etter ryggkirurgi. En randomisert studie (17) sammenlignet ryggmargsstimulering med repetert lumbosakral ryggkirurgi, og viste at signifikant flere pasienter fikk mer enn 50 % reduksjon av smerteintensitet ved ryggmargsstimulering. Det var også langt færre pasienter som ønsket å gå fra ryggmargsstimulering til ryggkirurgi, sammenlignet med motsatt.

Ryggmargsstimulering er en prosedyre med lav risiko for alvorlige komplikasjoner. De



Illustrasjon: Tidsskriftet

Ryggmargsstimulering kan være et alternativ for noen pasienter med nevropatiske smerter, både før og etter ryggkirurgi



vanligste er smerter over pulsgenerator og elektrodedislokasjon (18). Dessuten er ryggmargsstimulering en reversibel intervensjon som ved perkutan teknikk gir lite vevstraume sammenlignet med annen kirurgi. Vi mener derfor at ryggmargsstimulering bør ses på som en behandlingsmulighet for flere pasienter med langvarige perifere nevropatiske smerter, uavhengig av årsaken til nevropatien.

Hvem, hva, hvor

Internasjonalt er det et stadig større fokus på utvelgelse av egnede pasienter til ryggmargsstimulering (19), og det er utviklet et nettbasert validert verktøy for beslutningsstøtte, også for

henvisende leger (20). Hyppigste indikasjon for ryggmargsstimulering er perifere nevropatiske smerter (se tabell 1).

Avdeling for smertebehandling ved Oslo universitetssykehus har, som eneste norske smerteklinikk, tilbudt ryggmargsstimulering siden 1998. Vi er opptatt av at pasienter med langvarige smerter ofte har en sammensatt tilstand, og derfor trenger hjelp til annet enn kun symptomlindring for å oppleve bedret funksjon og livskvalitet. Hos oss er lege, psykolog, fysioterapeut og sykepleier involvert i vurdering og behandling av disse pasientene for å ivareta alle aspekter innenfor den biopsykososiale modellen. Dette er i tråd med —→

internasjonale retningslinjer (21, 22), som poengterer at vurdering og behandling med ryggmargsstimulering skal gjøres innenfor rammen av et tverrfaglig team med smerte-medisinsk kompetanse. ■

Mottatt 29.2.2024, første revisjon innsendt 13.3.2024, godkjent 18.4.2024.

Christopher Ekholdt

chrehk@ous-hf.no

Christopher Ekholdt er spesialsykepleier, forskningskoordinator og daglig leder for Oslo universitetssykehus smerteregister. Han er ph.d.-student ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lars-Petter Granan

Lars-Petter Granan er ph.d., spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, overlege og avdelingsleder ved Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus og faglig leder for Oslo universitetssykehus smerteregister. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Audun Stubhaug

Audun Stubhaug er spesialist i anestesilogi, overlege ved Avdeling for Smertebehandling, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Maren Toennis

Maren Toennis er spesialist i anestesilogi og overlege ved Avdeling for Smertebehandling, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Stine Salthe

Stine Salthe er spesialist i anestesilogi og overlege ved Avdeling for Smertebehandling, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bård Lundeland

Bård Lundeland er ph.d., spesialist i anestesilogi, fagansvarlig for ryggmargsstimulering og overlege ved Avdeling for Smertebehandling, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han har mottatt honorar for et foredrag om radiofrekvensbehandling av nakke- og ryggsmarter i regi av Abbott i 2021.

Litteratur

- Lundeland B, Toennis M, Züchner M et al. Ryggmargsstimulering mot perifere nevropatiske smerter. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141: doi: 10.4045/tidsskr.20.1010.
- Knotkova H, Hamani C, Sivanesan E et al. Neuromodulation for chronic pain. Lancet 2021; 397: 2111–24.
- Eckermann JM, Pilitsis JG, Vannaboutathong C et al. Systematic Literature Review of Spinal Cord Stimulation in Patients With Chronic Back Pain Without Prior Spine Surgery. Neuromodulation 2021; 25: 648–56.
- Deer TR, Grider JS, Lamer TJ et al. A Systematic Literature Review of Spine Neurostimulation Therapies for the Treatment of Pain. Pain Med 2020; 21: 1421–32.
- Hagedorn JM, Romero J, Ha CT et al. Patient Satisfaction With Spinal Cord Stimulation and Dorsal Root Ganglion Stimulation for Chronic Intractable Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuromodulation 2022; 25: 947–55.

- O'Connell NE, Ferraro MC, Gibson W et al. Implanted spinal neuromodulation interventions for chronic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2021; 12: CD013756.
- Hara S, Andresen H, Solheim O et al. Effect of Spinal Cord Burst Stimulation vs Placebo Stimulation on Disability in Patients With Chronic Radicular Pain After Lumbar Spine Surgery: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2022; 328: 1506–14.
- Sørensen SM. Ingen effekt av epidural ryggmargsstimulering ut over placebo. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0599.
- Eldabe S, Gilligan C, Taylor RS et al. Issues in design, conduct, and conclusions of JAMA's Hara et al.'s randomized clinical trial of spinal cord burst stimulation versus placebo stimulation on disability in patients with chronic radicular pain after lumbar spine surgery. Pain Pract 2023; 23: 232–3.
- Thomson S, Kallewaard JW, Gatzinsky K. Spinal Cord Burst Stimulation vs Placebo Stimulation for Patients With Chronic Radicular Pain After Lumbar Spine Surgery. JAMA 2023; 329: 847.
- Werner EL, Brox JL. Smertebehandling av ryggpasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0031.
- Duarte RV, Nevitt S, McNicol E et al. Systematic review and meta-analysis of placebo/sham controlled randomised trials of spinal cord stimulation for neuropathic pain. Pain 2020; 161: 24–35.
- Kallewaard JW, Paz-Solis JF, De Negri P et al. Real-World Outcomes Using a Spinal Cord Stimulation Device Capable of Combination Therapy for Chronic Pain: A European, Multicenter Experience. J Clin Med 2021; 10: 4085.
- Solberg TK, Ingebritsen T, Olsen LR et al. Årsrapport 2022. Resultater og forbedringstiltak, 6/2023. <https://www.unn.no/4a4f62/siteassets/documents/kvalitetsregistre/nasjonalt-kvalitetsregister-for-ryggkirurgi/arsrapporter/arsrapportnkr2022.pdf> Lest 18.4.2024.
- Anderson DB, Ferreira ML, Harris IA et al. SUCCESS, SURgery for Spinal Stenosis: protocol of a randomised, placebo-controlled trial. BMJ Open 2019; 9: e024944.
- Granan LP, Reme SE, Jacobsen HB et al. The Oslo University Hospital Pain Registry: development of a digital chronic pain registry and baseline data from 1,712 patients. Scand J Pain 2019; 19: 365–73.
- North RB, Kidd DH, Farrokhi F et al. Spinal cord stimulation versus repeated lumbosacral spine surgery for chronic pain: a randomized, controlled trial. Neurosurgery 2005; 56: 98–106, discussion 106–7.
- Brinzeu A, Cuny E, Fontaine D et al. Spinal cord stimulation for chronic refractory pain: Long-term effectiveness and safety data from a multicentre registry. Eur J Pain 2019; 23: 1031–44.
- Thomson S, Huygen F, Prangnell S et al. Applicability and Validity of an e-Health Tool for the Appropriate Referral and Selection of Patients With Chronic Pain for Spinal Cord Stimulation: Results From a European Retrospective Study. Neuromodulation 2023; 26: 164–71.
- Ismar Healthcare. 2024. Appropriate referral and selection for Spinal Cord Stimulation in patients with chronic pain. <https://www.scstool.org/en> Lest 18.4.2024.
- National Institute for Health and Care Excellence. Spinal cord stimulation for chronic pain of neuropathic or ischaemic origin. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta159> Lest 18.4.2024.
- Shanthanna H, Eldabe S, Provenzano DA et al. Evidence-based consensus guidelines on patient selection and trial stimulation for spinal cord stimulation therapy for chronic non-cancer pain. Reg Anesth Pain Med 2023; 48: 273–87.

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

Nyhet!

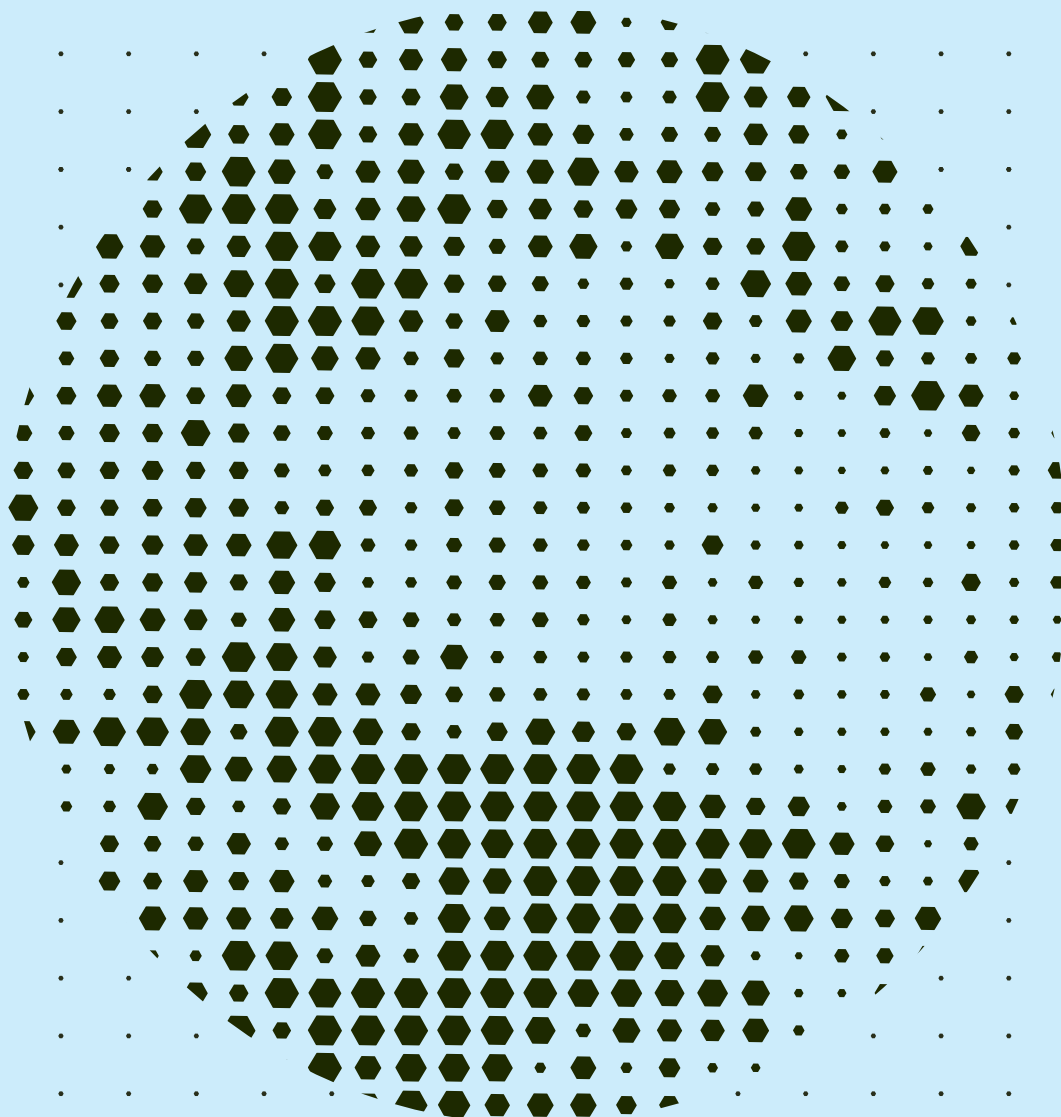
EBGLYSS[®] er rangert som **nummer en av interleukin-hemmerene** (anti-IL-4/IL-13) for atopisk dermatitt (AD) hos voksne og ungdom på TNF-BIO 2406b fra 1 mai 2024.^{2,3} EBGLYSS[®] hemmer selektivt IL-13.¹ Spesialistgruppen vurderer at anti-IL-4/IL-13 inntil videre kan være **foretrukket behandlingsvalg ved alvorlig 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.

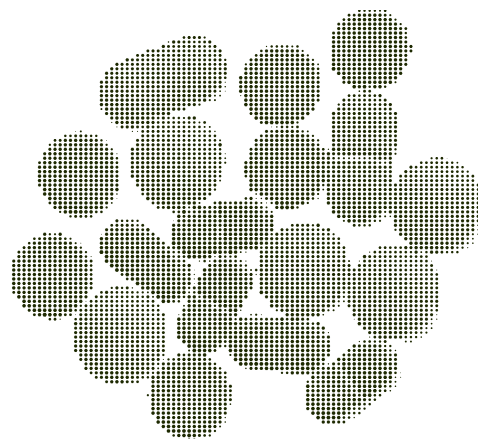
Ebglyss (lebrikizumab) injeksjonsvæske 250 mg. **Indikasjon:** Til behandling av moderat til alvorlig atopisk dermatitt hos voksne og ungdom fra 12 år og eldre med en kroppsvekt på minst 40 kg som er aktuelle for systemisk behandling. **Dosering:** Anbefalt dose er 500 mg (to 250 mg injeksjoner) ved 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. **Utvalgt 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>.

Nytt om legemidler



Orale retinoider er svært fosterskadelige, og skal ikke brukes under graviditet. Nye europeiske studier har vist at graviditeter fortsatt forekommer hos kvinner som bruker orale retinoider.



De orale retinoidene isotretinoin, alitretinoin og acitretin er godkjent for behandling av alvorlige former for akne, eksem og psoriasis. Tall fra Legemiddelregisteret viser at bruken av isotretinoin er mer enn tidoblet de siste 15 årene, og det er nå flere kvinner enn menn som får resept på isotretinoin (1).

Råd til helsepersonell

Orale retinoider er svært teratogene og må ikke brukes under graviditet (2). Det er utarbeidet et graviditetsforebyggende program. Legen er ansvarlig for at programmet blir fulgt, blant annet at:

- Fertile kvinner må ta en graviditetstest kort tid før behandlingen, månedlig under behandlingen og en måned etter avsluttet behandling med isotretinoin og alitretinoin. Etter avsluttet behandling med acitretin bør kvinner ta graviditetstest under medisinsk tilsyn med 1-3 måneders mellomrom i tre år.
- Kvinnen forstår at hun må bruke sikker prevensjon før, under og én måned etter avsluttet behandling med isotretinoin og alitretinoin. Kvinner som bruker acitretin må fortsette med sikker prevensjon tre år etter avsluttet behandling.
- Til fertile kvinner skal det kun utleveres orale retinoider (acitretin, alitretinoin og isotretinoin) for 30 dagers behandling per resept (3).
- Resepter til fertile kvinner er kun gyldige i syv dager. For andre kvinner skal lege bekrefte på resepten at kvinnen ikke omfattes av begrensningen for fertile kvinner.

Kvinner som blir gravide må umiddelbart avslutte behandlingen og kontakte lege.

Individuell stønad for behandling av alkoholavhengighet

Helfo kan yte individuell stønad til de fire legemidlene som er godkjent for behandling av alkoholavhengighet i Norge:

- Disulfiram brusetabletter (Antabus)
- Akamprosats enterotabletter (Campral)
- Naltrekson 50 mg tabletter (Naltrexone Accord og Naltrexone POA Pharma)
- Nalmefen tabletter (Selinco)

For Nalmefen (Selincro) er det et krav at ett av de tre andre legemidlene (disulfiram, akamprosats eller naltrekson) er forsøkt først. Helfo kan gjøre unntak fra dette ved tungtveiende medisinske hensyn.

Bruk ved opioidavhengighet dekkes av helseforetakene. Helfo dekker ikke bruk av legemidlene i institusjon.



Referanser:

1. <https://www.dmp.no/globalassets/documents/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/nyl/2022/nyl-nr16-2022.pdf>
2. <https://www.dmp.no/nyheter/paminnelse-om-graviditetsforebyggende-tiltak-ved-bruk-av-orale-retinoider>
3. <https://www.dmp.no/tilvirkning-import-og-salg/utlevering-og-salg-i-apotek/utleveringsbestemmelser-for-legemidler>



Illustrasjonsfoto: pressdigital/iStock

Bidrar plastforurensning til hjerte- og karsykdom?

Pasienter med karplakk der det ble påvist plastpartikler, hadde en høyere forekomst av hjerteinfarkt, hjerneslag og død.

Både plastforurensning og hjertesykdom er store globale utfordringer, men er det en sammenheng mellom dem? Dette ble undersøkt i en ny italiensk observasjonsstudie med 257 pasienter som hadde gjennomført forebyggende karotiskirurgi med fjerning av plakk (1). Plakkene ble undersøkt for mikro- og nanoplast, og pasientene ble fulgt i rundt tre år. Om lag 58 % av pasientene hadde mikro- og

nanoplast i sine karplakk. Andelen var enda høyere hos menn og hos røykere. Geografisk bosted hadde ikke betydning. Forekomsten av hjerteinfarkt, hjerneslag og død var mye høyere hos pasientene med plast i plakkene enn hos dem med plakk uten plast (hasardratio 4,53; 95 % KI 2,00 til 10,27).

– Denne studien viser en sammenheng mellom mikro- og nanoplast og helseutfall, men å si noe presist om størrelsen på slike effekter er vanskelig og kompliseres av at plastprodukter inneholder mange tusen ulike kjemikaler, sier Erlend T. Aasheim, som er avdelingsdirektør i Helsedirektoratet og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Han mener denne kunnskapen må omsettes til politikk og handling, for eksempel ved at Norge og andre europeiske land følger opp Budapest-erklæringen om klimaendringer, forurensning og tap av biologisk mangfold, og at Norge fortsetter ledelsen av en internasjonal koalisjon for å få slutt på plastforurensning.

Aasheim mener utfordringen med plastforurensning har flere likhetstrekk med klimaendringene.

– Begge er menneskeskapte og knyttet til fossil produksjon og forbruksmønstre som ikke er bærekraftige. Et annet likhetstrekk er økende oppmerksomhet om helseeffektene ved klimaendringer og plastforurensning, som sammen med annen forurensning og tap av biologisk mangfold er en trussel for helse, økosystemer og livsgrunnlaget til framtidige generasjoner. Disse temaene diskuteres både i Verdens helseorganisasjon og på klimatoppmøtene. Helsesektoren har en viktig rolle i å synliggjøre helseeffektene av disse store samfunnsutfordringene, sier Aasheim. ■

Amanda Hylland Spjeldnæs

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Marfella R, Prattichizzo F, Sardu C et al. Microplastics and nanoplastics in atherosclerosis and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2024; 390: 900–10.

Trygg trombolyse ved anti-koagulasjonsbehandling?

Intravenøs trombolytisk behandling kan gjennomføres trygt for pasienter med akutt iskemisk hjerneslag som bruker direktevirkende perorale antikoagulasjonsmidler, ifølge ny studie fra Taiwan.

Rask intravenøs trombolysebehandling reduserer død og behov for hjelp, og den bidrar til et bedre funksjonsnivå hos pasienter med akutt hjerneinfarkt. De norske nasjonale retningslinjene for behandling av hjerneslag advarer mot å gi trombolytisk behandling til pasienter som har inntatt direktevirkende perorale antikoagulasjonsmidler (DOAK) de siste 48 timene.

En ny studie fra Taiwan har undersøkt om behandling med DOAK-preparater er assosiert med økt risiko for blødning eller død hos pasienter som mottar intravenøs behandling med alteplase ved akutt hjerneinfarkt (1). Studien brukte data fra en nasjonal database og omfattet nesten 7 500 pasienter. Av disse sto 91 (1,2 %) på DOAK-preparater og 182 (2,4 %) på warfarin. De øvrige pasientene sto ikke på antikoagulasjonsbehandling før hjerneinfarkt. Det ble ikke funnet økt risiko for intrakraniell blødning, andre større blødninger eller død under innleggelsen blant de som sto på DOAK-preparater, sammenlignet med de som ikke sto på antikoagulasjonsbehandling før hjerneinfarkt. Det var heller ingen signifikante forskjeller mellom DOAK-pasientene og warfarin-pasientene. En metaanalyse med andre tilsvarende studier viste lignende resultater.

– Denne studien føyer seg inn i rekken av observasjonelle studier som tyder på at det kanskje ikke er økt blødningsfare ved trombolytisk behandling hos

pasienter som bruker direktevirkende perorale antikoagulasjonsmidler, sier Guri Hagberg, overlege ved Seksjon for hjerneslag, Oslo universitetssykehus.

– Andelen pasienter som fikk hjerneblødning i studien, er høy, hele 9 % hos de som sto på DOAK-preparater og 7,4 % hos de som ikke fikk antikoagulasjonsbehandling, mot 4 % av pasientene som er registrert i Norsk hjerneslagsregister. Dette kan komme av at endepunktet, diagnosekoder i et nasjonalt register, er dårlig definert, mener hun.

– Studien fra Taiwan har flere svakheter, der de viktigste er relativt liten populasjon og at de har en annen trombolysepraksis enn vi har i Norge. Det er også usikkert om alle pasientene faktisk har tatt DOAK-preparater og hvordan endepunktet er definert. Dette gjør studien mindre overførbar til norske forhold og vanskelig å trekke sikre konklusjoner. En ny norsk studie der pasientene skal randomiseres, vil undersøke denne problemstillingen nærmere, sier Hagberg. ■

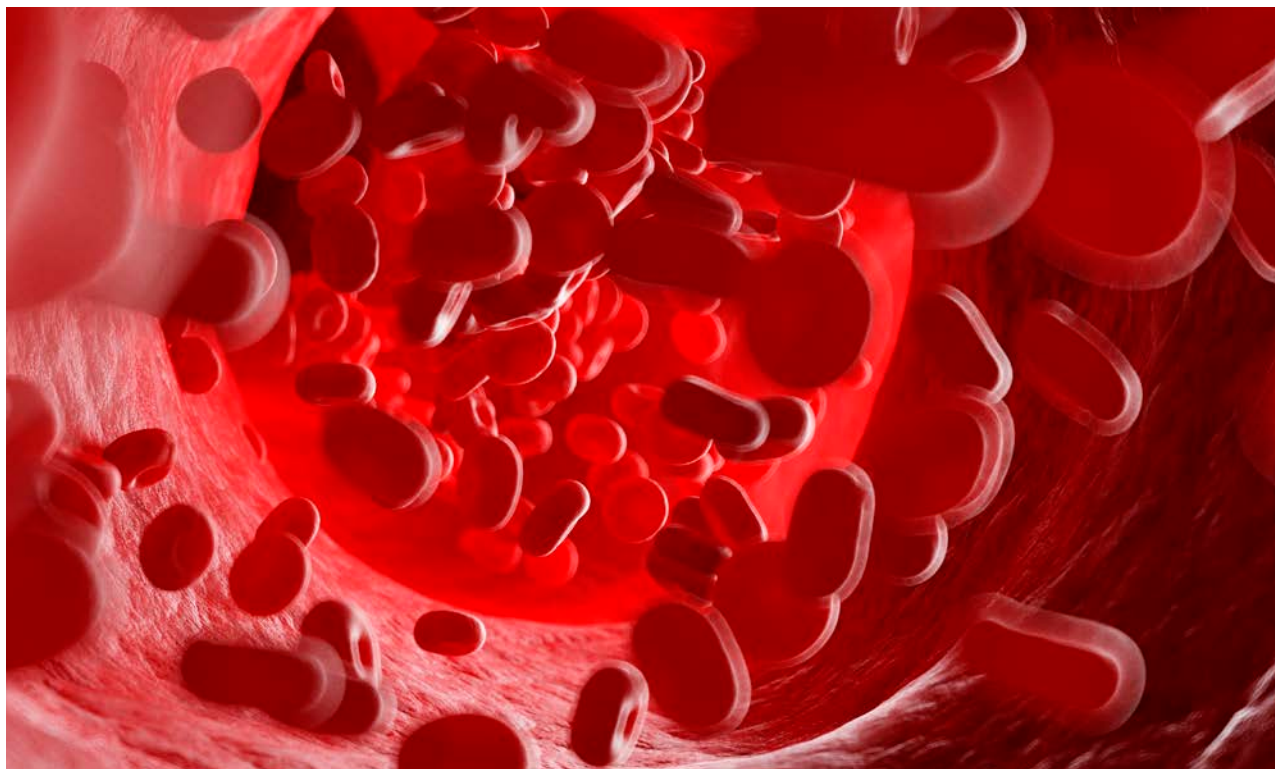
Jørgen Østensjø

Haukeland universitetssjukehus

Litteratur

- 1 Tsai TY, Liu YC, Huang WT et al. Risk of bleeding following non-vitamin K antagonist oral anticoagulant use in patients with acute ischemic stroke treated with alteplase. JAMA Intern Med 2024; 184: 37–45.

Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB



Henrik Krossøy Thomassen¹
hekrth@ous-hf.no

Fredrik Sandve Kilander¹
Tom Mala^{1, 2}
Tom Glomsaker¹
Magnus Fasting³

1 Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus, Ullevål

2 Universitetet i Oslo

3 Seksjon for øvre gastrokirurgi, Oslo universitetssykehus, Ullevål

Laparoskopisk transcystisk ekstraksjon av gallegangskonkrementer

Bakgrunn

Gallegangskonkrementer forekommer hos 2–12 % av alle pasienter som gjennomgår laparoskopisk kolecystektomi. Laparoskopisk transcystisk stenekstraksjon av gallegangskonkrementer som én-steps prosedyre, er et behandlingsalternativ til endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP), med sammenlignbare suksess- og komplikasjonsrater. Målet med studien var å kartlegge forløpet til pasienter som gjennomgikk transcystisk stenekstraksjon samtidig med kolecystektomi.

Materiale og metode

Alle pasienter som fikk utført transcystisk stenekstraksjon i forbindelse med laparoskopisk kolecystektomi ved Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus i perioden 1.1.2019 til 30.11.2023, ble registrert.

Resultater

Studien inkluderte 23 pasienter, hvorav 16 var kvinner og 7 var menn. 5 pasienter var tidligere operert med Roux-en-Y gastrisk bypassoperasjon. 20 pasienter ble operert med indikasjon på gallegangssten. Transcystisk stenekstraksjon var vellykket hos 22 pasienter. Median (spredning) operasjonstid var 190 (115–302) minutter. Tre pasienter utviklet milde, prosedyrerelaterte komplikasjoner. Median antall liggedøgn i sykehus etter operasjonen var 1 (spredning: 1–22) dag.

Fortolkning

Laparoskopisk transcystisk stenekstraksjon ved kolecystektomi kan være et godt alternativ til behandling av gallegangskonkrementer, og synes assosiert med få komplikasjoner.

Hovedfunn

Laparoskopisk transcystisk stenekstraksjon ved kolecystektomi var vellykket hos 22 av 23 pasienter.

Median antall liggedøgn etter operasjonen var én dag (spredning: 1–22).

Tabell 1 Studiepopulasjon og resultater ved transcystisk stenekstraksjon hos 23 pasienter ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. MRCP = magnetisk resonanstomografisk pankreatikografi. ERCP = endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi.

	Alle pasienter (N = 23)
Median alder (spredning)	50 (26–76)
Kvinner	16
Preoperativ MRCP med synlig konkret	19
Tidligere Roux-en-Y gastrisk bypass	5
Øyeblikkelig hjelp	21
Median operasjonstid (spredning) i minutter	190 (115–302)
Prosedyrerelaterte komplikasjoner	3

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.



Sanering av gallesteiner i ett steg

Sanering av konkrementer i galleblæren og gallegangen i én prosedyre kan spare tid og ressurser, både for pasient og helsevesen.

Symptomatisk gallestein er en folkesykdom som årlig rammer flere tusen pasienter, og ofte kan konkrementer finnes både i galleblæren og gallegangen samtidig (1). Tilstanden kan gi sterke magesmerter og forårsake alvorlige tilstander, som kolecystitt og kolangitt. Innkilte konkrementer i gallegangen er den vanligste årsaken til pankreatitt og kan medføre betydelig tap av helse, livskvalitet og i noen tilfeller også leveår.

Tradisjonelt har konkrementer i galleblæren blitt håndtert med kolecystektomi, i senere tid via kikkhullskirurgi. Konkrementer i gallegangen har tradisjonelt blitt håndtert via endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP), der man i en separat prosedyre kanylerer gallegangen fra tolvfingertarmen ved hjelp av et endoskop med sideoptikk. Deretter, under gjennomlysning og med bruk av røntgenkontrast, gjøres en endoskopisk retrograd sanering av konkrementene.

En slik tilnærming, som krever minst to separate prosedyrer og bedøvelser, krever tid og ressurser fra både pasient og helsevesen. ERCP er i seg selv forbundet med en betydelig risiko for pankreatitt (2). Videre har kolecystektomi og ERCP ofte vært gjort med et betydelig tidsintervall, med en risiko for gallesteinskomplikasjoner mellom prosedyrene. Dette har særlig vært knyttet til oversette gallegangskonkrementer, som kan gi kolangitt og pankreatitt.

Risikoen for pankreatitt og andre komplikasjoner reduseres ved å kombinere kolecystektomi, kolangiografi og endoskopisk retrograd steinsanering i ett steg

I Sverige gjøres det årlig omtrent 12 000 kolecystektomier og 7 000 ERCP-prosedyrer, og landet har vært verdensledende innen forskning på gallesteinssykdom, blant annet gjennom det nasjonale registeret GallRiks (1). Data fra dette registeret viste tidlig at antibiotika og tromboseprofylakse er unyttig ved kolecystektomi (1). Videre har man med GallRiks vist at risikoen for pankreatitt og andre komplikasjoner reduseres ved å kombinere kolecystektomi, kolangiografi og endoskopisk retrograd steinsanering i ett steg, såkalt rendezvous-ERCP (3).

Stadig flere pasienter har imidlertid ikke en normal anatomi i øvre gastrointestinaltraktus, oftest på grunn av gjennomgått bariatrisk kirurgi. De er dermed ikke tilgjengelige for konvensjonell ERCP, hverken som én- eller to-steps prosedyre. Denne problemstillingen blir ekstra aktuell siden symptomgivende gallestein er svært vanlig hos pasienter som har gjennomgått bariatrisk kirurgi (4).

Thomassen og medforfattere viser i sin studie i Tidsskriftet (5) hvordan konkrementer i galleblæren og gallegangen kan saneres i én operasjon. Metoden de presenterer fungerer også på pasienter som har gjennomgått bariatrisk kirurgi og annen endring av anatomen i øvre gastrointestinaltraktus. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge har også denne metoden vært brukt i flere år.

Studien til Thomassen og medforfattere føyer seg inn i ny viten som kan oppsummeres omtrent slik: Akutt gallesteinssykdom saneres akutt, fortrinnsvis gjennom én operasjon. Akutt kolecystitt opereres trygt under det første sykehusoppholdet (6), og ved gallesteinsutløst pankreatitt bør kolecystektomi utføres under oppholdet for å forebygge ny pankreatitt (7). Samtidige konkrementer i galleblæren og gallegangen bør saneres i én prosedyre. Ved en slik tilnærming sparer vi tid og ressurser for både pasient og helsevesen. ■

Eirik Kjus Aahlin

Eirik.Kjus.Aahlin@unn.no

Eirik Kjus Aahlin er ph.d., spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge. Han er førsteamanuensis ved Institutt for Klinisk Medisin, UiT – Norges arktiske universitet og styremedlem ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Enochsson L, Sandblom G, Österberg J et al. GallRiks 10 år - Kvalitetsregister för gallstens-kirurgi har förbättrat vården. *Lakartidningen* 2015; 112: DCE6.
- 2 Enochsson L, Swahn F, Arnelo U et al. Nationwide, population-based data from 11,074 ERCP procedures from the Swedish Registry for Gallstone Surgery and ERCP. *Gastrointest Endosc* 2010; 72: 1175–84, 1184.e1–3.
- 3 Swahn F, Nilsson M, Arnelo U et al. Rendezvous cannulation technique reduces post-ERCP pancreatitis: a prospective nationwide study of 12,718 ERCP procedures. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 552–9.
- 4 Welbourn R, Pournaras DJ. Bariatric surgery and prophylaxis against symptomatic gallstone disease. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2021; 6: 972–3.
- 5 Thomassen HK, Kilander FS, Mala T et al. Laparoskopisk trans-cystisk ekstraksjon av gallegangskonkrementer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144: doi:10.4045/tidsskr.23.0823.
- 6 Abe T, Amano H, Hanada K et al. Efficacy and safety of early cholecystectomy for comorbid acute cholecystitis and acute cholangitis: Retrospective cohort study. *Ann Med Surg (Lond)* 2018; 38: 8–12.
- 7 Zhong FP, Wang K, Tan XQ et al. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in patients with mild gallstone pancreatitis: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2019; 98: e17429.



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

HVIS DU KAN FORHINDRE HELVETESILD, HVORFOR SKULLE DU IKKE DET?

Vaksinér nå for
beskyttelse som varer¹



Shingrix gir opptil 97 % effekt hos voksne fra 50 år og eldre^{*2}

Ca. 94 % av dine pasienter over 50 år har allerede viruset som forårsaker helvetesild i kroppen, og 1 av 3 personer vil få sykdommen i løpet av livet.^{3,4}

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk neuralgi (PHN) hos voksne ≥ 50 år og voksne ≥ 18 år med økt risiko for HZ. Bruk av Shingrix skal være iht. offentlige anbefalinger.

Dosering: Primært vaksinasjonsskjema består av 2 doser à 0,5 ml. Andre dose gis etter 2 mnd. Ved behov for fleksibilitet, les mer i preparatomtalen.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

- Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.
- Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

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

Pris: 1921,40 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Shingrix er en ikke-levende vaksine

^{*}To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne ≥ 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:²

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne ≥ 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder ≥ 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.
- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne ≥ 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950). Alder ≥ 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

Studiene var ikke designet for å demonstrere effekten i subgrupper av fragile individer, inkludert de med flere komorbiditeter, selv om disse personene ikke ble ekskludert fra studiene.

Referanser: 1. Strezova A, et al. Long term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety results up to 10 years after initial vaccination. Open Forum Infect Dis 2022 Oct 23;9(10):ofac485. doi: 10.1093/ofid/ofac485 2. Shingrix preparatomtale (12/2022). 3. Rimsellene G et al. Varicella-zoster virus susceptibility and primary healthcare consultations in Norway. BMC Infect Dis. 2016 Jun 7;16:254. doi: 10.1186/s12879-016-1581-4. 4. Sæther EM. Helvetesild i et samfunnsperspektiv. Oslo Economics, mai 2023 (sykdomsinfo.no/samfunnsperspektiv)



For mer informasjon om Shingrix,
scan QR-koden eller gå inn på shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2023 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-SGX-JRNA-220001, september 2023

GSK

Anita Sunde 1, 2, 3

anita.lenora.sunde@sus.no

Øyvind Stople Sivertsen 4**Håvard Kjesbu Skjellegrend** 5, 6**Kjell-Olav Borén Svendsen** 7, 8**Siri Dalsmo Berge** 3, 9**Ingvild Vatten Alsnes** 10, 11

- 1 Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling – SESAM, Stavanger universitetssjukehus
- 2 Tasta sykehjem
- 3 Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
- 4 Bjølsen legesenter, Oslo
- 5 HUNT forskningssenter, Levanger, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU
- 6 Sjøsia legekontor, Steinkjer
- 7 Frogner helsesenter, Oslo
- 8 Universitetet i Oslo
- 9 Bjønneslegene, Arendal
- 10 Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger
- 11 Opus legesenter, Sandnes

Seksuell helse hos eldre

God seksuell helse fremmer livskvalitet og mestring. Det gjelder også for eldre. Denne kliniske oversikten presenterer oppdatert kunnskap om eldres seksualitet, normale utfordringer knyttet til aldring og parforhold samt seksuelle utfordringer forårsaket av kroniske sykdommer, legemiddelbivirkninger og kognitiv svikt. Oversikten beskriver tiltak for bedre seksuell helse. Helsepersonell bør ta initiativ til samtaler om seksuell helse med eldre.

Eldres seksuelle helse er viktig og både påvirker og påvirkes av fysisk og mental helse (1). Med økt levealder og bedret helse er seksuellivets relevans langt tydeligere blant de eldre enn hva det var tidligere. Dagens eldre opplevde ungdomsopprørets seksuelle revolusjon med mer seksuell frigjøring, nye samlivsformer, lansering av p-pillen og selvbestemt abort. Mange er likevel ukomfortable og tilbakeholdne med å ta opp seksualitet med helsepersonell på grunn av negative oppfatninger av helsepersonells interesser og holdninger (1). Samtidig er det vist at eldre pasienter ønsker at helsepersonell skal ta opp seksualitet som tema i konsultasjoner (2). I en nylig publisert studie blant tusen eldre mellom 65–80 år rapporterte de fleste at de var positive til å snakke om seksuell helse med helsepersonell (3). Kun 17 % oppga likevel at de hadde snakket med helsepersonell om seksuell helse, og over halvparten av disse hadde initiert samtalen selv.

Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over hva som kan påvirke seksuell helse hos personer over 65 år og hvilke tiltak helsepersonell kan bidra med for å bedre eldres seksuelle helse. Artikkelen er basert på et skjønsmessig utvalg av relevant litteratur samt forfatternes kliniske erfaringer.

Eldre er seksuelt aktive

Seksuell aktivitet defineres bredt og innebærer blant annet kyssing, kosing, berøring av partnerens intime kroppsdel, samleie og onani. Det brukes ulike definisjoner i ulike studier. Flertallet av eldre er seksuelt aktive og seksuelt tilfredse, og seksuell aktivitet og intimitet spiller en rolle for deres livstilfredshet og psykologiske velvære (4, 5). Seksuell aktivitet og tilfredshet blant 70-åring har økt de siste ti årene (6). I Norge har ni av ti menn i alderen 65–75 år vært seksuelt aktive det siste året, mens åtte av ti norske kvinner i alderen 65–69 år og seks av ti i alderen 70–75 år har vært det. Tilgjengelighet til en partner er en viktig prediktor (7). Blant dem i alderen 80–91 år som har en partner, er 40 % fortsatt seksuelt aktive (8).

At forekomsten av ulike seksuelle problemer øker med alderen, skyldes dels fysiologiske hormonelle endringer, men også økt forekomst av ulike sykdommer og behandling av disse. Hyppigste seksuelle dysfunksjon hos eldre menn er erektil dysfunksjon, hos eldre kvinner ned-satt lyst. Tabell 1 gir en oversikt over forskjellige seksuelle dysfunksjoner (9).

Klinisk oversiktsartikkel

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

Høyere seksuell tilfredshet bidrar til en opplevelse av emosjonell intimitet med partneren. Samtidig påvirkes både emosjonell intimitet og seksuell tilfredshet av hvor god kommunikasjonen og trivselen er i parforholdet (10).

Kronisk sykdom hos en av partnerne kan skape ubalanse i parforholdet og redusere samlivskvaliteten. Hos par der den ene eller begge har en kronisk sykdom, rapporterer både den syke selv og partneren oftere dårligere livskvalitet enn par der ingen har kronisk sykdom (11). Samtidig ser vi at høy grad av tilfredshet i parforholdet hos eldre bidrar til å kompensere for negative effekter av helserelaterte plager (12). Det er viktig å huske på at man ikke trenger å være i et parforhold for å være seksuelt aktiv.

Særskilte populasjoner og seksuelle minoriteter

Ifølge vår kliniske erfaring har eldre med kulturell minoritetsbakgrunn lignende seksuelle ønsker og behov som andre eldre. Reelt eller fryktet stigma mot seksuelle uttrykk hos eldre som identifiserer seg som LHBTQ+, kan føre til at seksuell legning skjules for omsorgspersoner (13).

Beboere på sykehjem har en høy grad av skrøpelighet og multimorbiditet, inkludert kognitiv svikt og polyfarmasi. Mangelen på privatliv og det å være adskilt fra partneren kan ytterligere vanskeliggjøre seksuell aktivitet i denne populasjonen. Å bo på institusjon kan også øke risikoen for å bli utsatt for uønskede seksuelle tilnærminger, oftest fra andre beboere som selv er syke (14).

Kroniske sykdommer og legemidler

Om lag 65 % av de over 65 år har flere kroniske sykdommer, hvorav mange vil kunne øke risikoen for seksuell dysfunksjon (15). Kardiovaskulær sykdom både med og uten angina kan påvirke seksuallivet hos begge kjønn, og seksuell dysfunksjon kan opptre før andre symptomer (16). Seksuell dysfunksjon forekommer hyppig hos dem med diabetes, kronisk nyresvikt og hjerneslag (17–19). Også blant pasienter med revmatoid artritt er seksuell dysfunksjon utbredt og er hos disse sterkt korrelert med kardiovaskulær sykdom (20).

Kronisk obstruktiv lungesykdom er sterkt assosiert med begrensninger i både fysisk funksjon og seksuell funksjon. Opp mot 60 % må modifisere sexlivet på grunn av kortpustethet og fatigue (21). Depresjon er assosiert med seksuell dysfunksjon i alle aldre, men det kan tyde på at seksualanamnese tas opp i mindre grad blant eldre pasienter og derfor overses (22). Forekomst av kreft i prostata, tykktarm, bryst, livmor, eggstokk og urinblære, med medfølgende kirurgisk og medikamentell behandling, kan medføre seksuell dysfunksjon.

Åpne data fra Reseptregisteret for 2020 viser at antihypertensiver og andre hjertemedisiner forskrives til to tredeler av befolkningen over 65 år (23). Betablokkere, tiazider og digitalisglykosider kan gi svekket libido, erekttil dysfunksjon og ejakulasjonsforstyrrelser. Alfablokkere som brukes i behandling av benign prostatahyperplasi, har ejakulasjonsforstyrrelser som vanlig bivirkning. Selektive serotoninreopptakshemmere og noradrenalinreopptakshemmere er antidepressiver som kan gi seksuelle svekkelser i alle

Tabell 1 Oversikt over seksuelle dysfunksjoner. Tabellen er oversatt og omarbeidet av Kjell-Olav Svendsen etter Third International Consultation on Sexual Medicine fra 2009, og publisert i et kapittel om seksualmedisin i læreboken Allmenntilleggsmedisin (9). Gjengitt med tillatelse fra Gyldendal forlag og redaktør.

Seksuell dysfunksjon	Definisjon og beskrivelse	Kjønn
Nedsatt/lav seksuell interesse/lyst (libido)	Fravær/nedsatte følelser av seksuell interesse/lyst. Fravær av seksuelle tanker og fantasier. Sjelden eller aldri motivasjon til forsøk på å bli opphisset	Begge
Nedsatt/lav tenning (arousal)	a. Subjektiv: Fravær av / nedsatt følelse av seksuell opphisselse ved alle typer av seksuell stimulering. Vaginal lubrikasjon og andre tegn på seksuell opphisselse er til stede b. Genital: Fravær av / nedsatt genital opphisselse. Subjektiv opphisselse til stede c. Kombinert: Fravær av / nedsatt følelse av opphisselse ved alle typer av seksuell stimulering samt fravær av/nedsatt genital opphisselse	Kvinner
Erekttil dysfunksjon	Vedvarende eller manglende evne til å få og/eller opprettholde ereksjonen tilstrekkelig for seksuell aktivitet. Deviasjon av penis er inkludert	Menn
Prematur ejakulasjon	Alltid eller nesten alltid ejakulasjon før eller innen et minutt etter penetrasjon og manglende evne til å forlenge ejakulasjonen ved alle eller nesten alle vaginale penetrasjonsforsøk	Menn
Retardert ejakulasjon	Uønsket forsinket ejakulasjon ved seksuell aktivitet, anejakulasjon (fravær av ejakulasjon)	Menn
Orgastisk dysfunksjon	Fravær av eller nedsatt intensitet eller forsinket orgasme på tross av seksuell opphisselse. Skal gjelde ved alle former for seksuell aktivitet. Menn kan ha ejakulasjon sammen med orgastisk dysfunksjon	Begge
Dyspareuni	Genitale smerter ved penetrasjonsforsøk/penetrasjon og/eller under samleie	Begge
Vaginisme	Vanskeligheter med å tillate vaginal penetrasjon av penis, finger eller annen gjenstand, selv om kvinnen ønsker dette. Ofte unnvikende eller ufrivillige muskelkontraksjoner	Kvinner

Ramme 1
Mulige tiltak ved seksuell dysfunksjon hos eldre
Samtale med lege og annet helsepersonell
Øke kunnskapsgrunnlaget til pasienten
Livsstilsintervensjoner
Legemiddelgjennomgang
Midler ved vaginal tørrhet, svekket lubrikasjon og inkontinens
Medikamentell behandling av erektil dysfunksjon
Fysioterapi
Bruk av andre stillinger under seksuell aktivitet eller erstatte med andre seksuelle aktiviteter
Behandling av smerter ved sex
Psykososiale intervensjoner
Seksualtekniske hjelpemidler

aldre. Typiske bivirkninger er svekket libido og evne til orgasme hos begge kjønn samt svekket ereksjon og forstyrret ejakulasjon hos menn (17, 24). Bruk av store doser opioider er assosiert med erektil dysfunksjon (25). Antihormonbehandling for hormonresponsive kreftsykdommer gir ofte svekket libido og seksualfunksjon (17, 26).

Blant eldre hjemmeboende personer med demens og fast partner er halvparten seksuelt aktive (8). Menn og kvinner med demens snakker mindre med partneren og legen sin om seksuelle problemer enn kognitivt friske. I tillegg til kognitiv svikt kan den seksuelle helsen til personer med demens påvirkes av autonom dysfunksjon, søvnforstyrrelser, nevropsykiatriske og affektive forstyrrelser, sensoriske forstyrrelser, legemiddelbivirkninger og rolleendringer i parforholdet (27). Seksuelt uhemmet atferd er sett hos opp til 25 % av personer med demens og kan være en belastning for omsorgspersonene (28).

Tiltak

Leger bør ha lav terskel for å ta initiativ til samtale om seksuell helse ved f.eks. helsekontroller, kardiovaskulær sykdom, kreft og underlivsplager. Det er viktig med en åpen holdning som inviterer til samtale om sensitive temaer. Man bør la pausen i samtalen vare lenge nok til

at pasienten får sagt det hen vil og samtidig anerkjenne problemene pasienten kommer med. Man bør etterstrebe å bruke ord som pasienten forstår eller virker komfortabel med. Det kan være nyttig å kartlegge sammen med pasienten utfordringene og faktorer som hemmer lyst og utvide pasientens forståelse av seksualitet og intimitet.

Hos noen kan livsstilsintervensjoner som kostholdsendringer, økt fysisk aktivitet eller redusert bruk av alkohol og nikotin være nyttig. Legemiddelgjennomgang kan resultere i færre legemidler eller alternativer med mindre bivirkninger. Eksempler på tiltak legen kan vurdere er seponering/dosereduksjon av betablokker til fordel for AT-II/ACE-hemmer, bytte av trisykliske antidepressiver og selektive serotoninreopptakshemmere til mirtazapin samt seponering av tiaziddiuretika. Enkle, men effektive tiltak hos kvinner kan være bekkenbunnstrening, lokal østrogenbehandling med østradiol-vaginaltabletter eller østriol-gel, -krem, eller -vaginaltabletter eller rådgivning om glidemiddel (17). Vannbasert glidemiddel anbefales ved kondom/seksualtekniske hjelpemidler.

Hos kvinner med urgeinkontinens kan medikamentell behandling med mirabegron gi bedring av seksuelle problemer (29). Menn med erektil dysfunksjon har ofte effekt av fosfodiesterase type 5-hemmere (30). Start med høy dose og test det flere ganger, titrer så nedover. Mange menn har gått lenge med ereksjonssvikt og får derfor liten effekt av laveste dose og kan gi opp forsøket. Ved —>

Preparat	Virkning etter	Varighet	Merknad
PDE5-hemmere			
Sildenafil tablett 25 mg, 50 mg, 100 mg	1 time	4–5 timer	Redusert effekt ved samtidig inntak av mat
Tadalafil tablett 2,5 mg, 5 mg	Vedvarende effekt ved daglig bruk		Tas daglig ved forventet bruk minst × 2 ukentlig
Tadalafil tablett 10 mg, 20 mg	30–120 min	36 timer	
Vardenafil tablett 10 mg, 20 mg	30–60 min	4–5 timer	Redusert effekt ved inntak med fet mat
Avanafil tablett 100 mg, 200 mg	15–30 min	6 timer	Ved ønske om raskt innsettende virkning
Prostaglandin E ₁ (PGE ₁)			
Alprostadil intrakavernøs inj.	5–15 min	doseavhengig	Ved terapivikt av
Alprostadil krem	5–30 min	1–2 timer	PDE5-hemmer

Tabell 2 Legemidler ved erektil dysfunksjon, tid til og varighet av effekt (30, 31).

utilfredsstillende effekt eller bivirkninger kan man prøve doseendring eller bytte preparat. Tabell 2 gir en oversikt over legemidler ved erektil dysfunksjon (30, 31). Bekkenbunnstrening kan også ha effekt hos menn. Stillingsposisjon under partneren kan gi lavere kardiovaskulær belastning for dem med hjertesykdom, mens stillingsposisjon øverst fungerer ofte best ved nedsatt lungekapasitet/kols.

Flere nettsteder har egen informasjon om seksuell helse beregnet for eldre eller personer med kronisk sykdom (32–34).

Alle autoriserte leger i Norge kan rekvirere seksualtekniske hjelpemidler (dekkes av Nav) til pasienter som har varig og vesentlig nedsatt seksuell funksjonsevne ved å fylle ut skjemaet NAV 10 - 06.06. Nav honorerer med takst L25. Seksualtekniske hjelpemidler omfatter vibratorer, dilatorer, vakuumpumpe, konstriksjonsring, kunstig vagina og erigert penisprotese.

Enkelte pasienter kan ha nytte av samtaler med sexolog (35). Det er ikke behov for henvisning, men tjenesten må hovedsakelig betales privat.

Ramme 1 gir en oversikt over mulige tiltak for å bedre den seksuelle helsen blant eldre.

Konklusjon

Seksualitet er viktig for mennesker i alle aldre, og med en aldrende befolkning er spørsmål knyttet til seksualitet hos eldre stadig mer aktuelt. Leger har en unik posisjon til å ta opp spørsmål om samliv og seksualitet med alle mennesker, også eldre. Mange av problemene knyttet til seksuell helse hos eldre er det mulig å gjøre noe med. Legers første skritt bør være å ta initiativ til samtaler om seksuell helse. ■

Prosjektet har fått tilskuddsmidler av Helsedirektoratet under ordningen Seksuell helse og er støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond (AFU).

Artikkelen er fagfellevurdert.

Øyvind Stople Sivertsen er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Han har ikke deltatt i den redaksjonelle behandlingen av artikkelen.

Mottatt 29.11.2023, første revisjon innsendt 14.2.2024, godkjent 12.4.2024.

Anita Sunde

anita.lenora.sunde@sus.no

Anita Sunde er spesialist i allmennmedisin, stipendiat, sykehjemslege og universitetslektor.

Forfatterbidrag: idé, litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Øyvind Stople Sivertsen

Øyvind Stople Sivertsen er spesialist i allmennmedisin og fastlege.

Forfatterbidrag: idé, litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Håvard Kjesbu Skjellegriind

Håvard Kjesbu Skjellegriind er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis og fastlege. Han er styremedlem i Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM) og medlem av Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU).

Forfatterbidrag: idé, litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Kjell-Olav Borén Svendsen

Kjell-Olav Borén Svendsen er spesialist i allmennmedisin, fastlege og universitetslektor. Han har deltatt aktivt på fagområdet seksualmedisin i flere tiår.

Forfatterbidrag: litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Siri Dalsmo Berge

Siri Dalsmo Berge er spesialist i allmennmedisin, ph.d.-stipendiat, fastlege og paraterapeut.

Forfatterbidrag: litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Ingvild Vatten Alsnes

Ingvild Vatten Alsnes er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis og fastlege. Hun er styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin, leder av Spesialitetskomiteen i allmennmedisin og leder av fagrådet i Allmennmedisinsk forskningsfond.

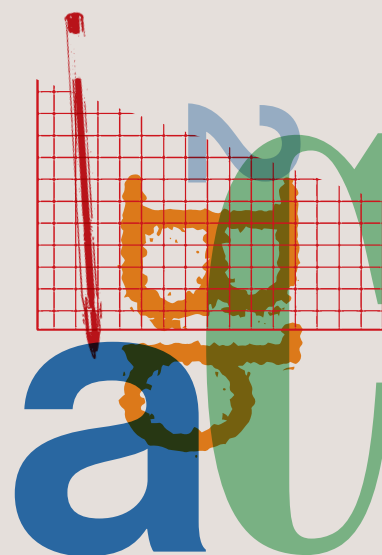
Forfatterbidrag: idé, litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

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

Litteratur

- 1 Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expect* 2016; 19: 1237–50.
- 2 Nusbaum MRH, Singh AR, Pyles AA. Sexual healthcare needs of women aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 117–22.
- 3 Agochukwu-Mmonu N, Malani PN, Wittmann D et al. Interest in Sex and Conversations About Sexual Health with Health Care Providers Among Older U.S. Adults. *Clin Gerontol* 2021; 44: 299–306.
- 4 Træen B, Villar F. Sexual well-being is part of aging well. *Eur J Ageing* 2020; 17: 135–8.
- 5 Bach LE, Mortimer JA, VandeWeerd C et al. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med* 2013; 10: 2671–8.
- 6 Beckman N, Waern M, Gustafson D et al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971–2001. *BMJ* 2008; 337: a279.
- 7 Træen B, Štulhofer A, Janssen E et al. Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries. *Arch Sex Behav* 2019; 48: 815–29.
- 8 Lindau ST, Dale W, Feldmeth G et al. Sexuality and Cognitive Status: A U.S. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66: 1902–10.
- 9 Hunskaar S. red. *Allmennmedisin*. Vol. 4. Oslo: Gyldendal, 2023: 1068.
- 10 Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD et al. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2014; 40: 275–93.
- 11 Story MR, Finlayson B, Creger L et al. The Impact of Chronic Health Conditions as an Underlying Challenge on Couple's Wellbeing. *Contemp Fam Ther* 2018; 40: 318–25.
- 12 Waldinger RJ, Schulz MS. What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychol Aging* 2010; 25: 422–31.
- 13 Srinivasan S, Glover J, Tampi RR et al. Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21: 97.
- 14 Rosen T, Lachs MS, Pillemer K. Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1970–9.
- 15 Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37–43.
- 16 Kriston L, Günzler C, Agyemang A et al. Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation. findings of the SPARK project in 493 patients. *J Sex Med* 2010; 7: 2044–55.
- 17 Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet* 2007; 369: 409–24.
- 18 Navaneethan SD, Vecchio M, Johnson DW et al. Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: a meta-analysis of observational studies. *Am J Kidney Dis* 2010; 56: 670–85.
- 19 Stratton H, Sansom J, Brown-Major A et al. Interventions for sexual dysfunction following stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5: CD011189.
- 20 El Miedany Y, El Gaafary M, El Arousy N et al. Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: arthritis and beyond. *Clin Rheumatol* 2012; 31: 601–6.
- 21 Zysman M, Rubenstein J, Le Guillou F et al. COPD burden on sexual well-being. *Respir Res* 2020; 21: 311.
- 22 Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing* 2011; 40: 538–43.
- 23 Reseptregisteret. Prevalens. Lest 16.3.2024.
- 24 Trinchieri M, Trinchieri M, Perletti G et al. Erectile and Ejaculatory Dysfunction Associated with Use of Psychotropic Drugs: A Systematic Review. *J Sex Med* 2021; 18: 1354–63.
- 25 Zhao S, Deng T, Luo L et al. Association Between Opioid Use and Risk of Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med* 2017; 14: 1209–19.
- 26 Advani P, Brewster AM, Baum GP et al. A pilot randomized trial to prevent sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer survivors starting adjuvant aromatase inhibitor therapy. *J Cancer Surviv* 2017; 11: 477–85.
- 27 Eshmaey M. Sexuality and Neurodegenerative Disease: An Unmet Challenge for Patients, Caregivers, and Treatment. *Neurodegener Dis* 2021; 21: 63–73.
- 28 Chapman KR, Spitznagel MB. Measurement of sexual disinhibition in dementia: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34: 1747–57.
- 29 Levy G, Lowenstein L. Overactive Bladder Syndrome Treatments and Their Effect on Female Sexual Function: A Review. *Sex Med* 2020; 8: 1–7.
- 30 Madeira CR, Tonin FS, Fachi MM et al. Efficacy and safety of oral phosphodiesterase 5 inhibitors for erectile dysfunction: a network meta-analysis and multicriteria decision analysis. *World J Urol* 2021; 39: 953–62.
- 31 Felleskatalogen. ATC-register. Lest 26.3.2024
- 32 Helsenorge. Sex i alderdommen. Lest 16.3.2024.
- 33 NEL. Eldre og seksualitet. Lest 16.3.2024.
- 34 LHL. Seksualitet og hjertesykdom. Lest 16.3.2024.
- 35 Norsk forening for klinisk sexologi (NFKS). Lest 16.3.2024.

Vil du publisere i Tidsskriftet?



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

Alle vitenskapelige artikler fagfellevalueres og blir indeksert i PubMed.

Finn mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no.

Tidsskriftet

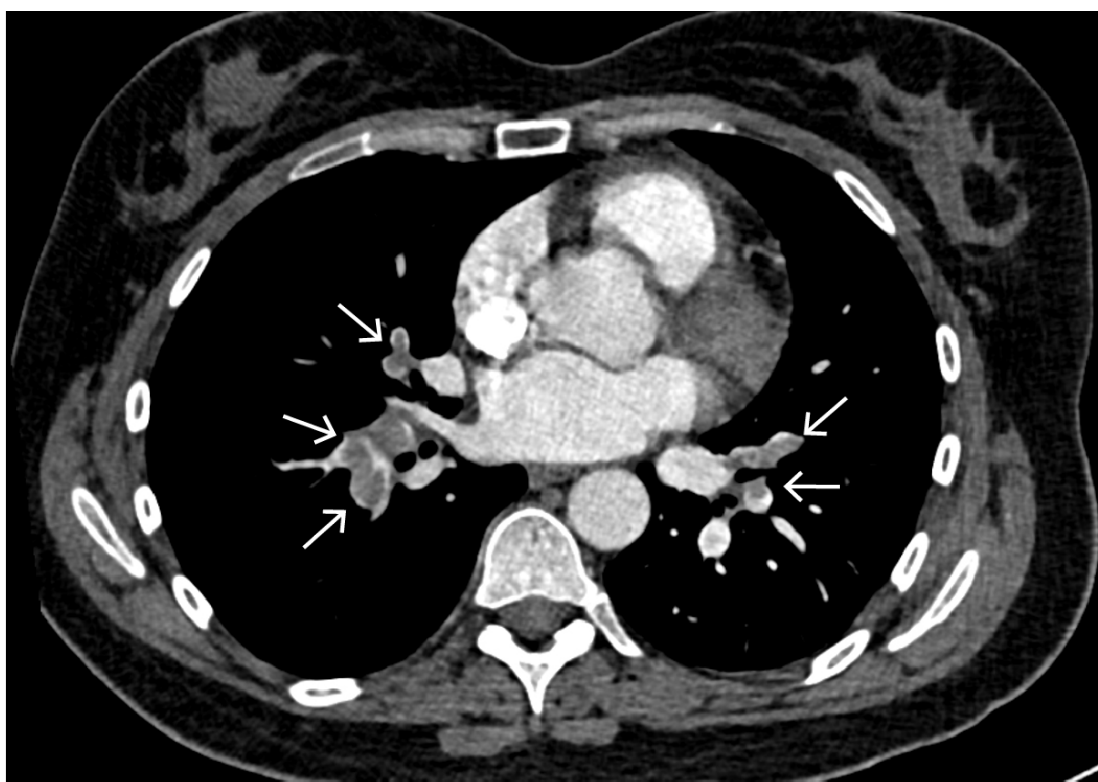
Nasir Saeed¹

nah013@uib.no

Erlend Moen Taule²**Nils Vetti**^{3,4}**Sahrai Saeed**⁵**Elisabeth Leirgul**⁵**Håkon Reikvam**^{6,7}¹ Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen² Institutt for biomedisin, Universitetet i Bergen³ Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen⁴ Radiologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus⁵ Hjerteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus⁶ K.G. Jebsen senter for myeloid blodkreft, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen⁷ Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus

En kvinne i 30-årene med dyspné to uker etter bukplastikkoperasjon

To uker etter å ha blitt operert med bukplastikk ble kvinnen innlagt pga. dyspné og redusert allmenntilstand. D-dimerverdien var forhøyet. Det viste seg at pasienten hadde en relativt hyppig forekommende tilstand, men med sjeldne manifestasjoner.



Figur 1 Aksialt snitt ved CT pulmonal angiografi som viser kontrastdefekter (piler) i segmentale lungearterier bilateralt, forenlig med lungeemboli.

Pasienten var en kvinne i 30-årene med tidligere ubehandlet multipel sklerose. Hun var behandlet med mirabegron 50 mg depottabletter daglig for urgeinkontinens. To uker tidligere hadde hun blitt bukplastikkoperert med liposkulptur etter svangerskap, der det ble gitt tromboseprofylakse med lavmolekylært heparin i tre dager.

Hun ble innlagt i akuttmottaket med redusert allmenntilstand og dyspné to uker etter operasjonen. Hun var våken og klar, oksygenmetningen var 87–91 % uten oksygentilførsel, blodtrykket 113/69 mmHg, respirasjonsfrekvensen 22–24 per minutt og pulsen 97 slag/min. Det tilkom feber (38,7 °C) under innleggelsen, men det var normale funn ved øvrig organundersøkelse, og EKG viste sinusrytme. D-dimer på legevakten hadde vært forhøyet til 31,9 mg/L (referanseområde < 0,50). Tilleggsprøver tatt i akuttmottaket viste lett anemi med hemoglobin (Hb) 11,2 g/dL (11,7–15,3), forhøyet C-reaktivt protein (CRP) 30 mg/L (< 5) og laktatdehydrogenase (LD) 316 U/L (105–205) samt forhøyet hjerte biomarkører i form av kardial troponin T 42 ng/L (< 15). Arteriell blodgass i mottak viste hypoksemi med pO_2 7,9 kPa (11,1–14,4) og respiratorisk alkalose med pH 7,47 (7,35–7,45), pCO_2 4,3 kPa (4,7–5,9), baseoverskudd (BE) –0,3 mmol/L (0±3) og bikarbonat (HCO_3^-) 23 mmol/L (22–26).

Med utgangspunkt i pasientens symptomer, kliniske funn og forhøyede D-dimerverdi var lungeembolisme primær arbeidsdiagnose. Forhøyet kardial troponin T kan blant annet sees ved større lungeembolier med økt hjertebelastning.

Ut fra arbeidsdiagnosen ble det gjort CT pulmonal angiografi, som viste lungeembolier i høyre hovedarterie samt segmentalt og subsegmentalt i lungearteriene bilateralt (figur 1). Både i høyre og venstre lunge ble det oppdaget basale, perifere, kileformede lungefortetninger som kunne indikere lungeinfarkter. Samtidig ble det påvist en lett utvidelse av truncus pulmonalis på 34 mm, som ytterligere støttet mistanken om forhøyet pulmonaltrykk og høyrebelastning.

Venøs tromboembolisme er en vanlig årsak til innleggelse i norske sykehus, og i Norge er insidensen estimert til å være 1,43/1 000/år (1). Det er mange etablerte risikofaktorer for venøs tromboembolisk sykdom, deriblant økende alder, nylig kirurgi, svangerskap, bruk av perorale østrogenholdige antikonseptiver, langtidsimmobilisering, fedme, røyking, infeksjonssykdom, malign sykdom, kjemoterapi samt hereditære eller ervervede trombofilier slik som antifosfolipid-syndrom (2).

Pasienten ble behandlet med lavmolekylært heparin i form av totalt 15 000 IE dalteparin subkutant for lungeembolier. Grunnet forhøyet kardial troponin T og tegn til høyrebelastning på CT angiografi ble hun overvåket med telemetri og videre henviset til transtorakal ekkokardiografi for vurdering av høyre hjertehalvdel. Denne viste normalt stor høyre ventrikel med god funksjon, men med tegn til høyresidig trykkbelastning ut ifra noe forhøyet systolisk lungearterietrykk på 42 mmHg (< 35–40) og avflatet interventrikulært septum. Systolisk funksjon i venstre ventrikel var normal, med en ejeksjonsfraksjon på 65 %.

Vel en dag etter innleggelsen fikk pasienten akutt oppståtte smerter i høyre toraks og abdomen med punctum maximum i høyre fossa iliaca med diffus perkusjonsømheter i nedre kvadrant og periumbilikalt. Blodprøver viste en økning i CRP til 61 mg/L, mens det hadde tilkommet et lett fall i Hb til 9,9 g/dL. Nyrefunksjons- og leverprøver var normale. EKG viste ikke tegn til myokardiskemi, og det var ikke mistanke om sys-



Figur 2 Koronalt snitt ved CT abdomen med intravenøs kontrast som viser skarpt avgrensede, perifere, kileformede, hypodense områder i høyre nyre, forenlig med nyreinfarkt (midterste og nederste pil), og kileformet, perifer fortetning med redusert kontrastopptak i høyre lunge forenlig med lungeinfarkt (øverste pil).

temisk infeksjon. Pasienten ble tilsett av gastrokirurg, som anbefalte CT abdomen for diagnostisk avklaring.

Akutte smerter i hemitoraks og høyre flanke av abdomen kan ha mange årsaker, med nyrestein, appendisitt, divertikulitt, gallestein, urinveisinfeksjon, blødning og akutte gynekologiske årsaker som de viktigste differensialdiagnosene.

CT abdomen med intravenøs kontrast viste skarpt avgrensede, perifere, kileformede, hypodense områder i høyre nyre best forenlig med ferske nyreinfarkt (figur 2). Det ble ikke påvist blødning eller øvrig aktuell patologi i abdomen.

Hypodense lesjoner i nyreparenkymet kan sees ved hypoperfusjon og skyldes oftest akutt nyreinfarkt eller pyelonefritt. Grunnet skarpt avgrensede perifere, kileformede lesjoner og fravær av reaksjon i perirenalt fettvev passet funnene best med et nyreinfarkt. Dette er en sjelden tilstand hvor komplett eller partiell ok-

klusjon i nyrearterien eller dens grener fører til iskemi i nyren. Nyreinfarkt kan manifestere seg med flankesmerter, kvalme, feber og hematuri (3). Det kliniske bildet kan imidlertid være subtilt, og diagnosen kan bli oversett. Tilstanden kan bli komplisert med nedsatt glomerulær filtrasjon og nyresvikt.

Det er ikke gode studier på forekomst av tilstanden, men en studie fra 2006 med 18 287 pasienter med hypertensjon rapporterte en prevalens på 0,3 % og en insidens på 0,018 % per år for spontant nyreinfarkt, mens en annen rapport fra 1940 på 14 411 obduksjoner viste en prevalens på 1,4 % (4, 5). Den vanligste årsaken til nyreinfarkt er embolus fra hjertet, først og fremst grunnet atrieflimmer (6). Nyrearterieskade og hyperkoagulasjonstilstander er andre årsaker. Behandling og oppfølging ved nyreinfarkt mangler konsensus, men det kan være aktuelt med kateterbasert og systemisk trombolyse, antikoagulasjon

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

og kirurgi. Oppfølging bør inkludere måling av nyrefunksjon og undersøkelse for tegn til nyreskade (proteinuri og hematuri) og komplikasjoner (7).

Transtorakal ekkokardiografi utført tidligere i sykehusoppholdet hadde ikke vist intrakavitære trombemasser i hjertet. Nå mistenkte man paradoksal embolisering som kilde til nyreinfarkt og gikk derfor videre med transøsofageal ekkokardiografi for å se etter tegn til et åpentstående foramen ovale mellom hjertets atrier. Pasienten ble i tillegg henvist til MR cerebri og øyebunnsundersøkelse med tanke på ytterligere embolisering til andre organer.

Transøsofageal ekkokardiografi viste et åpentstående foramen ovale med kanallengde 10 mm og åpning på 5 mm (figur 3a) og et hypermobilt atrieseptum. Det var spontan shunt fra høyre atrium til venstre atrium bedømt med fargedoppler (figur 3b).

Funnene på transøsofageal ekkokardiografi støttet mistanken om paradoksal embolisering med overgang av trombe fra høyre til venstre atrium. Åpentstående foramen ovale verifiseres vanligvis ved å injisere agiteret saltvann i perifer vene og be pasienten utføre Valsalvas manøver. Økt venøs retur til høyre atrium vil da gi en forbigående økning i atrietrykket som kan gi overgang av mikrobobler fra høyre atrium til venstre atrium (figur 3c).

Grunnet tydelig spontanshunt fra høyre til venstre side ble det ikke gjort bobletest hos denne pasienten. Hun ble vurdert for perkutan kateterbasert lukking av åpentstående foramen ovale for å redusere risikoen for fremtidig arteriell embolisering. Som ledd i utredningen fikk pasienten også utført ultralyd av dype vener. Denne avdekket bilaterale tromber i leggvener som ble beskrevet som mobile og med et kronisk utseende.

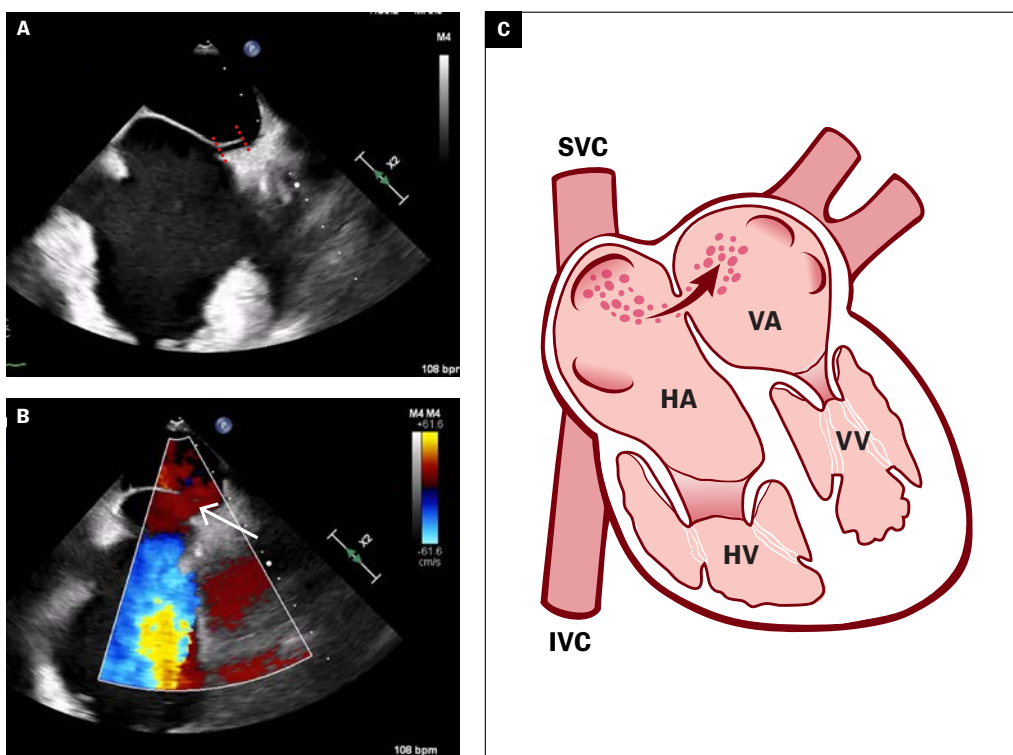
MR cerebri og øyebunnsundersøkelse gav ikke holdepunkt for ferske emboliske infarkt cerebralt eller retinalt.

Pasienten ble skrevet ut fra sykehuset etter åtte dagers opphold med antikoagulasjonsbehandling i form av apiksabantabletter peroralt og henvist til elektiv kateterbasert lukking av åpentstående foramen ovale. Det ble ved ballongmåling av åpentstående foramen ovale funnet kort kanal med diameter på 15 mm, som ble lukket perkutant med en 30 mm GORE Septal Occluder (figur 4a–b), et selvekspanderende implantat laget av nitinol og goretex, med to flater som lukker seg inntil hver side av atrieseptum (figur 4c).

Implantatet dekkes normalt av endotel i løpet av 3–6 måneder. Pasienten ble oppfattet å ha lav risiko for tilbakefall av venøs tromboembolisme, og man seponerte apiksabantabletter tre måneder etter lukkingen. Hun fikk i tillegg acetylsalisylsyre 75 mg $\times$ 1 tablett i seks måneder. Det ble gjort rutinemessig poliklinisk kontroll med transøsofageal ekkokardiografi ti uker og deretter tolv måneder etter prosedyren, som viste vellykket lukking av foramen ovale med implantat i pen posisjon og ingen kontrastovergang fra høyre til venstre atrium ved Valsalvas manøver. Pasienten har ikke hatt nye kardiovaskulære hendelser.

Antikoagulasjon, som brukt hos vår pasient, vil også være å foretrekke ved tromboembolisk etiologi til det aktuelle nyreinfarkt. Vår pasient hadde ikke noen sikre sekveler etter dette ved senere kontroller. Varighet av antikoagulasjonsbehandling vil være avhengig av etiologien for venøs tromboembolisme. Ved interkurrent årsak, som kirurgi hos vår pasient, er det anbefalt med tidsbegrenset antikoagulasjonsbehandling i seks måneder.

Pasientens nyrefunksjon har vært normal ved alle senere kontroller.



Figur 3 Todimensjonal transøsofageal ekkokardiografi viser åpentstående foramen ovale (a, se striper) med spontan høyre-til-venstre-shunt bedømt med fargedoppler (b, se pil). c) illustrasjon av åpentstående foramen ovale i atrieseptum med høyre-til-venstre-shunt (pil) som påvises ved Valsalvas manøver med overgang av mikrobobler grunnet trykkøkning i høyre atrium. HA = høyre atrium, VA = venstre atrium, HV = høyre ventrikkle, VV = venstre ventrikkle, SVC = vena cava superior, IVC = vena cava inferior. Illustrasjon: Jeanette Engqvist / Illumedic

Diskusjon

Pasienten vår hadde bilaterale lungeembolier trolig utgått fra dype venetromboser provosert av nylig gjennomgått kirurgi, komplisert med nyreinfarkt forårsaket av paradoksal embolisering via åpentstående foramen ovale i hjertet. Det er sannsynlig at økt trykk i høyre hjertehalvdel på grunn av lungeembolier har forårsaket intrakardial høyre-til-venstre-shunting av trombemasse.

Åpentstående foramen ovale forekommer hos opptil 25 % av normalbefolkningen (8, 9). Den tyske patologen Julius Friedrich Cohnheim beskrev sammenhengen mellom åpentstående foramen ovale og hjerneslag i 1877 (10, 11). I fostersirkulasjonen utgjør foramen ovale en livsviktig spalte i skilleveggen mellom hjertets forkamre, som vanligvis lukker seg i løpet av det første leveåret, men en inkomplett tilheftning gir mulighet for shunting mellom høyre og venstre atrium.

Til tross for at de fleste pasienter med åpentstående foramen ovale er asymptomatiske, er tilstanden assosiert med økt risiko for hjerneslag, migreaneanfall med aura, trykkløst sykdom hos dykkere og dyspné relatert til platypné-ortodeoksi-syndrom (12). Hos pasienter under 60 år med hjerneslag hvor man ikke finner andre umiddelbare bakenforliggende årsaker, er åpentstående foramen ovale langt vanligere enn i befolkningen for øvrig, med en forekomst på opptil 50 %. Av den grunn antar man at det er en kausal sammenheng mellom åpentstående foramen ovale og hjerneslag hos disse pasientene (13). Pasienter med åpentstående foramen ovale kan i praksis få embolier i alle vaskulariserte organsystemer, som oftest i hjerne, øyne, mildt og gastrointestinale organer. I litteraturen finner man imidlertid bare et fåtall tilfeller av paradoksale embolier

som årsak til nyreinfarkt (14), vanligvis i et bilde hvor flere organer er rammet av akutte iskemiske symptomer.

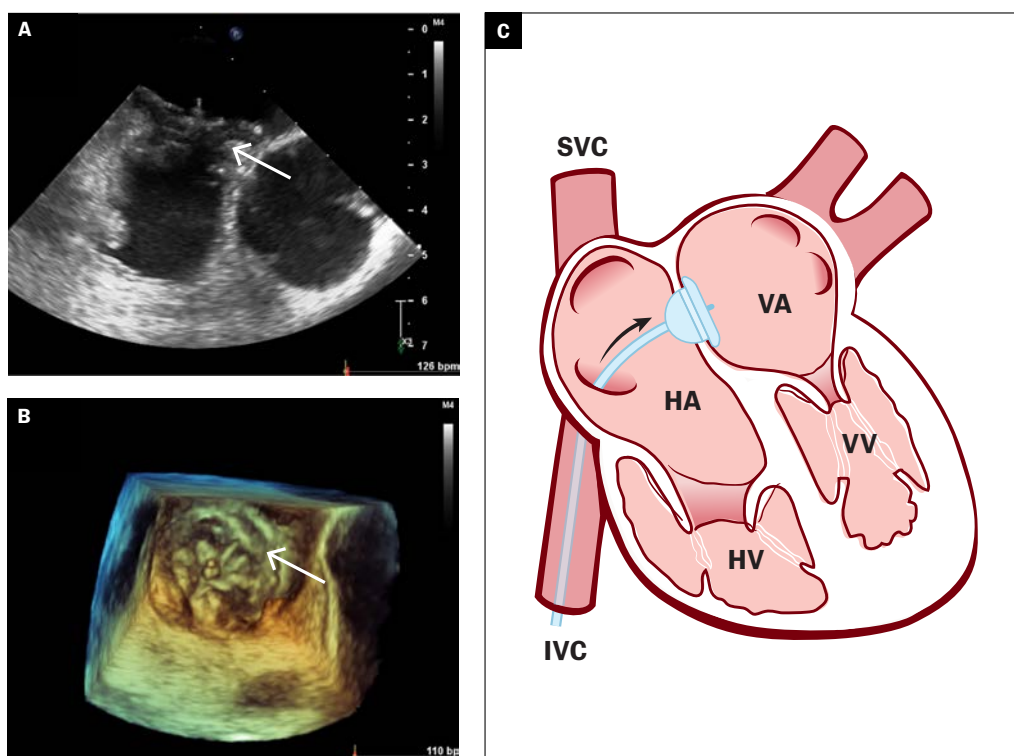
Gullstandarden i utredningen av pasienter med mistenkt åpentstående foramen ovale er transøsofageal ekkokardiografi med saltvannkontrast som settes i perifer vene, og man får deretter fremstilt overgang av boblekontrast gjennom åpentstående foramen ovale etter Valsalvas manøver (15).

Lenge manglet det vitenskapelig evidens for at operativ lukking virkelig var å foretrekke framfor antitrombotisk behandling som sekundær profylakse etter hjerneslag (16). Først i 2017 ble det utarbeidet sikker dokumentasjon på at perkutan lukking av åpentstående foramen ovale er en sikker og effektiv behandling som reduserer risikoen for residiverende hjerneslag. Da ble det publisert tre uavhengige randomiserte kliniske studier som viste signifikant lavere risiko for nye kliniske hjerneslag etter lukking i kombinasjon med antitrombotisk behandling sammenlignet med antitrombotisk behandling alene (17–19). I den senere tid har derfor antallet utførte prosedyrer med foramen ovale-lukking økt betydelig, og flere pasienter vil også slippe langvarig antitrombotisk behandling.

I dag er det godt dokumentert risikoreducerende effekt ved lukking av åpentstående foramen ovale hos pasienter som har gjennomgått antatt embolisk hjerneslag før 60 års alder uten annen kjent årsak, og denne gruppen anbefales lukking i henhold til nasjonale og internasjonale retningslinjer (20). Studiene har ikke inkludert pasienter med embolisering til andre organer enn hjernen, men en tilsvarende risikoreduksjon for nye embolier må antas hos alle pasienter med dokumentert embolisering i system-sirkulasjonen. Hos vår pasient, der åpentstående foramen ovale var sannsynlig årsak til nyreinfarkt, fant vi indikasjon for lukking for å forebygge nye vaskulære hendelser.

→

Figur 4 To- og tredimensjonal transøsofageal ekkokardiografi (a–b) viser resultat etter lukking av åpentstående foramen ovale med 30 mm Gore Septal Occluder Device (piler). c) illustrasjon av perkutan kateterlukking av åpentstående foramen ovale med implantat over septum som tetter igjen hullet på begge sider. HA = høyre atrium, VA = venstre atrium, HV = høyre ventrikel, VV = venstre ventrikel, SVC = vena cava superior, IVC = vena cava inferior. Illustrasjon: Jeanette Engqvist / Illumedic



Ved kateterlukking er det en risiko for prosedyrerelaterte komplikasjoner. Alvorlige komplikasjoner som dislokering av implantat, trombedannelse på implantat, lungeemboli og hjertetamponade er sjeldne, mens mindre blødning og arytmier som atrieflimmer er noe mer vanlig (21, 22). Etter utskrivning følges pasientene opp med ekkokardiografi etter 1–2 måneder og deretter etter 6–12 måneder for å kontrollere at det ikke foreligger komplikasjoner til prosedyren.

Uvanlige presentasjoner av kjente tilstander kan være klinisk utfordrende. Hos pasienter som får embolier på venøs og arteriell side, er det viktig å tenke på åpentstående foramen ovale som rute for emboli. Nyreinfarkt er sjelden, og bare et fåtall tilfeller er beskrevet i litteraturen, men oversett eller forsinket diagnostikk kan medføre betydelige komplikasjoner (3–7). Hos den unge kvinnen i kasuistikken mener vi lukking av åpentstående foramen ovale var riktig og viktig behandling, fordi risikoen for at nye embolier kan forårsake et klinisk hjerneslag må antas å være stor. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 30.10.2023, første revisjon innsendt 22.1.2024, godkjent 9.4.2024.

Nasir Saeed

nah013@uib.no

Nasir Saeed er medisinstudent og forskerlinjestudent. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erlend Moen Taule

Erlend Moen Taule er medisinstudent og forskerlinjestudent. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nils Vetti

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

Sahrai Saeed

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

Elisabeth Leirgul

Elisabeth Leirgul er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har fått finansiert kursdeltagelse og mottatt foredragshonorar (kurs i ASD-lukking) fra W.L. Gore & Associates.

Håkon Reikvam

Håkon Reikvam er spesialist i indremedisin og i blodsykdommer, overlege og professor i hematologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Naess IA, Christiansen SC, Romundstad P et al. Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study. *J Thromb Haemost* 2007; 5: 692–9.
- 2 Pastori D, Cormaci VM, Marucci S et al. A Comprehensive Review of Risk Factors for Venous Thromboembolism: From Epidemiology to Pathophysiology. *Int J Mol Sci* 2023; 24: 3169.

- 3 Oh YK, Yang CW, Kim Y-L et al. Clinical Characteristics and Outcomes of Renal Infarction. *Am J Kidney Dis* 2016; 67: 243–50.
- 4 Paris B, Bobrie G, Rossignol P et al. Blood pressure and renal outcomes in patients with kidney infarction and hypertension. *J Hypertens* 2006; 24: 1649–54.
- 5 Hoxie H, Coggin C. Renal Infarction: statistical study of two hundred and five cases and detailed report of an unusual case. *Arch Intern Med (Chic)* 1940; 65: 587–94.
- 6 González-Bustos P, Roa-Chamorro R, Jaén-Águila F. Who shot first? Three possible causes of a kidney infarction. *Clin Investig Arterioscler* 2021; 33: 203–5.
- 7 Saju JM, Leslie SW. Renal Infarction. Treasure Island, FL: StatPearls, 2023.
- 8 Homma S, Messé SR, Rundek T et al. Patent foramen ovale. *Nat Rev Dis Primers* 2016; 2: 15086.
- 9 Hagen PT, Scholz DG, Edwards WD. Incidence and size of patent foramen ovale during the first 10 decades of life: an autopsy study of 965 normal hearts. *Mayo Clin Proc* 1984; 59: 17–20.
- 10 Zampieri F, Thiene G, Basso C et al. The three fetal shunts: A story of wrong eponyms. *J Anat* 2021; 238: 1028–35.
- 11 Lippmann H, Rafferty T. Patent foramen ovale and paradoxical embolization: a historical perspective. *Yale J Biol Med* 1993; 66: 11–7.
- 12 Jeong H, Woo Lee H, Young Joung J et al. Renal infarction caused by paradoxical embolism through a patent foramen ovale. *Kidney Res Clin Pract* 2012; 31: 196–9.
- 13 Putaala J. Ischemic stroke in the young: Current perspectives on incidence, risk factors, and cardiovascular prognosis. *Eur Stroke J* 2016; 1: 28–40.
- 14 Iizuka Y, Tsuchida T, Ashikaga K et al. Patent Foramen Ovale Complicated With Renal Infarction and Pulmonary Embolism: A Case Report With Literature Review. *Cureus* 2023; 15: e35433.
- 15 Ho APT, Tjønnfjord EB, Schreiner C et al. En kvinne i 50-årene med levercirrhose og stillingsavhengig dyspné. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0754.
- 16 Collado FMS, Poulin MF, Murphy JJ et al. Patent Foramen Ovale Closure for Stroke Prevention and Other Disorders. *J Am Heart Assoc* 2018; 7: e007146.
- 17 Saver JL, Carroll JD, Thaler DE et al. Long-Term Outcomes of Patent Foramen Ovale Closure or Medical Therapy after Stroke. *N Engl J Med* 2017; 377: 1022–32.
- 18 Mas J-L, Derumeaux G, Guillon B et al. Patent Foramen Ovale Closure or Anticoagulation vs. Antiplatelets after Stroke. *N Engl J Med* 2017; 377: 1011–21.
- 19 Søndergaard L, Kasner SE, Rhodes JF et al. Patent Foramen Ovale Closure or Antiplatelet Therapy for Cryptogenic Stroke. *N Engl J Med* 2017; 377: 1033–42.
- 20 Helsedirektoratet. Behandling av patent foramen ovale. Lest 1.9.2023.
- 21 Khairy P, O'Donnell CP, Landzberg MJ. Transcatheter closure versus medical therapy of patent foramen ovale and presumed paradoxical thromboemboli: a systematic review. *Ann Intern Med* 2003; 139: 753–60.
- 22 Hirth A, Greve G, Rosland GA et al. Kateterbasert lukking av åpentstående foramen ovale hos unge slagpasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 785–8.

Katja Løvik¹

katja.lovik@gmail.com

Kjersti Wik Larssen²**Margrete Solvang**³**Håkon Lund-Hanssen**⁴**Monica Jernberg Engstrøm**¹**Fredrik Førstund Bremtun**¹¹ Kirurgisk klinikk, St. Olavs hospital² Laboratoriemedisinsk klinikk, St. Olavs hospital³ Hudavdelingen, St. Olavs hospital⁴ Klinikk for bildediagnostikk, St. Olavs hospital

Gonokokkmastitt

En ung kvinne fikk smerter og hevelse i et ikke-lakterende bryst. Dyrkningssvaret påviste en uvanlig mikrobe, som har økende utbredelse nasjonalt og internasjonalt.

En tidligere frisk kvinne i 20-årene tok kontakt med legevaktlege på grunn av fem dagers sykehistorie med smerter og hevelse under og rundt areola på venstre bryst. Det var ingen forutgående traume mot brystet. Pasienten hadde målt feber med temperatur rundt 38 °C og vært i nedsatt allmenntilstand de to første dagene, deretter var hun afebril. Hun bemerket siving av blod og gul væske fra mamillen. Pasienten hadde tatt piercing i begge brystvorter flere år tilbake, uten komplikasjoner. Hun brukte ingen faste medisiner foruten hormonell prevensjon.

Hun ble henvist til akuttmottak, der det ble funnet rubor avgrenset til areola og en palpabel øm 3 × 3 cm stor oppfylling under areola. Det var lett blodig væske samt gul skorpe ved piercinginngangen lateralt. Pasienten var afebril og hadde blodtrykk 124/79 mmHg, puls 73 slag per minutt og respirasjonsfrekvens 14 åndedrag per minutt. Biokjemiske prøver viste leukocytter $10,4 \times 10^9/L$ (referanseområde 4,1–9,8) og CRP 15 mg/L (< 5). Det ble ikke innhentet seksualanamnese. Allmenntilstanden var god, og man vurderte at det ikke var behov for rask oppstart av antibiotika eller annen akutt intervensjon. Det ble tatt bakteriologisk dyrkning av sekret fra brystet, og pasienten ble henvist til bryst- og endokrinkirurgisk poliklinikk for videre utredning og behandling.

Ved poliklinisk time tre dager senere var bakteriologisk dyrkning av sekret fra brystet besvart. Den viste sparsom vekst på blodagar og sjokoladeagar av *Neisseria gonorrhoeae*, identifisert med MALDI-TOF MS (Bruker) og en spesifikk intern *N. Gonorrhoeae*-polymerasekjedereaksjonstest (PCR). Piercingen i det aktuelle brystet ble fjernet. Pasienten oppga ubeskyttet seksuell kontakt med to partnere den siste måneden. Ved ultralyd av brystet ble det sett fortykket og ødematøs hud areolært og noe periareolært.

Et mulig væskefylt område i mamillen på $1 \times 1,5 \times 0,3$ cm ble oppfattet som relatert til hule etter piercing. Det ble ikke sett abscesser.

Pasienten ble henvist til poliklinikk for veneriske sykdommer påfølgende dag. Utvidede undersøkelser påviste *N. gonorrhoeae*-DNA i halssekret, men ikke vaginalt eller analt. Det ble ikke påvist andre seksuelt overførbare infeksjoner, herunder *Chlamydia trachomatis*, hepatitt B og C, syfilis eller hiv. Anbefalt standardbehandling for ukomplisert genital gonoré i Norge er ceftriakson 1 g intramuskulært. I samråd med infeksjonsmedisiner og basert på resultat av resistensbestemmelse (sensitiv, MIC < 0,016 mg/L) ble det startet behandling med ceftriakson intramuskulært. Grunnet uvanlig lokalisasjon og at man ikke kunne være sikker på at det dreide seg om direkte smitte (fra munn til bryst), ble dosen ceftriakson økt til 2 g. Det ble også diskutert om pasienten burde ha noen dagers intravenøs behandling, men pasienten var i god allmenntilstand og skulle oppholde seg utenbys den nærmeste uken.

I flere land er standardbehandlingen for gonoré ceftriakson i kombinasjon med azitromycin. Dette ble også vurdert, men da resistensbestemmelse for azitromycin ikke var utført ved referanselaboratoriet ennå og stammen var sensitiv for doksykyklin, valgte vi å behandle med doksykyklin 100 mg × 2 per os i syv dager. Ved kontroll etter en uke hadde pasienten mindre hevelse, erytem og smerter i brystet og ingen øvrige symptomer. Ved avsluttende kontroll etter fire uker var pasienten symptomfri og bekreftet å ha varslet sine nylige partnere, slik at disse skulle få relevante undersøkelser som ledd i smitteoppsporing i henhold til smittevernloven.

→

Diskusjon

N.gonorrhoeae har mennesker som sitt eneste reservoar. Den vanligste kliniske presentasjonen er uretritt eller cervicitt, men infeksjoner i øvre genitalia (epididymitt, bekkeninfeksjon), bakteriemi eller spredning til ledd forekommer også. I tillegg ses ekstragenitale infeksjoner i ulike organ som øye, hals og rektum. Gonokokker overlever dårlig utenfor kroppen, og dyrkning kan være falskt negativ, særlig dersom det er lang transporttid før utsåing av prøven i laboratoriet eller prøven er tatt fra slimhinner med konkurrerende bakterieflora. Påvisning av gonokokker med PCR-analyse er mer sensitiv.

Mastitt eller brystabscess med gonokokker er en sjelden tilstand som ifølge internasjonale databaser kun er beskrevet fire ganger tidligere. De to første tilfellene var to menn i Australia med ensidige mastitter, der smitteåten ble identifisert som sannsynlig munn-til-bryst-kontakt (1, 2). Det tredje tilfellet er beskrevet i USA, der en kvinne rapporterte munn-til-bryst-kontakt en uke før symptomdebut (3). Det siste tilfellet gjaldt en dominikansk kvinne som også oppga munn-til-bryst-kontakt med to nylige partnere (4).

Alle de rapporterte tilfellene har til felles at pasientene hadde piercing i brystet. Piercing av brystvorten skaper en unaturlig inngangsport for mikrobiell infiltrasjon. Gonokokkreservoaret virker i de beskrevne tilfellene å være svelg, som samlet gir en sannsynlig smittevei fra munn til bryst.

Gonoré er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom og har hatt en betydelig økt forekomst i Norge det siste tiåret. Hos kvinner har det vært en tidobling av meldte tilfeller per år fra 51 i 2012 til 499 i 2022. Smitten øker i hovedsak i aldersgruppen 20–29 år (5). Ifølge Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er det per medio november 2023 rapportert om 2 569 tilfeller av gonoré (6). Referanselaboratoriet for gonoré i Norge er lokalisert til Folkehelseinstituttet, og alle stammer påvist ved dyrkning ved mikrobiologiske laboratorier i Norge blir rutinemessig sendt dit som ledd i nasjonal overvåkning. Det aktuelle isolatet tilhører sekvenstype 9362 (ST-9362). Dette var den nest vanligste sekvenstypen i Norge i 2022 (7), og den viser en fortsatt høy forekomst så langt i 2023 (D. Caugant, Folkehelseinstituttet, personlig meddelelse).

Pasienter som har ikke-lakterende mastitt uten åpenbar årsak, bør henvises til utredning ved et brystdiagnostisk senter for å utelukke brystkreft. PCR-test for *N.gonorrhoeae* bør overveies på abscessinnhold dersom vanlig dyrkning ikke viser oppvekst av patogene bakterier, og pasienten bør vurderes testet for seksuelt overførbare infeksjoner. Dette vil kunne bidra til rask diagnostikk og påfølgende identifi-sering av smittekontakter. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfelle-vurdert.
Mottatt 8.11.2023, første revisjon innsendt 16.1.2024,
godkjent 14.2.2024.

Katja Løvik

katja.lovik@gmail.com
Katja Løvik er tidligere LIS1-lege ved St. Olavs hospital, nå lege i spesialisering ved Legevakten i Oslo.

Kjersti Wik Larssen

Kjersti Wik Larssen er spesialist i medisinsk mikrobiologi og overlege.

Margrete Solvang

Margrete Solvang er spesialist i hud og veneriske sykdommer og overlege

Håkon Lund-Hanssen

Håkon Lund-Hanssen er spesialist i radiologi og seksjonsoverlege

Monica Jernberg Engstrøm

Monica Jernberg Engstrøm er spesialist i bryst- og endokrinkirurgi og overlege.

Fredrik Førsund Bremtun

Fredrik Førsund Bremtun er lege i spesialisering i bryst- og endokrinkirurgi.

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

Litteratur

- 1 Bodsworth NJ, Price R, Nelson MJ. A case of gonococcal mastitis in a male. *Genitourin Med* 1993; 69: 222–3.
- 2 Pendle S, Barnes T. Neisseria gonorrhoeae isolated from an unexpected site. *Sex Health* 2016; 13: 593–4.
- 3 Bateman AC. Unusual cause of a wound infection. *J Appl Lab Med* 2017; 2: 444–8.
- 4 Cenicerros A, Galen B, Madaline T. Gonococcal breast abscess. *IDCases* 2019; 18: e00620.
- 5 Folkehelseinstituttet. Bekymringsfull økning i gonoré. Lest 10.4.2023.
- 6 Folkehelseinstituttet. MSIS statistikkbank. Lest 8.11.2023.
- 7 Folkehelseinstituttet. Overvåkning av seksuelt overførbare infeksjoner. Årsrapport 2022. Lest 8.11.2023.

Fatigue eller utmattelse?

Ordet *fatigue* bør ikke brukes på norsk. *Utmattelse* er dekkende.

I de seinere år har ordet *fatigue* kommet inn i det norske språket. Det brukes hyppig, både av helsearbeidere og i allmennspråket. Et søk i Tidsskriftet for 2023 ga 17 treff på *fatigue* og 7 på *utmattelse*. En viktig grunn til at ordet har fått innpass er at *chronic fatigue syndrome (CFS)* har blitt en aktuell diagnose de siste 30–40 årene. Hva syndromet skal kalles på norsk, har vært diskutert i Språkspalten flere ganger (1, 2). På norsk brukes oversettelsen *kronisk utmattelsessyndrom*, men forkortelsen CFS/ME, som står for *chronic fatigue syndrome / myalgic encephalomyelitis* (3), er også mye brukt.

Utmattelse er et godt norsk ord

Det er et erklært språkpolitisk mål å verne om det etablerte språket. Hvis man allerede har gode norske ord, bør vi unngå å ta inn utenlandske synonymer. På norsk brukes *utmattelse* ofte for å beskrive en tilstand etter anstrengelse, men man kan også være langvarig eller vedvarende utmattet uten forutgående anstrengelse (4). *Fatigue* er opprinnelig et fransk ord som kom inn i engelsk på 1600-tallet (5). I generelle og medisinske engelske ordbøker forklares substantivet som alt fra en akutt tilstand etter anstrengelse, til en vedvarende tilstand (4–6). På norsk er det vanlig at *utmattelse* og *fatigue* nevnes samtidig, gjerne med ett av dem i parentes. I resten av Skandinavia ser det ut til at *fatigue* brukes lite; et søk i svenske Läkartidningen for 2023 ga 240 treff på *utmattning* og 4 på *fatigue*.

I praksis beskriver *utmattelse* og *fatigue* det samme. Så hvorfor har *fatigue* i stor grad overtatt for *utmattelse*? En mulig forklaring er at mange oppfatter *utmattelse* og *fatigue* som forskjellige tilstander. Det er en vanlig oppfatning at *utmattelse* er en normal tilstand etter forutgående anstrengelse, mens *fatigue* er unaturlig *utmattelse* og ikke nødvendigvis knyttet til anstrengelse (7). Andre mener at *fatigue* er en ekstra alvorlig form for *utmattelse*, og mange synes at ordet *utmattelse* brukt i denne sammenhengen bagatelliserer plagene de affiserte sliter med (3, 8). Et argument for å bruke *fatigue* er også at ordet de siste årene har blitt så mye brukt for å beskrive plagene hos de sykeste pasientene, at det har skjedd en dreining av betydningen. Fra å være et synonym til *utmattelse*, er det nå blitt en betegnelse på *utmattelsen* til de alvorligst rammede. I tråd med dette forklarer *Store medisinske leksikon* ordet *fatigue* som vedvarende *utmattelse*, og som noe annet enn *utmattelse* etter anstrengelse (9).

Tidsskriftet bør gå foran

Utmattelse og det engelske *fatigue* er i praksis synonyme termer. Bruk av *fatigue* parallelt med *utmattelse* bidrar heller til å mystifisere enn å avklare (10, 11). Skal *fatigue* på norsk bety noe annet enn *fatigue* på engelsk? Av språkpolitiske hensyn er det *utmattelse* som bør brukes. Hvis man mener at *utmattelse* ikke beskriver tilstanden godt nok, kan man heller legge til forsterkende adjektiver som uttalt, vedvarende eller unormal. Hvilket ord Tidsskriftet velger å bruke, legger nasjonale føringer. Tidsskriftet bør derfor gå foran og ha *utmattelse* som foretrukket term. ■

Anders Svare

anders.svare@ntebb.no

Anders Svare er ph.d. og overlege på Medisinsk avdeling, Sykehuset Namsos. Han har drevet med utredning av pasienter med mulig kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) i over 15 år.

Litteratur

- 1 Hem E. Kronisk tretthetssyndrom på norsk. Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122: 1710.
- 2 Hem E. Kronisk utmattelsessyndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1247.
- 3 Helsedirektoratet. Nasjonal veileder. Pasienter med CFS/ME: utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. IS-1944. Lest 16.2.2024.
- 4 Dahl AA. Utmattelse og utbrenthet: klinikk, teori og behandling. Oslo: Universitetsforlaget, 2023.
- 5 Oxford English Dictionary. *fatigue*, n. Lest 16.2.2024.
- 6 MedlinePlus. *Fatigue*. Lest 16.2.2024.
- 7 Kvam M. *Fatigue*. Lest 16.2.2024.
- 8 Stormorken E. Myalgisk encefalomyelitt – en total kroppssykdom. Lest 16.2.2024.
- 9 Koht J, Sulheim D. *fatigue*. Store medisinske leksikon. Lest 16.2.2024.
- 10 Loge JH. Tretthet etter kreftbehandling. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 951.
- 11 Wyller TB. Presise epikriser. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 641–2.



Illustrasjon: Tidsskriftet

De trøblete brøkene

Helsevesenet er fullt av tall, og en god tallforståelse er viktig for å kunne ta riktige avgjørelser for både egen og andres helse. Men noen tall er vanskeligere å forstå enn andre.

Hjernen har en medfødt forståelse for grunnleggende matematikk – de fleste pattedyr vet hvor mange barn de har. Men mens de fleste kan lære seg mengder og telling, så er forholdstall verre. Og det er kanskje ikke så rart. For mens man kan dele to tall på hverandre og få et nytt, meningsfullt tall, så kan man ikke dele to ord på hverandre, eller dele en katt på en elg og få et nytt dyr. Å forstå forholdstall er en overraskende avansert intellektuell øvelse.

Tallforståelsens to nivåer

Tallforståelse er evnen til å forstå, analysere og benytte seg av tallinformasjon, og kan inndeles i to nivåer (1). Det første nivået omhandler grunnleggende prinsipper som antall, tallinjer og måling, mens det andre nivået tar for seg blant annet forholdstall, som andeler og prosenter. Dette andre nivået er vanskelig å få grepet om for mange.

I 2014 testet norske forskere tallforståelsen og ulike kognitive evner til 202 studiedeltakere. I tillegg ble det undersøkt hvordan de tok helserelaterte beslutninger som involverte matematisk og statistisk informasjon, som å anslå risiko og å vurdere sannsynligheter mot hverandre (2). Studien viste at høy intelligens ikke var noen garanti for god tallforståelse. Evnen til å estimere sannsynligheter måles da heller ikke på IQ-tester (3). Tallforståelse er en selvstendig egenskap som påvirker beslutningene våre.

Fra tall til ord

At alle kan ha trøbbel med tall, kan man observere på de fleste legekantor. Mange leger – en antatt intelligent gruppe – er gjerne mer komfortable med det kvalitative enn det kvantitative når de formidler medisinsk informasjon til pasienter (4). Og det er vel så mye på grunn av legenes egen lave selvtilit når det gjelder tall, som for pasientenes skyld (4).

Et problem er at vi mennesker sliter med å vurdere viktigheten av nevneren i brøker (5), og lager omtrentlige bilder av essensen i tallinformasjonen. Vi oversetter «10 av 100» til «noen», mens «80 av 100» betyr «mange». Vi erstatter det relative med det absolutte, og tall med ord.

Medisin og tall

Artikler om statistikk og vitenskapelig metode

Vi trekker informasjon fra det andre nivået av tallforståelse ned til nivå én. Da kan viktige deler av informasjonen gå tapt i prosessen.

Dessverre er det på nivå to at det meste av statistikk og sannsynligheter befinner seg, og dermed også mange av tallene som ligger til grunn for viktige beslutninger som angår helse og samfunn.

Regnvær

I en studie ble innbyggere i fire europeiske byer samt New York spurt om hva «30 prosent sjanse for regn i morgen» betød (6). To tredjedeler av amerikanerne valgte svaralternativet «det kommer til å regne på 30 prosent av dager som i morgen» – som er korrekt – mens bare en snau tredjedel av europeerne valgte dette.

Her var det mest populære svaralternativet at det kom til å regne 30 prosent av morgendagen. En mente til og med det ville være «absurd» om værmeldingen skulle referere til en prosentandel av antall dager – noe den altså gjør.

Deltakerne visste kanskje hva «30 prosent» rent tallmessig betød – men de forstod ikke hvordan tallet skulle tolkes.

Når tall møter mennesker

Helsevesenet er fullt av statistiske oppsummeringstall, fra enkle optellinger til sannsynligheter og avanserte risikoberegninger. Det at brøker og andre forholdstall er trøblete for menneskehjernen, gjør statistikk vanskelig å forstå – uavhengig av hvilken intelligens eller utdanning mottakeren har. Disse tallene må derfor kommuniseres med omhu, enten det er til pasienter, pårørende, forskere eller andre helsearbeidere. ■

Jo Røislien

jo@joroislien.no

Jo Røislien er professor i medisinsk statistikk ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger og profilert vitenskapsformidler. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anne Lene Johnsen

Anne Lene Johnsen er handelsøkonom og sakprosaforfatter, og skriver og snakker om læring og mestring. Hun har utgitt blant annet bøkene *Hvordan fatte matte* og *Mer moro med matte*. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Illustrasjonsfoto: Underwood Archives, Inc / Alamy Stock Photo



Litteratur

- 1 Reyna VF, Nelson WL, Han PK et al. How numeracy influences risk comprehension and medical decision making. *Psychol Bull* 2009; 135: 943–73.
- 2 Låg T, Bauger L, Lindberg M et al. The role of numeracy and intelligence in health-risk estimation and medical data interpretation. *J Behav Decis Making* 2014; 27: 95–108.
- 3 Stanovich KE. What intelligence tests miss: The psychology of rational thought. New Haven, CT: Yale University Press, 2009.
- 4 Gramling R, Irvin JE, Nash J et al. Numeracy and medicine: key family physician attitudes about communicating probability with patients. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17: 473.
- 5 Reyna VF, Brainerd CJ. Numeracy, ratio bias, and denominator neglect in judgments of risk and probability. *Learn Individ Differ* 2008; 18: 89–107.
- 6 Gigerenzer G, Hertwig R, van den Broek E et al. "A 30% chance of rain tomorrow": how does the public understand probabilistic weather forecasts? *Risk Anal* 2005; 25: 623–9.

Et spedbarn med blå flekker i huden

Bildene (se bilde 2 på tidsskriftet.no) viser uregelmessige, blå-grå flekker på rygg og venstre underekstremitet hos en seks måneder gammel jente av asiatisk opprinnelse som var til rutinemessig undersøkelse ved helsestasjonen.

Jenta var født til termin etter ukomplisert svangerskap og fødsel. Hun hadde fulgt vektkurven sin, og nyfødtscreeningen var uten anmerkninger. Jentas mor opplyste om at flekkene hadde vært til stede fra fødselen, men visste ikke selv hva de var. Ved undersøkelse var jenta aktiv og viste god trivsel. Det var ingen konsistensøkning av affisert hud, og hun ga ikke uttrykk for smerter ved palpasjon av områdene. Det forelå ingen opplysninger om traume eller blødningstendens. Epikrise fra sykehus bekreftet tilstedeværelse av mørk misfarging på aktuelle hudområder fra fødselen. Hudforandringene var forenlige med kongenitt dermal melanocytose.

Kongenitt dermal melanocytose, tidligere kalt mongolske flekker, skyldes ansamling av melanocytter i dermis. Tilstanden regnes for å være en av de hyppigste pigmenterte hudforandringene hos nyfødte (1, 2). Den er særlig vanlig hos personer med asiatisk opprinnelse, men forekommer i alle folkegrupper (2). Ofte er de til stede fra fødsel og ses typisk på nedre del av rygg og sete, mer sjelden på ekstremiteter. Flekkene kan bli store (> 10 cm), runde, ovale og uregelmessige og veksle i farge fra blå til grønn og grå. Tilstanden er godartet



og forsvinner ofte innen 1–2 år. I sjeldne tilfeller vedvarer flekkene inn i voksenalder. Det er ingen økt risiko for kreftutvikling (1).

Traumer, herunder aksidentelle eller påførte traumer som ved barnemishandling, er de viktigste differensialdiagnosene. I motsetning til hematoma vil dermal melanocytose forbli makuløse uten ømhet eller konsistensøkning. Fargen ved et hematoma vil endre seg i løpet av dager, mens fargen ved dermal melanocytose vil forandre seg langsomt, gjerne over år. Ved tvil kan barn tas med til kontroll etter en uke.

Dermal melanocytose er en klinisk diagnose. Forandrin-

gene bør dokumenteres med foto for å unngå uberettiget mistanke om barnemishandling ved senere konsultasjoner. ■

Pasientens foreldre har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

*Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 18.12.2023, første revisjon
innsendt 11.3.2024, godkjent 19.3.2024.*

Jakob Lillemoen Drivenes
jakobdrivenes@hotmail.com
Jakob Lillemoen Drivenes er lege i spesialisering del 2.

Britt Jørstad Bryne

Britt Jørstad Bryne er spesialist i allmennmedisin og fastlege.

Guro Lillemoen Andersen

Guro Lillemoen Andersen er ph.d., spesialist i barnesykdommer og seksjonsoverlege.

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

Litteratur

- 1 Gupta D, Thappa DM. Mongolian spots. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2013; 79: 469–78.
- 2 Zhong CS, Huang JT, Nambudiri VE. Revisiting the history of the "Mongolian spot": The background and implications of a medical term used today. Pediatr Dermatol 2019; 36: 755–7.

Kikhostevaksine – gravide blir målgruppe i barnevaksinasjonsprogrammet

Stortinget har vedtatt innføring av kikhostevaksine til gravide for å beskytte spedbarn. Med innføringen planlegger Folkehelseinstituttet også viktige forbedringer i overvåking av vaksinasjon av gravide.

Spedbarn er særlig sårbare for luftveisinfeksjon med *Bordetella pertussis*, som forårsaker kikhoste. Alvorlig sykdom med pustestans kan være det første symptomet. De vanligste komplikasjonene til kikhoste er pustevansker, ernæringsproblemer og sekundære infeksjoner. Encefalopati eller dødsfall forekommer i sjeldne tilfeller.

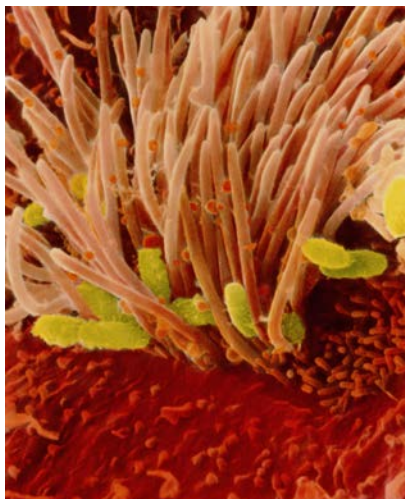
Kikhostevaksine har inngått i barnevaksinasjonsprogrammet siden 1952, med første vaksinedose ved tre måneders alder (1). Verken vaksinasjon eller gjennomgått sykdom gir varig immunitet. Bakterien sirkulerer i befolkningen, og en rekke europeiske land rapporterer nå økning i smitte, alvorlig sykdom og dødsfall hos spedbarn, etter lavere smittespredning under koronapandemien (2, 3).

Nyfødte har umodent immunforsvar og dårlig effekt av vaksine (4). Når mor får vaksinen i svangerskapet, overføres hennes antistoffer til fosteret, og spedbarnet blir beskyttet fram til det selv kan vaksineres (5, 6).

Kikhostevaksine til gravide er innført i en rekke land, også i Norden. Stortinget vedtok i statsbudsjettet for 2024 å innføre vaksinen til gravide i barnevaksinasjonsprogrammet i primærhelsetjenesten. Folkehelseinstituttets anbefaling er kombinasjonsvaksinen Boostrix (kikhoste/stivkrampe/difteri) i hvert svangerskap, ved rutinekontroll i svangerskapsuke 24. Vanlige bivirkninger for den gravide er smerte på stikkstedet, feber, lett utmattelse og sykdomsfølelse i få dager. Oppfølgingsstudier har ikke vist bivirkninger hos barnet. Gravide som har kommet lengre enn svangerskapsuke 24 ved oppstart i mai 2024, bør også tilbys vaksinen.

Kommunal tilrettelegging for å nå alle gravide er svært viktig, og både fastleger, helsesøstre og jordmødre bør kunne gi vaksinen. I tett samarbeid med fagmiljøene har vi laget nettbasert opplæring til alle helsepersonellgrupper (7).

Gravide er en ny målgruppe for kikhostevaksine i barnevaksinasjonsprogrammet, og vi samarbeider med Direktoratet for medisinske produkter om utvidet overvåking av bivirkninger det første året. Dette er rutine ved innføring



Bordetella pertussis, bakterien som forårsaker kikhoste. Skanningelektronmikroskopi viser bakterien (grønt) i luftveirens respiratoriske epitel. Foto: Science Photo Library / NTB

av vaksiner til nye grupper, og viktig for oppfølgingen i Norge.

Nye rutiner for bedre overvåking av infeksjon og vaksinasjon hos mor og barn baseres på erfaringene med innføring av nye vaksiner og overvåkingsarbeidet under koronapandemien. Arbeidet innebærer sammenstilling og analyse av data fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Norsk pasientregister (NPR) og Medisinsk fødselsregister. Disse sentrale helseregistrene er samlet hos Folkehelseinstituttet fra 1.1.2024. Dette samarbeidet mellom registrenes fageksperter vil også bedre overvåking av infeksjon og vaksinasjon for andre sykdommer hos gravide og barn, som korona og influensa, og bidra til styrket beredskap ved framtidige utbrudd eller pandemi. ■

Mottatt 13.4.2024, første revisjon innsendt 22.4.2024, godkjent 24.4.2024.

Hilde Marie Engjom

hildemarie.engjom@thi.no

Hilde Marie Engjom er ph.d., spesialist i fødsels- og kvinnesykdommer og overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling, Folkehelseinstituttet.

Fredrik Skår

Fredrik Skår er lege ved Avdeling for luft-, blod- og seksuell smitte, Folkehelseinstituttet.

Hinta Meijerink

Hinta Meijerink er ph.d. og seniorrådgiver ved Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet.

Inger Johanne Landsjøåsen Bakken

Inger Johanne Landsjøåsen Bakken er dr.ing. og seniorrådgiver ved Avdeling for registerkvalitet, Folkehelseinstituttet og i Norsk pasientregister.

Guri Sundgot Halvorsen

Guri Sundgot Halvorsen er sivilingeniør i fysikk og matematikk og seniorrådgiver i Avdeling for helseregistre, Folkehelseinstituttet.

Evy Therese Dvergsdal

Evy Therese Dvergsdal er MSc Public Health og seniorrådgiver ved Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet.

Margrethe Greve-Isdahl

Margrethe Greve-Isdahl er spesialist i barnesykdommer og overlege ved Avdeling for vaksineforebyggbare sykdommer, Folkehelseinstituttet. Hun leder barnevaksinasjonsprogrammet.

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

Litteratur

- 1 Riise OR, Laake I, Vestreheim D et al. Risk of Pertussis in Relation to Degree of Prematurity in Children Less Than 2 Years of Age. *Pediatr Infect Dis J* 2017; 36: e151–6.
- 2 Folkehelseinstituttet. Framtidens utfordringer for folkehelsen. Lest 22.4.2024.
- 3 European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable Disease Threats Report. Lest 24.4.2024.
- 4 Halasa NB, O'Shea A, Shi JR et al. Poor immune responses to a birth dose of diphtheria, tetanus, and acellular pertussis vaccine. *J Pediatr* 2008; 153: 327–32.
- 5 Amirthalingam G, Andrews N, Campbell H et al. Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study. *Lancet* 2014; 384: 1521–8.
- 6 Maertens K, Tran TMP, Hens N et al. Effect of Prepregnancy Pertussis Vaccination in Young Infants. *J Infect Dis* 2017; 215: 1855–61.
- 7 Folkehelseinstituttet. Kikhostevaksine til gravide – undervisning for helsepersonell. Sett 22.4.2024.

Interessegruppe for miljøgifter og folkehelse

Miljøgifter er en trussel for helsen. Derfor er det viktig at leger og andre faggrupper har interesse for og kompetanse om helseeffekter av miljøgifter og at de engasjerer seg i problemstillinger knyttet til miljøgifter i samfunnet.

Miljøgifter – giftstoffer som sirkulerer i miljøet – er en global helseutfordring og utgjør en trussel mot både dyr og mennesker. Selv om dette er noe vi alle eksponeres for og stoffene har kjente negative helseeffekter, har norske leger og andre helsearbeidere i liten grad engasjert seg i temaet. Oppslag i media om miljøgifter blir sjelden fulgt opp, og vi tør påstå at allmennheten er generelt lite informert om hvordan stoffene påvirker oss (1–3).

Norsk forening for medisinsk biokjemi og Norsk selskap for medisinsk biokjemi har derfor opprettet interessegruppen Miljøgifter og folkehelse, som skal bidra med opplysningsvirksomhet og rådgivning overfor befolkningen, myndigheter og politikere om helseeffekter av miljøgifter.

Interessegruppen skal være et tverrfaglig forum hvor leger, forskere og allmennheten for øvrig kan henvende seg med spørsmål om miljøgifter. Vi oppfordrer fagpersoner som er opptatt av miljøgifters betydning for helse, til å melde seg inn. Det er opprettet en nettside (www.miljogifterogfolkehelse.no) der gruppen vil presentere aktuelle nyheter og relevant litteratur, svare på spørsmål fra media og publikum samt rekruttere medlemmer.



Foto: Tore Wuttudal / NN / Samfoto / NTB

Formålet med interessegruppen er å bidra til å øke befolkningens kunnskap om og forståelse for hva miljøgifter betyr for folkehelsen og miljøet og å stimulere til egeninnsats for å redusere eksponering for miljøgifter. Gruppen arbeider for å avdekke eksponeringskilder i mat,

vann og i miljøet for øvrig og ønsker å stimulere til uavhengig forskning om miljøgifter og folkehelse. Tiltaksmengden vår omfatter egne studier og formidling av egen og andres forskning i media.

Målet vårt er å påvirke myndighetene til å redusere utslipp av miljøgifter og avdekke økonomiske bindinger mellom næringsinteresser, forskere og beslutningstakere som kan påvirke miljøpolitiske beslutninger. Det er nødvendig å sammenligne miljøpolitikk og politiske avgjørelser i Norge med beslutninger i andre land, herunder reguleringer fra EU og EFSA (den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet).

På sikt håper vi å kunne bygge et nasjonalt og internasjonalt nettverk med andre leger og forskere og stimulere til faglige diskusjoner om effekter av miljøgifter og tiltak mot dem. ■

Forfatterne representerer styret i interessegruppen Miljøgifter og folkehelse. Mottatt 21.4.2024, første revisjon innsendt 26.4.2024, godkjent 29.4.2024.

Anne-Lise Bjørke-Monsen

almo@helse-bergen.no

Anne-Lise Bjørke-Monsen er ph.d., spesialist i barnesykdommer og i medisinsk biokjemi og er overlege ved Innlandet sykehus, Helse Førde og Haukeland universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Maria Averina

Maria Averina er ph.d., spesialist i medisinsk biokjemi og avdelingsoverlege ved Avdeling for laboratoriemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingrid Hokstad

Ingrid Hokstad er lege i spesialisering i medisinsk biokjemi ved Innlandet sykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Merete Eggesbø

Merete Eggesbø er ph.d., lege og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og professor ved Senter for overvekt, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende

interessekonflikter: Hun har mottatt støtte fra Danmarks frie forskningsfond, foredragshonorar fra Eco og Gold, og hun har vært medlem av styret i The International Society for Children's Health and the Environment (ISCHE).

Sandra Huber

Sandra Huber er ph.d. og spesialrådgiver ved Avdeling for laboratoriemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt prosjektmidler fra Forskningsrådet og EU-Horizon Europe og reisestøtte til konferanse fra Norsk fond for klinisk kjemi. Hun er medlem av External Advisory Committee i AMAP Ring Test for Persistent Organic Pollutants in Human Serum.

Bjørn J. Bolann

Bjørn J. Bolann er spesialist i medisinsk biokjemi og professor emeritus i medisinsk biokjemi ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Brox

Jan Brox er spesialist i medisinsk biokjemi, professor emeritus og overlege ved Avdeling for laboratoriemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Bolann BJ, Huber S, Ruzzin J et al. Er miljøgifter i norsk kosthold skadelig for barn? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 295–7.
- 2 Bolann BJ, Huber S, Averina M et al. Bør vi spise mer fisk – eller mindre? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0235.
- 3 Huitfeldt HS, Bolann BJ. Miljøgifter i norsk mat. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141: doi: 10.4045/tidsskr.21.0499.

Oppfølgingen ved ensidig hodepine med autonome symptomer kan bli bedre

Raskere diagnostisering og bedre kvalitet i oppfølgingen av trigeminale autonome hodepiner er mulig – og nødvendig.

Norsk kvalitetsregister for alvorlige primære hodepiner, etablert i 2022, er et samtykkebasert nasjonalt kvalitetsregister som inkluderer pasienter med klasehodepine, paroksysmal hemikrani, hemikrania continua og kortvarige ensidige nevralgiforme smerter med ledsagende autonome fenomener. Det er begrenset dokumentasjon på ulike behandlingsalternativer for flere av disse tilstandene, mens utvalgte pasientgrupper kan tilbys nye behandlingsformer. Derfor er videre forskning basert på data fra Hodepinerregisteret av stor betydning (1).

Trigeminale autonome hodepiner har forskjellig smertevarighet og ulik respons på medikamenter. Indometacin er indisert ved paroksysmal hemikrani og hemikrania continua (2, 3). Lamotrigin er førstevalget ved kortvarige ensidige nevralgiforme smerter med ledsagende autonome fenomener (2), mens de best dokumenterte behandlingsalternativene ved klasehodepineanfall er triptaner, inhalasjon med oksygen, verapamil og nerverestimulering i kroniske tilfeller (3).

Hodepinedagbok og andre hjelpemidler

For de første 253 pasientene som til nå er inkludert i kvalitetsregisteret, viser dataene at det i gjennomsnitt tok over seks år fra symptomdebut til korrekt diagnose. Antallet som får diagnosen innen ett år fra symptomdebut, varierer mellom sykehusene (1). Bruken av hodepinedagbok varierer også, til tross for at dette i forkant av konsultasjoner har vist seg å ha betydning for vurderingen av behandlingsrespons (1). Skriftlig pasientinformasjon kan også gi bedre utbytte av konsultasjoner, og også her ser vi at mange sykehus har et forbedringspotensial (1). Det samme gjelder for pasientrapportert tilfredshet med utført behandling (1).

Hvor vanlig er trigeminale autonome hodepiner?

Data fra Norsk pasientregister og Legemiddelregisteret, koblet med refusjonskoder, gir innsikt i det årlige spesialisthelsetjenestebehovet for disse pasientene. I 2022 var den årlige forekomsten per 100 000 innbyggere henholdsvis 14,5 for klasehodepine, 2,2 for hemikrania continua, 1,4 for paroksysmal hemikrani og 1,2 for kortvarige ensidige nevralgiforme smerter med ledsagende autonome fenomener (4). Data fra en tidligere norsk undersøkelse har beregnet at litt over 100 nye personer årlig vil få diagnosen klasehodepine i Norge (5).

Mål om bedre kvalitet

Målet for Norsk kvalitetsregister for alvorlige primære hodepiner er å sette søkelyset på disse hodepinetypene for å oppnå raskere diagnostisering og bedre kvalitet på oppfølgingen – uavhengig av bosted. Videre vil kvalitetsregisteret legge forholdene til rette for mer forskning på alvorlig hodepine.

Vi oppfordrer kolleger til å benytte hodepinedagbok og skriftlig informasjon i konsultasjoner, da dette har dokumentert positiv effekt på pasienter med alvorlige primære hodepiner. Vi ønsker også at flere pasienter inviteres til å delta i kvalitetsregisteret. Det vil gi mer presise registerdata samt bidra til økt oppmerksomhet på en pasientgruppe som nå opplever at det kan ta årevis å få stilt riktig diagnose. ■

Førsteforfatteren er faglig leder for Norsk kvalitetsregister for alvorlige primære hodepiner, der også de øvrige forfattere, med unntak av sisteforfatteren, er medlemmer av fagrådet.

Mottatt 3.4.2024, første revisjon innsendt 18.4.2024, godkjent 25.4.2024.

Knut Hagen

knut.hagen@stolav.no

Knut Hagen er spesialist i nevrologi, medisinsk faglig rådgiver for forskningsavdelingen ved St. Olavs hospital og professor ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt reisestøtte fra Teva og honorar fra Norsk servicemiljø for medisinske kvalitetsregister for arbeid med datakvalitet.

Bendik S. Winsvold

Bendik S. Winsvold er spesialist i nevrologi og overlege og seniorforsker ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus. Han er enhetsleder i Norsk senter for hodepineforskning ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marte-Helene Bjørk

Marte-Helene Bjørk er spesialist i nevrologi og overlege ved Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus, og professor ved Universitetet i Bergen. Hun er nestleder av Norsk senter for hodepineforskning ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredrags- og konsulenthonorar fra Lundbeck og Pfizer og konsulenthonorar fra Novartis og Eisai.

Erling Tronvik

Erling Tronvik er spesialist i nevrologi og overlege ved Nevrologisk avdeling, St. Olavs hospital og leder av Norsk senter for hodepineforskning ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredrag- og/eller konsulenthonorar fra Novartis, Eli Lilly, AbbVie, TEVA, Roche, Lundbeck, Pfizer og Biogen. Han har aksjer og immaterielle rettigheter i Nordic Brain Tech AS, Keimon Medical AS og Man & Science. Han har fått finansiert forskning fra Norges forskningsråd, Samarbeidsorganet, Stiftelsen Dam, EU, Nordic AI og KlinBeForsk.

Laila Bratterud Mathiesen

Laila Bratterud Mathiesen er generalsekretær i pasientorganisasjonen Hodepine Norge og brukerrepresentant i Norsk senter for hodepineforskning ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hilde Karen Ofte

Hilde Karen Ofte er spesialist i nevrologi og overlege ved Nevrologisk avdeling, Nordlandssykehuset i Bodø. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Christofer Lundqvist

Christofer Lundqvist er spesialist i nevrologi og overlege ved Nevroklinikken, Akershus universitetssykehus og professor II ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Novartis AS, Lundbeck, Roche, AbbVie og Teva, deltatt som rådgiver i forskningsstudier om eptinezumab finansiert av Lundbeck og vært faglig rådgiver for AbbVie Pharma.

Julie Sønnervik

Julie Sønnervik er spesialist i nevrologi og lege ved Hodeverket hodepineklinikk. Hun sitter i referansegrupper for kompetansenettverket for hodepine. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt konsulenthonorar fra AbbVie, foredragshonorar fra Pfizer og Teva og reisestøtte fra Teva.

Nina Bäcklund

Nina Bäcklund er registerkoordinator i Norsk kvalitetsregister for alvorlige primære hodepiner og studiesykepleier ved Norsk senter for hodepineforskning. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Hun har mottatt reisestøtte fra Teva.

Litteratur

- 1 St. Olavs hospital. Hodepineregisteret. Lest 18.4.2024.
- 2 Diener HC, Tassorelli C, Dodick DW. Management of Trigeminal Autonomic Cephalalgias including cluster headache. A review. JAMA Neurol 2023; 80: 308–19.
- 3 Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders (IHS), 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38: 1–211.
- 4 Hagen K. One-year prevalence of cluster headache, hemicrania continua, paroxysmal hemicrania and SUNCT in Norway: a population-based nationwide registry study. J Headache Pain 2024; 25: 30.
- 5 Crespi J, Gulati S, Salvesen Ø et al. Epidemiology of diagnosed cluster headache in Norway. Cephalalgia Rep 2022; 5: 1–15.



Felles fagprosedyrer for barn med atopisk eksem

Behandlingsetterlevelsen hos pasienter med atopisk eksem er lav. Nye felles fagprosedyrer for barn kan bidra til å avhjelpe dette.

Barn med atopisk eksem behandles i allmennpraksis og på sykehus, både ved hud- og barneavdelinger. Basal behandling er fuktighetsbevarende midler mot hudbarrieredefekt og topikale kortikosteroider mot hudinflammasjon. Antiseptiske midler kan brukes ved hudinfeksjon, og våtbandasjer ved kløe og kloring. Fagprosedyrene for topikal behandling har ikke vært samkjørt. Det var bred enighet i det norske fagmiljøet om behov for felles fagprosedyrer for barn med atopisk eksem.

Det er flere årsaker til lav behandlingsetterlevelse. Behandlingen er kompleks, og pasientene forstår ikke hvorfor de må utføre behandlingen. Opplæringen kan være mangelfull, pasientene kan bli møtt med ulik informasjon og noen kan ha frykt/fobier for behandlingen. Det er vist at en skreddersydd behandlingsplan samt deltagelse på eksemskole bidrar til økt behandlingsetterlevelse (1). Lik informasjon om behandlingen er viktig og vil kunne øke etterlevelsen.

Arbeidet med å oppdatere fagprosedyrene pågikk fra februar 2020 til juni 2023. Prosjektet bestod av fire tverrfaglige arbeidsgrupper som inkluderte representanter fra alle helseforetak, med 20 sykepleiere og leger fra hud- og barneavdelinger samt Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet. Prosjektet mottok stipend til gjennomføring av arbeidsmøter fra Norges Astma- og Allergiforbund og ble meldt inn til Helsebiblioteket.no (2) med tildeiling av veiledere. AGREE-metoden (Appraisal, Guidelines, Research and Evaluation) ble benyttet. Utkast til fagprosedyrer med pasientinformasjon og instruksjonsfilm ble sendt til høring hos hudavdelingsledere ved de fire universitetssykehusene, Legemiddelverket, aktuelle pasientorganisasjoner (3–5), faggrupper og fagforeninger.

I juni 2023 ble fagprosedyrene med tilhørende pasientinformasjon for fuktighetsbevarende midler, topikale kortikosteroider, antiseptisk behandling og våtbandasjer publisert på helsebiblioteket.no (2).

Her er et sammendrag av fagprosedyrene:

- **Fuktighetsbevarende midler:** Brukes daglig selv under remisjonsfase. Påføres rikelig (250–500 g/uke) minst morgen og kveld og etter kontakt med vann. Fuktighetsbevarende midler reduserer alvorlighetsgraden, bruken av topikale kortikosteroider og forebygger oppbluss. Pasientpreferanse er viktig ved valg av fuktighetsbevarende middel. De må tilfredsstillende lovkrav, være uten parfyme, planteproteiner og i tillegg bør de ha færrest mulig innholdsstoffer.

- **Topikale kortikosteroider:** Dosering måles i fingertuppenhet (figur 1). Brukes én gang daglig som reaktiv og proaktiv behandling. Reaktiv behandling ved eksemoppbluss krever daglig behandling. I fredeligere fase skal det være proaktiv behandling annenhver dag i en lengre periode og så to ganger i uken (vedlikeholdsbehandling/weekendbehandling). Det mangler studier på rekkefølgen av smøring med topikale kortikosteroider og fuktighetsbevarende midler. Vi anbefaler å la det ene trekke inn før det andre påføres.

- **Antiseptisk behandling:** Infeksjonsbehandling vurderes hvis topikale kortikosteroider ikke har effekt. Huden rengjøres og påføres topikalt antiseptisk middel. Topikale kortikosteroider og fuktighetsbevarende midler skal benyttes parallelt.

- **Våtbandasjer:** Kan brukes ved mye kløe og kloring. ■

Mottatt 26.2.2024, godkjent 17.4.2024.

Teresa Victoria Løvold Berents

tlberents@gmail.com

Christian Dotterud, Elling Atle Faleide, Kristine Kirkeby Fuskeland, Trude Gildestad, Stina Camilla Gundersen, Lotte Haavik, Lene Helland, Elisabeth Lange, Astrid Haaskjold Lossius, Elin Martinsen, Hilde Olset, Ingvild Gaare Olstad, Eva Maria Rehbinder, Tonje Reier-Nilsen, Kim M.A. Sandberg Endre, Thomas Roger Schopf, Børge Endre Haugen Østhus

For informasjon om forfatterne og eventuelle interessekonflikter, se tidsskriftet.no. QR-koden til venstre leder deg direkte til artikkelen.



Figur 1 Fingertuppenhet. Illustrasjon: Ine Eriksen, Foto- og videotjenesten, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Tilpasset av Tidsskriftet.

Mengde kortisonkrem:
En fingertuppenhet brukes på et areal
tilsvarende to håndflater

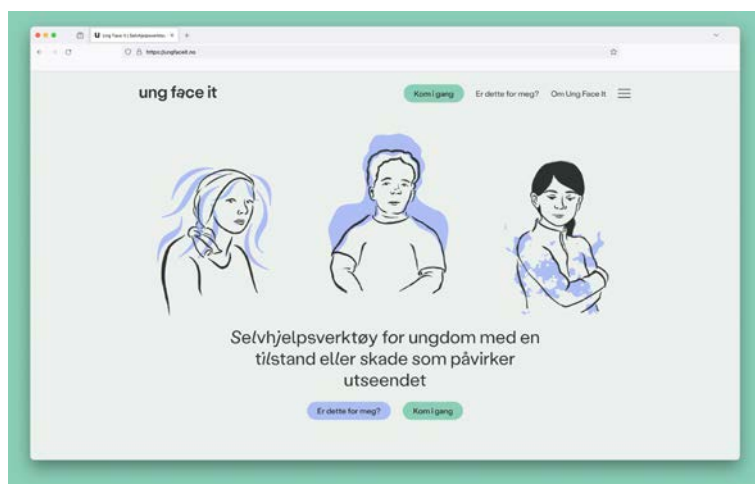


Litteratur

- 1 Lundborg M, Holm JH, Sandvik L et al. Multidisciplinary educational programme for caregivers of children with atopic dermatitis- in South East Norway - an observational study. BMC Dermatol 2020; 20: 20.
- 2 Helsebiblioteket. Publiserte prosedyrer og lenker til prosedyrer hos OUS. Lest 17.4.2024.
- 3 NAAF. Lest 17.4.2024.
- 4 Psoriasis og eksemforbundet. Lest 17.4.2024.
- 5 Landsforeningen for hjerte og lungesyke. Lest 17.4.2024.

Tørre å spørre – slik kan legen støtte ungdom med et annerledes utseende

Mange ungdommer lever med en diagnose som medfører synlige kjennetegn. Et nytt selvhjelpsverktøy kan styrke psykososial mestring hos denne gruppen.



Skjermdump fra ungfaceit.no

Somatiske diagnoser kan være synlige for andre, som hudsykdommer (f.eks. vitiligo, akne), medfødte tilstander (f.eks. leppe-kjeve-ganespalte, dysmeli, kortvoksthet) eller ervervede skader (f.eks. brannskader, behandlingsrelaterte skader). Synlige kjennetegn kan føre til nysgjerrighet, spørsmål eller stirrende blikk. Dette kan være psykisk belastende, spesielt for ungdom, i et samfunn med et sterkt fokus på «det perfekte utseendet».

Sosiale reaksjoner kan føre til depresjon, redusert selvtillit og sosial angst (1). Likevel tas problemstillingen sjelden opp på legekontoret, både fordi ungdom synes det er vanskelig å ta initiativet til å snakke med legen om dette, og fordi helsepersonell kvier seg for å ta opp det de opplever som et sensitivt tema. Mange er også usikre på hvordan de kan spørre uten å såre (2). Det kan føre til manglende tilbud om oppfølging, til tross for behov for psykisk helsehjelp. Selvhjelpsverktøyet Ung Face It dekker derfor et behov i norsk helsetjeneste.

Nettbasert selvhjelp for ungdom med et annerledes utseende

Ung Face It ble utviklet ved Centre for Appearance Research i Bristol, England. Den norske versjonen ble nylig testet ved Senter for sjeldne diagnoser, finansiert av Norges forskningsråd. Verktøyet har vist seg å kunne redusere sosial angst, det er trygt å bruke, kostnadseffektivt og oppleves som nyttig og relevant (3).

Ungdom kan finne programmet på egen hånd (ungfaceit.no), eller leger kan anbefale bruk av det gjennom Helsenorge.

Verktøyet er egnet for ungdom fra 12 til 17 år som synes at det er utfordrende å ha en tilstand som er synlig for andre. Det er pasientens egen opplevelse av synlighet som er avgjørende, ikke helsepersonellens vurderinger. Ungdommen gjennomfører programmet selv, men foreldre eller andre kan også gi støtte ved behov. Verktøyet er basert på psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening og eksponeringsbaserte teknikker som har vist seg å styrke psykososial mestring i denne pasientgruppen (4).

Tørre å spørre

Å være trygg på eget utseende er viktig for god psykisk helse. En følelse av å være annerledes kan true ungdommers opplevelse av å være bra nok. Ved å spørre om pasienten opplever diagnosens synlighet som utfordrende, kan legen vurdere om det er hensiktsmessig å anbefale Ung Face It. Verktøyet inneholder informasjon til helsepersonell om hvordan utseendemessige utfordringer kan tas opp i konsultasjoner. ■

Mottatt 11.4.2024, godkjent 29.4.2024.

Kristin Billaud Feragen

krifer@ous-hf.no

Kristin Billaud Feragen er forskningskoordinator og psykolog ved Senter for sjeldne diagnoser, Oslo Universitetssykehus og prosjektleder for forskningsprosjektet Online psychosocial support for young people distressed by appearance-altering conditions: A randomised control trial. Hun har over 20 års erfaring primært innen utseendepsykologi, spesielt ved medfødte eller ervervede tilstander som påvirker utseendet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Moa Millgård

Moa Millgård er leg. logoped og rådgiver ved Senter for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus og hun er del av prosjektteamet i Ung Face It. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Rumsey N, Harcourt D. Visible difference amongst children and adolescents: issues and interventions. *Dev Neurorehabil* 2007; 10: 113–23.
- 2 Gee C, Maskell J, Newcombe P et al. Opening a Pandora's Box that can't be salvaged: Health professionals' perceptions of appearance-related care in an Australian pediatric specialist hospital. *Body Image* 2019; 31: 1–12.
- 3 Oslo universitetssykehus. Ung Face It. Lest 29.4.2024.
- 4 Jenkinson E, Williamson H, Byron-Daniel J et al. Systematic review: Psychosocial interventions for children and young people with visible differences resulting from appearance altering conditions, injury, or treatment effects. *J Pediatr Psychol* 2015; 40: 1017–33.



Brakte en ny vår i norsk psykiatri

Våren 1968 kjører en blågrå Plymouth fra Oslo til Paris. Målet for reisen er en forelesning med en berømt og kanskje litt selvhøytidelig psykoanalytiker, men det er ikke det psykiater Svein Haugsgjerd husker best fra turen.

Tekst: Charlotte Lunde Foto: John Trygve Tollefsen



Nestoren i norsk psykiatri og nå pensjonist møter oss med nytraktet kaffe og et vennlig smil da vi kommer på besøk. Den nevnte Paris-turen er allerede mytisk og blant annet omtalt i boken *Da postmodernismen kom til Norge*. Mer om den senere.

I stuen er det dekket opp med blå kaffekopper på hver sin side av et spisebord. Langs den ene vegg står det gamle jazzklassikere på vinyl og ved siden av et eldre piano.

– Ja, det kostet like mye å få det kastet som å få det båret opp hit i femte etasje. Så da valgte vi det siste, forteller Haugsgjerd, som nylig flyttet inn her.

Om han spiller piano, svarer han ikke direkte på, men forteller at han hadde en gammel kontrabass som han i forbindelse med flyttingen nå endelig fikk solgt. Av andre får vi vite at han er svært musikalsk, men han vil verken snakke om platesamlingen sin eller hvilke instrumenter han spiller. Han går bort mot peishyllen hvor det ligger en omfattende boksamling.

– Ja, jeg har prøvd å hente frem litt av det jeg har skrevet da jeg visste du skulle komme, sier Haugsgjerd nesten litt unnskyldende.

Slo alarm om lobotomi

Han er beskrevet som «selvuhøytidelig» og beskjeden, men likevel grunnleggende radikal og kompromissløs. Det bærer også de mange bøkene på peishyllen preg av, med titler som *Kjærlighetens kraftlinjer* og *Nye perspektiver på psykiatrien*. Da sistnevnte kom ut i 1970, var Haugsgjerd bare 27 år og assistentlege på Ullevål. Han var likevel modig nok til å mene at faget hadde «stivnet i en steril, deskriptiv og klassifikatorisk tradisjon», og bidro med det til å skape et antiautoritært opprør mot den gamle psykiatrien – på en tid da det virkelig trengtes.

Det sies at den siste lobotomien i Norge ble utført i 1974. Det året husker Haugsgjerd at han hadde nattevakt med en kollega på Gaustad da det kom inn en kvinne som skulle behandles «psykokirurgisk».

– Jeg og Marit Os hadde vakt da denne unge kvinnen kom inn, forteller Haugsgjerd. I sykehusets kjeller hadde en eldre overlege sitt eget laboratorium der han utførte stereotaktiske inn-

Så vidt jeg vet, ble i hvert fall ikke denne personen lobotomert, men det kan ha foregått på andre i skjul frem til da



På gamle tomter:

Kastanjabakken på Gaustad var et banebrytende prosjekt i norsk psykiatri.

Foto: John Trygve Tollefsen

grep stort sett på Parkinson-pasienter. Men det viste seg at den unge kvinnen var innlagt for å bli lobotomert i kjelleren på Gaustad. Det opplevde de to assistentlegene som et gufs fra en tid de trodde var over.

– Marit slo alarm, og vi gikk begge to til avdelingsoverlegen, som sa at «dette må vi sette en stopper for», forteller Haugsgjerd videre.

Og stopp ble det. Når det på Wikipedia står at den siste lobotomien i Norge ble utført i 1974, kan det være snakk om denne pasienten, som altså med et nødsrik unngikk inngrepet, takket være Haugsgjerd og kollegaen.

– Så vidt jeg vet, ble i hvert fall ikke denne personen lobotomert, men det kan ha foregått på andre i skjul frem til da. Vi trodde jo – selv den gangen – at dette tilhørte 1950-tallet, husker han.

Psykoanalyse og tåregass

Stedet som ansporet Haugsgjerd både til å bli psykiater, men ikke minst til å kjempe for en mer human psykiatri, var asylet Rønvik utenfor Bodø. Her var faren sykehusprest og skaffet sønnen jobb som pleieassistent.

– Det var forferdelige forhold. De hadde såkalte behandlingsdager. Det betydde elektrosjokk, og

jeg husker også jeg møtte flere eldre lobotomerte pasienter der, sier 82-åringen. De gamle asylene var preget av pasientoppbevaring og en paternalistisk holdning med stor avstand mellom behandlere og innlagte.

Faren traff en gang den kjente psykiateren Leo Eitinger og hadde stolt fortalt at sønnen skulle bli psykiater. Eitinger, som hadde undervist Haugsgjerd på medisinsk fakultet, hadde tørt kommentert til faren at «han er en drømmer». Haugsgjerd ler.

– Kjennte du deg igjen i det?

– Ja, på sett og vis. Han tenkte nok at jeg burde vært mer interessert i psykiatrisk forskning og vitenskap. Men det er min interesse for samfunn, litteratur og kultur som har preget det jeg har drevet med. Jeg takket likevel ja til et doktorgradsstipend på et tidspunkt, men det var tilknyttet Institutt for samfunnsforskning og ikke psykiatrien. Jeg hadde da lyst til å gjøre en sammenligning av tysk og fransk psykoanalyse, men jeg hadde for mange interesser og sa det fra meg etter et år, oppgir han.

For det var nettopp interessen for psykoanalyse og Jacques Lacan som i 1968 brakte Haugsgjerd til Paris i en blågrå bil sammen med tre gode venner. Der havnet de midt i studentopprøret.



Svein Haugsgjerd

Født i 1942

Cand.med., 1967

Utga psykiatrikritiske *Nytt perspektiv på psykiatrien*, 1970

Assistentlege på Gaustad sykehus, 1974

Overlege, Forsøksavdelingen på Kastanjebakken 1976–88

Tok initiativ til lobotomigranskningen i Norge

Startet Major-foreningen med foredragsholdere fra ulike land, 1977

Sjeflege Kastanjebakken, 1988–91

Underviste psykoanalyse i Estland og Russland (Stavropol fylke), 1998–2010

Har utgitt flere bøker, gjerne med psykoanalytiske perspektiver, i perioden 1970–2023



– Vi var i et stort auditorium med masse folk og mange dresskledde på de første radene, eller første parkett, kan man kanskje kalle det. Jeg husker Lacan var svært velkledd og fremsto kanskje litt pretensios og forfengelig. Det mest slående var likevel at det var så mange ulike mennesker, hårlengder og hudfarger i salen. Det var virkelig Beatnik-stemning, minnes Haugsgjerd. Størst inntrykk gjorde likevel det som ventet på utsiden av forelesningssalen.

– Ute i gatene var det fullt opprør, og vi måtte løpe vekk fra tåregass og politi. På grensen ble vi trakassert av franske grensevakter og anklaget for å være revolusjonære bråkmakere som bare kom til Paris for å lage kvalm. «Kom dere vekk», ropte de, forteller psykiateren.

De fire vennene kom seg trygt til Norge og var etter hvert, på hver sin måte, alle med på å prege en norsk intellektuell offentlighet de neste årene.

Et terapeutisk samfunn

Revolusjonær bråkmaker eller ikke, debattene og de mange bøkene Haugsgjerd ga ut har nok bidratt til at det vokste frem en mer humanistisk og psykodynamisk forståelse i behandlingsmiljøene på 1970- og 80-tallet, før diagnosemanualene og pakkeforløpene kom og tok dem. Det ble ikke doktorgrad, men i klinikken fikk Svein Haugsgjerd prøvd ut sine visjoner for en ny psykiatri. En ph.d.-grad var kanskje også mindre viktig. På Ullevåls sjetende avdeling var det en gryende terapeutisk kultur der det blant overlegene nærmest var høyere status å ha psykoanalytisk utdanning enn å ha doktorgrad.

– Ja, det var veldig viktig, bekrefter Haugsgjerd og forteller at avdelingen rett og slett ble kalt «et radikalt terapeutisk samfunn».

– Dagene var sånn at vi hadde fellesmøte hver morgen for alle ansatte og pasienter. Gruppete-

Rue Gay-Lussac,

Paris 11. mai 1968:

Studenter brukte veltede biler som barrikade mot politiet. Kamper under studentopprøret førte til at flere hundre studenter og politifolk måtte på sykehus.

Foto: TopFoto/NTB

Ny bok: Haugsgjerd er snart aktuell med sin tiende bok og skriver denne gangen om krig og traumer. Foto: John Trygve Tollefsen



Ute i gatene var det fullt opprør, og vi måtte løpe vekk fra tåregass og politi. På grensen ble vi trakassert av franske grensevakter og anklaget for å være revolusjonære bråkmakere

rapimøte, kan du nesten kalle det, med etterfølgende drøfting blant de ansatte. Jeg husker også at vi hadde kvinner med postpartumpsykoser der vi hadde mulighet til å legge inn hele familien. For oss som var nyutdannet, virket dette sterkt og overbevisende.

Inspirert av erfaringene fra Ullevåls sjette avdeling etablerte han sammen med psykiaterne Sidsel Gilbert og Endre Ugelstad det halvlegendariske prosjektet Kastanjabakken på Gaustad sykehus. Dette var et behandlingssenter som la stor vekt på psykoterapi og miljøterapi til unge med alvorlige psykoselidelser. Det ble et eget samfunn både for pasienter og ansatte. Enkelte ansatte møtes fremdeles, over førti år etter at det ble nedlagt.

– Hva var det dere fikk til i visjonene deres med Kastanjabakken, tenker du nå i ettertid?

– Jeg tror vi ble veldig engasjerte i hver enkelt pasient. Vi ble godt kjent med dem, og mange av oss husker jo pasientene vi hadde der den dag i dag, oppgir Haugsgjerd, og viser til at mange av dem som jobbet på Kastanjabakken stadig preger dagens fagdebatt med en psykodynamisk forståelse.

Drømte om Tidsskriftet

Det er altså blitt ni bøker, og i sitt åttiandte år skriver han på enda en bok – denne gangen om fengselspsykiatri og krigstraumer. I tillegg omtales Haugsgjerd som en av Norges fremste Lacan-eksperter. Hvilken klinisk relevans tenker han at Lacans teorier har, lurer vi på.

– Det jeg har fått ut av Lacan rent praktisk – som jo allerede ligger i psykoanalysens lære fra Freud – er det å skape en situasjon der det er fritt frem for å si det som faller en inn. Jeg har hatt pasienter som samler på drømmer i håp om at jeg skal kunne tolke dem. Men det viktigste vi gjør i vår rolle som behandler, der vi besvarer ting både verbalt og ikke-verbalt, er jo likevel ikke fortolkninger, men det at vi med vår respons bidrar til å støtte opp om pasientens interesse for å tenke videre, å være mer åpen overfor seg selv og bli mer tilstedeværende i relasjoner. Jeg tenker at behandleren skal understøtte denne undersøkende prosessen og bidra til at pasienten får mindre fordommer mot seg selv. Målet er en mer aksepterende holdning.

– Har du noen fordommer mot deg selv da? Haugsgjerd blir stille en liten stund.

– Hmmm ... Jeg hadde noen veiledningstimer hos Donald Meltzer (kjent psykoanalytiker, red. anm.), og han hadde nok rett i at jeg er litt redd for konflikt. Og for sterke følelser. Det er både en styrke og en svakhet, oppgir Haugsgjerd, og mens vi fortsetter dialogen om psykoanalyse og terapi nevner han i forbifarten at han faktisk drømte natten i forveien om dagens intervju med Tidsskriftet.

– Hva drømte du da? spør vi nysgjerrig.

– Nei, det har jeg glemt, smiler Svein Haugsgjerd lurt. ■

Charlotte Lunde

charlottelunde@me.com

Lavere prioritet for pasienter med usunn livsstil?

Mange norske leger mener at pasientens eget ansvar for sykdom bør telle ved prioritet til helsehjelp, men holdningene varierer sterkt med måten vi spør på.

Hvilket ansvar har vi for hvordan det går oss i livet? Er det noen ganger pasientens egen skyld at hen ble syk? Bør det i så fall ha konsekvenser for hvilken rett man har til helsehjelp?

Den amerikanske filosofen Ronald Dworkin (1931–2013) skilte mellom to typer flaks (1). Ren flaks (*brute luck*) er tilfeldigheter i livet som personen ikke har kontroll over, for eksempel hvor man ble født eller hvilke gener man har. Valgt flaks (*option luck*) betegner tilfeldighetene som oppstår som følge av valgene man tar, for eksempel gjennom livsstil.

Dworkin mente at dette er et moralsk relevant skille. Hva mener legene? Vi har ved tre anledninger spurt et representativt utvalg leger om de er enige i at pasientens eget ansvar bør ha vekt ved prioritet til helsehjelp (2).

Vi stilte de samme spørsmålene i 2014 også, men da inkluderte vi tre vignetter som illustrerte forskjellen på de to typene flaks. Vignettene ble for øvrig brukt i en sammenligning med britiske leger, som svarte nokså likt som de norske (3).

Fra LEFO

Artikler fra
Legeforskningsinstituttet

Svarene fra legene i 2014 skilte seg betydelig fra svarene i 2008 og 2021. Mens ca. 20 % mente at prioritet til kostbare tiltak burde gjøres avhengig av pasientens livsstil i 2008 og 2021, mente 43 % dette i 2014.

Respondentene ble trolig preget av vignettene, slik at de ble påvirket til å være positive til at pasientens egne handlinger skulle telle.

Mange leger mener altså at livsstil skal ha betydning for prioritet, selv om dette er i strid med regelverk og retningslinjer. Men resultatene viser også at det er uklart hva som ligger i at prioritet skal variere med livsstil. Er det for eksempel slik at pasientene skal ha en annen type behandling, stilles lenger bak i en kø eller ikke få behandling i det hele tatt? Det kan være nyttig at fagmiljøet selv diskuterer dette, både for å klargjøre hva man mener og hvordan praksis bør være. Studien er også en påminnelse om at moralske holdninger er ustabile og sterkt påvirkbare av hvordan spørsmålene formuleres og hvilken kontekst de kommer i.

Den overordnede verdien i medisinsk etikk er at mennesker med behov for helsehjelp skal få hjelp og at det bare er det medisinske behovet som skal bestemme tilgangen. Studien kan tyde på at en del leger ikke bare vil legge vekt på behovet for hjelp, men også hva som ligger til grunn for behovet. ■

Berit Horn Bringedal

berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet.

Litteratur

- 1 Dworkin R. What is equality? Part 2: Equality of resources. *Philos Public Aff* 1981; 10: 283–345.
- 2 Bringedal BH, Rø KI. How stable are moral judgements? A longitudinal study of context dependency in attitudes towards patient responsibility. *BMC Med Ethics* 2024; 25: 36.
- 3 Everett JAC, Maslen H, Nussberger A-M et al. An empirical bioethical examination of Norwegian and British doctors' views of responsibility and (de)prioritization in healthcare. *Bioethics* 2021; 35: 932–46.



Lever du sunt nok til å bli prioritert i helsekøen?

Illustrasjon: Creative commons, tilpasset av Tidsskriftet.

I 2008 og 2021 var henholdsvis 19 % og 22 % enige i at tilgang til dyre helsetjenester burde være avhengig av pasientens eget ansvar for sykdommen

I 2008 og 2021 var henholdsvis 19 % og 22 % enige i at tilgang til dyre helsetjenester burde være avhengig av pasientens eget ansvar for sykdommen, mens 27 % og 40 % mente at tilgang til knappe organer burde gjøres avhengig av pasientens ansvar. Røyking var på topp for spesifikke livsstilsfaktorer (42 % og 44 %), mens usunn mat var på bunn (17 % og 15 %).

Klinikk-reaktiv pasientbehandling (KRP)

Klinisk skjønn viser vei gjennom jungelen av parakliniske verktøy.

Se for deg følgende:
Etter previsitten en fredag morgen går du inn til en pasient med radiologisk verifisert lobær pneumoni. Han er medisinstudent på tredje året, har vært innlagt i halvannet døgn og fått behandling med benzylpenicillin intravenøst. Han har fremdeles feber, dog mindre uttalt enn ved innleggelse, og med lettere pust enn dagen før sitter han i sengen med et konsentrert blikk mot smarttelefonen sin.

«Hvordan har du det i dag?» spør du.

«Jo, takk, jeg føler meg litt bedre enn i går. Men det var nettopp en sykepleier innom og sa at CRP-verdien har steget fra 70 til 140, dessuten har jeg fremdeles litt feber, og det gjør meg virkelig bekymret. Kanskje en CT-undersøkelse av brystet er på sin plass for å være sikker på at jeg ikke har blodpropp i lungene?»

«Men du føler deg bedre, ikke sant?»

«På en måte, ja, men det kan jeg vel neppe være all den tid CRP-en har doblet seg under behandlingen.»

«Klinisk vurdering trumfer CRP-en», betrygger du, og tar din fremtidige kollega med på en virtuell reise fra makrofagens utsondring av interleukin-6, via signalets ferd gjennom blodet til endestoppet der i leveren, hvor produksjonen av C-reaktivt protein fra hepatocytene foregår med en viss sendrektighet.

«Derfor er dagens CRP gårdsdagens nyheter, og vel så det», sier du, før du legger stetoskopet mot huden over høyre lungelapp og hører kraftige, inspiratoriske knatrelyder.

Vi må ikke glemme verdien av erfaringsbasert medisin og fornuftige kliniske resonnementer

«Jeg regner med at fremgangen fortsetter til i morgen; det er ingen grunn til å tro at penicillin ikke er det rette antibiotikumet for deg akkurat nå. Og den CT-undersøkelsen vil du nok ikke trenge, det føler jeg meg ganske sikker på.»

Neste morgen er pasienten feberfri og CRP-verdien har sunket til 110.

«I dag tenker jeg vi kan avslutte intravenøs behandling med penicillin og fortsette kuren med penicillintabletter. Jeg antar at du vil hjem igjen ...?»

«Men det er vel for tidlig? Jeg leste nettopp en anbefaling fra Storbritannia om at en bør ha vært feberfri i minst 24 timer før skifte til orale antibiotika (1), og jeg hadde litt feber i går kveld.»

«Så lenge du er klinisk stabil og har et mage-tarmsystem som fungerer godt, skal det gå helt fint med overgang til penicillintabletter nå.»

At den kliniske (infeksjons)medisinen er direkte truet av utredningsiver og klokkeetro på laboratorieverdienes fortrefelighet, er nok kanskje å trekke det for langt. Men jeg tror på at en stadig økende tilgjengelighet av paraklinisk støtte for våre pasientnære observasjoner, sammen med fri tilgang til all slags informasjon på internett, kan svekke både vår egen og pasientenes tiltro til verdien av fornuftige og erfaringsbaserte kliniske resonnementer.

Vi kan trekke på smilebåndet av de gamle klinikernes analyse av pulsens fylde og kanskje hamsunske jakt på «blodets hvisken og benpipenes bønn» (2). De hadde lite annet enn erfaring og et finstemt klinisk skjønn å støtte seg på.

Vi har nå så mye mer, men i tillegg til å støtte våre kliniske vurderinger, kan det også bringe «forvirringen» til et høyere nivå. I algoritmenes og laboratoriemedisinens tidsalder stoler vi på skåringsverktøy og daglige CRP-målinger. Gjennom den medisinsk-teknologiske revolusjonen kan vi visualisere selv den

minste blodåre i kretsløpet, og bølgene fra kunstig intelligens har allerede brutt mot mange av medisins holmer, inkludert hematologien, onkologien og patologien (3, 4).

Dette må vi og våre fremtidige kolleger selvsagt forholde oss stadig mer til i årene som kommer, og ja, dra nytte av til pasientenes beste. Men vi må ikke glemme verdien av erfaringsbasert medisin og fornuftige kliniske resonnementer. ■

Bård Reiakvam Kittang

bard.kittang@bergen.kommune.no

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

Litteratur

- 1 UK Health Security Agency. National antimicrobial intravenous-to-oral switch (IVOS) criteria for prompt switch for adults. <https://www.gov.uk/government/publications/antimicrobial-intravenous-to-oral-switch-criteria-for-early-switch/national-antimicrobial-intravenous-to-oral-switch-ivos-criteria-for-early-switch> Lest 15.4.2024.
- 2 Hamsun K. Fra det ubevisste sjeleliv. Oslo: Samtiden, 1890.
- 3 Rösler W, Altenbuchinger M, Baeßler B et al. An overview and a roadmap for artificial intelligence in hematology and oncology. *J Cancer Res Clin Oncol* 2023; 149: 7997–8006.
- 4 Schüffler P, Steiger K, Weichert W. How to use AI in pathology. *Genes Chromosomes Cancer* 2023; 62: 564–7.

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Den farligste dagen i uka

Nr 13–14/2003

Se for deg at du kjemper deg ut døra en tidlig mandag morgen midt på vinteren. Du sklir kanskje litt på isen når du klatrer over brøytekanter for å skrape bilen (som kanskje ikke starter). Eller kanskje du står og fryser på busstoppet og venter på en el-buss som aldri kommer, fordi de tåler kulda dårlig? Kanskje slår det deg til og med at i dag føles det som om døden er hakket nærmere enn andre dager? Vel, da har du i så fall rett. I Tidsskriftet nr. 13–14/2003 har Tormod Brenn og Elinor Ytterstad blant annet sett nærmere på om noen tidspunkter gjennom året skiller seg ut når det gjelder dødelighet. Les hele artikkelen, med figurer og litteraturliste, på tidsskriftet.no. Under følger et utdrag (Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1826–8).



Illustrasjonsfoto: maxoidos/iStock

Dødelighet i Norge etter tid på året, ukedag og fødselsdato

Av Tormod Brenn, Elinor Ytterstad

(...) Det er svært mange ulike enkeltårsaker til død, og vi har delt materialet inn i tre grupper. Den ene kaller vi kreft. Den omfatter ondartede svulster med årsakene fra 140 til 208 i ICD-9, i alt 50 501 dødsfall (22 %). Vår andre gruppe omfatter hjerte- og karsykdommer (ICD-9 390–459), og her er tallene 101 769 (45 %). En siste gruppe med andre årsaker teller 73 169 (32 %). (...)

Resultater

For perioden var det totale antall døde, menn og kvinner samlet, i gjennomsnitt 123,5 per dag. For vinterhalvåret (november til april) var tallet 130,6 og for sommeren 116,4 – det vil si 12 % flere dødsfall om vinteren. Forskjellen mellom de midterste vinter- og sommermånedene var større. Det er tre topper i perioden – i begynnelsen av 1992, i slutten av 1993 og i slutten av 1995 (fig 1). (...) Forløpet var ensartet, men toppene ble nådd senere i Trøndelag og særlig i Nord-Norge.

Ikke for kreft, men for de to andre gruppene var det mye større dødelighet om vinteren (fig 2). Denne trenden viste seg ikke for yngre personer, men ble mer og mer uttalt med økende alder. For hver av de to eldste gruppene var variasjonen statistisk signifikant ($p < 0,001$). Vi laget kurver for hvert enkelt alderstrinn for å se ved hvilken alder den ekstra vinterdødeligheten begynte å opptre (ikke vist). Det syntes å være ved 71 år for kvinner og 68 år for menn. Den ekstra dødeligheten om vinteren for gruppen «andre årsaker» kom vesentlig fra sykdommer i åndedrettsorganene (ICD-9 460–519) og plutselig død (ICD-9 798.1).

Det var flest som døde på mandag ($p = 0,007$), men forskjellen fra dag til dag var liten, kun 3,5 dødsfall i gjennomsnitt mellom mandag og lørdag (fig 3).

Diskusjon

(...) Mye er forsket og skrevet om temperaturens rolle i overdødeligheten om vinteren (28). Dødeligheten øker med fall i temperaturen, spesielt i regioner med milde vintre (29). Det paradoks at den ekstra dødeligheten om vinteren er minst i nord, der klimaet er hardest, setter søkelys på temperaturen også innendørs. Kanskje er langvarige opphold inne i en temperatur på 15 °C like risikofylt som å gå en tur ut en kald vinterdag? Vi vet at det eksisterer ulikheter mellom land nord og sør i Europa når det gjelder vinterisolering av boliger og påkledning ved opphold ute, dessuten er det forskjeller sosialt og økonomisk (29).

Det finnes en lang rekke andre potensielle årsaker til at flere dør om vinteren. Risikofaktorer for sykdom knyttet til livsstil, slik som fysisk aktivitet, kosthold, kroppsvekt, røyking, total kolesterol og blodtrykk, er dokumentert å komme dårligere ut om vinteren (28). Den faktiske betydning dette har for dødeligheten i den kalde årstid, er imidlertid uklart.

De noen flere dødsfallene vi fant på mandager enn ellers i uken, viste seg ved mer detaljerte analyser å være knyttet til hjerte- og karsykdommer hos menn. I meste parten av litteraturen beskrives økt forekomst av slik sykdom på mandager (3, 30–38). Årsakene synes uklare, men forhold som nevnes omfatter endret atferd i helgene, med mer bruk av alkohol, mer fysisk anstrengelse, ja sågar økt seksuell aktivitet samt stresset med å returnere til jobb etter helgen (30, 33). En studie i Oslo viste at biokjemiske faktorer assosiert med risiko for hjerte- og karsykdommer kom dårligere ut på mandag enn de andre ukedagene (39).

Overdødeligheten om vinteren hos eldre er betydelig. Sentralt i forebyggingen står vaksine mot influensa, og det har praktiske, økonomiske og etiske sider (40–42). (...) ■

En som lytter.

Konfidensielt.

Lett tilgjengelig.



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

3 gratis timer.
Uten journal.
Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

Tekst: Preben Aavitsland

Skeiv aidshistorie



Det ligger i blodet.
Epidemien som
forandret Norge.

Ketil Slagstad
524 s, ill. Forlaget Press, 2023.
Pris NOK 499
ISBN 978-82-328-0586-0

Lege og medisinhistoriker Ketil Slagstad har skrevet ei bok som han og forlaget omtaler som «det første samlede verket om den norske aidshistorien». Det er ei populærvitenskapelig dokumentarbok, men også ei godt gjennomarbeidet fagfellevurdert fagbok med kildebeskrivelse, litteraturliste, stikkordsregister og noter.

Historien om aids i Norge fortelles kronologisk i fire deler, hver med 7–11 kapitler på 5–15 sider. De fire delene er kalt Tilblivelse (1975–1985), Krise (1985–1987), Motstand (1987–1990) og Oppløsning (1990–1996). Denne bokas historie ender i 1996 med ankomsten av livsforlengende legemidler mot hivinfeksjon.

Kapitlene forteller om et tema, en nøkkelperson, en kategori av pasienter eller helsepersonell, eller en episode eller et øyeblikk i historien. Dermed blir ikke kronologien veldig streng. Det samme temaet kommer tilbake i flere kapitler, men på et senere tidspunkt, ikke ulikt en tv-serie der scenene veksler mellom flere historier som er ulike og parallelle, men likevel bundet sammen av den underliggende handlingen – i dette tilfellet viruset og epidemien. Det fungerer utmerket, selv



om det blir noen gjentakelser og det krever litt ekstra av leseren.

Hovedpersonene i Slagstads fortelling er pasientene og deres pårørende, pleiere og behandlere, sivilsamfunnets pionerer og myndighetspersonene som hadde kontakt med sivilsamfunnet. Slagstad har ved hjelp av intervjuer med nøkkelpersoner, studier av et stort arkivmateriale, lesing av dagbøker og litteratur og sin historiefaglige kompetanse skapt en fremragende historiefortelling. Hovedhistorien er hvordan disse personene og gruppene møtte et nytt dødelig virus, og hvordan de hver for seg fikk endret – og i mange tilfeller forkortet – sine liv som følge av virusets herjing.

Den viktigste effekten av overvåkingen var nok likevel at den allerede mot slutten av 1980-tallet kunne vise at de tidlige prognosene om aids som en folkesykdom ikke ville slå til

Vi har lest brokker av disse fortellingene før, i aviser, blader og bøker, men her er de samlet og satt inn i en ramme, på sin rette plass i 15 år av epidemiens historie. Fortellingene er tankevekkende, men også rørende. Scenene fra sykesengene, fortalt av en sykepleier

eller av dagboknotater, kan framkalle tårer. De kan minne om Jonas Gardells skildringer i hans mesterlige og senere filmatiserte roman om aids i Stockholm (1) og om Pål Vegard Hagesæthers nylig utgitte bok om aidspasientene (2).

Et monument over pionerene

Boka er også et monument over flere personer: Georg Petersen, bydelslegen som drev en helserådgivningsklinikk for homofile og som i 1981 ankom New York for å studere folkehelse, men som raskt vendte hjem for å advare mot epidemien og drive fram forebygging i det vesle norske miljøet av menn som hadde sex med menn. Arne Husdal, den utålmodige hivsmittede som startet Pluss, de hivsmittedes selvhjelpsorganisasjon. Henki Hauge Karlsen, den hivsmittede som vant sin rettslige kamp mot usaklig oppsigelse som kelner. Odd Kåre Rabben, den blide, skjønnegutten med blødersykdom og som ble smittet av forurenset blod. Sykepleierne som fulgte mange unge, særlig menn, i deres langsomme reise mot døden i en kropp som lå forsvarsløs mot mikrobenes angrep, mens fortielsen av pasientenes «syndelige livsførsel» forverret alt.

Slagstads språk flyter godt. Han forklarer kompliserte forhold på en enkel, men ikke-banal måte. Forklaringen av immunsystemets elementer og dets ødeleggelse under hivinfeksjonen er eksemplarisk. I teksten vrir det av gullkorn, viktige observasjoner og innsikter. Mange av kapitlene avsluttes med en smart formulering som både oppsummerer kapitlet og etterlater en tanke hos leseren, som i kapitlet der sykepleieren Palma Hånes forteller om sin døende pasient: «Pasienten hadde store sår i huden, og han var klar over at de kunne være smittsomme. Så han ba henne stryke på huden som var hel.» Andre ganger blir det kanskje litt for smart, nesten anstrengt: «Aids var begge deler til samme tid: biologi og tekst, cellereseptorer og diskurser, kjøtt og ord.»



Foto: Sverre Heiberg / Oslo Museum, ca. 1985



Selv om Slagstad primært forteller en historie, reflekterer han klokt om hvordan epidemien forandret Norge på mange felt. Myndighetenes samarbeid med og støtte til de utsatte gruppenes organisasjoner ble viktig og er i dag helt naturlig innen folkehelsearbeidet. Helsepersonell som selv var homofile, viste seg å ha stor legitimitet i miljøet og slapp stort sett anklager om moralisme og formynderi. Epidemien førte til smittevernloven, som med unntak av et par svakheter avslørt under koronapandemien, har balansert de til dels motstridende interessene til de smittede og de andre. Skremslene fra motstanderne av loven har vist seg grunnløse. Indikasjoner for blodtransfusjon ble strammet betydelig inn. Injiserende stoffmisbrukere fikk rene sprøyter og metadon for å redusere skade.

Slagstad viser også hvordan innsatsen fra mange personer bidro til at epidemien ble møtt på en fornuftig måte. De homofiles frigjøring stoppet ikke. Det ble lite diskriminering av og overgrep mot smittede. Befolkningens frihet ble bevart. Aids ble aldri noen folkesykdom. Det norske samfunnet forble grunnleggende godt.

Skeivheter i historien

Jeg er altså begeistret for denne boka. Jeg mener likevel den har noen skeivheter.

Den første skeivheten er vektleggingen av de ulike gruppene som ble rammet av epidemien. Det dreier seg mest om menn som har sex med menn. Tre kapitler er viet homofile menn med interesse for lær, binding og pissing. Injiserende stoffmisbrukere, blødere og prostituerte får litt plass, men vi får nesten ikke lese noe om dem som ble smittet heteroseksuelt og de smittede som innvandret til Norge, særlig fra Afrika. Dette kan selvsagt ha med antallet smittede i gruppene å gjøre, men ser også ut til å gjenspeile Slagstads kildetilfang og valg av intervjuobjekter.

Den andre skeivheten er den geografiske. Dette er mest Oslos aidshistorie. Også dette har nok med fordelingen av epidemien å gjøre. Den tredje skeivheten dreier seg om omtalen av de statlige etatenes arbeid mot epidemien. Siden boka legger mest vekt på Helsedirektoratets arbeid med de frivillige organisasjonene, blir det liten plass til Folkehelseinstituttets strategiarbeid og informasjonsvirksomhet overfor helsetjenesten.

Det er vanskelig å forstå hvorfor Slagstad har utelatt mye av dette, men han er kanskje selv inne på en mulig forklaring når han omtaler kildearbeidet: «Det handler selvfølgelig om hvor man leter, og hvem man snakker med.»

Han burde selvsagt ha intervjuet Arve Lystad, lederen for helsedirektørens første arbeidsgruppe for aids og for den etterfølgende helsedirektørens rådgivningsgruppe for aids (og min avdelingsleder fra 1991), eller sekretæren for rådgivningsgruppa, Øivind Nilsen.

Det var i disse to arbeidsgruppene, under kyndig ledelse av Lystad ved Folkehelseinstituttet, at myndighetenes aidspolitik ble utformet. Instituttet hadde allerede gitt veiledning til helsetjenesten gjennom MSIS-rapporter, det ukentlige nyhetsbrevet til alle landets legekontorer og sykehusavdelinger, og de fortsatte med det i små og store saker gjennom epidemien. Lystad, Nilsen og andre gruppe-medlemmer skrev utkast til mer utførlige rundskriv, drøftet dem i gruppene og sendte ferdige versjoner til Helsedirektoratet som utga dem som AIDS-rundskriv.

De to gruppene, som møttes hyppig ved Lystads kontor på Folkehelseinstituttet i Geitmyrsveien, utformet den norske aidspolitikken. Her møttes instituttets og helsetjenestens fagfolk med ulik bakgrunn – klinikere, virologer, immunologer, samfunnsmedisinere – for å diskutere utviklingen og drøfte tiltak og veiledning til helsetjenesten. Arbeidsgruppa sto også bak den første offentlige strategien overfor epidemien, utgitt som Helsedirektørens kontrollprogram 2. juli 1985, med omtale av de sentrale virkemidlene: informasjon til utsatte grupper om hvordan de kunne unngå å bli smittet, tilbud om testing, smittevernveiledning til hivpositive, oppsporing av smittekontakter samt nøye utvelging og testing av blodgivere.

Instituttet opprettet i september 1987 AIDS-infoenheten, som sørget for informasjon til landets helsepersonell. Det viktigste produktet var bladet Aids-info som fra 1988 og noen år framover ble utgitt som et åttesiders bilag til Tidsskriftet, Sykepleien og flere andre medlemsblader for helsepersonell i et samlet opplag på 124 000. Det virker som om Slagstad er ukjent med både MSIS-rapport og Aids-info.

Slagstads konklusjon blir dermed rett og slett historisk feil: «Helsedirektoratet la planene for epidemihåndteringen med støtte fra Folkehelseinstituttet, men instituttet hadde en tilbaketrukket rolle som fagorgan under hele epidemien.» Det riktige er at det var ved instituttet at strategien ble utformet, og at instituttet var godt synlig for helsetjenesten som faginstitutt.

Epidemiologisk perspektiv

Jeg savner i boka et epidemiologisk perspektiv på aidsepidemien, altså noe mer analyse enn fortelling. Mitt savn



Foto: NSB / STU / Norsk Jernbanemuseum

startet da jeg oppdaget at Slagstad ikke nevner overvåkingen av epidemien, altså den systematiske innsamlingen, sammenstillingen og analysen av data om spredningen av viruset og sykdommen og bruken av resultatene i smittevernet. Boka har ikke en eneste figur eller tabell om forekomsten av aids eller hivinfeksjon.

Allerede fra januar 1983 ba Lystad gjennom MSIS-rapportene legene melde tilfeller av aids til MSIS. Så snart testing for viruset ble tilgjengelig, ble også hvert positive funn meldt med informasjon om antatt smittemåte, men uten pasientens identitet. Samme person, Øivind Nilsen, satte opp systemet, drev det, ringte legene for å sjekke manglende opplysninger i meldingene og sto for analysene (3). Hver uke ble resultatene meldt tilbake til helsetjenesten i MSIS-rapport, og hvert kvartal kom det utførlige analyser av situasjonen. Nilsen reiste også land og strand rundt på møter med helsepersonell og orienterte om situasjonen.

Resultatene ble benyttet til å målrette innsatsen mot de gruppene som hadde høyest insidens av nysmitte, og til å varsle om eventuelle urovekkende utviklingstrekk. Boka nevner et slikt eksempel, nemlig da Folkehelseinstituttet ved presentasjon i en MSIS-rapport (ikke «pressemelding» som Slagstad skriver) av årsrapporten for 1991 varslet om en betydelig økning i antallet homofile menn som ble diagnostisert med hivinfeksjon samtidig som det var tegn til at usikker seksualatferd fra før epidemien var i ferd med å vende tilbake i dette miljøet. Advarselen skapte rabalder, for den rådende holdningen var jo at menn i dette miljøet faktisk hadde lyttet til rådene og var veldig ansvarlige, slik at epidemien ble bekjempet. I 1992 ble antallet nye diagnoser i gruppa halvert (4).

Den viktigste effekten av overvåkingen var nok likevel at den allerede mot slutten av 1980-tallet kunne vise at de tidlige prognosene om aids som en folkesykdom ikke ville slå til. Det kan se ut til at Slagstad nærmest tar det for gitt at årsaken var at smittevernarbeidet han forteller om, faktisk hadde god effekt og hindret en katastrofe. For eksempel er et kapittel viet et par prostituerte kvinner som ble lønnet av Helsedirektoratet for å spre kondomer og informasjon til sine kolleger i Oslos gater. Var det virkelig dette som hindret en epidemi blant prostituerte og deres kunder?

Den alternative forklaringen er at prognosene var feil fordi kunnskapen som lå til grunn på 1980-tallet, var feil. Smitteomheten var normalt svært lav, iallfall ved vaginale samleier, bortsett fra i noen uker tidlig etter smitte.

Dermed skjedde spredningen særlig i grupper der det var vanlig med hyppige partnerskifter eller parallelle partnerskap, slik at en nysmittet kunne rekke å smitte videre mens han var særlig smittsom. Det var kombinasjonen anale samleier og mange seksualpartnere som gjorde at viruset spredte seg blant menn som hadde sex med menn. I dette perspektivet lå det aldri til rette for noen stor heteroseksuell epidemi i Norge, og det skulle heller ikke mye til å bremse en homoseksuell epidemi.

Ved aidsepidemien valgte myndighetene å kommunisere nøkternt om smittefrykt. Ved covid-19-pandemien var det få forsøk fra myndighetene på å dempe smittefrykten

Aids og korona

Slagstad nevner koronapandemien, men benytter ikke anledningen til å reflektere over forskjeller i myndighetenes håndtering. Kontrasten er ganske stor.

Ved aidsepidemien valgte myndighetene å kommunisere nøkternt om smittefrykt, involvere sivilsamfunnet i kommunikasjon og smittevernarbeid og avstå fra et regelstyrt smittevernarbeid. Det var «frivillighetslinja» som gjaldt. Ved covid-19-pandemien var det få forsøk fra myndighetene på å dempe smittefrykten. Sivilsamfunnet fikk svært liten plass, kommunikasjonen var nesten bare fra myndighetene og nesten ingenting fra organisasjoner. Smittevernet ble fra første stund styrt ved lov, forskrift og vedtak, med Helsedirektoratets grunnlovsstridige stengningsvedtak 12. mars 2020 som starten på det hele (5). Frivillighetslinja fra aidsepidemien var forduftet.

Det får bli neste oppgave for Slagstad eller andre historikere å forklare dette linjeskiftet. Var årsaken bare de to virusenes ulike smittemåter? Eller var det usikkerhet og panikk i Helsedirektoratet i mars 2020? Var det manglende vilje i direktoratet til å søke smittevern-faglige råd, slik Torbjørn Mork på 1980-tallet bygde politikken på rådene fra Arve Lystad og hans arbeidsgruppe?

Avslutning

Ketil Slagstad har skrevet en fabelaktig historie om aids i Norge, men ikke Den norske aidshistorien. Det er fortsatt god anledning for Slagstad og andre historikere til å rette opp skeivhetene og fylle ut hullene i bildet. Skal man

intervjue sentrale tidsvitner, begynner det imidlertid å haste.

Boka bør leses av alle leger, både dem som opplevde tiåret fra 1985 som leger, og dem som er blitt leger seinere. Slagstads fortelling gir innsikt, vekker følelser og fremmer ettertanke. Denne historien kan gi nødvendig ballast i møte med neste store epidemi. ■

Preben Aavitsland

preben@epidemi.no

Preben Aavitsland er lege, fagdirektør ved Folkehelseinstituttet og professor ved Pande-misenteret, Universitetet i Bergen.

Litteratur

- 1 Gardell J. Tørk aldri tårer uten hansker. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS, 2013.
- 2 Hagesæther PV. Prestens hemmelighet – de ukjente historiene fra aids-epidemien i Norge. Oslo: Spartacus forlag, 2023.
- 3 Aavitsland P, Nilsen O, Hasseltvedt V et al. Overvåking av HIV-epidemien i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3489–92.
- 4 Aavitsland P, Nilsen O, Lystad A. HIV-epidemien blant homoseksuelle menn i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3499–502.
- 5 Statsministerens kontor. NOU 2021:6. Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Lest 17.4.2024.

Ph.d.-disputaser

Knut Ørnes Brodahl

Empathy in medical students' clinical interactions – a multimethod qualitative study. Utgår fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Disputas 26.4.2024.

Bedømmelseskomité: Mary Catherine Beach, Johns Hopkins University, USA, Rolf Wynn, UiT Norges arktiske universitet og Anne Helene Kveim Lie, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Reidar Pedersen og Arnstein Finset.

Marthe Kirkesæther Brun

Infliximab therapy in immune-mediated inflammatory diseases: Immunogenicity and proactive therapeutic drug monitoring. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 25.4.2024.

Bedømmelseskomité: Carl Turesson, Lund Universitet, Sverige, Diane van der Woude, Leiden University Medical Center, Nederland og Berit Flatø, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Silje Watterdal Syversen, Guro Løvik Goll, Kristin Kaasen Jørgensen, Espen A. Haavardsholm og Johanna E. Gehin.

Camilla Maria Falch

A specialized approach for the management of acromegaly: Normalization of mortality with unsolved treatment challenges. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 19.4.2024.

Bedømmelseskomité: Bjørn Olav Åsvold, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Sebastian J.C.M.M. Neggers, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, Nederland og Ragnhild Røysland, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Nicoleta C. Olarescu, Ansgar Heck og Jens Bollerslev.

Trym Thune Flygel

HIV Infected African Children: Gut microbiota in relation to chronic lung disease and long-term antibiotic treatment. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 19.4.2024.

Bedømmelseskomité: Marius Trøseid, Universitetet i Oslo, Sabrina Moyo, Universitetet i Bergen og Maja-Lisa Løchen, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Trond Flægstad, Jorunn Pauline Cavanagh, Evgeniya Sovershaeva og Erik Hjerde.

Bente Johnsen

Trends for cognitive function and dementia in a general population; Risk factors, trajectories, and incidence. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 25.4.2024.

Bedømmelseskomité: Hanneke Rhodius-Meester, Amsterdam University, Medical Centers, Nederland, Bjørn Erik Neerland, Oslo Universitetssykehus og Hans-Olav Melberg, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Henrik Schirmer og leva Martinaityte.

Kari Vatne Monsen

Adverse effects, quality of life and satisfaction after radical treatment for prostate cancer – a Norwegian experience. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 30.4.2024.

Bedømmelseskomité: Karin Ahlberg, Göteborgs universitet, Sverige, Karin Agnethe Semb, Sykehuset i Vestfold og Stig Müller, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Andreas Stensvold, Sophia D. Fosså og Sigbjørn Smeland.

Marita Knudsen Pope

Characteristics, treatment, and outcomes of patients newly diagnosed with atrial fibrillation – Insights from the GARFIELD-AF registry. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 22.4.2024.

Bedømmelseskomité: Johan Engdahl, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige, Maja-Lisa Løchen, UiT Norges arktiske universitet og Arnljot Tveit, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Trygve Sundby Hall og Dan Atar.

Ingrid Gurvin Rekeland

Myalgic Encephalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): Clinical trials, medical treatment and pathomechanisms. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 2.5.2024.

Bedømmelseskomité: Per Ole Iversen, Universitetet i Oslo, Rasmus Goll, UiT Norges arktiske universitet og Bettina Riedel, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Øystein Fluge, Olav Mella og Karl Johan Tronstad.

Maryam Saeed

Risk of Coronary Heart Disease and End-Stage Renal Disease in Type 1 Diabetes with onset before 15 years of age, 1973–2017. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 3.5.2024.

Bedømmelseskomité: Sarah Wild, University of Edinburgh, Storbritannia, Marit Dahl Solbu, UiT Norges arktiske universitet og Jøran Sture Hjeltnes, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Torild Skrivvarhaug, Geir Joner og Lars Christian Stene.

Natkai Safi

Early detection of Micro- and Macro-circulation in the ischemic gastrointestinal tract and the diagnosis and treatment of patients with median arcuate ligament syndrome. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 18.4.2024.

Bedømmelseskomité: Inge Fourneau, University of Leuven, Belgia, Morten Vetrhus, Universitetet i Bergen og Jarlis Wesche, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Jonny Hisdal.

Morena Shkodra

Clinical assessment of cancer pain patients: focus on neuropathic pain. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 23.4.2024.

Bedømmelseskomité: Rolf-Detlef Treede, Heidelberg University, Tyskland, Sasha Gulati, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Hanne Cathrine Lie, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Stein Kaasa, Augusto Caraceni og Cinzia Brunelli.

Ellen Danielsen Skorve

Cognitive assessment in the early stages of multiple sclerosis. Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 19.4.2024.

Bedømmelseskomité: Jaume Sastre-Garriga, Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, Spania, Laura Airas, Universitetet i Turku, Finland og Halvor Næss, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Kjell-Morten Myhr, Øivind Torkildsen og Astri Lundervold.

Nur Sourour

Biomarkers for prediction of ventricular arrhythmias. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 26.4.2024.

Bedømmelseskomité: Heikki Veli Huikuri, Oulu University Hospital, Finland, Ole Christian Mjølstad, St. Olavs hospital og Kristi Aas, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Peder Langeland Myhre, Torbjørn Omeland og Helge Røsjø.

Mariann Ulvestad

Physical fitness and effects of high-intensity training after lung transplantation. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 29.4.2024.

Bedømmelseskomité: Jesper Magnus Magnusson, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sverige, Trine Tegdan Moholdt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Jonny Hisdal, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Elisabeth Edvardsen og May Brit Lund.

Alexander Vietheer

Human Embryonic Development: Effects of Physical Activity and Sleep in Physiological Pregnancies. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 3.5.2024.

Bedømmelseskomité: Kaarin Mäkikallio, Turku University Hospital, Finland, Vasilis Sitras, Oslo universitetssykehus og Sven Gudmund Hinderaker, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Jørg Kessler, Torvid Kiserud og Rolv Terje Lie.

Eivind Aanestad

Quantitative analogues to visual spike interpretation in EEG. Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 3.5.2024.

Bedømmelseskomité: Margitta Seeck, Hôpitaux Universitaires de Genève, Sveits, Trond Halfdan Sand, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Helge Ræder Universitetet i Bergen.

Veiledere: Jan Brøgger og Nils Erik Gilhus.

Einar Rolf Tamber

Einar Rolf Tamber døde 15. februar 2024, 80 år gammel. Det var med sorg og vemod vi mottok meldingen om hans bortgang. Mange gode minner dukket fram fra tiden vi hadde sammen i helsetjenesten i Nord-Trøndelag.

Einar ble født 16. november 1943 i Edinburgh, Skottland. Både hans far, marineoffiser Ragnvald A. Tamber, og hans mor, sykepleier Nini, tjenestegjorde under krigen i England, Skottland og på Shetland. Etter krigen bosatte familien seg i Norge. Einar hadde sin oppvekst og skolegang i Oslo, Bethesda ved Washington D.C., USA, Horten, Stavanger og Bærum. Han studerte medisin ved University of Aberdeen fra 1964 til 1970. Einar og hans kullkamerat Daisy fra Malaysia giftet seg i Norge i 1971.

Etter turnustjeneste på Lillehammer sykehus og i Skjervøy distrikt, hadde han et års militærtjeneste som skipslege på fregattene KNM «Trondheim» og KNM «Bergen». I 1974 tiltrådte han som distriktslege i Namdalseid i Nord-Trøndelag. Utover vikariater ved flere avdelinger på sykehusene i Namsos og Levanger, samt flere perioder som assisterende fylkeslege, var han i to tiår distriktslege, kommunelege og helserådsordfører for befolkningen i Namdalseid. I lengre perioder dekket han i tillegg nabolededistriktene Flatanger, Osen og Verran.

De samme to tiårene var en blomstringsperiode for norsk allmenn- og samfunnsmedisin, spesielt i Nord-Trøndelag. Idealet var KOPF – kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende – og Einar levde opp til dette. Han var en avholdt allmennlege i lokalsamfunnet, og han var faglig og sosialt aktiv i det samfunns- og allmennmedisinske korpset av leger i Nord-Trøndelag, hvor fylkeslege Edvard Fjærtøft var det naturlige midtpunktet. Han ble godkjent spesialist i samfunnsmedisin i 1984 og i allmennmedisin i 1985. Han engasjerte seg også i lokal- og fylkespolitikken og hadde flere lederverv i Høyre.

I 1994 flyttet Einar og familien til Oslo. I to år var han spesiallege i Helsetilsynet, med ansvar innenfor allmenn-, sjøfarts-, dykke-, offshore-, nyfødt- og flyktnin-gemedisin. Deretter arbeidet han som bedriftslege og allmennpraktiker i Oslo. Han hadde også flere utenlandsoppdrag i Bosnia og Kosovo for Forsvaret/FN og NATO. For sin innsats mottok han mange utmerkelser, blant annet Forsvarets medalje for edel dåd.

Det maritime og militære engasjementet beholdt han som aktiv pensjonist gjennom Oslo Orlogsforening og flere veteranorganisasjoner, etter at han ble uførepensjonert i 2006.

For Einar kom familien først. Våre tanker går til Daisy og sønnene Rolf og Jan. ■

På vegne av kolleger i Nord-Trøndelag.

Dagfinn Thorsvik

Velle Agnar Espeland



Vår kjære kollega, tidlegare fastlege Velle Agnar Espeland, døydde den 2. april 2024, heime på garden Espeland i Bjerkreim, nær 75 år gammel.

Velle vaks opp på Espeland, saman med tre eldre systre. Han var dermed odelsgut, men ynskte å få seg ei høgare utdanning. Etter framhaldsskulen reiste han til Bryne for å gå på Rogaland offentlege landsgymnas. Deretter bar det til Bulandet, der han underviste grunnskuleelevar. Året etter fullførte han militærtenesta. Sanitetsarbeid i militæret vekte nok ei interesse for medisinfaget. I 1970 starta han på medisinstudiet ved Universitetet i Bergen og vart cand.med. hausten 1976.

Deretter fullførte han turnusteneste ved Stord sjukehus og distriktsturnus i Bømlo kommune. På Bømlo vart han så verande nokre år som distriktlege, før han vart tilsett som kommunelege i Bjerkreim frå 1985. Dermed flytta han tilbake til heimgarden Espeland, saman med kona Aslaug M. Undheim og sønene Torvald og Velle Kristian.

Det var i denne tida me vart kjent med Velle, og me hadde stor glede av å arbeida saman med han i mange år. Samarbeidet starta i 1993 på Vikeså i Bjerkreim og heldt frå 1999 fram i Eigersund kommune. Saman starta me i 2003 Sjukehusdoktorer legesenter ved Eigersund sjukehus.

Velle var spesialist både i allmennmedisin og i samfunnsmedisin. Som kollega var han trygg, roleg og solid. Han hadde stor fagleg tyngde og stor klokskap og var jordnær og tolmodig. Han viste stor tillit til kollegaer og medarbeidarar, var raus og lett å samarbeida med. Alle sette stor pris på han.

Arbeidsskapiteten var stor, og han arbeidde lange dagar. Han hadde stor evne til å sjå alle han møtte og gje dei merksemd, sjølv på dei travlaste dagane. Han var svært godt likt av pasientane sine. Velle hadde ein lun og trygg måte å vera på, han var humorfylt og mild. Han møtte alle med eit smil og hadde alltid gode ord å gje.

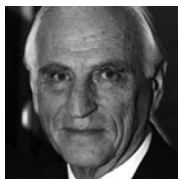
Velle ynskte å gje seg som fastlege ved nyttår 2019, men av omsyn til pasientane sine og fastlegesituasjonen i Eigersund, såg han seg nøydd til å arbeida lenger enn han hadde tenkt. Ikkje lenge etter at han vart pensjonist, vart han råka av alvorleg sjukdom. Me tykkjer det er trist at Velle ikkje fekk fleire gode år slik at han kunne bruka meir tid til familien og via seg til arbeidet heime på garden og til å vera ute i naturen, som han sette så stor pris på.

Me takkar for tida me fekk arbeida saman med Velle. Tankane våre går til Velle sine kjære, Aslaug og dei to sønene og familiane deira.

Me lyser fred over Velle sitt minne. ■

Sissel June Malmei, Terje Aarsland

Leik Woie



Leik Woie døde den 26. juli 2022, nær 84 år gammel. Han var en foregangsmann innen norsk kardiologi og var med på å tilrettelegge for nye undersøkelsesteknikker og moderne behandlingsmetoder innenfor hjertemedisin i Stavanger.

Leik hadde en sentral rolle i opprettelsen av Sentralsjukehuset i Rogaland (1972) og især hjertemedisin som eget fagfelt i Stavanger. Han var en av de første i Norge til å innføre ultralyd av hjertet og bidro sterkt til etableringen av koronar angiografi og perkutan koronar intervensjon uten hjertekirurgi i Stavanger. Han bidro også med oppbygging av avansert pacemaker og ICD/CRTD-behandling.

Leik var en vennlig mann som så alle – både store og små. Han var en mester i å skape gode relasjoner mellom dyktige fagfolk. Han var alltid interessert i forskning og så tidlig nytten av samspillet mellom forskning og klinikk og var primus motor i etableringen av Forskningsstiftelsen Hjertelaget. Takket være utrettelig engasjement klarte han å skaffe areal og midler til bygging av forskningslokaler ved hjelp av små og store bidragsytere. Hjertelaget utgjorde rammene for den kliniske hjerteforskningen i Stavanger. Dessuten har utallige hjertepasienter fått preventiv kardiologisk oppfølging og supervisert trening i byggets treningshaller. Leik var en foregangsmann også innen preventiv kardiologi i Norge.

Med opprettelsen av Forskningsstiftelsen Hjertelaget var fundamentet for videre akademisk forskning på hjertesykdommer lagt. Avdelingen stod godt rustet til å bli en akademisk avdeling da Sentralsjukehuset i Rogaland ble til Stavanger universitetssjukehus i 2005 etter et formelt samarbeid med Universitetet i Bergen siden 1999. Hjerteravdelingen har produsert 26 doktorgrader, og Leik la alltid forholdene til rette for at andre skulle utvikle sine potensialer. Han fortsatte sin forskningsaktivitet som pensjonist og disputerte for graden dr.philos. ved Universitetet i Stavanger som 77-åring. I 2008 fikk Leik Woie Kongens fortjenstmedalje i gull for livslang innsats for hjertemedisin og omfattende forskning innen faget.

Leik ønsket å etablere et kardiologisk forskningsfond for å videreføre et bærekraftig og godt forskningsmiljø, noe som er en forutsetning for moderne pasientbehandling og utdanning av nye kardiologer og medisinstudenter. Med sin bortgang fikk han dessverre ikke se denne drømmen bli en realitet.

Vi håper at Leik Woie vil kunne minnes også gjennom et slikt ettermæle – som det fine mennesket, den gode vennen, den gode lederen og den visjonære langtidsplanleggeren han var. ■

På vegne av kolleger ved Kardiologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus.

Dennis Nilsen, Vernon Bonarjee, Tor Melberg, Alf Inge Larsen

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.

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**.

AllmennmedisinBERGEN
KOMMUNE**Nytt og moderne legesenter på Sørås
søker ny fastlege**

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

Søknadsfrist: 09.06.2024

Legejobber.no

BERGEN
KOMMUNE**Ledig fastlegehjemmel ved Flaktveit Legesenter
- Åsane bydel**

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

Søknadsfrist: 09.06.2024

Legejobber.no

TRONDHEIM
KOMMUNE**Fastlege Flatåsen legesenter**

Ved Flatåsen legesenter er det en ledig fastlegelistefra 1. november 2024 med listetak på 100 pasienter. Legesenteret har fire legelister og et godt sosialt og faglig miljø, er veldrevet og velutstyrt. For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettside eller Legejobber.no.

Søknadsfrist: 06.06.2024

Legejobber.no



Kinn kommune

Fastlege, Legegruppa SMS i Florø

Kinn kommune har ledig 1 fastlegehjemmel som sjølvstendig næringsdrivande ved Legegruppa SMS i Florø. Heimelen er ledig for oppstart 01.09.2024. Vikaravtale eller innkjøp i Legegruppa SMS AS vil vere mogleg. For fullstendig utlysning, sjå kommunens nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 01.09.2024**

VINDAFJORD
KOMMUNE**Lege i Sandeid fengsel**

Me søker lege i 30% fast stilling fom. 01.10.24, til hel-seavdelinga i Sandeid fengsel. Innsette i Sandeid fengsel er ei samansett gruppe og dei har ulike behov for helsetenester. Sandeid fengsel ligg i Vindafjord kommune, ca. 1 times kjøretur frå Haugesund. Fengselet er kategorisert som eit ope fengsel med lav sikkerheit, og har kapasitet på 88 innsette.

Hovudarbeidsoppgåver:

- Konsultasjon med innsette
- Henvise og samarbeide med andre instansar
- Fremme helse og førebyggja sjukdom og skade
- Ansvarleg for å føreskrive legemiddel
- Delta i teamarbeid
- Legen er fysisk ein dag inne i fengselet, samt svarar opp digitalt på aktuelle problemstillingar dei andre dagane

For meir informasjon, sjå kommunens heimeside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 18.06.2024**

GRONG®
kommune**Fastleger til Grong legekantor**

Legekantoret har tre legehjemler og LIS1-lege og flytter inn i nyrenovert lokaler i 2025. Grong ligger sentralt i Indre Namdal og kan by på fine fiske- og friluftsopplevelser.

Hovedarbeidsoppgaver:

- Fastlegeansvar for egne listepasienter
- Deltakelse i interkommunal legevakt
- Samarbeid med helseforetak og andre kommunale helse- og omsorgstjenester
- Kommunale oppgaver og kommunal daglegevakt som fordeles på legene ved legekantor

Vi tilbyr:

- ALIS-avtale
- Gode pensjons- og forsikringsordninger
- Et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø med gode kollegaer
- Kommunen ønsker primært kommunalt ansatte leger, men er fleksibel på andre løsninger. Beskriv din foretrukne driftsform, avtale- og ansettelsesforhold, herunder også listestørrelse.

For fullstendig utlysningstekst, se Legejobber.no eller kommunens nettsider. **Søknadsfrist: 16. juni 2024**

Fysikalsk medisin og rehabilitering

Legejobber

Meget fleksibel stilling - Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter

Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter ligger i Flekke i Fjaler kommune, i nærheten av barnehage, skole og videregående skole. Det er ca.45 minutters kjøring til nærmeste flyplass, og en times flytur til Oslo.

Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter har en driftsavtale med Helse Vest RHF og har om lag ca. 75 årsverk, av disse er det tre legestillinger. Årlig behandles omtrent 1000 pasienter individuelt eller i grupper innen ni områder: kreft, nevrologiske og nevromuskulære sykdommer, hjerneslag og ervervede hjerneskader, sanseforstyrrelser, komplekse tilstander, sykkelig overvekt, kroniske muskel- og bløtdelssmerter, og arbeidsrettet behandling.

Senteret tilbyr også gruppetilbud for barn og unge innen fysisk aktivitet, familie og utdanning.

Rehabiliteringssenteret har nå ledig en 100% fast stilling som lege. Leger som venter på turnus kan også søke.

Senteret ligger vakkert til ved fjorden, omgitt av fjell og nydelig natur. Området har mange turstier, noe som gir ansatte mulighet for både aktiviteter og avkopling fra hverdagen.

Se fullstendig annonse på Legejobber.no. Ta gjerne kontakt med rekrutteringsrådgiver Nimo Abokor på tlf. 94817541.

Urologi

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

PROFESSOR I UROLOGI

förenad med anställning som överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ref nr: **PAR 2024/248**

Sista ansökningsdag: **2024-06-19**

För mer information se vår hemsida:

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

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.**

Legejobber

Kurs og møter**SYMPOSIUM****30-31 January 2025. Mark your calendar**

**Advancements in Colorectal Surgery:
Exploring Techniques, Innovations, and Perspectives**

Join us for the 13th Ahus Symposium in 2025, where leading experts and innovators in colorectal surgery will converge to share their insights, experiences, and groundbreaking research.



For further info mail:
merete.helgeland@ahus.no

Photo: Øystein Horgmo/UiO

**Velkommen til akuttmedisinkurs for legevaktpersonell
2. og 3. september på Sundvolden hotell i Hole**

Obligatorisk emnekurs i Akuttmedisin for legevaktpersonell

Kursleder: Gaute Johnsrud Guttormsen

Godkjent: Emnekurs 15 timer

Pris: 6500 kr + dagpakke

Deltakere: 48

Kort info: Initiativtakerne til kurset er aktive allmennleger og legevaktsleger med stor interesse for akuttmedisin og har blant annet kurs i PHTLS, AHLR-instruktørstatus og BEST-fasilitatorkurs. Målet for kurset er at deltakerne skal bli tryggere i akuttmedisinske situasjoner. Det vil fokuseres på teamarbeid, bruk av nødnett, ABCDE-undersøkelse, venepunksjon og trening i praktiske ferdigheter som luftveishåndtering, hjertestans og undersøkelse av traumepasienten. Deltakerene vil få øvelse i håndtering av det akutt syke barnet og trene på avansert hjerte- og lungeredning. Det vil bli god tid til praktisk trening gjennom ulike kasustikk-øvelser. I forkant av kurset må nettkurs med kursprøve bestås.

Se kurskatalogen på Legeforeningen sine hjemmesider for fullstendig kursprogram og påmelding.
Kursnr: ID. 36046

**Velkommen til kurs i gynekologi for
allmennleger 20. og 21. september
på Scandic Helsfyr**

Gynekologi i allmennpraksis

Kursleder: Marianne Natvik

Godkjent: Emnekurs 15 timer

Pris: 6 500 kr + dagpakke

Deltakere: 60

Kort info: Kurset gir oppdatert og nyttig kunnskap for å mestre gynekologi i allmennpraksis. Det er fokus på hormonbehandling, prevensjon, livmorhalsprogrammet og de vanligste gynekologiske problemstillingene på fastlegekontoret. Det blir rom for spørsmål, kasuistikker og diskusjoner, samt mulighet til å øve på innsetting av spiral og p-stav.

Se kurskatalogen på Legeforeningen sine hjemmesider for fullstendig kursprogram og påmelding.
Kursnr: ID. 36070.

**Velkommen til ultralydkurs for
allmennleger 20. og 21. september
på Scandic Helsfyr**

**Ultralyd i allmennpraksis - takstgivende
undersøkelser.** Arrangeres av Forening for Ultralyd i Allmennpraksis

Godkjent: Emnekurs 18 timer

Pris: 10 000 kr + dagpakke

Deltakere: 50

Kort info: Lær klinisk ultralyd tilpasset allmennpraksis, legevakt og KAD. Vi gjennomgår de takstgivende undersøkelsene. Det blir korte teoretiske gjennomganger og rikelig med tid til praktisk øving med apparater og modeller.

Se kurskatalogen på Legeforeningen sine hjemmesider for fullstendig kursprogram og påmelding.
Kursnr: ID. 36069.

**DEN NORSKE
LEGEFORENING****Sentralstyret 2023–2025**

President Anne-Karin Rime
Visepresident Nils Kristian Klev
Ingeborg Henriksen
Ståle Clemetsen
Marie Skontorp
Paul Olav Røsbø
Yngvild Hannestad
Tobias Iveland
Hans Christian Myklestul

Sekretariatsledelsen

Generalsekretær Siri Skumlien

Avdeling for jus og arbeidsliv,
avdelingsdirektør Lars Duvaland

Medisinsk fagavdeling, avdelings-
direktør Johan Georg Røstad Torgersen

Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut E. Braaten

Helsepolitisk avdeling, avdelings-
direktør Marit Bækkelund Randsborg

Økonomi- og administrasjons-
avdelingen, avdelingsdirektør
Erling Bakken

Postadresse

Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Besøksadresse

Christiania Torv 5
Telefon: 23 10 90 00

Kontakt en ansatt

Oversikt over sentralstyrets
e-postadresser, se
legeforening.no/sentralstyret
Ansattes e-postadresser finnes på
legeforening.no/kontakt

De følgende sidene
produseres av Legeforeningens
kommunikasjonsavdeling.

Redaksjon**Aktuelt i foreningen**

Vilde Baugstø
Ingrid Rise Fry
Lisbet T. Kongsvik
Stig Kringen
Andreas Haslegaard
Tor Martin Nilsen
Anders Ryen

Har du tips til
Aktuelt i foreningen?
Kontakt [vilde.baugsto@
legeforening.no](mailto:vilde.baugsto@legeforening.no)

Lønnsoppgjørene handler om mer enn bare lønn



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Både sykehus og kommuner må bestrebe seg på å være attraktive arbeidsplasser, spesielt i en tid med store bemanningsutfordringer.

Når denne lederen skrives, står Legeforeningen midt i lønnsforhandlingene i offentlig sektor. Av noen betegnet som «årets vakreste eventyr». Og skulle man ikke være enig i beskrivelsen av lønnsforhandlingene som et eventyr, så tror jeg hvert fall alle kan enes om at lønnsoppgjørene er av stor betydning for alle parter.

I år er det hovedoppgjør, noe som betyr at det forhandles både om lønnstillegg og om tekstlige endringer i tariffavtalene. I norsk arbeidsliv har det tradisjonelt sett vært oppslutning om å følge frontfagsmodellen. Det innebærer at konkurranseutsatt sektor forhandler før de øvrige sektorene, og at rammen for oppgjøret i konkurranseutsatt sektor skal fungere som en norm for øvrige oppgjør.

Men frontfaget er ikke en fasit for forhandlingene i helsesektoren. Det er lønnsutviklingen i frontfaget over tid som er normgivende, ikke anslaget hvert år. Legeforeningen forutsetter at det føres reelle, frie forhandlinger ute i sykehusene.

På tampen av fjoråret leverte Frontfagsmodellutvalget (Holden 4-utvalget) sin rapport. Gjennom en særmerknad i rapporten synliggjorde Akademikerne at lønn må brukes i større grad enn i dag – og at dette er fullt mulig ved riktig bruk av frontfagsmodellen og dens fleksibilitet.

Lønnsforhandlinger er blant det viktigste verktøyet sykehusene har for å sikre riktig kompetanse – og for å være attraktive arbeidsplasser for legene i en tid med store rekrutteringsutfordringer. Derfor forventer også Legeforeningen at våre medlemmer får en reallønnsvekst i årets oppgjør.

Forhandlingene adresserer også spørsmål knyttet til arbeidsbelastning. Nettopp derfor kom ikke Legeforeningen og KS til enighet innen forhandlingsfristen for særavtalen, som var 1. mai. Særavtalen for kommunehelsetjenesten regulerer blant annet legevakt, samfunnsmedisin og arbeidsforhold for LIS1.

Legeforeningen har over tid vært opptatt av å redusere den høye arbeidsbelastningen på fastlegene, og begrense kommunenes nær ubegrensede adgang til å pålegge legene legevakt. KS er enige i at arbeidsbelastningen er altfor høy og må ned. Under forhandlingene i 2022 avtalte partene å arbeide for å oppnå arbeidstidsordninger som gir legene et bedre vern.

Men to år etter er KS fortsatt ikke villige til å innføre ordninger som ivaretar leger med en uholdbar arbeidsbelastning. Gjennom forhandlingene har vi vært krystallklare på at det svært vide unntaket fra arbeidsmiljøloven ikke kan fortsette. Legevaktene er en sentral del av landets akuttmedisinske beredskap. Det er helt avgjørende at det medisinske arbeidet som utføres ved landets legevakter holder høy kvalitet. Legene trenger derfor et vern mot for høy belastning – og dette vernet trenger de nå.

Vi opplever imidlertid at KS avviser løsninger som sikrer levelig arbeidstid for legevaktleger. I skrivende stund går derfor oppgjøret videre til mekling. Det som i hvert fall er sikkert er at Legeforeningen ikke aksepterer at leger kan pålegges ubegrensede mengder legevakt.

For lønnsoppgjøret handler ikke bare om lønn, men også om hvilken helsetjeneste vi vil ha. Dersom vi ønsker å styrke vår offentlige helsetjeneste, må vi også satse på dem som jobber der. ■

Førstehjelpshjelperen

Anestesilege Conrad Bjørshol hjelper førstehjelpere med å bearbeide påkjeningen av å gi livreddende førstehjelp.



Erfaren akuttmedisiner: – Alle førstehjelpere bør få tilbud om oppfølging. Så kan de heller takke nei hvis de ikke ønsker det, sier Conrad Bjørshol. Foto: Svein Lunde, Helse Stavanger

Plutselig står du der. En eldre mann i nabola- get har falt om. Hjertestans. Du er eneste på stedet. Pulsen går i taket og panikken truer. Scenarioet fra førstehjelpskurset er en realitet. Du må yte førstehjelp. HLR. 30:2. Ambulansen kommer, endelig. Den tar med seg pasienten og kjører av sted. Blålysene er på, men sirenen er av. Var ikke førstehjelpen bra nok? Døde han?

– Jeg har gradvis skjønt, mer og mer, hvor viktig førstehjelpen er. Det førstehjelperen gjør de første ti minuttene etter en alvorlig hendelse, kan være viktigere enn det sykehuset gjør de første ti døgnene etterpå. Det setter førstehjelperne i et perspektiv de selv kanskje ikke er klar over.

Det sier Conrad Bjørshol, anestesilege ved Stavanger universitetssjukehus og seniorforsker ved Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter i Helse Vest (RAKOS). Han har vært opptatt av akuttmedisin siden han var førstehjelpsinstruktør i studietiden. Siden har han jobbet som

ambulansesjåfør, vært lege i akuttmottak, i luftambulanse og på intensivavdeling. I dag er han initiativtaker for et landsdekkende lavterskeltilbud som tilbyr oppfølging til mennesker som har gitt førstehjelp.

Stor påkjenning å hjelpe

– Vi har hatt et veldig mekanisk syn på førstehjelp. At det er en handling som du utfører fordi ingen i det offentlige kan erstatte førstehjelpen. Men så har vi forskning som viser at det å utføre førstehjelp er en stor psykisk påkjenning. Folk får problemer etterpå, forteller Bjørshol.

Bjørshol er en del av et team på ti personer, fem i Stavanger, tre på Gjøvik og to i Ålesund, som hjelper førstehjelpere med å nettopp bearbeide påkjeningen av å gi livreddende førstehjelp. Tilbudet, som er enestående i verden, ble så smått lansert i 2020. Nylig ble førstehjelpersamtale nummer 500 gjennomført. Tilbudet er gratis og i hovedsak finansiert av RAKOS.

– Vi prøver å gi folk saklig informasjon, beskrivelser og forklaringer på alt de lurer på.

Hvorfor er dette viktig? Svaret ligger i detaljene.

– Vi hadde en førstehjelper som opplevde at da bestefaren fikk hjertestans, kjørte ambulansen av gårde med blålys. Men de slo ikke på sirenene. Var det fordi de egentlig hadde gitt opp? Nei, det var ikke det, forklarer Bjørshol.

– Sirener bruker du i russtrafikk. Men på kvelden, når det er lite trafikk, så trenger du ikke sirener. Du kjører like fort uten.

Grubler over detaljer

Bjørshol trekker frem dette eksemplet fordi en liten detalj kan skape stor usikkerhet hos førstehjelperen. Gjorde jeg ikke nok? Var det helt håpløst det jeg gjorde? Drepte jeg pasienten? For Bjørshol og hans team er det enkelt å svare ut dette. Men for førstehjelperen som står igjen, så gir denne detaljen næring for grubling.

– De som ringer til oss på 02415 har mange forskjellige problemer, men noe går igjen og igjen. Og det handler om skyldfølelse. En opplevelse av å ikke mestre det å gi førstehjelp. Folk kan gruble på detaljer i 10 år, 20 år, 30 år etter en hendelse.

De som ringer inn, er i en sårbar og fortvilet situasjon. Derfor er det viktig at de som tar imot samtaler har erfaring fra prehospital akuttmedisin, og at det alltid er to personer som tar oppfølgingssamtaler.

Forskning viser at det å utføre førstehjelp er en stor psykisk påkjenning

Conrad Bjørshol, anestesilege ved Stavanger universitetssjukehus og seniorforsker ved Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter i Helse Vest

To på linja

– Når vi er to, så har vi mulighet for å lære av hverandre. Jeg lærer av min makker, og makkeren lærer av meg. Så blir vi litt bedre begge to. Så har vi alltid en debriefing etterpå. Vi prøver å kurse hverandre. Det er ingen andre i hele verden som har gjort dette før, så det finnes ikke noen lærebok om å følge opp en førstehjelper, beretter Bjørshol.

Teamet har innledet et samarbeid med Senter for kripsykologi ved Universitetet i Bergen og Stiftelsen Norsk

Luftambulanse. De skal dedikere en hel ph.d.-grad om tilbudet, for å dokumentere at det de gjør er godt nok i et vitenskapelig perspektiv. Dette for å øke kvaliteten i opplegget enda mer.

Bjørshol er tydelig på at han og teamet ikke kan gjøre noe med det som ligger i fortiden. Men de kan hjelpe folk med å avfinne seg med virkeligheten. Slik at de kan leve videre, på en måte som ikke spiser opp hele livet til førstehjelperen.

– Å reversere dødsfallet er ikke mulig, heller ikke å reversere den forferdelige opplevelsen. Men vi kan gi folk verktøy til å legge hendelsen bak seg og leve videre. Det er mulig å ha lyktes i å utføre førstehjelp, samtidig som man ikke lyktes i å redde liv.

– Vi prøver ikke å pynte på virkeligheten eller ta bort en vond opplevelse. Men vi gir førstehjelperne verktøy til å bearbeide den vonde opplevelsen og muligheten til å leve et godt liv videre.

90 minutter for en bedre fremtid

Å være en god lytter. Det er den viktigste egenskapen for de som jobber i 02415-teamet.

– Alle 500 som har ringt til nå, har jo hatt forskjellige historier. Selv to førstehjelpere fra samme hendelse, har helt ulike historier og opplevelse. Forskjellig tolkning av det som har skjedd. De har opplevd helt forskjellige ting.

Skal man lykkes med oppfølgingen, må man være i stand til å lytte uten å avbryte i ganske lang tid.

– Vi setter av 90 minutter til alle førstehjelpere. 90 minutter er det de får når de booker tid. Da rekker du å lytte, og da rekker du å svare på alt de lurer på, forklarer Bjørshol.

– De som tar kontakt med oss kan være på randen av sammenbrudd. Etter 90 minutter prat, er de kanskje litt mer ferdige med det. Livet kan begynne å gå videre.

– Vi har taushetsplikt overfor førstehjelperen som tar kontakt. Når det gjelder pasienten, så har vi ikke noen lov-hjemmel til å gi informasjon om hvordan det gikk med pasienten, redegjør Bjørshol.

Europa følger etter

I dag er tilbudet tilgjengelig fysisk i Stavanger, Ålesund og på Gjøvik, i tillegg til nasjonalt gjennom telefonnummeret 02415. Men Bjørshol ønsker å utvide tilbudet til flere lokasjoner med tiden, og flere prehospitaltjenester vurderer å starte opp.

– Alle førstehjelpere bør få tilbud om oppfølging. Så kan de heller takke nei hvis de ikke ønsker det, sier anestesilegen.

Norge har vært det eneste landet i verden med et slikt tilbud for førstehjelpere. Men nylig ble det klart at også Skottland og Irland er i gang med et tilsvarende tilbud. Det synes Bjørshol er meget gledelig.

– Vi er pionerer. Det er artig å skape noe nytt. Og å være en del av et dream-team.

– Det er en liten nisje dette her. Men samtidig er det ti hjertestanser i Norge. Pluss fire alvorlige skader. Og to selvmord. Hver dag. Så det er et behov her, avslutter den engasjerte førstehjelpshjelperen. ■

Du kan lese mer om tilbudet på SUS sine nettsider www.sus.no/rakos-forstehjelp.

Andreas Haslegaard

andreas.haslegaard@legeforeningen.no

Landsdekkende tilbud: Små detaljer i hendelsesforløpet kan skape usikkerhet hos førstehjelperen. Foto: Svein Lunde, helse Stavanger



Oppfordrer unge leger til å bli tillitsvalgte

Etter 40 år som gynekolog trapper Margit Steinholt ned mot pensjonisttilværelsen, og kan se tilbake på et langt og meningsfullt legeliv. Årene som tillitsvalgt er noe hun fremhever som spesielt lærerikt.

Sykehusjobben i Sandnessjøen har hun forlatt. Nå jobber hun tre-fire dager i måneden på et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund, noe hun betegner som en bitteliten pensjonistjobb. Hun er aktiv i internasjonalt arbeid, og ikke minst en forkjemper for kvinnehelse generelt.

Selv om Margit Steinholt hevder hun har trappet ned, vil nok mange si seg uenige i det. Damen reiser nå Helgeland rundt for å holde foredrag om kvinnehelse – og det for fulle hus. Sanitetsforeninger, bygdekvinnelag og andre står i kø for å få henne som foredragsholder.

Tillitsvalgtarbeid – en gavepakke

I over ti år har Steinholt hatt forskjellige tillitsvalgtverv i Legeforeningen. Hun har vært konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Nord, foretakstillitsvalgt for overlegene ved Helgelandssykehuset, og vært leder av Nordland legeforening i flere perioder.

– Jeg har hatt et fantastisk spennende yrkesliv, sier hun og poengterer:

– Tillitsvalgtapparatet i Legeforeningen er en gavepakke. Både fordi man lærer så utrolig mye, men også fordi man treffer eksepsjonelt oppegående og hyggelige mennesker.

Steinholt beskriver tiden som konserntillitsvalgt som utrolig lærerik.

– Jeg lærte å forstå foretakssystemet, som er ganske komplisert. Det er vanskelig å skjønne hvordan du skal argumentere og hvilke kommandolinjer du skal bruke for å nå frem. Vi leger er vant til å argumentere faglig og for pasientenes ve og vel, men det er ikke nødvendigvis fagligheten man er opptatt av i foretaket, men bunnlinja, understreker hun, og legger til:

– Da jeg var ung var det å være tillitsvalgt stort sett knyttet til lønnsforhandlinger. I dag er lønnsforhandlinger bare en bitteliten del. Vår faglighet blir nok mer og mer viktig i tiden fremover, for kampen om ressursene vil bli tøffere. Det å bli hørt og komme med innspill er viktig, og helt avgjørende for at leger ikke skal miste muligheten til å påvirke utvik-

lingen av norsk helsepolitikk. Foreningen vår er sterk fordi det er mange medlemmer som legger ned tid og ressurser for et bedre legeliv for oss alle. Vi må være inne der de viktige diskusjonene foregår, ellers står vi på perrongen når toget går.

Steinholt mener tillitsvalgtarbeid må være meritterende, og håper Legeforeningen kan jobbe for å få til det.

– Du får masse igjen ved å være tillitsvalgt, så det anbefaler jeg på det varmeste til yngre leger, sier hun.

Bekymret for beredskapen

Steinholt har vært gynekolog i 40 år og blir irritert når det snakkes om at vi vet lite om kvinnehelse. Hun poengterer at kvinnehelse nettopp er gynekologenes fagfelt.

– Det mest akutte i kvinners liv er når de er gravide og skal føde. Da må du ha en god beredskap. Sykehusene tjener ikke penger på fødsler. Både en vanlig fødsel og et keisersnitt har dårlig inn-tjening, men beredskapen koster. En fødeavdeling er faktisk en akuttavdeling med ansvar for minst to menneskeliv om gangen; mor og barn. Det er store under-skudd, det er mangel på folk, og dermed kommer man inn i den onde vikarsirkelen. Det er krevende for de yngre legene. Sånn sett er jeg glad for at karrieren min er på hell, sier hun.

Fødselstallene dramatisk ned

Fødselstallene i Nord-Norge har gått dramatisk ned de siste 30 årene. Dette skjer samtidig som vi har fått de nasjonale retningslinjene for beredskap og hva som skal være tilgjengelig for den fødende. Steinholt er opptatt av at ikke alle både kan ha nærhet til fødestue, samt all den kompetansen som kreves.

– Da jeg begynte å jobbe for snart 40 år siden, så var det ingen som tok for gitt at man skulle få et friskt barn, eller at barnet skulle overleve. Nå tilbys man tester for egen regning som kartlegger risiko for at noe kan være galt med fosteret. Dette er noe av det som har endret seg mest på de årene jeg har jobbet. Det er ingen aksept for at noe kan gå galt verken i livet eller i helsevesenet. Dette gjelder samfunnet generelt. Når det skjer noe uventet eller feil, skal man dessverre finne en syndebukk, sier hun, og legger til:

– Jeg kjenner leger som har blitt politianmeldt personlig, noe som er svært

Bestemortid: Som nesten fulltidspensjonist nyter Margit Steinholt å ha bedre tid til barn og barnebarn. Her er hun på tur forbi Alstahaug kirke med barnebarnet Eva. Foto: Bo Jacobsson



ødeleggende for dem det gjelder. Dette er jo det helt motsatte av det vi har ønsket gjennom Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), som ble etablert i 2018. Poenget med den var jo nettopp at man skulle gå på systemet, ikke den enkelte. Mange unge leger er så redde for å gjøre feil at de sliter seg helt ut.

Stort internasjonalt engasjement

Steinholt jobbet i ti år med et opplæringsprogram for de såkalte hjelpekonene i Kambodsja og Vietnam. Dette er kvinner som hjelper til under fødsler. Opplæringsprogrammet omfattet 270 landsbyer.

– Vi lærte opp 25 superbrukere, og underviste dem tre-fire ganger i året. Videre hadde disse 500-600 lekfolk som de lærte opp. Alle fødsler, ca. 10 000, ble registrert i løpet av en femårsperiode. Mødredødeligheten ble suksessivt redusert med 80 prosent, og nyfødt dødeligheten med omtrent det samme. Vi lærte hjelpekonene å bli flinkere til å skille ut fødende i en risikogruppe; veldig unge gravide, en som var blek, en som hadde hovne ben osv. Da kunne hjelpekonene informere om at den gravide måtte til et helsesenter der det er jordmor, forteller hun, og legger til:

– De aller fleste hjelpekonene var voksne damer som gjerne hadde arvet geskjeften fra sin mor eller blitt valgt av landsbyen fordi de hadde et godt håndlag. Voksne damer med høy status i landsbyen, og som ikke var redde for å si ifra. Det var veldig viktig å få disse med på laget, fordi de ble lyttet til. Det var fantastisk å se at disse damene, som bodde i jungelen i Asia og var analfabeter, var så dyktige og utrolig vitebegjærlige. De møtte opp på alle kurs og sugde til seg all ny kunnskap.

Med doktorgrad på gang

Nå er også en doktorgrad under arbeid. Margit Steinholt håper å få sendt inn avhandlingen, som omhandler datamateriale fra Kambodsja, i løpet av sommeren.

– I området jeg jobbet tidligere fikk jeg veldig god kontakt med flinke kolleger på stedet. Sammen har vi kartlagt to landsbyområder. Den ene landsbyen er en såkalt floating village, hvor innbyggerne stort sett bor på elven, mens den andre er en landbrukslandsby. Vi har tatt blodprøver av gravide, og undersøkt nivå på miljøgifter. Vi har allerede fått publisert to artikler om temaet, mens den tredje venter på review.

Foredrag for fulle hus

Margit Steinholt's foredrag om kvinnehelse er som nevnt populære. Det hele startet med at en legemiddelrepresentant som solgte reseptfri krem for tørre slimhinner, tok kontakt med henne

for 35 år siden, og spurte om ikke de sammen kunne arrangere et lite folkemøte i Sandnessjøen.

Dette ville Steinholt gjerne være med på.

– Vi inviterte til møte i Sanitetsforeningen, og tenkte at kanskje 30 personer ville dukke opp. Det kom 200 kvinner på møtet. Dette var jo før sosiale medier, og vi hadde kun informert gjennom en liten annonse i lokalavisen.

Etter det har det ballet på seg, og Steinholt har nå i mange år holdt foredrag for sanitetsforeninger og bygdekvinnelag om overgangsalder-problematikk. Foredragene har en snert av humor, og tittelen på ett av hennes foredrag er «Gamle damer legger ikke egg».

De senere årene har hun koblet på temaer som polycystisk ovariesyndrom og endometriose.

– Med disse temaene inkludert i foredragene, kommer det yngre kvinner også. Jeg var i Kvæfjord bygdekvinnelag for kort tid tilbake og da kom det 100, og det på et sted som bare har 3000 innbyggere. Det er utrolig inspirerende, sier Steinholt.

Mange kvinner forteller at de har fått beskjed fra fastlegen om at overgangsalder-plager er helt naturlig, og at dette må de bare stå i, forteller Steinholt.

– Jeg stusser over at dette fortsatt blir sagt i 2024. Det er naturlig å dø av lungebetennelse også, det gjorde man før i tiden, men vi behandler jo med antibiotika nå. Det er jammen forunderlig hvor greie vi kvinnfolk er.

Mer tid til bestemorrollen

På god vei inn i pensjonisttilværelsen har Margit Steinholt nå bedre tid til å se barn og barnebarn. Hun har ett barnebarn i Lillestrøm, to på Voss, og nylig flyttet et av barna hennes tilbake til Sandnessjøen med familien og et barnebarn på tre år.

– Det er koselig å ha et barnebarn rett i nærheten, og så har jeg nå muligheten til å reise til de andre uten å måtte planlegge så fryktelig mye, sier hun.

– Det er visstnok kun tre pattedyrarter der hunnen lever lenge etter at de er ferdige med å få barn selv. Det er mennesket, spekkhoggeren og elefanten. Blant spekkhoggerne og elefantene er det ofte en gammel mor eller bestemor som er sjef. Hvis flokken skal overleve, så må de nemlig ha en gammel bestemor som har den kollektive hukommelsen. For eksempel hvor man finner mat i dårlige tider. Så jeg tenker at vi bestemødre har altså en livsviktig funksjon for etterkommerne våre selv om vi er gått tomme for egne egg, ler Margit Steinholt. ■

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no



Glade prisvinnere: Jan Emil Kristoffersen (til venstre) og Gisle Roksund. Foto: Knut E. Braaten, Legeforeningen.

De er årets allmennleger 2024

Allmennlegeprisen 2024 gikk til Gisle Roksund og Jan Emil Kristoffersen.

Allmennlegeprisen deles ut under allmennmedisinsk våruke. I år ble det raskt klart at det ikke var mulig å komme frem til én vinner, og prisen ble derfor delt mellom to allmennleger som har en lang, felles historie. Begge har også lang fartstid i tunge, sentrale verv i Legeforeningen.

– Det vil ta for lang tid å ramse opp alt disse to har gjort for norsk allmennmedisin de siste 40 årene. Det er også umulig å si hvem av dem som har bidratt mest. De er nå begge på vei over i pensjonistenes rekke, og det har vært en utfordring å oppsummere deres bidrag til norsk allmennmedisin i deres yrkeskarrierer, heter det fra komiteen som trekker frem følgende utdrag:

- et langvarig arbeid for gode elektroniske verktøy i allmennpraksis
- et langvarig arbeid for samstemte prosedyrer og samarbeid mellom spesialist- og primærhelse, lenge før praksiskonsulentordningen ble oppfunnet
- et livslangt engasjement for kvalitetsforbedringsarbeid og forskning i allmennmedisin
- et stort engasjement for Legeforeningen, der begge har ledet sine respektive foreninger
- en enorm innsats, formelt og uformelt, for å innføre og bevare fastlegeordningen
- de har ledet fastlegenes faglige og fagmedisinske foreninger, og deres samarbeidsevner ga oss det vi har i dag: Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin ■

Allmennlegeforeningen

af@legeforeningen.no

– Det er nok et underforbruk av fastlegen blant etterlatte ved selvmord

Snaut halvparten av etterlatte ved selvmord hadde søkt hjelp hos fastlegen det første året etterpå. – Det er nyttig for fastlegene å vite at det er naturlig for etterlatte å oppsøke hjelp hos dem, sier forsker Sissel Bélanger.

Mer enn hver tredje etterlatt etter selvmord hadde oppsøkt fastlegen for psykiske plager de første to månedene etterpå. Andelen etter ett år økte til 48 prosent og til 53 prosent etter to år.

De etterlatte hadde i gjennomsnitt flest konsultasjoner hos fastlege de første ni månedene etter selvmord i nær familie. Deretter var det en gradvis reduksjon frem til ett år, men både etter ett og to år var det fortsatt flere fastlegekonsultasjoner blant de etterlatte enn før den tragiske hendelsen.

Kvinner oppsøkte fastlegen i langt større grad enn menn, og etterlatte samboere og ektefeller søkte oftere hjelp enn etterlatte barn, foreldre og søsken.

Mens 35 prosent av etterlatte ved selvmord hadde fått psykisk helsehjelp hos fastlegen den første måneden etterpå, gjaldt dette 20 prosent av etterlatte ved ytre dødsårsaker som ulykker. Blant etterlatte ved andre dødsårsaker, som sykdom, utgjorde tilsvarende andel 13 prosent.

Dette er hovedfunnene i ny norsk forskning. Studien er nylig publisert i *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, og inkluderer data fra 25 580 personer mellom 20 og 80 år som ble etterlatte ved selvmord i løpet av perioden 2006 til 2020. Dataene er hentet fra KUHR (fastlegetakster), Dødsårsaksregisteret og Folkeregistret. Det er sett på konsultasjoner hos fastlegen som er kodet med en psykisk diagnose (P-diagnose).

Første i sitt slag i Norge

Hvert år tar om lag 650 personer sitt eget liv. Median alder er 47 år, og to av tre er menn. Og hvert år blir cirka 6500 personer etterlatte ved selvmord. Ett av seks hovedmål i regjeringens Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020 – 2025) er «umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord». Det finnes en nasjonal veileder for ivaretagelse av etterlatte ved selvmord, men den er ikke oppdatert siden 2011. Helsedirektoratet jobber med en revidering.

– Vi har ikke visst hva slags oppfølging de etterlatte har fått. Det viktigste med studien vår er at vi nå har tall fra Norge og vet at over halvparten av etterlatte ved selvmord har oppsøkt fastlegen for psykiske plager de to første årene etterpå, sier førsteforfatter Sissel Marguerite Bélanger, psykolog og stipendiat i Avdeling for psykisk helse og selvmord ved Folkehelseinstituttet.

Dette er så vidt forskerne kjenner til, den første studien i verden med objektive data fra primærhelsetjenesten på

oppfølging av voksne selvmordsetterlatte. De fleste utenlandske studier har ifølge Bélanger mest vært spørreundersøkelser der de etterlatte selv har oppgitt hvilken hjelp de har fått.

– Var andelen som selv oppsøkte fastlegen mindre eller større enn dere hadde forventet?

– Det er nok et underforbruk av fastlegen, og særlig hos etterlatte menn. Men det er vanskelig å vite om det er få eller mange som søkte hjelp hos fastlegen, og vi vet jo ikke hvor store psykiske plager de som ikke oppsøkte fastlegen

Forsker ved FHI: – Det viktigste med studien vår er at vi nå har tall fra Norge, sier Sissel Bélanger. Foto: Benedicte Kirkøen, FHI



hadde, eller om de fikk annen type helsehjelp. Andre studier har avdekket at hele ni av ti etterlatte ved selvmord sier de trenger profesjonell hjelp. Men det er usikkert om de som har rapportert i slike studier er representative for alle etterlatte.

Oftere til fastlegen også i årene før

Også før dødsfallet, hadde etterlatte ved selvmord flere konsultasjoner hos fastlegen enn personer som hadde mistet en av sine av andre dødsårsaker. Pårørende som mistet en av sine av andre årsaker enn selvmord, hadde omtrent samme antall fastlegebesøk for psykiske vansker som gjennomsnittsbefolkningen, i gjennomsnitt 0,03 konsultasjoner per måned i to år før dødsfallet. Etterlatte ved selvmord hadde gjennomsnittlig 0,05 til 0,06 fastlegekonsultasjoner. Forskjellen var statistisk signifikant.

– Det kan være en stor påkjenning å være pårørende til en person i selvmordskrise, det kan være én mulig forklaring. Vi så særlig tegn på dette hos etterlatte partnere som hadde en økning i konsultasjonsrate også det siste halvåret før selvmordet, poengterer forskeren.

Hun sier det også kan være andre forklaringer, som genetisk sårbarhet eller at de etterlatte selv har psykiske plager.

– Samboere og ektefeller har jo ikke en delt genetisk sårbarhet, men folk blir ofte sammen med en som er litt lik seg selv, som kan bety at den som tok sitt eget liv hadde en partner som også strever psykisk. Hos søsken kan det være en arvelig sårbarhet, men det kan også være at de har hatt de samme belastningene i oppveksten.

Artikkelforfatterne understreker at det riktignok er litt vanskelig å sammenligne ulike grupper etterlatte, fordi det også er forskjeller i alder.

– Når vi kontrollerer for etterlattes alder, blir forskjellene mindre, men selv da er det flere etterlatte ved selvmord som søker hjelp hos fastlegen. Så tallene våre sier noe om at det er en ekstra dimensjon når man mister noen til selvmord.

Store kjønnsforskjeller

Kvinner hadde cirka 50 prosent høyere økning i konsultasjoner de siste to årene før hendelsen enn menn, og kvinner hadde også flere konsultasjoner.

– Dette var kanskje ikke så overraskende, men det var store kjønnsforskjeller. Vi vet at kvinner har lavere terskel for å bruke helsetjenester, særlig ved psykiske plager. Men forskning har vist en like stor risiko for psykiske vansker og selvmord hos både etterlatte menn og kvinner. Svenske forskere har sett på sykmelding hos foreldre som hadde mistet et barn. De fant at menn var like mye sykmeldt som kvinner, men at mennene oftere fikk sykmelding for fysiske plager. Derfor er det greit å huske på at menn oftere kommer til fastlegen med andre plager enn kvinner selv om årsaken er den samme. Det hadde vært interessant å se om vi ville funnet mindre kjønnsforskjeller hvis vi også hadde tatt med somatiske diagnoser.

Samboer eller ektefelle var den pårørende med signifikant høyest økning i fastlegekonsultasjoner.

– Partneren er den som ofte får størst endring i livssituasjonen, fordi samboeren eller ektefellen har vært den viktigste kilden til sosial støtte. Vi har ikke inkludert kjærester, venner eller kolleger som etterlatte. Tidligere studier har derimot vist at disse kan være like hardt rammet som de vi har med i studien. Søsken i vår studie hadde minst økning i fastlegekonsultasjoner. Kanskje er mange søsken i voksenalder ikke så nære, men forskning har vist at søsken ofte er de glemte etterlatte, og at fokuset er mest på ektefeller. Kan hende føler søsken at de ikke er like berettiget til å søke hjelp.

Ulike P-diagnoser

I et supplement til den publiserte artikkelen, er det sett på fordelingen av konsultasjoner med P-diagnoser.

– Litt av kritikken fra fagfelleverurderer var at vi ikke kunne vite om konsultasjonen som var kodet med en P-diagnose hadde sammenheng med selvmord. Vi så derfor på fordelingen av P-diagnoser i de ulike pasientgruppene. P29, som er psykiske symptomer/plager, var den vanligste diagnosen for alle pasientgrupper, også for etterlatte ved selvmord. Diagnosen for tap/sorg/akutt belastning (P02) var mest vanlig blant etterlatte ved selvmord. Vi har også kontrollert for kjent psykisk lidelse fra før. Diagnosekodene underbygger de tankene vi har om at økningen i fastlegekonsultasjoner av psykiske årsaker hos etterlatte ved selvmord handler om at de mistet noen i selvmord.

– *Hva vet dere om sosioøkonomiske faktorerers betydning for å søke hjelp?*

– Vi har en foreløpig upublisert studie der vi har sett nærmere på dette. Her finner vi komplekse sammenhenger. Etterlatte som før selvmordet hadde en psykisk lidelse, tilhørte oftere gruppen med lav sosioøkonomisk status. Og vi så en tendens til at høy utdanning hos fra før friske kvinner, var assosiert med en stor økning i helsetjenestebruk i både primær- og spesialisthelsetjenesten, sier Sissel Bélanger og legger til:

– Tidligere forskning har vist at de som får hjelp i helsevesenet, også er de som oppgir at de får hjelp fra venner og familie. Det kan virke som at de som får mye støtte i nært nettverk blir oppfordret til også å ta kontakt med fastlegen.

Mangler et varslingssystem

– *Hvordan kan fastlegene bruke funnene fra studien deres?*

– Grunnen til at vi ville se på fastlegene er at de representerer grunnlaget i helsetjenestetilbudet, og at de har en rolle som gir god mulighet for å kunne støtte de etterlatte. Tidligere forskning har vist at selv om mange etterlatte ved selvmord får god hjelp av fastlegen, er det også mange som forteller at de ikke får det. Utenlandsk forskning har vist at mange fastleger er usikre på hvordan de kan hjelpe etterlatte ved selvmord. De etterlatte kjenner på mye skam og stigma. Det er nyttig for fastlegene å vite at det er naturlig for etterlatte å oppsøke hjelp hos dem. Kanskje gir studien vår insentiv for å sette seg bedre inn i etterlattes behov for hjelp, og fastlegene bør også kjenne til andre tilbud som sorggrupper og Leve – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, sier FHI-forskeren.

Hun forteller at ifølge forskning skulle etterlatte ønsket at fastlegen hadde kontaktet dem og tilbudt dem en time.

– *Hvordan kan fastlegene selv fange opp de etterlatte?*

– Det finnes ikke noe system der fastlegen får opp hvilke pasienter på listen deres som har mistet en av sine nære ved selvmord. Etter et selvmord blir ofte kriseteamet i kommunen koblet på. Noen steder er det rutine at kommunen spør etterlatte om det er greit at fastlegen informeres. Det hadde vært veldig interessant å se på helse-tjenestebruk når fastlegene aktivt oppsøker etterlatte ved selvmord, sier Sissel Bélanger. ■

Lisbeth Nilsen

bethnil17@gmail.com

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	Vettrhus, Morten
Berg, Tore Julsrud	Kristoffersen, Målfrid	Vistad, Ingvild
Berild, Dag	Krohg-Sørensen, Kirsten	Viste, Kristin
Berntsen, Erik Magnus	Krohn, Jørgen Gitlesen	Wallenius, Marianne
Berntsen, Gro Karine Rosvold	Kurz, Kathinka Dæhli	Wiseth, Rune
Bjørner, Trine	Kvestad, Ellen	Wold, Cecilie Bendiksen
Bramness, Jørgen Gustav	König, Marton	Wyller, Torgeir Bruun
Brantsæter, Arne Broch	Kørner, Hartwig	Zahl, Per-Henrik
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 Olaus	
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 på tidsskriftet.no. 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

Digitaltsjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus

Groote, Mette Kalager, Øyvind Stople

Sivertsen, Synne Mugerud Sørensen,

Liv-Ellen Vangsnes, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Caroline Ulvin Johansson,

Lisa Dahlbak Jacobsen

Manusredaktører Marit Fjellhaug Been,

Kjetil Dons Jensen

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjefsen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjefer Njål H. Anderssen,

Tina Bjørnstad

Faste bidragsytere

Simon Andrup, Haakon B. Benestad, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Kristoffer Brodwall, Jeanette Engquist, Jon Michael Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen, Martin Hotvedt, Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Kåre Moen, Elise Catriona Solberg O'Leary, Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Anne Kathrine Sebjørnsen, Melanie Rae Simpson, Rune Skogheim, Eva Skovlund, Amanda Hylland Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth, Mats Julius Stensrud, Christina Svanstrøm, Elisabeth Swensen, Kari Toverud, Marit Tveito, Sigurd Ziegler, Jørgen Østensjø, Geir Aamodt

Redaksjonskomité

Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Sverre Myren, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei, Anne Cathrine Staff (leder)

Kontakt

Besøksadresse

Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse

Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Sentralbord: 23 10 90 00
www.tidsskriftet.no
redaksjonen@tidsskriftet.no
annonser@tidsskriftet.no
oversettelse@tidsskriftet.no
stetoskopet@tidsskriftet.no

Trykk Aksell AS

Opplag 32 730

Antall utgivelser 15 numre per år

ISSN 0029-2001



Les i neste nummer

- Pasienter i akuttinntak
- Akutte forgiftninger
- Leiomyom i vulva
- Uforsvarlig behandling
- Skjedekransen

KOMMER
25. JUNI

Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

**Hvordan blir
sykehusene attraktive
arbeidsplasser?**
Gjest: Ingeborg Henriksen

**Kasuistikk:
Feildosering av
metotreksat**
*Gjester: Maren
Wennberg Husby og
Lars Erik Laugsand*



**Brystkreft
hos menn**
*Gjest: Ingunn Marie
Stefansson*

**Er sykehus-
Norge i krise?**
Gjest: Terje P. Hagen

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

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

